



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Nº 748

Semana epidemiológica 11

AÑO 2025

Desde 09/03 al 15/03

Fecha de publicación

25/03/2025

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, Pilar Piantamura¹, Lucía Valenzuela Chanteford¹, Karina Chavez¹, Esteban Couto², Julieta Siches³, Lucía Maffey³, Julián Antman¹, Cintia Fabbri⁴, Victoria Luppo⁴, 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

Psitacosis – Actualización informe epidemiológico: Melisa Laurora¹, Celeste Castillo³, Virginia Sciarreta³, Natalia Casas³, Carlos Giovacchini⁵, Alejandra Piazza³, Estela Cadario⁶, Claudia Lara⁶.

INFORME ESPECIAL

Informe preliminar de vigilancia genómica y determinación de genotipos de dengue serotipos 1, 2 y 3 circulantes en Argentina durante la temporada 2024-2025: Cintia Fabbri⁴, Victoria Luppo⁴, Cintia Barulli⁴, Mariel Feroci⁴, Doraldina Casoni⁴, María Alejandra Morales⁴.

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

⁵ Departamento de Epidemiología, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

⁶ Laboratorio Nacional de Referencia de psitacosis, Servicio de Bacteriología Clínica, Departamento de Bacteriología, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI - ANLIS "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:

Larva de *Aedes aegypti* encontrada en Aguayo, departamento Gral. San Martín, provincia de La Rioja. Primer registro oficial de la presencia del vector en dicha localidad. Foto aportada por la provincia de La Rioja.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°748, SE 11.

I. Editorial del BEN 747

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 nuevo número del Boletín Epidemiológico Nacional continúa consolidando nuestro compromiso por brindar información clara, sistematizada y actualizada para todas las personas que participan en la vigilancia, prevención y respuesta frente a los principales eventos de interés en salud pública. Cada sección fue elaborada con el propósito de fortalecer la toma de decisiones, desde el nivel local hasta el nacional, en un contexto sanitario en constante transformación.

En esta edición, se mantiene y profundiza el abordaje de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) seleccionados. **Hemos adicionado los eventos agrupados, tanto de clínica como laboratorio.**

Entre las situaciones emergentes, se presenta una actualización sobre el brote de sarampión, incluyendo el análisis del contexto epidemiológico mundial y regional, así como la situación específica en nuestro país. Se destacan, además, **recomendaciones actualizadas** destinadas tanto a la comunidad como a los equipos de salud para fortalecer la vigilancia y la respuesta oportuna ante este tipo de enfermedades febriles exantemáticas.

Como es habitual, el boletín dedica un capítulo central a la vigilancia de arbovirus, con énfasis en dengue. Se incluyen datos históricos, indicadores para la determinación de fases epidemiológicas, distribución geográfica, vigilancia entomológica y una descripción detallada de eventos prioritarios como dengue grave y dengue durante el embarazo. A su vez, **se incorpora un informe preliminar sobre la vigilancia genómica y la circulación de genotipos virales**, aportando evidencia para la comprensión y el abordaje integral de estos eventos.

La vigilancia de infecciones respiratorias agudas también se encuentra priorizada, con información actualizada al cierre de la SE11/2025. Se detallan los aportes de las redes centinela clínicas y laborales, la situación regional de influenza y otros virus respiratorios, y los avances en el monitoreo de ETI, neumonía y bronquiolitis en diferentes poblaciones.

La sección de actualización periódica incluye esta vez el análisis actualizado de la situación de psitacosis, con datos históricos y principalmente lo ocurrido de la SE 1 a la 11, incluyendo un enfoque especial en la caracterización de casos por edad, sexo, antecedentes y gravedad. Esto permite ampliar el conocimiento sobre un evento de menor frecuencia, pero relevante para ciertas regiones del país y que se encuentra por encima de lo esperado.

Como siempre, se incorporan alertas y comunicaciones internacionales sobre eventos de interés en otros países, junto con un panorama de lo destacado en los boletines jurisdiccionales recientes. En esta oportunidad, se incluyen experiencias de seguimiento y análisis sobre arbovirosis, diarreas, hepatitis A, sífilis y toxoplasmosis, provenientes de distintas provincias.

Finalmente, se presentan herramientas de utilidad para fortalecer las capacidades locales en vigilancia. Entre ellas, se detallan las modificaciones recientes en las codificaciones auxiliares del SNVS 2.0 y se anuncian dos nuevas ediciones de cursos virtuales: “Vigilancia y notificación de dengue” y “Introducción al SNVS 2.0”, dirigidos a continuar profesionalizando la red de vigilancia a nivel nacional.

En su conjunto, este boletín reafirma su propósito como espacio técnico de construcción colectiva de conocimiento, con una mirada federal y práctica, acompañando los desafíos actuales de la salud pública en Argentina.

Contenido

I. Editorial del BEN 747	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.....	11
III.2.A. Sobre la construcción de las tablas	11
III.2.B. Notas adicionales a tener en cuenta	11
III.3. Eventos nominales confirmados	12
III.4. Eventos nominales notificados y confirmados.....	12
III.5. Eventos agrupados clínicos.....	13
III.6. Eventos agrupados laboratoriales.....	15
III.6.A. Sobre la construcción de esta tabla.....	15
SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES.....	16
IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión	17
IV.1. Introducción.....	17
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional	17
IV.3. Situación actual en Argentina.....	19
IV.4. Recomendaciones para la comunidad	25
IV.5. Recomendaciones para los equipos de salud	25
IV.5.A. Vigilancia epidemiológica.....	25
IV.5.B. Medidas de prevención	26
IV.5.C. Medidas ante casos y contactos.....	26
EVENTOS PRIORIZADOS.....	29
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	30
V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus	30
V.1.A. Introducción.....	30
V.1.B. Subregión Centroamérica y México	30
V.1.C. Subregión Cono Sur.....	31
V.2. Situación de dengue en Argentina.....	33
V.2.A. Situación histórica	33
V.2.B. Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras arbovirosis.....	35
V.2.C. Indicadores basados en la vigilancia para determinar fases epidemiológicas.....	38
V.2.D. Casos de dengue según fase	39
V.2.E. Temporada actual.....	40
V.2.F. Distribución según región, jurisdicción y departamento.....	42
V.2.G. Situación según serotipos circulantes	46
V.2.H. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo”.....	47
V.2.I. Dengue grave	48
V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus.....	48
V.3.A. Situación epidemiológica de fiebre amarilla en argentina.....	49
V.4. Vigilancia entomológica.....	50
V.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición.....	50
V.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) -SE10 (2025)	50
V.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios.....	54
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	56
VI.1. Nota Metodológica	56
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios.....	56
VI.3. Síntesis de la información nacional destacada a la SE11/2025.....	57
VI.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis.....	57

VI.3.B.	Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados	57
VI.3.C.	Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios.....	58
VI.4.	Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados	58
VI.4.A.	Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI	58
VI.4.B.	Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG.....	61
ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS		64
VII. Psitacosis – Actualización informe epidemiológico		65
VII.1.	Introducción.....	65
VII.2.	Nota metodológica.....	65
VII.3.	Situación epidemiológica histórica (2019-2024)	66
VII.4.	Situación epidemiológica actual. SE 1 a SE 11 de 2025	66
VII.4.A.	Comparación respecto a períodos previos.....	66
VII.4.B.	Distribución espacial.....	67
VII.4.C.	Distribución por edad y sexo.....	68
VII.4.D.	Antecedentes epidemiológicos.....	69
VII.4.E.	Gravedad y mortalidad.....	70
INFORMES ESPECIALES.....		72
VIII. Informe preliminar de vigilancia genómica y determinación de genotipos de dengue serotipos 1, 2 y 3 circulantes en Argentina durante la temporada 2024-2025		73
VIII.1.	Materiales	73
VIII.2.	Métodos	73
VIII.3.	Resultados y conclusiones.....	74
VIII.3.A.	DENV-1	74
VIII.3.B.	DENV-2.....	74
VIII.3.C.	DENV-3.....	74
VIII.4.	Referencias bibliográficas.....	75
ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES		76
IX. Introducción.....		77
IX.1.	Coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio – Reino de Arabia Saudita	78
IX.2.	Enfermedad por el virus de Marburgo – República Unida de Tanzania.....	80
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES		82
X. Boletines jurisdiccionales.....		83
X.1.	Buenos Aires: Arbovirosis	83
X.2.	CABA: Dengue	84
X.3.	Chubut: Diarreas	85
X.4.	Salta: Hepatitis A	86
X.5.	Santa Fe: Dengue.....	87
X.6.	Tierra del fuego: Sífilis.....	88
X.7.	Tucumán: Toxoplasmosis en gestantes y congénita.....	89
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA		90
XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0.....		91
XI.1.	Información relevante: enteroparasitosis	92
XII. 1º Edición del Curso: “Vigilancia y notificación de dengue”		93
XIII. 4º Edición del Curso Virtual “Introducción al SNVS 2.0”.....		94

TABLAS DE
EVENTOS DE
NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA
SELECCIONADOS

III. Tablas de ENO seleccionados

III.1. Introducción

Luego de varios años y distintos formatos, las tablas de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) vuelven a formar parte del Boletín Epidemiológico Nacional. Consideramos fundamental recuperar la presentación sistemática de estos datos para lograr una comprensión más integral de la situación epidemiológica actual.

La pandemia y la complejidad del trabajo en epidemiología en los años posteriores han dificultado el seguimiento de eventos que no sean emergentes o priorizados. No obstante, entendemos que disponer de estos datos es esencial para fortalecer la vigilancia epidemiológica.

Si bien reconocemos la importancia de esta presentación, sabemos que las tablas aquí expuestas pueden contener errores, principalmente debido a la complejidad de la gestión de la vigilancia, que involucra múltiples actores en la cadena de notificación. Esto incluye desde la notificación local hasta la validación final por el laboratorio de referencia nacional, pasando por diversas áreas técnicas y equipos de análisis, siempre dependiendo del evento.

A pesar de estas posibles limitaciones, consideramos que la publicación de estas tablas es un paso clave para robustecer y optimizar el proceso de vigilancia epidemiológica y dar cuenta de la situación epidemiológica.

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

- **Primera tabla:** Muestra **27** eventos en los que solo se presentan los **casos nominales confirmados**, ya que la notificación en sí misma no es un criterio central de vigilancia en estos casos. Es decir, para estos eventos, el enfoque está en los casos confirmados más que en los sospechosos.
- **Segunda tabla:** Contiene **26 eventos nominales** donde se considera relevante tanto la sospecha como la notificación en general, antes de caracterizar los casos confirmados.
- **Tercera tabla:** presenta **21 eventos agrupados clínicos**, contruidos a partir del conteo de casos según grupo de edad y componente clínico.
- **Cuarta tabla:** muestra **5 eventos agrupados laboratoriales**, basados en el conteo de casos por grupo etario, considerando muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como las que resultaron positivas.

Este esfuerzo es un proceso en evolución. A medida que recibamos sugerencias, perfeccionemos los procedimientos y consolidemos los datos, ajustaremos la presentación de las tablas para que respondan mejor a las necesidades de los distintos ámbitos que las utilizan.

III.2. Nota metodológica

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

Las tablas se elaboran con datos basados en la fecha de notificación (o fecha de apertura del caso) en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), considerando las semanas epidemiológicas (SE) seleccionadas de los años 2020 a 2025.

Para calcular la mediana de los valores acumulados entre 2020 y 2024, se ordenan los datos de menor a mayor y se toma el valor central (tercer puesto en un conjunto de cinco años).

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

Sección	Evento	Acumulado 2020	Acumulado 2021	Acumulado 2022	Acumulado 2023	Acumulado 2024	Mediana acumulada 2020-2024	Acumulado 2025
X	X	38	40	34	139	75	40	80

Los valores ordenados serían: **34, 38, 40, 75, 139**, por lo que la mediana es **40**. En este caso, los **80 casos de 2025** se compararían con la mediana de 40, resultando en un incremento absoluto de **40 casos** y un aumento **del 100%** en términos porcentuales.

El procedimiento de cálculo es el mismo para ambas tablas, con la diferencia de que en la segunda tabla se incluye el total de notificaciones además de los casos confirmados.

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

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

- ✓ **Datos parciales y sujetos a modificación:** Se compara un año en curso (2025) con años cerrados (2020-2024), por lo que las cifras pueden cambiar.
- ✓ **Diferencias con otros informes:** Las tablas se basan en la **fecha de notificación o apertura del caso**, mientras que otros análisis pueden utilizar la **fecha de inicio de síntomas (FIS)** o una fecha ajustada para cada evento.
- ✓ **Exclusión de casos invalidados:** No se incluyen en las tablas los casos invalidados por epidemiología.
- ✓ **Clasificación de los casos confirmados:** La metodología varía según el evento, pudiendo emplearse algoritmos específicos o una **clasificación manual**.
- ✓ **Confirmaciones prolongadas en ciertos eventos:** En patologías como Chagas y Sífilis Congénita, los casos sospechosos pueden permanecer en esa categoría durante varios meses antes de su confirmación.
- ✓ **Interpretación del "N/A":** Cuando aparece "N/A" en las tablas, significa que la diferencia porcentual **"No Aplica"**, generalmente porque uno de los valores en la comparación es cero.
- ✓ **Valores bajos y análisis porcentual:** Aunque se presentan los valores porcentuales para todos los eventos, en aquellos con menos de 20-30 casos, se recomienda cautela en la interpretación.

III.3. Eventos nominales confirmados

Para la siguiente tabla, se utilizaron clasificaciones manuales con el fin de determinar los casos confirmados, excepto para hantavirus, donde se aplica un algoritmo específico acordado con las áreas involucradas.

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-11. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-11	2025 acumulados SE 1-11	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. prevenibles por vacunas	Parotiditis	47	201	154	328%
Enf. Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	1	1	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	41	46	5	12%
Enf. zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	1.781	4.199	2.418	136%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	122	164	42	34%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	57	56	-1	-2%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	1	1	0	0%
	Cisticercosis	1	4	3	300%
	Escorpionismo o Alacranismo	1.591	2.843	1.252	79%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	142	307	165	116%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chini)	9	24	15	167%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	3	11	8	267%
	Brucelosis	19	28	9	47%
	Hantaviriosis	18	12	-6	-33%
Inf. respiratorias agudas	Legionelosis	2	4	2	100%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	346	337	-9	-3%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	3	4	1	33%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	0	13	13	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	0	11	11	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	0	0	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	2.469	2.272	-197	-8%
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	197	197	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	107	107	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	1.973	2.551	578	29%

Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

III.4. Eventos nominales notificados y confirmados

En la siguiente tabla, la mayoría de los casos se clasifica mediante algoritmos específicos definidos para cada evento, garantizando un criterio uniforme en la confirmación de los

mientos. Sin embargo, existen algunas excepciones en las que se emplea una clasificación manual confirmatoria, debido a la naturaleza de la vigilancia y los procesos diagnósticos particulares. Estos casos incluyen Sarampión y Rubéola, PAF en <15 años, Trichinellosis, Chagas crónico en emb, Sífilis Congénita, Intox./Exp. a Monóxido de Carbono y mpox.

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-11. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-11		2025 acumulados SE 1-11		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enf. prevenibles por vacunas	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	120	0	946	10	826	688%	10	N/A
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	120	0	946	0	826	688%	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	410	193	554	169	144	35%	-24	-12%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomieltitis	27	0	21	0	-6	-22%	0	N/A
Enf. Transmisibles por vectores	Dengue	16.144	6.663	23.840	3.092	7.696	48%	-3.571	-54%
	Encefalitis de San Luis	80	4	86	0	6	8%	-4	-100%
	Fiebre amarilla humana	36	0	101	0	65	181%	0	N/A
	Fiebre Chikungunya	432	1	1.868	17	1.436	332%	16	1600%
	Fiebre del Nilo Occidental	12	0	19	0	7	58%	0	N/A
	Zika	411	0	497	0	86	21%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	52	12	67	23	15	29%	11	92%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	523	17	674	49	151	29%	32	188%
	Psitacosis	94	21	266	70	172	183%	49	233%
ETMI - Enf. del niño	Chagas agudo congénito	318	13	332	16	14	4%	3	23%
	Sífilis Congénita	560	221	190	183	-370	-66%	-38	-17%
	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	2.185	1.887	2.378	2.224	193	9%	337	18%
	Hepatitis B en embarazadas	0	14	31	5	31	N/A	-9	-64%
Hepatitis virales	Hepatitis A	30	5	77	31	47	157%	26	520%
	Hepatitis B	587	122	685	134	98	17%	12	10%
	Hepatitis C	524	269	516	295	-8	-2%	26	10%
	Hepatitis E	8	0	6	1	-2	-25%	1	N/A
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	5.368	4.387	10.429	8.707	5.061	94%	4.320	98%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	45	21	72	56	27	60%	35	167%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	0	0	45	6	45	N/A	6	N/A

Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

III.5. Eventos agrupados clínicos

Para los eventos agrupados clínicos (tercera tabla), una de sus principales particularidades es que los datos se presentan tal como están registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), sin modificaciones o reclasificaciones posteriores. Esto implica que no se aplican procesos de validación adicionales ni criterios específicos de clasificación manual o por algoritmo, como ocurre en las tablas de eventos nominales.

En esta tabla, los datos se presentan agrupados según grupo etario, contabilizando los casos de eventos clínicos. Este enfoque permite analizar la distribución de ciertas condiciones en

distintos grupos de edad a partir de la información reportada en el sistema, reflejando la carga de enfermedad según manifestaciones clínicas.

Dado que los datos de estas tablas reflejan directamente lo reportado en el sistema, pueden estar sujetos a inconsistencias o variaciones según la calidad del registro en cada jurisdicción. Sin embargo, su utilidad radica en proporcionar una visión agregada y operativa de la vigilancia epidemiológica, facilitando el monitoreo de tendencias y patrones en distintos contextos.

Es importante remarcar, para el caso de las diferentes lesiones que se presentan, que este evento comenzó a notificarse en 2023, a partir de su inclusión en la actualización de las normas en 2022.

Tabla 3. Tabla de agrupados clínicos. SE 1-11. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-11	2025 acumulados SE 1-11	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmitidas por alimentos	Diarrea	194.955	163.959	-30.996	-16%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	532	377	-155	-29%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	97	75	-22	-23%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	133.740	81.309	-52.431	-39%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	8.054	6.489	-1.565	-19%
Lesiones	Siniestros viales - Peatón	0	759	759	N/A
	Siniestros viales - Ciclista	0	598	598	N/A
	Siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	5.171	5.171	N/A
	Siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	0	339	339	N/A
	Siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	0	1.217	1.217	N/A
	Mordedura de perro en la vivienda	2	1.309	1.307	N/A
	Mordedura de perro sin especificar	13	6.541	6.528	N/A
	Mordedura de perro desconocido en la vía pública	1	1.262	1.261	N/A
	Mordedura de perro conocido en la vía pública	3	568	565	N/A
	Electrocución	0	197	197	N/A
	Atragantamiento	0	185	185	N/A
	Caídas y golpes	0	12.729	12.729	N/A
	Cortes y quemaduras	0	5.531	5.531	N/A
	En el hogar sin especificar	0	6.659	6.659	N/A
	Ahogamiento por inmersión	0	160	160	N/A
	Otras en el hogar	0	5.126	5.126	N/A

Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

III.6. Eventos agrupados laboratoriales

III.6.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA TABLA

Para los eventos agrupados laboratoriales (cuarta tabla), es preciso señalar que los datos se presentan tal como están registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), sin modificaciones o reclasificaciones posteriores. Esto implica que no se aplican procesos de validación adicionales ni criterios específicos de clasificación manual o por algoritmo, como ocurre en las tablas de eventos nominales.

Esta tabla, se centra en la caracterización de eventos a partir de los datos de muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como aquellas que resultaron positivas, permitiendo evaluar el volumen de pruebas realizadas y la proporción de casos confirmados para cada patología.

Dado que los datos de estas tablas reflejan directamente lo reportado en el sistema, pueden estar sujetos a inconsistencias o variaciones según la calidad del registro en cada jurisdicción. Sin embargo, su utilidad radica en proporcionar una visión agregada y operativa de la vigilancia epidemiológica, facilitando el monitoreo de tendencias y patrones en distintos contextos.

Tabla 4. Tabla de eventos agrupados laboratoriales. SE 1-11. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-11		2025 acumulados SE 1-11		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	785	53	625	34	-160	-20%	-19	-36%
	Infección por Mycoplasma genitalium	137	3	177	5	40	29%	2	67%
	Infección por Mycoplasma hominis	554	40	513	79	-41	-7%	39	98%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	3.341	127	882	67	-2.459	-74%	-60	-47%
	Infección por Trichomonas vaginalis	5.759	550	2.460	337	-3.299	-57%	-213	-39%

Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

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**.

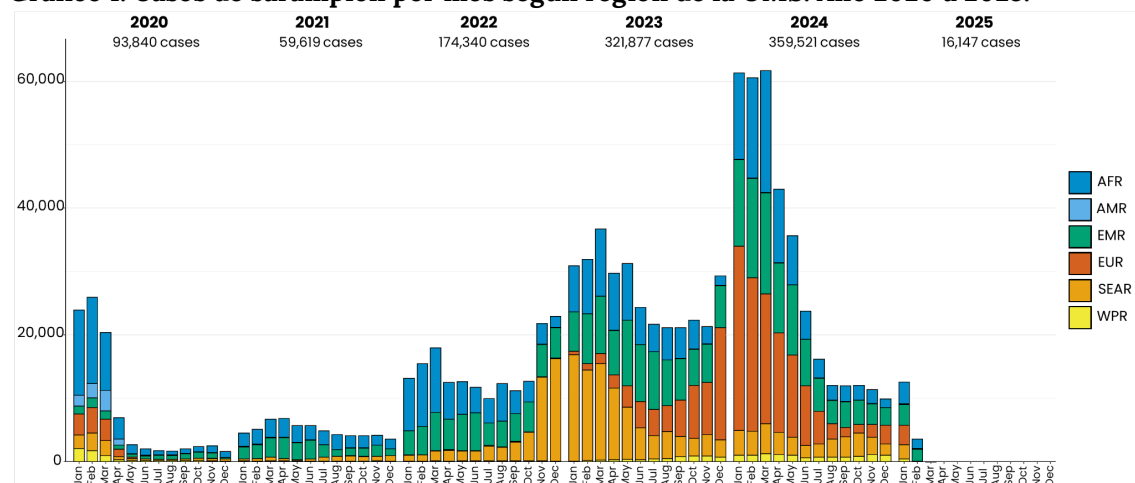
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional

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 defunción⁵.

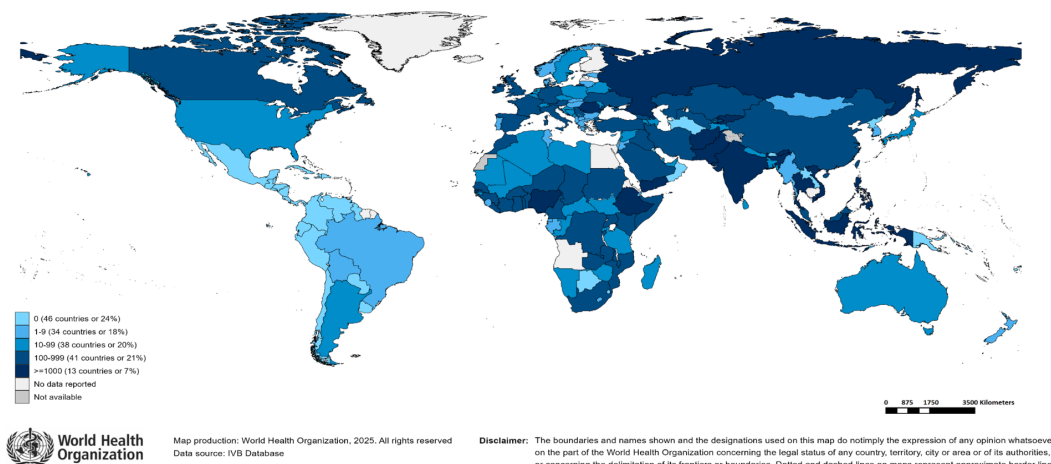
Según el CDC⁶, hasta el 13 de marzo del 2025, 15 jurisdicciones (Alaska, California, Florida, Georgia, Kentucky, el estado de Nueva York, la Ciudad de Nueva York, Maryland, Nueva Jersey, Nuevo México, Pensilvania, Rhode Island, Texas, Vermont y Washington) notificaron un total de 301 casos de sarampión. En el 2025, se han notificado 3 brotes (definidos como 3 o más casos relacionados) y el 93% de los casos (280 de 301) 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.

⁵ <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-03/2025-feb-28-phe-alerta-epi-sarampion-es-final2.pdf>

⁶ <https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html>

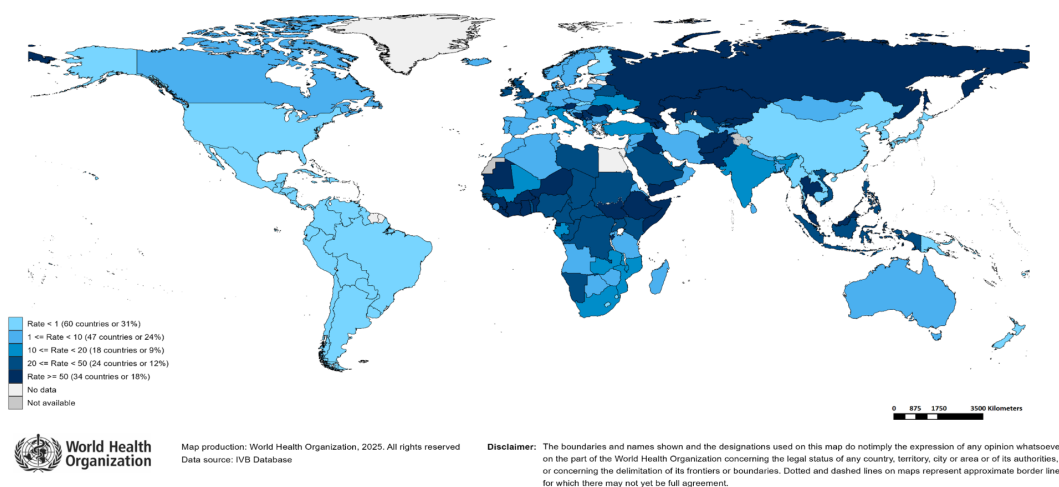
Gráfico 1. Casos de sarampión por mes según región de la OMS. Año 2020 a 2025.

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.

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)

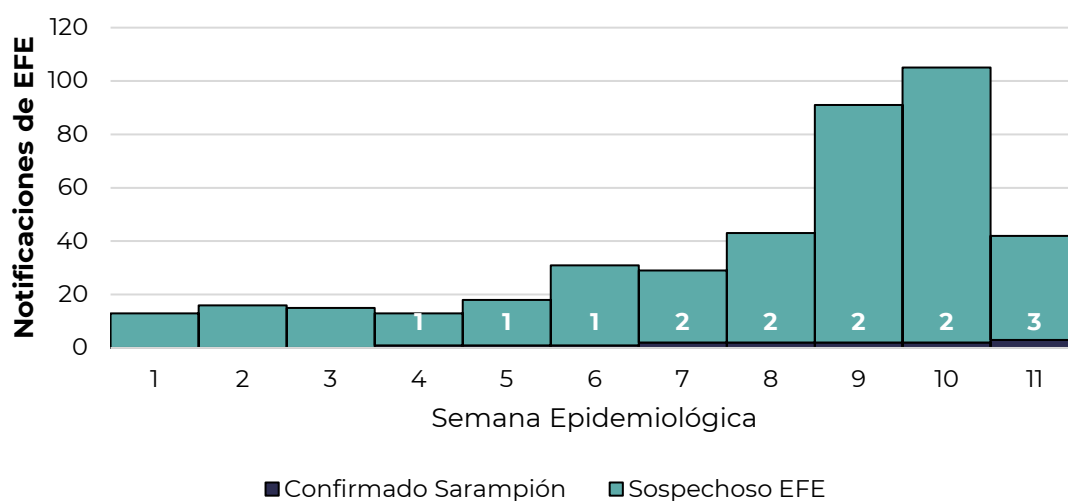
IV.3. Situación actual en Argentina

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 416 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el país. Desde la semana 6, coincidiendo con la emisión del alerta epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, se observa un aumento progresivo de la notificación. La tendencia alcanza su pico de números de casos notificados en la semana 10 y desciende en la semana 11 posiblemente por alguna demora en la notificación.

En cuanto a los casos confirmados de sarampión (representados en un tono más oscuro en la base de las barras), se observa desde la semana 4 un caso por semana, a partir de la semana 7 se identifican dos casos por semana y en la última semana tres casos confirmados. Esta dinámica podría sugerir una transmisión activa del virus en un contexto de circulación de EFE, lo que exige un seguimiento epidemiológico continuo para determinar su evolución y alcance.

A la fecha, han sido confirmados 8 casos de sarampión en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 6 casos en la provincia de Buenos Aires, sumando un total de 14 casos confirmados en el país. Tres casos del total son casos importados, ocho de los casos son contactos relacionados a los casos importados y tres de estos casos se consideran de transmisión comunitaria debido a que no se pudo identificar contacto directo con los casos confirmados.

Gráfico 1. Casos notificados y confirmados al SNVS por semana epidemiológica. Argentina. 2025. N= 416



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 *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita 2018-2023*⁷ de la OMS nombra como línea estratégica de acción 2: Fortalecer la capacidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Dentro de esa línea se encuentra el Objetivo 2.1 *Monitorear la calidad y la sensibilidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita*, donde se encuentran los siguientes indicadores para lograrlo:

2.1.1 Número de países que cumplen con la **tasa anual mínima** establecida de casos sospechosos de sarampión/rubéola (al menos 2 casos sospechosos de sarampión/rubéola por 100.000 habitantes al año) y con al menos tres de los otros cinco indicadores:

- 1) Al menos el 80% de los casos sospechosos reciben investigación adecuada.
- 2) Al menos en el 80% de los casos sospechosos se obtienen muestras de suero adecuadas.
- 3) Al menos el 80% de las muestras llegan al laboratorio en un plazo máximo de cinco días.
- 4) Al menos el 80% de los resultados de laboratorio se notifican en un plazo máximo de cuatro días.
- 5) Tasa anual de casos sospechosos de síndrome de rubeola congénita (1 por 10.000 nacidos vivos).

A continuación se muestra la tabla con los casos confirmados por provincias, además de la tasa esperada por jurisdicción y como es el cumplimiento de las mismas a la fecha.

⁷ <https://www.paho.org/es/documentos/cd61inf6-plan-accion-para-sostenibilidad-eliminacion-sarampion-rubeola-sindrome-rubeola>

Tabla 1. Distribución de casos notificados y confirmados por jurisdicción en Argentina durante el 2025. Tasa cada 100 mil habitantes y notificaciones esperadas para el período actual.

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	6	208	1,1	79	367
CABA	8	103	3,3	13	62
Catamarca	0	1	0,2	2	9
Chaco	0	3	0,2	5	25
Chubut	0	6	0,9	3	13
Córdoba	0	22	0,6	17	79
Corrientes	0	0	0	5	23
Entre Ríos	0	0	1	6	29
Formosa	0	0	0	3	13
Jujuy	0	0	0,1	4	16
La Pampa	0	4	1,1	2	7
La Rioja	0	0	0	2	8
Mendoza	0	0	1,1	9	42
Misiones	0	0	0	6	27
Neuquén	0	0	0	3	14
Río Negro	0	0	0	3	16
Salta	0	1	0,1	7	30
San Juan	0	5	0,6	4	16
San Luis	0	2	0,4	2	11
Santa Cruz	0	4	1	2	8
Santa Fe	0	11	0,3	16	73
Santiago del Estero	0	2	0,2	4	21
Tierra del Fuego	0	0	0	1	4
Tucumán	0	7	0,4	8	36
Total	14	417	0,9	206	949

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 la tabla precedente se observan 4 situaciones. En primer lugar, las jurisdicciones que presentan notificaciones por encima de lo esperado para la fecha, esto se tiene en cuenta en virtud de las notificaciones esperadas al 20 de marzo a partir de la tasa anual de 2 x 100.000. Así, la provincia de Buenos Aires, en todo el año debería alcanzar las 367 notificaciones y en la actualidad cumplir con al menos 79. Por este motivo, las 208 que se constatan (en verde) están por encima de lo esperado. Lo mismo ocurre con CABA (que, de hecho, ya superó las notificaciones de todo el año), Chubut, Córdoba, La Pampa, San Juan y Santa Cruz. La provincia de San Luis es la única que presenta la misma cantidad de notificaciones que las esperadas (verde más claro).

En rosado se muestra la tercera situación posible: aquellas jurisdicciones que presentan menos notificaciones que las esperadas pero al menos una. Aquí se encuentran Catamarca, Chaco, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero, y Tucumán.

Por último, la cuarta situación (rojo): diez jurisdicciones no presentan sospechas de EFE en lo que va del año, sea que debería ser al menos una notificación (Tierra del Fuego) o nueve

(Mendoza). De esta manera, junto con estas dos jurisdicciones, no hay sospecha en Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Rioja, Misiones, Neuquén y Río Negro.

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 caso⁹ 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.

- Caso 3 (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 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.
- Caso 4 (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.
- Caso 5: 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.
- Caso 6: adolescente de 16 años, hermana de un caso previo, con síntomas desde el 19 de febrero y exantema el 25 de febrero.
- Caso 11 (13 de marzo): niño de 9 años. Se identificó como contacto hospitalario del caso 7 (descripto más adelante).
- Caso 13: mujer de 38 años que trabaja en cercanía de los casos 1 y 2, en el mismo establecimiento que el caso 8. Se pudo constatar por la investigación epidemiológica que tuvo clínica compatible con Sarampión y una IgM +.

Cinco de los siete casos residentes de CABA viven en edificios de propiedad horizontal en la comuna 14. Los últimos casos residen en la comuna 1 y comuna 12 respectivamente.

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

⁹ A los casos se les asigna el número por el momento en que se confirma, independientemente de la fecha de inicio de síntomas u otras.

Casos confirmados residentes de la provincia de Buenos Aires

A la fecha, han sido confirmados 6 casos de sarampión en la provincia de Buenos Aires. El que contamos como caso 14 presenta antecedentes de viaje a Tailandia y la genotipificación determinó que no guarda relación epidemiológica con los casos previamente identificados.

- Caso 7: paciente de 8 meses, residente de Florencio Varela. Inició síntomas el 23 de febrero, con exantema el 27 de febrero.
- Caso 8: a partir de la investigación epidemiológica del caso 7 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.
- Caso 9: niño de 2 años. contacto directo del caso 7. Vacuna correcta para la edad.
- Caso 10: hombre de 27 años. contacto directo del caso 8.
- Caso 12: mujer de 27 años, contacto hospitalario del caso 7.
- Caso 14: hombre de 26 años, presenta antecedente de viaje a Tailandia. Al momento del cierre de este boletín no cuenta con casos confirmados vinculados.

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.

Diez de los casos fueron confirmados en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS "Carlos G. Malbrán" con identificación del **genotipo B3**, mientras que el **último caso** con antecedente de viaje a Tailandia fue confirmado con identificación del **genotipo D8**.

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 obligatoria¹⁰.

¹⁰ 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

Todo caso sospechoso de EFE deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)¹¹ al grupo de eventos Enfermedad Febril Exantemática, con datos completos tanto de identificación, clínicos, epidemiológicos y por laboratorio.

Definición y clasificación de caso:

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

Persona de cualquier edad con fiebre (temperatura axilar $>38^{\circ}\text{C}$) 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 casos SOSPECHOSOS y/o CONFIRMADOS:

- ✓ Instaurar medidas de aislamiento respiratorio: uso de barbijo para la persona con sintomatología y para acompañantes para la circulación y atención dentro de la institución.
- ✓ Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios.

¹¹ 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 epidemiologia@msal.gov.ar

- ✓ Asegurar la atención de manera inmediata, evitando traslados innecesarios (evitar circular en transportes públicos y dentro de las instituciones, en caso de ser necesario salir de domicilio debe utilizar doble barbijo)
- ✓ El personal de salud a cargo de su atención deberá Utilizar barbijo de Alta eficiencia (N95); y contar con carnet de vacunación que certifique al menos 2 dosis en la vida con componente de sarampión doble viral (DV) o triple viral (SRP) o el antecedente clínico/serológico que demuestre haber padecido la enfermedad o haber sido inmunizado con vacuna.
- ✓ Informar inmediatamente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso, sin esperar resultados de laboratorio.
- ✓ Confeccionar la ficha de investigación epidemiológica y reportar los datos de la misma en el SNVS 2.0, evento “Enfermedad Febril Exantemática”.
- ✓ Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: tomar siempre muestra de sangre sumado a una muestra de orina dentro de los 14 días posteriores a la aparición de exantema y/o hisopado o aspirado nasofaríngeo (HNF o ANF) preferentemente dentro de los 7 días de inicio del cuadro. 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.
- ✓ **Vacunación dentro de las 48 hs:**
 - Contactos entre 6 y 11 meses de edad deberán recibir UNA DOSIS de vacuna triple o doble viral. Esta dosis no debe ser tomada 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 sarampionoso.
 - 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).
- ✓ Realizar búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación).
- ✓ Localización y seguimiento de los contactos: Personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con vínculo 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). Realizar el seguimiento de los potenciales susceptibles hasta 21 días después del inicio del exantema del caso.
- ✓ Búsqueda de la fuente de infección: Se buscará todo posible contacto con un caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar posibles situaciones o lugares 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

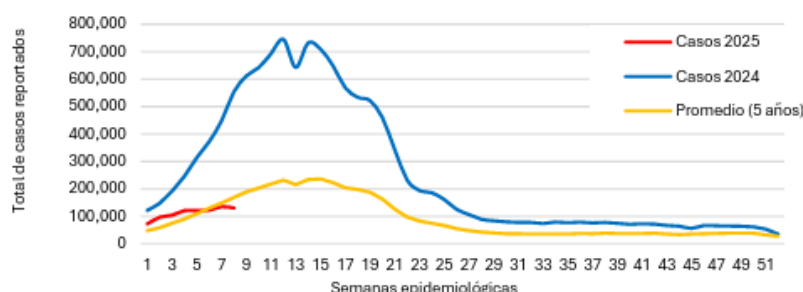
V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus

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 08, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 13 de marzo.

A la semana epidemiológica (SE) 8 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 902,160 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 89 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 62% en comparación al mismo periodo del 2024 y un incremento de 9% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE8.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 8 en 2025, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



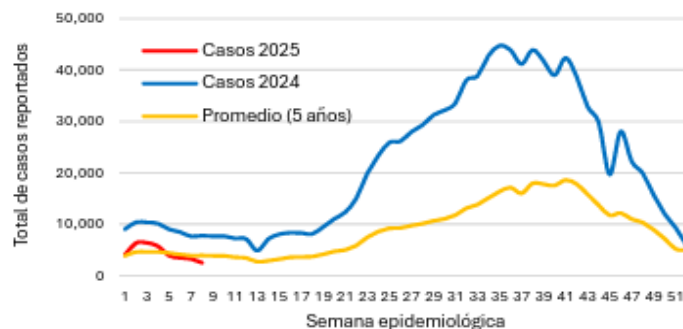
Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De los 902,160 casos de dengue reportados en las Américas, 301,460 casos (33%) fueron confirmados por laboratorio y 1,157 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 277 muertes por dengue, para una letalidad del 0.031%. Trece países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 8. Estos países registran en conjunto 130,426 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 8. Del total de casos registrados en la SE 8, 109 fueron casos de dengue grave (0.1%) y se reportaron 22 muertes para una letalidad de 0.016%.

V.1.B. SUBREGIÓN CENTROAMÉRICA Y MÉXICO

Un total de 2,490 nuevos casos sospechosos de dengue se notificaron durante la SE 8. 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 8, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión de Centroamérica y México.

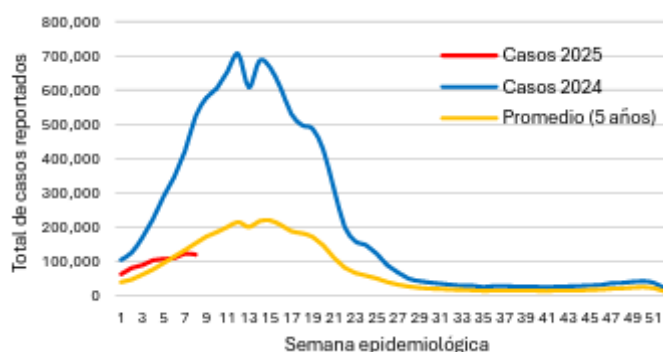


Fuente: Organización Panamericana de la Salud

V.1.C. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 120,034 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 8. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 64% en comparación con la misma semana del 2024 y un incremento de 11% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

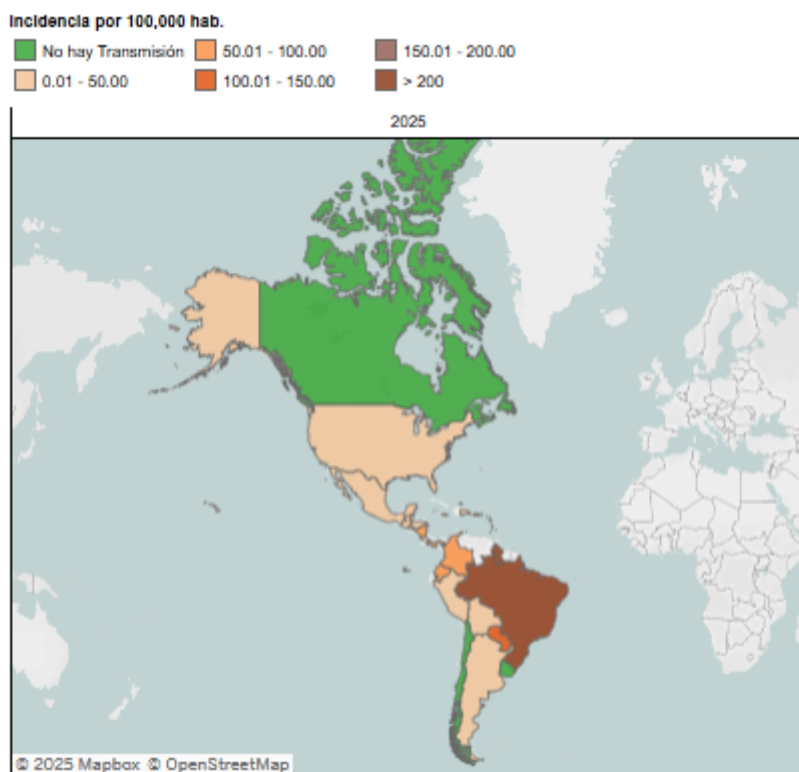
Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 8, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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 20/03/2025 en países regionales seleccionados¹². Además, se incluye información de la actualización epidemiológica de Oropouche en la Región de las Américas¹³.

Brasil: hasta la SE 11/2025, se han reportado 1.060.217 casos de dengue, con 304 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 2.556 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, continuando con una tendencia ascendente a partir de la SE 43/2024. Hasta la SE 11/2025 se han notificado 6.682 casos, un 48% más que lo registrado en el mismo período de 2024.

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 10/2025, se han reportado 9.658 casos de dengue, un 95% menos que a la misma semana de 2024, sin fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, hasta la semana 10/2025 se notificaron 2 casos, un 100% menos comparado con el año anterior, sin defunciones por este evento. Respecto al zika, hasta la semana 10/2025 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 período 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.

¹² Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html>

¹³ Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-oropouche-region-americas-11-febrero-2025> y <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-por-virus-oropouche>

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, Bolivia registra circulación de DEN 1 y DEN 2. Perú y Paraguay reportan 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.

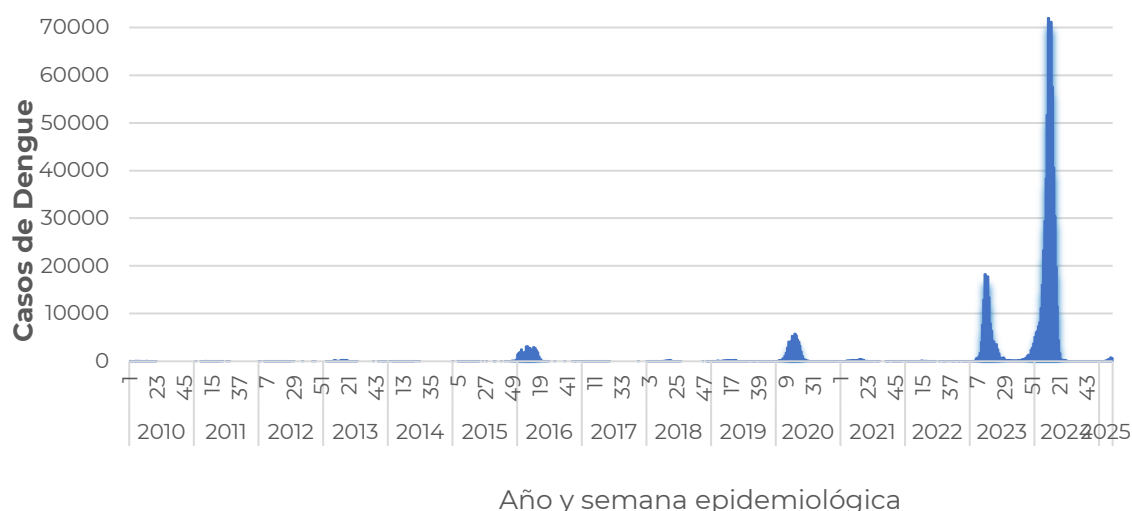
V.2. Situación de dengue en Argentina

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-SE11/2025. Argentina. N=848.272



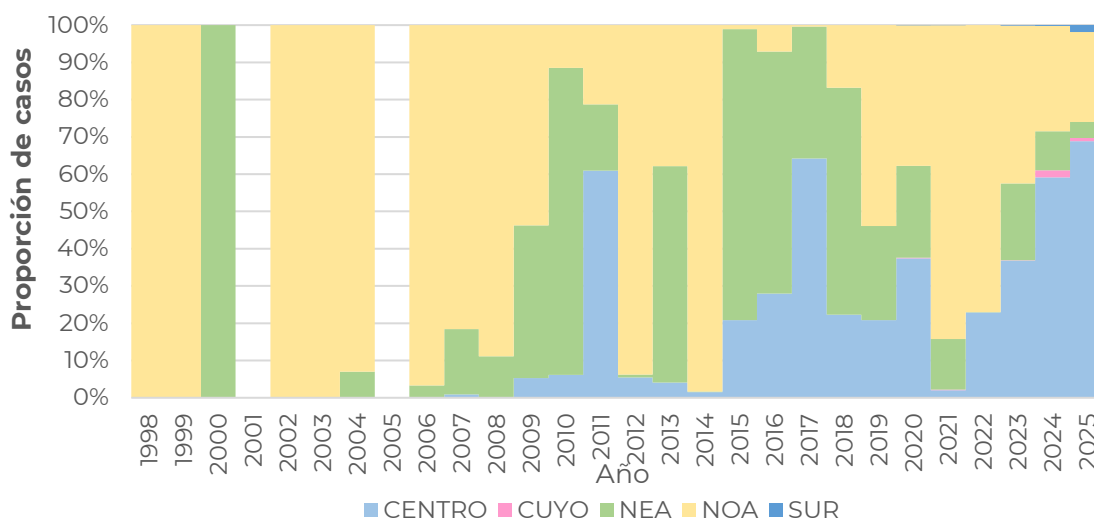
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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.

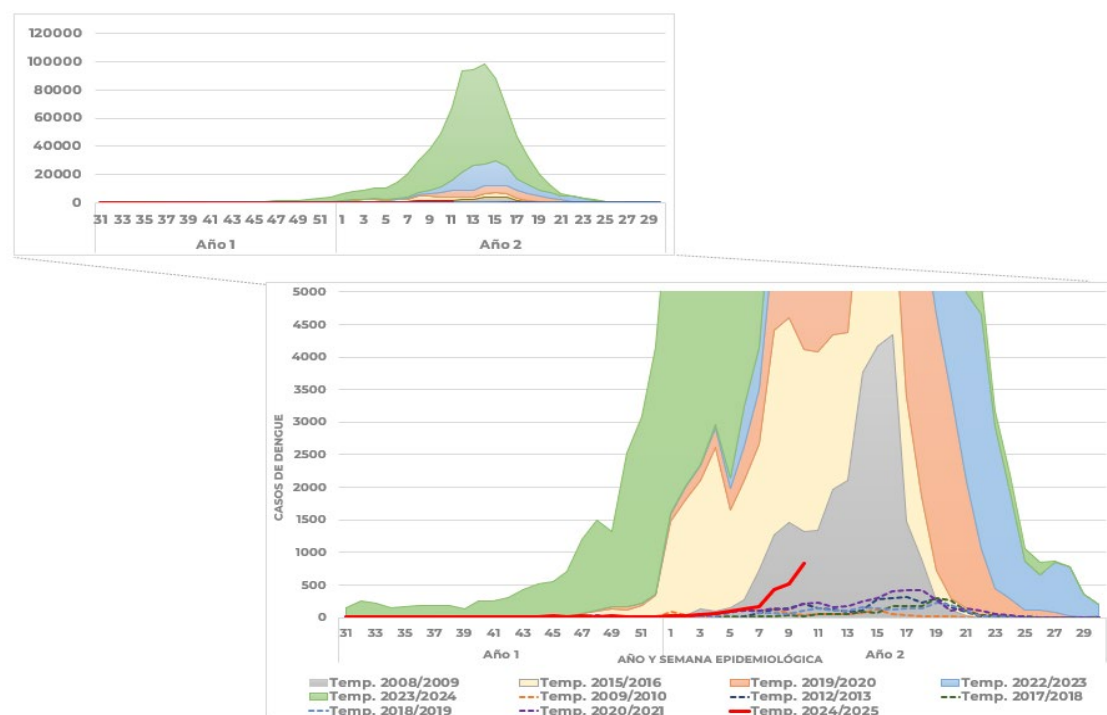
Gráfico 5. Dengue: Distribución regional de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998- 2025.



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 ARBOVIROSIS¹⁴

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 morbilidad.

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.

¹⁴ 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**.

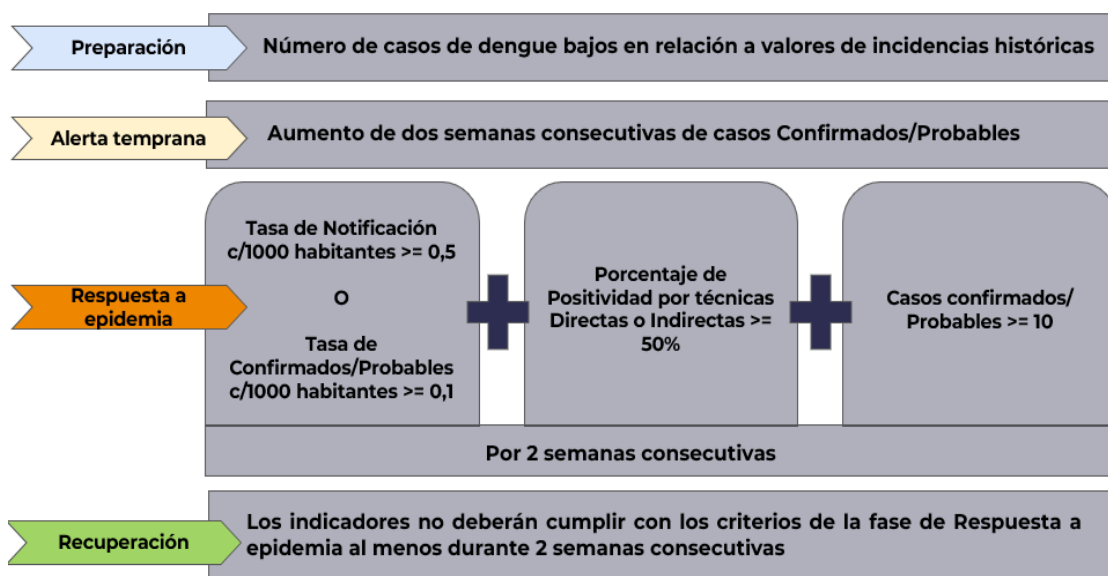
Es importante continuar confirmando casos todas las semanas para asegurar que los casos probables puedan estar relacionados al virus del dengue y no a otros posibles flavivirus/arbovirus circulantes. Por lo tanto, para considerar aumento de casos de dengue se considerarán todas las semanas con casos 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 SE11/2025), se notificaron en Argentina 42.892 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 2845 fueron confirmados por laboratorio. Como se puede observar en la Tabla 1, un total de 2773 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 135 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas¹⁵. Se confirmaron 72 casos con antecedente de viaje a Brasil, Cuba, México, Venezuela, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Colombia.

Durante la SE11/2025 (según fecha de notificación al SNVS¹⁶), se notificaron 3621 casos sospechosos¹⁷ de los cuales 859 se confirmaron y 240 fueron clasificados como casos probables donde el 98% 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 7 casos cada 100.000 habitantes¹⁸. En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada fue la de la región NOA con 9 casos cada 100.000 habitantes, seguida por el NEA con 8, Centro con 7, Cuyo con 1 y, Sur con 2. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 69% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las Regiones NOA con el 17%, NEA con el 11%, Cuyo con el 1% y Sur con el 2%.

¹⁵ 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 laboratorio 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

¹⁶ Fecha de apertura

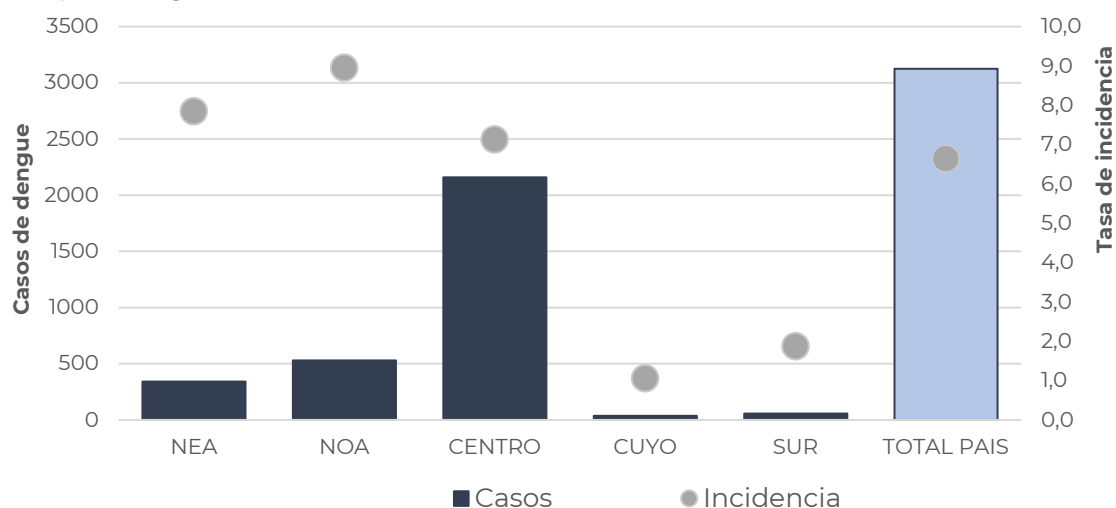
¹⁷ Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

¹⁸ Para el cálculo de la incidencia, se utiliza como referencia la población proyectada para 2024, basada en el Censo de 2010.

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

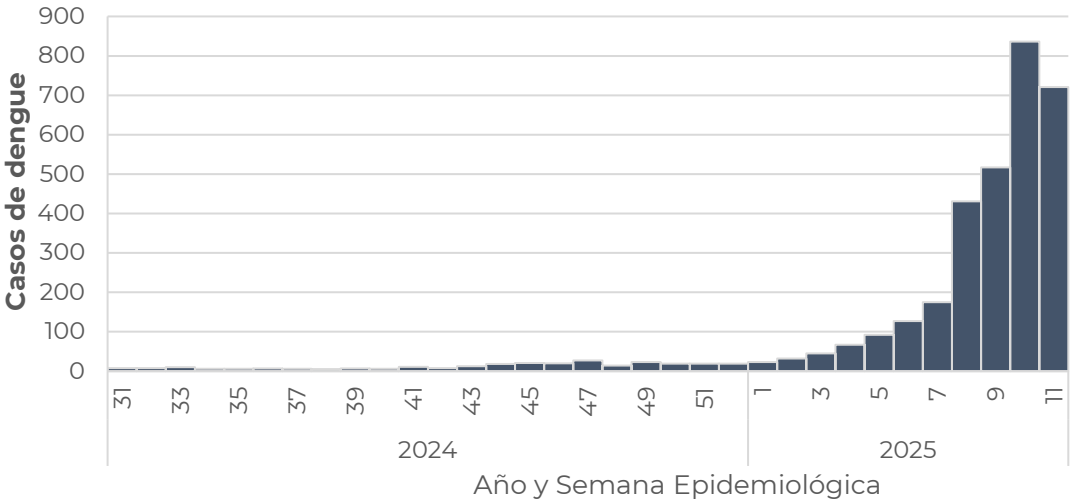
- Hasta la SE52 se notificaron 13 casos en promedio por semana, cuyo rango oscila entre 5 y 27. Si bien se observan sutiles oscilaciones asociadas al aumento/descenso de casos, la curva mantiene una tendencia estable sin variaciones sustanciales en el comportamiento epidemiológico.
- A partir de la SE1, 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 836 (SE10), con un promedio de casos de 278.
- En la última semana, se ha registrado la incorporación de casos correspondientes a semanas previas, lo que ha afectado la tasa de crecimiento de la curva epidémica, que había mostrado una desaceleración durante las tres semanas anteriores. Esto significa que el incremento en los casos reportados refleja una progresión más pronunciada en comparación con las semanas previas debido a la carga retrospectiva.
- Es relevante señalar que durante la última semana epidemiológica puede observarse un aparente descenso en el número de casos, lo cual podría estar relacionado con retrasos en la notificación. Esta variabilidad, causada por la carga retrospectiva, podría modificar la dinámica previamente observada. Sin embargo, este fenómeno se corregirá y reflejará adecuadamente en los análisis posteriores, una vez que los registros sean actualizados.

Gráfico 7. Dengue: Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab según Región. SE31/2024 a SE11/2025. 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 confirmados¹⁹ por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE11/2025. 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.

¹⁹Incluye 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 SE11/2025. 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	82	234	9	7	0	91	3892	852	5076
CABA	23	85	9	2	0	32	1710	590	2419
Córdoba	1111	521	7	2	279	1397	5569	447	7936
Entre Ríos	34	37	3	3	0	37	592	10	679
Santa Fe	585	246	16	5	0	601	2604	778	4234
Total Centro	1835	1123	44	19	279	2158	14367	2677	20344
Mendoza	11	42	3	2	0	14	1551	98	1707
San Juan	0	1	1	1	0	1	284	19	306
San Luis	17	10	4	1	0	21	180	23	235
Total Cuyo	28	53	8	4	0	36	2015	140	2248
Chaco	4	191	1	0	0	5	2057	101	2354
Corrientes	11	31	1	0	0	12	369	73	485
Formosa	321	4	0	0	0	321	4426	6	4757
Misiones	2	16	1	2	0	3	969	3	993
Total NEA	338	242	3	2	0	341	7821	183	8589
Catamarca	2	7	4	1	1	7	729	4	748
Jujuy	0	0	0	0	0	0	883	4	887
La Rioja	52	36	0	0	0	52	707	13	808
Salta	9	43	3	11	0	12	1736	78	1880
Sgo del Estero	0	33	1	1	0	1	854	267	1156
Tucumán	460	284	0	1	216	676	4186	517	5664
Total NOA	523	403	8	14	217	748	9095	883	11143
Chubut	0	0	2	3	0	2	20	2	27
La Pampa	49	14	6	0	0	55	333	40	442
Neuquén	0	2	1	0	0	1	30	3	36
Río Negro	0	0	0	1	0	0	3	0	4
Santa Cruz	0	0	0	1	0	0	41	4	46
T del Fuego	0	0	0	1	0	0	12	0	13
Total Sur	49	16	9	6	0	58	439	49	568
Total País	2773	1837	72	45	496	3341	33737	3932	42892

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)²⁰. 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 en primera instancia el ingreso a la fase de alerta temprana expensas de los serotipos DEN-1 y DEN-2 y, a partir de la SE11, el pase a la fase de respuesta a epidemia. 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**.

El departamento **Caseros**, a expensas de la localidad **Casilda**, registró un aumento progresivo de casos de dengue. Por consiguiente, a partir de la SE11, el departamento ingresó en fase de alerta temprana. 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

²⁰ Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorio 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

SE9 a la fase de respuesta a epidemia. Por otra parte, desde la SE11, Chicligasta ingresó en la fase de alerta temprana.

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

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 limitada²¹.

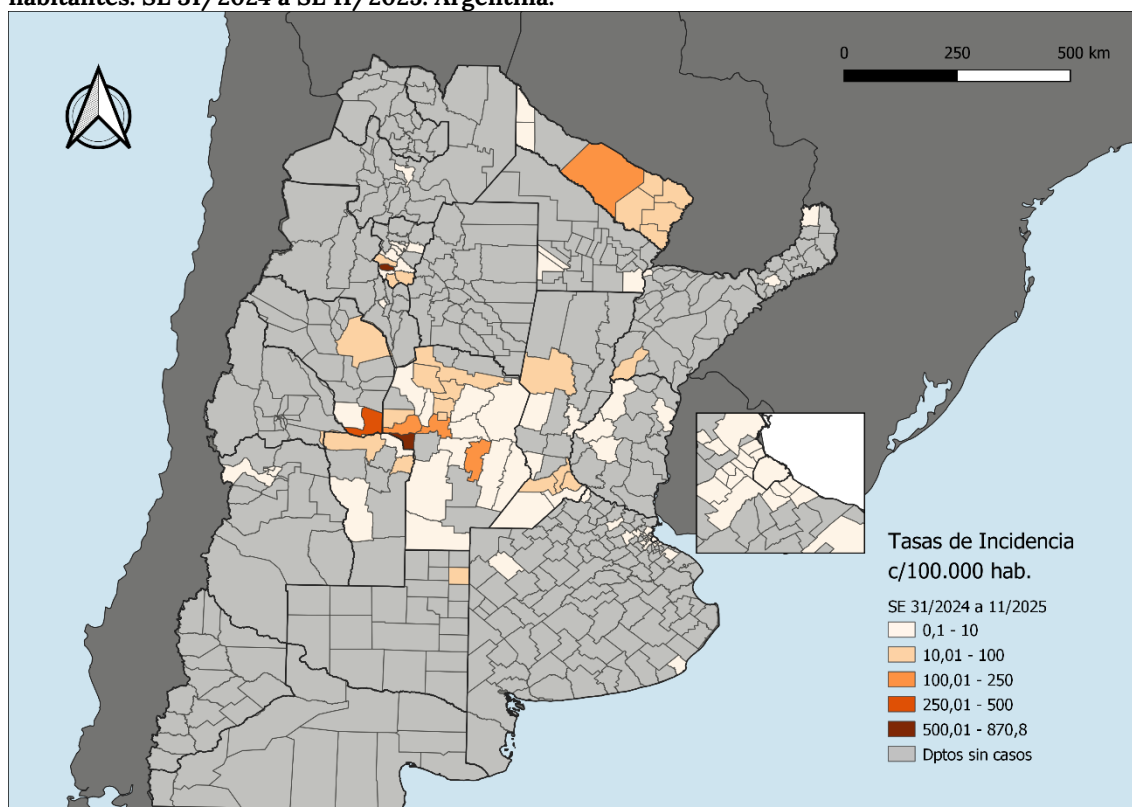
Salta: Desde la SE10, el departamento de Salta Capital ingresó a fase de alerta temprana. El serotipo detectado es **DEN-1**.

Otras jurisdicciones que notificaron casos aislados sin antecedente de viaje son: **Mendoza** (Luján de Cuyo, Maipú, Guaymallén y Godoy Cruz), **CABA** (Comuna 1, 2, 3, 7, 10, 11, 12, 14 y 15), **Entre Ríos** (Concordia, La Paz, Nogoyá y Paraná), **Misiones** (L.N. Alem e Iguazú), y **Corrientes** (Capital y 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.

²¹ 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 11/2025. Argentina.



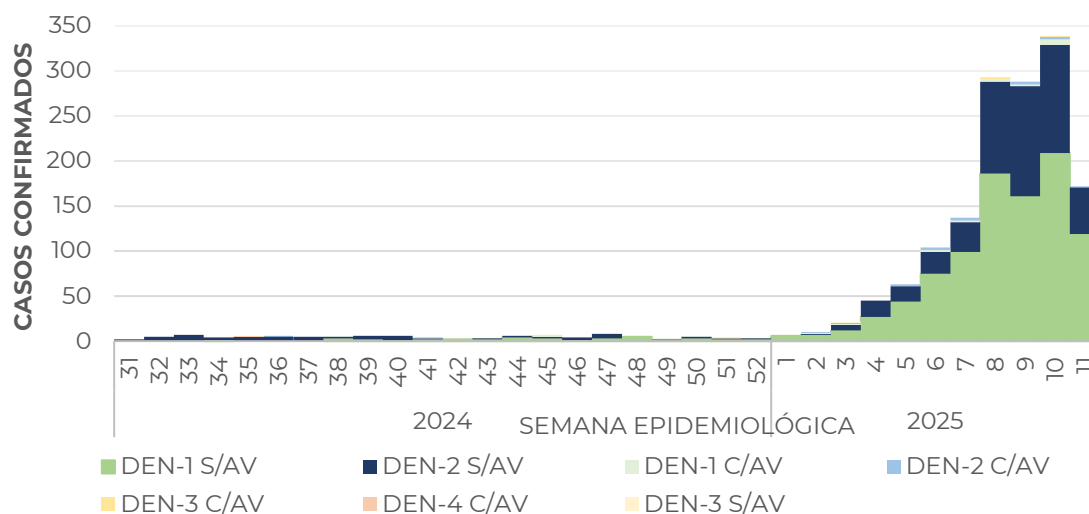
Fuente: Elaboración propia del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

V.2.G. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

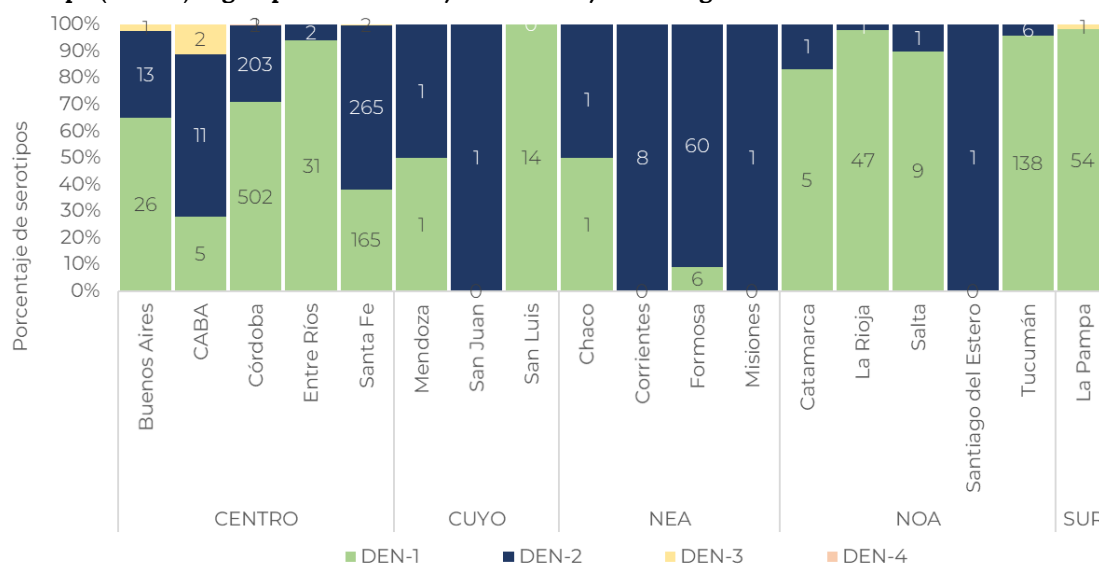
En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (63,2%). Los casos a DEN-2 alcanzan un 36,3%, sobre todo a expensas de la notificación de las provincias de Córdoba, Formosa y Santa Fe.

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 SE11/2025. 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=1589) según provincia. SE31/2024 a SE11/2025. 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 217 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de los cuales, 25 casos ha sido confirmados, 5 casos probables, 165 cuentan con laboratorio negativo y 22 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 9 casos confirmados en la Ciudad de Rosario. En seis de ellos, se detectó el serotipo DEN-2.

En la provincia de Córdoba se han registrado 12 casos confirmados, 5 con residencia en el departamento San Javier (DEN-1), 2 pertenecientes al departamento Colón (DEN-2), y 3 correspondiente a Capital (DEN-1), un caso correspondiente a San Alberto y 1 caso perteneciente a Marcos Juárez (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.2.1. 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 SE11/2025).

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 **2088** 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 SE11/2025. 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	135	0	45	0	97	3	28	0	7
CABA	0	5	0	2	0	1	0	1	0	3
Córdoba	0	132	0	50	0	89	4	252	0	0
Entre Ríos	0	43	0	1	0	16	3	32	0	1
Santa Fe	0	1171	0	75	0	50	0	10	0	16
Total Centro	0	1486	0	173	0	253	10	323	0	27
Mendoza	0	299	0	79	0	61	0	2	0	0
San Juan	0	1	0	1	0	2	0	2	0	1
San Luis	0	0	0	2	0	2	0	8	0	0
Total Cuyo	0	300	0	82	0	65	0	12	0	1
Chaco	17	766	0	384	0	21	0	2	0	1
Corrientes	0	31	0	10	0	10	0	1	0	0
Formosa	0	17	0	5	0	77	0	0	0	0
Misiones	0	46	0	22	0	26	0	0	0	19
Total NEA	17	860	0	421	0	134	0	3	0	20
Catamarca	0	16	0	13	0	1	0	0	0	13
Jujuy	0	33	0	17	0	1	0	1	0	0
La Rioja	0	84	0	82	0	5	0	1	0	61
Salta	0	397	0	230	0	143	0	0	0	1
Santiago del Estero	0	35	0	19	0	3	0	3	0	4
Tucumán	0	10	0	11	0	100	0	0	0	1
Total NOA	0	575	0	372	0	253	0	5	0	80
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	4	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	7	0	0	0	0
Total País	17	3221	0	1048	0	712	10	343	0	128

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.

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 Epidemiológica²². La evaluación rápida de riesgo determinó un alto riesgo de propagación, con un nivel de certeza igualmente alto. El registro de casos humanos y

²² 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>

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 SE11/2025 se han estudiado 128 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 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 1. Evolución del IPO (línea azul) y el IDH (barras grises) en Argentina, SE 31 (2024)- SE 11 (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). 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 cinco semanas, mostrando un pico durante la SE09 que colocó a la región en riesgo entomológico moderado (Gráfico 2). Posteriormente, se observa un descenso durante la SE10, aunque estos datos podrían modificarse por la carga retrospectiva de datos.

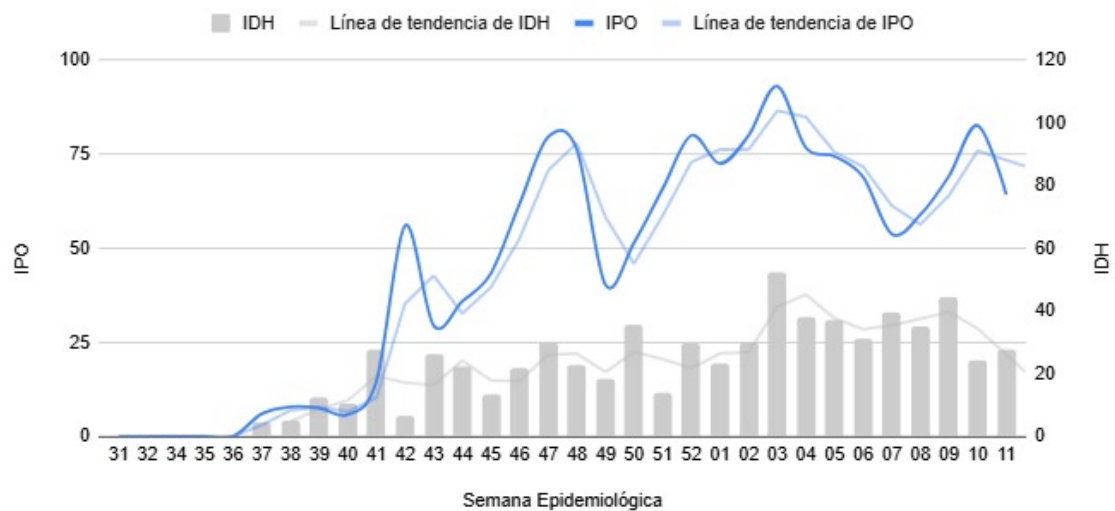
Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 10 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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). De conjunto, los datos de la región muestran un patrón de distintos picos en el IPO seguidos de períodos de brusco descenso en el mismo. A partir de la SE 47, el IPO de la región oscila entre valores que indican riesgo entomológico moderado o alto.

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 11 (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 el IPO de la región mostró un pico, superando el límite correspondiente a riesgo entomológico moderado. Posteriormente se registra un descenso del índice, manteniéndose actualmente la región en una situación de riesgo entomológico bajo (Gráfico 4).

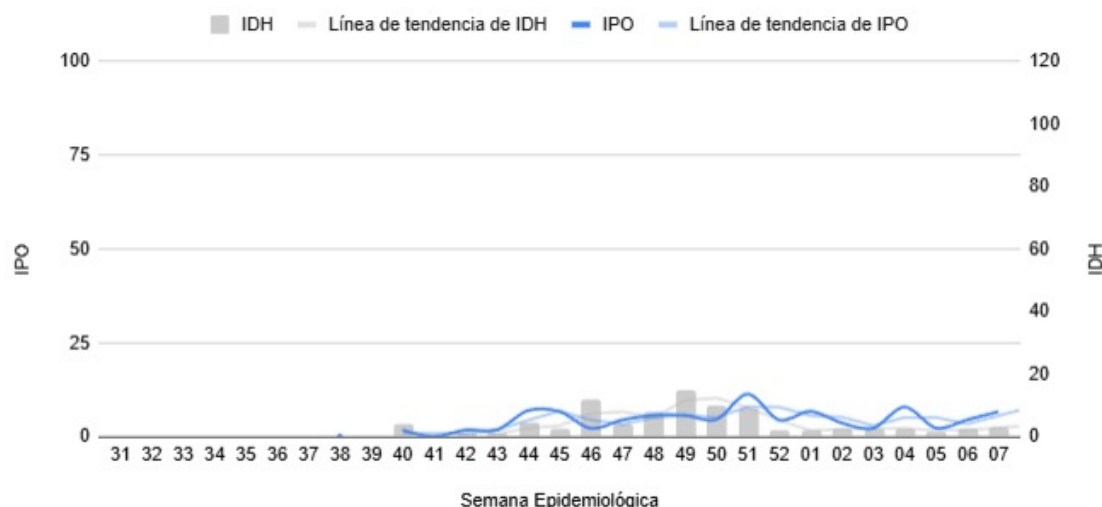
Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 11 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región SUR, se hallaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 6), aunque no en todas las jurisdicciones monitoreadas. La tendencia observada muestra un ascenso sostenido con intermitencias. Actualmente, se observa un nivel de riesgo entomológico bajo con un descenso en los valores del IPO desde la SE03 y un posterior aumento sostenido durante 5 semanas, hasta registrar un nuevo descenso durante la SE09. Durante las últimas 3 semanas, se registraron pocas variaciones en el IPO.

Gráfico 6. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barra grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 11 (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.

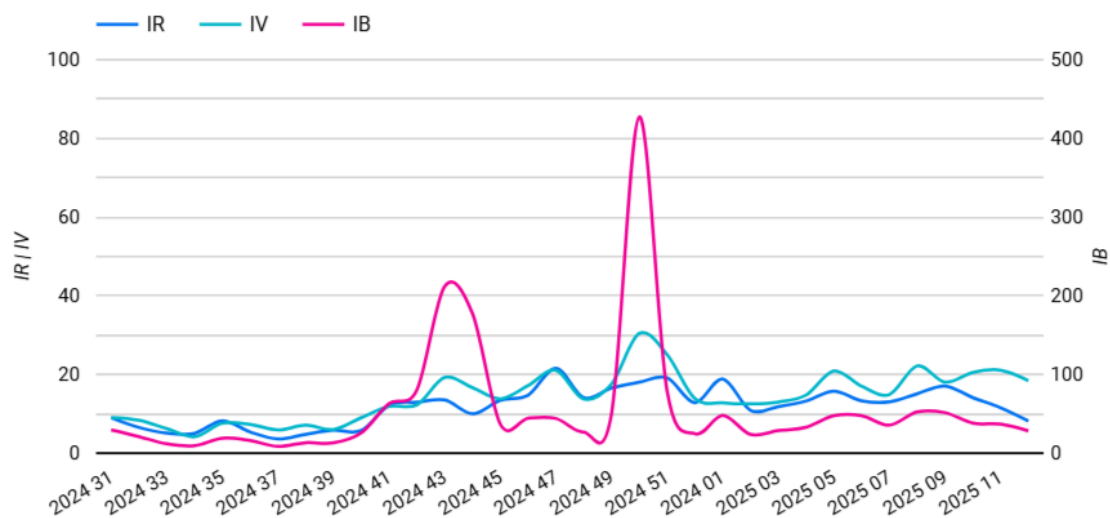
Con el objetivo de ampliar y consolidar esta iniciativa, se invita a las jurisdicciones que aún no forman parte de la Red Nacional a incorporarse, promoviendo la vigilancia entomológica en todo el territorio nacional. Para más información, pueden contactarse a través del correo electrónico: **etm.vectores@msal.gov.ar**.

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 7. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en Argentina SE 31 (2024)- SE 11 (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 valores elevados del Índice de Breteau evidencia la concentración de un alto número de criaderos de *Aedes aegypti* en pocas viviendas. Durante la última semana, los índices aélicos continúan 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 índices larvarios elevados (Tabla 1), arrojando un riesgo entomológico alto de acuerdo al IB. La región NOA, por su parte, muestra la misma tendencia (Tabla 1), aunque con IV e IR menores y un IB mayor a los detectados en NEA. Hasta el momento, el volumen de las intervenciones territoriales registradas en las regiones de Cuyo y Centro no permiten aún realizar cálculos robustos de índices larvarios.

Tabla 1. Índices larvarios aélicos por región SE011 2025. Argentina

Región	Índice de Vivienda	Índice de Recipiente	Índice de Breteau
NEA	21,10	16,35	55,18
NOA	7,84	5,19	61,71

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

VI.1. Nota Metodológica

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

VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios²³

Situación Regional: En general, América del Norte y partes del Caribe se mantienen un nivel alto para la actividad de influenza principalmente asociado a influenza A(H1N1)pmd09 e influenza A(H3N2) mientras que la actividad del VRS se mantiene en niveles epidémicos y con tendencia a la disminución. En el Caribe la actividad de VRS aumenta con respecto a semanas epidemiológicas (SE) previas. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja tanto en Norte América como el Caribe. En América Central, la circulación de influenza A(H1N1)pmd09 y VRS ha disminuido en las últimas semanas. La actividad de SARSCoV-2 se mantiene con respecto a la SE anterior. La subregión andina mantiene un aumento en la detección de VRS, sumándose un aumento en la detección de SARS-CoV-2. Se observa una disminución en la detección de influenza tipo B. Brasil/Cono Sur presenta niveles interestacionales para influenza B 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 y mostrando una tendencia al descenso. 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 para ETI y disminuyendo para IRAG. Se informó que el subtipo predominante de influenza 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. La actividad de VRS se mantiene en niveles bajos y SARS-CoV-2 luego de mantener una alta detección en ETI e IRAG ha disminuido en su detección en las últimas semanas.

Países Andinos: La actividad de ETI e IRAG se mantiene baja en la mayoría de los países. La circulación de influenza es baja, con circulación tanto de influenza A(H1N3) como de influenza B/Victoria. La circulación del VRS disminuye en las últimas semanas.

²³ Extraído de “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>

La positividad de SARS-CoV-2 experimenta un aumento para esta semana.

Brasil y Cono Sur: Los casos de ETI y de IRAG se han mantenido bajos en las últimas semanas. En el caso de ETI se asocia principalmente a SARS-CoV-2, que mantiene una actividad hacia el incremento en la última semana. 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, pero con una discreta tendencia al aumento. Síntesis de la información nacional destacada a la SE07/2025.

VI.3. Síntesis de la información nacional destacada a la SE11/2025

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

- Entre la semana epidemiológica 1 y 10 de 2025 se notificaron 82.513 casos de ETI, 15.320 casos de Neumonía y 7.343 casos de Bronquiolititis en menores de dos años, representando un descenso de las notificaciones de ETI del 41,7%, de neumonías del 16,2% y de bronquiolititis 37,4%, 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 SE10 y 11/2025 se notificaron 6 casos de influenza entre las 85 muestras estudiadas. Para VSR, no se registraron casos positivos entre las 63 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 SE11/2025 se registraron 4 casos positivos para SARS COV 2 entre las 51 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 6455 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3495 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 179 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 7 detecciones de influenza, 4 casos de SARS-CoV-2 y 3 casos de VSR.²⁴

²⁴ 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 10 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 (1004 casos) y tendencia descendente posterior.
- Durante la SE10/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, adenovirus, parainfluenza, VSR y metapneumovirus

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 SE11/2025, se detectaron 8 casos de influenza y 2 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 SE11/2025 se registraron 22 casos positivos internados con este diagnóstico. En la última semana epidemiológica se registró 1 caso fallecido con este diagnóstico.

VI.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

VI.4.A. UNIDADES DE MONITOREO AMBULATORIO DE ETI

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios (UMA) son dispositivos de vigilancia centinela que permiten el monitoreo de la circulación de SARS-CoV-2, Influenza y VSR en casos leves ambulatorios. El objetivo de las UMA es describir la tendencia de las consultas ambulatorias por casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), así como la proporción atribuible a SARS-CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año en las 24 jurisdicciones del país.²⁵

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

Durante el año 2024, el porcentaje de positividad para **SARS-CoV-2**, se mantuvo por encima del 10% entre las SE1 a 9, relacionado con el ascenso de casos registrado entre las SE1 y 12. Luego del máximo alcanzado en SE2 (33,19%), el porcentaje de positividad presentó tendencia descendente y se mantuvo en valores bajos las siguientes semanas. A partir de la SE34/2024, se registró un ligero aumento de casos, que se acompañó de un nuevo ascenso

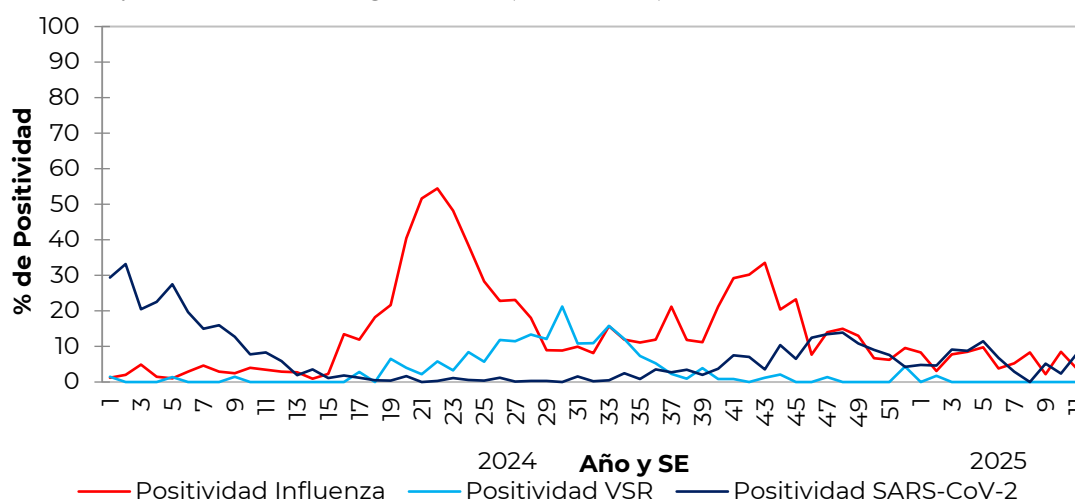
²⁵ Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevenccion_y_control_ira-2024.pdf

en el porcentaje de positividad, alcanzando, con oscilaciones, valores por encima del 10% entre las SE44 y 49. En las primeras 11 semanas de 2025 en establecimientos UMA, se analizaron 794 muestras para SARS-CoV-2, de las que 47 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 5,92%. Además, en la última semana analizada, SE11 del año 2025, se registraron 4 casos confirmados de SARS-COV-2 entre las 51 muestras estudiadas por PCR.

En relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 (ver gráfico 2). Posteriormente, si bien registró un descenso, permaneció en valores elevados, con oscilaciones, asociados a la circulación de influenza B, alcanzando una positividad máxima de 33,55% en SE43. En lo que va de 2025, se registraron 35 detecciones entre 552 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 6,34% y, en las últimas dos semanas, se detectaron 6 casos entre 85 muestras.

En cuanto a **VSR**, se verifica un ascenso de las detecciones a partir de la SE19 de 2024, con aproximadamente el 73% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. En relación a este ascenso de casos, la positividad en UMA permaneció por encima del 10% entre las SE 26 Y 34. Entre las SE1 y 11 de 2025, de las 491 muestras estudiadas, 1 resultó positiva, con un porcentaje de positividad acumulado de 0,21%. No se notificaron casos de VSR entre las 63 muestras estudiadas en las dos últimas semanas analizadas (SE10 y 11).

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE11/2025

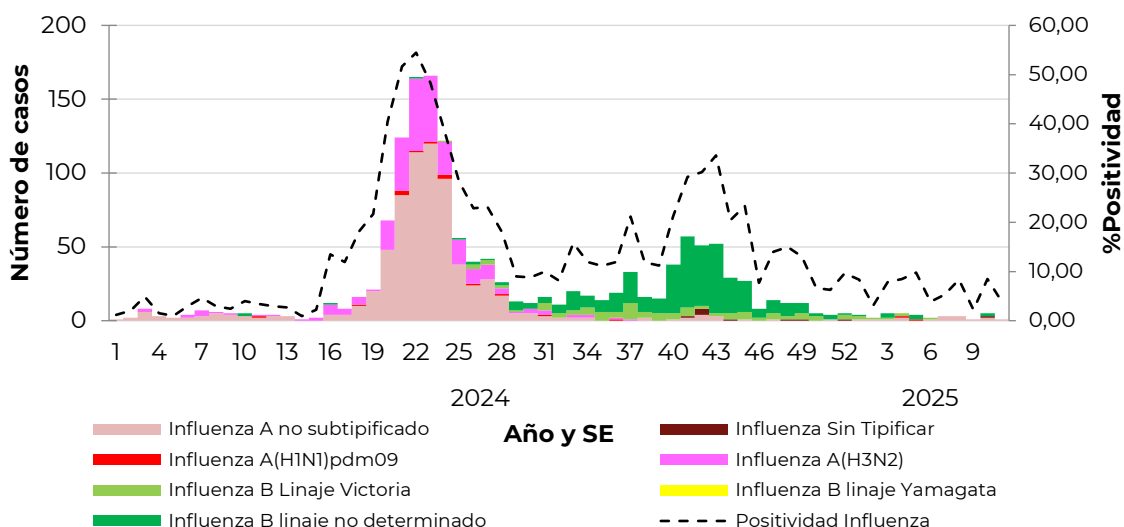


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Aun cuando desde el inicio de 2024 se registraron casos de influenza durante todas las semanas del año, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24. Como se mencionó previamente, este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. En lo que va de 2025 se detectan casos tanto de influenza A (n= 18) como influenza B (n=16). Entre los casos de influenza A, 2 detección corresponde a influenza A

(H1N1), el resto permanece sin subtipificar. Además, se detectó el linaje Victoria en 7 de los casos de influenza B (las detecciones restantes permanecen sin identificación de linaje).

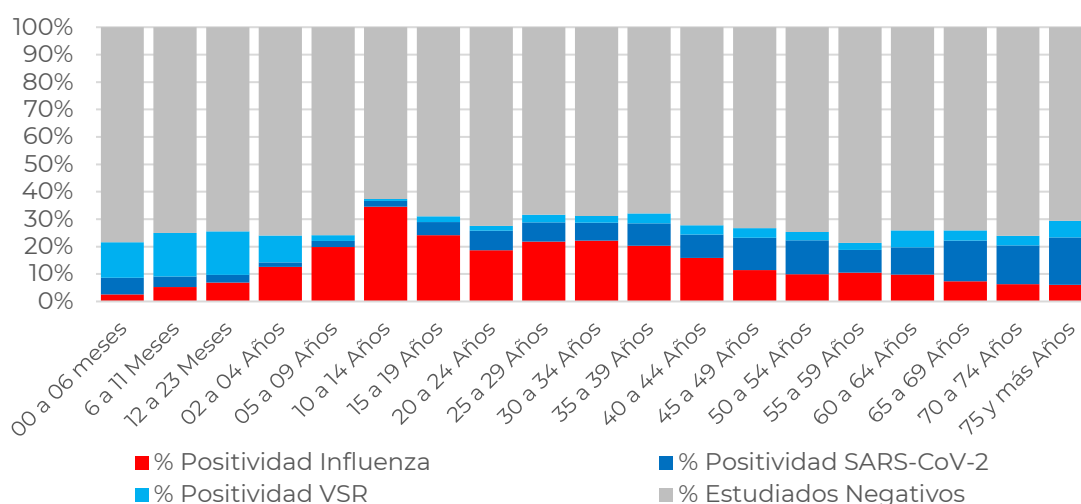
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE11/2025. Estrategia UMA. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS²⁰.

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

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE11/2025. Estrategia UMA. Argentina²⁶.



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.

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

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

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 39 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país.²⁷

Definiciones de caso Vigentes:

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

- Fiebre referida o constatada $\geq 38^{\circ}\text{C}$; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico²⁸.

IRAG Extendida en < 2 años y ≥ 60 años: Infección respiratoria: definida por tos o dificultad respiratoria; e

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico²⁹.

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia³⁰ y shock³¹ y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE18 de 2024 y la SE11 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 6455 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3495 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG³².

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

²⁷ Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guía Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

²⁸ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.

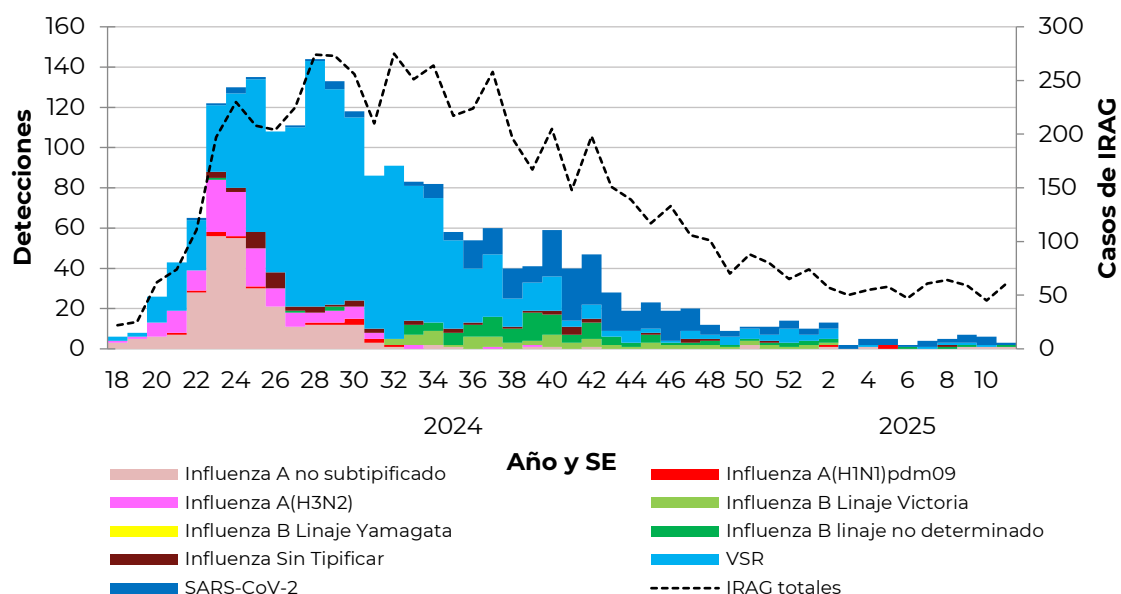
²⁹ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

³⁰ La fiebre se define como una temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$. La hipotermia se define como una temperatura

³¹ El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.

³² Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

Gráfico 4: Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a 11/2025



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}

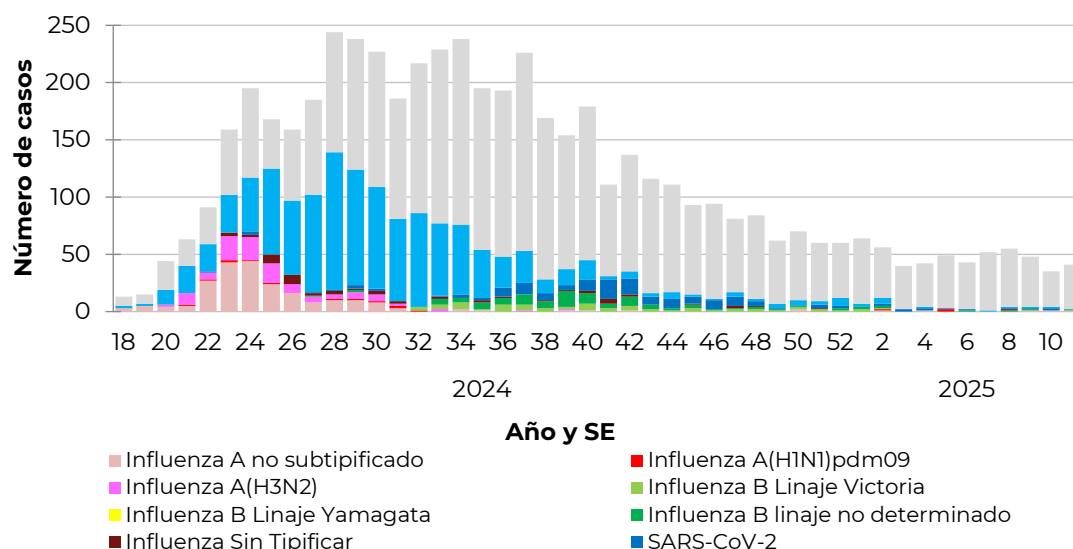
En relación a los casos de IRAG por **SARS-CoV-2**, si bien los casos se mantuvieron en niveles bajos desde SE18 de 2024, se registró un ligero ascenso desde SE36 de 2024, que alcanzó su máximo en SE 41 y 42 con descenso posterior.

Si bien se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todo el periodo, entre la SE18 y la SE31 se observó un ascenso de detecciones influenza A/H3N2, que alcanzó sus valores máximos entre SE 23 y 24. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de SE32 un cambio en el tipo predominante, con un aumento de casos de influenza B/linaje Victoria, con el mayor número de casos detectados entre las SE 33 y 42. En lo que va de 2025, se registran casos de IRAG con detección tanto de influenza A (n=8) como B (n=11). En relación a los casos de Influenza A, se registraron 3 detecciones de H1N1 (el resto permanece sin subtipificar) y, entre los casos de influenza B, se registraron 3 detecciones del linaje Victoria.

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

En las últimas 4 semanas, entre 179 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 4 casos de SARS-CoV-2, 7 detecciones de influenza, y 3 casos de VSR. Los restantes 165 casos resultaron negativos para estos agentes etiológicos.

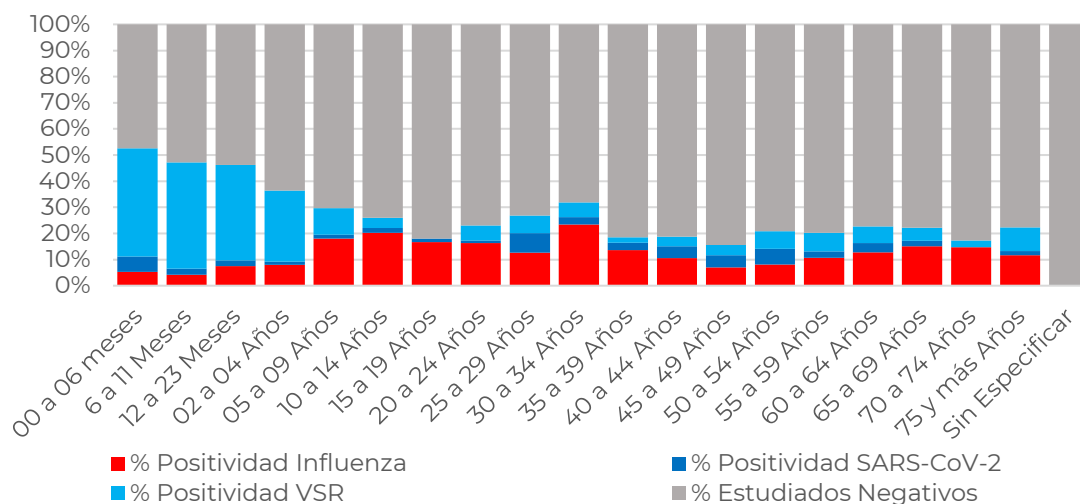
Gráfico 5: Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR de acuerdo al resultado, por SE. SE18/2024 a 11/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina³³.



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

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

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a 11/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina³⁴.



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

³³ Solo se incluyen en el gráfico los casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

³⁴ Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

VII. Psitacosis – Actualización informe epidemiológico

VII.1. Introducción

La psitacosis es una zoonosis de denuncia obligatoria causada por una bacteria llamada *Chlamydia psittaci*. La transmisión al hombre se produce principalmente por inhalación del agente, que es excretado por las aves en las heces, en gotitas del tracto respiratorio y/o por el contacto de plumas contaminadas. El tiempo de incubación de la enfermedad abarca de 5 a 14 días. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es la presentación más importante de psitacosis humana, no obstante, dado que el diagnóstico suele realizarse solo en casos graves, es probable que la enfermedad esté subdiagnosticada. Las aves aparentemente sanas, pueden ser portadoras y actúan como reservorios del agente causal en todo el mundo. Las aves psitácidas (loros, cotorras y guacamayos) son las que se han asociado más frecuentemente con la transmisión de *C. psittaci* a humanos, pero también se ha evidenciado la transmisión zoonótica a partir de palomas, pavos, pollos y patos³⁵.

VII.2. Nota metodológica

El siguiente reporte se realizó con la información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), registrada en el evento psitacosis.

Para el presente informe, se consideraron como casos de psitacosis a los confirmados y probables. Se definió como caso confirmado de psitacosis a aquellos que cumplen con uno o más de los siguientes criterios: métodos directos positivos para *Chlamydia psittaci* (PCR o aislamiento), seroconversión o cuadruplicación del título de anticuerpos de clase IgG detectados por inmunofluorescencia, y casos clasificados por el notificador como “confirmado *Chlamydia psittaci*”. Se consideraron casos probables a aquellos que tuvieron resultado positivo de anticuerpos IgG en una sola muestra con un valor título mayor a 160 con nexo epidemiológico. Los casos descartados, son aquellos con resultados de laboratorio negativos en las siguientes pruebas: aislamiento y/o PCR específica sobre muestras clínicas y siempre acompañados de ausencia de seroconversión o cuadruplicación de títulos. Los casos sospechosos a los que no se les pudo realizar el aislamiento, o de quienes no se recibió la muestra del segundo suero (suero pareado) para observar la variación del título de anticuerpos, mantienen su clasificación como “Caso sospechoso”.

Para la consideración de la semana epidemiológica de ocurrencia de los casos se construyó una variable de fecha mínima, tomando primero la fecha de inicio de síntomas y, en caso de que la misma no se encuentre consignada, la fecha de toma de muestra, la de consulta o la de apertura (notificación del caso al SNVS) en ese orden de prioridad.

Para la situación epidemiológica actual, se analizaron los datos entre la SE01/2025 y la SE11/2025. Estos se compararon con el período comprendido entre SE01/2019 y SE52/2024. El corredor epidemiológico se construyó a partir de la comparación de períodos comprendidos entre la SE25 de un año, y la SE24 del siguiente (2019-2020, 2020-2021, 2021-2022, 2022-2023, 2023-2024, 2024-2025) para, de esta manera, poder contrastar el aumento

³⁵ Hogerwerf, L., Roof, I., de Jong, MJK et al. Fuentes animales de transmisión zoonótica de psitacosis: una revisión sistemática. BMC Infect Dis 20, 192 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12879-020-4918-y>

de casos en períodos estivales entre sí, especialmente los casos del período actual (SE25/2024 a SE 11/2025, respecto a equivalentes períodos anteriores).

Para el gráfico de Casos de psitacosis según cuatrisesmana epidemiológica y año, se excluyeron los casos de las SE09 a SE11 de 2025, por ser gráficos cuatrisesmanales y no encontrarse completo el período cuatrisesmanal que finaliza en SE12.

VII.3. Situación epidemiológica histórica (2019-2024)

La situación histórica puede encontrarse en el BEN N 741 SE04/2025 disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben-741-se-4-vff.pdf>

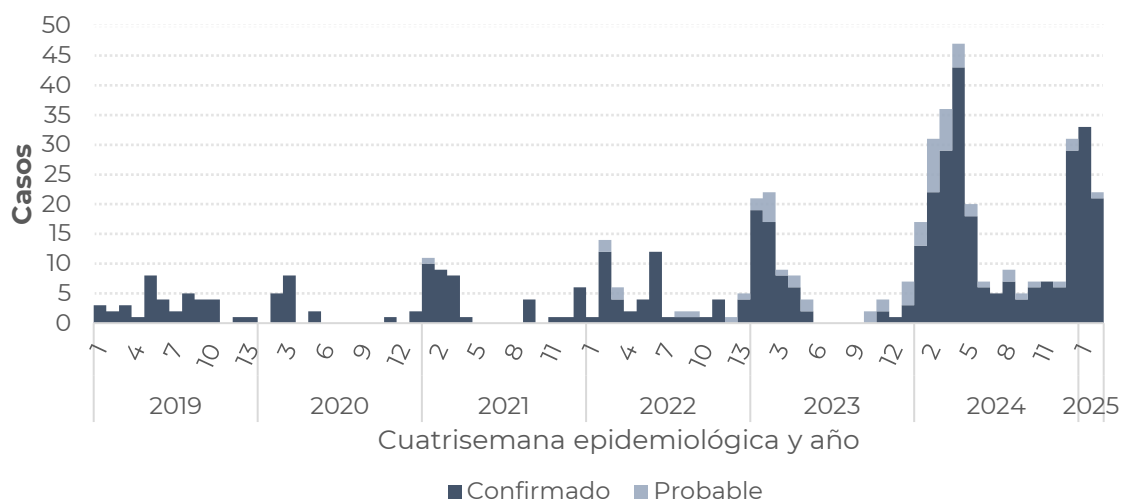
VII.4. Situación epidemiológica actual. SE 1 a SE 11 de 2025

Durante las primeras once semanas del año 2025, se realizaron 225 notificaciones al SNVS2.0 de las cuales 56 casos fueron confirmados y 3 casos probables.

VII.4.A. COMPARACIÓN RESPECTO A PERÍODOS PREVIOS

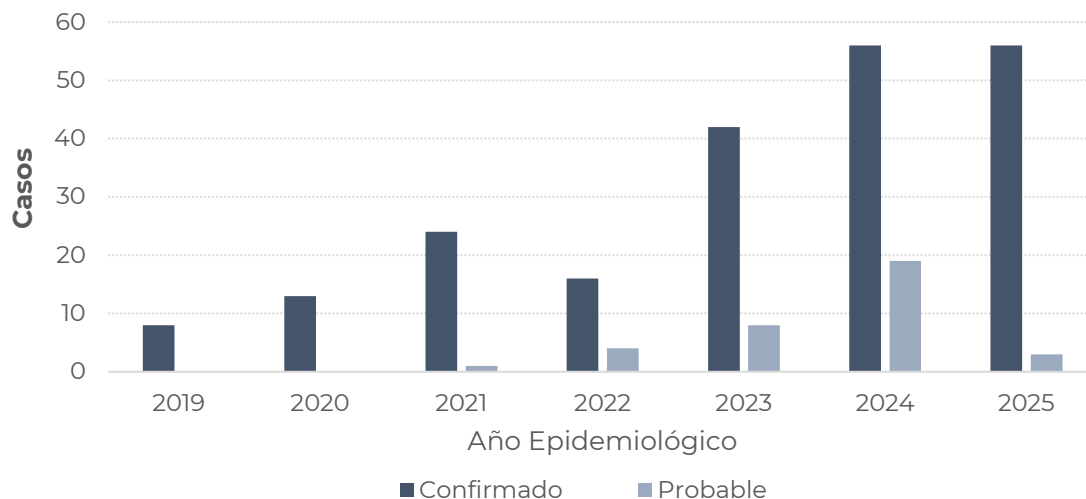
Considerando el período comprendido entre la SE01/2019 y la SE11/2025, en la curva de casos se observaron, a nivel nacional, aumentos en las primeras semanas epidemiológicas de cada año, los cuales corresponden a los meses más calurosos. El mayor pico se registró en la cuatrisesmana 04/2024 (SE13 a SE16), con 43 confirmados y 4 probables. En 2025 se observó un pico en la cuatrisesmana 01/2025 (SE01 a SE04), con 33 confirmados.

Gráfico 1. Casos de psitacosis por cuatrisesmana epidemiológica y año. Argentina, SE01/2019 a SE08/2025. (N=514)

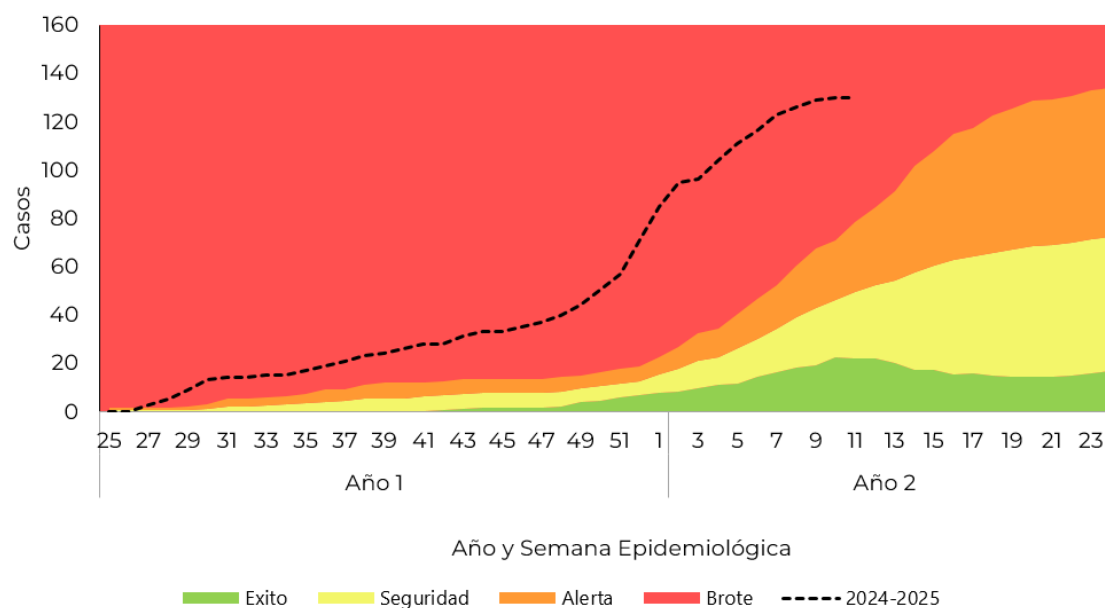


Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

Al comparar los casos entre la SE01 y la SE11 de cada año, se observaron los mayores números absolutos tanto en 2024 como en 2025, con 56 confirmados en cada uno de los períodos considerados.

Gráfico 2. Casos de psitacosis entre SE01 y SE11 de cada año, 2019 a 2025. Argentina. (n=250)

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

Gráfico 3. Corredor endémico acumulado semanal de psitacosis. Período analizado: SE25/2024 a SE11/2025 respecto a períodos equivalentes de los cinco años previos (SE25/2019 a SE24/2024). Argentina. (n=496).

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.

VII.4.B. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL

Los casos comprendidos entre la SE01/2025 y la SE11/2025 se registraron en las regiones del Centro (Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe), Cuyo (Mendoza y San Juan), Sur (La Pampa y Río Negro) y NOA (Salta y Santiago del Estero).

En la Tabla 1 se observan los casos de psitacosis ocurridos entre la SE01 y la SE11 de 2024 y 2025, ambos años con la mayor cantidad de casos registrados.

Tabla 1. Casos de psitacosis por jurisdicción e incidencia cada 100.000 hab. y año, Argentina. SE 01 a SE 11 de 2024 y 2025.

Jurisdicción	2024		2025	
	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia
Buenos Aires	24	0,13	10	0,05
CABA	0	0,00	0	0,00
Córdoba	2	0,05	13	0,33
Entre Ríos	22	1,53	20	1,38
Santa Fe	14	0,38	6	0,16
Centro	62	0,20	49	0,16
Mendoza	0	0,00	3	0,14
San Juan	5	0,61	2	0,24
San Luis	3	0,56	0	0,00
Cuyo	8	0,23	5	0,15
Chaco	0	0,00	0	0,00
Corrientes	0	0,00	0	0,00
Formosa	0	0,00	0	0,00
Misiones	0	0,00	0	0,00
NEA	0	0,00	0	0,00
Catamarca	1	0,23	0	0,00
Jujuy	0	0,00	0	0,00
La Rioja	0	0,00	0	0,00
Salta	0	0,00	1	0,07
Santiago del Estero	2	0,20	1	0,10
Tucumán	0	0,00	0	0,00
NOA	3	0,05	2	0,03
Chubut	0	0,00	0	0,00
La Pampa	1	0,27	2	0,54
Neuquén	0	0,00	0	0,00
Río Negro	1	0,13	1	0,13
Santa Cruz	0	0,00	0	0,00
Tierra del Fuego	0	0,00	0	0,00
Sur	2	0,06	3	0,10
Total País	75	0,16	59	0,12

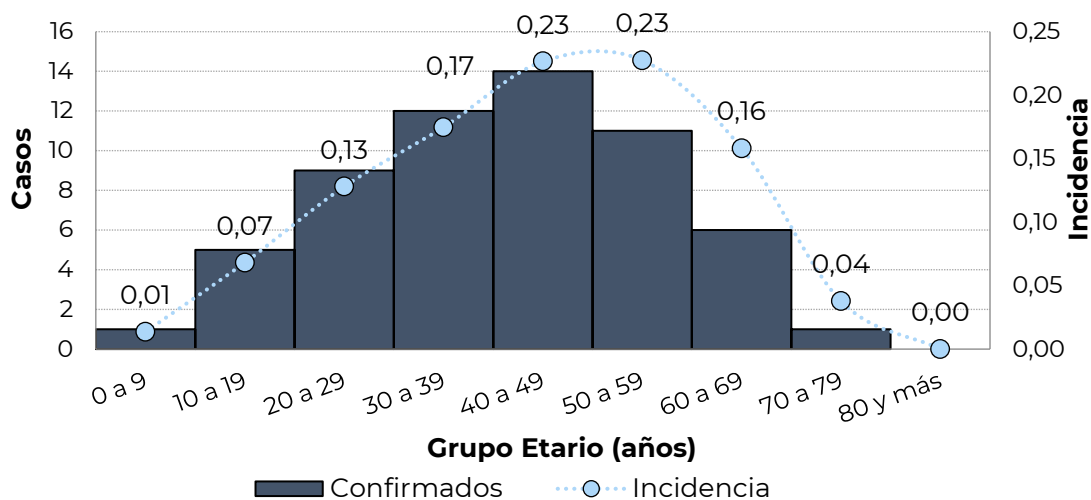
Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

VII.4.C. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO

Durante 2025, se notificaron casos entre los 5 y los 74 años, con una mediana de 41 años.

El 56% (n=33) fueron de sexo masculino.

Gráfico 4. Casos y tasa de incidencia (c./100 mil hab.) de psitacosis según grupo etario. Argentina, SE 1 2025 a SE 11 2025. (N=59)

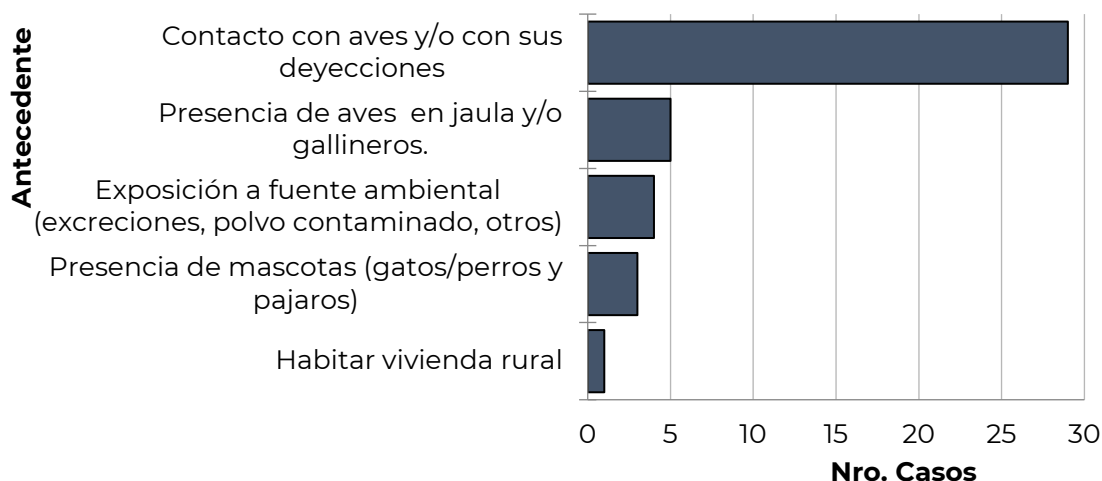


Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

VII.4.D. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

El 71% (n=43) de los casos de 2025 presentó información sobre uno o más antecedentes epidemiológicos; los más comunes fueron contacto con aves y/o sus deyecciones (69%), presencia de aves en jaula y/o gallinero (12%) o exposición a fuente ambiental (excreciones, polvo contaminado, otros) (10%).

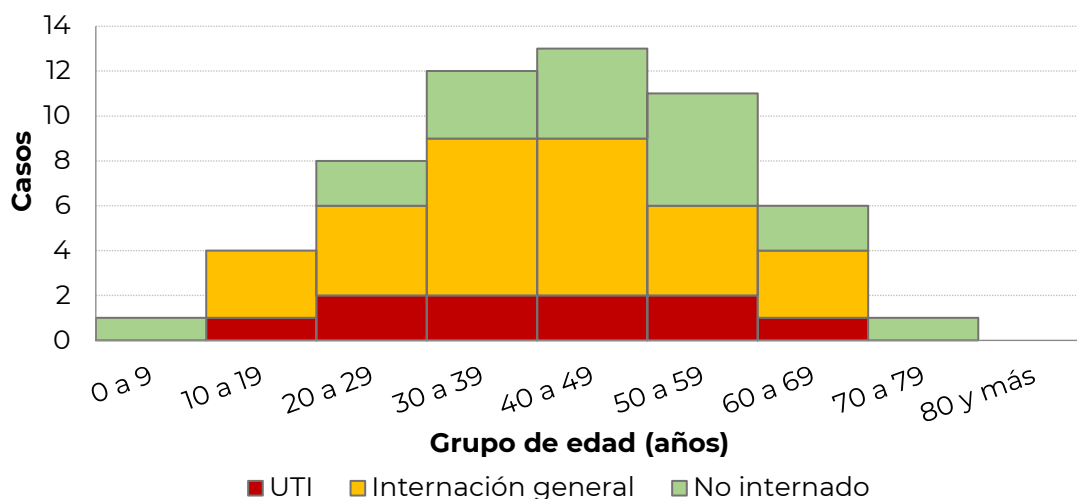
Adicionalmente, se registró un caso confirmado de psitacosis, notificado en la provincia de Santa Fe, en una paciente de 49 años, de nacionalidad norteamericana, que inició síntomas en febrero de 2025. Como antecedente epidemiológico, se registró un viaje de ida y vuelta de Buenos Aires a Colonia (Uruguay), luego de Buenos Aires a Ushuaia y luego en un crucero internacional hacia la Antártida, donde pudo haber tenido exposición a colonias de pingüinos, con especímenes fallecidos. Debido a que en el crucero viajaban 348 personas de diferentes nacionalidades, a través del Centro Nacional de Enlace (CNE) se notificó esta situación a 11 países, para que pudieran realizar el seguimiento e implementar las medidas correspondientes.

Gráfico 5. Número de posibles fuentes de infección de los casos de psitacosis. SE01/2025 a SE11/2025, Argentina. (n=43)

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

VII.4.E. GRAVEDAD Y MORTALIDAD

Se contó con información sobre internación en el 95% (n=56) de los casos de 2025. Entre éstos, el 18% (n=10) requirió UTI, el 50% (n=28) internación común y el 32% (n=18) no fue internado.

Gráfico 6. Casos de psitacosis según internación y rango etario. SE01/2025 a SE11/2025, Argentina. (n=56)

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

Hasta la SE11/2025, se registró un caso fallecido en la provincia de Mendoza correspondiente a una mujer de 38 años de edad la cual contó con exposición a fuentes ambientales (excreciones, polvo contaminado, otros) como antecedente epidemiológico. El caso registra internación en UTI.

Para información sobre las definiciones de caso, los tipos de muestra y determinaciones para el estudio etiológico y las medidas de prevención y control se recomienda consultar el BEN N°741 (SE 04/2025).

Disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben-741-se-4-vff.pdf>

INFORMES **ESPECIALES**

VIII. Informe preliminar de vigilancia genómica y determinación de genotipos de dengue serotipos 1, 2 y 3 circulantes en Argentina durante la temporada 2024-2025

VIII.1. Materiales

Este estudio corresponde a la vigilancia genómica de 62 muestras agudas de pacientes infectados por dengue serotipos 1, 2 o 3 circulantes en Argentina entre la SE 49/2024 y SE 7/2025, procedentes de distintas jurisdicciones del país y considerando la carga viral y procedencia de las mismas. En la siguiente tabla se resume la procedencia de las muestras incluidas en el estudio:

Tabla 1. Cantidad de muestras procesadas según procedencia y virus. SE 49/2024 y SE 7/2025. Argentina

Virus	Provincia	Cantidad de muestras procesadas	Total por serotipo
DENGUE serotipo 1 (DENV-1)	Santa Fe	4	36
	Buenos Aires	1	
	Córdoba	3	
	Entre Ríos	3	
	La Pampa	1	
	Tucumán	20	
	La Rioja	2	
	CABA	2	
DENGUE serotipo 2 (DENV-2)	Córdoba	3	25
	Buenos Aires	1	
	Corrientes	2	
	Formosa	5	
	La Rioja	1	
	Santa Fe	10	
	CABA	3	
DENGUE serotipo 3 (DENV-3)	Santa Fe	1	1

Fuente: División Biotecnología y Bioinformática, Departamento Investigación y Diagnóstico Referencial, Instituto Nacional del Enfermedades Virales (INEVH) “Dr. J. I. Maiztegui”- Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Dr. Carlos G. Malbrán”.

VIII.2. Métodos

Para obtener las secuencias del genoma completo de los virus DENV-1, DENV-2 y DENV-3, la estrategia implementada fue una adaptación del kit CovidSeq de la tecnología de Illumina. Brevemente, el ARN viral extraído mediante la utilización de columnas de sílica y utilizados previamente en la metodología de RT-PCR en tiempo real para diagnóstico etiológico, fue amplificado utilizando distintos protocolos según el agente (1, CDC Proyecto Vigenda comunicación personal). Se construyeron las bibliotecas para secuenciación con el kit Covidseq (Illumina). Las mismas fueron procesadas en la plataforma MiSeq (Illumina) mediante secuenciación de extremos emparejados (2x150 nucleótidos) y un tamaño medio de fragmento de 350 nucleótidos.

La cobertura de los genomas obtenidos correspondió a más del 70% del genoma completo. Los análisis bioinformáticos y la asignación de genotipo, se realizó mediante el software

Genome Detective Virus Tool Panviral (2.17.3) y la genotipificación mediante la herramienta web Dengue Virus Typing Tool implementada en el mismo software.

VIII.3. Resultados y conclusiones

VIII.3.A. DENV-1

- Se obtuvieron secuencias de 35 muestras de DENV-1 utilizando la tecnología de secuenciación de NGS (Illumina).
- En todas las muestras estudiadas para virus Dengue serotipo 1, se identificó el Genotipo V, linaje E1. El linaje detectado es el mismo al que circuló en el segundo semestre de 2024
- Este genotipo ha sido el prevalente en el continente americano y se ha caracterizado por el desplazamiento de distintos linajes y en algunos períodos co-circulación de más de un linaje dentro de este genotipo.

VIII.3.B. DENV-2

- Se obtuvieron secuencias de 21 muestras de DENV-2 utilizando la tecnología de secuenciación de NGS (Illumina).
- En todas las muestras estudiadas para virus Dengue serotipo 2, se identificó el Genotipo II – Cosmopolita, linaje F 1.1.2.
- Este genotipo determinado para DENV-2 corresponde al introducido en la región americana en 2019 y en Argentina detectado con circulación a partir de 2023.DENV-3
- Se realizó secuenciación genómica en una única muestra procedente de la provincia de Santa Fe, de la localidad de Las Parejas, de un caso autóctono sin antecedente de viaje al exterior u otra región del país.
- En esta oportunidad, los estudios genómicos indican que se trata del genotipo III, linaje B3, con mayor identidad nucleotídica y asociación filogenética con cepas detectadas en USA procedentes de pacientes con historia de viaje a Cuba durante 2022 y 2023 y cepas de República Dominicana y Guyana Francesa detectadas durante 2023.
- El DENV-3 ha tenido una circulación acotada en el país en las dos temporadas previas. Por un lado, se lo ha detectado en Tucumán en 2023 donde se identificó el Genotipo I- del Sudeste Asiático y Sur del Pacífico. Durante el primer semestre de 2024, se caracterizó DENV-3 en Entre Ríos y en este caso, por primera vez en el país, se detectó el genotipo III, linaje B3.
- La circulación de DENV-3 se observó durante 3 temporadas consecutivas en nuestro país en áreas limitadas de diferentes provincias y con un bajo número de casos, pero marca el riesgo de introducción y dispersión de este serotipo al país.
- Debe tenerse en cuenta que este serotipo actualmente ha incrementado su incidencia en los países de América Central y el Caribe, Brasil también ha incrementado su detección y la entrada de nuevos serotipos en la región ha sido asociada con ciclos epidémicos de mayor magnitud.

La vigilancia genómica se integra como una herramienta adicional de la Estrategia de Gestión Integrada para el estudio y caracterización de las arbovirosis aportando información sobre diversidad genética en las cepas circulantes detectadas por la vigilancia laboral.

VIII.4. Referencias bibliográficas

1. Quick, J., Grubaugh, N., Pullan, S. et al. Multiplex PCR method for MinION and Illumina sequencing of Zika and other virus genomes directly from clinical samples. *Nat Protoc* 12, 1261–1276 (2017).
2. García MP, Padilla C, Figueroa D, Manrique C, Cabezas C. Emergence of the Cosmopolitan genotype of dengue virus serotype 2 (DENV2) in Madre de Dios, Peru, 2019. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2022 Jan-Mar;39(1):126–128. English, Spanish. doi: 10.17843/rpmesp.2022.391.10861. Epub 2022 Jun 24. PMID: 35766734.
3. Giovanetti M, Pereira LA, Santiago GA, Fonseca V, Mendoza MPG, de Oliveira C, de Moraes L, Xavier J, Tosta S, Fristch H, de Castro Barbosa E, Rodrigues ES, Figueroa-Romero D, Padilla-Rojas C, Cáceres-Rey O, Mendonça AF, de Bruycker Nogueira F, Venancio da Cunha R, de Filippis AMB, Freitas C, Peterka CRL, de Albuquerque CFC, Franco L, Méndez Rico JA, Muñoz-Jordán JL, Lemes da Silva V, Alcantara LCJ. Emergence of Dengue Virus Serotype 2 Cosmopolitan Genotype, Brazil. *Emerg Infect Dis*. 2022 Aug;28(8):1725–1727. doi: 10.3201/eid2808.220550. PMID: 35876608;
4. Grubaugh ND, Torres-Hernández D, Murillo-Ortiz MA, Dávalos DM, Lopez P, Hurtado IC, Breban MI, Bourgikos E, Hill V, López-Medina E. Dengue Outbreak Caused by Multiple Virus Serotypes and Lineages, Colombia, 2023–2024. *Emerg Infect Dis*. 2024 Nov;30(11):2391–2395. doi: 10.3201/eid3011.241031. Epub 2024 Oct 8. PMID: 39378873; PMCID: PMC11521178.
5. Hill V, Cleemput S, Pereira JS, Gifford RJ, Fonseca V, Tegally H, Brito AF, Ribeiro G, de Souza VC, Brcko IC, Ribeiro IS, De Lima ITT, Slavov SN, Sampaio SC, Elias MC, Tran VT, Kien DTH, Huynh T, Yacoub S, Dieng I, Salvato R, Wallau GL, Gregianini TS, Godinho FMS, Vogels CBF, Breban MI, Leguia M, Jagtap S, Roy R, Hapuarachchi C, Mwanyika G, Giovanetti M, Alcantara LCJ, Faria NR, Carrington CVF, Hanley KA, Holmes EC, Dumon W, Lima ARJ, Oliveira T, Grubaugh ND. A new lineage nomenclature to aid genomic surveillance of dengue virus. *PLoS Biol*. 2024 Sep 16;22(9):e3002834. doi: 10.1371/journal.pbio.3002834. PMID: 39283942; PMCID: PMC11426435.
6. Naveca FG, Santiago GA, Maito RM, Ribeiro Meneses CA, do Nascimento VA, de Souza VC, do Nascimento FO, Silva D, Mejía M, Gonçalves L, de Figueiredo RMP, Ribeiro Cruz AC, Diniz Nunes BT, Presibella MM, Quallio Marques NF, Riediger IN, de Mendonça MCL, de Bruycker-Nogueira F, Sequeira PC, de Filippis AMB, Resende P, Campos T, Wallau GL, Gräf T, Delatorre E, Kopp E, Morrison A, Muñoz-Jordán JL, Bello G. Reemergence of Dengue Virus Serotype 3, Brazil, 2023. *Emerg Infect Dis*. 2023 Jul;29(7):1482–1484. doi: 10.3201/eid2907.230595. PMID: 37347884; PMCID: PMC10310385.

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 13 y el 19 de marzo del 2025.

IX.1. Coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio - Reino de Arabia Saudita

Recibido a través del CNE el 13 de febrero de 2025.

Entre el 6 de septiembre de 2024 y el 28 de febrero de 2025, el Ministerio de Salud (MoH) del Reino de Arabia Saudita (KSA) informó cuatro casos de infección por el coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV), incluidos dos fallecimientos, con el último caso reportado el 4 de febrero de 2025. Los casos fueron notificados en las provincias de Hail (2), Riad (1) y Oriental (1) del KSA. La confirmación de los casos en laboratorio se realizó mediante reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) entre el 8 de noviembre de 2024 y el 4 de febrero de 2025.

Todos los casos correspondieron a hombres de entre 27 y 78 años, y todos presentaban comorbilidades. Ninguno era trabajador de la salud y, según las investigaciones, solo uno tuvo contacto indirecto con camellos dromedarios (huéspedes del MERS-CoV) y sus productos crudos (leche).

Dos casos, con inicio de síntomas en noviembre de 2024, fueron identificados en el mismo hospital. El primer caso fue confirmado el 11 de noviembre mediante pruebas de RT-PCR, y el seguimiento de los contactos cercanos reveló un caso secundario que compartió la misma habitación hospitalaria y posteriormente desarrolló síntomas. Ninguno de los dos pacientes tuvo contacto directo o indirecto con camellos dromedarios, incluyendo el consumo de leche de camello cruda en los 14 días previos al inicio de los síntomas.

Desde el primer informe de MERS-CoV en KSA en 2012, se han notificado a la OMS un total de 2618 casos confirmados en laboratorio de infección por MERS-CoV, con 945 muertes asociadas (tasa de letalidad del 36%), en 27 países de las seis regiones de la OMS. La mayoría de los casos (2209; 84%) se han reportado en KSA, incluidos estos casos recientemente informados. Desde 2019, no se han notificado infecciones por MERS-CoV en países fuera de Oriente Medio.

Figura 1. Distribución geográfica de las infecciones por MERS-CoV entre el 6 de septiembre de 2024 y el 28 de febrero de 2025 por ciudad y región, KSA (n=4).

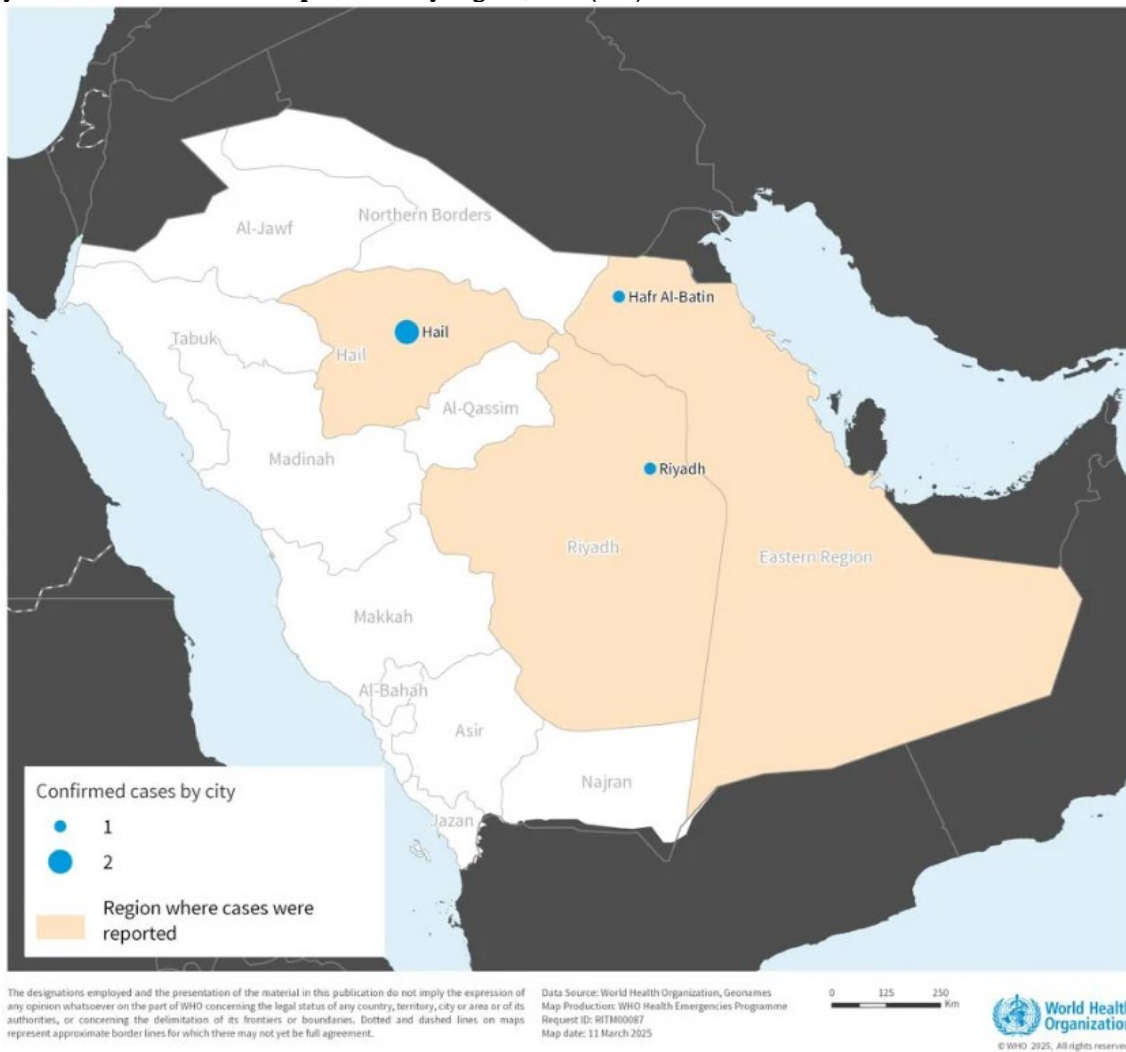
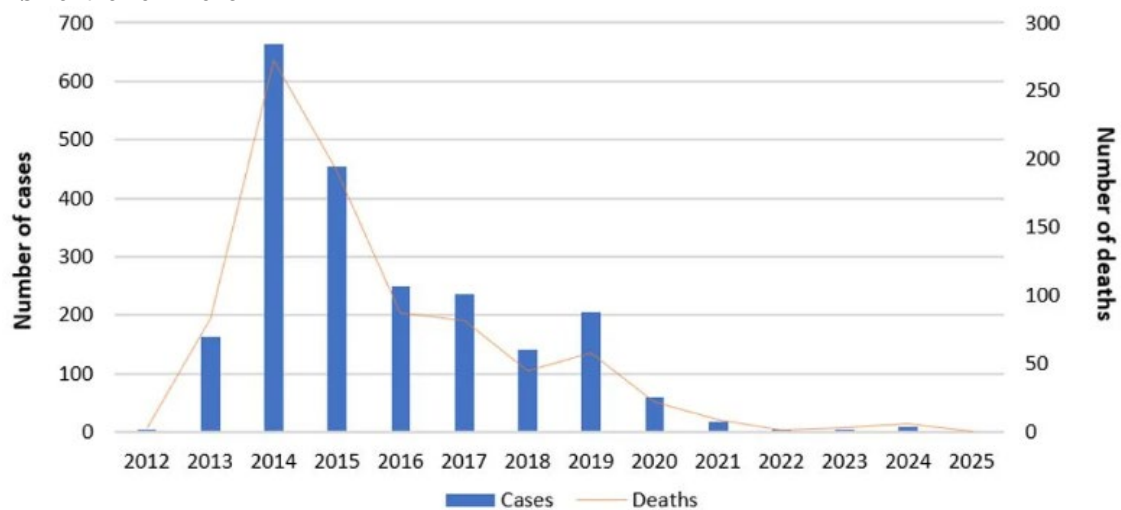


Figura 2: Curva epidémica de infecciones por MERS-CoV (n=2209) y muertes (n=864) notificadas en KSA entre 2012-2025



Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON560>

IX.2. Enfermedad por el virus de Marburgo – República Unida de Tanzania

Recibido a través del CNE el 13 de febrero de 2025.

Desde la última actualización de Noticias sobre Brotes de Enfermedades sobre este evento, publicada el 14 de febrero de 2025, no se han notificado nuevos casos confirmados de enfermedad por el virus de Marburgo (MVD) en la República Unida de Tanzania.

Hasta el 12 de marzo de 2025, se han reportado un total de 10 casos, incluidos dos confirmados y ocho probables. Todos los casos resultaron en fallecimientos, incluidos ocho que murieron antes de la confirmación del brote y fueron clasificados como casos probables, lo que resultó en una tasa de letalidad del 100%.

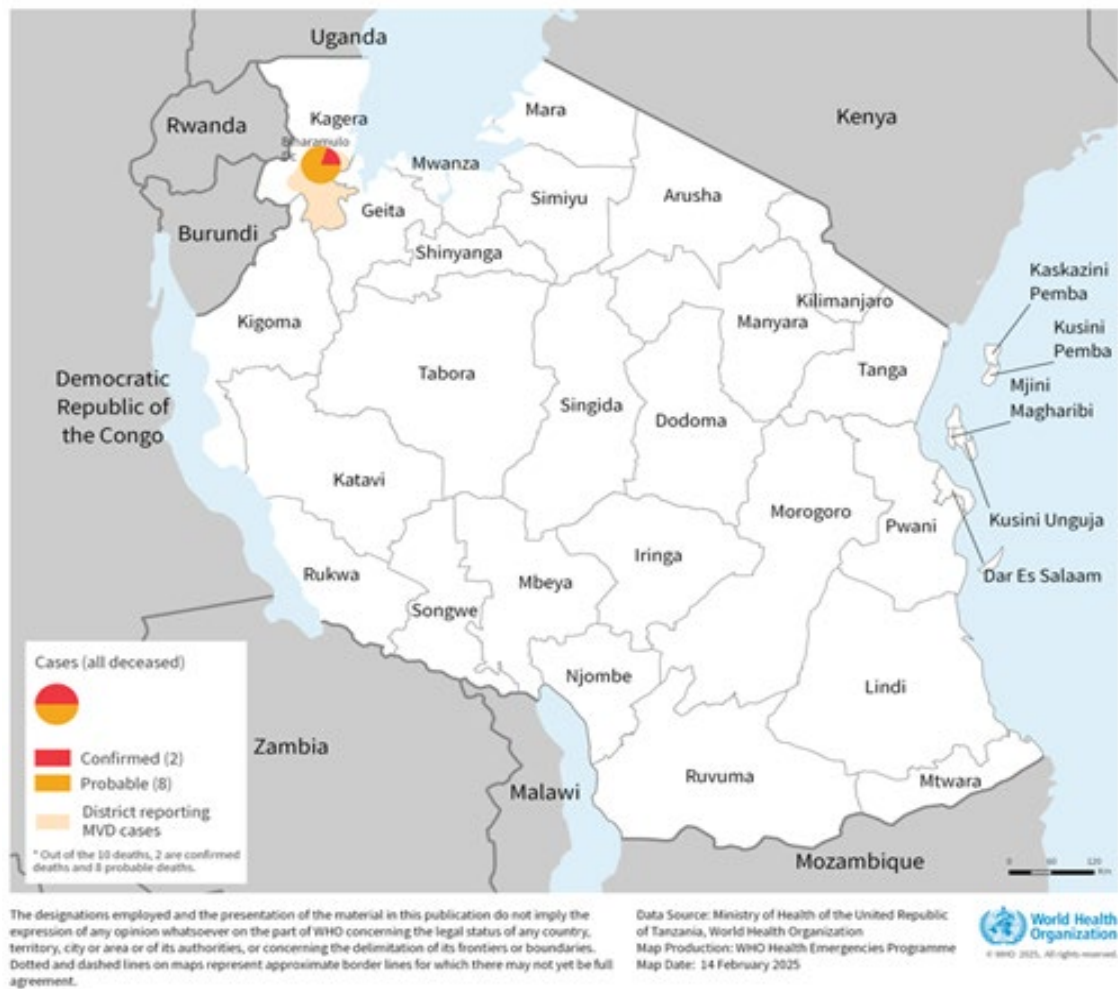
El primer caso identificado, una mujer adulta, presentó síntomas el 9 de diciembre y falleció el 16 de diciembre de 2024. El último caso confirmado falleció el 28 de enero, y se llevó a cabo un entierro seguro y digno. No se han notificado nuevos casos confirmados o probables después de este entierro. Los 10 casos fueron reportados en el distrito de Biharamulo, en la región de Kagera; la mediana de edad de los casos fue de 30 años (rango: 1 a 75 años), y la mayoría de los casos (70%, 7) fueron mujeres.

En total, se notificaron 108 casos sospechosos entre el 20 de enero y el 11 de marzo, de los cuales 106 dieron negativo para MVD.

Hasta el 12 de marzo de 2025, se habían identificado 281 contactos, incluidos nueve que posteriormente fueron clasificados como casos probables y confirmados, y 272 contactos que completaron los 21 días de seguimiento.

El 13 de marzo de 2025, después de dos períodos consecutivos de incubación (un total de 42 días) sin que se notificara ningún caso confirmado tras la muerte del último caso confirmado el 28 de enero de 2025, el Ministerio de Salud de la República Unida de Tanzania declaró el fin del brote de MVD, de acuerdo con las recomendaciones de la OMS.

Figura 1: Mapa del distrito que notificó casos confirmados y probables de la enfermedad por el virus de Marburgo en la República Unida de Tanzania, al 12 de marzo de 2025.



Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON559>

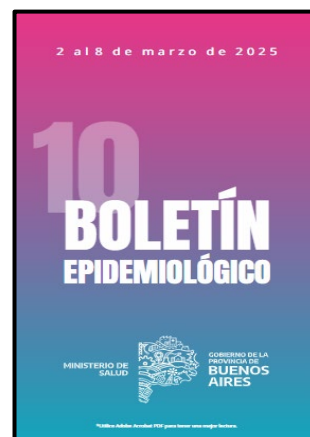
DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

X. Boletines jurisdiccionales

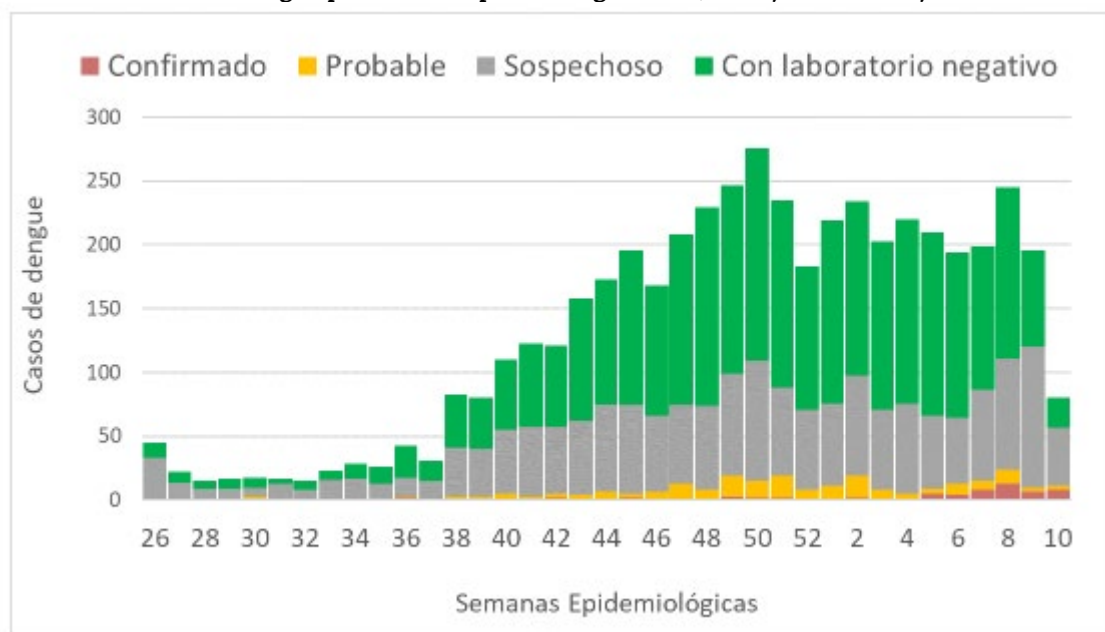
X.1. Buenos Aires: Arbovirosis

Desde la finalización de la última epidemia de dengue en la provincia en junio de 2024 (SE 25) y hasta el 8 de marzo (SE 10) se notificaron 4.891 casos compatibles con dengue de los cuales 65 fueron confirmados (52 autóctonos, 11 importados y 2 en investigación), 194 probables, 1.789 en estudio y 2.843 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 200 notificaciones semanales y una baja proporción de casos positivos en las últimas dos semanas (4,05%)



Casos notificados de dengue por semana epidemiológica. PBA, SE 26/2024 -SE 10/2025. n= 4.891



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

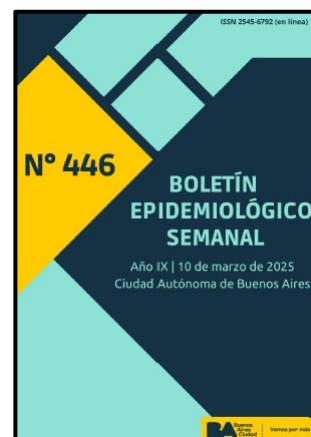
Para más información:

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

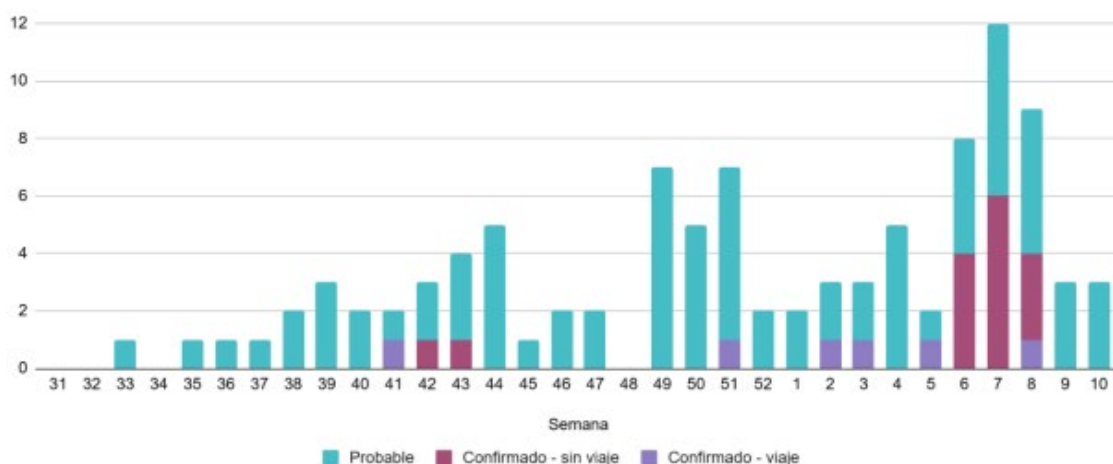
X.2. CABA: Dengue

A partir de la SE 42 DE 2024, hasta la SE 9 de 2025 (finalizada el 1 de marzo) se detectaron 21 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. Se han detectado, hasta la fecha de confección del presente, 21 casos de dengue confirmado en CABA en la actual temporada, así 80 casos probables.

En la actual temporada la cantidad de casos probables y confirmados se encuentra hasta el momento de confección del presente, en valores inferiores a los registrados en las dos temporadas anteriores.



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.

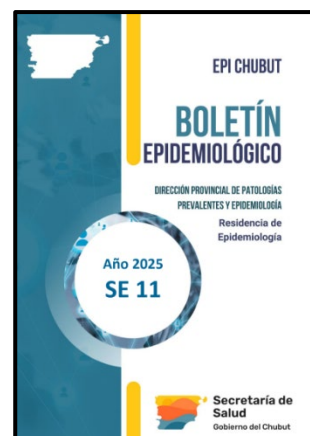
Para más información: <https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2024-2025>

X.3. Chubut: Diarreas

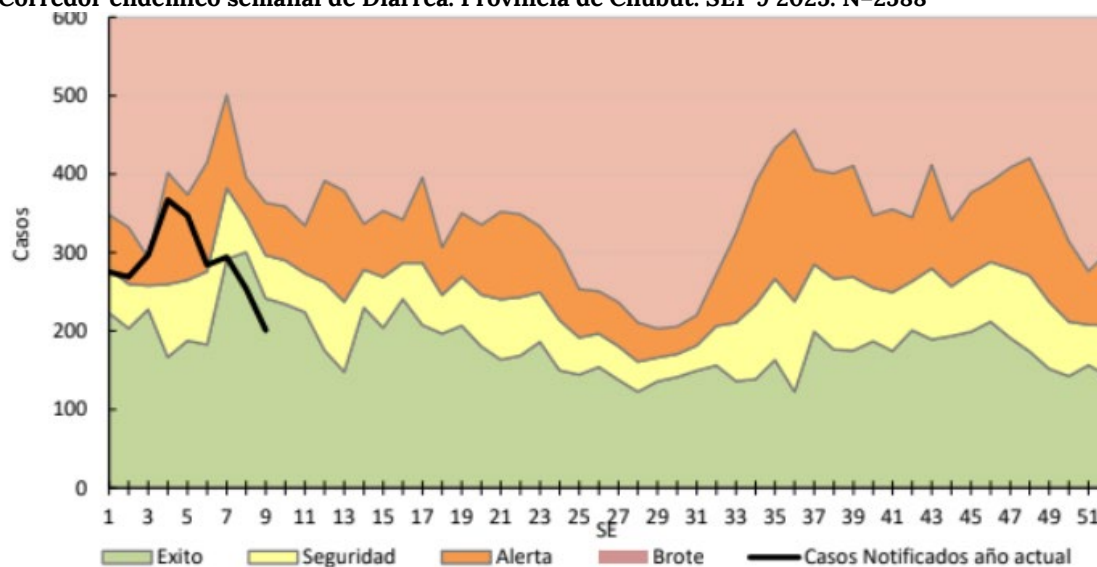
En las primeras 9 semanas del año 2025 se identificaron los siguientes agentes etiológico: rotavirus (DV) (n=4), STEC O157 (n=3), salmonella spp. (n=2) y Adenovirus 40-41 (DV) (n=2).

A la SE 9 del año 2025 se estudiaron en total 449 muestras, de las cuales 11 fueron positivas. Del total de muestras positivas 4 corresponden a diarreas bacterianas y 5 a diarreas virales.

El corredor endémico en las primeras semanas del 2025 se ubica en zona de alerta.



Corredor endémico semanal de Diarrea. Provincia de Chubut. SE1-9 2025. N=2588



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: Hepatitis A

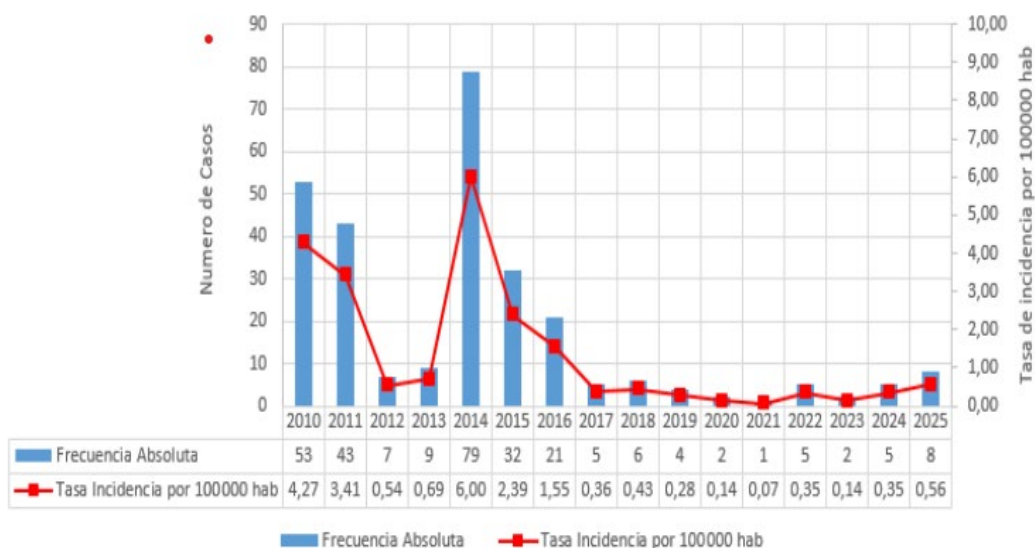
En la provincia de Salta hasta la semana epidemiológica (SE) N° 10 del año 2025, se notificaron un total de 28 casos sospechosos de hepatitis A, de los cuales se confirmaron 5 por laboratorio y 3 por nexo epidemiológico.

En cuanto a los 8 casos confirmados hasta la SE 10/2025, los mismos tienen residencia en los departamentos de Gral. San Martín y Rivadavia

En relación con la distribución de casos por sexo se observa un predominio de sexo femenino representando un 62.5% (n=5) y en lo que respecta a los grupos de edad, el más afectado es el de menores de 20 años representando un 87.5 % (n=7). La mediana de edad es de 11 años (IQR=9).



Casos confirmados de Hepatitis a y tasa cada 100mil hab. periodo 2010 hasta se 10/2025. provincia de Salta.

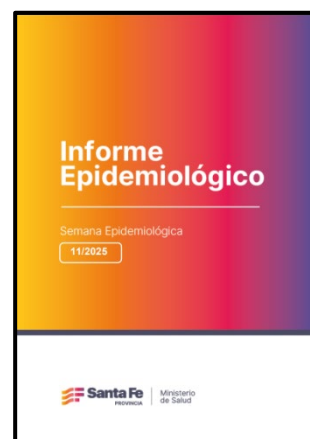


Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y registro de casos y tasas "Anuario estadístico Provincia de Salta, periodo 2010-2018"

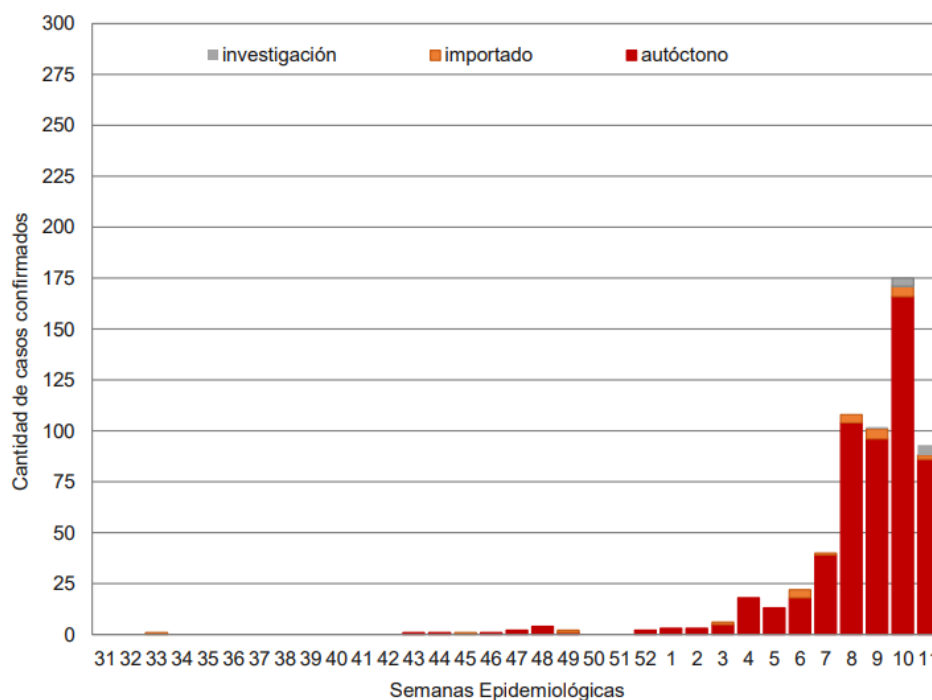
Para más información: <http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

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 11/2025), se notificaron un total de 4240 casos al evento “dengue” y “dengue en la gestación”. Se confirmaron 598 casos para el evento “dengue”, 563 casos “sin antecedente de viaje”, 25 “con antecedente de viaje” (India, Maldivas, Colombia, Brasil y otra provincia de Argentina) y 10 se encuentran en investigación. Dentro del evento de “Dengue en la gestación”, se confirmaron 9 casos, 6 autóctonos y 3 en investigación, todos del departamento Rosario. Con respecto a la identificación de serotipos, 6 fueron DEN-2, 2 DEN-1 y uno sin especificar serotipo. Por otra parte, se notificaron 12 casos con “antecedente de vacunación en los últimos 30 días.



Casos de Dengue confirmados desde SE 31/2024 hasta a SE 11/2025 según semana epidemiológica. Provincia de Santa Fe. N= 598.



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 15/03/2025.

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: Sífilis

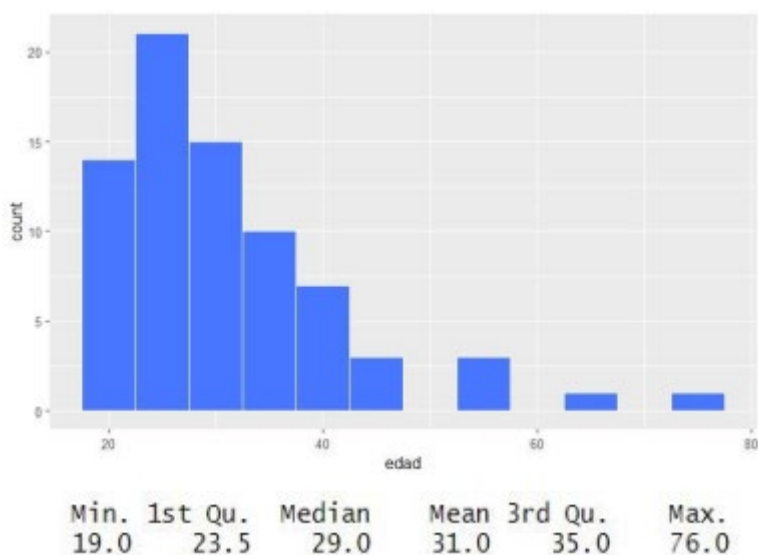
En la provincia de Tierra del Fuego e IAS, hasta la semana epidemiológica 11 del año 2025, se notificaron 75 casos de Sífilis en población general.

Según edad, la media corresponde a 31 años, con un máximo de 76 años. El grupo de edad más afectado es el de 25 a 34 años, y luego el de 20 a 24.

Según género, 37 casos corresponden a hombres y 38 casos a mujeres. Los rangos más amplios en mujeres que en varones, siendo la media de edad más alta en varones con respecto a las mujeres.



Distribución de sífilis según edad



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

Para más información:

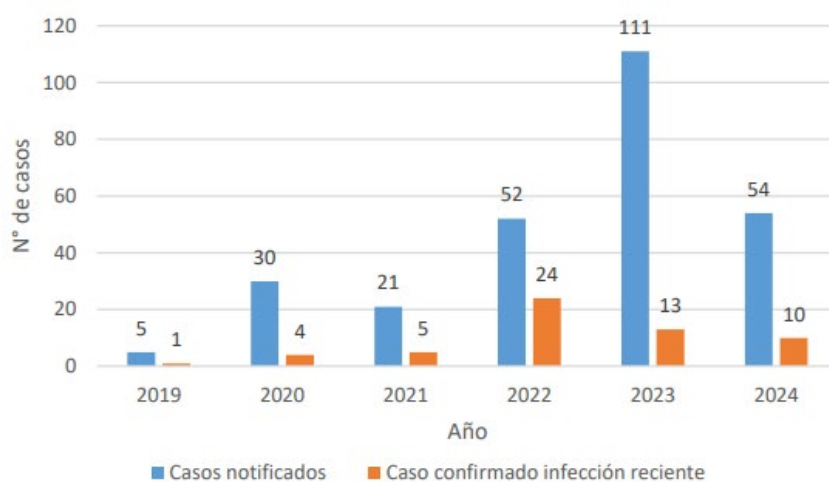
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/>

X.7. Tucumán: Toxoplasmosis en gestantes y congénita

En el período 2019 a 2024, se notificaron en Tucumán 273 casos de toxoplasmosis en personas gestantes y 5 congénitas. Se puede observar un aumento en la notificación en toxoplasmosis en personas gestantes hasta 2023, pero una reducción en 2024. Sin embargo, el porcentaje de casos confirmados aumenta en 2024 respecto a 2023.



Casos notificados y confirmados de Toxoplasmosis en personas gestantes en Tucumán desde 2019 a 2024.



Fuente: Elaboración propia en base a reporte SNVS 2.0.

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*, *Hysterothylacium*, *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 - *Dipyllobothrium 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

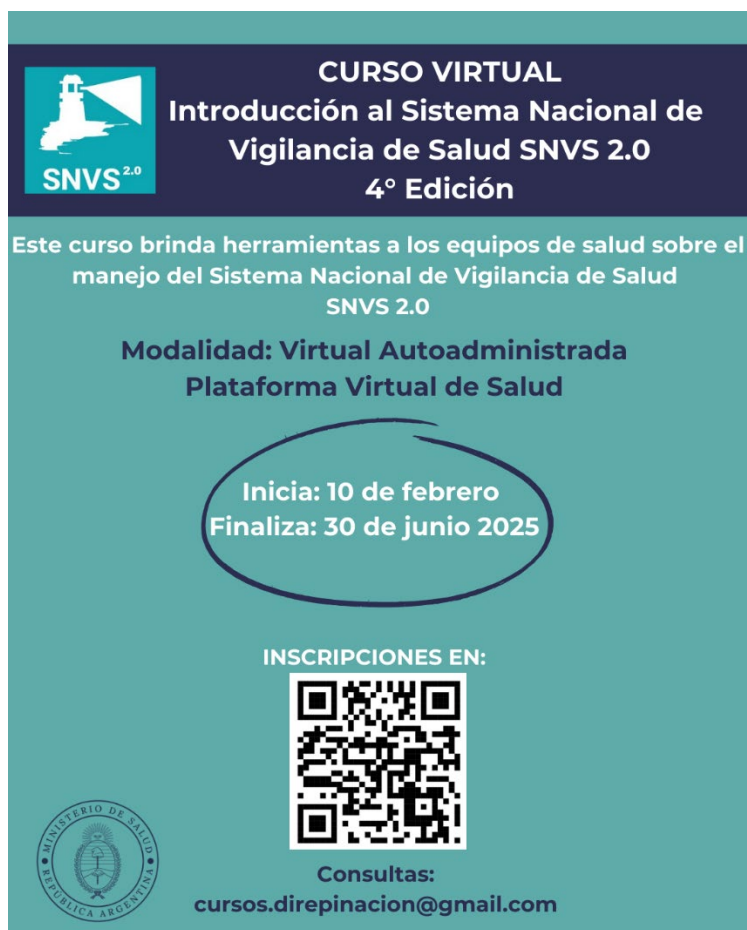
Duración: 25 horas.

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.direpinacion@gmail.com



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

Duración: 25 horas

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