



# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA  
EPIDEMIOLÓGICA  
(15 AL 21 SEPTIEMBRE)

# 38

NÚMERO 723 AÑO 2024  
FECHA DE PUBLICACIÓN:  
30/09/2024

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA



## AUTORES DE ESTE BOLETÍN:

**Informe dengue y otros arbovirus:** Gabriela Fernández, Yasmin El Ahmed, Carlos Giovacchini, Dalila Rueda, Federico M. Santoro, Silvina Moisés, María Pía Buyayisqui, Contó además con la contribución de María Alejandra Morales<sup>1</sup> Cintia Fabbri<sup>1</sup>, Victoria Luppó<sup>1</sup>.

**Informe mpox:** Antonella Vallone, Silvina Moisés, Tamara Wainzinger, Carlos Giovacchini y Martina Iglesias.

**Informe infecciones respiratorias agudas:** Carla Voto, María Paz Rojas Mena, Melisa Laurora, Dalila Rueda, Federico M. Santoro, Silvina Moisés, Andrea Pontoriero<sup>1</sup>, Tomás Poklepovich<sup>2</sup>.

**Informe Especial: Triquinosis** Mariel Caparelli, Paula Rosin, Belén Amato, Celeste Castillo<sup>3</sup> y la Coordinación General de Epidemiología, Dirección Nacional de Sanidad Animal, SENASA<sup>4</sup>..

**Alertas y comunicaciones internacionales:** Ignacio Di Pinto.

**Destacados en boletines jurisdiccionales:** Franco Ormeño Mazzochi.

**Herramientas para la vigilancia, prevención y respuesta:** Antonella Vallone.

**Gestión del SNVS y de los datos de vigilancia:** Alexia Echenique Arregui, Leonardo Baldivieso, Estefanía Cáceres, Mariel Caparelli, Ana Laura Parenti, Paula Rosin, Guillermina Pierre, Juan Pablo Ojeda, Julio Tapia.

**Coordinación General:**

Carlos Giovacchini.

---

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

2 Centro Nacional de Genómica y Bioinformática – ANLIS.

3 Coordinación de zoonosis. Ministerio de Salud de la Nación.

4 SENASA

## 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<sup>2.0</sup>.

## IMAGEN DE TAPA:

La Triquinosis se contagia de modo accidental, por la ingestión de carne o derivados cárnicos, crudos o mal cocidos, que contengan larvas del parásito vivos. En Argentina, la principal fuente de infección para el ser humano es el cerdo doméstico, aunque también existen otras, como el jabalí o el puma. Foto tomada de banco libre de derechos.

**CÓMO CITAR ESTE BOLETÍN:** Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2024). Boletín Epidemiológico Nacional N°723, SE 38.

## CONTENIDO

Situaciones epidemiológicas emergentes .....	5
Situación epidemiológica de MPOX .....	6
Eventos priorizados .....	17
Vigilancia de dengue y otros arbovirus .....	18
Vigilancia de infecciones respiratorias agudas .....	27
Informes especiales .....	49
Triquinosis .....	50
Alertas y comunicaciones epidemiológicas internacionales.....	59
fiebre amarilla en la región de las Américas – Actualización epidemiológica -OPS.....	61
Influenza Aviar a(H9N2) - Ghana.....	64
Destacados en boletines jurisdiccionales .....	65
Buenos Aires: Internaciones por infecciones respiratorias agudas (IRA) .....	66
CABA: Eventos respiratorios de abordaje en internación.....	67
La Pampa: Enfermedad tipo influenza (ETI) .....	68
Salta: Neumonía.....	69
Tierra del Fuego: Bronquiolitis.....	70
Tucumán: Bronquiolitis .....	71
Herramientas para la vigilancia, la prevención y la respuesta .....	72
Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS <sup>2.0</sup> .....	73

**SITUACIONES  
EPIDEMIOLOGICAS  
EMERGENTES**

## SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DE MPOX

### INTRODUCCIÓN

Ante el recrudecimiento de la mpox asociado a la aparición de un nuevo clado del virus de la mpox (clado Ib), su rápida propagación en el este de la República Democrática de Congo y la notificación de casos en varios países vecinos, la Organización Mundial de la Salud lo ha declarado como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de acuerdo Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI [2005]). A raíz de ello y en virtud de dar difusión a las medidas de prevención, vigilancia y respuesta, el Ministerio de Salud de la Nación ha emitido una Alerta Epidemiológica el 16 de agosto, incluyendo la descripción de la situación actual y las directrices vigentes para la vigilancia epidemiológica y las medidas ante casos y contactos –entre otros aspectos relacionados con este evento que se encuentra disponible en [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta\\_viruela\\_simica\\_16082024.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta_viruela_simica_16082024.pdf)

### SITUACIÓN INTERNACIONAL

#### Situación en África<sup>5</sup>

Desde el 1 de enero de 2022, 20 Estados miembros de África han notificado a la OMS casos de mpox. Hasta el 22 de septiembre de 2024, se habían notificado a la OMS un total de 8.983 casos confirmados por laboratorio, incluidas 55 muertes.

En 2024, hasta el 22 de septiembre, 15 países habían notificado 6.580 casos confirmados, incluidas 32 muertes. Los tres países con la mayoría de los casos en 2024 son la República Democrática del Congo (n = 5.621), Burundi (n = 696) y Nigeria (n = 55).

Un número significativo de casos sospechosos de mpox que son clínicamente compatibles con la enfermedad no se someten a pruebas debido a la capacidad de diagnóstico limitada en algunos países africanos y, por lo tanto, nunca se confirman. Por este motivo se incluyen los casos sospechosos en este informe. En 2024, 14 países notificaron 31.166 casos sospechosos y analizados en laboratorio, incluidas 844 muertes sospechosas y confirmadas.

Este indicador debe interpretarse con cautela, ya que los casos sospechosos de mpox se registran según distintas definiciones de caso nacionales. En algunos países, los casos sospechosos que se someten a pruebas no se eliminan del recuento, independientemente de si el resultado de la prueba es positivo (caso confirmado) o negativo (caso descartado). Además, no todos los países tienen sistemas de vigilancia sólidos para mpox, lo que significa que es probable que los recuentos de casos notificados subestimen el alcance de la transmisión comunitaria.

#### Epidemiología genómica

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

<sup>5</sup> Brote de Mpox 2022-24: tendencias mundiales. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx\\_global/](https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/)

cierta transmisión de persona a persona. Se han realizado estudios del clado Ia en Camerún, la República Centroafricana, el Congo, la República Democrática del Congo, Sudán del Sur y Sudán.

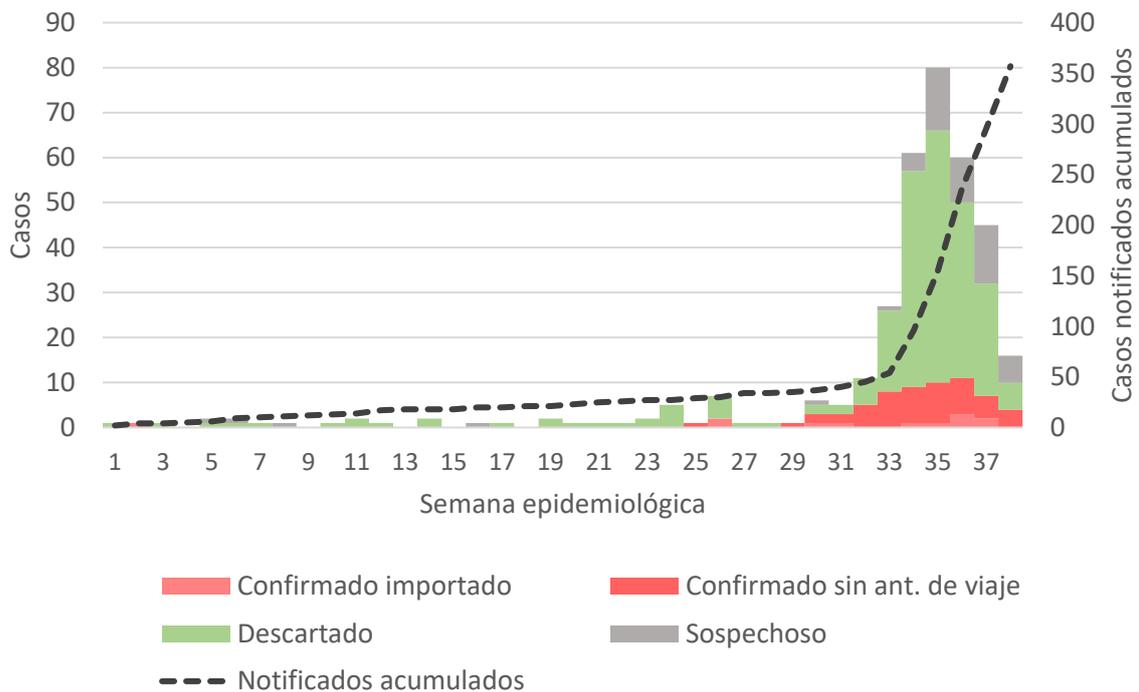
El clado Ib ha surgido recientemente en las regiones orientales de la República Democrática del Congo y está sufriendo una transmisión sostenida de persona a persona. También se han detectado casos recientes del clado Ib en Burundi, Kenia, Ruanda, Suecia, Tailandia y Uganda. El clado IIa rara vez se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

Respecto de la **situación regional**, para ver la última actualización disponible dirigirse al [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 36 Nro 721](#).

## SITUACIÓN EN ARGENTINA

En 2024, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y SE38 se identificaron hasta el momento 65 casos confirmados de mpox de un total de 357 casos sospechosos notificados. La curva epidémica de casos confirmados por fecha mínima<sup>6</sup> muestra una persistencia en la detección de casos desde la SE29 y hasta la semana actual, con un promedio de 6 casos semanales y con el mayor número hasta el momento en la SE36 con 11 casos.

**Gráfico 1. Casos notificados de Mpox según clasificación por semana epidemiológica de fecha mínima y total de casos notificados acumulados según semana de notificación. Argentina, SE1/2024 a SE37/2024. (N= 297)**



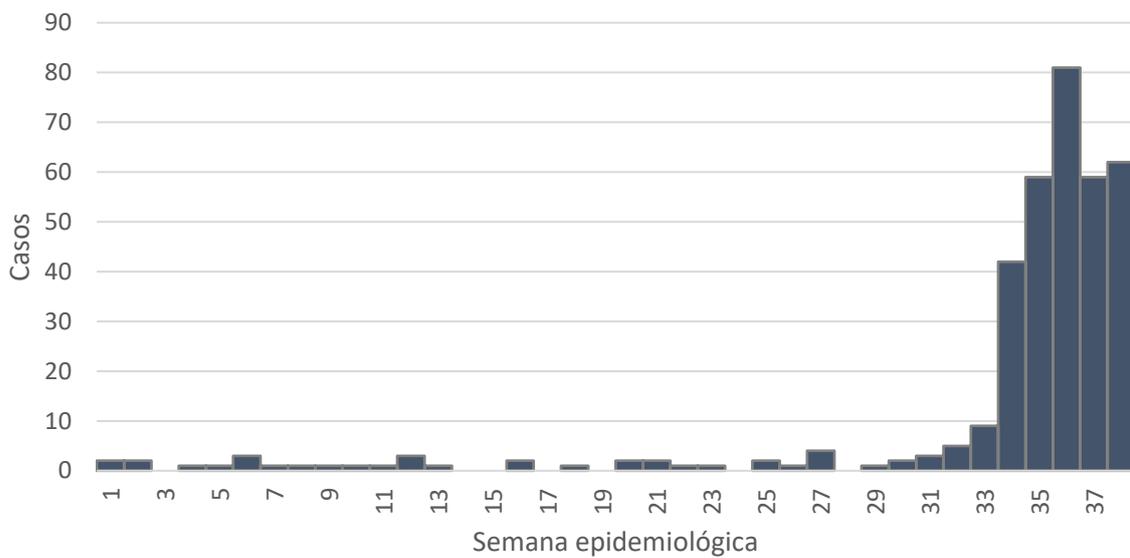
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

<sup>6</sup> La fecha de inicio de síntomas mínima se construye según una jerarquía que prioriza la mayor cercanía al momento de inicio de la enfermedad: con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra, y, por último, la de notificación si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.

Luego del Alerta emitido en la SE33 aumentó la sensibilidad del sistema de vigilancia, llegando a 303 notificaciones de casos sospechosos en las cuatro semanas posteriores (85% del total de notificaciones registradas durante el año hasta el momento).

El mayor número de notificaciones se registró, hasta el momento, en la SE36 con 81 casos reportados. En la semana 37 se registraron 59 notificaciones, un 27% inferior a la semana previa. Del total de casos confirmados del periodo (65), el 80% (n=52) se notificó a partir de la SE34 (11 de ellos correspondían por fecha mínima a semanas previas pero se notificaron luego de la alerta). La sensibilización del sistema se verifica, asimismo, en la disminución de la positividad concomitante al aumento de casos estudiados, la cual pasó del 50% en las SE 32-33 (n=14) a 17% en las SE 37-38 (n=121).

**Gráfico 2. Casos notificados de Mpox por semana epidemiológica de notificación. Argentina, SE1/2024 a SE38/2024. (N= 357)**



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

Hasta el momento, se realizaron estudios para la identificación de clado en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS "Carlos Malbrán" en 41 de los casos confirmados, identificándose en todos ellos el clado II.

Cuatro de los casos requirieron internación, ninguno de ellos en cuidados intensivos. No se registraron casos fallecidos en el presente año. Doce casos registran antecedentes de viaje o contacto con viajeros.

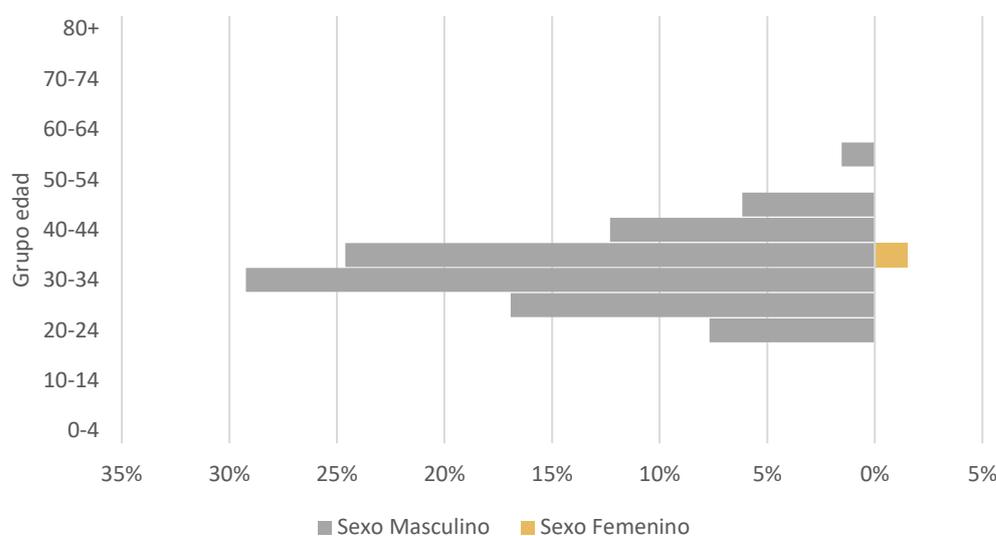
El 94% de los casos confirmados residen en jurisdicciones de la región Centro, principalmente en CABA (74%) y Buenos Aires (15%).

**Tabla 1. Mpox: casos confirmados y total de notificaciones acumuladas según jurisdicción de residencia. Argentina, SE1/2024 a SE38/2024.**

Provincia	Confirmados SE 1 a 38 2024	Confirmados en la última semana	Confirmados en las últimas 4 semanas	Total de notificaciones 2024
Buenos Aires	10	4	7	139
CABA	48	7	32	126
Córdoba	0	0	0	12
Entre Ríos	0	0	0	1
Santa Fe	3	0	1	24
<b>Centro</b>	<b>61</b>	<b>11</b>	<b>40</b>	<b>302</b>
Mendoza	1	0	0	6
San Juan	0	0	0	5
San Luis	0	0	0	4
<b>Cuyo</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>
Chaco	0	0	0	3
Corrientes	1	0	0	7
Formosa	0	0	0	2
Misiones	0	0	0	0
<b>NEA</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>12</b>
Catamarca	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	2
Salta	0	0	0	2
Santiago del Estero	0	0	0	3
Tucumán	0	0	0	4
<b>NOA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11</b>
Chubut	0	0	0	3
La Pampa	0	0	0	1
Neuquén	1	0	0	6
Río Negro	1	0	0	5
Santa Cruz	0	0	0	1
Tierra del Fuego	0	0	0	1
<b>SUR</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>17</b>
<b>Total PAIS</b>	<b>65</b>	<b>11</b>	<b>40</b>	<b>357</b>

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

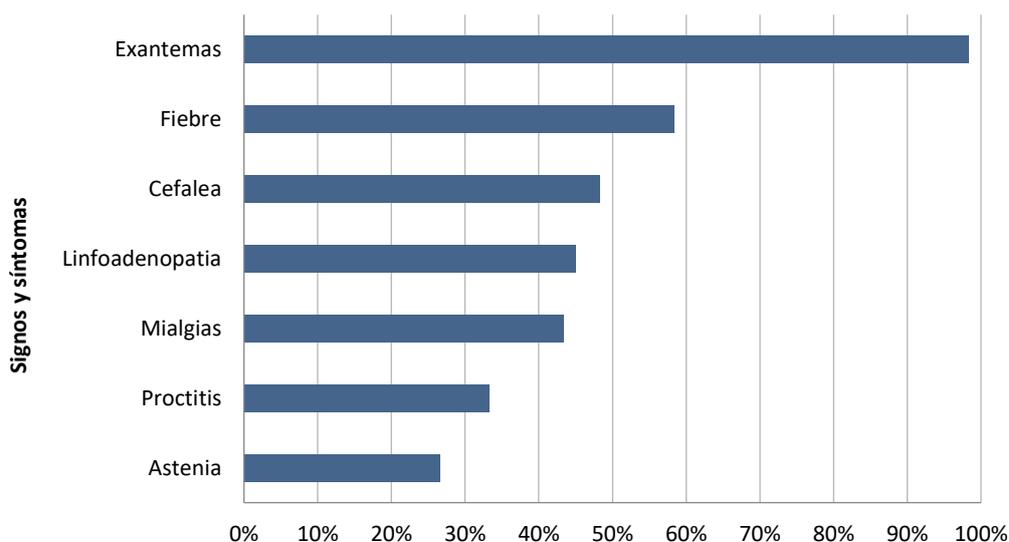
La mediana de edad de los casos confirmados es de 34 años, con un mínimo de 20 años y un máximo de 56 años. De los 65 casos confirmados, 64 corresponden a personas de sexo masculino y una al sexo femenino.

**Gráfico 3. Distribución proporcional por edad y sexo. Argentina, SE1/2024 a SE38/2024.**

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

Con los datos disponibles hasta el momento, las poblaciones más afectadas son la de hombres que tienen sexo con hombres (70% de 43 casos que cuentan con datos para las variables epidemiológicas) y el principal factor de riesgo resulta el antecedente de relaciones sexuales con parejas nuevas múltiples y ocasionales. De los 39 casos que cuentan con el dato referido a la condición de VIH, 26 registran coinfección con VIH<sup>7</sup>.

En el 98% de los casos que cuentan con información sobre signos y síntomas (n=60) se registró la presencia de exantemas en diferentes localizaciones (incluyendo genitales, perianales, manos, rostro y torso), seguidos en frecuencia por fiebre y mialgias.

**Gráfico 4. Signos y síntomas en casos confirmados (en porcentaje). Argentina, SE1/2024 a SE38/2024. (N=60)**

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

<sup>7</sup> Este dato puede estar sesgado por la frecuencia en la consulta de esta población y por contar con datos solo para el 63% de los casos confirmados hasta el momento.

## RECOMENDACIONES PARA EL EQUIPO DE SALUD

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

## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

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

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

**Definiciones y clasificaciones de caso:**• **Caso sospechoso**

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

Ó

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

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

- Fiebre >38,5° de inicio súbito
- Linfadenopatía
- Astenia
- Cefalea
- Mialgia
- Malestar general
- Lesiones cutáneo mucosas
- Proctitis

Ó

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

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

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

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

- **Caso confirmado**

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

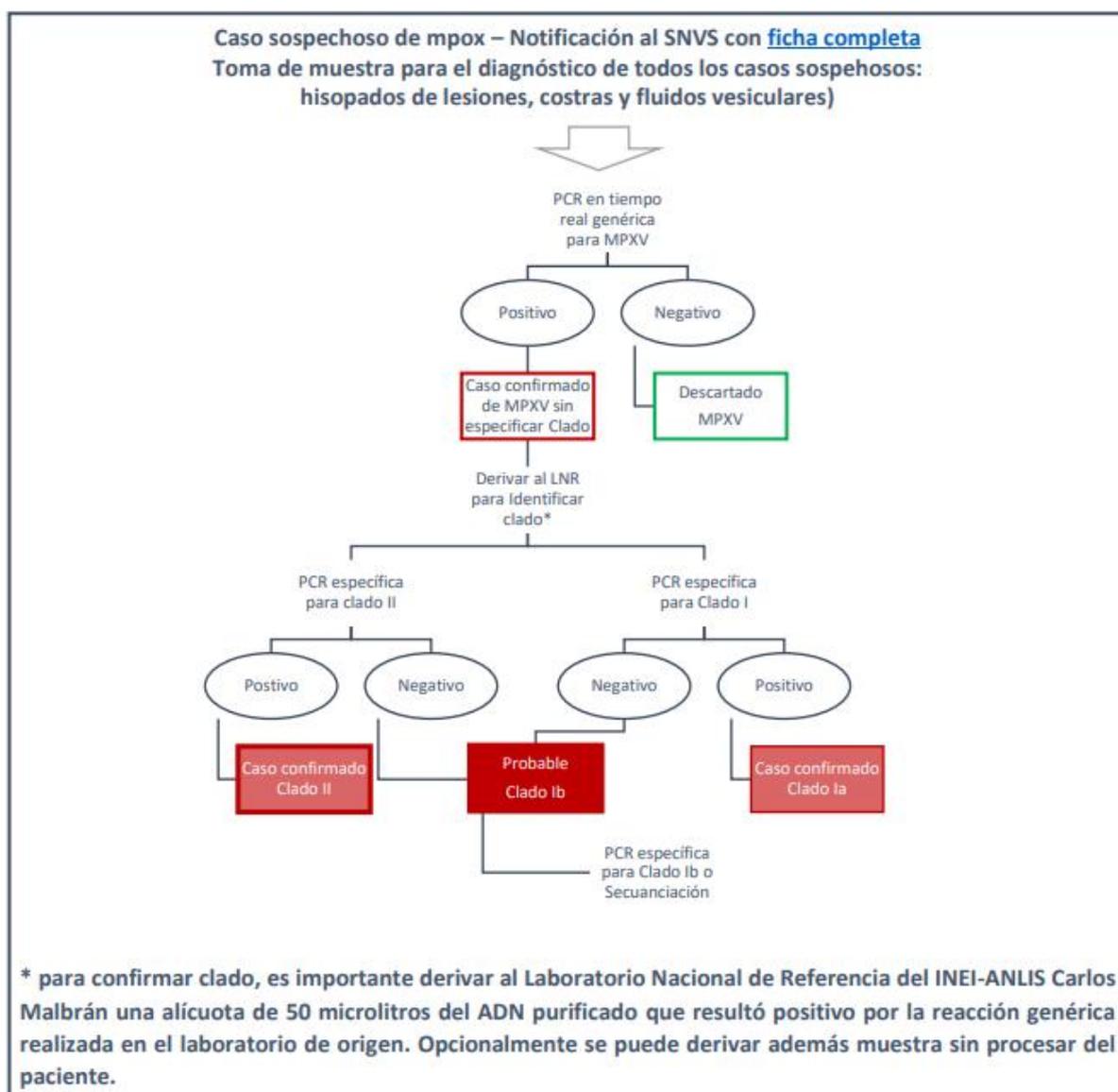
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión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

#### **Notificación**

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

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

## ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y NOTIFICACIÓN DE MPOX



## MEDIDAS ANTE CASOS SOSPECHOSOS:

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

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

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

## MEDIDAS ANTE CONTACTOS:

- La identificación de contactos debe iniciarse dentro de las 24hs.
- Verificar diariamente la posible aparición de cualquier signo o síntoma compatible, incluyendo medir la temperatura y verificar mediante autoevaluación si no han aparecido lesiones en la piel en cualquier parte del cuerpo, o si aparecen síntomas como cansancio/decaimiento, inflamación de los ganglios linfáticos, cefalea, dolores musculares, dolor de espalda.
- El contacto en seguimiento debe disponer de un teléfono para comunicarse con el equipo de seguimiento en caso de presentar síntomas y, en ese caso, una vía facilitada para su atención adecuada en un centro asistencial.
- Ante la aparición de cualquier síntoma debe considerarse un caso sospechoso y, como tal, realizar las acciones recomendadas ante casos sospechosos.
- El contacto deberá estar en seguimiento por el sistema de salud por 21 días para identificar el posible comienzo de síntomas compatibles.

- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y personas gestantes.

---

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

---

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Manual\\_viruela\\_simica\\_10-08-2022.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Manual_viruela_simica_10-08-2022.pdf)

**Ficha de notificación:**

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Nueva\\_ficha\\_viruela\\_simica\\_11\\_08\\_2022.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Nueva_ficha_viruela_simica_11_08_2022.pdf)

**Más recomendaciones e información en:**

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

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

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/08/recomendaciones\\_comunicacion\\_viruela\\_simica\\_30-8-2022.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/08/recomendaciones_comunicacion_viruela_simica_30-8-2022.pdf)

---

# **EVENTOS PRIORIZADOS**

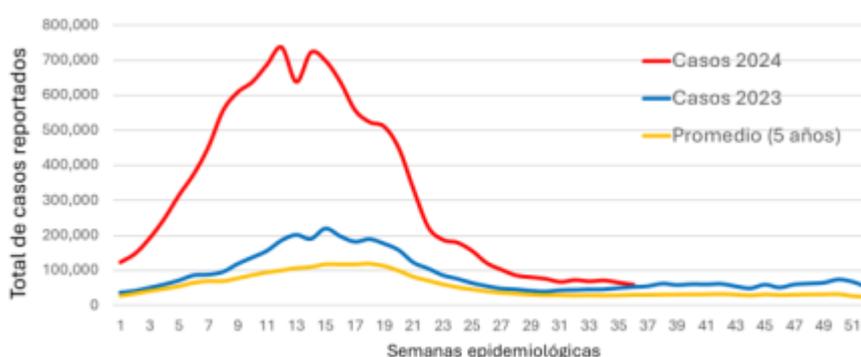
## VIGILANCIA DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

### SITUACIÓN REGIONAL DE DENGUE

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Informe de situación No 35. Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 35, 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#) actualizado el 18 de septiembre.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 36 del 2024, se reportaron en la Región de las Américas un total de 11.769.579 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 1.232 casos por 100.000 hab). Esta cifra representa un incremento de 229% en comparación al mismo periodo del 2023 y 403% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 36.

**Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 36 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

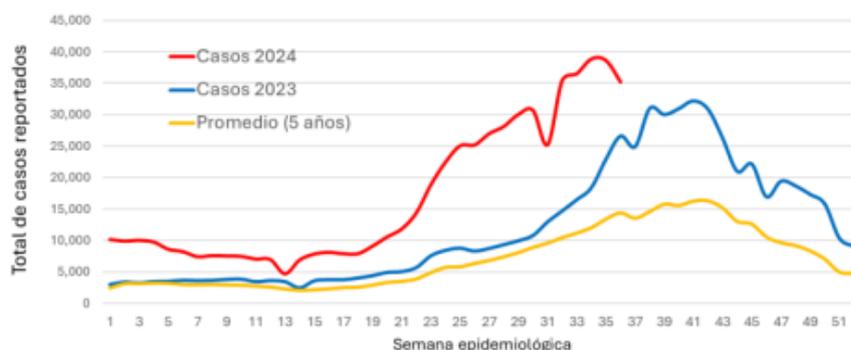
De los 11,769,579 casos de dengue reportados en las Américas, 6,294,474 casos (53%) fueron confirmados por laboratorio y 17,642 (0.15%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 6,691 muertes por dengue, para una letalidad del 0.057%.

Dieciséis países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 36. Estos países registran en conjunto 58,980 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 36.

#### Subregión Centroamérica y México.

Un total de 35,203 nuevos casos sospechosos de dengue se notificaron durante la SE 36. Hasta esta semana la subregión presenta un incremento de 127% en comparación con el mismo periodo del 2023 y de 221% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por México presentan un incremento de 32%, en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas

**Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 36 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Centro América y México.**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

### Subregión Caribe.

Se notificaron 469 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 36. Hasta esta semana la subregión presenta un incremento de 76% en comparación con el mismo periodo del 2023 y de 70% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana presentan un incremento para Granada de 107% y para Santa Lucía de 990% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

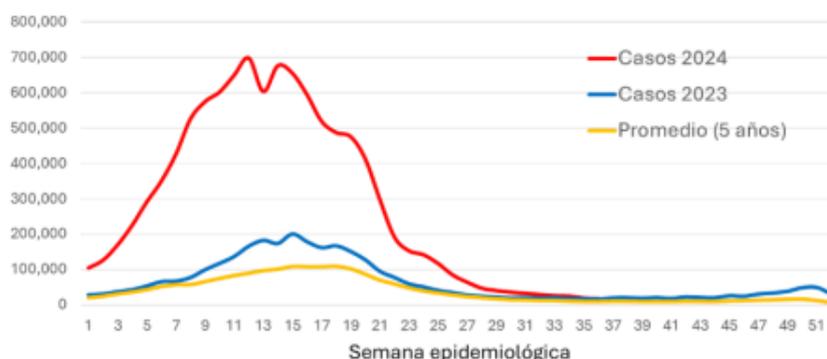
### Subregión Andina.

Durante la SE 36 se notificaron 5.891 nuevos casos sospechosos de dengue. Hasta esta semana la subregión presenta un incremento de 24% en comparación con el mismo periodo del 2023 y un incremento de 192% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Perú presentan un incremento de 43% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

### Subregión Cono Sur.

Se notificaron 17,419 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 36. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta un incremento de 268% en comparación con la misma semana del 2023 y de 448% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

**Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 36 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Cono Sur.**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 26/09/2024 en países regionales seleccionados<sup>8</sup>.

**Brasil:** Hasta la SE 37/2024 se reportaron 9.612.790 casos de dengue, 3,5 veces el número registrado en el mismo período del 2023, y 5.344 fallecidos. A la misma semana, se registraron 389.104 casos de chikungunya, 64% más que lo reportado hasta dicha semana del año 2023, y 170 fallecidos. Por último, entre la SE1/2024 y la SE 34/2024 se reportaron 35.751 casos de zika, representando un aumento de 14% respecto a lo notificado hasta esa semana en el 2023. No se registraron fallecidos de zika durante 2024.

**Bolivia:** Entre la SE 1 y la 35/2024, se registraron 42.672 casos de dengue, un 71% menos que lo reportado a la misma semana del 2023, y 16 fallecidos. Con respecto a chikungunya, hasta la misma semana se reportaron 409 casos, 70% menos respecto al año anterior. Hasta esa semana se reportaron 213 casos de zika, lo que representa una reducción del 74% en el número de casos registrados para este período en 2023. No se reportan fallecidos para estos dos eventos.

**Paraguay:** Entre la SE 1 y 37/2024 se notificaron 284.437 casos de dengue, lo cual representa aproximadamente 14 veces más de lo registrado durante el mismo período en 2023. Los fallecidos para el período correspondiente a 2024 fueron 126. Asimismo, hasta la misma semana, 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 la SE 37 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 SE 1 a la 37/2024 se notificaron 262.392 casos de dengue, lo cual representa un 6% más de lo registrado durante el mismo período en 2023, y 239 fallecidos. Con relación a chikungunya, hasta esa semana se registraron 81 casos, 36% menos que lo reportado a la misma semana de 2023. Asimismo, hasta dicha semana se registraron 12 casos de zika, 29% menos que en el mencionado período del año previo. No se reportan fallecidos para estos dos eventos.

<sup>8</sup> Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html>

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

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

## SITUACIÓN DE DENGUE EN ARGENTINA

### Notas metodológicas:

- En zonas sin circulación viral confirmada, se consideran casos de dengue a aquellos que cuentan con la confirmación por laboratorio<sup>9</sup>.
- En el momento actual, en zonas con circulación viral en las que persisten casos confirmados sin viaje, investigados y verificados por la autoridad sanitaria, con bajo número de casos y en período Inter epidémico, se consideran casos de dengue a los confirmados y probables por laboratorio.

---

Se recuerda a todos los servicios de salud que, en la actual situación epidemiológica, **todos** 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 tempranas.

---

- En el análisis para este Boletín, para la clasificación de casos de dengue en zonas con circulación viral, se incluyeron hasta la semana epidemiológica 27 (SE27) todos los casos con laboratorio positivo y todos los casos clasificados como casos de dengue por criterio clínico-epidemiológico. A partir de la SE27 -cuando la mayoría de las jurisdicciones ya no registraban circulación viral confirmada- se incluyeron como casos de dengue a aquellos confirmados por laboratorio en áreas sin circulación viral -en concordancia con las recomendaciones vigentes para períodos interepidémicos- y, los casos confirmados y probables en áreas con circulación viral persistente.
- Casos acumulados de dengue durante el año 2024: El número de casos acumulados de dengue durante el año 2024 puede experimentar modificaciones en función de la integración de datos por parte de los diferentes establecimientos y jurisdicciones.
- La curva epidémica muestra los casos ordenados por la fecha más cercana al inicio de la enfermedad, de acuerdo con la información disponible en el registro del SNVS, siguiendo el siguiente orden de jerarquía: 1) fecha de inicio de síntomas, 2) fecha de consulta, 3) fecha de toma de muestra, y 4) fecha de notificación (Gráfico 3).
- El presente informe analiza información sobre la temporada 2024-2025 para el período comprendido entre la SE31 a SE38 de 2024 con datos extraídos el 21/09/2024.

---

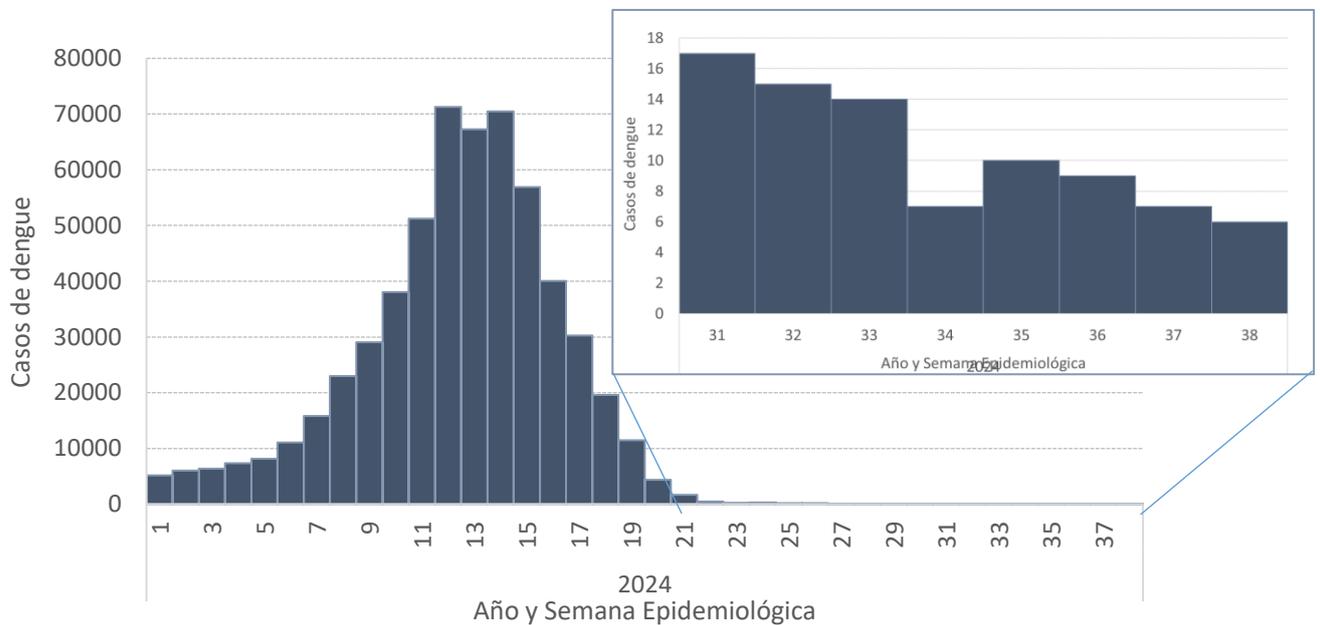
<sup>9</sup> Ver [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/algortimo\\_de\\_dengue\\_1842024.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/algortimo_de_dengue_1842024.pdf)

- Si bien se realizará un análisis por temporada, a modo de contextualizar los datos publicados en informes anteriores, se presenta una tabla resumen correspondiente al año 2024 (SE 1 a 38).

**Situación actual**

Actualmente y a nivel nacional se está cursando una etapa interepidémica, con descenso sostenido de los casos de dengue desde la SE 14/2024, con un bajo número de casos, los que se registran en pocos departamentos en jurisdicciones a la región del noreste argentino (NEA). En la SE38/2024, las autoridades sanitarias de las provincias de Formosa y Chaco confirmaron la persistencia de la transmisión; en Formosa, en los departamentos Capital, Patiño, Pilcomayo y Pilagás; y, en Chaco, en el departamento San Fernando. En el resto de las jurisdicciones del país no hay evidencia de circulación viral en el momento actual.

**Gráfico 4. Dengue: Casos por semana epidemiológica SE1 a SE38/2024. Argentina.**



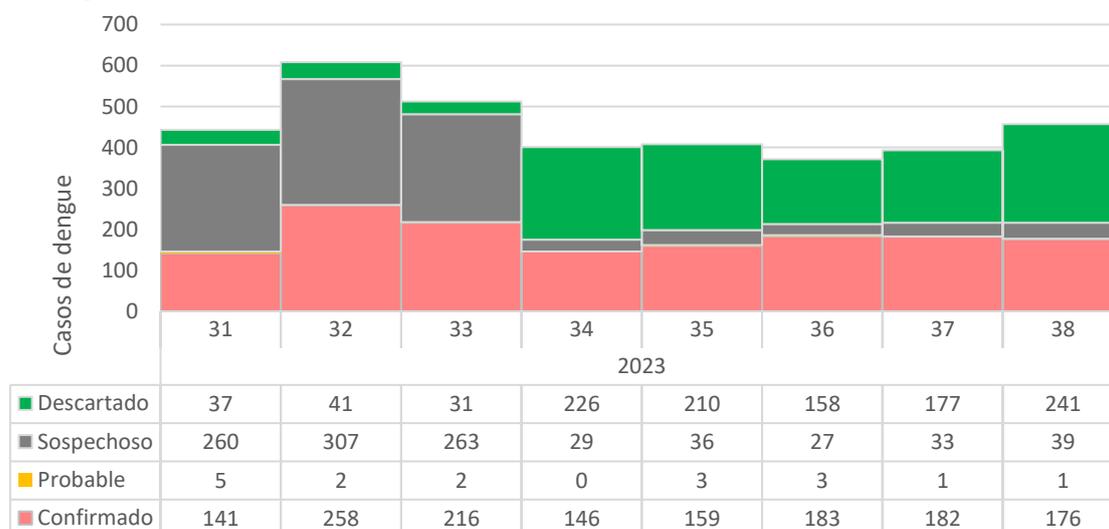
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

**Tabla 1. Dengue: Casos autóctonos y en investigación según clasificación. Temporada 2024/2025. SE31 a SE38/2024. Argentina.**

Jurisdicción	Confirmados	Probables	Sospechosos	Descartado	Notificaciones totales
Buenos Aires	1	5	155	28	189
CABA	0	2	137	8	147
Córdoba	0	9	117	11	137
Entre Ríos	0	0	15	18	33
Santa Fe	0	2	64	21	87
<b>Total Centro</b>	<b>1</b>	<b>18</b>	<b>488</b>	<b>86</b>	<b>593</b>
Mendoza	0	0	11	6	17
San Juan	0	0	5	0	5
San Luis	0	0	6	1	7
<b>Total Cuyo</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>7</b>	<b>29</b>
Chaco	30	0	138	9	177
Corrientes	0	10	39	0	49
Formosa	48	0	421	0	469
Misiones	0	0	1	0	1
<b>Total NEA</b>	<b>78</b>	<b>10</b>	<b>599</b>	<b>9</b>	<b>696</b>
Catamarca	0	0	34	0	34
Jujuy	0	0	99	17	116
La Rioja	0	0	15	0	15
Salta	0	4	78	9	91
Santiago del Estero	0	3	86	9	98
Tucumán	0	13	139	4	156
<b>Total NOA</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>451</b>	<b>39</b>	<b>510</b>
Chubut	0	0	0	0	0
La Pampa	0	1	6	0	7
Neuquén	0	0	0	1	1
Río Negro	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0
<b>Total Sur</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
<b>Total País</b>	<b>79</b>	<b>49</b>	<b>1566</b>	<b>142</b>	<b>1836</b>

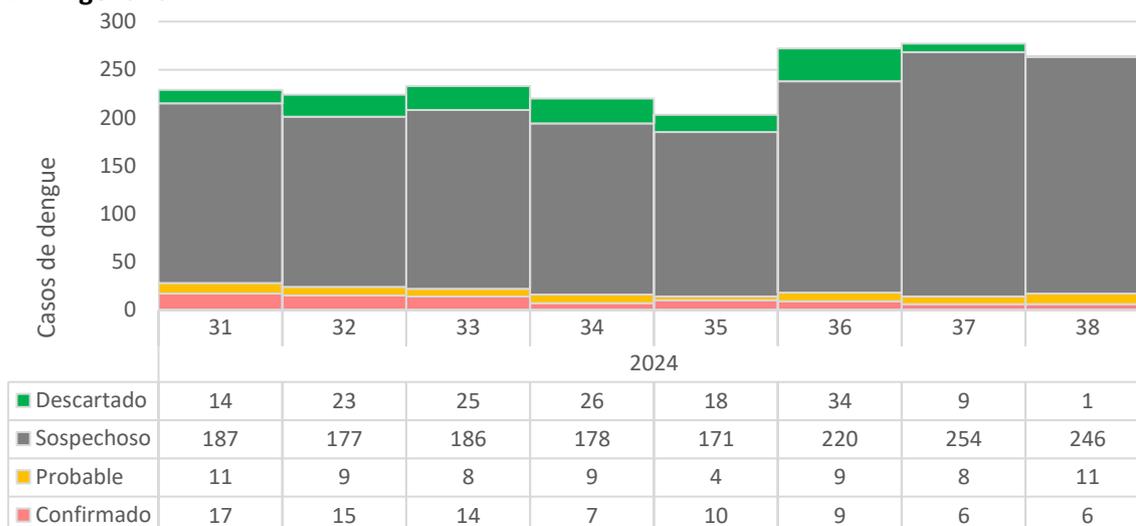
Jurisdicciones CON circulación viral en la actualidad

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 5. Dengue: Casos por semana epidemiológica. Temporada 2023/2024, SE31 a SE38. Año 2023. 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).

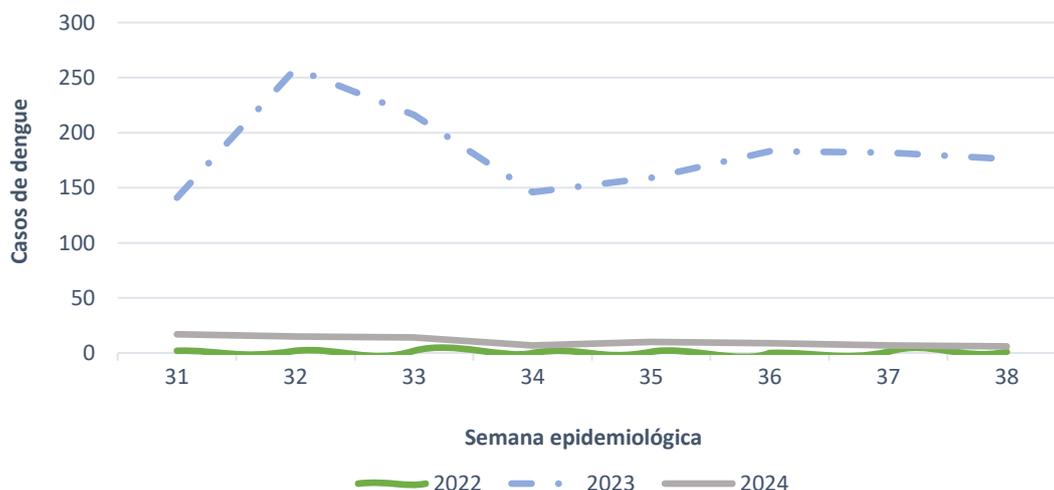
**Gráfico 6. Dengue: Casos por semana epidemiológica. Temporada 2024/2025, SE31 a SE38. Año 2024. Argentina**



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 las primeras ocho semanas de la actual temporada (2024-2025) se notificaron 78 casos de dengue<sup>10</sup> de los cuales 54 se confirmaron por métodos directos (ELISA NS1 y PCR) y el resto corresponde a casos probables en zonas con circulación. En el mismo período en 2023 se registraron 1461 casos.

**Gráfico 7. 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 las últimas cuatro semanas epidemiológicas se notificaron 1016 casos sospechosos, 867 fueron estudiados por laboratorio (85,3%). Se confirmaron 23 a través de métodos directos (4% de positividad).

<sup>10</sup>En el momento actual se considera caso de dengue aquel que cuenta con la confirmación de laboratorio por métodos directos (PCR o ELISA NS1) en cualquier lugar del país y aquellos que resultan probables (una prueba no confirmatoria positiva) en zona con circulación viral validada por la jurisdicción.

**Tabla 2. Dengue: Notificación y porcentaje de positividad SE34 a SE38/2024. Argentina.**

SE	Casos notificados	Estudiados por laboratorio	PCR o ELISA NS1		ELISA IgM o test rápido		% de positividad	
			Estudiados	Positivos	Estudiados	Positivos	PCR o ELISA NS1	ELISA IgM o test rápido
35	203	176	115	7	70	13	6%	19%
36	272	236	144	7	60	13	5%	22%
37	277	244	164	4	64	15	2%	23%
38	264	211	155	5	47	7	3%	15%
<b>TOTAL</b>	<b>1016</b>	<b>867</b>	<b>578</b>	<b>23</b>	<b>241</b>	<b>48</b>	<b>4%</b>	<b>20%</b>

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

**Tabla 3. Dengue: Casos de dengue y casos con laboratorio positivo según jurisdicción SE1 a SE38/2024. Argentina.**

Jurisdicción	Confirmados totales	Confirmados por laboratorio	Notificaciones totales
Buenos Aires	108030	31889	143736
CABA	25529	24534	55909
Córdoba	127568	10805	147130
Entre Ríos	19462	4732	24248
Santa Fe	61473	19308	72815
<b>Total Centro</b>	<b>342.062</b>	<b>91.268</b>	<b>443.838</b>
Mendoza	4800	1745	8687
San Juan	2258	692	3183
San Luis	3863	764	4460
<b>Total Cuyo</b>	<b>10.921</b>	<b>3.201</b>	<b>16.330</b>
Chaco	21660	15246	30880
Corrientes	10148	6886	14083
Formosa	10563	10432	22973
Misiones	15045	7464	19953
<b>Total NEA</b>	<b>57.416</b>	<b>40.028</b>	<b>87.889</b>
Catamarca	11073	6571	15276
Jujuy	14154	3863	19723
La Rioja	11914	1408	14524
Salta	24175	7456	34021
Santiago del Estero	18856	4127	24572
Tucumán	84132	28845	94815
<b>Total NOA</b>	<b>164.304</b>	<b>52.270</b>	<b>202.931</b>
Chubut	61	29	146
La Pampa	552	474	1420
Neuquén	178	128	377
Río Negro	99	24	155
Santa Cruz	227	129	489
Tierra del Fuego	162	117	266
<b>Total Sur</b>	<b>1.279</b>	<b>901</b>	<b>2.853</b>
<b>Total País</b>	<b>575.982</b>	<b>187.668</b>	<b>753.841</b>

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).

## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE OTROS ARBOVIRUS

En el siguiente cuadro, se presentan la situación epidemiológica de Fiebre Chikungunya, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2024-2025 (SE31 a SE38). La vigilancia de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue; durante el 2024 se han investigado hasta el momento 1179 casos y ninguna ha tenido resultados positivos.

**Tabla 4. Otros arbovirus: Casos según clasificación epidemiológica SE31 a SE38/2024. Argentina.**

Evento	Fiebre Chikungunya			Enfermedad por virus Zika			Fiebre de Oropouche			Encefalitis de San Luis			Fiebre amarilla			
	Jurisdicción	C	S	D	C	S	D	C	S	D	C	S	D	C	S	D
Buenos Aires	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	7	3	0	0	0	1
CABA	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Córdoba	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	39	2	0	0	0	0
Entre Ríos	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	1
Santa Fe	0	5	5	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total Centro</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>53</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
Mendoza	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
<b>Total Cuyo</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Chaco	0	12	24	0	9	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total NEA</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Catamarca	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
La Rioja	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salta	0	13	12	0	12	12	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	3	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tucumán	0	1	0	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total NOA</b>	<b>0</b>	<b>23</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0
<b>Total Sur</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total País</b>	<b>0</b>	<b>47</b>	<b>50</b>	<b>0</b>	<b>28</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>56</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

P=Positivos: casos positivos para el evento | Notificados: Casos notificados para el estudio de la patología

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 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

### INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE SE 38/2024

- ✓ Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 37 de 2024 se registraron 915.418 casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza), 127.556 casos de Neumonía y 138.841 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando un aumento de las notificaciones del 2,06% para las ETI y una disminución de -13,02% para neumonías y -27,04% para bronquiolitis, respecto a los casos notificados en el mismo período del 2023.
- ✓ Desde la SE29 se registra un ascenso paulatino de las detecciones semanales de SARS-CoV-2, aunque los casos permanecen en valores bajos. En la SE38 de 2024 se registraron 300 casos confirmados y 1 persona fallecida con diagnóstico de COVID-19.<sup>11</sup>
- ✓ En las **Unidades de Monitoreo Ambulatorio:**
  - En cuanto a los casos de Influenza, el mayor número de casos se concentró entre las SE20 y SE27, luego de la cual se registra el descenso en el número de casos. Entre las SE29 y SE37 se registra un bajo número de casos (media de 15 casos semanales con valores entre 11 casos, en SE32, y 20, en la SE33). En las últimas dos semanas epidemiológicas se registraron 20 casos positivos entre las 146 muestras estudiadas.
  - Respecto a VSR, aproximadamente el 80% de los casos se registraron entre las SE24 y SE34. Desde SE35, se registra un menor número de casos.
  - En cuanto a SARS-CoV-2, más del 85% de los casos del período se registraron entre las SE01 y SE12. Desde la SE13 y hasta la actualidad las detecciones fueron bajas, con un promedio de 5 casos semanales, con un mínimo de cero casos detectados en la SE21 y un máximo de 15 detectados en la SE36 (se destaca que en las SE34 y SE37 se registraron 10 casos en promedio, que, si bien no determina una tendencia, podría corresponder a un ascenso de SARS CoV-2 en pacientes ambulatorios).
- ✓ Entre los **casos hospitalizados:**
  - Durante la SE38/2024 se registraron 89 detecciones de SARS-CoV-2, 23 casos de influenza y 32 de VSR.
  - El 87% de las detecciones de Influenza en pacientes hospitalizados se registraron entre las SE18 y SE29, fundamentalmente a expensas de Influenza A. Desde la SE30 se registra un menor número de casos, con un promedio de 59 casos semanales y detecciones tanto de Influenza A como B, aunque con predominio de influenza B.
  - El 96% de los casos de VSR detectados hasta el momento en 2024 se registran a partir de la SE20 y hasta la actualidad, con el mayor número entre las SE23 y SE30. Si bien desde entonces disminuye el número de casos se registraron más de 100 casos semanales hasta la SE36.

---

<sup>11</sup> 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.

- En cuanto a SARS-CoV-2, el 74% de los casos del periodo analizado se concentran hasta el momento entre las SE1 y SE12. A partir de la SE13 y hasta la SE33 los casos detectados se mantuvieron por debajo de los 60 semanales (mínimo de 19 en SE17 y máximo de 54 en SE33). A partir de la SE34 se observa un mayor número de detecciones respecto a lo registrado en las semanas previas, con un promedio de 100 casos semanales en las últimas 3 semanas analizadas.
- ✓ En los estudios reportados por la red de laboratorios de virus respiratorios
  - Si bien se detectaron casos de Influenza durante todas las semanas del año, más del 90% de lo reportado corresponde al periodo comprendido entre SE18 y SE30 (mínimo de 143 en la SE18 y máximo de 2144 casos en la SE23), con el mayor número de detecciones entre las SE22 y SE24. Entre las SE31 y SE37 se registran 96 casos semanales en promedio.
  - En cuanto a VSR, el 81% de los casos se registraron entre las SE22 y SE32, con el mayor número de detecciones entre las SE24 y SE29 con un promedio de aproximadamente 1400 casos semanales. La tendencia continua en descenso desde el pico pero aún se registran más de 100 casos por semana.
  - En relación a SARS-CoV-2, el mayor número de detecciones hasta el momento se dio a comienzos del año, concentrándose el 93% de los casos entre las SE1 a SE12 (con un min 1052 en la SE12 y un máximo de 8455 en la SE04), con el periodo de mayor detección entre las SE03 y SE06 con un promedio de 7110 casos. Entre las SE19 y SE31 los casos se mantuvieron por debajo de 125 semanales, con un mínimo de 69 en la SE19 y un máximo de 123 en la SE24. A partir de la SE32 el promedio de casos fue de 192 casos semanales, con un mínimo de 128 en la SE32 y un máximo de 296 en la SE37.
  - En la SE37/2024, además de los 3 virus descriptos se detecta circulación de parainfluenza, metapneumovirus y adenovirus.
- ✓ Hasta la SE38 de 2024, se notificaron 173 casos fallecidos 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 80,60% (n= 270), seguida de BA.2.86\* en un 10,75% (n=36) (\*Indica la inclusión de linajes descendientes).

### **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>

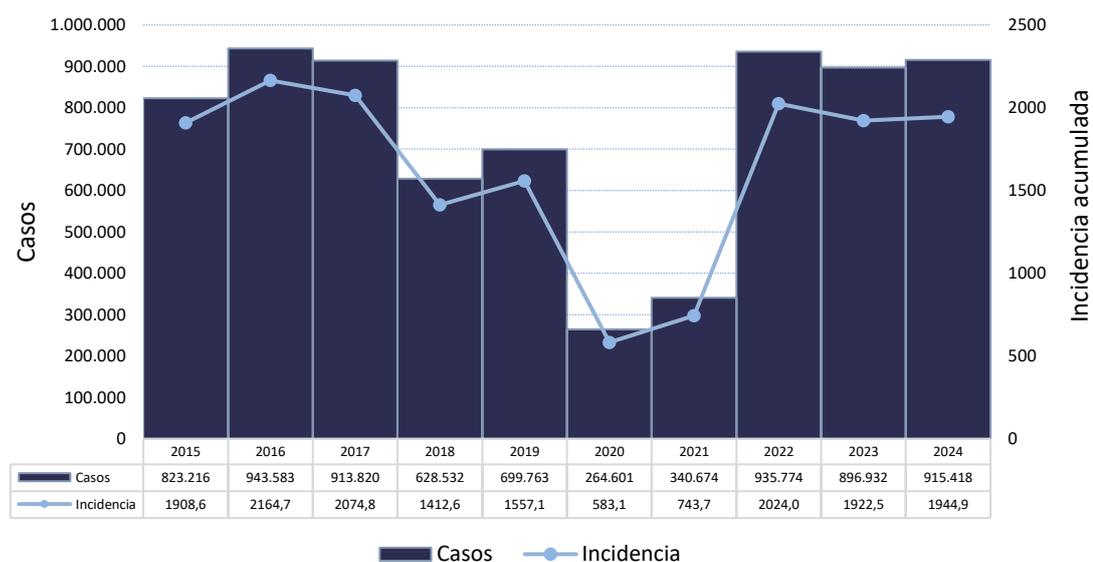
La información epidemiológica elaborada a partir de este componente será incorporada en próximos informes.

## ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre las SE 1 y 37 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 915.418 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1944,9 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en el período 2015-2024, se observa que el mayor número de casos se registra para el año 2016 (con un total de 943.583 casos), seguido por el año 2022. El número de notificaciones de ETI correspondiente a las SE1-37 de 2024 es menor respecto de los años 2016 y 2022, y mayor en comparación con los restantes años históricos analizados.

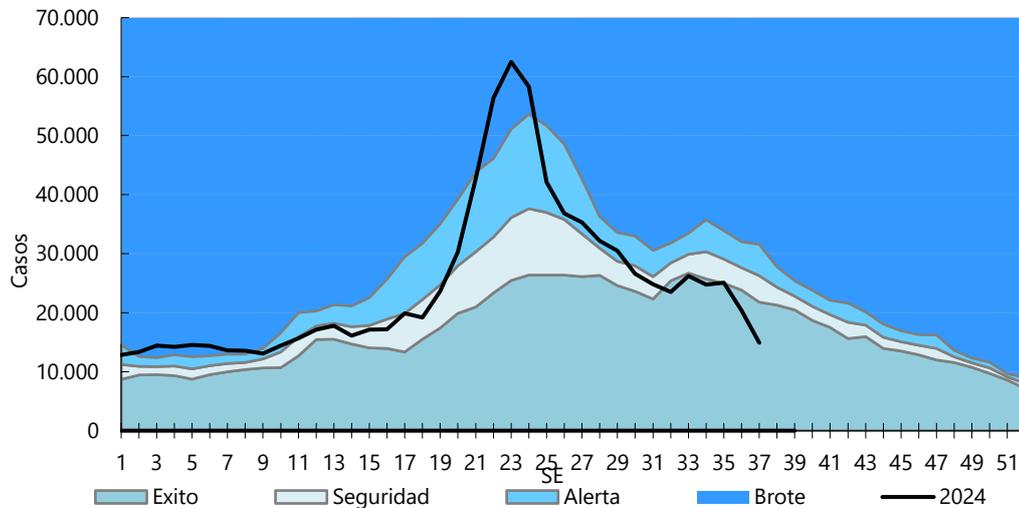
**Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE37. Total país.**



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

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

**Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023<sup>12</sup>. SE 1 a 37 de 2024. Argentina.**



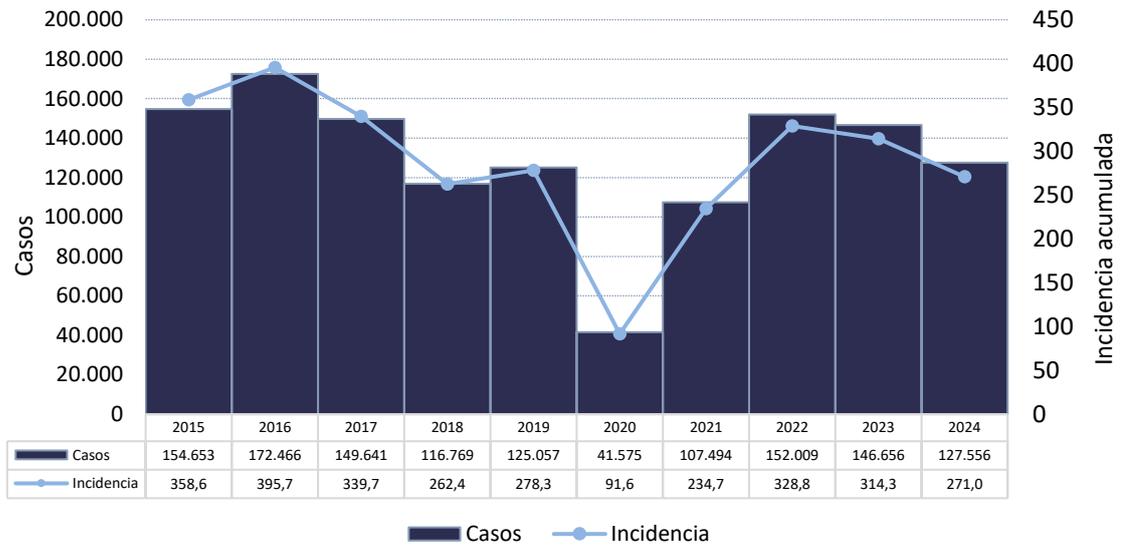
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

## NEUMONÍA

Entre las SE 1 y 37 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 127.556 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 271,0 casos/ 100.000 habitantes.

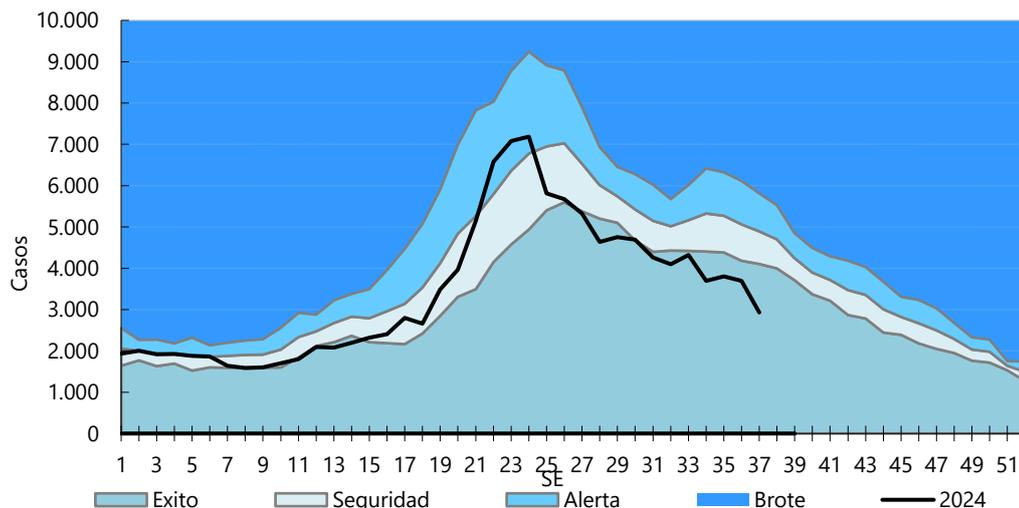
Con respecto al número de notificaciones de neumonías entre las SE1 a 37 del período 2015-2024, se observa que los años con el mayor número de casos fueron 2016 y 2015. Entre los años 2016 a 2018 se verifica que las notificaciones de neumonía muestran tendencia descendente, con un incremento en 2019 y un nuevo descenso en 2020. Entre los años 2021 y 2022 vuelven a ascender, con valores más bajos en 2023. Los casos registrados en 2024 superan a las notificaciones del período 2018-2021, mientras se encuentran en valores más bajos respecto a los restantes años analizados.

<sup>12</sup> Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

**Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE37. Total país.<sup>13</sup>**

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 24, con un descenso posterior.

**Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023.<sup>14</sup> SE 1 a 37 de 2024. Argentina.**

<sup>13</sup> 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.

<sup>14</sup> Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

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 37 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 138.841 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 9556,8 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 SE1-37 fue 2015, con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019, con un nuevo descenso y valores inusualmente bajos en 2020 y 2021. Para los años 2022 y 2023 se registra un aumento de las notificaciones de bronquiolitis. En el corriente año 2024 se observa que las notificaciones son menores respecto a registros históricos, superando únicamente las notificaciones de 2020 y 2021.

**Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE37. Total país<sup>15</sup>.**

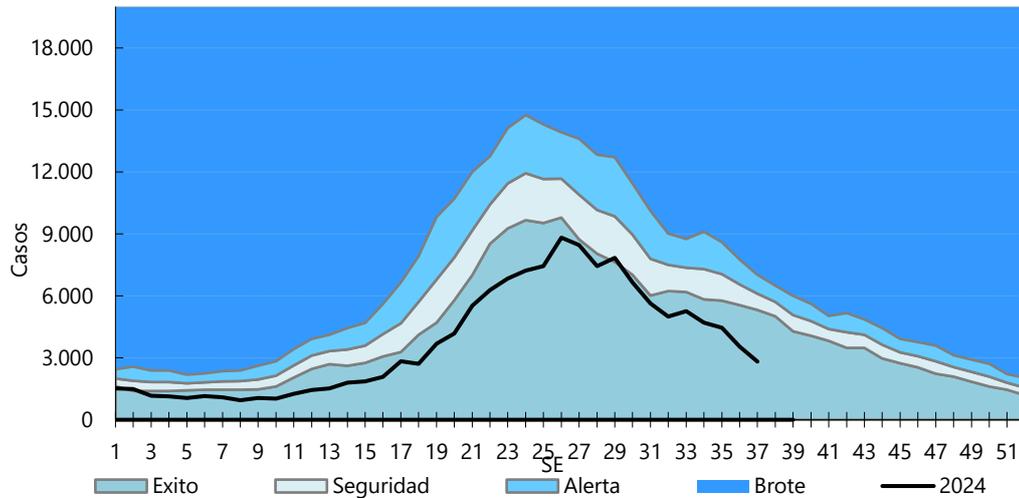


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

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. En la SE29, aunque con tendencia descendente en el número de notificaciones semanales, se ubican en niveles de seguridad y, a partir de SE30 permanecen en niveles esperados.

<sup>15</sup> 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.<sup>16</sup> SE 1 a 37 de 2024. Argentina.**



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

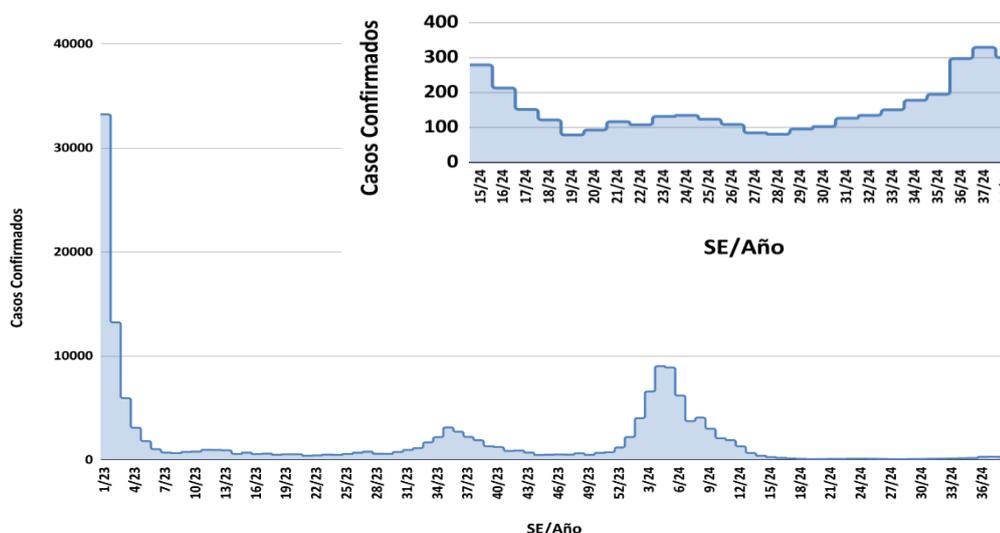
## COVID-19<sup>17</sup>

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

<sup>16</sup> Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022

<sup>17</sup> 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.

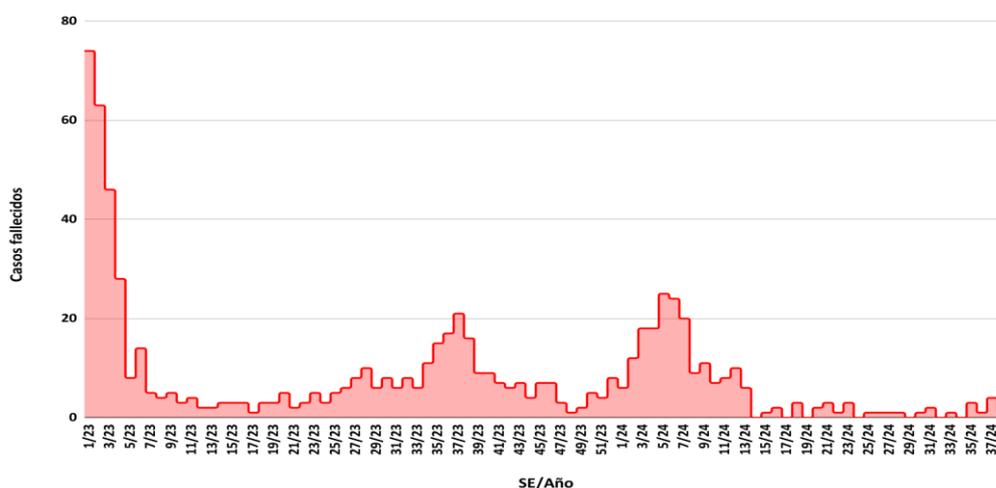
**Gráfico 7: COVID-19: Casos confirmados y fallecidos por semana epidemiológica. SE 01/2023 a SE 38/2024. Argentina.**



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS<sup>2.0</sup>.

Respecto a los fallecimientos, se observó en las primeras semanas de 2024 un ligero aumento en las notificaciones en el SNVS 2.0 en concordancia con el último ascenso de casos, que alcanzó su máximo en la SE5 de 2024 y posteriormente presentó una tendencia descendente. Durante la SE38/2024, se registra 1 persona fallecida con diagnóstico de COVID-19<sup>18</sup>.

**Gráfico 8: COVID-19: Casos fallecidos por semana epidemiológica. SE 01/2023 a SE 38/2024. Argentina.**



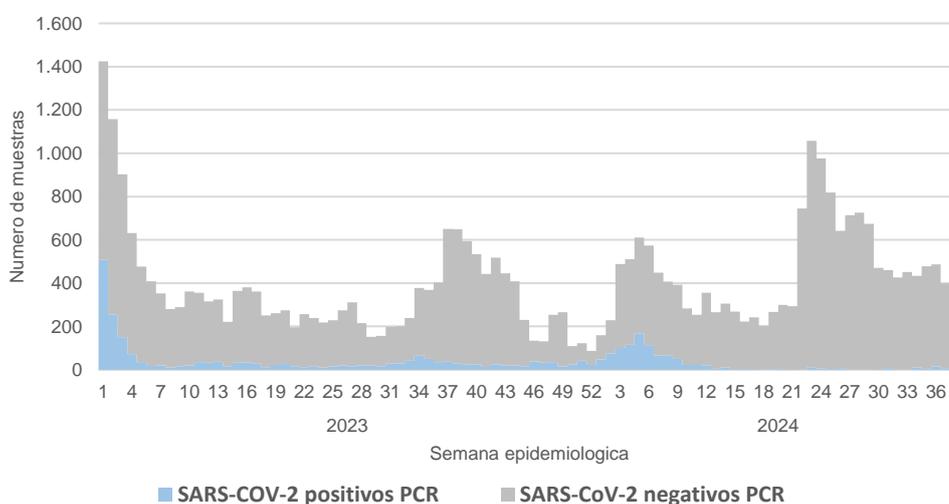
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS<sup>2.0</sup>.

<sup>18</sup> 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 SE38, se registraron en el SNVS2.0, en el evento “Monitoreo de SARS COV-2, Influenza y VSR en ambulatorios”, un total de 17.427 muestras estudiadas por rt-PCR para SARS-COV-2, de las cuales 990 fueron positivas. Esto representa un ascenso de 18,33% respecto a las muestras estudiadas registradas para el mismo periodo de 2023, aunque con un descenso de -46,75% en las detecciones. El porcentaje de positividad para las muestras acumuladas durante 2024 es de 5,68%. 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. En la SE38/2024, se notificaron 7 casos positivos entre las 388 muestras analizadas por PCR para este agente etiológico.

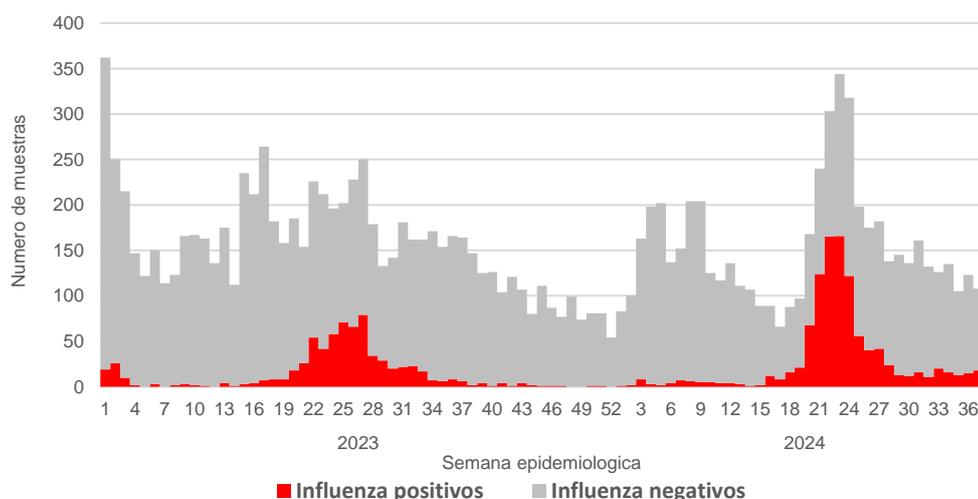
**Gráfico 9. Muestras positivas y negativas para SARS-COV-2 por técnica PCR, por SE. SE1/2023 a SE38/2024. Estrategia UMA. Argentina.**



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<sup>2.0</sup>

Además, desde el inicio de 2024 se estudiaron un total de 5.743 muestras para influenza, de las cuales 1057 resultaron positivas. Si bien las muestras estudiadas para este agente registran un descenso de aproximadamente el -16,37% en 2024 respecto al mismo período de 2023, se verifica un 52,97% más detecciones de influenza, lo que evidencia la mayor circulación durante el año en curso en el período analizado. La positividad acumulada durante 2024 es de 18,41% 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 20 casos confirmados entre las 146 muestras analizadas en las dos últimas semanas epidemiológicas (SE 37 y SE 38). Respecto a influenza B, se verifica un paulatino ascenso de las detecciones en las últimas semanas.

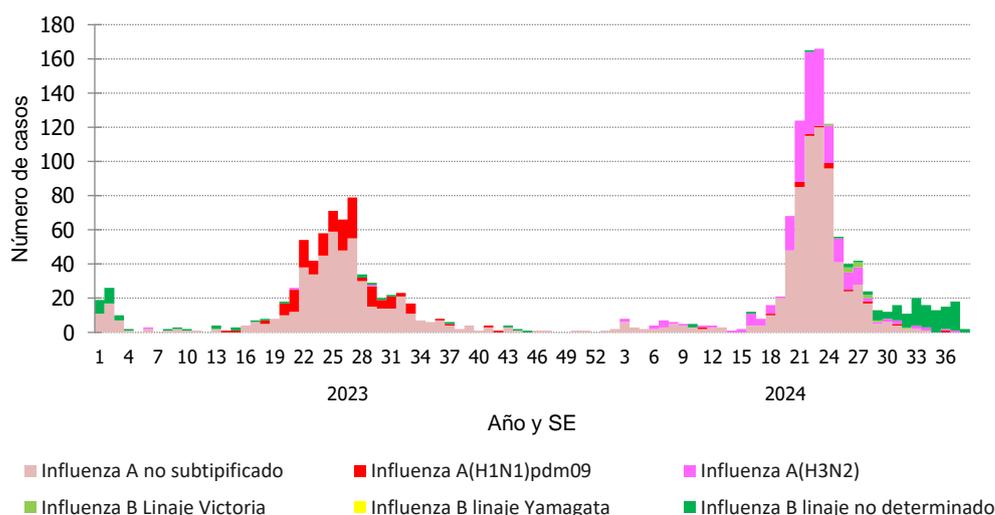
**Gráfico 10. Muestras positivas y negativas para influenza, por SE. SE1/2023 a SE38/2024. Estrategia UMA. Argentina.**



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<sup>2.0</sup>

En relación con las detecciones de virus influenza desde SE1/2024 (n= 1057), la mayoría correspondieron a Influenza A (n= 935, 88,46%), mientras que Influenza B se identificó en los 122 casos restantes. Respecto de los virus Influenza A, 264 muestras cuentan con subtipificación, detectándose predominantemente Influenza A (H3N2) (n= 250) y algunos casos de Influenza A (H1N1) pdm09 (n= 14). Entre los casos de influenza B detectados en la estrategia UMA en el periodo analizado, 11 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 SE38/2024 Estrategia UMA. Argentina.**

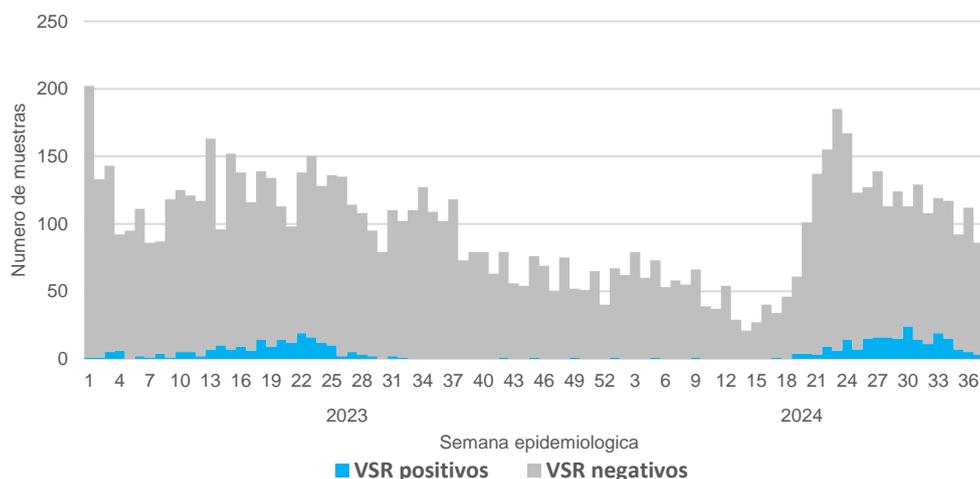


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2.0</sup>.

En cuanto a VSR, se registraron 3.235 muestras estudiadas en lo que va de 2024, con un total de 212 positivos para VSR durante 2024 en UMAS y una positividad acumulada de 6,55%. Se verifica un

ascenso de las detecciones de VSR a partir de la SE19, con aproximadamente el 80% de los casos se registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. En las dos últimas semanas analizadas (SE37 y 38), se notificaron 4 casos de VSR entre las 113 muestras estudiadas.

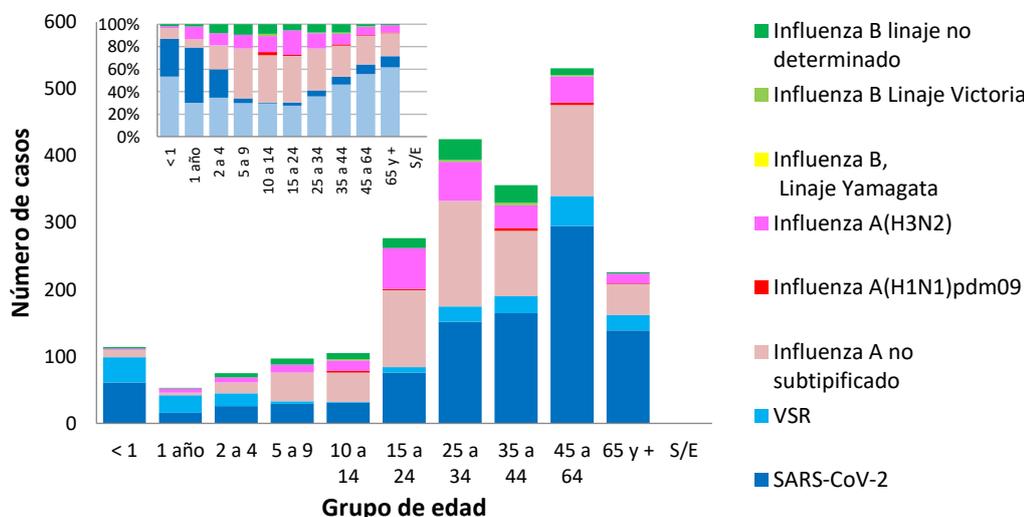
**Gráfico 12. Muestras positivas y negativas para VSR por SE. SE1/2023 a SE38/2024. Estrategia UMA. Argentina.**



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<sup>2.0</sup>

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

**Gráfico 13. Distribución absoluta y relativa de casos de virus SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE38/2024. 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<sup>2.0</sup>

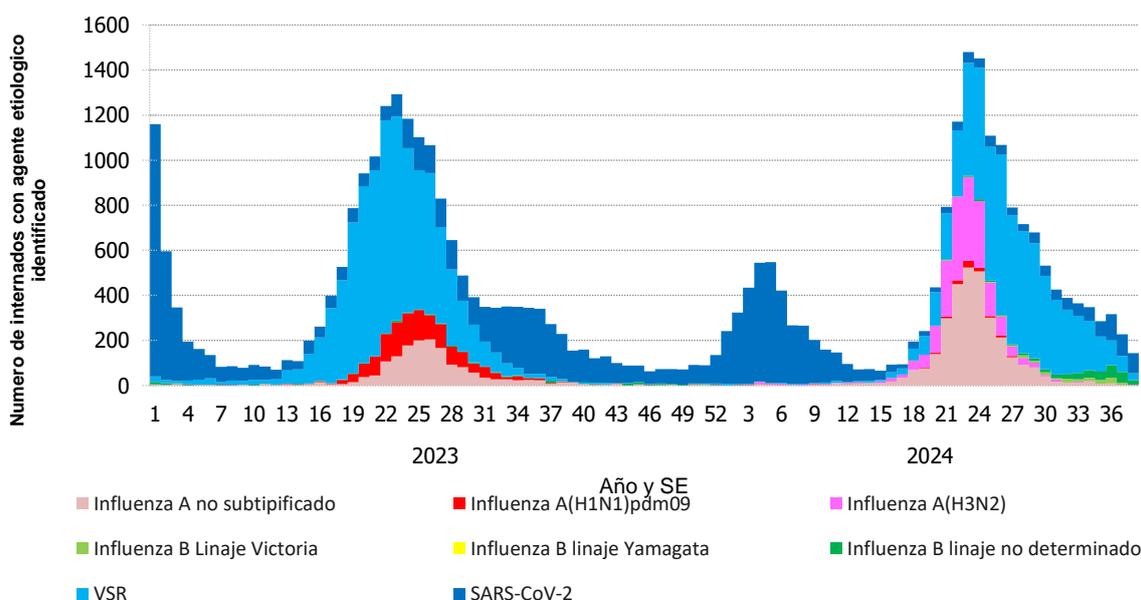
## VIGILANCIA DE SARS COV-2, INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS EN PERSONAS INTERNADAS

Entre SE01 y SE38 de 2024, en términos acumulados, se notificaron 4778 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. **Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa -23,06% menos casos.** Las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas presentaron una tendencia ascendente entre las SE52/2023 y SE5/2024, descendiendo de manera sostenida desde esa semana hasta la SE12/13. A partir de la SE13 y hasta la SE33 los casos detectados se mantuvieron por debajo de los 60 semanales (mínimo de 19 en SE17 y máximo de 54 en SE33). A partir de la SE34 se observa un mayor número de detecciones respecto a lo registrado en las semanas previas, con un promedio de 100 casos semanales en las últimas 3 semanas analizadas (89 casos notificados en hospitalizados para la SE38).

Adicionalmente, en lo que va de 2024, se registraron 5649 detecciones positivas para virus influenza en internados. Esto representa un **ascenso del 89,75% 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. En relación a influenza B, a partir de SE23, se verifica un paulatino ascenso de las detecciones. En la SE38/2024 se registraron 23 casos de influenza en personas hospitalizadas.

Respecto a **VSR**, desde SE1/2024 a SE38/2024 se notificaron 6774 casos hospitalizados positivos para VSR, con un **descenso del -25,26% respecto a las notificaciones del mismo periodo del año previo.** Entre las SE16 y SE26 se registra tendencia ascendente de las detecciones semanales de VSR, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas, con 32 casos detectados en SE38.

**Gráfico 14. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2023 a SE38/2024. Argentina.**

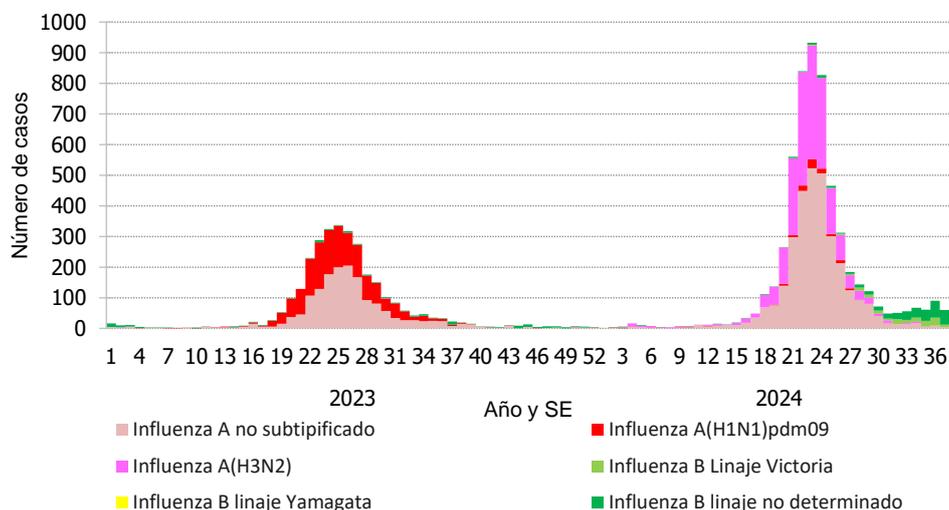


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2.0</sup>.

Para el año 2024, entre las 5649 detecciones de influenza, 5162 fueron influenza A y 487 influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 2044 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales la mayoría

correspondieron a **influenza A (H3N2) (n= 1930, 94,42%)**, mientras que las 114 muestras restantes fueron identificadas como influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 146 muestras fueron identificadas como Influenza B Victoria, en tanto que las demás muestras permanecen como Influenza B sin linaje.

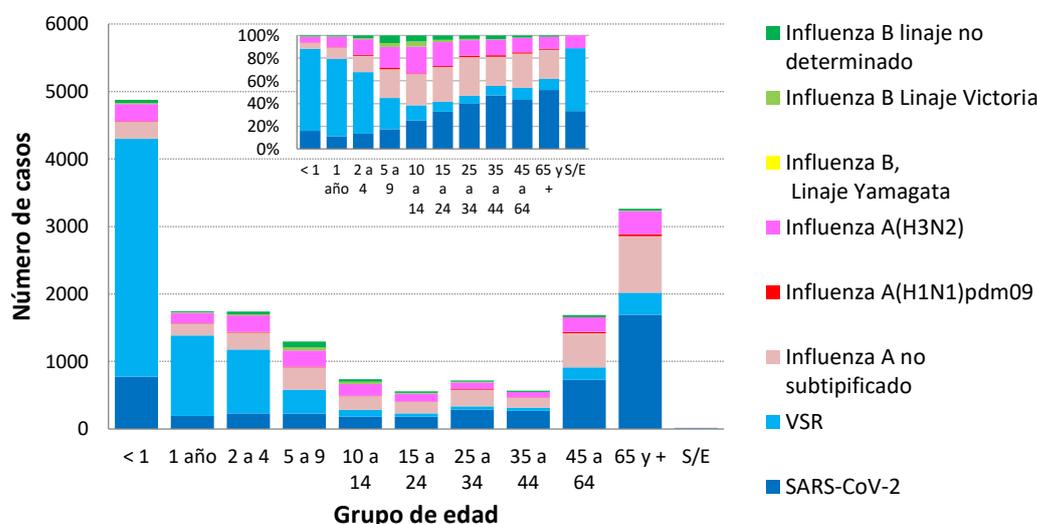
**Gráfico 15. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE1/2023 a SE38/2024. Argentina.**



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<sup>2.0</sup>.

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 SE38/2024.**



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<sup>2.0</sup>.

A la fecha de elaboración de este informe, entre las SE 01-38 del año 2024, se notificaron al SNVS 2.0 173 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.<sup>19</sup>

## 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 y de VSR desde la SE27. Los casos de SARS-CoV-2 presentan un ligero incremento en las últimas semanas.**

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 SE50/2023 y SE04/2024, con tendencia descendente en las semanas siguientes, permaneciendo en valores bajos. En las últimas semanas, se verifica un ligero incremento de las notificaciones semanales de SARS-CoV-2.

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 siguientes semanas. Además, se observa 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, entre las SE16 y SE26 de 2024 se verifica un incremento de las notificaciones. Si bien se registró tendencia descendente de las detecciones de VSR desde SE27, aún se registran más de 100 casos por semana.

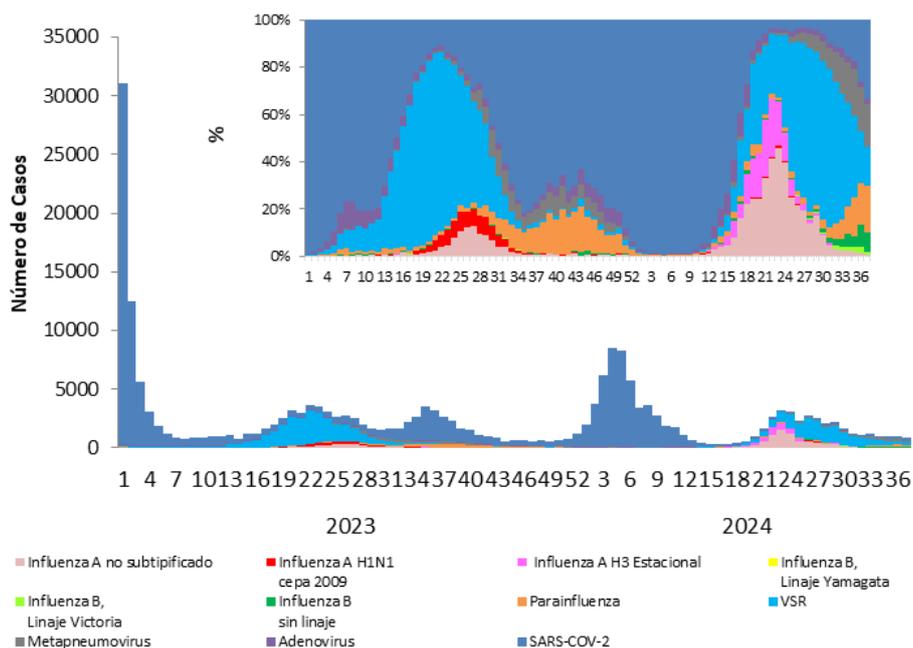
Respecto a otros virus respiratorios, además de SARS-CoV-2, VSR e influenza, durante todas las semanas del año 2023 se registró circulación de parainfluenza y adenovirus, con algunas detecciones positivas para metapneumovirus (principalmente a partir de SE15).

En la SE37 de 2024 se verifica circulación de otros virus respiratorios en orden de frecuencia: parainfluenza, metapneumovirus y adenovirus. Desde la SE23 se registra un ascenso de las detecciones de metapneumovirus y, en las últimas semanas, un ligero incremento de los casos de parainfluenza.

---

<sup>19</sup> 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 19. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2023 a SE37/2024. Argentina.**

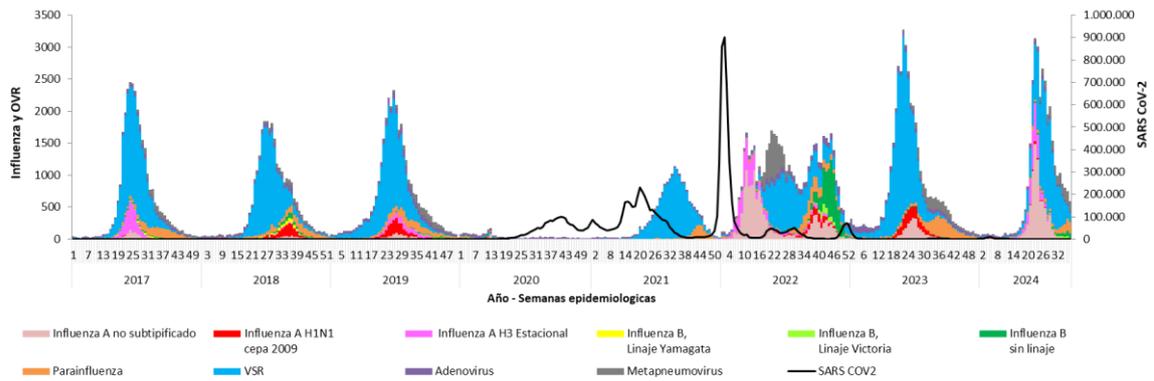


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2.0</sup>.

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.

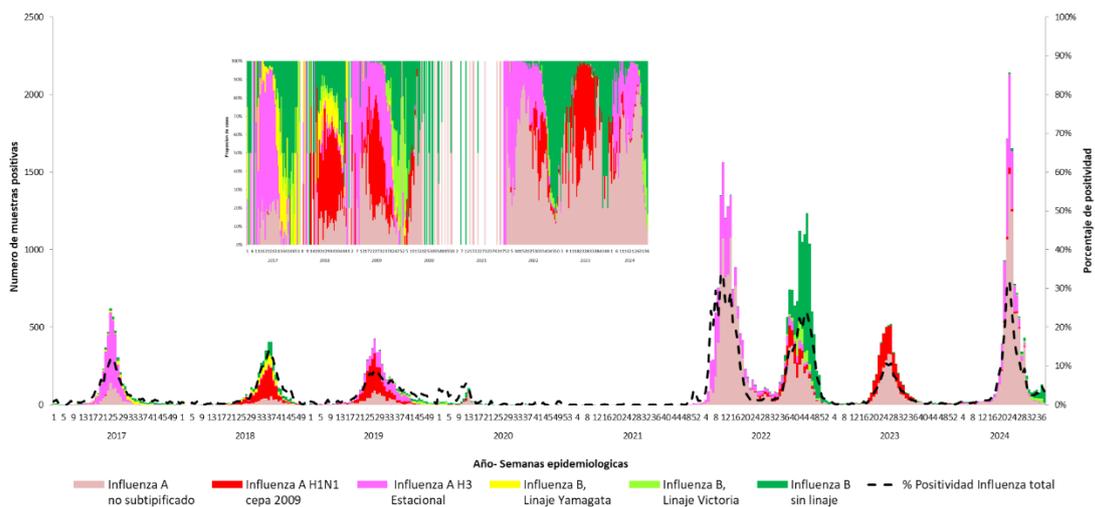
Durante el año 2023, el VSR presentó una actividad estacional adelantada en comparación con la mayoría de los años pre-pandémicos y años 2021-2022, con un rápido ascenso de notificaciones entre SE 13 y 22. El número de detecciones positivas para parainfluenza fue mayor al de todos los años históricos 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- SE37/2024. 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<sup>2.0</sup>.

**Gráfico 21. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE37/2024. Argentina.**



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2.0</sup>.

## INFORMACIÓN NUEVAS VARIANTES DEL SARS-COV-2

A nivel mundial, durante el período de 28 días del 22 de julio al 18 de agosto, se compartieron 33.795 secuencias de SARS-CoV-2 a través de GISAID. En comparación, en los dos periodos de 28 días anteriores, se compartieron 42.432 y 37.047 secuencias, respectivamente.<sup>20</sup>

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, KP.3.1.1 y LB.1<sup>21,22</sup>

A nivel mundial, JN.1 es la VOI circulante dominante (actualmente notificada por 139 países), representando el 20,6% de las secuencias en la semana 33 y habiendo disminuido desde una proporción del 22,2% en la semana 30. Su linaje parental, BA.2.86, sigue mostrando una prevalencia muy baja, representando entre 0,1-0,3 % de las secuencias en cada semana entre la semana 30 y la semana 33.

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

Las seis variantes bajo monitoreo enumeradas son todos linajes descendientes de JN.1. KP.3.1.1 está mostrando un aumento en la prevalencia a nivel mundial y en varias regiones. LB.1 y JN.1.18 mantienen frecuencias estables, mientras que KP.3, KP.2 y JN.1.7 están disminuyendo.

Existe heterogeneidad en la cantidad de secuencias compartidas por regiones y las proporciones relativas de Variantes del SARS-CoV-2 entre regiones y dentro de ellas. Por ejemplo, KP.3.1.1 se ha expandido rápidamente en la región europea durante los últimos 28 días hasta alcanzar más del 25 % de las secuencias a partir de la semana 29. Por el contrario, KP.3.1.1 ha sido poco frecuente en la región del Pacífico occidental durante los últimos 28 días, representando menos del 2% de las secuencias en este período. Existen más diferencias en la prevalencia dentro de las regiones; por ejemplo, KP.3.1.1 representa más del 35% de las secuencias en España en los últimos 28 días, en comparación con el 16 % en el Reino Unido. Además, mientras que en promedio la prevalencia de KP.3 es más alta (48%-54%) que la de KP.2 (5%-15%) en la región del Pacífico Occidental en los últimos 28 días, KP.2 representa más del 45% de las variantes circulantes durante el mismo período de tiempo en Singapur (con KP.3 en el 7%), con la tendencia opuesta observada en Japón, donde KP.3 representa más del 85% de las variantes circulantes y KP.2 menos del 3%.

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

### 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\*.

<sup>20</sup> COVID-19 epidemiological update – 17 de septiembre de 2024. Disponible en <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

<sup>21</sup> OMS- Tracking SARS-CoV-2 variants-. <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

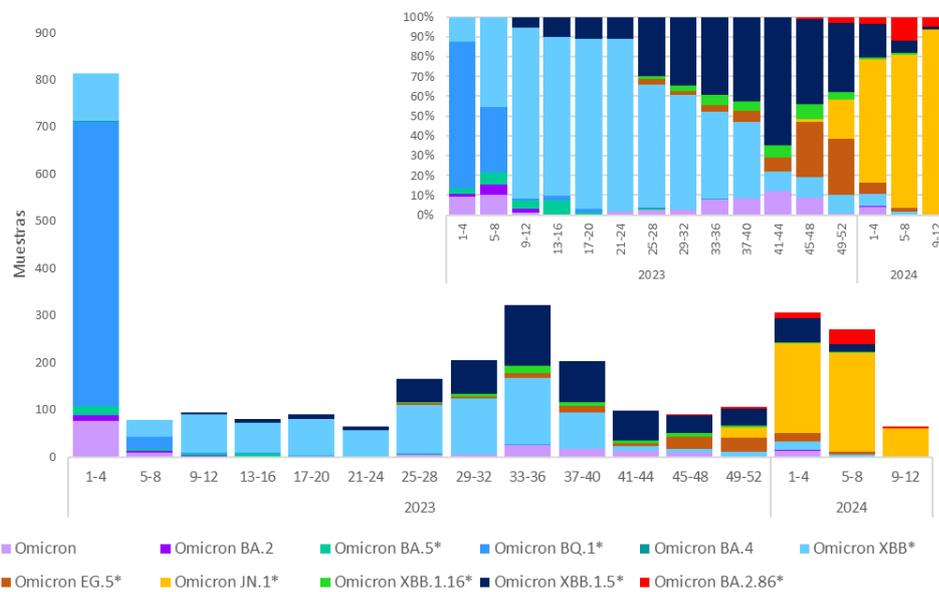
<sup>22</sup> Tomado de: <https://www.who.int/publications/m/item/updated-working-definitions-and-primary-actions-for--sars-cov-2-variants>

Entre las SE5 y 12 de 2024, se notificaron al SNVS 335 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales JN.1 se identificó en un 80,60% (n= 270), seguida de BA.2.86\* en un 10,75% (n=36) (\*Indica la inclusión de linajes descendientes) <sup>23</sup>.

En total, al 25 de septiembre de 2024 en Argentina se detectaron 525 casos de la variante JN.1\* y 55 casos confirmados de la variante BA.2.86\*.

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

**Gráfico 22: Distribución absoluta y relativa de variantes identificadas según fecha de toma de muestra por cuatrisesmanas. SE01/2023- SE12/2024.Total país<sup>24</sup>.**



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2.0</sup>.

<sup>23</sup> 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.

<sup>24</sup> Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.

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

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

- BA.2.86\*

- JN.1\*

\* Incluye linajes descendientes.

## SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS<sup>25</sup>

**Situación Regional:** La actividad de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) ha mostrado una tendencia general a la baja en las últimas semanas epidemiológicas (SE). En América del Norte y el Caribe, la mayor parte de los casos ha estado asociada a SARS-CoV-2 y en menor medida a influenza, ambos en descenso. En América Central, la región Andina y el Cono Sur, los casos han disminuido, con la mayoría de los positivos vinculados a VRS, SARS-CoV-2 e influenza. La actividad de SARS-CoV-2 continúa siendo elevada en Norteamérica, aunque ha comenzado a disminuir en la mayoría de los países, así como en algunas áreas del Caribe y la subregión Andina, donde la tendencia decreciente se mantiene, en contraste se ha observado un ligero incremento en Brasil y el Cono Sur. La influenza ha mostrado una disminución generalizada, aunque sigue presentando fluctuaciones en ciertos países del Caribe, la subregión Andina. Mientras tanto, la actividad del Virus Respiratorio Sincitial (VRS) ha comenzado a descender en la subregión Andina y el Cono Sur, tras alcanzar niveles epidémicos en semanas previas, y se mantiene alta en algunos países de América Central.

**América del Norte:** Los casos de ETI, IRAG y las hospitalizaciones asociadas a virus respiratorios, tras haber mostrado un incremento en semanas previas, han comenzado a descender, la mayor proporción de casos positivos son atribuibles a SARSCoV-2, aunque esta proporción también está en descenso. La actividad de la influenza se ha mantenido por debajo del umbral epidémico en todos los países. Durante este periodo, los virus de influenza predominantes han sido del tipo A(H3N2), seguidos por A(H1N1)pdm09 y B/Victoria. La actividad del VRS ha permanecido en niveles bajos. En contraste, la actividad del SARS-CoV-2 se ha mantenido en niveles similares a los máximos observados en la ola previa 2023-2024.

**Por países:** En Canadá, la actividad del SARS-CoV-2 se mantiene en ascenso, alcanzando niveles cercanos a los máximos registrados en olas previas. La actividad de la influenza sigue por debajo del umbral epidémico, mientras que la actividad del VRS se mantiene en niveles bajos. En México, después de un ascenso hasta niveles moderados en semanas epidemiológicas previas, los casos de ETI e IRAG han mostrado un marcado descenso en las cuatro últimas SE hasta niveles epidémicos. La

<sup>25</sup> 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>

mayoría de los casos positivos son atribuibles a SARS-CoV-2 que se encuentra en descenso. Tanto la actividad de la influenza como la del VRS se mantienen en niveles bajos. En Estados Unidos, la tasa de hospitalizaciones asociadas a SARS-CoV-2 por cada 100,000 habitantes ha mostrado un descenso en las cuatro últimas semanas y los niveles de positividad para SARS-CoV-2 tras alcanzar valores similares a los picos observados en 2023 y 2024, han presentado una tendencia descendiente en las cuatro últimas SE. La actividad de la influenza y la del VRS continúan en niveles bajos.

**Caribe:** Los casos de ETI han mantenido una tendencia decreciente, asociados a una mayor proporción de casos positivos de influenza. Los casos de IRAG han permanecido en niveles bajos, con la mayor proporción de casos positivos asociada a SARSCoV-2. La actividad de influenza se ha mantenido en descenso 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 y la actividad del SARS-CoV-2 sigue en niveles elevados en comparación con olas previas, aunque con una tendencia decreciente.

*Por países:* En las últimas cuatro SE, se ha observado actividad de influenza en Belice, República Dominicana, Santa Lucía, Surinam y Guyana. Asimismo, se ha registrado actividad de SARS-CoV-2 en Haití, Jamaica, Santa Lucía, Barbados, Guyana, y San Vicente y las Granadinas. Adicionalmente se ha detectado actividad de VRS en República Dominicana y Guyana. En Jamaica se ha detectado un incremento en los casos de IRAG, que se mantienen por debajo del umbral epidémico, así como de neumonía que se encuentran en niveles moderados. Esto coincide con el pico de positividad de SARS-CoV-2 detectado en semanas previas, que se encuentra actualmente en descenso. En Guyana, tras el aumento en la actividad de ETI e IRAG en semanas previas, se ha observado un descenso en las últimas SE, con casos positivos atribuibles a influenza, y en menor medida SARS-CoV-2 y VRS. En Santa Lucía se ha detectado un incremento en la actividad de IRAG que se ha mantenido fluctuante en torno al umbral epidémico en las últimas cuatro SE, coincidente con la circulación detectada de SARS-CoV-2 y en menor medida de influenza.

**Centroamérica:** Se ha observado un descenso en la actividad de ETI e IRAG en las cuatro últimas SE, con la mayoría de los casos positivos de ETI atribuibles a SARS-CoV-2 que se encuentra en descenso y de IRAG a VRS, cuya actividad se encuentra en ascenso. La actividad de influenza, tras alcanzar niveles epidémicos en varios países de la subregión, ha mostrado undescenso en las últimas cuatro SE. Durante este periodo, los virus de influenza predominantes han sido de tipo B/Victoria seguido de tipo A(H3N2). La actividad del VRS se mantiene en ascenso, alcanzando niveles similares a los máximos registrados en temporadas previas. La actividad del SARS-CoV-2 tras alcanzar niveles similares a los máximos observados en olas anteriores, ha presentado una tendencia decreciente en las cuatro últimas SE hasta niveles bajos.

*Por países:* En Costa Rica, tras el aumento detectado en los casos de ETI e IRAG en semanas previas, durante las cuatro últimas SE se ha observado una tendencia decreciente a niveles epidémicos, con la mayoría de los casos de ETI positivos atribuibles a SARS-CoV-2 y la mayoría de los casos positivos de IRAG atribuibles a VRS. La actividad de SARS-CoV-2 tras alcanzar niveles máximos observados en olas previas ha mostrado un descenso. La actividad del VRS ha mostrado un ligero ascenso, aunque manteniéndose en niveles bajos en comparación con temporadas previas. La actividad de influenza se encuentra en por debajo del umbral epidémico. En El Salvador, la circulación de influenza, tras alcanzar niveles moderados, ha presentado un descenso en las últimas cuatro SE hasta situarse por debajo del umbral epidémico. El SARS-CoV-2 tras un ligero ascenso, se mantiene en niveles bajos en comparación con olas previas. El VRS se mantiene en niveles bajos. En Guatemala, se ha observado un ligero incremento en la actividad de ETI hasta niveles epidémicos, con la mayoría de los casos positivos atribuibles a influenza y en menor medida SARS-CoV-2 y VRS. La actividad de IRAG ha

presentado a su vez un incremento situándose en niveles epidémicos; con un marcado incremento en la proporción de casos positivos a VRS. En Honduras, en las últimas cuatro SE, la actividad de IRAG se ha mantenido fluctuante en niveles epidémicos, asociada principalmente a casos positivos de influenza, que actualmente se encuentra fluctuante en niveles epidémicos, y en menor medida a SARS-CoV-2 y VRS que se encuentran en descenso en niveles bajos. En Nicaragua, durante las cuatro últimas SE se han observado niveles de influenza por debajo del umbral epidémico y la circulación del SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos. Sin embargo, los niveles de positividad del VRS han ascendido hasta niveles máximos observados en temporadas previas y se mantienen en ascenso. En Panamá, los casos de ETI e IRAG tras el incremento observado en semanas previas, han experimentado un ligero descenso en las cuatro últimas SE. La mayoría de los casos positivos son atribuibles a VRS, cuya actividad tras un marcado ascenso, con niveles máximos similares a los observados en temporadas previas ha comenzado a descender. También se han detectado en menor medida casos positivos a SARS-CoV-2, cuya actividad permanece baja. Asimismo, la actividad de influenza se ha mantenido por debajo del umbral epidémico.

**Países Andinos:** La actividad de ETI e IRAG ha mostrado un descenso en las últimas cuatro SE en la mayoría de los países. La actividad de influenza se ha mantenido baja y en descenso, y los virus predominantes han sido de tipo B/Victoria seguido de tipo A(H3N2). La actividad del VRS se ha mantenido en descenso con niveles moderados, y la actividad de SARS-CoV-2 se encuentra en descenso tras alcanzar niveles medios en comparación con olas previas.

*Por países:* En Bolivia, los casos de IRAG se encuentran por debajo del umbral epidémico. La actividad de influenza ha disminuido hasta niveles inferiores a este umbral. La actividad de SARS-CoV-2 y VRS se mantienen bajas, con un ligero incremento en el caso de SARS-CoV-2. En Colombia, la actividad de ETI e IRAG, ha presentado un descenso por debajo del umbral epidémico en las cuatro últimas SE. La mayoría de los casos positivos se atribuyen a VRS, cuya actividad se encuentra en descenso, y en menor medida a SARS-CoV-2, que tras alcanzar niveles de circulación similares a los máximos observados en olas anteriores ha presentado un descenso hasta niveles bajos. Los casos de IRA (Infección Respiratoria Aguda) han descendido a niveles epidémicos. En Ecuador, la actividad de IRAG y neumonía ha mostrado un descenso con niveles en torno al umbral epidémico. Los casos positivos de IRAG se atribuyen principalmente a influenza, cuya actividad se encuentra fluctuante en niveles epidémicos, y en menor medida SARS-CoV-2, que tras el aumento en la actividad durante las semanas previa actualmente se encuentran en descenso. En Perú, tras el aumento observado en la actividad de SARS-CoV-2 en semanas anteriores, se ha detectado un descenso con niveles inferiores a olas previas. El VRS ha mostrado un descenso y la actividad de influenza se mantiene por debajo del umbral epidémico. En Venezuela, se ha observado un descenso en la actividad de influenza y la actividad de VRS se mantiene en niveles bajos.

**Brasil y Cono Sur:** Tras el incremento observado en semanas previas, la actividad de IRAG ha mostrado un descenso en las últimas cuatro SE, con la mayoría de los casos positivos atribuibles a VRS cuya actividad a su vez se encuentra en descenso. La actividad de ETI, tras haber mostrado un repunte asociado con un aumento en la proporción de casos positivos a SARS-CoV-2 ha registrado un descenso en las dos últimas SE. La actividad de influenza se mantiene por debajo del umbral epidémico en la mayoría de los países. Durante este periodo, los virus de influenza predominantes han sido de tipo B/Victoria seguido de influenza A(H1N1)pdm09 y en menor medida A(H3N2).

*Por países:* En Argentina, la actividad de ETI, tras alcanzar niveles elevados, ha descendido a niveles por debajo del umbral epidémico, a su vez la actividad de IRAG, tras alcanzar niveles epidémicos ha caído por debajo de este umbral. La actividad de influenza se encuentra en niveles epidémicos, mostrando un ligero repunte en las últimas dos SE. Paralelamente, el VRS tras alcanzar valores de

positividad similares a los máximos observados en temporadas previas ha mostrado una tendencia decreciente y el SARS-CoV-2 aunque en niveles bajos ha mostrado un ligero incremento. En Brasil, la actividad de influenza se mantiene por debajo del umbral epidémico, y la actividad de VRS se mantiene en niveles bajos. Asimismo, la actividad del SARS-CoV-2 ha mostrado un ligero incremento, aunque se mantiene en niveles bajos en comparación con olas previas. En Chile, tras el repunte observado en los casos de ETI e IRAG, se ha registrado un descenso a niveles moderados y epidémicos, respectivamente. La mayoría de los casos positivos de IRAG son atribuibles al VRS, cuya actividad sigue siendo elevada, aunque con niveles de positividad por debajo de los máximos observados en temporadas anteriores. Los casos positivos de ETI son atribuibles tanto al VRS como a la influenza, cuya actividad, aunque se mantiene por debajo del umbral epidémico, ha mostrado un ligero incremento en las últimas SE. La actividad del SARS-CoV-2 se mantiene baja. En Paraguay, la actividad de IRAG se mantiene en niveles moderados, con la mayoría de los casos positivos atribuibles a VRS, cuya actividad está en descenso, y en menor medida, a SARS-CoV-2, cuya actividad está en ascenso. La actividad de ETI, ha mostrado un ligero repunte asociado a SARS-CoV-2, VRS e influenza, pero se mantiene en niveles por debajo del umbral epidémico. La actividad de influenza ha mostrado un ligero repunte en las dos últimas SE con niveles en torno al umbral epidémico. En Uruguay, la actividad de ETI e IRAG ha presentado un descenso progresivo hasta niveles epidémicos, con la mayoría de los casos positivos atribuibles a VRS, cuya actividad ha alcanzado niveles de positividad superiores a los picos observados en temporadas anteriores y actualmente se encuentra en descenso. La actividad de influenza y SARS-CoV-2 se ha mantenido en niveles bajos.

# **INFORMES ESPECIALES**

## TRIQUINOSIS

### INTRODUCCIÓN

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

### VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Los casos y brotes de triquinosis constituyen eventos de notificación obligatoria (ENO) según la Resolución 1.715/2007 que actualiza las Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria en el marco de la Ley 15.465. La estrategia de vigilancia es universal clínica, de laboratorio e investigación epidemiológica, con una modalidad individual y periodicidad inmediata. Los brotes se notifican mediante el formulario de notificación de brotes.

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

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

Definiciones de brote (Msal, 2022):

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

---

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

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

---

### NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información para la caracterización epidemiológica de la triquinosis comprende los datos registrados en el SNVS<sup>2.0</sup> desde la SE 01 2019 a la SE 36 del 2024.

Los casos se clasificaron según las clasificaciones manuales registradas en el SNVS<sup>2.0</sup>: confirmado (incluye confirmado y confirmado por nexos epidemiológicos), probable, descartado y sospechoso.

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

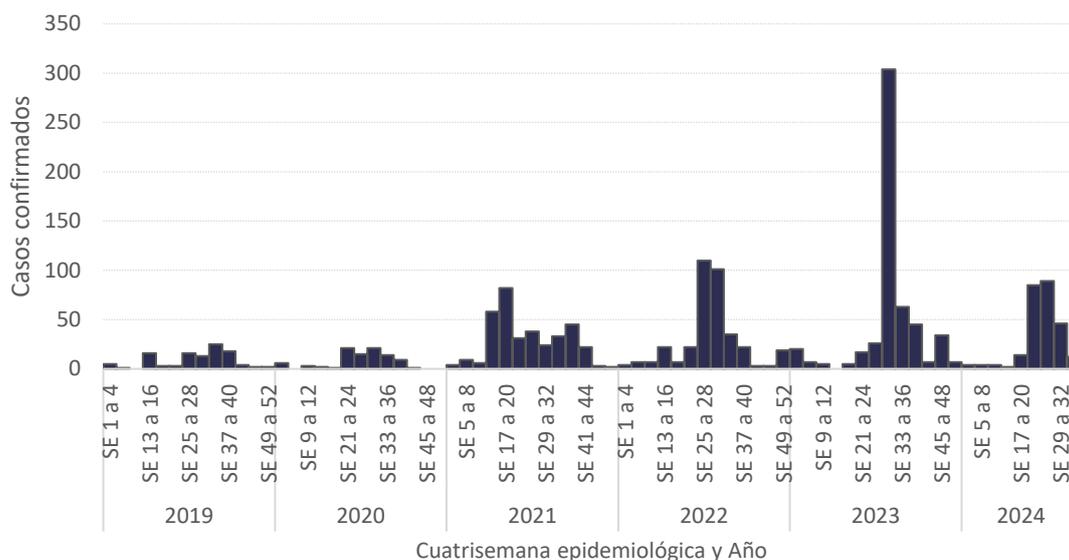
Para la distribución temporal de los casos se considera la fecha mínima, la cual se construye tomando en primer lugar la fecha de inicio de síntomas (FIS), luego la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra, y, por último, la de apertura si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.

### SITUACIÓN DE TRIQUINOSIS EN ARGENTINA

Durante el periodo bajo análisis (SE 01 2019 a la SE 36 del 2024) se registraron en el evento Triquinosis del SNVS<sup>2.0</sup> 5.006 casos notificados, de los cuales 1.720 fueron confirmados, 195 probables, 245 descartados y los 2.846 restantes fueron clasificados como sospechosos.

En la curva de casos (Gráfico 1) se observa presentación de casos durante todo el año, con un aumento de los mismos en otoño e invierno. Esto se debe a que en los meses más fríos se realiza con mayor frecuencia la faena de animales provenientes de crianza familiar. También se relaciona con el aumento de la elaboración de chacinados y embutidos en esta época, debido a que no se necesita de una cámara frigorífica para preservar a los mismos (Msal, 2021). En todo el período, se observa que entre las SE 29/2023 y 32/2023 se presenta el pico más alto de casos, debido a que en estas semanas se presentaron cuatro brotes de la enfermedad en la provincia de Buenos Aires. De estos, tres fueron por consumo de productos de faena casera y, el de mayor extensión, fue por consumo de productos de origen comercial, el cual afectó a 12 municipios de la provincia (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2023).

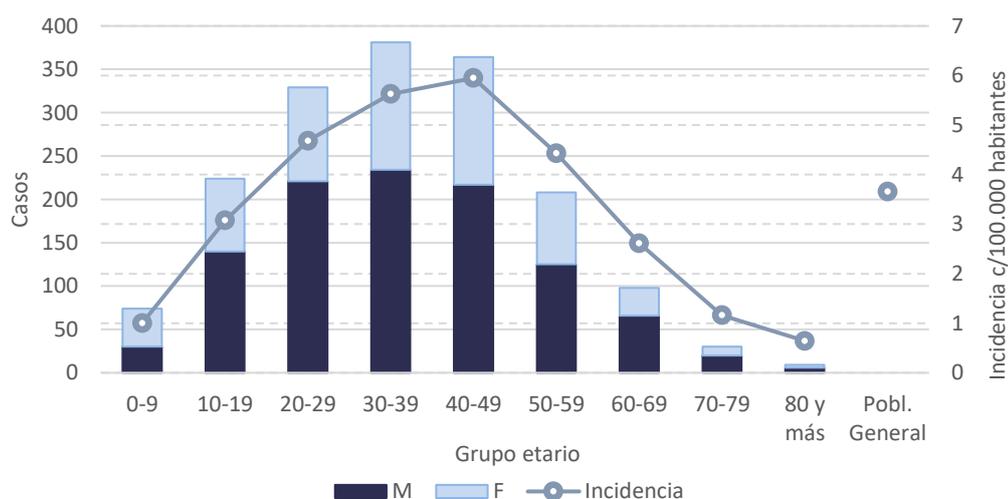
**Gráfico 1. Triquinosis: Casos confirmados por cuatrisesmana epidemiológica, SE 01/2019 a SE 36/2024, Argentina. (n=1.720)**



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

De los confirmados que tenían consignada la variable sexo (n=1.717), el 61,7% correspondió al sexo masculino, mientras que el 38,3% restante a sexo femenino. Respecto a la distribución por edad, la mediana de edad de los confirmados al momento del diagnóstico fue de 36 años, concentrando el 62,6% (1.076) de los casos en los grupos etarios de 20 a 49 años. En cuanto a la tasa de incidencia acumulada, los grupos de 30-39 y 40-49 años poseen las más altas, con 5,6 y 5,9 casos confirmados cada 100.000 habitantes respectivamente. Los grupos de 20 a 59 años superan la tasa en población general, siendo esta última de 3,7 casos confirmados cada 100.000 habitantes (Gráfico 2).

**Gráfico 2. Triquinosis: casos confirmados e incidencia acumulada cada cien mil habitantes según sexo y grupo etario, SE 01/2019 a SE 32/2024, Argentina. (n=1.720)**



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

Teniendo en cuenta los años cerrados (2019-2023), de los 1.460 confirmados para este período, el 90,6% (1.323) ocurrieron en la región Centro, principalmente en las provincias de Buenos Aires,

Córdoba y Santa Fe. La región Cuyo reportó el 6,5% (95) de los casos, seguida por el Sur con el 2,5% (36). El 0,4% de los casos restantes corresponden a los notificados en la región NOA (5) y NEA (1) (Tabla 1).

**Tabla 1. Triquinosis: casos confirmados (conf.) y notificados (notif.) según jurisdicción y año, SE01 a SE52 de 2019 a 2023, Argentina.**

Jurisdicción	2019		2020		2021		2022		2023	
	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.
Buenos Aires	33	340	46	306	70	275	80	269	376	642
CABA	1	2	0	1	3	15	0	1	1	2
Córdoba	23	126	20	47	231	735	92	215	85	241
Entre Ríos	2	15	0	5	0	13	3	11	0	4
Santa Fe	12	96	16	115	37	99	156	220	36	160
<b>Centro</b>	<b>71</b>	<b>579</b>	<b>82</b>	<b>474</b>	<b>341</b>	<b>1137</b>	<b>331</b>	<b>716</b>	<b>498</b>	<b>1049</b>
Mendoza	12	80	6	12	4	9	19	69	12	23
San Juan	1	1	0	0	0	0	8	15	3	3
San Luis	12	53	3	22	5	13	2	10	8	43
<b>Cuyo</b>	<b>25</b>	<b>134</b>	<b>9</b>	<b>34</b>	<b>9</b>	<b>22</b>	<b>29</b>	<b>94</b>	<b>23</b>	<b>69</b>
Chaco	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1
Formosa	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Misiones	0	2	0	0	0	0	0	4	0	1
<b>NEA</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Jujuy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
La Rioja	4	12	0	0	0	0	0	1	1	1
Salta	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0
Sgo. del Estero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
<b>NOA</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
Chubut	0	1	0	0	0	2	0	0	0	3
La Pampa	1	7	1	4	0	12	2	8	1	13
Neuquén	0	4	0	0	0	0	0	0	10	13
Río Negro	4	24	1	2	7	7	0	2	6	14
Santa Cruz	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1
Tierra del Fuego	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Sur</b>	<b>8</b>	<b>40</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>21</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>44</b>
<b>Total País</b>	<b>108</b>	<b>767</b>	<b>93</b>	<b>519</b>	<b>357</b>	<b>1183</b>	<b>362</b>	<b>828</b>	<b>540</b>	<b>1166</b>

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

De los 1.720 casos confirmados para el período analizado, el 28,1% (484) tenía consignado al menos un antecedente epidemiológico. De estos, el 69,4% (336) registró consumo de chacinados embutidos o no embutidos, el 24,6% (119) registró consumo de carne de cerdo y el 0,8% (4) registró consumo de carne de animal silvestre. Por otro lado, el 11,0% (53) tenía consignado el antecedente de consumo de alimento de fuente común con otro caso de triquinosis y el 5,2% (25) consumo de alimento en el cual se confirmó la presencia del parásito por digestión artificial.

## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL

Durante 2024, hasta la SE 36 se registraron 543 casos notificados, de los cuales 260 fueron confirmados, 4 probables, 16 descartados y los 263 restantes fueron clasificados como sospechosos.

En la Tabla 2 se observa que a nivel nacional el índice epidémico acumulado para los casos confirmados se encuentra dentro de lo esperado para el período. A nivel regional, en Cuyo supera el valor máximo esperado y en las regiones Centro y Sur se encuentra dentro de lo esperado. En cuanto a las provincias, se observa que el índice supera los valores esperados para el período en Buenos Aires, Santa Fe, Mendoza y San Luis.

**Tabla 2. Triquinosis: casos confirmados por jurisdicción y año e índice epidémico acumulado<sup>26</sup>, Argentina. SE 1 a 36 de 2019 a 2024 (n=1.472).**

Jurisdicción	Casos confirmados SE01 a SE36						Índice epidémico acumulado
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Buenos Aires	20	44	54	70	368	84	1,56↑
CABA	1	0	3	0	1	0	0
Córdoba	18	14	179	86	25	19	0,76=
Entre Ríos	1	0	0	3	0	0	-
Santa Fe	12	16	36	136	20	76	3,80↑
<b>Centro</b>	<b>52</b>	<b>74</b>	<b>272</b>	<b>295</b>	<b>414</b>	<b>179</b>	<b>0,66↓</b>
Mendoza	11	5	4	15	12	65	5,91↑
San Juan	0	0	0	3	1	0	-
San Luis	12	2	2	2	1	4	2,00↑
<b>Cuyo</b>	<b>23</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>69</b>	<b>4,93↑</b>
Chaco	0	0	0	0	0	0	-
Corrientes	0	0	0	0	1	0	-
Formosa	0	0	0	0	0	0	-
Misiones	0	0	0	0	0	0	-
<b>NEA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>-</b>
Catamarca	0	0	0	0	0	1	-
Jujuy	0	0	0	0	0	0	-
La Rioja	3	0	0	0	1	0	-
Salta	0	0	0	0	0	0	-
Sgo. del Estero	0	0	0	0	0	9	-
Tucumán	0	0	0	0	0	0	-
<b>NOA</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>-</b>
Chubut	0	0	0	0	0	0	-
La Pampa	1	1	0	0	1	0	0↓
Neuquén	0	0	0	0	10	0	-
Río Negro	0	1	7	0	6	0	0↓
Santa Cruz	0	0	0	0	0	2	-
Tierra del Fuego	3	0	0	0	0	0	-
<b>Sur</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>0,50↓</b>
<b>Total País</b>	<b>82</b>	<b>83</b>	<b>285</b>	<b>315</b>	<b>447</b>	<b>260</b>	<b>0,91=</b>

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

<sup>26</sup> El índice epidémico acumulado es la razón entre los casos observados en el período y los esperados en relación a la mediana de los últimos 5 años; índices entre 0,76 y 1,24 se consideran dentro de los valores esperados.

## ACTUALIZACIÓN BROTES DE TRIQUINOSIS

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

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

### SITUACIÓN NACIONAL

Entre las SE 1 y 37 del año 2024 se notificaron, mediante el Formulario de Notificación de Brotes e informes enviados a la Dirección de Epidemiología y a la Coordinación Nacional de Zoonosis, 14 brotes de triquinosis: 4 de Córdoba; 4 de Buenos Aires; 2 de Santa Fe; 3 de Mendoza y 1 de Santiago del Estero (Tabla 3).

**Tabla 3 - Brotes de triquinosis según provincia y localidad/es afectadas. Año 2024, SE1 a SE37.**

Provincia / Localidades	SE de fecha de inicio	Casos asociados a brotes	Casos hospitalizados
Buenos Aires		124	2
Necochea	24	30	0
J.B Alberdi	25	12	1
Guamini	27	30	0
Saladillo	35	52	1
Córdoba		20	0
Río Tercero	9	5	0
Unquillo	10	3	0
Chucul	30	8	0
Villa Allende/Unquillo	34	4	0
Mendoza		67	0
El Chacal, Chapanay y Palmira	24	31	0
Perdriel, Luján de Cuyo y zona oeste de G. Cruz	29	25	0
La Primavera (Glén); Rodeo del Medio (Maipú)	33	11	0
Santiago del Estero		8	8
Paraje Santa Rita		8	8
Santa Fe		18	6
Funes, Roldan	19	12	5
Acebal	21	6	1
<b>Total País</b>		<b>237</b>	<b>16</b>

Fuente: Formulario de Notificación de Brotes.

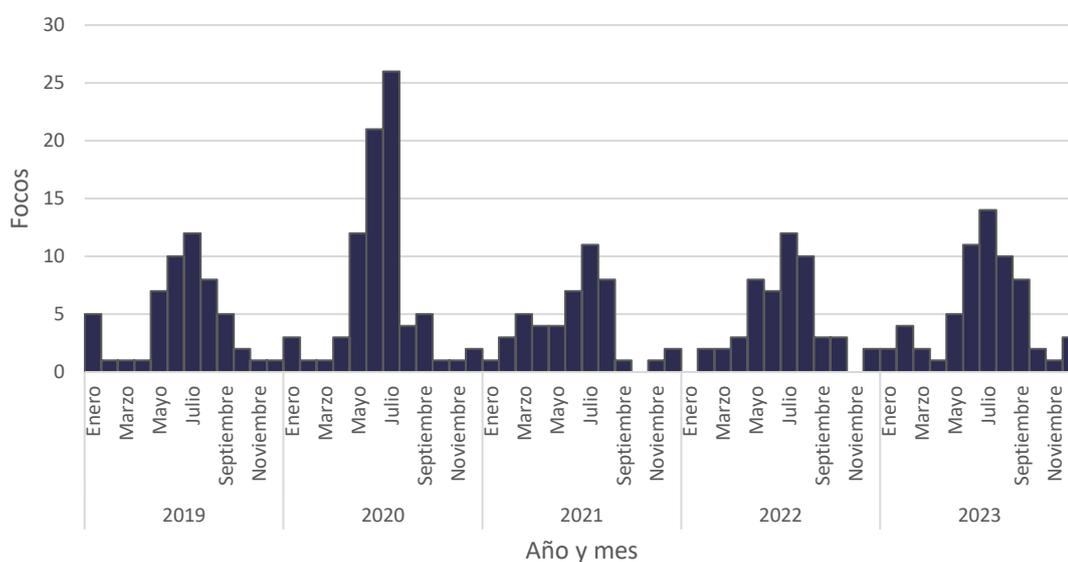
## VIGILANCIA ANIMAL

Entre el año 2019 y el año 2023 se registraron en el Sistema Integrado de Gestión de Sanidad Animal (SIGSA) 296 focos de triquinosis. El año en el que más focos se registraron fue 2020 con 80 focos, seguido por 2023 con 63<sup>27</sup>, 2019 con 54, 2022 con 52 y 2021 con 47.

Del total de notificaciones en los que se determinó la especie (n=292), el 74,7% (218) corresponde a porcinos y el 25,3% (74) restante a fauna silvestre. En aquellas notificaciones asociadas a fauna silvestre se determinó que el 64,9% se debe a jabalí, el 4,1% a puma y el resto se encuentra aún en investigación.

En la curva (Gráfico 3) se observa presencia de focos durante todo el año. Se destaca una estacionalidad en la que se presenta un aumento de los focos registrados en los meses de invierno.

**Gráfico 3. Triquinosis: focos por jurisdicción y año, Argentina. 2019-2023 (n=296).**



*Fuente: Elaboración propia en base a datos del Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA).*

En cuanto a la distribución geográfica, de los 296 focos, el 69,9% (207) corresponde a la región Centro, el 29,1% (86) a la región Sur y el 1,0% (3) restante a Cuyo (Tabla 4). De los focos registrados en la región Cuyo, el 100% corresponde a porcinos. De los 207 registrados en la región Centro, el 92,8% corresponde a porcinos y el resto a fauna silvestre, mientras que, para la región Sur, el 27,9% se debe a porcinos y el 72,1% a fauna silvestre.

<sup>27</sup> Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.

**Tabla 4. Triquinosis: focos por jurisdicción y año, Argentina. 2019 a 2023 (n=296).**

Jurisdicción	2019	2020	2021	2022	2023
Buenos Aires	40	59	20	26	39
Córdoba	3	3	4	2	3
Santa Fe	2	2	2	1	1
<b>Centro</b>	<b>45</b>	<b>64</b>	<b>26</b>	<b>29</b>	<b>43</b>
Mendoza	0	0	0	1	0
San Luis	2	0	0	0	0
<b>Cuyo</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Chubut	0	0	1	2	1
La Pampa	3	7	7	3	1
Neuquén	0	6	5	14	18
Río Negro	2	3	6	2	0
Tierra del Fuego	2	0	2	1	0
<b>Sur</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>20</b>
<b>Total País</b>	<b>54</b>	<b>80</b>	<b>47</b>	<b>52</b>	<b>63</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA).

## PREVENCIÓN

### Medidas de prevención general

- Consumir carne fresca de cerdo (o de animales silvestres tales como puma o jabalí), cocinándola completamente, hasta que desaparezca el color rosado de la carne y no pierda más jugo (la temperatura interna debe ser de 71 grados centígrados por al menos un minuto). Tener en cuenta que salar o ahumar la carne no es suficiente para eliminar al parásito.
- Adquirir los productos derivados, chacinados y embutidos (como jamón, panceta, longaniza, chorizos) solamente en comercios habilitados. Verificar en la etiqueta que hayan sido elaborados por empresas autorizadas donde se especifique marca, identificación del lote, fecha de elaboración y vencimiento, identificación del establecimiento elaborador y registro ante la autoridad sanitaria (RNE y RNPA).
- Elaborar chacinados y salazones con materia prima libre de triquinosis. Si utiliza carne de animales de caza o de cerdos de faena domiciliaria, tomar una muestra de músculo para realización de la prueba de digestión artificial en el laboratorio. Sólo podrá utilizarse esa materia prima una vez de tener resultado negativo para dicha prueba. Los embutidos, chacinados y salazones procedentes de la faena domiciliaria de cerdos no deben ser destinados a la venta.
- Mantener el ambiente de crianza de los cerdos en condiciones higiénico-sanitarias apropiadas, alimentarlos adecuadamente y evitar que estén en contacto con la basura e ingieran desperdicios.

### Medidas ante la identificación de casos sospechosos

- Identificar a todas las personas expuestas con el fin de disponer en cada caso las acciones médicas que correspondan (diagnóstico, evaluación clínica y tratamiento).
- La sospecha de los primeros casos surge a partir de los signos clínicos como el edema facial y/o periorbitario, fiebre, mialgias, luego de varios días de diarrea y signos gastrointestinales, asociados a un incremento de eosinófilos en sangre y de enzimas musculares en suero.
- Se recomienda la asociación de antihelmínticos y glucocorticoides. La etapa más eficaz para el tratamiento es durante la fase intestinal. Una vez que las larvas migraron a los músculos,

rara vez el tratamiento puede ser efectivo. Para mayor información sobre el tratamiento consultar la “Guía para la prevención y el control de la Triquinosis” (Link disponible al final del documento).

- Recordar la importancia de la notificación temprana, fehaciente y oportuna a la autoridad sanitaria correspondiente ante la presencia de casos sospechosos.

#### **Investigación alimentaria**

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

#### **Medidas ante contactos con alimento positivo**

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

---

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

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

---

#### **Referencias Bibliográficas**

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

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

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de vigilancia epidemiológica y control de brotes. (2023). Boletín Epidemiológico 36, SE del 3 al 9 de septiembre de 2023.

**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.

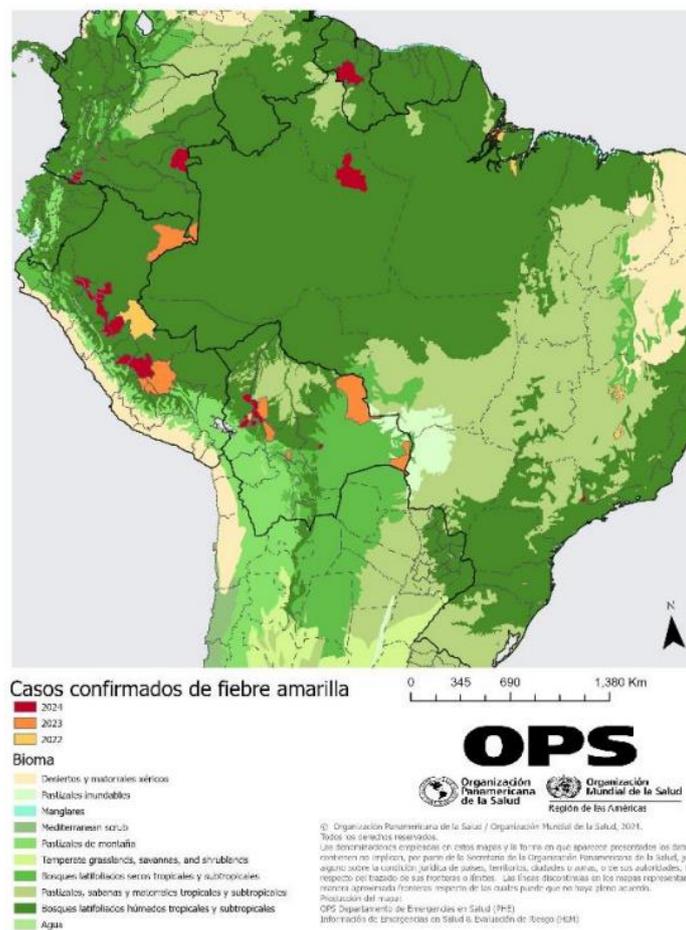
Las Actualizaciones Epidemiológicas consisten en actualizar la información sobre eventos que están ocurriendo en la población y sobre los cuales ya se alertó o informó previamente.

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 19 y el 25 de septiembre del 2024.

## FIEBRE AMARILLA EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS – ACTUALIZACION EPIDEMIOLOGICA -OPS

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 35 del 2024, en la Región de las Américas se han notificado 38 casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 19 defunciones. Esto representa cinco casos (tres en el Estado Plurinacional de Bolivia y dos en Perú) y dos defunciones (en Perú) adicionales desde la última actualización epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) publicada el 29 de julio del 2024. Los 38 casos se han registrado en cinco países de la Región: Bolivia (siete casos, incluyendo tres defunciones), Brasil (tres casos, incluyendo dos defunciones), Colombia (ocho casos, incluyendo cinco defunciones), Guyana (dos casos) y Perú (18 casos, incluyendo nueve defunciones). Los casos se registraron principalmente a lo largo de la región amazónica de Bolivia, Perú, Brasil, Colombia y Guyana.

**Mapa 1. Distribución geográfica de los municipios con ocurrencia de casos de fiebre amarilla en humanos en Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú, años 2022, 2023 y 2024 (hasta SE 35).**



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerios de Salud y reproducidos por la OPS/OMS.

En **Bolivia**, entre la SE 1 y la SE 35 del 2024, se han confirmado siete casos de fiebre amarilla (seis por laboratorio y uno por clínica y nexa epidemiológico), incluyendo tres defunciones. Los casos corresponden a seis hombres y una mujer, con edades entre los 15 y 64 años, que iniciaron síntomas entre el 20 de abril y el 30 de agosto del 2024. Solo cuatro de los casos presentaron antecedentes vacunales y todos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales, entre otras. Los casos tuvieron lugar probable de exposición en el

departamento de La Paz en los municipios de Caranavi (n= 2 casos fatales), Guanay (n= 1 caso), el municipio de San Buenaventura (n= 1 caso fatal) y el municipio de Palos Blancos (n= 1 caso); y en el departamento de Santa Cruz, municipio de Porongo (n= 2 casos). Desde la actualización anterior se confirmaron tres casos nuevos: uno en el municipio de Palos Blancos (La Paz) y dos en el municipio de Porongo (Santa Cruz).

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 35 del 2024 se han notificado tres casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo dos defunciones, en el estado de Amazonas (n= 1 caso fatal), Minas Gerais (n= 1 caso fatal) y en el estado de Sao Paulo (n= 1 caso). El primer caso corresponde a un hombre de 63 años residente en Presidente Figueiredo, estado de Amazonas, sin antecedente de vacunación contra fiebre amarilla, que inició síntomas el 5 de febrero del 2024 y falleció el 10 de febrero. El segundo caso es un hombre de 50 años, sin antecedente de vacunación contra fiebre amarilla, residente en Águas de Lindóia, estado de São Paulo, y con sitio probable de infección en Monte Sião, estado de Minas Gerais, que inició síntomas el 23 de marzo del 2024 y falleció el 29 de marzo. El tercer caso corresponde a un hombre de 28 años, con antecedente de vacunación contra fiebre amarilla en el 2017, en el municipio de Serra Negra, estado de São Paulo, que inició síntomas el 1 de abril del 2024 y se ha recuperado de la enfermedad. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales y fueron confirmados por laboratorio mediante técnica RT-PCR. Durante el período de monitoreo desde julio del 2023 hasta junio del 2024, se informaron 1.790 eventos que involucraron primates no humanos muertos (monos). De este total, 11 (0,6%) fueron confirmados para fiebre amarilla por criterios de laboratorio, seis en el estado de Rio Grande do Sul y cinco en el estado de Minas Gerais.

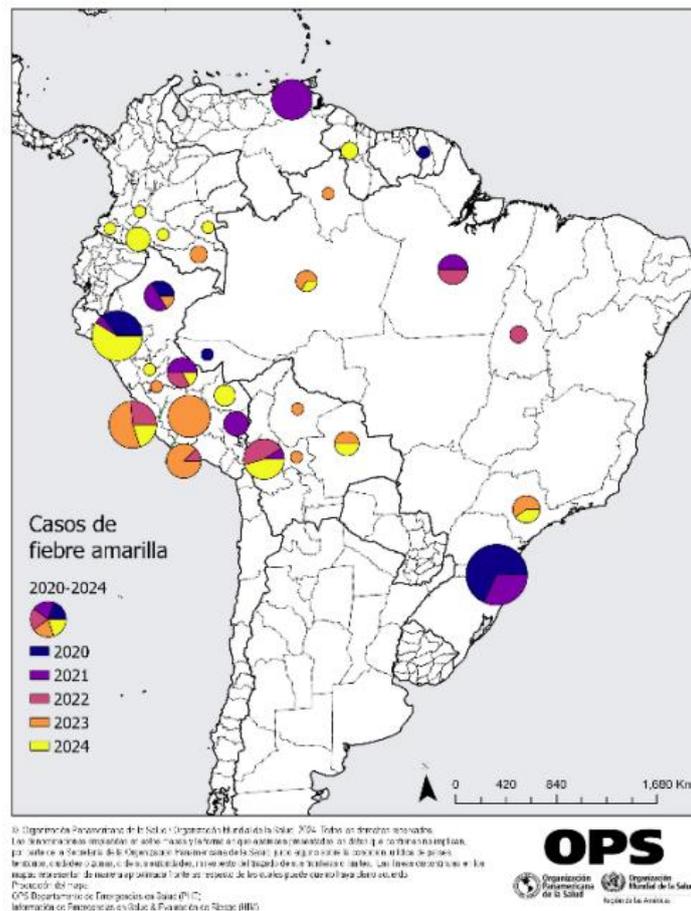
En **Colombia**, entre la SE 1 y la SE 35 del 2024, se han notificado ocho casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo cinco defunciones, siete de los casos han sido captados en la vigilancia por laboratorio e histopatología para dengue, confirmados a través de análisis PCR en tiempo real. Se han registrado casos en cinco departamentos: en el departamento de Caquetá, municipio de El Doncello (n= 1 caso); en el departamento del Huila, municipio de Campoalegre (n= 1 caso fatal); en el departamento de Nariño, municipio de Ipiales (n= 1 caso); en el departamento de Putumayo, municipios de Orito (n= 1 caso fatal), San Miguel (n= 1 caso fatal), Valle del Guamuez (n= 1 caso fatal) y Villagarzón (n= 1 caso fatal); y el departamento de Vaupés, municipio de Mitú (n= 1 caso). Los casos corresponden a hombres de entre 18 y 66 años, que iniciaron síntomas entre el 3 de enero y 2 de julio del 2024, todos los casos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres o boscosas, debido a actividades laborales agrícolas. Un caso registró antecedente de vacunación contra la fiebre amarilla.

En **Guyana**, durante la SE 11 del 2024, se identificaron dos casos confirmados por laboratorio. El primer caso se identificó en Boa Vista, en el estado de Roraima, Brasil; se trata de un joven de 17 años, residente en la comunidad de Massara, a 100 km de Lethem, que limita con Bonfim, Roraima, sin antecedentes de vacunación. El caso trabaja en una zona rural de Siparuni (región forestal) extrayendo árboles y presentó inicio de síntomas el 29 de febrero del 2024. El 12 de marzo, la prueba RT-PCR confirmó la identificación del virus selvático fiebre amarilla por parte del Laboratorio Central de Salud Pública de Roraima. El segundo caso fue identificado durante el proceso de investigación y la realización de pruebas de detección tras la identificación del caso índice. Se trata de una mujer de 21 años, sin antecedentes de vacunación, residente en Siparuni, en el mismo campamento maderero de donde procede el primer caso. Inició síntomas el 13 de marzo del 2024, con un resultado positivo para fiebre amarilla por prueba RT-PCR el 16 de marzo del 2024. Ambos casos se recuperaron y a la fecha de la publicación de esta actualización no se han reportado nuevos casos.

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 35 del 2024, se han confirmado 18 casos de fiebre amarilla, incluyendo nueve defunciones. Los casos fueron confirmados en los departamentos de Huánuco, distrito de Mariano Damaso Beraún (n= 1 caso fatal); departamento de Junín, distritos Pichanaqui (n= 2 casos) y Satipo (n= 1 caso fatal); departamento de Madre de Dios, distrito de Tambopata (n= 3 casos); departamento de San Martín, distritos de Alto Biavo (n= 1 caso fatal), El Porvenir (n= 1 caso fatal), Lamas (n= 1 caso fatal), Moyobamba (n= 1 caso fatal), Nueva Cajamarca (n=1 caso), Tabaloso (n= 1 caso fatal), Pinto Recodo (n= 1 caso), Shamboyacu (n= 1 caso), Saposoa (n= 1 caso fatal) y Shapaja (n= 1 caso fatal); y en el departamento de Ucayali, distrito Padre Abad (n= 1 caso). Desde la actualización epidemiológica de la OPS / OMS anterior (1), se confirmaron dos nuevos casos (Nueva Cajamarca y Tabaloso) y dos nuevas defunciones (Tabaloso y Saposoa). Los 18 casos corresponden todos a hombres entre 18 y 83 años, que iniciaron síntomas entre el 11 de enero y 2 de agosto del 2024. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales agrícolas y no registran antecedente de vacunación contra fiebre amarilla.

Entre 2020 y 2023, todos los países mencionados tenían antecedentes de casos de fiebre amarilla, excepto Guyana, que identificó casos únicamente en 2024.

**Mapa 2. Distribución geográfica de casos de fiebre amarilla en humanos en la Región de las Américas, de enero del 2020 a septiembre del 2024.**



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerios de Salud y reproducidos por la OPS/OMS.

Fuente: [Actualización Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 19 de septiembre del 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

## INFLUENZA AVIAR A(H9N2) - GHANA

El 26 de agosto de 2024, el CNE del RSI de Ghana notificó a la OMS una infección humana confirmada por el virus de la influenza aviar A(H9N2). Esta es la primera infección humana por un virus de influenza zoonótica notificada desde Ghana a la OMS.

El paciente es un niño menor de cinco años que reside en la región del Alto Este, situada en la frontera con Burkina Faso.

El inicio de la enfermedad se produjo el 5 de mayo de 2024, caracterizándose por dolor de garganta, fiebre y tos. El 7 de mayo, el paciente fue atendido en un hospital local, donde le diagnosticaron una enfermedad similar a la gripe y fue tratado con antipiréticos, antihistamínicos y antibióticos.

Las muestras respiratorias recolectadas el 7 de mayo dieron positivo para el virus de la influenza estacional A (H3N2) mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) el 15 de mayo en el Centro Nacional de Influenza de Ghana (NIC), del Instituto Conmemorativo de Investigación Médica Noguchi.

El 9 de julio, el análisis de secuencia genómica realizado por el NIC de Ghana indicó un virus de influenza aviar A(H9). Posteriormente, se envió una alícuota de la muestra a los Centros Colaboradores (CC) de la OMS ubicados en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte (The Francis Crick Institute) y los Estados Unidos de América (los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, CDC de EE. UU.), para pruebas y validación adicionales. El 6 de agosto, los CDC de EE. UU. confirmaron que las muestras eran positivas para el virus de la influenza A(H9N2).

Al confirmarse la infección por el virus A(H9N2), la Dirección Regional de Salud del Alto Oriente visitó al paciente y observó que presentaba una nueva aparición de síntomas respiratorios. Ese día se obtuvieron muestras de suero y respiratorias que se enviaron al NIC para su posterior análisis. Los resultados de la prueba fueron negativos para la influenza y desde entonces el paciente se ha recuperado por completo.

El paciente no tenía antecedentes conocidos de exposición a aves de corral ni a ninguna persona enferma con síntomas similares antes de la aparición de los síntomas. Las muestras respiratorias de contactos cercanos dieron negativo para influenza. No se han identificado en la comunidad casos adicionales de infección humana con el virus de la influenza A(H9N2) asociados con este caso.

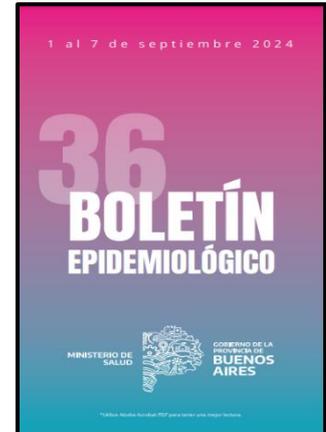
Se han notificado enfermedades entre las aves de corral en la región del Alto Oriente, pero la causa de la enfermedad de las aves de corral no se había confirmado en el momento de redactar el informe. Sin embargo, desde noviembre de 2017 se han notificado virus de influenza aviar de baja patogenicidad tipo influenza A(H9N2) en granjas avícolas de Ghana.

Fuente: [Avian Influenza A\(H9N2\) \(who.int\)](https://www.who.int)

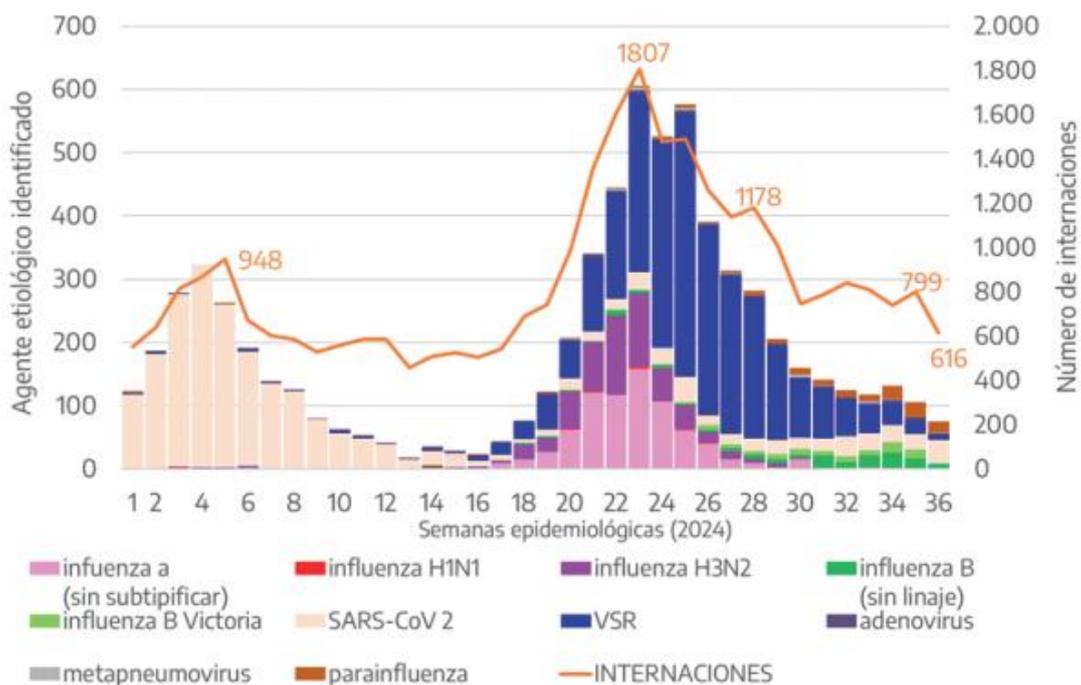
**DESTACADOS EN  
BOLETINES  
JURISDICCIONALES**

## BUENOS AIRES: INTERNACIONES POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

Las internaciones por IRA se mantienen actualmente, SE 36, en la fase de descenso desde la primera semana de junio (SE 23). Las internaciones registradas en la última cuatrisesmana (11 de agosto (SE 33) a 7 de septiembre (SE 36)), se concentran en población menor de 15 años (66%), principalmente en menores de 2 años que representan el 32 %, y en población mayor de 65 años (17%).



**Internaciones por infección respiratoria aguda y agentes etiológicos identificados en población general. PBA, 2024.**



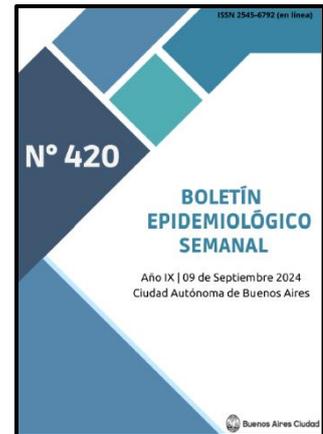
Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

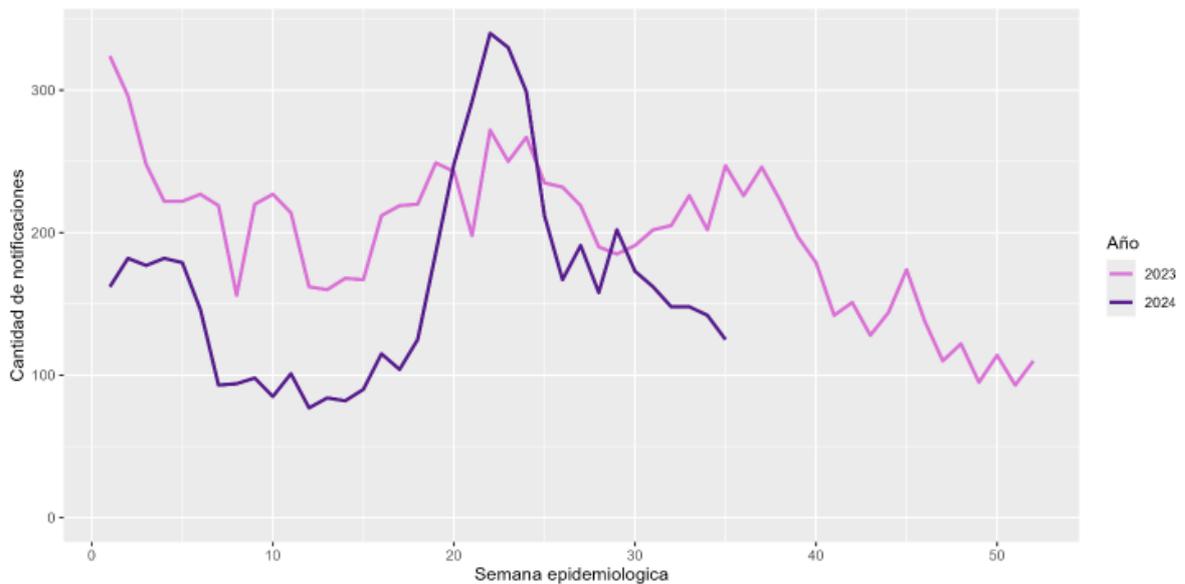
[https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/boletines\\_epidemiologicos](https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos)

## CABA: EVENTOS RESPIRATORIOS DE ABORDAJE EN INTERNACIÓN

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



### Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias en eventos asociados a internación. Residentes CABA. Año 2023-24 (N=15987)



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

Para más información:

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

## LA PAMPA: ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

En lo que va de 2024 se notificaron 5349 casos de ETI, un 79% mayor a lo notificado el año anterior mismo periodo de tiempo.



Casos y tasas (por 1000 hab.) de ETI hasta SE34 periodo 2023-2024 por Departamento. La Pampa.

Departamento	2023		2024		Dif. de casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Atreucó	9	0,8	268	24,1	259
Caleu Caleu	6	2,3	9	3,4	3
Capital	771	6,4	1630	13,6	859
Catrilo	64	7,8	13	1,6	-51
Conhelo	532	35,0	324	21,3	-208
Chalileo	24	8,3	39	13,5	15
Chapaleufú	57	4,6	172	13,9	115
Chical Có	1	0,7	1	0,7	0
Curacó	0	0,0	0	0,0	0
Guatraché	65	6,8	299	31,4	234
Hucal	53	6,8	116	14,9	63
Lihuel Calel	0	0,0	0	0,0	0
Limay Mahuida	0	0,0	0	0,0	0
Loventué	42	4,5	121	13,0	79
Maracó	533	7,7	678	9,8	145
Puelén	9	0,8	158	13,6	149
Quemú Quemú	107	12,6	192	22,7	85
Rancul	50	4,5	37	3,3	-13
Realicó	380	21,8	876	50,1	496
Toay	186	10,3	220	12,2	34
Trenel	89	15,6	196	34,4	107
Utracán	2	0,1	0	0,0	-2
<b>Total</b>	<b>2980</b>	<b>8,2</b>	<b>5349</b>	<b>14,8</b>	<b>2369</b>

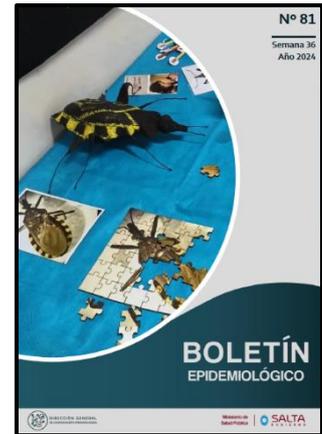
Fuente: Elaboración propia del Área de vigilancia de la Dirección General de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS.

Para más información:

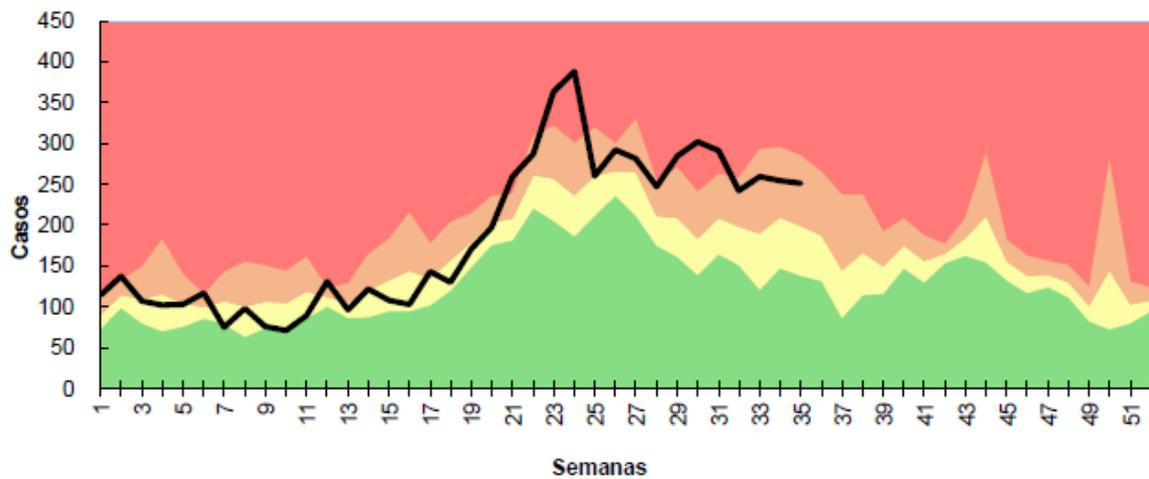
<https://drive.google.com/drive/folders/1PAH6XUO0fDa82EdVS9dGnbS-U6ILEAH4>

## SALTA: NEUMONÍA

En SE 35, se observa un leve descenso en las notificaciones de neumonía, permaneciendo el corredor endémico en zona de alerta.



**Corredor endémico semanal de Neumonía. Años 2017-2023. SE 01-35 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:

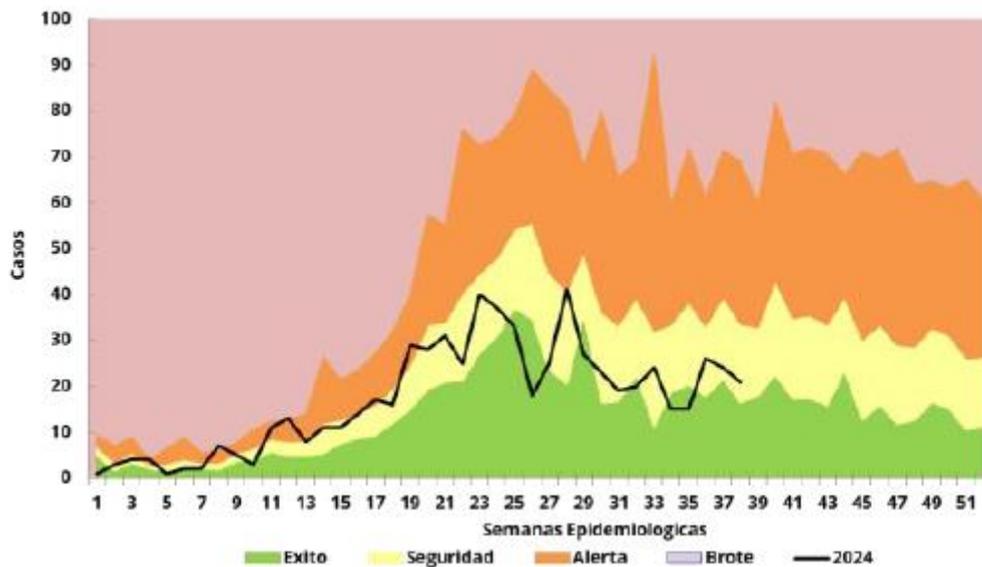
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/>

## TIERRA DEL FUEGO: BRONQUIOLITIS

Se observa a nivel provincial una tendencia que se mantiene con respecto a la SE previa, ubicándose la incidencia en zona de seguridad.



Corredor endémico provincial de Bronquiolititis por semana epidemiológica SE 1 a SE 38 de 2024.



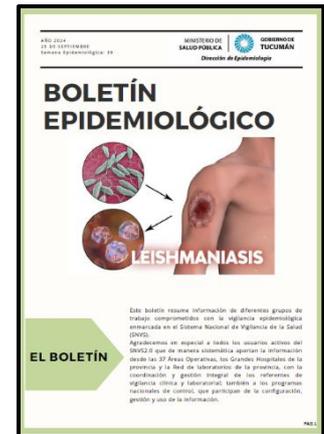
Fuente: SNVS 2.0 Dirección de Epidemiología e Información en Salud. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.

Para más información:

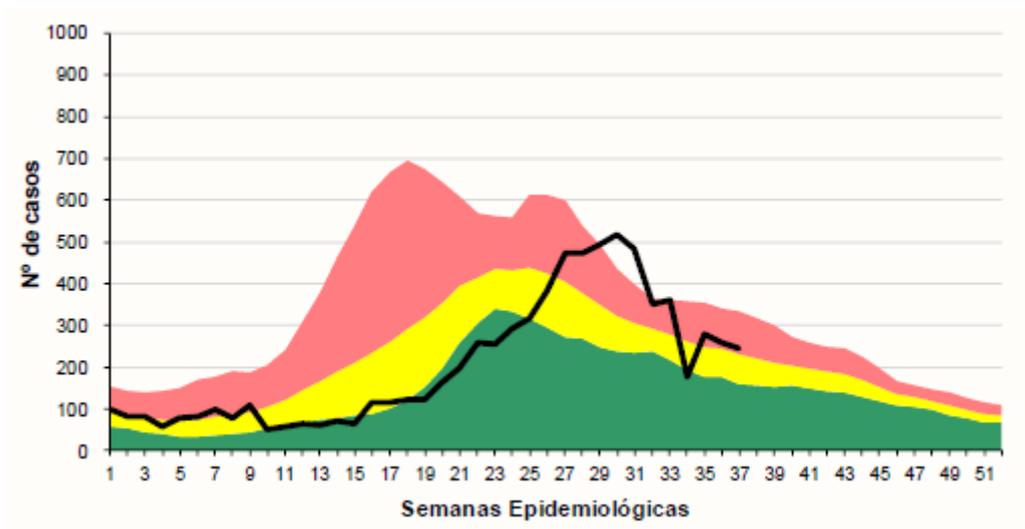
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/>

## TUCUMÁN: BRONQUIOLITIS

En la semana 37 se notificaron 245 casos de bronquiolitis.



Corredor endémico de Bronquiolitis SE 37. Provincia de Tucumán. Año 2024.



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información: [direpitucuman@gmail.com](mailto:direpitucuman@gmail.com)

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

## LISTADO DE MODIFICACIONES EN CODIFICACIONES AUXILIARES EN EL SNVS<sup>2.0</sup>

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 **septiembre del corriente año**, en el marco de su adecuación al Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria.

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

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del Evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
SEPTIEMBRE	Enfermedad de Lyme (Borreliosis de Lyme)	El evento se encuentra configurado en su totalidad		
SEPTIEMBRE	Fiebre amarilla - epizootia en primates no humanos	Clínica	Clasificación manual de caso	Se quitó la opción: "Epizootia probable para fiebre amarilla"
SEPTIEMBRE	Intoxicación Medicamentosa	Clínica	Clasificación manual de caso	Se quitó la opción: "Caso sospechoso por intoxicación medicamentosa", ya que coexistía con la clasificación "Caso sospechoso"
SEPTIEMBRE	Meningoencefalitis	Clínica	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Confirmado Meningitis por <i>Mycoplasma pneumoniae</i> "
		Laboratorio	Determinaciones	Se adicionó la opción: "Detección molecular de <i>Mycoplasma pneumoniae</i> "
			Técnicas	Se adicionaron las opciones: "NPCR (citoadhesina p1)", "rt-PCR (Mp181)" y "rt-PCR (citoadhesina p1)"
SEPTIEMBRE	Rickettsiosis	Clínica	Signo/Síntoma	Se adicionaron las opciones: "Elevación de transaminasas" y "Hiperemia faríngea"
		Epidemiológica	Antecedentes epidemiológicos	Se adicionaron las opciones: "Mordedura de garrapata en los 15 días previos al inicio de síntomas", "Concurrió a espacios abiertos en áreas endémicas" y "Tuvo contacto con animales en áreas endémicas"
SEPTIEMBRE	Sífilis	Laboratorio	Determinaciones/ Técnicas	Se adicionó la opción "Quimioluminiscencia" a la determinación "Anticuerpos IgG y/o IgM anti- <i>Treponema pallidum</i> "
SEPTIEMBRE	Sífilis - RN expuesto en investigación			
SEPTIEMBRE	Sífilis congénita			
SEPTIEMBRE	Sífilis en personas gestantes			
SEPTIEMBRE	VIH - Expuesto perinatal	Laboratorio	Determinaciones/ Técnicas	Se adicionó la opción "Detección de genoma viral - NAT"
SEPTIEMBRE	VIH en embarazo			

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

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