

ISSN:2422-698X (en línea)
ISSN:2422-6998 (correo electrónico)

BOLETÍN

EPIDEMIOLOGICO NACIONAL

N° 747

Semana epidemiológica 10
AÑO 2025
Desde 02/03 al 08/03
Fecha de publicación
17/03/2025

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

Sarampión: Federico M. Santoro¹, Tamara Wainzinger¹, Julián Antman¹, Carlos Giovacchini⁵, Cecilia González Lebrero¹.

EVENTOS PRIORIZADOS

Dengue y otros arbovirus: Gabriela Fernández¹, Yasmin El Ahmed¹, Dalila Rueda¹, Federico M. Santoro¹, Silvina Moisés¹, María Pía Buyayisqui¹, Esteban Couto², Julieta Siches³, Lucía Maffey³, Julián Antman¹, Cintia Fabbri⁶, Victoria Luppo⁶, María Alejandra Morales⁴.

Infecciones respiratorias agudas: Carla Voto¹, María Paz Rojas Mena¹, Melisa Laurora¹, Dalila Rueda¹, Federico M. Santoro¹, Silvina Moisés¹.

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

Hepatitis A – Informe Epidemiológico: Federico M. Santoro¹, Tamara Wainzinger¹, Antonella Vallone¹, Lucia Valenzuela Chantefort¹, Pilar Plantamura¹, Julián Antman¹, Sara Vladimírsky⁸.

Leptospirrosis: Dalila Rueda¹, Federico M. Santoro¹, Julián Antman¹, Melisa Laurora¹, Carlos Giovacchini⁵, Natalia Casas³, Laura Geffner³, Alejandra Gaiano³, Emilio Faro³, Cintia Pelayes³, Micaela Rulli³, Paulina Jacob⁹, María Fernanda Schmeling⁹, Noelia Landolt⁹, Leticia Margenet⁹, Yosena Chiani⁹.

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES

Ignacio Di Pinto¹.

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

Abril Joskowicz¹, Soledad Castell¹.

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA

Antonella Vallone¹, Morena Diaz¹, Laura Bidart¹, Agustina Page¹, Martina Prina¹.

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

Compilación: Sebastián Riera¹, Franco Ormeño Mazzochi¹.

Coordinación General: Cecilia González Lebrero¹ y Julián Antman¹.

¹ Dirección de Epidemiología.

² Instituto Nacional de Medicina Tropical.

³ Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades transmitidas por vectores.

⁴ Dirección Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui", INEVH - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

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

⁶ Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

⁷ Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

⁸ Laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis, INEI - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

⁹ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni" INER Coni - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

Agradecimientos:

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

Imagen de tapa:

Imagen microscópica de *Leptospira*, bacteria que causa la enfermedad de Leptospirosis, enfermedad zoonótica de potencial epidémico, principalmente después de lluvias fuertes. Imagen de Centros para el Control y Prevención de Enfermedades.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°747, SE 10.

I. Editorial

En el BEN 740, presentamos la renovación de este ya consolidado Boletín Epidemiológico Nacional. Comentamos que no cambiaba de nombre, pero sí su estética y sus contenidos. También contamos que el nuevo BEN presentaría cambios graduales y en esa publicación propusimos el primero de éstos: la nueva estética que está en curso.

Dentro de estos cambios graduales, el segundo agregado fue la inclusión de la nueva sección: “Actualización periódica de eventos”. En este contexto, estamos muy satisfechos con haber podido presentar, hasta ahora, la situación epidemiológica de los siguientes eventos: Psitacosis, Sífilis durante la gestación y Sífilis congénita, Tuberculosis, Fibrosis Quística, Hepatitis A, Chagas en embarazadas y Chagas congénito, Alacranismo y Fiebre hemorrágica Argentina (FHA). Además, en la actual publicación, estamos incorporando nuevamente la situación de Hepatitis A. De esta manera, damos cuenta de la primera actualización periódica efectiva... luego vendrá Psitacosis y el resto de los eventos de acuerdo a la periodicidad propuesta.

En esta misma línea, este BEN introduce la última de las innovaciones prometidas: la tabla de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) seleccionados. Presentamos dos tablas comparativas que muestran los casos actuales frente a la mediana de los últimos cinco años, lo que facilita una visualización clara y directa de la situación epidemiológica actual. Estas tablas son el primer paso hacia análisis más profundos y detallados que se desarrollarán en futuros informes, donde se abordarán las características específicas de cada evento según el lugar, el tiempo y la población afectada.

Estos cambios representan nuestro compromiso continuo con la mejora de la calidad de la información y la utilidad práctica del BEN. Buscamos no solo presentar datos, sino también ofrecer herramientas que apoyen la toma de decisiones en salud y la formulación de políticas públicas acordes a la situación epidemiológica. Mirando hacia el futuro, estamos explorando nuevas formas de integrar tecnologías de información que permitan actualizaciones más dinámicas y una interacción más efectiva con todos los interlocutores de esta publicación.

Confiamos en que estos avances contribuirán a una comprensión más completa y matizada del proceso salud-enfermedad en Argentina, y reforzarán la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a los desafíos epidemiológicos actuales y futuros.

Hasta la próxima!!



Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología

II. Sobre este BEN

Este número del Boletín Epidemiológico Nacional, consolida nuestro esfuerzo continuo por mejorar y ampliar la información que proveemos a todas las personas que se desempeñan en los diferentes ámbitos y sectores de la salud pública. Desde la renovación estética hasta la profundización de los contenidos, cada sección ha sido trabajada para proporcionar una visión completa y actualizada de la situación epidemiológica en nuestro país.

En las primeras secciones, presentamos una introducción editorial seguida de una visión detallada sobre los cambios y novedades que caracterizan a este número. Con un conjunto de 50 Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)⁵ seleccionados, se recobra un lugar destacado en el seguimiento de los mismos a partir de la inclusión de tablas que comparan los datos actuales contra la mediana de los últimos cinco años, proporcionando una herramienta básica para la visualización y análisis más detallado en futuras ediciones.

También, se presenta la caracterización del brote actual de sarampión, así como el contexto mundial y regional de las enfermedades febriles exantemáticas. Se incluyen recomendaciones prácticas para la comunidad y los equipos de salud para la prevención y respuesta.

Como siempre, el boletín incluye secciones dedicadas a la vigilancia de enfermedades prioritarias como dengue y otros arbovirus, detallando la situación regional, preparativos y respuestas a epidemias, y la vigilancia entomológica. Además, abordamos la situación de infecciones respiratorias agudas.

En la sección de Eventos de actualización periódica, se destaca el análisis actualizado de Hepatitis A y el nuevo informe de Leptospirosis, donde se presenta tanto un análisis histórico como la situación actual y las medidas de prevención y control.

Finalmente, este número cierra con alertas y comunicaciones internacionales, destacados en boletines jurisdiccionales y herramientas para la vigilancia, incluyendo cursos y capacitaciones como la “Vigilancia y notificación de dengue” y la “Introducción al SNVS 2.0”.

Cada sección de este boletín está pensada para ser una fuente integral de conocimiento, destinada a mejorar la toma de decisiones y la eficiencia en la gestión de la salud pública en Argentina, reafirmando nuestro compromiso con la calidad y la precisión informativa.

⁵ El total actual de los ENO, a partir de la resolución 2827/2022 del Ministerio de Salud, asciende a 150 eventos.

Contenido

I. Editorial.....	5
II. Sobre este BEN.....	6
TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS	9
III. Tablas de ENO seleccionados.....	10
III.1. Introducción	10
III.2. Nota metodológica	10
III.2.A. Sobre la construcción de las tablas	10
III.2.B. Notas adicionales a tener en cuenta	11
III.3. Eventos confirmados	12
III.4. Eventos notificados y confirmados	13
SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES.....	14
IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión	15
IV.1. Introducción	15
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional	15
IV.3. Situación actual en Argentina	17
IV.4. Recomendaciones para la comunidad	20
IV.5. Recomendaciones para los equipos de salud	20
IV.5.A. Vigilancia epidemiológica.....	20
IV.5.B. Medidas de prevención	21
IV.5.C. Medidas ante casos y contactos	21
EVENTOS PRIORIZADOS	24
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus.....	25
V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus.....	25
V.1.A. Introducción	25
V.1.B. Subregión Centroamérica y México.....	25
V.1.C. Subregión Cono Sur	26
V.2. Situación de dengue en Argentina	29
V.2.A. Situación histórica	29
V.2.B. Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras arbovirosis	31
V.2.C. Indicadores basados en la vigilancia para determinar fases epidemiológicas	34
V.2.D. Casos de dengue según fase	35
V.2.E. Temporada actual	36
V.2.F. Distribución según región, jurisdicción y departamento	38
V.2.G. Situación según serotipos circulantes.....	42
V.2.H. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo”	43
V.2.I. Dengue grave.....	44
V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus	44
V.3.A. Situación epidemiológica de fiebre amarilla en argentina	46
V.4. Vigilancia entomológica	46
V.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición	46
V.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) -SE10 (2025).....	47
V.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios	50
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas.....	53
VI.1. Nota Metodológica	53
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	53
VI.3. Síntesis de la información nacional destacada a la SE10/2025.....	54
VI.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	54
VI.3.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados.....	54
VI.3.C. Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios	55
VI.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis.....	55
VI.4.A. Enfermedad tipo influenza (ETI)	55
VI.4.B. Neumonía	56
VI.4.C. Bronquiolitis	58
VI.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios	59
VI.5.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas	61

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS.....	64
VII. Hepatitis A – Actualización informe epidemiológico.....	65
VII.1. Introducción.....	65
VII.2. Situación de Hepatitis A en Argentina.....	65
VII.2.A. nota metodológica.....	65
VII.2.B. Situación Epidemiológica de 2025.....	66
VII.2.C. Vigilancia Molecular HAV de 2025.....	66
VII.2.D. Vigilancia Epidemiológica de Hepatitis A.....	67
VII.3. Recomendaciones para el equipo de salud.....	68
VII.3.A. Medidas ante casos y contactos.....	68
VII.3.B. Profilaxis Post Exposición.....	68
VII.3.C. Contención de brotes.....	68
VII.3.D. Medidas ante brotes.....	69
VII.3.E. Medidas en caso de desastre.....	69
VII.4. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Hepatitis A.....	70
VII.4.A. Consideraciones generales.....	70
VII.4.B. Embalaje para derivación de muestras.....	70
VII.5. Medidas preventivas.....	70
VII.5.A. Vacunación.....	70
VII.5.B. Otras medidas preventivas.....	71
VII.6. Conclusiones.....	71
VIII. Leptospirosis - Informe epidemiológico.....	73
VIII.1. Introducción.....	73
VIII.2. Leptospirosis humana. Situación en Argentina.....	74
VIII.2.A. Nota Metodológica.....	74
VIII.2.B. Situación histórica.....	75
VIII.2.C. Situación actual.....	77
VIII.3. Leptospirosis canina. Situación en Argentina.....	79
VIII.3.A. Nota metodológica.....	79
VIII.3.B. Situación epidemiológica.....	79
VIII.4. Recomendaciones.....	81
VIII.5. Medidas ante casos y contactos.....	81
VIII.6. Medidas ante brotes.....	82
VIII.7. Vigilancia Epidemiológica.....	83
VIII.7.A. Leptospirosis humana.....	83
VIII.7.B. Leptospirosis canina.....	85
ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES.....	87
IX. Introducción.....	88
IX.1. Enfermedad por el virus de Sudán – Uganda.....	89
IX.2. El Ministerio de Salud de Brasil confirma el primer caso de mpox por la cepa 1b.....	91
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES.....	92
X. Boletines jurisdiccionales.....	93
X.1. Buenos Aires: Arbovirosis.....	93
X.2. CABA: Dengue.....	94
X.3. Chubut: Diarreas.....	95
X.4. Salta: Enfermedades Zoonóticas.....	96
X.5. Santa Fe: Dengue.....	97
X.6. Tierra del fuego: respiratorias.....	98
X.7. Tucumán: listeriosis.....	99
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA.....	100
XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0.....	101
XI.1. Información relevante: enteroparasitosis.....	102
XII. 1° Edición del Curso: “Vigilancia y notificación de dengue”.....	103
XIII. 4° Edición del Curso Virtual “Introducción al SNVS 2.0”.....	104

TABLAS DE
EVENTOS DE
NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA
SELECCIONADOS

III. Tablas de ENO seleccionados

III.1. Introducción

Por primera vez luego de muchos años y formatos, las tablas de los ENO vuelven al Boletín Epidemiológico Nacional. Consideramos que recuperar la presentación sistemática de la situación de las problemáticas bajo vigilancia es fundamental para comprender de manera más acabada e integral la situación epidemiológica actual.

Creemos que la situación de la pandemia y la complejidad del trabajo en epidemiología en los años posteriores, abonó a que el seguimiento de eventos por fuera de los emergentes o priorizados sea difícil.

Si bien hemos evaluado y concluido en la importancia de esta presentación, sabemos que las tablas que aquí se exponen no están exentas de posibles errores en la presentación de los resultados. Y esto es así por diversas razones, pero principalmente las relacionadas con la gestión integral de la vigilancia, que incluye actores de todos los ámbitos de la cadena de notificación, desde la notificación del nivel local hasta la confirmación de un dato por el laboratorio nacional de referencia, pasando por cada una de las personas referentes de distintos patógenos, direcciones, conjunto de eventos, equipos técnicos, etcétera.

Pero estamos convencidos de que presentar las tablas que se muestran a continuación es, precisamente, la condición fundante para que todo el proceso de la vigilancia epidemiológica se construya de manera más robusta y eficaz.

Por lo dicho, a continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados. Verán dos tablas, la primera exhibe 26 eventos donde se muestran sólo los confirmados, ya que la notificación de los mismos, *per-se*, no revisten una particular importancia para la vigilancia de la salud. Vale decir que para estos eventos, no es necesario reparar en la sospecha.

En una segunda tabla se muestran 24 eventos donde se considera importante la sospecha y la notificación en general para luego caracterizar la confirmación.

Conforme recibamos sugerencias, mejoremos los procesos, re-evaluemos los resultados y consolidemos mejor los datos, iremos incrementando los eventos y/o presentando la tabla de una manera que sea más acorde a las necesidades de información de los diferentes ámbitos que las utilizan.

III.2. Nota metodológica

III.2.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LAS TABLAS

Ambas tablas se construyen con los datos según fecha de notificación (o fecha de apertura del caso) al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) en las semanas epidemiológicas (SE) seleccionadas y teniendo en cuenta los años 2020 a 2025. Para el armado del valor de la mediana de los años 2020 a 2024 se utilizan los casos del evento para cada uno de los 5 años, ordenándolos de menor a mayor, siendo el que queda en tercer lugar, el que se utiliza para comparar con el dato del 2025.

A modo de ejemplo, si el evento X presentó los siguientes valores acumulados entre la SE 1-10 de cada año:

2020: 38
2021: 40
2022: 34
2023: 139
2024: 75
2025: 80

Los datos se ordenarían de esta manera: 34, 38, 40, 75, 139, siendo 40 la mediana. Por lo dicho, los 80 casos notificados en el 2025 se compararían con la mediana de 40 notificaciones, dando por resultado un valor absoluto de 40 casos más y un 100% más en términos porcentuales.

Para las dos tablas exhibidas la modalidad de armado es la misma, sólo que en la segunda se incluye el total de notificaciones, además de los casos confirmados.

III.2.B. NOTAS ADICIONALES A TENER EN CUENTA

Se exponen aquí aclaraciones y detalles a tener en cuenta para la comprensión y uso de las tablas.

- ✓ Todos los datos consignados en las tablas son parciales y sujetos a modificación, en particular, debido a que se compara un año en curso con años cerrados.
- ✓ Las tablas se presentan por semana de notificación o apertura y generalmente los informes de las demás secciones utilizan la fecha de inicio de síntomas (FIS) o la fecha mínima creada ad-hoc y explicada en cada caso. Por este motivo, la tabla puede no coincidir exactamente con los análisis exhibidos en cada BEN.
- ✓ Las tablas no incluyen los casos “invalidados por epidemiología”.
- ✓ En el caso de la tabla de notificados y confirmados, para la presentación de los casos confirmados se contempla una clasificación particular para cada evento, pudiendo ser por algoritmo específico y acordado con todas las áreas involucradas o utilizándose la “clasificación manual”.
- ✓ Para algunos eventos (como Chagas y sífilis congénita), los sospechosos pueden estarlo durante varios meses hasta su confirmación.
- ✓ Cuando se consigna “N/A” significa que la diferencia porcentual “No aplica”, debido a que existe un cero en la función.
- ✓ Si bien se deja la consignación porcentual para todos los eventos, aquellos donde los valores son menores a aproximadamente 20 o 30 casos, debe tenerse particular atención a la interpretación del valor.

III.3. Eventos confirmados

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO EN EL SNVS	2020-2024 Mediana acum. SE 1-10	2025 Acum. SE 1-10	Diferencias 2025 con mediana 2020	
				Absoluta	%
Enf. prevenibles por vacunas	Parotiditis	42	181	139	331%
Enf. Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	1	1	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	35	31	-4	-11%
	Accidente potencialmente rábico (APR)	1.650	3.607	1.957	119%
	Araneismo-Env. por Latrodectus	115	156	41	36%
	Araneismo-Env. por Loxosceles	53	50	-3	-6%
	Araneismo-Env. por Phoneutria	1	0	-1	-100%
	Cisticercosis	1	3	2	200%
	Escorpionismo o Alacranismo	1.415	2.630	1.215	86%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	128	283	155	121%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chini)	8	23	15	188%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	3	11	8	267%
	Brucelosis	19	27	8	42%
Hantaviriosis	18	12	-6	-33%	
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	2	4	2	100%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	335	311	-24	-7%
	Intoxicación/Exp. a hidrocarburos	3	4	1	33%
	Intoxicación/Exp. a Plaguicidas uso agrícola	0	13	13	N/A
	Intoxicación/Exp. a Plaguicidas uso doméstico	0	11	11	N/A
	Intoxicación/Exp. a Plomo	0	0	0	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	2.241	2.049	-192	-9%
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	192	192	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	87	87	N/A
Pandrogro resistencia	Pandrogro resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogro resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
	Pandrogro resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/A

III.4. Eventos notificados y confirmados

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO EN EL SNVS	2020-2024 Mediana acum. SE 1-10		2025 Acumulados SE 1-10		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notificados		Confirmados	
						Absoluta	%	Absoluta	%
Enf. prevenibles por vacunas	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	104	0	710	8	606	583%	8	N/A
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	104	0	710	0	606	583%	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	376	176	498	150	122	32%	-26	-15%
	Poliomielitis - PAF en >15 años y otros casos	24	0	21	0	-3	-13%	0	N/A
Enf. Transmisibles por vectores	Dengue	9.935	4.108	20.098	1.882	10.163	102%	-2.226	-54%
	Encefalitis de San Luis	66	4	84	0	18	27%	-4	-100%
	Fiebre amarilla humana	32	0	80	0	48	150%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	12	0	18	0	6	50%	0	N/A
	Zika	344	0	441	0	97	28%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	48	10	66	23	18	38%	13	130%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	457	13	598	55	141	31%	42	323%
ETMI - Enf. del niño	Chagas agudo congénito	285	12	300	15	15	5%	3	25%
	Sífilis Congénita	488	170	175	168	-313	-64%	-2	-1%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	0	0	0	N/A	0	N/A
ETMI - Enf. en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	248	228	200	177	-48	-19%	-51	-22%
	Sífilis en embarazadas	1.948	1.663	2.110	1.995	162	8%	332	20%
	Hepatitis B en embarazadas	0	14	26	5	26	N/A	-9	-64%
Hepatitis virales	Hepatitis A	21	5	69	29	48	229%	24	480%
	Hepatitis B	516	98	592	118	76	15%	20	20%
	Hepatitis C	499	250	474	263	-25	-5%	13	5%
	Hepatitis E	8	0	5	1	-3	-38%	1	N/A
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	4.750	4.005	9.130	7.728	4.380	92%	3.723	93%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exp. a Monóxido de Carbono	45	21	72	56	27	60%	35	167%
Otros eventos de imp. para la Salud	Viruela símica (mpox)	0	0	42	5	42	N/A	5	N/A

SITUACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS
EMERGENTES

IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión.

IV.1. Introducción

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, encefalomiелitis 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**.

IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional

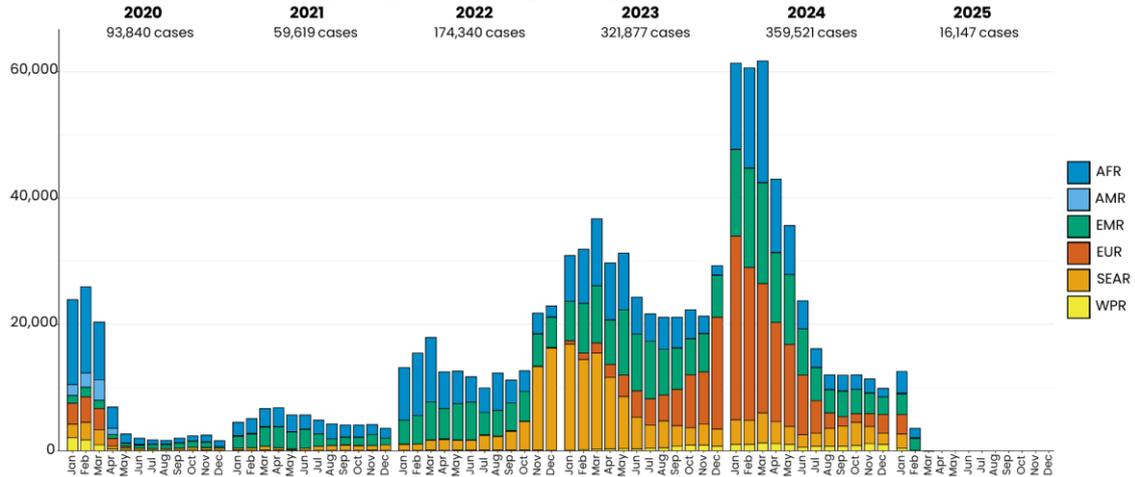
En los años 2023 y 2024 se observa un aumento de casos de sarampión a nivel mundial, respecto al año 2022. En 2025, entre la SE 1 y la SE 9, en la Región de las Américas, 268 casos han sido confirmados, incluyendo una defunción⁶.

Según el CDC⁷, hasta el 6 de marzo del 2025, 12 jurisdicciones (Alaska, California, Florida, Georgia, Kentucky, la Ciudad de Nueva York, Nueva Jersey, Nuevo México, Pensilvania, Rhode Island, Texas y Washington) notificaron un total de 222 casos de sarampión. En el 2025, se han notificado 3 brotes (definidos como 3 o más casos relacionados) y el 93% de los casos (207 de 222) 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. Ha habido 1 muerte confirmada a causa del sarampión y otra se encuentra actualmente siendo investigada en el 2025.

⁶ <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-03/2025-feb-28-phe-alerta-epi-sarampion-es-final2.pdf>

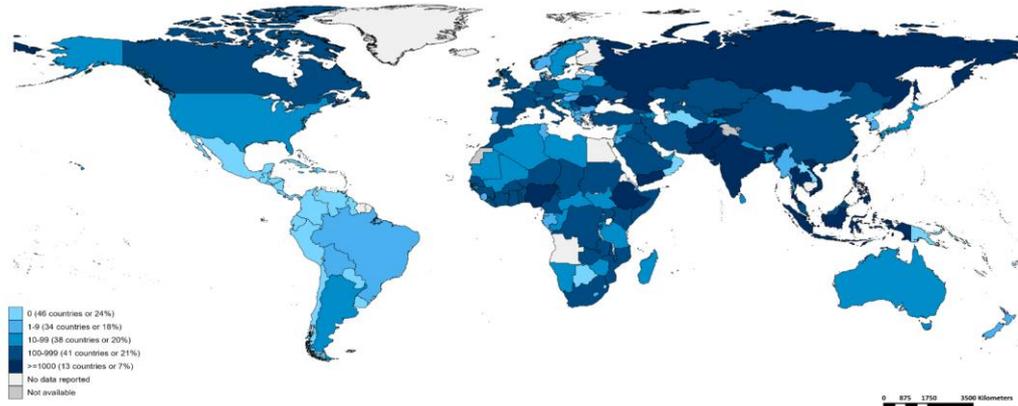
⁷ <https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html>

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



Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Febrero 2025. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (consultado 11/03/2025)

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

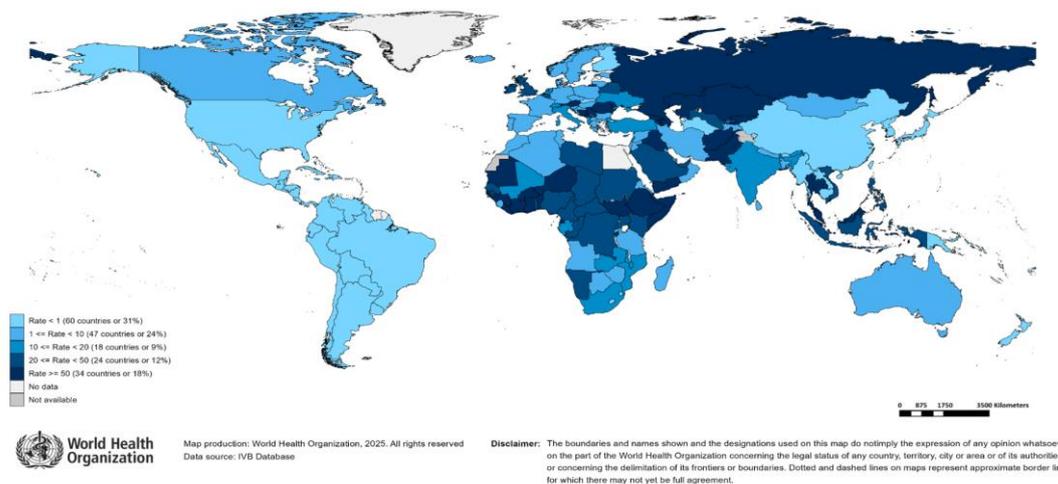


Map production: World Health Organization, 2025. All rights reserved
Data source: IVB Database

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. Febrero 2025. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (consultado 11/03/2025)

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



Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Febrero 2025. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (consultado 11/03/2025)

IV.3. Situación actual en Argentina

A la fecha, han sido confirmados 7 casos de sarampión en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 4 casos en la provincia de Buenos Aires, sumando un total de 11 casos confirmados en el país. Dos casos del total son casos importados, siete de los casos son contactos relacionados a los casos importados y otros dos casos se consideran de transmisión comunitaria debido a que no se pudo identificar contacto directo con los casos confirmado.

Casos confirmados residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)

El 1 de febrero de 2025, el Ministerio de Salud de la Nación emitió una alerta epidemiológica⁸ ante la confirmación del primer caso de sarampión importado 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 29 de enero, la hermana de 20 meses de edad comenzó con fiebre y desarrollo exantema cinco días después. En ambos casos, no 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.

Los casos que se describen a continuación no cuentan con antecedente de viaje.

- Tercer caso (14 de febrero): persona adulta de 40 años, residente de la comuna 14. Presentó tos el 10 de febrero fiebre y exantema el 12 de febrero. Refiere vacunación

⁸ Alerta epidemiológica – Caso confirmado de sarampión importado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 1 de febrero 2025. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta_sarampion_01022025.pdf

completa. La IgM contra sarampión en suero fue negativa, la IgG positiva, y se detectó genoma viral por RTqPCR en orina. Se considera caso de transmisión comunitaria ya que su domicilio es en la cercanía de los casos anteriores, pero sin referencia de contacto directo con ellos.

- Cuarto caso (21 de febrero): adolescente de 18 años, residente de CABA. Comenzó con fiebre el 19 de febrero, conjuntivitis el 21 de febrero, seguido de exantema. Se confirmó por antecedente epidemiológico (ya que vive en un departamento de la misma propiedad horizontal que los dos primeros casos) y por laboratorio. Refiere vacunación completa.
- Quinto caso: mujer de 19 años con síntomas desde el 19 de febrero y exantema el 23 de febrero residente en el mismo edificio de los casos 1, 2 y 4.
- Sexto caso: adolescente de 16 años, hermana de un caso previo, con síntomas desde el 19 de febrero y exantema el 25 de febrero.
- Undécimo caso de la serie (13 de marzo): niño de 9 años. Se identificó como contacto hospitalario del caso 7 (descrito más adelante).

Cinco de los siete casos residentes de CABA viven en edificios de propiedad horizontal en la comuna 14. El sexto caso vive a 100 metros de distancia. El último caso reside en la comuna 1.

Casos confirmados residentes de la provincia de Buenos Aires

A la fecha, han sido confirmados 4 casos de sarampión en la provincia de Buenos Aires.

- Séptimo caso: paciente de 8 meses, residente de Florencio Varela. Inició síntomas el 23 de febrero, con exantema el 27 de febrero. A partir de la investigación epidemiológica se constata que su padre presentó fiebre y exantema el 12 de febrero, trabajaba en proximidad con los casos de CABA, estableciendo el nexo epidemiológico. Por lo tanto, se considera al padre el octavo caso.
- Noveno caso: niño de 2 años. contacto directo del caso 7. Vacuna correcta para la edad.
- Décimo caso: hombre de 27 años. contacto directo del caso 8.

A continuación, se describen las líneas temporales de los casos:

A excepción del segundo caso, que requirió internación por neumonía, los demás casos fueron manejados de manera ambulatoria y evolucionan favorablemente. Ocho de los casos fueron confirmados en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS "Carlos G. Malbrán" con identificación del genotipo B3.

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.

IV.4. 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.

IV.5. 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.

IV.5.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 obligatoria⁹.

Todo caso sospechoso de EFE deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)¹⁰ al grupo de eventos Enfermedad Febril Exantemática, con datos completos tanto de identificación, clínicos, epidemiológicos y por laboratorio.

⁹ 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

¹⁰ 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

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

IV.5.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.
- **Niños de 5 años y más, 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>

IV.5.C. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS**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.

Ficha de notificación:

[ficha de sarampion y rubeola 1742024.pdf](#)

Alerta epidemiológica del 06 de marzo de 2025:

[alerta epidemiologica-sarampion 07032025 0.pdf](#)

EVENTOS
PRIORIZADOS

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

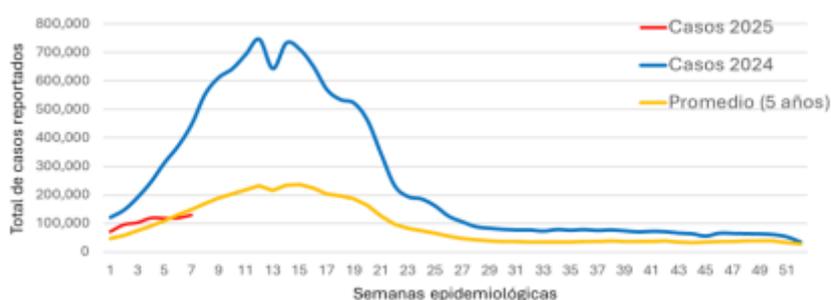
V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus

V.1.A. INTRODUCCIÓN

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 07, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 6 de marzo.

A la semana epidemiológica (SE) 7 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 760,133 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 75 casos por 100,000 hab). Esta cifra representa una disminución de 59% en comparación al mismo periodo del 2024 y un incremento de 15% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 7.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 7 en 2025, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



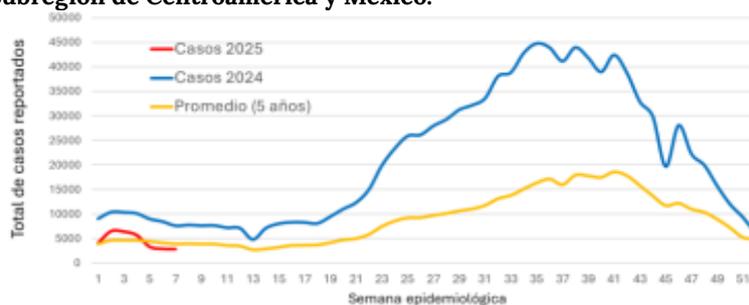
Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De los 760,133 casos de dengue reportados en las Américas, 256,741 casos (34%) fueron confirmados por laboratorio y 1,005 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 217 muertes por dengue, para una letalidad del 0.029%. Veinte países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 7. Estos países registran en conjunto 129,866 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 7. Del total de casos registrados en la SE 7, 126 fueron casos de dengue grave (0.1%) y se reportaron 13 muertes para una letalidad de 0.010%.

V.1.B. SUBREGIÓN CENTROAMÉRICA Y MÉXICO

Un total de 2,857 nuevos casos sospechosos de dengue se notificaron durante la SE 7. Hasta esta semana la subregión presenta una disminución de 51% en comparación con el mismo periodo del 2024 y un incremento de 5% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 7, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión de Centroamérica y México.

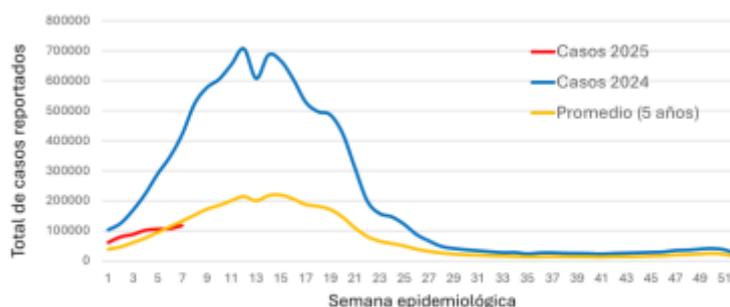


Fuente: Organización Panamericana de la Salud

V.1.C. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 118,164 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 7. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 60% en comparación con la misma semana del 2024 y un incremento de 17% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Brasil presentan un incremento de 15% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

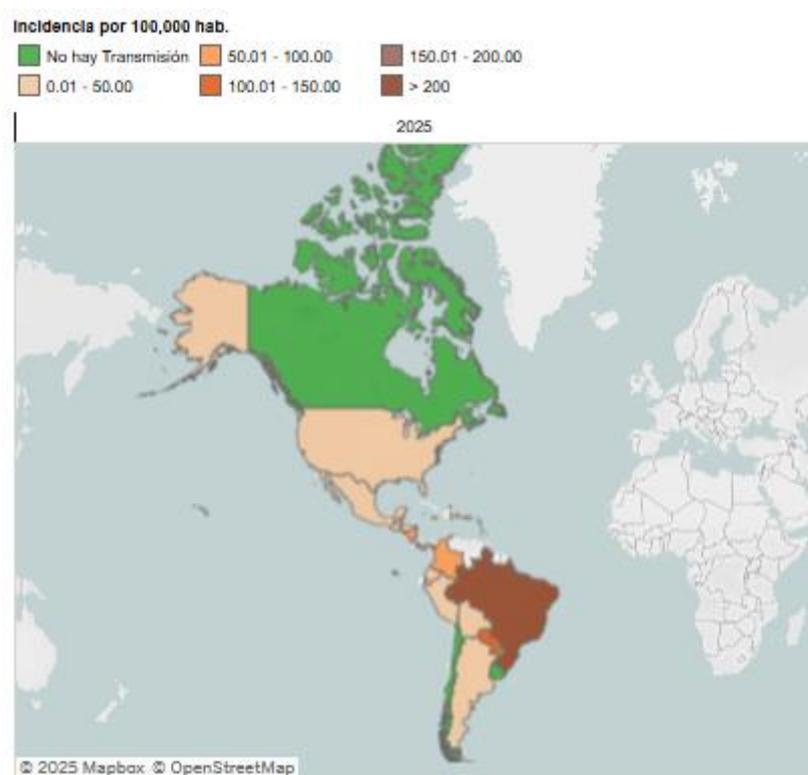
Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 7, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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 METODOLÓGICA:

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 13/03/2025 en países regionales seleccionados¹¹. Además, se incluye información de la actualización epidemiológica de Oropouche en la Región de las Américas, publicada el 11/02/2025¹².

Brasil: hasta la SE 10/2025, se han reportado 896.432 casos de dengue, con 243 fallecimientos asociados, lo que representa un 71% menos que lo registrado en la misma semana de 2024. Respecto a chikungunya, hasta la semana 10/2025, se notificaron 53.366 casos, un 69% menos que lo registrado durante el mismo período de 2024, con 27 fallecimientos para este evento. En cuanto a zika, hasta la SE 8/2025 se reportaron 2556 casos, un 74% menos en comparación a la misma semana de 2024, sin registro de fallecimientos. 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.

¹¹ Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html>

¹² Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-oropouche-region-americas-11-febrero-2025>

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: hasta la SE 8/2025, se han reportado 5.459 casos de dengue, un 55% menos que a la misma semana de 2024, sin fallecidos registrados para este evento. En cuanto a chikungunya, hasta la misma semana, se registraron 77 casos, lo que representa un descenso del 48% en comparación con la SE 8/2024. Asimismo, hasta la SE 8/2025 se notificaron 31 casos de zika, un 61% menos de lo registrado durante el mismo período de 2024. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos. En cuanto 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: hasta la SE 9/2025, se han reportado 8.558 casos de dengue, un 95% menos que a la misma semana de 2024, sin fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, hasta la semana 9/2025 se notificaron 40 casos, un 98% menos comparado con el año anterior, sin defunciones por este evento. Respecto al zika, hasta la fecha no se han registrado casos, mientras que hasta la misma semana del año 2024 se habían reportado 2 casos.

Perú: hasta la SE 8/2025, se han notificado 15.668 casos de dengue, un 57% menos que el mismo periodo de 2024, con 14 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 9/2025 se registraron 32 casos, un valor 23% mayor con respecto al año anterior. Asimismo, se han registrado 16 casos de zika hasta la SE 9/2025, mientras que en el mismo período de 2024 no se había notificado ningún caso. Respecto a Oropouche, en 2024 se notificaron 1.263 casos confirmados, con una mayor concentración en los primeros meses del año, sin defunciones asociadas. En 2025, hasta la SE 4, se han confirmado 2 casos.

En 2024, Brasil y Paraguay reportaron un aumento en los casos de dengue en comparación con el año anterior. En cuanto a chikungunya, los casos disminuyeron en Bolivia, Paraguay y Perú, pero aumentaron en Brasil. Asimismo, los casos de zika se redujeron en Bolivia y Perú, mientras que en Brasil aumentaron y en Paraguay se registraron casos.

Durante el año en curso, se ha observado una disminución en los casos de dengue en todos los países mencionados, así como una reducción en los casos de chikungunya y zika en Brasil, Bolivia y Paraguay.

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.

Por otro lado, se ha registrado un brote de Oropouche en la Región de las Américas, que este año afecta a Brasil y Perú.

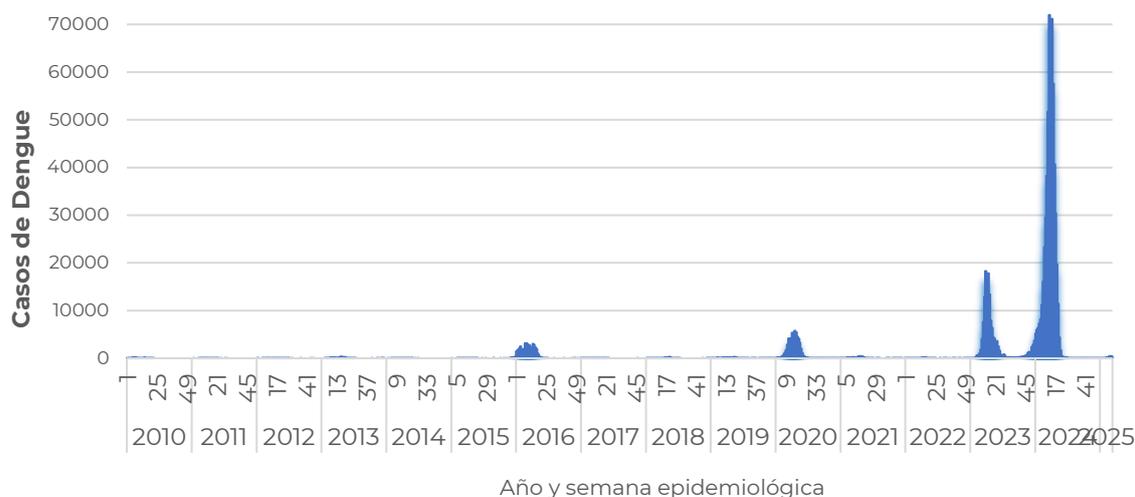
V.2. Situación de dengue en Argentina

V.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-SE10/2025. Argentina. N=847.058

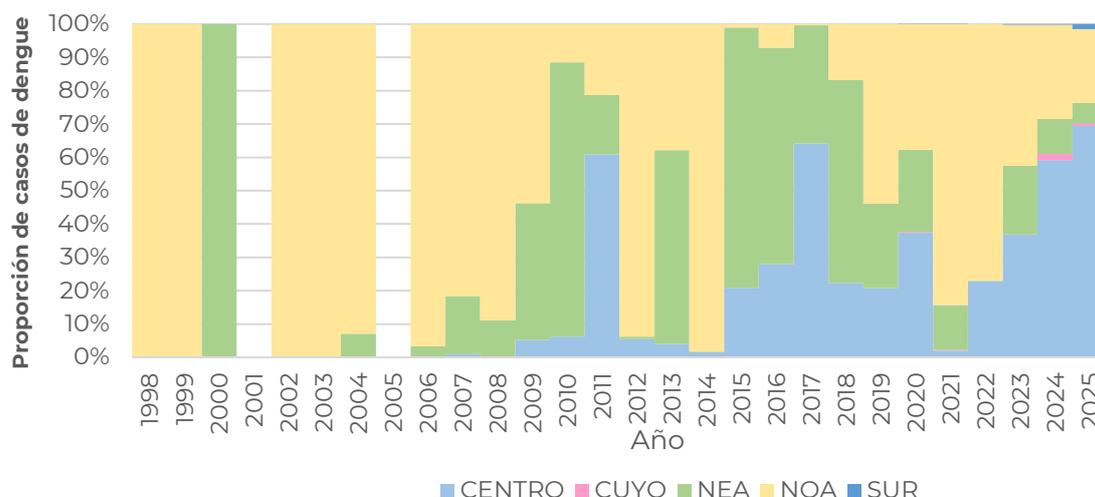


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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.

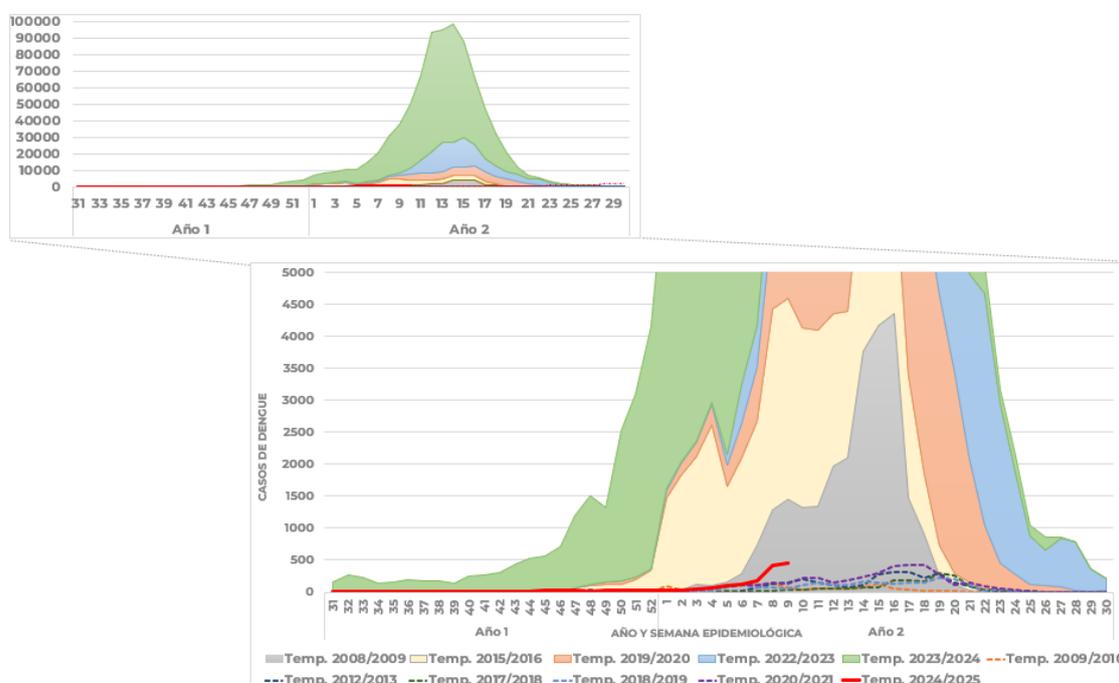
Gráfico 5. Dengue: Distribución regional de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998- 2025.



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 (áreas) y no epidémicas (líneas punteadas). 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 SE10/2025. 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 la SE 41. Hasta la SE 4, la curva actual (roja) sigue una tendencia muy similar a la temporada 2020/2021 (n=4.157) teniendo en cuenta que esta última fue la de mayor magnitud dentro de las no epidémicas. A partir de la SE5, la temporada actual muestra un aumento, superando a la del 2020/2021 y ubicándose en un escenario intermedio entre dicha temporada y la del 2008/2009 (el área gris del gráfico precedente, n=25.945).

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.

V.2.B. PLAN DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA A EPIDEMIAS DE DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSIS¹³

En el mes de agosto del 2024, se presentó el **“Plan de preparación y respuesta integral a epidemias de dengue y otras enfermedades arbovirales”** cuyo objetivo es fortalecer la capacidad de preparación y respuesta frente a brotes y epidemias por dengue y otros arbovirus en Argentina con el fin de disminuir la morbimortalidad.

El mismo distingue cuatro fases que implican diferentes actividades de respuesta y están definidas fundamentalmente a partir de indicadores producto de la vigilancia epidemiológica: preparación, alerta temprana, respuesta a epidemia y recuperación. Asimismo, se divide en 8 pilares o componentes dentro de los cuales se encuentran la “Vigilancia, investigación epidemiológica integrada y ajustes a medidas de salud pública”, así como la “Vigilancia virológica de las arbovirosis”. Sobre estos dos pilares, se presentan lineamientos específicos para el abordaje de las arbovirosis en el presente documento.

¹³ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/08/plan_de_preparacion_arbovirus_2782024.pdf

Fase de preparación

Se inicia con el período inter epidémico, es decir, cuando el número de casos de dengue se consideran bajos en relación con valores de incidencias históricas del país. La finalidad de establecer las actividades de esta fase es poder anticiparse al momento de mayor intensidad de la transmisión del virus y, como consecuencia, al incremento de los casos. Se precisa contar tanto con un sistema de vigilancia epidemiológica que sea sensible a captar modificaciones en él, advirtiendo la presencia de un brote o epidemia, así como también contar con recursos materiales, financieros y humanos para que la respuesta brindada sea oportuna.

Desde el segundo pilar, esta fase comprende gestionar recursos físicos y materiales para garantizar una correcta vigilancia, capacitar al personal identificado que realiza actividades de vigilancia, notificar el 100% de los casos sospechosos, así como también estudiarlos y realizar una completa investigación epidemiológica. Además, se debe realizar un análisis y difusión de la situación epidemiológica con una posterior evaluación del sistema de vigilancia.

Para el tercer pilar, que trata sobre la vigilancia virológica, resulta crucial en esta etapa poder revisar y actualizar los algoritmos de laboratorio para luego difundirlos, así como también capacitar al personal con respecto a las actualizaciones. Por otra parte, se fomenta la búsqueda de diagnósticos diferenciales ante la sospecha de circulación de otros Arbovirus. Además, es necesario realizar un relevamiento de los equipamientos, reactivos, e insumos u otros requerimientos para garantizar el diagnóstico. Las metodologías que se utilicen deben estar de acuerdo con los estándares de calidad y bioseguridad del laboratorio.

Fase alerta temprana

Luego de la finalización del período inter epidémico, se puede comenzar a evidenciar un aumento en el registro de los casos. Dentro de los pilares del plan, el que tiene la posibilidad y la responsabilidad de emitir las señales de alerta es el de vigilancia, investigación epidemiológica integrada y ajustes a medidas de Salud pública. Se consideran las siguientes **señales de alerta**: aumento de hospitalizaciones, incremento de casos probables y confirmados, aumento de la positividad, introducción de un nuevo serotipo, cambio del serotipo dominante o cambio en genotipos.

Con respecto a las actividades desde la vigilancia, en esta fase resulta prioritario realizar reuniones y asesorías con el nivel jurisdiccional para garantizar un correcto abordaje del brote, así como también se considera la emisión de alertas a las áreas, jurisdicciones y organismos internacionales involucrados sobre la situación epidemiológica.

Además, se continuará con la **notificación del 100%** de los casos sospechosos manteniendo también la toma de muestra de todos los casos, sobre todo en los casos con signos de alarma, graves y embarazadas.

En esta fase se deberá activar el comité nacional de vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue para realizar una revisión de los casos notificados fallecidos.

En lo que respecta a la vigilancia virológica, en alerta temprana se precisa garantizar el flujo de información desde los laboratorios hacia el paciente, los referentes epidemiológicos y de manejo de vectores. Además, se debe monitorear la situación para detectar aumentos en la demanda de los laboratorios, en los resultados positivos o en la detección de un nuevo serotipo. Se continuará supervisando el inventario de los reactivos y consumibles con el fin de evidenciar si existe una reducción de los mismos.

Fase respuesta a epidemias

En esta fase, el aumento en el registro de casos observado en la fase de alerta temprana se vuelve sostenido. Transicionar desde el escenario de alerta temprana al de fase de respuesta no quiere decir que aquellas acciones que se tomaron previamente no surtieron efecto, sino que por las características de la transmisión de dichas arbovirosis y los cambios en la adaptación del vector a la vida doméstica, en muchas ocasiones la transmisión no cesa y actúa de manera tan intensa que no se puede evitar la epidemia.

A partir de los recursos planteados en la fase de preparación, en esta fase resulta crucial activar los recursos humanos complementarios para hacer frente a la epidemia. Se intensificará la difusión de circulares y alertas de vigilancia para mantener actualizada la situación epidemiológica, así como también la realización de informes para el boletín epidemiológico nacional.

Se continúa con la notificación al 100% de los sospechosos garantizando herramientas de recolección de datos rápidas. De acuerdo a los insumos disponibles se podrá realizar un muestreo del 10 al 30% de los casos leves, manteniendo al 100% la toma de muestra a los casos con signos de alarma, graves y embarazadas.

Para la vigilancia virológica en este momento se priorizará aquellas muestras de casos de dengue con signos de alarma, dengue grave, pacientes pediátricos, embarazadas y pacientes con comorbilidades, así como chikungunya y zika grave, fallecidos u otro grupo de riesgo que se considere. Además, se continuará procesando un porcentaje de muestras para monitorear el serotipo. Se realizarán informes periódicos que den cuenta de la capacidad laboratorial con el fin de detectar si existe un exceso en la misma.

Fase de recuperación

Luego de brindarse la respuesta a la epidemia, se pasa a la siguiente fase en la que hay que garantizar la continuidad de los servicios de salud y de las actividades claves en términos de prevención del evento. En esta fase se comienza a disminuir la intensidad de las acciones realizadas en el escenario anterior hasta que pueda desactivarse el operativo, teniendo como meta el estado de inter-epidemia para luego comenzar nuevamente con las fases planteadas.

Identificar el cambio de fase y comunicarlo se consideran las primeras actividades desde la vigilancia epidemiológica, además se deben reconocer aquellas zonas que continúan con circulación viral de las que interrumpen la circulación. Por otra parte, se retoma la notificación con datos completos, toma de muestra e investigación de la totalidad de los casos. Por último, resulta importante evaluar las medidas adoptadas durante las fases de alerta y epidemia.

Con respecto al pilar sobre la vigilancia virológica, gradualmente se retomarán las actividades habituales del laboratorio (revisión de algoritmos, movilización del personal, porcentaje de muestreos, entre otros). Se identificará las fortalezas, debilidades y lecciones aprendidas con el fin de poder mejorar la respuesta en la próxima epidemia.

V.2.C. INDICADORES BASADOS EN LA VIGILANCIA PARA DETERMINAR FASES EPIDEMIOLÓGICAS

Para el segundo pilar del plan denominado “Vigilancia, investigación epidemiológica integrada y ajustes a medidas de salud pública” se han consensuado los siguientes indicadores de cambio de fase a nivel de departamento.

A partir de un ajuste implementado desde la puesta en marcha y considerando la naturaleza dinámica del análisis epidemiológico, se presenta una actualización de los indicadores publicados en noviembre de 2024. Para la transición de la *fase de preparación a la fase de alerta temprana*, se adoptará como criterio el aumento sostenido de casos confirmados y probables durante **dos semanas consecutivas**, en lugar de tres. Este ajuste permite una detección más oportuna de cambios en la situación epidemiológica reportada por las jurisdicciones, optimizando la respuesta sanitaria.

- Cambio de fase de preparación a fase de alerta temprana: aumento de casos confirmados y probables por **dos semanas consecutivas**.

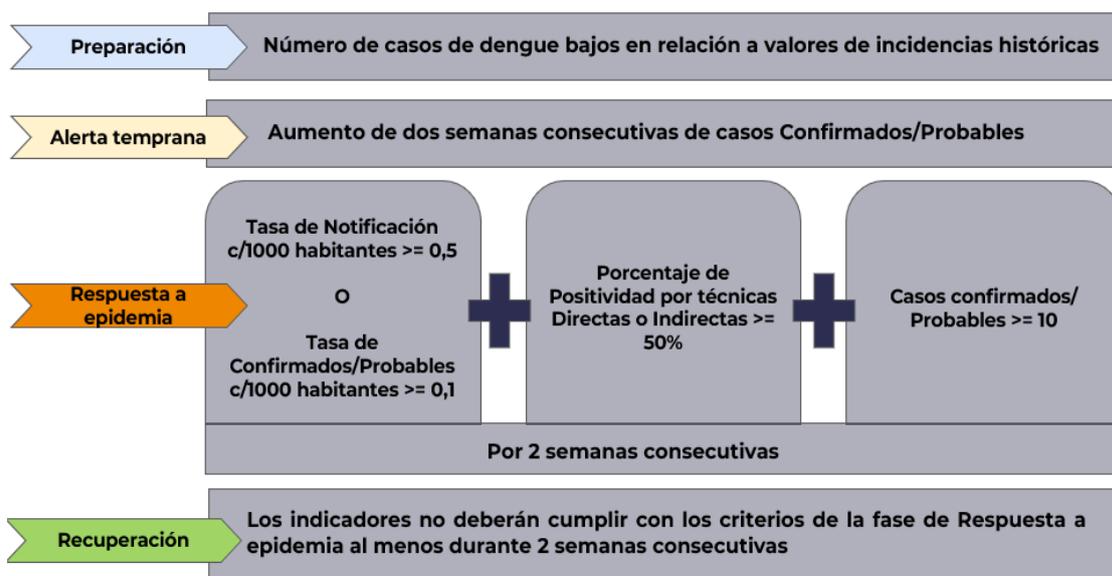
Es importante continuar confirmando casos todas las semanas para asegurar que los casos probables puedan estar relacionados al virus del dengue y no a otros posibles flavivirus/arbovirus circulantes. Por lo tanto, para considerar aumento de casos de dengue se considerarán todas las semanas con casos confirmados y probables, debiendo tener al menos un confirmado por laboratorio en cada semana.

- Cambio de fase de alerta temprana a respuesta a epidemias: resulta de la sumatoria por semana de las siguientes condiciones que se mantengan por al menos **dos semanas consecutivas**:
 - a) Tasa de notificación cada 1.000 habitantes mayor o igual a 0,5 o Tasa de confirmados o probables mayor o igual a 0,1 cada 1.000 habitantes, y;
 - b) Porcentaje de positividad por técnicas directas o indirectas mayor o igual al 50%, y;
 - c) Casos confirmados y probables mayores o iguales a 10.

Para considerar cambio de fase se considerarán todas las semanas con casos confirmados y probables, debiendo tener al menos un confirmado por laboratorio en cada semana.

- Cambio de fase de respuesta a epidemias a recuperación: Al menos 2 semanas de descenso de casos notificados o se notifiquen menos de 0,5 casos cada 1.000 habitantes o el porcentaje de positividad no sea mayor a 50%.

En esta fase se implementará el desescalado de las acciones de vigilancia en fase de respuesta, volviendo al estudio etiológico del 100% de los casos. Se considerará el fin de la fase de respuesta hasta la semana que se cumplen las condiciones antes mencionadas.

Figura 1. Indicadores de cambio de fase a nivel departamental en las jurisdicciones.

Fuente: Elaboración propia del Área de Análisis de información e Investigación. Ministerio de Salud de la Nación.

V.2.D. CASOS DE DENGUE SEGÚN FASE

En **fase de preparación**, **alerta temprana** y **recuperación**, todos los casos sospechosos de dengue deben ser estudiados por laboratorio para confirmar o descartar la infección, de preferencia a través de métodos directos en muestras tempranas.

Se considerarán casos de dengue de manera diferencial en cada fase para cada departamento. Los criterios para la consideración según la fase se listan a continuación:

- En los departamentos que se encuentran en **fase de preparación**, en **fase de alerta temprana** o en fase de **recuperación** se considerarán casos de dengue a los **casos confirmados por laboratorio**. Los casos probables deben ser confirmados o descartados antes de considerarse casos de dengue. Durante estas fases, los **casos probables por nexo epidemiológico** se considerarán únicamente si el caso evidencia un nexo comprobable con un caso confirmado. El mismo deberá registrarse en la solapa *epidemiología* en la sección factores de riesgo como "Nexo con caso de dengue confirmado".
- En los departamentos que se encuentran en **fase de respuesta a epidemias** se considerarán casos de dengue a los confirmados, probables por laboratorio o nexo y a todo caso sospechoso no descartado por otro diagnóstico o pruebas de laboratorio negativas.
- Independientemente de la fase se denominarán los casos descartados y no conclusivos como casos "con resultado negativo".

La interpretación de los resultados de laboratorio no varía por el escenario epidemiológico.

Todas las localidades sin casos confirmados por laboratorio durante dos períodos de incubación máximo (28 días) serán consideradas áreas en donde se ha interrumpido la circulación viral.

Todas las localidades donde se registren dos o más casos confirmados por laboratorio relacionados por lugar y tiempo, sin antecedente de viaje y con fecha de inicio de los síntomas en los últimos 14 días serán consideradas zonas con circulación viral activa.

V.2.E. TEMPORADA ACTUAL

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE10/2025), se notificaron en Argentina 39.312 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 1940 fueron confirmados por laboratorio. Como se puede observar en la Tabla 1, un total de 1890 casos no registraron antecedentes de viaje (97%). 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 132 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas¹⁴. Se confirmaron 50 casos con antecedente de viaje a Brasil, Cuba, México, Venezuela, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Colombia.

Durante la SE10/2025 (según fecha de notificación al SNVS¹⁵), se notificaron 2354 casos sospechosos¹⁶ de los cuales 467 se confirmaron y 77 fueron clasificados como casos probables donde el 87% se encuentran en investigación con respecto al antecedente epidemiológico. Cabe destacar que estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

La incidencia acumulada a nivel país para la temporada actual es de 3 casos cada 100.000 habitantes¹⁷. En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada fue la de la región NEA con 7 casos cada 100.000 habitantes, seguida por el NOA con 6, Centro con 4, Cuyo y, Sur con 1. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 65% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las Regiones NOA con el 17%, NEA con el 16%, Cuyo con el 1% y Sur con el 2%.

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

- Hasta la SE52 se notificaron 13 casos en promedio por semana, cuyo rango oscila entre 5 y 27. Si bien se observan sutiles oscilaciones asociadas al aumento/descenso

¹⁴ 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

¹⁵ Fecha de apertura

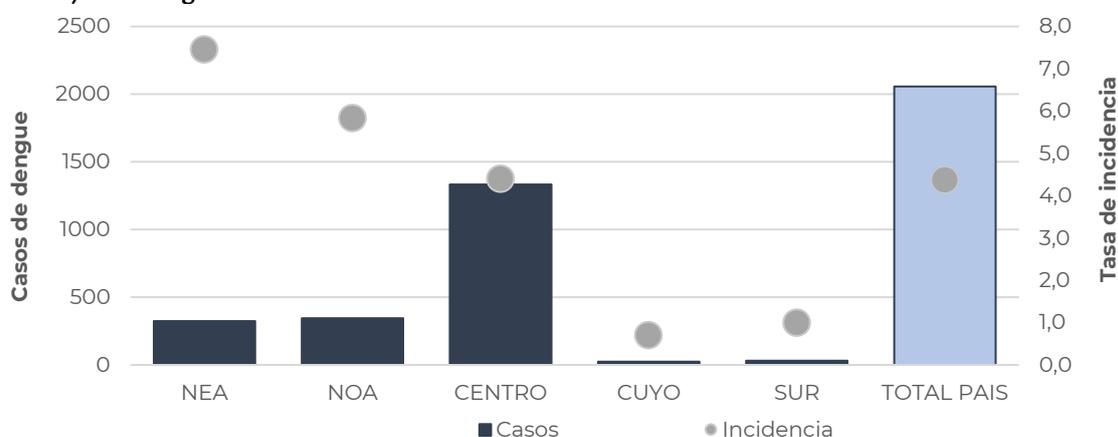
¹⁶ Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

¹⁷ Para el cálculo de la incidencia, se utiliza como referencia la población proyectada para 2024, basada en el Censo de 2010.

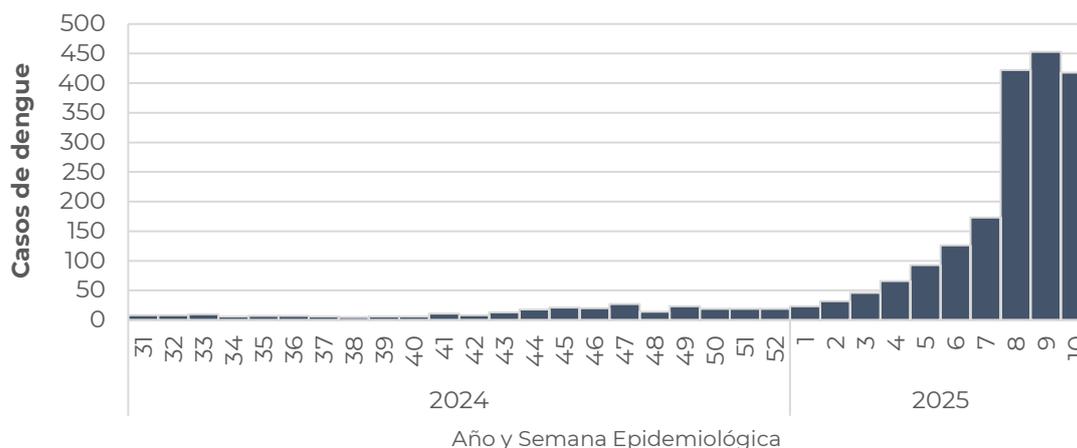
de casos, la curva mantiene una tendencia estable sin variaciones sustanciales en el comportamiento epidemiológico.

- 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 (SE1) y 453 (SE9), cuyo promedio de casos es de 185. Se observa un desaceleramiento en la tasa de crecimiento de la curva epidémica durante las últimas tres semanas. Es decir, el incremento en los casos reportados muestra una progresión más gradual, con un aumento menos pronunciado en comparación con las semanas previas. 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 y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab según Región. SE31/2024 a SE10/2025. 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 8. Dengue: Casos confirmados¹⁸ por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE10/2025. 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)

V.2.F. 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.

¹⁸Incluye 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)

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE10/2025. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Casos de dengue por criterio C-E*	Total casos de dengue	Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	57	212	6	7	0	63	3650	814	4746
CABA	14	78	7	2	0	21	1639	571	2311
Córdoba	685	437	6	2	117	808	5238	380	6865
Entre Ríos	23	30	2	3	0	25	563	18	639
Santa Fe	403	131	12	2	0	415	2436	434	3418
Total Centro	1182	888	33	16	117	1332	13526	2217	17979
Mendoza	10	42	2	2	0	12	1529	98	1683
San Juan	0	1	1	1	0	1	278	15	296
San Luis	9	3	2	0	0	11	152	20	186
Total Cuyo	19	46	5	3	0	24	1959	133	2165
Chaco	3	189	1	0	0	4	2025	101	2319
Corrientes	3	29	1	0	0	4	360	77	470
Formosa	313	4	0	0	0	313	4265	6	4588
Misiones	2	14	1	2	0	3	949	4	972
Total NEA	321	236	3	2	0	324	7599	188	8349
Catamarca	2	6	2	3	0	4	711	4	728
Jujuy	0	0	0	0	0	0	853	13	866
La Rioja	28	35	0	0	0	28	603	10	676
Salta	8	40	1	10	0	9	1678	73	1810
Santiago del Estero	0	33	1	1	0	1	836	262	1133
Tucumán	304	277	0	0	0	304	3967	502	5050
Total NOA	342	391	4	14	0	346	8648	864	10263
Chubut	0	0	2	2	0	2	19	2	25
La Pampa	26	11	2	0	0	28	294	32	365
Neuquén	0	2	1	0	0	1	29	2	34
Río Negro	0	0	0	1	0	0	3	0	4
Santa Cruz	0	0	0	1	0	0	40	3	44
Tierra del Fuego	0	0	0	1	0	0	12	0	13
Total Sur	26	13	5	5	0	31	397	39	485
Total País	1890	1574	50	40	117	2057	32129	3441	39241

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

**C-E: Clínico-epidemiológico*

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

A partir del ajuste realizado en los indicadores, se actualiza la situación epidemiológica jurisdiccional:

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 hasta la SE4/2025 se observó un aumento de casos en dichos departamentos. A partir de la SE5/2025, se observa una tendencia estable en la curva epidémica de la jurisdicción. El serotipo que circula con mayor frecuencia es DEN-2.

Presenta 3 departamentos en fase de alerta temprana: **Patiño** (desde SE34/2024), **Capital**

(desde SE46/2024), **Pilcomayo** (desde SE50/2024)¹⁹. Hasta esta edición, ninguno de los 3 departamentos ha cumplido con los criterios indicados para pasar a fase de respuesta a epidemia.

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, Colón, San Javier, San Alberto, Santa María y General San Martín**. El serotipo predominante es **DEN-1**.

A partir de la SE 5, el departamento de **San Javier** ingresó en la fase de alerta temprana pasando en la SE 7 a la fase de respuesta a epidemia. Las localidades más afectadas son **Villa Dolores y San José**.

Durante la SE5, el departamento de **General San Martín** ingresó a la fase de alerta temprana pasando en la SE 9 a la fase de respuesta a epidemia. El epicentro del brote se encuentra en **Villa María**.

Los departamentos de **Capital** (desde la SE4), **Colón** (desde la SE5), **San Alberto** (SE8) y **Santa María** (SE9) continúan en fase de alerta temprana. Las localidades más afectadas hasta la SE10 son **Córdoba capital, Jesús María, San Pedro y Alta Gracia**.

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.

Desde la SE1 se constata un aumento progresivo de casos en la ciudad de **Rosario**, (perteneciente al **departamento Rosario**), observándose el ingreso a la fase de alerta temprana expensas de los serotipos DEN-1 y DEN-2. Además, la localidad Pérez presenta un aumento progresivo de casos en las últimas semanas.

En la SE7, el departamento **San Lorenzo**, ingresó en la fase de alerta temprana, cuyo epicentro se encuentra en la localidad Fuentes. El serotipo detectado es **DEN-2**.

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**. En la SE7, Río Chico ingresó en la fase de alerta temprana pasando en la SE9 a la fase de respuesta a epidemia.

Además, en el transcurso de la temporada se han detectado casos aislados en Cruz Alta, Chicligasta y Monteros.

¹⁹ 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

La Pampa: Desde la SE2, se registra un aumento progresivo de casos sin antecedente de viaje en el departamento de Maracó, localidad **General Pico**, ingresando a fase de alerta temprana en la SE7. El serotipo detectado es **DEN-1**.

La Rioja: Desde la SE9, las localidades Ulapes, Aguayo y Solano pertenecientes al departamento Gral. San Martín registran conglomerados de casos de dengue a expensas del serotipo **DEN-1**.

San Luis: Desde la SE9, la localidad Tilisarao perteneciente al departamento Chacabuco registra un conglomerado de casos de dengue. El serotipo detectado es **DEN-1**.

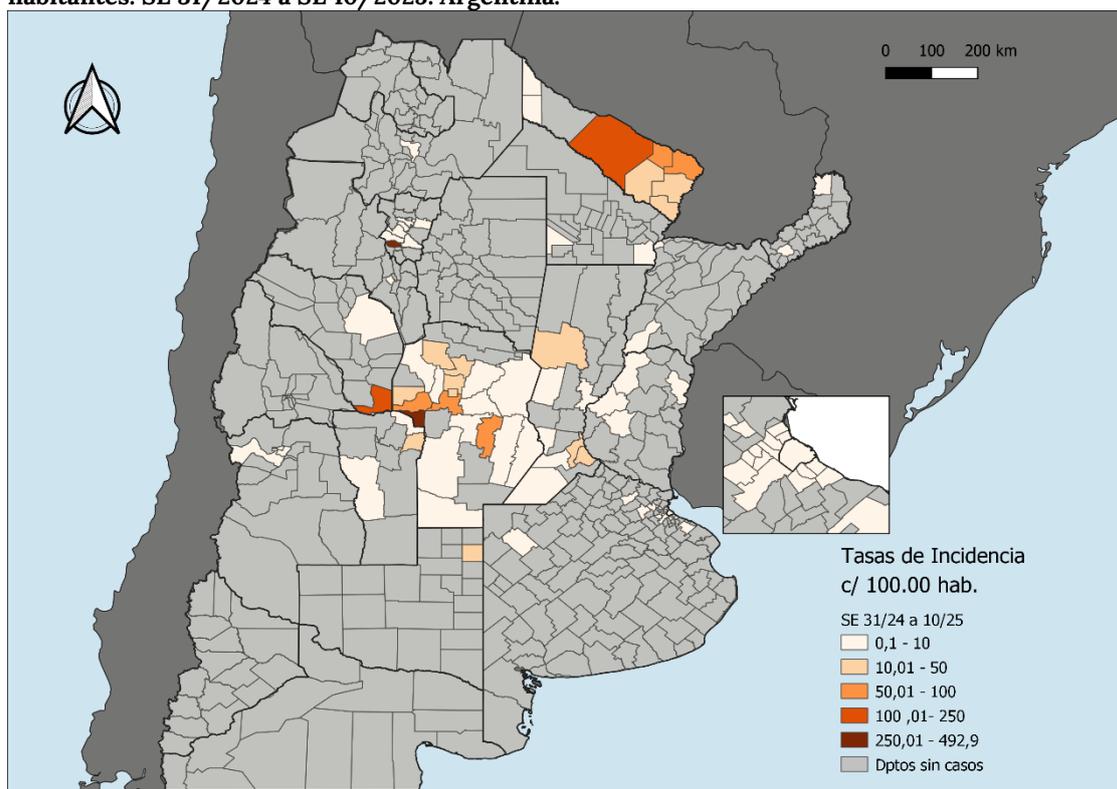
Buenos Aires: Se han identificado brotes de dengue causados por los serotipos DEN-1 y DEN-2 en al menos cinco localidades de municipios pertenecientes a la región AMBA. Las localidades son: Lanús (serotipo DEN-1), Ituzaingó (DEN-1), General San Martín (DEN-1), Tres de Febrero (DEN-1) y La Plata (DEN-2). Hasta el momento, los brotes identificados presentan una magnitud limitada²⁰.

Otras jurisdicciones que notificaron casos aislados sin antecedente de viaje son: **Mendoza** (Luján de Cuyo, Maipú, Guaymallén y Godoy Cruz), **CABA** (Comuna 1, 3, 11 y 14), **Entre Ríos** (Concordia, La Paz, Nogoyá y Paraná), **Salta** (Capital), **Misiones** (L.N. Alem e Iguazú), y **Corrientes** (Esquina). Los casos de dengue se distribuyen de manera dispersa en diversas localizaciones.

A partir de la SE10, el mapa de los departamentos afectados se realizará utilizando la tasa de incidencia por cada 100,000 habitantes, en lugar de basarse en el número absoluto de casos.

20 Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Provincial SE 9. [Boletines Epidemiológicos](#) | [Provincia de Buenos Aires](#)

Mapa 2. Dengue: Incidencia acumulada por departamento con casos de dengue cada 100.000 habitantes. SE 31/2024 a SE 10/2025. Argentina.



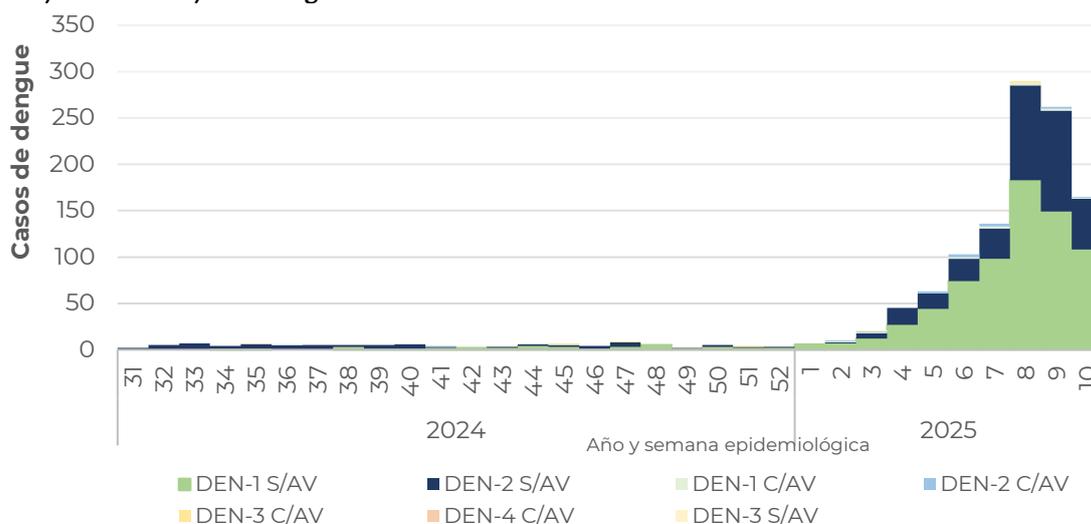
Fuente: Elaboración propia del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

V.2.G. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

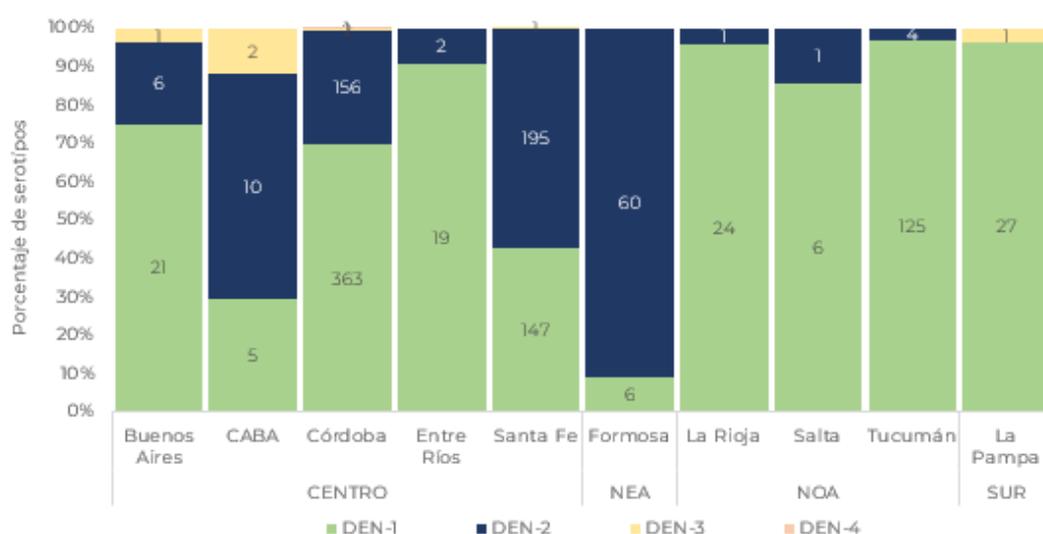
En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (62,8%). Los casos a DEN-2 alcanzan un 36,5%, sobre todo a expensas de la notificación de las provincias de Formosa y Santa Fe.

Durante la SE4 se ha notificado el primer caso de dengue con serotipo DEN-3, sin antecedente de viaje, en el departamento de Rosario, Santa Fe.

Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país (México, Brasil, Tailandia y Cuba).

Gráfico 8. Dengue: identificación de serotipo y antecedente de viaje según semana epidemiológica. SE31/2024 a SE10/2025. 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=1208) según provincia. SE31/2024 a SE10/2025. 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).

V.2.H. 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 188 casos sospechosos de dengue durante el embarazo

de los cuales, 12 casos ha sido confirmados, 4 casos probables, 155 cuentan con laboratorio negativo y 17 no cuentan con laboratorio.

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

En Santa Fe se registraron 3 casos confirmados en la Ciudad de Rosario. En dos de ellos, se detectó el serotipo DEN-2.

En la provincia de Córdoba se han registrado 5 casos confirmados, 2 pertenecientes al departamento Colón (DEN-2), 2 con residencia en el departamento San Javier (DEN-1) y un caso correspondiente a Capital (DEN-1).

En uno de los casos del departamento Colón, se arribó al diagnóstico a las pocas horas del nacimiento, dado que su madre se encontraba sintomática. Se detectó el serotipo DEN-2, interpretándose como Dengue asociado a transmisión vertical. Las manifestaciones clínicas registradas en el recién nacido fueron: exantema y trombocitopenia. Permaneció internado en el área de neonatología, con buena evolución. Se encuentra de alta médica, sin complicaciones asociadas.

Además, se registraron un caso en CABA (Comuna 14) asociado a DEN-1 y dos en la Provincia de Buenos Aires. De estos últimos, uno se detectó en La Matanza en la SE7, con serotipo DEN-1, mientras que el otro se identificó en Vicente López durante la SE9, asociado a DEN-2.

Todas las pacientes embarazadas no presentan antecedentes de viaje ni vacunación y han mostrado una evolución clínica favorable.

V.2.I. 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.

Durante la SE10, se registró un caso grave con residencia en el partido de Gral. San Martín, Provincia de Buenos Aires. El caso de 75 años de edad, sexo femenino, con antecedente de hipertensión arterial y cardiopatía asociada, permaneció internada en un Htal de Ciudad de Buenos Aires. Presentó un cuadro de diarrea, seguida por hemorragia digestiva baja. Requirió de cuidados intensivos, pero sin requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM). El caso niega antecedente de viaje, y no se cuenta con registros de vacunación. Se encuentra de alta dado que su evolución clínica fue favorable.

V.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 SE10/2025).

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 **1985** 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 SE10/2025. 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	131	0	46	0	80	3	28	0	7
CABA	0	5	0	2	0	1	0	1	0	2
Córdoba	0	121	0	46	0	76	4	252	0	0
Entre Ríos	0	25	0	1	0	13	3	32	0	1
Santa Fe	0	1081	0	61	0	40	0	10	0	14
Total Centro	0	1363	0	156	0	210	10	323	0	24
Mendoza	0	292	0	75	0	57	0	0	0	0
San Juan	0	1	0	1	0	1	0	2	0	1
San Luis	0	0	0	2	0	2	0	8	0	0
Total Cuyo	0	293	0	78	0	60	0	10	0	1
Chaco	17	756	0	381	0	20	0	2	0	1
Corrientes	0	31	0	10	0	7	0	1	0	0
Formosa	0	17	0	5	0	77	0	0	0	0
Misiones	0	45	0	21	0	26	0	0	0	19
Total NEA	17	849	0	417	0	130	0	3	0	20
Catamarca	0	15	0	12	0	1	0	0	0	12
Jujuy	0	34	0	17	0	1	0	1	0	0
La Rioja	0	70	0	68	0	3	0	1	0	47
Salta	0	375	0	222	0	110	0	0	0	1
Santiago del Estero	0	31	0	16	0	2	0	3	0	3
Tucumán	0	8	0	10	0	88	0	0	0	1
Total NOA	0	533	0	345	0	205	0	5	0	64
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	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
Total Sur	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0
Total País	17	3038	0	996	0	610	10	341	0	109

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 17 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 4 casos en las SE2 y SE8 del 2025, en los departamentos Quitilipi y San Fernando.

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

V.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 Epidemiológica²¹. 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 SE9/2025 se han estudiado 109 casos con sospecha de Fiebre Amarilla en humanos, 20 de esos en las provincias con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla (Misiones 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 nigritus* (Puerto Iguazú, Misiones). Todos fueron descartados para FA por el laboratorio nacional de referencia (INEVH).

V.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.

V.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

²¹ Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 3 de febrero del 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-america-3-febrero-2025>

densidad del vector en el ambiente y permitiendo identificar temporadas de mayor y menor actividad reproductiva.

V.4.B. EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32 (2024) -SE10 (2025)

Desde la semana epidemiológica (SE) 37 de 2024 hasta la SE 10 de 2025, los datos sistematizados en el Tablero Nacional muestran un aumento gradual en la positividad de los sensores de oviposición (IPO), evidenciando una tendencia descendente durante las últimas cuatro semanas (Gráfico 1). El IDH presentó inicialmente un aumento más paulatino, con una recuperación en el número de huevos registrado desde la SE06.

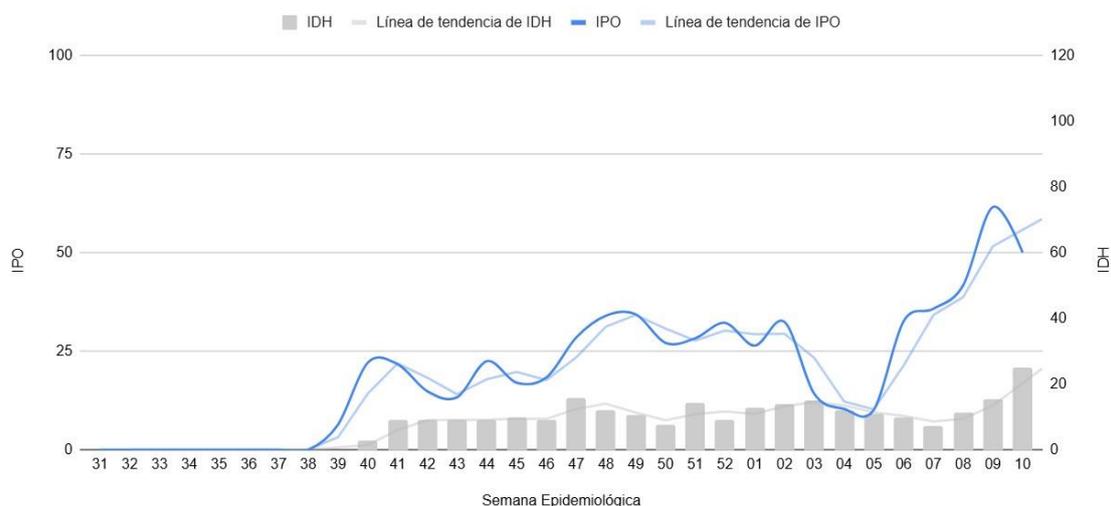
Gráfico 10. Evolución del IPO (línea azul) y el IDH (barras grises) en Argentina, SE 31 (2024)- SE 10 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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 de 2025, 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 cinco semanas, superando durante la SE08 el rango inferior correspondiente a un riesgo entomológico moderado (Gráfico 2), una situación que se mantiene hasta la semana actual.

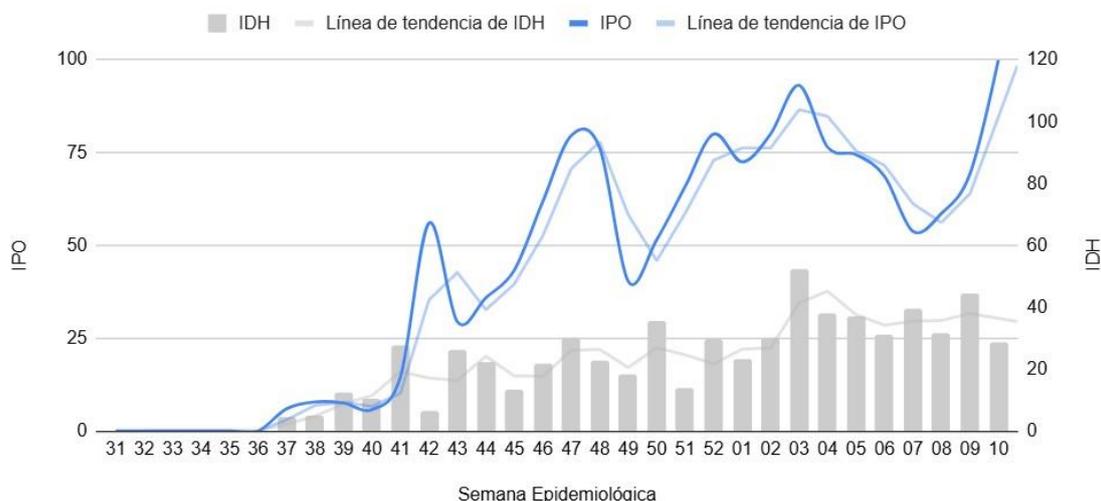
Gráfico 11. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 10 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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 aumento en los valores desde la SE08 luego de haberse registrado un descenso de tres semanas de duración. La región superó desde la SE 09 el riesgo entomológico alto.

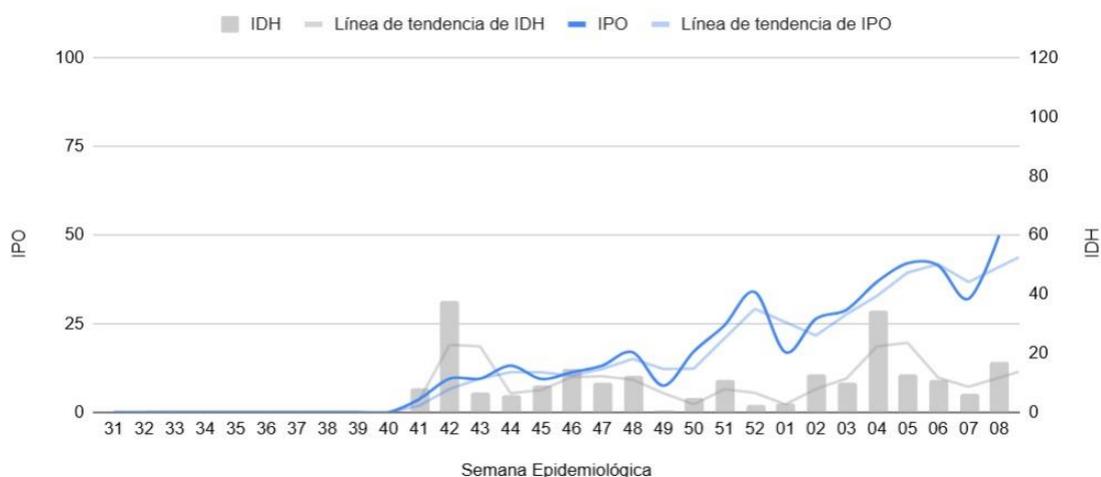
Gráfico 12. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 10 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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. Durante la SE08 los datos de dicha región han superado la barrera de riesgo entomológico moderado. Los datos para esta región se presentan hasta la SE08 inclusive.

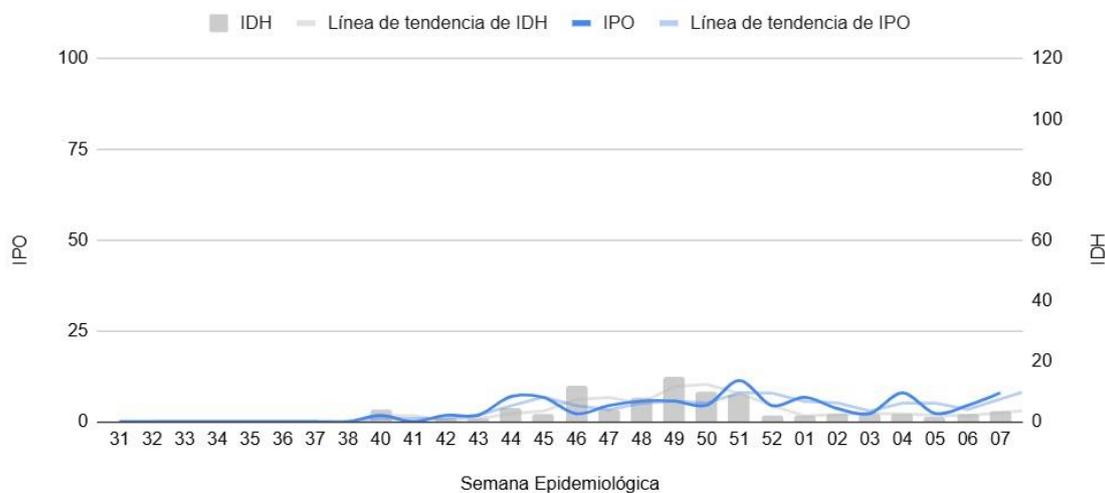
Gráfico 13. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 08 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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 característicos de la región. En términos generales, se observa un riesgo entomológico asociado bajo, aunque evidenciando una tendencia ascendente desde la SE05. Para esta región se presentan los datos hasta la SE07 inclusive.

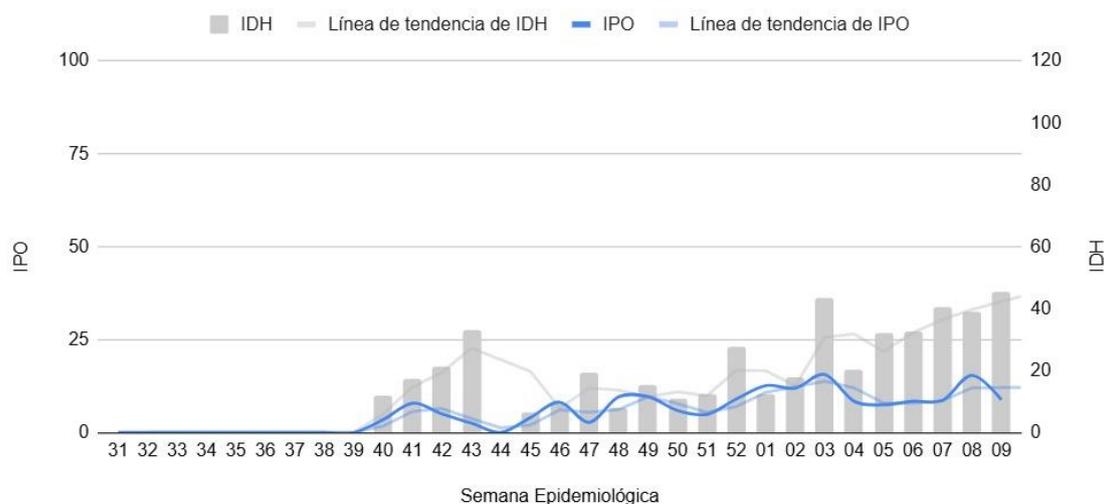
Gráfico 14. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 07 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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 y un posterior aumento sostenido durante 5 semanas, hasta registrar un nuevo descenso durante la SE09.

Gráfico 15. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 09 (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.

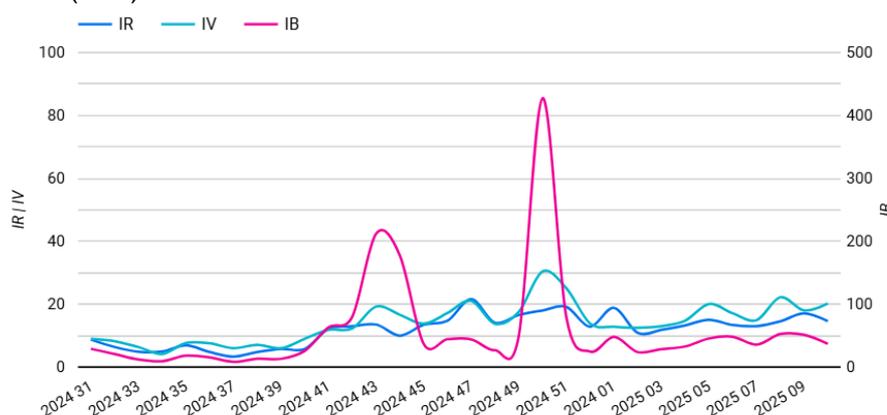
V.4.C. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR ÍNDICES LARVARIOS

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 16. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en Argentina SE 31 (2024)- SE 10 (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 la SE07 se registró un descenso relativo en el conjunto de los índices relevados, a partir de la SE08 los valores a nivel nacional muestran nuevamente una tendencia ascendente. Durante la última semana, los índices aélicos se ubicaron dentro del rango de riesgo entomológico moderado para los tres índices medidos.

Cuando se realiza la desagregación por región, se observa que la región NEA presenta en la SE10 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 levemente mayor a los detectados en NEA. Hasta el momento, el volumen de las intervenciones territoriales registradas en las regiones de Cuyo y Centro no permiten aún realizar cálculos robustos de índices larvarios.

Tabla 3. Índices larvarios aélicos por región SE010 2025. Argentina.

Región	Índice de Vivienda	Índice de Recipiente	Índice de Breteau
NEA	21,14	16,66	56,25
NOA	7,75	4,96	59,99

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

VI.1. Nota Metodológica

En el presente BEN, además de la síntesis semanal de Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas, se amplía la información de **Vigilancia de Eventos Clínicos** y **Vigilancia Universal de Virus Respiratorios por Redes de Laboratorio**. Para esta última, se consideran las detecciones de SARS-CoV-2 e influenza (según tipo, subtipo y linaje) notificadas con modalidad nominal en los eventos del SNVS destinados a tal fin, tanto centinela como no centinela, así como las detecciones de Virus Sincicial Respiratorio (VRS) y otros virus respiratorios notificadas con modalidad agrupada

VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios²²

Situación Regional: En general, América del Norte y partes del Caribe mantienen un aumento de la actividad de influenza principalmente asociado a influenza A(H1N1)pmd09 influenza A(H3N2) e influenza B/victoria, mientras que la actividad del VRS se mantiene en niveles epidémicos pero con tendencia a la disminución. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja. En América Central, la circulación de influenza A(H1N1)pmd09 se mantiene estable y el VRS disminuye. La actividad de SARSCoV-2 disminuyó con respecto a la semana epidemiológica (SE) anterior. La subregión andina muestra un aumento en la detección de VRS e influenza, además de una mantención en la detección de SARS-CoV-2. Brasil/Cono Sur presenta niveles interestacionales para influenza y VRS. En el caso de SARS-CoV-2 se observa estable en su detección.

América del Norte: Los casos de ETI y las hospitalizaciones relacionadas con virus respiratorios se han mantenido en niveles epidémicos durante las últimas SE y mostrando una tendencia al descenso. La mayoría de los casos positivos de ETI se atribuyen a la influenza, mientras que los casos de IRAG y las hospitalizaciones están vinculados tanto a la influenza como al VRS. La actividad de la influenza se mantiene en niveles epidémicos en Canadá y México, con A(H1N1)pdm09 y A(H3N2) como cepas predominantes. La actividad del VRS, después de alcanzar máximos estacionales en SE previas, continúa disminuyendo. La circulación del SARS-CoV-2 se mantiene baja.

Caribe: La actividad de influenza se mantiene alta tanto para ETI como para IRAG. Se informó que el subtipo de influenza predominante era A(H1N1)pdm09. Los casos de VRS y SARS-CoV-2 se mantienen bajos.

Centroamérica: La actividad de ETI mantiene un alto porcentaje de casos positivos atribuibles a influenza con A(H1N1)pdm09 como la cepa predominante, seguida de influenza B/Victoria. La actividad de VRS y SARS-CoV-2, se mantiene en niveles bajos.

Países Andinos: La actividad de ETI e IRAG se mantiene baja en la mayoría de los países. La circulación de influenza es baja, con influenza A(H3N2) como cepa predominante seguido de

²² 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>

influenza B/Victoria. La circulación del VRS muestra un aumento en las últimas semanas. La positividad de SARS-CoV-2 ha comenzado a disminuir.

Brasil y Cono Sur: Los casos de ETI y de IRAG se han mantenido bajos en las últimas semanas. La actividad de influenza se presenta en niveles interestacionales, con Influenza B/Victoria como cepa predominante, seguida de A(H1N1)pdm09. La circulación de VRS se mantiene baja. La positividad de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles similares a semanas anteriores.

VI.3. Síntesis de la información nacional destacada a la SE10/2025

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

- Entre la semana epidemiológica 1 y 10 de 2025 se notificaron 69.251 casos de ETI, 13.091 casos de Neumonía y 6427 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando un descenso de las notificaciones de ETI del 45,3%, de neumonías del 21,0% y de bronquiolitis 39,8%, respecto al mismo período del 2024.

VI.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 SE9 y 10/2025 se notificaron 4 casos de influenza entre las 56 muestras estudiadas. Para VSR, no se registraron casos positivos entre las 47 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 SE10/2025 se registraron 2 casos positivos para SARS COV 2 entre las 50 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 SE10 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 6420 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3444 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 205 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 6 detecciones de influenza, 6 casos de SARS-CoV-2 y 4 casos de VSR.²³

²³ 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. Para más información, consultar la *Guía Operativa de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)*, en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

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

- En las primeras 9 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 (1003 casos) y tendencia descendente posterior.
- Durante la SE9/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, parainfluenza, adenovirus y VSR.

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 SE10/2025, 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 SE10/2025 se registraron 19 casos positivos internados con este diagnóstico. En la última semana epidemiológica no se registraron fallecidos con este diagnóstico.

VI.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

VI.4.A. ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

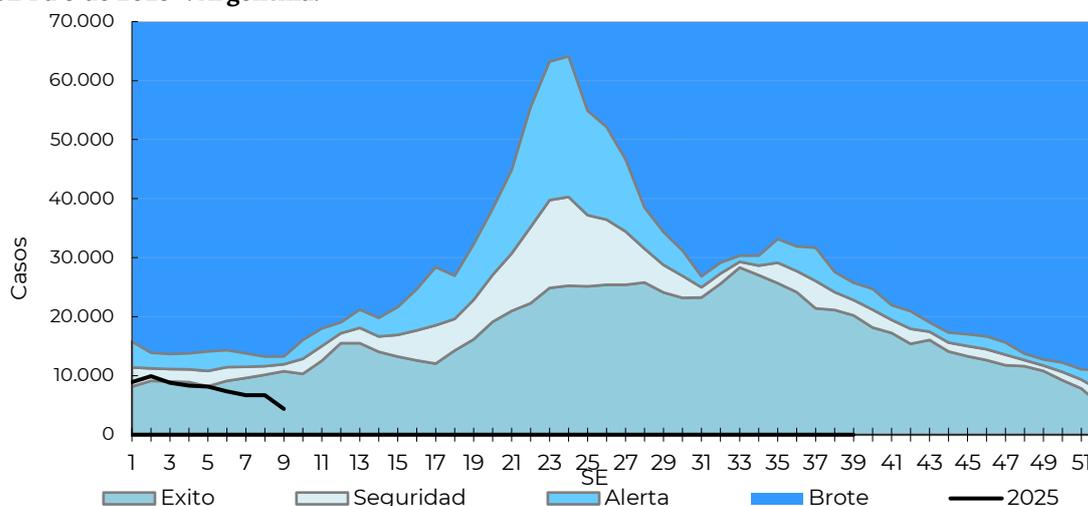
Entre las SE 1 y 9 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 69.251 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 145,9 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registró durante 2024 (126.562 casos). mientras que en 2021 se reportó un nivel de casos inferior en comparación con los años previos. En el corriente año se registra un menor número de casos que la mayoría de los años analizados, superando únicamente los valores de 2021.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE9. Argentina.

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

Las notificaciones de ETI registradas en el SNVS correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, se encuentran en las SE1 y 2 de 2025 en niveles de seguridad, con un descenso posterior, permaneciendo en niveles esperados en las últimas SE.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 9 de 2025²⁴. Argentina.

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

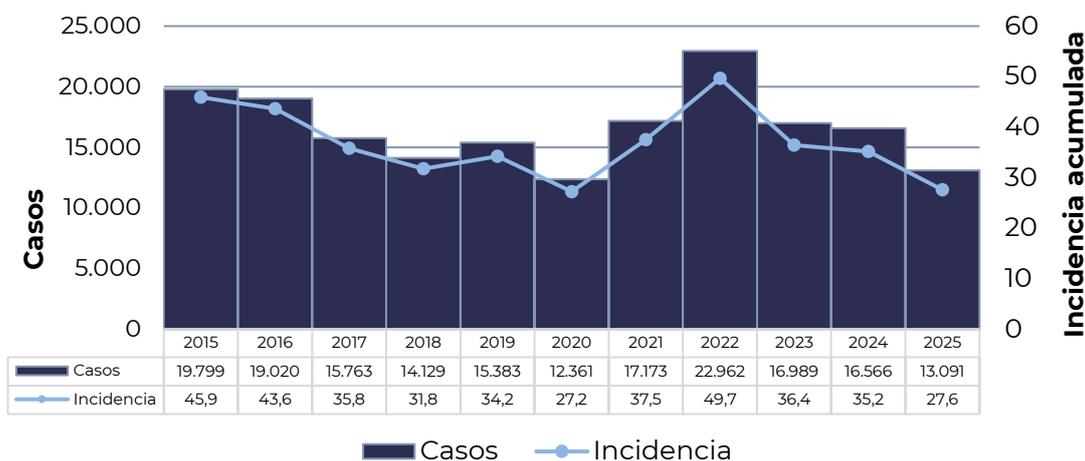
VI.4.B. NEUMONÍA

Hasta la SE9 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 13.091 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 27,6 casos/ 100.000 habitantes.

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

Entre 2015 y 2025, las notificaciones de neumonía mostraron el mayor número de casos en 2022. Las notificaciones presentan una disminución sostenida entre 2016 y 2018, con un ligero ascenso en 2019 respecto del año anterior. En 2020 se registró un nuevo descenso de casos, volviendo a incrementarse durante los años 2021-2022, y mostrando una ligera disminución en 2023-2024. Para la SE9/2025, se verifica un menor número de registros en relación a años previos, superando únicamente los valores de 2020.

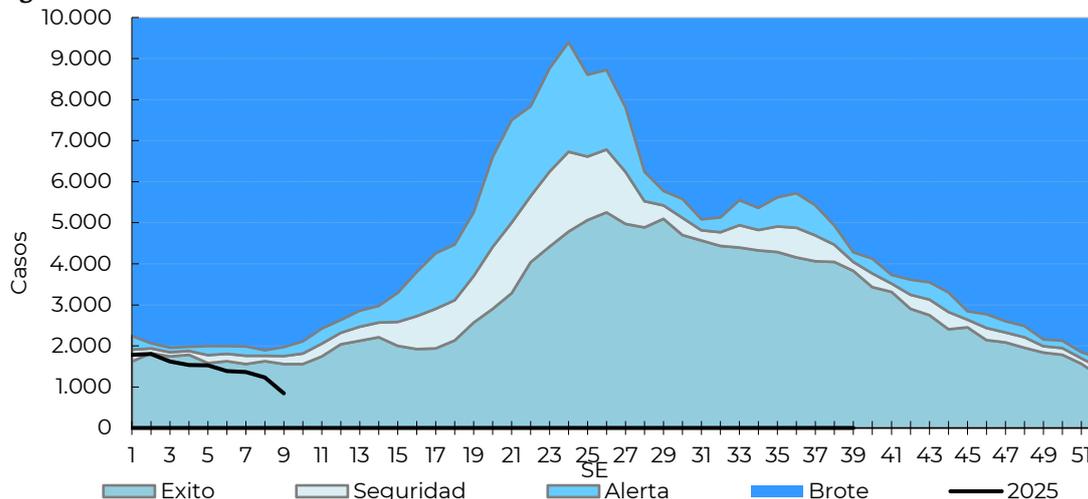
Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE9. Argentina.



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 SNVS²⁰.

Las notificaciones de neumonía a nivel país se ubican, respecto al comportamiento en años históricos, dentro de los niveles de seguridad en la SE1, permaneciendo entre SE2 y 9 en niveles esperados.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 9 de 2025²⁵. 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 SNVS²⁰.

²⁵ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

VI.4.C. BRONQUIOLITIS

Para las primeras 9 semanas epidemiológicas de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 6.427 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 444,4 casos/100.000 habitantes.

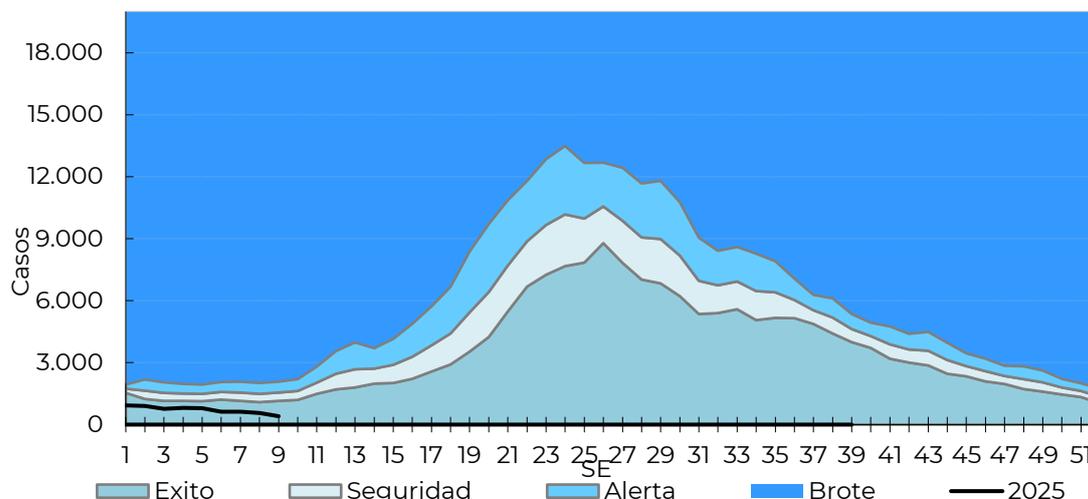
En relación a los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 9 alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso a partir de 2016. En 2019, presentaron un ligero incremento, con un nuevo descenso en 2020 y 2021, cuando se registró el menor número de notificaciones. Para los años 2022 a 2024 se verifica un aumento en las notificaciones de bronquiolitis, mientras que en las primeras semanas de 2025 las notificaciones fueron menores en comparación con la mayoría de los años históricos, salvo para 2021.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE9. Argentina.



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

Para las 9 primeras semanas del año 2025, las notificaciones de bronquiolitis por semana se encontraron dentro de los límites esperados.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 9 de 2025²⁶. Argentina.

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

VI.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios

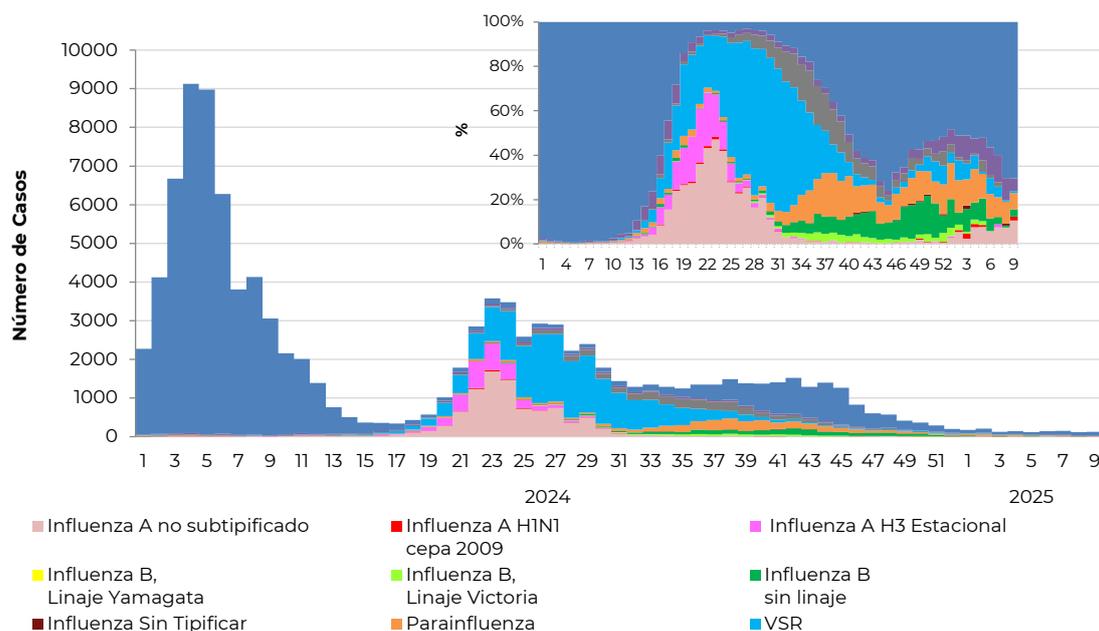
En lo que va de 2025, si bien se registran casos de influenza, VSR y SARS-CoV-2 todas las semanas, las detecciones se encuentran en niveles bajos.

Durante 2024, aun cuando el número de casos de SARS-CoV-2 por SE fue menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 80% de los casos entre las SE1 y SE12, con el mayor número de casos registrado entre las SE03 y SE06. Posteriormente, las detecciones semanales disminuyeron y, a partir de la SE32, los casos volvieron a incrementarse, alcanzando un nuevo pico en la SE44, aunque con una magnitud menor al ascenso previo. En cuanto a la influenza, se destacó un aumento pronunciado de las notificaciones entre las SE16 y SE23, con predominio de influenza A (sin subtipificar y A H3N2), concentrándose el 78% de los casos entre las SE18 y SE30. A partir de la SE31, los casos empezaron a disminuir, y hacia las últimas semanas del año, se observó un cambio en el tipo de influenza identificado, con predominio de influenza B (linaje Victoria), que experimentó un aumento. En relación al VSR, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16, alcanzando su máximo en la SE26, con el 91% de las detecciones concentradas entre las SE20 y SE36, y tendencia descendente después del pico alcanzado en la SE26. Respecto a otros virus respiratorios, se observó un aumento en las detecciones de metapneumovirus a partir de la SE23, alcanzando su pico en la SE38. Asimismo, entre las SE30 y SE38, se registró un incremento en los casos de parainfluenza, seguido de un descenso posterior.

Durante la SE9/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, parainfluenza, adenovirus y VSR.

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

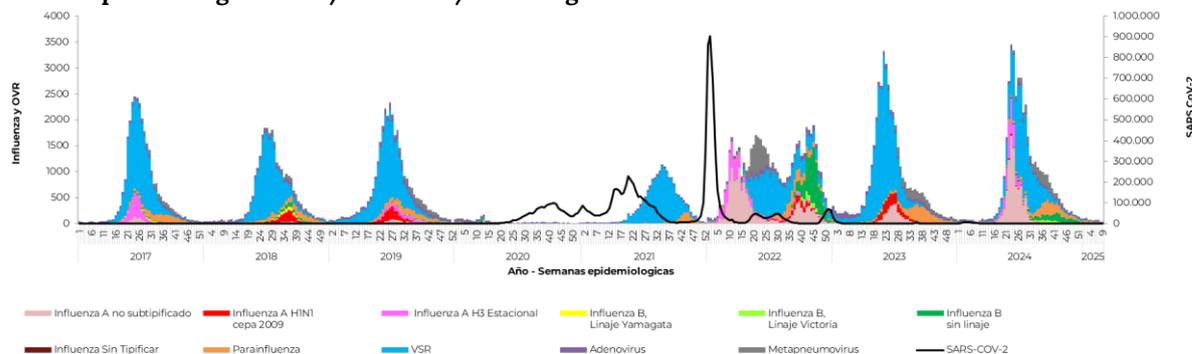
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE9/2025. Argentina.



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

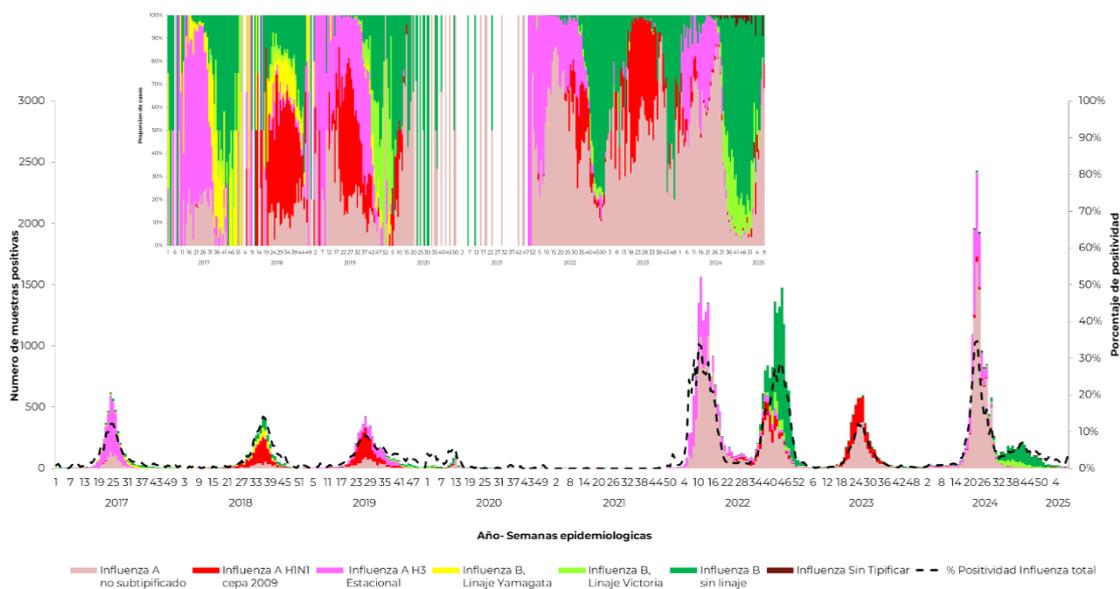
La curva histórica de casos positivos de virus respiratorios por semana muestra un marcado descenso para el año 2020 en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios. Durante el año 2022 se ha registrado un comportamiento inusual tanto en la estacionalidad y número de casos registrados de Influenza con un ascenso entre las SE3-14 y SE34-45 -este último a expensas fundamentalmente de Influenza A (H1N1) e Influenza B; así como también por la frecuencia y distribución de OVR, fundamentalmente de metapneumovirus para el cual se registró una elevada frecuencia absoluta y relativa entre las semanas 16 y hasta la 26. Además, durante el año 2023, VSR presentó actividad estacional adelantada en comparación con la mayoría de los años pre-pandémicos y años 2021-2022, con un rápido ascenso de notificaciones entre SE 13 y 22.

Gráfico 8. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE9/2025. Argentina.



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

Gráfico 9. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE9/2025. Argentina.



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

VI.5.A. VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PERSONAS INTERNADAS Y FALLECIDAS

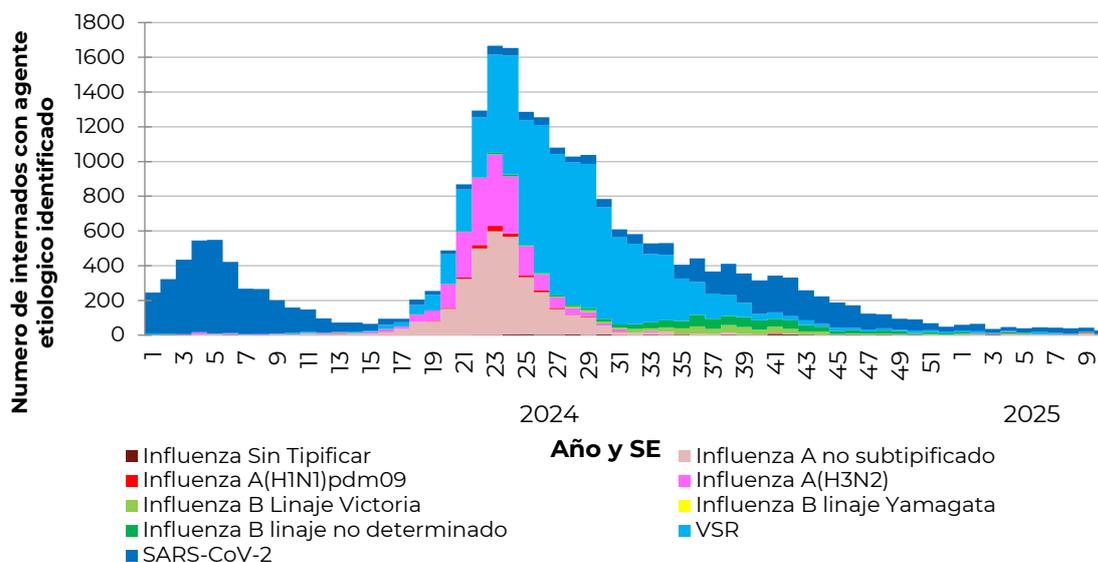
Entre SE01 y SE10 de 2025, se notificaron 266 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 92,0% menos casos. Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución sostenida. Para la SE10/2025 se registraron 19 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, las detecciones de **influenza** permanecen en niveles bajos, con un total de 110 casos en lo que va de 2025. Esto representa un ascenso del 50,7% respecto de las notificaciones registradas para el mismo período de 2024. Durante 2024, a partir de la SE16, las detecciones mostraron un aumento, alcanzando su pico en la SE23. El 78% de los casos anuales se concentraron entre las SE18 y SE30, con predominio de Influenza A/H3N2. Desde la SE31/2024 se registra un menor número de casos, con predominio de influenza B desde la SE32 en adelante.

Entre los 110 casos de influenza notificados durante 2025, se registraron detecciones tanto de influenza A (n=60) como B (n=48). De los casos de influenza A, 10 cuentan con subtipificación, correspondiendo 7 a influenza A (H1N1) pdm09 y 3 a influenza A (H3N2). En relación a influenza B, 6 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. 2 casos de influenza permanecen a la fecha sin tipificar. En la SE10/2025, se notificaron 4 casos de influenza en personas hospitalizadas.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 64 casos hospitalizados positivos para VSR. Durante 2024, a partir de la SE16 se registra tendencia ascendente de las detecciones semanales de VSR, que alcanza su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En la última semana analizada (SE10/2025), se registra 3 caso de VSR en hospitalizados.

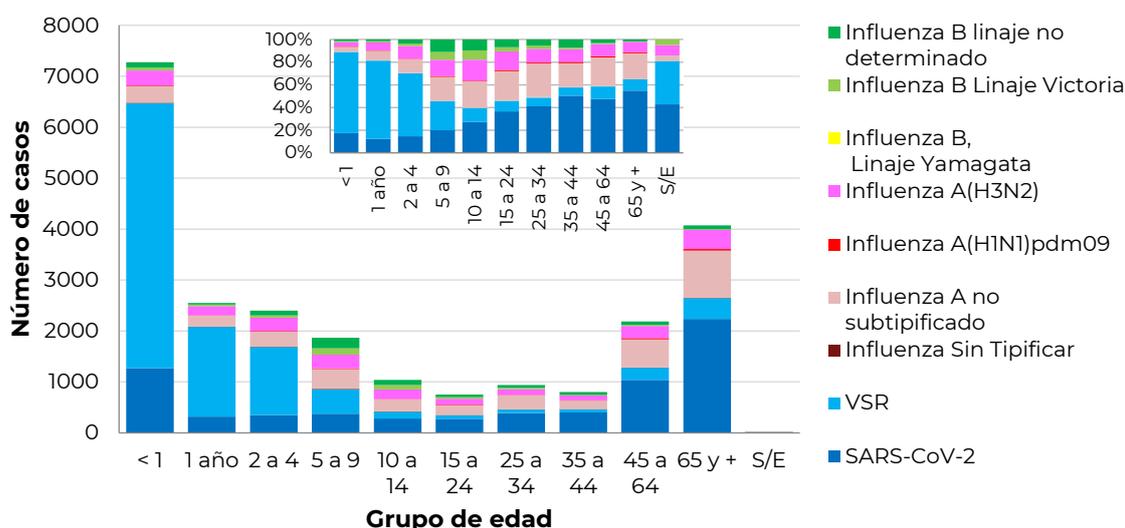
Gráfico 10. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2023 a SE10/2025. Argentina.



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

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

Gráfico 11. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2024 a SE10/2025.



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

A la fecha de elaboración de este informe, entre las SE 01-52 del año 2024, se notificaron al SNVS 189 casos fallecidos con diagnóstico de influenza. En lo que va de 2025, se registran 3 fallecidos con este diagnóstico²⁷.

Respecto a SARS-CoV-2, no se registran fallecimientos con este diagnóstico en la última SE.

²⁷ Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

VII. Hepatitis A – Actualización informe epidemiológico

VII.1. Introducción

La hepatitis A es una inflamación hepática causada por el virus de la hepatitis A (VHA), cuya transmisión ocurre principalmente por vía fecal-oral. Esto sucede cuando una persona susceptible consume alimentos o agua contaminados con material fecal de una persona infectada. Su propagación está estrechamente vinculada a condiciones sanitarias deficientes, prácticas de higiene inadecuadas, consumo de agua y alimentos no seguros, así como al contacto oral-anal durante relaciones sexuales.

A diferencia de las hepatitis B y C, la hepatitis A no evoluciona hacia la enfermedad hepática crónica. Sin embargo, puede generar síntomas incapacitantes y, en casos raros, provocar hepatitis fulminante (insuficiencia hepática aguda), una condición potencialmente mortal. En Argentina, antes de la introducción de la vacunación sistemática, la hepatitis A fue la principal causa de insuficiencia hepática fulminante en niños menores de 10 años, requiriendo en algunos casos trasplante hepático, con el último registrado en 2007.

Desde 2005, con la incorporación de la vacuna contra la hepatitis A al año de vida en el Calendario Nacional de Vacunación, la incidencia y morbilidad de la enfermedad han disminuido drásticamente. Gracias a esta estrategia, Argentina se ha convertido en un país de endemicidad baja.

A pesar de la reducción general de casos, se han registrado brotes esporádicos en los años 2009, 2012, 2014 y 2018. En los últimos años, estos brotes han afectado principalmente a adultos de entre 20 y 39 años, con una distribución por sexo que muestra una tasa cuatro veces mayor en varones que en mujeres.

Este informe analiza la situación epidemiológica de la hepatitis A en Argentina, resaltando la importancia de fortalecer las estrategias de prevención, control y eliminación de la enfermedad. El objetivo principal es caracterizar el patrón de notificación de casos registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) durante el período 2019-2024.

El análisis de la información se realizó considerando las modificaciones en la modalidad y estrategia de vigilancia implementadas a partir de la Actualización de las Normas de Vigilancia y Control y el Manual de Normas correspondiente, según lo establecido en la Resolución 2827/2022.

Debido a la complejidad de la vigilancia de este evento, los datos presentados pueden estar sujetos a revisión y actualización, considerando posibles ajustes en la notificación y el registro.

VII.2. Situación de Hepatitis A en Argentina

VII.2.A. NOTA METODOLÓGICA

Para este análisis se utilizó el evento “Hepatitis A” del SNVS^{2.0}. Se consideraron casos confirmados a aquellos que cumplen con los siguientes criterios: casos con antiHAV-IgM positivo cargado en el laboratorio o con diagnóstico referido (VHA IgM Reactivo). Para determinar el año de ocurrencia, se consideró la “Fecha de diagnóstico referido”; en los casos

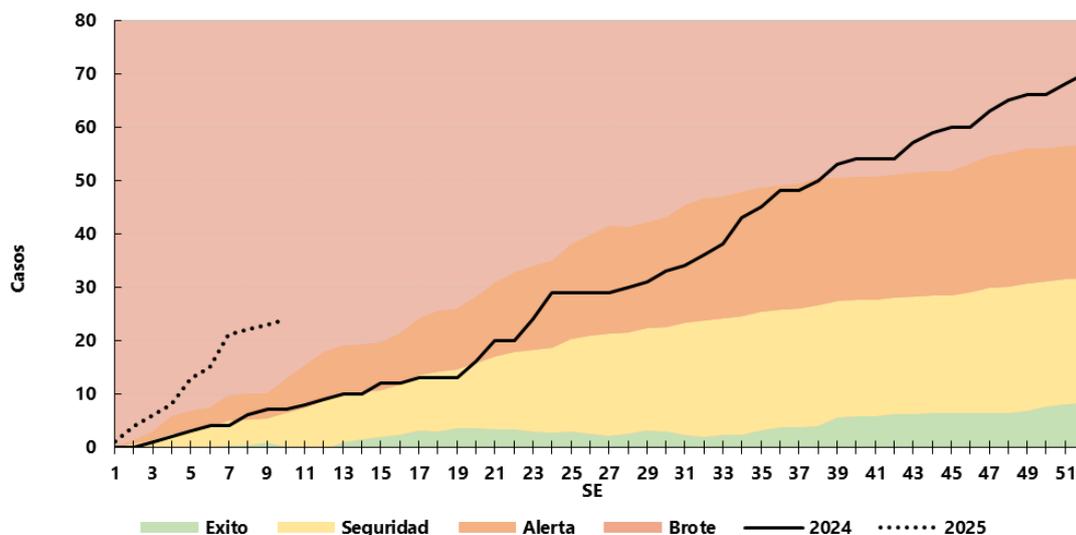
donde esta información no estaba disponible, se recurrió a la “Fecha de inicio de Síntomas”, posteriormente a la “Fecha de toma de muestra” y por último la “Fecha de apertura”. En cuanto a la procedencia de los casos, se priorizó la “Provincia de residencia”; cuando ésta no estaba consignada, se utilizó como alternativa la “Provincia de Muestra”.

VII.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE 2025

Hasta la SE 10 del 2025 se notificaron 59 casos de hepatitis A en el SNVS 2.0, de los cuales 24 cumplen con los criterios de laboratorio de caso confirmado. De los 24 casos, 12 se encuentran en región Centro (CABA, Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe), y el resto en Salta, Formosa, Chubut, Jujuy, Mendoza y Neuquén. Respecto de la edad, 8 corresponden al grupo etario menores de 20 años, 11 corresponden al de 20 a 39 años y los 5 restantes a mayores de 40 años. La distribución por sexo, al igual que años anteriores, presenta una mayor afectación masculina (16).

En el contexto de la vigilancia epidemiológica, se ha observado una variación en la incidencia de hepatitis A en los últimos años. Durante el quinquenio 2019–2023, se notificó un promedio de 31 casos anuales, con un mínimo de 10 en 2021 y un máximo de 55 en 2022. En 2024, se confirmaron 70 casos, superando el umbral de alerta a partir de la semana 39. Desde el inicio de 2025, la cantidad de casos confirmados notificados se encuentra por encima del umbral de brote, ya que ha sido superior a los valores esperados (Gráfico 1).

Gráfico 1. Hepatitis A: corredor endémico acumulado de casos confirmados. Argentina, período 2019–SE 10/2025.



Fuente: elaboración por el área de Análisis de datos e investigación a partir de datos extraídos del SNVS 2.0

VII.2.C. VIGILANCIA MOLECULAR HAV DE 2025

Entre el 1 de enero y el 20 de febrero se derivaron al laboratorio Nacional de referencia para Hepatitis Virales (INEI - Malbrán) muestras de suero y/o materia fecal de 15 pacientes para su caracterización molecular. Se analizó la región VP1/2A (349 bases). Los productos de RT-PCR fueron secuenciados y analizados con programas filogenéticos.

De las 15 muestras, 14 corresponden al subgenotipo IA agrupadas en dos clados diferenciados:

A) las muestras de las provincias de Salta (2), Formosa (2) y Santa Fe (1) -todas muestras de niños rango etario 5-10 años- agruparon en un clado junto con la secuencia de referencia Wild type GBM de genotipo IA, con un porcentaje de identidad del 98 %;

B) las muestras de las provincias de Mendoza (3), Córdoba (3) y CABA (3) -todas de pacientes masculinos mayores de edad de los cuales 6 refieren el antecedente de hombres que tienen sexo con hombres (HSH)- agruparon en un clado junto con la variante europea VRD521_16 asociada al brote de HAV en HSH en el año 2016, con porcentaje de identidad entre ellas mayor al 99%. Una muestra de un paciente extranjero residente en CABA con antecedente de viaje a la India que refiere antecedente de HSH resultó genotipo IIIA, primer hallazgo de este genotipo en muestras estudiadas en nuestro laboratorio.

VII.2.D. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE HEPATITIS A

Las hepatitis A en Argentina constituyen Evento de Notificación Obligatoria (ENO) según la ley nacional 15.465 y las normas de vigilancia y control de enfermedades (resolución 1.715/2007), que obligan al personal médico y de laboratorios de efectores de cualquier subsector (público, de seguridad social o privado) a realizar la notificación de los casos. La notificación de Hepatitis A es de modalidad nominal.

El principal objetivo de la vigilancia es brindar información relevante y de calidad para la intervención de los diferentes actores del sistema de salud que tienen responsabilidad en la prevención, diagnóstico, atención y seguimiento de los casos, así como también contribuir en la evaluación de las acciones implementadas a fin de orientar la planificación de políticas sanitarias.

Con la actualización de las normas y procedimientos de vigilancia y control de Eventos de Notificación Obligatoria en el año 2022, cambió la modalidad de notificación de la hepatitis A. Previamente se notificaba ante el caso sospechoso de hepatitis viral²⁸. Actualmente la notificación se hace de forma inmediata ante caso positivo con identificación del agente. Se encuentran vigente las siguientes definiciones de caso:

Caso confirmado de hepatitis A: Caso sospechoso de hepatitis viral con presencia de anticuerpos de clase IgM contra el virus de hepatitis A (anti-HAV IgM) en el suero de los pacientes agudos o convalecientes.

Caso invalidado por epidemiología: Caso sospechoso de hepatitis viral aguda y resultados negativos para la detección de anticuerpos de clase IgM contra el virus de la hepatitis A (anti-VHA IgM) en muestra de suero.

Ficha de notificación:

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

²⁸ Toda persona que presente ictericia o elevación de las transaminasas a más de 2,5 veces el valor normal no atribuible a otras causas, y al menos uno de los siguientes síntomas: malestar general, dolores musculares o articulares, astenia, hiporexia, náuseas, vómitos o fiebre.

VII.3. Recomendaciones para el equipo de salud

VII.3.A. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

- No se dispone de tratamiento específico. Buen saneamiento e higiene personal, con atención especial al lavado de manos y a la eliminación sanitaria de las heces.
- Control del ambiente inmediato: se recomienda el escrupuloso lavado con agua lavandina al 1% de locales, sanitarios, vajillas, prendas, ropa interior o todo aquel ambiente o material que eventualmente pudiera estar en contacto con la materia fecal.
- Desinfección concurrente: eliminación sanitaria de las heces, la orina y la sangre.

VII.3.B. PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN²⁹

Cuando se identifica un caso de infección por hepatitis A, se recomienda aplicar (dentro de las dos semanas de la exposición al VHA):

- Gammaglobulina (0,02 ml/Kg) a los contactos menores de un año.
- Vacuna contra hepatitis A a los mayores de un año (incluyendo adultos susceptibles).
- Gammaglobulina (0,02 ml/Kg) y vacuna en personas con inmunosupresión (incluyendo personas viviendo con VIH con un recuento de CD4 <200 células/μL) o riesgo de complicaciones graves (enfermedad hepática crónica).

Si hubieran transcurrido más de 2 semanas de una exposición a un caso, no se administrará gammaglobulina.

La transmisión perinatal de este virus es rara y la enfermedad grave poco frecuente. Algunos expertos aconsejan administrar gammaglobulina (0,02 ml/kg) al lactante si los síntomas de la madre hubieran comenzado entre dos semanas antes y dos después del parto.

VII.3.C. CONTENCIÓN DE BROTES

(1) INSTITUCIONES EDUCATIVAS

El uso de la profilaxis post-exposición en el ámbito de los jardines de infantes, colegios o institutos de menores responde a la posibilidad de limitar un brote en la institución, como complemento de medidas básicas de higiene respecto a la provisión de agua, preparación de alimentos y adecuada eliminación de excretas.

(a) JARDINES MATERNALES

- En salas de niños menores de 1 año: Cuando se presenta uno o más casos de hepatitis A, se recomienda la aplicación de gammaglobulina a todos los niños del jardín que compartan el área de cambio de pañales o de preparación de biberones. Los receptores de gammaglobulina pueden regresar a la guardería o el jardín inmediatamente después de recibir la dosis de gammaglobulina
- En salas de niños de 1 año o mayores: Se recomienda el uso de vacuna, dada la eficacia de la intervención, en niños que no hubieran sido vacunados con anterioridad.

(b) ESCUELAS

²⁹ Recomendaciones Nacionales de Vacunación 2012 (pág. 86-87). Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-nacionales-de-vacunacion-argentina-2012>

Se debe valorar la situación epidemiológica local:

- Si se producen casos confirmados con lapso de tiempo mayor a 50 días entre el inicio de los síntomas entre uno y otro caso, se extremarán los cuidados de higiene personal y ambiental.
- No se debe indicar la aplicación de gammaglobulina ni de vacuna.
- Si ocurren 2 o más casos de alumnos o personal de un mismo grupo familiar que concurren a la misma escuela, solo se vacunará al grupo familiar.
- Si ocurren 2 o más casos entre niños o personas que concurren a la misma escuela (dentro del mismo período de incubación), o si se detectara la propagación de la enfermedad por la ocurrencia de uno o más casos secundarios, se vacunará a todo el turno o solo al grado, según corresponda.
- Cuando ocurren 2 o más casos en niños o personal de diferentes turnos, se deberá vacunar a todos en la institución.

(2) INSTITUCIONES Y HOSPITALES

No está indicada la vacunación de rutina para el personal de salud, aun en centros con manejo de neonatos o niños. La prevención de esta infección debe hacerse por medio del uso correcto de las precauciones estándar.

Ante la presencia de un caso de hepatitis A, se puede indicar la vacunación al personal de salud en contacto con el paciente. Idealmente, debería estudiarse a los expuestos y obtenerse enseguida los resultados (hasta 48 horas) para vacunar solo los que fueran negativos (IgG anti-VHA). En caso de no contar con la serología dentro de las 48 h, se deberá vacunar directamente.

(3) NIVEL COMUNITARIO

- Potabilización del agua y con sistemas adecuados de distribución y de eliminación de excretas.
- Educación sanitaria con relación a higiene personal: lavado de manos con agua, jabón y cepillo para uñas para la manipulación de alimentos y disposición final de las excretas.

VII.3.D. MEDIDAS ANTE BROTES

- Identificación del modo de transmisión por investigación epidemiológica (persona a persona o vehículo común), y detectar a la población expuesta a un mayor riesgo de infección. Eliminar cualquier fuente común de infección.
- En la industria alimentaria se aconseja la identificación del personal susceptible (anti-HAV negativo) y su posterior vacunación.
- Jardines maternas y salas de internación pediátrica: si en un centro se presentan uno o más casos de Hepatitis A o si se identifican casos en el hogar de dos o más niños atendidos en la institución, se debe considerar la práctica de precauciones entéricas siempre.
- Se harán esfuerzos especiales para mejorar las prácticas de saneamiento e higiene, y para eliminar la contaminación fecal de los alimentos y el agua, tanto en colegios como en instituciones cerradas, industria de alimentación y manipuladores de alimentos.

VII.3.E. MEDIDAS EN CASO DE DESASTRE

- La administración masiva de inmunoglobulina no sustituye las medidas ambientales.

- Cuando gran número de personas está en condiciones de aglomeración y/o hacinamiento, las deficientes acciones de saneamiento son un problema potencial. Habrá que extremar las medidas sanitarias. Adecuada eliminación de excretas y la seguridad de los abastecimientos de agua: indicar no beber agua del lugar salvo que esté clorada o proveer agua potable en envases individuales; en caso de provisión de agua por cisternas fijas o móviles, proceder a la cloración en el lugar de su uso; controlar la eliminación sanitaria del agua utilizada. Reforzar la adecuada eliminación de excretas.

VII.4. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Hepatitis A³⁰

VII.4.A. CONSIDERACIONES GENERALES

- Remitir al Laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales-INEI-ANLIS-Malbrán la muestra de plasma/suero con resultado reactivo de IgM anti-HAV obtenida en el laboratorio local, en tubo original con tapa o trasvasada a tubos tipo eppendorf.
- Rotular con el nombre y apellido del paciente y fecha de toma de muestra. Conservar a -20°C hasta su derivación.
- En caso de que la muestra con la que realizó el diagnóstico no esté disponible o no haya sido conservada en condiciones adecuadas, remitir una nueva muestra obtenida dentro de los 30-45 días desde el comienzo de los síntomas.
- En caso de ser posible, se debe enviar también una muestra de materia fecal, una punta de cuchara en un frasco estéril (por ejemplo, de urocultivo), sin agregado de ningún líquido o medio de transporte. Conservar a 4° hasta su derivación.

VII.4.B. EMBALAJE PARA DERIVACIÓN DE MUESTRAS

- Se debe verificar el perfecto cierre de cada tubo de muestra.
- Realizar un embalaje triple que cumpla las normativas de bioseguridad estándares.
- Colocar los tubos con muestras (tubo primario) dentro de un envase secundario estanco y a prueba de fugas (tipo Sisteg) junto con material absorbente. Incluir material refrigerante.
- Colocar el envase secundario en un envase externo que lo proteja de posibles daños físicos durante el transporte.
- Acompañar las muestras con ficha clínico-epidemiológica correspondiente.
- Puede utilizar el sistema de envío de muestras a cargo de la ANLIS.
- Recomendaciones para la población

VII.5. Medidas preventivas

VII.5.A. VACUNACIÓN

La hepatitis A es una enfermedad prevenible mediante vacunación. Desde 2005, la vacuna contra la hepatitis A está incorporada al Calendario Nacional de Vacunación para niños al año de vida (Res. Ministerial N°653/05). A los quince días de aplicada la primera dosis, el 93%

³⁰ Mail de contacto ante cualquier consulta: lnrhepatitis@anlis.gob.ar

de los vacunados desarrollan anticuerpos detectables, alcanzando entre el 95% y el 99% al mes.

La vacuna se administra en una única dosis a los 12 meses de vida y también se recomienda para poblaciones de riesgo, entre las que se incluyen:

- Varones que tienen relaciones sexuales con otros varones, mujeres trans, trabajadoras y trabajadores sexuales.
- Personas con desórdenes de la coagulación o enfermedad hepática crónica.
- Personal de laboratorio que manipula muestras del virus.
- Personal gastronómico, de maestranza que maneja residuos y servicios sanitarios.
- Personal de jardines maternos que asiste a niños menores de un año.
- Personas que viajan a zonas de alta o mediana endemia (en este caso, la vacuna no es provista por el Ministerio de Salud).

Para los individuos susceptibles dentro de estos grupos, se recomienda un esquema de dos dosis con un intervalo de 0 a 6 meses. En pacientes inmunocomprometidos, incluidos aquellos con VIH, la respuesta inmune puede ser subóptima o no duradera.

Todas las marcas de vacunas son intercambiables. Para acceder a la vacunación, quienes pertenezcan a alguno de estos grupos deben presentar una orden médica.

VII.5.B. OTRAS MEDIDAS PREVENTIVAS

- Lavado frecuente de las manos de la persona y sus cuidadores.
- Adecuado manejo de excretas, con lavado de manos posterior y limpieza del sanitario con lavandina (por la eliminación de partículas virales en la materia fecal).
- No compartir los elementos de higiene personal (cepillo de dientes, utensilios para comer, etc.).
- Consumo de agua potable, filtrada o clorada.
- Se debe informar y sensibilizar acerca de la importancia de mantener prácticas sexuales con protección a través del uso del preservativo y el campo de látex, y asegurar la provisión de los preservativos en los centros de salud.
- Los niños y los adultos con hepatitis A deberán ser excluidos de la institución hasta 1 semana después del comienzo de la enfermedad. Los adultos que manipulan alimentos deberían excluirse hasta 2 semanas después del comienzo de la enfermedad.

VII.6. Conclusiones

La integración de datos nominales a través del SNVS 2.0, junto con las modificaciones en la estrategia de notificación implementadas en 2022, ha fortalecido la vigilancia epidemiológica de la hepatitis A. La mejora en la cobertura y calidad de la información permite una caracterización más precisa de la carga de enfermedad, favoreciendo una detección más oportuna de casos y la identificación de patrones epidemiológicos emergentes. Esto refuerza el papel de la vigilancia como herramienta clave para el control de la enfermedad y la planificación de intervenciones eficaces, como la optimización de coberturas vacunales y la implementación de estrategias preventivas dirigidas a los grupos más afectados.

En los últimos años, se ha observado un aumento sostenido de casos de hepatitis A, principalmente en forma de brotes, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y detección temprana. La tendencia creciente en la población adulta joven, particularmente en el grupo de 20 a 39 años tras la incorporación de la vacuna al calendario

nacional, resalta la importancia de mantener altas coberturas vacunales y de desarrollar estrategias complementarias para la población afectada.

El acceso oportuno a información epidemiológica de calidad es fundamental para orientar políticas de salud pública basadas en evidencia. La consolidación de un sistema de vigilancia robusto, junto con el fortalecimiento de la vacunación y la detección temprana de casos, permitirá optimizar la respuesta sanitaria y avanzar hacia la reducción sostenida de la hepatitis A como un problema de salud pública.

VIII. Leptospirosis - Informe epidemiológico

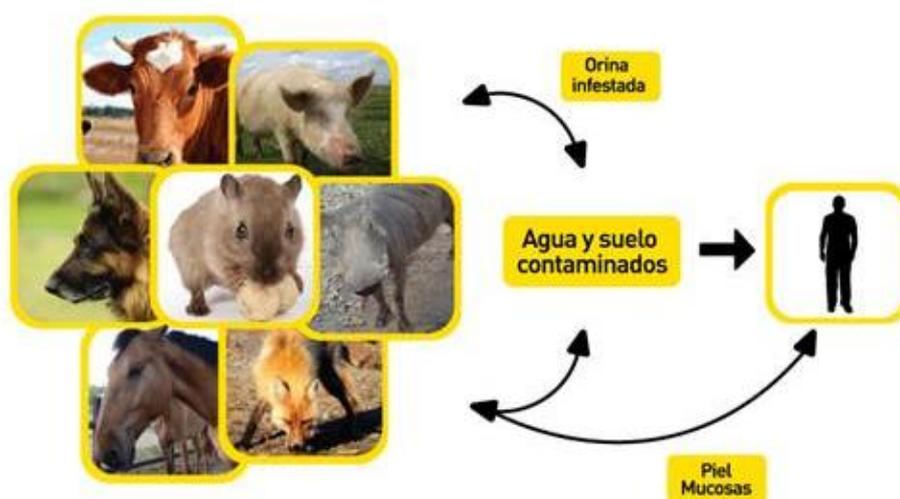
VIII.1. Introducción

La leptospirosis es una zoonosis de amplia distribución geográfica que aparece en forma aislada o en brotes epidémicos estacionales causada por una espiroqueta del género *Leptospira*. Constituye un problema emergente de salud pública, al afectar tanto la salud de las personas y los animales como la economía. Más de 160 especies de animales silvestres y domésticos constituyen el reservorio y la fuente de infección de las personas, que son huéspedes accidentales. Este evento constituye una de las problemáticas más importantes en la interfaz persona, animal y ambiente, por lo que debe ser abordado desde la perspectiva de “Una Salud”.

La leptospirosis se puede transmitir a través del contacto con agua, barro o suelo húmedo contaminados con orina de animales infectados con leptospirosis, a través de piel macerada o mucosas (Figura 1). En áreas rurales, la transmisión se encuentra usualmente asociada con tareas de agricultura y ganadería, con un mayor riesgo durante los meses cálidos y húmedos. En cambio, en áreas urbanas la infección se está asociada a determinantes sociales de diferentes niveles, como urbanizaciones desorganizadas, deficiencias en el acceso a los servicios de agua, cloacas y recolección de residuos, lo que promueve una mayor exposición a roedores. Estas condiciones de vida desfavorables, determinan poblaciones potencialmente vulnerables.

En Argentina, el principal factor de riesgo para contraer leptospirosis es el contacto prolongado con inundaciones, aunque las actividades asociadas a ocupaciones rurales también constituyen factores de riesgo. Las inundaciones facilitan la proliferación de los roedores y la propagación de las leptospirosis en una comunidad humana, al poner en contacto más cercano la bacteria y sus huéspedes animales con las personas. A su vez, las inundaciones pueden provocar la interrupción de los servicios de salud y daños en las redes de agua y saneamiento, desplazando poblaciones y dañando hogares, lo que provoca también un mayor riesgo de infección y enfermedad.

Figura 1. Ciclo de transmisión de la leptospirosis.



Fuente: Folleto leptospirosis. Ministerio de Salud de la Nación.
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000000321cnt-leptospirosis-folleto.pdf>

Las especies más involucradas son los roedores (principal reservorio) y los animales domésticos, especialmente el perro, el ganado bovino y el porcino, como también animales silvestres.

Presenta cuadros clínicos variables, desde formas asintomáticas a formas graves que pueden llevar a la muerte. El período de incubación promedio es de 7 a 15 días. Se caracteriza por presentar fiebre de comienzo repentino, cefalea, mialgias intensas, inyección de las conjuntivas. Puede estar acompañado de: ictericia, insuficiencia renal, meningitis, neumonía con o sin distrés respiratorio, hemorragias, uveítis y miocarditis en las formas graves. Estos signos y síntomas pueden presentarse en otras enfermedades que deben tenerse en cuenta para el diagnóstico diferencial como dengue, enfermedad tipo influenza, hantavirus, mononucleosis infecciosa, Fiebre Hemorrágica Argentina, entre otras. Es importante la vigilancia de este evento en humanos y animales para elaborar estrategias de prevención y control de la enfermedad.

Este informe aborda la situación de la leptospirosis, destacando la importancia de fortalecer las intervenciones sanitarias para su prevención, control y eliminación. El objetivo principal es caracterizar el comportamiento de la notificación de casos de leptospirosis notificados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud durante el período 2020-2025.

El análisis de la información se realizó considerando las modificaciones en la modalidad y estrategia de vigilancia implementadas a partir de la Actualización de las Normas de Vigilancia y Control y el Manual de Normas correspondiente, según lo establecido en la Resolución 2827/2022.

Debido a la complejidad de la vigilancia de este evento, los datos presentados pueden estar sujetos a revisión y actualización, considerando posibles ajustes en la notificación y el registro.

VIII.2. Leptospiriosis humana. Situación en Argentina.

VIII.2.A. NOTA METODOLÓGICA

La notificación de leptospirosis es de modalidad nominal, por lo que, para este **análisis** se utilizó el evento “Leptospiriosis” del SNVS 2.0. Para el análisis de las **notificaciones nominales**, se utilizó el evento “Leptospiriosis” del SNVS 2.0, del que se excluyeron los casos clasificados de forma manual como “Invalidados por Epidemiología”.

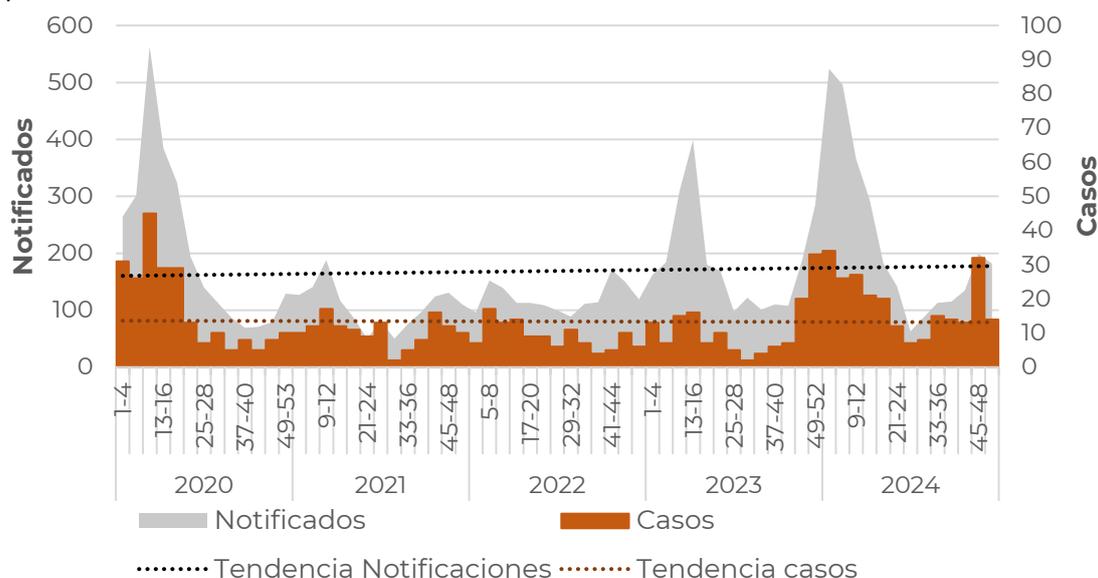
Se consideraron **casos de leptospirosis**, incluyendo a los confirmados y probables, a aquellos que cumplen con los siguientes criterios: casos con detección positiva del genoma bacteriano mediante pruebas moleculares, casos con resultado reactivo en prueba de microaglutinación (MAT); casos con seroconversión en técnica MAT con o sin especificación de dilución; casos con resultado reactivo en pruebas serológicas ELISA IgM, ELISA IgG o test rápido (TR) con un resultado reactivo en la prueba MAT con una diferencia entre la fecha de toma de muestra y la fecha mínima menor a 10 días; casos sin confirmación de laboratorio pero con clasificación manual confirmada o probable. Los casos se muestran según la fecha mínima, que se construye 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. Además, se agrupan por jurisdicción de residencia consignada en el SNVS2.0, y en caso de no tenerla, por jurisdicción de carga.

VIII.2.B. SITUACIÓN HISTÓRICA

Entre los años 2020 y 2024, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud un total de 10.983 sospechas de leptospirosis, de las cuales 869 fueron clasificados como casos para este evento (ver nota metodológica).

El año con la mayor cantidad de casos registrados fue 2024, mientras que la región Centro se destacó por concentrar el mayor número de casos a lo largo de todo el período (Gráfico 1, Tabla 1).

Gráfico 1. Notificaciones y casos de leptospirosis por cuatrisesmana. Argentina. SE 01/2020 a SE 52/2024.



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.

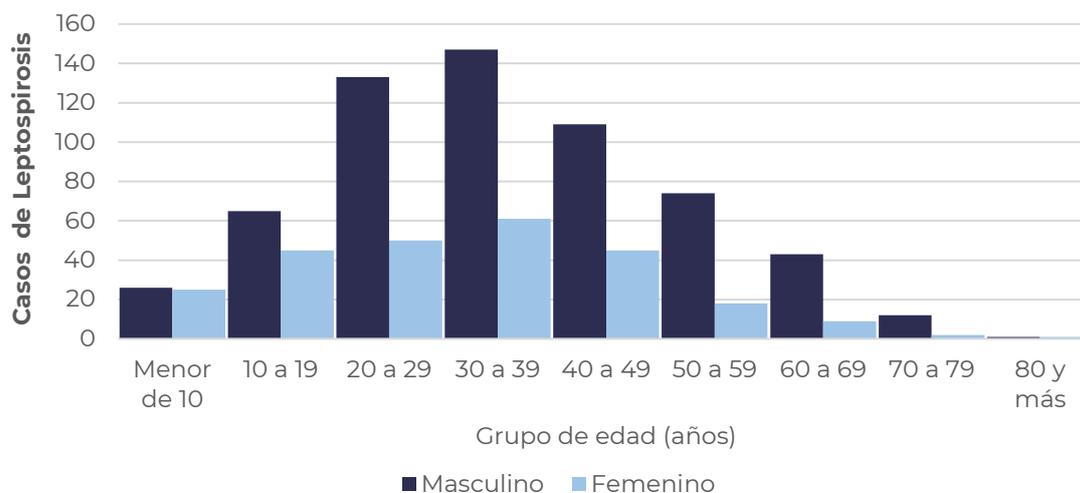
En relación con la tendencia de las notificaciones, se observa un leve incremento en el período analizado, mientras que para los casos confirmados la tendencia se mantiene estable. No se observa una clara estacionalidad, presentándose casos confirmados todo el año, aunque los períodos con mayor cantidad de confirmados se presentan durante el verano.

Tabla 1. Notificaciones (Notif.) y casos de leptospirosis según jurisdicción y fecha mínima (año), SE01/2020 a SE52/2024, Argentina.

Jurisdicción	2020		2021		2022		2023		2024	
	Notif.	Casos								
Buenos Aires	413	23	289	22	374	26	507	44	718	57
CABA	24	2	15	3	27	0	28	4	28	8
Córdoba	99	10	36	7	65	10	101	11	103	15
Entre Ríos	356	22	191	15	166	11	297	22	403	42
Santa Fe	1157	107	532	72	520	41	945	45	1212	88
Total Centro	2049	164	1063	119	1152	88	1878	126	2464	210
Mendoza	0	0	1	1	2	0	3	0	2	0
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
San Luis	11	0	1	0	9	1	8	0	6	1
Total Cuyo	11	0	2	1	11	1	11	0	11	1
Chaco	217	22	86	4	46	3	155	2	64	8
Corrientes	71	4	47	2	33	1	23	1	42	1
Formosa	0	0	0	0	1	0	4	1	3	1
Misiones	82	10	36	4	59	11	72	8	58	9
Total NEA	370	36	169	10	139	15	254	12	167	19
Catamarca	1	0	2	0	1	0	0	0	2	0
Jujuy	165	11	35	0	89	2	61	1	44	0
La Rioja	1	0	2	1	3	0	0	0	0	0
Salta	60	8	72	1	90	0	113	1	107	2
Sgo del Estero	4	0	2	0	3	0	6	0	7	1
Tucumán	12	2	7	1	26	2	34	1	29	5
Total NOA	243	21	120	3	212	4	214	3	189	8
Chubut	1	0	2	0	0	0	1	0	2	0
La Pampa	17	3	9	3	30	7	23	1	31	1
Neuquén	11	2	9	0	21	1	20	1	24	2
Río Negro	12	0	4	1	11	2	11	2	10	2
Santa Cruz	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T. del Fuego	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	45	5	25	4	62	10	55	4	67	5
Total País	2718	226	1379	137	1576	118	2412	145	2898	243

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.

Respecto de la distribución por sexo y grupos etarios, el 70% de los casos durante todo el período correspondió al sexo masculino, y se observó una mayor afectación en los grupos comprendidos entre los 20 y 49 años de edad (Gráfico 2).

Gráfico 2. Casos de leptospirosis según sexo y grupo etario. SE01/2020 a SE52/2024, Argentina. (n=866*)

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.

*Nota: Se excluyen 3 casos sin dato de sexo y/o edad.

En el 31% de los casos (n=270) se registró al menos un antecedente epidemiológico. Las actividades recreativas o deportivas que incluyan el contacto con agua (59%) y el contacto con roedores, su orina o deposiciones (29%) fueron las referidas con mayor frecuencia durante el período 2020-2024 (Gráfico 2).

Gráfico 3. Posibles fuentes de infección de los casos de leptospirosis. SE01/2020 a SE52/2024, Argentina. (n=270)

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.

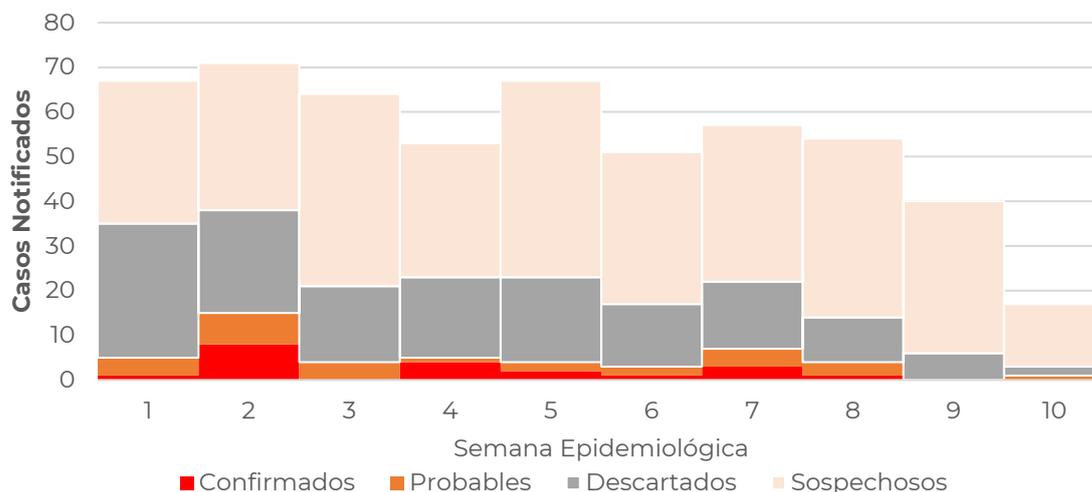
VIII.2.C. SITUACIÓN ACTUAL

Durante el año 2025, hasta la semana epidemiológica 10 fueron notificadas 541 sospechas para el evento, de las cuales 48 se consideraron casos de leptospirosis: 20 casos confirmados y 28 probables (Gráfico 4). Los casos se concentraron en la región Centro (94%) en las

jurisdicciones de Santa Fe (20), Buenos Aires (16), Entre Ríos (5), Córdoba (3) y CABA (1), mientras que de la región NEA se registraron casos en Misiones (3). La mediana de edad de los casos es de 27 años (mín. 7 y máx. 61) y el 73% corresponde al sexo masculino (35).

Se registraron dos fallecimientos durante el año en curso en casos con pruebas de laboratorio confirmatorias.

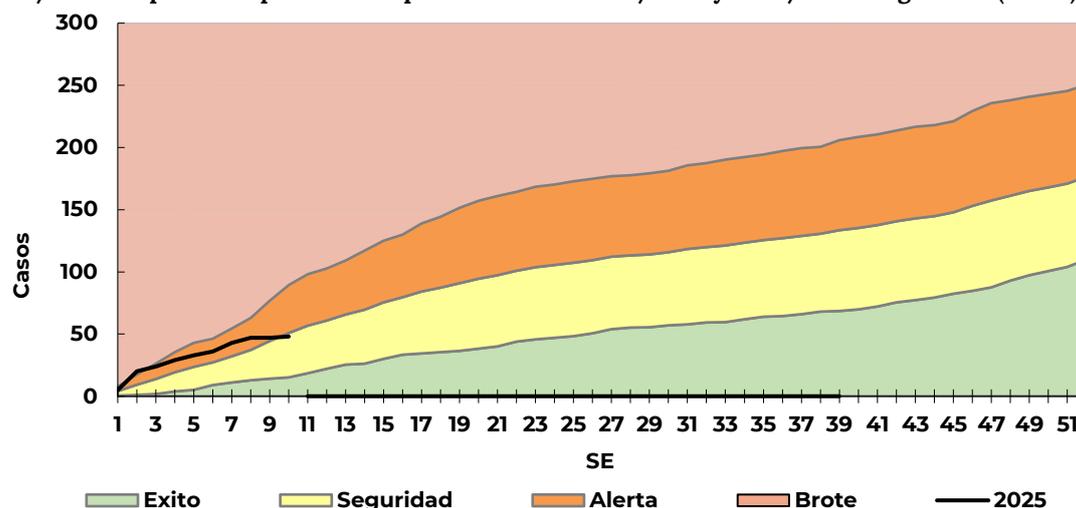
Gráfico 4. Casos notificados de leptospirosis según clasificación de caso por semana epidemiológica. SE01 a SE10 de 2025, Argentina. (N=541)



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.

Considerando la tendencia de los últimos cinco años, a la SE 10 del corriente año los casos de leptospirosis se encuentran en el umbral de alerta (Gráfico 5).

Gráfico 5. Corredor endémico acumulado de leptospirosis. Período analizado: SE01/2025 a SE10/2025 respecto del período comprendido entre SE01/2019 y SE52/2024. Argentina. (N=917)



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.

VIII.3. Leptospirosis canina. Situación en Argentina.

VIII.3.A. NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información para la caracterización epidemiológica de la leptospirosis canina comprende desde el año 2023 a la SE 10 del 2025, ya que este evento se comenzó a notificar a partir de su inclusión en la actualización 2022 del Manual de Normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria.

Los casos se muestran por año de notificación y jurisdicción de residencia consignada en el SNVS^{2.0}, en caso de no tenerla, se muestra por jurisdicción de carga.

VIII.3.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Desde la SE 01 del 2023 a la SE 10 del 2025 se registraron 527 notificaciones en el evento “Leptospirosis canina” del SNVS^{2.0}. De las mismas, 198 corresponden a casos confirmados, 117 a probables, 105 a descartados y 107 a sospechosos. El 67,7% de los confirmados corresponde a la región Centro, principalmente a las provincias de Buenos Aires, Entre Ríos y Córdoba (Tabla 2).

Tabla 2. Notificaciones y casos confirmados de leptospirosis canina según jurisdicción y año de notificación, SE01/2023 a SE10/2025, Argentina.

Jurisdicción	2023		2024		2025 (SE 01-10)	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Buenos Aires	0	0	182	72	42	12
CABA	5	4	8	4	3	0
Córdoba	23	16	0	0	0	0
Entre Ríos	1	1	25	25	0	0
Santa Fe	0	0	0	0	0	0
Total Centro	29	21	215	101	45	12
Mendoza	0	0	0	0	0	0
San Juan	0	0	9	1	4	0
San Luis	0	0	0	0	0	0
Total Cuyo	0	0	9	1	4	0
Chaco	0	0	0	0	0	0
Corrientes	1	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	0	0
Total NEA	1	0	0	0	0	0
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	15	2	66	15	16	4
La Rioja	1	1	0	0	0	0
Salta	1	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0
Tucumán	0	0	86	27	23	2
Total NOA	17	3	152	42	39	6
Chubut	0	0	0	0	1	1
La Pampa	2	0	0	0	0	0
Neuquén	6	6	6	5	0	0
Río Negro	0	0	1	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Total Sur	8	6	7	5	1	1
Total País	55	30	383	149	89	19

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.

VIII.4. Recomendaciones

- Educación a la población respecto a los modos de transmisión y a la necesidad de que se evite contacto con aguas y superficies que puedan estar contaminadas.
- Protección adecuada a los trabajadores en riesgo ocupacional con botas y guantes.
- Control de roedores en domicilio y peridomicilio. Mantener alejados a los roedores colocando alimentos, agua y basura en recipientes cerrados.
- Identificación de áreas o suelos contaminados y, de ser posible, drenaje de las aguas.
- Evitar la acumulación de agua en domicilios y peridomicilio.
- Eliminar la basura y acondicionar escombros, leña, de manera de evitar que sean refugios de roedores.
- Ante la aparición de abortos en el ganado, notificar y consultar al médico veterinario
- Quimioprofilaxis: La recomendación es indicar profilaxis a aquellas personas solo con indicación médica evaluando el riesgo. NO se recomienda en embarazadas ni menores de 8 años.
- Se debe dar pautas de alarma para consulta y tratamiento temprano.
- Vacunación contra leptospirosis en caninos (monodosis o séxtuple).

VIII.5. Medidas ante casos y contactos

En personas

- Identificar fuente probable para localizar otros expuestos.
- Dar pautas de alarma para consulta precoz ante síntomas o signos compatibles de personas expuestas a la misma fuente (no existe transmisión interhumana).
- Tratamiento antibiótico: se recomienda para leptospirosis en personas mayores de 12 años: doxiciclina oral 100 mg de dos veces al día durante una semana. También se pueden administrar por vía oral amoxicilina (500 mg/día durante 1 semana a 10 días) o ampicilina (500–750 mg/día durante 1 semana a 10 días)

Leptospirosis grave: penicilina G (penicilina G sódica; a una dosis de 1,5 millones de U/6 h) por vía intravenosa una semana.

Se recomienda que los niños y las mujeres embarazadas eviten el consumo de doxiciclina. Se debe administrar amoxicilina y azitromicina a niños menores de 12 años y mujeres embarazadas en lugar de doxiciclina³¹.

En caninos:

- Tratamiento de los casos confirmados para evitar la eliminación de *Leptospira* spp. por orina. Se debe instaurar el tratamiento antimicrobiano específico, además sintomático. Los antibióticos recomendados son:
 1. Betalactámicos: Ideales para la fase de septicemia. No eliminan el estado de portador renal, (por lo que se recomienda asociarlo a aminoglucósidos)

³¹ Petakh P, Behzadi P, Oksenyich V, Kamyshnyi O. Current treatment options for leptospirosis: a mini-review. *Front Microbiol.* 2024 Apr 25;15:1403765. doi: 10.3389/fmicb.2024.1403765. PMID: 38725681; PMCID: PMC11081000.

a) Penicilina G procainica: 40.000 UI/kg cada 12 a 24 horas, por vía SC o IM durante 15 días

b) Penicilina G benzatínica: 100.000 UI/kg cada 48 a 72 horas, por vía IM durante 15 días,

c) Amoxicilina: 20 a 40 mg/kg cada 8 a 12 horas, por vía SC, IM o vía oral durante 15 días.

2. Aminoglucósidos: Especialmente para eliminar leptospiras enquistadas, por lo que se utilizan por el sinergismo con betalactámicos. Estreptomina o dihidroestreptomina: 10 mg/kg cada 12 horas durante 3 días.

3. Tetraciclinas: Elimina la leptospiremia, la leptospiruria y el estado de portador renal. Doxiciclina: 5 a 10 mg/kg cada 12 o 24 horas respectivamente, por vía oral durante 21 días.

- Aislamiento para evitar la exposición de otros animales o personas.
- Examen clínico y serológico de los animales expuestos.
- Extremar medidas de antisepsia en el entorno (desinfección con lavandina).
- Protección individual en personal expuesto como veterinarios, tutores o proteccionistas de animales (guantes, botas, ropa impermeable).
- Derivación del entorno familiar a un Hospital de referencia. Se sugiere consulta médica ante inicio de síntomas (no está indicado quimioprofilaxis en estos casos en las personas)

VIII.6. Medidas ante brotes

- Identificar la fuente de infección, tales como basurales, criaderos de animales, zonas anegadas u orillas de ríos u arroyos contaminados, para eliminar la contaminación o prohibir su uso. Investigar fuentes ocupacionales.
- Se recomienda indicar profilaxis a aquellas personas que:
 1. Permanecen en áreas de anegamiento o inundación.
 2. Realizan tareas de desmalezamiento y limpieza en áreas inundadas o anegadas.
 3. Regresan a domicilio y tareas de limpieza luego de una inundación.
 - Se indica doxiciclina en dosis de 200 mg (2 comprimidos) por semana para mayores de 12 años
 - Entre 8 y 12 años la dosis es 100 mg (1 comprimido) por semana
 - SOLO se repetirá a la semana si permanecen las condiciones de riesgo
 - NO se recomienda a embarazadas ni menores de 8 años. En aquellas personas que no pueden recibir doxiciclina se debe dar pautas de alarma para consulta y tratamiento temprano.
- En caninos:

De aplicación poblacional en perros susceptibles expuestos debido a factores climáticos no previstos como inundaciones, a ambientes potencialmente contaminados con Leptospiras, en donde no hay tiempo de aplicar esquemas de vacunación preventivos. Previa evaluación de los riesgos de los animales como (portador/eliminador) y potencial transmisor de la infección para los humanos, se

sugiere realizar quimioprofilaxis con doxiciclina a la población canina expuesta a inundaciones.

Dosificación de la Doxiciclina:

- Perros chicos: 50 mg/totales por semana.
 - Perros medianos: 100 mg/totales por semana.
 - Perros grandes: 150 mg/totales por semana.
- Hasta 2 a 3 semanas después de que las aguas hayan bajado.

Se recomendará administrar el fármaco con alimentos, para reducir el riesgo de trastornos esofágicos.

Durante lluvias intensas, la orina de animales infectados puede contaminar el suelo y el agua y enfermar a las personas y otros animales. Los casos de leptospirosis pueden aumentar después de inundaciones si las personas y animales tienen contacto directo con agua contaminada.

- Después de una inundación, hacer que el agua sea segura para beber hirviendo o usando un tratamiento químico como pastillas potabilizadoras o dos gotitas de lavandina por litro de agua.
- Cubrir los cortes o rasguños con vendajes impermeables u otros cobertores que impidan el paso del agua.
- No meterse, bañarse ni tragar agua de inundación ni ninguna fuente de agua dulce que pueda contener orina de animal.
- Usar ropa y zapatos protectores impermeables cerca del agua o del suelo que puedan estar contaminados con orina animal.

VIII.7. Vigilancia Epidemiológica

La leptospirosis constituye un evento de notificación obligatoria en los términos de la Ley Nacional 15465 y la Resolución 2827/2022. Se vigila en personas y en caninos.

VIII.7.A. LEPTOSPIROSIS HUMANA

Objetivos de la vigilancia

Elaborar estrategias de prevención y control para controlar la enfermedad.

Notificación

La leptospirosis en humanos se vigila bajo el evento “Leptospirosis” con una modalidad individual y periodicidad inmediata. La estrategia de notificación es universal clínica, de laboratorio e investigación epidemiológica. Los brotes se notifican mediante el formulario de notificación de brotes.

Definiciones y clasificaciones de caso

Caso sospechoso: enfermo febril agudo, con cefalea, mialgia, en ausencia de síntomas en vías aéreas superiores y con epidemiología compatible, seguido o no de ictericia, meningitis, nefropatía, neumonía, hemorragias.

Se consideran antecedentes epidemiológicos compatibles, en los 30 días anteriores, al inicio de los síntomas, siendo su tiempo de evolución en promedio de 7 a 15 días, cualquiera de las siguientes actividades:

- Actividades en ambientes urbanos vinculadas a recolección de residuos, clasificación de material para reciclaje, limpieza en canales o acequias o trabajo en alcantarillas, trabajo de huertas, albañilería o en frigorífico.
- Actividades en ambientes rurales como manejo de animales, agricultura en áreas anegadas, pesca, o cualquier otra actividad, laboral o recreativa en ambientes acuáticos naturales.
- Haber estado en zonas afectadas por inundaciones.

Caso Sospechoso – Resultado No Conclusivo: todo caso sospechoso estudiado por laboratorio por cualquier técnica, con resultado negativo en una única muestra de hasta 10 días de evolución desde el inicio de los síntomas.

Caso probable: todo caso sospechoso sumado a uno o más de los siguientes:

- a) Un resultado reactivo para estudios realizados por las siguientes pruebas de tamizaje: Macroaglutinación (Antígeno TR) y/o ELISA.
- b) Un resultado reactivo para la prueba de referencia: microaglutinación (MAT) con título menor a 200 en una única muestra.

Caso confirmado: todo caso sospechoso o probable sumado a:

- a) En una única muestra, una o más de las siguientes:
 1. MAT (microaglutinación) positiva a un título mayor o igual a 200
 2. Aislamiento bacteriano
 3. Detección de genoma bacteriano por PCR
- b) Seroconversión a la MAT, en dos o más muestras, preferentemente con más de 10 días de evolución:
 1. 1er muestra negativa y 2da positiva o
 2. 1ra y 2da muestras positivas con diferencia de al menos 2 títulos entre ellas (directa o inversa).

Caso descartado: todo paciente con uno o más de los siguientes criterios:

- Dos muestras en las que NO se observa seroconversión a la MAT (2da muestra con más de 10 días desde fecha de inicio de síntomas)
- Resultado NO reactivo para ELISA en muestras de más de 10 días de inicio de síntomas.
- MAT negativa en muestra única de más de 10 días de evolución desde el inicio de síntomas.
- Diagnóstico laboratorial confirmatorio para otra enfermedad febril.

VIII.7.B. LEPTOSPIROSIS CANINA

Objetivos de la vigilancia

Incorporar la detección de leptospirosis en caninos a las estrategias de prevención y control de la enfermedad. A los perros se los considera centinelas para la detección temprana de esta bacteria, lo que indica un ambiente contaminado con el riesgo de contagio a personas y otros animales.

Notificación

La leptospirosis en caninos se vigila bajo el evento “Leptospirosis canina” con una modalidad individual y periodicidad inmediata. La estrategia de notificación es universal, clínica veterinaria, de laboratorio e investigación epidemiológica. Los brotes se notifican mediante el formulario de notificación de brotes. Asimismo, se notifican las muestras estudiadas con una modalidad agrupada y de frecuencia semanal (componente de Laboratorio) bajo los eventos “Leptospirosis (VA)” y “Leptospirosis canina - Estudios poblacionales” pertenecientes al grupo de evento “Vigilancia animal” donde se notifican las muestras caninas estudiadas y positivas para leptospirosis.

DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso Sospechoso: canino con signopatología (síndrome febril agudo, ictericia, vómitos, nefropatía (IRA), mialgias, hemorragias, astenia) y epidemiología compatible con leptospirosis. Los antecedentes epidemiológicos sugestivos son: exposición a inundaciones, temporada de lluvias, barro, basurales o contacto con aguas estancadas (pozos, arroyos, lagos o ríos) y/o contacto con animales enfermos o roedores, animales sin antecedentes de vacunación previa.

Caso Probable: caso sospechoso con un resultado reactivo para la prueba de referencia: microaglutinación (MAT) con título menor o igual a 1/400 en una única muestra, ya sea a uno o más serogrupos, sin antecedentes de vacunación vigente.

Caso Confirmado: Caso sospechoso o probable con:

- a) Una única muestra sometida a diagnóstico de MAT (microaglutinación), que resulte positiva a un título mayor o igual a 1/800 frente a uno o más serogrupos, sin antecedentes de haber recibido vacunación en los últimos 6 meses; ó
- b) Seroconversión a la MAT: la 1ra muestra negativa y la 2da positiva o 1ra y 2da muestra positivas con diferencia de al menos 2 títulos entre ellas. Ambas muestras se toman con un intervalo de 15 días entre cada una; ó
- c) Aislamiento bacteriano; ó
- d) Detección de genoma bacteriano por PCR

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

Fichas de notificación:

[SÍNDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO \(SFAI\) en área endémica para FHA](#)

[SÍNDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO \(SFAI\) en área NO endémica para FHA](#)

[FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO DE LEPTOSPIROSIS CANINA](#)

Guía para el equipo de salud - Leptospirosis, disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000000489cnt-guia-medica-leptospirosis.pdf>

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 6 y el 12 de marzo del 2025.

IX.1. Enfermedad por el virus de Sudán – Uganda

Informe recibido por el CNE el 8 de marzo de 2025.

Desde la segunda noticia sobre el brote de esta enfermedad, publicada el 21 de febrero de 2025, se han reportado tres casos adicionales confirmados por laboratorio y dos muertes probables por SVD en Uganda. Hasta el 5 de marzo de 2025, se han registrado 12 casos confirmados y dos probables, de los cuales cuatro han fallecido (dos confirmados y dos probables), con una tasa de letalidad (CFR) del 29%. Se informa que los últimos casos confirmados están epidemiológicamente vinculados a los dos casos probables.

El rango de edad de los casos confirmados varía entre 1,5 y 55 años, con una edad promedio de 27 años, y el 55% de los casos corresponden a hombres. Los casos fueron reportados en seis distritos del país: Jinja, Kampala, Kyegegwe, Mbale, Ntoroko y Wakiso.

El 1 de marzo de 2025, el Ministerio de Salud emitió un comunicado de prensa sobre la confirmación de un nuevo caso. Se trata de un niño menor de 5 años identificado en el Hospital Mulago, donde presentó signos y síntomas que cumplían con la definición de caso sospechoso. Se tomó una muestra de laboratorio y el 26 de febrero se confirmó la infección por SVD mediante PCR. Tras las investigaciones, se reportaron dos muertes probables vinculadas a este caso, incluyendo la madre del niño, quien estaba embarazada en el momento del inicio de los síntomas el 22 de enero y falleció el 6 de febrero. Su recién nacido murió el 12 de febrero. Ninguna de estas tres muertes tuvo un entierro supervisado.

El 3 de marzo se confirmó el undécimo caso, una mujer adulta, contacto del caso 10, y el 4 de marzo se confirmó el duodécimo caso, otra mujer adulta, contacto del caso probable (la madre del caso 10). Ambos casos están actualmente ingresados en centros de tratamiento.

Desde el inicio del brote, ocho personas se han recuperado y han sido dadas de alta.

Figura 1: Distribución de casos confirmados y probables de la enfermedad por el virus de Sudán reportados en Uganda entre el 30 de enero y el 5 de marzo de 2025.

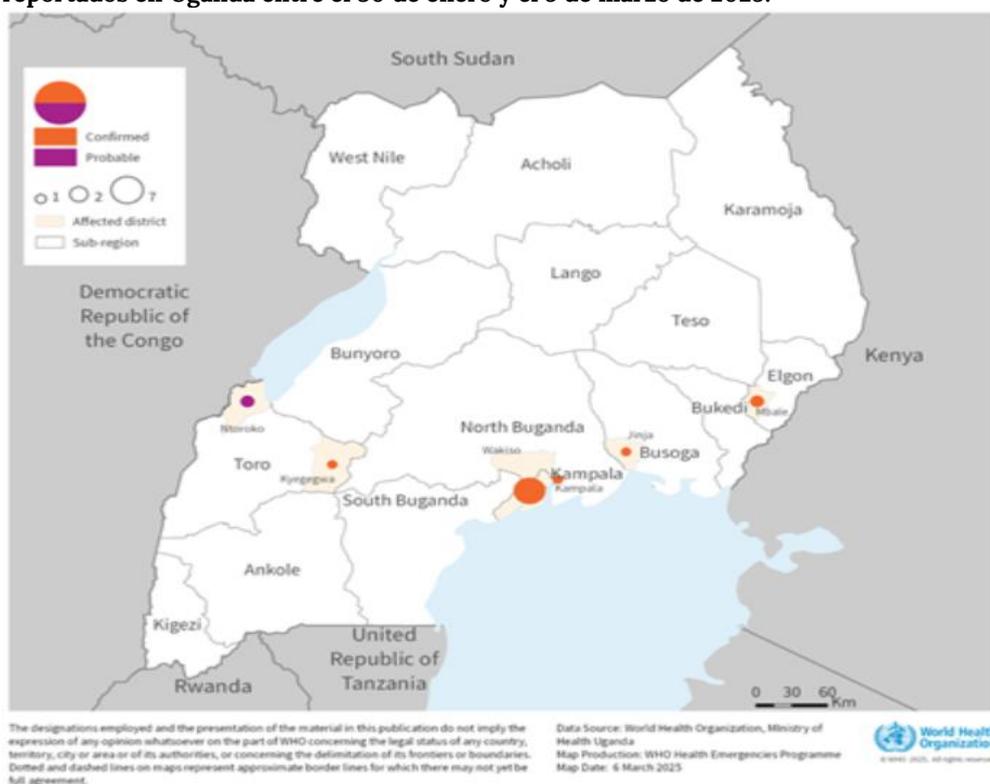
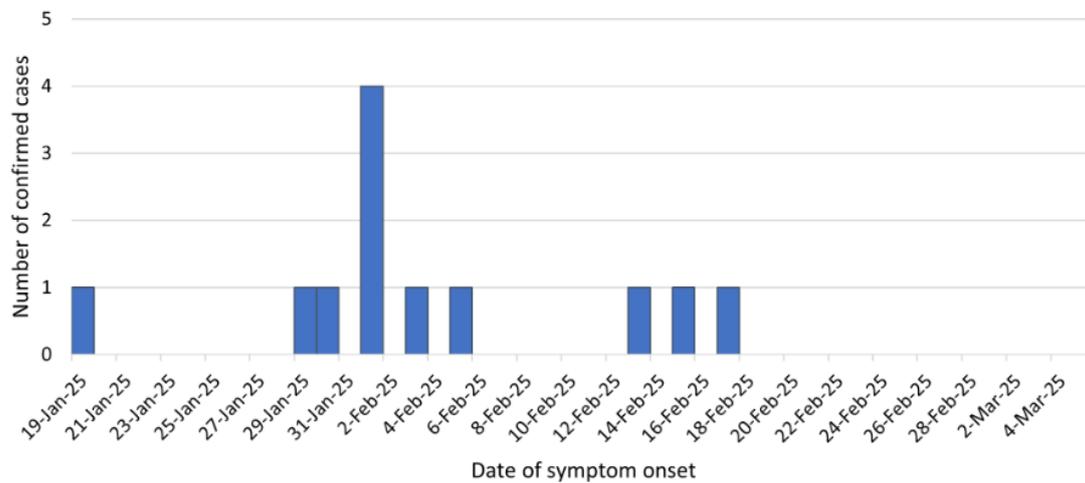


Figure 2: Epidemiological curve of reported confirmed SVD cases by symptom onset date, data as of 5 March 2025, (n=12).

Hasta el 5 de marzo, se han registrado 192 nuevos contactos asociados a los casos recientes, mientras que 299 contactos previamente identificados han completado el período de seguimiento de 21 días.

Los niveles de alerta por SVD reportados desde la comunidad y las instalaciones de salud han sido bajos, por lo que se están realizando esfuerzos para mejorarlos. Además, se ha establecido la vigilancia de mortalidad desde la declaración del brote y esta continuará en los distritos de Jinja, Kampala, Mbale, Ntoroko y Wakiso.

Se están llevando a cabo investigaciones epidemiológicas y de laboratorio retrospectivas para determinar la fuente del brote, mientras que la búsqueda activa de casos en la comunidad y en los centros de salud vinculados a los movimientos de los casos ha sido intensificada.

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON558>

IX.2. El Ministerio de Salud de Brasil confirma el primer caso de mpox por la cepa 1b.

Informe recibido por el CNE el 10 de marzo de 2025.

La entidad monitorea y evalúa de manera permanente la situación epidemiológica de la mpox en Brasil y en el mundo, así como las evidencias científicas más recientes sobre el tema.

El Ministerio de Salud confirma el primer caso de mpox en Brasil causado por la cepa 1b. La paciente, una mujer de 29 años, residente en la región metropolitana de São Paulo, tuvo contacto con un familiar procedente de la República Democrática del Congo.

El caso en Brasil fue confirmado mediante pruebas de laboratorio, incluyendo el secuenciamiento genético para caracterizar el agente, obteniendo un genoma completo muy similar al de los casos detectados en otros países. Hasta el momento, no se han identificado casos secundarios, y el equipo de vigilancia municipal continúa el rastreo de posibles contactos.

El Ministerio de Salud está supervisando el proceso de investigación y mantiene comunicación con las Secretarías de Salud estatal y municipal de São Paulo. Entre las medidas adoptadas destacan la notificación a la Organización Mundial de la Salud (OMS), el refuerzo de la red de vigilancia epidemiológica y el seguimiento de la búsqueda activa de personas que tuvieron contacto con la paciente.

El Ministerio de Salud monitorea y evalúa continuamente la situación epidemiológica de la mpox en Brasil y en el mundo, así como las evidencias científicas más recientes a nivel internacional, con el objetivo de respaldar las recomendaciones y acciones necesarias en el país. La prevención y la vigilancia siguen siendo las principales estrategias de protección contra la mpox.

En respuesta a la declaración de Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) para la mpox por parte de la OMS en agosto de 2024, el Ministerio de Salud estableció el Centro de Operaciones de Emergencias (COE) mpox, que sigue en funcionamiento con el objetivo de centralizar y coordinar las acciones, garantizando una gestión integrada y eficiente.

En 2024, Brasil registró 2.052 casos de mpox, y en 2025, hasta principios de febrero, se notificaron 115 casos de las cepas en circulación. No se han reportado muertes por la enfermedad en los últimos dos años en el país. La mayoría de los casos presentan síntomas leves o moderados.

La mpox se considera endémica en África Central y África Occidental desde la década de 1970. En diciembre de 2022, la República Democrática del Congo declaró un brote nacional de mpox debido a la circulación de la cepa 1 del virus de la mpox (MPXV). Desde julio de 2024, se han registrado casos de la cepa 1b en varios países, incluidos Uganda, Ruanda, Kenia, Zambia, Reino Unido, Alemania, China, Tailandia, Estados Unidos, Bélgica, Angola, Zimbabue, Canadá, Francia, India, Pakistán, Suecia, Emiratos Árabes Unidos, Omán, Catar y Sudáfrica.

Fuente: <https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/sala-de-imprensa/notas-a-imprensa/2025/ministerio-da-saude-confirma-primeiro-caso-de-mpox-pela-cepa-1b>

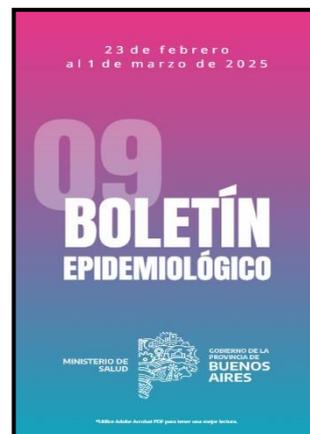
DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

X. Boletines jurisdiccionales

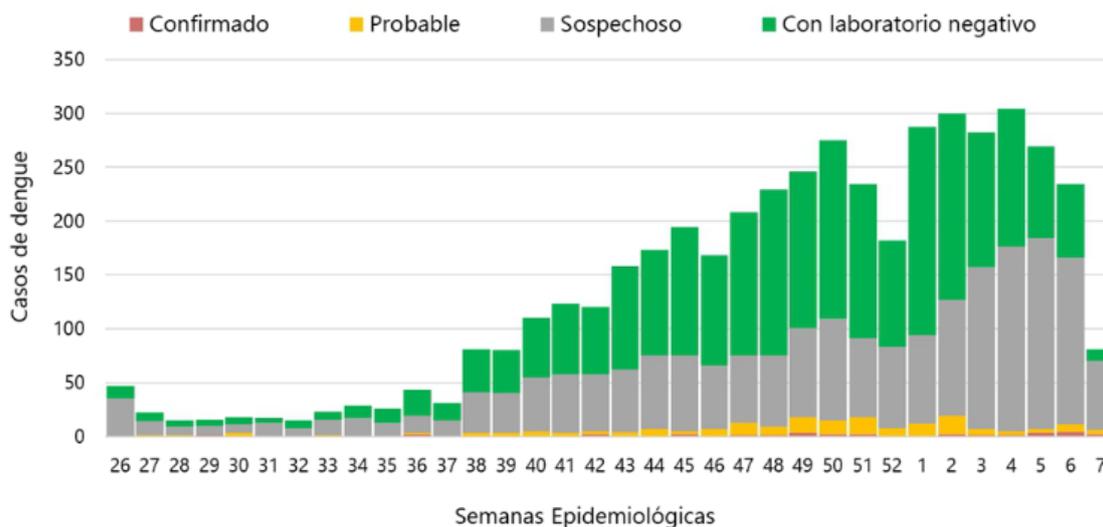
X.1. Buenos Aires: Arbovirosis

Desde la finalización de la última epidemia de dengue en la provincia en junio de 2024 (SE 25) y hasta el 1ro de marzo (SE 9) se notificaron 4.730 casos compatibles con dengue de los cuales 51 fueron confirmados (40 autóctonos y 11 importados), 186 probables, 1.770 en estudio y 2.723 con muestras de laboratorio negativas (descartados y sospechosos no conclusivos).

En relación a la curva de casos, durante el 2025 se registra un promedio de 204 notificaciones semanales y una baja proporción de casos positivos en las últimas dos semanas (5,6%).



Casos notificados de dengue por semana epidemiológica. PBA, SE 26/2024 -SE 9/2025. n= 4.730



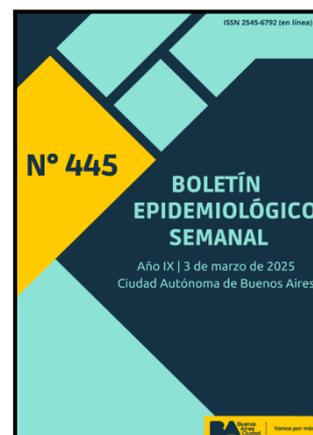
Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

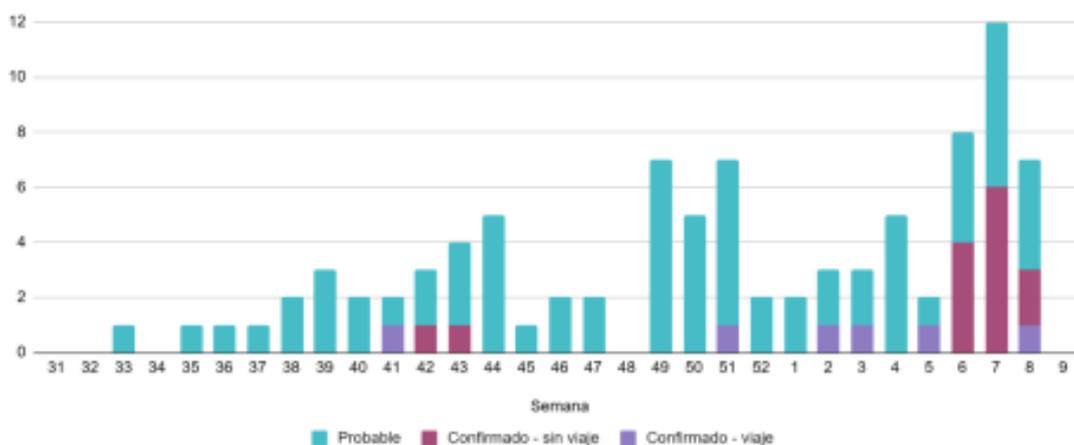
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

X.2. CABA: Dengue

De acuerdo a los escenarios teóricos de riesgo que históricamente presenta la Ciudad de Buenos Aires, según la presencia o no del vector y la ocurrencia de casos, actualmente nos encontramos en el Escenario 3, caracterizado por la presencia de huevos del vector, actividad larvaria y eventuales casos asociados a viaje, y también con ausencia de éste. Este escenario se asocia con la cuarta etapa de acciones del Plan de Dengue de la Ciudad. A partir de la SE 42 DE 2024, hasta la SE 9 de 2025 (finalizada el 1 de marzo) se detectaron 20 casos confirmados, con y sin viaje. Se está monitoreando activamente la evolución de la situación, y realizando acciones de búsqueda activa y control de focos.



Casos confirmados y probables notificados Dengue notificados en el SNVS desde SE-31 hasta SE4 según FIS, detalle. Residentes CABA. Temporada 2024/25 (N = 93)



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

Para más información: <https://buenosaires.gov.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2024-2025>

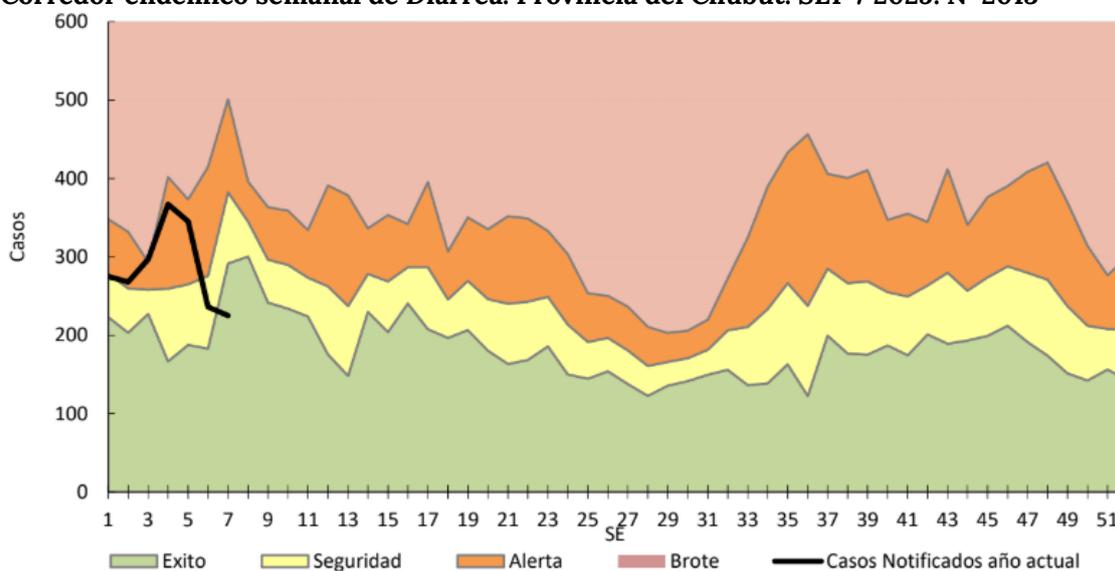
X.3. Chubut: Diarreas

A la SE 52 del año 2024 se estudiaron 2642 muestras en total, de las cuales 65 fueron positivas. Del total de las muestras positivas, el 49% (n=32) corresponde a diarreas bacterianas y un 51% (n=33) a diarreas virales.

A la SE 7 del año 2025 se estudiaron en total 368 muestras, de las cuales 8 fueron positivas; 4 corresponden a diarreas virales y 4 a diarreas bacterianas.



Corredor endémico semanal de Diarrea. Provincia del Chubut. SE1-7 2025. N=2013



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

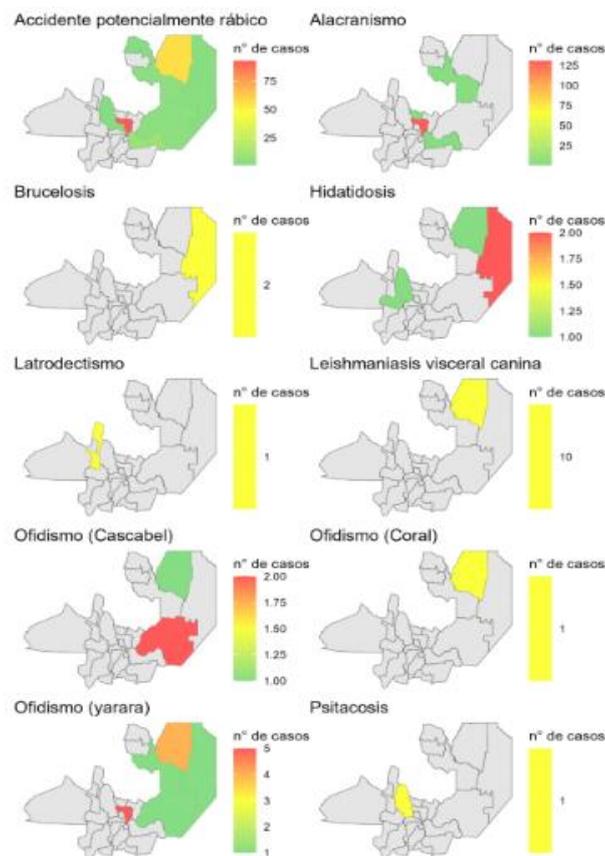
Para más información: https://ministeriodesalud.chubut.gov.ar/epidemiological_releases

X.4. Salta: Enfermedades Zoonóticas

La vigilancia de Enfermedades Zoonóticas en humanos se encuentra entre los objetivos actuales de salud pública como un pilar imprescindible para la toma acciones de prevención y control de forma oportuna a los fines de construir un ambiente sano y sustentable poniendo foco en la sanidad, el bienestar, la calidad y la seguridad alimentaria para todos los seres vivos.



Frecuencia acumulada de casos confirmados de enfermedades zoonóticas humanas por departamento hasta SE 08/2025. provincia de salta.

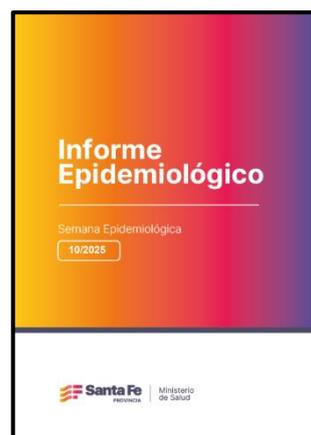


Fuente: Elaboración propia del Prog. de Sala de Situación de la D.G.C.E. en base a información del Prog. de Zoonosis.

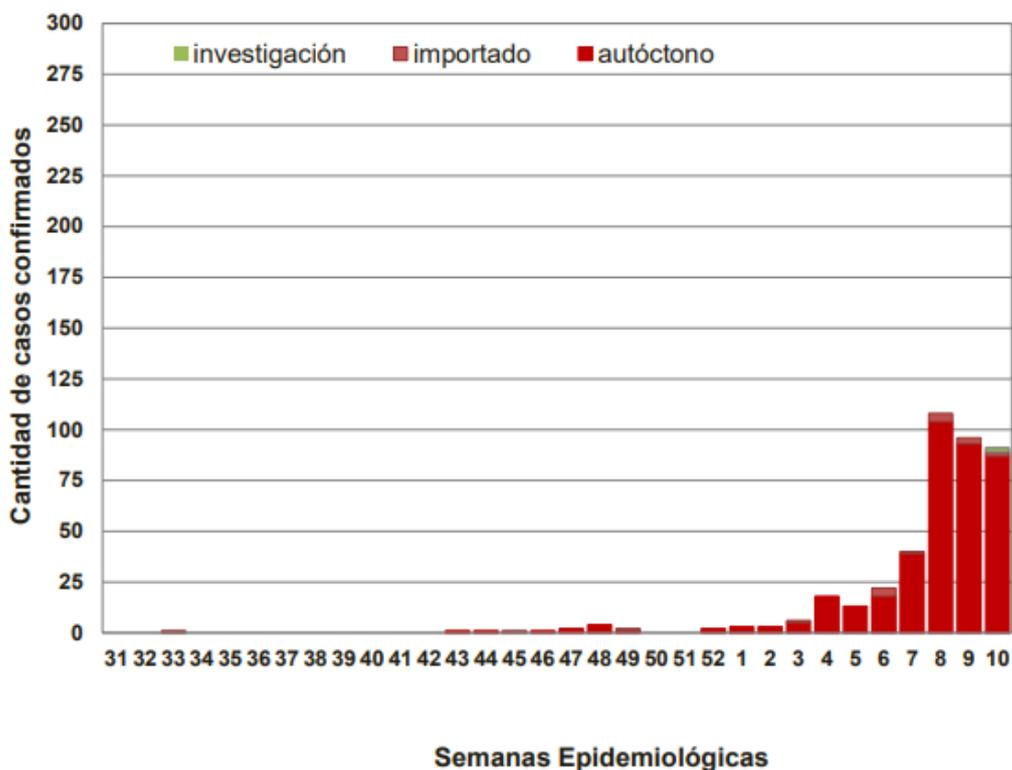
Para mas información: <http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

X.5. Santa Fe: Dengue

En la provincia de Santa Fe, en lo que va de la temporada 2024-2025 (SE 31/2024 hasta la SE 10/2025), se confirmaron 415 casos para el evento “dengue”, 395 casos “sin antecedente de viaje”, 18 “con antecedente de viaje” (India, Maldivas, Colombia, Brasil y otra provincia de Argentina) y 2 se encuentran en investigación. Dentro del evento de “Dengue en la gestación”, únicamente se confirmaron 3 casos autóctonos, todos del departamento Rosario, 2 serotipo DEN-2 y 1 sin especificar. Por otra parte, se notificaron 12 casos con “antecedente de vacunación en los últimos 30 días”, registrándose un nuevo caso bajo esta denominación con inicio de síntomas en la SE08/2025.



Casos de Dengue confirmados desde SE 31/2024 hasta a SE 10/2025 según semana epidemiológica. Provincia de Santa Fe. N= 415.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) hasta el 08/03/2025.

Para más información:

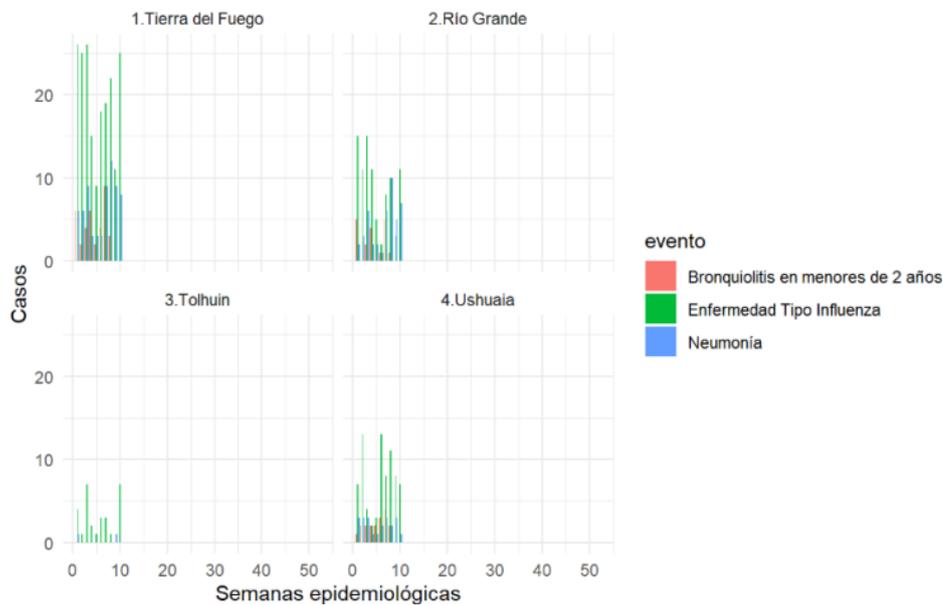
[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802)

X.6. Tierra del fuego: respiratorias

Hasta la semana epidemiológica (SE) 10 en 2025 se notificaron 299 casos de enfermedades respiratorias en SNVS 2.0 en la modalidad agrupada. Con respecto al mismo período del año 2024, se observa un aumento del 4,5% de los casos registrados, a nivel provincial.



Respiratorias agrupadas, año 2024 y 2025.



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

Para más información:

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

X.7. Tucumán: listeriosis

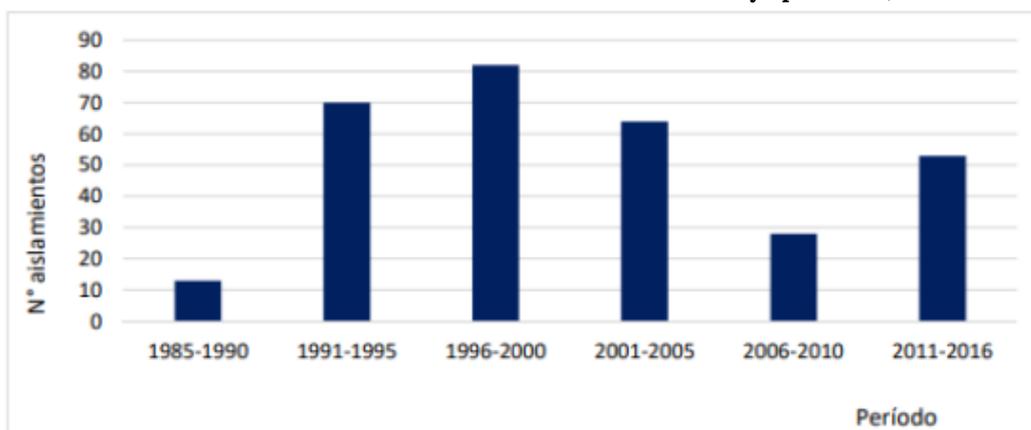
En la provincia de Tucumán, en la SE 8 del 2025, se notificaron dos casos confirmados de Listeriosis. El primer caso, se trató de una paciente de sexo femenino, de 22 años, embarazada de 33 semanas de gestación. La misma inició con contracciones, realizó la consulta y luego de la evaluación clínica se decidió la internación y cesárea por sospecha de corioamnionitis. En estudios realizados se identificó *Listeria monocytogenes*. Al recién nacido se le realizaron todos los estudios correspondientes, con resultados negativos.

El segundo caso, se trató de un paciente de sexo masculino, de 33 años. El mismo inició con cefalea, fiebre, mialgia, náuseas, astenia, vómitos y desvanecimiento. El diagnóstico del caso fue meningitis y el germen identificado fue *Listeria monocytogenes*.

Ante la notificación de los casos confirmados de listeriosis y a partir de la investigación epidemiológica realizada, ambos casos refirieron el consumo de embutidos (salame) provenientes de los Valles Calchaquíes.



Número de aislamientos de casos de listeriosis invasiva y perinatal, recibidos en LNR.



Fuente: Red de Seguridad Alimentaria Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

Para más información: 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" 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.
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, que deben ser notificados, en el orden en el que se encuentran configurados en el sistema.

1. Pacientes estudiados para el diagnóstico de enteroparásitos
2. *Ascaris lumbricoides*
3. *Balantidium Coli*
4. *Blastocystis*
5. *Chilomastix mesnili*
6. *Dientamoeba fragilis*
7. Difilobótridos
8. *Endolimax nana*
9. *Entamoeba coli*
10. *Entamoeba histolytica/dispar/moshkovski/bangladeshi*
11. *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 cayetanensis* (por coloración o métodos moleculares)
29. Microsporidios (por coloración o métodos moleculares)
30. Anisákidos (*Anisakis*, *Pseudoterranova*, *Hysterothlacium*, *Contracaecum*)

Los eventos mencionados a continuación se mantienen habilitados sin disponibilidad para la carga. Esto permite mantener el registro en las bases de datos de lo cargado previamente a la SE 38 de 2023:

- Histórico - Subfamilia Anisakinae (incluye *Anisakis* y *Pseudoterranova*)
- Histórico - *Cryptosporidium sp.*
- Histórico - *Cyclospora sp.*
- Histórico - *Diphyllbothrium latum*
- Histórico - Microsporidios
- Histórico - *Cyclospora cayetanensis*
- Histórico - *Blastocystis hominis*

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

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.direpizacion@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>