



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA
EPIDEMIOLÓGICA

31

NÚMERO 716 AÑO 2024
FECHA DE PUBLICACIÓN:
12/08/2024

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA



AUTORIDADES

MINISTRO DE SALUD

Dr. Mario Antonio RUSSO

SECRETARIO DE CALIDAD EN SALUD

Dr. Leonardo Oscar BUSSO

DIRECTOR NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA E INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

Dr. Eduardo DE LOS RÍOS

DIRECTORA DE EPIDEMIOLOGIA

Vet. Cecilia GONZÁLEZ LEBRERO

AUTORES DE ESTE BOLETÍN:

Informe Encefalitis Equina del Oeste:

Antonella Vallone, Gabriela Fernández, Yasmin El Ahmed, Lucía Amelotti, Belén Amato, María Pía Buyayisqui, Carlos Giovacchini, María Alejandra Morales¹, Cintia Fabbri¹, Victoria Luppó¹, Ximena Melón², Lorena Dassa², Mario Iturria², Natalia Perrone², Andrea Marcos², Agostina Pierdomenico², Natalia Ferro².

Informe dengue y otros arbovirus:

Gabriela Fernández, Yasmín El Ahmed, Carlos Giovacchini, Dalila Rueda, Federico M. Santoro, Silvina Moisés, Lucia Amelotti, Belén Amato, Manuel Kurten Pérez, Lorena Fernández, María Pía Buyayisqui, Contó además con la contribución de María Alejandra Morales¹ Cintia Fabbri¹, Victoria Luppó¹.

Destacados en boletines jurisdiccionales:

Franco Ormeño Mazzochi y María Eugenia Chaparro

Informe infecciones respiratorias agudas:

Carla Voto, María Paz Rojas Mena, Melisa Laurora, Dalila Rueda, Federico M. Santoro,

Silvina Moisés, Andrea Pontoriero³, Tomás Poklepovich⁴.

Informe especial: Hepatitis virales

Tamara Wainziger, Antonella Vallone y Federico Santoro con la colaboración de Roxana Aquino⁵, Emma Coronel⁵, Sara Vladimisky⁶

Informe viruela símica:

Silvina Moisés, Tamara Wainziger, Ignacio Di Pinto, Carlos Giovacchini

Alertas y comunicaciones internacionales:

Ignacio Di Pinto.

Herramientas para la vigilancia, prevención y respuesta:

Sebastián Riera, Roxana Aquino⁵

Gestión del SNVS y de los datos de vigilancia

Alexia Echenique Arregui, Leonardo Baldivieso, Estefanía Cáceres, Martina Meglia Vivarés, Guillermina Pierre, Juan Pablo Ojeda, Julio Tapia,.

Coordinación General:

Carlos Giovacchini.

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:

En el día de las hepatitis virales se realizaron campañas de detección de hepatitis C en múltiples puntos estratégicos del país. Imagen provista por la Coordinación de Hepatitis Virales de la Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles.

¹ Laboratorio Nacional de Referencia para Dengue y otros arbovirus, INEVH-ANLIS.

² Dirección Nacional de Sanidad Animal, SENASA.

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

⁴ Centro Nacional de Genómica y Bioinformática – ANLIS.

⁵ Coordinación de Hepatitis Virales

⁶ Laboratorio Nacional de Referencia de hepatitis virales, INEI-ANLIS.

CÓMO CITAR ESTE BOLETÍN: Ministerio de Salud de la República Argentina. (2024). Boletín Epidemiológico Nacional N° 716, SE 31.

CONTENIDO

Situaciones epidemiológicas emergentes	6
Vigilancia de Encefalitis Equina del Oeste (EEO).....	7
Situación epidemiológica de viruela simica-MPOX.....	15
Eventos priorizados	22
Vigilancia de dengue y otros arbovirus.....	23
Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	33
informes Especiales	56
Situación epidemiológica de las hepatitis virales en Argentina en base a datos de vigilancia....	57
Alertas y comunicaciones epidemiológicas internacionales.....	73
Evaluación de Riesgos para la salud pública relacionada con el virus Oropouche (OROV) en la Región de las Américas - OPS.....	75
Alerta epidemiológica: SARS-CoV-2, influenza y otros virus respiratorios en la Región de las Américas - ops.....	79
Destacados en boletines jurisdiccionales	87
Buenos Aires: Vigilancia de infecciones respiratorias agudas (IRA).....	88
Chubut: Vigilancia de infecciones respiratorias agudas (IRA).....	89
Entre Ríos: Infecciones respiratorias agudas en pacientes internados	90
Mendoza: Neumonía.....	91
Neuquén: enfermedad tipo influenza (ETI).....	92
Salta: Infecciones respiratorias agudas (IRA)	93
Santa Fe: Leptospirosis.....	94
Tierra del Fuego: Neumonía.....	95
Herramientas para la vigilancia, la prevención y la respuesta	96
Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS2.0.....	97
28 de julio: día mundial de las hepatitis virales	98

**SITUACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS
EMERGENTES**

Tabla 1. EEO en equinos: resultados por provincia al 06/08/2024.

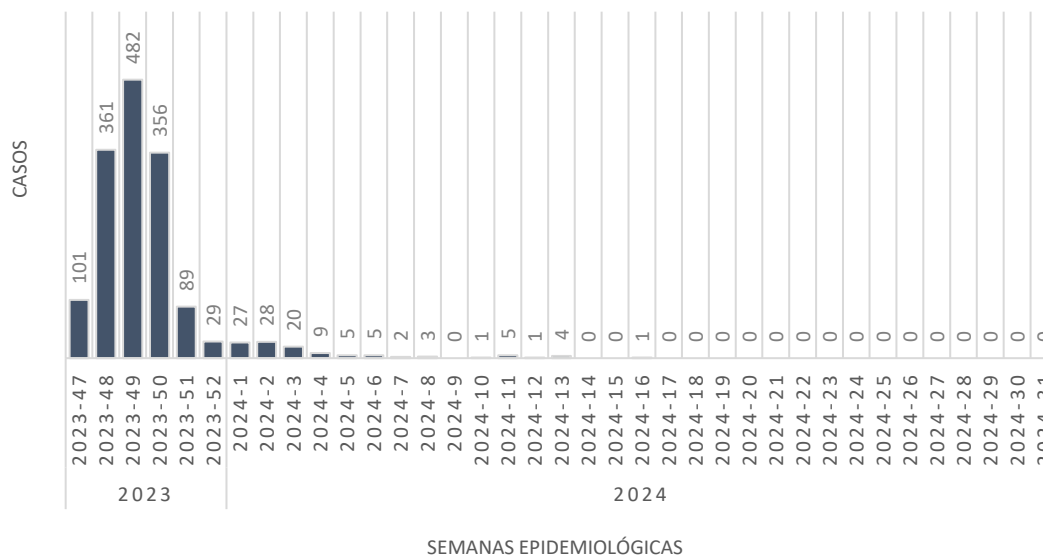
Jurisdicción	Positivo por laboratorio	Positivo por criterio C.E	Pendiente	Epizootia descartada	Negativo por laboratorio	Total positivos	Total general
Buenos Aires	14	829	0	2	6	843	851
CABA	0	0	0	0	0	0	0
Córdoba	2	177	0	2	4	179	185
Entre Ríos	4	75	0	0	2	79	81
Santa Fe	3	209	0	0	3	212	215
Centro	23	1290	0	4	15	1313	1332
Mendoza	5	3	0	0	2	8	10
San Juan	0	0	0	1	1	0	2
San Luis	1	4	0	1	1	5	7
Cuyo	6	7	0	2	4	13	19
Chaco	1	24	0	2	0	25	27
Corrientes	3	54	0	0	5	57	62
Formosa	1	14	0	0	2	15	17
Misiones	0	0	0	0	2	0	2
NEA	5	92	0	2	9	97	108
Catamarca	1	0	0	0	2	1	3
Jujuy	0	0	0	1	2	0	3
La Rioja	3	1	0	0	1	4	5
Salta	1	2	0	0	1	3	4
Santiago del Estero	1	8	0	1	1	9	11
Tucumán	0	0		3	4	0	7
NOA	6	11	0	5	11	17	33
Chubut	1	8	0	0	0	9	9
La Pampa	3	39	0	0	2	42	44
Neuquén	1	1	0	1	1	2	4
Río Negro	2	34	0	0	0	36	36
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0
Sur	7	82	0	1	3	89	93
Total PAIS	47	1482	0	14	42	1529	1585

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SENASA¹⁰. Jurisdicciones SIN casos de EEO en equinos.

La detección de casos en equinos tuvo su pico en la SE 49 llegando a los 482 casos y ha disminuido a menos de 30 casos semanales a partir de la SE 52/2023 sosteniéndose en descenso hasta la SE 6 y registrándose casos esporádicos desde entonces hasta la SE16, luego de la cual no se han registrado nuevos brotes. (Gráfico 1).

¹⁰DNSA. SENASA. Encefalomieltis equina del oeste. Estado de resultados por semana epidemiológica. Disponible en <https://qliksensebycores.senasa.gob.ar/sense/app/4c5153a2-24a4-4876-9c63-11f02c0350df/sheet/6c6d7b32-830d-41dd-b222-b2697148c623/state/analysis>. Fecha de consulta 06/08/2024

Gráfico 1. EEO en equinos: casos positivos por laboratorio y clínica según semana epidemiológica. SE47/2023 a SE 31/2024. Argentina.



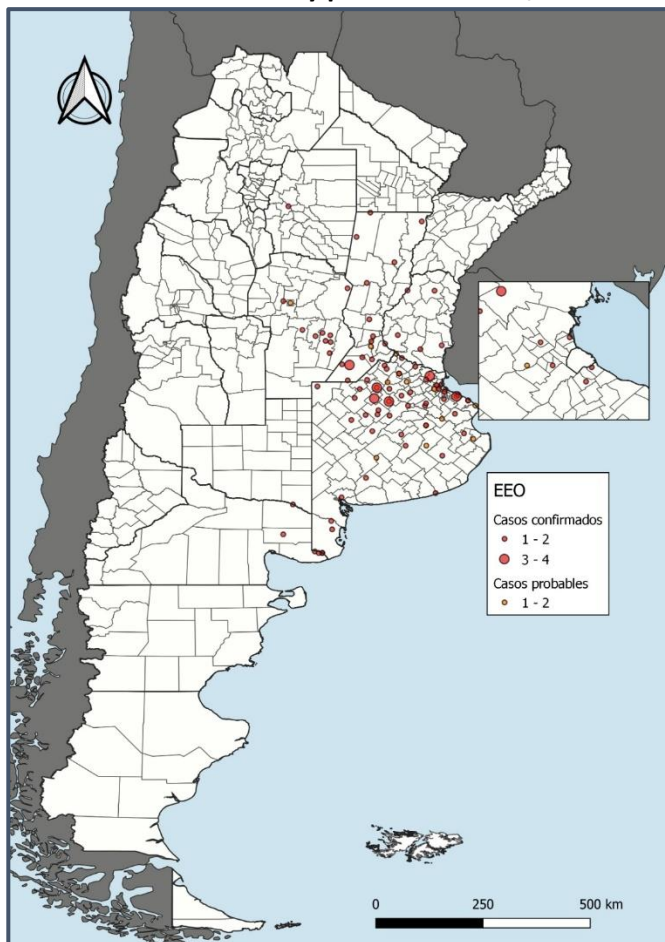
Fuente: Elaboración propia en base a datos de SENASA¹¹.

¹¹ DNSA. SENASA. Encefalomyelitis equina del oeste. Estado de resultados por semana epidemiológica. Disponible en <https://qliksensebycores.senasa.gob.ar/sense/app/4c5153a2-24a4-4876-9c63-11f02c0350df/sheet/6c6d7b32-830d-41dd-b222-b2697148c623/state/analysis>. Fecha de consulta 06/08/24.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE EEO EN HUMANOS EN ARGENTINA

Desde el inicio de la vigilancia epidemiológica en la SE 48/2023 a la SE 31/2024 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) **584** casos sospechosos de Encefalitis Equina del Oeste en humanos en **21** provincias, se confirmaron **108** casos, **20** han sido clasificados como probables¹² y **123** han sido descartados (Mapa 2). Los últimos casos positivos corresponden a la SE 15.

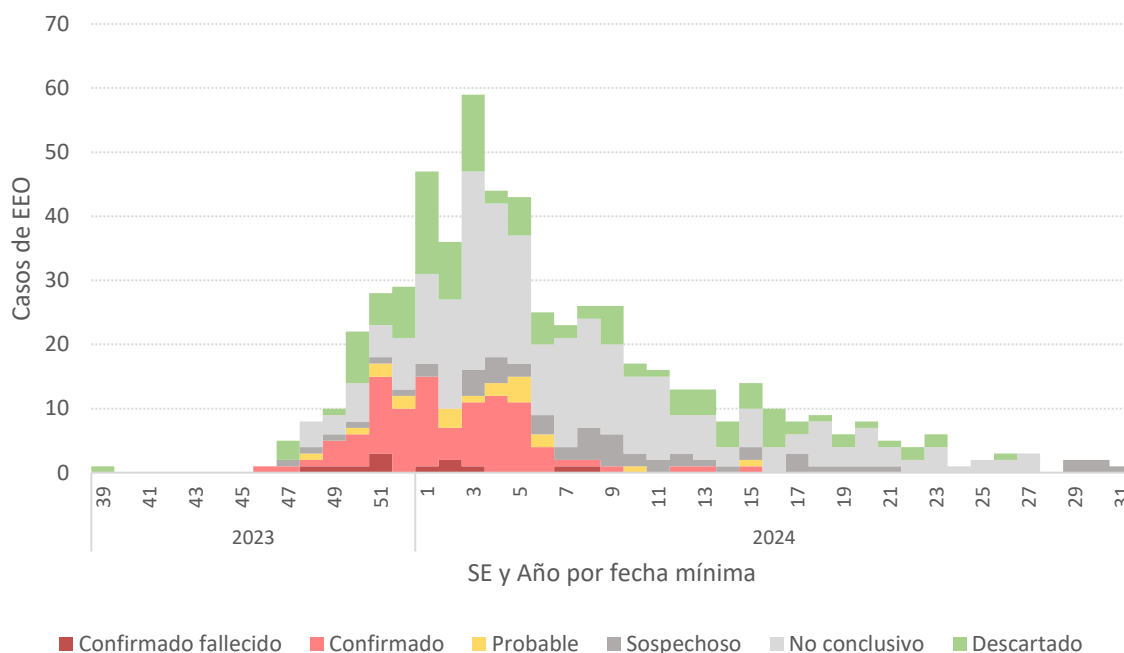
Mapa 2: EEO en humanos: Casos confirmados y probables. SE 46/2023 a SE 31/2024. Argentina



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}).

¹² Ver Encefalitis Equina del Oeste: algoritmo de diagnóstico y notificación al SNVS disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/algoritmo-encefalitis-equina-del-oeste-diagnostico-y-notificacion-al-snvs>

Gráfico 2. EEO en humanos: Notificaciones según clasificación por Semana Epidemiológica. SE 46/2023 a SE 31/2024. 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).

Desde la puesta en marcha de la vigilancia en la SE 48, se registraron casos sospechosos en todas las semanas epidemiológicas excepto en la SE 28/2024, sin embargo, desde la semana 15/2024 no se registraron nuevos casos confirmados o probables¹³. En un periodo de 22 semanas epidemiológicas -desde la SE46/2023 a la SE15/2024- se registraron casos confirmados y/o probables en todas las semanas epidemiológicas, a excepción de las SE11 y SE14 de 2024. El mayor número de casos positivos se registró entre las SE51/2023 y SE5/2024. El último caso positivo registrado fue confirmado de forma retrospectiva y corresponde a la SE 2.

Los casos confirmados se identificaron en 8 jurisdicciones Buenos Aires, CABA, Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos, Santiago del Estero, La Pampa y Río Negro.

¹³ Este dato puede variar, ya que hay aún casos sospechosos en estudio en ese período.

Tabla 2. EEO en humanos: Notificaciones por jurisdicción de residencia según clasificación. Argentina. SE 48/2023 a SE 31/2024.

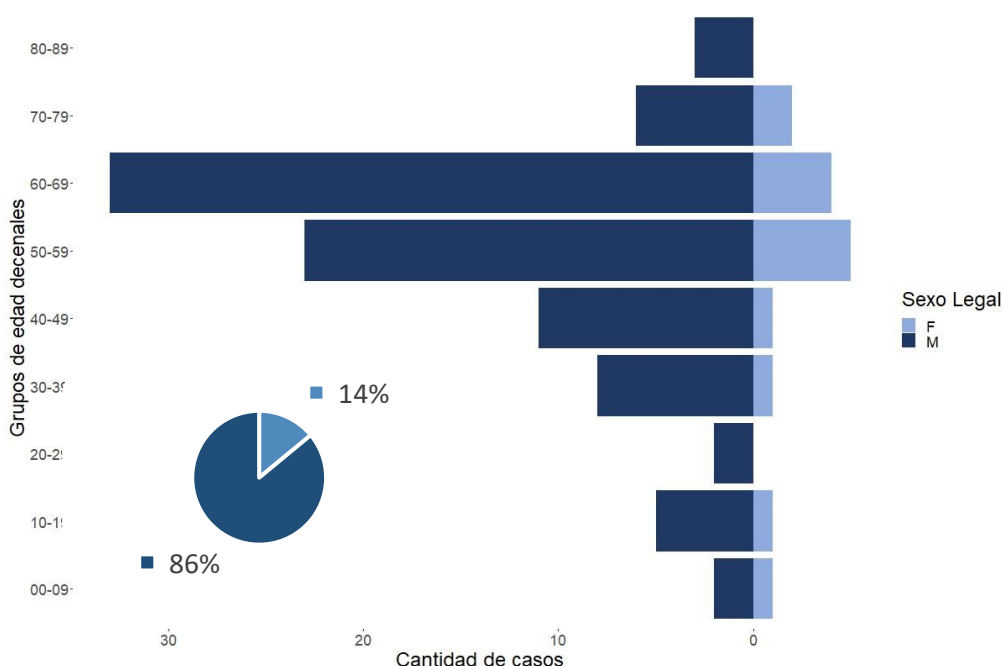
Provincia	Caso confirmado	Caso Probable	Caso sospechoso	Caso sospechoso no conclusivo	Caso descartado	TOTAL
Buenos Aires	64	18	28	159	60	329
CABA*	2	0	4	6	7	19
Córdoba	10	1	3	21	3	38
Entre Ríos	6	0	4	7	10	27
Santa Fe	20	1	9	67	18	115
Centro	102	20	48	260	98	528
Mendoza	0	0	0	2	6	8
San Juan	0	0	2	0	1	3
San Luis	0	0	2	3	1	6
Cuyo	0	0	4	5	8	17
Chaco	0	0	0	3	2	5
Corrientes	0	0	0	4	0	4
Formosa	0	0	0	0	1	1
Misiones	0	0	0	0	0	0
NEA	0	0	0	7	3	10
Catamarca	0	0	0	1	0	1
Jujuy	0	0	1	1	1	3
La Rioja	0	0	0	1	0	1
Salta	0	0	0	0	1	1
Santiago del Estero	1	0	1	0	3	5
Tucumán	0	0	0	0	1	1
NOA	1	0	2	3	6	12
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	1	0	0	1	2	4
Neuquén	0	0	1	0	1	2
Río Negro	4	0	0	2	4	10
Santa Cruz	0	0	0	0	1	1
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Sur	5	0	1	3	8	17
Total PAIS	108	20	55	278	123	584

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^{2,9}).

*Los casos notificados en CABA presentan como antecedente epidemiológico actividad en zona rural de la provincia de Buenos Aires y Entre Ríos. Jurisdicciones con casos confirmados de EEO en humanos

Se identificaron casos confirmados en todos los grupos de edad con una mediana de 57,5 años, un máximo de 81 años y un mínimo de 4 meses; el 60% de los casos se acumulan en los grupos de edad de 50 a 69 años. El 86% corresponde a personas de sexo masculino y 14% al sexo femenino.

Gráfico 3. EEO en humanos: Casos confirmados por grupo de edad y sexo. SE46/2023 a SE 31/2024. 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).

Entre los casos confirmados hasta la fecha se notificaron 12 casos fallecidos: Buenos Aires (6), CABA (1), Córdoba (1) Entre Ríos (1), Santa Fe (2), Río Negro (1).

Ocho de los doce casos consignan haber vivido, trabajado o visitado una zona rural o semi rural, los cinco restantes se encuentran en investigación. A su vez, siete de doce refieren antecedente de enfermedad previa o condición de riesgo (diabetes, enfermedad oncológica, hipertensión arterial, enfermedad respiratoria crónica, entre otras). Los casos fallecidos se dieron en personas de entre 30 y 74 años, 10 de sexo masculino y 2 de sexo femenino.

Las recomendaciones para la **prevención y control** y los **procedimientos para la vigilancia** se encuentran disponibles en https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-12/circular-eeo_2023-12-08.pdf

SITUACIÓN REGIONAL

Hasta el 26 de marzo ascendían a 5 los casos humanos confirmados de Encefalitis Equina del Oeste en Uruguay, según el último informe del Ministerio de Salud Pública del país. Tres casos pertenecen al Departamento de San José, uno en Montevideo y uno en Maldonado¹⁴. Así mismo, desde el 5 de diciembre del 2023 hasta el 30 de abril del 2024, el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca informó 80 equinos muertos con diagnóstico positivo de EEO, 268 equinos muertos con sintomatología y 697 equinos recuperados con sintomatología clínica¹⁵. La Dirección General de Servicios informó que, teniendo en cuenta la ausencia de notificaciones en las últimas semanas y de casos positivos durante más de 12 semanas, considera al evento sanitario superado.

En Brasil, la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Producción Sostenible y Riego (Seapi) recibió la confirmación, el viernes 26 de enero, del diagnóstico positivo de Encefalitis Equina Occidental (EEO) en el municipio de Barra do Quaraí, en la Frontera Occidental del Estado. Es el primer caso de la enfermedad registrado en Rio Grande do Sul.¹⁶

¹⁴ Reporte semanal sobre Encefalitis Equina - 26/03/2024. Vigilancia de Encefalitis Equina del Oeste-Encefalitis/meningitis de probable etiología viral. Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del sistema informático SG-DEVISA. Área de Vigilancia en Salud de la Población. Ministerio de Salud Pública. Uruguay - disponible en [Reporte semanal sobre Encefalitis Equina - 26/3/2024 | MSP \(www.gub.uy\)](#)

¹⁵ Uruguay. Ministerio de Ganadería, agricultura y pesca. Encefalomiélitis en Uruguay Informe oficial de situación. 30/04/2024. Disponible en [30/04/2024 - Encefalomiélitis equina en Uruguay - Cierre del evento sanitario | MGAP \(www.gub.uy\)](#)

¹⁶ Rio Grande Do Sul, Gobierno Do Estado. Diagnóstico confirma Encefalite Equina do Oeste no Estado Disponible en <https://estado.rs.gov.br/diagnostico-confirma-encefalite-equina-do-oeste-no-estado>

SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DE VIRUELA SIMICA-MPOX

SITUACIÓN INTERNACIONAL

En [una alerta epidemiológica publicada el 8 de agosto](#), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha llamado a los países de las Américas a fortalecer la vigilancia, incluida la detección en laboratorio y la secuenciación genómica de los casos confirmados, tras la identificación de una nueva variante del virus mpox, Clado I (Clado Ib), en la Región de África Subsahariana. Si bien la nueva variante no ha sido reportada en las Américas, los países deben permanecer alertas ante posibles casos importados.

La nueva variante se asocia a una transmisión sostenida, así como a la aparición de casos en un rango más amplio de grupos de edad que durante brotes anteriores, incluidos los niños. Se estima que surgió en la República Democrática del Congo en septiembre de 2023 y se asocia a un aumento significativo de casos en el país.

Desde principios de 2024 (hasta el 26 de julio de 2024), el Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo ha notificado 14.479 casos de mpox y 455 muertes. Según el informe, “el número de casos notificados en los primeros seis meses de este año coincide con el número notificado en todo el año pasado”. Los niños menores de 15 años representaron el 66% de los casos y el 82% de las muertes. También se han notificado casos de la nueva variante en Ruanda, Uganda y Kenia. También se están realizando pruebas en Burundi para determinar si los casos notificados en ese país también se deben a la nueva variante.

Como resultado del aumento de casos, el 7 de agosto el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunció que convocará a un panel de expertos para que lo asesore sobre si el brote en expansión constituye una emergencia sanitaria mundial.

Si bien no se han reportado casos de la nueva variante en las Américas, la OPS recomienda que los países de las Américas permanezcan atentos ante la posibilidad de introducción en la región.

En las Américas, 31 países y territorios notificaron 62.752 casos de mpox entre 2022 y el 1 de julio de 2024, incluidas 141 muertes. Hasta la fecha, solo se ha detectado el clado II en la región. La mayoría de los casos se identificaron a través de servicios de atención a pacientes con VIH, servicios de salud sexual o centros de atención primaria de salud y afectaron principalmente, aunque no exclusivamente, a hombres que tienen sexo con hombres. La alerta epidemiológica insta a las autoridades sanitarias de los países a “continuar la vigilancia basada en pruebas de laboratorio y la

Viruela símica

La Mpox es una enfermedad viral causada por el virus de la viruela símica, una especie del género Orthopoxvirus. Existen dos clados diferentes: clado I y clado II. Los síntomas incluyen fiebre, dolor de cabeza intenso, dolores musculares, dolor de espalda, falta de energía, ganglios linfáticos inflamados y erupción cutánea o lesiones en las mucosas. La erupción tiende a concentrarse en la cara, las palmas de las manos y las plantas de los pies, pero también puede encontrarse en la boca, la región anogenital y los ojos. Los síntomas suelen durar entre 2 y 4 semanas y desaparecen por sí solos sin tratamiento.

La transmisión puede producirse por contacto estrecho con secreciones infectadas de las vías respiratorias o lesiones cutáneas de una persona infectada, o con objetos contaminados recientemente con los fluidos del paciente o materiales de la lesión. No existe un tratamiento específico para la enfermedad.

notificación oportuna de casos confirmados y probables”. La vigilancia genómica también es clave para determinar los clados circulantes y su evolución.

En la alerta la OPS recuerda que los esfuerzos deben centrarse en la detección y el diagnóstico tempranos, el aislamiento y el rastreo de contactos. También recomienda la difusión de mensajes de salud pública para informar y educar a las poblaciones destinatarias, incluido el personal de salud y las poblaciones con mayor prevalencia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), principalmente, aunque no exclusivamente, los hombres que tienen sexo con hombres, para mejorar el reconocimiento temprano de los signos y síntomas.

Desde el 1° de enero de 2022 hasta el 2 de agosto de 2024, se han registrado 99.176 casos de viruela del simio confirmados por laboratorio en 116 países/territorios/áreas y 208 muertes distribuidas en las seis Regiones de la OMS. A partir de junio del 2024 el número de casos mensuales en el mundo disminuyó un 3% respecto del mes anterior. La mayoría de los casos del mes fueron reportados por la Región de África (60,7%) y Región de las Américas (18,7%). El 80,5% de los casos acumulados se concentra en 10 países: Estados Unidos, Brasil, España, Francia, Colombia, México, Reino Unido, Perú, Alemania y República Democrática del Congo.

En el último mes 26 países reportaron casos y 16 registraron aumentos en el número mensual de casos. El 96,4% de los casos con datos disponibles son de sexo masculino, la mediana de edad es de 34 años. Los hombres de entre 18 y 44 años siguen viéndose afectados de manera desproporcionada por este brote, ya que representan el 79,4% de los casos notificados. De los casos con datos sobre la edad, el 1,3% se encuentran entre los 0 y 17 años, de los cuales el 0,4% poseen edades entre 0 y 4 años. Entre los casos con orientación sexual reportados, el 85,8% (30.514/35.550) se identificaron como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. De todos los tipos probables de transmisión, los encuentros sexuales fueron la vía más frecuentemente reportada, con 19.102 de 22.801 (83,8%) de todos los eventos. El 51,9% (18.628/35.861) corresponden a casos VIH positivos¹⁷. El entorno de exposición más frecuente reportado es el de fiestas con contactos sexuales (registrado en el 66,7% de los casos con datos para este indicador)¹⁸.

El 23 de julio de 2022, el Director General de la OMS determinó que el brote de mpox en varios países constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII). El número de casos notificados a nivel mundial alcanzó su punto máximo en agosto de 2022 y comenzó a disminuir de manera constante hasta abril de 2023. El 11 de mayo de 2023, tras una reducción significativa de la propagación mundial, el Director General determinó que el evento ya no constituía una ESPII.

El Mpox sigue siendo un problema de salud pública mundial, con casos y brotes aun notificándose en todo el mundo. En junio de 2024, 26 países notificaron más de 930 casos y 4 muertes a nivel mundial.

SITUACIÓN EN ARGENTINA

- Desde la SE1 a la 31 de 2024 se confirmaron 5 casos en Argentina de un total de 39 casos notificados (24 casos fueron descartados y 10 permanecen en estudio).
- No se registraron en el presente año casos fallecidos.
- En las últimas 4 semanas se confirmaron 3 casos, correspondientes a las SE 30 y 31.

¹⁷ Se debe tener en cuenta que la información sobre el estado del VIH no está disponible para la mayoría de los casos, y para aquellos en los que está disponible, es probable que esté sesgada hacia los que informan resultados positivos de VIH.

¹⁸ Fuente: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

- La mediana de edad de los casos confirmados es de 34 años con un mínimo de 23 años y un máximo de 38 años.
- De los 5 casos confirmados, 4 corresponden a personas de sexo legal masculino.
- Los casos tienen residencia en las provincias de Buenos Aires (1), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2), Santa Fe (1) y Río Negro (1).

En Argentina, el primer caso confirmado se registró en la SE 21 de 2022. Durante ese año se confirmaron 1025 casos, de los cuales dos fallecieron. En el año 2023, el total de casos confirmados fue de 124, registrándose el último caso en la SE 52 (Ver Tabla 1).

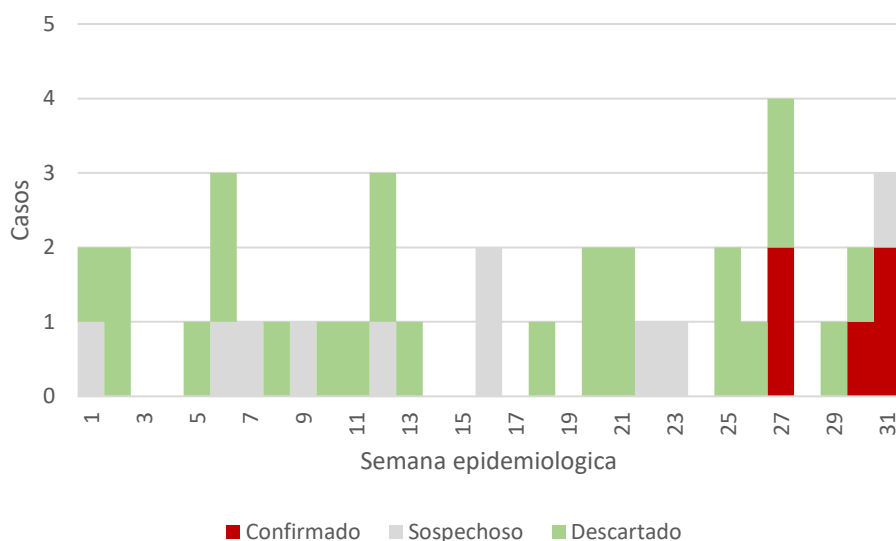
Durante el año 2024 no se habían registrado casos confirmados hasta la SE 27. Desde entonces se confirmaron 5. (Ver Gráfico 1). De ellos, tres registran antecedentes de viaje o contacto con viajeros, un caso no presenta antecedentes de viaje ni contacto con viajeros, mientras que el último se encuentra en investigación epidemiológica.

Los casos confirmados se caracterizan principalmente por la presencia de exantemas vesiculares en diferentes localizaciones (incluyendo genitales, perianales, manos y torso), fiebre y mialgias.

Tabla 1. Mpox: casos confirmados y total de notificaciones según provincia de residencia. Argentina, SE21/2022 a SE31/2024.

Provincia	Confirmados SE21 A SE52 2022	Confirmados SE1 A SE52 2023	Confirmados SE 1 A 31 2024	Confirmados últimas 4 semanas	Total de notificaciones 2024
Buenos Aires	275	28	1	0	14
CABA	675	53	2	1	14
Córdoba	23	3	0	0	2
Entre Ríos	0	0	0	0	0
Santa Fe	17	1	1	1	3
Centro	990	85	4	2	33
Mendoza	4	5	0	0	1
San Juan	1	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0	0
Cuyo	5	5	0	0	1
Chaco	1	0	0	0	0
Corrientes	1	32	0	0	2
Formosa	0	1	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	0
NEA	2	33	0	0	2
Catamarca	0	0	0	0	0
Jujuy	1	1	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0
Salta	1	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	0
Tucumán	3	0	0	0	0
NOA	5	1	0	0	0
Chubut	2	0	0	0	2
La Pampa	0	0	0	0	0
Neuquén	3	0	0	0	0
Río Negro	5	0	1	1	1
Santa Cruz	4	0	0	0	0
Tierra del Fuego	9	0	0	0	0
Sur	23	0	1	1	3
Total PAIS	1025	124	5	3	39

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

Gráfico 1. Casos notificados de Mpox según clasificación por semana epidemiológica de notificación. Argentina, 2024 a SE 31. (N: 39)

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

RECOMENDACIONES PARA LOS EQUIPOS DE SALUD

Actualmente la principal medida de salud pública para interrumpir la transmisión de la enfermedad es la identificación efectiva de casos, implementando medidas de aislamiento, y el rastreo de contactos para su seguimiento y eventual aislamiento en caso de desarrollar síntomas.

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). Es importante tener en cuenta que una vigilancia sensible incluye facilitar la accesibilidad de la población a la atención oportuna y de calidad, minimizando todas las posibles barreras de acceso - incluyendo y fundamentalmente las que puedan relacionarse con cualquier tipo de discriminación o estigma relacionado con la enfermedad.

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

VIGILANCIA

Las principales medidas de salud pública para el control consisten en la detección temprana de los casos, el aislamiento y la atención de los mismos, así como la identificación y seguimiento de contactos. 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).

Objetivos

identificar de forma temprana casos sospechosos, asegurando el diagnóstico oportuno y la atención médica adecuada. - Implementar de forma inmediata las acciones de control: - Aislar los casos para prevenir transmisión a otras personas. - Identificar, gestionar y realizar seguimiento de contactos para reconocer tempranamente signos o síntomas. - Caracterizar epidemiológicamente los casos. - Evaluar el impacto de la enfermedad en diferentes poblaciones. - Orientar las necesidades de adaptación de las medidas de prevención y control

- Identificar precozmente los casos sospechosos para brindar atención adecuada e implementar el aislamiento para disminuir el riesgo de transmisión.
- Implementar el rastreo de contactos para informarlos sobre el riesgo e implementar el seguimiento adecuado.
- Caracterizar los casos para adaptar las medidas de prevención y control
- Evaluar el impacto de la enfermedad en diferentes poblaciones.
- Orientar las necesidades de adaptación de las medidas de prevención y control

Caso sospechoso

- Toda persona que presente exantema característico*, sin etiología definida, de aparición reciente 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 viruela símica 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.	• Astenia.	• Dolor lumbar.
• Linfadenopatía.	• Cefalea.	
	• Mialgia.	

ó

- Toda persona que no presenta o refiere un antecedente epidemiológico claro, pero presente exantema característico* con una evolución compatible y en el que haya una alta sospecha clínica.

* **Exantema característico de viruela símica:** 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 no correspondan a las principales causas conocidas de enfermedades exantemáticas (varicela, herpes zoster, sarampión, herpes simple, infecciones bacterianas de la piel). No obstante, no es necesario descartar por laboratorio todas las etiologías para estudiar al caso para viruela símica.

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

Caso confirmado

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

Las muestras de casos confirmados deberán enviarse al Laboratorio de Referencia del INEI-ANLIS para contribuir con la vigilancia genómica y poder determinar los clados circulantes.

- Ante la detección de un caso sospechoso se debe proceder a 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. Hay que minimizar el riesgo de transmisión de laboratorio cuando se analizan muestras clínicas, 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 (para más información ver la sección Laboratorio).
- Desde la sospecha del caso se debe iniciar la investigación correspondiente -a través de una entrevista con el paciente que garantice la privacidad, el trato digno y la completud de la información-, completar la ficha epidemiológica de forma exhaustiva, y realizar la búsqueda e identificación de posibles contactos estrechos (ver Rastreo de contactos).
- Se debe notificar el caso al SNVS dentro de las 24hs

Para más información, consultar el Manual para la vigilancia epidemiológica y control de la viruela símica disponible en Argentina

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

Ficha de notificación:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ficha-de-notificacion-e-investigacion-epidemiologica-caso-sospechoso-de-viruela-simica>

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

RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

- Evitar el contacto estrecho directo con casos confirmados y con personas que tengan síntomas compatibles, aunque no tengan todavía el diagnóstico confirmado.
- Cualquier persona que tenga contacto estrecho directo con las lesiones en piel o mucosas de una persona con viruela símica/Mpox, especialmente contacto íntimo o sexual, o con la ropa o utensilios utilizados por personas enfermas, puede contraer la enfermedad. La autoprotección incluye evitar el contacto físico y/o respiratorio con un caso sospechoso, confirmado o con síntomas compatibles.
- Las personas con diagnóstico confirmado deben permanecer aisladas hasta que todas las costras de las lesiones se hayan caído.
- Quienes puedan haber estado en contacto con una persona con diagnóstico confirmado o haber participado de alguna actividad de alto riesgo deben:
 - Automonitorear sus síntomas, para poder detectar de manera temprana si aparecen las lesiones características durante 21 días desde la última exposición.
 - Evitar el contacto con quienes tienen más riesgo de padecer enfermedad grave: personas gestantes, niños o niñas o personas inmunocomprometidas.
- Toda persona que presente síntomas compatibles (aunque sean pocas lesiones) debe evitar tener contacto estrecho con otras personas -incluyendo el contacto sexual- y realizar tempranamente la consulta con el sistema de salud para evaluación clínica y epidemiológica.
- El uso de preservativo puede disminuir el riesgo de transmisión evitando el contacto directo con lesiones en las mucosas vaginales, anales u orales. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que NO previene la transmisión de la viruela símica/Mpox, ya que la infección se puede adquirir a través del contacto con lesiones en otras partes del cuerpo.
- Se recomienda usar siempre preservativo para prevenir las infecciones de transmisión sexual.
- Quienes convivan con una persona con diagnóstico de viruela símica/Mpox deben:
 - Evitar compartir vasos, ropa, sábanas, toallas, cubiertos, vasos, platos, mate, etc.
 - Evitar el contacto cara a cara a menos de 1 metro, sin utilizar barbijo.

EVENTOS PRIORIZADOS

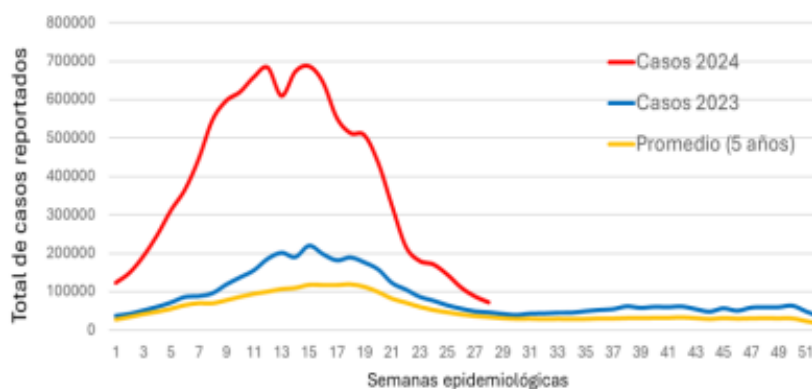
VIGILANCIA DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

SITUACIÓN REGIONAL DE DENGUE

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Informe de situación No 28. Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 28, 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#) actualizado el 31 de julio y publicado el 2 de agosto del 2024 emitido por la Organización Panamericana de la Salud.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 28 del 2024, se reportaron un total de 10,893,547 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 1,154 casos por 100.000 hab.). Esta cifra representa un incremento de 233% en comparación al mismo periodo del 2023 y 418% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 28.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 28 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De los 10,893,547 casos de dengue reportados en las Américas, 5,738,156 casos (53%) fueron confirmados por laboratorio y 13,832 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 5,940 muertes por dengue, para una letalidad del 0.055%.

Veintitrés países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 28. Estos países registran en conjunto 71,532 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 28.

Del total de casos registrados en la SE 28, 159 casos de dengue grave (0.2%), y se reportaron 16 muertes para una letalidad de 0.022%.

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 1/08/2024 en países regionales seleccionados.

Brasil: Hasta la SE 31/2024 se reportaron 9.287.792 casos de dengue, 3,5 veces el número registrado en el mismo período del 2023, y 5.008 fallecidos. A la SE 31/2024 se registraron 367.000 casos de chikungunya, 60% más que lo reportado hasta dicha semana del año 2023, y 156 fallecidos. Por último, entre la SE1/2024 y la SE 21/2024 se reportaron 24.171 casos de zika, representando una disminución del 36% respecto a lo notificado hasta dicha semana en el 2023. No se registraron fallecidos de zika durante 2024.

Bolivia: Entre la SE 1 y la 25/2024, se registraron 40.663 casos de dengue, un 72% menos que lo reportado a la SE 25/2023, y 16 fallecidos. Con respecto a chikungunya, hasta la misma semana se reportaron 372 casos, 72% menos respecto al año anterior. Hasta esa semana se reportaron 197 casos de zika, lo que representa una reducción del 76% 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 30 de 2024 se notificaron 285.984 casos de dengue, lo cual representa aproximadamente 15 veces más de lo registrado durante el mismo período en 2023. Los fallecidos para el período correspondiente a 2024 fueron 116. Asimismo, hasta la SE 30/2024, se registraron 2.749 casos de chikungunya, una disminución del 98% respecto de lo reportado para el mismo período del año anterior. Con respecto al zika, hasta esa semana se registraron 4 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 SE1 a la SE30 de 2024 se notificaron 259.502 casos de dengue, lo cual representa un 18% más de lo registrado durante el mismo período en 2023, y 231 fallecidos. Con relación a chikungunya, hasta esa semana se registraron 82 casos, 32% menos que lo reportado a la misma semana de 2023. Asimismo, hasta la SE30/2024 se registraron 37 casos de zika, dos veces lo reportado en dicho período del año previo. No se reportan fallecidos para estos dos eventos.

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

En relación con el año previo, se puede observar un aumento de los casos de dengue en Brasil, Paraguay y Perú. En cuanto a chikungunya y zika, registran una baja de casos en comparación con el mismo periodo reportado en el año 2023: Bolivia, Paraguay y Perú presentan menos casos de chikungunya, mientras que, para Zika se han registrado bajas en Brasil y Bolivia.

SITUACIÓN DE DENGUE EN ARGENTINA

El presente informe analiza información sobre el período SE1 a SE31 de 2024 con datos extraídos el 04/08/2024.

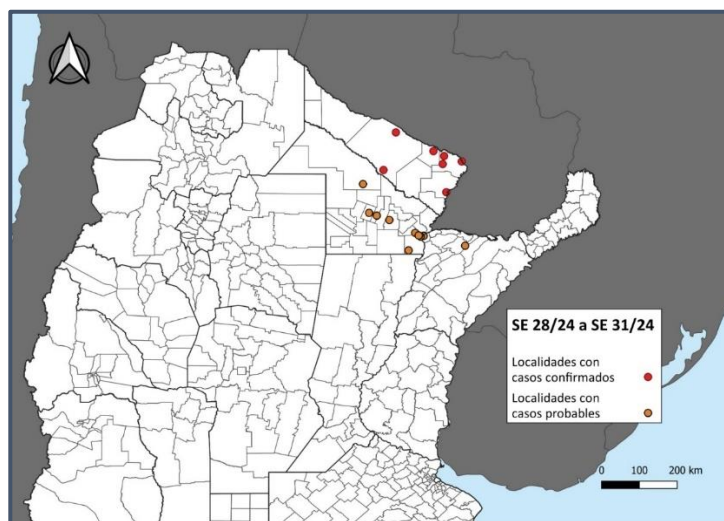
El cierre de la pasada temporada (SE31 de 2023 a SE30 de 2024) se presentará en el próximo número de este Boletín, dado que las jurisdicciones están realizando un proceso de verificación e integración de información de la temporada

Se recuerda a todos los servicios de salud que, en la actual situación epidemiológica, los casos sospechosos de dengue deben ser estudiados por laboratorio para confirmar o descartar la infección, de preferencia a través de métodos directos en muestras tempranas¹⁹.

Desde la SE1 y hasta la semana 31/2024 se registraron 17 semanas de descenso, luego de registrarse el mayor número de casos del año entre las semanas 12 y 14 de 2024.

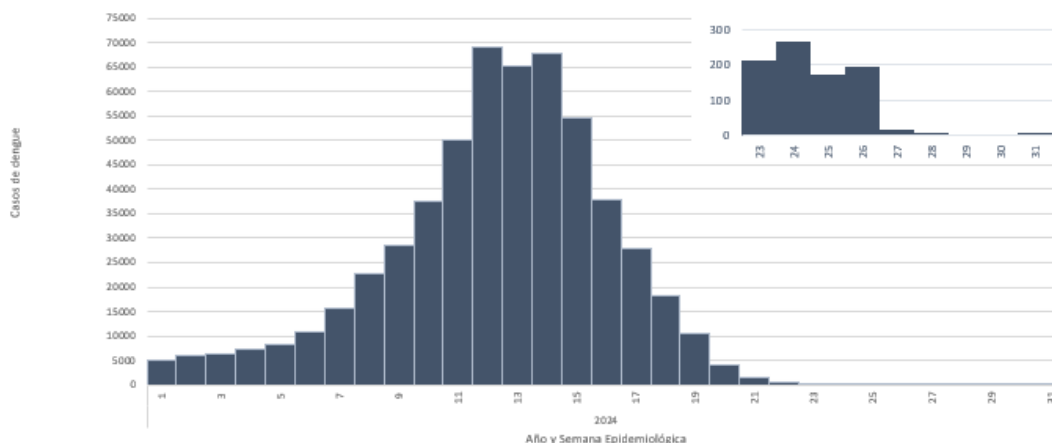
En la SE31/2024, primera semana de la temporada 2024/205, se verificó la persistencia de la transmisión viral en 3 jurisdicciones: Corrientes (Capital), Formosa (Pilcomayo, Pilagás, Formosa Capital y Patiño) y Chaco (San Fernando y Comandante Fernández) correspondientes a la región del NEA. En el resto de las jurisdicciones no hay evidencia de circulación de virus dengue en el momento actual.

Mapa 1. Dengue: Casos confirmados y probables en las últimas 4 semanas. SE28/2023 a SE31/2024. Argentina.



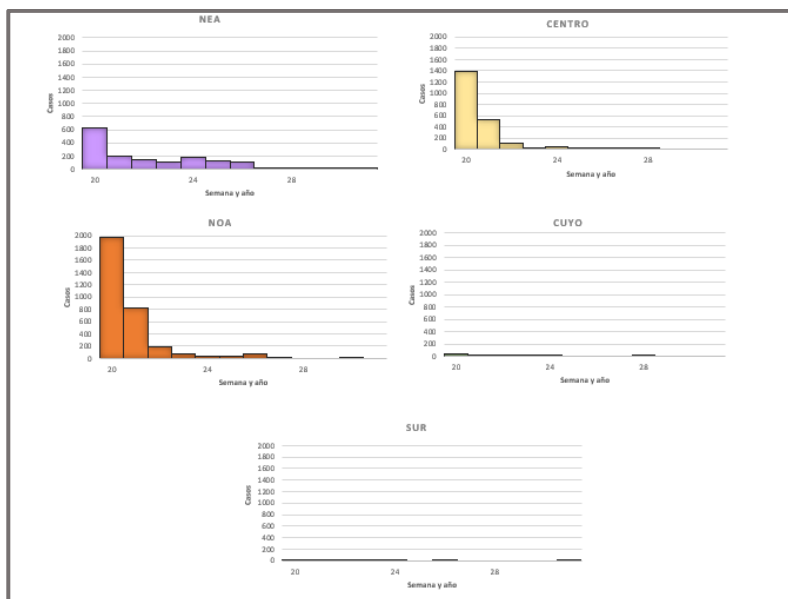
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

¹⁹ Ver: [Algoritmo de diagnóstico y notificación de dengue a través del SNVS](#)

Gráfico 3. Dengue: Casos por semana epidemiológica SE1/2024 a SE31/2024. 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).

Desde la SE 1/2024 hasta la SE 31/2024 se registraron²⁰ 556.820 casos clasificados como casos de dengue²¹. La incidencia acumulada hasta el momento para el año 2024 es de 1183 casos cada 100.000 habitantes

Gráfico 4. Dengue: Casos por semana epidemiológica según Región SE20/2024 a SE31/2024²². 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).

²⁰ Las jurisdicciones se encuentran en proceso de cierre de casos aún no clasificados para el cierre de temporada por lo cual esta información puede variar en las próximas semanas, cuando se hayan reclasificado casos sospechosos que permanecen en investigación.

²¹ Incluye casos confirmados por laboratorio, casos con laboratorio positivo en zonas con circulación viral y casos con nexo epidemiológico sin laboratorio. Para más información sobre las clasificaciones en situaciones de brote o epidemias ver <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/circular-de-vigilancia-epidemiologica> y <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/orientaciones-de-vigilancia-atencion-de-casos-y-organizacion-de-los-servicios-en-contexto>. Para consultar el algoritmo de diagnóstico por laboratorio ver https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-10/afiche_Algoritmo_dengueA3_6-07-2022.pdf

²² Hasta la semana 27 incluyen casos confirmados por laboratorio y nexo epidemiológico. A partir de la SE27 y de acuerdo a las recomendaciones vigentes para períodos interepidémicos, solo se cuentan como dengue a los casos confirmados por laboratorio.

Tabla 1. Dengue: Casos de dengue, casos de dengue con laboratorio positivo y total de sospechas investigadas según jurisdicción por temporada y año calendario. Argentina

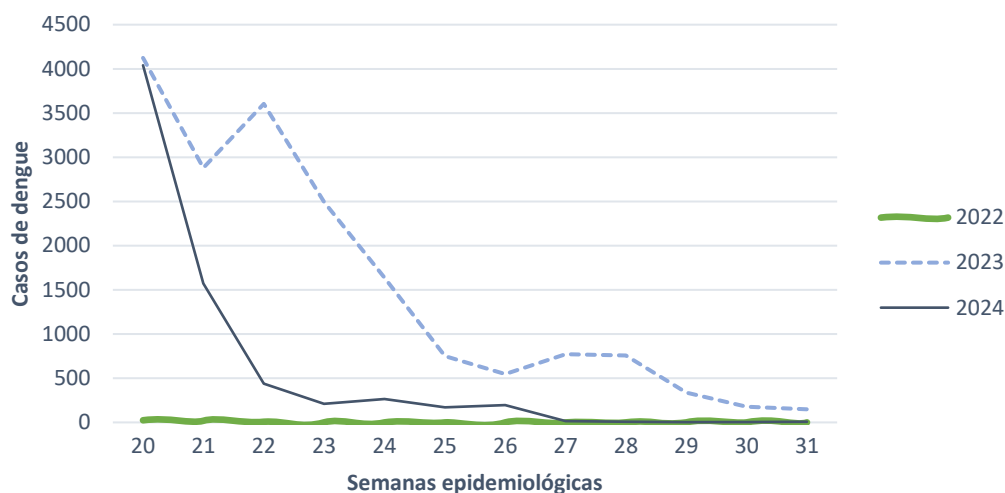
Jurisdicción	AÑO 2024 (SE 1 a SE 31)		
	Confirmados totales	Confirmados por laboratorio	Notificaciones totales
Buenos Aires	106890	31676	147014
CABA	25380	24394	55949
Córdoba	127484	10726	149234
Entre Ríos	19457	4732	24318
Santa Fe	57062	16748	75345
Total Centro	336.273	88.276	451.860
Mendoza	4794	1746	8931
San Juan	2263	697	3194
San Luis	3820	763	4476
Total Cuyo	10.877	3.206	16.601
Chaco	21598	15187	31595
Corrientes	9393	6315	13141
Formosa	10333	10203	10481
Misiones	13914	7462	19025
Total NEA	55.238	39.167	74.242
Catamarca	11055	6570	15243
Jujuy	14154	3863	19821
La Rioja	11562	1409	14478
Salta	17880	7457	30305
Santiago del Estero	18075	4118	23908
Tucumán	80437	28845	91071
Total NOA	153.163	52.262	194.826
Chubut	76	34	160
La Pampa	532	475	1409
Neuquén	176	130	368
Río Negro	98	24	163
Santa Cruz	218	127	420
Tierra del Fuego	169	117	266
Total Sur	1.269	907	2.786
Total País	556.820	183.818	740.315

Jurisdicciones SIN circulación viral durante la temporada.

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).

Tomando como referencia el último brote epidemiológico de dengue del año 2024 en las últimas 4 semanas se notificaron 23 casos confirmados de dengue mientras que en 2023 se registraron en el mismo período 272.

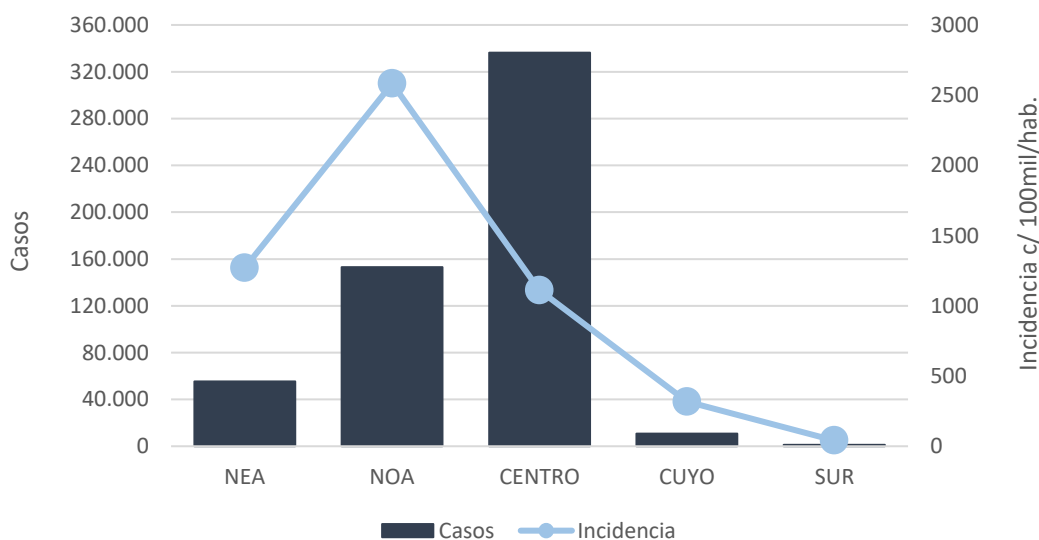
Gráfico 6. Dengue: Casos totales por semana epidemiológica (incluye autóctonos, importados y en investigación)2022-2024. Argentina.



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

En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada durante 2024 es la de la región NOA con 2583 casos cada 100.000 habitantes, seguida por el NEA con 1645, Centro con 1111, Cuyo con 318; y, Sur con 41 casos cada 100.000 habitantes. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 60.4% de todos los casos notificados, seguida por las Regiones NOA con el 27.5% y NEA, con el 9.9%, mientras que las regiones Cuyo y Sur aportan el 2,2%.

Gráfico 6. Dengue: Casos e incidencia acumulada según Región. SE1/2024 a SE31/2024. Argentina.

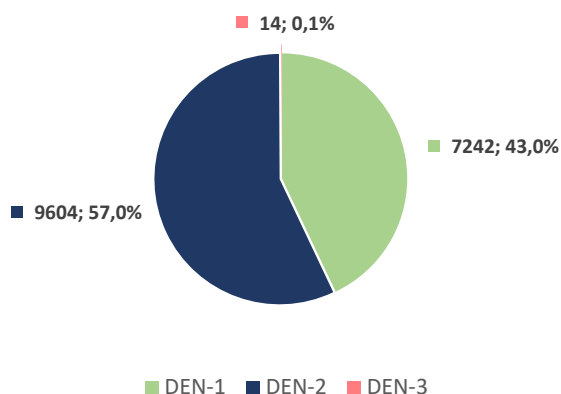


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

CIRCULACIÓN DE SEROTIPOS

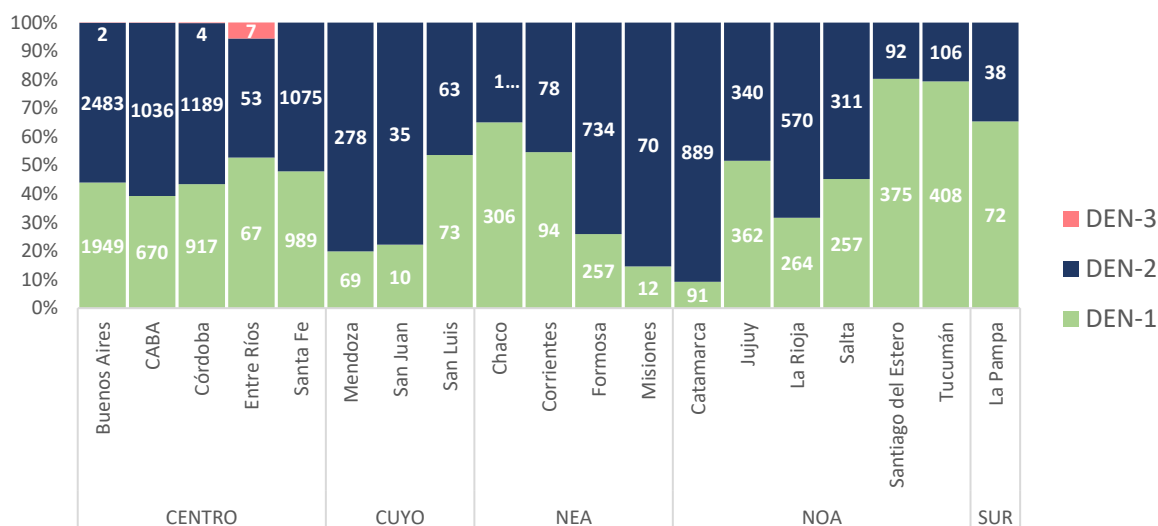
Desde la SE1 a SE31 de 2024 se han identificado 3 serotipos en casos autóctonos, con predominio de DEN-2, seguido de DEN-1 (entre ambos concentran más del 99,9% de los casos) y algunos pocos casos de DEN-3 registrados a comienzos de 2024.

Gráfico 7. Dengue: Distribución proporcional de serotipos en casos sin antecedente de viaje. Argentina. SE 1/2024 a SE 31/2024 (n= 16.860).



Fuente: Elaboración del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a casos notificados al SNVS con identificación de serotipo.

Gráfico 8. Dengue: Distribución proporcional de serotipos según jurisdicción de residencia. Argentina. SE 1/2024 a SE 31/2024 (n= 16.860).



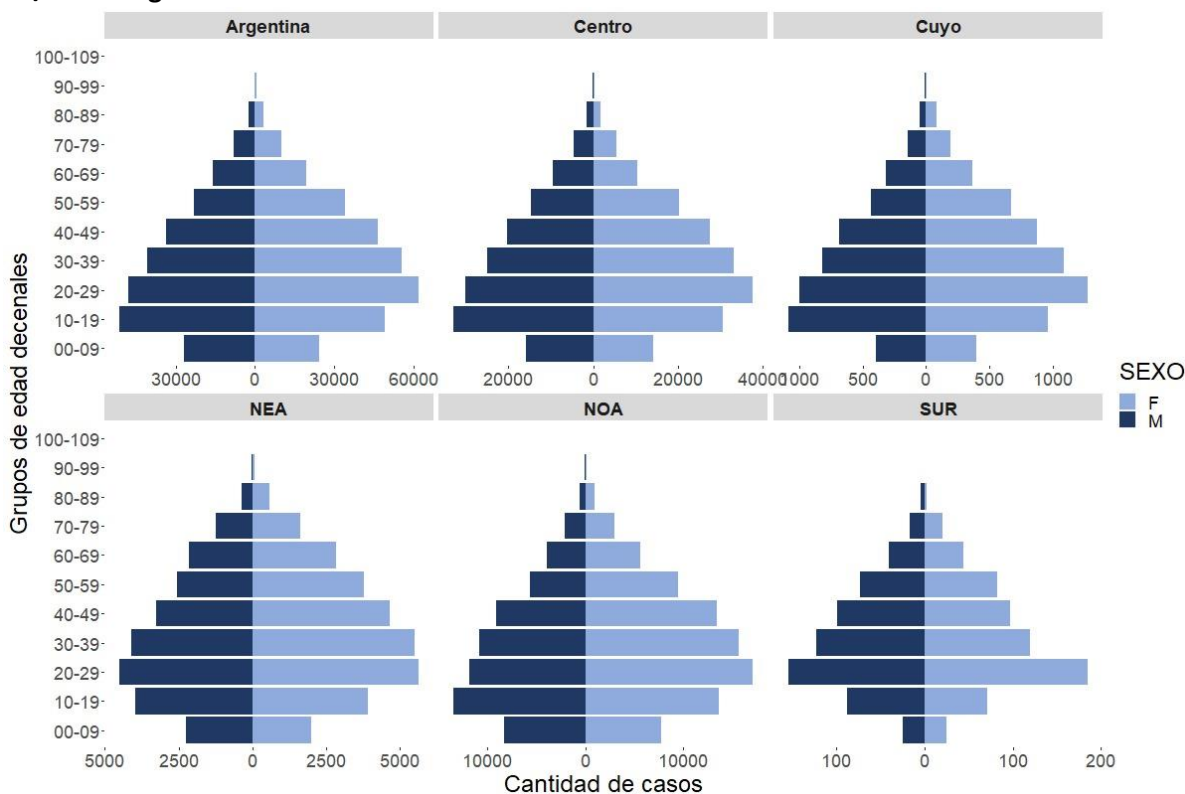
Fuente: Elaboración del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a casos notificados al SNVS con identificación de serotipo.

Entre la SE 1/2024 y la SE 31/2024 se detectaron 176 casos de confección de serotipos DEN-1 y DEN-2, principalmente en las regiones Centro, NOA y NEA. Dos corresponden a casos fallecidos.

MORBIMORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD

Desde la SE1/24 a la SE31/24 se registró un 55% de los casos en personas de sexo legal femenino y el 45% de sexo masculino. La incidencia acumulada más elevada y el mayor número de casos se observa en personas entre 10 y 39 años. La incidencia más baja se registra en los mayores de 80 años y los menores de 10.

Gráfico 9. Dengue: Casos por grupos de edad y sexo según total país y región. SE 1/2024 a SE 31/2024. 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 la información disponible hasta el momento, en el mismo período 1.570 casos fueron clasificados como dengue grave (0,28%) en 20 jurisdicciones, y se registraron 404 casos fallecidos en 18 jurisdicciones. El 55% correspondieron a personas de sexo legal femenino y el 45% de sexo masculino, con una mediana de edad de 50 años y se registraron en todos los grupos de edad. La tasa de mortalidad más elevada correspondió a los mayores de 80 años seguidos por 70 a 79, 60 a 69 y 50 a 59 años.

SITUACIÓN DE CHIKUNGUNYA EN ARGENTINA

Desde la SE 1/2024 hasta la SE 31/2024 se registraron en Argentina **830** casos de fiebre chikungunya, de los cuales: **768** no tuvieron antecedentes de viaje, **33** fueron importados y **51** se encuentran en investigación.

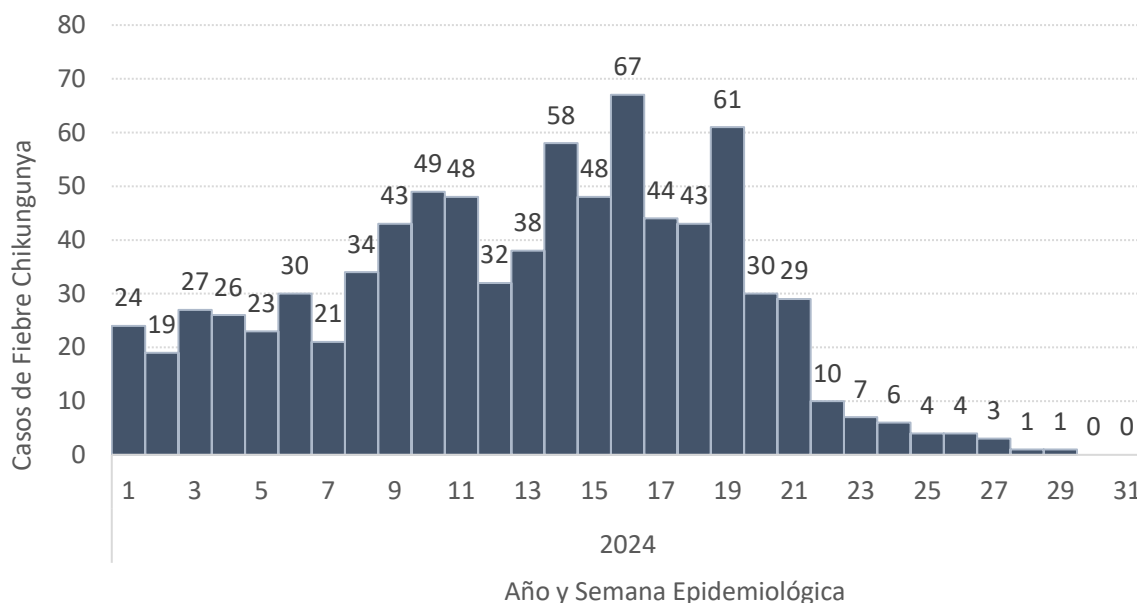
Tabla 4. Fiebre Chikungunya: Casos según antecedente de adquisición de la infección y total de notificaciones investigadas. SE 1/2024 a 31/2024.

Provincia	Autóctonos*	En investigación*	Importados*	Total casos de Chikungunya	Casos sospechosos investigados
Buenos Aires	52	30	3	81	2770
CABA	0	0	2	2	420
Córdoba	32	2	3	37	1703
Entre Ríos	0	0	1	1	24
Santa Fe	126	1	9	136	2396
Centro	210	33	18	257	7313
Mendoza	0	0	1	1	110
San Juan	0	0	0	0	3
San Luis	0	0	0	0	12
Cuyo	0	0	1	1	125
Chaco	263	0	6	269	845
Corrientes	0	0	0	1	37
Formosa	0	0	0	0	19
Misiones	20	0	2	5	197
NEA	283	0	8	275	1098
Catamarca	0	1	0	1	11
Jujuy	0	0	0	0	95
La Rioja	0	0	0	0	167
Salta	272	13	5	290	1748
Santiago del Estero	3	4	1	6	132
Tucumán	0	0	0	0	61
NOA	275	18	6	297	2214
Chubut	0	0	0	0	4
La Pampa	0	0	0	0	1
Neuquén	0	0	0	0	6
Río Negro	0	0	0	0	1
Santa Cruz	0	0	0	0	3
Tierra del Fuego	0	0	0	0	1
Sur	0	0	0	0	16
Total PAIS	768	51	33	830	10.766

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 el período analizado se registraron casos autóctonos en 7 provincias, Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe de la región Centro; Chaco y Misiones de la región NEA; Salta y Santiago del Estero de la región NOA. Se registraron casos importados o en investigación en 11 jurisdicciones.

Si bien los casos de fiebre chikungunya por semana han permanecido en un nivel bajo durante todo el año, la tendencia de casos ha ido en aumento desde fines de 2023 y hasta la SE16 de 2024 cuando se registró el mayor número de casos (66). Los últimos casos registrados se notificaron en las provincias de Chaco y Salta. No se notificaron casos probables o confirmados en las últimas dos semanas y solo dos casos en las dos semanas previas.

Gráfico 22. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables por SE epidemiológica. SE 1/2024 a SE 30/2024, Argentina (n= 830).

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).

FIEBRE DE OROPOUCHE

No se registran hasta la fecha casos positivos para Fiebre de Oropouche en Argentina.

En la [Circular de Vigilancia “Vigilancia de Fiebre de Oropouche”](#), publicada en mayo de 2024, se implementó la vigilancia por laboratorio de esta enfermedad en el SNVS. Hasta el momento se han analizado y registrado en el sistema de vigilancia 890 casos, todos ellos con resultados negativos.

FIEBRE AMARILLA

En la presente temporada no se registraron casos de Fiebre Amarilla en Argentina.

Los últimos casos notificados fueron en 2018, cuando se registraron siete casos con antecedente de viaje a Brasil y sin antecedente de vacunación.

Hasta el momento, las sospechas de epizootias han sido descartadas.

ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA

En la presente temporada hasta el momento no se registraron casos de Zika.

OTROS FLAVIVIRUS

De la SE 1/2024 hasta la SE 31/2024, se registraron en total 85 casos de encefalitis asociados a Flavivirus: 56 confirmados, 28 probables y 1 clasificados como infección remota. De los confirmados flavivirus, 16 de ellos presentan pruebas confirmatorias específicas para Encefalitis de San Luis. 79 de los casos se registraron en la región Centro (Buenos Aires, CABA, Entre Ríos, Santa Fe, Córdoba), 4 en NOA (Jujuy) y 2 en NEA (Corrientes y Chaco), con un promedio de edad de 45 años.

Se reportó un caso fallecido confirmado para encefalitis de San Luis durante la temporada, en una paciente de 15 años de edad.

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE SE 31/2024

- ✓ Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 30 de 2024 se registraron 695.575 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 92.901 casos de Neumonía y 94.712 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando una disminución de las notificaciones del -0,85% para las ETI, -20,43% para neumonías y -38,39% para bronquiolitis, respecto a los casos notificados en el mismo período del 2023.
- ✓ En la SE31 de 2024 se registraron 54 casos confirmados y 1 persona fallecida con diagnóstico de COVID-19. Entre las SE52/2023 y SE 04/2024 se verifica un incremento de los casos de COVID-19 superando en la SE04 de 2024 el número de casos máximo registrado durante el último ascenso de casos producido en la segunda mitad de 2023 (SE35), con una tendencia descendente posterior.²³
- ✓ En las **Unidades de Monitoreo Ambulatorio los casos de influenza registran una tendencia ascendente** entre las SE16 y 23. **A partir de la SE24 se verifica un menor número de detecciones semanales**, con 4 casos positivos entre las 54 muestras estudiadas en la última SE. Respecto a SARS-CoV-2, en SE31 se registraron 2 casos positivos entre las 254 muestras analizadas por técnica molecular. En las dos últimas semanas analizadas (SE30 y SE31), se detectaron 21 casos positivos de VSR entre las 132 muestras estudiadas.
- ✓ Entre los **casos hospitalizados**, durante la SE31/2024 se registraron 17 detecciones de SARS-CoV-2, 20 casos de influenza y 159 de VSR. **Entre las SE16 y 23, las detecciones de influenza presentan tendencia ascendente**, con un menor número de notificaciones semanales desde SE24. **Entre las SE16 y 26 de 2024 se observa un ascenso de casos de VSR, con detecciones estables en las últimas 5 SE.** Las detecciones de SARS-CoV-2 permanecen en niveles bajos.
- ✓ Los estudios reportados por **la red de virus respiratorios muestran un pronunciado aumento de las detecciones de Influenza entre las SE16 y 23**, con un menor número de casos notificados a partir de la SE24. Además, se verifica un **ascenso de detecciones de VSR desde la SE16**, que alcanzó máximo en SE26, permaneciendo estable posteriormente. En la SE30/2024, además se detecta circulación de metapneumovirus, SARS-CoV-2, parainfluenza y adenovirus.
- ✓ En las primeras 31 semanas de 2024, se notificó el fallecimiento de 148 personas con diagnóstico de influenza.
- ✓ En relación a las variantes de SARS-CoV-2, entre las SE5 y 12 de 2024, JN.1 se identificó en un 80,54% (n= 269), seguida de BA.2.86* en un 10,78% (n=36) (*Indica la inclusión de linajes descendientes).

²³ 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.

Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave

La estrategia de vigilancia centinela de virus respiratorios se encuentra en proceso de fortalecimiento y expansión de la red de Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave a las 24 jurisdicciones del país, como estrategia federal para alcanzar los objetivos de la vigilancia de IRA y responder a las necesidades de información para la toma de decisiones sanitarias.

Enlace a la Guía Operativa 2024:

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

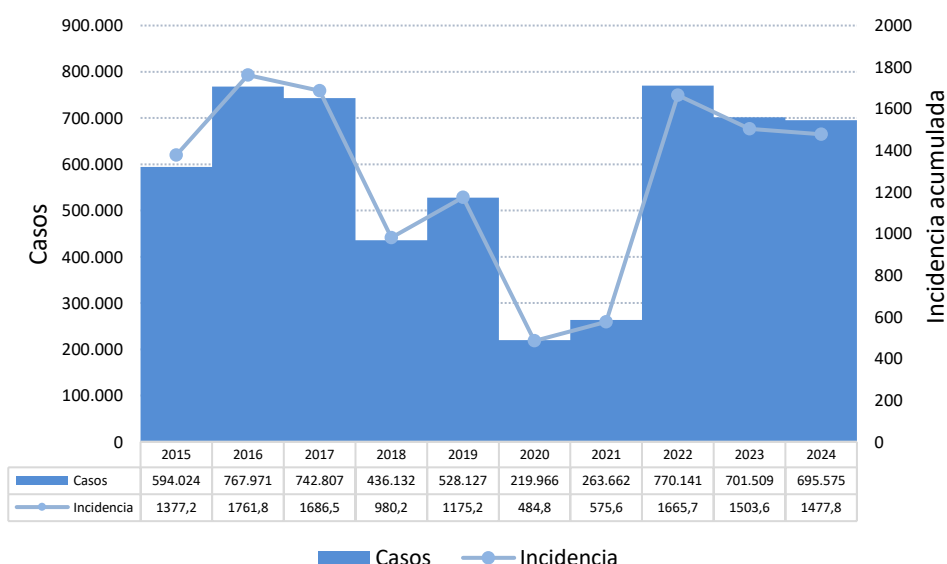
La información epidemiológica elaborada a partir de este componente será incorporada en próximos informes.

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre las SE 1 y 30 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 695.575 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1477,8 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en el período 2015-2024, se observa que el mayor número de casos se registra para el año 2022 (con un total de 770.141 casos), seguido por el año 2016. El número de notificaciones de ETI correspondiente a las SE1-30 de 2024 es menor respecto de los años 2016 a 2017 y 2022 a 2023, y mayor en comparación con los años 2015 y 2018 a 2021.

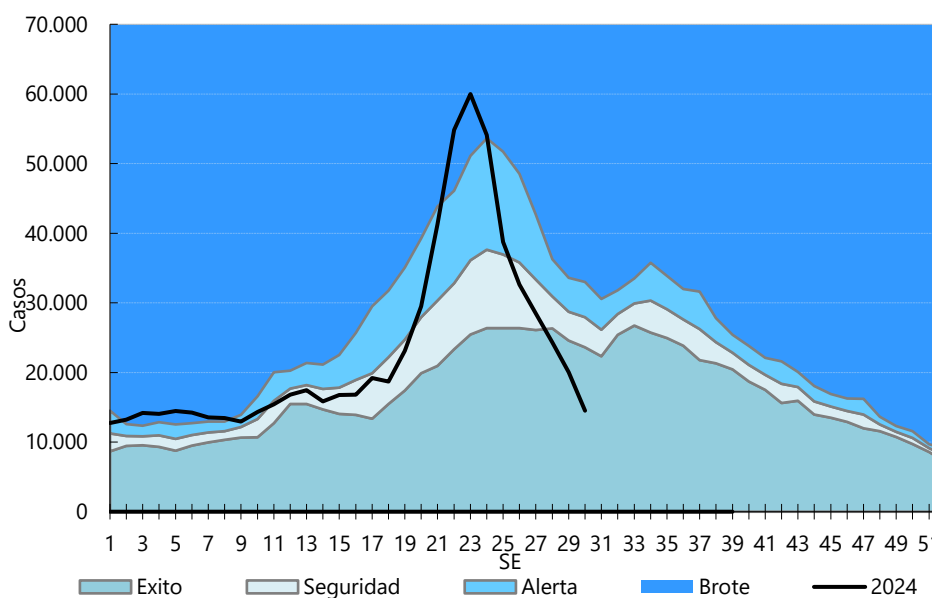
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE30. Total país.



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 en esta zona hasta la SE19, aunque con tendencia ascendente el número de notificaciones semanales desde SE10, más pronunciada desde SE19. A partir de SE20 los registros se ubican en niveles de alerta y continúan su ascenso, alcanzando entre SE22 a 24 el nivel de brote, con un descenso posterior.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023²⁴. SE 1 a 30 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

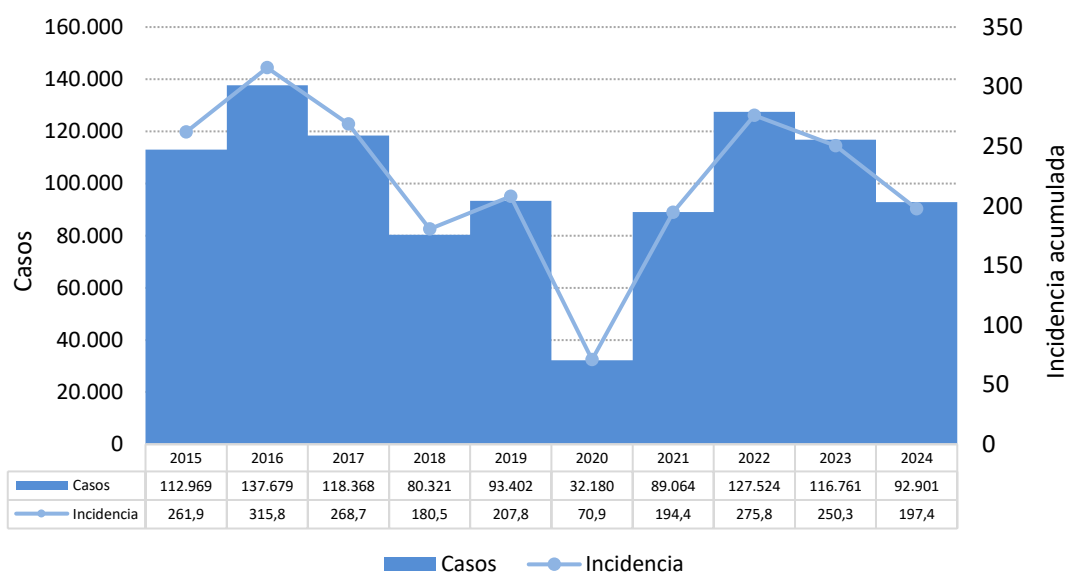
²⁴ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

NEUMONÍA

Entre las SE 1 y 30 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 92.901 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 197,4 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías entre las SE1 a 30 del período 2015-2024, se observa que los años con el mayor número de casos fueron 2016 y 2022. 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 2022 vuelven a ascender, con valores más bajos en 2023. El corriente año presenta un menor número de registros en comparación con la mayoría de los años históricos incluidos en el análisis, superando a las notificaciones de 2018, 2020 y 2021.

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE30. Total país.²⁵

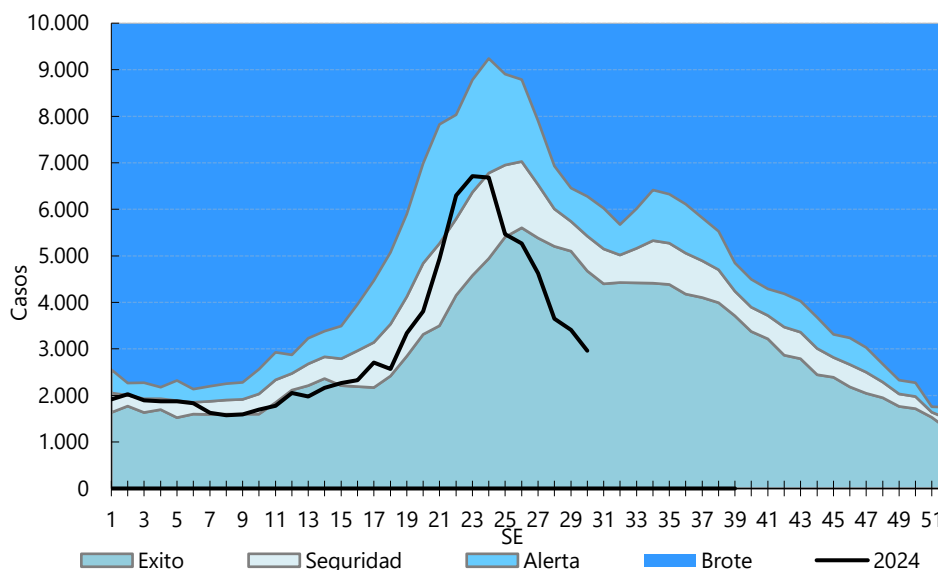


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS ^{2.0}

Las notificaciones de neumonía correspondientes a personas de todas las edades a nivel país oscilan entre la zona de seguridad y alerta entre las SE 1-7 de 2024, ubicándose desde SE8 entre los niveles esperados y de seguridad. A partir de SE10 se registra tendencia ligeramente ascendente de las notificaciones semanales de neumonías, que alcanzan desde la SE15 la zona de seguridad. En SE19 se acelera la tendencia ascendente, ubicándose en niveles de alerta en SE22 y 23, con un descenso posterior.

²⁵ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 de 2022. A partir de la SE23/2022 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las neumonías en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada numérica y las neumonías en casos hospitalizados notificadas con modalidad nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023.²⁶ SE 1 a 30 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

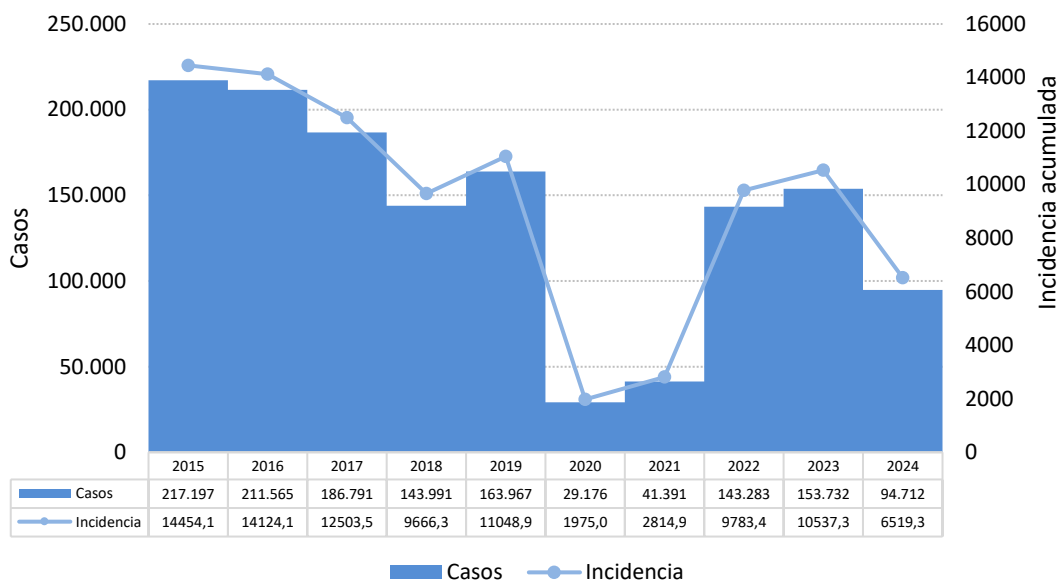
BRONQUIOLITIS

Entre las SE 1 y 30 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 94.712 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 6519,3 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 SE1-30 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.

²⁶ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE30. Total país²⁷.

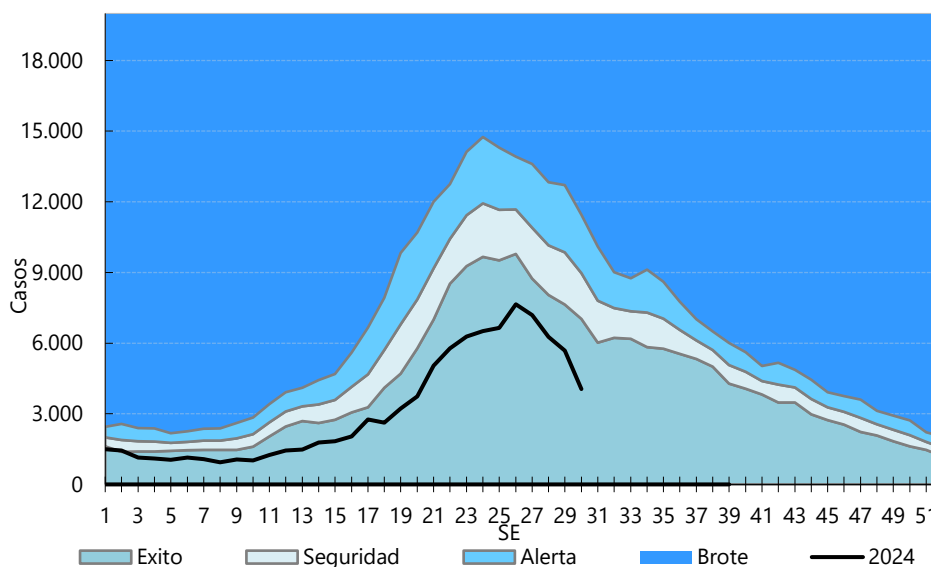


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

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

²⁷ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 de 2022. A partir de la SE23/2022 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las neumonías en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada numérica y las neumonías en casos hospitalizados notificadas con modalidad nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

Gráfico 6: Bronquiolitis: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023.²⁸ SE 1 a 30 de 2024. Argentina.



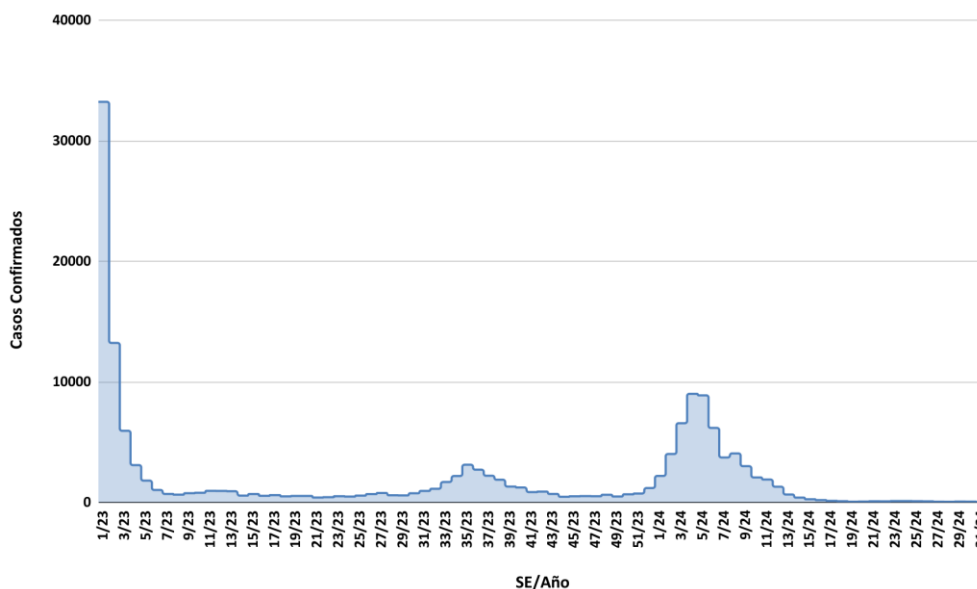
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

COVID-19²⁹

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, permaneciendo relativamente estable desde SE18.

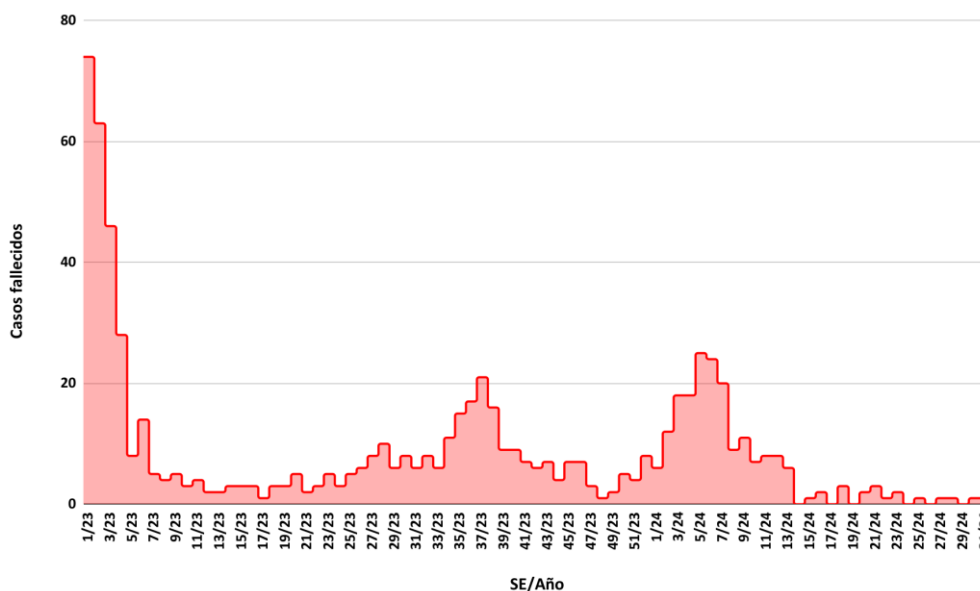
²⁸ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022

²⁹ Datos sujetos a modificación debido a una metodología de análisis diferencial por inconvenientes en el procesamiento automatizado de los datos aportados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Gráfico 7: COVID-19: Casos confirmados y fallecidos por semana epidemiológica. SE 01/2023 a SE 31/2024. Argentina.

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

Respecto a los fallecimientos, se observa un ligero aumento en las notificaciones en el SNVS 2.0 en concordancia con el último ascenso de casos, que alcanzó su máximo en la SE5 de 2024 y posteriormente presentó una tendencia descendente. Durante la SE30/2024, se registró una persona fallecida con diagnóstico de COVID-19³⁰.

Gráfico 8: COVID-19: Casos fallecidos por semana epidemiológica. SE 01/2023 a SE 31/2024. Argentina.

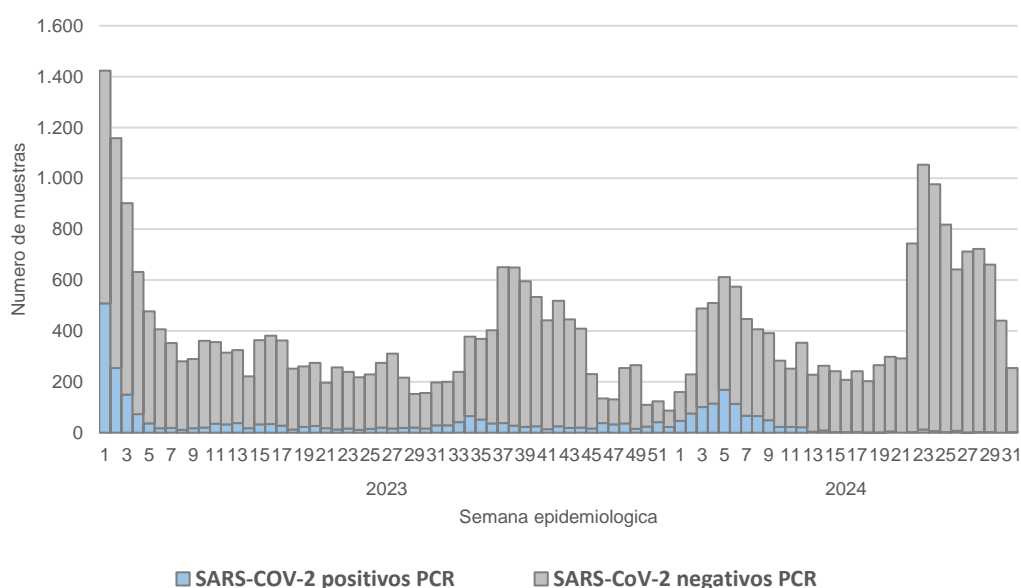
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS^{2.0}.

³⁰ 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)

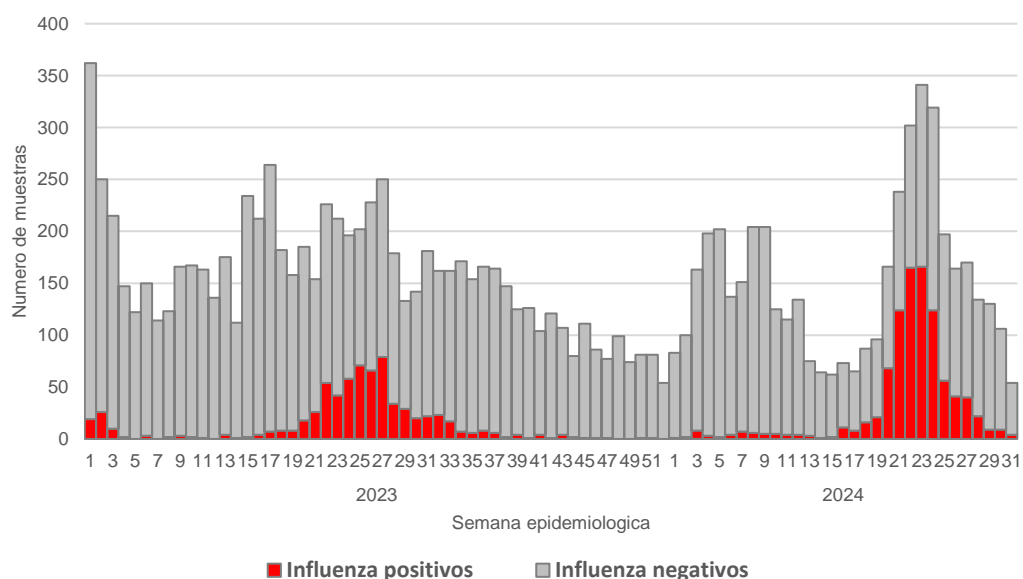
Desde el inicio del año 2024 hasta la SE31, se registraron en el SNVS2.0, en el evento “Monitoreo de SARS-CoV-2 y OVR en ambulatorios”, un total de 13.969 muestras estudiadas por rt-PCR para SARS-CoV-2, de las cuales 931 fueron positivas. Esto representa un ascenso de 18,00% respecto a las muestras estudiadas registradas para el mismo periodo de 2023, aunque con un descenso de -40,78% en las detecciones. El porcentaje de positividad para las muestras acumuladas durante 2024 es de 6,66%. 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, con 2 casos positivos entre las 254 muestras analizadas por PCR correspondientes a la SE31/2024.

Gráfico 9. Muestras positivas y negativas para SARS-COV-2 por técnica PCR, por SE. SE1/2023 a SE31/2024.



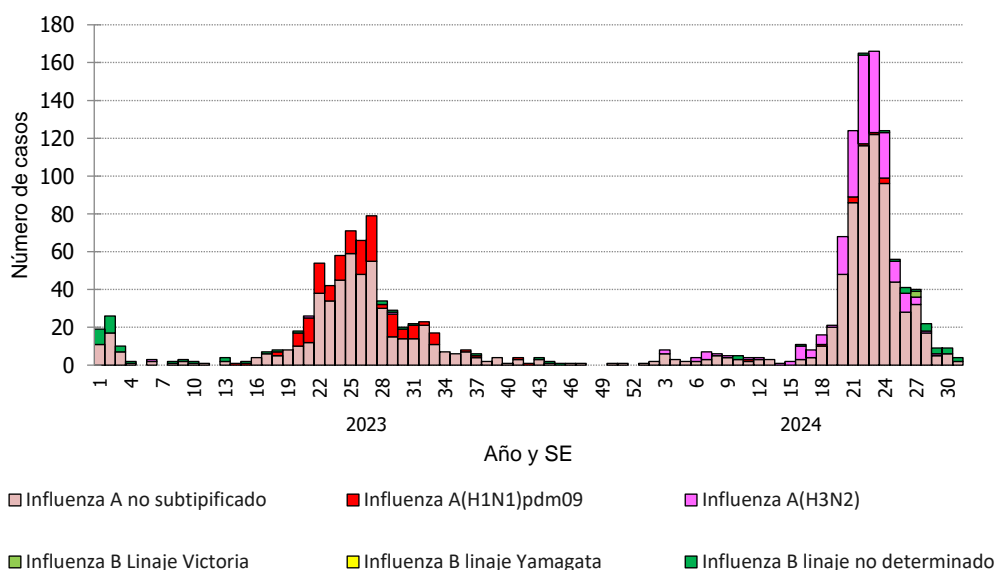
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

Además, desde el inicio de 2024 se estudiaron un total de 4.659 muestras para influenza, de las cuales 941 resultaron positivas. Si bien las muestras estudiadas para este agente registran un descenso de aproximadamente el -19% en 2024 respecto al mismo período de 2023, se verifica un 51,53% 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 20,20% para este virus en UMA. Entre las SE 16 y 23 de 2024 se registró un ascenso en las detecciones de influenza en UMA, con predominio de influenza A (H3N2). Posteriormente, a partir de la SE24, se observa un menor número de casos semanales, con 4 casos confirmados entre las 54 muestras analizadas durante la semana 31 de 2024. Respecto a influenza B, se verifica un paulatino ascenso de las detecciones en las últimas semanas.

Gráfico 10. Muestras positivas y negativas para influenza, por SE. SE1/2023 a SE31/2024.

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}

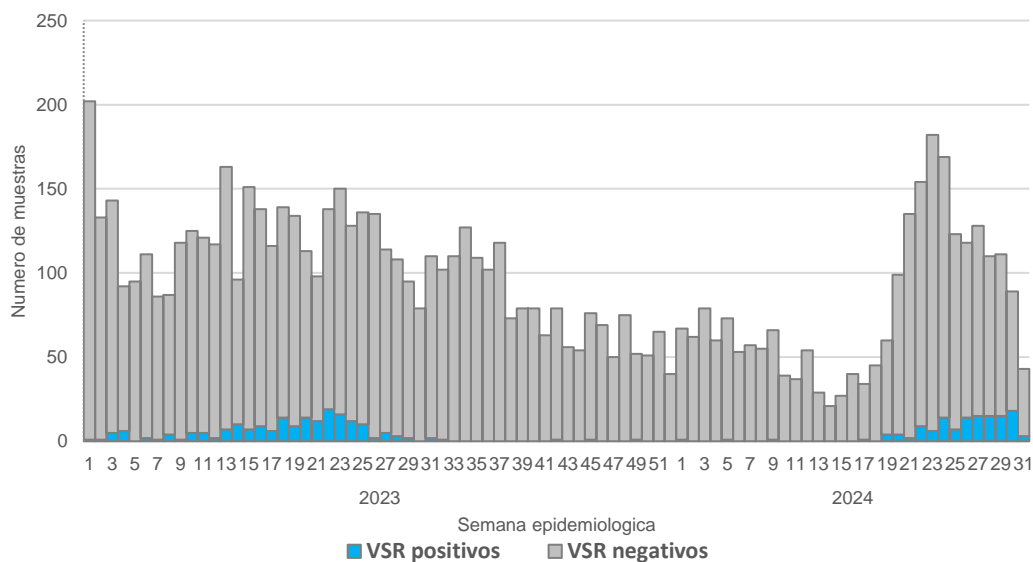
En relación con las detecciones de virus influenza desde SE1/2024 (n= 941), la mayoría correspondieron a Influenza A (n= 916, 97,34%), mientras que Influenza B se identificó en los 25 casos restantes. Respecto de los virus Influenza A, 238 muestras cuentan con subtificación, detectándose predominantemente Influenza A (H3N2) (n= 228) y algunos casos de Influenza A (H1N1) pdm09 (n= 10). Entre los casos de influenza B detectados en la estrategia UMA en el periodo analizado, 3 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 SE31/2024 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 2.419 muestras estudiadas en lo que va de 2024, con un total de 130 positivos para VSR durante 2024 en UMAS y una positividad acumulada de 5,37%. Se verifica un ascenso de las detecciones de VSR a partir de la SE19/2024, con 21 casos de VSR entre las 132 muestras estudiadas en las dos últimas semanas analizadas (SE30/2024 y 31/2024).

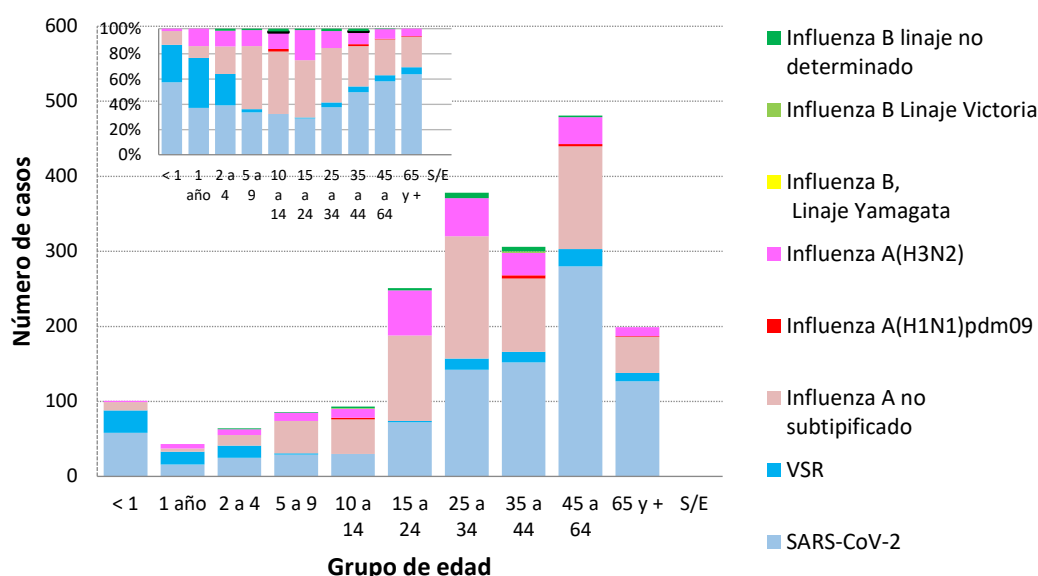
Gráfico 12. Muestras positivas y negativas para VSR por SE. SE1/2023 a SE31/2024.



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}

Los casos de influenza acumulados desde inicio de 2024 en UMA corresponden a todos los grupos de edad, con el mayor número de casos en el grupo de 25 a 34 años, seguido por los grupos 45 a 64, 15 a 24, y 35 a 44 años. Además, se verifican detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, predominando en los adultos y adultos mayores. En relación a los casos de VSR, la mayor parte de las detecciones corresponden a menores de 1 año, al grupo de 45 a 64 años y a las edades comprendidas entre 1 y 4 años.

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 SE31/2024. Estrategia UMA. Argentina.



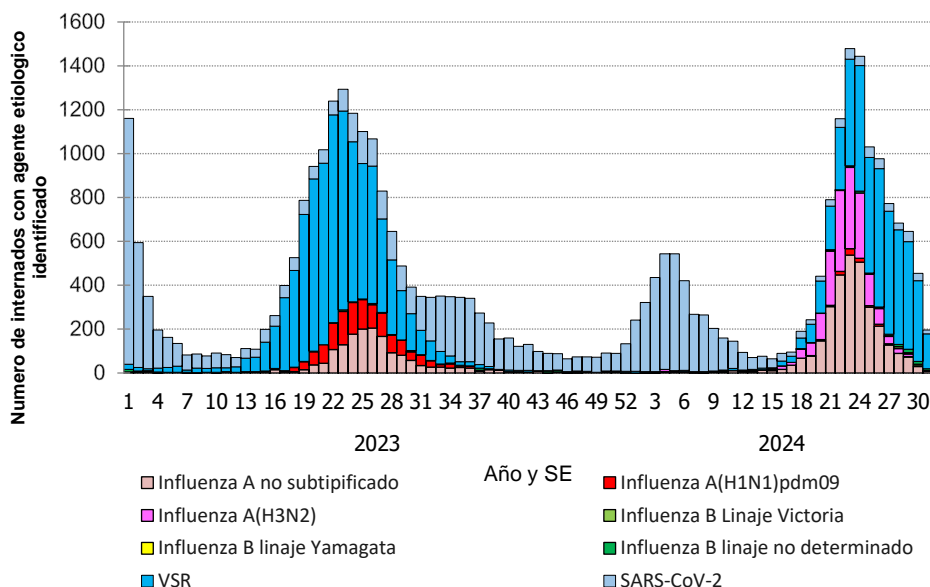
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

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

Entre SE1 y SE31 de 2024, en términos acumulados, se notificaron 4193 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. **Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa -6,43% menos casos.** Las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas presentaron una tendencia ascendente entre las SE52/2023 y SE5/2024, con un descenso posterior, permaneciendo en las últimas semanas en valores bajos. En la semana epidemiológica 31 del año 2024 se notificaron 17 casos de SARS-COV-2 en hospitalizados.

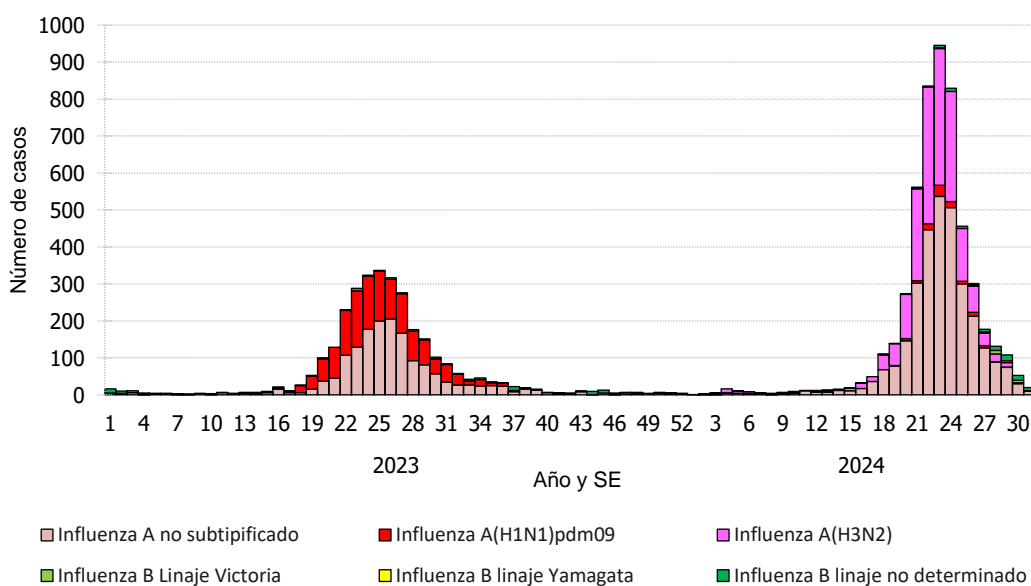
Adicionalmente, en lo que va de 2024, se registraron 5163 detecciones positivas para virus influenza en internados. Esto representa un **ascenso del 89,68% respecto de las notificaciones registradas para el mismo período de 2023.** Entre las semanas 16 y 23 se registra un incremento de las detecciones semanales de influenza en hospitalizados, con predominio de Influenza A (H3N2), verificándose un descenso en el número de notificaciones semanales desde la SE24, con 20 casos positivos notificados en la SE31/2024. En relación a influenza B, a partir de SE23, se verifica un paulatino ascenso de las detecciones.

Respecto a **VSR**, desde SE1/2024 a SE31/2024 se notificaron 5184 casos hospitalizados positivos para VSR, con un **descenso del -41,26% respecto a las notificaciones del mismo periodo del año previo.** Entre las SE16 y 26 se registra tendencia ascendente de las detecciones semanales de VSR, permaneciendo en valores estables en las siguientes 5 semanas, con 159 casos en SE30.

Gráfico 14. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2023 a SE31 /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}.

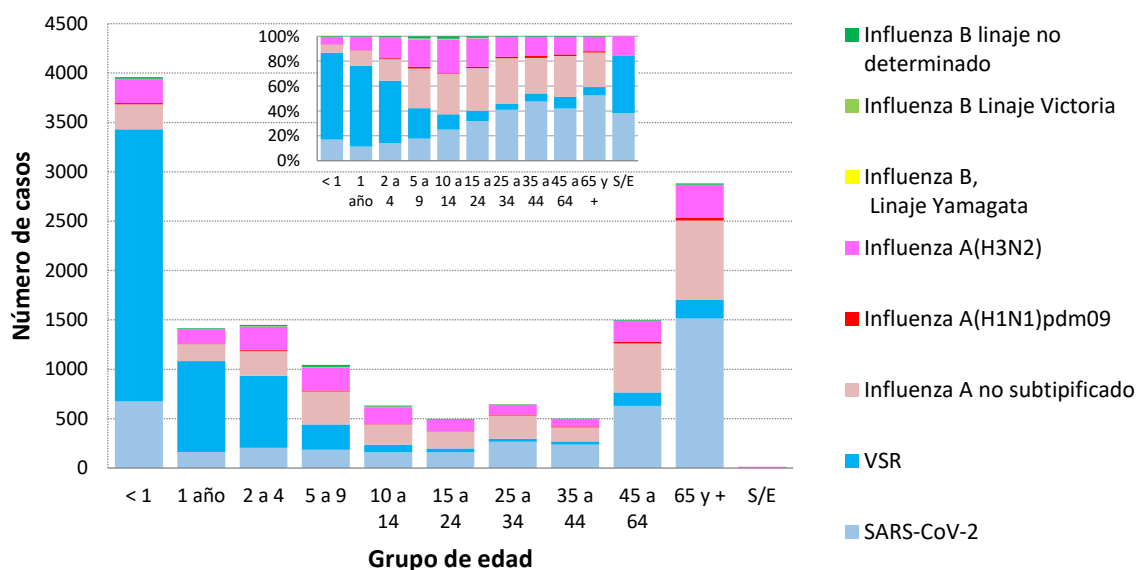
Para el año 2024, entre las 5163 detecciones de influenza, 5030 fueron influenza A y 133 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 1976 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales la mayoría correspondieron a **influenza A (H3N2) (n= 1864, 94,33%)**, mientras que las 112 muestras restantes fueron identificadas como influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 33 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 SE31/2024. Argentina.

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

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

Gráfico 16. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2024 a SE31/2024.



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}.

Casos fallecidos con diagnóstico de influenza.³¹

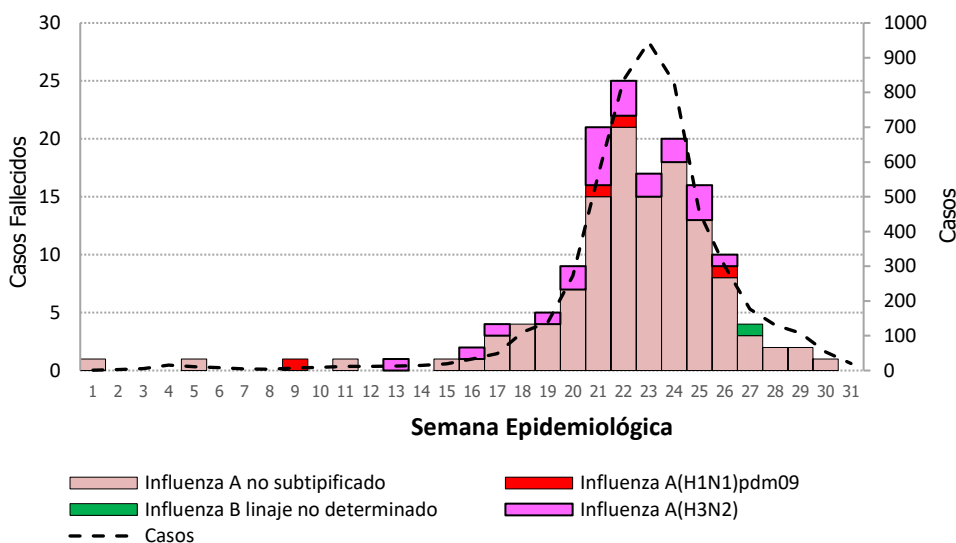
A la fecha de elaboración de este informe, entre las SE 01 a SE31 del año 2024, se notificaron al SNVS^{2.0} 148 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.³² Esto representa un 55,8% más que lo registrado en el mismo periodo de 2023 mientras que el número de casos hospitalizados con diagnóstico de Influenza en el mismo período presentó un ascenso del 89,68% (5163 casos acumulados en 2024 y 2722 casos en 2023). Se debe considerar que el ascenso de casos de influenza en el año actual inició en SE16, dos semanas adelantado respecto al inicio del ascenso de casos registrado en 2023,

En relación a la distribución etiológica de los casos, se observa que 147 (99,32%) tuvieron identificación de influenza A y 1 (0,68%) de Influenza B. De las detecciones positivas para influenza A, 25 fueron subtipificadas, con identificación de influenza A (H3N2) en 22 casos e influenza A (H1N1) en los 3 casos restantes. El caso de influenza B corresponde a una muestra positiva sin identificación de linaje.

³¹ La información de los casos fallecidos con diagnóstico de Influenza confirmado por laboratorio surge de las notificaciones nominales al SNVS 2.0 con el objetivo de caracterizar la población afectada y registrar antecedentes de comorbilidades y vacunación antigripal. Este análisis no implica una estimación de la mortalidad real por influenza y OVR en el país ni un reemplazo de las estimaciones que se realizan anualmente a partir de los registros estadísticos.

³² Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

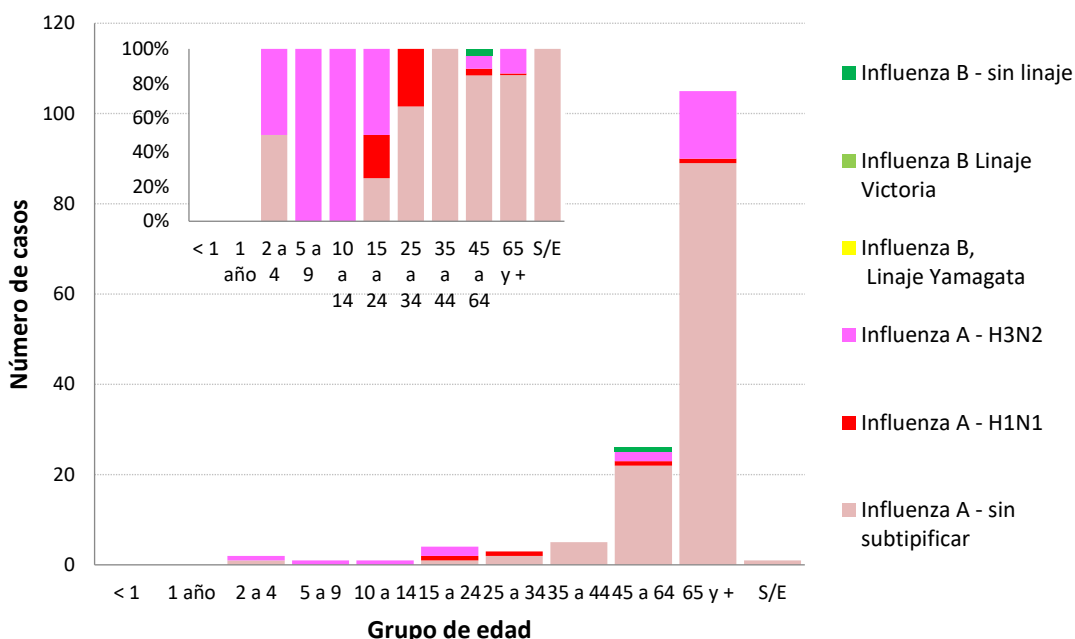
Gráfico 17: Distribución de casos y fallecidos con diagnóstico de Influenza notificados al SNVS según etiología. SE1 a SE31/2024. Argentina (n=148)



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

Respecto a la distribución por edad, el mayor número de casos fallecidos con diagnóstico de influenza se observa en los grupos de ≥ 65 años (70,3% de los fallecimientos) y 45 a 64 años (18,2%).

Gráfico 18: Distribución de casos fallecidos con diagnóstico de Influenza notificados al SNVS según grupos de edad. SE1 a SE31/2024. Argentina (n=148)



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

Respecto a la presencia de comorbilidades o factores de riesgo, el 87,84% (n=130) de los casos cuentan con información en el SNVS2.0. Entre ellos, la mayoría registran una o más comorbilidad o factor de riesgo para enfermedad grave (97,7%, n= 127).

VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS - RED DE LABORATORIOS

A partir de la SE16/2024 se observa un ascenso en las detecciones de influenza y de VSR, con un menor número de notificaciones semanales de influenza desde SE24. Los casos de SARS-CoV-2 y otros virus respiratorios permanecen en valores bajos.

Si bien el número de casos confirmados de COVID-19 por semana epidemiológica durante el año 2023 y las primeras semanas de 2024 es menor en comparación con años previos, se observó un ascenso de las detecciones de SARS-CoV-2 entre SE50/2023 y SE04/2024, con tendencia descendente en las semanas siguientes, permaneciendo en valores bajos en las últimas semanas.

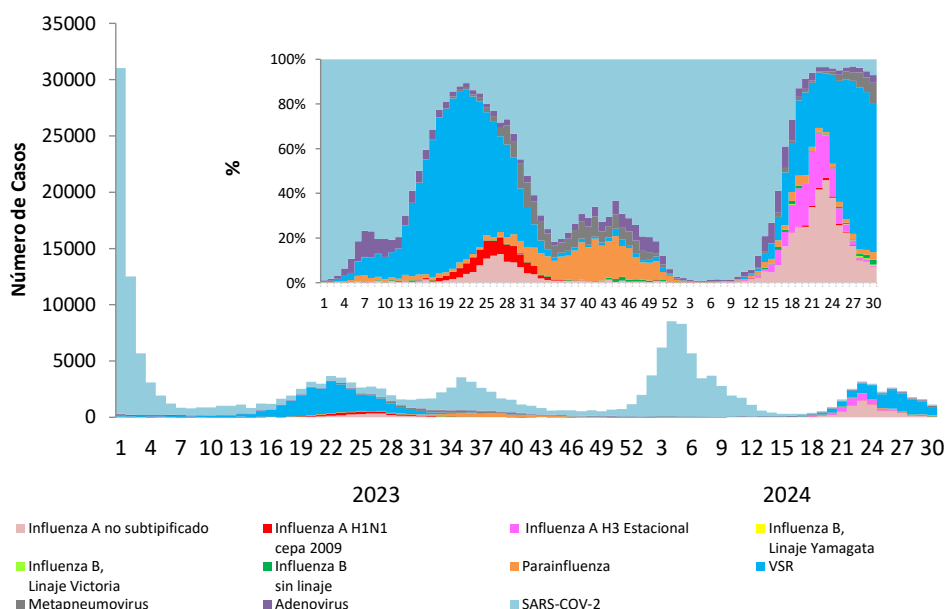
Para el año 2024, se destaca un ascenso pronunciado de las notificaciones de influenza desde SE16 a 23, registrándose predominantemente casos de influenza A sin subtipificar/A H3N2, con un menor número de detecciones semanales en las últimas 7 semanas (SE24 a 30). Además, se registra un paulatino ascenso en las detecciones positivas para influenza B sin linaje/B Victoria a partir de la SE23.

En relación a los casos de VSR, desde la SE16 de 2024 se verifica un incremento en las notificaciones, permaneciendo estables en las últimas 4 semanas epidemiológicas.

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

En la SE29 de 2024 se verifica, además de VSR, influenza y SARS-COV-2, circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: metapneumovirus, parainfluenza y adenovirus.

Gráfico 19. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2023 a SE30/2024. Argentina.



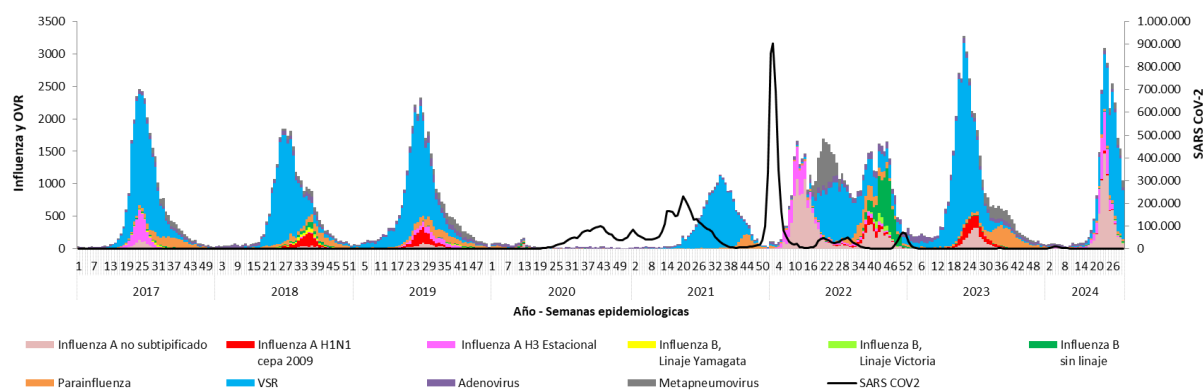
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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.

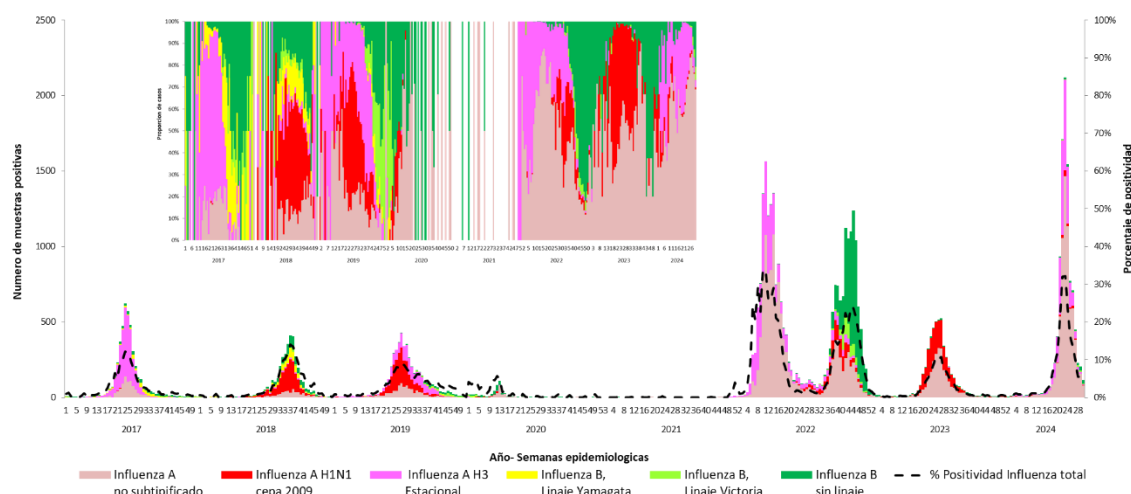
Durante el año 2023, el VSR presentó una actividad estacional adelantada en comparación con la mayoría de los años pre-pandémicos y años 2021-2022, con un rápido ascenso de notificaciones entre SE 13 y 22. El número de detecciones positivas para parainfluenza fue mayor al de todos los años históricos 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 20. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE30/2024. 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 21. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE30/2024. Argentina.



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

INFORMACIÓN NUEVAS VARIANTES DEL SARS-COV-2

A nivel mundial, durante el periodo de 28 días comprendido entre el 27 de mayo y el 23 de junio de 2024, se compartieron 20.358 secuencias de SARS-CoV-2 a través de GISAID. En comparación, en los dos periodos anteriores de 28 días se compartieron 24.550 y 20.747 secuencias, respectivamente.³³

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) designa 2 variantes de interés (VOI), BA.2.86 y JN.1. Además, fueron designadas 6 variantes bajo monitoreo (VUM): JN.1.7, JN.1.18, KP.2, KP.3, LB.1 y KP.3.1.1^{34,35}

De acuerdo a OMS, a nivel mundial JN.1 es la VOI circulante dominante (notificada por 133 países), representando el 30,3% de las secuencias en la semana 25, y habiendo disminuido desde una proporción del 43,9% en la semana 22. Su linaje parental, BA.2.86, sigue disminuyendo en prevalencia, representando el 0,1% (solo 5 secuencias) en la semana 25 en comparación con el 0,4% en la semana 22.

La variante JN.1, ha sido clasificada por la OMS como variante de interés el 19 de diciembre de 2023. Según la última actualización de la valoración de riesgo realizada por la OMS para JN.1, publicada el 15 de abril de 2024, la evaluación global en base a la evidencia disponible fue de bajo riesgo adicional para la salud pública a nivel mundial.³⁶

Los cuatro VUM enumeradas son todos linajes descendientes de JN.1. KP.3 y LB.1 muestran una prevalencia cada vez mayor a nivel mundial, KP.2 y JN.1.18 se mantienen estables y la prevalencia de JN.1.7 está disminuyendo. KP.2 representó el 16,7% de las secuencias en la semana 25 frente al 17,5% en la semana 22, KP.3 representó el 40,3% de las secuencias en la semana 25 frente al 24,4% en la

³³ COVID-19 epidemiological update – 15 July 2024- Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-epidemiological-update-edition-169>

³⁴ OMS- Tracking SARS-CoV-2 variants- 3 May 2024. <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

³⁵ Tomado de: <https://www.who.int/publications/m/item/updated-working-definitions-and-primary-actions-for-sars-cov-2-variants>

³⁶ OMS. JN.1 Updated Risk Evaluation 15 April 2024. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/15042024_jn1_ure.pdf?sfvrsn=8bd19a5c_7

semana 22, JN.1.7 representó el 1,0% de las secuencias en la semana 25 frente al 2,4% en la semana 22, JN.1.18 representó el 1,9% de las secuencias en la semana 25 frente al 2,2% en la semana 22, y LB.1 representó el 7,0% en la semana 25 frente al 5,6% en la semana 22.

Existe heterogeneidad en el número de secuencias compartidas por las regiones y en las proporciones relativas de variantes del SARS-CoV-2 entre las regiones y dentro de ellas.

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

SITUACION NACIONAL

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

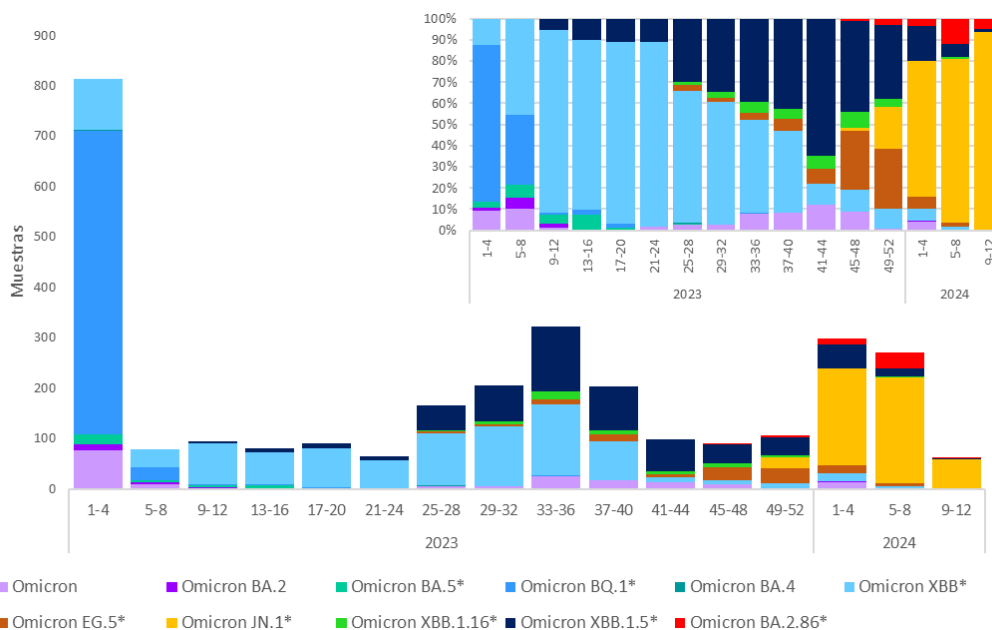
Entre las SE5 y 12 de 2024, se notificaron al SNVS 334 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales JN.1 se identificó en un 80,54% (n= 269), seguida de BA.2.86* en un 10,78% (n=36) (*Indica la inclusión de linajes descendientes)³⁷.

En total, al 9 de agosto de 2024 en Argentina se detectaron 513 casos de la variante JN.1* y 55 casos confirmados de la variante BA.2.86*.

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

³⁷ Se debe considerar que a partir del 11 de agosto de 2023, se incorpora la notificación de las Variantes de Interés XBB.1.5*, XBB.1.16* y EG.5* al Sistema Nacional de Vigilancia SNVS2.0.

Gráfico 22: Distribución absoluta y relativa de variantes identificadas según fecha de toma de muestra por cuatrisesmanas. SE01/2023- SE12/2024.Total país³⁸.



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

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

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

- BA.2.86*
- JN.1*

* Incluye linajes descendientes.

³⁸ Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS³⁹

Situación Regional: Durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE), se ha registrado actividad epidémica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) en el Cono Sur, así como un aumento en la actividad en las subregiones de Norteamérica, el Caribe y Centroamérica. Esta actividad está asociada con la circulación de influenza en el Cono Sur, Centroamérica y el Caribe y de SARS-CoV-2 en Norteamérica, el Caribe y Centroamérica. Además, se han observado niveles epidémicos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en el Cono Sur, la subregión Andina y Centroamérica, relacionados con casos positivos de influenza y VRS.

En cuanto a la circulación de virus respiratorios, a nivel regional, la actividad de SARS-CoV-2 se ha mantenido en niveles medios en comparación con olas epidémicas previas, aunque ha mostrado un incremento asociado a la circulación en Norteamérica, el Caribe, Centroamérica y la subregión Andina. Asimismo, se ha observado una actividad epidémica, aunque en descenso de influenza en el Cono Sur y América Central. La actividad del Virus Respiratorio Sincitial (VRS) ha ascendido a niveles epidémicos en América Central, la subregión Andina y el Cono Sur, donde se ha observado una tendencia creciente.

América del Norte: Los casos de ETI, IRAG y las hospitalizaciones asociadas a virus respiratorios han mostrado un incremento, con un marcado aumento en la proporción de casos positivos de SARS-CoV-2. La actividad de influenza se ha mantenido por debajo del umbral epidémico en todos los países. Durante este periodo, los virus de influenza predominantes han sido del tipo A(H3N2), seguidos por A(H1N1)pdm09 y B/Victoria. La actividad del VRS se ha mantenido en niveles bajos. La actividad del SARS-CoV-2 ha presentado un ascenso, alcanzando en algunos países niveles medios o elevados en comparación con olas previas.

Por países: • En Canadá, la actividad del SARS-CoV-2 ha aumentado, alcanzando niveles cercanos a los máximos registrados en olas previas. La actividad de influenza se mantiene por debajo del umbral epidémico, mientras que la actividad del VRS ha permanecido en niveles bajos. • En México, los casos de ETI e IRAG han presentado un incremento con niveles moderados y epidémicos respectivamente, asociado a un aumento en los casos positivos de SARS-CoV-2. La actividad de influenza y VRS se mantiene en niveles bajos. • En Estados Unidos, la tasa de hospitalizaciones asociadas a SARS-CoV-2 por cada 100,000 habitantes ha mostrado un incremento en las últimas semanas, coincidiendo con niveles de circulación de SARS-CoV-2 similares a los alcanzados en los picos de 2023 y 2024. Tanto la actividad de influenza como la de VRS se mantienen en niveles bajos.

Caribe: En las últimas cuatro SE, los casos de ETI han aumentado, asociados a una mayor proporción de casos positivos de influenza. Por otro lado, aunque los casos de IRAG han permanecido en niveles bajos, se ha observado un incremento en la proporción de casos positivos de SARS-CoV-2 e influenza. La actividad de influenza se ha mantenido en niveles intermedios durante las últimas cuatro SE, con predominio del tipo A(H3N2) y, en menor medida, de influenza A(H1N1)pdm09. La actividad del VRS se ha mantenido en niveles bajos, mientras que la actividad del SARS-CoV-2 sigue estable en niveles elevados.

Por países: En las últimas cuatro SE, se ha observado actividad de influenza en Belice, República Dominicana, Jamaica, las Islas Caimán y Guyana. Asimismo, se ha registrado actividad de SARS-CoV-2 en Belice, República Dominicana, Jamaica, Santa Lucía, Surinam, Barbados, Guyana, las Islas

³⁹ 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>

Caimán, y San Vicente y las Granadinas. Se ha observado actividad de VRS en Surinam, Guyana y San Vicente y las Granadinas • En República Dominicana, se ha detectado un aumento en la actividad de IRAG, alcanzando niveles epidémicos, coincidiendo con una actividad epidémica de influenza y la circulación de SARS-CoV-2. • En Santa Lucía se ha observado un incremento en la actividad de IRAG con niveles epidémicos asociados a circulación de SARS-CoV-2. • En Guyana, se ha observado un incremento en los casos de ETI e IRAG, con casos positivos atribuibles tanto a SARS-CoV-2 como a influenza y en menor medida VRS.

Centroamérica: Se ha observado un incremento en la actividad de ETI e IRAG, con la mayoría de los casos positivos atribuibles seguido de SARS-CoV-2 y VRS, cuya actividad ha mostrado un ascenso. La actividad de influenza, tras alcanzar un pico epidémico en varios países de la subregión, ha mostrado un descenso en las últimas cuatro SE. Durante este periodo, los virus de influenza predominantes han sido de tipo A(H3N2). La actividad del VRS ha alcanzado niveles similares a los máximos registrados en temporadas previas. Aunque la actividad del SARS-CoV-2 está en ascenso, permanece en niveles inferiores a los observados en olas anteriores.

Por países: • En Costa Rica tras el aumento detectado en los casos de ETI e IRAG en semanas previas, durante las cuatro último SE se ha observado una tendencia decreciente con la mayoría de los casos positivos atribuibles a SARS-CoV-2 y en menor medida a influenza. • En El Salvador, la circulación de influenza, tras alcanzar niveles moderados, ha presentado un descenso en las últimas cuatro SE. El SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos en comparación con olas previas. • En Guatemala, se ha observado un incremento en la actividad de ETI hasta niveles moderados con la mayoría de los casos positivos atribuibles a influenza y SARS-CoV-2. La actividad de IRAG se mantiene constante en niveles epidémicos, sin embargo, se ha observado un marcado incremento en la proporción de casos positivos a VRS. • En Honduras, en las últimas cuatro semanas epidemiológicas, la actividad de IRAG se ha mantenido fluctuante en niveles entre epidémicos y moderados, asociada principalmente a casos positivos de influenza, que actualmente se encuentra en descenso y niveles epidémicos, y en menor medida a SARS-CoV-2. • En Nicaragua, tras alcanzar el pico de circulación de influenza por encima del umbral elevado en las cuatro últimas SE, ésta actualmente se encuentra en descenso con niveles epidémicos, mientras que la circulación del VRS y SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos. • En Panamá, los casos de ETI e IRAG han mostrado un incremento en las últimas cuatro SE, con un aumento en la proporción de casos positivos de SARS-CoV-2 y VRS. La actividad de influenza ha descendido por debajo del umbral de actividad epidémica.

Países Andinos: La actividad de ETI e IRAG se ha mantenido en niveles epidémicos durante las últimas cuatro SE en la mayoría de los países. Asimismo, se ha observado un aumento en la proporción de casos positivos de VRS y SARS-CoV-2. La actividad de influenza ha permanecido en descenso durante este periodo. Los virus de influenza predominantes han sido de tipo A(H3N2). La actividad del VRS se ha mantenido estable en niveles moderados, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 ha mostrado un pronunciado ascenso hasta niveles medios en comparación con olas previas.

Por países: • En Bolivia, los casos de IRAG están en descenso, situándose por debajo del umbral epidémico. La actividad de influenza también ha disminuido hasta niveles inferiores a este umbral. • En Colombia, la actividad de IRAG, tras alcanzar niveles epidémicos en las últimas semanas, ha presentado un descenso por debajo de este umbral. La mayoría de los casos positivos se atribuyen a VRS, cuya actividad se encuentra en niveles intermedios en comparación con temporadas previas, y en menor medida a SARS-CoV-2, que está en ascenso, con niveles de circulación intermedios en comparación con olas anteriores. Los casos de IRA (Infección Respiratoria Aguda) se mantienen en niveles extraordinarios. • En Ecuador, la actividad de IRAG y neumonía se ha mantenido en torno al umbral moderado en las últimas cuatro SE. Los casos positivos de IRAG se atribuyen principalmente

a influenza, cuya actividad se encuentra en niveles epidémicos, y en menor medida a VRS y SARS-CoV-2, ambos en ascenso. • En Perú, se ha observado un incremento en los casos de IRAG con niveles extraordinarios, especialmente asociados a casos positivos de VRS, cuya actividad está en ascenso, y en menor medida a influenza, cuya actividad se sitúa por debajo del umbral epidémico. Asimismo, se ha registrado una creciente actividad de SARS-CoV-2; sin embargo, esta se mantiene en niveles bajos. • En Venezuela, se ha observado un descenso en la actividad de influenza, situándose por debajo del umbral epidémico

Brasil y Cono Sur: Tras el incremento observado en semanas previas, la actividad de ETI e IRAG ha mostrado un descenso en las últimas cuatro SE, con la mayoría de los casos positivos atribuibles a VRS y, en menor medida, a influenza. La actividad de influenza se encuentra en niveles epidémicos en algunos países, mientras que en otros ha descendido por debajo de este umbral, mostrando una tendencia decreciente. Durante este periodo, los virus de influenza predominantes han sido de tipo A(H3N2) y A(H1N1)pdm09. La actividad del VRS ha permanecido estable alcanzando un pico, aunque por el momento se mantiene en niveles inferiores a los niveles máximos alcanzados en temporadas previas. La actividad del SARS-CoV-2 se ha mantenido en niveles bajos.

Por países: • En Argentina, la actividad de ETI, tras alcanzar niveles elevados, ha descendido a niveles epidémicos, mientras que la actividad de IRAG, tras alcanzar niveles epidémicos, ha caído por debajo de este umbral. La actividad de influenza, después de alcanzar niveles elevados, ha descendido a niveles epidémicos en la última SE. Paralelamente, se ha observado un incremento en el porcentaje de positividad de VRS, alcanzando valores similares a los máximos observados en temporadas previas. • En Brasil, la actividad de ETI e IRAG ha descendido a niveles por debajo del umbral epidémico, con la mayor proporción de casos positivos atribuibles a VRS e influenza. • En Chile, tras el descenso observado en semanas previas se ha observado un ligero repunte en los casos de ETI e IRAG, con niveles moderados y epidémicos respectivamente. La mayoría de los casos positivos durante las últimas cuatro SE son atribuibles a VRS, cuya actividad se mantiene en ascenso, aunque con niveles de positividad por debajo de los máximos observados en temporadas anteriores. La actividad de influenza, tras alcanzar niveles extraordinarios, ha descendido a niveles por debajo del umbral epidémico. • En Paraguay, la actividad de IRAG ha mostrado un repunte a niveles moderados, relacionado con casos positivos de VRS y, en menor medida, de SARS-CoV-2, cuya actividad está en ascenso. La actividad de ETI, tras alcanzar niveles epidémicos, ha descendido por debajo de este umbral, con la mayoría de los casos asociados a SARS-CoV-2 e influenza. • En Uruguay, la actividad de IRAG, tras alcanzar niveles elevados, ha descendido a niveles moderados, donde se mantiene estable, con la mayoría de los casos positivos atribuibles a VRS y, en menor medida, a influenza. Esta última, después de alcanzar niveles moderados, ha descendido a niveles por debajo del umbral epidémico. La actividad de VRS ha presentado un ascenso, alcanzando niveles similares a los picos observados en temporadas anteriores.

INFORMES ESPECIALES

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS HEPATITIS VIRALES EN ARGENTINA EN BASE A DATOS DE VIGILANCIA

Las hepatitis virales en Argentina constituyen Eventos de Notificación Obligatoria según la ley nacional 15.465⁴⁰ y la actualización de las normas de vigilancia y control de enfermedades según resolución 2827/2022⁴¹ que obligan al personal médico y de laboratorios a la notificación de los casos, en todo el territorio del país en efectores de cualquier subsector (público, de seguridad social o privado).

Tiene como objetivo principal brindar información relevante y de calidad para la acción de los diferentes actores del sistema de salud con responsabilidad en la atención, diagnóstico y seguimiento de los casos, así como también contribuir con las medidas de prevención, control, y la evaluación de las mismas que orienten la planificación sanitaria.

Entre sus objetivos específicos se cuentan:

- Detectar nuevas infecciones.
- Alertar de forma temprana ante casos que requieran acciones de prevención y control comunitarios (casos y brotes de hepatitis A relacionados con el consumo de agua o alimentos contaminados; brotes de hepatitis B o C de posible fuente común como los asociados a cuidados de la salud, tratamientos estéticos o transfusiones de sangre y hemoderivados).
- Monitorear la distribución temporal y espacial de los casos;
- Caracterizar a las poblaciones afectadas por edad, género, factores de riesgo; oportunidad en el acceso al diagnóstico y tratamiento, entre otros.
- Contribuir a mejorar la calidad de la atención en todos los niveles, incluyendo la atención adecuada de donantes positivos.
- Contribuir a eliminar la transmisión materno infantil de la hepatitis B.
- Evaluar el impacto de las intervenciones, fundamentalmente las estrategias implementadas de prevención por vacunas para las hepatitis A y B, la detección de casos e implementación de tratamientos de hepatitis C, el control de brotes y el acceso a la atención de donantes positivos.
- Contribuir a la estimación de prevalencias en diferentes poblaciones.
- Contribuir a estimar la carga de enfermedad a través del registro de las secuelas de hepatitis virales (hepatitis fulminante, hepatocarcinoma y cirrosis asociados a hepatitis virales).

El presente informe se basa en datos de vigilancia provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud aportados por servicios de salud en el proceso de atención, en la pesquisa del control prenatal y en el proceso de control serológico de la sangre a transfundir.

⁴⁰Ley 15465 Régimen legal de las Enfermedades de Notificación Obligatoria. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/195093/norma.htm>

⁴¹Resolución 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-11/Actualizaci%C3%B3n%20agosto%202022%20-%20Manual%20de%20normas%20y%20procedimientos%20de%20vigilancia%20y%20control%20de%20ENO.pdf>

NOTA METODOLÓGICA:

Se tomaron para el análisis los casos notificados al SNVS que contaron con el registro de los estudios de laboratorio que permitan su clasificación o que fueran notificadas por unidades centinela.

Los casos fueron clasificados como confirmados de acuerdo a los siguientes criterios de diagnóstico por laboratorio del período 2013-2023:

- Hepatitis A: Casos con antiHAV-IgM positivo.
- Hepatitis B: Casos con HBsAg positivo, detección cuantitativa de HBV-DNA o detección cualitativa de HBV-DNA positiva (excepto en donantes de sangre).
- Hepatitis C: Casos con detección cuantitativa de HCV-RNA, casos con detección cualitativa de HCV-RNA; también se consideraron como casos de hepatitis C a aquellos con aHCV positivo o aHCV-IgM positivo (no se consideraron los casos positivos exclusivamente por tamizaje de bancos de sangre).
- Hepatitis D: Casos con detección cualitativa de HDV-RNA.
- Hepatitis E: Casos con detección cualitativa o cuantitativa de HEV-RNA positiva; también se consideraron como casos de hepatitis E a aquellos con antiHEV-IgM positivo notificados en el SNVS^{2.0} a partir del año 2018.
- Se excluyeron las cargas virales de seguimiento.

HEPATITIS A

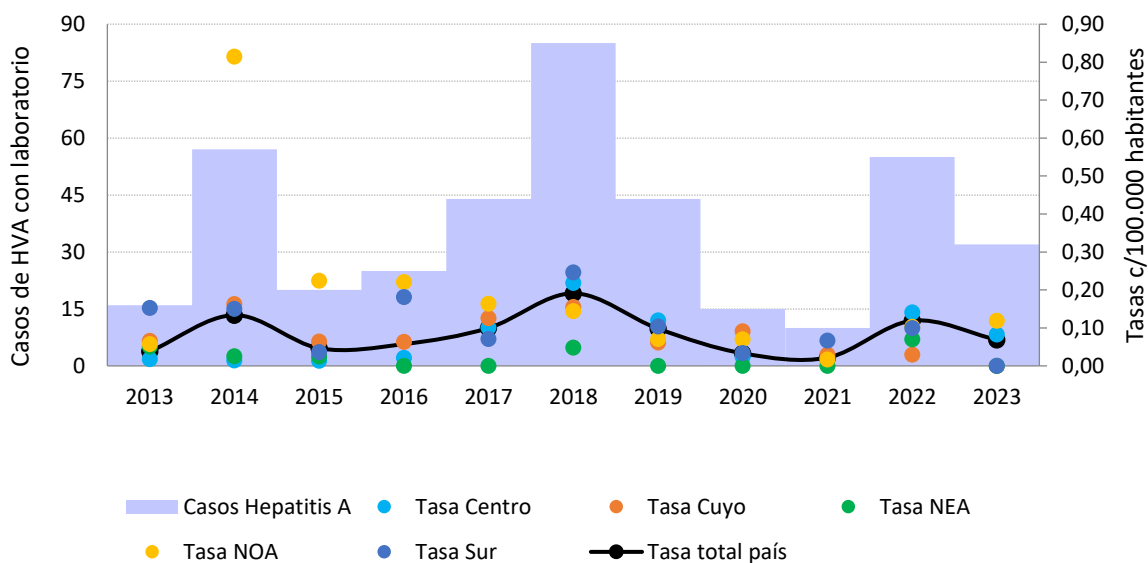
En el análisis a nivel país, las tasas de notificación de hepatitis A aguda muestran una baja incidencia de casos confirmados en el período analizado que va de 0,02 a 0,18 casos cada 100.000 hab. según el año.

En el marco general de baja incidencia, pueden distinguirse, sobre todo en el análisis por regiones, dos picos diferenciados (gráfico 1): uno en la Región NOA en 2014 (a expensas fundamentalmente de brotes en la provincia de Salta, en los departamentos San Martín y Rivadavia entre 2014 y 2015; el segundo aumento, el del año 2018, corresponde a distintos conglomerados de casos dados fundamentalmente en la Región Centro (Santa Fe, Buenos Aires, CABA y Córdoba), pero también presentes en la región Sur y NOA.

Para el período analizado la mediana de edad de los casos es de 32, y 2 de cada 3 casos correspondieron al sexo masculino, lo que representa un 67% de los casos.

Se observa en el año 2022 un aumento en las tasas de incidencia correspondiente a la Región Centro (con casos en Buenos Aires, CABA, Córdoba y Santa Fe), y en menor medida a la región NOA.

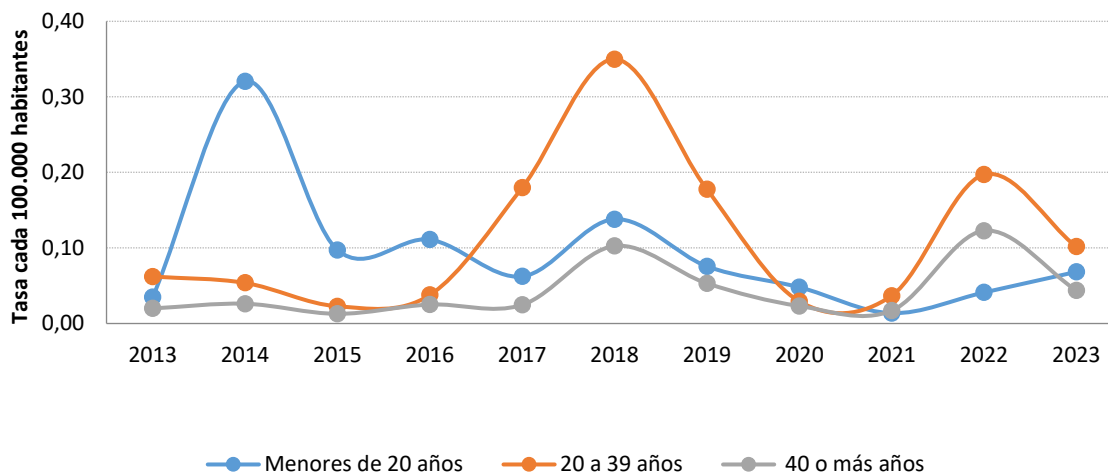
Gráfico 1. Hepatitis A: casos totales y tasas por región según año. Argentina. Años 2013 a 2023.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

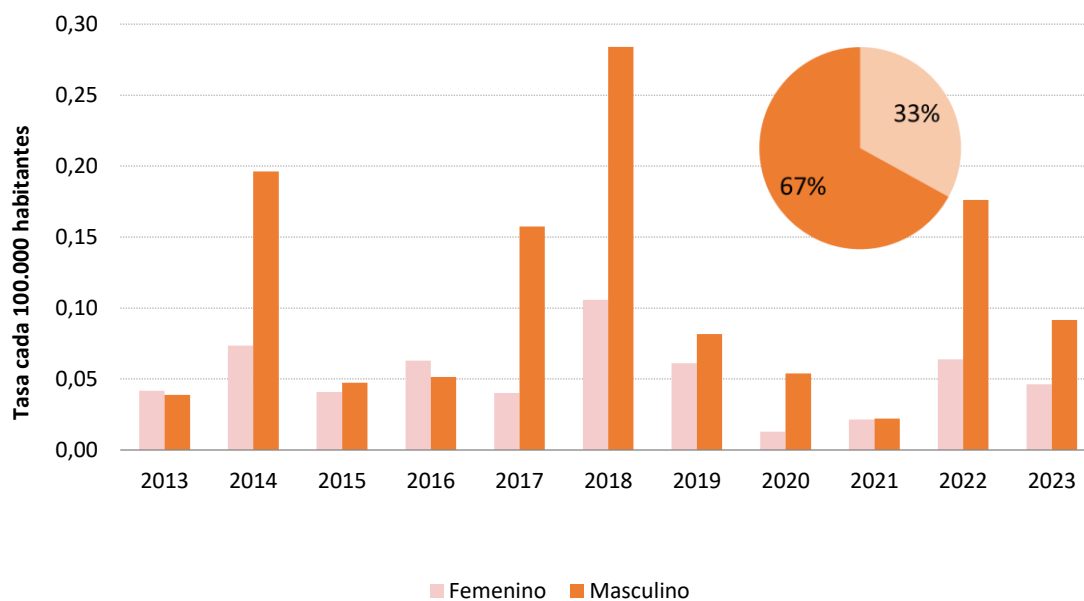
En cuanto a la distribución por grupos de edad (gráfico 2) puede observarse que las tasas de notificación en menores de 20 años -si bien fueron fluctuantes- son responsables de los picos observados en la población general hasta 2014. En los últimos años el patrón se ha modificado y las tasas más altas corresponden a personas adultas mayores de 20 a 39 años.

Gráfico 2. Tasas de hepatitis A c/100.000 habitantes según grupos de edad. Argentina. Años 2013 a 2023.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

En cuanto al análisis por sexo (gráfico 3) el 67% de los casos confirmados correspondieron a personas de sexo masculino. En los años con mayor número de casos -2014, 2017, 2018 y 2022- fueron los años con mayor diferencia en la distribución por sexo, con tasas en varones hasta cuatro veces las de las del sexo femenino.

Gráfico 3. Hepatitis A según sexo. Argentina. Años 2013 a 2023.

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Por todo lo expuesto puede observarse que la epidemiología de la hepatitis A de los últimos años parece mostrar un cambio de patrón, siempre desde una baja incidencia, que va de casos y brotes limitados en población no vacunada menor de 20 años en diversas regiones según el año, a población principalmente masculina mayor a 20 años, fundamentalmente en la Región Centro.

Tabla 1. Hepatitis A. Casos confirmados por laboratorio por provincia y región según año. Argentina. Años 2013 – 2023.

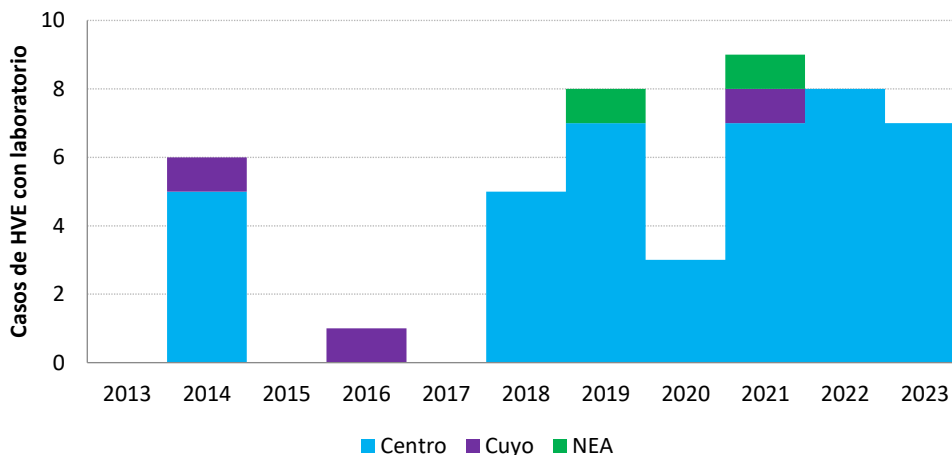
Provincia	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Buenos Aires	1	2	0	2	4	15	9	0	1	15	13
CABA	1	0	0	0	3	6	14	4	2	13	5
Córdoba	0	1	0	0	19	23	11	1	3	10	3
Entre Ríos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Fe	3	1	4	4	3	19	1	2	0	4	4
Centro	5	4	4	6	29	63	35	7	6	42	25
Mendoza	1	2	0	0	3	4	1	3	0	1	0
San Juan	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
San Luis	1	3	2	2	1	1	0	0	1	0	0
Cuyo	2	5	2	2	4	5	2	3	1	1	0
Chaco	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Formosa	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
Misiones	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
NEA	2	1	1	0	0	2	0	0	0	3	0
Catamarca	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Jujuy	1	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1
La Rioja	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Salta	2	42	11	12	8	5	2	4	1	4	2
Santiago del Estero	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4
NOA	3	43	12	12	9	8	4	4	1	6	7
Chubut	3	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	1	0	2	0	5	0	0	1	2	0
Río Negro	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0
Santa Cruz	0	0	1	0	0	2	1	0	1	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
Sur	4	4	1	5	2	7	3	1	2	3	0
Otros País o Desc	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Total País	17	57	20	25	44	86	44	15	10	55	32

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud – SIVILA-UC-SNVS2.0

HEPATITIS E

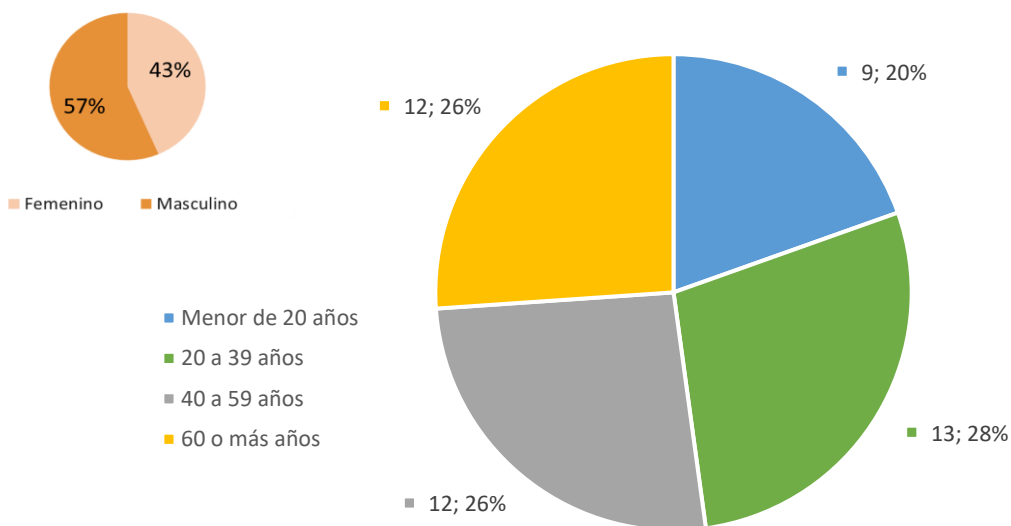
Los casos de hepatitis E reportados durante el periodo analizado ascienden a 47, en su mayoría en la Región Centro (gráfico 4), distribuidos en todos los grupos de edad, con una leve predominancia del sexo masculino (gráfico 5).

Gráfico 4. Hepatitis E: Casos totales por año según región. Argentina. Años 2013 a 2023.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Gráfico 5. Hepatitis E: Casos acumulados según sexo y según grupo de edad. Argentina. Años 2013 a 2023.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Tabla 2. Hepatitis E. Casos confirmados por laboratorio acumulados hasta la SE 52 según año. Argentina, por provincia. Años 2013 a 2023.

Provincia	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Buenos Aires	0	1	0	0	0	2	3	1	3	6	4
CABA	0	2	0	0	0	0	1	1	0	1	1
Córdoba	0	0	0	0	0	1	2	1	4	1	2
Entre Ríos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Fe	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0	0
Centro	0	5	0	0	0	5	7	3	7	8	7
Mendoza	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Cuyo	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0
Chaco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NEA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Salta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
NOA	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Otros País o Desc	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total País	0	6	0	1	0	5	8	3	9	8	7

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud – SIVILA-UC-SNVS2.0

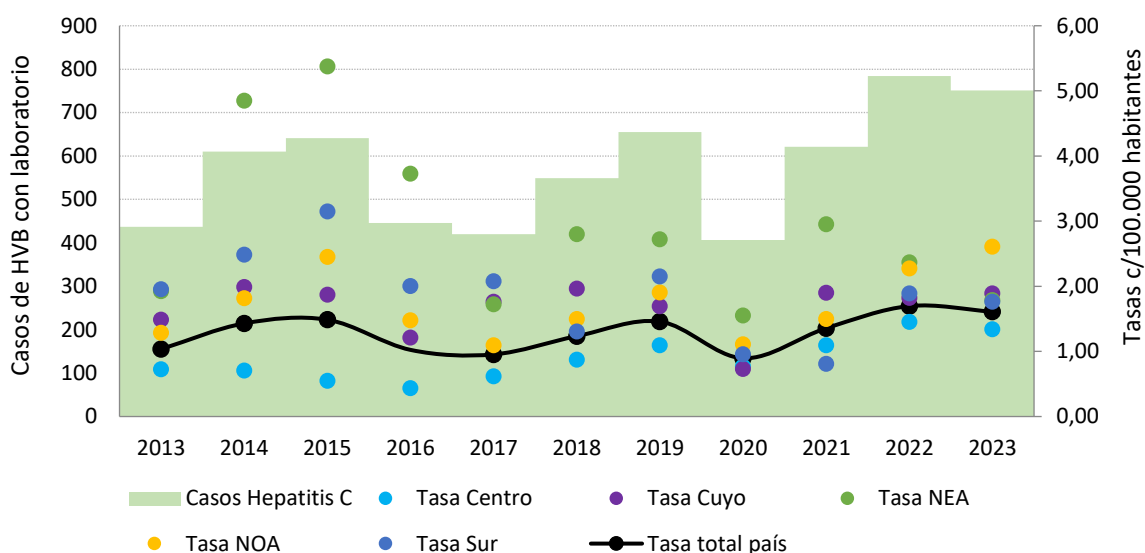
HEPATITIS B

Los casos confirmados y tasas de hepatitis B para el total país (gráfico 6) muestran una fluctuación temporal con leves ascensos en algunos años y leves descensos en otros, observándose para el periodo una tendencia estable, con una mediana de 610 casos anuales con un mínimo de 406 y un máximo de 784 (tasa mínima de 0,89 casos c/100.000 hab. en 2020 y una máxima de 1,70 en 2022). En los últimos 4 años las tasas presentan un promedio de 1,40 c/100.000 hab.

En cuanto al comportamiento según regiones, hasta el año 2022 las tasas del NEA fueron las más elevadas, viéndose superada en el último año por la tasa del NOA y de Cuyo. La región Centro presenta la tasa más baja del país, registrando un leve ascenso en el período analizado.

La tasa de casos c/100.000 hab en NOA para 2023 presenta una variación un 51% mayor que la reportada en 2022.

Gráfico 6. Hepatitis B: casos totales y tasas por región según año. Argentina. Años 2013 a 2023.



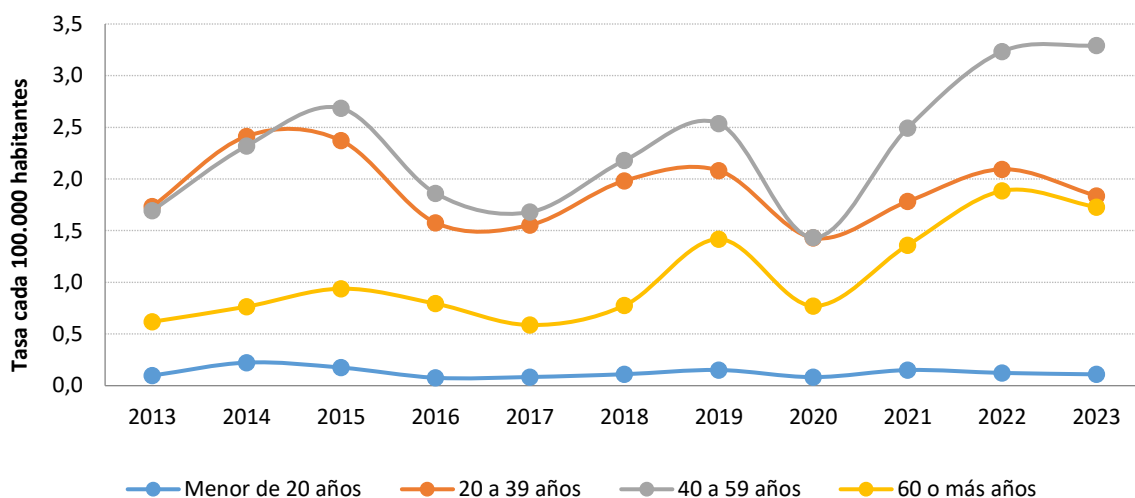
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

En cuanto a la distribución por grupos de edad (gráfico 7) puede observarse que las tasas en menores de 20 años son cercanas a cero durante toda la serie, de manera estable, producto de la universalización de la vacuna, mientras que en los grupos de entre 20 y 60 años se observan las tasas más elevadas. Esta información acentúa la necesidad de promover la vacunación a población mayor de 20 años que no haya sido previamente vacunada, tal cual se realiza desde 2012 a través de la vacunación universal y gratuita contra la hepatitis B⁴².

En cuanto a las tasas para el grupo de mayores de 60 años de edad, también se observa estabilidad en el período analizado, a excepción de los últimos 2 años en los cuales se registra un aumento de las mismas sin llegar a alcanzar los valores de los 2 grupos mencionados anteriormente. Del mismo modo, las tasas para el grupo etario de 40 a 59 años muestran una leve tendencia ascendente durante final del periodo con una tasa máxima de 3,3 c/100.000 hab en 2023.

⁴² vacuna contra el virus de la hepatitis B. Vacunación universal. Lineamientos técnicos. Argentina 2012 disponible en https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000446cnt-2013-10_lineamientos-vacunacion-universal-hepatitis-b.pdf.

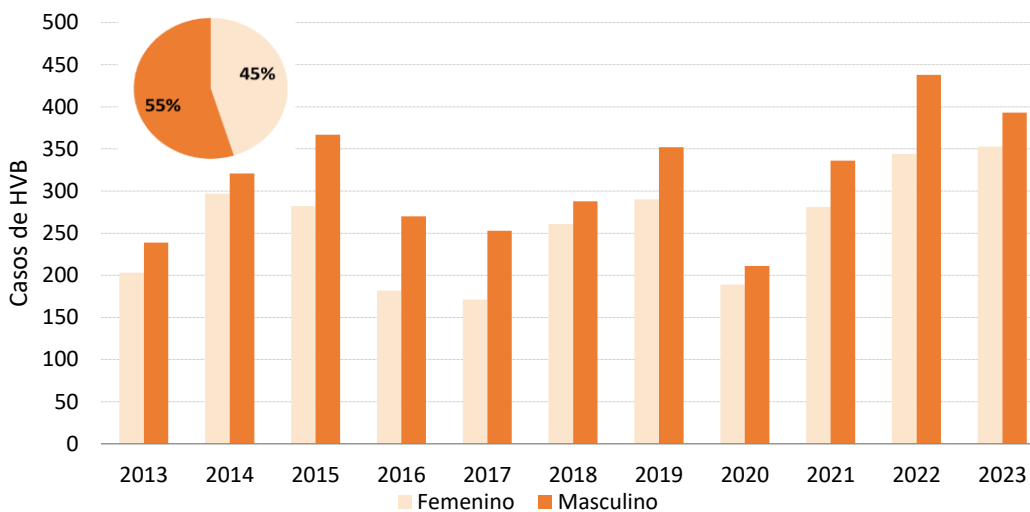
Gráfico 7. Hepatitis B: Tasas c/100.000 habitantes según grupos de edad. Argentina. Años 2013 a 2023.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

En cuanto al análisis por sexo (gráfico 8) pueden observarse diferencias en el período completo y en casi todos los años de la serie, registrándose un número mayor de sexo masculino respecto del femenino.

Gráfico 8. Hepatitis B Casos por año según sexo. Argentina. Años 2013 a 2023.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Tabla 3. Hepatitis B. Casos confirmados por laboratorio acumulados hasta la SE 52 según año. Argentina, por jurisdicción y región. Años 2013 a 2023.

Provincia	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Buenos Aires	38	66	47	56	72	127	143	114	176	181	178
CABA	0	0	0	16	28	35	20	32	53	64	32
Córdoba	12	28	21	11	21	4	79	30	42	69	87
Entre Ríos	12	4	5	2	5	14	6	2	5	7	9
Santa Fe	137	98	80	38	50	71	70	48	47	112	97
Centro	199	196	153	123	176	251	318	226	323	433	403
Mendoza	25	52	50	31	42	52	38	14	37	43	45
San Juan	2	0	2	2	5	5	5	0	9	10	10
San Luis	18	9	6	5	9	6	12	10	17	8	9
Cuyo	45	61	58	38	56	63	55	24	63	61	64
Chaco	27	63	89	45	15	11	25	8	7	16	7
Corrientes	2	2	2	1	1	4	9	0	1	11	6
Formosa	0	8	3	0	5	6	8	15	55	8	4
Misiones	46	118	120	104	49	94	71	42	62	66	60
NEA	75	191	214	150	70	115	113	65	125	101	77
Catamarca	0	0	1	2	0	1	1	3	3	1	5
Jujuy	32	40	38	14	29	36	37	17	19	64	66
La Rioja	0	0	0	0	0	9	0	3	0	2	2
Salta	20	40	60	30	21	28	37	36	45	47	58
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	2	3	1	3	5	2
Tucumán	15	16	32	34	10	7	29	3	16	13	20
NOA	67	96	131	80	60	83	107	63	86	132	153
Chubut	6	4	6	14	5	6	13	4	5	15	8
La Pampa	1	0	2	5	1	7	7	3	1	5	9
Neuquén	25	31	60	19	38	7	19	4	5	11	11
Río Negro	17	30	15	12	13	10	10	10	9	15	10
Santa Cruz	2	1	0	0	1	5	9	5	3	8	9
Tierra del Fuego	0	0	2	5	0	2	4	2	1	3	7
Sur	51	66	85	55	58	37	62	28	24	57	54
Otros País o Desc	9	9	9	5	5	2	0	0	0	0	0
Total País	446	619	650	451	425	551	655	406	621	784	751

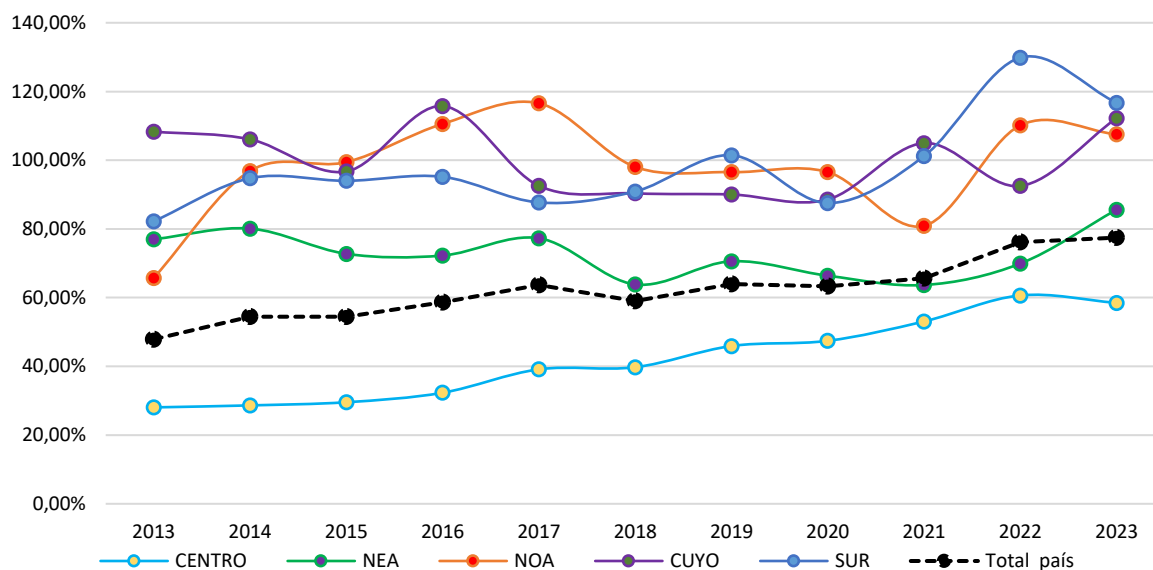
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud – SIVILA-UC-SNVS2.0

HEPATITIS B EN PERSONAS GESTANTES

En relación con la notificación de controles de embarazo para hepatitis B, se monitorea sistemáticamente la relación entre la cantidad de controles notificados y los nacidos vivos del sector oficial para un año en una jurisdicción, con el objetivo de tener una medida de la cobertura de la información.

Este indicador medido para Controles de Embarazo (primer control y controles sin especificar) para HBsAg muestra que la cobertura de la información a nivel país tiene una tendencia levemente creciente (gráfico 9). Hasta el año 2017 esta tendencia fue más pronunciada, y desde ese momento el aumento de la cobertura es más tenue. Actualmente, la cobertura de la notificación para los controles durante la gestación ronda los 0,7 controles por nacido vivo.

Gráfico 9. Hepatitis B por HBsAg: Relación entre controles de embarazo notificados al SNVS y nacidos vivos, por año según región. Argentina. 2013 a 2023.

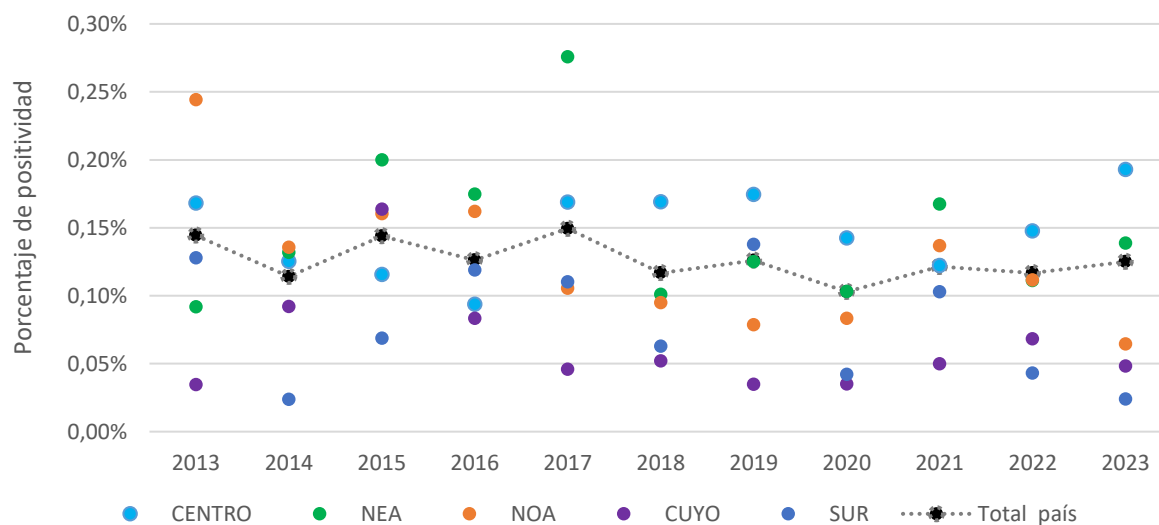


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SIVILA y componente Laboratorio del SNVS2.0

El análisis por regiones muestra que las mayores coberturas de información para este indicador se encuentran en las regiones NOA, Sur y Cuyo, mientras que el valor más bajo se encuentra en la región Centro en toda la serie.

En cuanto a la positividad para HBsAg en personas gestantes a nivel país (gráfico 10) la tendencia fue en descenso desde 2014 y es relativamente estable desde ese año hasta 2023 oscilando entre 0,15% y 0,10%.

Gráfico 10. Hepatitis B en personas gestantes: % de positividad de HBsAg en controles de embarazo según región y país. Argentina. Años 2013 a 2023



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SIVILA y componente Laboratorio del SNVS2.0

Tabla 4. Hepatitis B. Proporción de positividad en personas gestantes hasta la SE 52 por año según provincias y región. Argentina. Años 2013 – 2023

Jurisdicción	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Buenos Aires	0,14%	0,12%	0,20%	0,10%	0,21%	0,25%	0,24%	0,09%	0,14%	0,14%	0,22%
CABA	1,13%	0,55%	0,00%	0,00%	0,92%	0,61%	0,62%	0,26%	0,08%	0,36%	0,20%
Córdoba	0,05%	0,07%	0,08%	0,05%	0,13%	0,06%	0,13%	0,19%	0,15%	0,25%	0,32%
Entre Ríos	0,30%	0,17%	0,04%	0,13%	0,21%	0,03%	0,05%	0,10%	0,08%	0,13%	0,05%
Santa Fe	0,18%	0,06%	0,07%	0,10%	0,02%	0,11%	0,04%	0,13%	0,10%	0,05%	0,08%
CENTRO	0,17%	0,13%	0,12%	0,09%	0,17%	0,17%	0,17%	0,14%	0,12%	0,15%	0,19%
San Luis	0,04%	0,15%	0,18%	0,02%	0,09%	0,15%	0,07%	0,04%	0,18%	0,04%	0,09%
San Juan	0,00%	0,06%	0,03%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,06%	0,00%
Mendoza	0,04%	0,07%	0,18%	0,12%	0,03%	0,02%	0,03%	0,05%	0,01%	0,08%	0,05%
CUYO	0,03%	0,09%	0,16%	0,08%	0,05%	0,05%	0,03%	0,03%	0,05%	0,07%	0,05%
Chaco	0,08%	0,07%	0,16%	0,11%	0,56%	0,06%	0,05%	0,04%	0,31%	0,09%	0,18%
Corrientes	0,00%	0,00%	0,14%	0,64%	0,28%	0,03%	0,27%	0,31%	0,76%	0,16%	0,16%
Formosa	0,12%	0,13%	0,15%	0,11%	0,18%	0,05%	0,08%	0,04%	0,05%	0,08%	0,10%
Misiones	0,09%	0,22%	0,28%	0,22%	0,18%	0,18%	0,15%	0,18%	0,10%	0,14%	0,15%
NEA	0,09%	0,13%	0,20%	0,17%	0,28%	0,10%	0,12%	0,10%	0,17%	0,11%	0,14%
Catamarca	0,84%	0,00%	0,24%	0,06%	0,47%	0,54%	0,57%	0,66%	1,18%	0,74%	0,00%
Jujuy	1,00%	0,40%	0,41%	0,37%	0,32%	0,19%	0,20%	0,15%	0,25%	0,15%	0,14%
La Rioja	0,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,05%	0,10%	0,10%	0,04%	0,00%	0,15%	0,03%
Salta	0,45%	0,15%	0,16%	0,17%	0,12%	0,10%	0,07%	0,10%	0,17%	0,15%	0,09%
Santiago del Estero	0,00%	0,00%	0,00%	0,15%	0,01%	0,03%	0,02%	0,06%	0,05%	0,14%	0,00%
Tucumán	0,02%	0,03%	0,06%	0,09%	0,03%	0,03%	0,02%	0,03%	0,09%	0,03%	0,04%
NOA	0,24%	0,14%	0,16%	0,16%	0,11%	0,09%	0,08%	0,08%	0,14%	0,11%	0,06%
Chubut	0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%	0,10%	0,00%	0,00%	0,09%	0,08%	0,00%
La Pampa	0,15%	0,04%	0,28%	0,83%	0,74%	0,07%	0,12%	0,06%	0,28%	0,05%	0,00%
Neuquén	0,19%	0,05%	0,07%	0,06%	0,06%	0,05%	0,28%	0,02%	0,04%	0,03%	0,03%
Rio Negro	0,11%	0,00%	0,01%	0,01%	0,01%	0,05%	0,11%	0,05%	0,07%	0,01%	0,03%
Santa Cruz	0,12%	0,04%	0,06%	0,18%	0,05%	0,17%	0,00%	0,21%	0,71%	0,06%	0,13%
Tierra del Fuego	0,00%	0,00%	0,29%	0,11%	0,00%	0,00%	0,26%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
SUR	0,13%	0,02%	0,07%	0,12%	0,11%	0,06%	0,14%	0,04%	0,10%	0,04%	0,02%
Total país	0,14%	0,11%	0,14%	0,13%	0,15%	0,12%	0,13%	0,10%	0,12%	0,12%	0,13%

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SIVILA y componente Laboratorio del SNVS2.0

HEPATITIS C

Los casos confirmados y tasas de hepatitis C (VHC) para el total país (gráfico 11) muestran una tendencia al ascenso paulatino hasta el 2014, seguido de un aumento en el 2015, traccionado por la posibilidad de tratamiento surgida en ese momento. En los años siguientes los casos y tasas se mantuvieron por debajo del valor alcanzado en 2015, hasta el 2019 en el cual se registra un aumento de los mismos. Para el año 2020 se registra un descenso en todas las regiones, producto posiblemente de la pandemia. Entre 2021 y 2023 se reporta el mayor número de casos confirmados y tasas de toda la serie. A lo largo del período se registró una mediana de 573 casos anuales con un mínimo de 392 (2013) y un máximo de 1.481 casos totales (2023).

Las tasas de casos de hepatitis C para el total país oscilan entre un valor mínimo de 0,93 en 2013, y un valor máximo de 3,17 en 2023 c/100.000 habitantes.

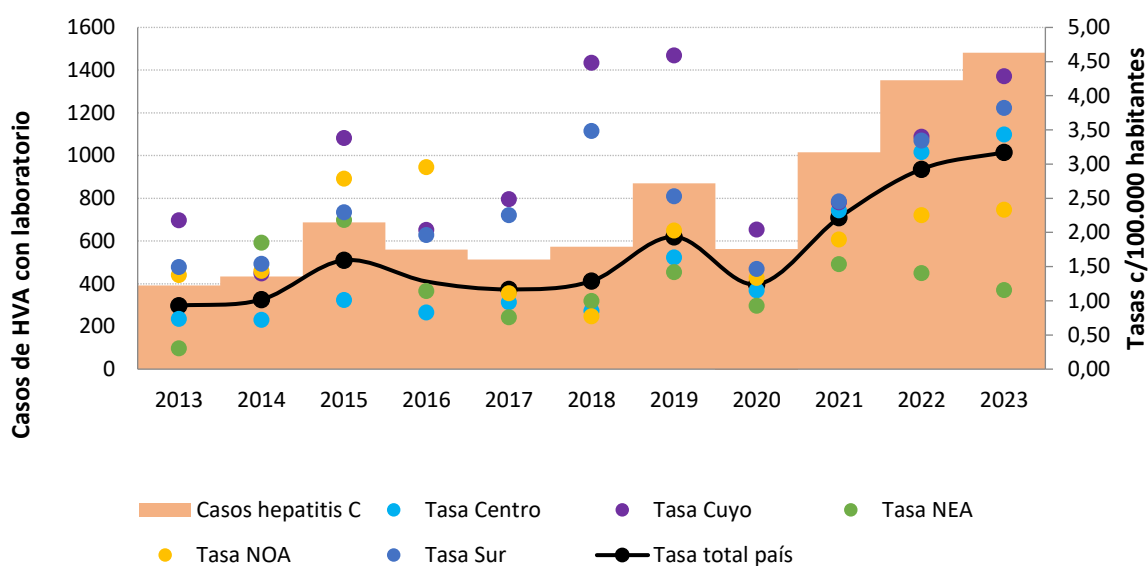
En cuanto al análisis por regiones, se evidencia un aumento de las tasas de en los tres últimos años de todas las regiones a excepción del NEA en 2022 y 2023 que presenta un leve descenso (gráfico 11).

En Cuyo se registran las tasas más elevadas en la mayoría de los años del periodo, con un valor máximo de 4,59 casos c/100.000 hab. en 2019. Con respecto a la región Sur se evidencia un comportamiento similar al de Cuyo, alcanzando sus tasas máximas en el 2018, 2022 y 2023 (3,49 - 3,35 - 3,82 casos c/100.000 hab. respectivamente).

La región Centro presenta una tendencia similar a la tasa del total del país, con sus valores más elevados entre 2022 y 2023 (2,32 y 3,44 c/100.000 hab. respectivamente).

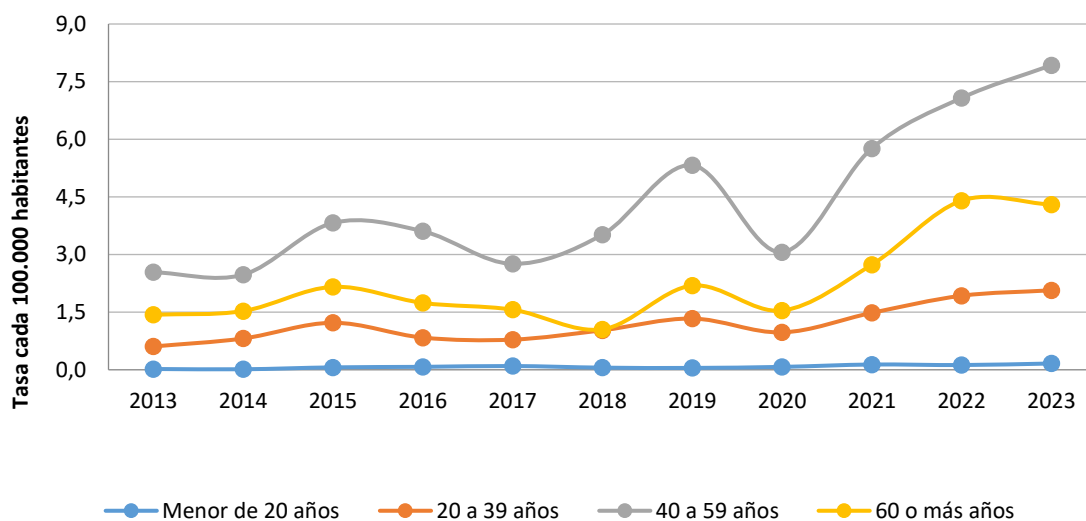
La mayor tasa en la región del NEA se reporta en 2015 (2,18 c/100.000 hab.) y en los años siguientes tiende a registrar tasas más bajas con respecto a las demás regiones, siendo la única que presenta un leve descenso en los últimos tres años. NOA presenta su tasa más elevada en 2016 (2,96 casos c/100.000 hab.) y en los años siguientes se comporta de manera similar al total país.

Gráfico 11. Hepatitis C: casos totales y tasas por región según año. Argentina. Años 2013 a 2023.



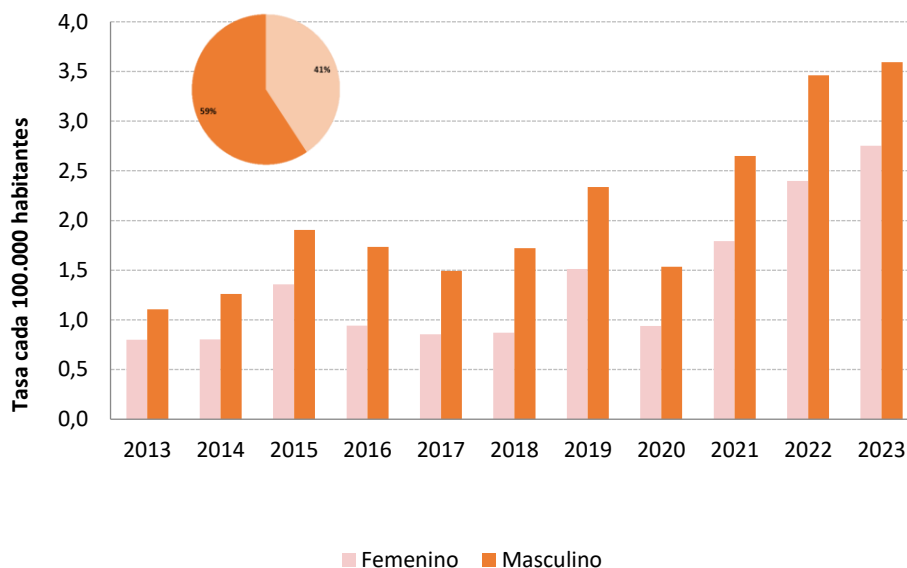
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

En cuanto a la distribución por grupos de edad (gráfico 12) puede observarse que las tasas en menores de 20 años son cercanas a cero también en VHC durante toda la serie; el resto de los grupos de edad evidencian un aumento en 2015, 2019, y desde 2021 hasta 2023. A diferencia de los grupos de edad de mayores de 60 años y de 20 a 40 años donde la tasa de VHC se mantuvo relativamente estable, el grupo de 40 a 59 años es el que presenta mayores tasas y grandes fluctuaciones.

Gráfico 12. Tasas de hepatitis C c/100.000 habitantes según grupos de edad. Argentina. Años 2013 a 2023.

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

En cuanto al análisis por sexo (gráfico 13) pueden observarse diferencias en el período completo y en los diferentes años de la serie, registrándose un 59% de los casos de sexo masculino. Esa diferencia es aún más marcada desde el año 2016 en adelante.

Gráfico 13. Hepatitis C: Tasas de c/100.000 habitantes por año según sexo. Argentina. Años 2013 a 2023.

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Tabla 5. Hepatitis C. Casos confirmados por laboratorio acumulados hasta la SE 52 según año. Argentina, por provincia. Años 2013 a 2023.

Provincia	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Buenos Aires	40	52	107	87	116	147	245	192	406	512	554
CABA	0	0	0	32	45	32	28	27	115	117	112
Córdoba	24	15	13	11	18	8	68	43	86	138	210
Entre Ríos	7	9	7	6	5	11	17	7	3	7	12
Santa Fe	132	125	157	99	96	48	117	69	77	173	144
Centro	203	201	284	235	280	246	475	338	687	947	1032
Mendoza	22	34	64	23	25	51	45	27	39	42	60
San Juan	28	0	14	8	21	2	47	7	15	32	42
San Luis	16	9	27	33	33	91	57	33	27	40	43
Cuyo	66	43	105	64	79	144	149	67	81	114	145
Chaco	5	57	58	10	6	2	3	4	4	8	8
Corrientes	0	0	0	0	0	7	11	1	4	6	10
Formosa	0	0	3	0	0	0	5	11	21	9	9
Misiones	7	16	26	36	25	32	40	23	36	37	23
NEA	12	73	87	46	31	41	59	39	65	60	50
Catamarca	4	0	2	7	0	0	1	3	10	1	3
Jujuy	12	6	14	5	4	4	3	3	1	24	20
La Rioja	0	0	0	1	0	0	1	0	1	10	1
Salta	32	23	13	16	15	4	21	18	15	29	42
Santiago del Estero	0	0	0	0	2	2	8	4	2	7	13
Tucumán	24	47	120	131	40	33	80	48	80	60	58
NOA	72	76	149	160	61	43	114	76	109	131	137
Chubut	9	2	3	10	15	31	21	0	19	15	17
La Pampa	0	1	2	2	1	12	14	9	7	9	10
Neuquén	18	12	40	22	19	15	9	11	18	27	30
Río Negro	12	26	17	15	21	30	18	8	17	27	35
Santa Cruz	0	0	0	2	0	4	3	7	9	12	7
Tierra del Fuego	0	0	0	3	7	7	8	8	3	11	18
Sur	39	41	62	54	63	99	73	43	73	101	117
Otros País o Desc	9	5	12	20	0	1	0	0	0	0	0
Total País	392	434	687	559	514	573	870	563	1015	1353	1481

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud – SIVILA-UC-SNVS2.0

HEPATITIS D

No hubo casos confirmados para hepatitis D durante el período (sí hay notificados casos estudiados para VHD pero con resultados negativos).

CONCLUSIONES

La vigilancia integral de las hepatitis virales en Argentina, incluyendo la notificación universal de casos, el tamizaje en personas gestantes y bancos de sangre y el aporte de las unidades centinela, dan por resultado un sistema de vigilancia robusto en constante proceso de mejora.

La integración actual de las diferentes fuentes de información en el nuevo SNVS2.0 brinda la oportunidad de disponer de información más ágil y compartida por todos los actores.

Los principales desafíos son los de mantener y mejorar la oportunidad y cobertura de la información (incluyendo a los establecimientos del subsector privado y de la seguridad social, procurando los datos completos de las fichas epidemiológicas); la utilización sistemática de los mismos por parte de los diferentes actores involucrados en las acciones de control y seguimiento, garantizando el diagnóstico completo y tratamiento adecuado en cada uno de los casos; el fortalecimiento de las unidades centinela para proveer información de alta calidad, incluyendo indicadores vinculados a las secuelas y estudios de carga de enfermedad.

**ALERTAS Y
COMUNICACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS
INTERNACIONALES**

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

A continuación, se mencionan los eventos de mayor relevancia que han sido compartidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 2 y el 7 de agosto del 2024.

EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD PÚBLICA RELACIONADA CON EL VIRUS OROPOUCHE (OROV) EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS - OPS

Riesgo general - Regional: **Alto**

Confianza en la información disponible - Regional: **Moderado**

Declaración de riesgo general

Debido a los recientes y preocupantes cambios observados en las características clínicas y epidemiológicas de la fiebre de Oropouche, enfermedad causada por el virus Oropouche (OROV), en países de la Región de las Américas —incluyendo **el reciente aumento y la expansión de casos en nuevas áreas fuera de las regiones previamente consideradas endémicas para OROV, el primer reporte de muertes asociadas a la infección por OROV, y la identificación de posibles casos de transmisión vertical relacionados con muertes fetales y microcefalia en recién nacidos**—, y considerando que estas observaciones aún se encuentran en etapas iniciales de investigación, y que la verdadera trayectoria es desconocida, el nivel de riesgo para la Región ha sido elevado a Alto. Esto se basa en la información actual disponible, con un nivel moderado de confianza y por extrema precaución. Esta evaluación rápida de riesgos (RRA por sus siglas en inglés) regional para la salud pública complementa y actualiza la RRA realizada el 9 de febrero del 2024.

Esta RRA tiene como objetivo actualizar la evaluación de riesgo regional actual relacionado con OROV, considerando los siguientes criterios:

- **Riesgo potencial para la salud humana:** La presentación clínica de OROV en la mayoría de los casos es de leve a moderada y generalmente con síntomas autolimitados que suelen resolverse en un periodo de 7 días. Aunque las complicaciones son raras, se han documentado casos esporádicos de meningitis aséptica. Más recientemente, Brasil reportó dos casos fatales asociados a OROV, como parte del brote en curso en ese país. Estas muertes corresponderían a los primeros reportes de casos fatales asociados a la enfermedad. Los casos residían en áreas de transmisión activa de OROV, durante un brote en curso en la costa sur del estado de Bahía.
- **Transmisión vertical de OROV (bajo investigación):** El 12 de julio del 2024, el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil informó a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) sobre posibles casos de transmisión vertical de OROV y sus consecuencias. Hasta el 30 de julio del 2024, se han identificado cinco casos potenciales de transmisión vertical en Brasil: cuatro casos de muerte fetal y un caso de aborto espontáneo en el estado de Pernambuco, así como cuatro casos de recién nacidos con microcefalia en los estados de Acre y Pará. La investigación está en curso.
- **Riesgo de diseminación:** Hasta el 30 de julio del 2024, se han notificado 8.078 casos confirmados de OROV en cinco países de la Región de las Américas: El Estado Plurinacional de Bolivia (n=356), Brasil (n=7.284), Colombia (n=74), Cuba (n=74) y Perú (n=290). En Brasil, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 29 del 2024, se confirmaron 7.284 casos, principalmente en la región amazónica (76% de los casos). La transmisión autóctona también ha sido documentada en diez estados no amazónicos, incluyendo algunos donde no se habían reportado casos previamente. Esta información sugiere que en el último trimestre se han notificado casos en nuevas áreas y países, lo cual indica la expansión de los casos de OROV en las Américas. Desde su identificación en 1955, OROV ha provocado brotes en varios países de América del Sur y la Cuenca Amazónica, principalmente debido al vector *Culicoides paraensis* (*C. paraensis*), al vector potencial *Culex quinquefasciatus* (*Cx.*

quinquefasciatus) y sus reservorios selváticos, tales como los perezosos y los primates no humanos. El riesgo de propagación del vector y por tanto de la transmisión del OROV está aumentando debido al cambio climático, la deforestación, la urbanización descontrolada no planificada y otras actividades humanas que afectan los hábitats de los reservorios y favorecen las interacciones vector-hospedador. Hasta la fecha, no hay pruebas de transmisión de persona a persona.

• **Riesgo de capacidad insuficiente para prevención y control con los recursos disponibles:** Si bien ha habido una mejora en las capacidades de vigilancia y diagnóstico en los países de la Región, limitaciones en las interpretaciones de los diferentes arbovirus pueden reducir la sensibilidad de la vigilancia y dificultar la caracterización epidemiológica del evento en la Región. Dado que la presentación clínica de OROV es similar a la de otras infecciones por arbovirus (principalmente dengue), sumado a que la mayoría de los países no tienen una vigilancia sistemática de los casos de OROV y que el diagnóstico de laboratorio no está generalizado, es posible que se subestime la verdadera carga de enfermedad en los países de la Región. Los brotes generalmente se han identificado mediante estudios epidemiológicos retrospectivos poblacionales o de laboratorio. Si el OROV se propaga simultáneamente con otros brotes de arbovirus, como el dengue, se podría presentar una sobrecarga sobre de los servicios de salud en los países afectados.

El brote actual resalta la necesidad de fortalecer las medidas de vigilancia epidemiológica y entomológica y de reforzar las medidas preventivas en la población. Esto es crucial debido a la posible expansión del área de transmisión del virus y la mayor comprensión del espectro de la enfermedad, incluidas posibles nuevas rutas de transmisión y posibles nuevos vectores que podrían afectar tanto a la población general como a grupos vulnerables, como las mujeres embarazadas, sus fetos y recién nacidos.

Dado que OROV es un arbovirus emergente y poco identificado en las Américas, la detección de una muestra positiva y la confirmación de un caso requiere el uso del Anexo 2 del RSI y su consecuente notificación a través de los canales establecidos en el RSI.

Información de contexto

Evaluación de la amenaza

La fiebre de Oropouche (CIE-10 A93.0) es una enfermedad que se transmite principalmente a través de la picadura del jején *C. paraensis*. Se asemeja a otros arbovirus como el dengue y el chikungunya, con un período de incubación de 4 a 8 días y síntomas que incluyen fiebre, dolor de cabeza y mialgia. La recuperación suele producirse en 7 días, aunque en algunos casos puede durar semanas. Además, se ha informado de recaída de los síntomas hasta en un 60% de los casos.

OROV es un virus emergente aislado por primera vez en 1955 en Trinidad y Tobago. Afecta a personas de todas las edades, especialmente a niños y jóvenes en zonas previamente expuestas. Debido a sus síntomas leves y autolimitados, a menudo pasa desapercibido o se diagnostica erróneamente como dengue, chikungunya, Zika, fiebre amarilla o malaria. No existe ningún tratamiento antiviral ni vacuna específica disponible, por lo que la prevención se basa en el control de vectores y medidas de protección personal.

Se presume que el virus OROV circula en ciclos epidémicos urbanos, donde los humanos son el huésped amplificador, y en ciclos selváticos, que incluyen primates no humanos, perezosos y aves como huéspedes. El virus se transmite principalmente a través de la picadura de *C. paraensis* en zonas urbanas. *Cx. quinquefasciatus* se considera un vector potencial en los ciclos urbanos. Se han

identificado jevenes del género *Culicoides*, incluido *C. paraensis*, junto con las especies de mosquitos *Coquillettidia venezuelensis*, *Aedes (Ochlerotatus) serratus* y *Cx. quinquefasciatus*, infectados con OROV. Estas especies se consideran vectores secundarios selváticos del virus, tienen potencial de infección y reproducción natural y se encuentran comúnmente en hábitats selváticos densos. Las larvas de *C. paraensis* prosperan en hábitats húmedos como selvas tropicales, riberas de ríos, suelos húmedos y hoyos de árboles. Los tallos de plátano y las cáscaras de cacao, que son materiales de desecho comunes en las plantaciones de cacao y banano en áreas urbanas y semiurbanas de la región de la cuenca del Amazonas, brindan condiciones especialmente favorables para su proliferación.

Primer reporte de muertes asociadas a OROV en la Región de las Américas

El 23 de julio del 2024, el CNE para el RSI de Brasil informó a la OPS/OMS sobre dos casos fatales de infección por OROV en el estado de Bahía, detectados retrospectivamente. El primer caso fue el de una mujer de 24 años del municipio de Valença, Bahía, que presentó síntomas el 23 de marzo del 2024, entre ellos fiebre, dolor de cabeza y vómitos. A pesar de buscar atención médica, su estado empeoró, desarrolló complicaciones como visión borrosa y finalmente falleció el 27 de marzo tras un paro cardiorrespiratorio. El segundo caso fatal involucró a una mujer de 21 años del municipio de Camamú, estado de Bahía, que presentó inicio de síntomas el 5 de junio del 2024. Después de desarrollar erupciones cutáneas y sangrado, ingresó en un hospital el 9 de junio y falleció dos horas después debido a su estado crítico. Ambos pacientes dieron positivo para OROV mediante RT-PCR y serología, pero negativos para otros arbovirus. Las investigaciones epidemiológicas revelaron síntomas similares en los residentes cercanos y en un familiar del segundo caso que había mostrado evidencia reciente de infección por OROV.

Estas dos muertes serían los primeros casos fatales de infección aguda por OROV en Brasil y en la Región de las Américas, ocurriendo en medio de un brote activo en la costa sur de Bahía. Ambos casos, sin antecedentes de enfermedades crónicas, presentaron alta carga viral por OROV y resultados negativos para otros patógenos como dengue y Zika. Los casos mostraron una rápida evolución desde el inicio de síntomas hasta la muerte, identificándose coagulopatía grave y afectación hepática como causas probables de muerte. Además, el Ministerio de Salud de Brasil está investigando otros dos casos fatales asociados a OROV, en Paraná y Maranhão.

Casos de posible transmisión vertical de OROV bajo investigación

El 12 de julio del 2024, el CNE para el RSI de Brasil informó a la OPS/OMS sobre un caso de posible transmisión vertical de OROV en una mujer embarazada de Río Formoso, Pernambuco. Durante la semana 30 de gestación presentó síntomas compatibles con OROV, tras pruebas serológicas y RT-PCR, se confirmó la presencia de OROV en suero y placenta. Posteriormente, tras notar una falta de movilidad fetal, se confirmó la muerte fetal y pruebas adicionales detectaron material genético de OROV en tejidos fetales, lo que sugiere transmisión vertical. Un segundo caso sospechoso fue reportado en Jaqueira, Pernambuco, donde una mujer de 33 años presentó síntomas de OROV y sufrió un aborto espontáneo a las ocho semanas de gestación. Las pruebas serológicas para OROV fueron positivas.

Además, en junio del 2024, un análisis retrospectivo del Instituto Evandro Chagas (IEC por sus siglas en portugués) reveló anticuerpos IgM contra OROV en recién nacidos con microcefalia, aunque no se estableció una relación causal con malformaciones neurológicas.

Hasta el 30 de julio del 2024, se han identificado cinco casos de transmisión vertical en Brasil: cuatro casos de muerte fetal y un caso de aborto espontáneo en el estado de Pernambuco, así como cuatro casos de recién nacidos con microcefalia en los estados de Acre y Pará. La investigación está en curso.

Históricamente, en 1982 se notificaron nueve casos de infección por OROV en mujeres embarazadas en la Amazonia, dos de los cuales resultaron en aborto espontáneo, lo que sugiere transmisión vertical.

Las recientes muertes relacionadas con OROV en Brasil, junto con los casos sospechosos de transmisión vertical que causaron muerte fetal, han aumentado el nivel de riesgo en la Región. Estos incidentes resaltan la necesidad urgente de mejorar la vigilancia epidemiológica y las medidas preventivas, ya que sugieren una posible expansión del virus y nuevas rutas de transmisión que podrían afectar tanto a la población general como a los grupos vulnerables, incluidas las mujeres embarazadas, sus fetos y los recién nacidos.

Evaluación del contexto

Por tratarse de un arbovirus emergente y poco identificado en las Américas, el OROV, no cuenta con una vigilancia activa sistemática en la mayoría de los países de la Región. Los brotes generalmente son identificados mediante estudios epidemiológicos retrospectivos poblacionales o de laboratorio. Sumado a esto, la enfermedad por OROV a menudo no se diagnostica o se confunde con otras enfermedades endémicas en estos territorios, como el dengue, chikunguña o la malaria, debido a la similitud de sus síntomas.

Los brotes por OROV registrados en los últimos diez años han tenido lugar principalmente en la región de la Cuenca Amazónica, donde se ha identificado la presencia del vector. La presencia abundante de *C. paraensis* en áreas donde se encuentran tallos de plátano en descomposición y cáscaras de cacao sugiere una correlación directa entre la proliferación del vector y la disponibilidad de estos materiales de desecho. Esto plantea la probabilidad de mayor exposición en poblaciones urbanas y rurales con vocación agrícola de estos productos.

Dada la actual situación relacionada con los fenómenos climáticos, los aumentos inusuales de la temperatura y/o las precipitaciones, pueden generar el aumento de la densidad de los vectores y la transmisión viral, lo que facilitaría posibles epidemias de enfermedades transmitidas por vectores.

No hay un tratamiento específico para el OROV y sin una vacuna, la prevención se centra en controlar los vectores y tomar medidas de protección personal.

La prevención y el control del OROV siguen generando retos significativos debido a que se ha subestimado la carga de esta enfermedad en los países de la región. La respuesta a los brotes requiere un enfoque integrado multidisciplinario y multisectorial para alcanzar su objetivo de reducir el impacto de este evento en la salud pública.

El aumento de las migraciones, el efecto del cambio climático (como la sequía, el aumento de las temperaturas y las inundaciones), la inestabilidad política y el desarrollo insuficiente hacen que un número creciente de personas estén en riesgo de contraer esta y otras arbovirosis en los países en los que se ha identificado el vector. Estos factores, junto con otros, como las crisis financieras y la migración, han dejado a grandes poblaciones sin acceso a una atención en salud adecuada y, por lo tanto, en riesgo de contraer enfermedad por OROV.

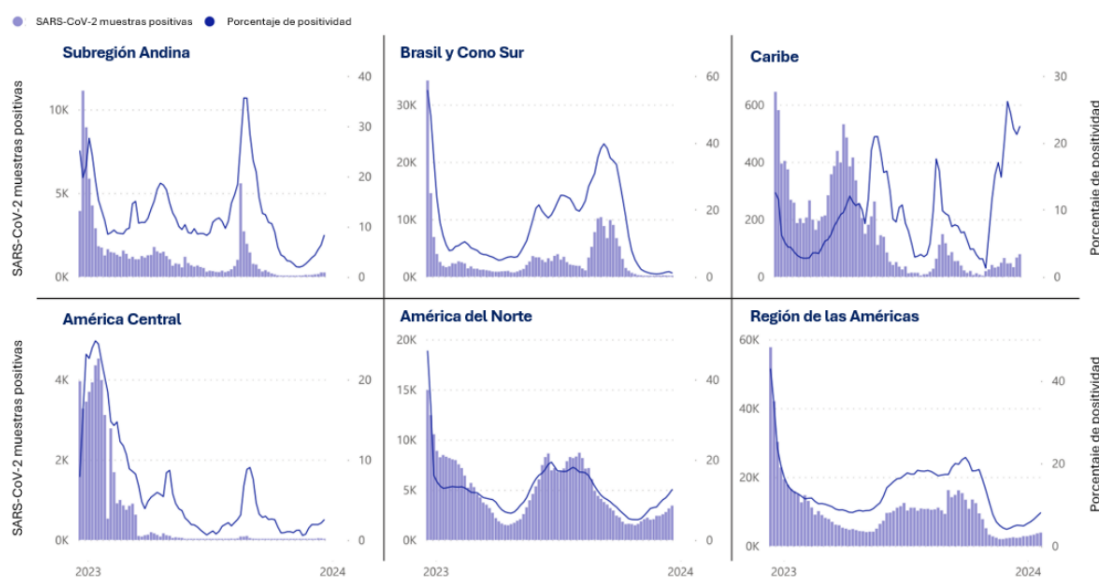
Fuente: [Evaluación de Riesgos para la salud pública relacionada con el virus Oropouche \(OROV\) en la Región de las Américas - 3 de agosto del 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA: SARS-COV-2, INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS - OPS

Con la introducción del SARS-CoV-2, se han observado patrones en la actividad de las enfermedades respiratorias virales agudas de mayor intensidad cuando hay circulación concurrente de diferentes virus respiratorios o actividad fuera de los periodos estacionales típicos para estos virus. La circulación concurrente o de forma consecutiva de diferentes virus respiratorios, como el SARS-CoV-2, la influenza y el virus sincicial respiratorio (VSR), puede aumentar la presión sobre la actividad asistencial, especialmente cuando la circulación de alguno de estos virus se suma a la ocurrencia estacional de otras enfermedades.

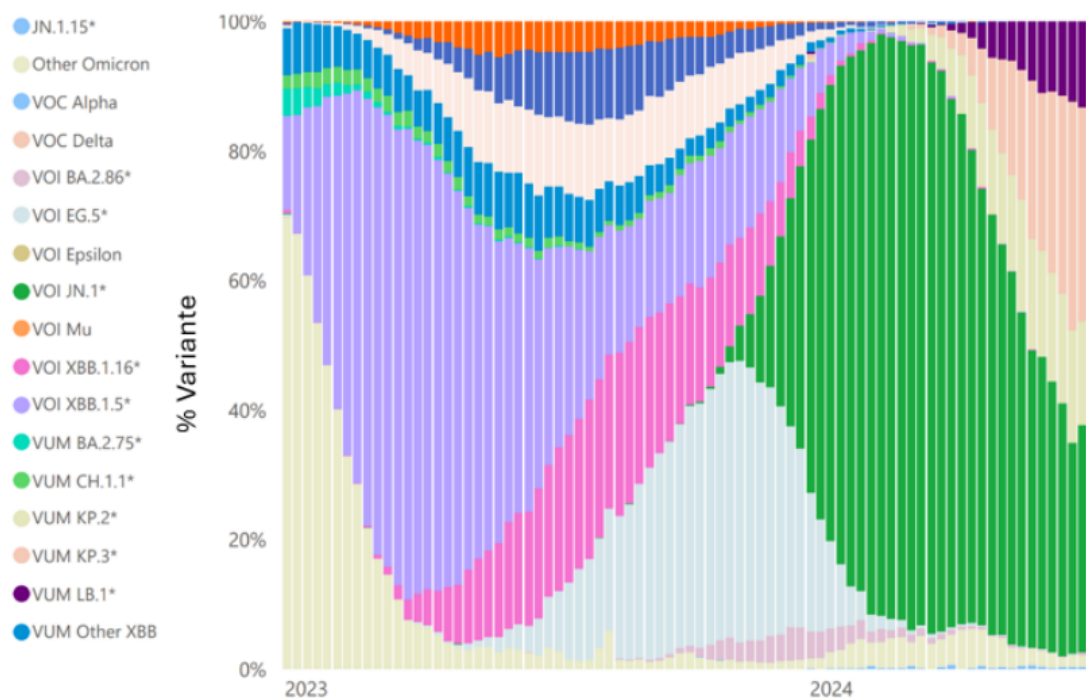
A partir de los datos de vigilancia de virus respiratorios reportados por los países de la Región de las Américas a la Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), se ha observado un incremento progresivo de la actividad del SARS-CoV-2 desde la semana epidemiológica (SE) 17 hasta la SE 28 del 2024. Este incremento se ha observado en particular en las subregiones del Caribe desde la SE 17, Norte América desde la SE 18, Andina desde la SE 20 y América Central desde la SE 23. Las variantes circulantes con una mayor prevalencia en la región de las Américas, según los datos disponibles en la plataforma de la Iniciativa Mundial de Datos compartidos de virus respiratorios (GISAID, por sus siglas en inglés), son JN.1, con un incremento paulatino de las subvariantes KP.2, KP.3 y LB.1. Estas subvariantes han mostrado una mayor evasión inmune e infectividad, lo que sugiere un potencial aumento en la transmisión y casos de COVID-19. Esta circulación de SARS-CoV-2 coincide con una actividad epidémica de influenza, de predominio del subtipo A(H3N2), en las subregiones Andina y de América Central y algunos países del Caribe, y de VSR en las subregiones Andina y de América Central.

Gráfico 1. Distribución de las muestras positivas y porcentaje de positividad para SARS-CoV-2. Región de las Américas, desde la SE 1 del 2023 hasta la SE 28 del 2024.



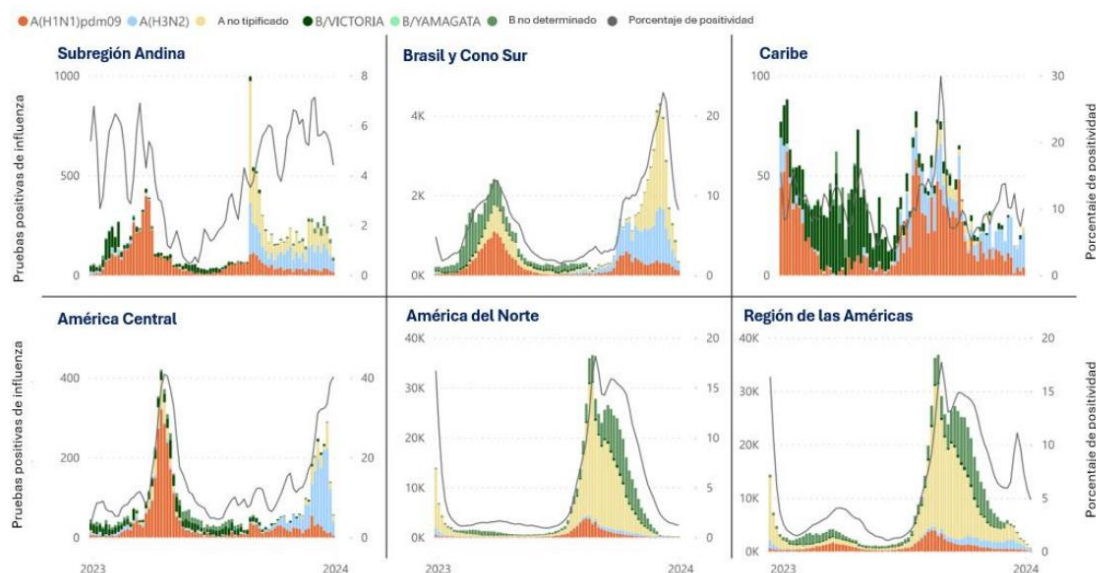
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024 [citado el 30 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

Gráfico 2. Distribución de las variantes de SARS-CoV-2 reportadas a GISAID. Región de las Américas, desde la SE 1 del 2023 hasta la SE 28 del 2024.



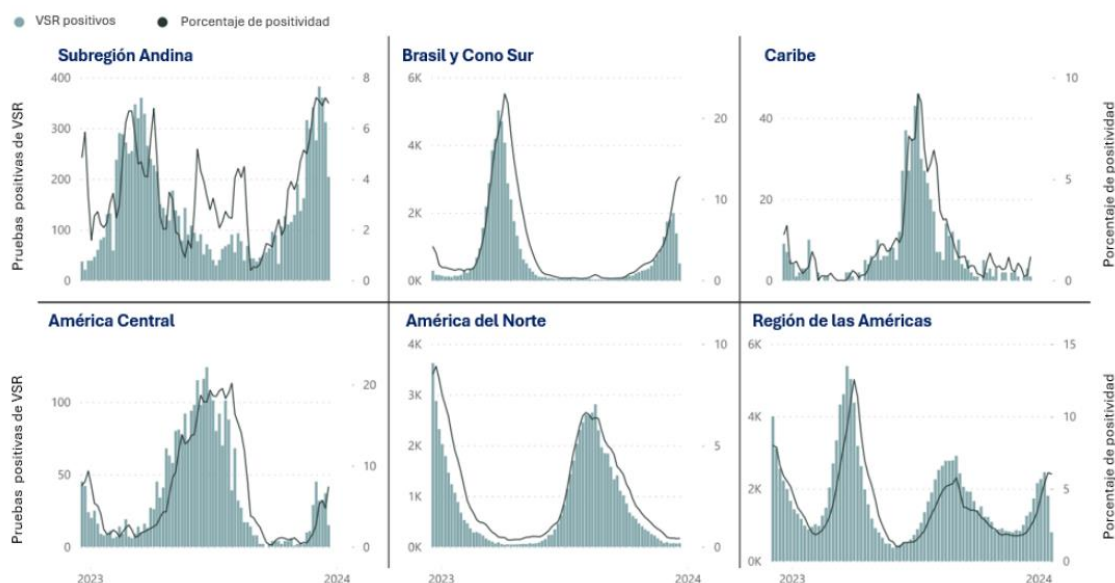
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. SARS-CoV-2 Variants Tracking in the Region of the Americas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2023. [citado el 30 de julio del 2024]. Disponible en inglés en: <https://www.paho.org/en/covid-19-weekly-updates-region-americas>

Gráfico 3. Distribución de las muestras positivas para influenza por subtipos y linajes y porcentaje de positividad. Región de las Américas, desde la SE 1 del 2023 hasta la SE 28 del 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024 [citado el 30 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

Gráfico 4. Distribución de las muestras positivas y porcentaje de positividad para VSR. Región de las Américas, desde la SE 1 del 2023 hasta la SE 28 del 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024 [citado el 30 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

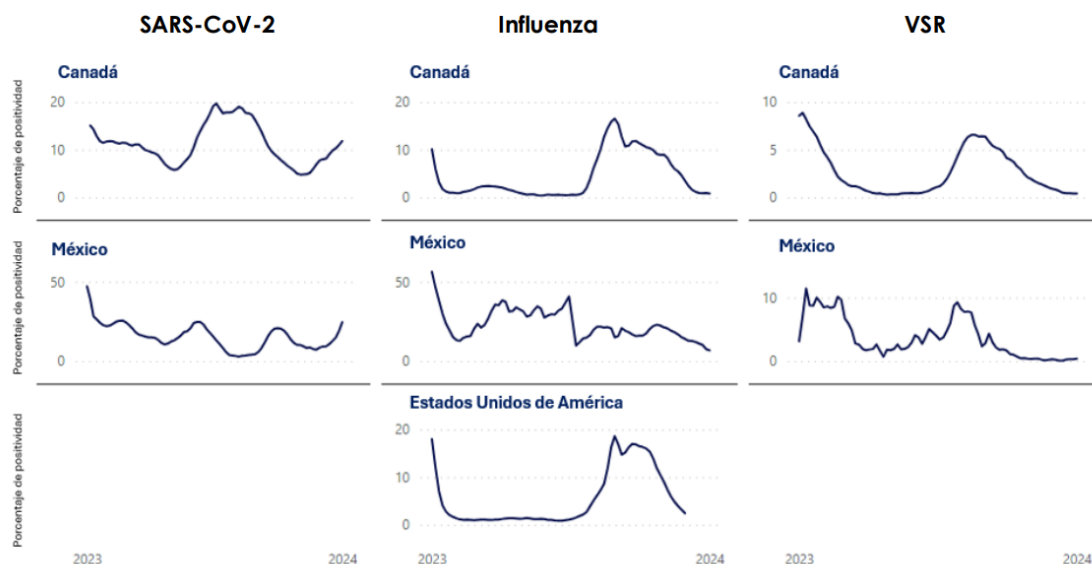
Se puede obtener información de manera detallada sobre influenza y otros virus respiratorios en la Actualización Regional sobre Influenza de la OPS/OMS, publicada semanalmente en el sitio web de la OPS/OMS en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

A continuación, se muestra el resumen de la situación registrada en subregiones y países seleccionados de la Región de las Américas que han presentado incrementos en SARS-CoV-2 y otros virus respiratorios:

Subregión de América del Norte

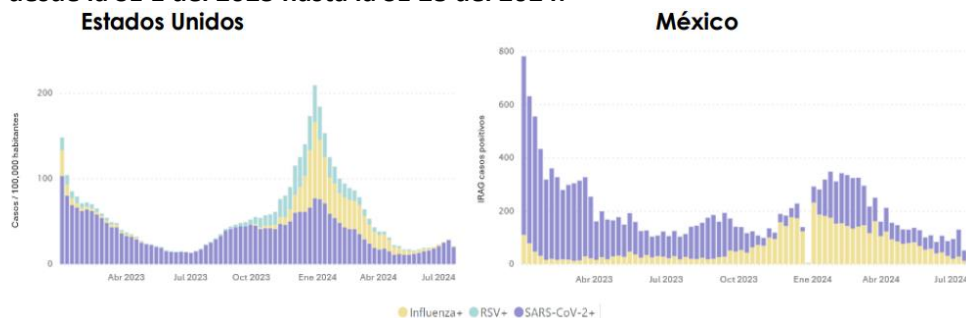
La actividad del SARS-CoV-2 se encuentra en ascenso, alcanzando niveles similares a los máximos observados en la ola registrada en la temporada del 2023-2024. La actividad de influenza y del VSR se mantiene en niveles bajos, acorde a los patrones esperados para esta época del año. Los casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) y enfermedad tipo influenza (ETI) en **México** y las hospitalizaciones por virus respiratorios en los **Estados Unidos de América** han presentado ligeros incrementos y la proporción de casos asociados a SARS-CoV-2 ha aumentado en las últimas cuatro semanas. En **México**, al comparar la curva epidémica de casos del 2024 con los últimos cuatro años, utilizando información de las Unidades de Salud Monitoras de Enfermedad Respiratoria Viral (USMER) y casos confirmados por RT-qPCR, se observa una carga de enfermedad viral asociada a COVID-19 menor en comparación con los años previos. Con la información preliminar acumulada (SE 1-29) del 2024, se reporta un 37% menos de casos en comparación con el mismo periodo del 2023. Los mayores de 65 años son el grupo más afectado, con una tasa de incidencia de 16.35 por 100,000 habitantes.

Gráfico 5. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, Influenza y VSR por país. América del Norte, desde la SE 1 2023 hasta la SE 28 del 2024, reportados por los Estados Miembros a las plataformas de la OPS/OMS Flunet/FluID.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024 [citado el 30 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

Gráfico 6. Tasas de hospitalizaciones asociadas a Influenza, SARS-CoV-2 y VSR por 100.000 habitantes en Estados Unidos y casos de IRAG positivos para Influenza, SARS-CoV-2 y VSR en México, desde la SE 1 del 2023 hasta la SE 28 del 2024.

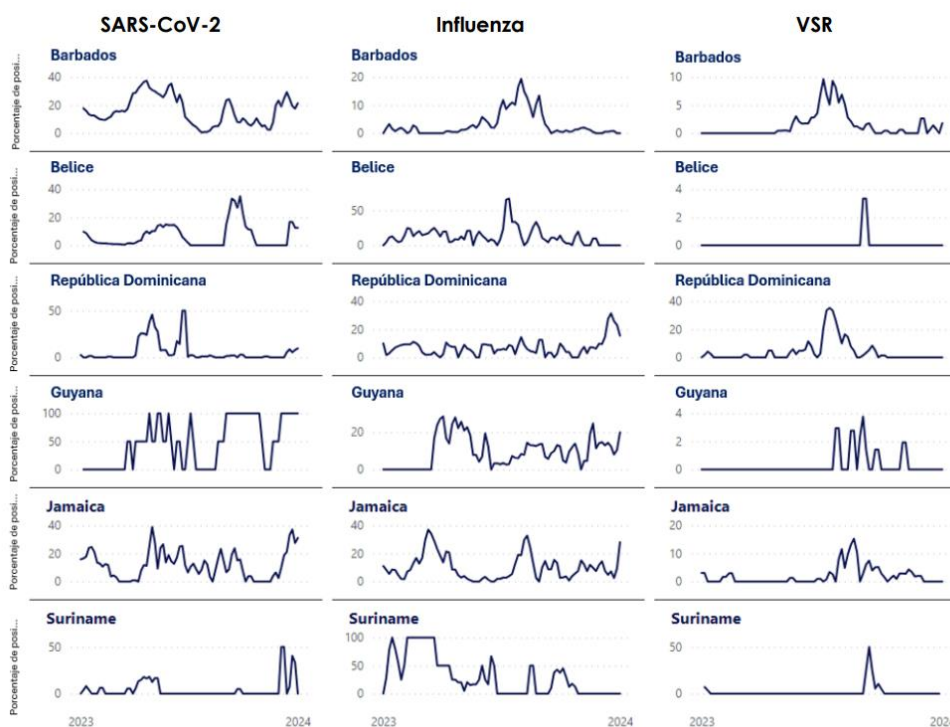


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024 [citado el 30 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

Subregión Caribe

La actividad del SARS-CoV-2 ha ascendido hasta niveles por encima de los observados en los picos del 2023 y principios del 2024. La actividad de la influenza ha permanecido en niveles moderados. La actividad del VSR se ha mantenido en niveles bajos. En los últimos dos meses, la mayoría de los casos reportados por la vigilancia centinela de ETI fueron positivos por SARS-CoV-2 e influenza en la subregión. En este periodo, los casos hospitalizados con IRAG han disminuido.

Gráfico 7. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, Influenza y VSR por país. Caribe, desde la SE 1 del 2023 hasta la SE 28 del 2024, reportados por los Estados Miembros a las plataformas de la OPS/OMS Flunet/Fluid.



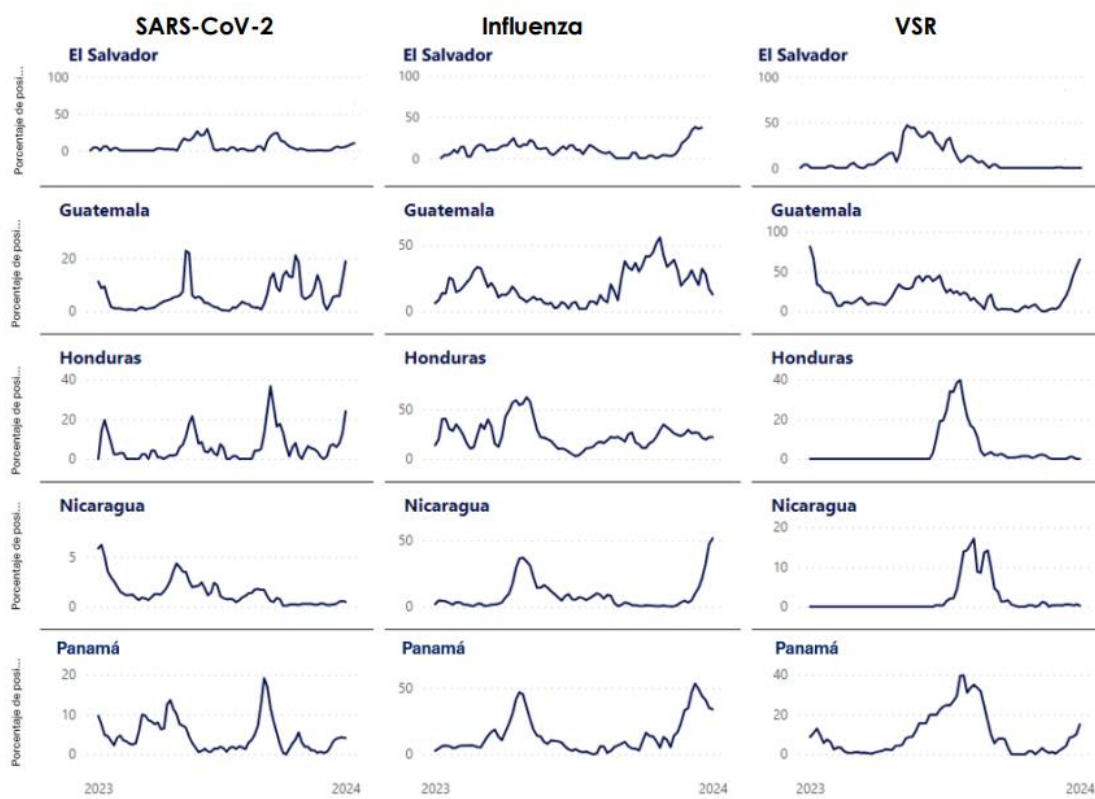
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024 [citado el 30 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

Subregión América Central

La actividad del SARS-CoV-2 ha presentado un ligero incremento desde la SE 23 del 2024, con niveles inferiores a los observados en 2023. La actividad de influenza se encuentra en ascenso y en niveles por encima del umbral epidémico en varios países de la región, alcanzando niveles moderados en **Panamá** y **Honduras**, y elevados en **Nicaragua** y **El Salvador**. En **Guatemala** y **Panamá**, la proporción de muestras positivas por VSR se encuentra en ascenso con niveles por debajo de los máximos alcanzados en temporadas previas.

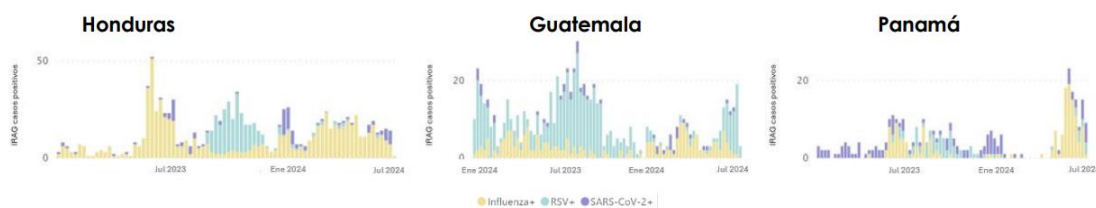
Esta circulación concurrente de influenza, SARS-CoV-2 y VSR se ha traducido en niveles epidémicos de IRAG en **Honduras**, **Guatemala** y **Panamá**. En **El Salvador**, a partir del 2024 se ha incrementado el número de muestras para la vigilancia centinela de virus respiratorios a nivel nacional, y las curvas epidémicas de neumonías, infecciones respiratorias agudas (IRA), e IRAG están por debajo del nivel estacional, a pesar del aumento en los porcentajes de positividad para influenza y SARS-CoV-2. En **Guatemala**, durante las últimas cuatro semanas, han predominado las hospitalizaciones por IRAG asociadas a VSR, seguidas por influenza; mientras que los casos ambulatorios son mayormente de influenza. En **Honduras**, una mayoría de casos de IRAG y ETI son positivos para virus influenza, seguidos por SARS-CoV-2, manteniéndose las hospitalizaciones en un nivel de intensidad epidémica.

Gráfico 8. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, Influenza y VSR por país. América Central, desde la SE 1 del 2023 hasta la SE 28 del 2024, reportados por los Estados Miembros a las plataformas de la OPS/OMS Flunet/FluID.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, DC: OPS/OMS; 2024 [citado el 30 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

Gráfico 9: Casos de IRAG positivos para Influenza, SARS-CoV-2 y VSR en Honduras, Guatemala y Panamá desde la SE 1 del 2023 hasta la SE 28 del 2024.



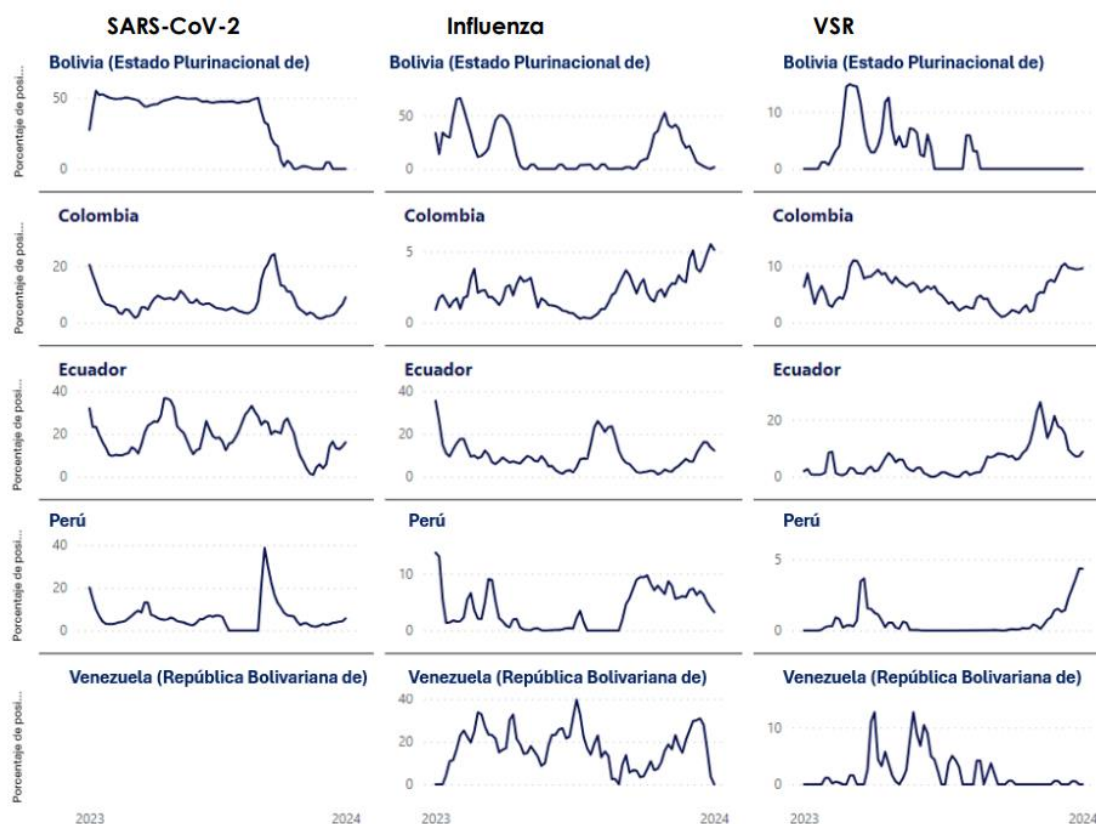
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, DC: OPS/OMS; 2024 [citado el 30 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

Subregión Andina

La actividad del SARS-CoV-2 ha presentado un incremento desde la SE 20 del 2024, aunque por el momento con niveles inferiores a los observados en 2023. Aunque la actividad de influenza se encuentra en descenso en la región, se observan niveles epidémicos en **Ecuador**. El VSR se encuentra en niveles similares a los picos alcanzados en temporadas previas, especialmente en **Perú** y **Colombia**. Esta cocirculación de virus respiratorios se ha traducido en niveles epidémicos de IRAG en **Ecuador, Perú y Colombia**.

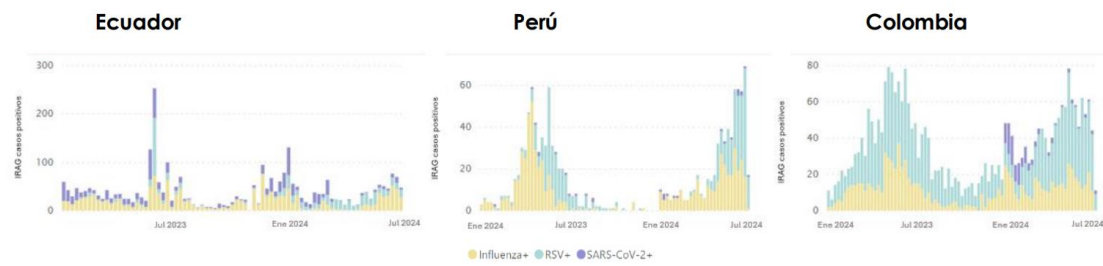
En **Colombia**, hasta la SE 28 (7), se ha registrado una disminución en los casos de IRA en consultas externas, urgencias y hospitalizaciones, con un porcentaje de variación del -0,08%, y en sala general con el -0,02%, este comportamiento se observa a nivel nacional. No obstante, se ha registrado un aumento en las notificaciones de morbilidad por IRA en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y Unidades de Cuidados Intermedios del 0,03%, en comparación con el mismo periodo del año anterior. En **Perú**, han predominado las hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave (IRAG) y los casos ambulatorios de enfermedad tipo influenza (ETI) asociados al VSR, seguidos por influenza. Entre los casos de IRAG que requirieron cuidados intensivos o resultaron en fallecimientos en **Perú y Ecuador**, la mayoría se ha asociado a influenza, seguidos de SARS-CoV-2.

Gráfico 10. Porcentaje de positividad de SARS-CoV-2, Influenza y VSR reportados por país. Subregión Andina, desde la SE 1 2023 hasta la SE 28 del 2024, reportados por los Estados Miembros a las plataformas de la OPS/OMS Flunet/FluID.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024 [citado el 30 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

Gráfico 11: Casos de IRAG positivos para Influenza, SARS-CoV-2 y VSR en Ecuador, Perú y Colombia desde la SE 1 del 2023 hasta la SE 28 del 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024 [citado el 30 de julio del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

Fuente: [Alerta epidemiológica - SARS-CoV-2, influenza y otros virus respiratorios en la Región de las Américas - 5 de agosto del 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

**DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES**

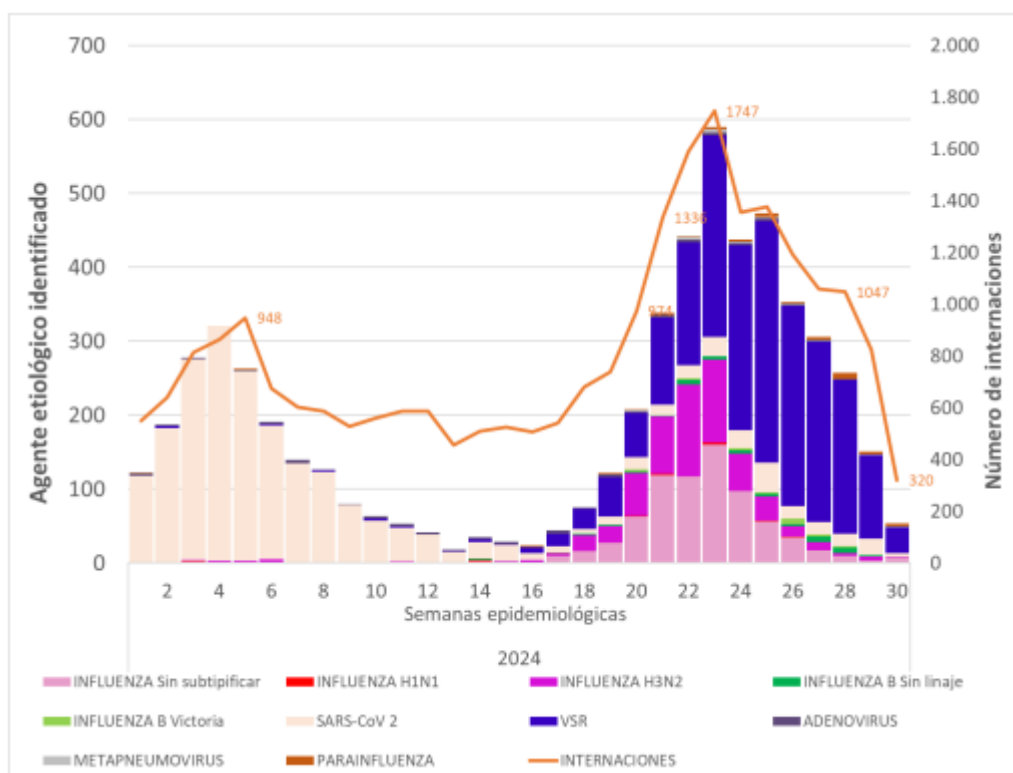
BUENOS AIRES: VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

Las internaciones por IRA muestran una tendencia al descenso sostenida por siete semanas consecutivas tanto en población general como en población menor de 2 años.

En la última semana, SE 30, se informaron 320 internaciones, de las cuales el 38% (n=123) corresponde a menores de 2 años.



Casos notificados Internados por IRA y casos con diagnóstico etiológico notificados según agente. PBA SE 1 - 30/2024 (Todas las edades)



Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.

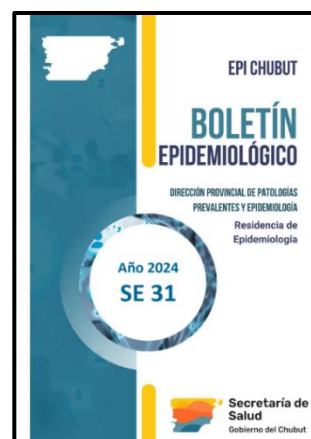
Para más información:

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

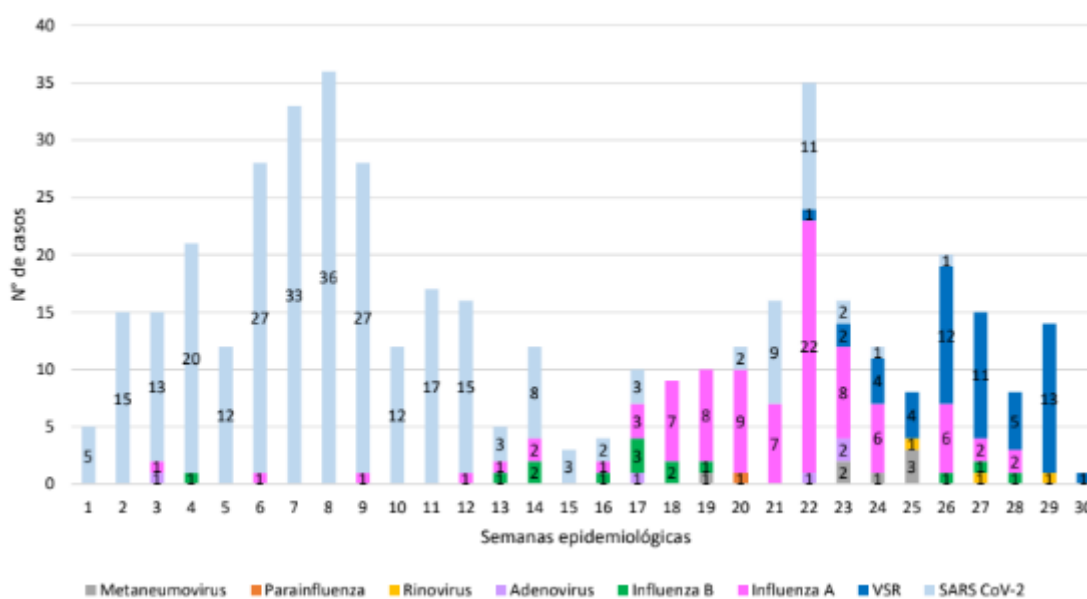
CHUBUT: VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

Hasta la semana 30 del año 2024, se obtuvieron 448 muestras positivas para determinación de virus respiratorios. El mayor porcentaje corresponde a SARS-COV2 con el 61,83%, seguido de Influenza A con un 19,64%, Virus Sincicial Respiratorio con un 11,83%, Influenza B con un 3,12%, Metaneumovirus con un 1,56%, Adenovirus con un 1,11%, Rinovirus 0,67% y Parainfluenza con un 0,23%.

Las últimas dos semanas se evidencia circulación de Virus Sincicial Respiratorio (VSR) y Rinovirus.



Distribución de virus respiratorios según semanas epidemiológicas. Provincia del Chubut. SE 1-30 Año 2024. N=448



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

Para más información:

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

ENTRE RÍOS: INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN PACIENTES INTERNADOS

Desde la semana epidemiológica (SE) 01/2024 hasta la SE 29/2024, se notificaron 1783 casos de infecciones respiratorias agudas virales en pacientes internados en la provincia de Entre Ríos, de los cuales se confirmaron 157 casos de virus Influenza A y 98 casos de virus SARS-CoV2, mientras que en 1081 pacientes no fueron detectados virus respiratorios mediante las pruebas etiológicas realizadas.



Casos notificados y confirmados de infecciones respiratorias agudas virales en internados por departamento de residencia. SE01 /2024 a SE 29/2024, Entre Ríos.

DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA	NOTIFICADOS	INFLUENZA A	INFLUENZA B	COVID-19	VSR	OTROS VIRUS	DESCARTADO
COLÓN	14	0	0	2	1	0	10
CONCORDIA	229	8	0	3	9	0	151
DIAMANTE	65	3	0	4	9	1	38
FEDERACIÓN	49	3	0	11	0	0	29
FEDERAL	16	2	0	1	1	1	9
FELICIANO	11	1	0	0	1	0	9
GUALEGUAY	23	0	0	0	1	0	13
GUALEGUAYCHÚ	196	19	0	18	23	0	123
ISLAS DEL IBICUY	14	0	0	1	2	0	9
LA PAZ	41	2	0	1	5	0	29
NOGOYÁ	23	4	0	5	1	0	10
PARANÁ	961	109	0	41	149	10	589
SAN SALVADOR	14	0	0	1	0	0	7
TALA	12	3	0	1	0	0	6
URUGUAY	30	0	0	4	2	0	7
VICTORIA	15	1	0	2	1	1	10
VILLAGUAY	67	2	0	3	5	2	30
TOTAL	1780	157	0	98	210	15	1079

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0

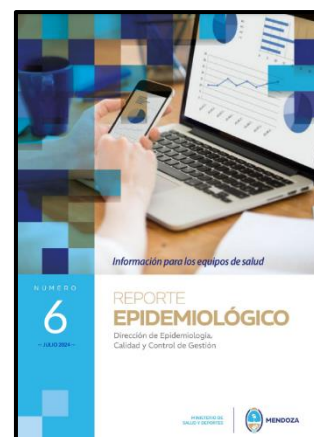
Para más información:

<https://drive.google.com/drive/folders/1hwKs776EGn-j71PIPtidgnMyZ5hVelFM>

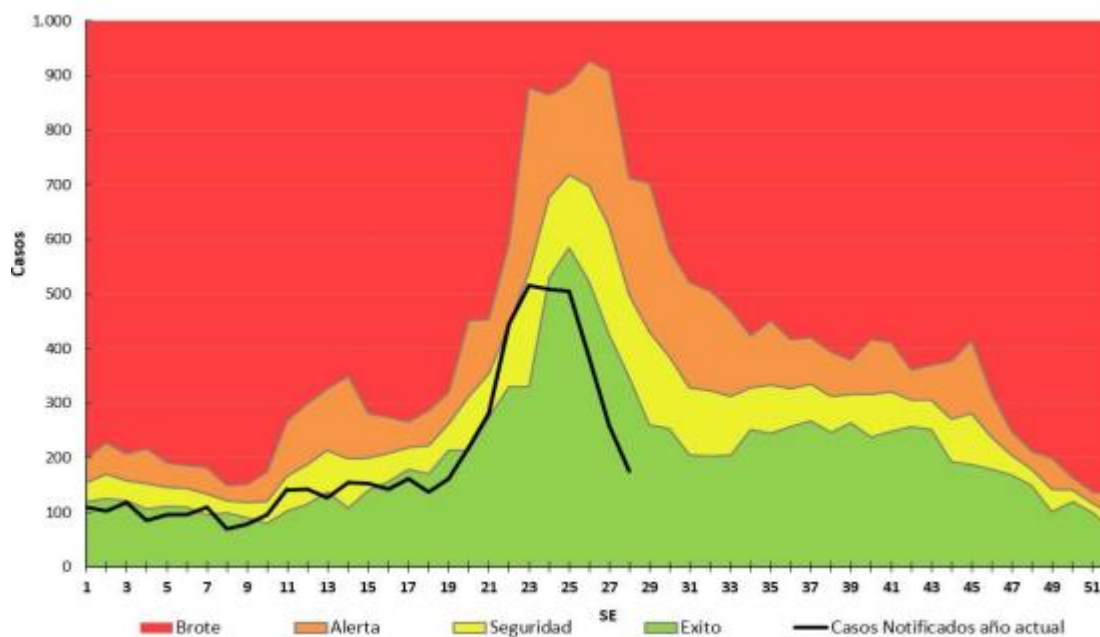
MENDOZA: NEUMONÍA

La observación del corredor endémico de Neumonía en todas las edades muestra que las notificaciones de casos en las primeras semanas del año se ubican en la zona de Éxito con una tendencia descendente que se interrumpe en SE 11, fluctuando desde entonces en zonas de seguridad y éxito, comenzando a SE 20 el ascenso esperado para esta época del año llegando a 515 casos en SE 23, 506 casos en SE25, para luego descender.

La curva de casos notificados no ha 7 superado la zona de seguridad, presentando un comportamiento mejor de lo esperado en comparación con datos históricos.



Corredor endémico semanal de Neumonía. Año 2024 hasta SE 28- Histórico 5 Años Período: 2017 a 2023. Mendoza.



Fuente: SNVS 2.0

Para más información:

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

NEUQUÉN: ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

En las 4 semanas analizadas, se notificaron un total de 5730 casos de Enfermedad tipo influenza a nivel provincial. Hubo un aumento del 33% en relación al mismo periodo del año anterior.

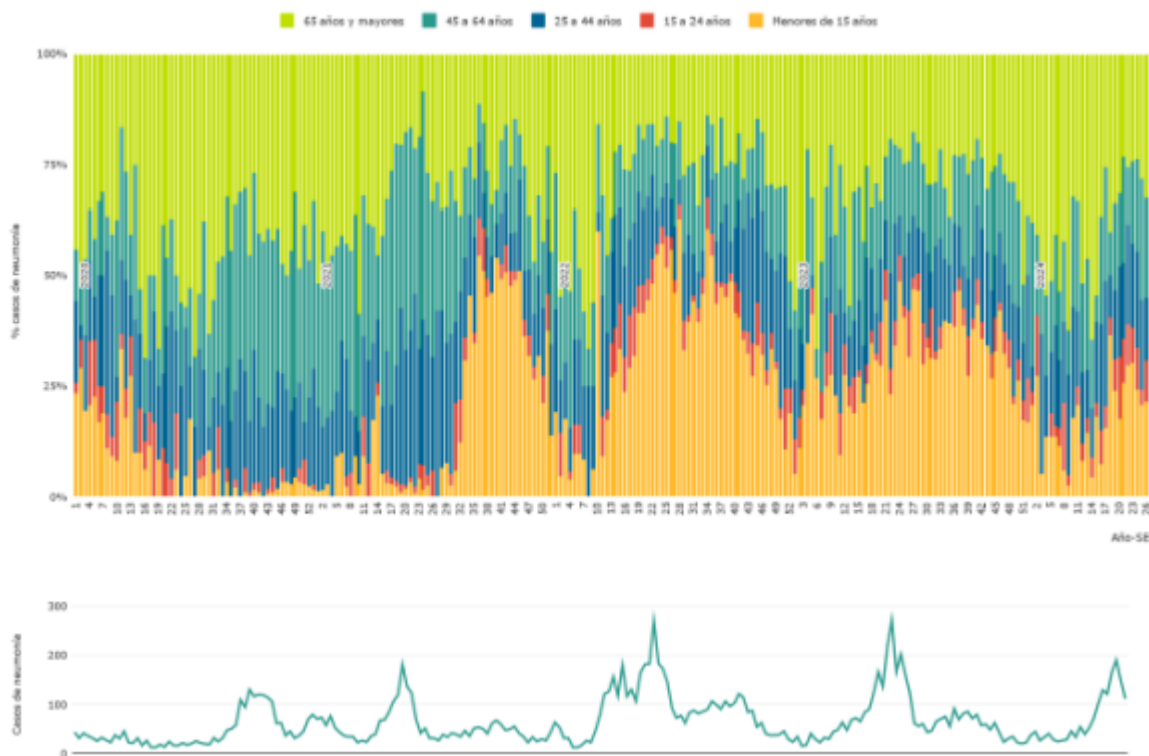
Boletín
epidemiológico
mensual

Provincia del Neuquén

Ministerio de Salud
nequén



Distribución temporal de casos de neumonía por semana epidemiológica, según grupos etarios. Desde SE 1/2020 hasta SE 26/2024. Provincia de Neuquén (N = 15360)

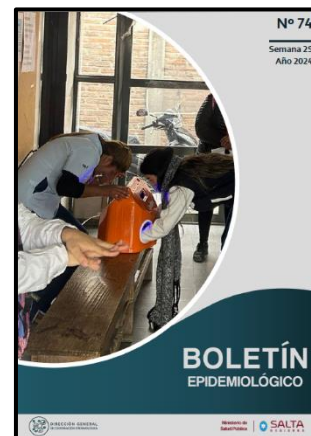


Para más información:

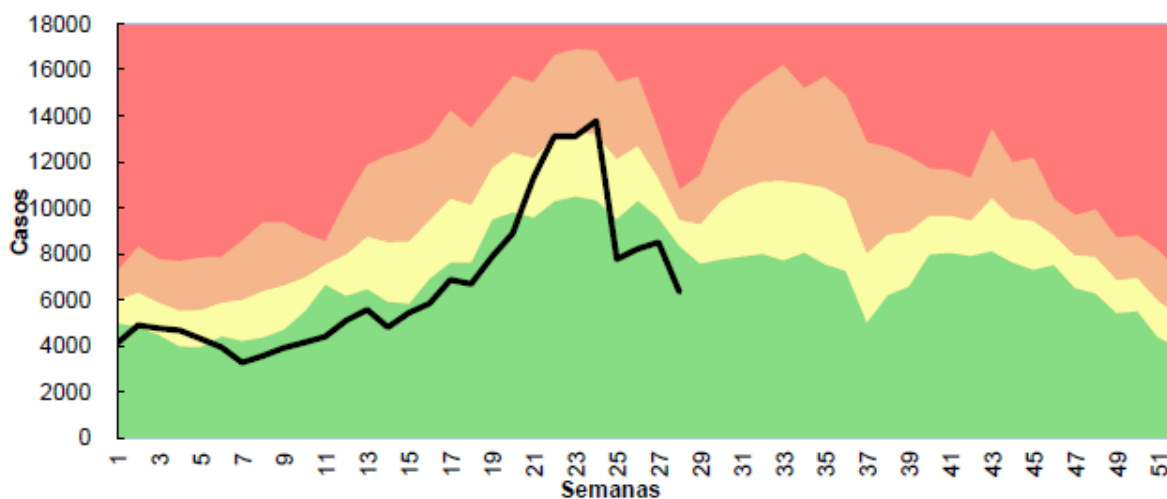
<https://www.saludneuquen.gob.ar/informacion-sanitaria/epidemiologia/boletines-epidemiologicos/>

SALTA: INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

Se observa en las notificaciones de IRA un leve ascenso de casos en la SE 28 con respecto a la semana anterior, permaneciendo el corredor en la Zona de Éxito.



Corredor endémico semanal de IRA. Años 2017 a 2023. SE 01-28 de 2024. Provincia de Salta.



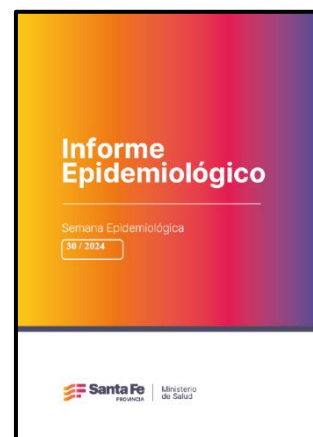
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

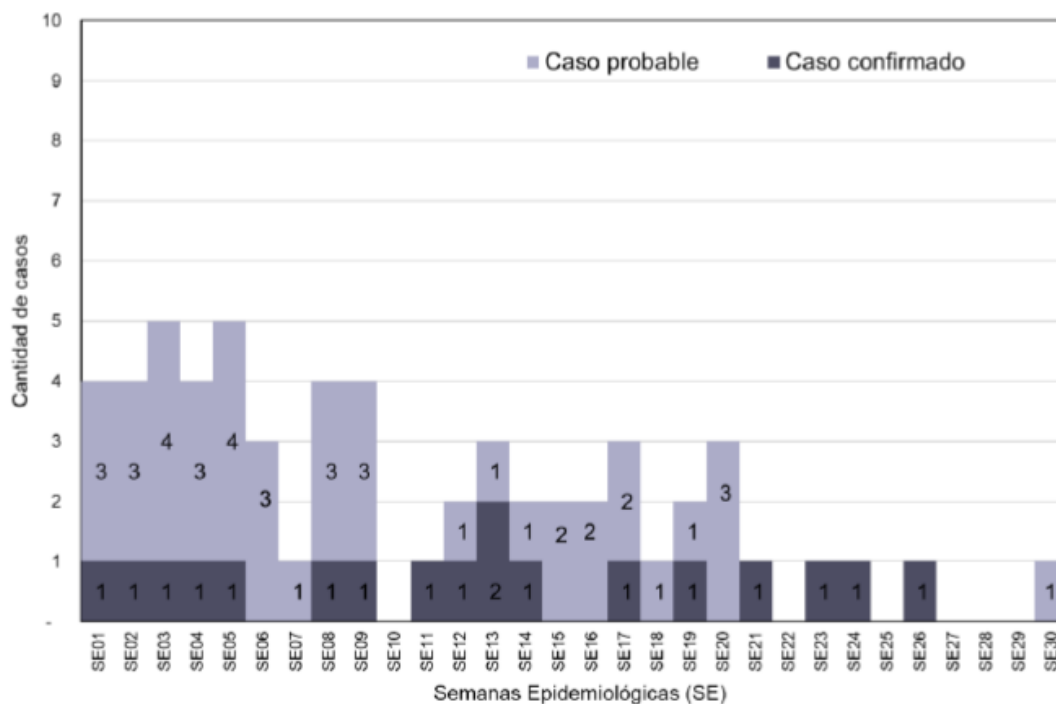
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

SANTA FE: LEPTOSPIROSIS

Desde la SE 01 a la SE 30 de 2024 se confirman 18 casos y 42 se clasificaron como probables. Se registraron cuatro fallecidos con residencia en los departamentos de General Obligado, General López, San Martín y La Capital. Si bien se notificaron casos en la mayoría de las semanas, no se evidenció, hasta la fecha, focos de casos con una misma fuente de exposición.



Cantidad de casos confirmados y probables al evento de Leptospirosis por Semana Epidemiológica. Provincia de Santa Fe. Año 2024 (SE 01 hasta SE 30). N= 60.



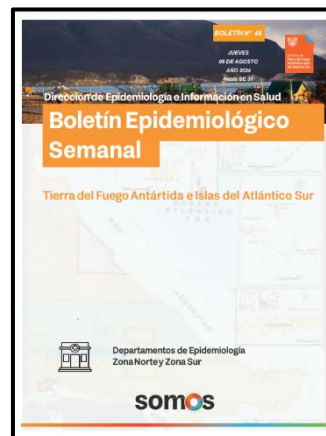
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) hasta el 27/07/2024.

Para más información:

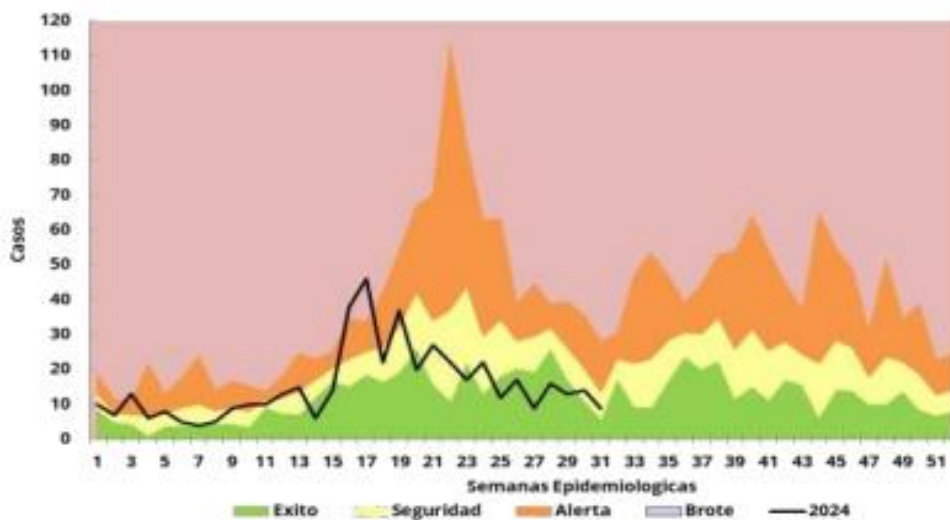
[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802)

TIERRA DEL FUEGO: NEUMONÍA

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



Corredor endémico provincial por semana epidemiológica SE 01 a SE 31 del 2024.



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

Para más información:

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

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, LA PREVENCIÓN Y LA RESPUESTA

LISTADO DE MODIFICACIONES EN CODIFICACIONES AUXILIARES EN EL SNVS2.0

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 desde enero hasta julio 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	Modalidad de Notificación	Nombre del Evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
AGOSTO	Agrupado	Monitoreo de SARS COV-2 y OVR en ambulatorios	Grupo de Eventos	Nombre del evento	Se modificó el nombre del evento de "Monitoreo de SARS COV-2 y OVR en ambulatorios" a "Monitoreo de SARS COV-2, Influenza y VSR en ambulatorios"
			Eventos asociados al grupo		Se adicionaron las opciones: "Consultas por ETI" y "Consultar por ET con muestra"
					Se quitó la opción "Consultas por COVID-19"
AGOSTO	Agrupado	Unidad Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (UC-IRAG)	Eventos asociados al grupo		Se modificaron los eventos previos asociados al grupo por los siguientes: "Internados totales" por "Pacientes internados por todas las causas", "Internados por IRAG" por "Casos de IRAG entre los internados", "Internados por IRAG con muestra respiratoria" por "Casos de IRAG con muestra respiratoria", "Ingresados en cuidados intensivos totales" por "Pacientes ingresados a UCI", y "Ingresados en cuidados intensivos por IRAG" por "Casos de IRAG entre los ingresados a UCI"
					Se adicionaron las opciones: "Casos de IRAG extendida entre los internados", "Casos de IRAG EXTENDIDA entre los ingresados a UCI" y "Defunciones por IRAG extendida"
AGOSTO	Nominal	Monitoreo de SARS COV-2 y OVR en ambulatorios	Grupo de Eventos	Nombre del evento	Se modificó el nombre del evento de "Monitoreo de SARS COV-2 y OVR en ambulatorios" a "Monitoreo de SARS COV-2, Influenza y VSR en ambulatorios"
AGOSTO	Nominal	Psitacosis	Se adicionó unicidad temporal de 60 días		
			Se adicionó el cierre de caso a los 365 días		
			Laboratorio	Resultados	Se adicionaron las opciones "Genotipo A" y "Genotipo B"
AGOSTO	Nominal	Viruela Símica	Clínica	Comorbilidades	Se adicionó la opción "Sin comorbilidades"
			Epidemiológica	Antecedentes epidemiológicos	Se adicionó la opción "Sin antecedentes de viaje en los últimos 21 días"

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

28 DE JULIO: DÍA MUNDIAL DE LAS HEPATITIS VIRALES

El pasado 28 de julio se conmemoró el Día Mundial de las Hepatitis Virales, una fecha designada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para sensibilizar a la comunidad sobre el impacto global de las hepatitis virales, promover la prevención, el diagnóstico temprano y el acceso al tratamiento. En este marco, la Sociedad Argentina de Hepatología (SAHE) y el Ministerio de Salud de la Nación acompañaron las actividades que se desarrollaron en todo el país.

Objetivos del Día Mundial de las Hepatitis Virales 2024:

1. Concientizar: llegar a la población con información clave sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis virales.
2. Prevenir: promover la inmunización para hepatitis A en las poblaciones objetivo y la inmunización de la hepatitis B en toda la población.
3. Diagnosticar: impulsar el diagnóstico de las hepatitis virales, principalmente en el primer nivel de atención.

Eventos y Actividades realizadas:

- Campañas de detección de hepatitis C que incluyeron tests gratuitos en múltiples puntos estratégicos del país.
Participaron de la iniciativa hospitales y otras instituciones de Buenos Aires, CABA, Catamarca, Chaco, Córdoba, Corrientes, Chubut, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero, Tierra del Fuego, y Tucumán.
- Conversatorio sobre abordaje en Hepatitis Virales: El Ministerio de Salud de la Nación junto a la SAHE y OPS realizaron un conversatorio de hepatitis virales en donde se realizó un recorrido por las experiencias de abordaje de las provincias de San Juan (Hepatitis C y diabetes), Córdoba (Descentralización del diagnóstico y tratamiento de la Hepatitis C en el primer nivel atención), el Municipio de Tres Febrero (Experiencia del abordaje de la hepatitis c a nivel municipal), Hospital de Alta Complejidad El Cruce.(Experiencia de revinculación de la Hepatitis C).
- Presentación del Boletín N°6 de las Hepatitis Virales en Argentina: Elaborado como una herramienta para garantizar el acceso a la información actualizada sobre las hepatitis virales en la Argentina. Esta sexta edición del boletín presenta las habituales secciones de situación epidemiológica, seroprevalencia de marcadores de hepatitis entre donantes de los bancos de sangre, trasplantes hepáticos, mortalidad y de tratamientos dispensados por la Coordinación Nacional de Hepatitis Virales.
Se actualizan datos de la experiencia en Argentina sobre la estrategia de micro eliminación del virus de la hepatitis C resaltando la política de abordaje de las hepatitis virales en contexto de encierro, con una mirada integral, inclusiva, preventiva y de oportunidad de erradicación viral.
Asimismo, a fin de reflejar los principales avances y desafíos en materia de descentralización, simplificación al diagnóstico y equidad en el acceso a tratamiento con nuevas drogas antivirales para hepatitis C, se incorporaron las estrategias regionales implementadas en el primer nivel de atención, promovidas desde el nivel nacional.

Por último, se incorporó como artículo la presentación de los actores claves en nuestro país, siendo en esta oportunidad la Sociedad Argentina de Hepatología (SAHE) quien, desde su experiencia en el campo de las enfermedades hepáticas, contribuye significativamente en la interacción interdisciplinaria y la coordinación entre los distintos niveles y sectores, fundamentales para alcanzar las metas de eliminación de las hepatitis virales para el año 2030.

Las hepatitis virales configuran eventos de notificación obligatoria en el marco de la ley 15465 y la resolución 2827/2015

Ficha Hepatitis virales:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha_hepatitis_532024.pdf

