

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

SEMANA
EPIDEMIOLÓGICA

1

NÚMERO 738 AÑO 2025
DESDE 29/12 AL 04/01
FECHA DE PUBLICACIÓN:
12/01/2025

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA



AUTORES DE ESTE BOLETÍN:

Informe dengue y otros arbovirus: Gabriela Fernández¹, Yasmin El Ahmed¹, Dalila Rueda¹, Federico M. Santoro¹, Silvina Moisés¹, María Pía Buyayisqui¹. Contó además con la contribución de María Alejandra Morales² Cintia Fabbri³, Victoria Luppó³

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

Informe infecciones respiratorias agudas: Carla Voto¹, María Paz Rojas Mena¹, Melisa Laurora¹, Dalila Rueda¹, Federico M. Santoro¹, Silvina Moisés¹. Contó además con la contribución de Andrea Pontoriero³, Tomás Poklepovich⁴.

Destacados en boletines jurisdiccionales: Abril Joskowicz y Soledad Castell¹.

Herramientas para la vigilancia, prevención y respuesta: Morena Diaz¹, Laura Bidart¹, Agustina Page¹, Martina Prina¹.

Gestión del SNVS y de los datos de vigilancia: Alexia Echenique Arregui¹, Leonardo Baldivieso¹, Estefanía Cáceres¹, Mariel Caparelli¹, Ana Laura Parenti¹, Paula Rosin¹, Guillermina Pierre¹, Juan Pablo Ojeda¹, Julio Tapia¹.

Compilación: Sebastián Riera¹

Coordinación Editorial: Carlos Giovacchini⁵

Coordinación General: Cecilia Gonzalez Lebrero¹.

AGRADECIMIENTOS:

Este boletín es posible gracias al aporte realizado a través de la notificación al Sistema Nacional de Vigilancia por las áreas de vigilancia epidemiológica de nivel local, jurisdiccional y nacional y a todas las personas usuarias del SNVS 2.0.

IMAGEN DE TAPA:

Frente a las altas temperaturas es importante que nos mantengamos hidratados e incorporemos frutas y verduras en la alimentación, en lo posible evita las comidas abundantes y la actividad física intensa en horarios de mayor exposición (10 a 16 horas). Foto: Tomada de banco de imágenes libre de derechos.

CÓMO CITAR ESTE BOLETÍN: Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°738, SE 1.

1 Dirección de Epidemiología

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

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

4 Centro Nacional de Genómica y Bioinformática – ANLIS.

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

CONTENIDO

Situaciones epidemiológicas emergentes	4
Situación epidemiológica de MPOX	5
Eventos priorizados	12
Vigilancia de dengue y otros arbovirus	13
Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	23
Destacados en boletines jurisdiccionales	44
ABA: Viruela Símica	45
Chubut: Síndrome Urémico Hemolítico	46
Salta: Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	47
Santa Fe: Dengue	48
Tierra Del Fuego: Diarreas Agudas	49
Tucumán: Enfermedad De Tabaco Verde (ETV)	50
Herramientas para la vigilancia, la prevención y la respuesta	51
Calendario epidemiológico 2025	52
1° Edición del Curso: “Vigilancia y notificación de dengue”	53
Olas de Calor: Sistema de alertas	54
Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	56

**SITUACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS
EMERGENTES**

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE MPOX

INTRODUCCIÓN

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

SITUACIÓN INTERNACIONAL

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

El clado Ib ha surgido recientemente en las regiones orientales de la República Democrática del Congo y está sufriendo una transmisión sostenida de persona a persona. También se han detectado casos del clado Ib en **Burundi, Kenia, Ruanda, Suecia, Tailandia, Uganda, India, Alemania, Reino Unido, Zambia, Zimbabue, Estados Unidos de América, Canadá y Pakistán**. Desde el último informe, fueron detectados casos de clado Ib en **China, Bélgica y Francia**. El clado IIa rara vez se ha aislado en humanos y la mayoría de las secuencias genéticas disponibles provienen de especies animales. El clado IIb ha estado circulando de manera sostenida en humanos desde al menos 2016 y ha provocado el brote multipaís en curso desde 2022 hasta la actualidad.

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

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

Situación en África⁶

Desde el 1 de enero de 2022, 24 Estados miembros de África han notificado a la OMS casos de mpox. Hasta el 5 de enero de 2025, notificaron 17.104 casos confirmados por laboratorio, incluidas 89 muertes.

Desde 2024, hasta el 5 de enero de 2025, 20 países han notificado 14.700 casos confirmados, incluidas 66 muertes. Los tres países con la mayoría de los casos desde 2024 son la República Democrática del Congo (n = 9.513), Burundi (n = 3.035) y Uganda (n = 1.552).

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

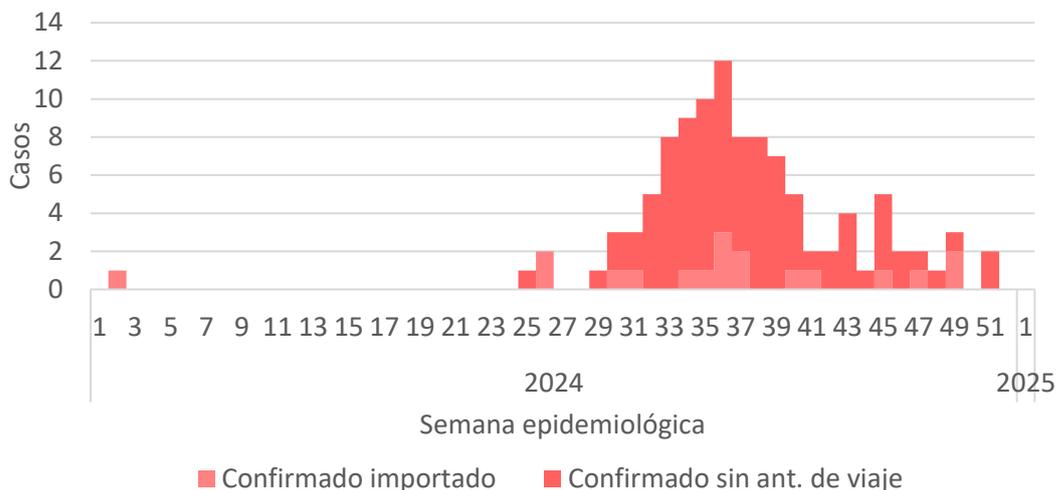
Respecto de la **situación regional**, para ver la última actualización disponible dirigirse al [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 51 Nro 736](#).

SITUACIÓN EN ARGENTINA

En 2024, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 52 se identificaron 107 casos confirmados de mpox de un total de 602 casos sospechosos notificados. En la primera semana de 2025 se notificaron 7 casos, ninguno de ellos confirmados.

La curva epidémica de casos confirmados por fecha mínima muestra un ascenso en el número de casos a partir de la SE30, con el mayor número en la SE 36 con 12 casos, luego de lo cual se observó un descenso sostenido hasta registrarse un promedio de 2 casos semanales desde la SE41 en adelante. No se registran casos confirmados desde la SE 51.

Gráfico 2. Casos confirmados de Mpox según antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1/2024 a SE1/2025. (N=107)



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

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

Hasta el momento, se realizaron estudios para la identificación de clado en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS “Carlos Malbrán” en 70 de los casos confirmados, identificándose en todos ellos el clado II.

Para mayor información de los casos notificados en 2024, dirigirse al [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nro 737](#).

RECOMENDACIONES PARA EL EQUIPO DE SALUD

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

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

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

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

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

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

Ó

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

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

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

Ó

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

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

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

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

Caso confirmado

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

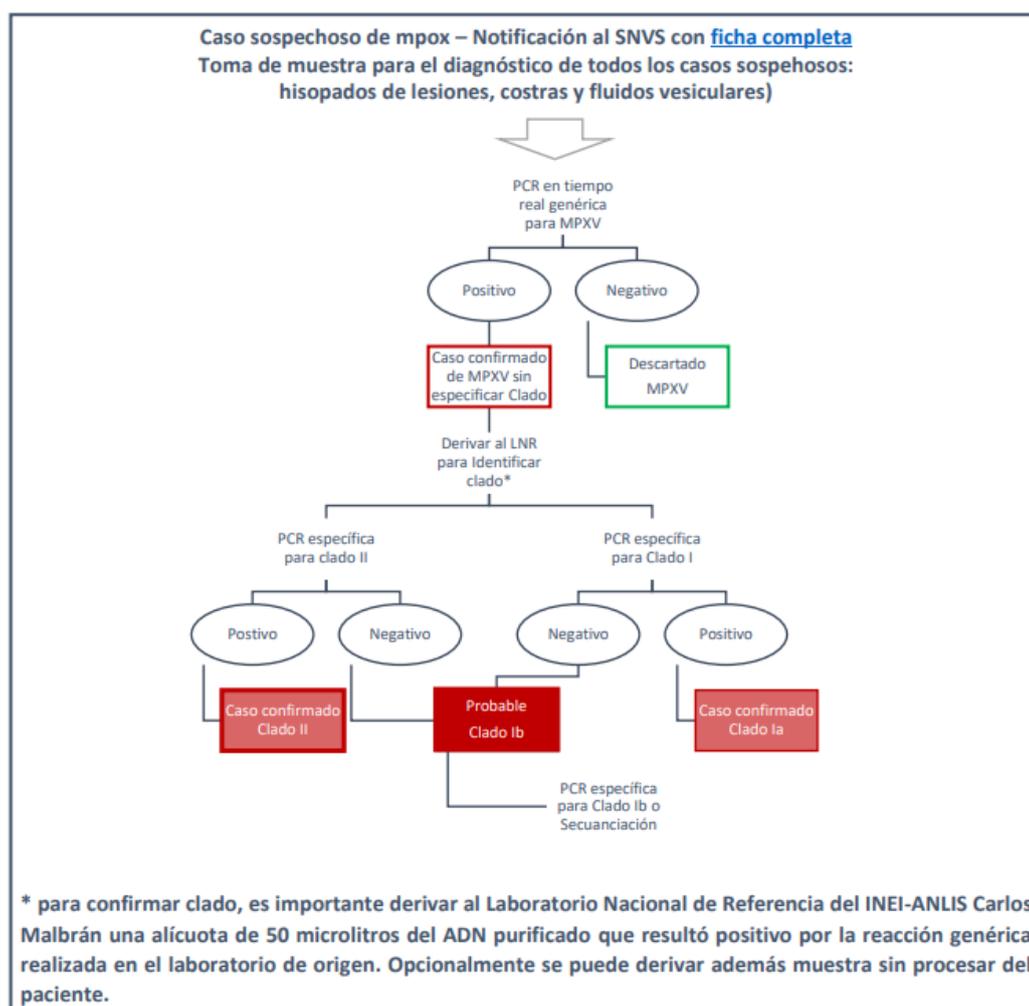
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión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

Notificación:

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

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

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y NOTIFICACIÓN DE MPOX



MEDIDAS ANTE CASOS SOSPECHOSOS:

- Se recomienda el aislamiento de todo caso sospechoso hasta la obtención del resultado de laboratorio (confirmado o descartado); en caso de confirmarse, continuar el aislamiento hasta que todas las costras de las lesiones se hayan caído y haya formado una nueva capa de piel.
- Si no se puede realizar aislamiento permanente se deberá implementar medidas para la minimizar el riesgo de la transmisión (cubrir las lesiones, utilizar barbijo quirúrgico bien ajustado, cubriendo nariz, boca y mentón, evitar contacto con personas vulnerables, evitar el contacto estrecho con otras personas, ventilar los ambientes).
- Realizar la investigación epidemiológica correspondiente, incluyendo los antecedentes epidemiológicos, características clínicas, e información sobre contactos estrechos, garantizando la privacidad, el trato digno y la completitud de la información.
- Realizar la notificación dentro de las 24 horas.
- En caso que se necesite hospitalización, debe realizarse en una habitación individual con baño privado y eventualmente internación por cohortes.
- Si el paciente precisa moverse por fuera de la habitación, debe hacerlo siempre con barbijo quirúrgico y cubriéndose las heridas.
- La movilidad del paciente fuera de su habitación debe limitarse a lo esencial para realizar procedimientos o métodos diagnósticos que no puedan llevarse a cabo en ella. Durante el transporte, el paciente debe utilizar barbijo quirúrgico y las lesiones cutáneas deben estar cubiertas.
- Se debe establecer el correcto manejo de casos para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo desde el triaje hasta las salas de aislamiento, en cualquier nivel de atención, evitando el contacto con otras personas en salas de espera y/o salas de hospitalización de personas internadas por otras causas.
- Los y las profesionales de la salud que atiendan casos sospechosos o confirmados deben utilizar protección para los ojos (gafas protectoras o un protector facial que cubra el frente y los lados de la cara), barbijo quirúrgico, camisolín y guantes desechables.
- Durante la realización de procedimientos generadores de aerosoles deben utilizar barbijos tipo máscaras N95 o equivalentes.
- El aislamiento domiciliario debe realizarse en una habitación o área separada de otros convivientes durante todas las etapas de la enfermedad hasta que todas las lesiones hayan desaparecido, se hayan caído todas las costras y surja piel sana debajo.
- Si durante el aislamiento domiciliario el paciente requiere atención médica debe comunicarse con el sistema de salud.
- Las personas convivientes deben evitar el contacto con el caso sospechoso o confirmado, especialmente contacto de piel con piel.
- No se debe compartir ropa, sábanas, toallas, cubiertos, vasos, platos, mate etc.
- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, personas gestantes, niños y niñas durante el período de transmisión.
- Ante el riesgo potencial de transmisión del virus de las personas enfermas a los animales, se recomienda que las personas con diagnóstico sospechoso o confirmado de mpox eviten el contacto directo con animales, incluidos los domésticos (como gatos, perros, hámsters, hurones, jerbos, cobayos), el ganado y otros animales en cautividad, así como la fauna silvestre. Las personas deben estar especialmente atentas a los animales que se sabe que son susceptibles, como los roedores, los primates no humanos, etc.
- Debe también evitarse el contacto de los residuos infecciosos con animales, especialmente roedores.

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

MEDIDAS ANTE CONTACTOS:

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

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

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-05/2022-Manual_normas_y_procedimientos_vigilancia_y_control_ENO_22_05_2023_2.pdf

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

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

Ficha de notificación:

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

Más recomendaciones e información en:

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

Lineamientos para el abordaje comunicacional de la Viruela Símica/mpox: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/08/recomendaciones_comunicacion_viruela_simica_30-8-2022.pdf

EVENTOS PRIORIZADOS

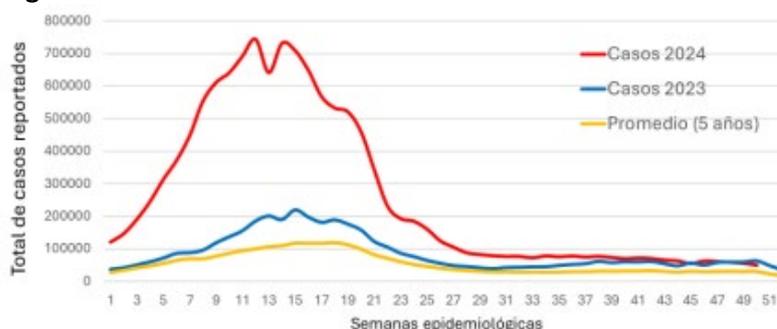
VIGILANCIA DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

SITUACIÓN REGIONAL DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

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

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

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



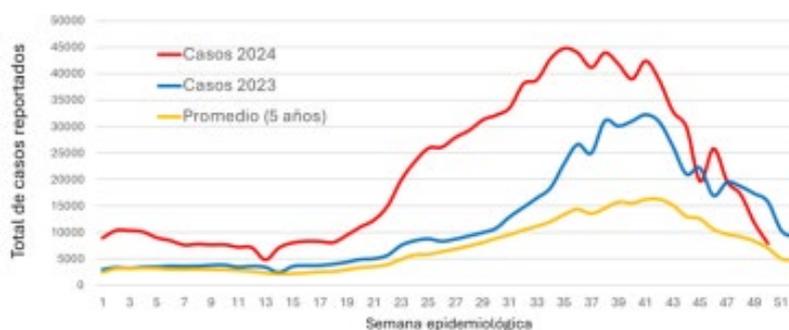
Fuente: Organización Panamericana de la Salud

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

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

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

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

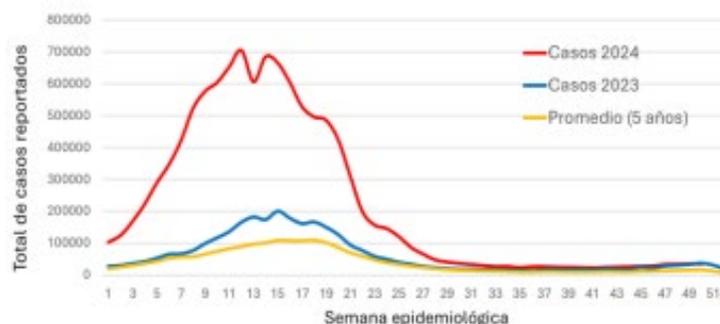


Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Subregión Cono Sur.

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

Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue a SE 50 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Cono Sur.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 9/1/2025 en países regionales seleccionados⁷.

Bolivia: entre la SE 1 y la 49/2024, se registraron 48.102 casos de dengue, un 69% menos que lo reportado a la misma semana del 2023, y 27 fallecidos. Con respecto a chikungunya, hasta la misma semana se reportaron 474 casos, 67% menos respecto al año anterior. Hasta esa semana se reportaron 255 casos de zika, lo que representa una reducción de 71% en el número de casos registrados para este período en 2023. No se reportan fallecidos para estos dos eventos.

Paraguay: durante el año 2024 se notificaron 295.785 casos de dengue, lo cual representa aproximadamente 5 veces más de lo registrado durante el año 2023. Los fallecidos para el período correspondiente a 2024 fueron 129. Asimismo, durante el año 2024 se registraron 3.134 casos de chikungunya, 98% menos respecto de lo reportado el año anterior. Con respecto al zika, hasta la semana 51/2024 se registraron 12 casos de este evento, mientras que en 2023 no se registraron casos. No se han reportado fallecidos para estos dos eventos.

⁷ Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html>

Perú: durante el año 2024 se notificaron 280.726 casos de dengue, un valor similar al año 2023, y 259 fallecidos. Con relación a chikungunya, hasta la SE 48/2024 se registraron 79 casos, 41% menos que lo reportado hasta la misma semana de 2023. Asimismo, hasta la misma semana se registraron 8 casos de zika, 67% menos respecto al mismo período del año previo. No se han reportado fallecidos para estos dos eventos.

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

Durante 2024, se ha observado un aumento en los casos de dengue en Brasil y Paraguay en comparación con el año anterior. En cuanto a chikungunya, Bolivia, Paraguay y Perú han reportado un descenso en el número de casos. Respecto a zika, se han detectado casos en Paraguay, un incremento en Brasil, mientras que en Bolivia y Perú los casos disminuyeron.

SITUACIÓN DE DENGUE EN ARGENTINA

Situación histórica

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

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

Gráfico 4. Dengue: Casos por semana epidemiológica. SE01/2010-SE1/2025. Argentina. N=845.304

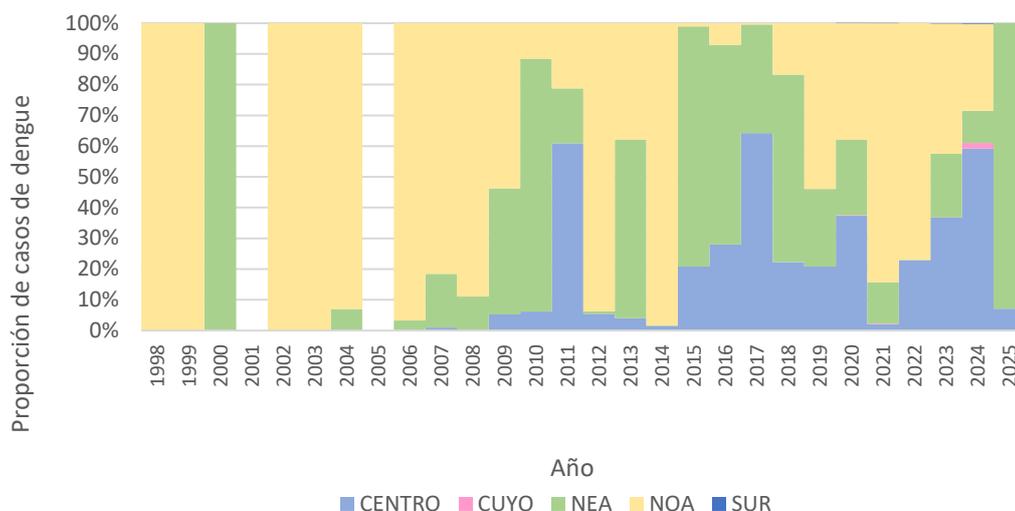


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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

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

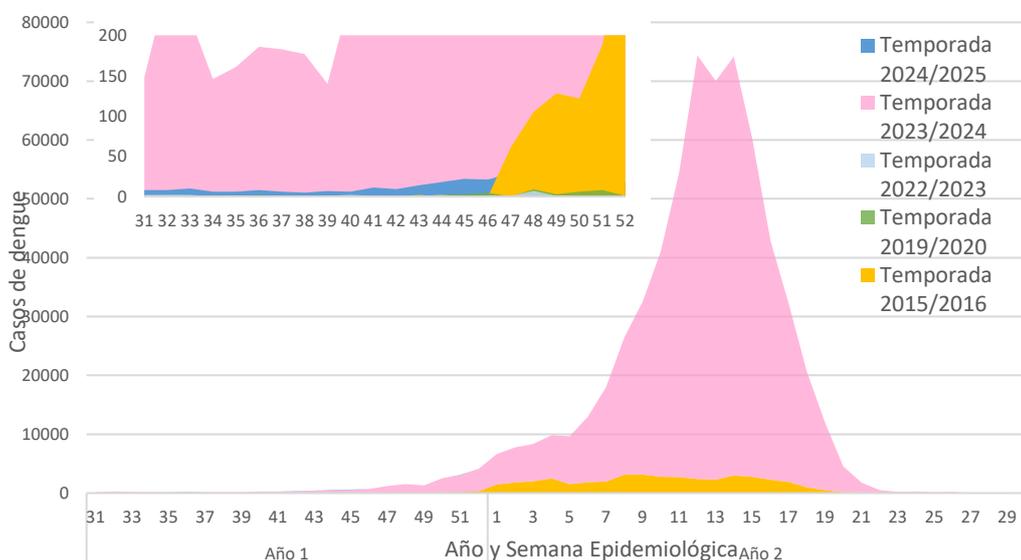
Gráfico 5. Dengue: Distribución regional de casos de dengue desde la reemergencia. Año 1998-2025.



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

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

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



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

Temporada actual

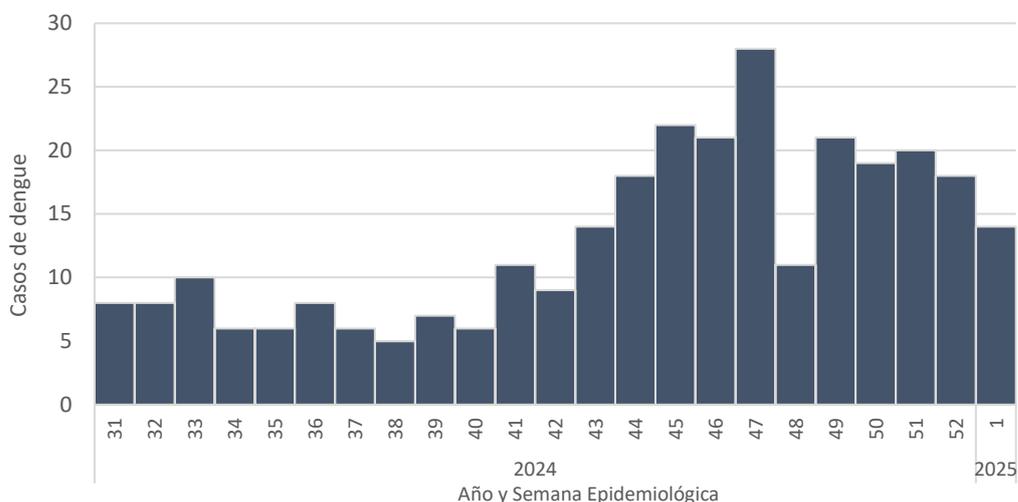
En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE1/2025), se notificaron en Argentina 21.543 casos sospechosos de dengue en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 289 fueron confirmados. Un total de 274 no registraron antecedentes de viaje (86,7%). Se confirmaron además 3 casos asociados a trasplante de órganos en Buenos Aires y Santa Fe. Un caso de Salta, que figuraba en informes anteriores, fue descartado por la jurisdicción. Se registraron 105

casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas⁸. Se confirmaron 15 casos con antecedente de viaje a Brasil, Cuba, México, Maldivas, Tailandia, India y Perú.

Durante la SE1/2024 (según fecha de notificación al SNVS), se notificaron 1288 casos sospechosos de los cuales 14 se confirmaron y 41 fueron clasificados como casos probables, aún en investigación. Cabe destacar que estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

Desde la SE42 hasta la SE47, se verifica un incremento progresivo en la detección de casos confirmados de dengue, pasando de menos de 10 casos semanales a 28 en la SE47. No obstante, en las últimas cuatro semanas, se observa una tendencia estable, con un rango de casos confirmados que fluctúa entre 14 y 20, sin variaciones en el comportamiento epidemiológico.

Gráfico 7. Dengue: Casos confirmados⁹ por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE1/2025. Argentina.



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

⁸En los casos que cuentan con antecedente de vacunación reciente, un resultado positivo por métodos confirmatorios puede deberse a una transmisión vectorial (infección aguda) o infección por virus salvaje o vacunal. Por lo tanto, aquellos casos vacunados de menos de 30 días, se deberán considerar como sospechosos a los efectos de la vigilancia epidemiológica, y por lo tanto desencadenar las medidas de prevención y control pertinentes, pero no se recomienda realizar en ellos pruebas para el estudio etiológico, excepto en casos graves y fatales. Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus. Dirección de Epidemiología. Noviembre 2024. Disponible en:

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

⁹Incluye casos confirmados autóctonos, importados y no vectoriales. La ubicación en las semanas epidemiológicas se realizó por la fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible o "fecha mínima" (orden de jerarquía: 1) fecha de inicio de síntomas, 2) fecha de consulta, 3) fecha de toma de muestra, y 4) fecha de notificación)

Distribución según región, jurisdicción y departamento

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

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE1/2025. Argentina

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total sospechosos notificados
	Confirmados	Probables	Confirmados	Probables			
Buenos Aires	8	124	5	3	2028	538	2706
CABA	2	45	2	1	1034	354	1438
Córdoba	12	240	2	0	2629	201	3084
Entre Ríos	7	25	0	3	324	34	393
Santa Fe	11	26	2	0	1050	159	1248
Total Centro	40	460	11	7	7065	1286	8869
Mendoza	8	42	2	2	988	83	1125
San Juan	0	1	0	0	166	7	174
San Luis	0	1	0	0	52	5	58
Total Cuyo	8	44	2	2	1206	95	1357
Chaco	4	159	0	0	1375	83	1621
Corrientes	0	27	0	0	255	68	350
Formosa	215	4	0	0	2593	1	2813
Misiones	1	10	0	1	510	1	523
Total NEA	220	200	0	1	4733	153	5307
Catamarca	0	9	0	1	464	3	477
Jujuy	0	0	0	0	627	12	639
La Rioja	1	17	0	0	179	12	209
Salta	2	28	0	1	1032	78	1141
Santiago del Estero	0	27	0	1	585	190	803
Tucumán	3	138	0	0	2031	394	2566
Total NOA	6	219	0	3	4918	689	5835
Chubut	0	0	2	1	10	1	14
La Pampa	0	0	0	0	98	9	107
Neuquén	0	0	0	0	16	3	19
Río Negro	0	0	0	1	3	0	4
Santa Cruz	0	0	0	0	23	3	26
Tierra del Fuego	0	0	0	0	4	1	5
Total Sur	0	0	2	2	154	17	175
Total País	274	923	15	15	18076	2240	21543

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

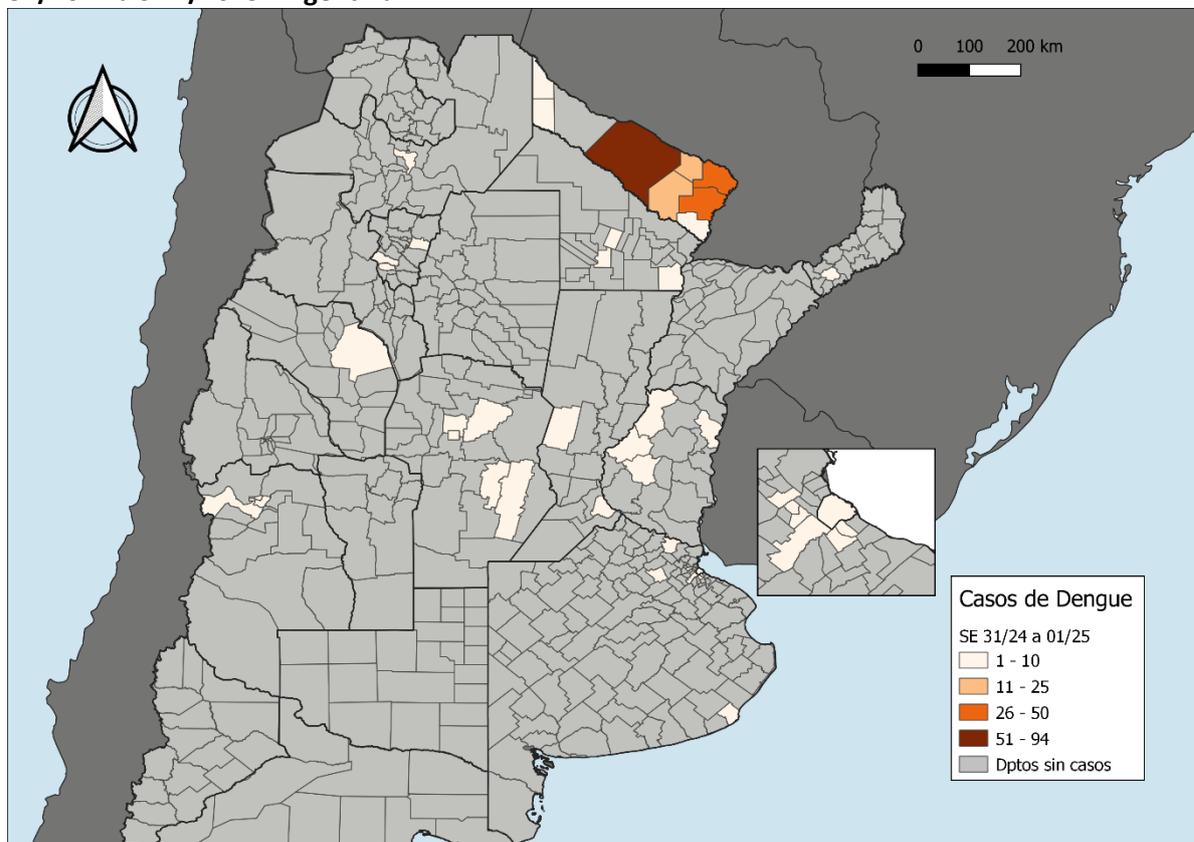
Los casos se presentaron durante todas las semanas a expensas de las notificaciones aportadas principalmente por la provincia de Formosa donde se registraron conglomerados de casos en los departamentos Capital, Patiño, Pilagás, Pirané y Pilcomayo, aunque de poca cuantía.

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

(Capital).

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

Mapa 1. Dengue: Casos de dengue por departamento con casos autóctonos y en investigación. SE 31/2024 a SE 1/2025. Argentina.



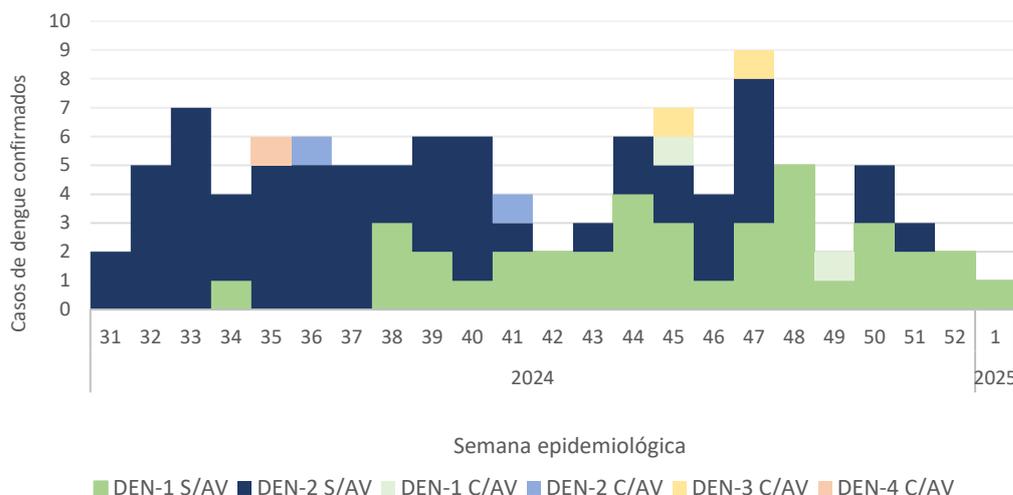
Fuente: Elaboración propia del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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

Situación según serotipos circulantes

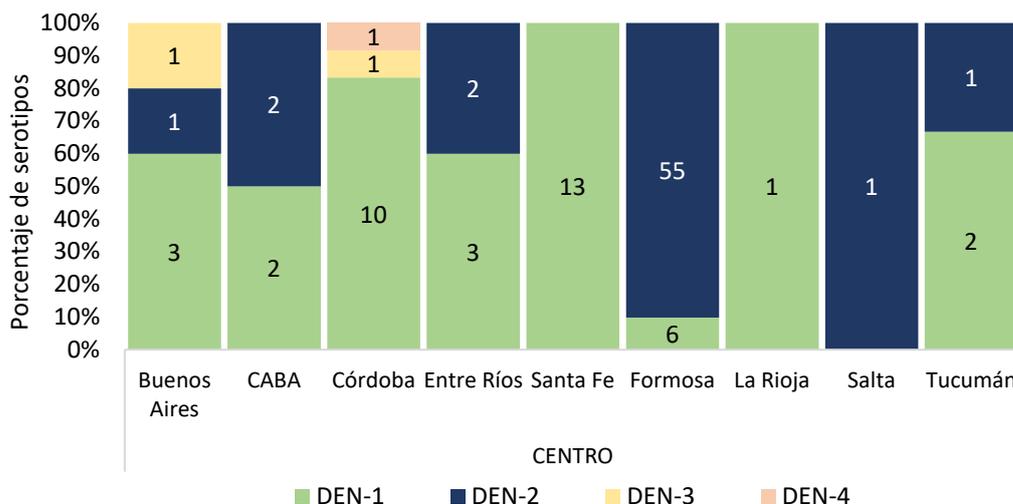
En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-2 (59%), sobre todo a expensas de la notificación de la provincia de Formosa. Los casos a DEN-1 alcanzan un 38%. Los dos hallazgos de DEN-3 y uno de DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país.

Gráfico 8. Dengue: identificación de serotipo y antecedente de viaje según semana epidemiológica según fecha mínima. SE31/2024 a SE1/2025. Argentina.



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

Gráfico 9. Dengue: Distribución proporcional y número de casos de dengue con identificación de serotipo (n=105) según provincia. SE31/2024 a SE1/2025. Argentina.



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

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE OTROS ARBOVIRUS

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de Fiebre Chikungunya, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2024-2025 (SE31/2024 a SE1/2025).

La vigilancia de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y estudios en personas con antecedentes de viaje a zonas donde se está registrando transmisión; durante el 2024 se han investigado hasta el momento 1417 casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas para Otros arbovirus. SE31/2024 a SE1/2025. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre amarilla	
	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	56	0	23	0	1	3	20	0	3
CABA	0	5	0	1	0	1	0	1	0	0
Córdoba	0	35	0	11	0	0	3	194	0	0
Entre Ríos	0	18	0	1	0	1	3	25	0	1
Santa Fe	0	379	0	27	0	12	0	7	0	6
Total Centro	0	493	0	63	0	15	9	247	0	10
Mendoza	0	131	0	63	0	3	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
San Luis	0	0	0	1	0	0	0	6	0	0
Total Cuyo	0	131	0	64	0	3	0	8	0	0
Chaco	13	486	0	229	0	8	0	1	0	1
Corrientes	0	7	0	1	0	7	0	1	0	0
Formosa	0	16	0	3	0	1	0	0	0	0
Misiones	0	29	0	16	0	22	0	0	0	16
Total NEA	13	538	0	249	0	38	0	2	0	17
Catamarca	0	11	0	7	0	0	0	0	0	7
Jujuy	0	21	0	5	0	1	0	1	0	0
La Rioja	0	24	0	21	0	0	0	1	0	1
Salta	0	230	0	145	0	49	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	14	0	6	0	0	0	2	0	0
Tucumán	0	5	0	8	0	55	0	0	0	0
Total NOA	0	305	0	192	0	105	0	4	0	8
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total País	13	1467	0	568	0	161	9	261	0	35

Pos: positivas

Est: estudiadas

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

Los 13 casos positivos Chikungunya de la provincia del Chaco corresponden a casos probables por IgM positiva; casos aislados desde la SE35 hasta la SE48, en distintos departamentos de la provincia, la mayoría en Quitilipi.

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA DE SE 01/2024

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

- Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 52 de 2024 se registraron 1.226.639 casos de ETI, 178.185 casos de Neumonía y 184.663 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando un aumento de las notificaciones de ETI del 5,5% y una disminución de neumonías de 7,9% y de bronquiolitis 22,0%, respecto al mismo período del 2023.

Vigilancia de virus respiratorios priorizados en Unidades de Monitoreo Ambulatorio:

- **Virus Influenza:** A lo largo del año 2024 se registraron casos durante todas las semanas con el mayor número reportado entre las SE21 y SE24. El aumento estacional experimentado a partir de la SE16 y hasta la SE28 estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el mayor descenso de casos de Influenza A, aumenta la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. En las SE52/2024 y SE01/2025 se notificaron 4 detecciones de influenza entre las 51 muestras estudiadas.
- **VSR:** aproximadamente el 74% de los casos se registraron entre las SE24 y SE34. Desde SE35, se registra un menor número de casos semanales, con 2 detecciones entre 47 muestras estudiadas en las últimas dos semanas.
- **SARS-CoV-2:** alrededor del 67% de los casos del período se registraron entre las SE01 y SE12. Si bien posteriormente las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, a partir de la SE34 se observó un ligero aumento en los casos, alcanzando su punto máximo en la SE44, seguido de una disminución en el número de detecciones semanales desde la SE45.

Vigilancia de virus respiratorios priorizados en pacientes internados:

- Durante la SE01/2025 se registraron 14 detecciones de SARS-CoV-2 y 2 casos de influenza, sin casos positivos para VSR.
- **Virus Influenza:** Se registró un ascenso de las detecciones desde SE16, con el 80% de los casos del año concentrados entre las SE18 y SE30, fundamentalmente a expensas de Influenza A. A partir de la SE 31, se observó una disminución en el número de casos, con detecciones tanto de Influenza A como B, predominando Influenza B a partir de la SE 32. Durante 2024, se notificaron 186 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.
- **VSR:** El 92% de los casos detectados durante 2024 se registraron entre las SE20 y SE36, con el mayor número de detecciones entre las SE23 y SE30.
- **SARS-CoV-2:** alrededor del 55% de los casos se concentraron entre las SE1 y SE12. A partir de la SE13 y hasta la SE33 los casos detectados se mantuvieron por debajo de los 60 semanales. Desde la SE34 se observó un mayor número de detecciones respecto a lo registrado en las semanas previas, que alcanzó un máximo de 191 casos en SE42, con tendencia descendente posterior.

Vigilancia a través de la red de laboratorios de virus respiratorios

- **Influenza:** Si bien se detectaron casos durante todas las semanas del año, aproximadamente el 81% de lo reportado corresponde al período comprendido entre SE18 y SE30 (la tendencia al ascenso comenzó en la SE16 y el mayor número de detecciones se registró en SE23, con 2146

casos). En este período predominó el tipo A. Desde la SE31 se observa una disminución en el número de casos respecto al período previo. Durante este tiempo, se identifica un cambio en el tipo predominante, siendo casi exclusivamente del tipo B (linaje Victoria), acompañado de un leve aumento en las semanas más recientes.

- **VSR:** a partir de la SE16 de 2024 se verifica un incremento de las notificaciones, con alrededor del 92% de los casos concentrados entre las SE20 y SE36. Si bien los casos presentan tendencia descendente, se registran más de 100 casos semanales hasta la SE39.
- **SARS-CoV-2:** el mayor número de detecciones se observó a comienzos del año, concentrándose el 82% de los casos entre las SE1 a SE12, con el período de mayor detección entre las SE03 y SE06 (promedio 7119 casos). Entre las SE17 y SE31 los casos se mantuvieron por debajo de 130 semanales. A partir de la SE32 se verifica un paulatino ascenso de las detecciones, con un máximo de 823 casos en la SE44.
- Otros virus respiratorios: en el momento actual se registra circulación de parainfluenza (tercero en frecuencia luego de SARS CoV-2 e influenza), y en menor medida adenovirus y metapneumovirus.

Vigilancia universal de COVID-19:

- Desde la SE29 se registró un ascenso de las detecciones semanales de SARS-CoV-2, aunque los casos permanecen en valores bajos, con el máximo registrado en SE44 (963 casos) y tendencia descendente posterior. En la SE01 de 2025 se registraron 42 casos confirmados, sin personas fallecidas con este diagnóstico.¹⁰
- **Variantes de SARS CoV-2:** Entre las SE33 y 40 de 2024, BA.2.86* se identificó en un 43,8% (n=71), seguida de KP.3.1.1 en un 27,2% (n=44). Además, 13,6% correspondieron a JN.1* (n=22), 3,7% a LB.1 (n=6), 3,1% a XEC (n=5), 2,5% a KP.3 (n=4) y 1,9% a KP.2 (n=3) (*Indica la inclusión de linajes descendientes).¹¹

ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

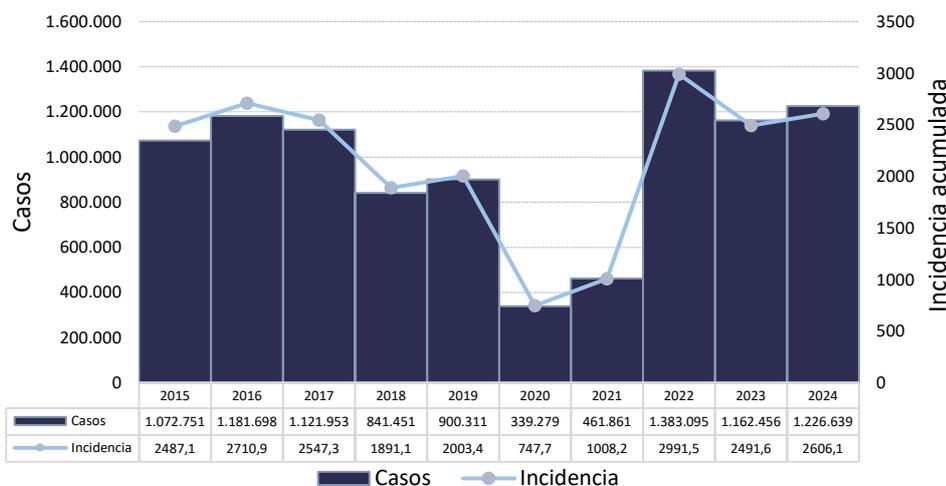
Entre las SE 1 y 52 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.226.639 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2606,1 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en el período 2015-2024, se observa que el número de notificaciones de ETI correspondiente a las SE1-52 de 2024 es menor respecto del año 2022 (cuando se registraron un total de 1.383.095 casos), y mayor en comparación con los restantes años históricos analizados.

¹⁰ 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.

¹¹ La información de vigilancia genómica de SARS-CoV-2 fue actualizada el 25 de diciembre de 2024.

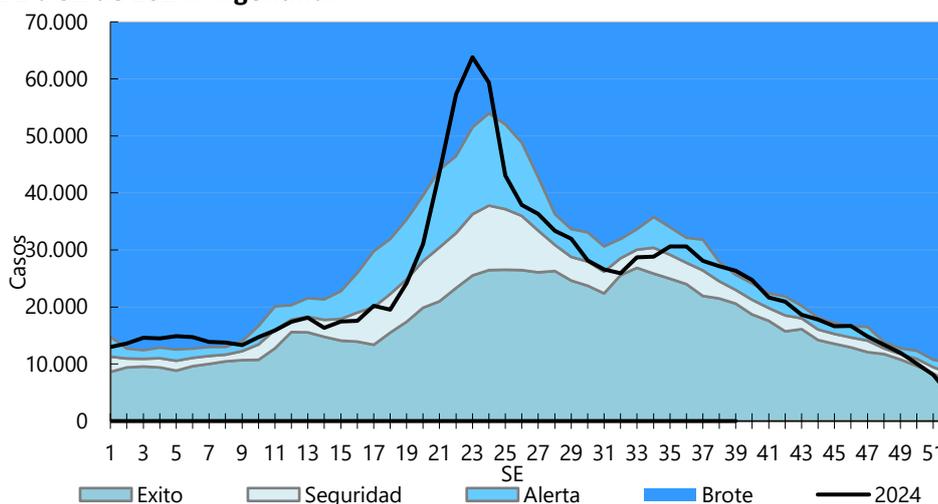
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE52. Total país.



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

En 2024, las notificaciones de ETI registradas en el SNVS mostraron un ascenso inicial hasta alcanzar niveles de brote entre las semanas epidemiológicas (SE) 2 y 8, seguido de un descenso a niveles de seguridad. Desde la SE10, las notificaciones mostraron una tendencia ascendente, más marcada a partir de la SE19, alcanzando nuevamente niveles de brote entre SE22 y 24. Posteriormente, los casos disminuyeron y, a partir de la SE33, se observó un ligero ascenso que alcanzó niveles de brote en las SE39 y 40. Finalmente, los casos descendieron y se ubicaron en niveles esperados desde la SE49. En comparación con años previos, durante el año 2024 el pico estacional se adelanta dos semanas con un máximo de notificaciones en la SE23.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023¹². SE 1 a 52 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

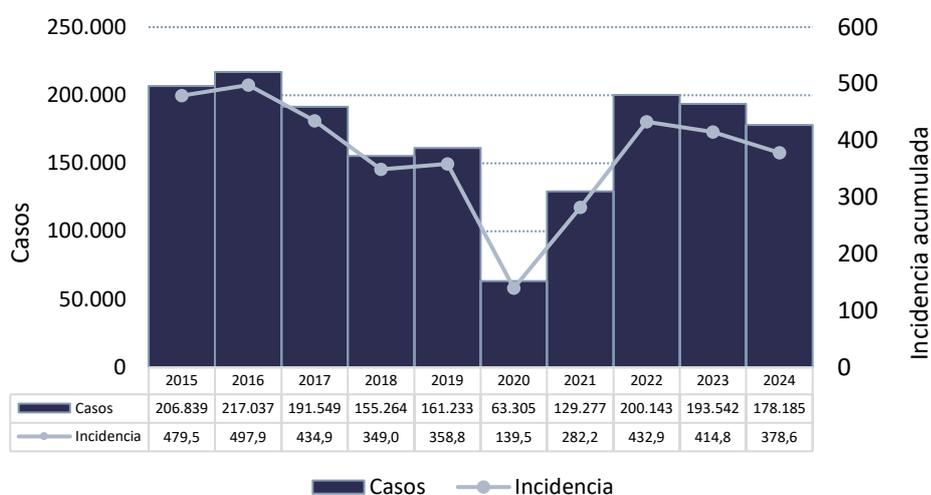
¹² Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

NEUMONÍA

Entre las SE 1 y 52 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 178.185 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 378,6 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías entre las SE1 a 52 del período 2015-2024, se observa que los años con el mayor número de casos fueron 2016 y 2015. Entre los años 2016 a 2018 se verifica que las notificaciones de neumonía muestran tendencia descendente, con un incremento en 2019 y un nuevo descenso en 2020. Entre los años 2021 y 2023 los casos vuelven a ascender. Para el año en curso, las notificaciones superan a las registradas para el período 2018-2021, mientras se encuentran en valores más bajos respecto a los restantes años analizados.

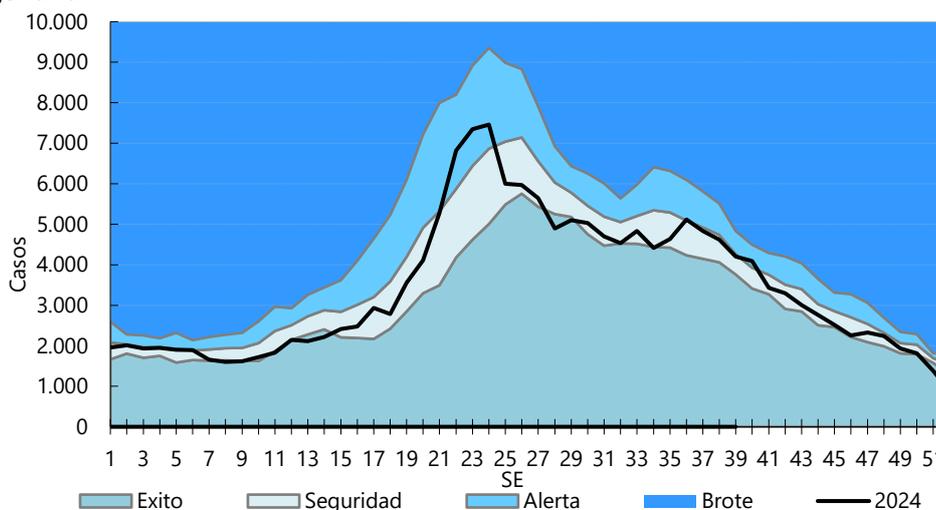
Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE52. Total país.¹³



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 2024, las notificaciones de neumonía se ubicaron entre las zonas de seguridad y alerta durante las SE1 a SE7, mientras que a partir de la SE8 oscilaron entre niveles esperados y de seguridad. A partir de SE10 se registra una tendencia ligeramente ascendente de las notificaciones semanales, que se acelera en SE19 y alcanza niveles de alerta entre SE22 y 24, con un descenso posterior. Si bien a partir de la SE27 las notificaciones oscilan entre niveles de éxito y seguridad, entre las SE35-36 se registra un ligero nuevo ascenso de los casos que alcanzan el límite con niveles de alerta. Luego las notificaciones descienden y se ubican en niveles esperados desde SE49. El máximo número de notificaciones se registra en SE24, coincidiendo con el pico estacional registrado para años históricos.

¹³ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 de 2022. A partir de la SE23/2022 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRA en Argentina, se contabilizan las neumonías en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada numérica y las neumonías en casos hospitalizados notificadas con modalidad nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023.¹⁴ SE 1 a 52 de 2024. Argentina.

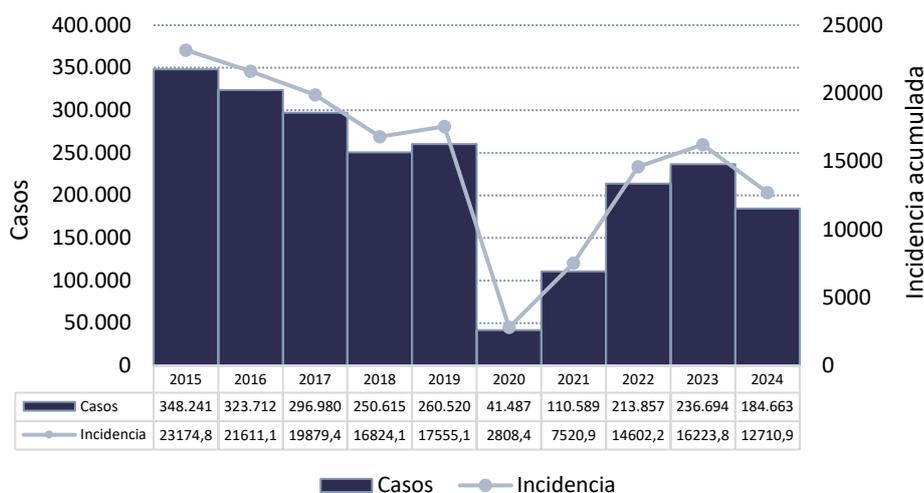
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

BRONQUIOLITIS

Entre las SE 1 y 52 de 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 184.663 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 12.710,9 casos/100.000 habitantes.

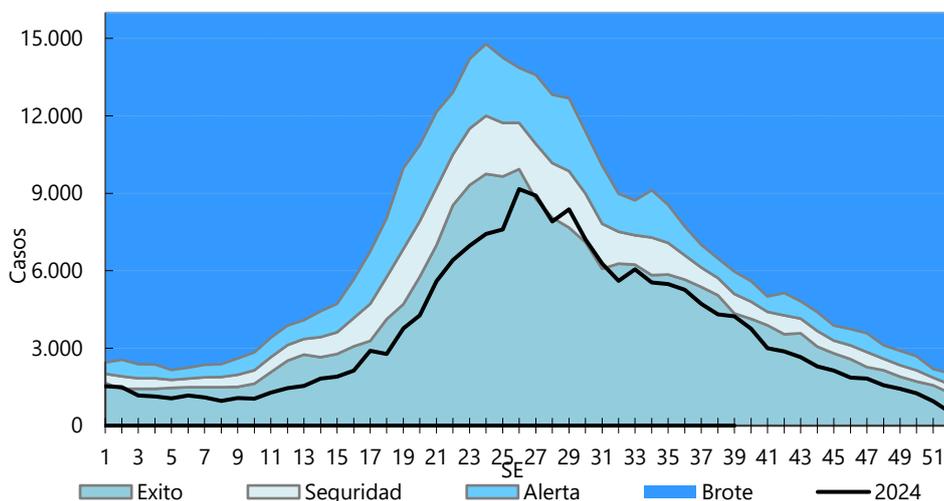
El número de notificaciones de bronquiolitis en los nueve años previos (2015-2023) muestra que el año con mayor número de casos fue 2015, con un descenso paulatino y continuo en las notificaciones de los siguientes años, volviendo a incrementarse en 2019, con un nuevo descenso y valores inusualmente 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.

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

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolititis por 100.000 habitantes. Años 2015-2024. SE52. Total país¹⁵.

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

Durante el año 2024, las notificaciones de bronquiolititis en menores de 2 años oscilaron entre la zona de éxito y seguridad en las primeras 2 SE, ubicándose posteriormente dentro de los límites esperados. Las notificaciones presentan tendencia ascendente desde la SE11 y alcanzan su máximo en SE26, con descenso posterior. En relación a los registros históricos, el pico estacional para el año 2024, se presenta tres semanas más tarde. Entre las SE27 y 31, si bien se observa tendencia descendente en el número de notificaciones semanales, los casos de bronquiolititis oscilan entre niveles de seguridad y éxito, permaneciendo en las semanas siguientes en niveles esperados.

Gráfico 6: Bronquiolititis: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023.¹⁶ SE 1 a 52 de 2024. Argentina.

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

¹⁵ 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 Bronquiolititis en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada numérica y las Bronquiolititis en casos hospitalizados notificadas con modalidad nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

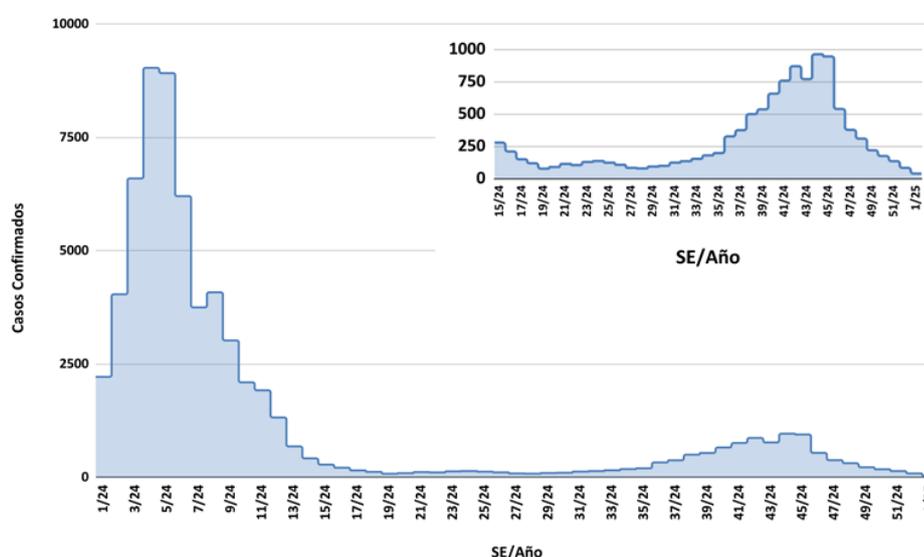
¹⁶ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022

COVID-19

En 2024, aunque el número de casos confirmados de COVID-19 por semana epidemiológica fue menor en comparación con años anteriores, se registró un aumento en las detecciones de SARS-CoV-2 entre la semana epidemiológica 52 de 2023 y la semana 4 de 2024. Durante este período, se reportó un promedio de 4.620 casos semanales, seguido de una tendencia descendente en las semanas posteriores.

Entre la SE29 y SE44 se registró un nuevo ascenso en las detecciones semanales de COVID-19. No obstante, los casos se mantuvieron en valores bajos, con un promedio de 423 casos semanales. El pico máximo se registró en la semana 44, con 963 notificaciones seguido de una disminución en las semanas siguientes.

Gráfico 7: COVID-19: Casos confirmados por semana epidemiológica. SE 01/2024 a SE 01/2025. Argentina.



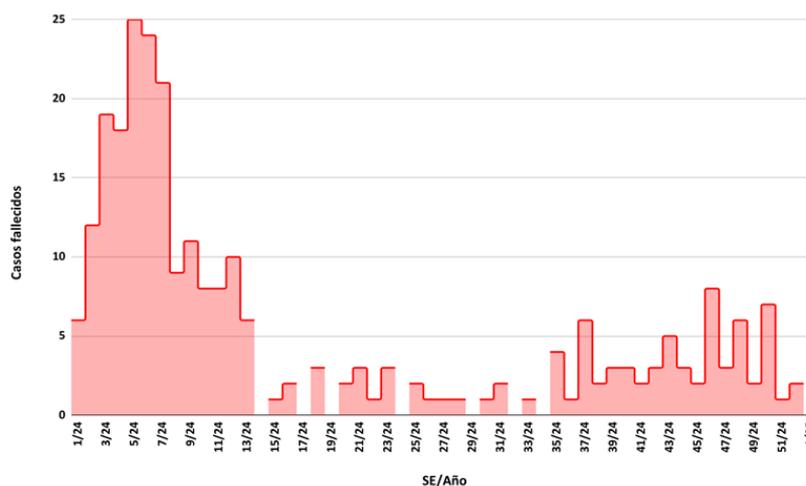
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS^{2.0}.

Respecto a los fallecimientos, se observó en las primeras semanas de 2024 un ligero aumento en las notificaciones en el SNVS 2.0 en concordancia con el ascenso de casos registrado, que alcanzó su máximo en la SE5 de 2024 y posteriormente presentó una tendencia descendente. Durante el segundo aumento de casos de COVID-19, el número de fallecimientos con este diagnóstico mostró un patrón oscilante, sin una tendencia clara establecida.

Durante la SE01/2025, no se registraron personas fallecidas con diagnóstico de COVID-19¹⁷.

¹⁷ De acuerdo a la estrategia de vigilancia epidemiológica vigente, para el análisis de fallecimientos por COVID-19 se consideran los casos en los que se registre tanto el fallecimiento, así como el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 por las técnicas de laboratorio disponibles en alguno de los eventos para la notificación de IRAs en el SNVS.

Gráfico 8: COVID-19: Casos fallecidos por semana epidemiológica. SE 01/2024 a SE 01/2025. Argentina.



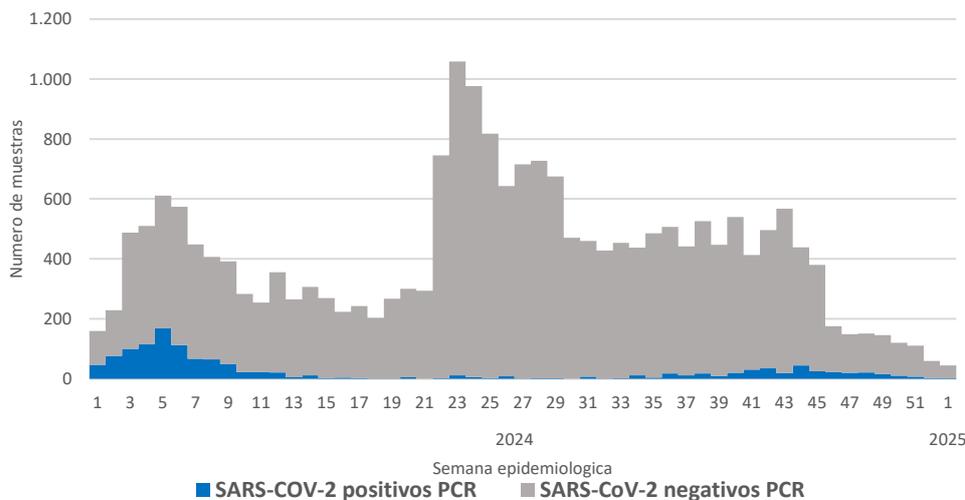
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS^{2.0}.

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

Durante el año 2024, se registraron en el SNVS2.0, en el evento “Monitoreo de SARS COV-2, Influenza y VSR en ambulatorios”, un total de 21.845 muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-COV-2, de las cuales 1291 fueron positivas. Esto representa un ascenso de 14,92% respecto a las muestras estudiadas registradas para el mismo periodo de 2023, aunque con un descenso de 41,56% en las detecciones. El porcentaje de positividad para las muestras acumuladas durante 2024 es de 5,91%. Además, en la última semana analizada, SE1 del año 2025, se registraron 2 casos confirmados de SARS-COV-2 entre las 44 muestras estudiadas por PCR, con un porcentaje de positividad del 4,55%.

Entre las SE1 y 5 de 2024, se observó un ascenso tanto en las muestras estudiadas como en las detecciones de SARS-CoV-2 en UMA por técnica molecular, con un descenso posterior. Alrededor del 67% de los casos en UMA de 2024 fueron detectados durante primeras 12 SE del año. Si bien desde la SE13 y hasta la actualidad las detecciones se mantuvieron en niveles bajos, a partir de la SE34 se registra un ligero ascenso de casos, que alcanzaron su máximo en SE44, con un menor número de detecciones semanales desde la SE45.

Gráfico 9. Muestras positivas y negativas para SARS-COV-2 por técnica PCR, por SE. SE1/2024 a SE1/2025. Estrategia UMA. Argentina.

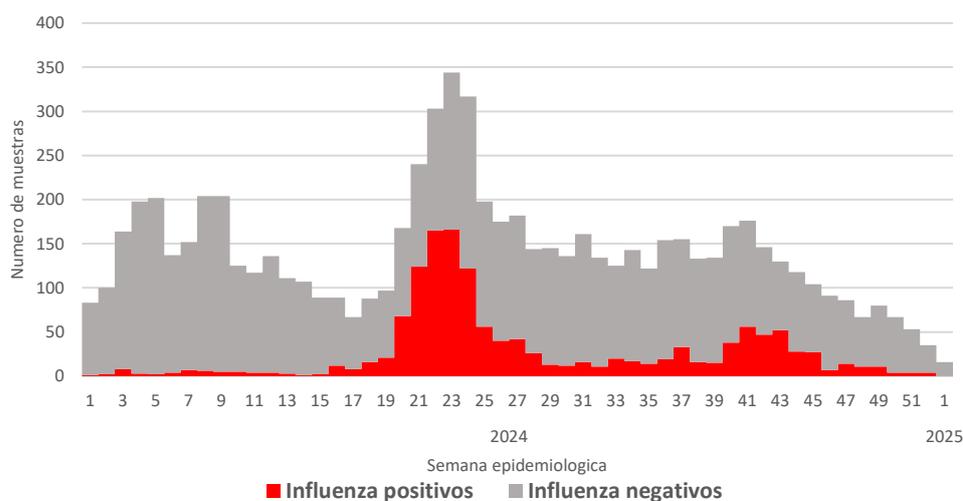


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

Además, en 2024 se estudiaron un total de 7.406 muestras para influenza, de las cuales 1412 resultaron positivas. Aunque se registra una disminución del 9,63% en el número de muestras estudiadas en comparación con 2023, el incremento del 98,04% en las detecciones evidencia una mayor circulación del virus en el período analizado. La positividad acumulada para influenza en las UMA durante 2024 se situó en un 19,07%.

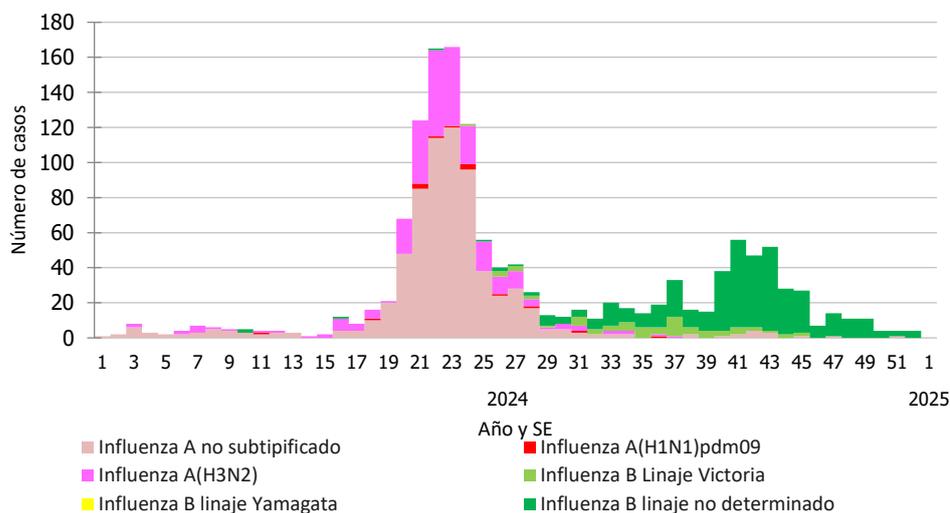
Aun cuando a lo largo del año se registraron casos de influenza en UMA durante todas las semanas, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24 (máximo en SE23- 166 casos). Este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observa un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria.

Con respecto a las últimas dos semanas analizadas (SE52/2024 y SE1/2025) se notificaron 4 detecciones de influenza entre las 51 muestras estudiadas.

Gráfico 10. Muestras positivas y negativas para influenza, por SE. SE1/2024 a SE1/2025. Estrategia UMA. Argentina.

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

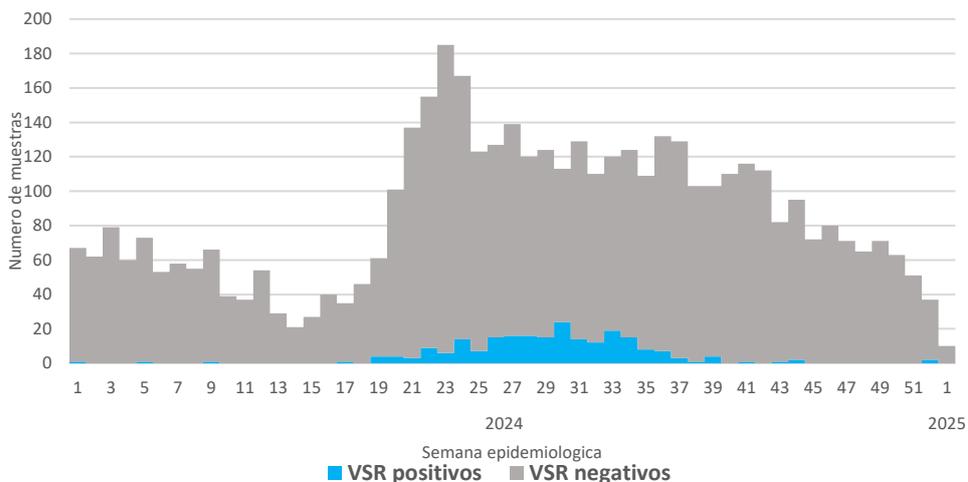
En relación con las detecciones de virus influenza para el año 2024 (n= 1412), la mayoría correspondieron a Influenza A (n= 953, 67,49%), mientras que los 459 casos restantes fueron de Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 272 muestras cuentan con subtipificación, predominando Influenza A (H3N2) (n=258), seguidas de Influenza A (H1N1) pdm09 (n=14). Entre los casos de influenza B detectados en la estrategia UMA en el periodo analizado, 69 fueron identificados como Influenza B Victoria, el resto correspondieron a Influenza B sin identificación de linaje.

Gráfico 11. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica – SE1/2024 a SE1/2025. Estrategia UMA. Argentina.

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

En cuanto a VSR, en 2024 se registraron 4.537 muestras estudiadas con un total de 226 positivos para VSR en UMAs y una positividad acumulada de 4,98%. Se verifica un ascenso de las detecciones de VSR a partir de la SE19, con aproximadamente el 74% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. En las dos últimas semanas analizadas (SE52/2024 y SE1/2025), se notificaron 2 casos de VSR entre las 47 muestras estudiadas.

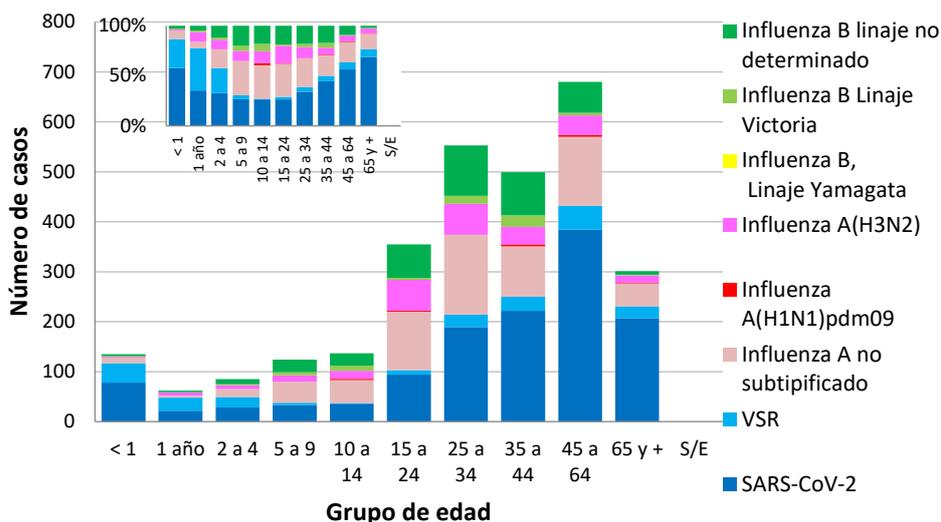
Gráfico 12. Muestras positivas y negativas para VSR por SE. SE1/2024 a SE1/2025. Estrategia UMA. Argentina.



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

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

Gráfico 13. Distribución absoluta y relativa de casos de virus SARS-CoV-2, influenza según tipos, subtipos y linajes y VSR por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE1/2025. Estrategia UMA. Argentina.



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

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

Durante el año 2024, en términos acumulados, se notificaron 6471 casos de SARS-CoV-2 en personas internadas. Respecto al mismo periodo del año 2023, esto representa 13,78% menos casos.

Las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas presentaron una tendencia ascendente entre las SE52/2023 y SE5/2024, seguido de un descenso progresivo y continuo hasta alcanzar niveles más bajos en la SE 12. Se destaca que en las primeras 12 semanas de año se concentró el 54% de los casos registrados a lo largo del año. Entre la SE13 y la SE33, los casos detectados permanecieron en niveles bajos, con menos de 60 detecciones semanales (mínimo de 19 en SE17 y máximo de 57 en SE33). A partir de la SE34, se observa un nuevo incremento en el número de detecciones, aunque de menor magnitud en comparación con el ascenso previo, alcanzando un máximo de 191 casos en la SE42. Posteriormente, desde la SE43, se observó una disminución sostenida, con un promedio de 37 casos semanales en las últimas 5 semanas analizadas, registrándose 14 casos hospitalizados con este diagnóstico para la SE01/2025.

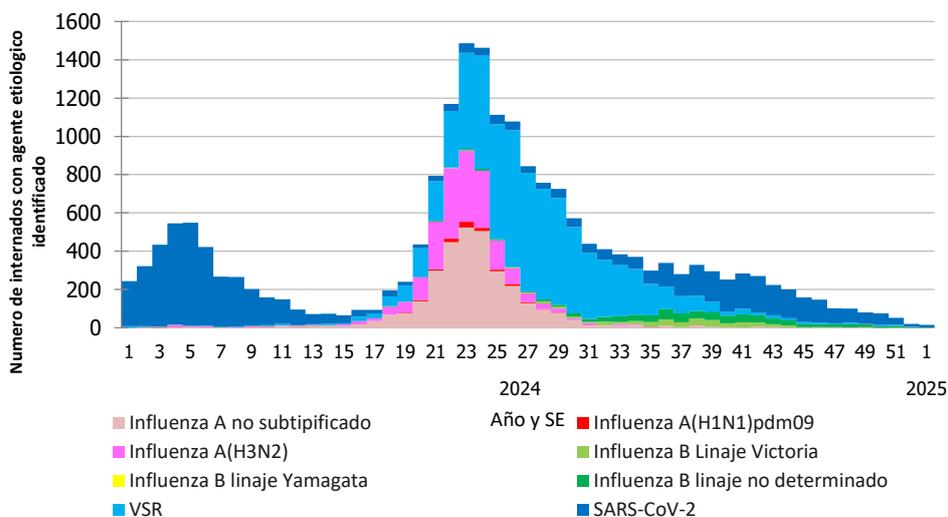
Adicionalmente, a lo largo de 2024, se registraron 6257 detecciones positivas para virus influenza en internados, lo que representa un incremento del 103,08 % en comparación con las notificaciones del mismo período en 2023.

A partir de la SE16 se registra un ascenso de las detecciones semanales de influenza en hospitalizados, que alcanzan su máximo en SE23 (con 934 casos) seguido de un descenso posterior. El 80% de los casos notificados en el año se concentraron entre las SE18 y SE30, principalmente a expensas de Influenza A/H3N2. Desde la SE31 se registra un menor número de casos, con detecciones tanto de Influenza A como B, aunque con predominio de influenza B desde la SE32 en adelante. En la SE01/2025 se registraron 2 casos de influenza en personas hospitalizadas.

Respecto a VSR, en 2024 se notificaron 7311 casos hospitalizados positivos para VSR, con un descenso del 19,71% respecto a las notificaciones del mismo periodo del año previo.

A partir de la SE16 se registra tendencia ascendente de las detecciones semanales de VSR, que alcanza su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. El 92% de los casos de VSR durante 2024 fueron identificados entre las SE20 y 36, con el mayor número de detecciones entre las SE23 y SE30. En la última semana analizada (SE01/2025), no se registraron detecciones de VSR en personas hospitalizadas.

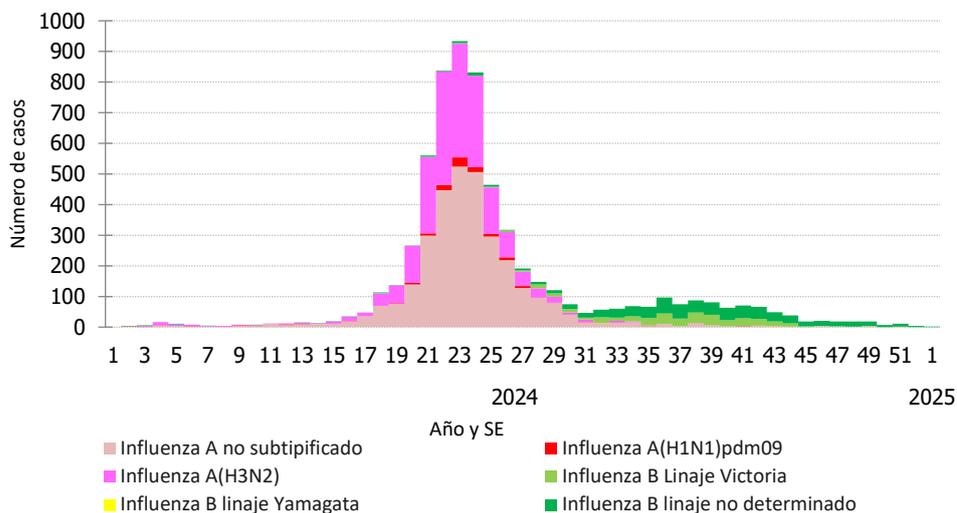
Gráfico 14. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE1/2025. Argentina.



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

Para el año 2024, entre las 6257 detecciones de influenza, 5227 fueron influenza A (83,54%) y 1030 influenza B (16,46%). Respecto de los virus Influenza A, 2062 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales la mayoría correspondieron a influenza A (H3N2) ($n=1943$, 94,23%), mientras que las 119 muestras restantes fueron identificadas como influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 351 muestras fueron identificadas como Influenza B Victoria, en tanto que las demás muestras permanecen como Influenza B sin linaje.

Gráfico 15. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE1/2024 a SE1/2025. Argentina.

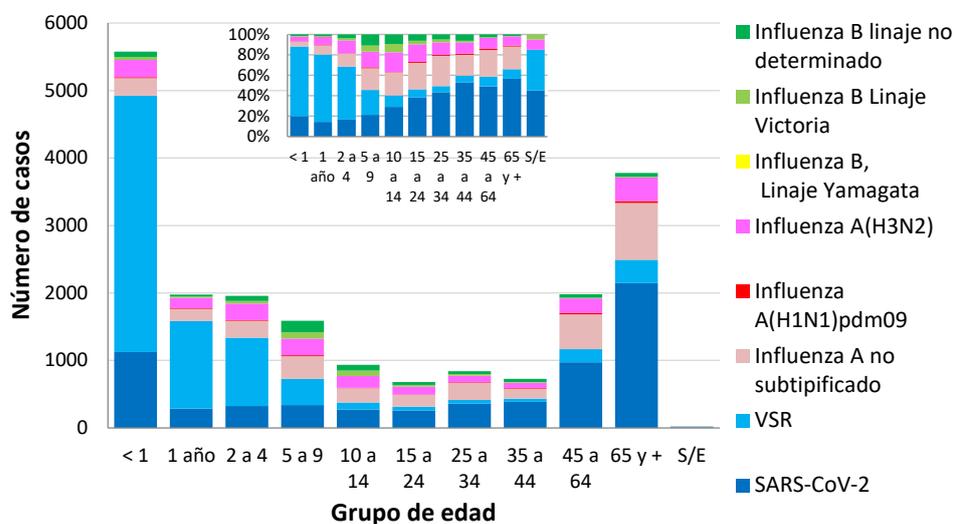


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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

edad, principalmente en adultos mayores, menores de 1 año y personas de 45 a 64 años.

Gráfico 16. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2024 a SE1/2025.



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

A la fecha de elaboración de este informe, entre las SE 01-52 del año 2024, se notificaron al SNVS 2.0 186 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.¹⁸

VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS - RED DE LABORATORIOS

A partir de la SE32, se verifica un incremento de los casos de SARS-CoV-2 alcanzando el mayor número de detecciones en SE44. Influenza presentó un ascenso pronunciado de las notificaciones desde SE16, con predominio de influenza A, que alcanzó su máximo en SE23 y luego descendió, observándose concomitantemente un paulatino aumento de las detecciones de influenza B. Respecto a VSR, se registró un ascenso desde la SE16, que alcanzó su máximo en SE26, con un descenso posterior.

Si bien el número de casos de SARS-CoV-2 por SE en 2024 es menor en comparación con años previos, se observó un ascenso de las detecciones durante las primeras semanas del año, con el 82% de los casos registrados en el año concentrados entre las SE1 a SE12. Durante ese aumento de casos, el periodo de mayor detección se dio entre las SE03 y SE06, con un promedio de 7119 casos y un máximo de 8463 en la SE04. Posteriormente, se registró un descenso de las detecciones, que se mantuvieron por debajo de los 130 casos semanales entre las SE17 y SE31 (mínimo de 70 en la SE19 y un máximo de 127 en la SE24). A partir de la SE32, las detecciones de SARS-CoV-2 presentan un ascenso, alcanzando su valor máximo en la SE44, con 823 casos.

Para el año 2024, se destaca un ascenso pronunciado de las notificaciones de influenza desde SE16 a SE23 (máximo de 2146 casos), registrándose predominantemente casos de influenza A sin subtipificar/A H3N2, con un menor número de detecciones semanales en las siguientes semanas. Si bien se detectaron casos durante todas las semanas del año, aproximadamente el 81% de lo

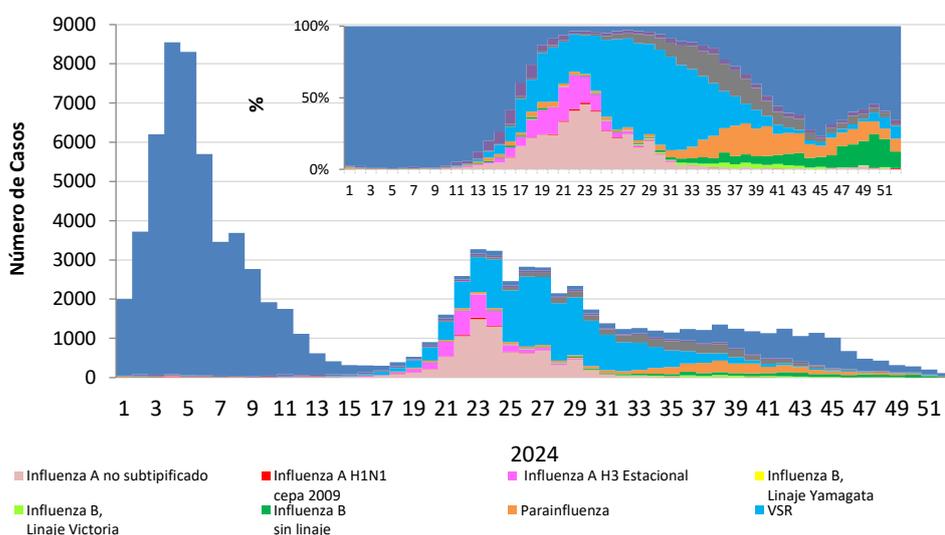
¹⁸ Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

reportado corresponde al periodo comprendido entre SE18 y SE30. Desde la SE31 se observa una disminución en el número de casos en comparación con el período previo. No obstante, en las últimas semanas del año, se observó un cambio en el tipo de influenza identificado, con predominio del tipo B (linaje Victoria), que experimentó un aumento.

En relación a los casos de VSR, a partir de la SE16 de 2024 se verifica un incremento de las notificaciones, que alcanzan su máximo en SE26 (1781 casos). Se destaca que alrededor del 92% de las detecciones se concentran entre las SE20 y SE36. Luego del máximo alcanzado en SE26, los casos presentan tendencia descendente, aunque permanecen por encima de los 100 casos semanales hasta la SE39.

Respecto a otros virus respiratorios, en la SE52 de 2024 se verifica su circulación en orden de frecuencia: parainfluenza, adenovirus y metapneumovirus. Desde la SE23 se registra un ascenso de las detecciones de metapneumovirus, que alcanzó su máximo en SE38. Además, entre las SE30 a 38, se verifica un incremento de los casos de parainfluenza, seguido de un descenso posterior.

Gráfico 17. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE52/2024. Argentina.



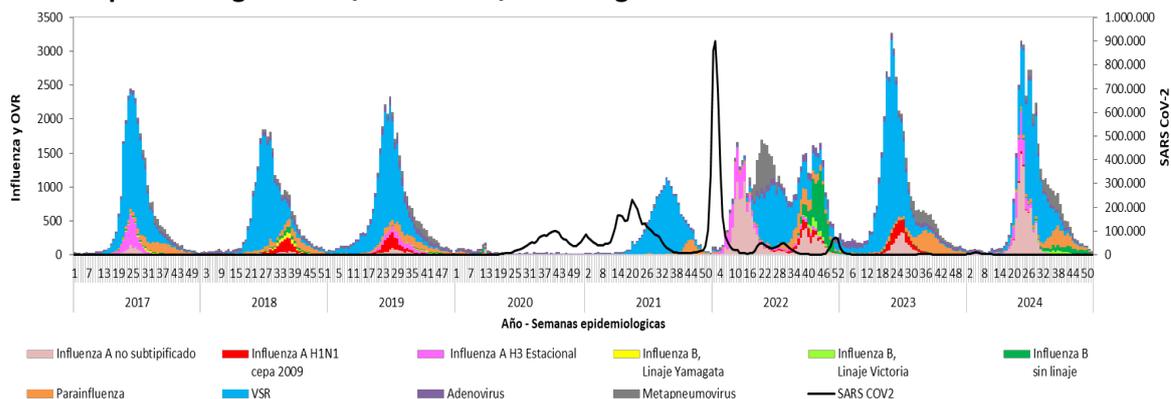
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

La curva histórica de casos positivos de virus respiratorios por semana muestra un marcado descenso para el año 2020 en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios. Durante el año 2022 se ha registrado un comportamiento inusual tanto en la estacionalidad y número de casos registrados de Influenza con un ascenso entre las SE3-14 y SE34-45 -este último a expensas fundamentalmente de Influenza A (H1N1) e Influenza B; así como también por la frecuencia y distribución de OVR, fundamentalmente de metapneumovirus para el cual se registró una elevada frecuencia absoluta y relativa entre las semanas 16 y hasta la 26.

Durante el año 2023, el VSR presentó una actividad estacional adelantada en comparación con la mayoría de los años pre-pandémicos y años 2021-2022, con un rápido ascenso de notificaciones entre SE 13 y 22. El número de detecciones positivas para parainfluenza fue mayor al de todos los años históricos del periodo analizado, con un comportamiento estacional similar al registrado para los años 2017 y 2018. Los casos positivos para adenovirus se identificaron durante todas las semanas del año 2023, con el mayor número de casos notificado en la SE5 -a diferencia del pico de casos entre

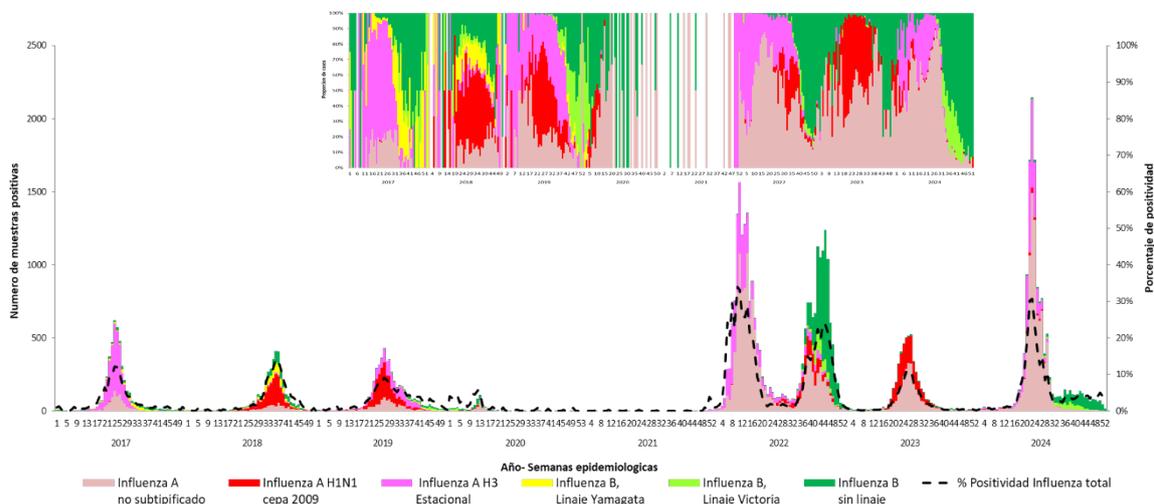
las SE30 y 37 para los años 2017-2019- y una tendencia descendente de las detecciones semanales durante todo el 2023 luego del mayor número de muestras positivas observadas durante 2022. En cuanto a metapneumovirus, se verificó un descenso de las notificaciones en 2023 respecto a las muestras positivas del año 2022, con un 43,32% menos detecciones en el 2023 y un comportamiento estacional similar al observado en el período 2017-2019. En relación a influenza, durante el año 2023 se observó un ascenso de casos entre las SE18-27 de 2023, similar a lo registrado para los años 2017 y 2019.

Gráfico 18. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE52/2024. Argentina.



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

Gráfico 19. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE52/2024. Argentina.



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

VARIANTES DE SARS-COV-2

Situación mundial

A nivel mundial, durante el periodo de 28 días comprendido entre el 14 de octubre y el 10 de noviembre de 2024, se compartieron 24.086 secuencias de SARS-CoV-2 a través de GISAID, lo que representa una disminución del 32,7% en comparación con el período de 28 días anterior. De las

secuencias compartidas, el 0,1% provino de África, el 52,8% de las Américas, el 0,1% del Mediterráneo Oriental, el 36,4% de Europa, el 0,2% del Sudeste Asiático y el 10,3% del Pacífico Occidental.¹⁹

Actualmente, la OMS está monitoreando una Variante de Interés (VOI), JN.1, y seis linajes descendientes de JN.1 (VUMs): JN.1.18, KP.2, KP.3, KP.3.1.1, LB.1 y XEC.^{20;21}

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

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

Situación nacional

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

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

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

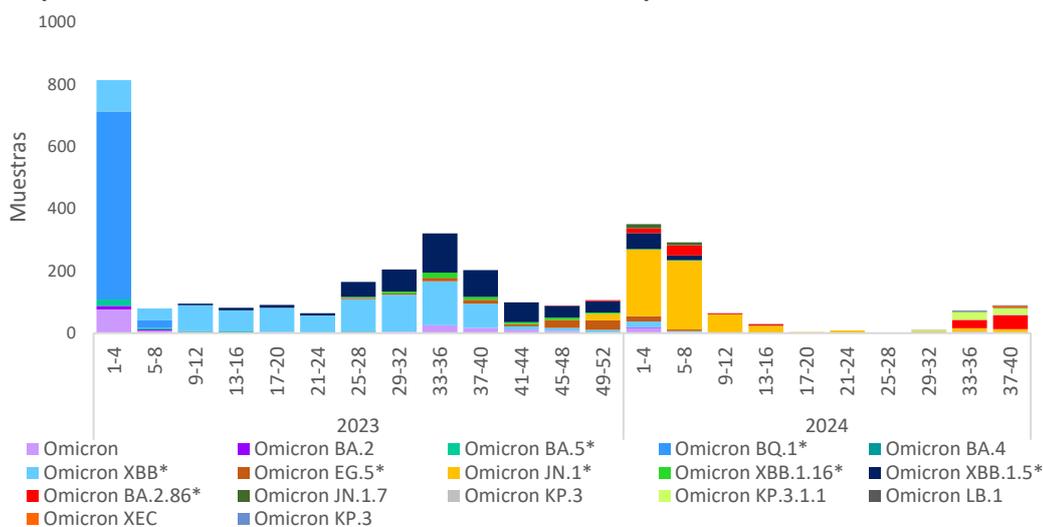
Los casos fueron detectados a partir del trabajo conjunto de la Red Nacional de Virus Respiratorios coordinada por el Laboratorio Nacional de Referencia de Virosis Respiratorias INEI-ANLIS, la Red Federal de Genómica y Bioinformática y por el Laboratorio de Salud Pública, Área Genómica y diagnóstico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

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

²⁰ OMS- Tracking SARS-CoV-2 variants-. <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

²¹ Tomado de: <https://www.who.int/publications/m/item/updated-working-definitions-and-primary-actions-for--sars-cov-2-variants>

²² Información nacional actualizada el 6 de noviembre de 2024

Gráfico 20: Distribución absoluta y relativa de variantes identificadas según fecha de toma de muestra por cuatrisesmanas. SE01/2023- SE40/2024. Total país²³.

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

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

La variante de interés (VOI) Omicron JN.1* se encuentra incorporada en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, dentro del listado de resultados de laboratorio en el Evento “Vigilancia genómica de SARS-CoV-2”

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

- Omicron KP.2 (VUM)
- Omicron KP.3 (VUM)
- Omicron KP.3.1.1 (VUM)
- Omicron JN.1.18 (VUM)
- Omicron LB.1 (VUM)
- Omicron XEC (VUM)

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS²⁴

Situación Regional: La actividad de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) ha mostrado un marcado incremento en América del Norte, asociado a la circulación de VRS e influenza. En el resto de las subregiones, se ha presentado una tendencia general a la baja. La actividad de SARS-CoV-2 continúa en descenso, aunque muestra una tendencia ascendente en Brasil, el Cono Sur y la subregión Andina. En cuanto a la influenza, se ha registrado un aumento en América del Norte y el Caribe, así como en algunos países de la subregión Andina y el Cono Sur. Finalmente, la actividad del Virus Respiratorio Sincitial (VRS) sigue siendo alta en algunos países y

²³ Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.

²⁴ 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>

territorios del Caribe, aunque con una tendencia decreciente y continúa en ascenso y con niveles elevados en América del Norte.

América del Norte: Los casos de ETI, IRAG y las hospitalizaciones asociadas a virus respiratorios han mantenido una tendencia ascendente en las últimas cuatro SE. La mayoría de los casos positivos de ETI se asocian a influenza, mientras que los de IRAG/hospitalizaciones a influenza y VRS. La actividad de influenza ha registrado un incremento y se sitúa en niveles epidémicos en todos los países. Durante este período, los virus de influenza predominantes han sido del tipo A(H3N2) y A(H1N1) pdm09. La actividad del VRS sigue en aumento, alcanzando niveles similares a los máximos observados en temporadas previas en algunos países. En contraste, la actividad de SARS-CoV-2 se mantiene niveles bajos en comparación con olas anteriores.

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

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

Por países: En las últimas cuatro SE, se ha registrado actividad de influenza en Jamaica, Santa Lucía, Barbados, y San Vicente y las Granadinas. Además, se ha detectado actividad de VRS en Belice, República Dominicana, Surinam, Barbados y Guyana. En República Dominicana, la actividad de VRS, que alcanzó niveles elevados en SE previas, continúa en descenso, mientras que los niveles de influenza y SARS-CoV-2 permanecen bajos. En Jamaica, los casos de IRAG se han mantenido en niveles epidémicos. Asimismo, los casos de neumonía, que se encuentran en niveles extraordinarios, han descendido. Durante las últimas cuatro SE, la actividad de influenza ha mostrado un aumento, superando el umbral epidémico y alcanzando niveles moderados. Por otro lado, la actividad de VRS, tras el incremento observado en SE previas, ha comenzado a descender, situándose en niveles bajos. En Surinam, se ha observado un ligero aumento en los casos de IRAG, situándose en niveles cercanos al umbral epidémico, con detecciones positivas de VRS y, en menor medida, de influenza. En Guyana, los casos de ETI han mostrado un ligero aumento durante las últimas SE, acompañado de un incremento en la proporción de casos positivos de VRS en semanas previas, que ha comenzado a

descender. Los casos de IRAG se mantienen bajos.

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

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

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

Por países: En Colombia, la actividad de IRA (Infección Respiratoria Aguda) ha registrado un ligero repunte en las últimas cuatro SE, superando el umbral epidémico. En contraste, la actividad de IRAG se mantiene por debajo de dicho umbral. Los pocos casos positivos se atribuyen mayoritariamente a influenza, cuya actividad se sitúa en torno al umbral epidémico. La actividad de SARS-CoV-2 permanece en niveles bajos. En Ecuador, la actividad de IRAG y neumonía sigue en ascenso, alcanzando niveles altos y moderados, respectivamente. La mayoría de los casos positivos de IRAG están relacionados con la influenza, cuya actividad ha aumentado a niveles moderados, con

predominio del tipo A(H3N2). Por otro lado, la actividad del VRS y SARS-CoV-2 continúa en niveles bajos. En Perú, la actividad de influenza permanece por debajo del umbral epidémico, mientras que los niveles de VRS continúan bajos. La actividad de SARS-CoV-2 ha presentado un marcado incremento en las cuatro últimas SE, situándose en niveles intermedios en comparación con olas previas. En Venezuela, tras el aumento en la actividad del VRS observado en semanas previas, se ha registrado un descenso hasta alcanzar niveles bajos. Por su parte, la actividad de influenza ha permanecido por debajo del umbral epidémico durante las últimas cuatro SE.

Brasil y Cono Sur: La actividad de ETI e IRAG se ha mantenido en niveles bajos durante las últimas cuatro SE. La actividad de influenza ha mostrado un leve ascenso, aunque se mantiene por debajo del umbral epidémico en la mayoría de los países, con excepción de Argentina y Chile. Durante este período, los virus de influenza predominantes han sido del tipo B/Victoria. La actividad del VRS continúa en niveles bajos, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 ha registrado un aumento, aunque sigue siendo inferior a los niveles máximos observados en olas previas.

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

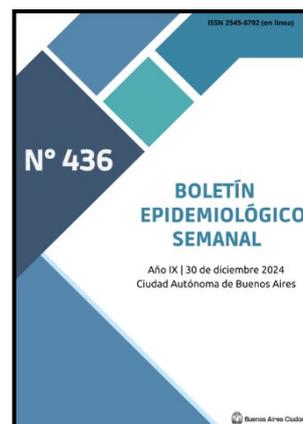
**DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES**

ABA: VIRUELA SÍMICA

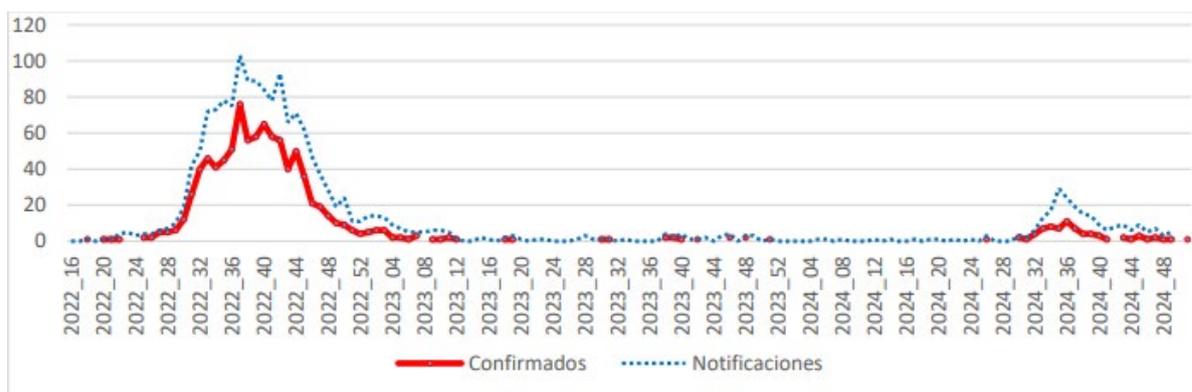
En el 2024, en el periodo comprendido entre la SE 1 y la SE fueron notificados un total de 224 residentes, que se distribuyeron de la siguiente manera: 72 casos confirmados, 115 descartados y 37 casos que se encuentran en investigación. De los 72 caos confirmados, un caso requirió internación, la cual transcurrió con resolución favorable. Del total de casos notificados en residentes, las notificaciones se distribuyeron equitativamente entre el subsector público y privado.

Hasta la fecha no se han informado casos relacionados con el clado Ib.

En caso de las SE 26 se ha determinado como asociado a la importación, pero en los notificados hasta la SE 46 inclusive, no se han podido ubicar antecedentes inmediatos de viaje. En cuanto a la vía de transmisión, la investigación epidemiológica ha registrado contactos de riesgo, asociados predominantemente a prácticas sexuales.



Notificaciones y casos confirmados viruela símica. Residentes CABA - por año y semana epidemiológica. Abr 2022/ Sep 2024 (SE 51) N notificaciones = 1728 /N casos = 980



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

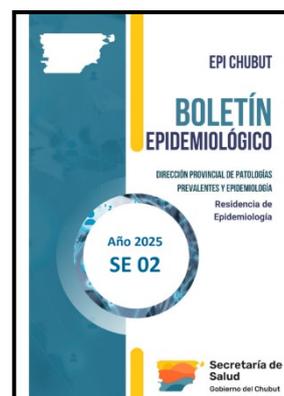
Para más información:

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

CHUBUT: SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO

A la SE 01 del año 2025 se confirmaron 12 casos de Síndrome Urémico Hemolítico, de los cuales 3 requirieron derivación a Buenos Aires y un caso falleció.

El síndrome urémico hemolítico (SUH) es una entidad clínica y anatomopatológica caracterizada por insuficiencia renal aguda, trombocitopenia y anemia hemolítica microangiopática que afecta fundamentalmente el riñón, y además otros parénquimas como intestino, sistema nervioso central, corazón y páncreas. Es una enfermedad severa que hasta el momento no tiene tratamiento específico eficaz. Afecta principalmente a niños entre 2 meses y 5 años, y a adultos mayores de 65 años. Observándose, una mayor frecuencia en los meses de verano.



Descripción de casos notificados confirmados de SUH. SE 1-52 Año 2024. N=13.

Sexo	Grupo etario	Requerimiento por gravedad	Mes	SE	Departamento de residencia	Fallecido
Mujer	2 a 4 años	Derivación a Bs.As	Enero	1	Rawson (Temporal en Cushamen)	No
Mujer	2 a 4 años	Sin requerimiento	Enero	2	Rawson	No
Mujer	5 a 9 años	Diálisis y derivación a Bs.As	Febrero	6	Rawson	Sí
Mujer	2 a 4 años	Sin requerimiento	Febrero	7	Escalante	No
Mujer	2 a 4 años	Hidratación parenteral	Marzo	10	Rawson	No
Mujer	2 a 4 años	Derivación a Bs.As	Abril	15	Futaleufú	No
Mujer	10 a 14 años	Diálisis	Junio	22	Escalante	No
Mujer	5 a 9 años	Diálisis	Octubre	43	Escalante	No
Mujer	2 a 4 años	Trasnsfusión	Noviembre	47	Escalante	No
Varón	20 a 24 años	Hemodiálisis	Noviembre	47	Cushamen	No
Varón	2 a 4 años	Transfusión	Diciembre	51	Escalante	No
Varón	2 a 4 años	Transfusión	Diciembre	51	Biedma	No
Mujer	1 año	Diálisis y Transfusión	Diciembre	52	Escalante	No

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

Para más información: https://ministeriodesalud.chubut.gov.ar/epidemiological_releases

SALTA: FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA

La fiebre tifoidea es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Salmonella Typhi*, la cual suele transmitirse por agua o alimentos contaminados. Según las estimaciones de la OMS, cada año se enferman de fiebre tifoidea millones de personas, de las que muchas presentan graves complicaciones o incluso mueren. Si bien esta enfermedad puede ser tratada con antibióticos, la creciente resistencia a los mismos está facilitando su propagación. Es importante destacar que existen vacunas para prevenir la enfermedad.

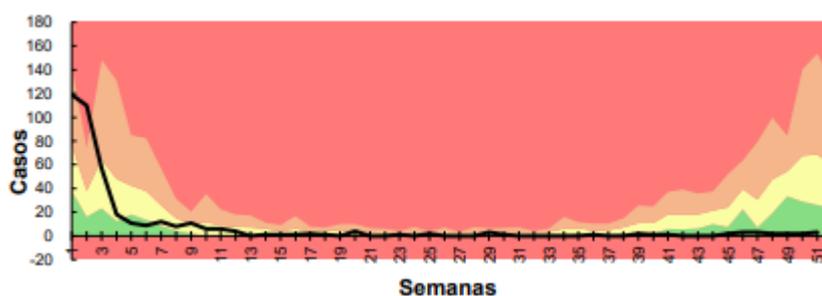


CASOS CONFIRMADOS DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA SEGÚN S.E. HASTA S.E. 51/2024. AÑO 2024. PROVINCIA DE SALTA.



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

CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA. AÑOS:2017 A 2023. SE 01-51 DE 2024. PROVINCIA DE SALTA.



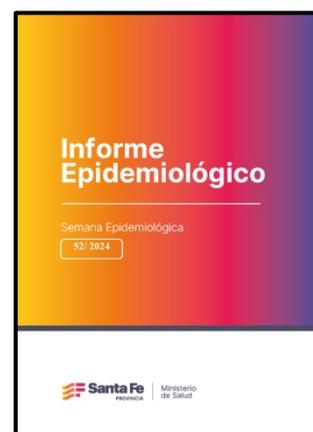
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

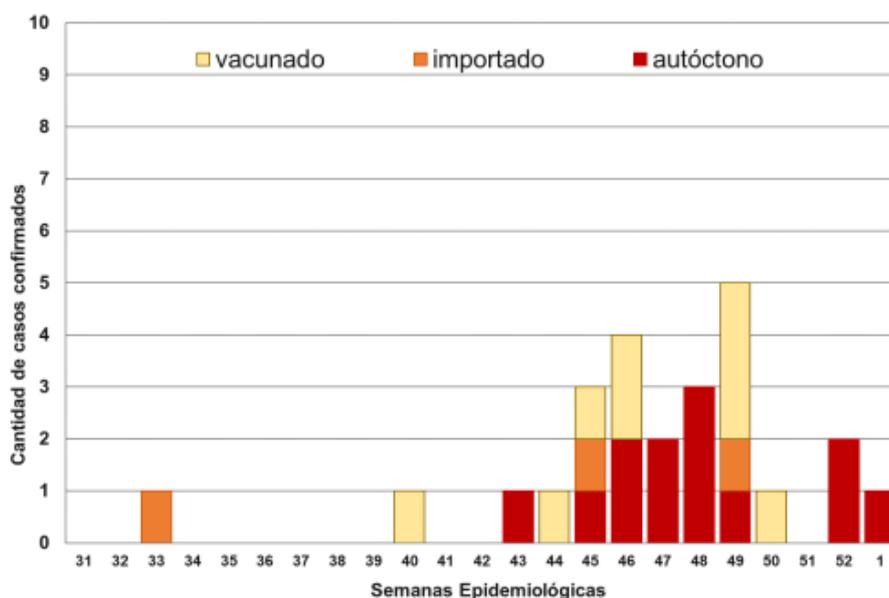
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

SANTA FE: DENGUE

En la provincia de Santa Fe, en lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE01/2025), se notificaron al evento de Dengue un total de 1225 casos de los cuales 16 se confirmaron (3 casos “importados” y 13 casos “sin antecedente de viaje”) y 9 presentaron “antecedente de vacunación” en los últimos 30 días. Además, se notificaron un total de 8 casos al evento de “Dengue durante la gestación”, no confirmándose a la fecha casos bajo esta clasificación. En el gráfico 3 se muestran los casos confirmados según la clasificación de importados, sin antecedentes de viaje o con antecedentes de vacunación, según semana epidemiológica de inicio de síntomas.



Casos de Dengue desde SE31/2024 hasta a SE01/2025 según semana epidemiológica. Provincia de Santa Fe. N= 25.



Fuente: Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) hasta el 04/01/2025.

Para más información:

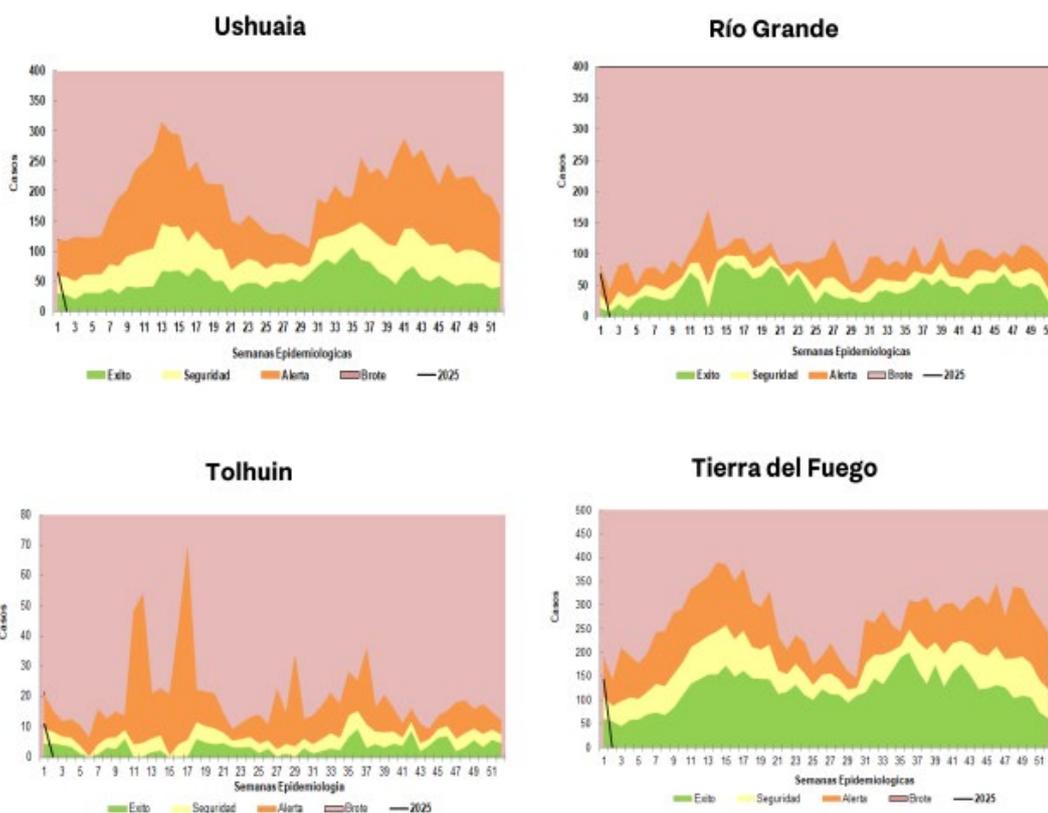
[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802)

TIERRA DEL FUEGO: DIARREAS AGUDAS

Hasta la semana epidemiológica 1 en 2025 se notificaron 154 casos de diarrea aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo periodo del año 2023, se observa un aumento del 9,01 % de los casos registrados a nivel provincial.

A nivel provincial, la incidencia se ubica en la zona de alerta, con un total de 154 casos acumulados.

- En Ushuaia, la incidencia se ubica en zona de alerta, alcanzando un total de 75 casos.
- En Río Grande, la incidencia se ubica en zona de alerta, con un total de 68 casos acumulados.
- En Tolhuin la incidencia se ubica en zona de alerta con un total de 11 casos acumulados.



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

Para más información:

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

TUCUMÁN: ENFERMEDAD DE TABACO VERDE (ETV)

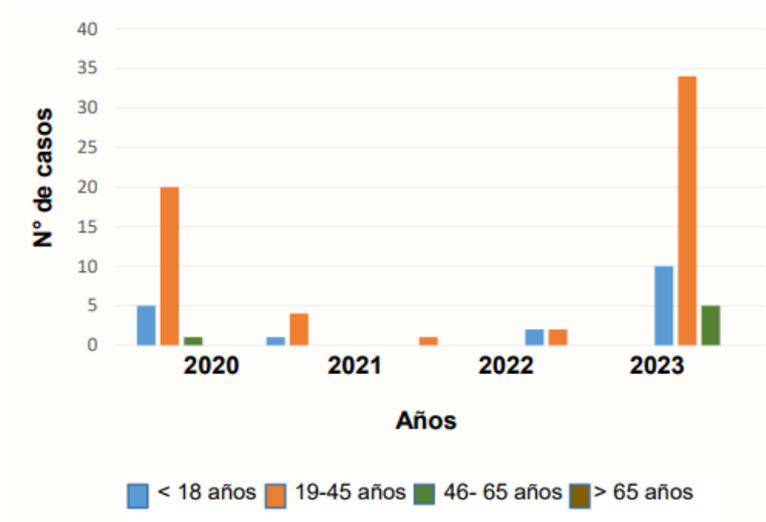
La ETV es una forma aguda de intoxicación por nicotina y generalmente ocurre varias horas después de la exposición continua a las hojas de tabaco verde. La nicotina, que se encuentra en las plantas de tabaco, es soluble en agua, lo que hace que la lluvia, el rocío o la transpiración la extiendan a la superficie de las hojas afectando a los trabajadores que se dedican a manipular las hojas de tabaco sin curar, ya que ésta se absorbe a través de la piel, donde pasa directamente al torrente sanguíneo y se distribuye por todo el cuerpo.

Algunos factores de riesgo identificados para la ETV son la edad, las condiciones ambientales, el consumo personal de tabaco y el tipo de trabajo realizado, observándose que:

- Los trabajadores que consumían productos de tabaco tenían menos probabilidades de sufrir de ETV debido a la tolerancia a los efectos de la nicotina.
- Aquellos que trabajan en condiciones cálidas y húmedas tienen más probabilidades de desarrollar ETV porque la alta humedad hace que la nicotina resida en las superficies de las hojas, mientras que las altas temperaturas aumentan la absorción de la piel, lo que aumenta las concentraciones plasmáticas de nicotina en un 30-45%.



N° de casos de ETV según grupo etario. Periodo 2020-2023. Provincia de Tucumán



Fuente: Dirección de Epidemiología. Provincia de Tucumán.

Para más información: direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, LA PREVENCIÓN Y LA RESPUESTA

CALENDARIO EPIDEMIOLÓGICO 2025

CALENDARIO
EPIDEMIOLÓGICO

2025

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

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

Destinado a personal de salud que realiza tareas de vigilancia epidemiológica.

Modalidad Virtual Autoadministrada

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

Inicia el 2 de diciembre

Duración: 25 horas.

INSCRIPCIONES EN:



Consultas a: cursos.direpizacion@gmail.com

OLAS DE CALOR: SISTEMA DE ALERTAS

Una ola de calor se define como un período excesivamente cálido en el cual las temperaturas máximas y mínimas superan, por lo menos durante 3 días consecutivos y en forma simultánea, ciertos valores que dependen de cada localidad.

Conoce si en tu localidad hay un alerta por altas temperaturas:

https://www.smn.gob.ar/sistema_temp_extremas_calor

RECOMENDACIONES DURANTE FRENTE A UNA OLA DE CALOR

En lugares cerrados (casa, trabajo, otro):

Para evitar un golpe de calor:

- Hidratate, tomá agua con mayor frecuencia (aun cuando no sientas sed). Procurá siempre consumir agua segura.
- Evitá bebidas con cafeína o con azúcar en exceso, muy frías o muy calientes.
- Incorporá frutas y verduras a tu alimentación y evitá las comidas abundantes.
- Evitá realizar actividad físicaintensa.

Con los más chicos:

- Evitá esperar a que pidan agua. Ofreceles continuamente líquidos, preferentemente agua o jugos naturales. En el caso de lactantes es recomendable darles el pecho de manera más frecuente.
- Procurá que vistan con ropa holgada, liviana, de algodón y de colores claros.
- Bañalos y mojales el cuerpo con frecuencia.
- Evitá que se expongan al sol, especialmente de 10 a 16 horas. En todo momento es recomendable colocarles gorro y protector solar.
- Mantenelos en lugares bien ventilados o con aire acondicionado (ya sea en tu casa o en lugares públicos).

Prestá atención a signos de alerta como: sed intensa y sequedad en la boca, temperatura mayor a 39° C, sudoración excesiva, sensación de calor sofocante, piel seca, agotamiento, mareos o desmayo, dolores de estómago, falta de apetito, náuseas o vómitos, dolores de cabeza, entre otros.

En los bebés, es importante asegurarse de que la piel no se encuentre muy irritada por el sudor en el cuello, pecho, axilas, pliegues del codo y la zona del pañal.

Para el cuidado de tu salud en la vía pública: es recomendable evitar la exposición directa al sol en los horarios de mayor temperatura (de 10 a 16 horas), en especial de los bebés y niños pequeños. Además, es importante utilizar protección solar, mantenerse hidratado y consumir agua segura con mayor frecuencia (aun cuando no sientas sed).

Qué hacer con los alimentos y el agua:

Alimentos:

- Mantené en la heladera aquellos alimentos que puedan echarse a perder debido al calor. Verificá la temperatura y control del buen funcionamiento de la heladera.
- Arrojá a la basura cualquier alimento que pueda haber perdido la cadena de frío. Observá su olor, color o textura. Si son anormales descartalos.
- Mantené los alimentos que pueden estar fuera de la heladera en lugares limpios y frescos y al resguardo de aberturas, superficies y/o fuentes de calor.
- Tirá los alimentos perecederos (incluidos la carne, el pollo, el pescado, los huevos y las sobras) que hayan estado por 2 horas o más fuera del frío. Además, desechá todos los comestibles enlatados cuyos envases estén abiertos, dañados o inflados.

Agua: consumí siempre agua segura y mantenela correctamente envasada (en botellas o bidones limpios y cerrados) en la heladera, en lugares limpios y alejada de fuentes de calor.

LISTADO DE MODIFICACIONES EN CODIFICACIONES AUXILIARES EN EL SNVS 2.0

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS2.0, en este número **se publica la lista de boletines que detallan, mes a mes, todos los cambios realizados en el sistema durante 2024**, en el marco de su adecuación al Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria.

Los cambios realizados durante 2024 están documentados en los siguientes números del Boletín Epidemiológico Nacional:

- **Enero a julio:** [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 30 Nro 715](#)
- **Agosto:** [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 34 Nro 719](#)
- **Septiembre:** [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 38 Nro 723](#)
- **Octubre:** [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 41 Nro 726](#)
- **Noviembre:** [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 47 Nro 732](#)
- **Diciembre:** [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 51 Nro 736](#)