



BOLETÍN

# EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° 744

Semana epidemiológica 7

AÑO 2025

Desde 09/02 al 15/02

Fecha de publicación

**24/02/2025**

DIRECCIÓN DE  
EPIDEMIOLOGÍA



## **AUTORIDADES**

### **Presidente de la Nación**

Dr. Javier Gerardo MILEI

### **Ministro de Salud de la Nación**

Dr. Mario Iván LUGONES

### **Secretaría de Gestión Sanitaria**

Dr. Alejandro Alberto VILCHES

### **Subsecretaría de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud**

Dr. María Susana AZURMENDI

### **Dirección de Epidemiología**

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

## Autores de este boletín:

### SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES

**Mpox:** Antonella Vallone<sup>1</sup>, Silvina Moisés<sup>1</sup>, Tamara Wainzinger<sup>1</sup>, Carlos Giovacchini<sup>4</sup> y María Marta Iglesias<sup>1</sup>.

### EVENTOS PRIORIZADOS

**Dengue y otros arbovirus:** Gabriela Fernández<sup>1</sup>, Yasmin El Ahmed<sup>1</sup>, Dalila Rueda<sup>1</sup>, Federico M. Santoro<sup>1</sup>, Silvina Moisés<sup>1</sup>, María Pía Buyayisqui<sup>1</sup>, Esteban Couto<sup>2</sup>, Julieta Siches<sup>3</sup>, Lucía Maffey<sup>3</sup>, Julián Antman<sup>1</sup>, Cintia Fabbri<sup>5</sup>, Victoria Luppó<sup>5</sup>, María Alejandra Morales<sup>10</sup>.

**Infecciones respiratorias agudas:** Carla Voto<sup>1</sup>, María Paz Rojas Mena<sup>1</sup>, Melisa Laurora<sup>1</sup>, Dalila Rueda<sup>1</sup>, Federico M. Santoro<sup>1</sup>, Silvina Moisés<sup>1</sup>.

### ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

**Situación epidemiológica de Hantavirosis en Argentina:** Melisa Laurora<sup>1</sup>, Dalila Rueda<sup>1</sup>, María Laura Parenti<sup>1</sup>, Julián Antman<sup>1</sup>, Natalia Casas<sup>3</sup>, Laura Geffner<sup>3</sup>, Micaela Rulli<sup>3</sup>, Alejandra Piazza<sup>3</sup>, Alejandra Gaiano<sup>3</sup>, Carlos Giovacchini<sup>4</sup>, Rocío Coelho<sup>5</sup>, Sebastián Kehl<sup>5</sup>, Valeria Martínez<sup>5</sup>, Julia Brignone<sup>6</sup>, Carina Sen<sup>7</sup>, María Laura Martín<sup>8</sup>, Anabel Sinchi<sup>9</sup>, María Alejandra Morales<sup>10</sup>.

### ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES

María Marta Iglesias<sup>1</sup>

### DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

Abril Joskowicz<sup>1</sup>, Soledad Castell<sup>1</sup>.

### HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA

Antonella Vallone<sup>1</sup>, Morena Diaz<sup>1</sup>, Laura Bidart<sup>1</sup>, Agustina Page<sup>1</sup>, Martina Prina<sup>1</sup>.

**Gestión del SNVS y de los datos de vigilancia:** Alexia Echenique Arregui<sup>1</sup>, Leonardo Baldivieso<sup>1</sup>, Estefanía Cáceres<sup>1</sup>, Mariel Caparelli<sup>1</sup>, Ana Laura Parenti<sup>1</sup>, Paula Rosin<sup>1</sup>, Guillermina Pierre<sup>1</sup>, Juan Pablo Ojeda<sup>1</sup>, Julio Tapia<sup>1</sup>.

**Compilación:** Sebastián Riera<sup>1</sup>, Franco Ormeño Mazzochi<sup>1</sup>.

**Coordinación General:** Cecilia González Lebrero<sup>1</sup> y Julián Antman<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Dirección de Epidemiología.

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Medicina Tropical.

<sup>3</sup> Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades transmitidas por vectores.

<sup>4</sup> Departamento de Epidemiología, INEI-ANLIS "Carlos G. Malbrán".

<sup>5</sup> Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

<sup>6</sup> División Robovirus. Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH-ANLIS).

<sup>7</sup> División Biotecnología y Bioinformática. Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH-ANLIS).

<sup>8</sup> División Reservorios y Vectores. Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH-ANLIS).

<sup>9</sup> Departamento de Epidemiología y Capacitación. Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH-ANLIS).

<sup>10</sup> Dirección Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH-ANLIS).

### **Agradecimientos:**

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

### **Imagen de tapa:**

Imagen de aves de corral. Foto tomada de banco de imágenes libre.

### **Cómo citar este boletín:**

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°744, SE 7.

## I. Editorial del BEN 740

---

*Los Boletines semanales de Vigilancia de la Salud: Una historia de más de 20 años de política de Estado para la gestión de la epidemiología.*

---

En los inicios de los 2000, la Residencia de Epidemiología de campo del Nivel Nacional (PRESEC) editaba el "Epinoticias", una publicación diaria vinculada con la vigilancia de rumores, tanto nacional como internacional, que se enviaba a referentes de epidemiología de todo el país.

En 2009, con la implementación del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 1.0) en todas las jurisdicciones, el Epinoticias se transformó en el "Epinoticias Semanal", editado desde la recientemente creada Área de Vigilancia de la Salud. Esta nueva versión incluía cuatro secciones principales: 1. Situación de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO), 2. Detalle de los síndromes febriles inespecíficos, 3. Evaluación de la oportunidad y regularidad y 4. Selección de noticias internacionales de interés.

En el año 2010 el Epinoticias semanal se transformó en el Boletín Semanal de Vigilancia. En este Boletín, junto con la información cuantitativa, se compartía un resumen ejecutivo de los datos más relevantes.

Al año siguiente, el Boletín Semanal se comenzó a editar como el BIV: "Boletín Integrado de Vigilancia". Fue el inicio de la presentación de informes periódicos de análisis de los ENO, realizados de manera integrada entre epidemiología y las áreas vinculadas con cada problemática. El BIV se envió a todos los receptores y se colocó en el sitio web del Ministerio de Salud, de manera regular, durante más de 10 años y el 15 de julio de 2022 el BIV pasó a ser el actual BEN: "Boletín Epidemiológico Nacional".

El BEN, resultado de la revitalización de la publicación y de los cambios epidemiológicos tras la pandemia de COVID-19, reafirmó el compromiso del Ministerio de Salud de la Nación con la mejora en la disponibilidad y difusión de información epidemiológica. Incorporó nuevas secciones, como 'Situaciones Epidemiológicas Emergentes' y la Sección Federal, que permite a las autoridades provinciales compartir información relevante. También se añadieron herramientas prácticas para fortalecer la vigilancia diaria.

Hoy el BEN se renueva, no cambia de nombre, pero sí su estética y contenidos. Tampoco cambian los objetivos: devolver la información sistematizada de los ENO a todas las personas participantes de la epidemiología nacional y constituir una herramienta de consulta integral de información oficial y oportuna para la toma de decisiones de distintos actores sociales. El nuevo BEN presentará cambios graduales. Están viendo una nueva estética. Luego, presentaremos una tabla con un conjunto de ENO seleccionados, para dar cuenta de la situación epidemiológica semanal en términos de observado y esperado, retomando una tarea que se expuso en otros momentos de esta historia y que consideramos fundamental. En los sucesivos BEN, además, se comenzarán a incluir análisis periódicos y sistemáticos de todos los eventos presentados en la tabla.



**Dra. Susaña Azurmendi**

Subsecretaria de vigilancia Epidemiológica,  
información y Estadísticas en Salud

## II. Acerca de este Boletín

Esta es la cuarta entrega desde que renovamos nuestra serie de boletines epidemiológicos nacionales de periodicidad semanal.

En esta edición, en la sección de “Actualización periódica de eventos”, se exhibe la situación epidemiológica de Hantavirus.

Además, se presentan dos comunicaciones de importancia nacional sobre eventos relevantes de acuerdo a su situación epidemiológica:

1. Comunicación publicada con la situación de Gripe Aviar de Alta Patogenicidad con participación del Ministerio de Salud junto a SENASA.
2. Comunicación sobre la confirmación de tercer y cuarto caso de sarampión en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

## Contenido

<b>I. Editorial del BEN 740.....</b>	<b>5</b>
<b>II. Acerca de este Boletín .....</b>	<b>6</b>
<b>SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES.....</b>	<b>9</b>
<b>III. Situación epidemiológica de MPOX.....</b>	<b>10</b>
III.1. Introducción .....	10
III.2. Situación internacional.....	10
III.3. Situación en África.....	11
III.4. Situación en las Américas.....	11
III.5. Situación en Argentina .....	12
III.6. Recomendaciones para el equipo de salud .....	13
III.7. Vigilancia Epidemiológica .....	14
III.7.A. Definiciones y clasificaciones de caso.....	14
III.7.B. Notificación .....	15
III.8. Algoritmo de diagnóstico y notificación de Mpox .....	16
III.9. Medidas ante casos sospechosos .....	16
III.10. Medidas ante contactos .....	17
<b>EVENTOS PRIORIZADOS .....</b>	<b>19</b>
<b>IV. Vigilancia de dengue y otros arbovirus .....</b>	<b>20</b>
IV.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus .....	20
IV.1.A. Introducción .....	20
IV.1.B. Subregión Centroamérica y México.....	20
IV.1.C. Subregión Cono Sur.....	21
IV.2. Situación de dengue en Argentina.....	24
IV.2.A. Situación histórica .....	24
IV.2.B. Temporada actual.....	26
IV.2.C. Distribución según región, jurisdicción y departamento .....	28
IV.2.D. Situación según serotipos circulantes.....	30
IV.2.E. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo” .....	31
IV.2.F. Dengue grave .....	32
IV.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus .....	32
IV.3.A. Situación epidemiológica de fiebre amarilla en argentina.....	33
IV.4. Vigilancia entomológica .....	34
IV.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición.....	34
IV.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) -SE06 (2025) .....	34
IV.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios.....	38
<b>V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas.....</b>	<b>40</b>
V.1. Nota Metodológica.....	40
V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios .....	40
V.3. Síntesis de la información nacional destacada a la SE07/2025 .....	41
V.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis.....	41
V.3.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados .....	41
V.3.C. Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios .....	42
V.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados.....	42
V.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI.....	42
V.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG.....	45
<b>ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS.....</b>	<b>49</b>
<b>VI. Situación epidemiológica de Hantavirus en Argentina .....</b>	<b>50</b>
VI.1. Introducción .....	50
VI.2. Nota Metodológica.....	51
VI.3. Situación en Argentina .....	51
VI.3.A. Situación histórica (2019-2025).....	51
VI.3.B. Situación epidemiológica actual .....	57

I.1.	Situación vigilancia genómica.....	60
I.2.	Vigilancia epidemiológica.....	61
VI.4.	Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Hantavirus.....	61
<b>ALERTAS Y COMUNICACIONES NACIONALES.....</b>		<b>63</b>
<b>VII. Informe de situación actual sobre curso de casos de influenza aviar de alta patogenicidad en Argentina.....</b>		<b>64</b>
VII.1.	Situación actual.....	64
VII.2.	Antecedentes de situación actual.....	64
VII.2.A.	Situación internacional.....	65
VII.2.B.	Situación regional <sup>28</sup> .....	66
VII.3.	Recomendaciones para equipos de salud.....	66
VII.3.A.	Vigilancia en animales.....	66
VII.3.B.	Vigilancia epidemiológica en humanos.....	67
VII.3.C.	Registro y notificación.....	68
VII.4.	Medidas de prevención y control.....	68
VII.4.A.	Ante la detección de un brote de influenza en aves:.....	68
VII.5.	Recomendaciones para la población.....	70
<b>VIII. CONFIRMACIÓN DE TERCER Y CUARTO CASO DE SARAMPIÓN EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.....</b>		<b>72</b>
VIII.1.	Situación actual en argentina.....	72
VIII.2.	Recomendaciones para la comunidad.....	73
VIII.3.	Recomendaciones para los equipos de salud.....	73
VIII.3.A.	Vigilancia epidemiológica.....	73
VIII.3.B.	Medidas de prevención.....	74
VIII.3.C.	Medidas ante casos y contactos.....	75
VIII.4.	Situación epidemiológica mundial y regional.....	76
<b>ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES.....</b>		<b>79</b>
<b>IX. Introducción.....</b>		<b>80</b>
IX.1.	Evaluación de Riesgos para la Salud Pública relacionados con la Fiebre Amarilla: implicaciones para la Región de las Américas <sup>81</sup>	
IX.1.A.	Resumen de la situación.....	81
IX.2.	Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas.....	83
IX.2.A.	Resumen de la situación.....	83
<b>DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES.....</b>		<b>87</b>
<b>X. Boletines jurisdiccionales.....</b>		<b>88</b>
X.1.	Buenos Aires: Arbovirosis.....	88
X.2.	Salta: Dengue.....	89
X.3.	Santa Fe: Fiebre Hemorrágica Argentina.....	90
X.4.	Tierra del fuego: Respiratorias.....	91
X.5.	Tucumán: Arbovirosis en embarazadas.....	92
<b>HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA.....</b>		<b>93</b>
<b>XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0.....</b>		<b>94</b>
XI.1.	Información relevante: enteroparasitosis.....	94
<b>XII. 1º Edición del Curso: “Vigilancia y notificación de dengue”.....</b>		<b>96</b>
<b>XIII. 4º Edición del Curso Virtual “Introducción al SNVS 2.0”.....</b>		<b>97</b>

SITUACIONES  
**EPIDEMIOLÓGICAS**  
EMERGENTES

## III. Situación epidemiológica de MPOX

### III.1. 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 de 2024, incluyendo la descripción de la situación y las directrices vigentes para la vigilancia epidemiológica y las medidas ante casos y contactos –entre otros aspectos relacionados con este evento que se encuentra disponible en:

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta\\_viruela\\_simica\\_16082024.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta_viruela_simica_16082024.pdf)

### III.2. Situación internacional<sup>4</sup>

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, Francia, Angola y Emiratos Árabes Unidos**. Desde el último informe, fue detectado un caso de clado Ib en **Omán**. 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 de propagación internacional 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 – Moderado
- Clado II MPXV: Observado en Nigeria y otros países endémicos de África Occidental y Central – Moderado

<sup>4</sup> Brote de Mpxo 2022-24: tendencias mundiales. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx\\_global/](https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/)

- Clado IIB MPXV: Asociado con la epidemia mundial de mpox a partir de 2022 – Moderado

### III.3. Situación en África<sup>5</sup>

Desde el 1 de enero de 2022, 26 Estados miembros de África han notificado a la OMS casos de mpox. Hasta el 16 de febrero de 2025, notificaron 25.022 casos confirmados por laboratorio, incluidas 99 muertes.

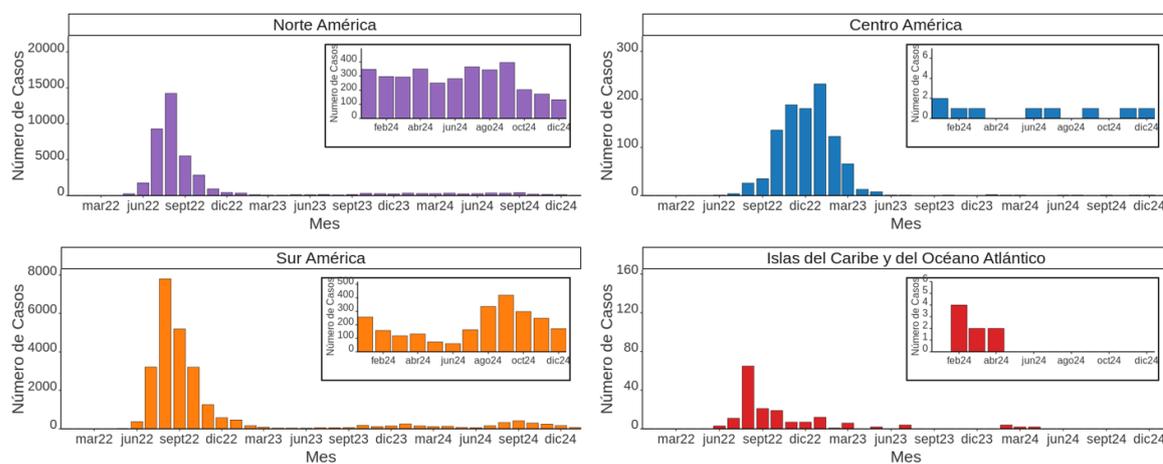
En los últimos doce meses, hasta el 16 de febrero de 2025, 22 países notificaron 21.067 casos confirmados, incluidas 74 muertes. Los tres países con la mayoría de los casos son la República Democrática del Congo (n=13.881), Burundi (n=3.463) y Uganda (n=2.949).

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.

### III.4. Situación en las Américas<sup>6</sup>

Respecto de la situación regional, según la última actualización epidemiológica de Organización Panamericana de la Salud, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 5 de 2025 fueron notificados en la Región de las Américas 108 casos de mpox (ninguna defunción). Durante 2024 habían sido notificados 5.891 casos de mpox con 8 defunciones.

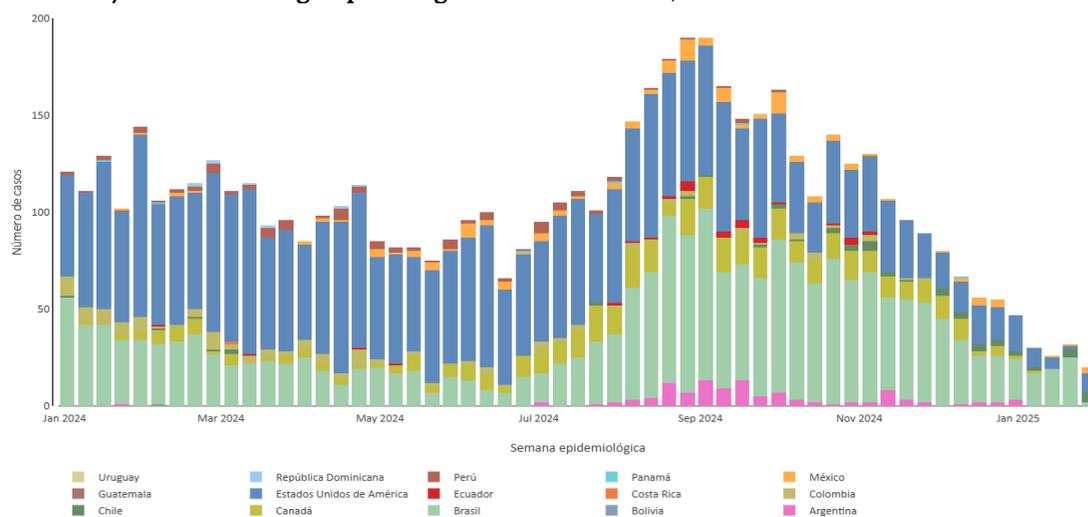
**Gráfico 1. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según Región de las Américas, abril 2022 a enero 2025.**



Fuente: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/>

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

<sup>6</sup> Organización Panamericana de la Salud. Casos de mpox - Región de las Américas. Disponible en: <https://shiny.pahophe.org/mpox/>

**Gráfico 2. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según país. Región de las Américas, SE1 2024 a SE5 2025.**

Fuente: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/>

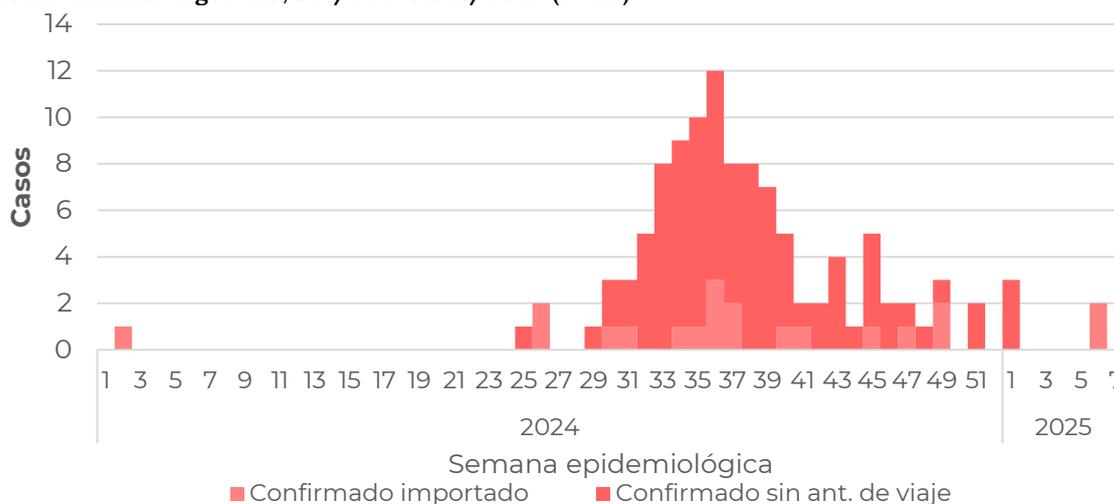
### III.5. Situación en Argentina

Entre las SE 1 y 7 de 2025 se notificaron 30 casos, de los cuales 5 fueron confirmados. En la última semana epidemiológica se detectó un nuevo caso confirmado, que corresponde a un hombre residente de la provincia de Buenos Aires con antecedente de viaje al exterior.

Durante 2024 fueron identificados 107 casos confirmados de mpox de un total de 602 casos sospechosos notificados.

La curva epidémica de casos confirmados por fecha mínima<sup>7</sup> 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.

<sup>7</sup> La fecha mínima se construye según una jerarquía que prioriza la mayor cercanía al momento de inicio de la enfermedad: con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra, y, por último, la de notificación si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.

**Gráfico 3. Casos confirmados de Mpox según antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1/2024 a SE7/2025. (N=112)**

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 73 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](#).

### III.6. 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).

### III.7. 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 mpxo 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.

#### III.7.A.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 mpxo 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 y Zambia)

#### **Caso confirmado**

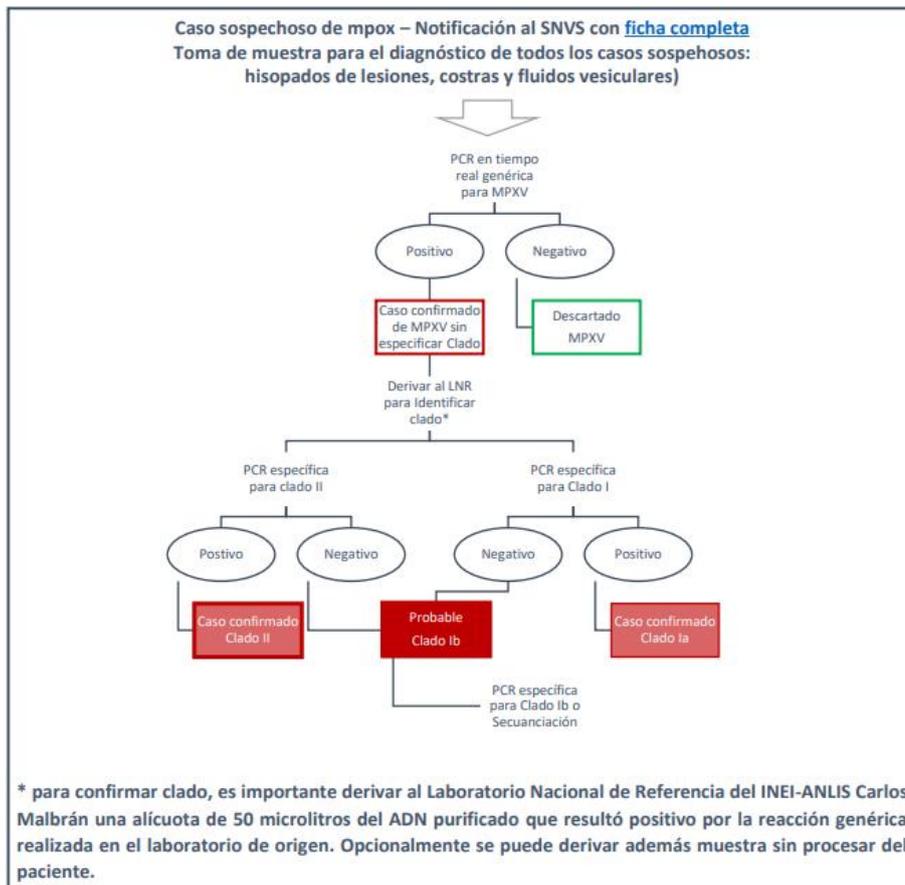
- Todo caso sospechoso con resultados detectables de PCR para Orthopox del grupo eurasiático-africano o de PCR en tiempo real para virus MPX genérica o específica de los clados.

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.

#### **III.7.B.NOTIFICACIÓN**

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

### III.8. Algoritmo de diagnóstico y notificación de Mpox



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

### III.9. 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 de 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.
- El personal de salud que atienda casos sospechosos o confirmados debe 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 utilizarse 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, niños y embarazadas 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.

### III.10. 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 embarazadas.

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

**Ficha de notificación:**

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

Más recomendaciones e información en:

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

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

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

---

EVENTOS  
**PRIORIZADOS**

## IV. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

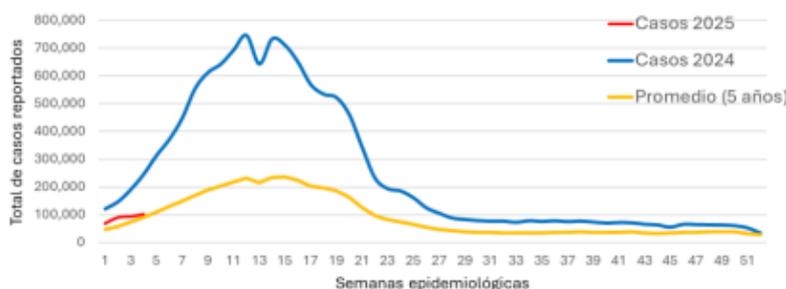
### IV.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus

#### IV.1.A. INTRODUCCIÓN

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Informe de situación. Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 04, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 13 de febrero.

A la semana epidemiológica (SE) 4 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 355.621 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 35 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 50% en comparación al mismo periodo del 2024 y un incremento de 32% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 4.

**Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 4 en 2025, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De los 355.621 casos de dengue reportados en las Américas, 109.518 casos (31%) fueron confirmados por laboratorio y 448 (0,1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 71 muertes por dengue, para una letalidad del 0,020%. Veinte países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 4. Estos países registran en conjunto 102.388 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 4. Del total de casos registrados en la SE 4, 119 fueron casos de dengue grave (0,1%) y se reportaron 16 muertes para una letalidad de 0,015%.

#### IV.1.B. SUBREGIÓN CENTROAMÉRICA Y MÉXICO

Un total de 4350 nuevos casos sospechosos de dengue se notificaron durante la SE 4. Hasta esta semana la subregión presenta una disminución de 50% en comparación con el mismo periodo del 2024 y un incremento de 12% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

**Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 4, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión de Centroamérica y México.**

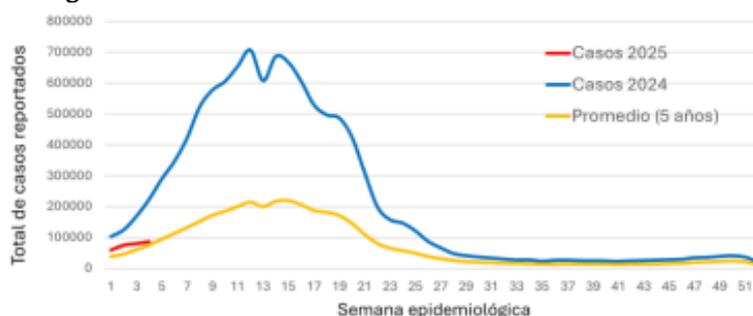


Fuente: Organización Panamericana de la Salud

#### IV.1.C. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 86,411 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 4. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 52% en comparación con la misma semana del 2024 y un incremento de 34% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Brasil presentan un incremento de 32% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas

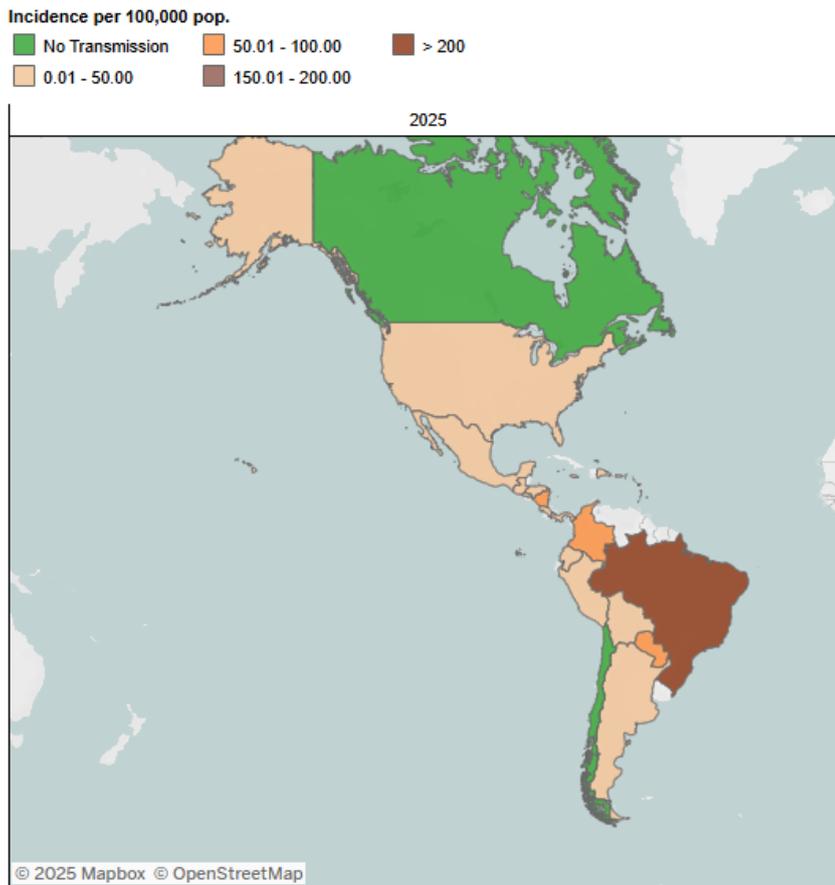
**Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 3, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

En el mapa 1 se observa la incidencia acumulada de casos de dengue para el año 2025 en la región de las Américas, siendo Brasil el país que aporta el mayor número de casos.

**Mapa 1. Dengue: Incidencia de casos cada 100.000 habitantes por en la Región de las Américas. Año 2025.**



Fuente: Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud. Datos reportados por Ministerios e institutos de Salud de los países y territorios de la región.

NOTA METODOLOGICA:

1. Números de casos reportados de fiebre por dengue. Incluye todos los casos de dengue: sospechosos, probables, confirmados, no-grave, grave y muertes.
2. Población: total de habitantes para ese País o Territorio según las proyecciones de Naciones Unidas.

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 20/02/2025 en países regionales seleccionados<sup>8</sup>. Además, se incluye información de la actualización epidemiológica de Oropouche en la Región de las Américas, publicada el 11/02/2025<sup>9</sup>.

**Brasil:** durante el año 2024 se notificaron 10.188.219 casos de dengue, lo que representó aproximadamente 3 veces más que lo registrado en 2023. Los fallecidos para el año 2024 fueron 6.052. Para el año en curso, hasta la SE 7/2025 se reportaron 518.017 casos de dengue, con 126 fallecimientos registrados. Respecto a chikungunya, durante el año 2024 se notificaron 422.615 casos, un 59% más que lo reportado durante el año 2023, y 213 fallecidos. Hasta la SE 7/2025, se registraron 31.484 casos, un 67% menos que lo reportado en la misma

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

<sup>9</sup> Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-oropouche-region-americas-11-febrero-2025>

semana del 2024, con 14 fallecidos reportados para este evento. Durante el año 2024 se reportaron 42.333 casos de zika, lo que representó un incremento de 17% respecto a lo notificado durante el 2023, sin fallecidos notificados. Hasta la SE 4/2025 se reportaron 271 casos, un 91% menos que lo reportado hasta la misma semana durante el año 2024. No se registraron fallecidos para este evento. En cuanto a Oropouche, durante 2024 se notificaron 13.785 casos confirmados, incluidas cuatro defunciones. El mayor número de casos se registró en los primeros meses del año, seguido de un descenso progresivo que se mantuvo hasta la SE 40. A partir de la SE 43/2024, se registró una tendencia ascendente en el número de casos, y en 2025, hasta la SE 5, se han notificado 3.678 casos.

**Bolivia:** en el año 2024 se registraron 50.439 casos de dengue, un 68% menos que lo reportado en 2023. El número de fallecidos registrados para este evento durante 2024 fue 29. Hasta la SE 4/2025 se reportaron 2.354 casos, un 62% menos que a la misma semana del 2024, sin fallecidos registrados para este evento. En cuanto a chikungunya, durante el año 2024 se reportaron 505 casos, un 66% menos respecto al año anterior. Hasta la SE 4/2025, fueron registrados 33 casos, lo que representa un descenso del 59% respecto de la misma SE del año anterior. Asimismo, durante el 2024 se reportaron 267 casos de zika, lo que representa una reducción de 99% en el número de casos registrados en 2023. Hasta la SE 4/2025 se notificaron 16 casos, un 62% menos respecto a 2024. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos. Respecto a Oropouche, en 2024, se notificaron 356 casos confirmados, sin defunciones asociadas. Los casos se concentraron en los primeros meses del año hasta la SE 20/2024. Durante 2025, no se han registrado casos confirmados para este evento.

**Paraguay:** durante el año 2024 se notificaron 295.785 casos de dengue, lo que representó aproximadamente 5 veces más de lo registrado durante el año 2023. Los fallecidos para este período fueron 129. Hasta la SE 6/2025 se reportaron 5.773, sin fallecidos registrados para este evento. En cuanto a chikungunya, durante el año 2024 se registraron 3.134 casos, un 98% menos respecto de lo reportado el año anterior. Hasta la SE 6/2025 se registraron 39 casos para este evento, un 98% menos comparado con la misma semana del año 2024. Con respecto al zika, durante 2024 se registraron 12 casos, mientras que en 2023 no hubo casos para este evento. Hasta la SE 6/2025 no se han reportado casos.

**Perú:** durante el año 2024 se notificaron 280.726 casos de dengue, un valor similar al año 2023, y 259 fallecidos. Hasta la SE 6/2025 se notificaron 11.833 casos de dengue, con 5 fallecimientos registrados 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. Hasta la SE 4/2025, se registraron 4 casos para este evento. Durante 2024 se notificaron 7 casos de zika. Hasta la SE 5/2025, solo se ha registrado un caso, mientras que en el mismo período del año anterior no se había notificado ninguno. Respecto a Oropouche, en 2024 se notificaron 1.263 casos confirmados, con una mayor concentración en los primeros meses del año y sin defunciones asociadas. En 2025, hasta la SE 4, se han confirmado 2 casos.

En relación con los serotipos de dengue, Paraguay y Bolivia registran circulación de DEN 1 y DEN 2. 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.

Además, se ha registrado un brote de Oropouche en la Región de las Américas que en el año en curso afecta a Brasil y Perú.

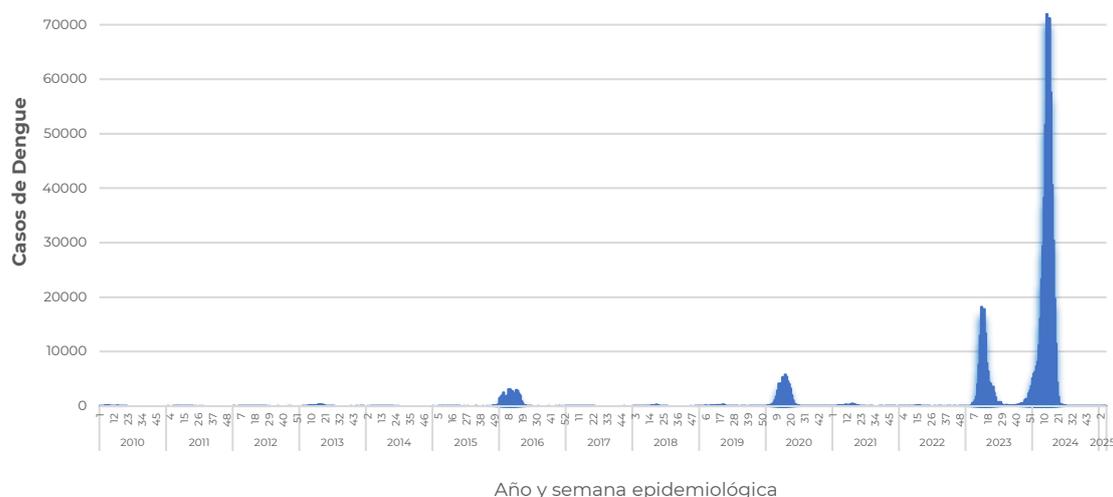
## IV.2. Situación de dengue en Argentina

### IV.2.A. 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.

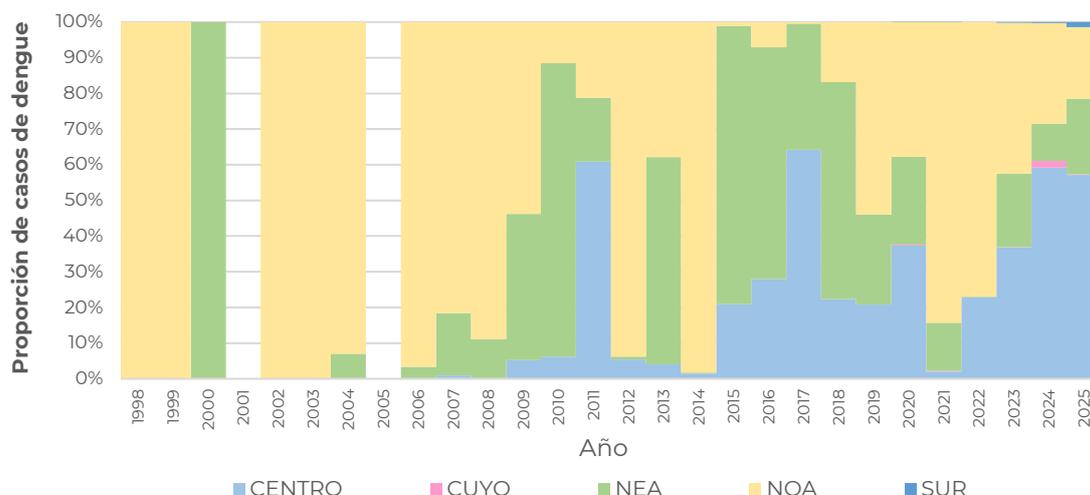
**Gráfico 4. Dengue: Casos por semana epidemiológica. SE01/2010-SE7/2025. Argentina. N=845.635**



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

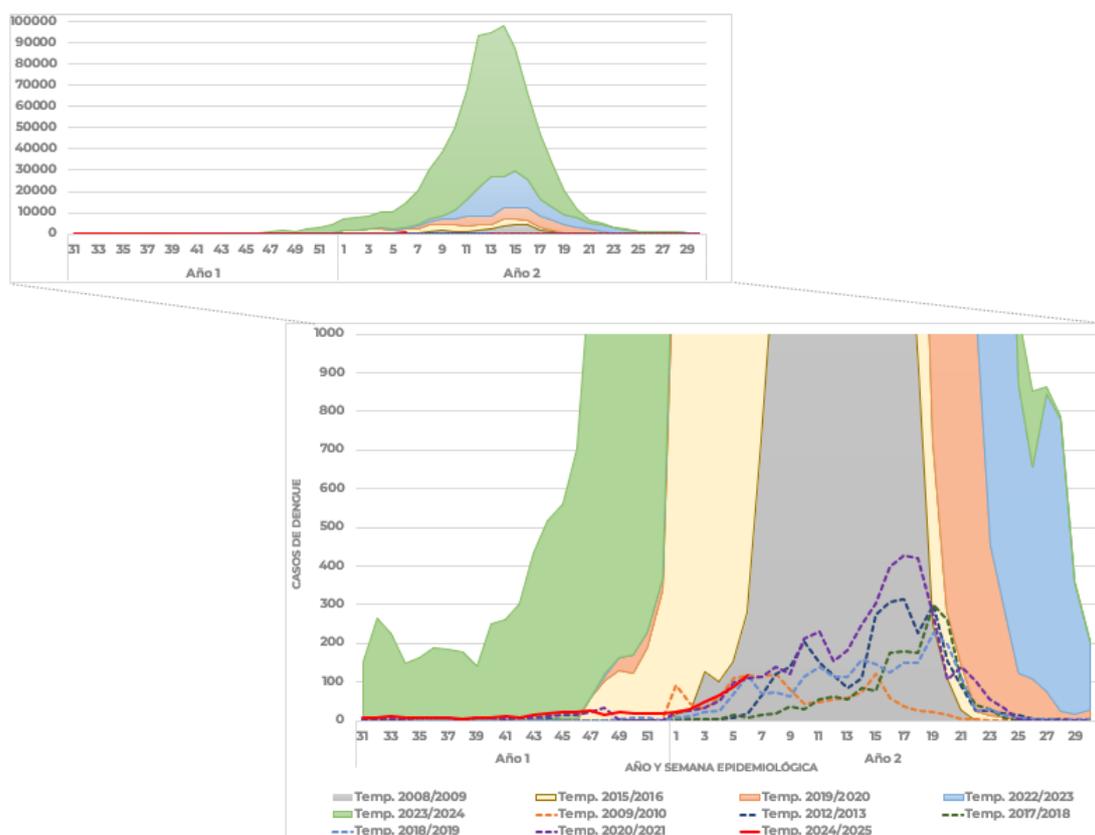
La contribución de casos aportado por cada región al total nacional ha experimentado variaciones a lo largo de los años. Hasta el año 2008, las regiones del NOA, y en menor medida del NEA, aportaron la mayoría de los casos registrados. Sin embargo, a partir del año 2009, la región Centro comenzó a mostrar 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. Argentina. 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. Comparación entre temporada actual, temporadas epidémicas y no 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).

En el Gráfico 6 se presenta una comparación de la temporada actual (línea continua roja), con los datos históricos de temporadas epidémicas (áreas sombreadas) y no epidémicas (líneas punteadas). Este análisis refleja los casos de dengue notificados según semana epidemiológica (SE), abarcando el período comprendido entre SE31/2008 y la SE7/2025. Para esta edición, y con el fin de que se visualice con mayor claridad la temporada actual y su comparación con el resto, se seleccionaron para el análisis las temporadas no epidémicas con más de 1000 casos.

Aunque los casos reportados en la temporada actual se encuentran por debajo de los niveles observados en temporadas epidémicas, superan los valores correspondientes a las temporadas no epidémicas, prácticamente en todas las semanas epidemiológicas desde las SE 41 y hasta las SE 1 de cada año. Si analizamos el gráfico durante las SE2 y SE3, se observa como la curva correspondiente a la temporada actual se posiciona por encima de las temporadas no epidémicas, exceptuando al 2009/2010. Desde la SE4 en adelante, la curva actual (roja) sigue la tendencia de las temporadas 2009/2010 (n= 1.329) y 2020/2021 (n=4.157), teniendo en cuenta que esta última fue la de mayor magnitud dentro de las no epidémicas. En este contexto, si bien la situación epidemiológica actual no se asemeja a la elevada magnitud de casos registrada en las últimas dos temporadas epidémicas, su posición por encima de las temporadas no epidémicas subraya la necesidad de monitorear su evolución en las próximas semanas para determinar la tendencia definitiva de la temporada actual. Concomitantemente con esta descripción, es preciso tener en cuenta que se están comparando SE actuales con las de años cerrados, es por ello que se hace necesario reforzar aún más la importancia del análisis y el monitoreo de la situación 2025.

Por lo dicho, se insta a los equipos de salud a fortalecer las estrategias de vigilancia, incluyendo la sospecha clínica, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de los casos.

#### **IV.2.B. TEMPORADA ACTUAL**

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE7/2025), se notificaron en Argentina 32.394 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 703 fueron confirmados. Como se puede observar en la Tabla 1, un total de 674 casos no registraron antecedentes de viaje (96%). Se confirmaron además 4 casos asociados a trasplante de órganos en Buenos Aires, CABA y Santa Fe. Un caso de Salta, que figuraba en informes anteriores, fue descartado por la jurisdicción. Se registraron 117 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas<sup>10</sup>. Se confirmaron 29 casos con antecedente de viaje a Brasil, Cuba, México, Maldivas, Tailandia, India, Perú, Paraguay y

---

<sup>10</sup>En 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](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf)

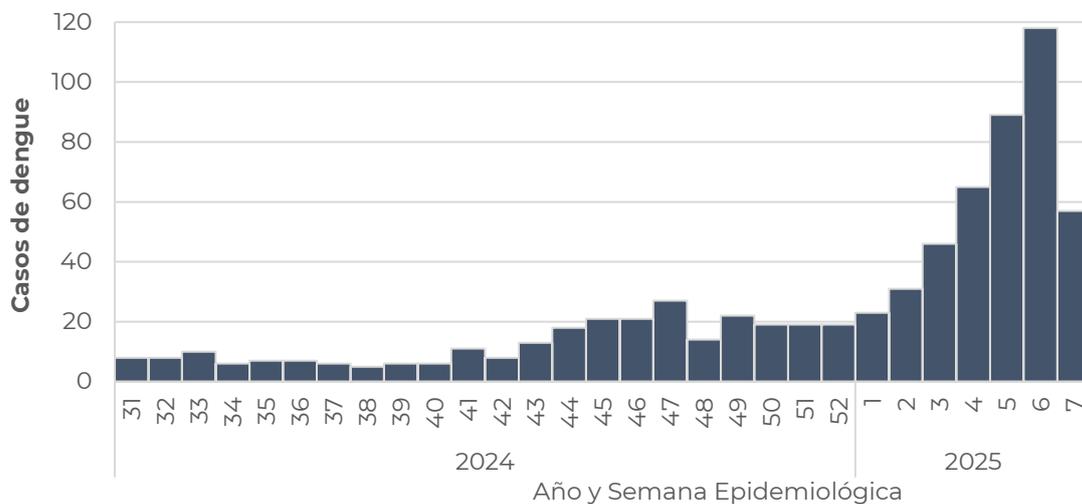
Colombia<sup>11</sup>.

Durante la SE7/2025 (según fecha de notificación al SNVS), se notificaron 1939 casos sospechosos<sup>12</sup> de los cuales 117 se confirmaron y 84 fueron clasificados como casos probables. Cabe destacar que estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

De acuerdo a la curva epidémica de la temporada 2024-2025:

- Hasta la SE42 se notificaron 7 casos en promedio por semana, observándose una tendencia estable en la curva.
- Desde la SE42 hasta la SE52, se distinguen sutiles oscilaciones en el aumento/descenso en la detección de casos confirmados de dengue, con una tendencia estable (18 casos promedio por semana epidemiológica) sin variaciones sustanciales en el comportamiento epidemiológico.
- A partir de la SE1, y considerando la carga retrospectiva de casos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), se evidencia un aumento progresivo de casos con una curva que tiende al ascenso, cuyo rango de casos fluctúa entre 23 y 118 (62 casos promedio por SE). Es importante considerar que durante la última semana epidemiológica puede observarse un descenso aparente en el número de casos, el cual podría ser atribuible a retrasos en la notificación. Este fenómeno se corregirá y reflejará adecuadamente en los análisis subsiguientes, una vez que se actualicen los registros.

**Gráfico 7. Dengue: Casos confirmados<sup>13</sup> por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE7/2025. 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).

<sup>11</sup> **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.

<sup>12</sup> Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

<sup>13</sup> Incluye 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)

## IV.2.C.DISTRIBUCIÓN SEGÚN REGIÓN, JURISDICCIÓN Y DEPARTAMENTO

En la siguiente tabla se presentan los casos de Dengue y Dengue en embarazadas 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 SE7/2025. Argentina.**

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total sospechosos notificados
	Conf.	Prob.	Conf.	Prob.			
Buenos Aires	23	185	6	5	3137	682	4038
CABA	6	62	5	1	1444	490	2008
Córdoba	153	338	4	2	4206	300	5003
Entre Ríos	12	31	1	4	499	6	553
Santa Fe	76	47	6	1	1940	284	2354
<b>Total Centro</b>	<b>270</b>	<b>663</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>11226</b>	<b>1762</b>	<b>13956</b>
Mendoza	9	40	2	2	1394	101	1548
San Juan	0	3	0	1	255	7	266
San Luis	0	0	0	0	120	8	128
<b>Total Cuyo</b>	<b>9</b>	<b>43</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1769</b>	<b>116</b>	<b>1942</b>
Chaco	2	180	0	0	1875	104	2161
Corrientes	2	38	1	0	331	69	441
Formosa	292	4	0	0	3806	4	4106
Misiones	2	13	1	2	850	3	871
<b>Total NEA</b>	<b>298</b>	<b>235</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>6862</b>	<b>180</b>	<b>7579</b>
Catamarca	1	11	1	1	633	3	650
Jujuy	0	0	0	0	779	2	781
La Rioja	5	28	0	0	432	10	475
Salta	5	31	0	7	1459	74	1576
Santiago del Estero	0	30	0	1	768	258	1057
Tucumán	80	228	0	0	3282	456	4046
<b>Total NOA</b>	<b>91</b>	<b>328</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>7353</b>	<b>803</b>	<b>8585</b>
Chubut	0	0	2	1	17	2	22
La Pampa	6	4	0	0	188	25	223
Neuquén	0	2	0	0	29	2	33
Río Negro	0	0	0	1	2	0	3
Santa Cruz	0	0	0	1	34	3	38
Tierra del Fuego	0	0	0	0	10	0	10
<b>Total Sur</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>280</b>	<b>32</b>	<b>329</b>
<b>Total País</b>	<b>674</b>	<b>1275</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>27490</b>	<b>2893</b>	<b>32391</b>

***Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación***

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).

**Formosa:** los casos del país se presentaron durante todas las semanas a expensas de las notificaciones aportadas principalmente por la provincia de Formosa. Desde la SE31 se registran conglomerados de casos en los departamentos **Patiño, Capital, Pilcomayo, Pilagás y Pirané**, de poca cuantía. Desde la SE52/2024, se observa un aumento de casos en dichos departamentos. El serotipo que circula con mayor frecuencia es DEN-2.

Presenta 2 departamentos en fase de alerta temprana: **Capital** (desde SE2) y **Pilcomayo** (desde SE4). Dicha fase 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 semana<sup>14</sup>.

**Córdoba:** desde la SE42, se notificaron los primeros casos de dengue sin antecedente de viaje en el departamento Capital. Córdoba se convirtió así en la primera jurisdicción de la región Centro en registrar casos de dengue durante la temporada 2024/2025. Durante las semanas subsiguientes se notificaron casos aislados además en Colón, General San Martín, Río Primero, Unión, Ischilín, Marcos Juárez, San Alberto y Santa María.

Desde la SE3 se verifica un aumento de casos de dengue a expensas de conglomerados localizados en los departamentos **Capital (Córdoba)**, **Colón (Jesús María)**, **San Javier (San José)**, **San Alberto (San Pedro)**, **Santa María (Alta Gracia)** y **General San Martín (Villa María)**. El serotipo detectado principalmente es DEN-1.

A partir de la SE 5, el departamento de **San Javier** se encuentra en la fase de alerta temprana, así como también el departamento de **Capital (Córdoba)** desde la SE6.

**Santa Fe:** se notificaron los primeros casos aislados de dengue a partir de la SE43 en localidad de Sunchales, perteneciente al departamento Castellanos. Posteriormente se adicionaron casos esporádicos en otros departamentos como Rosario, Belgrano y San Lorenzo. Durante la SE1 se constata un aumento progresivo de casos en **Rosario**, detectándose pequeños conglomerados, a expensas del serotipo DEN-1.

**Tucumán:** desde la SE50 se registran conglomerados de casos de dengue en las localidades Aguilares y Los Sarmientos, pertenecientes al departamento **Río Chico** cuyo serotipo detectado es DEN-1. Además, en el transcurso de la temporada se han detectado casos aislados en Cruz Alta, Chicligasta y Monteros.

**La Pampa:** Desde la SE2, se registró un conglomerado de casos sin antecedente de viaje en el departamento de Maracó, localidad **General Pico**. El serotipo detectado es DEN-1.

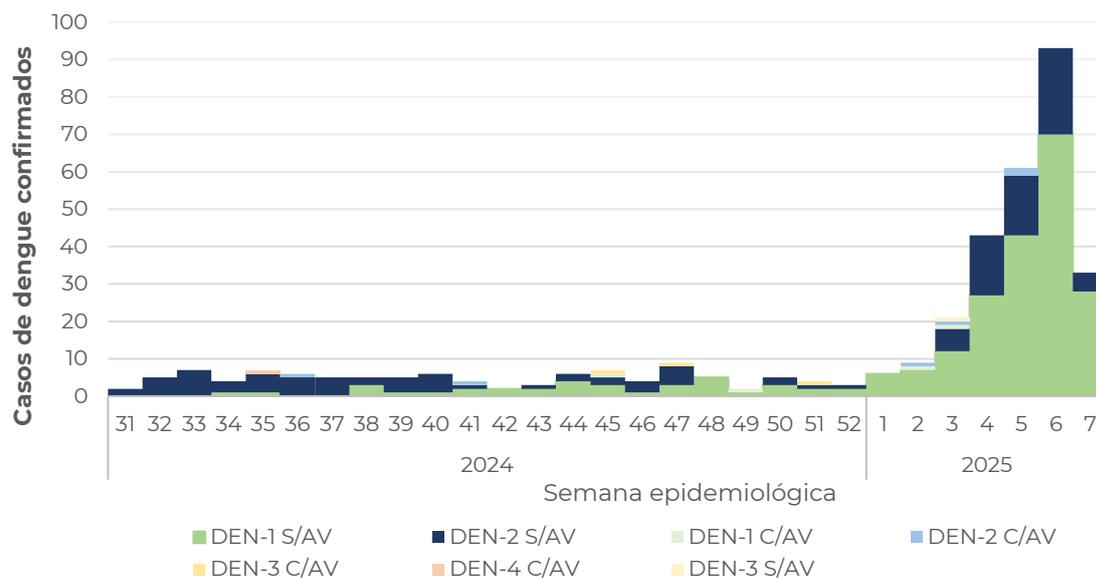
Otras jurisdicciones que notificaron casos aislados sin antecedente de viaje son: **Mendoza** (Luján de Cuyo, Maipú, Guaymallén y Godoy Cruz), **CABA** (Comuna 1, 3 y 14), **Buenos Aires** (San Martín, Tres de Febrero, Ituzaingó, Hurlingham, La Matanza, Lanús, Quilmes, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Morón, Luján y Pilar), **Entre Ríos** (Concordia, La Paz, Nogoyá y Paraná), **Salta** (Capital), **Misiones** (L.N. Alem e Iguazú), La **Rioja** (Capital) y **Corrientes** (Capital).

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

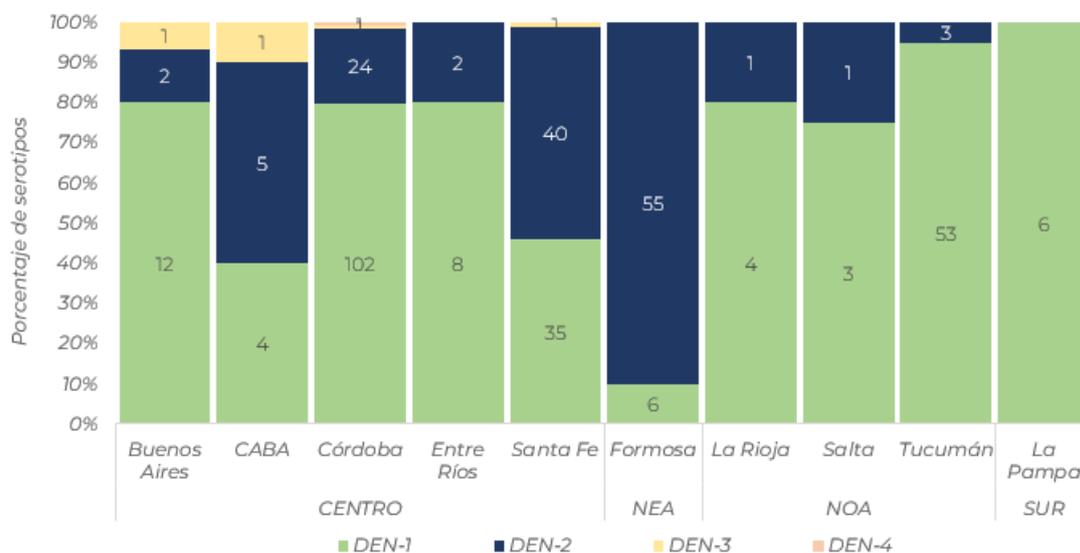
---

<sup>14</sup> 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](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf)



**Gráfico 8. Dengue: identificación de serotipo y antecedente de viaje según semana epidemiológica. SE31/2024 a SE7/2025. 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=267) según provincia. SE31/2024 a SE7/2025. 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).

#### IV.2.E.SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL EVENTO “DENGUE DURANTE EL EMBARAZO”

En Argentina, durante la última temporada (2023-2024), se notificaron 2.380 casos de dengue en embarazadas, con una mediana de edad de 27 años, 21 casos se notificaron como dengue grave y 4 casos fallecieron. Por lo tanto, ha sido creado en octubre 2024 el evento “Dengue durante el embarazo” para garantizar la correcta notificación de los casos de dengue asociados a dicha condición clínica y poder registrar los mortinatos, las muertes fetales y los abortos si correspondiera.

Desde su creación, se han notificado 154 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de los cuales, 7 casos ha sido confirmados, 4 casos probables, 125 cuentan con laboratorio negativo y 18 no cuentan con laboratorio.

El primer caso confirmado se registró en la jurisdicción de Tucumán (departamento Río Chico) y correspondió al serotipo DEN-1.

El segundo caso se detectó en Santa Fe (departamento de Rosario), cuyo serotipo es DEN-2.

En la provincia de Córdoba (departamento de Colón) se han registrado 2 casos confirmados serotipo DEN-2. En uno de los casos, se registró un recién nacido con diagnóstico de DEN-2 (mismo serotipo que su madre) asociado a transmisión vertical. Como manifestaciones clínicas asociadas se registraron: exantema y trombocitopenia. Permaneció internado en el área de neonatología, con buena evolución. Se encuentra de alta médica.

Por otra parte, en CABA se registró un caso confirmado (Comuna 14) y correspondió al serotipo DEN-1. Todas las pacientes embarazadas no presentan antecedentes de viaje ni vacunación y han mostrado una evolución clínica favorable.

#### **IV.2.F. DENGUE GRAVE**

Se notificó el primer caso de dengue grave durante la SE6 en la provincia de La Rioja, con antecedente de viaje a Formosa, en un niño de 12 años. La signo-sintomatología referida inicial fue fiebre, cefalea, disnea, dolor retroocular y malestar general, agregando al 4to día sangrado de mucosas y dificultad respiratoria. Cursó 4 días de internación, con recuperación total, actualmente de alta médica. Se detectó el serotipo DEN-2.

### **IV.3. 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 SE7/2025).

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; desde el inicio de la vigilancia de Oropouche, se han investigado hasta el momento **1885** casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

**Tabla 2. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para Otros arbovirus. SE31/2024 a SE7/2025. 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	110	0	45	0	67	3	25	0	7
CABA	0	5	0	2	0	1	0	1	0	2
Córdoba	0	86	0	24	0	49	3	236	0	0
Entre Ríos	0	20	0	1	0	7	3	28	0	1
Santa Fe	0	768	0	56	0	40	0	9	0	13
<b>Total Centro</b>	<b>0</b>	<b>989</b>	<b>0</b>	<b>128</b>	<b>0</b>	<b>164</b>	<b>9</b>	<b>299</b>	<b>0</b>	<b>23</b>
Mendoza	0	251	0	70	0	42	0	0	0	0
San Juan	0	2	0	0	0	1	0	2	0	0
San Luis	0	0	0	2	0	2	0	7	0	0
<b>Total Cuyo</b>	<b>0</b>	<b>253</b>	<b>0</b>	<b>72</b>	<b>0</b>	<b>45</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Chaco	15	693	0	334	0	19	0	2	0	1
Corrientes	0	13	0	7	0	7	0	1	0	0
Formosa	0	16	0	2	0	77	0	0	0	0
Misiones	0	41	0	18	0	25	0	0	0	18
<b>Total NEA</b>	<b>15</b>	<b>763</b>	<b>0</b>	<b>361</b>	<b>0</b>	<b>128</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>19</b>
Catamarca	0	13	0	9	0	1	0	0	0	9
Jujuy	0	30	0	14	0	1	0	1	0	0
La Rioja	0	59	0	50	0	3	0	1	0	29
Salta	0	327	0	196	0	96	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	22	0	11	0	0	0	3	0	1
Tucumán	0	7	0	10	0	61	0	0	0	1
<b>Total NOA</b>	<b>0</b>	<b>458</b>	<b>0</b>	<b>290</b>	<b>0</b>	<b>162</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>40</b>
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	2	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
<b>Total Sur</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total País</b>	<b>15</b>	<b>2464</b>	<b>0</b>	<b>851</b>	<b>0</b>	<b>504</b>	<b>9</b>	<b>316</b>	<b>0</b>	<b>82</b>

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 15 casos positivos Chikungunya de la provincia del Chaco corresponden a casos probables por IgM positiva; casos aislados desde la SE35 hasta la SE48/2024 y dos casos en las SE2 y SE5 del 2025, en distintos departamentos de la provincia, la mayoría en Quitilipi.

Durante la SE7, Córdoba notificó un caso confirmado de Chikungunya con antecedente de viaje a Brasil.

#### IV.3.A. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE AMARILLA EN ARGENTINA

En los últimos meses del 2024 y el comienzo del 2025 hubo un aumento de casos humanos por fiebre amarilla en los países de la Región de las Américas por lo cual el 3 de febrero la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emite un Alerta Epidemiológica. La evaluación rápida de riesgo determinó un alto riesgo de propagación, con un nivel de certeza igualmente alto. El registro de casos humanos y epizootias en primates no humanos en el Estado de São Paulo (Brasil) proyecta una posible

propagación hacia el sur de Brasil, Paraguay y las provincias argentinas de Corrientes y Misiones.

En Argentina **no se registran** casos en viajeros desde el 2018 y transmisión autóctona desde 2009. Se contempla una zona con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla selvática que incluye a las provincias de Formosa, Misiones, Corrientes, Jujuy (departamentos de Ledesma, Santa Bárbara, San Pedro, Valle Grande), Salta (departamentos de General José de San Martín, Orán, Rivadavia, Anta) y Chaco (departamento de Bermejo) donde se encuentra contemplada la vacunación para todas las personas residentes.

Desde la SE 31/2024 a la SE7/2025 se han estudiado 82 casos con sospecha de Fiebre Amarilla en humanos, 18 de esos en las provincias con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla (Misiones, Corrientes, Formosa, parte de Jujuy y Salta). Todos los casos presentaron pruebas de laboratorio negativas. Durante el mismo período se reportaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), dos epizootias en PNH en la provincia de Misiones y una en la provincia de Corrientes, que fueron estudiadas para fiebre amarilla: un ejemplar de *Allouatta carayá* (Paso de los Libres, Corrientes) y dos ejemplares de *Sapajus nigrurus* (Puerto Iguazú, Misiones). Todos fueron descartados para FA por el laboratorio nacional de referencia (INEVH).

## IV.4. Vigilancia entomológica

La Red Nacional de Vigilancia Entomológica (RNVE) es una iniciativa impulsada y coordinada desde la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (DZYCETV) del Ministerio de Salud, en articulación con las jurisdicciones. Su propósito es sistematizar, centralizar y producir información sobre la vigilancia entomológica del mosquito transmisor del dengue *Aedes aegypti*. Este trabajo conjunto, apoyado en capacitaciones previas y herramientas de gestión de datos, permite compartir y disponer de información actualizada y accesible para todas las jurisdicciones.

### IV.4.A. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR SENSORES DE OVIPOSICIÓN

**La RNVE utiliza dos indicadores principales para analizar la información recolectada:**

- Índice de Positividad de Ovitrapas (IPO): Expresa la relación entre sensores positivos y examinados, estimando el riesgo entomológico. Este índice permite categorizar el riesgo como bajo (IPO < 40%), moderado (IPO entre 40% y 70%) o alto (IPO > 70%).
- Índice de Densidad de Huevos (IDH): Mide la relación entre la cantidad de huevos registrados y los sensores positivos, proporcionando información indirecta sobre la densidad del vector en el ambiente y permitiendo identificar temporadas de mayor y menor actividad reproductiva.

### IV.4.B. EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32 (2024) -SE06 (2025)

Desde la semana epidemiológica (SE) 37 de 2024 hasta la SE 07 de 2025, los datos sistematizados en el Tablero Nacional muestran un aumento gradual en la positividad de los sensores de oviposición (IPO), con un leve descenso registrado en la última semana (Gráfico 1). El IDH presenta una tendencia similar, aunque más retrasada en el tiempo.

**Gráfico 1. Evolución del IPO (línea azul) y el IDH (barras grises) en Argentina, SE 31 (2024)- SE 07 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.**



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Al desagregar por región, se observa que la región NEA presentó SO positivos desde la SE 39, con un ascenso posterior sostenido hasta la SE 52 (Gráfico 2). Las tendencias oscilantes que se aprecian están relacionadas con las variaciones en las condiciones ambientales y las medidas de control aplicadas. A partir de la SE 01, se observa un descenso en los valores generales de la región hasta la SE05 donde nuevamente se detectó un incremento en el IPO. Esta tendencia ascendente se mantuvo durante las últimas tres semanas, aunque con tendencias particulares en cada jurisdicción vigilada.

**Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 07 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.**

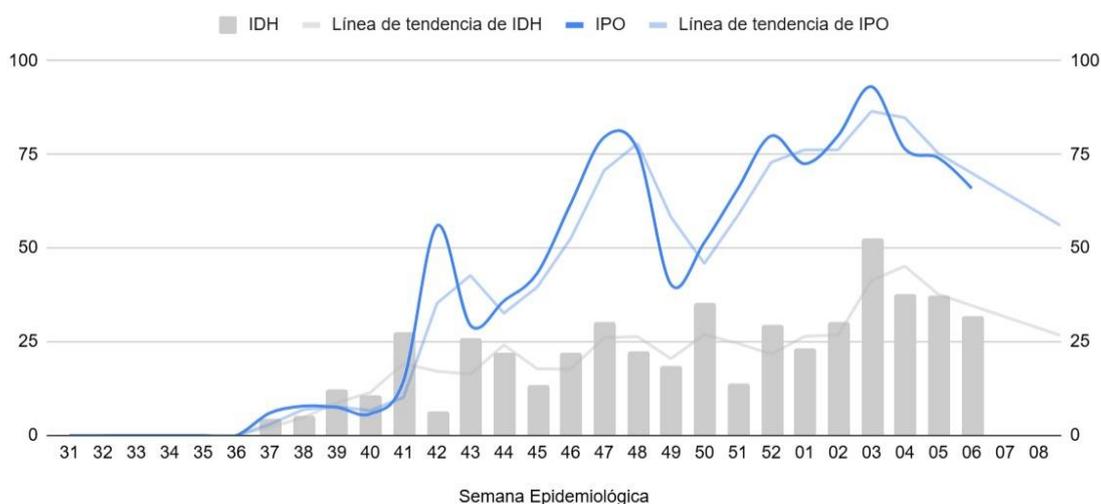


Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En el caso de la región **NOA**, el inicio de la positividad se detectó a partir de la SE 37 2024, con un ascenso oscilante a partir de la SE 42 y superando, por primera vez en la temporada, el umbral de riesgo entomológico moderado (valores de IPO superiores al 40%) (Gráfico 3). A partir de la SE 47, la región superó la barrera de riesgo entomológico alto, aunque evidenciando en las siguientes semanas un descenso temporal para volver a aumentar luego de la SE 50. Actualmente, observamos un descenso durante las dos últimas semanas,

permaneciendo en valores de riesgo entomológico moderado. Los datos para esta región se presentan hasta la SE 06.

**Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 06 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.**



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región **Centro**, el inicio de la positividad se estableció a partir de la SE 41 (Gráfico 4), mostrando un ascenso del IPO más lento que las regiones de NOA y NEA, coincidente con las diferencias climáticas y ambientales de la región Centro. Los datos de dicha región no han superado hasta el momento los niveles correspondientes a riesgo entomológico moderado aunque evidencian una tendencia ascendente desde la SE02, y un leve descenso registrado en la SE 07.

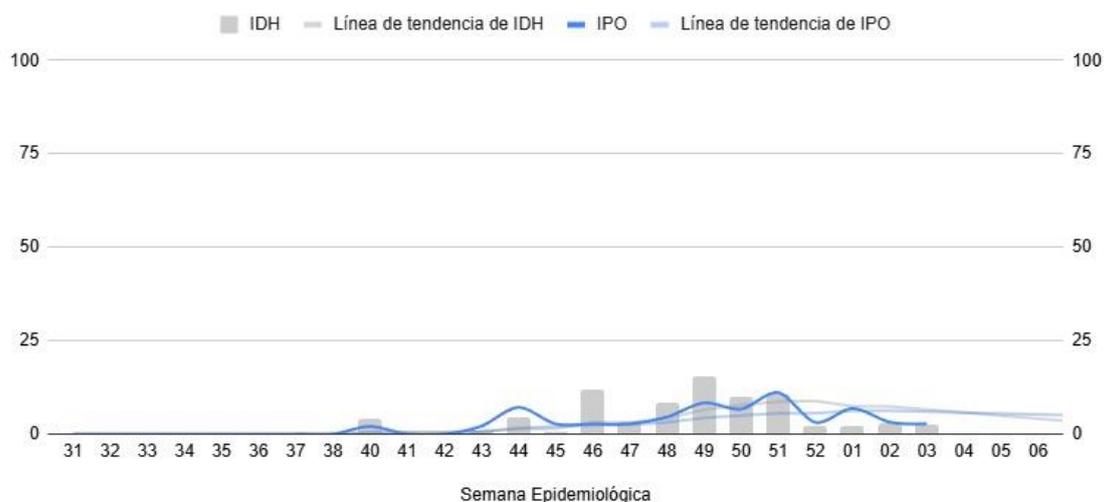
**Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 07 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.**



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En el caso de la región **Cuyo**, se observaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 5), aunque el patrón en este caso es oscilante, intercalando períodos de positividad y negatividad. La región CUYO continúa mostrando en términos generales un riesgo asociado bajo. Para esta región se presentan los datos hasta la SE04.

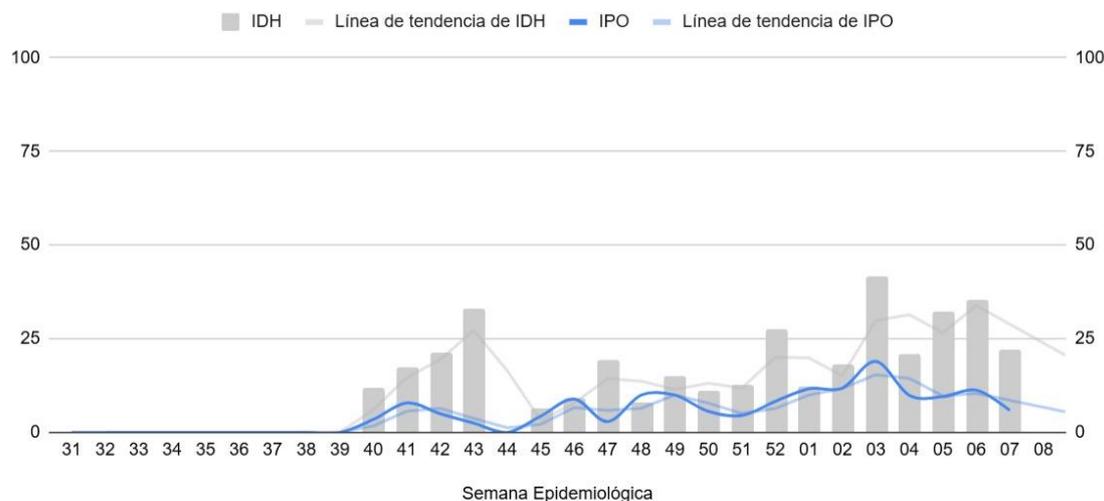
**Gráfico 5. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 07 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.**



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región SUR, se hallaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 6), aunque no en todas las jurisdicciones monitoreadas. La tendencia observada muestra un ascenso sostenido con intermitencias. Actualmente, se observa un nivel de riesgo entomológico bajo con un descenso en los valores del IPO desde la SE03, aunque con diferencias marcadas entre las jurisdicciones monitoreadas.

**Gráfico 6. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barra grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 07 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.**



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

La implementación de esta red marca un avance significativo en la vigilancia entomológica en Argentina, ya que permite a las jurisdicciones contar con datos sistematizados que antes no existían. Esta información no solo mejora la planificación y ejecución de medidas de control y prevención, sino que también genera un registro histórico que podrá utilizarse para desarrollar herramientas predictivas y analizar tendencias en futuras temporadas. La RNVE representa un ejemplo de cómo la colaboración interjurisdiccional y el uso de tecnología pueden fortalecer la capacidad del país para anticiparse a los desafíos sanitarios asociados a las enfermedades transmitidas por vectores

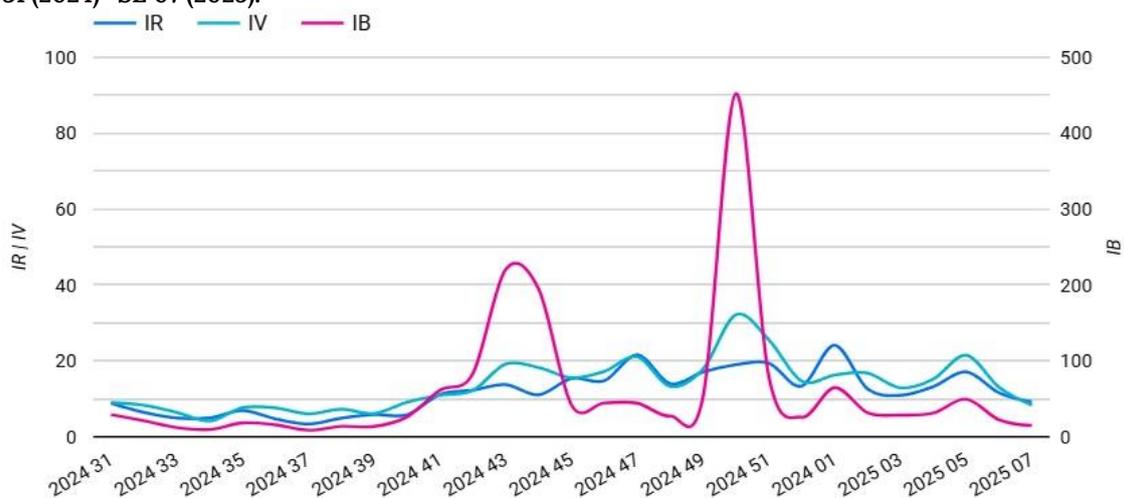
Con el objetivo de ampliar y consolidar esta iniciativa, se invita a las jurisdicciones que aún no forman parte de la Red Nacional a incorporarse, promoviendo la vigilancia entomológica en todo el territorio nacional. Para más información, pueden contactarse a través del correo electrónico: [etm.vectores@msal.gov.ar](mailto:etm.vectores@msal.gov.ar).

#### IV.4.C. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR ÍNDICES LARVARIOS

La vigilancia entomológica de *Aedes aegypti* se realiza también mediante la construcción de índices larvarios obtenidos a partir de los datos entomológicos relevados en las acciones de prevención y control vectorial en viviendas y establecimientos público/privados. Dichas acciones son llevadas adelante por el personal técnico especializado de las Bases Nacionales de Control de Vectores dependientes de la DZYCETV en conjunto con personal provincial y/o local, según la jurisdicción. En dichas acciones se releva el estado de la vivienda/establecimiento y la misma presenta contenedores con estadios inmaduros de mosquito (larvas) así como también la presencia de contenedores negativos. Asimismo, se registra el tipo de contenedor y el resultado de las intervenciones realizadas (eliminación o neutralización de los mismos, según corresponda). Las acciones de prevención y control realizadas en terreno desde la DZYCETV se concentran principalmente en NEA y NOA, dado que las Bases Nacionales se encuentran ubicadas en las jurisdicciones de estas regiones.

A partir de esta información recabada en terreno, se pueden calcular tres índices larvarios que permiten evaluar la situación de la localidad y estimar el riesgo asociado a la transmisión vectorial de dengue y otras arbovirosis:

- **Índice de vivienda:** viviendas positivas para *Aedes aegypti* / total de viviendas inspeccionadas \* 100.  
(IV<4 Riesgo bajo, 4<IV<35 Riesgo moderado, IV>35 Riesgo alto)
- **Índice de recipiente:** recipientes positivos para *Aedes aegypti* / total de recipientes \* 100  
(IR<3 Riesgo bajo, 3<IR<20 Riesgo moderado, IR>20 Riesgo alto)
- **Índice de Breteau:** recipientes positivos para *Aedes aegypti* / total viviendas inspeccionadas \*100  
(IB<5 Riesgo bajo, 5<IB<50 Riesgo moderado, IB>50 Riesgo alto)

**Gráfico 7. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en Argentina SE 31 (2024)- SE 07 (2025).**

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

A nivel nacional, los índices larvarios aélicos presentaron un ascenso a partir de la SE40 (Gráfico 1), mostrando un retraso temporal respecto de la tendencia observada en los índices calculados a partir de sensores de oviposición. Este retraso se debe a que los sensores de oviposición presentan una mayor sensibilidad para la detección de presencia y actividad reproductiva de *Aedes aegypti* con tamaños poblacionales bajos en relación a los índices larvarios. Los aumentos registrados en el Índice de Breteau evidencia la concentración de un alto número de criaderos de *Aedes aegypti* en pocas viviendas. Si bien durante las últimas semanas se registró un descenso relativo en el conjunto de los índices relevados, los valores a nivel nacional arrojan una situación de riesgo entomológico moderado o alto.

Cuando se realiza la desagregación por región, se observa que la región NEA presenta en la SE07 índices larvarios elevados (Tabla 1), arrojando un riesgo entomológico alto de acuerdo al IB. La región NOA, por su parte, muestra la misma tendencia (Tabla 1), aunque con IV e IR menores y un IB mayor a los detectados en NEA. Hasta el momento, las intervenciones territoriales registradas en las regiones de Cuyo y Centro no permiten aún realizar cálculos robustos de índices larvarios.

**Tabla 1. Índices larvarios aélicos por región SE07 2025. Argentina**

Región	Índice de Vivienda	Índice de Recipiente	Índice de Breteau
NEA	24,17	14,03	58,19
NOA	14,04	9,91	61,77

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

## V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

### V.1. Nota Metodológica

En el presente Boletín, se presenta la síntesis semanal de situación epidemiológica de infecciones respiratorias agudas, incluyendo la información epidemiológica obtenida a partir de la Vigilancia Centinela, a través de las **Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Enfermedad Tipo Influenza -UMA-** y de la **Red Argentina de Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -UC IRAG-**.

### V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios<sup>15</sup>

**Situación Regional:** La actividad de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) ha mostrado un marcado incremento en América del Norte, asociado a la circulación de VRS e influenza. En el resto de las subregiones, se ha observado una tendencia general a la baja. En cuanto a la influenza, se ha registrado una actividad epidémica en América del Norte y el Caribe, que ha mostrado un ligero descenso en las últimas semanas epidemiológicas (SE). La actividad del Virus Respiratorio Sincitial (VRS), tras haber alcanzado su pico en América del Norte, ha comenzado a descender, mientras que en el Caribe continúa en descenso. Finalmente, la actividad de SARS-CoV-2 sigue en descenso en la mayoría de las subregiones, excepto en Brasil y el Cono Sur, donde, tras un ligero ascenso, se ha mantenido estable.

**América del Norte:** Los casos de ETI y las hospitalizaciones vinculadas a virus respiratorios alcanzaron altos niveles epidémicos en las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE). La mayoría de los casos positivos de ETI están asociados con la influenza, mientras que los casos de IRAG y las hospitalizaciones están relacionados tanto con la influenza como con el VRS. La actividad de la influenza ha aumentado a niveles epidémicos en todos los países. Durante este período, los virus de influenza predominantes identificados fueron A(H3N2) y A(H1N1)pdm09. La actividad del VRS alcanzó niveles comparables a los picos estacionales anteriores. En contraste, la actividad del SARS-CoV-2 sigue siendo baja en relación con las olas anteriores.

**Caribe:** Los casos de ETI e IRAG han presentado en las cuatro últimas SE un ligero repunte, aunque con niveles inferiores a olas previas. La actividad de influenza ha mostrado un incremento en las cuatro últimas SE, predominando el subtipo A(H1N1)pdm09. En cuanto al VRS, su actividad ha mantenido un descenso. Asimismo, la actividad de SARS-CoV-2 continúa en niveles bajos.

**Centroamérica:** Se ha observado un descenso en la actividad de ETI e IRAG en las últimas cuatro SE. La actividad de influenza se mantiene en niveles bajos, por debajo del umbral epidémico en la mayoría de los países. Durante este período, los virus de influenza predominantes han sido del tipo A(H3N2) seguido de B/Victoria. La actividad del VRS se

---

<sup>15</sup> Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas- OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

encuentra en niveles bajos. Por su parte, la actividad de SARS-CoV-2 se ha mantenido en niveles bajos.

**Países Andinos:** La actividad de ETI e IRAG se ha mantenido en niveles bajos en la mayoría de los países durante las últimas cuatro SE. La actividad de influenza se mantiene en niveles bajos. Durante este período, ha predominado la influenza B/Victoria, seguida de influenza A(H3N2). La actividad del VRS permanece en niveles bajos. En cuanto a SARS-CoV-2, tras el marcado aumento en la positividad observado en semanas previas, se ha registrado un descenso en las últimas tres SE.

**Brasil y Cono Sur:** La actividad de ETI e IRAG se ha mantenido en niveles bajos durante las últimas cuatro SE. La actividad de influenza, tras un leve ascenso en SE previas, ha comenzado a descender. Durante este período, los virus de influenza predominantes han sido del tipo B/Victoria. La actividad del VRS continúa en niveles bajos, mientras que la actividad de SARSCoV-2 ha registrado un aumento, aunque sigue siendo inferior a los niveles máximos observados en olas previas.

### V.3. Síntesis de la información nacional destacada a la SE07/2025

#### V.3.A. VIGILANCIA CLÍNICA DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI), NEUMONÍA Y BRONQUIOLITIS

- Entre la semana epidemiológica 1 y 6 de 2025 se notificaron 42.198 casos de ETI, 8.300 casos de Neumonía y 4.106 casos de Bronquiolititis en menores de dos años, representando un descenso de las notificaciones de ETI del 50,6%, de neumonías del 28,8% y de bronquiolititis 45,6%, respecto al mismo período del 2024.

#### V.3.B. VIGILANCIA CENTINELA DE VIRUS RESPIRATORIOS PRIORIZADOS

##### Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- Las notificaciones de influenza y VSR permanecen en valores bajos. En las SE6 y 7/2025 se notificaron 2 casos de influenza entre las 62 muestras estudiadas. Para VSR, no se registraron casos positivos entre las 55 muestras analizadas en las últimas dos semanas.
- En relación a SARS-CoV-2, luego del ascenso de casos registrado desde la SE34 de 2024, las detecciones en UMA presentaron tendencia descendente a partir de la SE45, con valores bajos en las últimas semanas. En la SE7/2025 se registró 1 caso positivo para SARS COV 2 entre las 31 muestras estudiadas por PCR.

##### Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE18 de 2024 y la SE7 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 6157 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3416 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.
- En lo que va de 2025, las notificaciones de IRAG permanecen en niveles bajos, con bajos niveles de detección de SARS-CoV-2, influenza y VSR.

- En las últimas 4 semanas, entre 172 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 1 codetección de influenza y SARS-CoV-2, 3 detecciones de influenza, 3 casos de SARS-CoV-2 y 1 caso de VSR.<sup>16</sup>

### V.3.C. VIGILANCIA UNIVERSAL A TRAVÉS DE LA RED DE LABORATORIOS DE VIRUS RESPIRATORIOS

- En las primeras 6 semanas de 2025, si bien se registran casos de influenza, VSR y otros virus respiratorios, los niveles de detección permanecen bajos.
- Desde la SE29 de 2024 se presentó un ascenso de las detecciones semanales de SARS-CoV-2, aunque los casos permanecieron en valores bajos, con el máximo registrado en SE44 (1002 casos) y tendencia descendente posterior.
- Durante la SE6/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, parainfluenza y adenovirus.

#### Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos

- En las primeras semanas del año 2025, las detecciones de influenza y VSR se mantienen en valores bajos. En la SE07/2025, se detectaron 4 casos de influenza y 3 casos de VSR en personas hospitalizadas.
- Durante 2024, se notificaron 189 casos fallecidos con diagnóstico de influenza. En lo que va de 2025, se registran 3 fallecidos con este diagnóstico.
- Para SARS-CoV-2, luego del ascenso de casos registrado entre las SE34 y SE42, las detecciones permanecen en valores bajos. En la SE7/2025 se registraron 10 casos positivos internados con este diagnóstico. En la última semana epidemiológica se registró 1 fallecido con este diagnóstico.

## V.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

### V.4.A. UNIDADES DE MONITOREO AMBULATORIO DE ETI

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios (UMA) son dispositivos de vigilancia centinela que permiten el monitoreo de la circulación de SARS-CoV-2, Influenza y VSR en casos leves ambulatorios. El objetivo de las UMA es describir la tendencia de las consultas ambulatorias por casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), así como la proporción atribuible a SARS-CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año en las 24 jurisdicciones del país.<sup>17</sup>

**Definición de caso Enfermedad Tipo Influenza (ETI):** infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días.

Durante el año 2024, el porcentaje de positividad para **SARS-CoV-2**, se mantuvo por encima del 10% entre las SE1 a 9, relacionado con el ascenso de casos registrado entre las SE1 y 12. Luego del máximo alcanzado en SE2 (33,19%), el porcentaje de positividad presentó

<sup>16</sup> Se consideran estudiados aquellos casos de IRAG con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

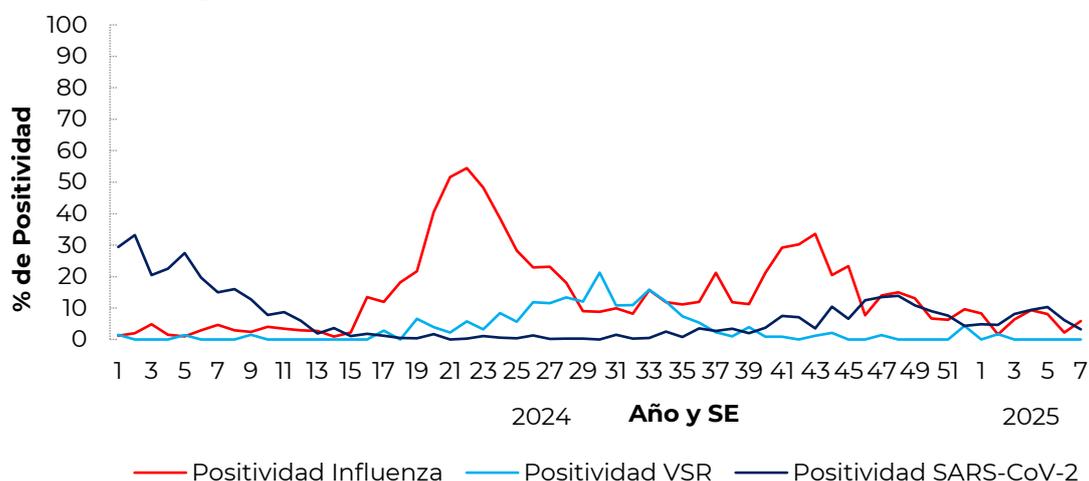
<sup>17</sup> Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia\\_para\\_la\\_vigilancia\\_prevenccion\\_y\\_control\\_ira-2024.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevenccion_y_control_ira-2024.pdf)

tendencia descendente y se mantuvo en valores bajos las siguientes semanas. A partir de la SE34/2024, se registró un ligero aumento de casos, que se acompañó de un nuevo ascenso en el porcentaje de positividad, alcanzando, con oscilaciones, valores por encima del 10% entre las SE44 y 49. En las primeras 7 semanas de 2025 en establecimientos UMA, se analizaron 500 muestras para SARS-CoV-2, de las que 34 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 6,80%. Además, en la última semana analizada, SE7 del año 2025, se registró 1 caso confirmado de SARS-COV-2 entre las 31 muestras estudiadas por PCR.

En relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 (ver gráfico 2). Posteriormente, si bien registró un descenso, permaneció en valores elevados, con oscilaciones, asociados a la circulación de influenza B, alcanzando una positividad máxima de 33,55% en SE43. En lo que va de 2025, se registraron 19 detecciones entre 328 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 5,79% y, en las últimas dos semanas, se detectaron 2 casos entre 62 muestras.

En cuanto a **VSR**, se verifica un ascenso de las detecciones a partir de la SE19 de 2024, con aproximadamente el 73% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. En relación a este ascenso de casos, la positividad en UMA permaneció por encima del 10% entre las SE 26 Y 34. Entre las SE1 y 7 de 2025, de las 298 muestras estudiadas, 1 resultó positiva, con un porcentaje de positividad acumulado de 0,34%. No se notificaron casos de VSR entre las 55 muestras estudiadas en las dos últimas semanas analizadas (SE6 y 7).

**Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE7/2025**

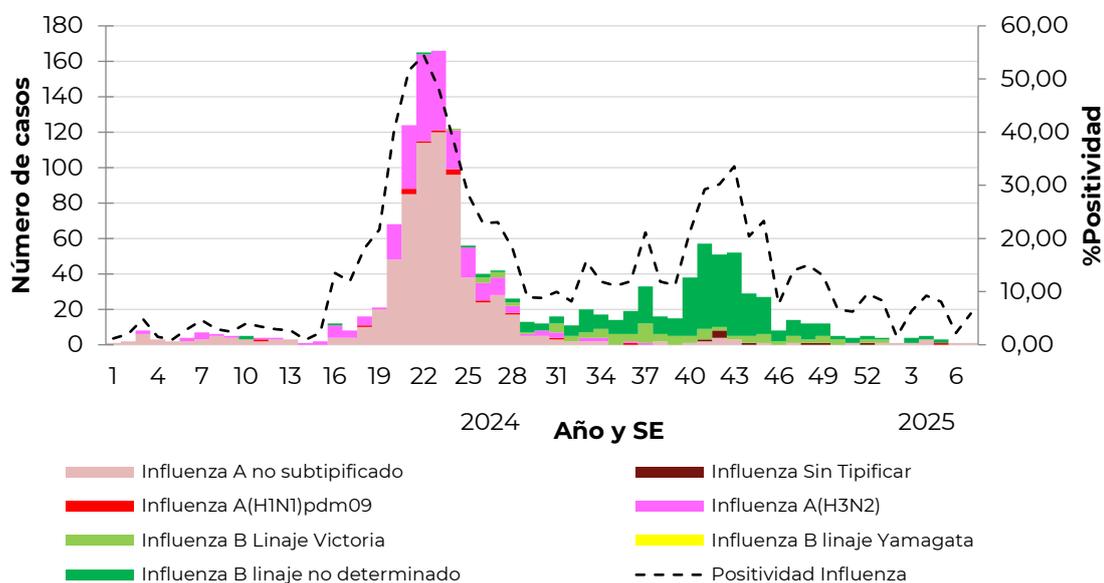


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2.0</sup>.

Aun cuando desde el inicio de 2024 se registraron casos de influenza durante todas las semanas del año, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24. Como se mencionó previamente, este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza

B/Linaje Victoria. En lo que va de 2025 se detectan casos tanto de influenza A (n=9) como influenza B (n=10).

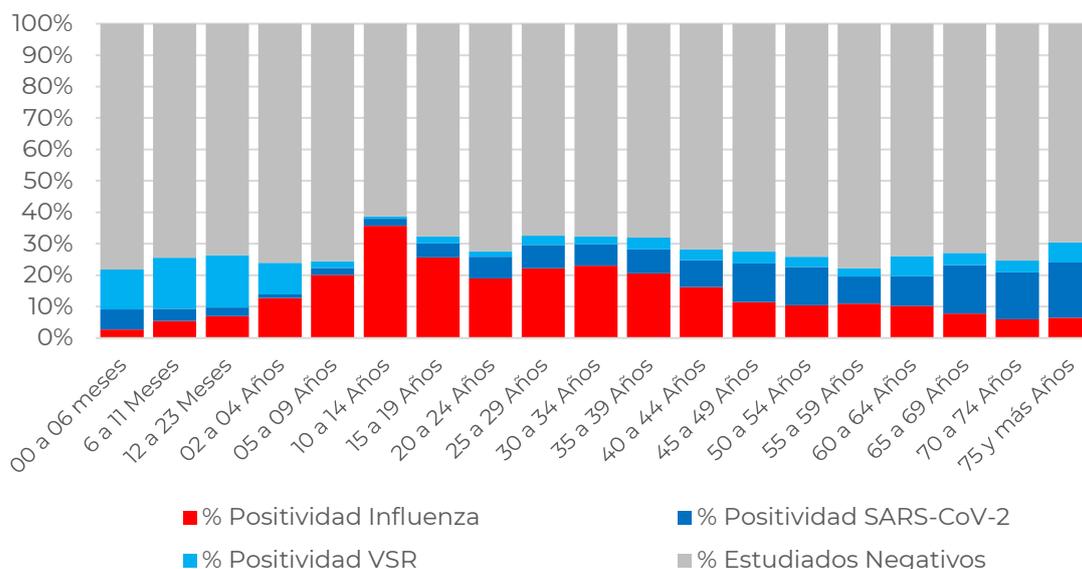
**Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE7/2025. Estrategia UMA. Argentina.**



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<sup>2.0</sup>.

En relación a la distribución por grupos de edad, si bien los casos de influenza acumulados desde inicio de 2024 en UMA corresponden a todos los grupos, los mayores porcentajes de positivos se observan en jóvenes, adultos de edad media y niños mayores de 5 años (grupos de 5 a 39 años). En cuanto a SARS-CoV-2, la positividad fue mayor para adultos y adultos mayores. En relación a los casos de VSR, los grupos de edad con mayor positividad fueron 0 a 4 años y adultos mayores.

**Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE7/2025. Estrategia UMA. Argentina<sup>18</sup>.**



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>20</sup>

#### V.4.B. RED ARGENTINA DE VIGILANCIA CENTINELA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE -IRAG

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 39 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país.<sup>19</sup>

#### Definiciones de caso Vigentes:

**IRAG:** Paciente de cualquier edad con infección respiratoria aguda con:

- Fiebre referida o constatada  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico<sup>20</sup>.

**IRAG Extendida en < 2 años y  $\geq 60$  años:** Infección respiratoria: definida por tos o dificultad

<sup>18</sup> Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de ETI en UMA.

<sup>19</sup> Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guía Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

<sup>20</sup> Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.

respiratoria; e

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico<sup>21</sup>.

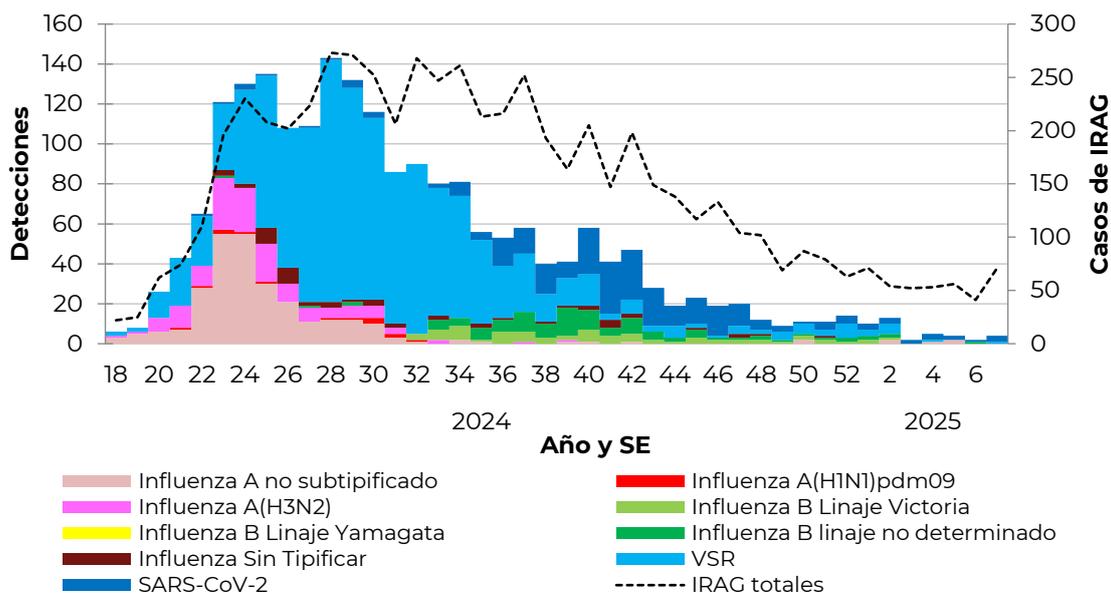
En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia<sup>22</sup> y shock<sup>23</sup> y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE18 de 2024 y la SE7 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 6157 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3416 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG<sup>24</sup>.

La curva de casos de IRAG presentó tendencia ascendente entre las SE 18 y 28 de 2024, asociada al aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 y, posteriormente, al ascenso de casos de VSR, permaneciendo por encima de los 200 casos semanales de IRAG entre las SE24 y 37. En lo que va de 2025, las IRAG permanecen en valores bajos.

**Gráfico 4: Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a 7/2025**



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<sup>20</sup>

En relación a los casos de IRAG por **SARS-CoV-2**, si bien los casos se mantuvieron en niveles bajos desde SE18 de 2024, se registró un ligero ascenso desde SE36 de 2024, que alcanzó su máximo en SE 41 y 42 con descenso posterior.

<sup>21</sup> Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

<sup>22</sup> La fiebre se define como una temperatura  $\geq 37,5$  C. La hipotermia se define como una temperatura

<sup>23</sup> El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.

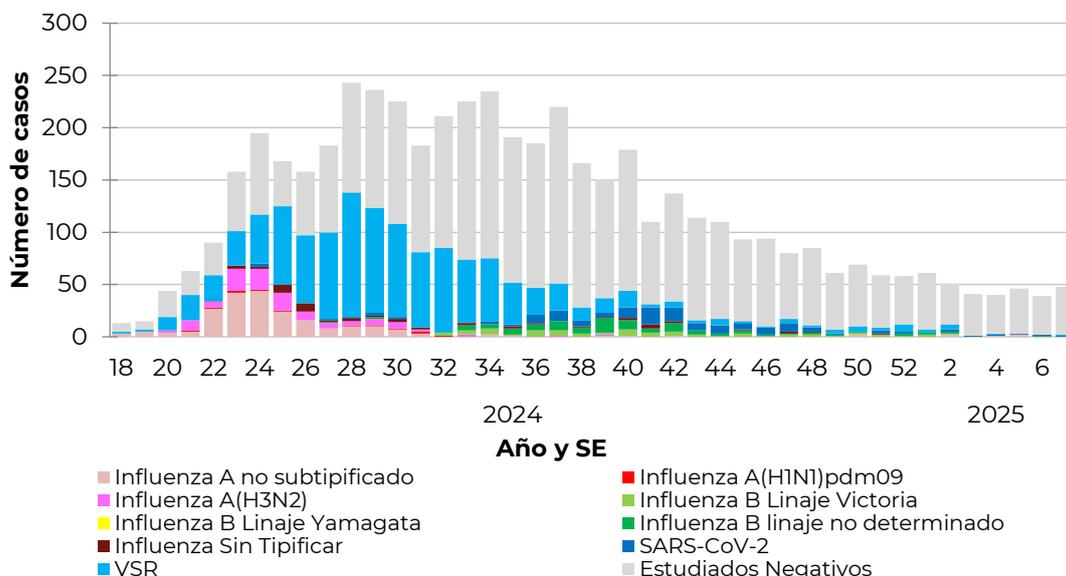
<sup>24</sup> Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

Si bien se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todo el periodo, entre la SE18 y la SE31 se observó un ascenso de detecciones influenza A/H3N2, que alcanzó sus valores máximos entre SE 23 y 24. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de SE32 un cambio en el tipo predominante, con un aumento de casos de influenza B/linaje Victoria, con el mayor número de casos detectados entre las SE 33 y 42. En lo que va de 2025, se registran casos de IRAG con detección tanto de influenza A (n=5) como B (n=8).

En cuanto a IRAG con diagnóstico de **VSR**, desde SE18/2024 se registró tendencia ascendente tanto de casos como del porcentaje de positividad, que alcanzaron valores máximos en SE28/2024, con descenso posterior, permaneciendo estable y en valores bajos desde SE41/2024 hasta la actualidad.

En las últimas 4 semanas, entre 172 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 1 codetección de influenza y SARS-CoV-2, 3 casos de SARS-CoV-2, 3 detecciones de influenza, y 2 casos de VSR. Los restantes 163 casos resultaron negativos para estos agentes etiológicos.

**Gráfico 5: Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR de acuerdo al resultado, por SE. SE18/2024 a 7/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina <sup>25</sup>.**

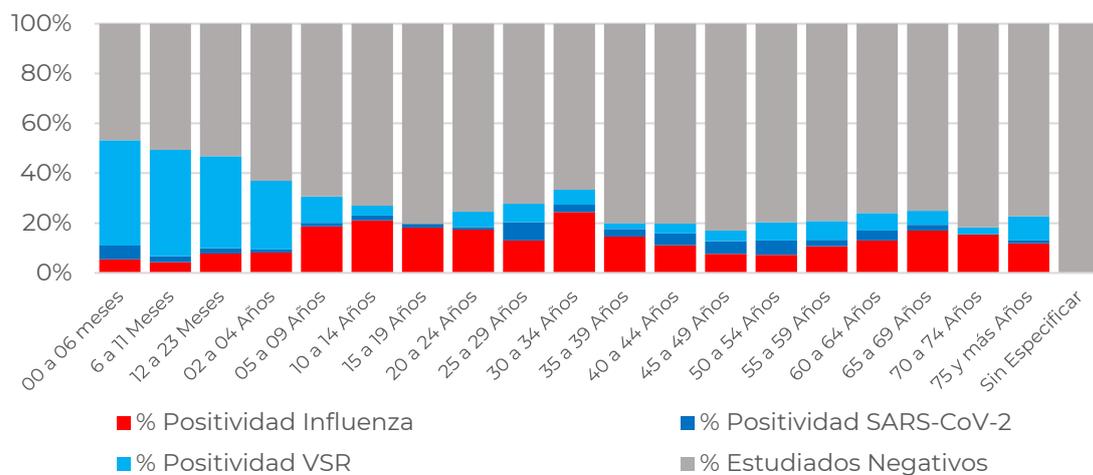


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2.0</sup>

En relación a la distribución por grupos de edad, entre los casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados por técnica molecular desde SE18/2024, se registra la mayor positividad para influenza en los grupos de edad comprendidos entre 5 y 39 años (máximo entre 30 y 34 años) y en adultos mayores. Para SARS-CoV-2, el porcentaje de positividad fue más alto en adultos y niños menores de 1 año. En relación a las IRAG por VSR, los porcentajes de positividad más elevados se registran en menores de 1 año, 1 año y 2 a 4 años.

<sup>25</sup> Solo se incluyen en el gráfico los casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

**Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE18/2024 a 7/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina<sup>26</sup>.**



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

<sup>26</sup> Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de de IRAG.

# ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

## VI. Situación epidemiológica de Hantavirus en Argentina

### VI.1. Introducción

Las enfermedades causadas por Hantavirus corresponden al grupo de las zoonosis emergentes, transmitidas al ser humano a través de la inhalación de aerosoles provenientes de secreciones de ciertos roedores. Sin embargo, algunas variantes se han asociado a transmisión de persona a persona, solamente en Argentina y Chile.

En Argentina, el virus Andes fue el primero identificado, dando origen a la especie *Orthohantavirus andesense*, la cual agrupa una gran variedad de virus según la región geográfica. Los virus asociados a casos de síndrome cardiopulmonar por Hantavirus (SPH) son: Andes, Lechiguanas, Buenos Aires (HU39694), Plata, Orán, Bermejo, Jujutiba y también los virus Laguna Negra y Alto Paraguay. En el país, se reconocen los siguientes reservorios: en el Norte, *Oligoryzomys chacoensis* para Orán, *Oligoryzomys occidentalis* para Bermejo y *Calomys callosus* y *Calomys fecundus* para Laguna Negra; en el Noreste a *Oligoryzomys nigripes* para el virus Jujutiba, *Akodon montensis* para Jaborá, *Holochilus chacarius* para Alto Paraguay y *Oligoryzomys flavescens* para Lechiguanas; en el Centro, *Oligoryzomys flavescens* y *Oligoryzomys nigripes* para Lechiguanas, Buenos Aires y Plata y *Necromys lasiurus* para virus Maciel y *Akodon azarae* para Pergamino no asociados con enfermedad en las personas hasta el momento. En el Sur, el principal reservorio para el virus Andes es el *Oligoryzomys longicaudatus*, pero especies del género *Abrothrix* han sido reportadas como portadoras del virus (*Abrothrix hirta* y *Abrothrix olivaceous*).

En el país se han definido cuatro regiones endémicas, geográfica y ecológicamente diferentes para la enfermedad: Noroeste (Salta, Jujuy y Tucumán); Noreste (Misiones, Chaco y Formosa); Centro (Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos), y Sur (Neuquén, Río Negro y Chubut). Debido a la amplia distribución y dinámica de los reservorios, y a la intervención humana en hábitat silvestre, existen condiciones para la ocurrencia de la enfermedad en otras provincias del país. Las especies de roedores reservorios descritas tienen preferencia por los ambientes silvestres, sin embargo, la interfase rural-urbana y los corredores dentro de las ciudades (cursos de agua, vías férreas, etc.) constituyen también ambientes a considerar como sitios probables de contagio.

El SPH se caracteriza por una fase prodrómica de corta duración (4 a 6 días en promedio) en la que se presentan fiebre, mialgias, astenia, cefalea y en ocasiones, un cuadro gastroentérico con vómitos y diarrea. En los casos más graves, la enfermedad evoluciona rápidamente a una fase cardiopulmonar, en la que se presentan distrés respiratorio y alteraciones hemodinámicas graves. La tasa de letalidad varía entre el 16% al 50% según la región del país, según se presenten en forma de conglomerados o brotes.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria. Ministerio de Salud de la Nación. (Actualización 2025, en proceso de publicación).

## VI.2. Nota Metodológica

El análisis de la información para la caracterización epidemiológica del evento Hantavirus. Se consideran como casos confirmados aquellos que contaban con laboratorio detectable según la definición de caso del Manual de Normas, o una clasificación manual correspondiente a confirmado. Los casos se muestran por jurisdicción de residencia consignada en el SNVS 2.0, en caso de no tenerla, se muestra por jurisdicción de carga. La fecha mínima se construye según orden de priorización con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, toma de muestra, y, por último, de apertura si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.

El análisis de la situación epidemiológica histórica comprende el periodo desde la SE01 del año 2019 a la SE05 del 2025. La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de periodos comprendidos entre la SE25 de un año, y la SE24 del siguiente (2019-2020, 2020-2021, 2021-2022, 2022-2023, 2023-2024, 2024-2025) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en periodos estivales entre sí, especialmente los casos del periodo actual (SE25/2024 a SE 05/2025, respecto a equivalentes periodos anteriores).

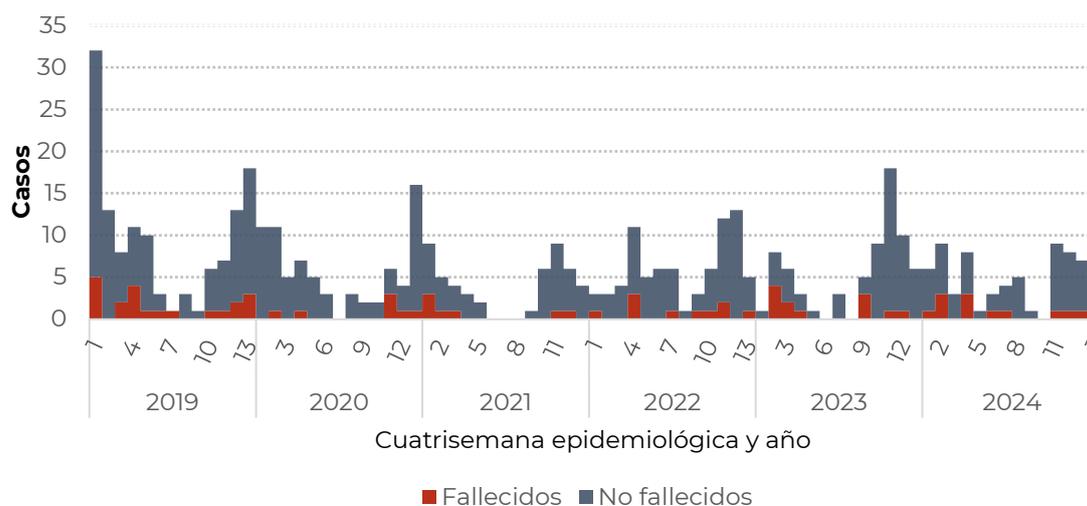
## VI.3. Situación en Argentina

### VI.3.A. SITUACIÓN HISTÓRICA (2019-2025)

Entre la SE01 del año 2019 a la SE05 del 2025 se registraron en el SNVS 2.0, 9.836 casos sospechosos notificados, de los cuales 467 fueron confirmados, 682 fueron sospechosos, 26 fueron clasificados como posibles infecciones remotas, 7.784 fueron descartados, 689 fueron casos sospechosos insuficientemente estudiado y 203 fueron invalidados por epidemiología. En cuanto a la distribución por sexo (n=323), el 69,2% de los casos confirmados corresponden a sexo masculino mientras que el 29,8% pertenecen a sexo femenino, con una mediana de edad de 32 años.

#### Distribución temporal

En la curva de casos (Gráfico 1) se observa, a nivel nacional, continuidad de casos durante todo el año, con aumentos en las últimas y primeras semanas epidemiológicas de cada año con picos máximos en la SE 1 y 2 del año 2019 (14 y 9 confirmados respectivamente); en la SE 49 de 2020 (7 casos); en las SE 44 y 45 del año 2023, (6 casos confirmados cada una); y en SE 49 de 2024 (5 casos), que corresponden a los meses más cálidos del año. El año con más casos confirmados del periodo fue 2019 (126, en coincidencia con el brote de EpuYén).

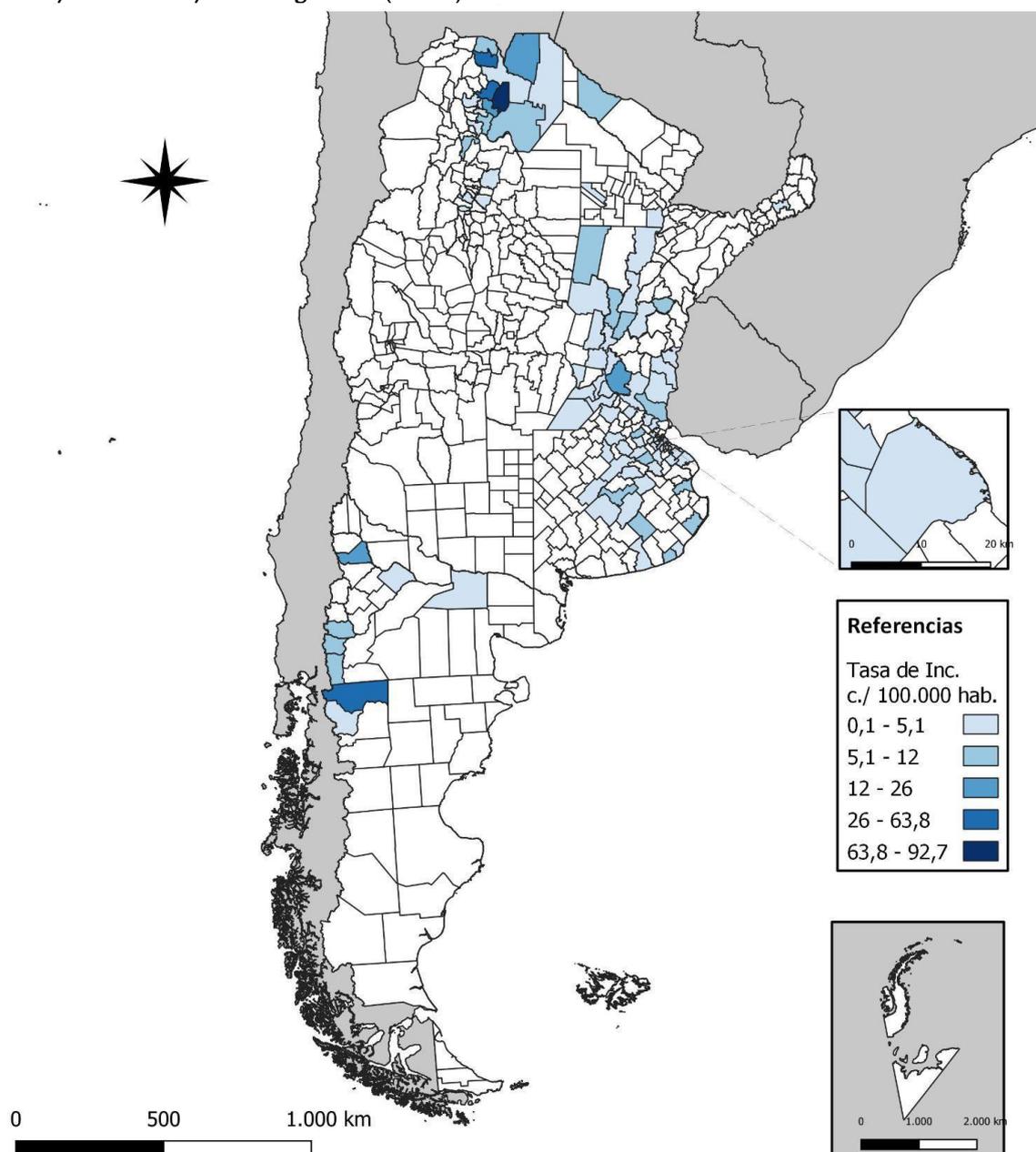
**Gráfico 1. Hantavirosis: Casos confirmados y fallecidos por cuatrisesmana epidemiológica desde SE01/2019 a SE05/2025, Argentina. (N=467)**

**Tabla 1. Hantavirus: Casos confirmados (C) y tasa de incidencia cada 100.000 hab. (T) por jurisdicción, año y región desde SE 01/2019 a SE 52/2024, Argentina. (N=459)**

Año	2019		2020		2021		2022		2023		2024		Total	
	C	T	C	T	C	T	C	T	C	T	C	T	C	T
Buenos Aires	34	0,2	23	0,13	11	0,06	16	0,09	10	0,06	13	0,07	107	0,6
CABA	3	0,1	1	0,03	1	0,03	2	0,06	0	0	1	0,03	8	0,26
Córdoba	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Entre Ríos	2	0,15	6	0,43	1	0,07	5	0,35	2	0,14	3	0,21	19	1,35
Santa Fe	11	0,31	13	0,37	4	0,11	5	0,14	4	0,11	9	0,25	46	1,28
<b>Centro</b>	<b>50</b>	<b>0,17</b>	<b>43</b>	<b>0,15</b>	<b>17</b>	<b>0,06</b>	<b>28</b>	<b>0,09</b>	<b>16</b>	<b>0,05</b>	<b>26</b>	<b>0,09</b>	<b>180</b>	<b>0,6</b>
Mendoza	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,19	0	0	1	0,19
<b>Cuyo</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,03</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,03</b>
Chaco	2	0,17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,16
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	1	0,17	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,16
Misiones	1	0,08	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,08
<b>NEA</b>	<b>3</b>	<b>0,07</b>	<b>1</b>	<b>0,02</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0,09</b>
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	23	3,02	10	1,3	10	1,28	16	2,03	8	1,01	11	1,37	78	9,91
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salta	30	2,13	14	0,98	18	1,25	26	1,78	33	2,23	20	1,34	141	9,66
Sgo. del Estero	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	0	2	0,12	3	0,17	3	0,17	0	0	8	0,46
<b>NOA</b>	<b>53</b>	<b>0,94</b>	<b>24</b>	<b>0,42</b>	<b>30</b>	<b>0,52</b>	<b>45</b>	<b>0,78</b>	<b>44</b>	<b>0,75</b>	<b>31</b>	<b>0,52</b>	<b>227</b>	<b>3,91</b>
Chubut	17	2,79	3	0,48	1	0,16	4	0,63	1	0,15	1	0,15	27	4,22
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,27	0	0	1	0,27
Neuquén	0	0	1	0,15	1	0,15	0	0	3	0,44	1	0,14	6	0,88
Río Negro	3	0,41	1	0,13	1	0,13	0	0	2	0,26	5	0,64	12	1,57
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	1	0,56	0	0	0	0	0	0	1	0,55
<b>Sur</b>	<b>20</b>	<b>0,69</b>	<b>5</b>	<b>0,17</b>	<b>4</b>	<b>0,13</b>	<b>4</b>	<b>0,13</b>	<b>7</b>	<b>0,23</b>	<b>7</b>	<b>0,23</b>	<b>47</b>	<b>1,56</b>
<b>Total País</b>	<b>126</b>	<b>0,28</b>	<b>73</b>	<b>0,16</b>	<b>51</b>	<b>0,11</b>	<b>77</b>	<b>0,17</b>	<b>68</b>	<b>0,15</b>	<b>64</b>	<b>0,14</b>	<b>459</b>	<b>0,99</b>

Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

**Mapa 1. Hantavirosis: tasa de incidencia cada 100.000 habitantes por departamento de residencia\*. SE01/2019 a SE05/2025. Argentina. (N=464).**

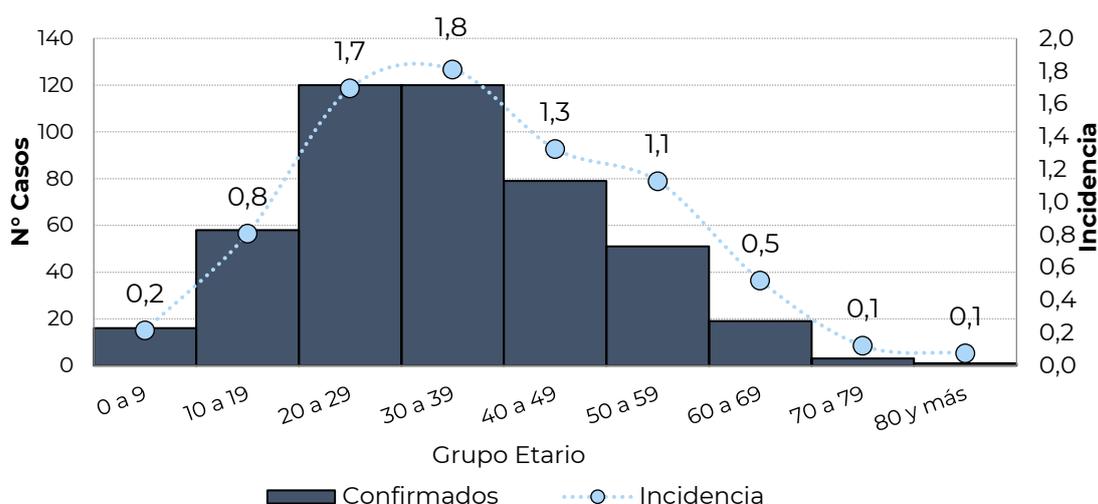


Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

\* Se excluyeron para el mapa 3 casos importados, correspondientes a personas que residen en zonas no endémicas, los cuales registraron antecedentes de viaje a alguna de las jurisdicciones con circulación endémica: Noroeste (Salta, Jujuy y Tucumán); Noreste (Misiones, Chaco y Formosa); Centro (Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos), o Sur (Neuquén, Río Negro y Chubut).

### Distribución por edad

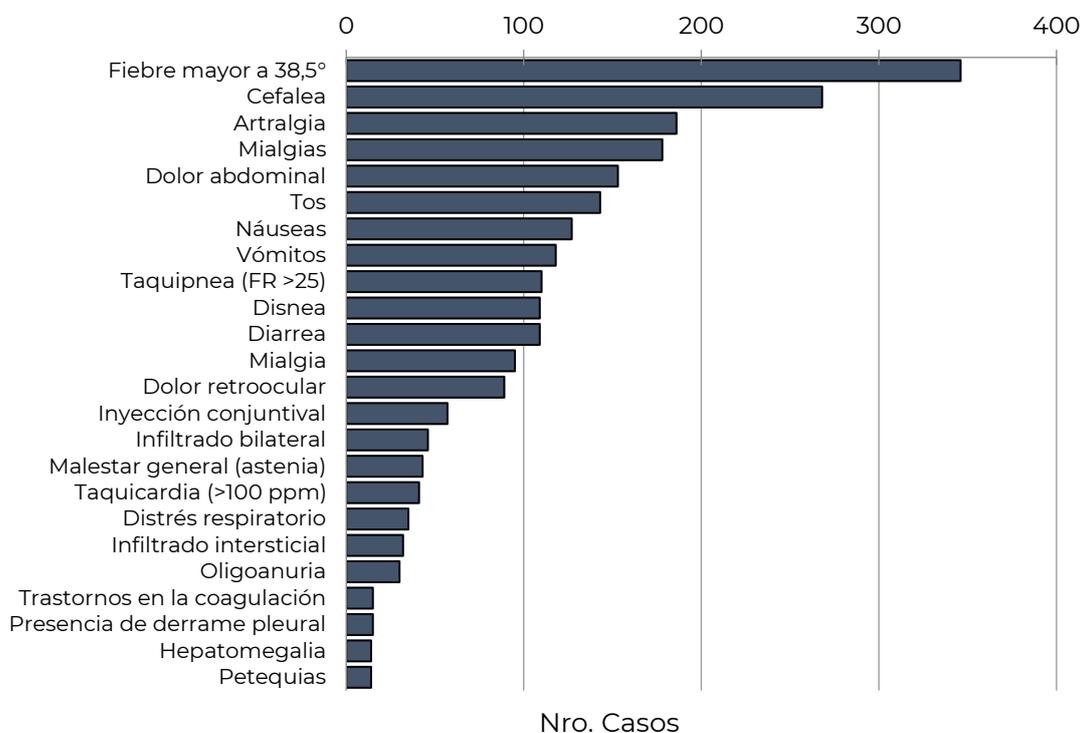
Respecto a la distribución por edad, el 79% (370) de los casos se concentran en los grupos etarios de 20 a 59 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes en el periodo.

**Gráfico 2. Hantavirosis: Casos y tasas de incidencia cada 100 mil hab. por grupo etario. SE01/2019 a SE05/2025. Argentina. (N=467).**

Fuente: Dirección de Epidemiología y Coordinación de Zoonosis a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

### Distribución de signos y síntomas

El 81% de los casos (n=377) presentó información sobre signos y síntomas, siendo los más frecuentes fiebre mayor o igual a 38,5° (92%), cefalea (71%), artralgia (49%), mialgias (47%) y dolor abdominal (41%). Cada caso puede presentar uno o más signos o síntomas.

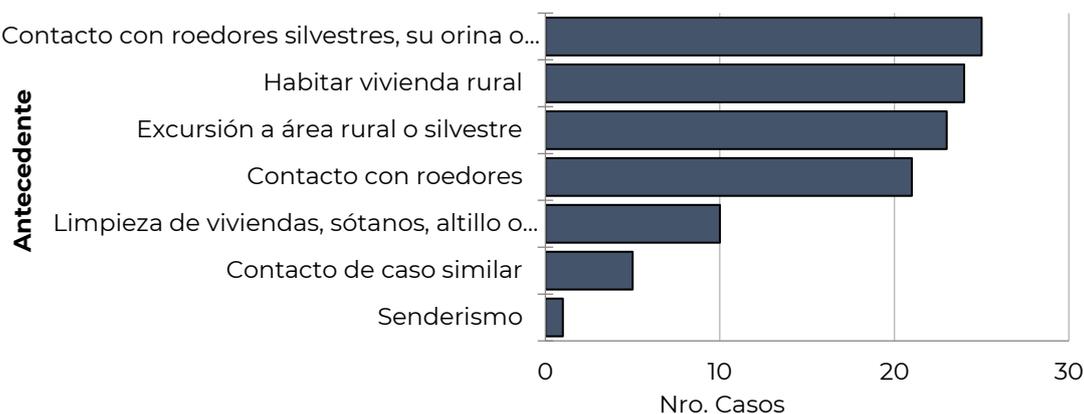
**Gráfico 3. Hantavirosis: Signos y síntomas más frecuentes en casos confirmados. SE01/2019 a SE05/2025. Argentina. (n=377).**

Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

### Antecedentes epidemiológicos

El 21% de los casos (n=99) presentó información sobre antecedentes epidemiológicos, siendo los más frecuentes el contacto con roedores silvestres, su orina o deposiciones (25%), habitar vivienda rural (24%), excursión a área rural o silvestre (23%) y contacto con roedores (21%). Cada caso puede presentar uno o más antecedentes epidemiológicos.

**Gráfico 4. Hantavirrosis: Antecedentes epidemiológicos más frecuentes en casos confirmados. SE01/2019 a SE05/2025. Argentina. (n=377).**

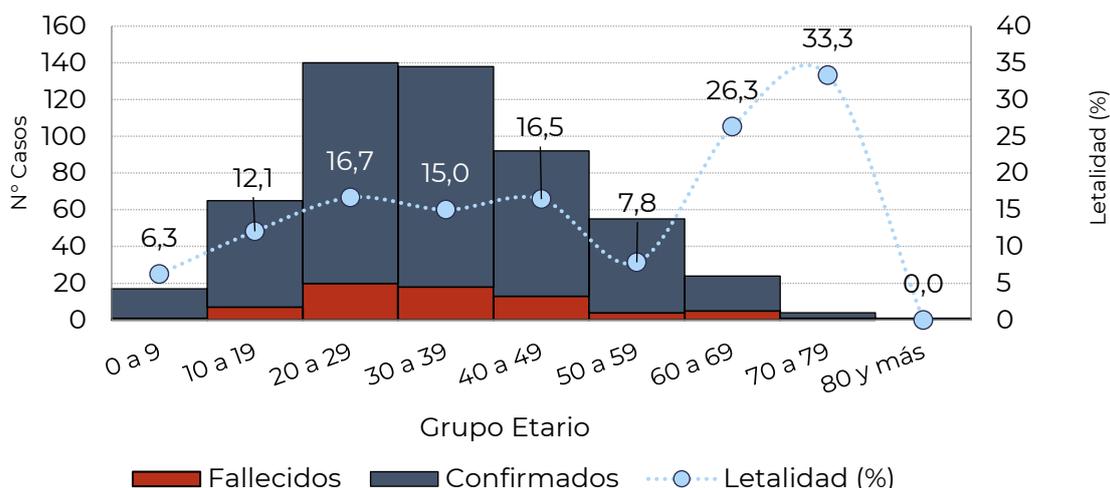


Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

### Distribución de la mortalidad

Desde la SE01/2019 hasta la SE05/2025 se registraron 69 casos fallecidos por Hantavirus en todo el territorio nacional, las tasas de letalidad por grupo etario pueden observarse en el Gráfico 5.

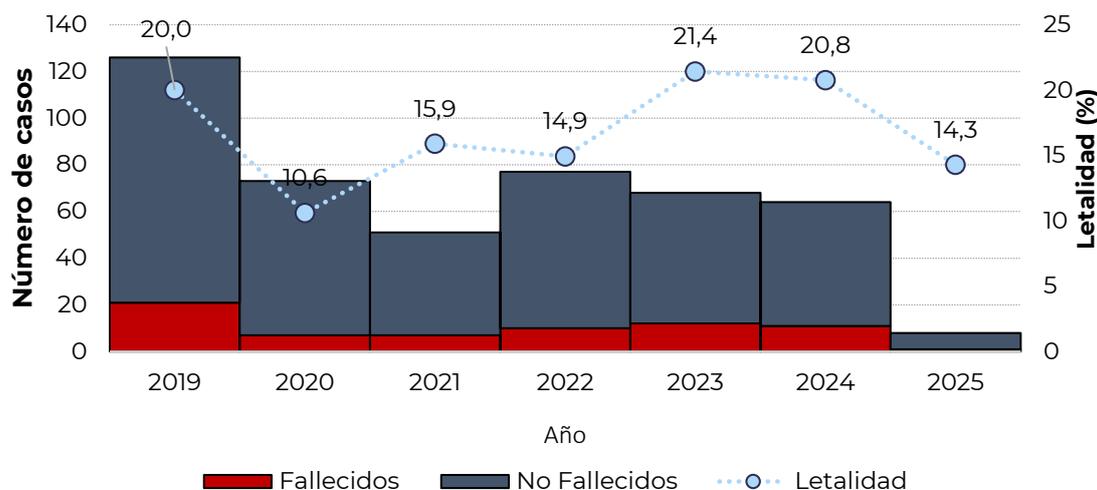
**Gráfico 5. Hantavirrosis: Casos y letalidad por grupo etario. SE01/2019 a SE05/2025. Argentina. (N=467).**



Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

La distribución en la letalidad por año osciló entre el 10 y el 20%, con un pico de 21,4% en 2023.

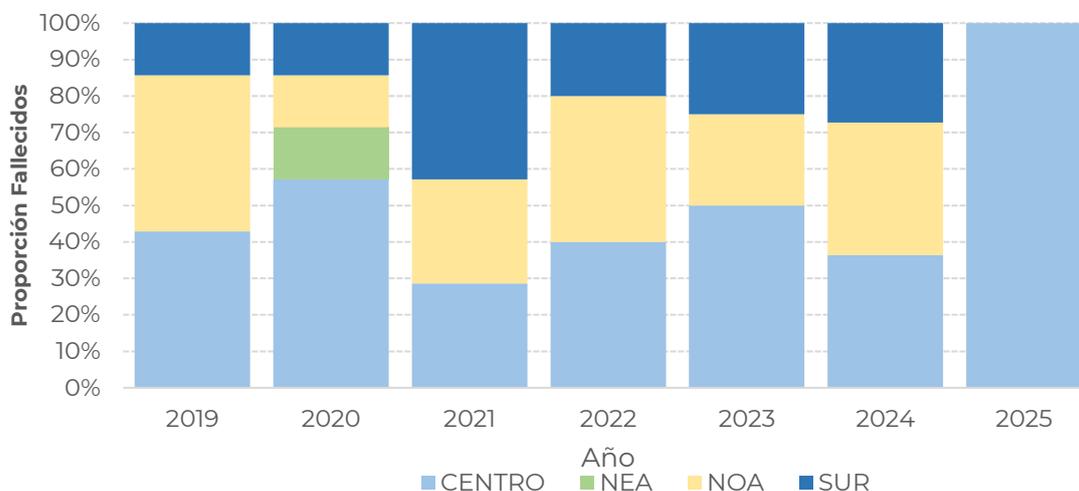
**Gráfico 6. Hantavirosis: Casos y letalidad por año epidemiológico. SE01/2019 a SE05/2025. Argentina. (N=467).**



Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Desde el 2019 a la actualidad se registraron 69 fallecidos distribuidos en todos los años, siendo 2019 el año con más fallecidos registrados (n=21) coincidente con el brote de Epuýén. Respecto a su distribución por región durante el periodo 2019-2024, 30 pertenecen a la región Centro, 23 a la región NOA, 15 a la región Sur y un caso fallecido en NEA.

**Gráfico 7. Hantavirosis: Proporción de casos fallecidos según año y región. SE01/2019 a SE05/2025. Argentina. (n=69).**

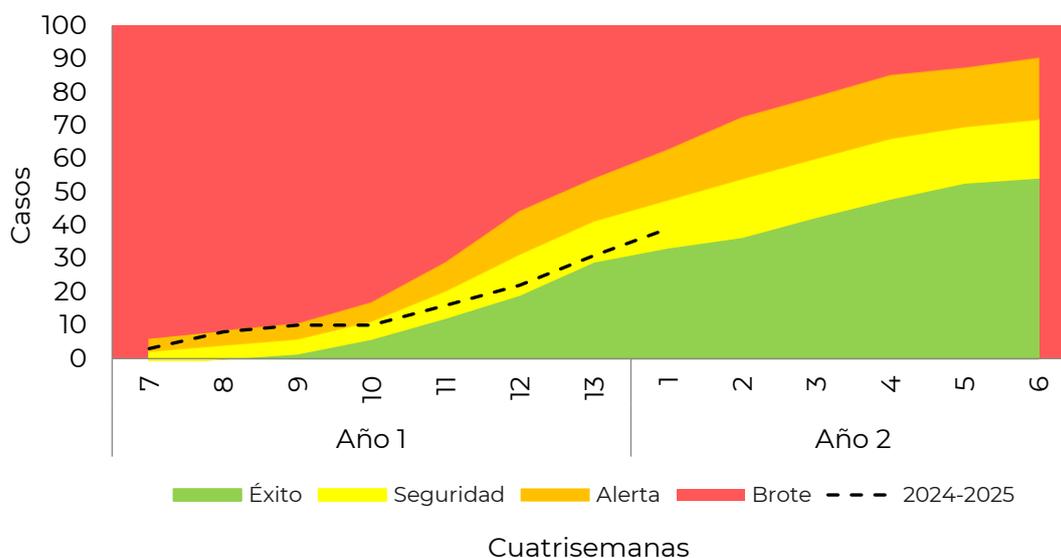


Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

### VI.3.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL

Puede observarse que a nivel nacional la cantidad de casos para el período comprendido entre la SE25/2024 a SE05/2025 se encuentra dentro de los umbrales esperados, respecto a años previos.

**Gráfico 8. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado cuatrisesmanal. Período analizado: SE25/2024 a SE05/2025 respecto a equivalente periodo de los cinco años previos (SE25/2019 a SE24/2024). Argentina. (N=390).**

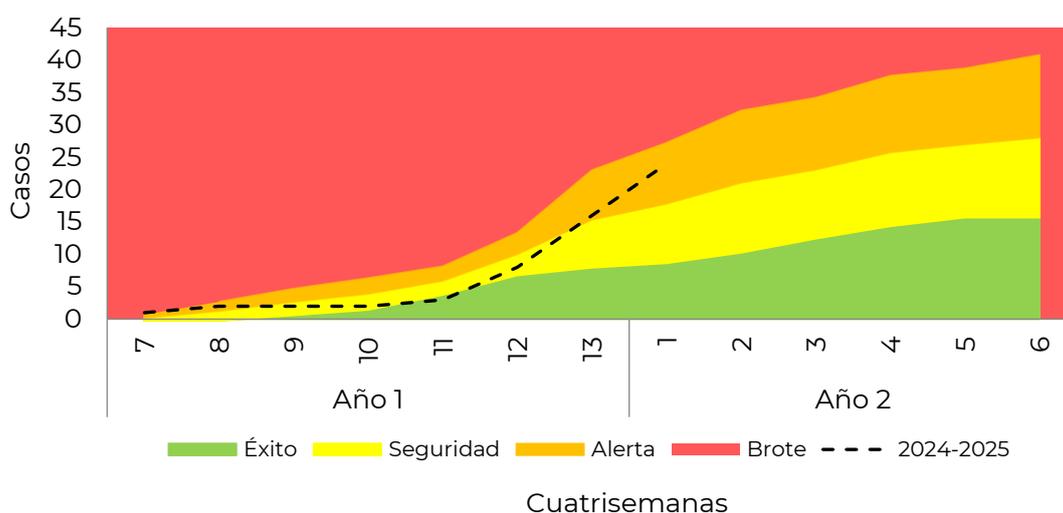


Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis -DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

### Región Centro

Para la región Centro, la cual incluye las jurisdicciones de CABA, Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe, el número de casos se encuentra en el umbral de alerta para el período analizado (SE25/2024 a SE05/2025).

**Gráfico 9. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado cuatrisesmanal. Período analizado: SE25/2024 a SE05/2025 respecto a equivalente periodo de los cinco años previos (SE25/2019 a SE24/2024). Región Centro. (N=161).**



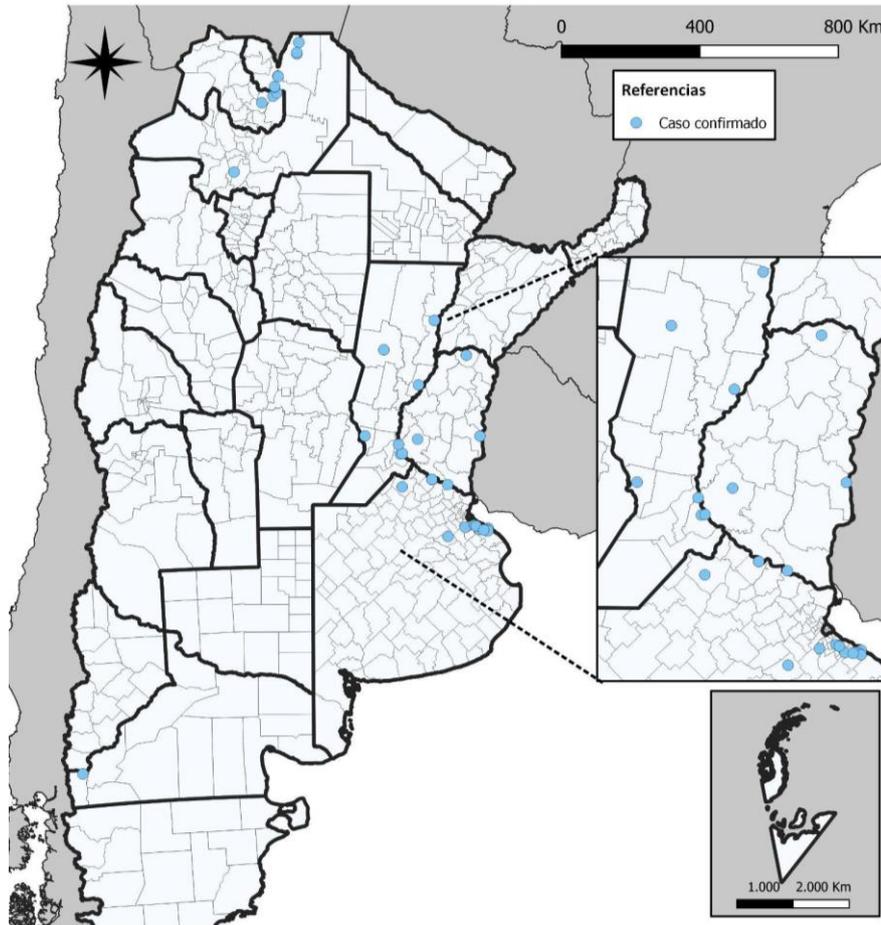
Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

**Tabla 2. Hantavirus: Casos confirmados y tasa de incidencia x 100.000 habitantes según jurisdicción, año y región desde SE 25/2024 a SE05/2025. Argentina. (n=39).**

Año epidemiológico	SE 25 2024 a SE 05 2025	
	Casos	Tasa
Buenos Aires	13	0,07
CABA	0	0,00
Córdoba	0	0,00
Entre Ríos	4	0,28
Santa Fe	7	0,19
<b>Centro</b>	<b>24</b>	<b>0,08</b>
Mendoza	0	0,00
San Juan	0	0,00
San Luis	0	0,00
<b>Cuyo</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
Chaco	0	0,00
Corrientes	0	0,00
Formosa	0	0,00
Misiones	0	0,00
<b>NEA</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>
Catamarca	0	0,00
Jujuy	4	0,50
La Rioja	0	0,00
Salta	10	0,67
Santiago del Estero	0	0,00
Tucumán	0	0,00
<b>NOA</b>	<b>14</b>	<b>0,23</b>
Chubut	0	0,00
La Pampa	0	0,00
Neuquén	0	0,00
Rio Negro	1	0,13
Santa Cruz	0	0,00
Tierra del Fuego	0	0,00
<b>Sur</b>	<b>1</b>	<b>0,03</b>
<b>Total País</b>	<b>39</b>	<b>0,08</b>

Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

En el período analizado (SE25/2024 a SE05/2025), se observa una mayor cantidad de casos en la región Centro, mientras que la región del NOA presenta las tasas más elevadas.

**Mapa 1. Hantavirus: Casos confirmados desde SE 25/2024 a SE05/2025. Argentina. (n=39).**

Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

## I.1. Situación vigilancia genómica

Las variantes de Hantavirus reportadas en Argentina, desde los inicios de los estudios genómicos en la década de 1990 hasta la actualidad, han sido descritas a partir de secuencias genómicas parciales. La vigilancia genómica activa, incorporando la secuenciación de genomas completos, ha permitido dilucidar relaciones filogeográficas de alta resolución entre las secuencias genómicas derivadas de pacientes y roedores, identificando la fuente de infección, las vías de transmisión y nuevas variantes o virus.

La vigilancia genómica permitió describir, en 2021, por primera vez la presencia del hantavirus Alto Paraguay en un caso de SPH y en su reservorio *Holochilus chacarius*, en la región Centro, además se reportó la presencia de un nuevo Hantavirus, nombrado Leyes, en *Scapteromys aquaticus*. Otros estudios en poblaciones de roedores permitieron reportar la presencia del Hantavirus Pergamino en la provincia de Entre Ríos (*Akodon azarae*) así como también Lechiguanas en Corrientes (*Oligoryzomys flavescens*).

En la región Centro, los patrones geográficos de distribución de los Hantavirus más prevalentes mostraron la co-circulación, principalmente de los virus Buenos Aires y Lechiguanas, en aquellas localidades con mayor número de casos reportados.

## I.2. Vigilancia epidemiológica

En nuestro país, el evento Hantavirus es de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022. La estrategia de vigilancia posee tres componentes/estrategias: universal clínica, laboratorio e investigación epidemiológica, la modalidad es nominal y la periodicidad inmediata.

El objetivo principal de la vigilancia es alertar de forma temprana ante la detección de casos y brotes, para permitir la adopción de las medidas de investigación, prevención y control adecuadas. Es fundamental registrar de manera sistemática las diferentes etapas del algoritmo de diagnóstico y asegurar un registro integral de los casos clínicos, incluyendo los estudios de laboratorio para el diagnóstico y los estudios epidemiológicos asociados a casos y brotes. Además, es esencial informar a todos los actores involucrados en tiempo real sobre la ocurrencia de casos, los resultados de las investigaciones y las medidas adoptadas.

Para mayor información consultar el Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria.

Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/msal-manual\\_de\\_normas\\_y\\_procedimientos\\_de\\_vigilancia\\_y\\_control\\_de\\_eno\\_2022.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/msal-manual_de_normas_y_procedimientos_de_vigilancia_y_control_de_eno_2022.pdf)

---

*La Ficha de Notificación e Investigación Epidemiológica se encuentra disponible en el siguiente link:*

<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas> (Síndrome Febril Agudo Inespecífico)

---

## VI.4. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Hantavirus

Ante la sospecha del caso, para realizar el diagnóstico se tomará al ingreso a la consulta una muestra de sangre entera o sangre con EDTA (5-10 ml) sin anticoagulantes, o suero (1-2 ml) y coágulo ya separados (en este caso es imprescindible el envío de ambos). En caso de ser positivo se tomará una nueva muestra durante la convalecencia de la enfermedad (30 días).

Se deben tomar muestras en:

- El período agudo de la enfermedad: para determinación de anticuerpos IgM e IgG. En caso que el paciente se agrave, extraer una nueva muestra.
- Enviar las muestras inmediatamente después de obtenidas, refrigeradas a 4°C. En caso que el envío deba ser demorado, conservarlas a -20°C.
- Rotular todos los tubos detallando:
  - Tipo de muestra
  - Apellido y Nombre del paciente
  - Fecha de toma de muestra

### **Embalaje**

- Se debe verificar el perfecto cierre de cada tubo. Envolver cada uno en papel absorbente y colocarlo en una bolsa plástica.
- Colocar las bolsas conteniendo cada tubo en recipientes de bioseguridad.
- De no contar con recipientes de bioseguridad se puede utilizar un recipiente con cierre hermético y resistente a los golpes, colocando dentro del recipiente cantidad suficiente de material absorbente para evitar el derrame de las muestras en caso de ruptura o pérdida de los tubos.
- Acompañar las muestras con ficha clínico-epidemiológica correspondiente.
- Si se agrega hielo seco debe hacerse por fuera de ambos recipientes contenedores.

---

*La ficha clínica epidemiológica para derivación y el Instructivo de envío de muestras para diagnóstico se encuentran disponible en el siguiente link:*

<https://www.argentina.gob.ar/hantavirus-0>

---

ALERTAS Y  
**COMUNICACIONES**  
NACIONALES

## VII. Informe de situación actual sobre curso de casos de influenza aviar de alta patogenicidad en Argentina

*Comunicación epidemiológica por detección de casos de gripe aviar de alta patogenicidad publicada el 19 de febrero de 2025*

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/comunicacion\\_aviar-19022025.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/comunicacion_aviar-19022025.pdf)

Ante la confirmación de influenza aviar altamente patógena (IAAP) H5 en aves de traspatio en la provincia de Chaco, el Ministerio de Salud de la Nación y el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA), emitieron una comunicación con el objetivo de informar a los equipos profesionales de los sectores de la salud humana, animal y ambiental para fortalecer la vigilancia epidemiológica en población humana y animal, reforzar la identificación de casos sospechosos y su investigación exhaustiva y las medidas de prevención y control de la infección.

*Ante la confirmación de influenza aviar altamente patógena (IAAP) H5 en aves de traspatio en la provincia de Chaco, el Ministerio de Salud de la Nación y el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA), emiten la presente comunicación con el objetivo de informar a los equipos profesionales de los sectores de la salud humana, animal y ambiental para fortalecer la vigilancia epidemiológica en población humana y animal, reforzar la identificación de casos sospechosos y su investigación exhaustiva y las medidas de prevención y control de la infección.*

### VII.1. Situación actual

El 14 de febrero del año actual se ha confirmado la detección del virus de influenza aviar altamente patógena (IAAP) H5 en aves de traspatio en Tres Isletas del departamento de Maipú, provincia de Chaco. Las especies afectadas incluyen gallinas, pavos y patos.

En respuesta a esta detección, equipos de profesionales de salud animal y humana nacionales y jurisdiccionales están llevando a cabo la identificación de casos expuestos, la investigación epidemiológica correspondiente y la implementación de las medidas de control necesarias.

Cabe resaltar que la presencia de IAAP en aves de traspatio no compromete el estatus sanitario del país.

### VII.2. Antecedentes de situación actual

En 2023, Argentina confirmó la introducción del virus de influenza aviar altamente patógena (IAAP) del subtipo A(H5N1), lo que provocó brotes tanto en aves silvestres como, en aves de traspatio, aves de granjas comerciales y mamíferos marinos.

El 14 de febrero de 2023, se detectó por primera vez la presencia del virus en el país en aves silvestres, a partir de una notificación en la Laguna de Pozuelos, en el noroeste de la provincia de Jujuy. A partir de entonces y a lo largo del año, se registraron 81 brotes en aves de traspatio, 18 en aves comerciales y 8 en aves silvestres. Con el cierre del último brote en aves de corral, el 7 de agosto, Argentina recupera la condición de país libre de IAAP en aves de corral. Posteriormente, el 10 de agosto de 2023, se confirmó el primer caso de IAAP H5 en mamíferos marinos en Argentina, en la costa de Tierra del Fuego, cerca de Río Grande.

A partir de este evento, se identificaron brotes a lo largo de la costa atlántica, afectando a las provincias de Tierra del Fuego, Santa Cruz, Chubut, Río Negro y Buenos Aires. Para mayor información sobre las especies afectadas y la distribución de los brotes ingresar al siguiente link: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe\\_ve\\_2023.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_ve_2023.pdf)

Luego de la implementación del protocolo de vigilancia epidemiológica, prevención y control de la influenza aviar (IA) en humanos, se llevó a cabo el seguimiento de 327 casos expuestos y 21 casos sospechosos en el país, todos los cuales fueron descartados por el Laboratorio Nacional de Referencia. Estos esfuerzos de monitoreo y vigilancia fueron posibles gracias a las medidas preventivas y de detección precoz establecidas en el protocolo.

*La influenza aviar es una enfermedad viral de distribución mundial altamente contagiosa que afecta a aves de corral y silvestres, causada por subtipos de Influenza A (como H5N1, H5N3, H5N8). Las aves acuáticas silvestres son reservorios importantes del virus, y las aves de corral pueden infectarse por contacto con aves silvestres. En los últimos años, se ha observado un aumento de detección del virus A(H5N1) en mamíferos terrestres y marinos, tanto salvajes como domésticos. Aunque las infecciones humanas son raras, ocurren principalmente tras contacto directo con animales infectados o sus entornos contaminados. No se ha registrado transmisión sostenida entre personas, pero debido a la capacidad del virus para evolucionar, es fundamental el monitoreo de la infección en humanos expuestos. La enfermedad puede presentar síntomas leves o graves, como fiebre, tos, mialgias, y en casos más severos, neumonía y compromiso multiorgánico.*

## VII.2.A. SITUACIÓN INTERNACIONAL<sup>28</sup>

Desde el año 2020, el virus de la influenza aviar H5N1 del clado 2.3.4.4b ha causado una alta mortalidad en aves silvestres y de corral en África, Asia y Europa. Este virus, que actualmente circula en las Américas, proviene de una recombinación en aves silvestres de Europa, y cepas de baja patogenicidad en aves silvestres y domésticas durante su propagación global. En 2021, se propagó hacia América del Norte, y en 2022 a América Central y del Sur, con brotes reportados en 14 países para 2023. Además, desde 2022, 19 países han notificado brotes en mamíferos, tanto salvajes como domésticos. Aunque los reportes de transmisión entre mamíferos son escasos, los casos recientes de contagio en ganado lechero en Estados Unidos, junto con las muertes masivas en mamíferos marinos y las infecciones en granjas de visones y zorros en Europa, sugieren la posibilidad de transmisión entre mamíferos, lo cual requiere más estudios para ser confirmado. Desde 2003, a nivel mundial, se han confirmado 954 casos humanos de A(H5N1), con una letalidad del 48,6%.

<sup>28</sup> OPS. Epidemiological Update - Avian Influenza A(H5N1) in the Americas Region - 24 January 2025. Disponible en: [Epidemiological Update - Avian Influenza A\(H5N1\) in the Americas Region - 24 January 2025 - PAHO/WHO | Pan American Health Organization](#)

## VII.2.B. SITUACIÓN REGIONAL <sup>28</sup>

Entre 2022 y la semana epidemiológica 52 de 2024, se notificaron 4.388 brotes de influenza aviar H5N1 en animales en 19 países y territorios de la Región de las Américas. Estos brotes han afectado tanto a mamíferos domésticos y silvestres como a aves en varios países, incluidos Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia y Estados Unidos, entre otros. Además, en este periodo se han reportado 71 casos de infección humana por influenza A(H5), principalmente en Canadá y Estados Unidos, con 54 casos registrados entre octubre de 2024 y enero de 2025. En Canadá, se confirmó un caso humano en noviembre de 2024, asociado con un brote en aves de corral y con mutaciones genéticas vinculadas a una mayor replicación en mamíferos. En los Estados Unidos, se han notificado 68 casos humanos, la mayoría relacionados con la exposición a ganado lechero y aves de corral. A pesar del incremento en los casos y la vigilancia epidemiológica reforzada, no se ha confirmado transmisión de persona a persona del virus A(H5N1). Desde marzo de 2024, se han intensificado los esfuerzos de vigilancia, con más de 13.400 personas monitoreadas por exposición a animales infectados y más de 600 estudiadas para detectar la infección.

## VII.3.Recomendaciones para equipos de salud

Fortalecer la vigilancia epidemiológica de influenza en aves y personas expuestas. La detección y control de la influenza aviar en las aves es importante para reducir el riesgo para las personas.

### VII.3.A. VIGILANCIA EN ANIMALES

El Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) implementa un sistema de vigilancia con el objetivo prevenir la infección, detectar precozmente la entrada de Virus de Influenza Aviar (VIA), con el fin de controlar y erradicar la enfermedad, como también demostrar la ausencia de infección y circulación del virus de influenza aviar de notificación obligatoria en las aves de corral, traspatio y silvestres en todo el territorio nacional.

La vigilancia epidemiológica cuenta con dos componentes como ser la vigilancia epidemiológica activa y pasiva, cuya implementación es fundamental para la detección precoz de esta enfermedad.

Para tal fin se establece un programa de vigilancia para ambos componentes. Las muestras para el programa de vigilancia activa, se toman de acuerdo a un diseño estadístico basado en riesgo, calculado a partir de la información surgida del análisis del riesgo de introducción de IA, el cual considera la ocurrencia de esa enfermedad en otros países del mundo y de la región. Se toman muestras de aves de corral, aves de traspatio y aves silvestres.

La vigilancia activa permite detectar precozmente la circulación viral en aves de corral con el fin de contener su propagación y evitar la evolución a cepas altamente patógenas. Además, la vigilancia en base a muestreos oportunistas es importante para monitorear la ocurrencia de infección en aves silvestres migratorias, con el objetivo de dirigir acciones de mitigación de riesgos y prevención de introducción de este patógeno a poblaciones de aves domésticas, y su potencial efecto en la salud humana, el comercio internacional y/o a la conservación de la biodiversidad.

La vigilancia pasiva es la estrategia fundamental para la detección precoz y debe basarse en la notificación obligatoria e inmediata de los casos sospechosos para su investigación por el SENASA. Consta de sensores, actores locales, regionales y, a nivel central, del Servicio Veterinario Oficial. Los sensores son aquellos que en contacto con los animales pueden

sospechar la presencia de una enfermedad y lo notifican ante el veterinario oficial. Son todos los actores del ámbito público-privado que forman parte de las distintas cadenas productivas o sectoriales.

La Resolución SENASA N°153/2021 establece el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Animales y provee las listas de síndromes y enfermedades notificables y reportables, el tiempo de notificación y de atención. Una intervención inmediata, del SENASA, permite detectar de manera temprana la aparición de enfermedades exóticas o emergentes y reemergentes. Permite realizar el análisis de medidas y estrategias sanitarias para poder controlar y/o erradicar enfermedades. Asegura una rápida acción para prevenir la propagación de la enfermedad, encontrar su origen y llegar a establecer una acción en forma inmediata.

Ante la detección de signos clínicos respiratorios, digestivos, neurológicos, disminución en la producción de huevos, en el consumo de agua o alimento o, el hallazgo de aves domésticas o silvestres muertas o cualquier situación sanitaria fuera de lo común, se debe notificar al organismo.

Para notificar la sospecha de una enfermedad detectada en aves de producción o silvestres, pueden utilizarse los siguientes canales: [oficina más cercana](#) -por teléfono o personalmente-; **Whatsapp, al (11) 5700-5704**; por correo electrónico a [notificaciones@senasa.gob.ar](mailto:notificaciones@senasa.gob.ar); a través del [Formulario Avisá al Senasa](#), disponible en el sitio web oficial. Para más información, ingresar en el [Micrositio del Senasa](#).

Para ampliar la información sobre el marco normativo y las actividades llevadas a cabo para resguardar la sanidad aviar dirigirse al siguiente link: <https://www.argentina.gob.ar/senasa/programas-sanitarios/cadenaanimal/aves/aves-produccion-primaria/sanidad-animal>

### VII.3.B. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN HUMANOS

En el marco de la Estrategia de Vigilancia y Control Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas, dada la actual situación epidemiológica regional y nacional en la que se destaca la evidencia de la circulación de virus de la Influenza A(H5), se requiere poner en marcha la vigilancia epidemiológica (detección y seguimiento) de personas expuestas a Influenza Aviar, así como fortalecer la detección de eventos respiratorios inusuales y el monitoreo de enfermedades tipo influenza (ETI) e infección respiratoria aguda grave (IRAG) a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

*Este documento presenta las recomendaciones vigentes al momento de su publicación. Los lineamientos de vigilancia, prevención y control están sujetos a un proceso de revisión continua.*

#### DEFINICIONES DE CASO

**Persona expuesta a Influenza Aviar:** Toda persona que haya tenido exposición<sup>29</sup> a animales enfermos o muertos, o sus entornos contaminados con excreciones (heces, sangre,

---

<sup>29</sup> Las exposiciones pueden incluir: permanecer en el mismo espacio cerrado (< 2 metros), tocar o manipular aves infectadas o haber tenido contacto directo con superficies contaminadas.

secreciones respiratorias, etc.), en una zona<sup>30</sup> donde hubo un brote de Influenza AH5 en aves u otros animales en los últimos 10 días y sin uso adecuado de equipo de protección personal<sup>31</sup>.

**Caso sospechoso de Influenza Aviar:** Toda persona expuesta a influenza a aviar que presenta –dentro de los 10 días de la última exposición– inicio agudo de al menos uno de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta, coriza, dificultad para respirar, conjuntivitis; con o sin fiebre<sup>32</sup>.

### VII.3.C. REGISTRO Y NOTIFICACIÓN

Todo caso Expuesto a Influenza Aviar deberá notificarse al SNVS2.0 desde su detección hasta el fin de seguimiento al evento ***Influenza Aviar: expuestos a animales sospechosos o confirmados de gripe aviar.***

Grupo de eventos: Infecciones respiratorias agudas

-Modalidad: Nominal

-Periodicidad: Inmediata

-Estrategia: Epidemiológica y clínica

-Evento: Influenza Aviar: expuestos a animales sospechosos o confirmados de gripe aviar.

**Identificación del Operativo:** Para lograr asociar la notificación con el foco de Influenza Aviar del cual resulta Expuesto se dispone usar el ítem Vigilancia Activa de la ficha del SNVS y el listado de focos identificados, de manera tal que el operador seleccione a cual de los focos activos corresponde el expuesto que se está notificando. Para ello deberá tildarse en “Vigilancia Activa” y luego seleccionar el foco de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad (IAAP) que corresponda.

Todas las personas que cumplan con la definición de **caso sospechoso** deberán estudiarse por laboratorio en el Laboratorio Nacional de Referencia para reconocer el agente etiológico y notificarse de forma nominal e inmediata al SNVS.2.0 al evento **“Sospecha de virus emergente”**. Se deberán completar los datos correspondientes a los componentes de vigilancia clínica, de laboratorio y epidemiológicos consignando la condición de fallecido si corresponde y el antecedente de vacunación antigripal según corresponda<sup>33</sup>

## VII.4. Medidas de prevención y control

### VII.4.A. ANTE LA DETECCIÓN DE UN BROTE DE INFLUENZA EN AVES:

Todas las personas expuestas estarán bajo vigilancia para detectar de manera temprana los casos sospechosos de infección.

<sup>30</sup> Se tomará como “zona donde hubo un brote” a lo comprendida por foco, perifoco y vigilancia definida por el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA)

<sup>31</sup> Las personas intervinientes en las tareas de control de foco que hayan utilizado EPP en forma adecuada deberán realizar auto monitoreo de síntomas e informar a la autoridad sanitaria en caso de presentar síntomas dentro de los 10 días de la última exposición de riesgo.

<sup>32</sup> Se incorpora a la definición de caso sospechoso la presencia de conjuntivitis (irritación en los ojos).

<sup>33</sup> MSAL. Infecciones respiratorias agudas. Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control 2024. Disponible en: [guía para la vigilancia prevención y control ira-2024.pdf](#)

- Las autoridades sanitarias deberán elaborar un registro de personas expuestas a influenza aviar (según las definiciones precedentes).
- Realizar monitoreo diario de síntomas de personas expuestas hasta el décimo día inclusive luego del último contacto con aves infectadas o entornos posiblemente contaminados. Las personas expuestas deben ser instruidas para detectar tempranamente los síntomas.
- No se requiere el aislamiento de personas expuestas mientras permanecen asintomáticas.
- Los casos expuestos a influenza aviar deberán notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud dentro de las 24 hs. al evento correspondiente.
- Las personas involucradas en las tareas de control de foco en los establecimientos deben utilizar un equipo de protección personal adecuado y evitar el contacto directo sin protección con aves enfermas o muertas, cadáveres, heces y ambientes potencialmente contaminados. Se deberá considerar el uso de los siguientes elementos de protección personal:
  - Mameluco descartable
  - Gafas o antiparras de protección
  - Barbijo o mascarillas con dispositivo de filtración para partículas (N-95)
  - Botas y cubrecalzados
  - Guantes de látex, nitrilo o vinilo
- Quimioprofilaxis posterior a la exposición:<sup>1,34,35,36</sup>

La administración de profilaxis debe fundamentarse en una evaluación integral y particularizada del riesgo, teniendo en cuenta los criterios epidemiológicos de exposición al virus de influenza aviar zoonótica.<sup>37</sup>

Se puede considerar la quimioprofilaxis con oseltamivir en personas asintomáticas con alto riesgo de exposición a influenza aviar: aquellas personas con contacto directo con aves o animales confirmados con influenza aviar, así como quienes participan en actividades de muestreo, captura, eliminación de animales infectados o desinfección de ambientes contaminados con hallazgos positivos de influenza aviar, sin utilizar equipo de protección personal (EPP) o con uso inadecuado del mismo.

Si se indica la profilaxis, esta debe iniciarse lo antes posible, idealmente dentro de las primeras 48 horas tras la exposición.

---

<sup>34</sup> CDC. Virus A(H5N1) de la influenza aviar altamente patógeno: recomendaciones provisionales para la prevención, el monitoreo y las investigaciones de salud pública. 26 de Diciembre 2024. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/bird-flu/prevention/hpai-interim-recommendations.html>

<sup>35</sup> Clinical practice guidelines for influenza. Geneva: World Health Organization; 2024.

<sup>36</sup> COMMITTEE ON INFECTIOUS DISEASES. Recommendations for Prevention and Control of Influenza in Children, 2023-2024. Pediatrics. 2023 Oct 1;152(4):e2023063773. doi: 10.1542/peds.2023-063773. PMID: 37641884.

<sup>37</sup> La decisión de administrar profilaxis también debe tener en cuenta aspectos como las condiciones de salud preexistentes del individuo y la probabilidad de que la infección evolucione a una forma grave.

El oseltamivir se administra por vía oral en una dosis que depende de la edad y el peso corporal (En pacientes con insuficiencia renal, la dosis debe ajustarse según el clearance de creatinina).

**Adolescentes y Adultos:**

- Dosis: 75 mg cada 24 horas.
- Duración: 10 días.

**Niños >= 12 meses:**

- Menores de 15 kg: 30 mg cada 24 horas.
- De 15 a 23 kg: 45 mg cada 24 horas.
- De 23 a 40 kg: 60 mg cada 24 horas.
- Mayores de 40 kg: 75 mg cada 24 horas.
- Duración: 10 días.

**Niños < 12 meses:\*\***

- Dosis: 3 mg/kg cada 24 horas.
- Duración: 10 días.

\*\*En menores de tres meses, el uso de oseltamivir como quimioprofilaxis no está recomendado.

- Ante la aparición de síntomas las personas expuestas deben consultar al equipo de salud, extremar las medidas de prevención incluyendo uso de barbijo y comunicar el antecedente de exposición a animales enfermos o muertos.
- Ante la identificación de casos sospechosos de infección humana por virus de influenza aviar, se debe tomar una muestra respiratoria (hisopado nasofaríngeo, hisopado nasal y faríngeo combinados, aspirado nasofaríngeo), en lo posible, dentro de los 4 días posteriores a la aparición de los síntomas. La muestra debe recolectarse en 2 ml de MTV o solución fisiológica de uso parenteral y remitir al Laboratorio Nacional de Referencia, Servicio Virosis Respiratorias, Dpto. Virología, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”, en triple envase de seguridad biológica, con refrigerante, junto con la constancia de la carga al SNVS 2.0.
- Los casos sospechosos de influenza aviar deberán notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud dentro de las 24hs.
- Ante la identificación de casos sospechosos de influenza aviar en humanos, se sugiere iniciar tratamiento antiviral con oseltamivir lo antes posible.

## VII.5.Recomendaciones para la población

- Evitar el contacto con aves y/o mamíferos marinos enfermos o muertos.
- No tocar superficies que podrían estar contaminadas con saliva, mucosa o heces de aves silvestres o de corral.
- Cualquier persona que encuentre un ave silvestre o doméstica enferma o muerta, deberá ponerse en contacto con las autoridades del SENASA inmediatamente.
- Ante la sospechas, se debe contactar a la [oficina más cercana](#)—por teléfono o personalmente—; Whatsapp, al (11) 5700-5704; por correo electrónico a

[notificaciones@senasa.gob.ar](mailto:notificaciones@senasa.gob.ar); a través del [Formulario Avisá al Senasa](#), disponible en el sitio web oficial. Para más información, ingresar en el [Micrositio del Senasa](#).

- Seguir las recomendaciones generales para la prevención y control de la transmisión de las infecciones respiratorias agudas: lavado de manos frecuente con agua y jabón, cubrir la boca y la nariz al toser y estornudar; lavarse las manos frecuentemente, no compartir cubiertos ni vasos, ventilar los ambientes, no acudir a actividades laborales o educativas mientras está enfermo.
- Si bien no hay una vacuna específica para la influenza aviar se recomienda que las personas con indicación de vacuna antigripal según los lineamientos nacionales se vacunen oportunamente.
- Es importante destacar que la enfermedad no se transmite a las personas por el consumo de carne aviar y subproductos aviares.

*Informe elaborado por el Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología, la Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, el Laboratorio Nacional de Referencia de Virosis Respiratorias y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS y Áreas técnicas de la Dirección Nacional de Sanidad Animal (SENASA).*

23 de febrero de 2025

## VIII. CONFIRMACIÓN DE TERCER Y CUARTO CASO DE SARAMPIÓN EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.

---

*Comunicación epidemiológica por detección de casos de gripe aviar de alta patogenicidad publicada el 25 de febrero de 2025*

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/comunicacion\\_aviar-19022025.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/comunicacion_aviar-19022025.pdf)

---

*Ante la confirmación de dos nuevos casos de sarampión, se recomienda a la población verificar en el carnet de vacunación el registro de al menos dos dosis de vacuna contra el sarampión (doble o triple viral) y consultar inmediatamente ante la presencia de fiebre y exantema.*

---

### VIII.1. Situación actual en argentina

A la fecha, han sido confirmados 4 casos de sarampión en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

El 14 de febrero, se confirmó un tercer caso de sarampión en una persona adulta de 40 años sin antecedente de viaje, con residencia en la comuna 14, en cercanía a los dos casos confirmados anteriormente. El 10 de febrero comenzó con tos, agregando fiebre y exantema el 12 de febrero. Refiere vacunación completa. La IgM contra sarampión en suero fue negativa y la IgG positiva y se detectó genoma viral del virus del sarampión, por RTqPCR en orina.

El 21 de febrero se confirmó un cuarto caso de sarampión en una adolescente de 18 años de edad, residente de la CABA y sin antecedente de viaje, con domicilio cercano a los casos anteriores. Comenzó con fiebre el día 19 de febrero, y el 21 se agregó conjuntivitis. Ante esta sintomatología, sumado al antecedente epidemiológico de probable contacto con casos confirmados, se tomaron las muestras ese mismo día confirmando el diagnóstico. La paciente se encuentra en seguimiento clínico en forma ambulatoria. Consta vacunación completa referida en la historia clínica de la jurisdicción.

Cabe recordar que el 1 de febrero de 2025 el Ministerio de Salud de la Nación emitió una alerta epidemiológica ante la confirmación de un caso de sarampión en una niña de seis años de edad con residencia en la comuna 14 de CABA y antecedente de viaje junto a su grupo familiar desde Rusia con escalas en Vietnam, Dubai y Río de Janeiro. El día 29 de enero, la hermana de 20 meses de edad comenzó con fiebre, agregando exantema 5 días después. En ningún caso fue posible constatar el antecedente de vacunación contra sarampión y en ambos se detectó IgM positiva para sarampión en suero y genoma viral de sarampión por RTqPCR en orina.

A excepción del segundo caso que requirió internación por neumonía, los casos fueron de manejo ambulatorio. Todos presentan a la fecha evolución favorable. Tres casos fueron confirmados en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI- ANLIS “Carlos G. Malbrán” con identificación del genotipo B3 linaje MVs/Buenos Aires.ARG/5.25. En el cuarto caso la muestra ya se encuentra derivada para su procesamiento.

Desde el Ministerio de Salud de la CABA se procedió a la identificación de escenarios de transmisión y de contactos para cada uno de los tres casos confirmados. Las acciones de control por parte de las distintas jurisdicciones implicadas según la residencia de los contactos incluyeron: seguimiento clínico, búsqueda de susceptibles, acciones de vacunación o indicación de gammaglobulina, según correspondiera. Se continúa dando seguimiento a la investigación epidemiológica y las acciones de control correspondientes.

El sarampión es una enfermedad viral, **altamente contagiosa**, que puede presentarse en todas las edades, siendo de mayor gravedad en niños menores de 5 años o desnutridos, en los cuales puede causar graves complicaciones respiratorias como neumonía y del sistema nervioso central como convulsiones, meningoencefalitis, ceguera, encefalomielitis postinfecciosa con retraso mental grave y trastornos degenerativos tardíos que no tienen tratamiento o incluso causar la muerte.

Se transmite mediante gotas de aire de la nariz, boca, o garganta de una persona infectada. **El virus puede persistir en el aire o sobre superficies, siendo activo y contagioso por 2 horas.**

No existe ningún tratamiento antiviral específico contra el virus del sarampión, solo existen medidas de sostén clínico y de sus complicaciones. Puede prevenirse con la **vacunación**.

## VIII.2. Recomendaciones para la comunidad

Considerando el inicio del ciclo lectivo y la práctica de actividades educativas, deportivas, recreativas y sociales, resulta fundamental garantizar el cumplimiento del esquema de vacunación contra el sarampión de acuerdo a las recomendaciones vigentes.

El regreso a las aulas y otros espacios donde se desarrollan las actividades mencionadas supone el contacto estrecho entre niños, adolescentes y adultos, la convocatoria a reuniones y actos escolares con gran afluencia de personas y un incremento del desplazamiento de la población, constituyendo así un escenario que facilita la propagación del virus del sarampión en la comunidad.

## VIII.3. Recomendaciones para los equipos de salud

Hay que tener en cuenta realizar un correcto *triage* de las personas sintomáticas que concurren a los centros asistenciales de salud para poder tomar las medidas de aislamiento respiratorio para evitar la exposición de las personas que se encuentran en ese momento y la contaminación durante 2 horas de los espacios en donde se encuentre el paciente.

### VIII.3.A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Los casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) constituyen eventos de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022 del Ministerio de Salud de

la Nación que actualiza las normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria<sup>38</sup>.

Todo caso sospechoso de EFE deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)<sup>39</sup> al grupo de eventos Enfermedad Febril Exantemática, con datos completos tanto de identificación, clínicos, epidemiológicos y por laboratorio.

#### **Definición y clasificación de caso:**

##### ***Definición de Caso de EFE (caso sospechoso de sarampión/rubéola):***

Persona de cualquier edad con fiebre (temperatura axilar >38°C) y exantema, independientemente del antecedente vacunal, o bien que un personal de salud sospeche sarampión o rubéola.

Ficha de investigación de caso sospechoso de EFE (sarampión/rubéola):  
[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-10/ficha\\_de\\_sarampion\\_y\\_rubiola\\_9102023.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-10/ficha_de_sarampion_y_rubiola_9102023.pdf)

#### **VIII.3.B. MEDIDAS DE PREVENCIÓN**

Todas las personas desde el año de vida deben tener esquema de vacunación completo contra el sarampión y la rubéola, según Calendario Nacional de Vacunación:

- De **12 meses a 4 años**: deben acreditar UNA DOSIS de vacuna triple viral
- **Mayores de 5 años, adolescentes y personas adultas** deben acreditar al menos DOS DOSIS de vacuna con componente contra sarampión y rubéola aplicada después del año de vida (doble o triple viral) o contar con serología IgG positiva para sarampión y rubéola.
- Las personas nacidas antes de 1965 se consideran inmunes y no necesitan vacunarse.
- El antecedente de vacunación se deberá constatar a través del registro nominal de vacunación o por presentación del carnet de vacunación donde conste el esquema completo para sarampión y la rubéola, según Calendario Nacional de Vacunación.

*Se recomienda contar con esquema de vacunación adecuado antes de realizar un **viaje**.*

*Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:*

<https://www.argentina.gob.ar/salud/sarampion/vas-a-viajar>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/sarampion>

<sup>38</sup> Disponible en [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](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)

<sup>39</sup> Para consultas sobre cómo obtener permisos y capacitación para operar en el SNVS 2.0, comunicarse con la autoridad epidemiológica de la jurisdicción o por correo electrónico a [epidemologia@msal.gov.ar](mailto:epidemologia@msal.gov.ar)

**VIII.3.C. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS*****Medidas ante brotes***

Las acciones de control de brote se deben realizar dentro de las primeras 48 hs., ante todo caso sospechoso sin esperar la confirmación diagnóstica. Todas las instituciones, tanto públicas como privadas, deben notificar al SNVS 2.0 dentro de las 24 hs. Se deben realizar las acciones de bloqueo con vacuna triple o doble viral según indicación dentro de las 72 hs. o gammaglobulina dentro de los 6 días del contacto.

**Medidas ante un caso SOSPECHOSO:**

- Disponer rápidamente el aislamiento respiratorio de la persona afectada que incluya la utilización de barbijo para la persona con sintomatología y para acompañantes para la circulación y atención dentro de la institución.
- Informar inmediata y fehacientemente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso y sin esperar resultados de laboratorio.
- Confeccionar de manera completa la Ficha de investigación de caso sospechoso de EFE (sarampión/rubéola) y reportar los datos en el SNVS 2.0 bajo el grupo de evento “Enfermedad Febril Exantemática-EFE”, evento “Enfermedad Febril Exantemática-EFE (Sarampión/ Rubéola)”.
- En caso de antecedente de vacunación con vacuna triple o doble viral 5-21 días previos a la aparición de síntomas, podría tratarse de un Evento Supuestamente Atribuible a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) y debe notificarse además a través del módulo ESAVI en el SISA.
- Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: tomar siempre muestra de sangre; además, tomar muestra de orina hasta 14 días posteriores a la aparición de exantema (preferentemente hasta el día 7) y/o hisopado nasofaríngeo (HNF) hasta 7 días posteriores. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que debe realizarse dentro de las 48 hs. posteriores a la toma.
- Para evitar la transmisión, mantener el aislamiento respiratorio durante los 7 días siguientes del inicio del exantema. Indicar que la persona afectada utilice barbijo cuando necesite salir de su domicilio (transporte público, consulta a institución de salud, etc.).
- Corroborar el antecedente de vacunación de los contactos y proceder a vacunar dentro de las 72 horas del contacto a fin de garantizar el siguiente esquema:
  - De 12 meses a 4 años: deberán acreditar UNA DOSIS de vacuna triple viral (correspondiente al calendario nacional de vacunación)
  - Mayores de 5 años: deberán acreditar DOS DOSIS de vacuna doble o triple viral aplicadas después del primer año de vida.

**Medidas en los contactos frente al caso CONFIRMADO:**

- Búsquedas activas de contactos e identificación de susceptibles (personas menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación): Personas que han estado expuestas a un caso confirmado, por laboratorio o con nexo epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola); la transmisión es más probable que ocurra en lugares cerrados e instituciones.
- Vacunación de bloqueo dentro de las 72 horas del contacto:
  - Contactos entre 6 y 11 meses de edad deberán recibir UNA DOSIS de vacuna triple viral. Esta dosis no debe ser tenida en cuenta como parte del esquema de vacunación del calendario nacional.
  - Contactos de 12 meses: se deberá asegurar UNA DOSIS de vacuna triple viral.
  - Contactos de 13 meses o más (excepto personas adultas nacidas antes de 1965) se deberán asegurar DOS DOSIS de vacuna con componente anti sarampiñoso.
- Contactos menores de 6 meses de edad, gestantes sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y severamente inmunosuprimidas (independientemente del antecedente de vacunación) deberán recibir Inmunoglobulina de pool dentro de los 6 días de contacto. La inmunoglobulina se aplica por vía intramuscular, la dosis recomendada es de 0.25 ml/kg. En personas inmunocomprometidas, la dosis es de 0,5 ml/kg (dosis máxima 15 ml).
- Seguimiento de los contactos: realizar el seguimiento de todos los contactos hasta 30 días después del inicio del exantema del caso confirmado para poder identificar rápidamente la aparición de síntomas compatibles con sarampión.
- Búsqueda de la fuente de infección: investigar todo contacto que pueda haber sido el caso fuente entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema. Indagar en este período situaciones o lugares posibles de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.

**VIII.4. Situación epidemiológica mundial y regional**

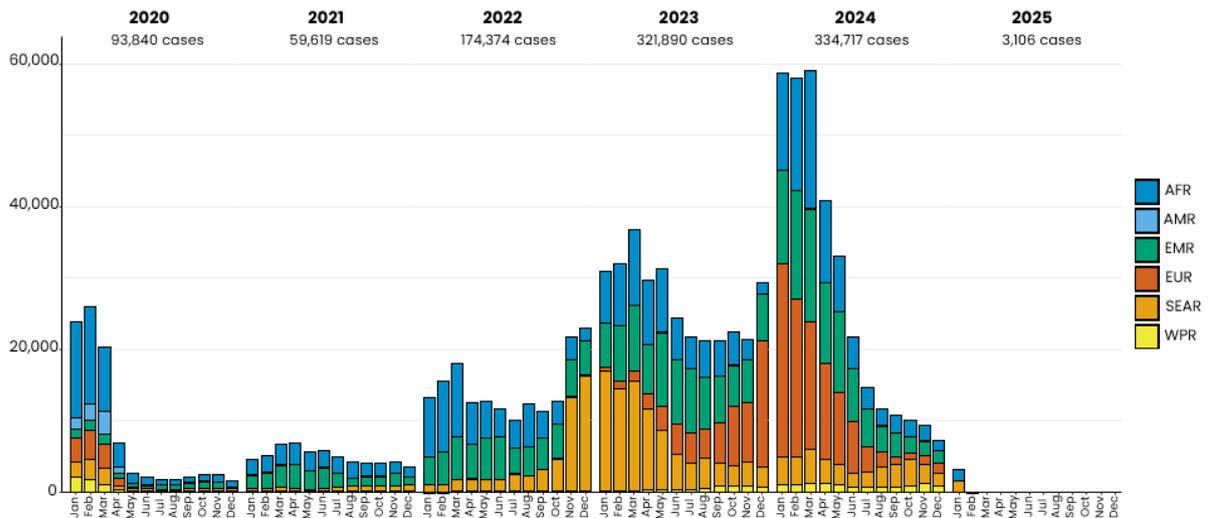
En los años 2023 y 2024 se observa un aumento de casos de sarampión a nivel mundial, respecto al año 2022. En las SE 1 a 6 de 2025, en la Región de las Américas, se notificaron 537 casos sospechosos de sarampión de los cuales 92 casos han sido confirmados solo notificados por Canadá y Estados Unidos.

Según el CDC<sup>40</sup>, hasta el 20 de febrero del 2025, 8 jurisdicciones (Alaska, California, Georgia, la Ciudad de Nueva York, Nueva Jersey, Nuevo México, Rhode Island y Texas) notificaron un total de 93 casos de sarampión. En el 2025, se han notificado 3 brotes (definidos como 3 o más casos relacionados) y el 92 % de los casos (86 de 93) están asociados a un brote. En comparación, durante el 2024, se notificaron 16 brotes y el 69 % de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a un brote.

---

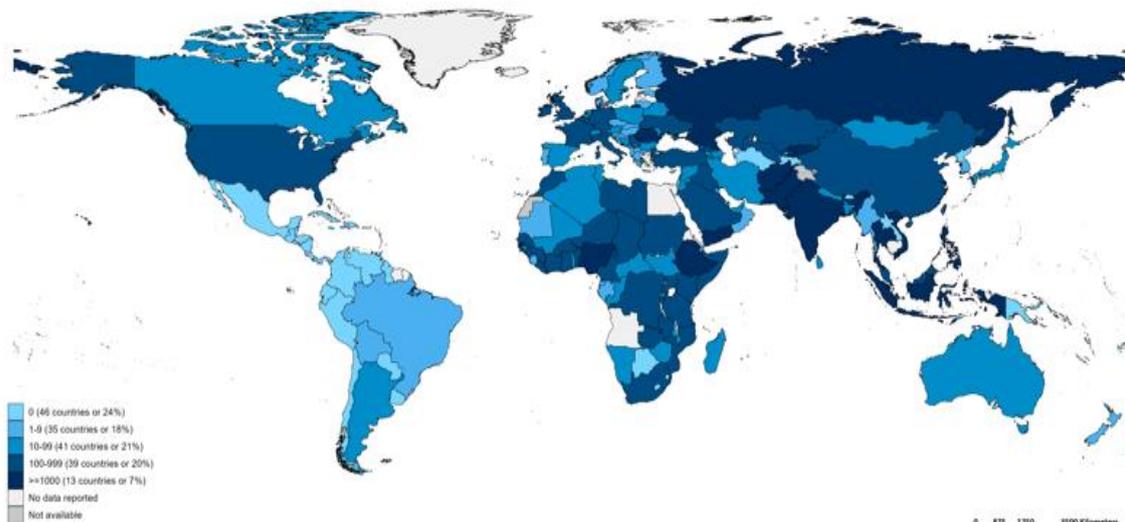
<sup>40</sup> <https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html>

**Gráfico 1. Casos de sarampión por mes según región de la OMS. Año 2020 a 2025.**



Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Enero 2025. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (consultado 22/02/2025)

**Mapa 1. Casos de sarampión según países de la OMS. Últimos 6 meses.**

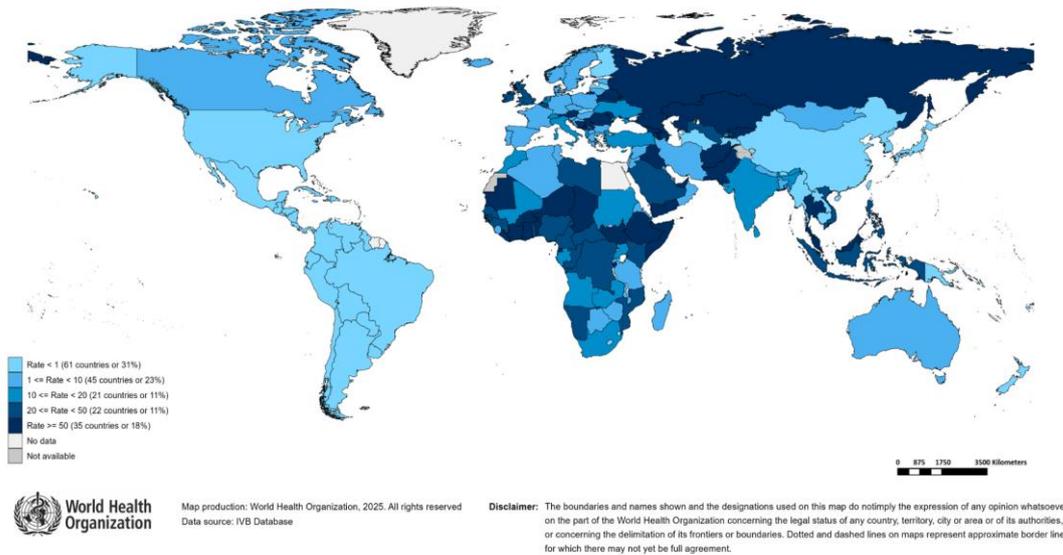


Map production: World Health Organization, 2025. All rights reserved  
Data source: IVB Database

**Disclaimer:** The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Enero 2025. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (consultado 22/02/2025)

**Mapa 2. Incidencia de sarampión por millón de habitantes según países de la OMS. Últimos 12 meses.**



Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Enero 2025. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (consultado 22/02/2025)

Informe elaborado por la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI) y el Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología.

ALERTAS Y  
**COMUNICACIONES**  
INTERNACIONALES

## IX. 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 el 30 de enero al 12 de febrero del 2025.

## IX.1. Evaluación de Riesgos para la Salud Pública relacionados con la Fiebre Amarilla: implicaciones para la Región de las Américas

Informe recibido el 14 de febrero de 2025

### IX.1.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN

Esta evaluación rápida de riesgos (RRA por sus siglas en inglés) tiene como objetivo evaluar el riesgo actual para la salud pública asociado al aumento de casos de fiebre amarilla en el último trimestre del 2024 y principios del 2025 en los países endémicos de la Región de las Américas.

El riesgo general de este evento en la Región de las Américas, especialmente en los países endémicos, se clasifica como "Alto" con un nivel de confianza "Alto" basado en la información disponible.

Este RRA se ha realizado considerando los siguientes criterios: (i) el riesgo potencial para la salud humana (incluyendo el riesgo de exposición, el comportamiento clínico-epidemiológico de la enfermedad, los indicadores de magnitud y gravedad, así como los factores de riesgo y determinantes más detallados), con base en la tendencia creciente de confirmación de casos durante 2024 y 2025, y la tasa de letalidad entre los casos (50%) durante 2024; (ii) el riesgo de diseminación, en particular la posible propagación a áreas que históricamente han sido clasificadas como de bajo riesgo para la enfermedad, y (iii) el riesgo para la salud pública sobre las distintas capacidades de detección temprana, prevención y control en los países endémicos, la baja cobertura de vacunación, así como los desafíos relacionados a un escenario de escasez de vacunas contra la fiebre amarilla en la Región.

La enfermedad ha causado numerosas epidemias con altas tasas de mortalidad a lo largo de la historia. Los casos pueden ser difíciles de distinguir de otras fiebres hemorrágicas virales como el arenavirus, el hantavirus o el dengue. En un contexto en el que los brotes de dengue están evolucionando, el diagnóstico de la enfermedad, especialmente durante las primeras fases, puede resultar difícil, especialmente cuando los trabajadores de la salud carecen de experiencia en la detección y el tratamiento de casos (1).

En 2024, se confirmaron 61 casos humanos de fiebre amarilla en la Región de las Américas, de los cuales 30 fueron mortales (tasa de letalidad, TL= 50%), distribuidos en cinco países (3). Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 4 del 2025, se han notificado 16 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, de los cuales siete han sido mortales. En 2024, los casos se notificaron principalmente en toda la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. En 2025, los casos se registran principalmente en el estado de São Paulo en Brasil y el departamento del Tolima en Colombia, regiones fuera de la región amazónica de estos dos países (3). En las Américas existen dos ciclos de transmisión de la fiebre amarilla: selvático y urbano. Todos los casos ocurrieron en personas que tenían antecedentes de exposición en áreas silvestres y/o boscosas (ciclo selvático) debido a actividades laborales o de ecoturismo (1-3).

El riesgo de brotes de fiebre amarilla en la Región de las Américas es alto. La mayoría de los casos notificados durante 2024 no tenían antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla (3). Aunque los niveles regionales de cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla no eran óptimos antes de la pandemia de COVID-19, la cobertura de vacunación disminuyó significativamente entre 2020 y 2023, aumentando el número de poblaciones susceptibles en todos los países endémicos. En 2023, Ecuador y Guyana alcanzaron

coberturas de vacunación Evaluación de Riesgos para la Salud Pública relacionados con la Fiebre Amarilla: implicaciones para la Región de las Américas 2 contra la fiebre amarilla superiores o iguales al 95%, y solo dos países, Surinam y Trinidad y Tobago, tuvieron coberturas entre el 90% y el 94%. Además, seis países tuvieron una cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla inferior al 80%: Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Panamá, Perú y la República Bolivariana de Venezuela (4).

Aunque la Región de las Américas ha fortalecido las capacidades de vigilancia, diagnóstico y vacunación de los países endémicos, el suministro mundial de vacunas contra la fiebre amarilla ha mostrado fluctuaciones en los últimos años, lo que puede reducir el acceso de las personas susceptibles a vacunarse y conducir a una falta de respuesta a los brotes de fiebre amarilla. A principios de 2025, el suministro de vacunas contra la fiebre amarilla disponible para la región también es muy limitado y no es suficiente para cubrir la demanda regional rutinaria del año. El aumento de los casos confirmados de fiebre amarilla en la Región de las Américas ha puesto de relieve la necesidad de reforzar la vigilancia, la vacunación de las poblaciones en riesgo y las estrategias de comunicación de riesgos para los viajeros que van a zonas donde se recomienda la vacunación. La exposición sistemática de los casos de fiebre amarilla a las actividades relacionadas con áreas selváticas pone de relieve la necesidad de adoptar enfoques dirigidos a las personas que trabajan en zonas silvestres o boscosas, como los leñadores, los agricultores y los profesionales del ecoturismo. Deben difundirse entre los trabajadores de salud en las áreas endémicas las mejores prácticas de manejo clínico, haciendo énfasis en la detección y tratamiento oportuno de los casos graves. Además, los países deben disponer de reservas de vacunas, en función de la disponibilidad de las mismas, para garantizar una respuesta rápida ante posibles brotes (3). El riesgo general de este evento en la Región de las Américas, especialmente en los países endémicos, se clasifica como "Alto" con un nivel de confianza "Alto" basado en la información disponible. La evaluación rápida del riesgo se revisará en caso de que se disponga de más información epidemiológica, clínica o virológica.

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/evaluacion-riesgos-para-salud-publica-relacionados-con-fiebre-amarilla-implicaciones>

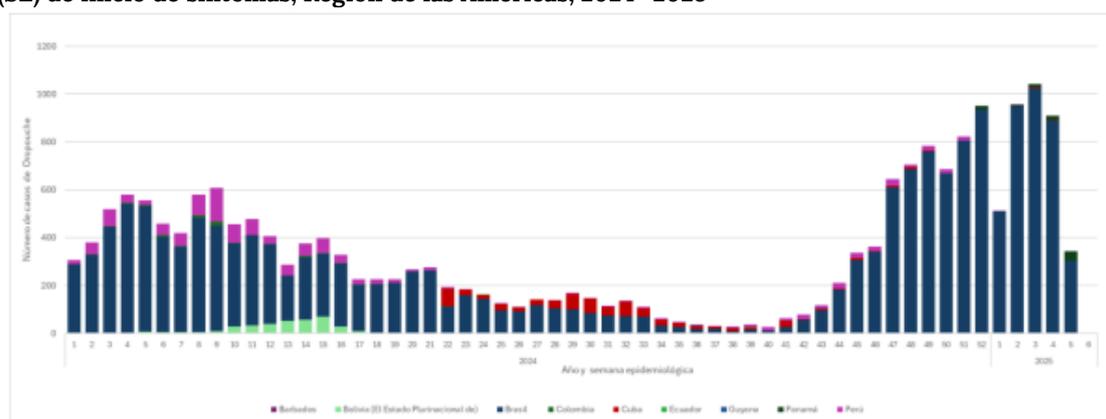
## IX.2. Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas

Informe recibido el 11 de febrero de 2025

### IX.2.A.RESUMEN DE LA SITUACIÓN

Durante el 2024, se notificaron 16.239 casos confirmados de Oropouche, incluidas cuatro defunciones en la Región de las Américas. Los casos confirmados se reportaron en once países y un territorio de la Región de las Américas: Barbados (n= 2 casos), el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 356 casos), Brasil (n=13.785 casos, incluidas cuatro defunciones), Canadá (n= 2 casos importados), Colombia (n= 74 casos), Cuba (n= 626 casos), Ecuador (n= 3 casos), los Estados Unidos de América (n= 108 casos importados), Guyana (n= 3 casos), las Islas Caimán (n= 1 caso importado), Panamá (n= 16 casos) y Perú (n= 1.263 casos) (Figura 1) (1-18). Adicionalmente, se reportaron casos importados de Oropouche en países de la Región Europea (n= 30 casos) (19-22). En el 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 4 se notificaron 3.765 casos confirmados de Oropouche en la Región de las Américas. Los casos confirmados se reportaron en seis países de la Región de las Américas: Brasil<sup>1</sup> (n= 3.678 casos), Canadá (n= 1 caso importado), Cuba (n= 4 casos), Guyana (n= 1 caso), Panamá<sup>2</sup> (n= 79 casos) y Perú (n= 2 casos) (Figura 1) (4, 5, 8, 11, 15, 17, 18).

**Gráfico 1. Número de casos autóctonos confirmados de Oropouche por país y semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas, Región de las Américas, 2024 -2025\***

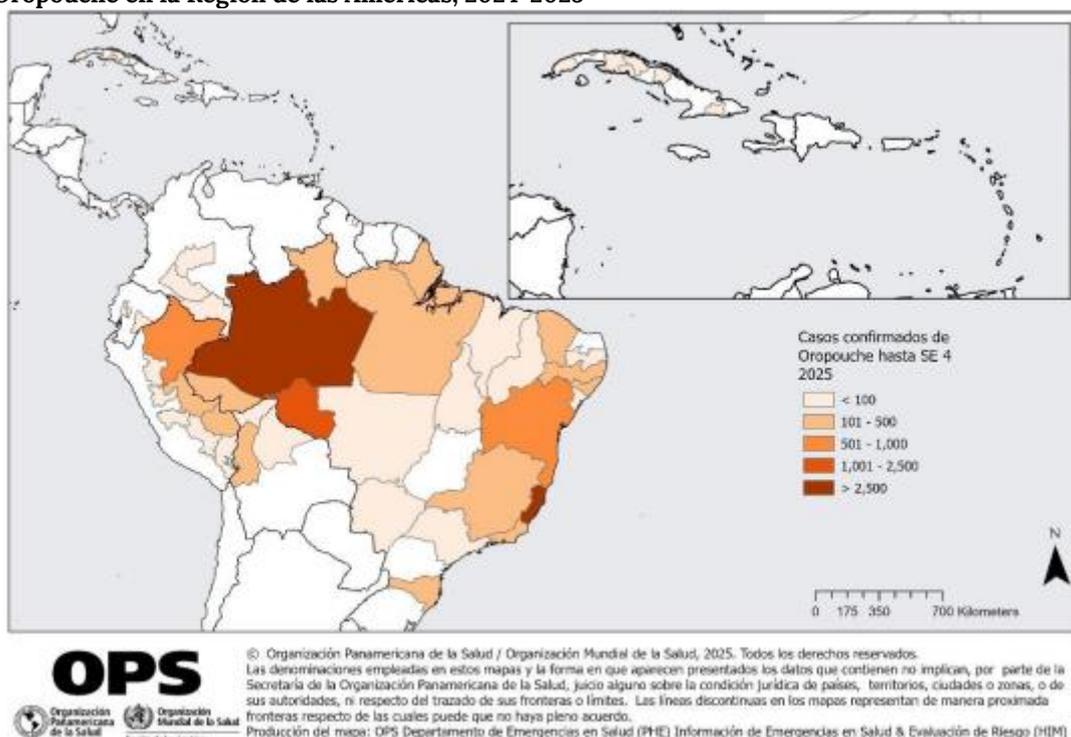


**\*Nota:** La información de Brasil se encuentra actualizada hasta SE 5 del 2025 y la información de Panamá se encuentra actualizada hasta SE 6 del 2025. **Fuente:** Adaptado de los datos aportados por los respectivos países y reproducidos por la OPS/OMS (1-7, 9- 12, 15, 17, 18).

Desde la Actualización Epidemiológica de Oropouche de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) publicada el 13 de diciembre del 2024 (23) se notificaron 6.990 casos de Oropouche adicionales en siete países de la Región: Brasil (n= 6.523 casos), Canadá (n= 1 caso importado), Cuba (n= 27 casos), Estados Unidos (n= 14 casos importados), Guyana (n= 2 casos), Panamá (n= 94 casos) y Perú (n= 1 caso) (1- 18).

En cuanto a los casos en investigación de transmisión vertical de la infección por el virus Oropouche (OROV) y sus consecuencias, en 2024 se notificaron casos en Brasil, de los cuales cinco fueron confirmados (cuatro casos de muerte fetal y un caso de anomalía congénita) y se ha informado que se están investigando 22 muertes fetales, cinco abortos espontáneos y cuatro casos de anomalías congénitas (4-7).

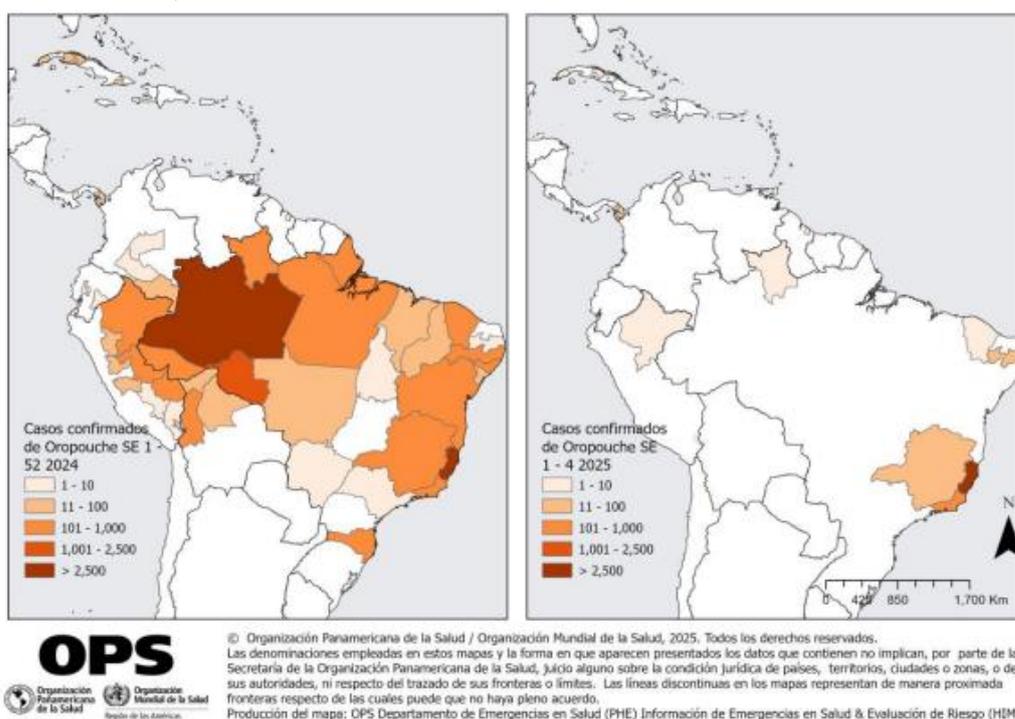
**Mapa 1. Distribución geográfica de casos confirmados acumulados de transmisión autóctona de Oropouche en la Región de las Américas, 2024-2025\***



**Nota:** La información de Brasil se encuentra actualizada hasta SE 5 del 2025 y la información de Panamá se encuentra actualizada hasta SE 6 del 2025.

*Fuente:* Adaptado de los datos aportados por los respectivos países y reproducidos por la OPS/OMS (1-7, 9- 12, 15, 17, 18).

**Mapa 2. Distribución geográfica de casos de Oropouche de transmisión autóctona en la Región de las Américas. 2024 y 2025\***



**\*Nota:** La información de Brasil se encuentra actualizada hasta SE 5 del 2025 y la información de Panamá se encuentra actualizada hasta SE 6 del 2025. **Fuente:** Adaptado de los datos aportados por los respectivos países y reproducidos por la OPS/OMS (1-7, 9- 12, 15, 17, 18).

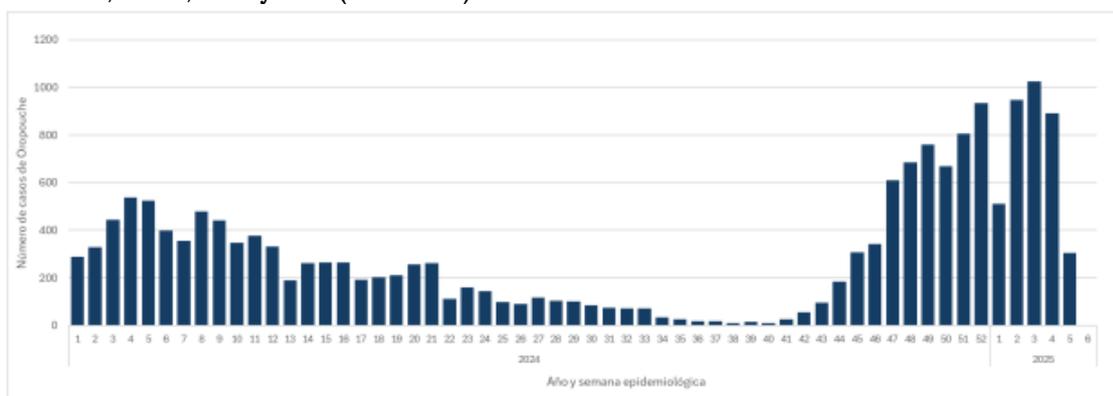
### Resumen de casos autóctonos confirmados de Oropouche en la Región de las Américas

En **Barbados** en la SE 47 del 2024, se reportaron dos casos de Oropouche confirmados por laboratorio.

En **Bolivia**, entre la SE 1 y la SE 52 del 2024, se han notificado 356 casos de Oropouche confirmados por laboratorio<sup>3</sup> mediante la técnica de biología molecular (RT-PCR)

En **Brasil**, durante el 2024 y hasta la SE 52, se notificaron 13.785 casos de Oropouche confirmados<sup>4</sup> por laboratorio en 22 de los 27 estados del país, incluidas cuatro defunciones

**Gráfico 2. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, Brasil, 2024 y 2025 (hasta SE 5).**



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil. Comunicación recibida el 5 de febrero del 2025 mediante correo electrónico. Brasilia; 2025. Inédito (4).

En **Colombia**, entre la SE 1 y la SE 52 del 2024, se han notificado 74 casos confirmados de Oropouche<sup>8</sup> en tres departamentos del país: Amazonas (n= 70), Caquetá (n= 1), y Meta (n= 1), a lo que se suma la identificación de dos casos procedentes de Tabatinga, Brasil.

En **Cuba** durante el 2024, se notificaron 626 casos confirmados<sup>9</sup> de Oropouche. Los casos fueron identificados mediante la vigilancia de síndrome febril inespecífico (SFI), registrando casos en 109 municipios, de las 15 provincias del país.

En **Ecuador**, hasta la SE 52 del 2024, se reportaron tres casos de Oropouche confirmados por laboratorio, los cuales fueron detectados a partir del análisis retrospectivo efectuado en muestras negativas a dengue por parte del Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI).

En **Guyana**, durante 2024, se notificaron tres casos de Oropouche confirmados por laboratorio entre las SE 36 y 43.

En **Panamá**, el 15 de noviembre del 2024, se notificó el primer caso confirmado de enfermedad por el virus Oropouche, procedente de la provincia de Coclé.

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 52 del 2024, se han notificado 1.263 casos confirmados de Oropouche<sup>10</sup> en nueve departamentos del país.

### Casos importados en países y territorios en la Región de las Américas

En 2024 y 2025 (hasta SE 4), en la Región de las Américas, la situación en los países y territorios que han reportado solo casos importados de Oropouche se brinda a continuación.

**Canadá** ha reportado tres casos importados confirmados de Oropouche, dos casos en 2024 y uno en 2025, con antecedente de viaje a Cuba (n= 2) y Colombia (n= 1) (8).

En los **Estados Unidos** durante 2024 y hasta la SE 52, se reportaron 108 casos importados de Oropouche, en los estados de: Florida (n= 103), California (n= 1), Colorado (n= 1), Kentucky (n= 1), New Jersey (n=1) y en New York (n= 1) (13,14). La mediana de edad de los casos fue de 52 años (rango = 6 a 94 años) y el 45% eran mujeres. Dos de los casos presentaron enfermedad neuro invasiva y el 17% fueron hospitalizados. Todos los casos tuvieron antecedente de viaje a Cuba.

En 2025, hasta la SE 4 no se han notificado casos importados (13, 14).

En las **Islas Caimán**, en 2024, se reportó un caso importado del virus Oropouche en una mujer adulta de las Islas Caimán que había viajado a Cuba.

#### **Casos importados en países fuera de la Región de las Américas**

Entre las SE 23 y SE 39 del 2024, se identificaron 30 casos importados de Oropouche en tres países de la Región de Europa de la OMS: Alemania (n= 3), España (n= 21) e Italia (n= 6); 20 de estos casos tenían antecedente de viaje a Cuba y uno a Brasil (19-22).

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-oropouche-region-america-11-febrero-2025>

DESTACADOS EN  
**BOLETINES**  
JURISDICCIONALES

## X. Boletines jurisdiccionales

### X.1. Buenos Aires: Arbovirosis

No se registran brotes en la PBA desde la semana del 23 de junio de 2024 (SE 26). Entre octubre de 2024 y el 1ro de febrero de 2025 se identificaron 10 casos confirmados de dengue autóctonos en forma aislada. Estos casos se registraron en La Matanza en la tercera semana de octubre (SE 42) y en la segunda semana de diciembre (SE 50), en Lanús en la última semana de noviembre (SE 48), en Morón en la primera y tercer semana de diciembre (SE 49 y 51), en Hurlingham en la primera y segunda semana de diciembre (SE 49 y 50), en Gral. San Martín en la tercera semana de diciembre (SE 51) y en la segunda semana de enero en Malvinas Argentinas (SE 2), en la tercera semana de enero en Pilar (SE 3) y en la primera semana de febrero en Ituzaingó (SE 6). En 4 de ellos el serotipo identificado fue DEN 1 y en los restantes no se identificó el serotipo.



Entre el 23 de junio de 2024 y el 8 de febrero de 2025 (SE 26/2024 a 6/2025) se notificaron 3.986 casos compatibles con dengue, de los cuales 25 fueron confirmados por laboratorio, 158 son probables, 1.961 en estudio y 2.112 con muestras 1 de laboratorio negativas.

#### Casos confirmados de dengue con y sin antecedente de viaje por municipio. PBA, SE26/2024 a SE6/2025.



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

Para más información:

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

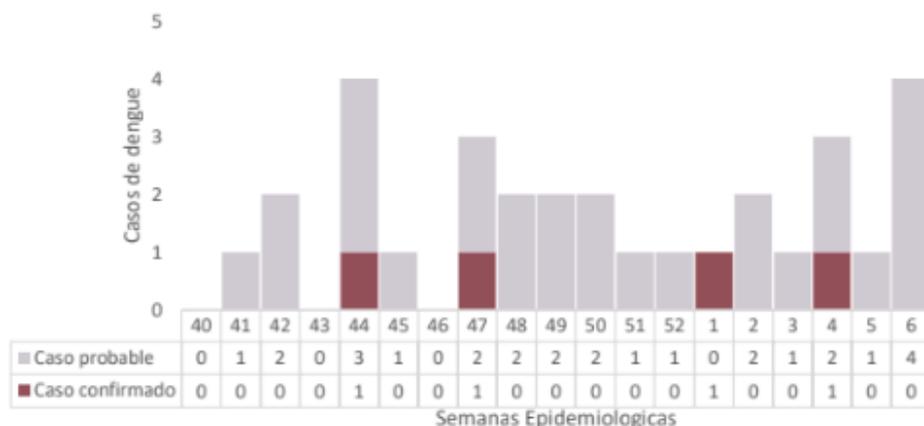
## X.2. Salta: Dengue

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. Hasta la SE 6/2025 se confirmaron 4 casos de dengue para la provincia de Salta (tasa de incidencia 0.27 casos cada 100.000 hab.)

En la SE 44/2024 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 47/2024 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 epidemiológica 1 y 5 del 2025 se reportaron casos confirmados de dengue sin antecedentes de viaje y con identificación de serotipo DEN-1. La tasa de incidencia para el departamento Capital hasta la SE6/2025 es de 0.45 casos de dengue por 100.000 hab.



### Curva de casos confirmados y probables por semana epidemiológica. SE 40/2024 a SE/2025. Provincia de Salta.

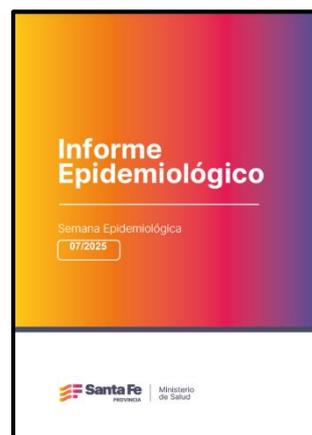


Fuente: Elaboración propia de la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

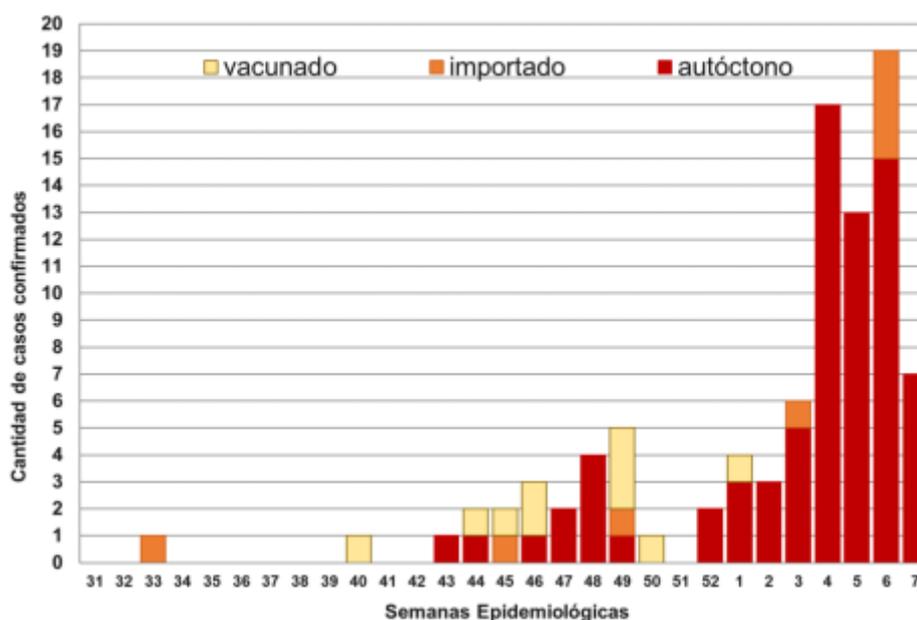
Para más información: <http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

### X.3. Santa Fe: Fiebre Hemorrágica Argentina

En la provincia de Santa Fe, en lo que va de la temporada 2024-2025 (SE 31/2024 hasta la SE 07/2025), se notificaron al evento de “Dengue” y “Dengue durante la gestación” un total de 2.378 casos de los cuales 83 se confirman, 75 casos “sin antecedente de viaje” y 8 “con antecedente de viaje” (Brasil, India, Maldivas, Colombia, otra provincia de Argentina). Dentro de los 24 casos notificados al evento de “Dengue en la gestación”, únicamente se confirmó 1 caso autóctono de DEN-2 en el departamento Rosario, no informándose en las últimas semanas nuevos casos bajo esta clasificación. Por otra parte, se notificaron 10 casos con “antecedente de vacunación en los últimos 30 días”, no registrándose nuevos casos bajo esta denominación.



#### Casos de Dengue desde SE 31/2024 hasta a SE 07/2025 según semana epidemiológica. Provincia de Santa Fe. N= 93



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) - notificación nominal hasta el 08/02/2025.

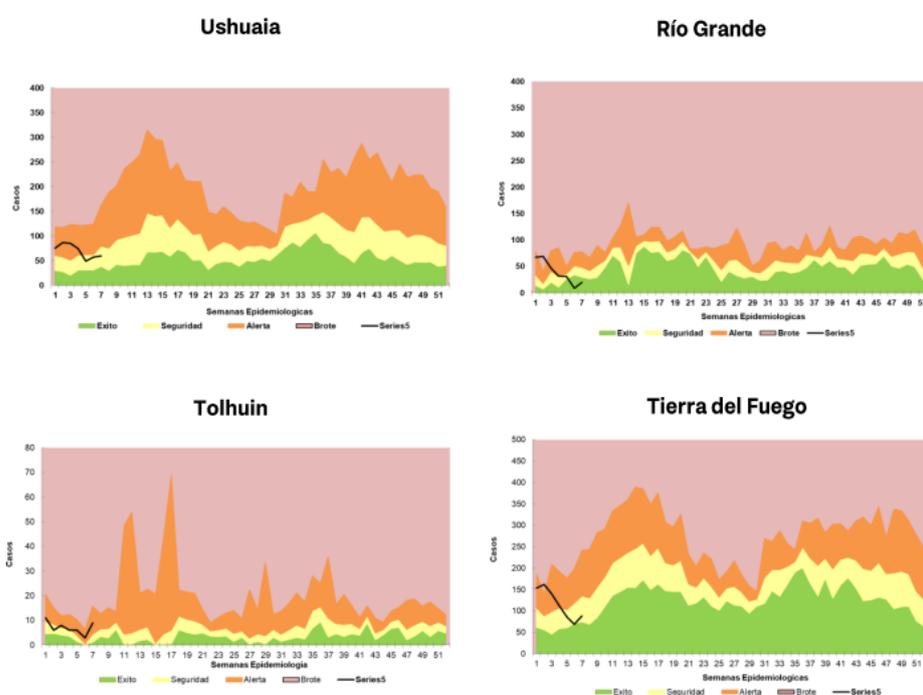
Para más información:

[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)

## X.4. Tierra del fuego: Respiratorias

Hasta la semana epidemiológica (SE) 7 en 2025 se notificaron 820 casos de diarrea aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupada. Con respecto al mismo período del año 2024, se observa un aumento del 47.5% de los casos registrados a nivel provincial.

A nivel provincial la incidencia se ubica en zona de seguridad, con un total de 820 casos acumulados. En Ushuaia, la incidencia se ubica en zona de seguridad, alcanzando un total de 487 casos. En Río Grande, la incidencia se ubica en zona de éxito, con un total de 284 casos acumulados. En Tolhuin la incidencia se ubica en zona de alerta, con un total de 49 casos acumulados.



Fuente: SNVS 2.0 Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología e Información en Salud. Ministerio de Salud. Provincia de Tierras del Fuego e IAS.

Para más información:

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

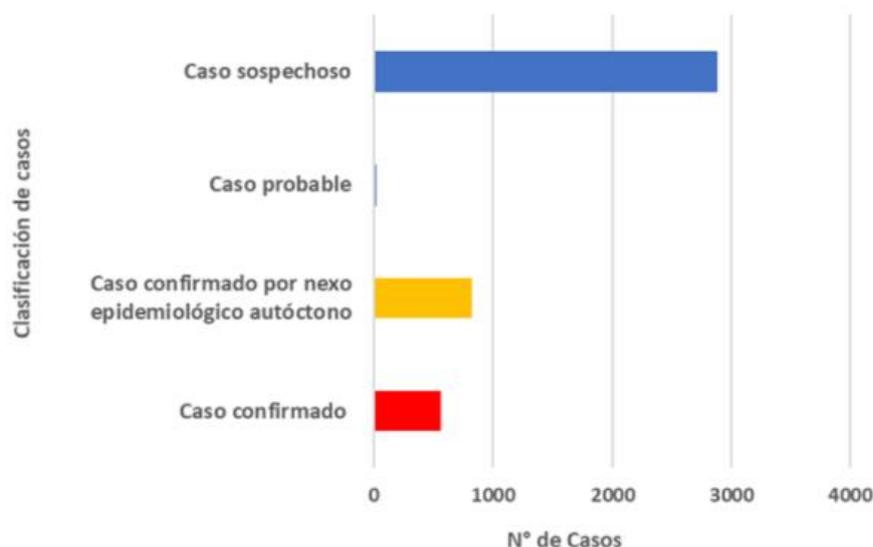
## X.5. Tucumán: Arbovirosis en embarazadas

En la provincia de Tucumán, durante el año 2023/2024 se notificaron 4.282 casos de dengue en embarazadas, de los cuales 565 fueron casos confirmados, 824 casos confirmados por nexo epidemiológico autóctono, 5 casos probables y 2.888 casos sospechosos.

En cuanto al virus Zika, el 3 de noviembre de 2016 (SE 44) se notificó el primer caso confirmado de síndrome congénito en la provincia de Tucumán. Se trató de un recién nacido vivo de sexo masculino, con 34 semanas de edad gestacional, peso al nacer 1940grs, talla 43 cm; que presentó microcefalia (PC 31 cm), artrogriposis de las 4 extremidades, bandas amnióticas en manos y pierna izquierda y malformaciones intracraneales. En el 2024 solo se reportó un caso sospechoso de síndrome congénito con sospecha de asociación con Zika, se trató de un neonato, con 33 semanas de edad gestacional, con microcefalia (PC 29,5 cm) residente de Yerba Buena, Tucumán con resultado no reactivo de genoma viral para esta patología.



### Casos de dengue en embarazadas en Tucumán en el año 2023/2024.



Fuente: Dirección de Epidemiología de Tucumán, a partir de reporte de SNVS 2.0.

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

# HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

## XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **febrero** del corriente año, en el marco de su adecuación al Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria.

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

**Para consultar cambios que se hayan realizado en 2024 remitirse al siguiente documento:**

[Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nro 737](#)

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
Febrero	Chagas agudo vectorial	Laboratorio	Resultado	Se adicionaron las opciones "Reactivo" y "No reactivo"
Febrero	Diarrea aguda	Laboratorio	Laboratorio Clínico	Se adicionaron las opciones: "Sangre en materia fecal" y "Recuento de leucocitos"
Febrero	Hepatitis A	Clínica	Diagnóstico referido o constatado	Se adicionó la opción: "Nexo con caso confirmado por laboratorio"  <b>Aclaración: esta opción se generó, para ser utilizada únicamente, ante casos con nexo epidemiológico con casos confirmados de hepatitis A por laboratorio y que no pueden ser testeados al momento de la notificación.</b>
Febrero	Otras infecciones invasivas (bacterianas y otras)	Laboratorio	Muestra	Se adicionó la opción: "Biopsia de hueso"

### XI.1. Información relevante: enteroparasitosis

A continuación, se presenta el listado de enteroparásitos configurados en el sistema que deben ser notificados. Actualmente, se está trabajando en el reordenamiento de la visualización para facilitar la carga de información.

1. Pacientes estudiados para el diagnóstico de enteroparásitos
2. *Ascaris lumbricoides*
3. *Balantidium Coli*
4. *Blastocystis*

4. *Chilomastix mesnili*
5. *Dientamoeba fragilis*
6. Difilobótridos
7. *Endolimax nana*
8. *Entamoeba coli*
9. *Entamoeba histolytica/dispar/moshkovski/bangladeshi*
10. *Fasciola hepatica*
12. *Giardia duodenalis*
13. *Trichostrongylus* sp.
14. *Taenia* sp.
15. *Trichuris trichiura*
16. Uncinarias
17. *Schistosoma mansoni*
18. *Cystoisospora belli*
19. *Hymenolepis nana*
20. *Strongyloides stercoralis*
21. *Iodamoeba bütschli*
22. *Hymenolepis diminuta*
23. *Entamoeba hartmanni*
24. *Dipylidium caninum*
25. *Enterobius vermicularis*
26. *Entamoeba histolytica* por métodos moleculares
27. *Cryptosporidium* sp. (por coloración o métodos moleculares)
28. *Cyclospora cayentanensis* (por coloración o métodos moleculares)
29. Microsporidios (por coloración o métodos moleculares)
30. Anisákidos (*Anisakis*, *Pseusoterranova*, *Hysterothlacium*, *Contraecaecum*)

## **XII. 1º 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

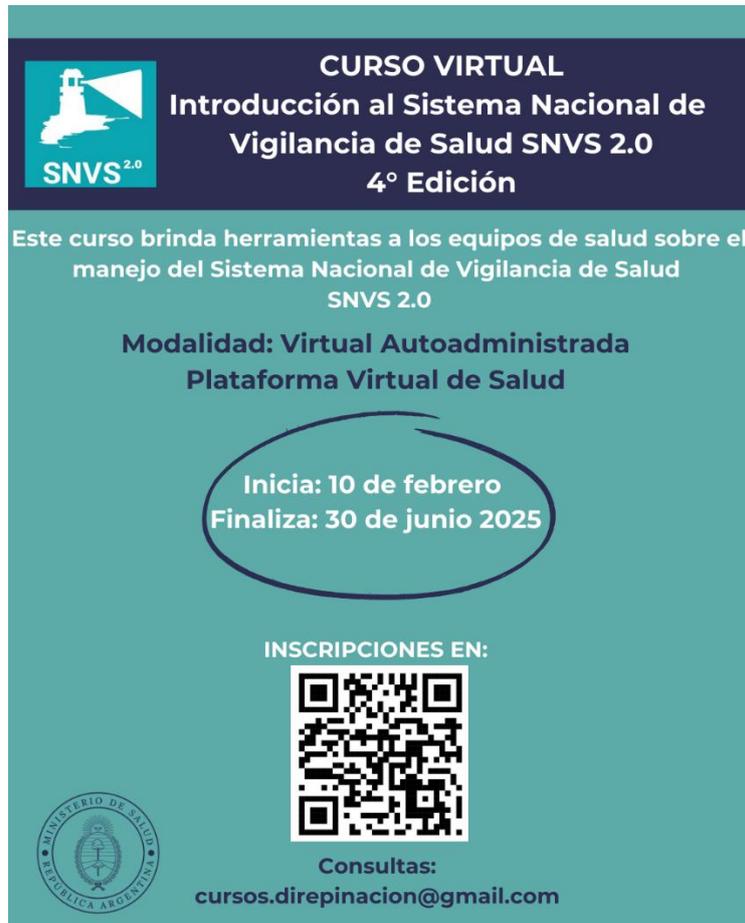
Duración: 25 horas.

INSCRIPCIONES EN:



Consultas a: [cursos.direpinacion@gmail.com](mailto:cursos.direpinacion@gmail.com)

## XIII. 4° Edición del Curso Virtual “Introducción al SNVS 2.0”



**CURSO VIRTUAL**  
**Introducción al Sistema Nacional de Vigilancia de Salud SNVS 2.0**  
**4° Edición**

Este curso brinda herramientas a los equipos de salud sobre el manejo del Sistema Nacional de Vigilancia de Salud SNVS 2.0

**Modalidad: Virtual Autoadministrada**  
**Plataforma Virtual de Salud**

**Inicia: 10 de febrero**  
**Finaliza: 30 de junio 2025**

INSCRIPCIONES EN:



**Consultas:**  
**[cursos.direpinacion@gmail.com](mailto:cursos.direpinacion@gmail.com)**



Destinado a: Personal de salud que realiza tareas de vigilancia epidemiológica o con interés en la temática.

Duración: 25 horas

Formulario de inscripción: <https://forms.gle/SyywXdyd8ocSh2XU6>