

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

SEMANA
EPIDEMIOLÓGICA

2

NÚMERO 739 AÑO 2025
DESDE 05/01 AL 11/01
FECHA DE PUBLICACIÓN:
20/01/2025



AUTORIDADES

MINISTRO DE SALUD

Dr. Mario Iván LUGONES

SECRETARIA DE GESTIÓN SANITARIA

Dr. Alejandro Alberto VILCHES

SUBSECRETARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA DE SALUD

Dra. María Susana AZURMENDI

DIRECTORA DE EPIDEMIOLOGIA

Vet. Cecilia GONZÁLEZ LEBRERO

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, Franco Ormeño Mazzochi¹.

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:

Usar siempre repelentes, siguiendo cuidadosamente las recomendaciones del envase. Foto tomada de banco de imágenes libres.

CÓMO CITAR ESTE BOLETÍN: Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°739, SE 2.

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	5
Situación epidemiológica de MPOX	6
Eventos priorizados	14
Vigilancia de dengue y otros arbovirus	15
Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	25
Alertas y comunicaciones epidemiológicas internacionales.....	42
Tanzania - Virus de Marburgo	44
Bolivia- Virus del Chapare	45
Destacados en boletines jurisdiccionales	47
Buenos aires: Hantavirosis	48
La pampa: Arbovirosis	49
Salta: Dengue	50
Santa Fe: Dengue	51
Tierra del Fuego: Respiratorias	52
Tucumán: Leptospirosis	53
Herramientas para la vigilancia, la prevención y la respuesta	54
Calendario epidemiológico 2025.....	55
1° Edición del Curso: “Vigilancia y notificación de dengue”	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, Uganda, Suecia, Tailandia, India, Alemania, Reino Unido, Zambia, Zimbabue, Estados Unidos de América, Canadá, Pakistán, 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, 25 Estados miembros de África han notificado a la OMS casos de mpox. Hasta el 12 de enero de 2025, notificaron 17.498 casos confirmados por laboratorio, incluidas 87 muertes.

Desde 2024, hasta el 12 de enero de 2025, 21 países han notificado 15.094 casos confirmados, incluidas 64 muertes. Los tres países con la mayoría de los casos desde 2024 son la República Democrática del Congo (n = 9.513), Burundi (n = 3.116) y Uganda (n = 1.830).

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](#).

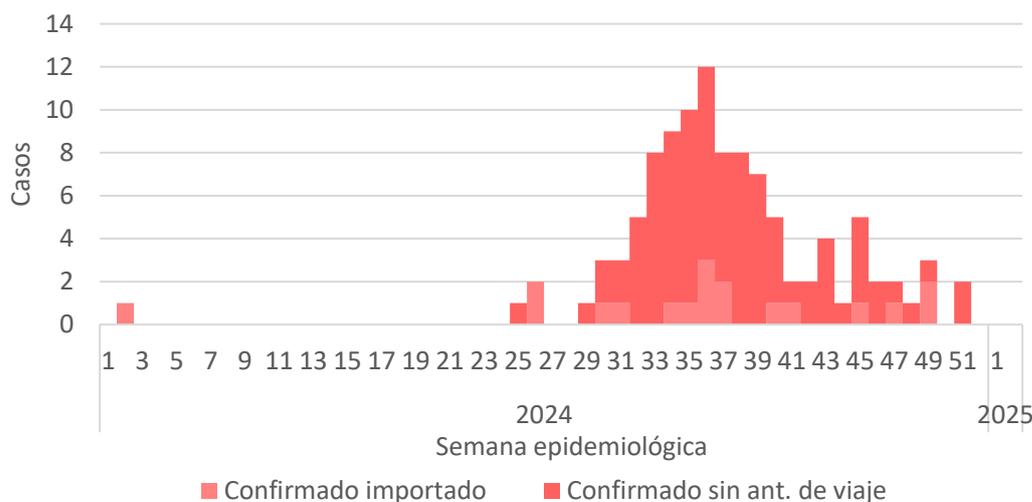
⁶ Brote de Mpox 2022-24: tendencias mundiales. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

SITUACIÓN EN ARGENTINA

En 2024, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 52 se identificaron 107 casos confirmados de mpox de un total de 602 casos sospechosos notificados. En las semanas 1 y 2 de 2025 se notificaron 13 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 1. Casos confirmados de Mpox según antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1/2024 a SE2/2025. (N=107)



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

Hasta el momento, se realizaron estudios para la identificación de clado en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS “Carlos Malbrán” en 72 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.

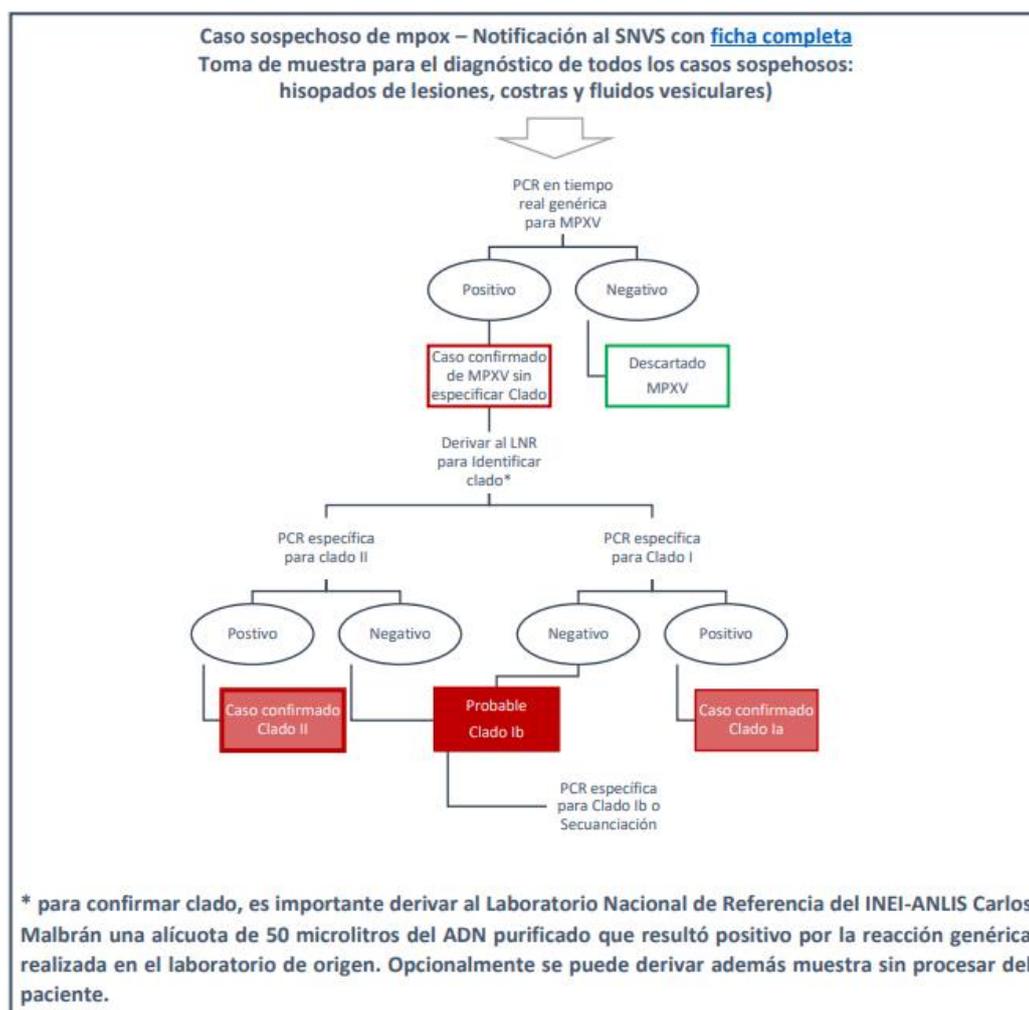
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión 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: mpox (ex viruela símica).

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y NOTIFICACIÓN DE MPOX



MEDIDAS ANTE CASOS SOSPECHOSOS:

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

transporte, el paciente debe utilizar barbijo quirúrgico y las lesiones cutáneas deben estar cubiertas.

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

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

MEDIDAS ANTE CONTACTOS:

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

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

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

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

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

Ficha de notificación:

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

Más recomendaciones e información en:

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

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

EVENTOS PRIORIZADOS

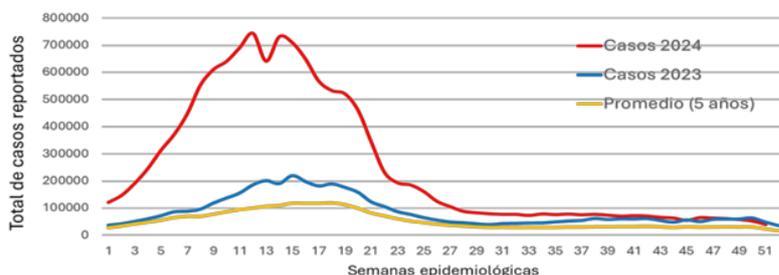
VIGILANCIA DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

SITUACIÓN REGIONAL DE DENGUE Y OTROS ARBOVIRUS

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Informe de situación No 51. Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 51, 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 9 de enero.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 51 del 2024, se reportaron en la Región de las Américas un total de 12.951.652 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 1.356 casos por 100.000 hab). Esta cifra representa un incremento de 185% en comparación al mismo periodo del 2023 y 361% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 51.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a SE 51 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



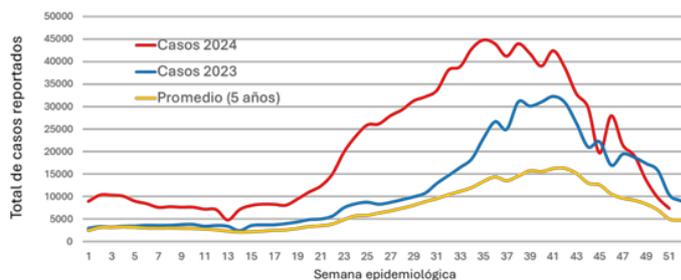
Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De los 12.951.652 casos de dengue reportados en las Américas, 6.858.267 casos (53%) fueron confirmados por laboratorio y 22.436 (0.17%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total 8.075 muertes por dengue, para una letalidad del 0.062%. Catorce países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 51. Estos países registran en conjunto 39.659 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 51.

Subregión Centroamérica y México.

Un total de 7.409 nuevos casos sospechosos de dengue se notificaron durante la SE 51. 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 51 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Centro América y México.

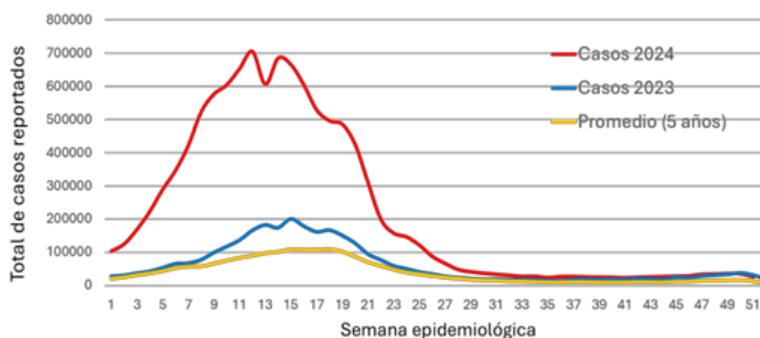


Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Subregión Cono Sur.

Se notificaron 27.010 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 51. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta un incremento de 239% en comparación con la misma semana del 2023 y de 426% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue a SE 51 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 16/1/2025 en países regionales seleccionados⁷.

Brasil: durante el año 2024 se notificaron 10.188.219 casos de dengue, lo que representa aproximadamente 3 veces más que lo registrado en 2023. Los fallecidos para el año 2024 fueron 6.052. Hasta la SE 2/2025 se reportaron 23.734 casos de dengue, un 87% menos que a la misma semana de 2024, con un fallecimiento registrado para el año en curso. Respecto a chikungunya, durante el año 2024 se notificaron 420.139 casos, un 58% más que lo reportado durante el año 2023, y 236 fallecidos. Hasta la SE 2/2025, se registraron 523 casos, un 97% menos que lo reportado en la misma semana del 2024, sin registro de fallecidos para este evento. Por último, hasta la SE 49/2024 se reportaron 40.891 casos de zika, lo que representa un incremento del 16% respecto a lo notificado hasta esa semana en el 2023. No se registraron fallecidos por zika durante 2024.

Bolivia: hasta la semana 52/2024 se registraron 50.439 casos de dengue, un 68% menos que lo reportado a la misma semana del 2023, y 29 fallecidos. Con respecto a chikungunya, hasta la misma semana se reportaron 505 casos, un 66% menos con respecto al año anterior. Asimismo, hasta esa semana se reportaron 267 casos de zika, lo que representa una reducción de 99% en el número de casos registrados para este período en 2023. No se reportaron 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. En cuanto a chikungunya, durante el año 2024 se registraron 3.134 casos, un 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.

Perú: durante el año 2024 se notificaron 280.726 casos de dengue, un valor similar al año 2023, y 259 fallecidos. En la semana 1/2025 se notificaron 1314 casos de dengue, un 21% menos que lo

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

reportado a la misma semana del 2024, con un fallecimiento registrado en el año en curso. Con relación a chikungunya, en el año 2024 se notificaron un total de 78 casos, un 74% menos con respecto al año 2023. Asimismo, durante el año 2024 se notificaron 7 casos de zika, un 72% menos respecto al año 2023. 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.

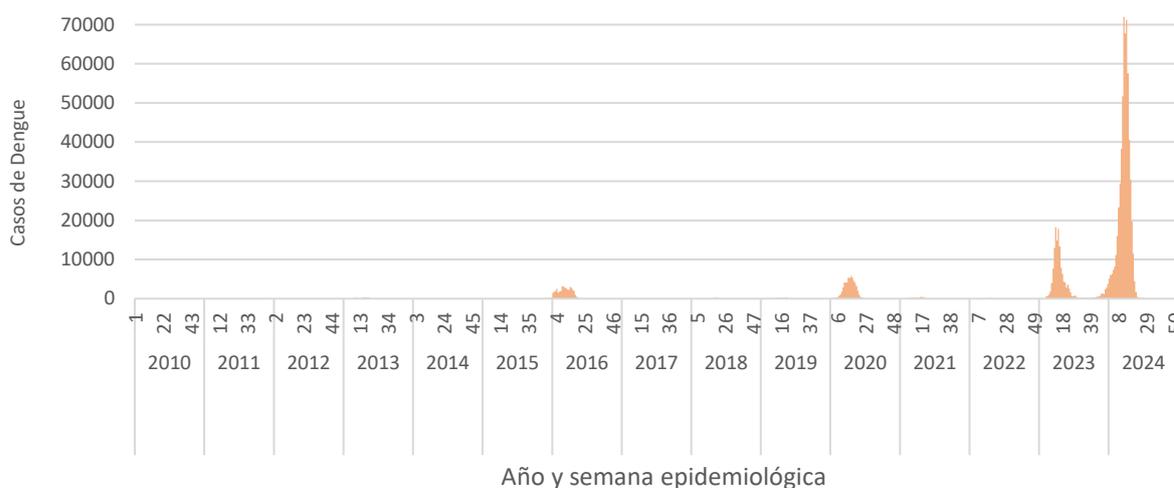
SITUACIÓN DE DENGUE EN ARGENTINA

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-SE2/2025. Argentina. N=845.328

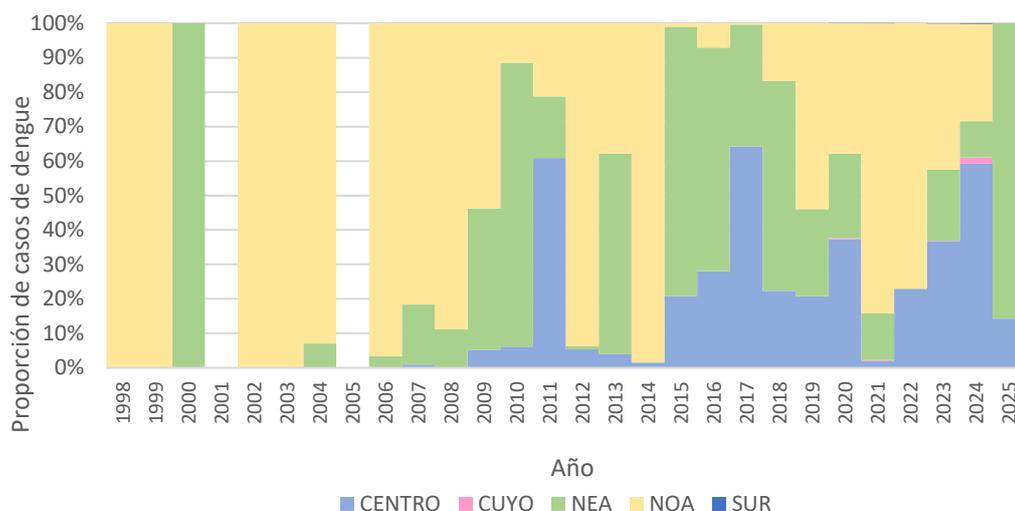


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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.

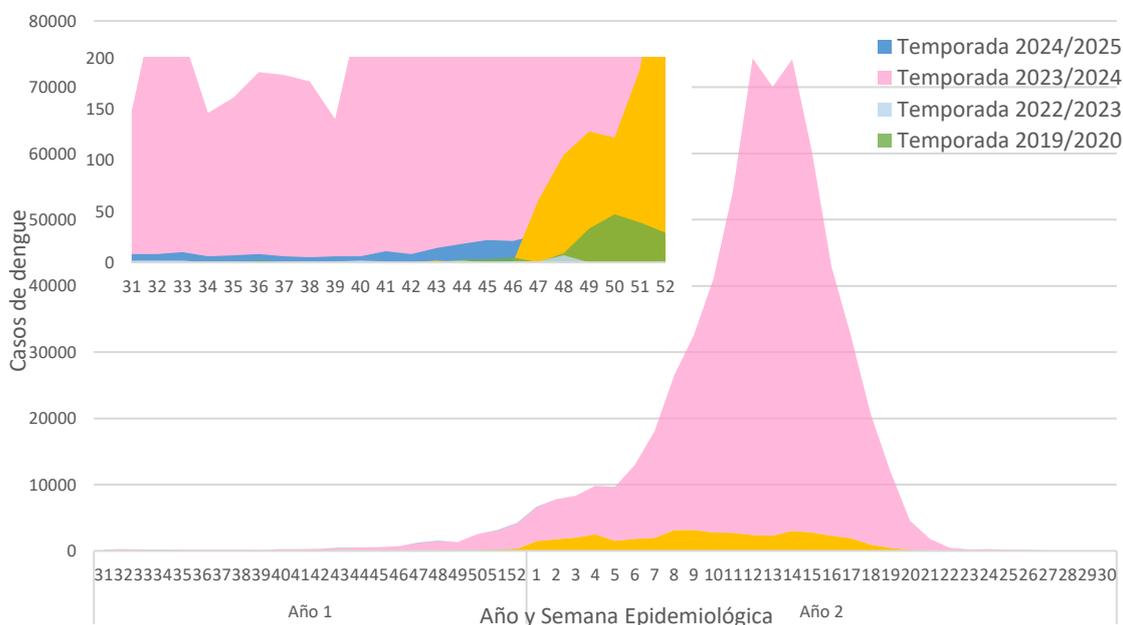
Gráfico 5. Dengue: Distribución regional de casos de dengue desde la reemergencia. Año 1998-2025.



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).

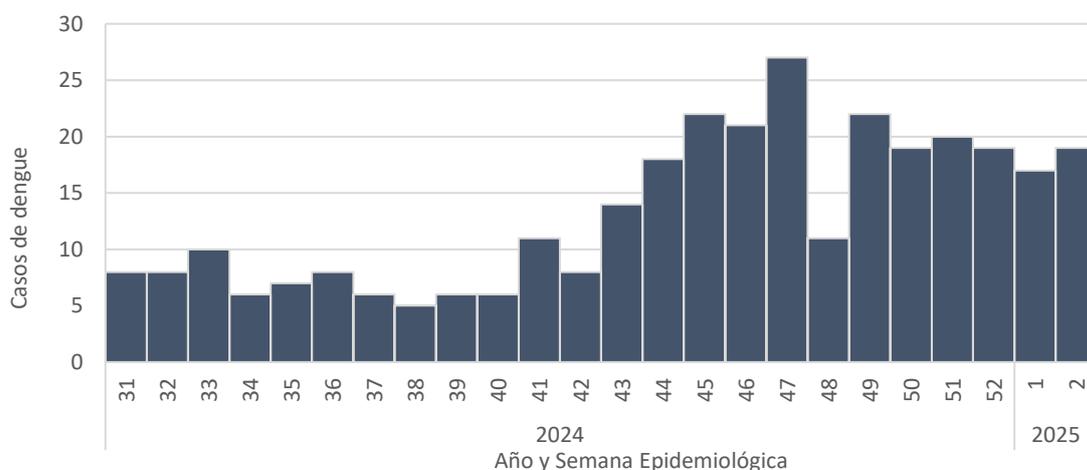
Temporada actual

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE2/2025), se notificaron en Argentina 23.449 casos sospechosos de dengue en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 310 fueron confirmados. Como se puede observar en la Tabla 1, un total de 295 casos no registraron antecedentes de viaje (95%). 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 109 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 Perú⁹.

Durante la SE2/2024 (según fecha de notificación al SNVS), se notificaron 1791 casos sospechosos de los cuales 23 se confirmaron y 33 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 27 en la SE47. No obstante, en las últimas cuatro semanas, se observa una tendencia estable, con un rango de casos confirmados que fluctúa entre 17 y 20, sin variaciones en el comportamiento epidemiológico.

Gráfico 7. Dengue: Casos confirmados¹⁰ por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE2/2025. 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

⁹ Casos importados: Hasta la semana epidemiológica (SE) 1, se habían registrado 19 casos con antecedente de viaje. Sin embargo, durante la SE 2, tras un proceso de reclasificación de cuatro casos, el total ajustado de casos con antecedente de viaje corresponde a 15.

¹⁰Incluye 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 SE2/2025. 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	134	5	3	2222	580	2952
CABA	2	48	2	1	1109	386	1548
Córdoba	11	248	2	0	2899	225	3385
Entre Ríos	7	26	0	3	360	41	437
Santa Fe	14	27	2	0	1234	148	1425
Total Centro	42	483	11	7	7824	1380	9747
Mendoza	8	43	2	3	1101	73	1230
San Juan	0	1	0	0	175	8	184
San Luis	0	1	0	0	64	7	72
Total Cuyo	8	45	2	3	1340	88	1486
Chaco	4	162	0	0	1497	93	1756
Corrientes	0	27	0	0	260	75	362
Formosa	233	4	0	0	2844	1	3082
Misiones	1	11	0	2	611	2	627
Total NEA	238	204	0	2	5212	171	5827
Catamarca	0	9	0	1	494	4	508
Jujuy	0	0	0	0	653	9	662
La Rioja	1	18	0	0	200	14	233
Salta	2	31	0	5	1083	86	1207
Santiago del Estero	0	27	0	1	627	206	861
Tucumán	3	146	0	0	2142	433	2724
Total NOA	6	231	0	7	5199	752	6195
Chubut	0	0	2	1	10	1	14
La Pampa	1	0	0	0	110	10	121
Neuquén	0	1	0	0	16	3	20
Río Negro	0	0	0	1	4	0	5
Santa Cruz	0	0	0	0	27	3	30
Tierra del Fuego	0	0	0	0	4	0	4
Total Sur	1	1	2	2	171	17	194
Total País	295	964	15	21	19746	2408	23449

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.

A partir de la SE2, la jurisdicción de **Formosa** en encuentra en la fase de alerta temprana, la cual comienza luego de la finalización del período inter epidémico, cuando se evidencia un aumento en el registro de los casos. En el caso de la jurisdicción mencionada, se constata un aumento de casos confirmados y probables por tres semanas consecutivas, el cual es una de las señales de alarma consideradas en el [Plan de preparación y respuesta integral a epidemias de dengue y otras enfermedades arbovirales](#).

Es importante continuar confirmando casos todas las semanas para asegurar que los casos probables puedan estar relacionados al virus del dengue y no a otros posibles flavivirus o arbovirus circulantes.

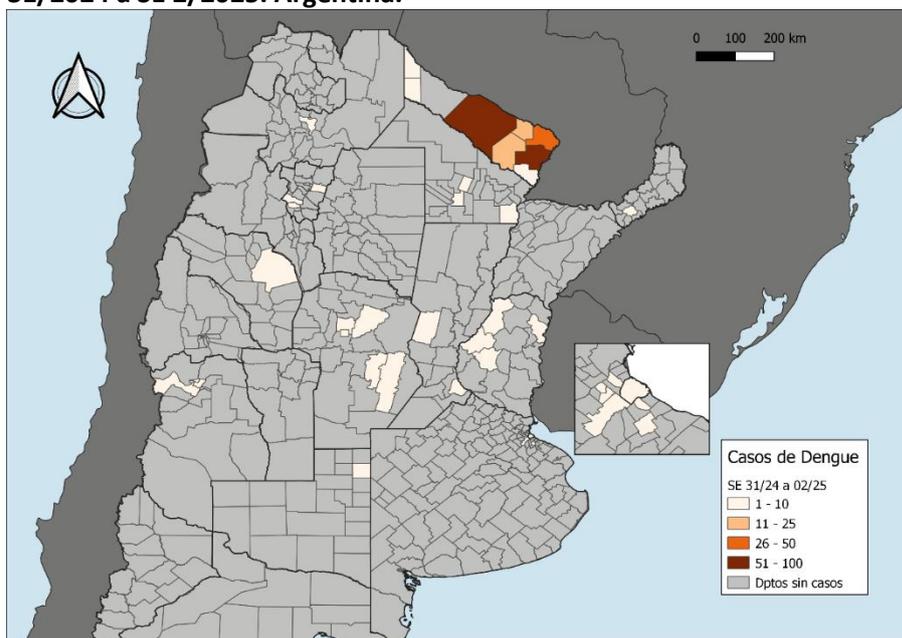
Por lo tanto, para considerar aumento de casos de dengue se considerarán todas las semanas con casos confirmados y probables, debiendo tener al menos un confirmado por laboratorio en cada semana¹¹.

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, Maipú, Guaymallén y Godoy Cruz), Tucumán (Cruz Alta, Chicligasta y Río Chico), CABA (Comuna 1 y 3), Buenos Aires (La Matanza, Lanús, Hurlingham 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 la SE2, se notificó el primer caso confirmado sin antecedente de viaje en la provincia de La Pampa, el mismo corresponde al departamento de Maracó, localidad General Picó. Por otra parte, al cierre de esta edición, el caso probable correspondiente a la provincia de Neuquén se encuentra en investigación epidemiológica con respecto al antecedente de viaje.

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 2/2025. 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).

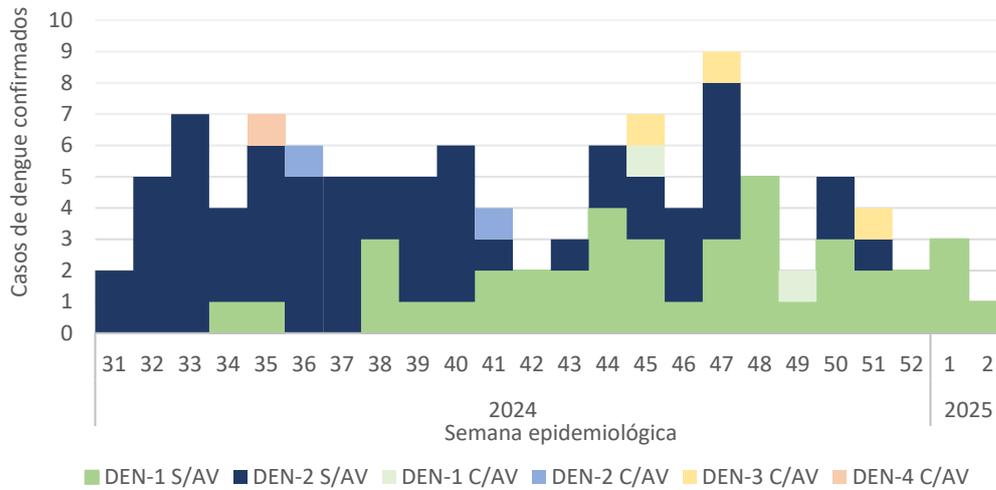
¹¹ Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de dengue y otros arbovirus. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

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

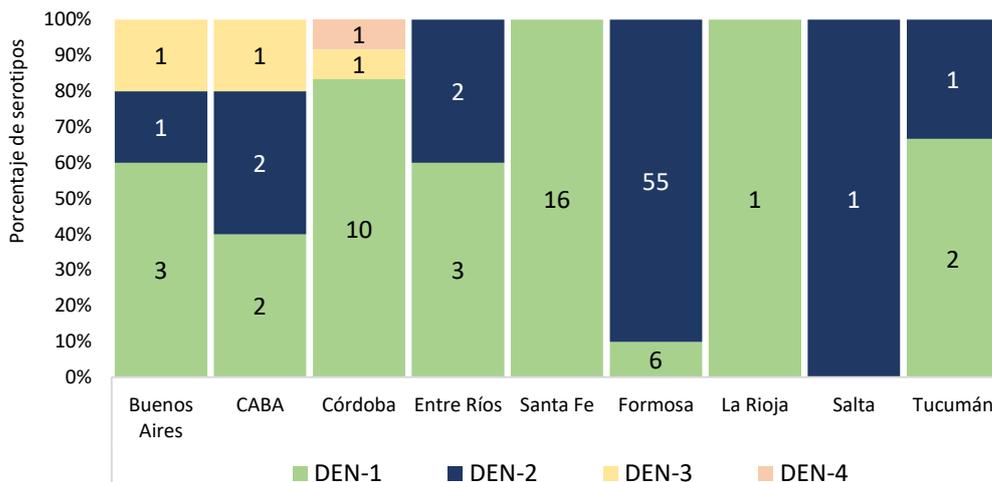
En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-2 (56,8%), sobre todo a expensas de la notificación de la provincia de Formosa. Los casos a DEN-1 alcanzan un 39%. Los tres hallazgos de DEN-3 y uno de DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con 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 SE2/2025. 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=109) según provincia. SE31/2024 a SE2/2025. 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 SE2/2025).

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 1558 casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

Tabla 2. Número de muestras estudiadas y positivas para Otros arbovirus. SE31/2024 a SE2/2025. 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	59	0	23	0	11	3	20	0	3
CABA	0	4	0	1	0	1	0	1	0	0
Córdoba	0	41	0	11	0	2	3	195	0	0
Entre Ríos	0	18	0	1	0	5	3	25	0	1
Santa Fe	0	445	0	27	0	12	0	8	0	6
Total Centro	0	567	0	63	0	31	9	249	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	533	0	229	0	11	0	1	0	1
Corrientes	0	10	0	1	0	7	0	1	0	0
Formosa	0	16	0	3	0	1	0	0	0	0
Misiones	0	36	0	17	0	23	0	0	0	16
Total NEA	13	595	0	250	0	42	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	1	0	1	0	1
Salta	0	239	0	145	0	49	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	15	0	6	0	0	0	2	0	0
Tucumán	0	6	0	8	0	55	0	0	0	0
Total NOA	0	316	0	192	0	106	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	1609	0	569	0	182	9	263	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 02/2024

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

- En la semana epidemiológica 1 de 2025 se registraron 4.559 casos de ETI, 1.017 casos de Neumonía y 445 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando un descenso de las notificaciones de ETI del 64,9% y una disminución de neumonías de 48,3% y de bronquiolitis 70,9%, respecto al mismo período del 2024.

Vigilancia de virus respiratorios priorizados en Unidades de Monitoreo Ambulatorio:

- **Virus Influenza:** En 2024, los casos de influenza mostraron un aumento estacional entre las SE16 y SE28, con predominio de Influenza A (A/H3N2). A partir de la SE31, la detección de Influenza A disminuyó y aumentaron los casos de Influenza B, especialmente del linaje Victoria. En las SE1 y 2/2025 se notificaron 4 detecciones de influenza entre las 58 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, sin detecciones positivas en las dos últimas 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, con un descenso posterior. En la SE2/2025 se registran 4 casos positivos para SARS COV 2 entre las 52 muestras estudiadas por PCR.

Vigilancia de virus respiratorios priorizados en pacientes internados:

- Durante la SE02/2025 se registraron 8 detecciones de SARS-CoV-2, 2 casos de influenza y 2 casos positivos para VSR.
- **Virus Influenza:** En 2024, las detecciones aumentaron 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 un predominio de Influenza B a partir de la SE 32. Durante 2024, se notificaron 186 casos fallecidos con diagnóstico de influenza. En lo que va de 2025, se registra un fallecido con este diagnóstico.
- **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:** En 2024, alrededor del 55% de los casos se concentraron entre las SE1 y SE12. De la SE13 a la SE33, las detecciones se mantuvieron estables en niveles bajos. A partir de la SE34, se observó un aumento en las detecciones, alcanzando su punto máximo en la SE42, seguido de una disminución posterior.

Vigilancia a través de la red de laboratorios de virus respiratorios

- **Influenza:** Para 2024, aproximadamente el 81% de los casos se registró entre SE18 y SE30 con una tendencia ascendente que inició en la SE16 y alcanzó su pico de detecciones en la SE23, predominando el tipo A en este periodo. 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), con un leve aumento hacia las últimas semanas del año.

- **VSR:** a partir de la SE16 de 2024 se verifica un incremento de las notificaciones, concentrándose aproximadamente el 92% de los casos entre las SE20 y SE36 con una tendencia descendente luego del pico alcanzado en SE26.
- **SARS-CoV-2:** el mayor número de detecciones se observó a comienzos de 2024, concentrándose el 82% de los casos entre las SE1 a SE12, con el periodo de mayor detección entre las SE03 y SE06. Entre las SE17 y SE31 se observó una tendencia estable con niveles bajos de detecciones. A partir de la SE32 se verifica un paulatino ascenso de las detecciones, que alcanzó su punto máximo en la SE44 con un descenso posterior.
- 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 de 2024 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 (997 casos) y tendencia descendente posterior. En la SE02 de 2025 se registraron 60 casos confirmados y 1 persona fallecida con este diagnóstico.¹²
- **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).¹³

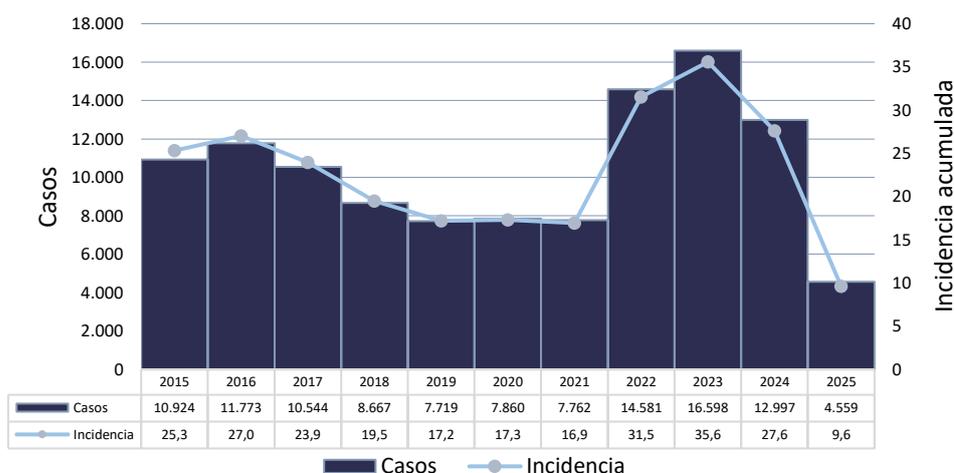
ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Durante la semana 1 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 4.559 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 9,6 casos/ 100.000 habitantes.

Si se compara el número de notificaciones de ETI en el período 2015-2025, se identifica que el mayor número de casos se registra para el año 2023 (con un total de 16.598 casos), seguido del año 2022. Las notificaciones de ETI correspondientes a la SE1 de 2025 se encuentran en un nivel inferior en comparación con el resto de los años del período histórico analizado.

¹² 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.

¹³ La información de vigilancia genómica de SARS-CoV-2 fue actualizada el 25 de diciembre de 2024.

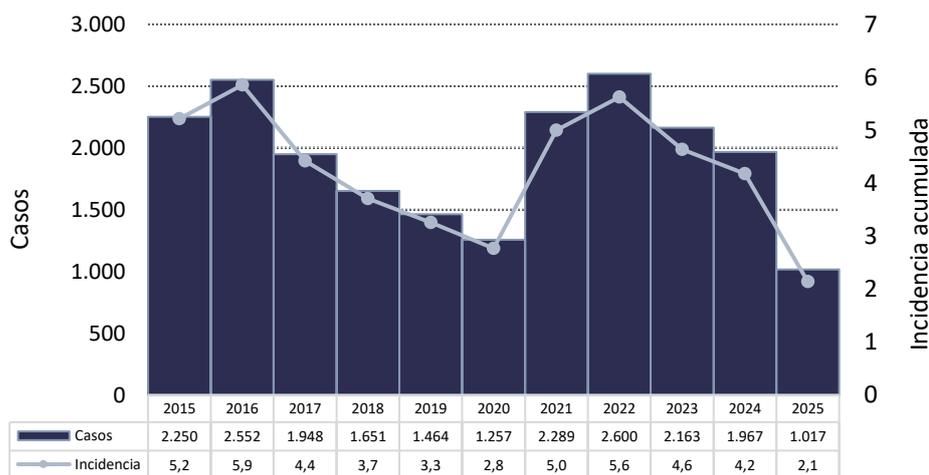
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE1. Total país.

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

NEUMONÍA

Durante la SE1 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.017 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 2,1 casos/ 100.000 habitantes.

Con respecto al número de notificaciones de neumonías del período 2015-2025, se observa que los años con el mayor número de casos fueron 2022 y 2016. Entre los años 2016 a 2020 las notificaciones de neumonía muestran una tendencia descendente, seguida de un nuevo incremento entre los años 2021 y 2022, con valores ligeramente inferiores en 2023 y 2024. El año actual presenta el menor número de registros en relación a los otros años históricos incluidos en el análisis.

Gráfico 2: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE1. Total país.¹⁴

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

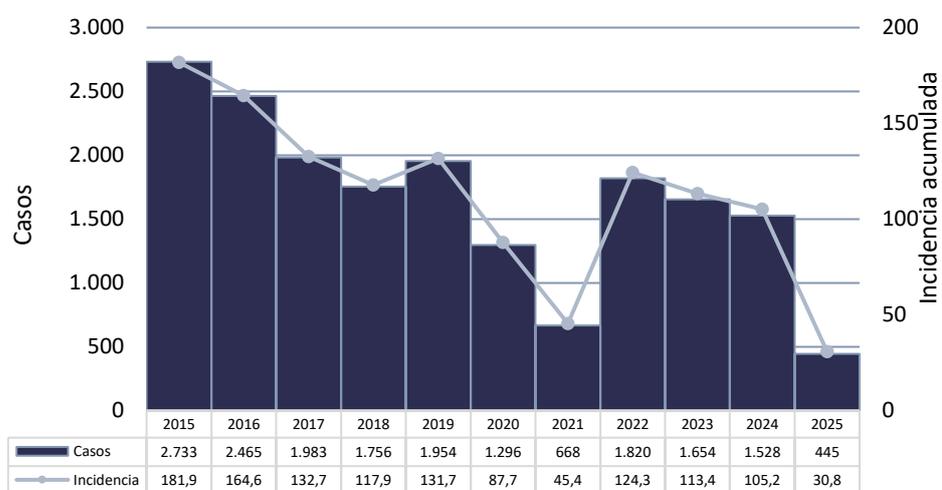
¹⁴ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 de 2022. A partir de la SE23/2022 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRA en Argentina, se contabilizan las neumonías en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada numérica y las neumonías en casos hospitalizados notificadas con modalidad nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

BRONQUIOLITIS

Para la SE1 de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 445 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 30,8 casos/100.000 habitantes.

El número de notificaciones de bronquiolitis entre los años 2015-2024 muestra que el año con mayor número de casos fue 2015, seguido de un descenso paulatino y continuo en los años posteriores. A partir de 2019, se observa un ligero incremento, descendiendo nuevamente en 2020 y 2021. Para los años 2022 a 2024 se registra nuevamente un aumento de las notificaciones de bronquiolitis. En el corriente año 2025 se observa que las notificaciones son menores respecto a registros históricos.

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE1. Total país¹⁵.

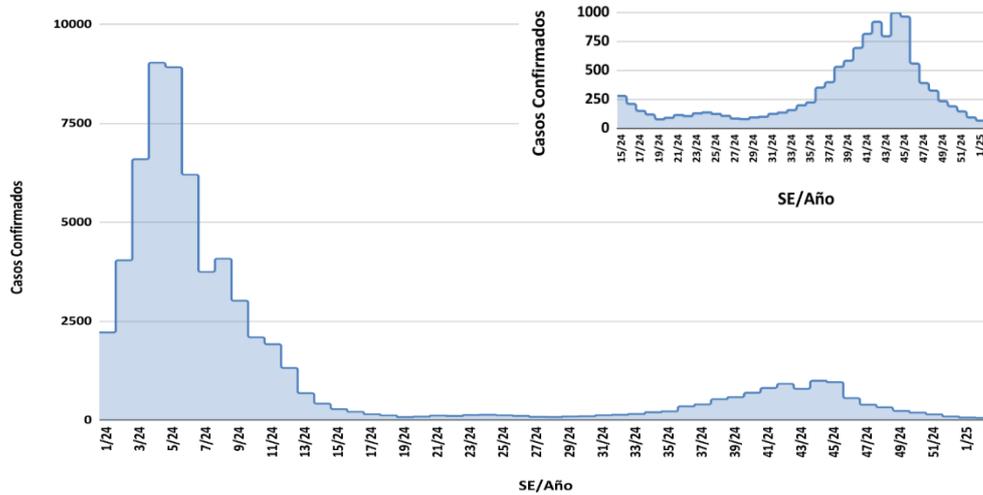


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

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, seguido de un descenso. Entre la SE29 y SE44 se registró un nuevo incremento en las detecciones semanales de COVID-19. No obstante, los casos se mantuvieron en valores bajos, alcanzando un pico de 997 notificaciones en la semana 44, seguido de una disminución en las semanas siguientes.

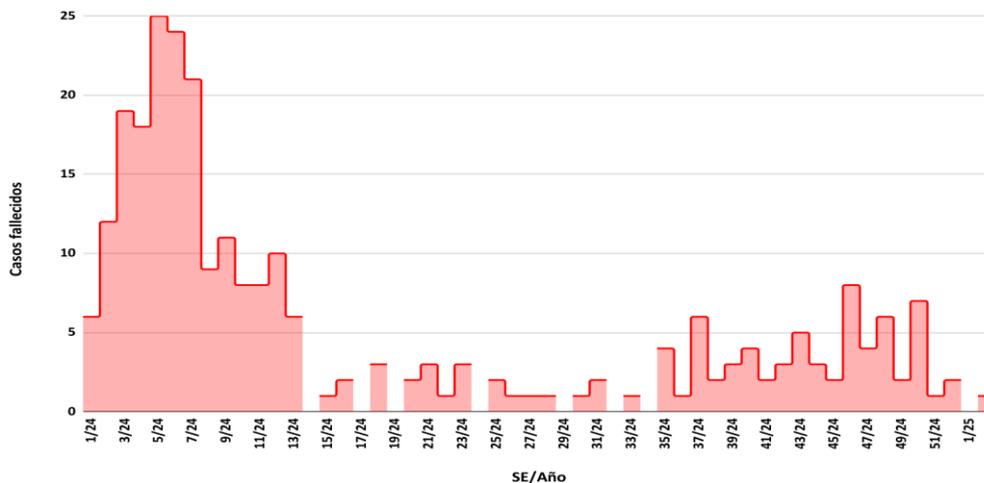
¹⁵ Incluye las notificaciones del evento registradas con modalidad agrupada numérica hasta la semana 22 de 2022. A partir de la SE23/2022 y en concordancia con la actual estrategia de vigilancia de IRAs en Argentina, se contabilizan las Bronquiolitis en casos ambulatorios registradas con modalidad agrupada numérica y las Bronquiolitis en casos hospitalizados notificadas con modalidad nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA.

Gráfico 4: COVID-19: Casos confirmados por semana epidemiológica. SE 01/2024 a SE 02/2025. Argentina.

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

Respecto a los fallecimientos, en las primeras semanas de 2024, se observó un ligero aumento en las notificaciones en el SNVS 2.0, coincidiendo con el ascenso de casos, alcanzando su máximo en la SE5 y luego descendiendo. Durante el segundo aumento de casos de COVID-19, los fallecimientos mostraron un patrón oscilante sin una tendencia clara.

Durante la SE02/2025, se registró 1 persona fallecida con diagnóstico de COVID-19¹⁶.

Gráfico 5: COVID-19: Casos fallecidos por semana epidemiológica. SE 01/2024 a SE 02/2025. Argentina.

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

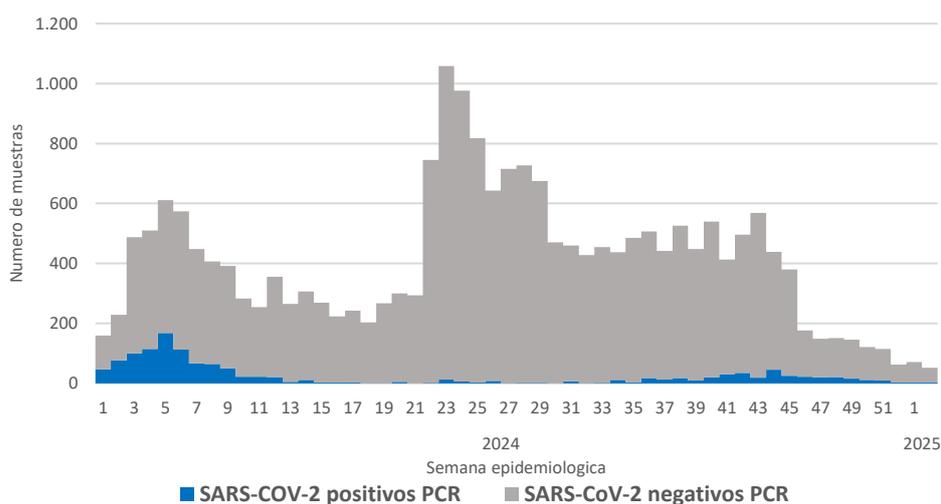
¹⁶ De acuerdo a la estrategia de vigilancia epidemiológica vigente, para el análisis de fallecimientos por COVID-19 se consideran los casos en los que se registre tanto el fallecimiento, así como el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 por las técnicas de laboratorio disponibles en alguno de los eventos para la notificación de IRA en el SNVS.

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 21.855 muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-COV-2, de las cuales 1294 fueron positivas. El porcentaje de positividad para las muestras acumuladas durante 2024 es de 5,92%. Además, en la última semana analizada, SE2 del año 2025, se registraron 4 casos confirmados de SARS-COV-2 entre las 52 muestras estudiadas por PCR, con un porcentaje de positividad del 7,69%.

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, seguido de una disminución. Alrededor del 67% de los casos en UMA de 2024 fueron detectados durante primeras 12 SE del año. Si bien desde la SE13 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 6. Muestras positivas y negativas para SARS-COV-2 por técnica PCR, por SE. SE1/2024 a SE2/2025. Estrategia UMA. Argentina.

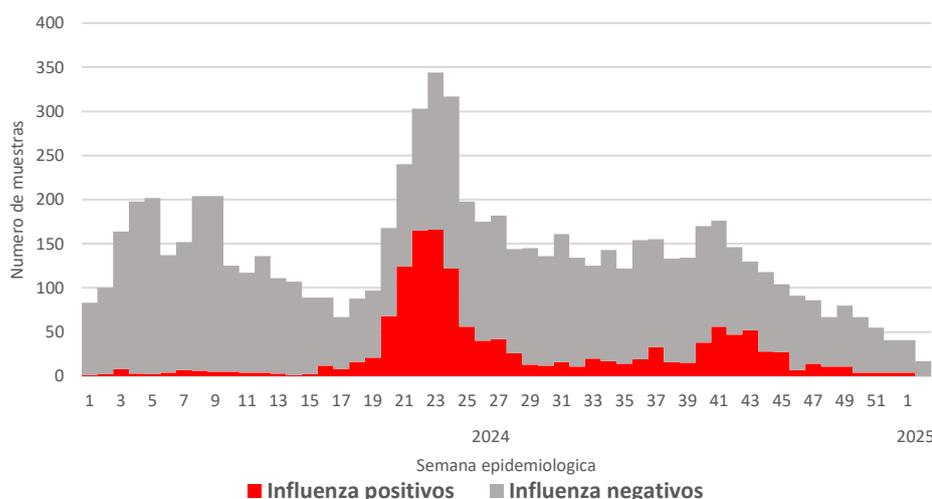


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

Además, en 2024 se estudiaron un total de 7.414 muestras para influenza, de las cuales 1412 resultaron positivas. La positividad acumulada para influenza en las UMA durante 2024 se situó en un 19,05%.

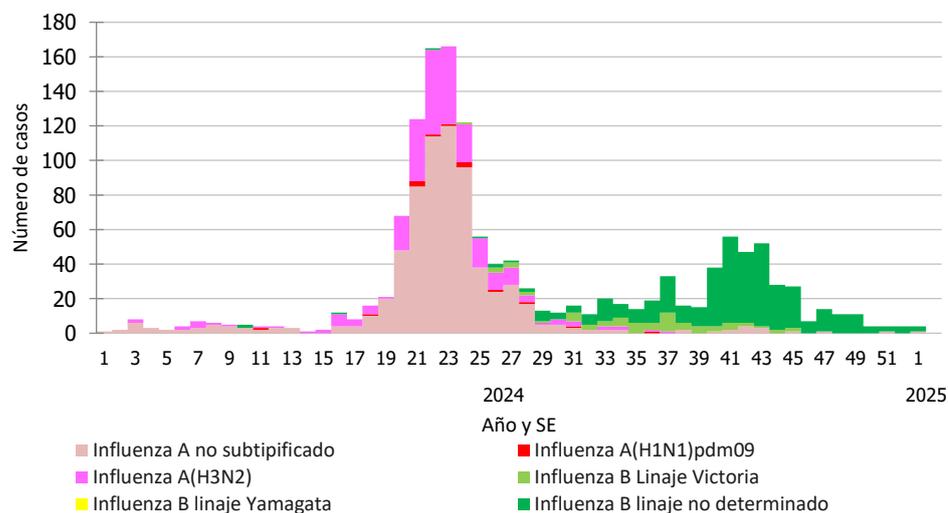
En 2024, se registraron casos de influenza en UMA durante todas las semanas, con un aumento estacional entre las SE 16 y 28, alcanzando un máximo de casos en la semana 23, asociado principalmente a influenza A, subtipo A(H3N2). A partir de la semana 31, con la disminución de Influenza A, se observó un ligero incremento en los casos de Influenza B/Linaje Victoria.

Con respecto a las últimas dos semanas analizadas (SE1 y SE2/2025) se notificaron 4 detecciones de influenza entre las 58 muestras estudiadas.

Gráfico 7. Muestras positivas y negativas para influenza, por SE. SE1/2024 a SE2/2025. 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}

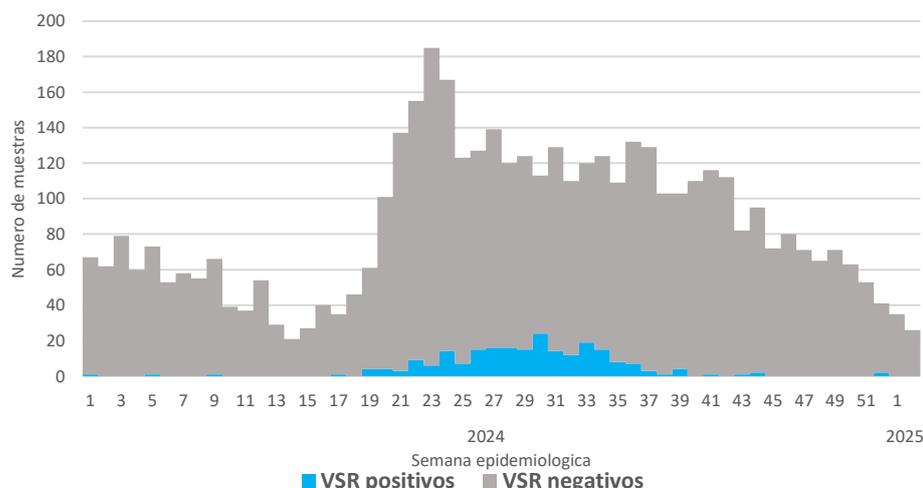
En relación con las detecciones de virus influenza desde la SE1/2024 (n= 1416), la mayoría correspondieron a Influenza A (n= 954, 67,37%), mientras que los 462 casos restantes fueron de Influenza B. Respecto de los virus Influenza A, 272 muestras cuentan con subtipificación, predominando Influenza A (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 8. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica – SE1/2024 a SE2/2025. 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 4.543 muestras estudiadas con un total de 226 positivos para VSR en UMAs y una positividad acumulada de 4,97%. 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 (SE1 y SE2/2025), no hay detecciones positivas para VSR entre las 61 muestras estudiadas.

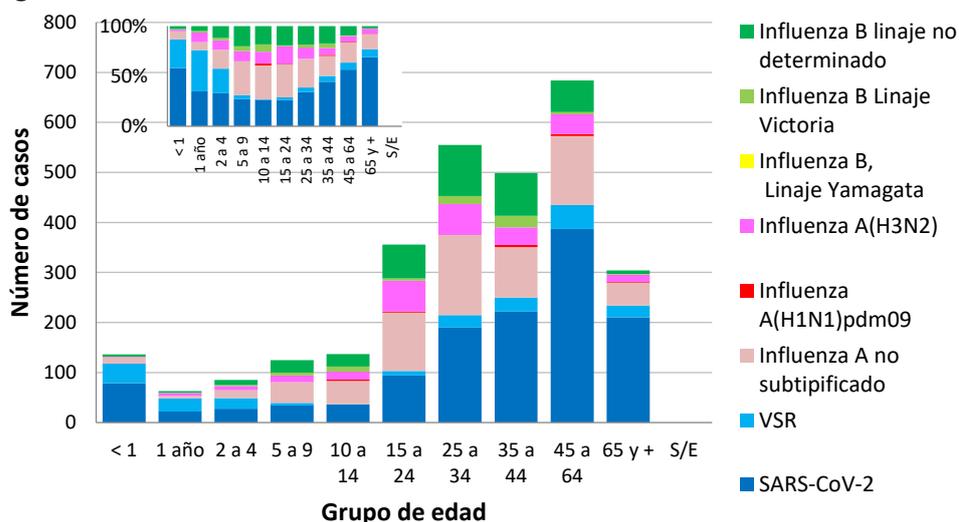
Gráfico 9. Muestras positivas y negativas para VSR por SE. SE1/2024 a SE2/2025. Estrategia UMA. Argentina.



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 10. 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 SE2/2025. 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

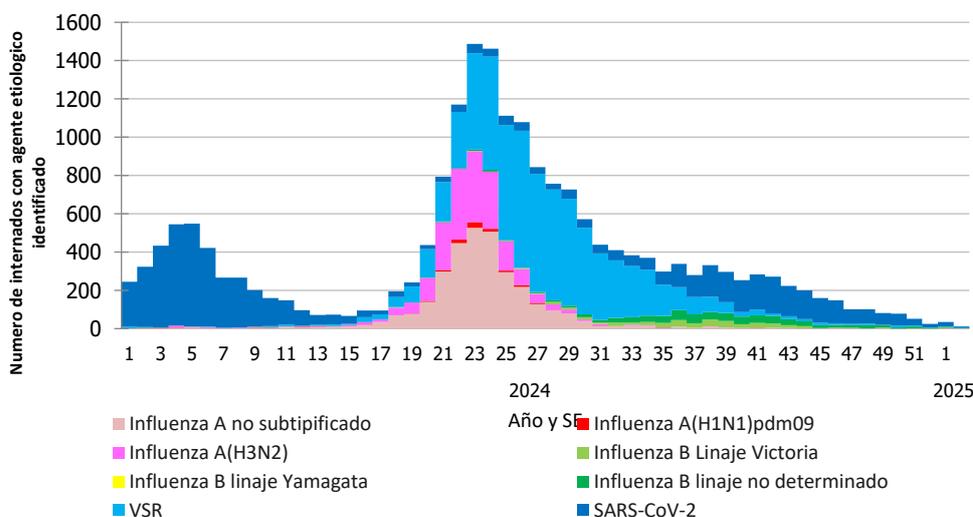
Durante el año 2024, en términos acumulados, se notificaron 6482 casos de SARS-CoV-2 en personas internadas. Las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas aumentaron entre las

SE52/2023 y SE5/2024, seguido de un descenso continuo hasta la SE12. El 54% de los casos del año se registraron en las primeras 12 semanas. Entre las SE13 y SE33, las detecciones se mantuvieron bajas. A partir de la SE34, se observa un nuevo incremento en el número de casos, aunque de menor magnitud en comparación con el ascenso previo, alcanzando su punto máximo en la SE42 seguido de una disminución sostenida. Para la SE2/2025 se registraron 8 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, a lo largo de 2024, se registraron 6261 detecciones positivas para virus influenza en internados. A partir de la SE16, las detecciones semanales de influenza en hospitalizados mostraron un aumento, alcanzando su pico en la SE23, seguido de un descenso. El 80% de los casos anuales se concentraron entre las SE18 y SE30, con predominio 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 SE02/2025 se registraron 2 casos de influenza en personas hospitalizadas.

Respecto a VSR, en 2024 se notificaron 7314 casos hospitalizados positivos para VSR. Desde la SE16, las detecciones semanales de VSR mostraron una tendencia ascendente, alcanzando su pico en la SE26. Durante 2024, el 92% de los casos se concentraron entre las SE20 y SE36, con un mayor número de notificaciones entre las SE23 y SE30. En la última semana analizada (SE02/2025), se registraron 2 casos positivos para VSR en personas hospitalizadas.

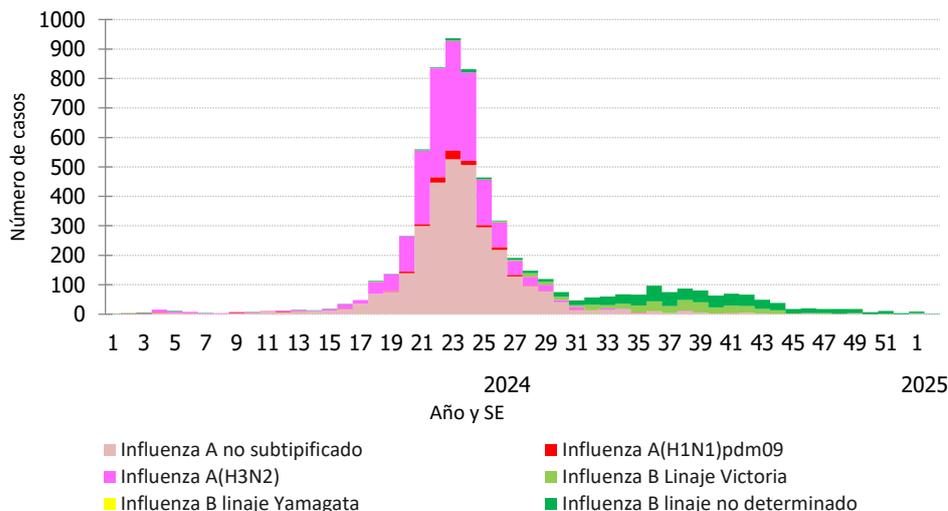
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE2/2025. Argentina.



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}.

Desde la SE1 de 2024, entre las 6261 detecciones de influenza, 5230 fueron influenza A (83,53%) y 1031 influenza B (16,47%). Respecto de los virus Influenza A, 2064 muestras cuentan con subtipificación, de las cuales la mayoría correspondieron a influenza A (H3N2) (n= 1945, 94,23%), mientras que las 119 muestras restantes fueron identificadas como influenza A (H1N1) pdm09. En relación a influenza B, 353 muestras fueron identificadas como Influenza B Victoria, en tanto que las demás muestras permanecen como Influenza B sin linaje.

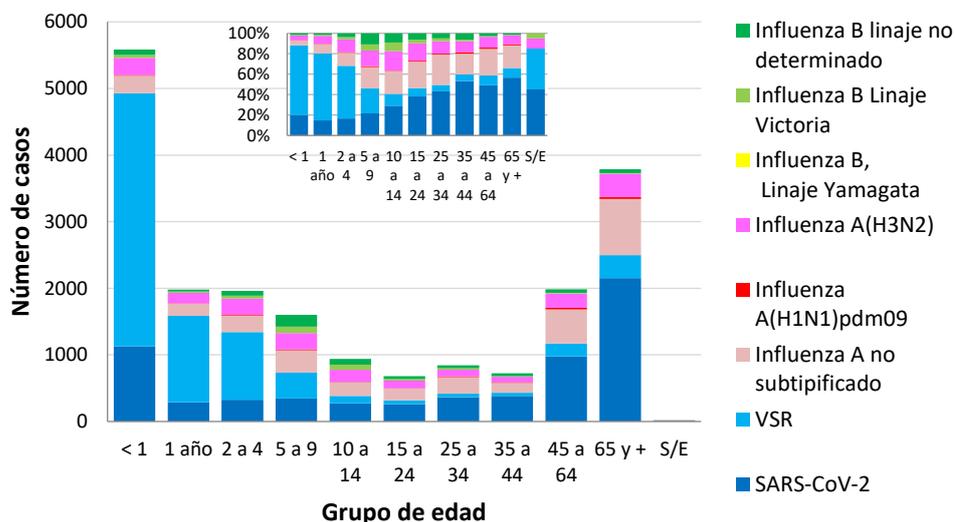
Gráfico 12. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica en casos hospitalizados – SE1/2024 a SE2/2025. Argentina.



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 13. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2024 a SE2/2025.



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.¹⁷ En lo que va del 2025, se registró 1 persona fallecida con este diagnóstico etiológico.

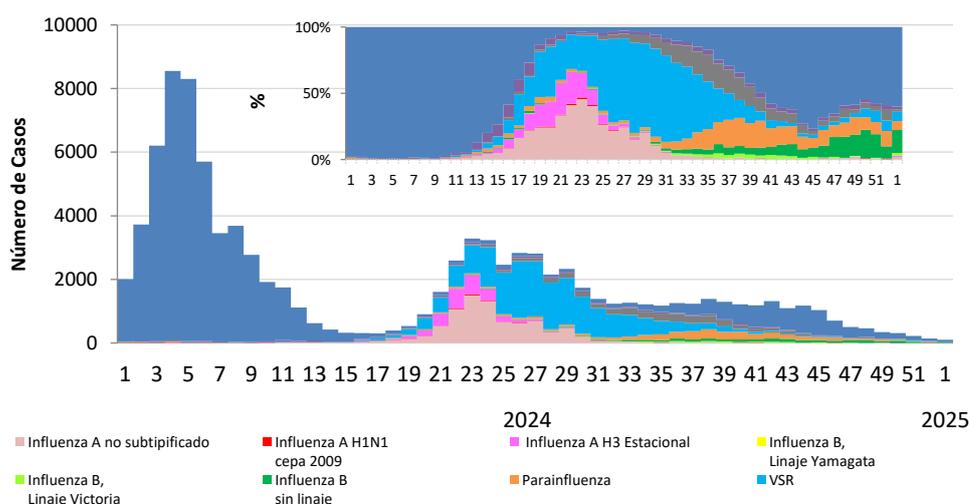
VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS - RED DE LABORATORIOS

A partir de la SE32 de 2024, se verificó un incremento de los casos de SARS-CoV-2 alcanzando el mayor número de detecciones en SE44, seguido de un descenso posterior. Las detecciones de influenza y VSR se encuentran en niveles bajos.

En 2024, si bien el número de casos de SARS-CoV-2 por SE es menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 82% de los casos entre las SE1 y SE12, con el mayor número de casos registrado entre las SE03 y SE06. Posteriormente, las detecciones semanales disminuyeron y, a partir de la SE32, los casos volvieron a incrementarse, alcanzando un nuevo pico en la SE44, aunque con una magnitud menor al ascenso previo. En cuanto a la influenza, se destacó un aumento pronunciado de las notificaciones entre las SE16 y SE23, con predominio de influenza A (sin subtipificar y A H3N2), concentrándose el 81% de los casos entre las SE18 y SE30. A partir de la SE31, los casos empezaron a disminuir, y hacia las últimas semanas del año, se observó un cambio en el tipo de influenza identificado, con predominio de influenza B (linaje Victoria), que experimentó un aumento. En relación al VSR, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16, alcanzando su máximo en la SE26, con el 92% de las detecciones concentradas entre las SE20 y SE36, y una posterior tendencia descendente después del pico alcanzado en la SE26. Respecto a otros virus respiratorios, se observó un aumento en las detecciones de metapneumovirus a partir de la SE23, alcanzando su pico en la SE38. Asimismo, entre las SE30 y SE38, se registró un incremento en los casos de parainfluenza, seguido de un descenso posterior.

Durante la SE1/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, VSR, parainfluenza, adenovirus y metapneumovirus.

Gráfico 14. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE1/2025. Argentina.



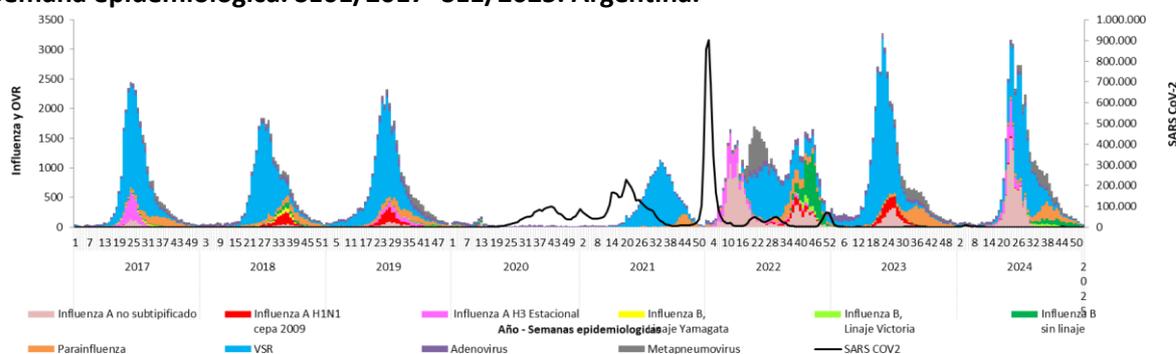
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

¹⁷ 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.

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.

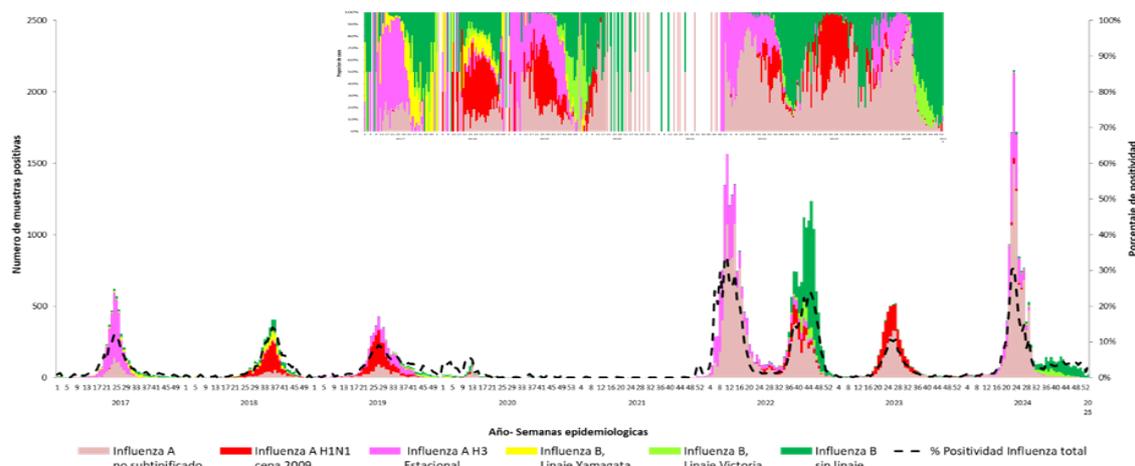
Durante el año 2023, el VSR presentó una actividad estacional adelantada en comparación con la mayoría de los años pre-pandémicos y años 2021-2022, con un rápido ascenso de notificaciones entre SE 13 y 22. El número de detecciones positivas para parainfluenza fue mayor al de todos los años históricos 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 15. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- 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}.

Gráfico 16. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE1/2025. Argentina.



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

SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE METAPNEUMOVIRUS EN ARGENTINA

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

Introducción

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

El uso más amplio de técnicas de diagnóstico molecular como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) ha permitido aumentar la detección y la conciencia sobre este virus¹⁸.

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

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

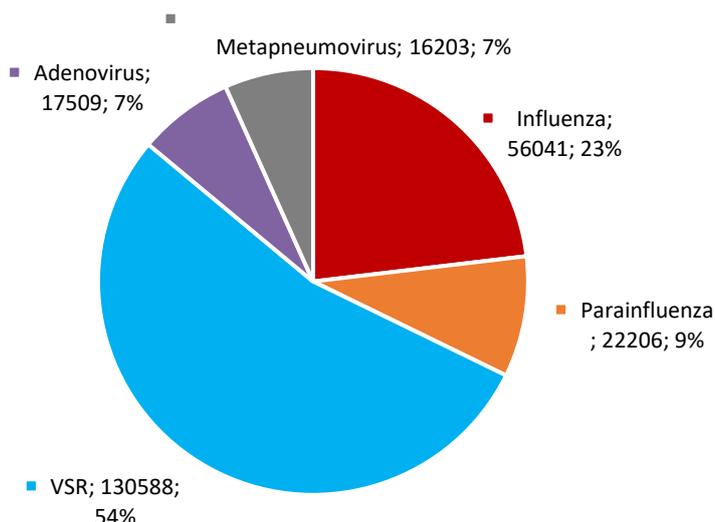
¹⁸ Khan A, Khanna V, Majumdar K. Demographics, Clinical Presentation and Outcome of Metapneumovirus Infection in Adults: A Case Series Analysis at Scarborough General Hospital, United Kingdom. *Cureus*. 2024 Nov 8;16(11):e73292. doi: 10.7759/cureus.73292. PMID: 39524165; PMCID: PMC11548111. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11548111/#REF1>

Situación Nacional

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

A través de la vigilancia por redes de laboratorios, se observa que un 7% de las detecciones positivas para algún virus respiratorio –excluyendo SARS-CoV-2– corresponde a metapneumovirus, encontrándose en cuarto lugar en frecuencia luego de VSR, influenza y parainfluenza.

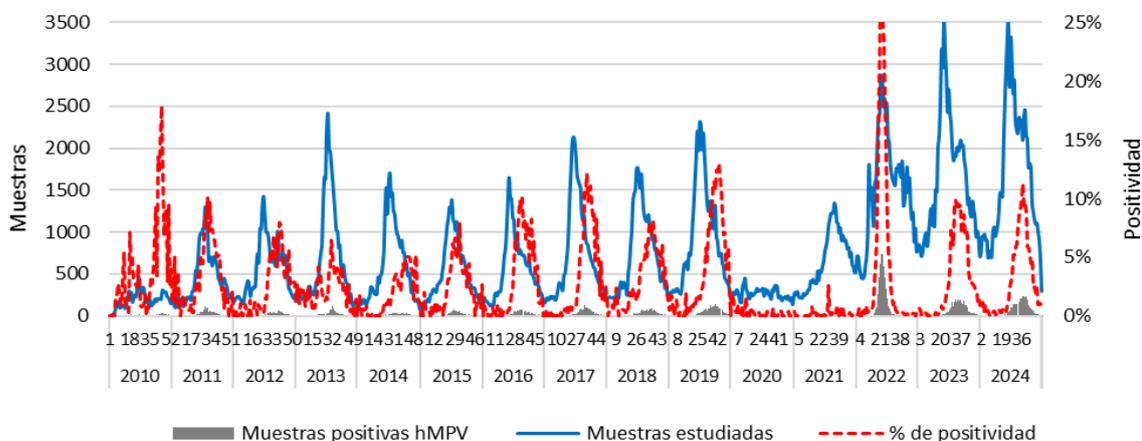
Gráfico 17. Detecciones de virus respiratorios distintos de SARS CoV-2. Argentina. Años 2017 a 2024



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

Entre 2010 y 2024, el metapneumovirus (hMPV) sigue un patrón estacional, predominando en los meses de invierno y primavera, cuando generalmente disminuyen los casos de VSR, excepto en 2022. Ese año, el ascenso estacional de VSR coincidió con un aumento de los casos de hMPV. Asimismo, se ha registrado un incremento tanto en el número de muestras analizadas como en las detecciones. En 2024, la circulación fue similar a la de 2023, manteniéndose los patrones estacionales históricos de hMPV.

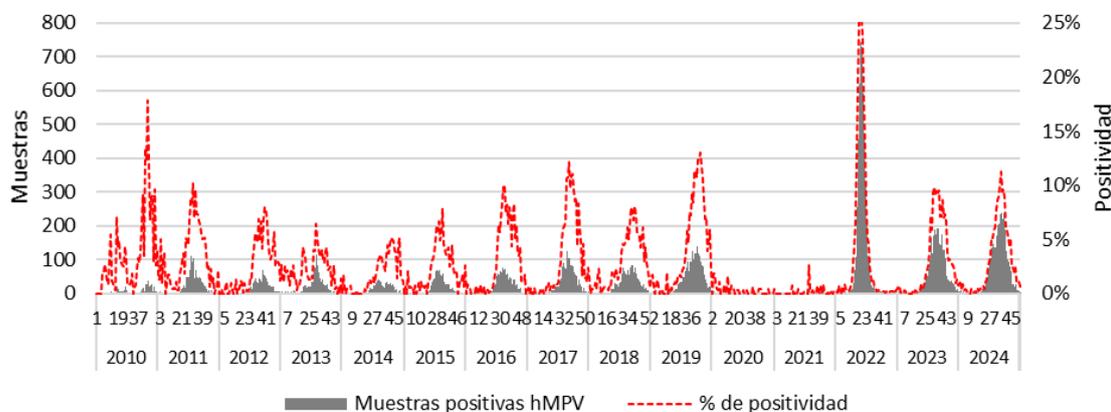
Gráfico 18. Metapneumovirus. Muestras estudiadas, positivas y % de positividad por semana epidemiológica. Argentina. 2010 a 2024.



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

A nivel nacional la circulación estacional del metapneumovirus generalmente comienza en la semana 21 (fines de mayo) y finaliza en la semana 46 (noviembre), con excepción de 2020 y 2021, cuando prácticamente no circuló. En 2022, se registró un patrón atípico, con mayor actividad entre las semanas 15 (abril) y 32 (agosto), un adelantamiento observado en todas las regiones del país.

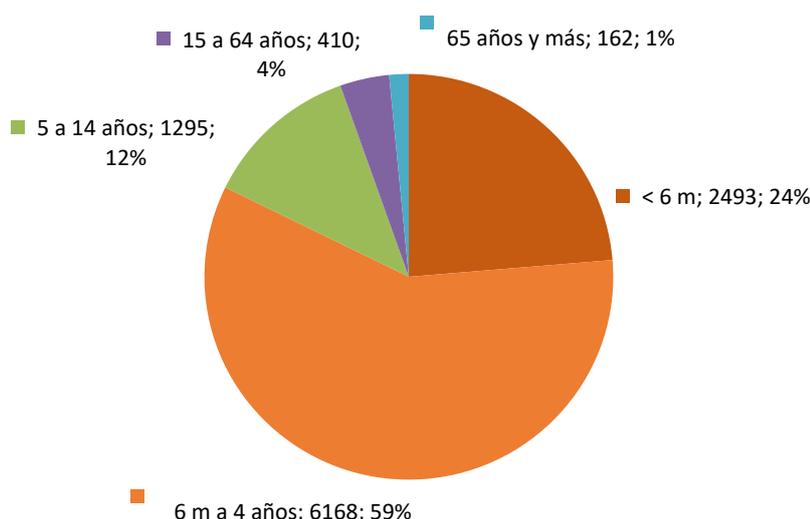
Gráfico 19. Metapneumovirus. Muestras positivas y % de positividad por semana epidemiológica. Argentina. 2010 a 2024.



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

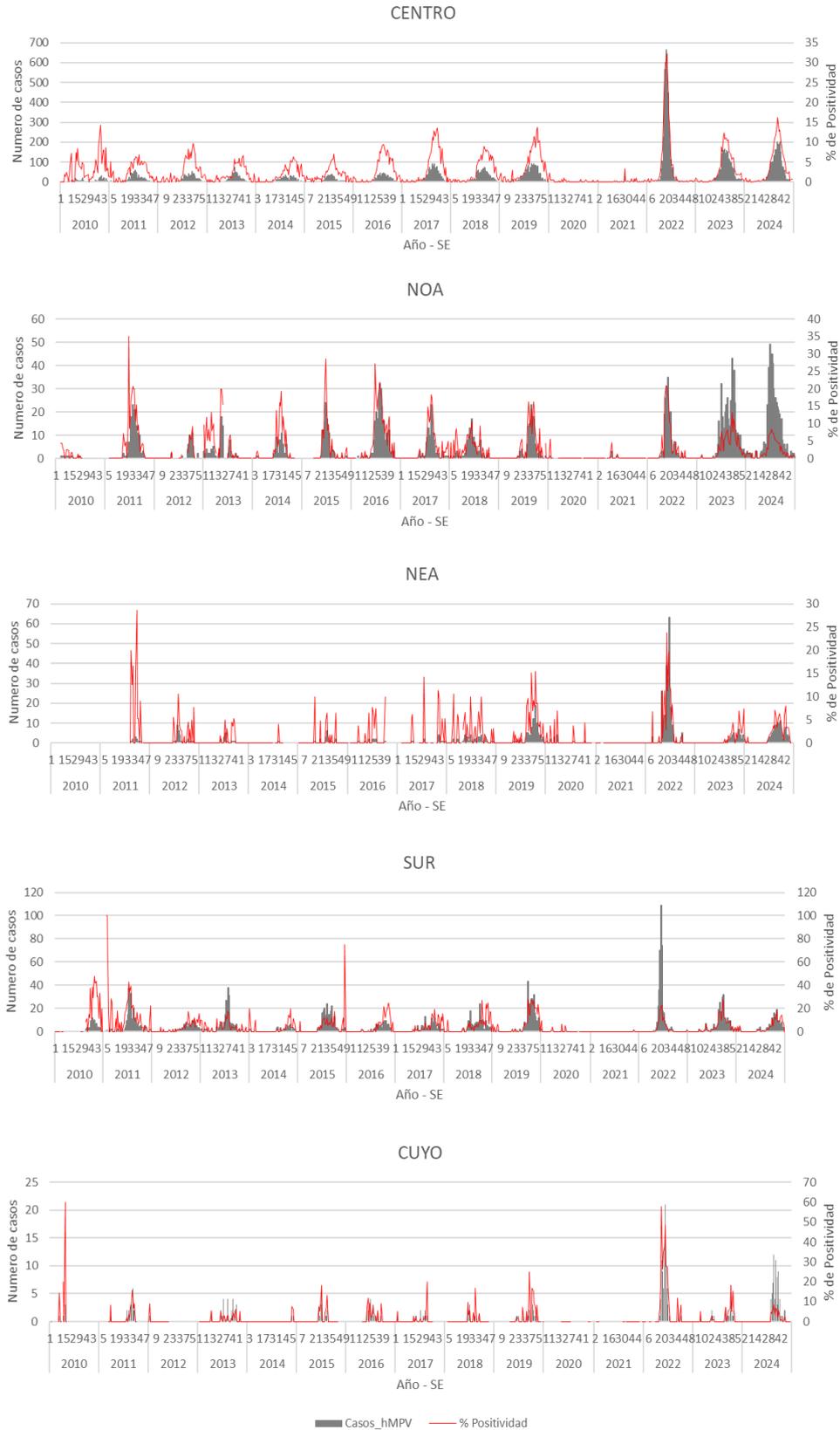
En cuanto a la distribución por grupos de edad, los casos acumulados de metapneumovirus entre 2022 y 2024 se registran en todos los grupos etarios. Más del 80% de las detecciones corresponden a menores de 5 años, de los cuales un 24% son niños menores de seis meses. Además, un 1% de los casos se presenta en adultos de 65 años y más. Esta frecuencia debe entenderse en el marco de la procedencia de la información que se basa fundamentalmente en ensayos de inmunofluorescencia (la cual se utiliza fundamentalmente en menores de 5 años) y en ensayos moleculares (para cualquier grupo de edad).

Gráfico 20. Casos de hMPV según grupo de edad. Argentina. Años 2022 a 2024.



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

Gráfico 21. Metapneumovirus. Muestras positivas y % de positividad por semana epidemiológica. Por Región del país. Argentina. 2010 a 2024.



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

Situación internacional

En diversos países del hemisferio norte, las infecciones respiratorias agudas aumentan durante la temporada invernal, principalmente debido a epidemias estacionales de patógenos como influenza estacional, el virus respiratorio sincitial (VSR), el metapneumovirus humano (hMPV) y el *Mycoplasma pneumoniae*. Esta cocirculación de múltiples patógenos respiratorios suele generar una mayor carga para el sistema de salud. Actualmente, en varios países del hemisferio norte, las tasas de enfermedades tipo influenza (ETI) y de infecciones respiratorias agudas (IRAG) están por encima de los niveles basales, siguiendo las tendencias estacionales. La actividad de la influenza es elevada en muchas regiones, como Europa, América Central, el Caribe y algunas zonas de Asia, con variabilidad en el tipo y subtipo de la influenza predominante. En cuanto al VSR, las tendencias varían según la región, con una disminución en la mayoría de las subregiones de las Américas, excepto en América del Norte, donde la actividad ha aumentado. En relación con el hMPV, algunos países reportan un aumento en las detecciones, que coincide con la temporada invernal. En China, se ha registrado un incremento en las infecciones respiratorias agudas, con aumentos en las detecciones de influenza, rinovirus, VSR y hMPV, especialmente en las provincias del norte, aunque el sistema de atención médica no se encuentra colapsado y no se han detectado brotes inusuales.¹⁹

Recomendaciones

-Se destaca la importancia de continuar fortaleciendo la Vigilancia Epidemiológica integrada de virus respiratorios a través de todos los componentes de la estrategia de vigilancia de Infecciones respiratorias, asegurando un monitoreo efectivo tanto en pacientes ambulatorios como en los internados. Esto implica la recolección y el análisis sistemático de datos para identificar tendencias y detectar aumentos inusuales de casos, realizar estudios de laboratorio conforme a la estrategia de vigilancia y evaluar el impacto de los virus respiratorios en diversos contextos asistenciales.

-Fortalecer las estrategias de vigilancia por Redes de laboratorio y Unidades centinela (Unidades de Monitoreo Ambulatorio – Unidades centinela de IRAG).

Se recomienda seguir las pautas de prevención y control de infecciones respiratorias agudas, como mantener completos los esquemas de vacunación contra SARS-CoV-2, Influenza (gripe), Neumococo, *Haemophilus Influenzae* B, contra *Bordetella Pertussis* y Virus Sincitial Respiratorio según las recomendaciones nacionales de vacunación; ventilación adecuada de los ambientes; adecuada higiene de manos; mantener una higiene respiratoria correcta.

Además, las personas con síntomas respiratorios deben permanecer en casa hasta 24 horas después de la desaparición de la fiebre (sin necesidad de antitérmicos) y evitar el contacto con personas vulnerables.

¹⁹ World Health Organization (7 January 2025). Disease Outbreak News; Trends of acute respiratory infection, including human metapneumovirus, in the Northern Hemisphere. Available at: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON550>

**ALERTAS Y
COMUNICACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS
INTERNACIONALES**

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

TANZANIA - VIRUS DE MARBURGO

Un brote de la enfermedad del virus de Marburgo (de ahora en más, MVD) representa una grave amenaza para la salud pública, ya que es una enfermedad grave y a menudo mortal causada por un Filovirus (un virus de la familia Filoviridae, como lo es el virus del Ébola). La MVD a menudo comienza con fiebre, dolor de cabeza, fatiga y dolor muscular, y progresa a trastornos hemorrágicos, shock e insuficiencia orgánica, que pueden causar altas tasas de letalidad (CFR) del 24 al 88%. Si bien no existen tratamientos antivirales específicos para la MVD, la atención de apoyo, incluida la rehidratación y el tratamiento sintomático, puede mejorar la supervivencia. En este presunto brote de MVD en la región de Kagera, Tanzania, se han notificado nueve casos sospechosos hasta el 10 de enero de 2025, incluidas ocho muertes, lo que da como resultado una tasa de letalidad (CFR) del 89%. Las personas afectadas incluyen contactos de los casos índice, como familiares, trabajadores de la salud, pastores, curanderos tradicionales e individuos expuestos a través de entierros inseguros. La alta tasa de letalidad del presunto brote, su potencial de transmisión nosocomial, su continua propagación comunitaria y su posible propagación a distritos vecinos resaltan su grave impacto en la salud pública.

Hasta el momento, los casos notificados de sospecha de MVD se limitan a dos distritos (distrito de Biharamulo y distrito de Muleba) en la región de Kagera en Tanzania. Sin embargo, la región de Kagera sirve como un importante centro de tránsito con importantes movimientos transfronterizos hacia Ruanda, Burundi y Uganda, lo que aumenta el potencial de propagación internacional.

Hasta el 10 de enero de 2025, se había notificado un total de nueve casos sospechosos en dos distritos, incluidas ocho muertes y un paciente actualmente aislado. Las muestras de laboratorio se están analizando en el laboratorio móvil del Laboratorio Nacional de Salud Pública y los resultados están pendientes de confirmación. Se han identificado un total de 202 contactos, incluidos 56 trabajadores sanitarios (distrito 175 de Biharamulo y distrito 27 de Muleba), que están bajo seguimiento.

BOLIVIA- VIRUS DEL CHAPARE

El 7 de enero de 2025, el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el RSI del Estado Plurinacional de Bolivia notificó a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) una infección humana por el virus del Chapare confirmada por laboratorio en un paciente varón del municipio de Palos Blancos, departamento de La Paz.

Detalles de la situación:

Se trataba de un varón de 54 años, trabajador agrícola y residente en el municipio de Palos Blancos. El inicio de los síntomas del paciente fue el 19 de diciembre de 2024, con temperatura corporal elevada, cefalea, mialgias, artralgias y sangrado de encías. El 24 de diciembre, el paciente acudió a un ambulatorio local presentando dolor lumbar. El 30 de diciembre, el paciente presentó convulsiones y pérdida de conocimiento, por lo que fue trasladado al Centro de Salud de Palos Blancos, donde falleció el mismo día.

El caso presentaba antecedentes de síntomas respiratorios sugestivos de tuberculosis, aunque las pruebas diagnósticas no fueron concluyentes. Durante sus visitas a diferentes centros de salud, recibió múltiples diagnósticos, entre ellos lumbalgia, gastroenteritis, síndrome tóxico-infeccioso y moderada deshidratación. Sin embargo, el historial epidemiológico incluía diagnósticos diferenciales de fiebre hemorrágica boliviana, leptospirosis, dengue y hantavirus. Éstos se basaban en signos adicionales, como encías sangrantes y vómitos de sangre, ausentes en su historia clínica inicial. El 30 de diciembre, antes de su fallecimiento, se tomaron muestras de sangre que se enviaron al laboratorio de referencia del Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (CENETROP). El 2 de enero de 2025, se reportaron resultados positivos para el virus del Chapare (CHAPV) por reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) el mismo día. La investigación epidemiológica reveló un ambiente propicio para la transmisión zoonóticas. Dentro de la vivienda, se encontraron pruebas de infestación por roedores, incluidas heces tanto en el interior como alrededor de la propiedad. Se detectaron condiciones favorables para la infestación de roedores, como viviendas de madera y metal corrugado, suelos de tierra y zonas peridomésticas con plantaciones de coco. Además, se identificaron factores de riesgo en las rutinas diarias del paciente, como la limpieza deficiente de las áreas domiciliarias y su trabajo como agricultor al entrar en contacto con zonas de posibles madrigueras del roedor. En respuesta, el equipo de salud pública ha puesto en marcha medidas urgentes, como la desinfección con soluciones cloradas, el control de roedores con rodenticidas y la vigilancia de los contactos y las viviendas circundantes. Se recolectaron muestras de sangre a dos contactos estrechos del caso (esposa e hija), las cuales han sido negativas. Hasta ahora, ninguna persona que resida en las proximidades del domicilio del caso ha notificado síntomas. Se han puesto en marcha medidas de salud pública y la vigilancia activa está en curso. Este es el quinto brote documentado de FHCH en Bolivia y en el mundo desde que se detectó el virus por primera vez en 2003.

Recomendaciones de la OMS

La OMS recomienda mantener la vigilancia y sensibilizar al personal de salud para detectar y tratar los casos de fiebre hemorrágica, así como para asegurar el estricto cumplimiento de las medidas de prevención y control desinfecciones. En función del contexto epidemiológico del país o territorio, la vigilancia debe orientarse a detectar los casos sospechosos de fiebre hemorrágica, teniendo en cuenta las manifestaciones clínicas, la historia de viaje y la historia de exposición. Se considera contacto a toda persona que haya tenido contacto con la sangre o fluidos corporales de un caso sospechoso, probable o confirmado por fiebre hemorrágica durante el tiempo en que el caso o

paciente estuvo enfermo. El monitoreo de contactos deberá realizarse por un periodo de incubación presuntivo máximo de 21 días (después de la última exposición conocida).

La confirmación de laboratorio de la infección por Mammarenavirus puede realizarse por diversos métodos, tanto virológicos como serológicos. Sin embargo, la dinámica de la infección (duración de la viremia frente a la aparición de anticuerpos) en las infecciones por Mammarenavirus no se ha comprendido del todo, y todavía no se ha validado ningún ensayo serológico para el CHAPV. Todas las muestras biológicas deben ser tratadas como potencialmente infecciosas, manipuladas por personal formado y procesadas en laboratorios adecuadamente equipados.

Los pacientes deben mantenerse en aislamiento estricto durante el periodo febril agudo, y el personal sanitario que los atiende debe utilizar equipos de protección personal para las precauciones contra las gotas y los contactos. Al mismo tiempo, deben limpiarse y desinfectarse todas las secreciones, así como el material contaminado con sangre. Para el tratamiento de las fiebres hemorrágicas causadas por Mammarenavirus del Nuevo Mundo, se ha descrito el uso de ribavirina; sin embargo, su eficacia y seguridad no se han demostrado en ensayos clínicos aleatorizados. Se debe administrar hidratación, reposo y tratamientos de apoyo ante posibles complicaciones. También debe considerarse la evaluación y el tratamiento de posibles infecciones, como malaria, dengue, fiebre amarilla o infecciones bacterianas.

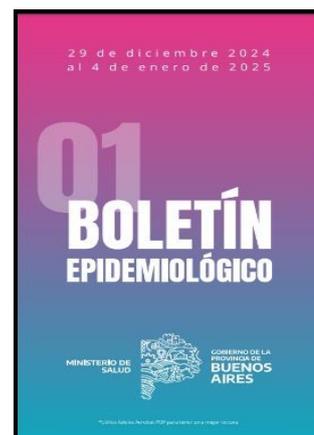
Los procedimientos que generan aerosoles, como la intubación orotraqueal, la ventilación mecánica no invasiva y las aspiraciones de las vías respiratorias superiores, también intervienen en la transmisión de persona a persona. Deben cumplirse estrictamente las precauciones estándar, además de las precauciones por gotitas y por contacto, en concreto: (i) la higiene de las manos, (ii) el uso de equipos de protección individual de acuerdo con la evaluación de riesgos, (iii) la eliminación adecuada de los materiales cortantes, (iv) el protocolo adecuado para la tos y la higiene respiratoria, y (v) el uso adecuado de equipos estériles y la manipulación de los residuos hospitalarios. Deben cumplirse las precauciones de transmisión aérea cuando se realicen procedimientos que puedan provocar la dispersión del virus en el aire.

**DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES**

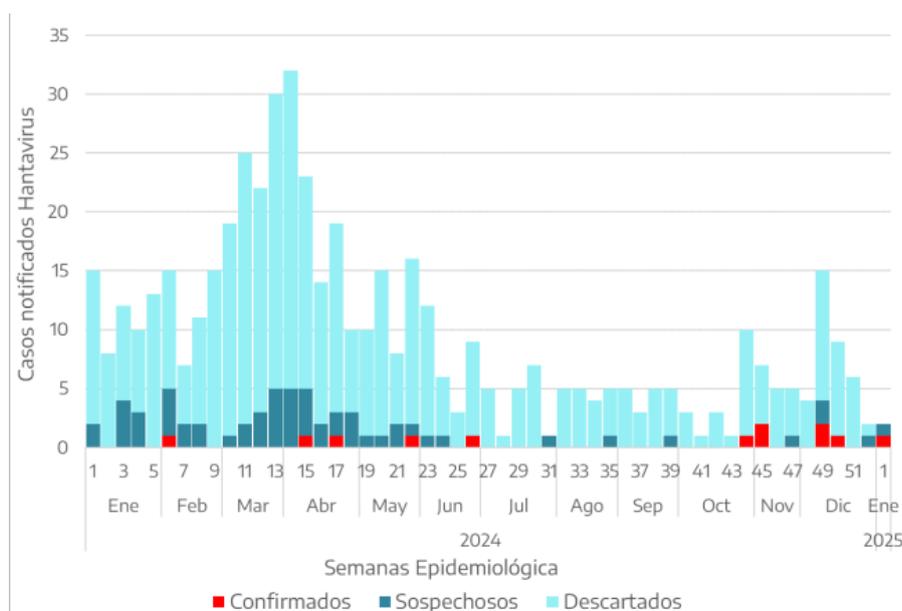
BUENOS AIRES: HANTAVIROSIS

En 2024 se notificaron 506 casos sospechosos de hantavirus, de los cuales 11 fueron confirmados, 437 descartados y 58 sospechosos. Entre los casos confirmados 2 fallecieron, el primero se trató de un hombre de 44 años de edad ocurrido en la primera semana de febrero (SE 6) y el segundo correspondió a una mujer de 39 años en la segunda semana de diciembre (SE 50).

Durante la primera semana de enero de 2025 (SE 1), se notificaron 3 casos sospechosos de hantavirus, de los cuales 1 caso fue confirmado y los otros 2 continúan como sospechosos. (Gráfico 1) Todos los casos confirmados requirieron internación y actualmente 3 personas continúan internadas (2 notificados en diciembre de 2024 y 1 de 2025). Todas con buena evolución. La adquisición de la enfermedad se vinculó mayoritariamente con haber permanecido en zona rural, semirural o periurbana.



Casos notificados de hantavirrosis por semana epidemiológica. PBA, SE 1 a SE 52 de 2024 (N= 506) y SE 1 de 2025 (n=3).



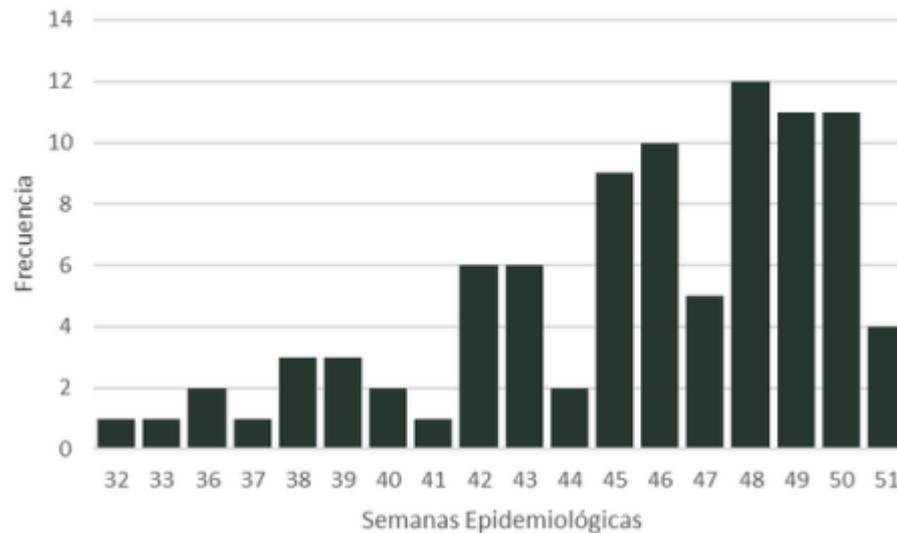
Para más información: https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

LA PAMPA: ARBOVIROSIS

Actualmente se está cursando una etapa interepidémica, sin casos confirmados desde el comienzo de la temporada (SE31 28/7/2024) con notificación de 90 casos sospechosos con clínica compatible con Dengue, de los cuales no se ha confirmado ninguno dentro del territorio provincial. Los casos se clasifican según el algoritmo de laboratorio; los casos sospechosos son aquellos que aún no tienen resultado, el caso sospechoso no conclusivo se trata de un caso cuyo resultado de laboratorio no puede descartarse y necesita segunda muestra, y caso probable aquel que tiene una prueba de laboratorio positiva pero no puede confirmarse y necesita hasta una tercera muestra. notificados en el año 2024 comparando con 2023. La mayor tasa de incidencia la presenta AP Comodoro Rivadavia (38,5 x100.000 hab). No hubo registro de notificaciones de este evento durante la SE 01 del año 2025.



Notificación de casos sospechosos de Dengue. Temporada 2024/2025 SE49. La Pampa.



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

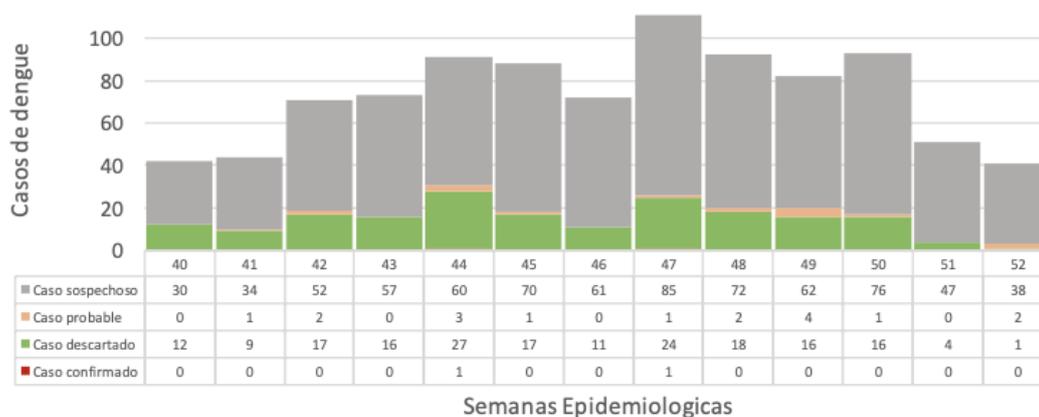
Para más información: <https://drive.google.com/drive/folders/1PAH6XUO0fDa82EdVS9dGnbS-U6ILEAH4>

SALTA: DENGUE

En la provincia de Salta se inicia el periodo de vigilancia intensificada de Enfermedades Transmitidas por Mosquitos (ETM), que se extiende desde el 1 de octubre (SE40) hasta el 30 de mayo aproximadamente del siguiente año teniendo en cuenta la dinámica epidemiológica de las ETM en la provincia. En la SE 44 se presentó el primer caso confirmado de dengue de la temporada, con residencia en el departamento de Capital y sin antecedentes de viaje por lo que se lo clasifico como autóctono, con serotipo DEN-2. En la SE 47 se confirmó un nuevo caso de Dengue, paciente con residencia en capital, sin antecedente de viaje, no se pudo establecer el serotipo. En la semana 52 se reportaron 2 casos probables de dengue con test rápido y con antecedentes de viaje en investigación.



Casos por semana epidemiológica desde SE 40 a 52. año 2024. Salta.



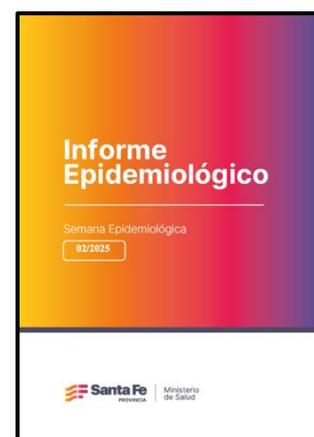
Fuente: Elaboración propia de la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

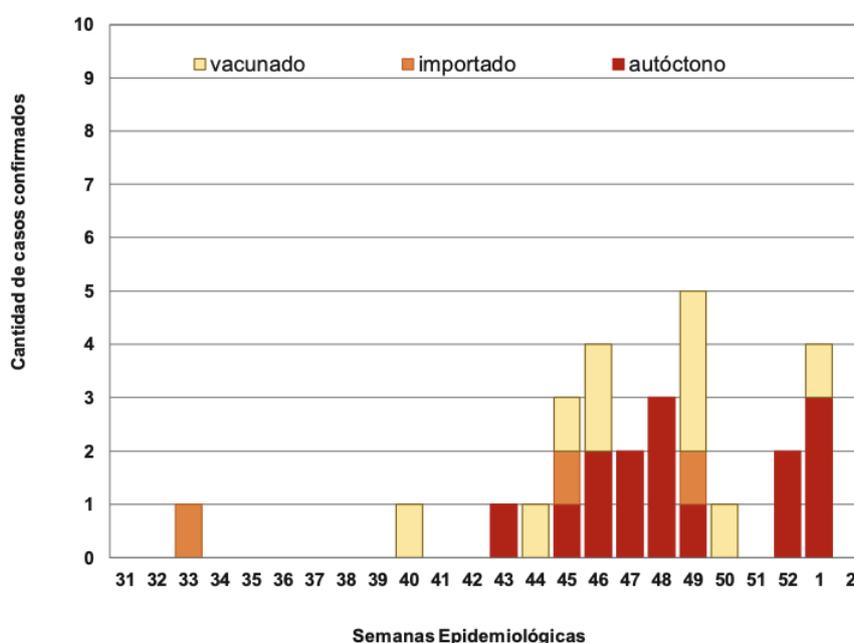
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

SANTA FE: DENGUE

En la provincia de Santa Fe, en lo que va de la temporada 2024-2025 (SE 31/2024 hasta la SE 02/2025), se notificaron al evento de Dengue un total de 1465 casos de los cuales 18 se confirmaron, 15 casos “sin antecedente de viaje” Y 3 “con antecedente de viaje” (India, Maldivas, otra provincia de Argentina). De los casos notificados con “antecedente de vacunación en los últimos 30 días”, 10 fueron confirmados. Además, se notificaron un total de 8 casos al evento de “Dengue durante la gestación”, no confirmándose a la fecha casos bajo esta clasificación.



Casos de Dengue desde SE31/2024 hasta a SE02/2025 según semana epidemiológica. Provincia de Santa Fe. N= 28.



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 11/01/2025.

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: RESPIRATORIAS

Hasta la semana epidemiológica (SE) 2 en 2025 se notificaron 32 casos de enfermedades respiratorias en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2024, se observa un aumento del 18,5% de los casos registrados a nivel provincial

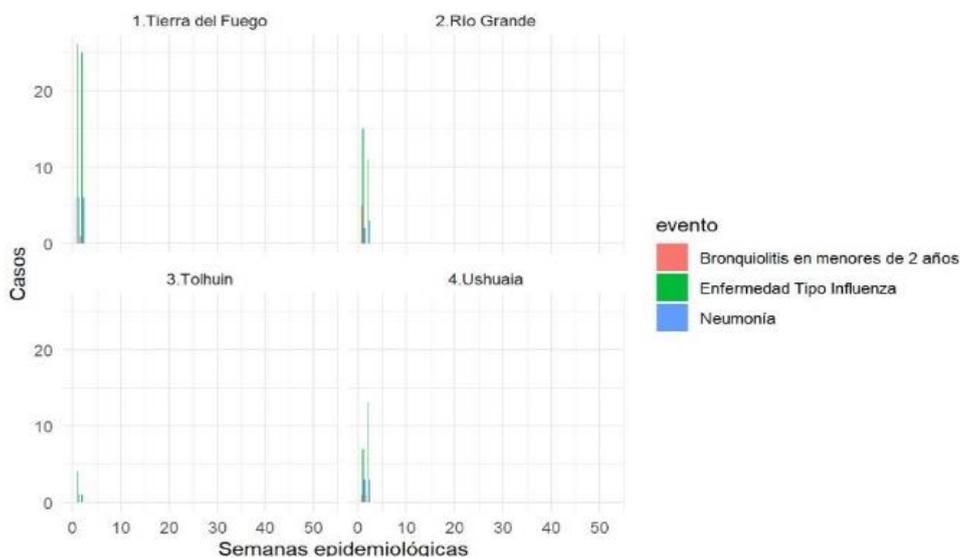


Respiratoria agrupadas, año 2024 y 2025

	SE 2 / Año 2024	SE 2 / Año 2025	% Variación interanual
Río Grande	20	36	↑ 80.0
Tolhuin	1	6	↑ 500.0
Ushuaia	34	27	↓ -20.6
Tierra del Fuego	55	69	↑ 25.5

Fuente: SNVS 2.0 D.E.I.S. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS

Respiratorias agrupadas en Tierra del Fuego según localidad hasta la SE 2



Fuente: SNVS 2.0 D.E.I.S. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS

Para más información: <https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/>

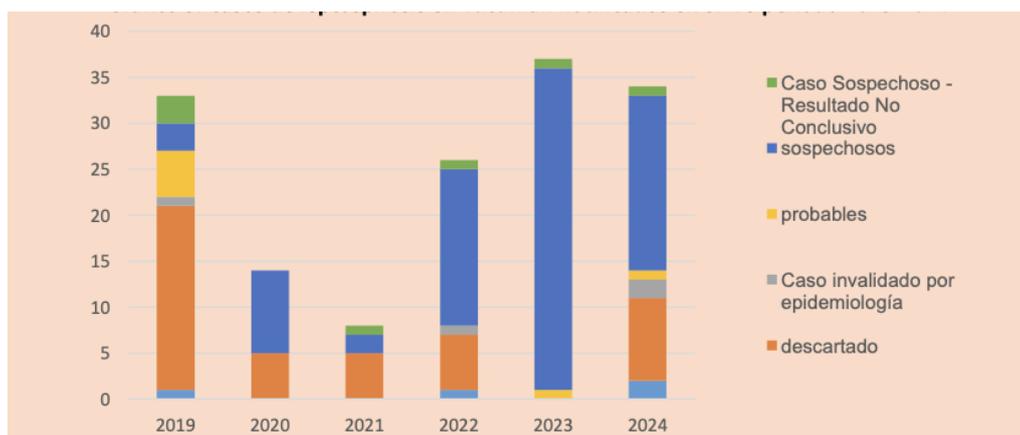
TUCUMÁN: LEPTOSPIROSIS

Durante el periodo SE 01 2019 a la SE 32 del 2024 se registraron en el evento “Leptospiriosis”, en el SNVS, 13.406 casos notificados, de los cuales 491 fueron confirmados, 655 probables, 4.613 descartados y los 7.647 restantes fueron clasificados como sospechosos. La mayor cantidad de casos confirmados se registró en la SE 04/2019 (n=15). Se distingue un patrón estacional en el que se observa un aumento de casos en las últimas semanas del año, presentando picos en las primeras semanas del año siguiente, para luego disminuir.

En Tucumán, desde la SE 1 del 2019 a la SE 53 del 2024 se notificaron al SNVS 2.0153 casos de leptospiriosis. De los cuales; 4 fueron confirmados, 85 fueron sospechosos, 7 fueron probables, 45 descartados, 7 sospechosos no conclusivos y 4 se invalidaron por epidemiología (gráfico 3). Los casos confirmados corresponden a los departamentos Leales, Cruz Alta, Tafí Viejo y Lules.



Casos de leptospiriosis en Tucumán notificados en SNVS período 2019-2024.



Fuente: Dirección de Epidemiología de Tucumán, a partir de reporte de SNVS.

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