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

BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **749**

Semana epidemiológica 12
AÑO 2025
Desde 16/03 al 22/03
Fecha de publicación
31/03/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD · REPÚBLICA ARGENTINA

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. Santoro[1], Tamara Wainzinger[1], M. Agustina La Regina Coce[1], Manuel Gonzalez Picasso[1], Julián Antman[1], Cecilia González Lebrero[1].

EVENTOS PRIORIZADOS

Dengue y otros arbovirus: Gabriela Fernández[1], Yasmin El Ahmed[1], Dalila Rueda[1], Federico M. Santoro[1], Silvina Moisés[1], Pilar Plantamura[1], Lucia Valenzuela Chanteford[1], Karina Chaves[1], Esteban Couto[2], Julieta Siches[3], Lucía Maffey[3], Julián Antman[1], Cintia Fabbri[4], Victoria Luppo[4], María Alejandra Morales[4].

Infecciones respiratorias agudas: Carla Voto[1], María Paz Rojas Mena[1], Melisa Laurora[1], Dalila Rueda[1], Federico M. Santoro[1], Silvina Moisés[1].

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

Situación epidemiológica de Sífilis en embarazadas y Sífilis congénita: Federico M. Santoro[1], Tamara Wainzinger[1], Julián Antman[1], Cecilia González Lebrero[1], Antonella Vallone[1].

INFORME ESPECIAL

Informe especial Centro Nacional de Enlace - 2024: Susana Fernandez[1], Yasmin El Ahmed[1].

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES

Ignacio Di Pinto[1].

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

Abril Joskowicz[1], Soledad Castell[1].

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA

Antonella Vallone[1], Morena Diaz[1], Laura Bidart[1], Agustina Page[1], Martina Prina[1].

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

Compilación: Sebastián Riera[1], Franco Ormeño Mazzochi[1].

Coordinación General: Cecilia González Lebrero[1] y Julián Antman[1].

[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 Epidemiologia, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI - ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

Agradecimientos:

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

Imagen de tapa:

Pruebas rápidas para el diagnóstico de sífilis. Dado que son pruebas treponémicas, son altamente específicas y no tienen utilidad en el seguimiento o tamizaje de personas con sífilis previa. Foto tomada de banco de Imágenes del ministerio de Salud de la Nación.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°749, SE 12.

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

En esta edición, dentro de las situaciones epidemiológicas emergentes, se actualiza la información sobre el brote de sarampión, incluyendo datos sobre la situación mundial, regional y nacional. En esta ocasión, se incorpora un apartado específico sobre los casos confirmados en Argentina durante 2025, junto con recomendaciones actualizadas dirigidas a la comunidad y a los equipos de salud, con un enfoque especial en las medidas ante casos y contactos.

El boletín **continúa dando centralidad a la vigilancia de arbovirus**, con énfasis en dengue. Se presentan datos históricos, evolución por región y jurisdicción, distribución por serotipos, situación del dengue durante el embarazo, y se incluyen indicadores de gravedad y mortalidad. Se complementa con un análisis de la situación de otros arbovirus, vigilancia entomológica y evolución de indicadores de riesgo, contribuyendo a una lectura integral del escenario epidemiológico actual.

La **vigilancia de infecciones respiratorias agudas** incorpora los datos actualizados hasta la SE12/2025. Se abordan los aportes de la vigilancia clínica y laboratorial de ETI, neumonía y bronquiolitis, junto con la información proveniente de la red centinela y la vigilancia universal de virus respiratorios, incluyendo personas internadas y fallecidas.

En la sección de actualización periódica, **se presenta la actualización sobre sífilis en embarazadas y sífilis congénita**. El capítulo incluye datos recientes, análisis históricos, y definiciones de caso, así como un repaso por los objetivos de la vigilancia de estos eventos. Este abordaje permite dimensionar la magnitud del problema, los desafíos actuales y la necesidad de fortalecer la prevención y detección temprana en todo el país.

Se **suma también un informe especial del Centro Nacional de Enlace (CNE)**, que analiza su actividad durante 2024, detallando tanto la información relevada como las acciones realizadas en materia de evaluación, gestión de alertas y coordinación internacional.

El boletín incluye además alertas y comunicaciones internacionales, entre ellas una **evaluación de riesgo actualizada sobre el sarampión** en las Américas y una alerta epidemiológica sobre fiebre amarilla en la región, sumando elementos clave para anticipar posibles escenarios y reforzar la preparación local.

Como en cada número, **se comparten los principales destacados de boletines jurisdiccionales recientes**, abordando temas como arbovirosis, hepatitis A, síndrome urémico hemolítico, síndromes febriles inespecíficos y eventos respiratorios, reflejando el trabajo sostenido de las áreas de vigilancia en todo el país.

Finalmente, se presentan herramientas actualizadas para la vigilancia, incluyendo **modificaciones en las codificaciones auxiliares del SNVS 2.0** e información sobre enteroparasitosis. Se anuncian además nuevas ediciones de los **cursos virtuales "Vigilancia y notificación de dengue" e "Introducción al SNVS 2.0"**, dirigidos a fortalecer las capacidades locales y promover el desarrollo continuo del personal de salud.

Este número continúa posicionando al Boletín Epidemiológico Nacional como un instrumento técnico, federal y dinámico, orientado a acompañar los desafíos cotidianos de la salud pública en Argentina, con información confiable para actuar con oportunidad y eficacia.

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.3.A. Casos confirmados de sarampión en Argentina - 2025 22
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.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. Temporada actual 35
V.2.D. Distribución según región, jurisdicción y departamento 37
V.2.E. Situación según serotipos circulantes 41
V.2.F. ituación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo” 42
V.2.G. vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue 43
V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus 44
V.3.A. Situación epidemiológica de fiebre amarilla en argentina 46
V.4. Vigilancia entomológica 46
V.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición 46
V.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) -SE10 (2025) 47
V.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios 50
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **52**
VI.1. Nota Metodológica 52
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 52
VI.3. Síntesis de la información nacional destacada a la SE12/2025 53
VI.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 53
VI.3.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados 53
VI.3.C. Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios 54
VI.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 54
VI.4.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 54

VI.4.B. Neumonía 55
VI.4.C. Bronquiolitis 57
VI.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 58
VI.5.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 60

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS 63
VII. Sífilis en embarazadas y Sífilis congénita - Actualización informe epidemiológico 64
VII.1. Introducción 64
VII.2. Sífilis en embarazadas 65
VII.2.A. nota metodológica 65
VII.2.B. Situación de Sífilis en embarazadas en Argentina 65
VII.3. Sífilis congénita 71
VII.3.A. nota metodológica 71
VII.3.B. Situación de Sífilis congénita en Argentina 71
VII.4. Conclusiones 73
VII.5. Acerca de la vigilancia epidemiológica 73
VII.5.A. Objetivos de la vigilancia de sífilis en embarazadas 73
VII.5.B. Definiciones de caso de sífilis en embarazadas 73
VII.5.C. Objetivos de la vigilancia de sífilis congénita 74
VII.5.D. Definiciones de caso de sífilis congénita 74

INFORMES ESPECIALES 76
VIII. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) 2024 77
VIII.1. Introducción 77
VIII.2. Análisis de la información relevada 78
VIII.3. Otras actividades del CNE 84
VIII.3.A. Evaluación 84

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 86
IX. Introducción 87
IX.1. Evaluación de riesgo para la salud pública relacionada con el sarampión: implicaciones para la Región de las Américas 88
IX.1.A. Declaración general de riesgo 88
IX.1.B. Evaluación de la amenaza 89
IX.1.C. Evaluación de la exposición 91
IX.1.D. Evaluación del contexto 91
IX.2. Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas 93

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 100
X. Boletines jurisdiccionales 101
X.1. Buenos Aires: Arbovirosis 101
X.2. CABA: Dengue 102
X.3. Neuquén: Síndrome Urémico Hemolítico 103
X.4. Salta: Dengue 104
X.5. Santa Fe: Hepatitis A 105
X.6. Tierra del fuego: Respiratorias 106
X.7. Tucumán: Síndrome Febril Agudo Inespecífico 107

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 108
XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 109
XI.1. Información relevante: enteroparasitosis 109
XII. 1° Edición del Curso: "Vigilancia y notificación de dengue" 111
XIII. 4° Edición del Curso Virtual "Introducción al SNVS 2.0" 112

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 **25 eventos nominales** donde se considera relevante tanto la sospecha como la notificación en general, antes de caracterizar los casos confirmados.

- **Tercera tabla:** presenta **23 eventos agrupados clínicos**, construidos 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 1-12. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-12	2025 Acumulados SE 1-12	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. prevenibles por vacunas	Parotiditis	52	222	170	327%
Enf. Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	2	2	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	48	47	-1	-2%
Enf. zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	1.961	4.550	2.589	132%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	125	172	47	38%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	60	59	-1	-2%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	2	2	0	0%
	Cisticercosis	1	4	3	300%
	Escorpionismo o Alacranismo	1.674	3.089	1.415	85%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	166	335	169	102%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	9	25	16	178%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	3	11	8	267%
	Brucelosis	24	29	5	21%
	Hantavirosis	21	15	-6	-29%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	8	5	167%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	362	367	5	1%
	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	2.694	2.479	-215	-8%
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	215	215	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	149	149	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	2.192	2.857	665	30%

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 mismos. 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 1-12. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-12		2025 Acumulados SE 1-12		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enf. prevenibles por vacunas	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	132	1	1.254	14	1.122	850%	13	1300%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	132	0	1.254	0	1.122	850%	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	440	206	627	190	187	43%	-16	-8%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	31	0	23	0	-8	-26%	0	N/A
Enf. Transmisibles por vectores	Dengue	23.502	10.184	27.596	5.318	4.094	17%	-4.866	-48%
	Encefalitis de San Luis	84	4	90	0	6	7%	-4	-100%
	Fiebre amarilla humana	52	0	105	0	53	102%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	12	0	21	0	9	75%	0	N/A
	Zika	508	0	505	0	-3	-1%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	52	15	67	23	15	29%	8	53%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	605	18	757	56	152	25%	38	211%
	Psitacosis	104	24	287	78	183	176%	54	225%
ETMI - Enf. del niño	Chagas agudo congénito	347	15	357	16	10	3%	1	7%
	Sífilis Congénita	623	235	224	217	-399	-64%	-18	-8%
	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	635	584	414	335	-221	-35%	-249	-43%
	Sífilis en embarazadas	2.359	2.057	2.679	2.520	320	14%	463	23%
	Hepatitis B en embarazadas	0	14	35	6	35	N/A	-8	-57%
Hepatitis virales	Hepatitis A	32	6	84	39	52	163%	33	550%
	Hepatitis B	633	133	766	160	133	21%	27	20%
	Hepatitis C	576	291	562	324	-14	-2%	33	11%
	Hepatitis E	9	1	7	1	-2	-22%	0	0%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	5.917	4.760	11.492	9.632	5.575	94%	4.872	102%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	86	36	128	105	42	49%	69	192%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	0	0	51	9	51	N/A	9	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 1-12. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-12	2025 Acumulados SE 1-12	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmitidas por alimentos	Diarrea	212.374	184.362	-28.012	-13%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	557	411	-146	-26%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	121	80	-41	-34%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	8.754	5.553	-3.201	-37%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	150.332	96.274	-54.058	-36%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	9.015	7.351	-1.664	-18%
	Neumonía (sin especificar)	12.933	8.550	-4.383	-34%
Lesiones	Siniestros viales - Peatón	0	975	975	N/A
	Siniestros viales - Ciclista	0	653	653	N/A
	Siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	5.644	5.644	N/A
	Siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	0	372	372	N/A
	Siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	0	1.369	1.369	N/A
	Mordedura de perro en la vivienda	2	1.435	1.433	N/A
	Mordedura de perro sin especificar	17	7.282	7.265	N/A
	Mordedura de perro desconocido en la vía pública	1	1.438	1.437	N/A
	Mordedura de perro conocido en la vía pública	3	638	635	N/A
	Electrocución	0	180	180	N/A
	Atragantamiento	0	215	215	N/A
	Caídas y golpes	0	14.063	14.063	N/A
	Cortes y quemaduras	0	5.988	5.988	N/A
	En el hogar sin especificar	0	7.921	7.921	N/A
	Ahogamiento por inmersión	0	168	168	N/A
	Otras en el hogar	0	5.694	5.694	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 1-12. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-12		2025 Acumulados SE 1-12		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	890	59	654	40	-236	-27%	-19	-32%
	Infección por Mycoplasma genitalium	153	3	177	5	24	16%	2	67%
	Infección por Mycoplasma hominis	629	51	533	83	-96	-15%	32	63%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	3.704	135	969	72	-2.735	-74%	-63	-47%
	Infección por Trichomonas vaginalis	6.405	606	2.664	396	-3.741	-58%	-210	-35%

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, encefalomielitis postinfecciosa con retraso mental grave y trastornos degenerativos tardíos que no tienen tratamiento o incluso causar la muerte.

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

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

IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional

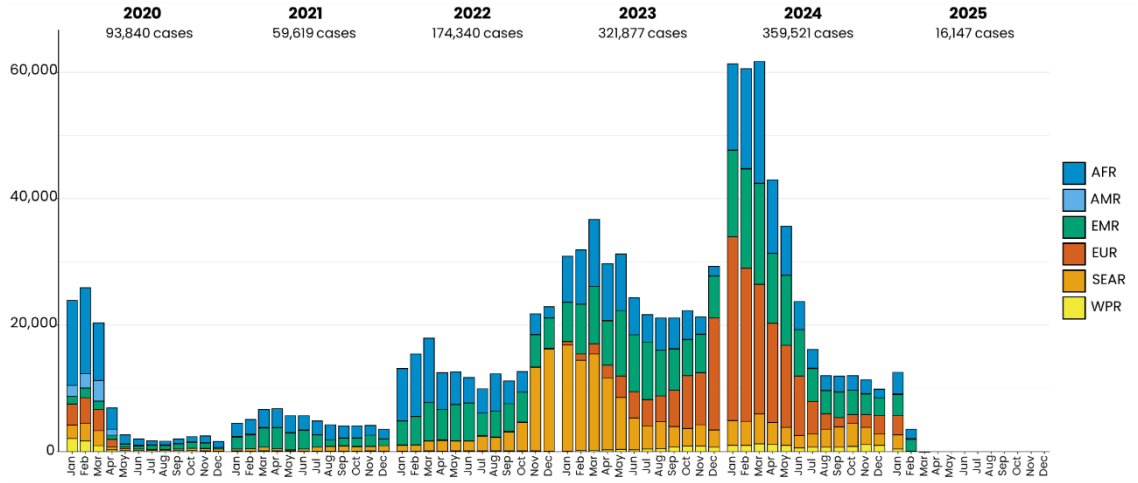
En los años 2023 y 2024 se observa un aumento de casos de sarampión a nivel mundial, respecto al año 2022. En 2025, entre la SE 1 y la SE 11, en la Región de las Américas, 507 casos han sido confirmados, incluyendo dos defunciones[5].

Según el CDC[6], hasta el 20 de marzo del 2025, 18 jurisdicciones (Alaska, California, Florida, Georgia, Kansas, Kentucky, el estado de Nueva York, la Ciudad de Nueva York, Maryland, Michigan, Nueva Jersey, Nuevo México, Ohio, Pensilvania, Rhode Island, Texas, Vermont y Washington) notificaron un total de 378 casos de sarampión. En el 2025, se han notificado 3 brotes (definidos como 3 o más casos relacionados) y el 90% de los casos (341 de 378) 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.

[5] https://www.paho.org/es/documentos/evaluacion-riesgo-para-salud-publica-relacionada-con-sarampion-implicaciones-para-region

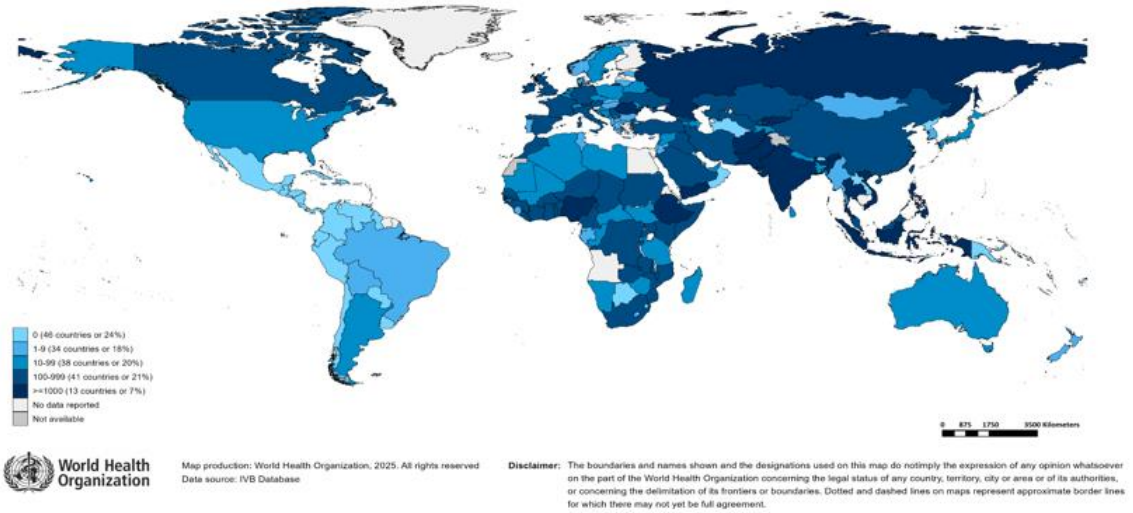
[6] https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html

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



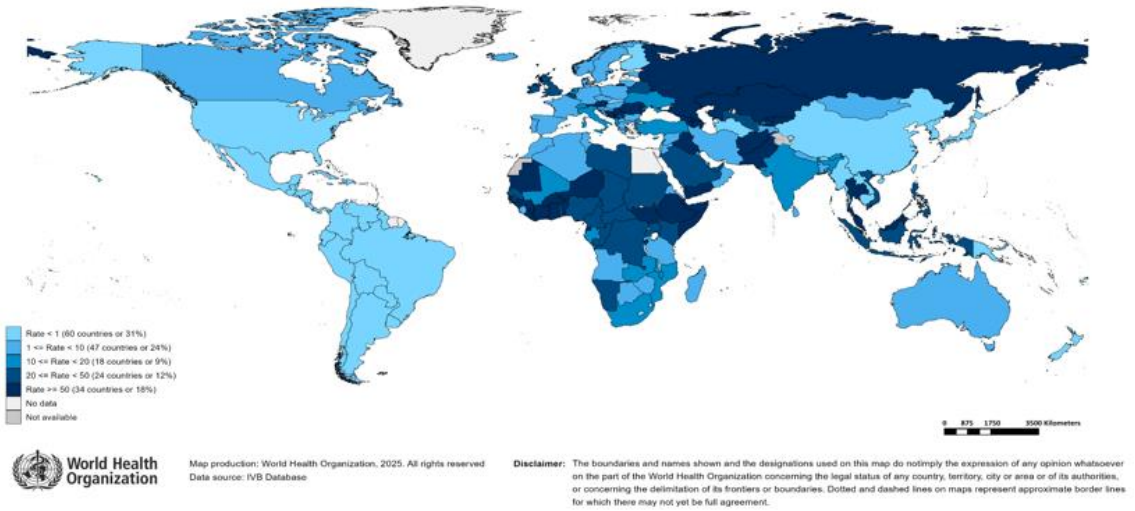
Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Febrero 2025. Disponible en: https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location= (consultado 28/03/2025)

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 28/03/2025)

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 28/03/2025)

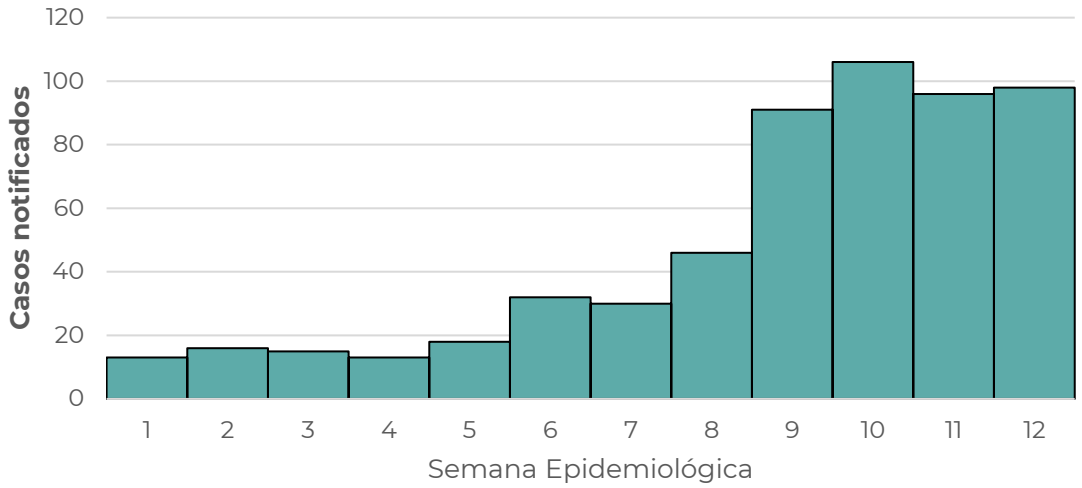
IV.3. Situación actual en Argentina

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 574 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el país. A partir de la semana 6, coincidiendo con la emisión del alerta epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, se evidencia un aumento progresivo en la notificación de casos, alcanzando su punto máximo en la semana 10, seguido de un leve descenso en la semana 11 y un repunte moderado en la semana 12.

A la fecha, han sido confirmados 9 casos de sarampión en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 8 casos en la provincia de Buenos Aires, sumando un total de 17 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.

De los últimos tres casos confirmados, uno de ellos es contacto hospitalario de un caso anterior. Los otros dos continúan bajo investigación epidemiológica para establecer su posible nexo.

Gráfico 1. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE12 de 2025. N= 574



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/rubeola 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. Tasa cada 100 mil habitantes y notificaciones esperadas para el período actual. SE1 a SE12 de 2025[8].

Jurisdicción	Conf.	Notif. totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	8	299	1,6	86	367
CABA	9	146	4,7	14	62
Catamarca		2	0,5	2	9
Chaco		3	0,2	6	25
Chubut		9	1,3	3	13
Córdoba		25	0,6	18	79
Corrientes			0,0	5	23
Entre Ríos		16	1,1	7	29
Formosa			0,0	3	13
Jujuy		3	0,4	4	16
La Pampa		5	1,3	2	7
La Rioja			0,0	2	8
Mendoza		28	1,3	10	42
Misiones			0,0	6	27
Neuquén			0,0	3	14
Río Negro			0,0	4	16
Salta		4	0,3	7	30
San Juan		5	0,6	4	16
San Luis		3	0,6	3	11
Santa Cruz		4	1,0	2	8
Santa Fe		12	0,3	17	73
Sgo. del Estero		2	0,2	5	21
Tierra del Fuego			0,0	1	4
Tucumán		8	0,4	8	36
Total	**17**	**574**	**1,2**	**222**	**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 28 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 86. Por este motivo, las 299 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, Entre Ríos, La Pampa, Mendoza, San Juan y

[8] Los casos notificados corresponden a los reportados hasta la SE12, mientras que la información sobre los casos confirmados refleja la más reciente disponible al momento de la elaboración de este boletín epidemiológico.

Santa Cruz. Las provincias de Catamarca, San Luis y Tucumán, presentan 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 Chaco, Jujuy, Salta, Santa Fe y Santiago del Estero.

Por último, la cuarta situación (rojo): siete jurisdicciones no presentan sospechas de EFE en lo que va del año, sea que debería ser al menos una notificación (Tierra del Fuego) o seis (Misiones). De esta manera, junto con estas dos jurisdicciones, no hay sospecha en Corrientes, Formosa, La Rioja, Neuquén y Río Negro.

IV.3.A. CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN EN ARGENTINA - 2025

En Argentina, durante 2025, se han confirmado un total de 17 casos de sarampión distribuidos entre la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y la Provincia de Buenos Aires (PBA). La mayoría de los casos se concentran en la comuna 14 de CABA y en áreas específicas de PBA.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA):

Se han confirmado 9 casos. La mayoría están vinculados a un caso importado detectado en la comuna 14 en febrero de 2025, con posible transmisión comunitaria en esa zona. Cinco de los casos residen en edificios de propiedad horizontal en la comuna 14. Cuatro se localizan en las comunas 1 y 12.

- La transmisión se ha dado principalmente entre convivientes o contactos laborales en áreas de proximidad al caso importado.
- Cuatro de los casos se consideran de transmisión comunitaria debido a la ausencia de un contacto directo identificable con casos confirmados.

Provincia de Buenos Aires (PBA):

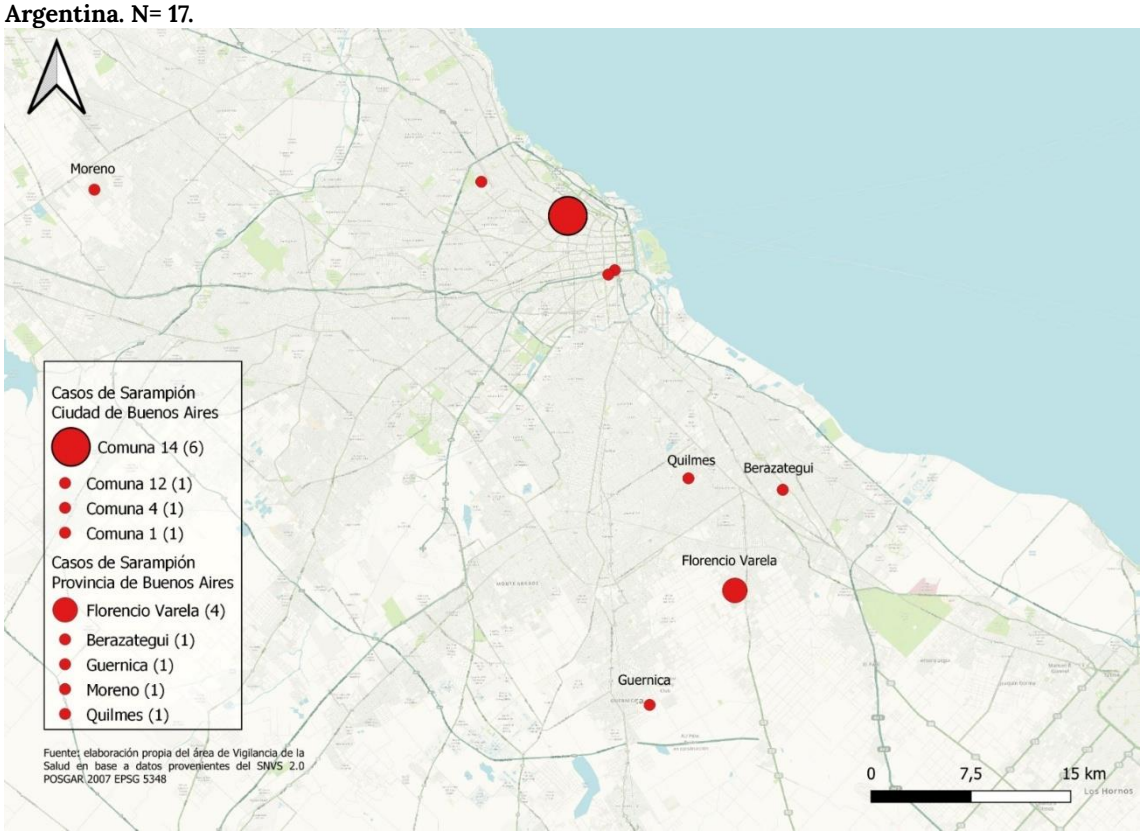
Se han confirmado 8 casos. De estos, seis presentan vínculos epidemiológicos claros con los casos de CABA o entre sí.

- Un caso presenta antecedente de viaje a Tailandia, con genotipificación que descarta relación epidemiológica con el resto de los casos y plantea una nueva cadena de transmisión.
- De los dos nuevos casos confirmados en la última semana, uno corresponde a contactos identificados en la investigación epidemiológica mientras que en el segundo no es posible aún determinar el nexo con las cadenas de transmisión.

El análisis de la situación indica un brote activo con cadenas de transmisión bien definidas y algunos casos comunitarios aún sin nexo establecido. La vigilancia epidemiológica se mantiene en curso para identificar contactos, intentar cortar las cadenas de transmisión y minimizar la dispersión del virus.

En el siguiente mapa puede visualizarse la distribución espacial de los casos confirmados.

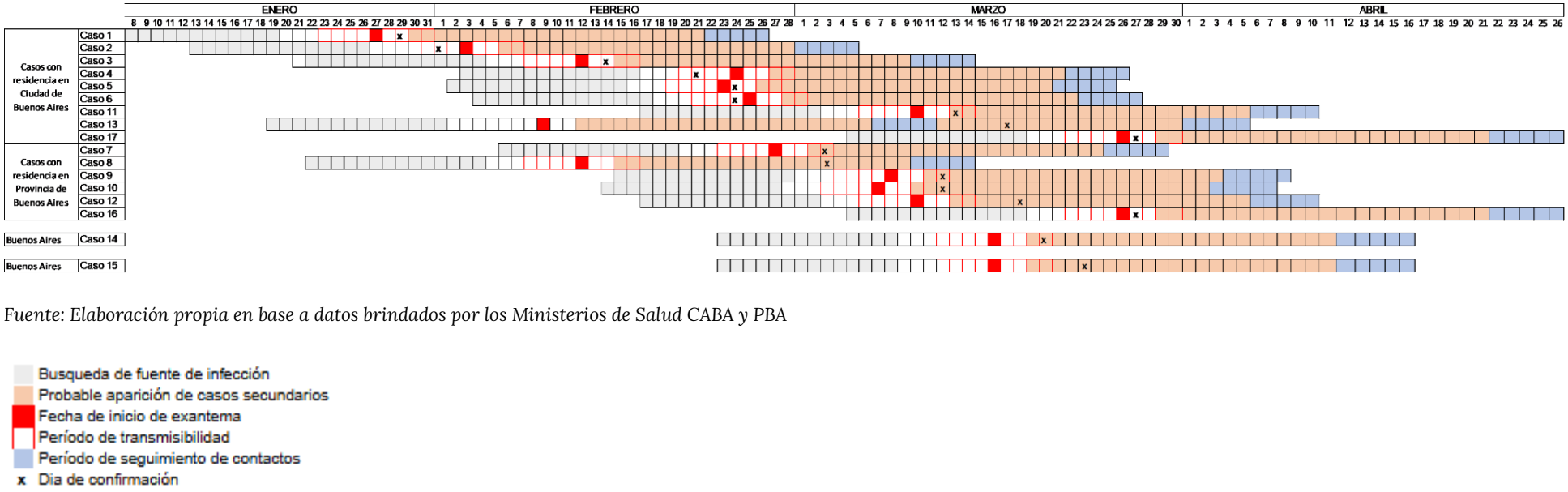
Mapa 1. Distribución espacial de los casos confirmados de Sarampión durante el 2025. AMBA. Argentina. N= 17.



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

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

Figura 1. Líneas temporales de los casos de sarampión.



Fuente: Elaboración propia en base a datos brindados por los Ministerios de Salud CABA y PBA

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 obligatoria[9] .

[9] Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-05/2022-Manual_normas_y_procedimientos_vigilancia_y_control_ENO_22_05_2023_2.pdf

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

Definición y clasificación de caso:

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

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

Ficha de investigación de caso sospechoso de EFE (sarampión/rubéola): https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-10/ficha_de_sarampion_y_rubiola_9102023.pdf

IV.5.B. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

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

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

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

Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:

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

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

Ante el brote activo de sarampión en el AMBA y el riesgo de propagación del virus en la comunidad, se propone la implementación de una campaña de vacunación dirigida a la población objetivo residente en esta región. Consultar en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/02/lt_vacuna_sarampion-2025.pdf

IV.5.C. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Medidas ante casos SOSPECHOSOS y/o CONFIRMADOS:

[10] Para consultas sobre cómo obtener permisos y capacitación para operar en el SNVS 2.0, comunicarse con la autoridad epidemiológica de la jurisdicción o por correo electrónico a epidemologia@msal.gov.ar

- ✓ 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.
- ✓ 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 tenida en cuenta como parte del esquema de vacunación del calendario nacional.
  - Contactos de 12 meses: se deberá asegurar UNA DOSIS de vacuna triple viral.
  - Contactos de 13 meses o más (excepto personas adultas nacidas antes de 1965) se deberán asegurar DOS DOSIS de vacuna con componente anti 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**

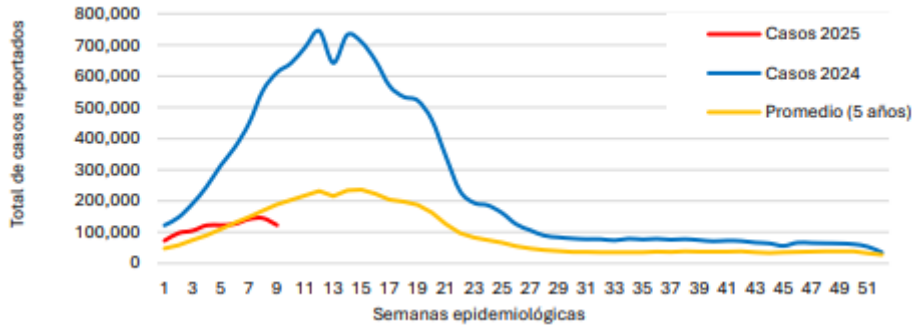
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 09, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud actualizado el 20 de marzo.

A la semana epidemiológica (SE) 9 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 1,054,336 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 104 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 65% en comparación al mismo periodo del 2024 y un incremento de 4% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 9.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 9 en 2025, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



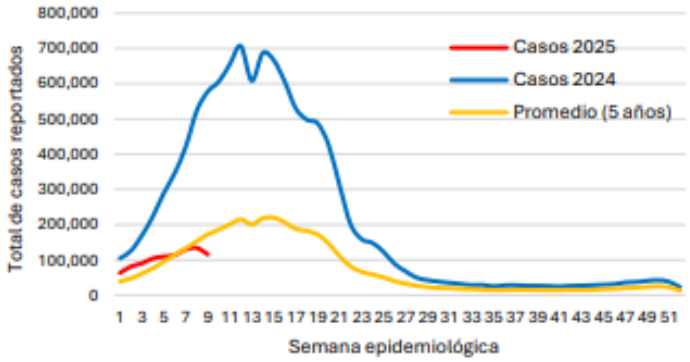
Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De los 1,054,336 casos de dengue reportados en las Américas, 361,817 casos (34%) fueron confirmados por laboratorio y 1,303 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 342 muertes por dengue, para una letalidad del 0.032%. Catorce países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 9. Estos países registran en conjunto 122,341 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 9. Del total de casos registrados en la SE 9, 89 fueron casos de dengue grave (0.1%) y se reportaron 14 muertes para una letalidad de 0.011%.

Doce países han reportado la circulación de serotipos de dengue en las Américas. Brasil, Costa Rica, El Salvador, México y Panamá con circulación simultánea de DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4.Subregión Cono Sur

Se notificaron 115,532 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 9. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 66% en comparación con la misma semana del 2024 y un incremento de 5% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Argentina presentan un incremento de 122% y Paraguay de 27% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

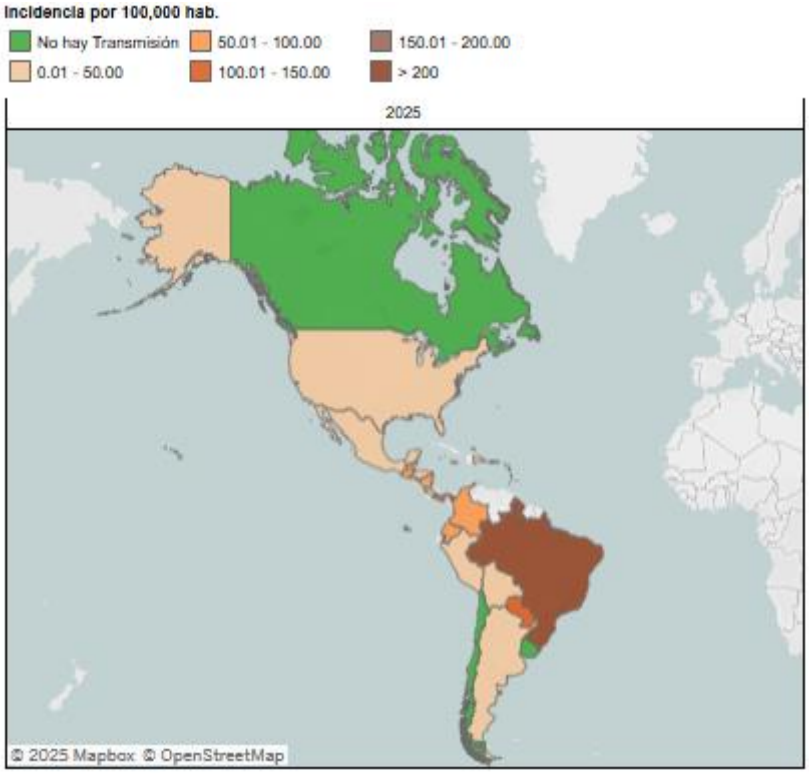
Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 9, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

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

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



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

NOTA METODOLOGICA:

1.Números de casos reportados de fiebre por dengue. Incluye todos los casos de dengue: sospechosos, probables, confirmados, no-grave, grave y muertes.

2. Población: total de habitantes para ese País o Territorio según las proyecciones de Naciones Unidas.

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus

actualizada al 27/03/2025 en países regionales seleccionados[11]. Además, se incluye información de la actualización epidemiológica de Oropouche en la Región de las Américas[12].

Brasil: hasta la SE 12/2025, se han reportado 1.225.894 casos de dengue, con 377 fallecimientos asociados, lo que representa un 71% menos que lo registrado en la misma semana de 2024. Respecto a chikungunya, hasta la misma semana, se notificaron 71.578 casos, un 59% menos que lo registrado durante el mismo período de 2024, con 44 fallecimientos para este evento. En cuanto a zika, hasta la SE 11/2025 se reportaron 3.461 casos, un 81% 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, 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 misma semana se notificaron 2 casos, un 100% menos comparado con el año anterior, sin defunciones por este evento. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que hasta la SE 10/2024 se habían reportado 2 casos.

Perú: hasta la SE 8/2025, se han notificado 15.668 casos de dengue, un 57% menos que el mismo periodo de 2024, con 14 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 9/2025 se registraron 32 casos, un valor 23% mayor con respecto al año anterior. Asimismo, se han registrado 16 casos de zika hasta la misma semana, mientras que a la SE 9/2024 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.

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.

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

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

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.

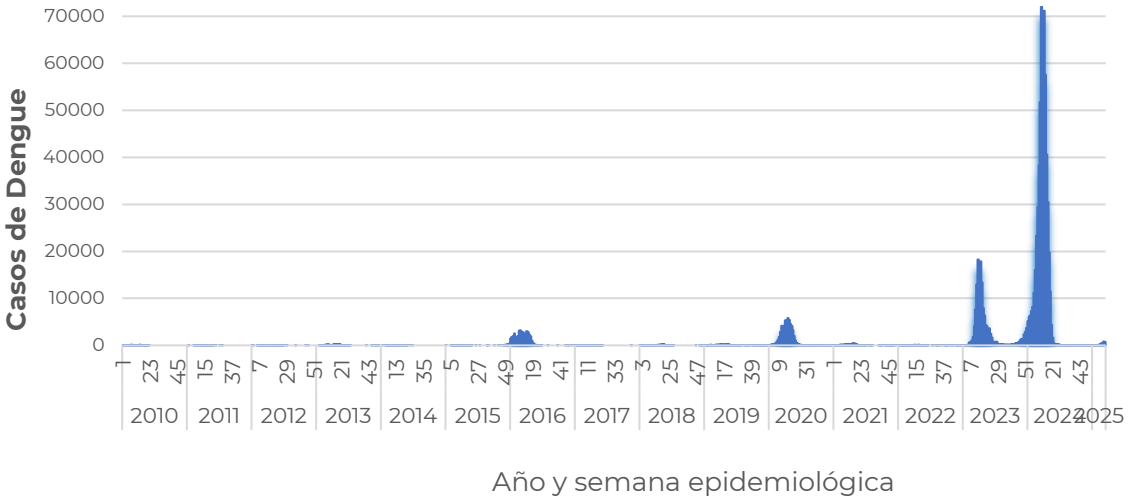
V.2. Situación de dengue en Argentina

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-SE12/2025. Argentina. N=849.899

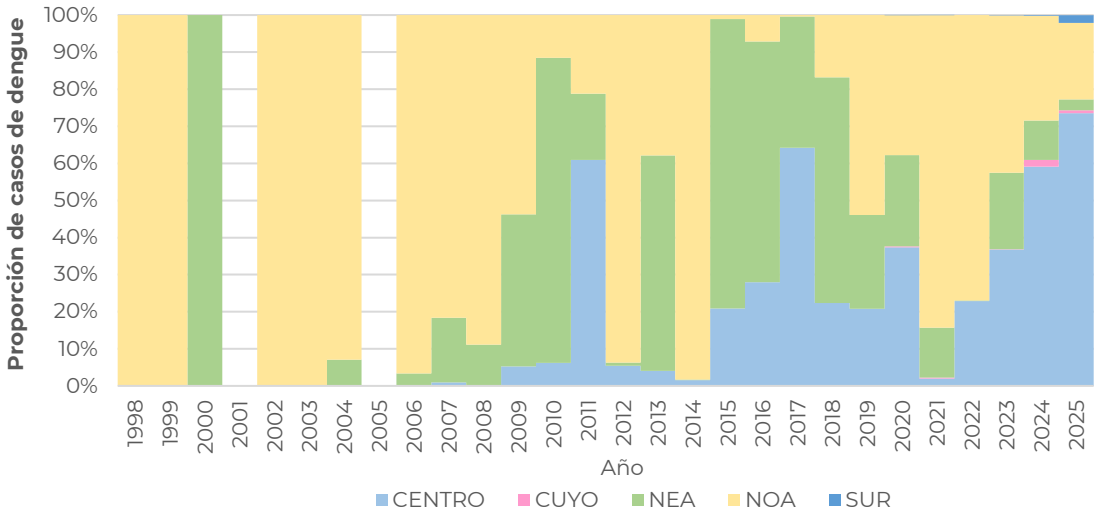


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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.

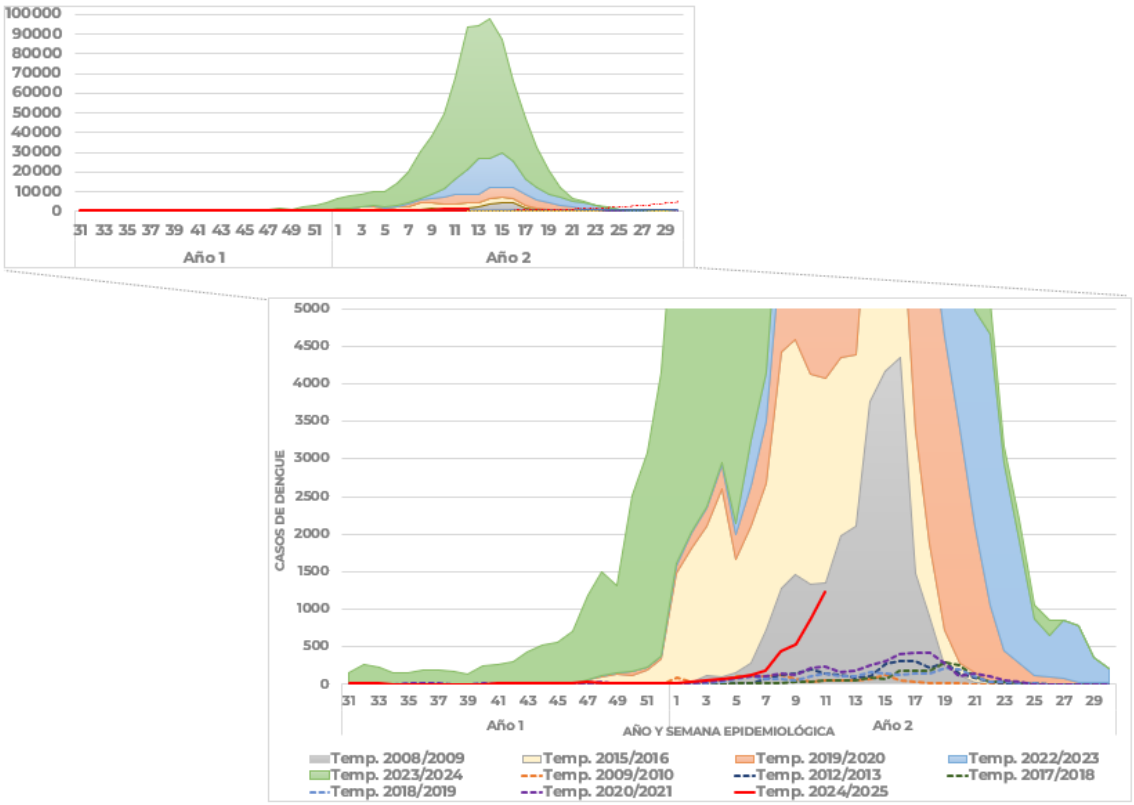
Gráfico 5. Dengue: Distribución regional de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998- 2025.



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 SE11/2025. 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 progresivo, fundamentalmente a partir de la SE8, ubicándose en un escenario intermedio, cercano a la temporada 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 ARBOVIROSIS

Puede descargarse en forma completa desde: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/08/plan_de_preparacion_arbovirus_2782024.pdf o visualizarse en los BEN previos al actual.

V.2.C. TEMPORADA ACTUAL

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE12/2025), se notificaron en Argentina 46.791 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 3643 fueron confirmados por laboratorio. Como se puede observar en la Tabla 1, un total de 3551 casos no registraron antecedentes de viaje (98%). 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 140 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas[13]. Se confirmaron 92 casos con antecedente de viaje a Brasil, Cuba, México,

[13] 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

Venezuela, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Colombia.

Durante la SE12/2025 (según fecha de notificación al SNVS[14]), se notificaron 3907 casos sospechosos[15] de los cuales 730 se confirmaron y 210 fueron clasificados como casos probables donde el 83% 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 11 casos cada 100.000 habitantes[16]. En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada fue la de la región NOA con 16 casos cada 100.000 habitantes, seguida por Centro con 12, NEA con 8, Sur con 3 y Cuyo con 1. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 70% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las Regiones NOA con el 20%, NEA con el 7%, Sur con el 2% y Cuyo con el 1%.

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 24 (SE1) y 1231 (SE11), con un promedio de casos de 391.
- 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.

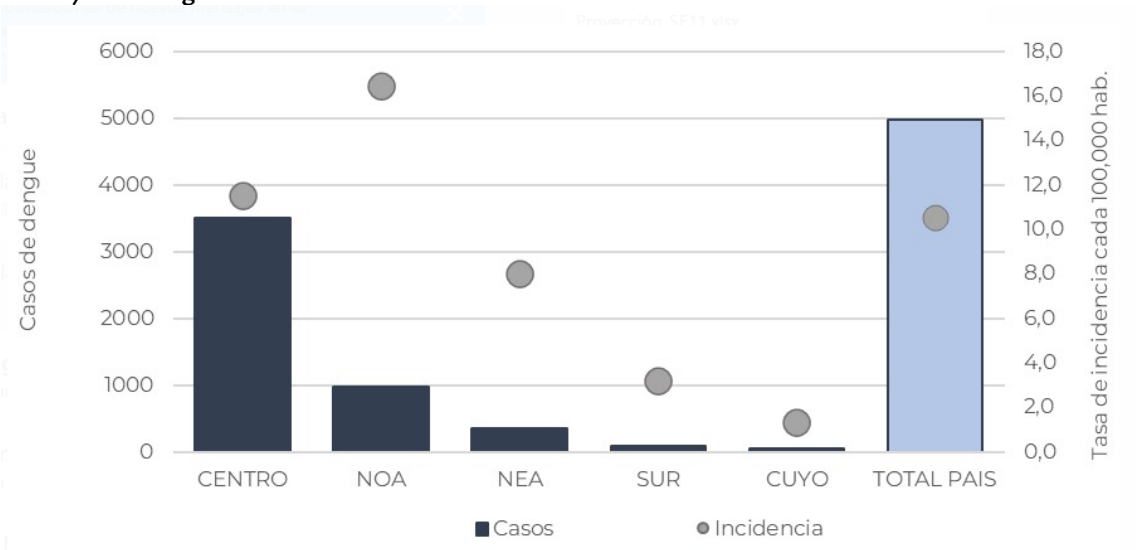
no se recomienda realizar en ellos pruebas para el estudio etiológico, excepto en casos graves y fatales. Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus. Dirección de Epidemiología. Noviembre 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

[14] Fecha de apertura

[15] Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

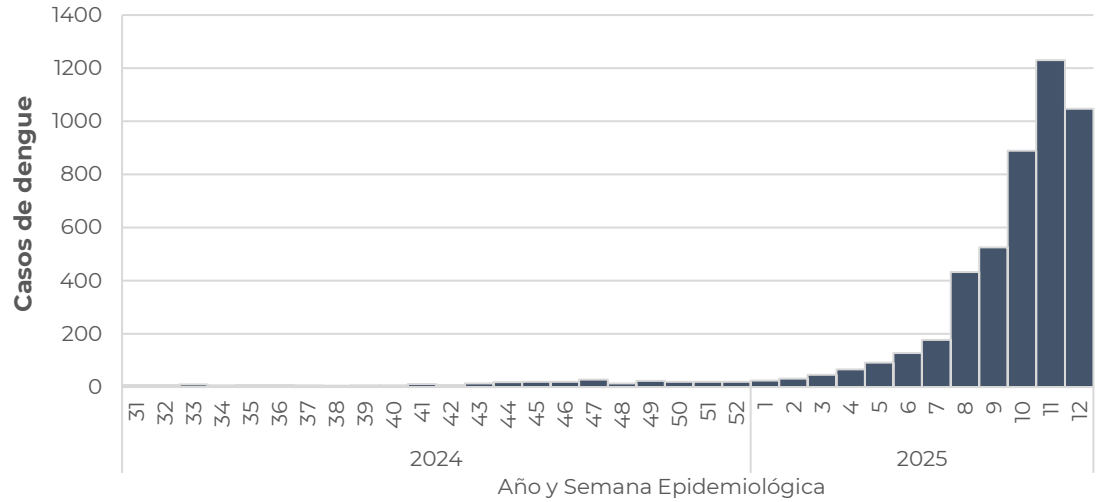
[16] Para el cálculo de la incidencia, se utiliza como referencia la población proyectada para 2024, basada en el Censo de 2010.

Gráfico 7. Dengue: Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab según Región. SE31/2024 a SE12/2025. 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 confirmados[17] por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE12/2025. 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.D. 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.

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

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE12/2025. 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	122	276	9	8	0	131	4156	926	5497
CABA	36	88	11	2	0	47	1765	620	2522
Córdoba	1415	611	7	3	584	2006	5951	530	9101
Entre Ríos	37	40	3	3	6	46	618	33	740
Santa Fe	832	311	26	6	409	1267	2717	867	5168
Total Centro	**2442**	**1326**	**56**	**22**	**999**	**3497**	**15207**	**2976**	**23028**
Mendoza	11	43	3	2	0	14	1573	106	1738
San Juan	0	1	1	1	0	1	303	10	316
San Luis	27	14	4	1	0	31	200	30	276
Total Cuyo	**38**	**58**	**8**	**4**	**0**	**46**	**2076**	**146**	**2330**
Chaco	5	191	1	0	0	6	2091	102	2390
Corrientes	17	29	1	0	0	18	376	82	505
Formosa	321	4	0	0	0	321	4604	6	4935
Misiones	2	16	1	2	0	3	999	3	1023
Total NEA	**345**	**240**	**3**	**2**	**0**	**348**	**8070**	**193**	**8853**
Catamarca	4	8	4	1	1	9	771	4	793
Jujuy	0	0	0	0	0	0	914	6	920
La Rioja	56	37	0	0	0	56	827	17	937
Salta	13	48	4	11	1	18	1784	79	1940
Santiago del Estero	0	33	1	1	0	1	876	275	1186
Tucumán	569	299	0	1	324	893	4414	526	6133
Total NOA	**642**	**425**	**9**	**14**	**326**	**977**	**9586**	**907**	**11909**
Chubut	0	0	3	3	0	3	21	2	29
La Pampa	84	19	10	2	0	94	382	41	538
Neuquén	0	2	1	0	0	1	32	3	38
Río Negro	0	0	0	1	0	0	3	0	4
Santa Cruz	0	0	1	1	0	1	41	4	47
Tierra del Fuego	0	0	1	2	0	1	12	0	15
Total Sur	**84**	**21**	**16**	**9**	**0**	**100**	**491**	**50**	**671**
Total País	**3551**	**2070**	**92**	**51**	**1325**	**4968**	**35430**	**4272**	**46791**

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)[18]. 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.
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, San José y Los Cerritos**.

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 **San Alberto** y **Santa María,** que se encontraban en fase de alerta temprana desde la SE8, durante la SE11 pasaron a fase de respuesta a epidemia. En San Alberto, la localidad con mayor número de casos es **San Pedro**, mientras que, en Santa María, es **Alta gracia**.

Los departamentos de **Capital** (desde la SE4) y **Colón** (desde la SE5**)** continúan en fase de alerta temprana. Las localidades más afectadas son **Córdoba capital y Jesús María** respectivamente.

Durante la SE11, ingresan a fase de alerta temprana los departamentos **Ischilín, Marcos Juárez, San Justo.** Las localidades más afectadas son Dean Funes, General Roca y Las Varillas respectivamente.

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**.

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

El departamento **Caseros**, a expensas de la localidad **Casilda**, registró un aumento progresivo de casos de dengue. Por consiguiente, a partir de la SE10, el departamento ingresó en fase de alerta temprana y, a partir de la SE12, pasó a la fase de respuesta a epidemia El serotipo detectado es **DEN-2**.

Desde la SE10, la localidad Villa Trinidad perteneciente al departamento **San Cristóbal** registra brotes de dengue a expensas del serotipo **DEN-2.**

Tucumán: desde la SE50 se registran conglomerados de casos de dengue en las localidades Aguilares y Los Sarmientos, pertenecientes al departamento **Río Chico** cuyo serotipo detectado es **DEN-1.** En la SE7, Río Chico ingresó en la fase de alerta temprana pasando en la SE9 a la fase de respuesta a epidemia. 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 brotes de dengue a expensas del serotipo **DEN-1.** Cabe destacar que en Aguayo se encuentra el primer registro de la presencia del vector.

San Luis: Desde la SE9, la localidad Tilisarao perteneciente al departamento Chacabuco registra conglomerados de casos de dengue. El serotipo detectado es **DEN-1.** Otros departamentos con registro de casos son: **General Pedernera y Ayacucho.**

Buenos Aires: Se han identificado brotes de dengue por los serotipos DEN-1 y DEN-2 en al menos 7 localidades de municipios: Lanús (DEN-1), Ituzaingó (DEN-1), General San Martín (DEN-1), Tres de Febrero (DEN-1), La Plata, Vicente López DEN-2) y en La Matanza (DEN-2). Por el momento todos los brotes son de escasa magnitud[19].

De acuerdo a los indicadores para determinar fases epidemiológicas, Lanús y Vicente López se encuentran en fase de Alerta temprana.

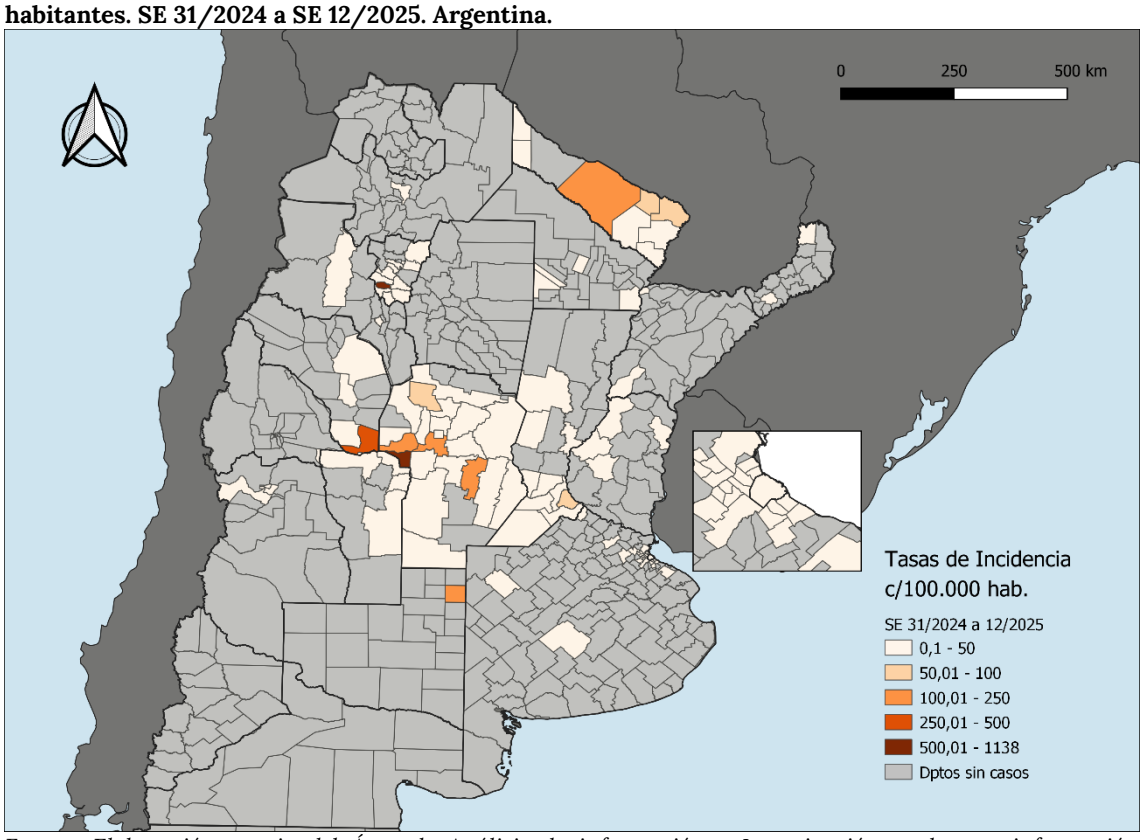
Salta: Desde la SE10, el departamento de Salta Capital ingresó a fase de alerta temprana. El serotipo detectado es **DEN-1.**

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), **Catamarca** (Capital), **Misiones** (L.N. Alem e Iguazú), y **Corrientes** (Capital y Esquina). Los casos de dengue se distribuyen de manera dispersa en diversas localizaciones.

[19] Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Provincial SE 11. Boletínes Epidemiológicos | Provincia de Buenos Aires

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.

Mapa 2. Dengue: Incidencia acumulada por departamento con casos de dengue cada 100.000 habitantes. SE 31/2024 a SE 12/2025. 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).

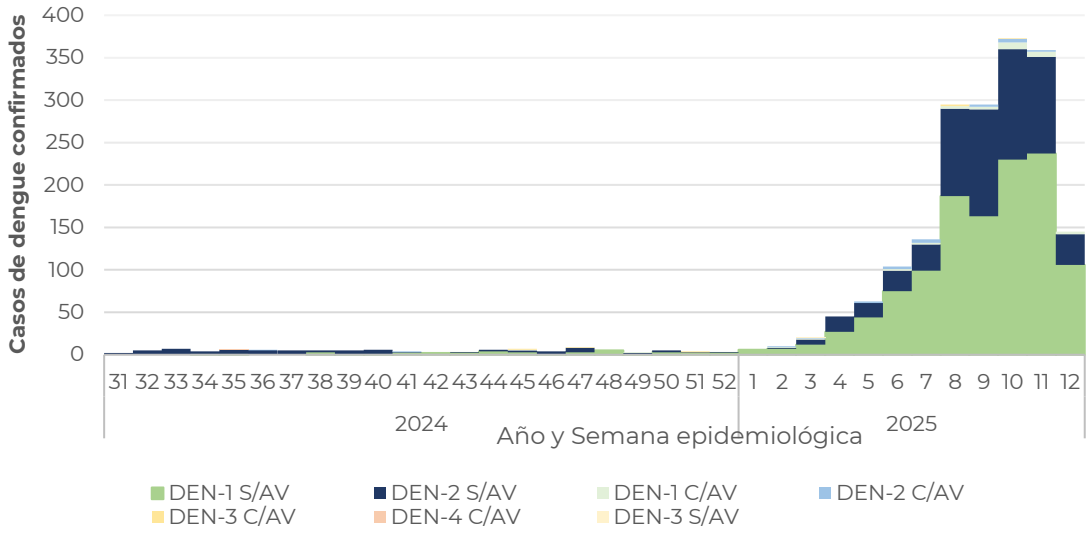
V.2.E. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (64,3 %). Los casos a DEN-2 alcanzan un 35,2%, 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.

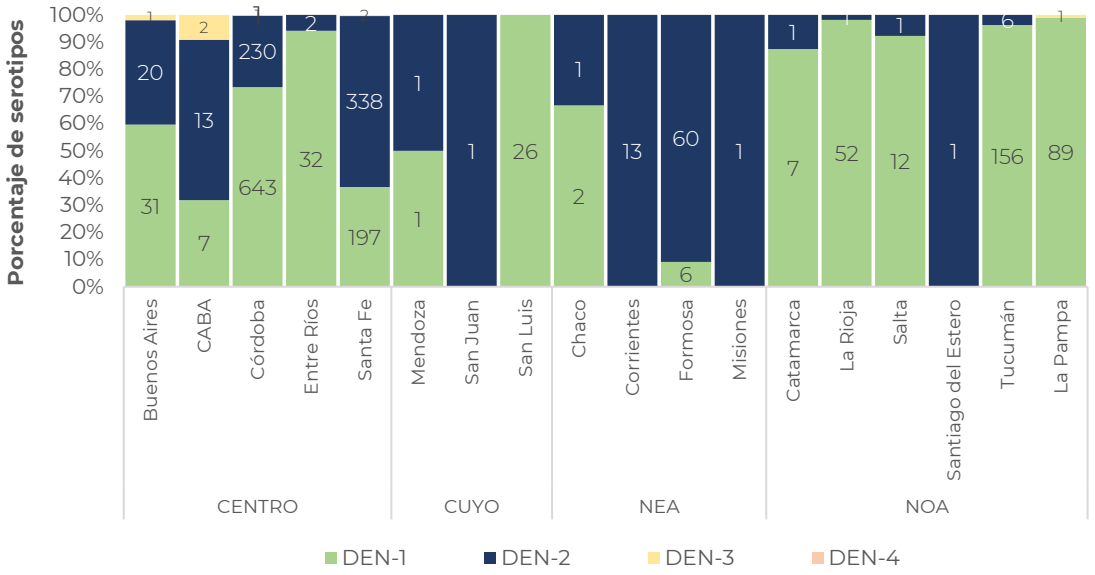
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país (México, Venezuela, Brasil, Tailandia y Cuba).

Gráfico 8. Dengue: identificación de serotipo y antecedente de viaje según semana epidemiológica. SE31/2024 a SE12/2025. 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=1959) según provincia. SE31/2024 a SE12/2025. 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. ITUACIÓN 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 227 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de los cuales, 38 casos ha sido confirmados, 2 casos probables, 169 cuentan con laboratorio

negativo y 18 no cuentan con laboratorio.

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

En Santa Fe se registraron 18 casos confirmados en la Ciudad de Rosario. En 9 de ellos, se detectó el serotipo DEN-2.

En la provincia de Córdoba se han registrado 14 casos confirmados, 7 con residencia en el departamento San Javier (DEN-1), 2 pertenecientes al departamento Colón (DEN-2), y 2 correspondiente a Capital (DEN-1), un caso en Santa María (DEN-2), un caso correspondiente a San Alberto y un 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 Corrientes (departamento Esquina; DEN-2), un caso en CABA (Comuna 14; DEN-1) y tres en la Provincia de Buenos Aires. De estos últimos, uno se detectó en La Matanza (DEN-1), otro Vicente López (DEN-2) y el último en Almirante Brown (DEN-1).

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

V.2.G. VIGILANCIA DE GRAVEDAD Y MORTALIDAD POR DENGUE

A partir de abril de 2024, desde la Dirección de Epidemiología en conjunto con distintas direcciones intra ministeriales y consultores externos[20], implementó el "*Comité de vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue*" que tiene como función asesorar a los comités jurisdiccionales y colaborar en la evaluación exhaustiva de la mortalidad por dengue y sus determinantes. La investigación retrospectiva de los decesos por dengue brinda información clave del funcionamiento de la red de atención a partir de la evaluación exhaustiva de aspectos como el manejo clínico en los distintos niveles de atención, tiempos de respuesta, accesibilidad al sistema de salud, etc. Por ende, se recomienda el desarrollo de **comités jurisdiccionales** que trabajen en red con el comité nacional. La definición de caso de muerte por dengue y la guía operativa para el análisis de la gravedad y mortalidad se encuentra en "*Circular de vigilancia epidemiológica: vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue*"[21] y la "*Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus*"[22]

Durante la temporada 2024-2025:

- Se notificó el primer caso de dengue grave durante la SE6 en la provincia de La Rioja,

[20] Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Dirección de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Dirección de Salud Perinatal y Niñez, Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud comunitaria, Dirección de Adolescencias y Juventudes y el Centro Nacional de Referencia de Dengue y Otros Arbovirus del INEVHANLIS
21 Disponible en: circular_de_vigilancia_dengue_mortalidad_-_junio_2024.pdf
22 Disponible en: guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf

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.
- Se registró durante la SE12, el primer caso grave en Rosario, Provincia de Santa Fe. Se trata de un adulto joven de 30 años, sin comorbilidades referidas, que consulta 6 días luego del inicio de síntomas (fiebre, mialgia cefalea y diarrea) por taquipnea y hemoptisis, por lo que ingreso a cuidados intensivos con requerimiento de oxígeno suplementario (cánula de alto flujo), con buena evolución, actualmente de alta médica.
- Durante la SE 12, en la localidad de General Pico, La Pampa se notificó un caso confirmado de dengue en un paciente con comorbilidad grave preexistente: obesidad mórbida con insuficiencia cardíaca dilatada severa, con insuficiencia aórtica y mitral severa, quien, aunque no manifestó criterios de dengue grave, presentó descompensación de su patología cardiovascular, desarrollando un shock cardiogénico que resultó en su fallecimiento. Tras el análisis interdisciplinario del caso, el equipo jurisdiccional concluyó que la causa del deceso no se encuentra vinculada directamente a la infección por dengue, sino a la progresión de su enfermedad de base.

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 SE12/2025).

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 **2138** 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 SE12/2025. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	139	0	45	0	100	3	30	0	7
CABA	0	5	0	2	0	1	0	1	0	3
Córdoba	0	157	0	50	0	107	4	252	0	0
Entre Ríos	0	59	0	1	0	16	4	34	0	1
Santa Fe	0	1283	0	77	0	62	0	10	0	18
Total Centro	**0**	**1643**	**0**	**175**	**0**	**286**	**11**	**327**	**0**	**29**
Mendoza	0	303	0	80	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**	**304**	**0**	**83**	**0**	**65**	**0**	**12**	**0**	**1**
Chaco	17	773	0	388	0	24	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	49	0	25	0	29	0	0	0	19
Total NEA	**17**	**870**	**0**	**428**	**0**	**140**	**0**	**3**	**0**	**20**
Catamarca	0	16	0	13	0	1	0	0	0	13
Jujuy	0	37	0	18	0	1	0	2	0	0
La Rioja	0	84	0	82	0	5	0	1	0	61
Salta	0	405	0	231	0	151	0	0	0	1
Santiago del Estero	0	36	0	19	0	6	0	3	0	4
Tucumán	0	10	0	11	0	100	0	0	0	1
Total NOA	**0**	**588**	**0**	**374**	**0**	**264**	**0**	**6**	**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**	**3405**	**0**	**1060**	**0**	**762**	**11**	**348**	**0**	**130**

***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 de Fiebre 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.

Entre Ríos notificó 5 casos probables de Fiebre Chikungunya en la localidad Federal con IgM positivas. Las muestras fueron enviadas al Laboratorio Nacional de Referencia-Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio Maiztegui” para corroborar dicho diagnóstico.

Se han detectado dos casos confirmados en Córdoba y Tucumán, ambos con antecedente de viaje a Brasil.

V.3.A. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE AMARILLA EN ARGENTINA

En los últimos meses del 2024 y el comienzo del 2025 hubo un aumento de casos humanos por fiebre amarilla en los países de la Región de las Américas por lo cual el 3 de febrero la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emite un Alerta Epidemiológica[23]. La evaluación rápida de riesgo determinó un alto riesgo de propagación, con un nivel de certeza igualmente alto. El registro de casos humanos y epizootias en primates no humanos en el Estado de São Paulo (Brasil) proyecta una posible propagación hacia el sur de Brasil, Paraguay y las provincias argentinas de Corrientes y Misiones.

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

Desde la SE 31/2024 a la SE12/2025 se han estudiado 130 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 Ovitrampas (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

[23] 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-americas-3-febrero-2025

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

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

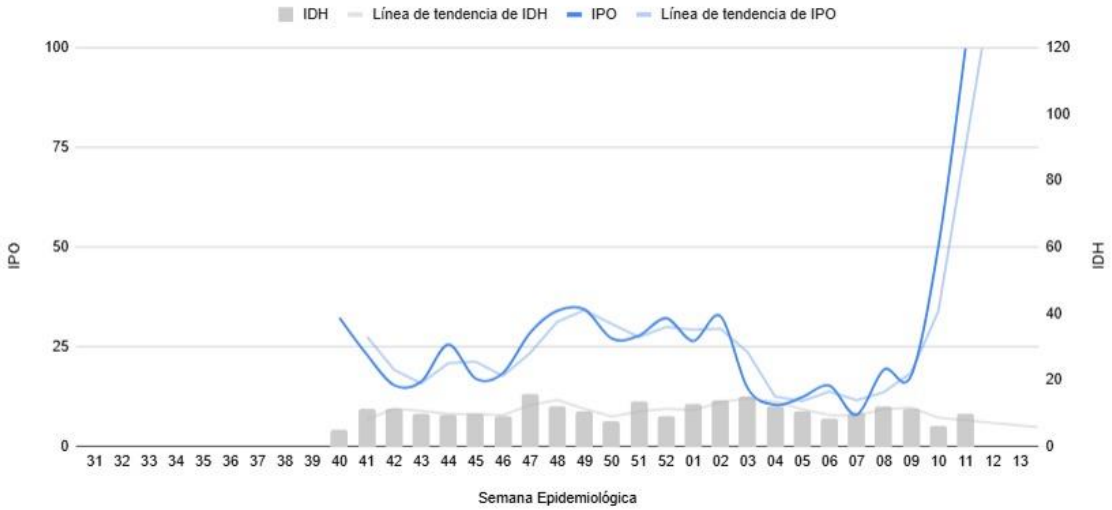
Desde la semana epidemiológica (SE) 37 de 2024 hasta la SE 10 de 2025, los datos sistematizados en el Tablero Nacional muestran un aumento gradual en la positividad de los sensores de oviposición (IPO) hasta la SE48. A partir de entonces, el IPO se mantuvo, con ciertas fluctuaciones por debajo del 25% hasta la SE 08 donde volvió a superar este valor. Durante las últimas semanas, se observa picos aislados seguidos de semanas con valores descendentes (Gráfico 1). Hasta el momento, las temperaturas registradas en todas las regiones del país se encuentran dentro del rango que permite la reproducción y la actividad del mosquito *Aedes aegypti*, por lo que no se espera aún un descenso en los registros de abundancia. 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 12 (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. A partir de la SE10 se observa un aumento marcado del IPO, situando a la región en un escenario de riesgo entomológico moderado durante la SE10 y alto durante la SE11 (Gráfico 2). Si bien durante el último período se observan valores del 100% de sensores positivos, es importante remarcar que se trata de datos de una jurisdicción, debido a la demora en la carga de datos retrospectiva.

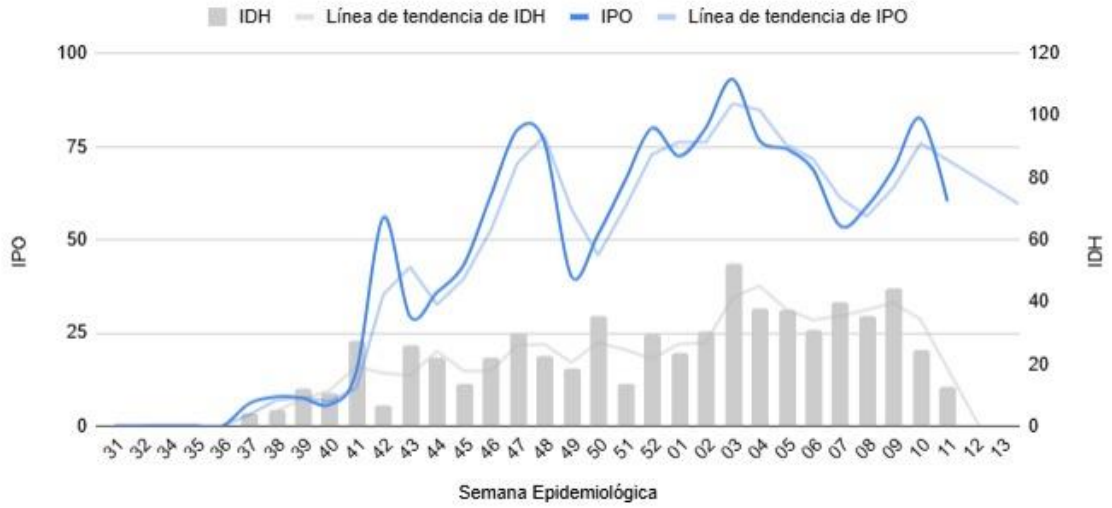
Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 11 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En el caso de la región **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. Durante la SE11, el IPO se mantiene en el 60%, correspondiente a riesgo entomológico moderado.

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 12 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.

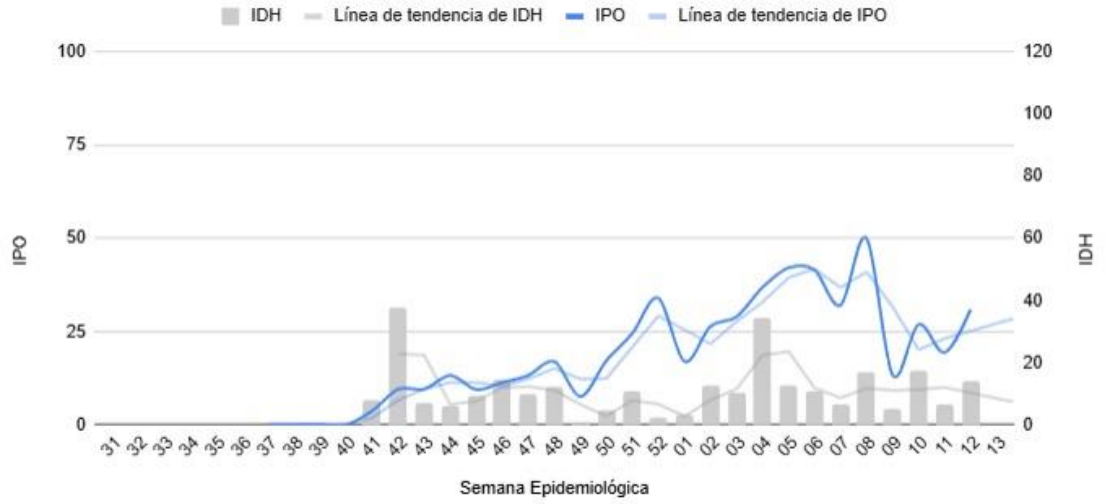


Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

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, con un aumento registrado

en la SE12. La región se encuentra actualmente en una situación de riesgo entomológico bajo (Gráfico 4).

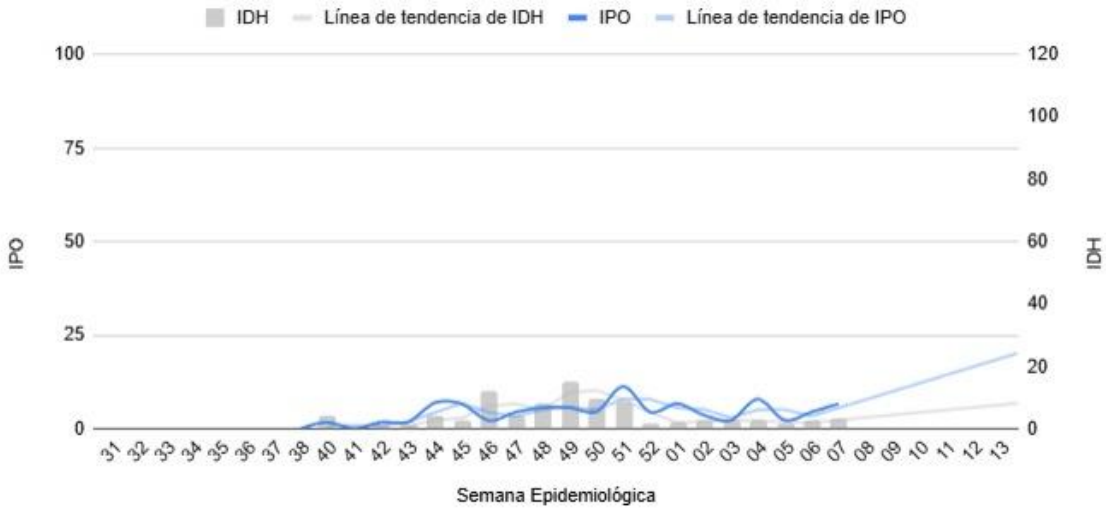
Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 12 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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.

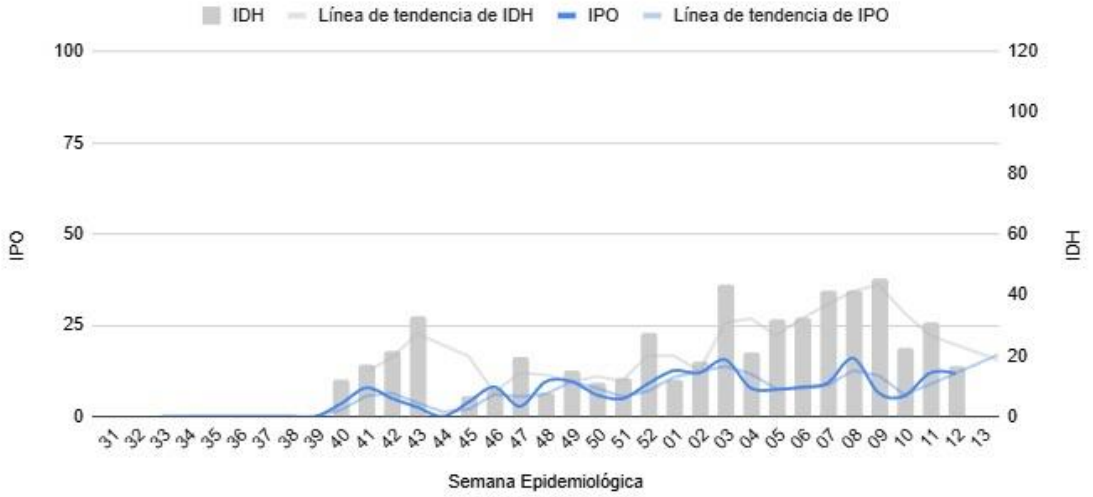
Gráfico 5. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 07(2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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. Desde la SE03 de observa un descenso hasta un nuevo pico en la SE08 y un nuevo descenso durante las SE09 y 10. Durante las últimas 2 semanas, se registraron pocas variaciones en el IPO, manteniéndose la región en un contexto de riesgo entomológico bajo.

Gráfico 6. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barra grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 12 (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)

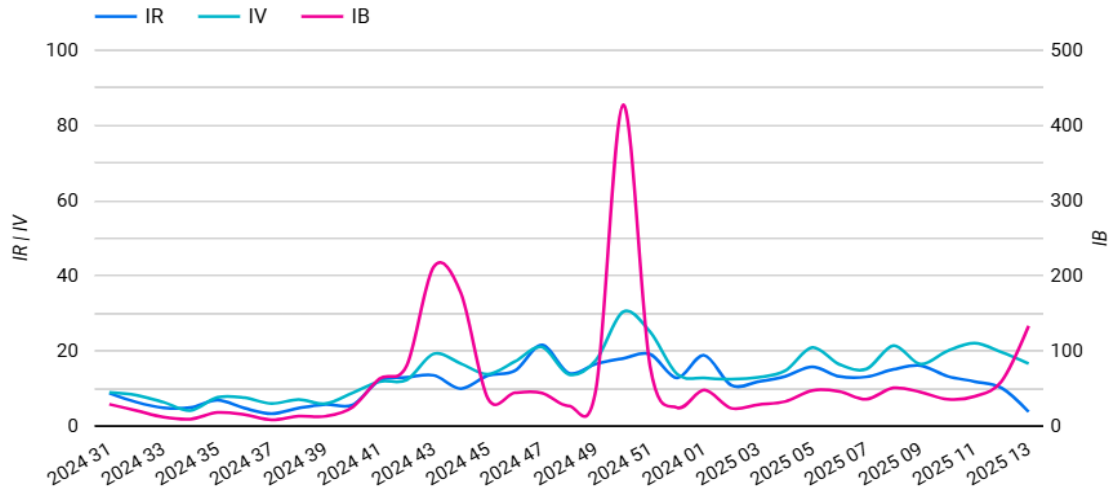
- **Índice de recipiente:** recipientes positivos para Aedes aegypti / total de recipientes * 100

  (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 13 (2025).



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

A nivel nacional, los índices larvarios aédicos 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 las últimas dos semanas, los índices aédicos IV e IR continúan dentro del rango de riesgo entomológico moderado mientras que el IB aumentó y superó el límite de riesgo entomológico alto.

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 aédicos por región SE011 2025. Argentina**

Región	Índice de Vivienda	Índice de Recipiente	Índice de Breteau
NEA	20,94	16,11	54,48
NOA	8,06	5,13	60,09

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

VI.1. Nota Metodológica

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

VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios[24]

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)pmdo9 e influenza A(H3N2) mientras que la actividad del VRS mantiene su tendencia a la disminución. 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 ha disminuido en las últimas semanas. La actividad de VRS y SARS-CoV-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 e influenza. Brasil/Cono Sur presenta un aumento en la detección de influenza. En el caso de SARS-CoV-2 se observa una disminución y VRS 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 como cepa predominante. 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 se mantienen bajos. SARS-CoV-2 muestra un incremento en su detección para casos ETI.

Centroamérica: La vigilancia de ETI mantiene un alto porcentaje de casos positivos atribuibles a influenza con A(H1N1)pdm09 como la cepa predominante. La actividad de VRS presenta un discreto aumento. SARS-CoV-2 luego de mantener una alta detección en ETI e IRAG ha disminuido en las últimas semanas.

Países Andinos: Los casos de ETI e IRAG se mantiene bajos en la mayoría de los países. La actividad de influenza es baja, y con tendencia al ascenso, con circulación tanto de influenza A(H3N2) como de influenza B/Victoria. La circulación del VRS aumenta en las últimas semanas. La positividad de SARS-CoV-2 experimenta un nuevo aumento para esta semana.

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

Brasil y Cono Sur: Los casos de ETI y de IRAG se experimentan un aumento en las últimas semanas. En el caso de ETI se asocia principalmente a SARS-CoV-2, que disminuyen en la última semana y en menor cantidad a influenza, con Influenza B como cepa predominante, seguida de A(H1N1)pdm09 . La circulación de VRS se mantiene baja, pero con tendencia al aumento. Para los casos de IRAG la detección de VRS se mantiene estable y los casos de SARS-CoV-2 disminuyen.

VI.3. Síntesis de la información nacional destacada a la SE12/2025

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

- Entre la semana epidemiológica 1 y 12 de 2025 se notificaron 97.655 casos de ETI, 17.720 casos de Neumonía y 8.830 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando un descenso de las notificaciones de ETI del 38,07%, de neumonías del 12,0% y de bronquiolitis 32,2%, 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 SE11 y 12/2025 se notificaron 12 casos de influenza entre las 125 muestras estudiadas. Para VSR, no se registraron casos positivos entre las 90 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 SE12/2025 se registró 1 caso positivo para SARS COV 2 entre las 83 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE12 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 745 internaciones con diagnóstico de IRAG y 395 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida. En la última semana (SE12) se observa un ligero ascenso en los casos de IRAG registrados.
- 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 202 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 8 casos de SARS-CoV-2, 5 detecciones de influenza y 4 casos de VSR.[25]

[25] 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 12 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 (1005 casos) y tendencia descendente posterior.
- Durante la SE11/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, adenovirus, parainfluenza y VSR.

Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos

- En las primeras semanas del año 2025, las detecciones de influenza y VSR se mantienen en valores bajos. En la SE12/2025, se detectaron 5 casos de influenza y 4 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 SE12/2025 se registraron 27 casos positivos internados con este diagnóstico. En la última semana epidemiológica no se registraron casos fallecidos con este diagnóstico.

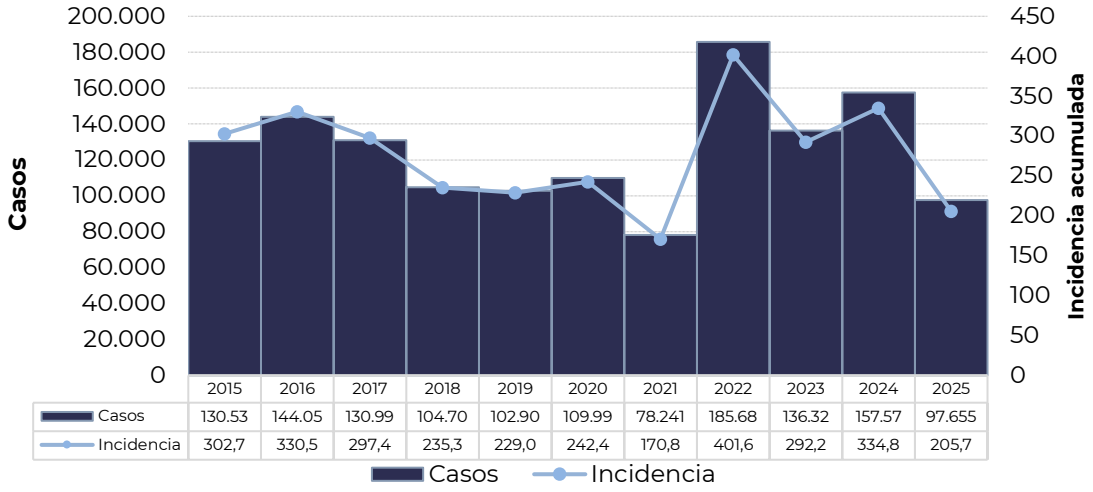
VI.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

Entre las SE 1 y 11 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 97.655 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 205,7 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registró durante 2022 (185.689 casos). mientras que en 2021 se reportó un nivel de casos inferior en comparación con los años previos. En el corriente año se registra un menor número de casos que la mayoría de los años analizados, superando únicamente los valores de 2021.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE11. Argentina.

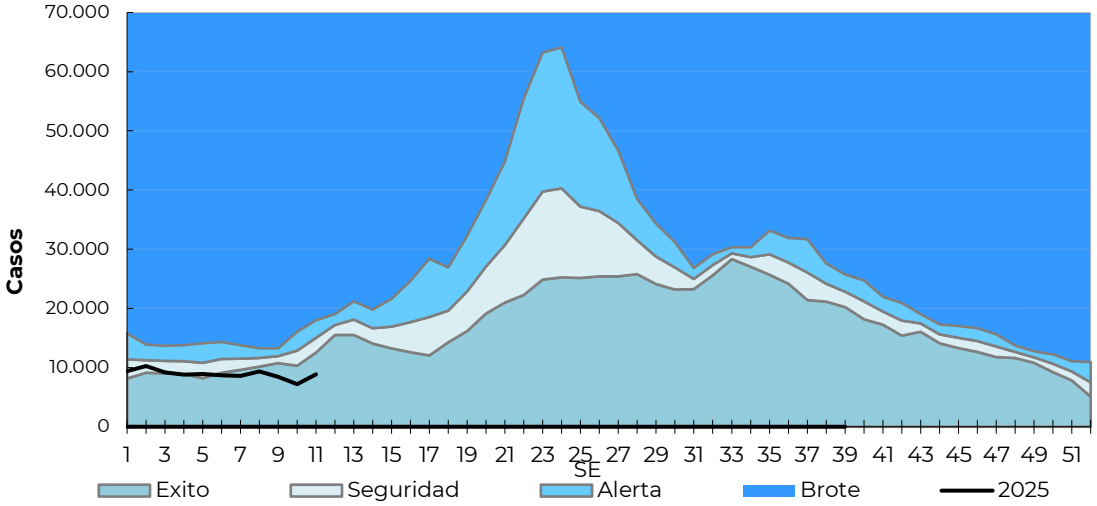


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	130.53	144.05	130.99	104.70	102.90	109.99	78.241	185.68	136.32	157.57	97.655
Incidencia	302,7	330,5	297,4	235,3	229,0	242,4	170,8	401,6	292,2	334,8	205,7

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

Las notificaciones de ETI registradas en el SNVS correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, oscilan en las SE1 a 5 de 2025 entre los niveles de seguridad y éxito, con un descenso posterior, permaneciendo en niveles esperados en las últimas SE.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 11 de 2025[26]. Argentina.



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

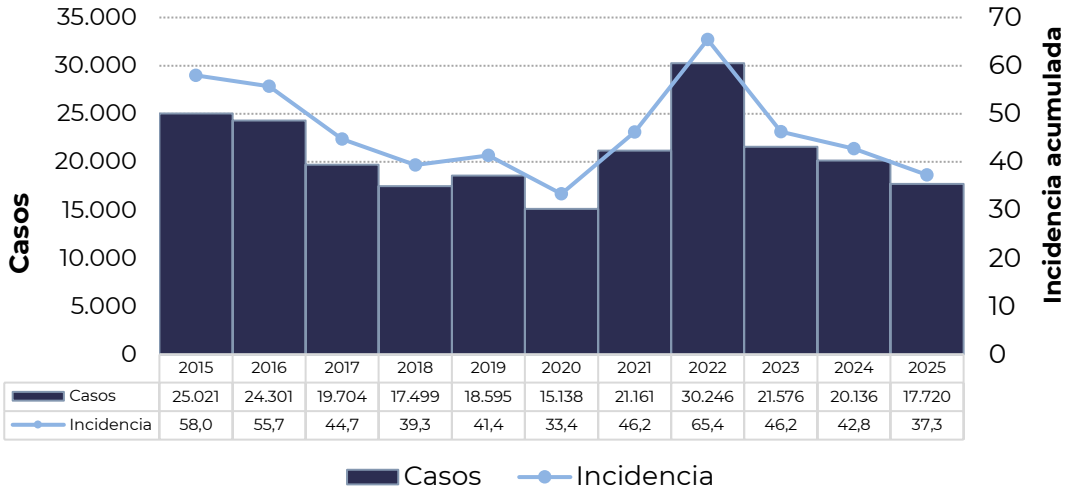
VI.4.B. NEUMONÍA

Hasta la SE11 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 17.720 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 37,3 casos/ 100.000 habitantes.

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

Entre 2015 y 2025, las notificaciones de neumonía mostraron el mayor número de casos en 2022. Las notificaciones presentan una disminución sostenida entre 2016 y 2018, con un ligero ascenso en 2019 respecto del año anterior. En 2020 se registró un nuevo descenso de casos, volviendo a incrementarse durante los años 2021-2022, y mostrando una ligera disminución en 2023-2024. Para la SE11/2025, se verifica un menor número de registros en relación a años previos, superando únicamente los valores de 2018 y 2020.

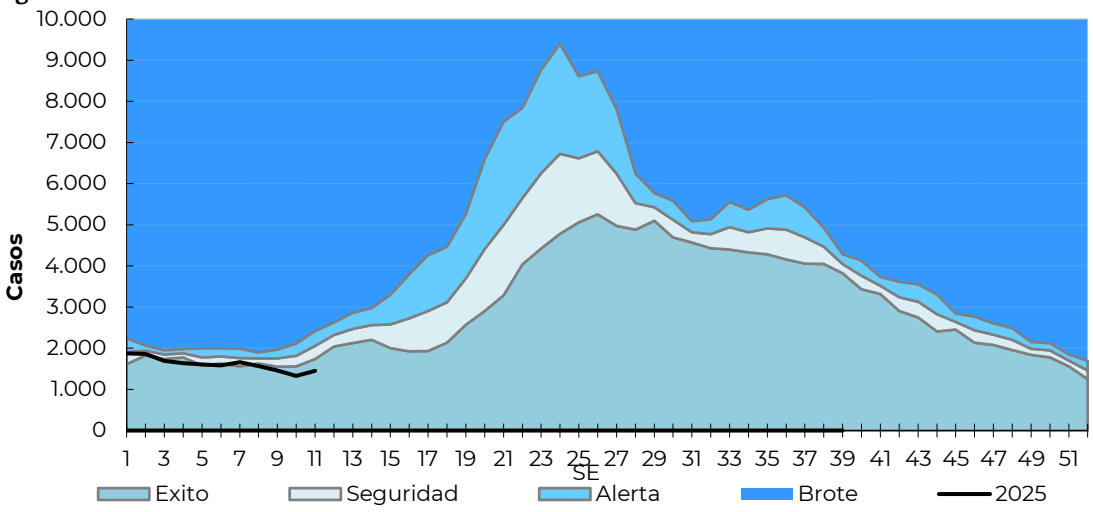
Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE11. Argentina.



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 SNVS2.0.

Las notificaciones de neumonía en 2025 a nivel país se ubican, respecto al comportamiento en años históricos, oscilan entre niveles de éxito y seguridad entre las SE1 y 7, permaneciendo posteriormente en niveles esperados.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 11 de 2025[27]. 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 SNVS2.0.

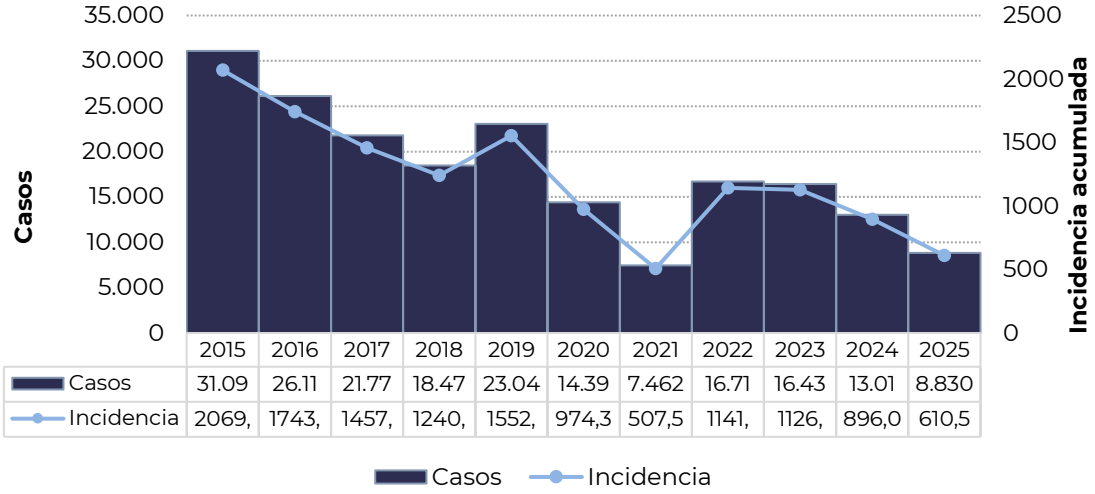
[27] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

VI.4.C. BRONQUIOLITIS

Para las primeras 11 semanas epidemiológicas de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 8.830 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 610,5 casos/100.000 habitantes.

En relación a los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 11 alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso a partir de 2016. En 2019, presentaron un ligero incremento, con un nuevo descenso en 2020 y 2021, cuando se registró el menor número de notificaciones. Para los años 2022 a 2024 se verifica un aumento en las notificaciones de bronquiolitis, mientras que en las primeras semanas de 2025 las notificaciones fueron menores en comparación con la mayoría de los años históricos, salvo para 2021.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE11. Argentina.

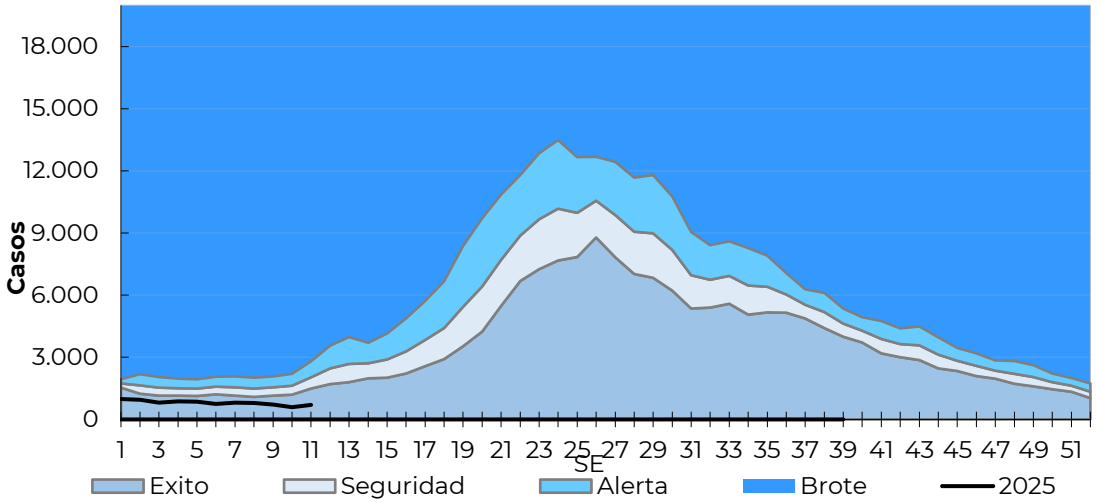


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	31.09	26.11	21.77	18.47	23.04	14.39	7.462	16.71	16.43	13.01	8.830
Incidencia	2069,	1743,	1457,	1240,	1552,	974,3	507,5	1141,	1126,	896,0	610,5

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

Para las 11 primeras semanas del año 2025, las notificaciones de bronquiolitis por semana se encontraron dentro de los límites esperados.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 11 de 2025[28]. 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 SNVS2.0

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

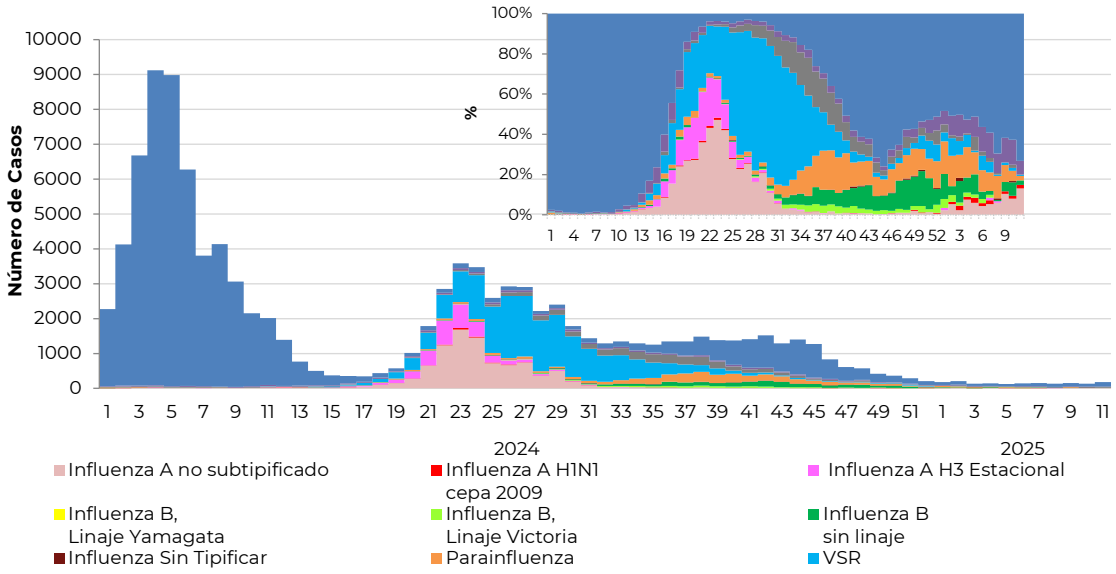
En lo que va de 2025, si bien se registran casos de influenza, VSR y SARS-CoV-2 todas las semanas, las detecciones se encuentran en niveles bajos.

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

Durante la SE11/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, adenovirus, parainfluenza y VSR.

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

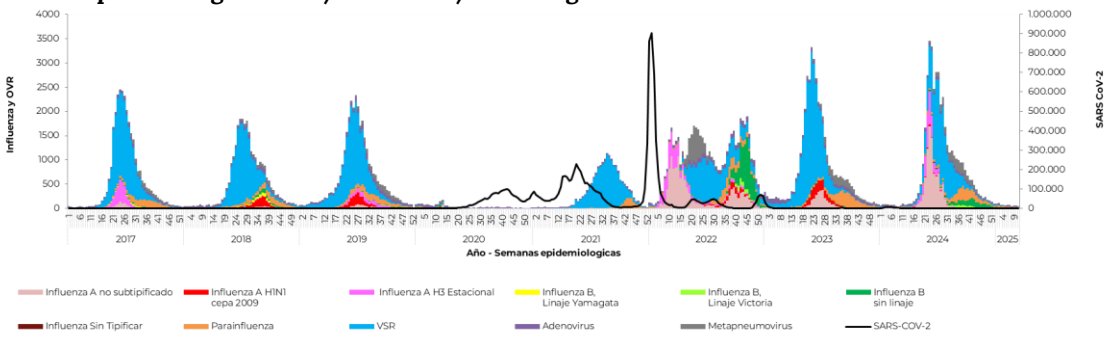
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE11/2025. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

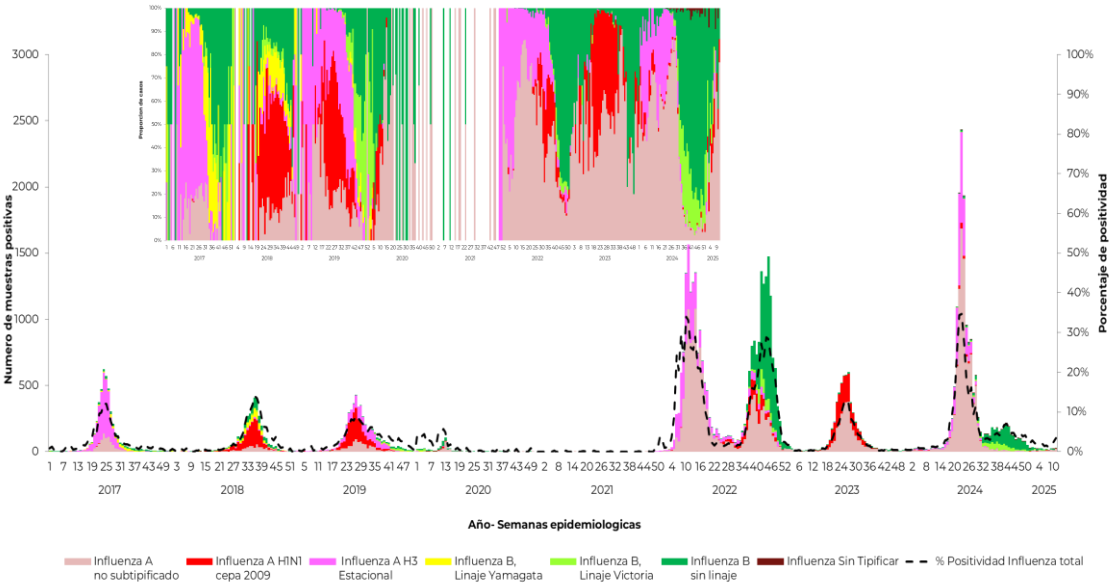
La curva histórica de casos positivos de virus respiratorios por semana muestra un marcado descenso para el año 2020 en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios. Durante el año 2022 se ha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

Gráfico 8. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE11/2025. Argentina.



Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

Gráfico 9. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE11/2025. Argentina.



Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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

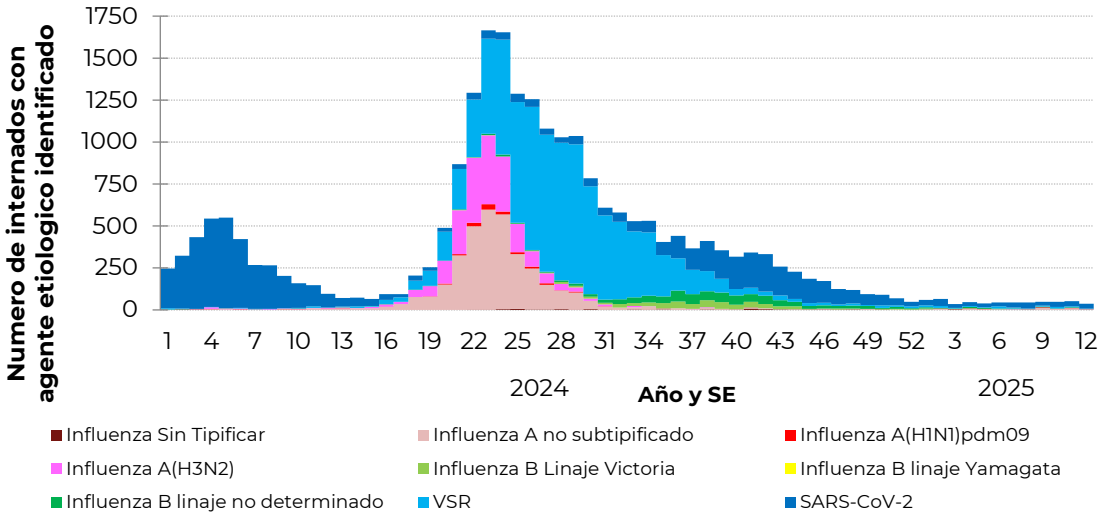
Entre SE01 y SE12 de 2025, se notificaron 345 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 90,2% menos casos**.** Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y valores estables en lo que va de 2025. Para la SE12/2025 se registraron 27 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, las detecciones de **influenza** permanecen en niveles bajos, con un total de 138 casos en lo que va de 2025. Esto representa un ascenso del 42,3% respecto de las notificaciones registradas para el mismo período de 2024. Durante 2024, a partir de la SE16, las detecciones mostraron un aumento, alcanzando su pico en la SE23. El 78% de los casos anuales se concentraron entre las SE18 y SE30, con predominio de Influenza A/H3N2. Desde la SE31/2024 se registra un menor número de casos, con predomino de influenza B desde la SE32 en adelante.

Entre los 138 casos de influenza notificados durante 2025, se registraron detecciones tanto de influenza A (n=85) como B (n=51). De los casos de influenza A, 16 cuentan con subtipificación, correspondiendo 12 a influenza A (H1N1) pdm09 y 4 a influenza A (H3N2). En relación a influenza B, 6 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. 2 casos de influenza permanecen a la fecha sin tipificar. En la SE12/2025, se notificaron 5 casos de influenza en personas hospitalizadas.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 81 casos hospitalizados positivos para VSR**.** Durante 2024, a partir de la SE16 se registra tendencia ascendente de las detecciones semanales de VSR, que alcanza su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En la última semana analizada (SE12/2025), se registran 4 casos de VSR en hospitalizados.

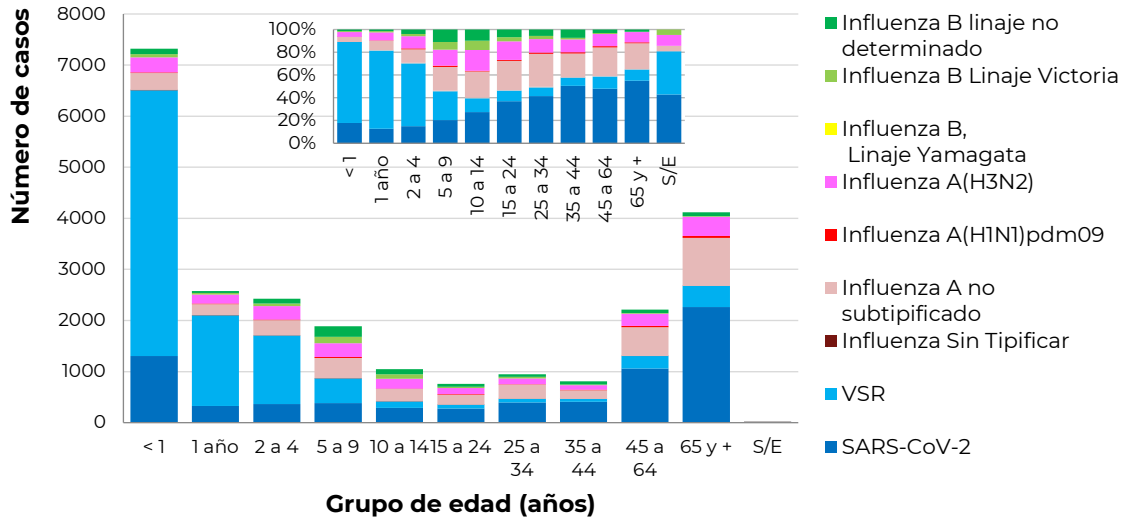
Gráfico 10. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2023 a SE12/2025. Argentina.



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

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2024 hasta SE12/2025, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en personas de 65 años y más, de 5 a 9 años y en el grupo de 45 a 64 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, menores de 1 año y personas de 45 a 64 años.

Gráfico 11. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2024 a SE12/2025.



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 SNVS2.0.

A la fecha de elaboración de este informe, entre las SE 01-52 del año 2024, se notificaron al SNVS 189 casos fallecidos con diagnóstico de influenza. En lo que va de 2025, se registran 3 fallecidos con este diagnóstico [29] .

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

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

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

VII. Sífilis en embarazadas y Sífilis congénita - Actualización informe epidemiológico

VII.1. Introducción

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*, cuyo principal reservorio es el humano, y que se adquiere principalmente por contacto sexual con una persona infectada (generalmente por el contacto con úlceras infecciosas presentes en la región genital, el ano, el recto, los labios o la boca); por transmisión perinatal por vía transplacentaria o durante el parto, o por transfusión de sangre. La transmisión sexual ocurre típicamente durante la sífilis primaria, secundaria o latente temprana.

La evolución natural y sin tratamiento de la sífilis se divide en etapas:

- Sífilis temprana: transcurre dentro del primer año de adquirida la infección e incluye los siguientes estadios: sífilis primaria, sífilis secundaria y sífilis latente temprana.
- Sífilis tardía: transcurre luego del primer año de adquirida la infección e incluye los siguientes estadios: sífilis latente tardía y sífilis terciaria.
- Neurosífilis: transcurre en cualquier estadio de la infección de manera sintomática o asintomática

La elección del método diagnóstico dependerá del estadio de la enfermedad, de la presentación clínica y de los antecedentes epidemiológicos.

La sífilis es considerada un problema relevante de salud pública, que dispone de medidas eficaces para su prevención, diagnóstico, tratamiento y control. El desafío sanitario es la organización integral e implementación de la respuesta para minimizar el impacto en la salud de la población.

En particular, la sífilis congénita representa una de las manifestaciones más graves de esta enfermedad, imponiendo una elevada carga de morbilidad y mortalidad. Cuando la infección en la embarazada no es detectada ni tratada en una etapa temprana del embarazo, el riesgo de transmisión vertical alcanza hasta el 80%, con consecuencias devastadoras para el feto, como aborto o muerte perinatal, que ocurren en hasta el 40% de los casos. Y en el recién nacido, con un amplio espectro de repercusiones clínicas desde leves hasta con grave compromiso.

La eliminación de la sífilis congénita es un objetivo alcanzable mediante esfuerzos concertados que incluyan la prevención, el diagnóstico oportuno —tanto preconcepcional como en cada trimestre del embarazo— y el tratamiento adecuado de todas las embarazadas infectadas, así como de sus parejas sexuales.

Este informe aborda la situación de la sífilis en embarazadas y su impacto en la sífilis congénita, destacando la importancia de fortalecer las intervenciones sanitarias para su prevención, control y eliminación. El objetivo principal es caracterizar el comportamiento de la notificación de casos de sífilis en embarazadas y de sífilis congénita notificados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud durante el período 2019-2024.

El análisis de la información se realizó considerando las modificaciones en la modalidad y estrategia de vigilancia implementadas a partir de la Actualización de las Normas de

Vigilancia y Control y el Manual de Normas correspondiente, según lo establecido en la Resolución 2827/2022.

Debido a la complejidad de la vigilancia de este evento, los datos presentados pueden estar sujetos a revisión y actualización, considerando posibles ajustes en la notificación y el registro. En particular, la sífilis en embarazadas y la sífilis congénita presentan desafíos adicionales en su vigilancia, dado que la clasificación de los casos depende no solo de criterios clínicos y laboratoriales, sino también del conocimiento detallado de los antecedentes maternos. Factores como la cicatriz serológica y la evolución del seguimiento de los expuestos pueden influir en la clasificación final de los casos. Más allá de sujeta a modificaciones, la información presentada en este informe busca resaltar la importancia de la vigilancia sistemática del evento y el aumento sostenido verificado en los últimos años.

VII.2. Sífilis en embarazadas

VII.2.A. NOTA METODOLÓGICA

Para el análisis de las notificaciones agrupadas del período 2024-2025, se consideraron los datos de los grupos de eventos “Sífilis en embarazadas - primer control” y “Sífilis en embarazadas - controles sin especificar”. En ambos casos, se incluyeron los siguientes eventos: “Sífilis por pruebas de tamizaje (E)” y “Sífilis por pruebas confirmatorias (E)”.

Se realizó un análisis retrospectivo con los datos contenidos en el SNVS 2.0, de la notificación nominal, entre el 1 de enero de 2024 y 15 de marzo de 2025 con información notificada hasta el día 18 de marzo de 2025. Para los criterios de selección de casos se consideró incluir aquellos reportes que el notificador identificó como casos en la clasificación manual de casos.

Para el análisis de las **notificaciones nominales**, se utilizó el evento “Sífilis en embarazadas” del SNVS 2.0, del que se excluyeron los casos clasificados de forma manual como “Invalidados por Epidemiología” y “Caso Descartado”. También, se excluyeron aquellos casos que tuvieran menos de 15 años de edad y aquellos mayores de 49 años al momento del diagnóstico. Se consideraron casos confirmados de sífilis a aquellos que cumplen con los siguientes criterios: casos con método directo positivo; casos con resultado de laboratorio de prueba no treponémicas reactiva con alto título; casos con resultado de laboratorio de prueba no treponémicas reactivas (con o sin especificar la dilución) y prueba treponémica reactiva; y casos con prueba treponémica reactiva o sin laboratorio y clasificación epidemiológica confirmada o probable. Para determinar el año de diagnóstico, se construyó una fecha final utilizando la “Fecha de toma de muestra”; en los casos donde esta información no estaba disponible, se recurrió a la “Fecha de apertura”. En cuanto a la procedencia de los casos, se priorizó la variable “Provincia de residencia"; cuando ésta no estaba consignada, se utilizó como alternativa la variable “Provincia de carga". En relación al sexo, se empleó la variable “Sexo al Nacer” como criterio principal. Para los casos en los que esta información no estaba registrada, se utilizó como reemplazo la variable “Sexo Legal”.

Para el cálculo de los casos de sífilis en el embarazo por cada 1.000 nacidos vivos, se utilizó como referencia la información publicada por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) sobre los nacidos vivos registrados.

VII.2.B. SITUACIÓN DE SÍFILIS EN EMBARAZADAS EN ARGENTINA

- **Caracterización a partir de la notificación agrupada de laboratorio**

La sífilis ha sido objeto de vigilancia epidemiológica continúa debido a su impacto significativo en la salud pública. La información producida representa un importante aporte para la planificación de estrategias de prevención, control y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.

El presente apartado analiza la situación de la sífilis en embarazadas en Argentina en 2025 a partir de los datos de notificación agrupada de laboratorio. Dado que la información corresponde a un año en curso, los datos están sujetos a modificaciones a medida que se completen las notificaciones y se realicen ajustes en el sistema de vigilancia.

En lo que va del año, hasta la SE 11, se han realizado 29.902 pruebas de tamizaje a nivel nacional, con una positividad del 7% (1.947 casos reactivos). Asimismo, se efectuaron 3.800 pruebas confirmatorias, de las cuales 998 fueron positivas, lo que equivale a una positividad del 26% en esta instancia. Estos resultados reflejan la importancia del diagnóstico y la confirmación de los casos para la prevención de la transmisión vertical de la infección.

Tabla 1. Pruebas de Tamizaje y Pruebas Confirmatorias de Sífilis en Embarazadas en Argentina, SE 1-11, Año 2025. Argentina.

Jurisdicción	2025					
	Pruebas de Tamizaje			Pruebas confirmatorias		
	Estudiadas	Positivas	% de positividad	Estudiadas	Positivas	% de positividad
Buenos Aires	5286	412	8%	1006	239	24%
CABA	1914	120	6%	216	68	31%
Córdoba	2305	195	8%	203	127	63%
Entre Ríos	368	51	14%	60	36	60%
Santa Fe	4921	494	10%	127	109	86%
Total Centro	**14794**	**1272**	**9%**	**1612**	**579**	**36%**
San Luis	658	40	6%	510	42	8%
San Juan	166	4	2%	5	1	20%
Mendoza	1672	46	3%	99	34	34%
Total Cuyo	**2496**	**90**	**4%**	**614**	**77**	**13%**
Chaco	130	11	8%	8	8	100%
Corrientes	882	52	6%	6	0	0%
Formosa	156	13	8%	0	0	0%
Misiones	1789	135	8%	133	130	98%
Total NEA	**2957**	**211**	**7%**	**147**	**138**	**94%**
Catamarca	0	0	0%	0	0	0%
Jujuy	437	6	1%	20	2	10%
La Rioja	19	2	11%	0	0	0%
Salta	1312	69	5%	234	46	20%
Santiago del Estero	828	74	9%	712	32	4%
Tucumán	4572	123	3%	409	93	23%
Total NOA	**7168**	**274**	**4%**	**1375**	**173**	**13%**
Chubut	190	5	3%	5	4	80%
La Pampa	507	29	6%	4	1	25%
Neuquén	672	38	6%	20	11	55%
Río Negro	858	19	2%	3	3	100%
Santa Cruz	137	3	2%	10	2	20%
Tierra del Fuego	123	6	5%	10	10	100%
Total Sur	**2487**	**100**	**4%**	**52**	**31**	**60%**
Total País	**29.902**	**1947**	**7%**	**3800**	**998**	**26%**

Fuente: elaboración propia de las 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

A nivel regional, la Región Centro concentra el mayor número de pruebas realizadas, representando casi el 50% del total nacional. Dentro de esta región, Santa Fe se destaca con una alta positividad en pruebas confirmatorias (86%), lo que podría indicar una carga significativa de la enfermedad. Asimismo, Entre Ríos presenta la mayor positividad en tamizaje (14%), aunque con un número relativamente bajo de pruebas confirmatorias realizadas.

En la Región NEA, se observa una alta positividad en pruebas confirmatorias (94%), lo que sugiere que la mayoría de los casos reactivos en tamizaje fueron efectivamente confirmados. Sin embargo, en Corrientes y Formosa no se registraron casos positivos en pruebas confirmatorias, lo que podría estar relacionado con dificultades en la confirmación diagnóstica o en la notificación de los resultados. Por otro lado, Misiones, por su parte, reporta una positividad del 98% en confirmatorias.

En la Región NOA, la positividad en tamizaje es del 4%, pero con diferencias marcadas entre provincias. Tucumán presenta una positividad del 23% en pruebas confirmatorias, con un incremento del 76% respecto al tamizaje, lo que indica una adecuada confirmación de los casos detectados inicialmente. Por otro lado, Santiago del Estero muestra una caída en la tasa de positividad confirmatoria respecto al tamizaje, lo que podría estar vinculado a dificultades en el seguimiento de los casos o en el proceso de notificación.

En la Región Cuyo, la positividad en tamizaje es del 4%, pero la tasa de positividad en confirmatorias asciende al 13%, con Mendoza alcanzando un 34% en esta etapa, lo que sugiere que una proporción significativa de las embarazadas tamizadas efectivamente tenían sífilis. En el caso de San Luis, el número de casos confirmados es levemente superior al de los detectados en tamizaje, lo que podría estar vinculado a retrasos en la notificación de resultados o a desfasajes en el registro de pruebas confirmatorias en relación con el momento de realización del tamizaje.

Por último, en la Región Sur, se observa la menor cantidad de pruebas realizadas, con 2.487 tamizajes y 100 casos reactivos (4%). Tierra del Fuego destaca por un 100% de positividad en pruebas confirmatorias, lo que indica que todos los casos reactivos en tamizaje fueron confirmados. En cambio, provincias como Neuquén y Río Negro presentan tasas de positividad confirmatoria más bajas (29% y 16% respectivamente), lo que podría reflejar diferencias en la dinámica de notificación o acceso a confirmaciones diagnósticas.

En términos generales, los datos disponibles hasta el momento indican que las regiones Centro y NEA presentan la mayor carga de sífilis en embarazadas, con altas tasas de positividad en pruebas confirmatorias. Además, en varias provincias se observa una diferencia significativa entre los casos reactivos en tamizaje y los confirmados, lo que resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de seguimiento, confirmación y tratamiento oportuno de los casos. Dado que la sífilis congénita es una enfermedad prevenible, el fortalecimiento de la vigilancia y el acceso oportuno a pruebas de diagnóstico y tratamiento sigue siendo una prioridad en la salud maternoinfantil en Argentina.

- **Caracterización a partir de la notificación nominal**

Durante el período 2024-2025, hasta la SE 11, en Argentina se notificaron de forma nominal al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud un total de 3.780 casos de sífilis en embarazadas. Hasta la SE 11 de 2025, el número de casos reportados asciende a 1.771, en comparación con los 2.009 casos notificados en el mismo período de 2024, lo que representa una disminución del 11,8%. Sin embargo, los datos de 2025 aún se encuentran en proceso de carga,

consolidación y cierre, por lo que podrían estar sujetos a modificaciones en los próximos reportes.

Para caracterizar la magnitud del evento en la población, se estimó la razón de casos de sífilis en embarazadas por cada 1.000 nacidos vivos. Este enfoque permite detectar una tendencia al aumento de la razón cuando los casos se mantienen o aumentan, pero la cantidad de embarazadas disminuye debido a la reducción en el número de nacidos vivos. Además, se observan diferencias jurisdiccionales y regionales en estos indicadores, lo que se detalla en la Tabla 2. Cabe señalar que, para el cálculo de la razón en 2025, se utilizaron los datos de nacidos vivos de 2024, dado que aún no se cuenta con la medición correspondiente al año en curso.

Tabla 2. Casos nominales y razón de sífilis en embarazadas por cada 1.000 nacidos vivos. Argentina. SE 1 a SE 12, período 2024-2025 (n = 3.780).

Jurisdicción	2024		2025	
	Casos	Razón	Casos	Razón
Buenos Aires	520	3,2	448	2,8
CABA	49	2,0	44	1,8
Córdoba	334	8,8	320	8,4
Entre Ríos	55	3,9	43	3,1
Santa Fe	259	6,9	266	7,1
Total Centro	**1217**	**4,4**	**1121**	**4,1**
San Luis	30	6,0	41	8,3
San Juan	24	2,5	28	2,9
Mendoza	50	2,5	64	3,2
Total Cuyo	**104**	**3,0**	**133**	**3,8**
Chaco	174	10,4	88	5,2
Corrientes	85	6,0	84	5,9
Formosa	64	7,8	2	0,2
Misiones	72	3,8	74	3,9
Total NEA	**395**	**6,8**	**248**	**4,3**
Catamarca	30	7,1	42	9,9
Jujuy	24	3,3	24	3,3
La Rioja	0	0,0	3	0,7
Salta	77	4,5	53	3,1
Santiago del Estero	32	2,7	25	2,1
Tucumán	39	2,1	49	2,6
Total NOA	**202**	**3,2**	**196**	**3,1**
Chubut	25	4,6	18	3,3
La Pampa	13	4,0	14	4,3
Neuquén	27	3,9	17	2,5
Río Negro	18	2,4	14	1,9
Santa Cruz	5	1,6	3	1,0
Tierra del Fuego	3	2,1	7	4,9
Total Sur	**91**	**3,3**	**73**	**2,7**
Total País	**2009**	**4,4**	**1771**	**3,9**

Fuente: elaboración propia de las 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

A nivel nacional, la razón de sífilis gestacional pasó de 4,4 casos por cada 1.000 nacidos vivos en 2024 a 3,9 en 2025, lo que indica una disminución del 11,4%. Sin embargo, esta tendencia varía entre regiones, con algunas jurisdicciones donde la carga de la enfermedad sigue siendo elevada.

La Región NEA presentó en 2024 la mayor razón de casos (6,8), aunque en 2025 descendió a 4,3, lo que refleja una reducción significativa en la carga de la enfermedad en la región. De

manera similar, la Región NOA pasó de 3,2 a 3,1 casos por cada 1.000 nacidos vivos, indicando también una aparente tendencia a la baja.

Por otro lado, la Región Cuyo mostró un aumento en la razón de casos, que pasó de 3 a 3,8 por cada 1.000 nacidos vivos. En particular, Mendoza registró una suba de 2,5 a 3,2, lo que representa un incremento del 28%, sugiriendo una intensificación relativa de la carga de enfermedad en la provincia. Este aumento podría estar vinculado tanto a una mayor capacidad de detección como a la persistencia de barreras en el acceso oportuno a la prevención y tratamiento durante el embarazo.

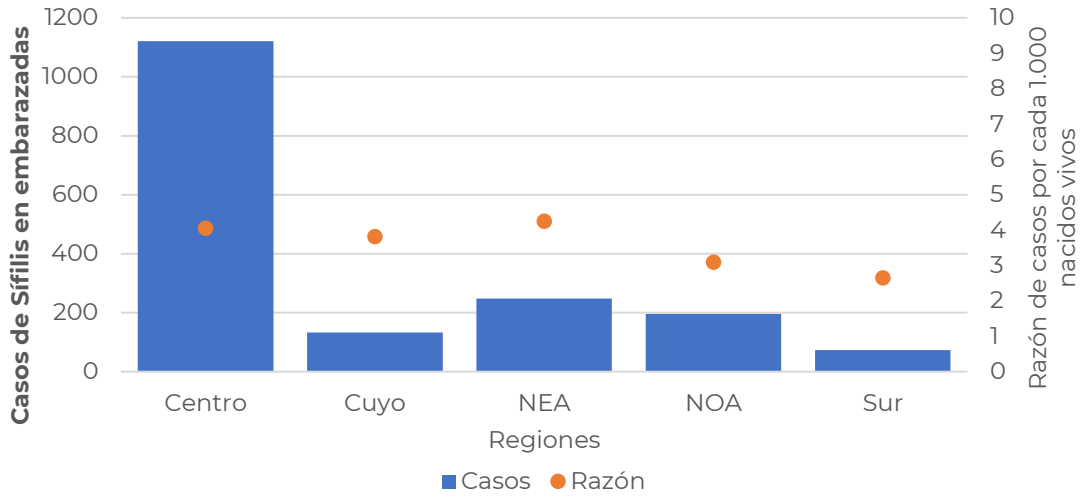
Al analizar las variaciones por jurisdicción, se observa que las provincias de Chaco y Formosa, ambas pertenecientes a la Región NEA, presentan las reducciones más marcadas en la razón de casos de sífilis en embarazadas. En Chaco, la razón pasó de 10,4 a 5,2 por cada 1.000 nacidos vivos, lo que representa una disminución del 50%. En el caso de Formosa, el descenso fue aún más pronunciado, pasando de 7,8 a 0,9 por cada 1.000 nacidos vivos. Esta caída abrupta podría no reflejar una reducción real en la incidencia, sino estar asociada a demoras en la notificación o que las embarazadas se encuentren actualmente en estudio, sin confirmación registrada al momento del análisis.

Por el contrario, algunas jurisdicciones evidencian un incremento en la razón, lo que sugiere un aumento relativo en la carga de enfermedad en relación con los nacidos vivos. En la Región Cuyo, San Luis registró un aumento de 6 a 8,3 por cada 1.000 nacidos vivos, lo que representa una suba del 38%. A su vez, en la Región NOA, Catamarca incrementó su razón de 7,1 a 9,9, posicionándose entre las jurisdicciones con mayor carga de sífilis gestacional durante 2025.

En conclusión, la reducción de la razón en varias provincias podría estar asociada a mejoras en la detección temprana y tratamiento de la sífilis en embarazadas. A su vez, se observan variaciones entre jurisdicciones que podrían responder tanto a dinámicas locales de vigilancia como a diferencias en el acceso al diagnóstico y tratamiento. Es importante destacar que los datos de 2025 aún no se encuentran cerrados, por lo que cualquier variación observada debe interpretarse como una inferencia preliminar y sujeta a modificaciones. Es fundamental continuar con la vigilancia activa y la consolidación de los datos de 2025, dado que la información aún está en proceso y sujeta a actualización. Esto permitirá evaluar con mayor precisión las tendencias y diseñar estrategias de intervención más efectivas en las regiones donde la carga de la enfermedad sigue siendo alta.

La distribución regional observada en el Gráfico 1 complementa el análisis anterior correspondiente al año 2025. Mientras que la región Centro concentra el mayor número absoluto de casos notificados en dicho período, las regiones NEA y Cuyo presentan razones elevadas en relación con el número de nacidos vivos. Esta diferencia entre la magnitud absoluta y relativa del evento destaca la importancia de considerar ambas medidas al evaluar la carga de enfermedad, ya que permite identificar regiones donde la sífilis en embarazadas podría tener un impacto proporcionalmente mayor, incluso con menos casos reportados.

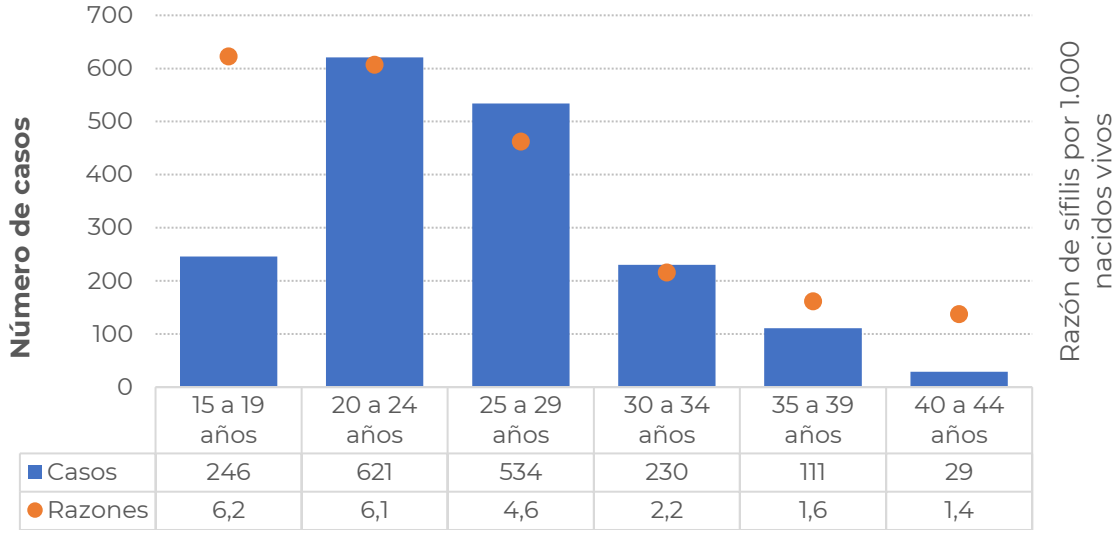
Gráfico 1. Casos y tasas de sífilis en embarazadas por región. Argentina, SE 1 a SE 11, año 2025.



Fuente: elaboración propia de las 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

En cuanto a la distribución por edad, hasta la SE 11 de 2025, el mayor número de casos reportados corresponde al grupo de 20 a 24 años (621 casos), seguido de los grupos de 25 a 29 años (534 casos) y 30 a 34 años (230 casos). Estos datos pueden observarse en el Gráfico 2.

Gráfico 2. Casos y razón de sífilis en embarazadas por grupo de edad. Argentina, SE 1 a SE 11, año 2025 (n=1.771).



	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años
Casos	246	621	534	230	111	29
Razones	6,2	6,1	4,6	2,2	1,6	1,4

Fuente: elaboración propia de las 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

En relación a los diferentes componentes del registro de información en la ficha nominal de casos de sífilis del SNVS 2.0 se destaca que, del total de 1.771 casos reportados en 2025 hasta la SE 11, el 76% (1.347) consigna datos en la sección de laboratorio y el 40% (505) presenta registro de tratamiento.

VII.3. Sífilis congénita

VII.3.A. NOTA METODOLÓGICA

Se realizó un análisis retrospectivo con los datos contenidos en el SNVS 2.0, de la notificación nominal, entre el 1 de enero de 2024 y 15 de marzo de 2025 con información notificada hasta el día 18 de marzo de 2025. Para los criterios de selección de casos se consideró incluir aquellos reportes que el notificador identificó como casos en la clasificación manual de casos.

Para el período analizado se incluyó el evento "Sífilis congénita" notificado por modalidad nominal. Para el análisis de las notificaciones nominales del evento se excluyeron aquellos casos que se reportaron clasificados de forma manual como "Invalidados por Epidemiología", "Expuesto descartado (solo casos históricos)", "Caso sospechoso" y "Caso descartado". Se consideraron casos confirmados de sífilis congénita a aquellos cuya clasificación manual fue: "Aborto o muerte fetal asociada a sífilis materna", "Caso de Sífilis congénita confirmada por laboratorio", "Caso confirmado por criterio epidemiológico", "Caso confirmado por criterio clínico" y "Neurosífilis". Para poder determinar el año del diagnóstico, se consideró la fecha de nacimiento. Ante el faltante en algunos registros se utilizó la fecha más temprana brindada teniendo en cuenta el siguiente orden: "Fecha de Internación", "Fecha de Toma de Muestra", y por último, de no contar con otra fecha se utilizó la "Fecha de Apertura" (fecha que brinda el sistema de forma automática). Para poder determinar la procedencia del caso, se consideró la variable "Provincia de residencia" y en caso de no contar con la misma se utilizó en reemplazo la "Provincia de Carga".

Para el cálculo de las tasas, se utilizó como referencia la información publicada por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) sobre los nacidos vivos registrados según la jurisdicción de residencia de la madre.

VII.3.B. SITUACIÓN DE SÍFILIS CONGÉNITA EN ARGENTINA

Durante el período 2024-2025, hasta la SE 11, en Argentina se notificaron un total de 258 casos de sífilis congénita en 2024. En comparación, hasta la SE 11 de 2025 se reportaron 92 casos, lo que refleja una disminución en la notificación de casos. Es importante tener en cuenta que los datos de 2025 aún están en proceso de carga y consolidación, ya que el seguimiento de los recién nacidos expuestos a *Treponema pallidum* puede llevar tiempo hasta confirmar o descartar un caso.

Hasta la semana epidemiológica 11 del año 2025, se notificaron en Argentina un total de 92 casos de sífilis congénita. La distribución por regiones muestra una concentración predominante en la región Centro, con 55 casos reportados, representando aproximadamente el 60% del total nacional. Dentro de esta región, la provincia de Buenos Aires notificó la mayor cantidad de casos (38), seguida por Córdoba (7) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (5).

La región Cuyo notificó 18 casos, siendo Mendoza la jurisdicción con mayor contribución regional (13 casos). Las regiones NOA y NEA notificaron un número significativamente inferior, con 12 y 4 casos respectivamente. En la región NOA, los casos se concentraron principalmente en Salta (6) y Catamarca (6), mientras que, en la región NEA, Corrientes reportó 3 de los 4 casos totales. Finalmente, la región Sur notificó 3 casos en Neuquén, siendo la única jurisdicción de dicha región que registró eventos.

Estos datos reflejan una distribución heterogénea de la notificación de la sífilis congénita en el país, con marcada concentración en las provincias de mayor densidad poblacional, principalmente en la región Centro. Es importante destacar que estos números corresponden a notificaciones preliminares y pueden modificarse con el avance en la confirmación diagnóstica y la consolidación de la vigilancia

En la Tabla 2 se presentan los casos y tasas de sífilis congénita por cada 1.000 nacidos vivos, utilizando para el cálculo de 2025 los nacidos vivos de 2024, dado que aún no se cuenta con la medición correspondiente al año en curso.

Tabla 3. Casos y tasas cada 1.000 nacidos vivos. Sífilis congénita. Argentina. SE 1 a SE 11. Periodo 2024-2025.

Jurisdicción	2024		2025	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Buenos Aires	88	0,54	38	0,23
CABA	10	0,42	5	0,21
Córdoba	22	0,58	7	0,18
Entre Ríos	5	0,36	1	0,07
Santa Fe	5	0,13	4	0,11
Total Centro	130	**0,47**	**55**	**0,20**
San Luis	1	0,20	5	0,30
San Juan	12	1,23	0	0,00
Mendoza	25	1,25	13	1,58
Total Cuyo	38	**1,09**	**18**	**0,95**
Chaco	17	1,01	1	0,02
Corrientes	22	1,54	3	0,41
Formosa	0	0,00	0	0,00
Misiones	1	0,05	0	0,00
Total NEA	40	**0,69**	**4**	**0,96**
Catamarca	15	3,53	3	0,25
Jujuy	7	0,95	1	0,05
La Rioja	1	0,24	0	0,00
Salta	13	0,77	6	1,21
Santiago del Estero	1	0,08	0	0,00
Tucumán	5	0,27	2	0,10
Total NOA	42	**0,66**	**12**	**0,34**
Chubut	0	0,00	0	0,00
La Pampa	1	0,31	0	0,00
Neuquén	4	0,58	3	0,44
Río Negro	1	0,14	0	0,00
Santa Cruz	2	0,64	0	0,00
Tierra del Fuego	0	0,00	0	0,00
Total Sur	8	**0,29**	**3**	**0,11**
Total País	258	**0,56**	**92**	**0,20**

Fuente: elaboración propia de las 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

Del total de casos notificados en el año 2025 (92), el 43% (40) presentó confirmación por criterio de laboratorio, el 33% (30) por criterio epidemiológico, el 23% (21) por criterio clínico, y el 1% (1) por neurosífilis. A su vez, el 39% (36) de los casos presentó registro de tratamiento.

VII.4. Conclusiones

La implementación de la estrategia de notificación nominal, iniciada en 2022, ha permitido mejorar significativamente la cobertura y calidad de los datos sobre sífilis en Argentina, ofreciendo una caracterización más precisa y oportuna de la carga de enfermedad. Esto facilita identificar tempranamente regiones y grupos con mayor vulnerabilidad, fortaleciendo la vigilancia epidemiológica y las intervenciones específicas.

En el presente informe, los datos correspondientes al año 2025 (hasta la SE 11) muestran una aparente reducción en la razón nacional de sífilis gestacional en comparación con 2024. Sin embargo, es fundamental señalar que esta información continúa en proceso de consolidación y podría modificarse a medida que avance la carga y el cierre de los casos. Pese a esta aparente reducción general, se identifican disparidades regionales significativas, evidenciando que persisten desafíos en el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento en diversas jurisdicciones del país.

Por su parte, los casos notificados de sífilis congénita durante 2025, aunque preliminarmente menores respecto del mismo período de 2024, también deben interpretarse con cautela dada la reciente carga y el seguimiento aún en proceso de los casos expuestos.

Estos resultados preliminares resaltan la importancia de sostener y profundizar las estrategias integrales para el control y prevención de la sífilis, poniendo especial énfasis en las desigualdades regionales y las barreras en el acceso a los servicios de salud. Continuar fortaleciendo la vigilancia epidemiológica permitirá no solo contar con información de calidad para evaluar tendencias reales, sino también optimizar la respuesta del sistema de salud frente a esta problemática.

VII.5. Acerca de la vigilancia epidemiológica

VII.5.A. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA DE SÍFILIS EN EMBARAZADAS

- Reconocer la frecuencia y distribución de la sífilis en embarazadas, según estadio clínico y con diagnóstico etiológico.
- Reconocer la proporción de positividad para sífilis en controles de embarazo.
- Permitir la identificación de casos de sífilis gestacional y el registro correcto del tratamiento, contribuyendo a la prevención de sífilis congénita.
- Utilizar un sistema de alertas a los equipos de salud sobre la identificación de un caso para las acciones de seguimiento y la promoción de las medidas adecuadas
- Vincular el embarazo de la persona con sífilis con el producto de la concepción y el evento “sífilis congénita” para evaluar oportunidades perdidas en el seguimiento epidemiológico de los casos y evitar la transmisión vertical.
- Caracterizar la población con sífilis gestacional en nuestro país.
- Fortalecer el acceso al diagnóstico oportuno.
- Estimar los insumos necesarios para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de la sífilis.

VII.5.B. DEFINICIONES DE CASO DE SÍFILIS EN EMBARAZADAS

Caso sospechoso de sífilis temprana en embarazadas: Toda embarazada que presente: Criterio clínico: uno o más de los siguientes signos o síntomas: úlcera indurada no dolorosa

en zona genital, mucosa perianal o en cavidad oral con adenopatía/s satélite/s (sífilis primaria); lesiones cutáneas compatibles en tronco, miembros superiores e inferiores (especialmente en palmas y plantas) y/o mucosas y/o en faneras (sífilis secundaria).

Caso probable de sífilis sin especificar estadio: todo caso asintomático, con un solo resultado serológico positivo por cualquier método diagnóstico (VDRL, TPHA, TPPA, Prueba rápida de sífilis, etc.) que no permitan confirmar la infección actual.

Caso confirmado de sífilis temprana en embarazada:

- Todo caso sintomático, más una prueba treponémica positiva, o con diagnóstico microbiológico confirmatorio (PCR o fondo oscuro).
- Todo caso asintomático, con diagnóstico confirmado por laboratorio (prueba treponémica y no treponémica positivas cualquiera sea el algoritmo que se utilice)

Y

- Sin historia de tratamiento reciente para sífilis, o con serologías negativas para sífilis en los 12 meses previos (se descarta posible cicatriz serológica).

Caso probable de sífilis en embarazada sin especificar estadio: Criterio serológico: un resultado serológico positivo por cualquier método diagnóstico (VDRL, TPHA, TPPA, Prueba rápida de sífilis, etc.) que no permitan confirmar la infección actual.

Caso confirmado de sífilis en embarazada sin especificar estadio: todo caso probable con diagnóstico positivo por pruebas no treponémicas y treponémicas (según algoritmo vigente).

La prueba confirmatoria será treponémica o no treponémica, según el algoritmo que se utilice en el efector (tradicional o reverso).

VII.5.C. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA

- Reconocer la frecuencia y distribución de la sífilis congénita en nuestro país.
- Caracterizar de manera adecuada los casos de sífilis congénita, así como los principales factores de riesgo.
- Utilizar un sistema de alertas a los equipos de salud sobre la identificación de un caso para las acciones de seguimiento y la promoción de las medidas adecuadas.
- Vincular el embarazo de la persona con sífilis con el producto de la concepción y el evento "sífilis congénita" para evaluar oportunidades perdidas en el seguimiento epidemiológico de los casos y evitar la transmisión vertical.
- Estimar los insumos necesarios para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de la sífilis

VII.5.D. DEFINICIONES DE CASO DE SÍFILIS CONGÉNITA

- Nacido vivo o muerte fetal o aborto de más de 500 grs de una embarazada con diagnóstico confirmado de sífilis y sin tratamiento adecuado de la embarazada durante el embarazo[30].

[30] Madre adecuadamente tratada (para prevención de SC): tratamiento con penicilina benzatínica según estadio de la infección e iniciado al menos 30 días antes del parto.

- Nacido vivo, muerte fetal o aborto de más de 500 grs, o niño menor de 24 meses, hijo de una embarazada con criterio de caso probable o confirmado de sífilis

Y

I. Criterios de laboratorio (Uno o más de ellos) A. Recién nacido con prueba no treponémica (PNT) reactiva con título 4 veces o más que el de la embarazada. B. Demostración de *T. pallidum* por Campo Oscuro o PC en placenta, secreción nasal, material de lesión de la piel o material de autopsia, en un neonato o mortinato. C. VDRL reactiva en LCR. D. Niño expuesto a *T. pallidum*, que no haya recibido tratamiento luego del nacimiento y con PNT reactiva luego de los 6 meses de vida

O

II. Criterios radiográficos Menor de 24 meses con prueba no treponémica reactiva y radiografías de huesos largos características de sífilis congénita, (Osteocondritis que origina la pseudoparálisis de Parrot, epifisitis y periostitis bilateral).

O

III. Criterios clínicos Menor de 24 meses con prueba no treponémica reactiva y signos clínicos característicos o altamente sugerentes. Criterios clínicos: Hidrops fetal no inmunológico, hepatomegalia, rinitis mucosa o hemorrágica, anemia hemolítica y plaquetopenia, rash mãculo papular o vesicular, lesiones descamativas y lesiones ampollares palmo-plantares (pénfigo sifilítico).

Muerte fetal en embarazada con diagnóstico de sífilis y sin otra causa conocida.

Fichas de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha_sifilis_congenita_2024.pdf

Ficha sífilis en embarazadas

Instructivos:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/instructivo_sifilis_congenita_snvs_2_0_1642024.pdf

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/cuadro_resumen_sifilis_congenita_1642024.pdf

---

INFORMES **ESPECIALES**

VIII. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) 2024

VIII.1. Introducción

El Centro Nacional de Enlace (de aquí en más CNE) es el canal de conexión del país por el cual se establece contacto en todo momento para recibir y enviar las comunicaciones de los Puntos de Contacto de la Organización Mundial de la Salud (de aquí en más, OMS) para el Reglamento Sanitario Internacional[31], (de aquí en más, RSI) previstos en el mismo. El Punto de Contacto Regional de la OMS para el RSI para el continente americano está localizado en la Oficina de Organización Panamericana de la Salud, en Washington DC, EEUU. Además, el RSI estipula que los Estados Partes que suscriben al mismo deben constituir el CNE y designar un punto focal de contacto, disponible las 24 horas, todos los días del año.

La actividad del Centro Nacional de Enlace de Argentina refleja las estrategias y acciones para alcanzar el cumplimiento de las cuatro funciones obligatorias de comunicación del mismo, como lo estipula el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y la Resolución Secretarial 2979/2019 y su anexo el Proceso Normalizado de Trabajo para el Centro Nacional de Enlace. Las funciones obligatorias son:

1. Garantizar el contacto en todo momento (24 hs del día, todo el año). Con lo cual se cuenta con una persona física designada como punto focal del país para el CNE y que cumple con la disponibilidad permanente. De todas maneras, se rota personal del área de alerta y respuesta de acuerdo a las demandas del trabajo.
2. Enviar al Punto de Contacto Regional de la OMS para el RSI comunicaciones y notificaciones urgentes relativas al Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Dentro de esta función se implementa la evaluación del evento para determinar si es de importancia internacional (ESPII) de acuerdo al Anexo 2 del RSI.
3. Difundir la información recibida a los sectores nacionales pertinentes (dependencias administrativas nacionales; establecimientos del sistema sanitario nacional, puntos de entrada al país, servicios de salud en general).
4. Consolidar los insumos (información principalmente) de los sectores nacionales pertinentes. (dependencias administrativas nacionales; establecimientos del sistema sanitario nacional, puntos de entrada al país, servicios de salud en general).

Es así que el CNE además de ser el canal de comunicación exclusivo para la información de inteligencia sanitaria entre los Estados Parte y la OMS, también lo es para el intercambio de la misma entre los Estados Parte, lo mismo que para solicitudes de colaboración y asistencia en eventos contemplados por el RSI (2005). Dentro de estos eventos, están los infecciosos, que incluyen eventos zoonóticos; los químicos; los radiológicos; los relacionados a la inocuidad de los alimentos y a la adulteración de fármacos. En los últimos años, se ha alentado desde el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, la comunicación de la ocurrencia de eventos catastróficos de gran escala como inundaciones, terremotos,

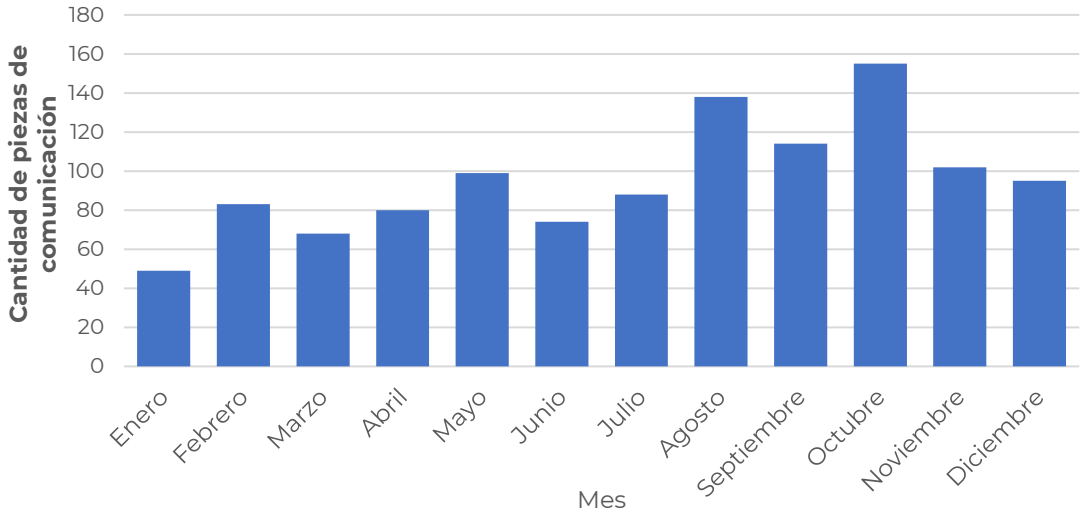
[31] https://www.paho.org/es/temas/reglamento-sanitario-internacionalhttps://www.paho.org/es/temas/reglamento-sanitario-internacional

erupción de volcanes, etc., y de eventos de origen antrópico, también llamados tecnológicos, además de los químicos y radiológicos mencionados más arriba.

VIII.2. Análisis de la información relevada

Durante el año 2024, en orden de cumplir con las funciones obligatorias, por el CNE se canalizaron y procesaron un total de 1145 piezas de comunicación (Correos y Contactos Telefónicos); un promedio de 95 piezas mensuales. Estas piezas se distribuyen por mes de la siguiente manera: Enero (49; 4,3%); Febrero (83; 7,2%); Marzo (68, 6%); Abril (80; 7%); Mayo (99; 8,6%); Junio (74; 6,5%); Julio (88, 7,7%); Agosto (138, 12%); Septiembre (114, 10%); Octubre (155, 13,5%); Noviembre (102, 9%); Diciembre (95, 7,7%)

Gráfico 1. Cantidad de piezas de Comunicación procesadas por el CNE Argentina. Año 2024. (N=1145)



Fuente: Elaboración propia a partir de la documentación de la actividad diaria del CNE.

Los meses en los que se procesaron la mayor cantidad de piezas de correo y telefónicos fueron Octubre (155), Agosto (138), Septiembre (102). En el mes de octubre, se corresponde con el evento de Sarampión detectado en la provincia de Río Negro relacionado a viajeros. En el mes de Agosto, se vincula con la declaración del brote de Mpox Clado Ib como Evento de Salud de Importancia Internacional (ESPII) por el Director Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (https://www.who.int/es/news/item/14-08-2024-who-director-general-declares-mpox-outbreak-a-public-health-emergency-of-international-concern) incrementándose las comunicaciones en relación a seguimiento y notificación de casos de Mpox de todos los clados y convocatoria a sesiones de capacitación e informativas. En el mes de septiembre, se vincula con el evento de un pasajero internacional, de ciudadanía argentina, con diagnóstico de tuberculosis cuyos contactos estrechos son ciudadanos de 8 países con cuyos CNE se notificó de la situación y se proveyó de información para llevar adelante las estrategias de seguimiento y control en sus territorios.

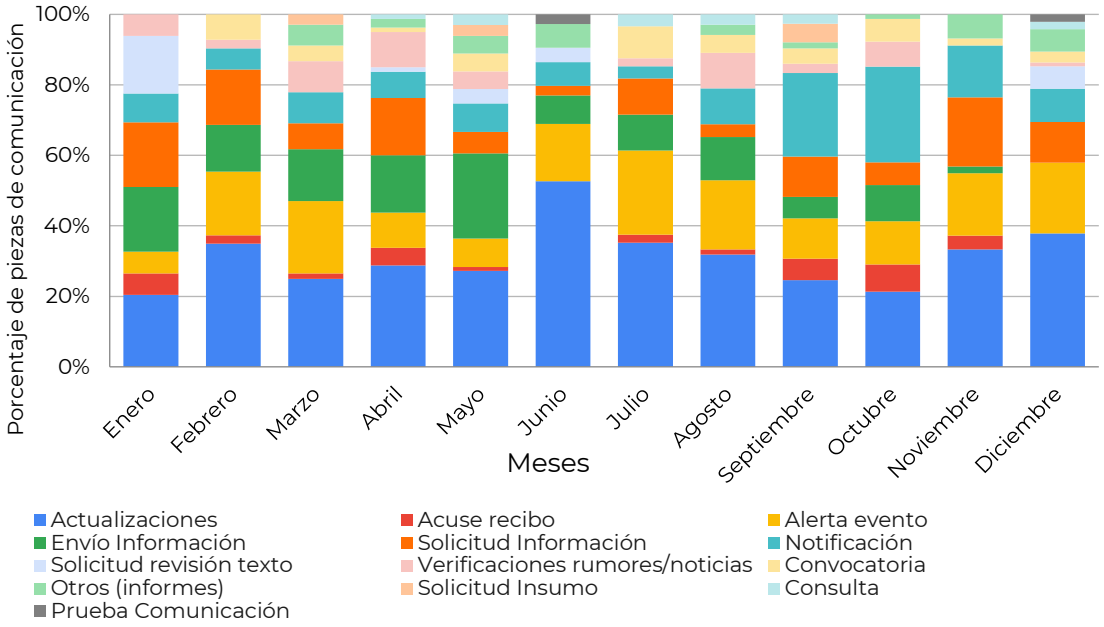
Para todos estos eventos, se detalla con mayor profundidad en el apartado ***Segunda Función Obligatoria***.

A continuación, se detallan los resultados de la actividad del CNE de acuerdo a las funciones más arriba mencionadas:

PRIMERA FUNCIÓN OBLIGATORIA *"Garantizar el contacto en todo momento todo el año".* Con el propósito de cumplir esta función, se constituye la unidad operativa del Centro Nacional de Enlace dentro de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación (Resolución Secretarial 2979/2019). En el mes de diciembre de 2024 (Decreto-2024-1138-APNP-PTE-*Apruébase estructura organizativa del Ministerio de Salud*), se refrenda la responsabilidad de la unidad operativa del CNE de coordinación de las actividades del mismo.

Bajo la ejecución de la función de enlace permanente se procesaron 1145 piezas de comunicación. En el siguiente gráfico se las puede visualizar de acuerdo a su caracterización.

Gráfico 2. Cantidad de piezas de comunicación según su caracterización por mes. Año 2024. Argentina. N=1145.



Fuente: elaboración propia a partir de la documentación de la actividad diaria del CNE.

Nota: Cuando se presenten los resultados de la actividad anual, se hablará de las etiquetas de caracterización (ver más abajo) De todas maneras es importante aclarar que la etiqueta "Alerta de eventos", son ocurrencias que pueden o no tener impacto en territorio y ciudadanos/residentes argentinos. Son los que se comunican vía EIS (Event Information Site según sus siglas en inglés) o DON (Disease Outbreak New según sus siglas en inglés).

La etiqueta de "Prueba", se refiere a la prueba de comunicación que el Punto de Contacto Regional implementa dos veces al año para asegurar con los centros de enlace nacionales para asegurar que la disponibilidad de éstos se da carácter permanente.

SEGUNDA FUNCIÓN OBLIGATORIA "*Enviar al Punto de Contacto Regional de la OMS para el RSI comunicaciones y notificaciones urgentes relativas al Reglamento Sanitario Internacional* (RSI)"

En cumplimiento de esta obligación el CNE comunicó **"Notificaciones"** de eventos de enfermedades como sarampión[32,33], casos de paludismo importado, evento de agentes multirresistentes a fármacos; respondió a **"Solicitud de Verificación"** (verificaciones en el gráfico N°2) por evento de psitacosis y por evento de accidente radiológico; respondió a **"Solicitudes de Información Adicional"** (solicitud Información en el gráfico N°2) sobre evento de gastroenteropatías por Norovirus, robo de fuente radionuclear. La documentación de la actividad hecha por la unidad operativa del CNE fue cotejada con los informes mensuales producidos por el Punto de Contacto Regional para consolidar la información y datos.

Dentro de la segunda función obligatoria, se incluye, además:

1. La comunicación, de acuerdo al artículo 7 del RSI, sobre el estado de situación de eventos como el de Encefalitis Equina del Oeste, que se inició en el último trimestre del año 2023 y continuó su evolución y seguimiento hasta mediados del año 2024.

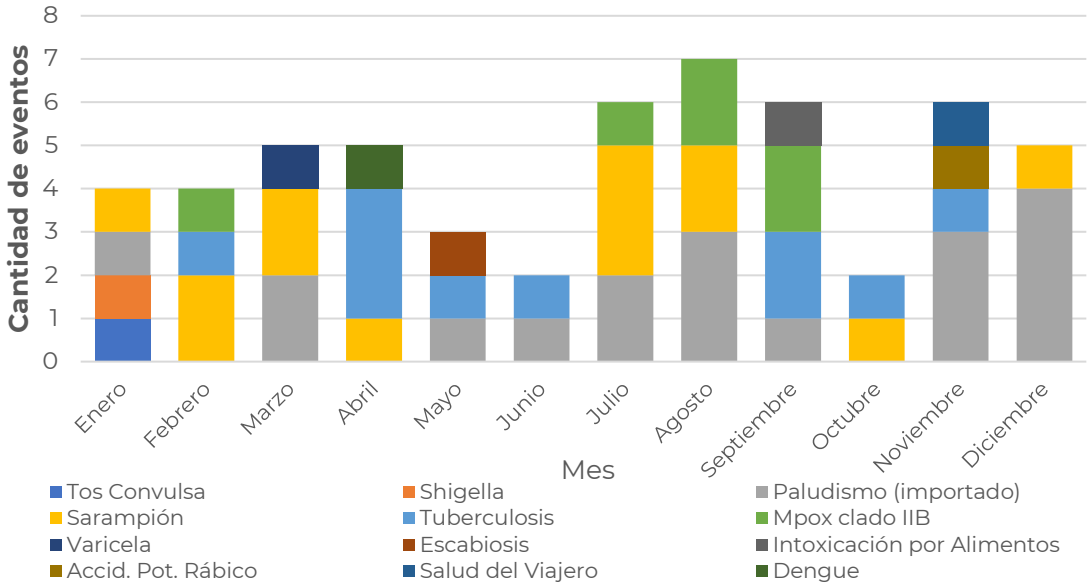
2. Las comunicaciones relativas al Artículo 44 de Colaboración y Asistencia del RSI; esto es, de acuerdo al documento de Proceso Normalizado de Trabajo del CNE, la principal finalidad de las comunicaciones previstas en el artículo 44 es emprender medidas de salud pública o de atención médica para prevenir la propagación de las enfermedades transmisibles. Bajo este artículo, también se encuadran las comunicaciones relativas a viajeros y migrantes internacionales en el caso de ocurrencia de enfermedades de notificación obligatoria (pueden ser casos o contactos estrechos de los mismos). Para el año 2024, se registraron y codificaron estas comunicaciones (se toma el primer correo de notificación enviado por otro CNE al CNE de Argentina ó correos de notificación enviado por este último a otros CNE) 53 eventos[34], que fueron evaluados y analizados para luego tomar las medidas de Salud Públicas correspondientes, si ameritaba. Los eventos fueron Paludismo (18, 34%); Sarampión (13; 24,5%); Tuberculosis (10; 19%); Mpox-Clado IIB (6, 11,3%); Varicela (1; 1,9 %); Shigella (1; 1,9%); Tos convulsa (1; 1,9%); Dengue (1; 1,9%), Accidente Potencialmente Rábico (1; 1.9%); Escabiosis (1; 1,9%); Intoxicación por Alimentos (1; 1,9%).

[32] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/ben_689_se_4.pdf

[33] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta_sarampion_rn_8102024.pdf

[34] Sólo con el propósito de ordenar y clasificar las piezas de comunicación que afectan viajeros internacionales y/o que están relacionados con eventos considerados por el RSI, se toma el primer correo para codificar al evento en cuestión. Se define **"evento"** como: ocurrencia que amerita alguna o todas de las siguientes acciones de Salud Pública como: vigilancia, control, tratamiento, mitigación de daños, por parte de las autoridades sanitarias y sus agentes u otras autoridades jurisdiccionales con incumbencia en el evento.

Gráfico 3. Cantidad de eventos que corresponden a comunicaciones procesadas por el CNE que involucran viajeros internacionales por mes. Argentina. Año 2024. N=55.



Fuente: elaboración propia a partir de la documentación de la actividad diaria del CNE.

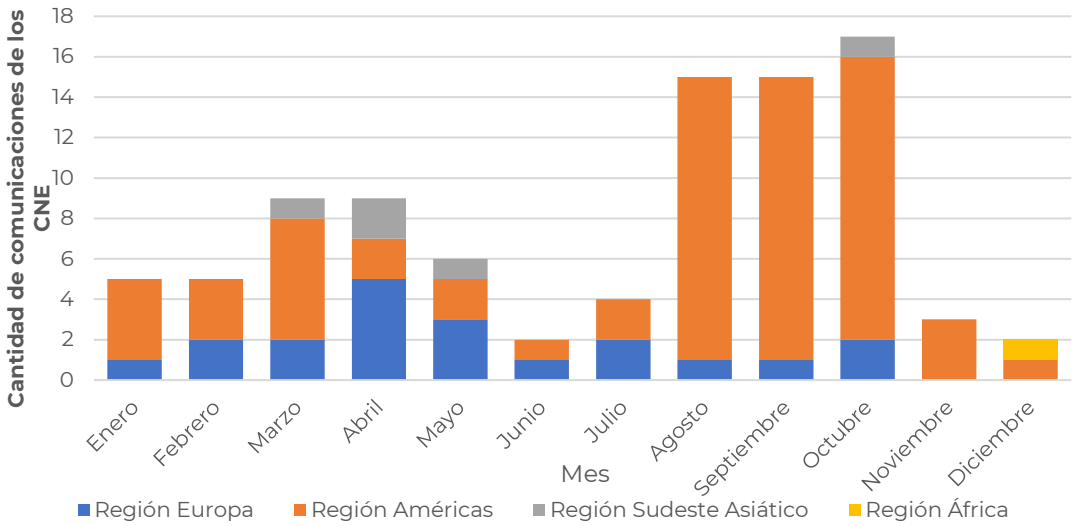
Si bien Escabiosis y algunas cuestiones relacionadas a Salud del Viajero (en este caso fue eximición de vacunación obligatoria para la Fiebre Amarilla por persona con alergia al huevo), no son eventos de notificación obligatoria, las piezas de comunicación sobre los mismos fueron procesadas y evaluadas.

3. La implementación de la "**evaluación y notificación de los eventos de salud pública que pueden constituir una posible emergencia de salud pública de importancia internacional**" como lo estipula el artículo 6 del RSI, aplicando el algoritmo del Anexo II del mismo. En el año 2024, se implementó la evaluación de acuerdo al Anexo II del RSI; al evento de robo de un radiofármaco en la ciudad de Buenos Aires, en el mes de Julio. El resultado de la evaluación fue que el evento no cumplía con los requisitos para ser considerado un evento de salud pública de importancia internacional (ESPII). No obstante, el área de Vigilancia de la Dirección de Epidemiología elaboró una comunicación epidemiológica[35] para los establecimientos asistenciales ante la eventualidad de que personas solicitaran cuidados en los mismos por una potencial exposición al radiofármaco.
4. Las comunicaciones sobre "**Verificación de rumores/noticias e información publicada"** (artículo 10 del RSI), ya mencionadas más arriba: durante el año 2024, ocurrieron un total de 55 (4%) de comunicaciones sobre la verificación de rumores; esto es la responder a la solicitud de verificación por parte del Punto de Contacto Regional por evento de psitacosis y, solicitud de verificación de accidente radiológico. Además, comprende los mecanismos consultivos entre CNE de diferentes países sobre información de eventos publicados en los medios de comunicación que puedan impactar a nuestro país (la solicitud de verificación se genera desde Argentina) o a otros países (la verificación se genera desde otros países al nuestro)

[35] https://www.argentina.gob.ar/salud/boletin-epidemiologico-nacional/comunicaciones-epidemiologicas

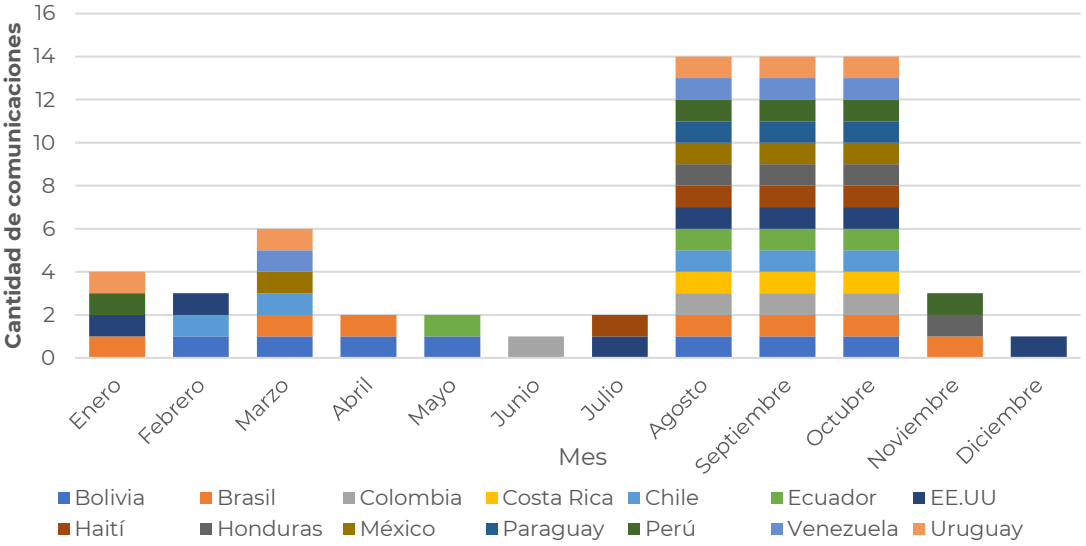
5. Las comunicaciones sobre ***"Solicitud de Información Adicional o SIA"***, que es cuando el Punto de Contacto Regional solicita al CNE ampliar la información sobre eventos de los cuales ya tiene conocimiento, en este caso, fueron sobre evento de Gastroenteropatías por Norovirus y sobre evento de robo de fuente radionuclear Además, comprende los mecanismos consultivos entre CNE de diferentes países sobre información de eventos publicados en los medios de comunicación que puedan impactar a nuestro país (la solicitud de verificación se genera desde Argentina) o a otros países (la verificación se genera desde otros países al nuestro).

Gráfico 4. Cantidad de comunicaciones de los CNE por región del mundo por mes durante el año 2024. Argentina.



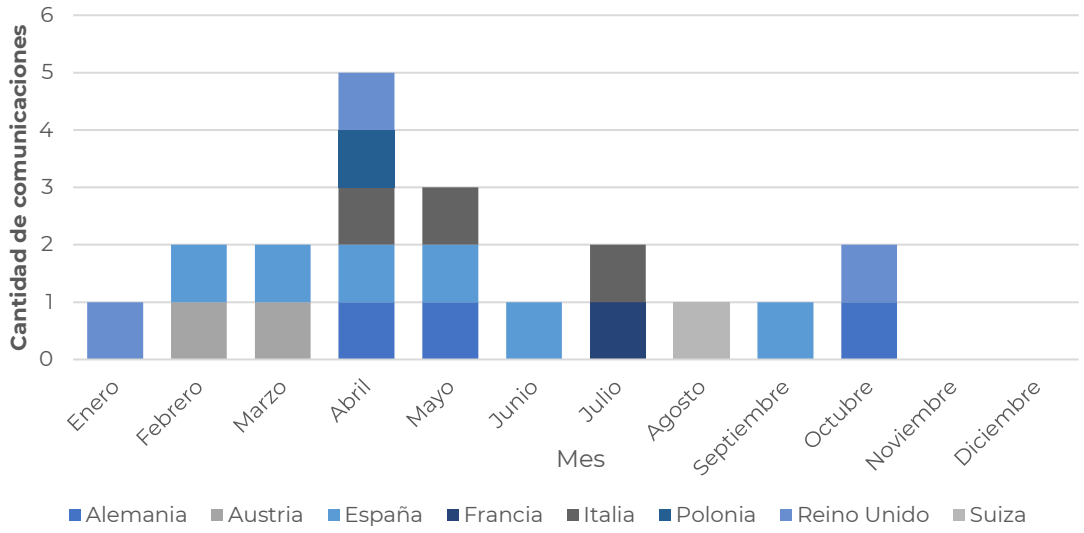
Fuente: Elaboración propia a partir de la documentación de la actividad diaria del CNE.

Gráfico 5. Países correspondientes a los Centros Nacionales de Enlace de la Región América con los que se mantuvo comunicación debido a cualquiera de los escenarios más arriba descriptos por mes durante el año 2024.



Fuente: Elaboración propia a partir de la documentación de la actividad diaria del CNE.

Gráfico 6. Países correspondientes a los Centros Nacionales de Enlace de la Región Europa con los que se mantuvo comunicación debido a cualquiera de los escenarios más arriba descriptos por mes durante el año 2024:



Fuente: Elaboración propia a partir de la documentación de la actividad diaria del CNE.

En la región del Sudeste Asiático, se intercambió comunicación con los diversos centros nacionales de enlace durante los meses de Marzo (Filipinas), Abril (Hong Kong y Singapur), Mayo (Singapur) y Octubre (Corea).

Por último, el CNE Argentina consultó con el CNE de la República Democrática del Congo por el brote de enfermedad no identificada con síntomas de fiebre, cefalea, tos y anemia, en el mes de diciembre.

TERCERA FUNCIÓN OBLIGATORIA "*Difundir la información recibida a los sectores nacionales pertinentes*" *enmarcados en el artículo 11 del RSI*. Bajo esta función se canalizan:

1. **Alertas de Eventos** generados desde el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, como el Event Information Site o "EIS" (según sus siglas en inglés), y el Disease Outbreak New o "DON" (según sus siglas en inglés) enviados por el Punto de Contacto Regional de la OMS para el RSI a todos los Centros Nacionales de Enlace;
2. **Actualizaciones** sobre eventos ya registrados y codificados por el Punto de Contacto Regional de la OMS para el RSI e informes técnicos globales y regionales. Estas comunicaciones (y su soporte documental) se comparten con las autoridades y áreas técnicas correspondientes. Esta función obligatoria es muy importante ya que asegura la difusión de información que puede ser utilizada como insumo en los procesos de detección temprana de eventos y análisis de información. Dentro de este tipo de comunicaciones, se incluye la alerta sobre leche maternizada contaminada importada a nuestro país, del mes de agosto y la de la detección en la cadena comercial de medicación adulterada en un país vecino. La información contenida en los llamados DON, también se comunican vía el Boletín Epidemiológico Nacional dentro la Sección de Internacionales.
   La recepción, y difusión de las Declaraciones de Emergencia de Salud Pública de Eventos de Importancia Internacional (ESPII) como lo fue la de la Mpox, en el mes de agosto, y las recomendaciones temporales permanentes sobre la misma hechas por el Comité de Crisis de la OMS (artículos 15 y 16 del RSI), están incluidas dentro de esta función obligatoria.

3. **"Otros"** (37, 3.2%), bajo esta etiqueta se incluyen piezas de comunicación relativas a diferentes temáticas como lo es la autoevaluación anual del RSI, informes especiales de comisiones técnicas, y otros. La información se difunde de acuerdo a la incumbencia técnica que corresponda.

CUARTA FUNCIÓN OBLIGATORIA "*consolidar los insumos de los sectores nacionales pertinentes*". De acuerdo al Proceso Normalizado de Trabajo, el responsable operacional del CNE "cumple con la función de coordinar y articular (bajo la etiqueta de **"Convocatoria"**; 50, 4%) las reuniones y los debates con los interesados directos, y consolidar los insumos y aportes de los sectores pertinentes relativos a todo evento de salud pública que guarde relación con el RSI y otros asuntos relacionados al. La información integrada se utilizará para analizar los eventos y riesgos de salud pública que se producen en el país, así´ como para presentar informes a la OMS u otros CNE."

Dentro de esta función obligatoria, también quedan comprendidas las piezas de comunicación consideradas con la etiqueta de "**Envíos de Información"** (124, 10%) que implica la elaboración de contenido por parte de las áreas técnicas expertas del ministerio y el seguimiento por parte del CNE de que se complete la actividad, en respuesta a solicitudes hechas por el Punto de Contacto Regional de la OMS para el RSI y/o de otros CNE y otros actores institucionales, como es el caso de las solicitudes de **Revisión de Texto** (22, 1.9%)

También, como se mencionó más arriba, el CNE cumplió con el rol de articular actores internacionales y actores nacionales en la planificación de reuniones de consultas expertas, como lo fue la reunión con el Centro de Control de Enfermedades de EEUU (CDC, según las siglas en inglés) y otros actores institucionales de ese país sobre la detección temprana y diagnóstico en el contexto del brote de Encefalitis Equina del Oeste; reuniones con contrapartes de los países de Uruguay y Brasil para discutir diferentes alternativas al abordaje a la misma; reuniones con expertos de Paraguay y Costa Rica en el abordaje de cuidados de salud de población pediátrica con diagnóstico de Dengue.

Solicitud de insumos; la **"Solicitud de insumos"** entre los Estados Parte, también está considerada por el RSI con el objetivo de apoyar la implementación de medidas de salud pública. Durante el año 2024 se recepcionó tres solicitudes de insumo por parte de otro Estado Parte.

VIII.3. Otras actividades del CNE

VIII.3.A. EVALUACIÓN

El Centro Nacional de Enlace coordinó la implementación de la autoevaluación anual SPAR (Self-Assessment Annual Report) del RSI para el año 2023, como uno de los actores institucionales con incumbencia en las capacidades estipuladas por el RSI para fortalecer la preparación, prevención, respuesta y rehabilitación de eventos de importancia de salud pública (ESPII) del país acorde con ese reglamento.

En el mes de diciembre de 2024, iniciándose un nuevo ciclo de la mencionada autoevaluación, ahora reflejando el año 2024, el Centro Nacional de Enlace, llevó adelante las actividades de planificación e implementación del SPAR que finalizarán en febrero del año 2025.

También en vistas de implementar el Marco de Monitoreo y Evaluación (ME según sus siglas en inglés) del RSI, se elaboró un informe de evaluación sobre la gestión del evento de Encefalitis Equina del Oeste. Dentro de esta actividad, se llevaron adelante actividades de

recolección de información secundaria y se implementó una encuesta entre los actores institucionales que participaron en la respuesta y recuperación del evento y; se participó del ejercicio de la Red Internacional de Autoridades de la Inocuidad de los alimentos o INFOSAN (según sus siglas en inglés) INFOSAN/IHR AWARENESS EXERCISE en conjunto con los Punto de Contacto Nacional para INFOSAN, localizado en el Instituto Nacional de Alimentos del ANMAT, durante la última semana de Julio y la primer semana de Agosto de 2024.

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 20 y el 26 de marzo del 2025.

IX.1. Evaluación de riesgo para la salud pública relacionada con el sarampión: implicaciones para la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 24/03/2025.

Riesgo general:
Regional: *Alto.*

Confianza en la información disponible:
Nivel Regional: *Alto.*

IX.1.A. DECLARACIÓN GENERAL DE RIESGO

Esta evaluación rápida de riesgos (RRA por sus siglas en inglés) tiene como objetivo evaluar el riesgo actual para la salud pública en la Región de las Américas, asociado con el aumento de brotes y casos de sarampión durante el 2025 en algunos países de la Región.

Esta evaluación rápida de riesgos se ha realizado considerando los siguientes criterios: el riesgo potencial para la salud humana, que incluye el comportamiento clínico-epidemiológico de la enfermedad, el riesgo de exposición, los indicadores de magnitud y gravedad, basados en la tendencia creciente de confirmación de casos durante 2024 y 2025; el riesgo de diseminación, en particular la posible propagación a países con bajas coberturas de vacunación, y el riesgo para la salud pública en relación con las capacidades de detección temprana, prevención y control en los países especialmente a aquellos con baja cobertura de vacunación contra sarampión.

Tras la declaración de la eliminación del sarampión en la Región de las Américas en 2016, entre 2017 al 2019 se observó un aumento inusitado y constante de casos confirmados de esta enfermedad. En el 2019 se registró la mayor tasa de incidencia regional, con 21,5 casos por millón de habitantes. Este incremento en los casos notificados durante 2019 se debió principalmente a los grandes brotes de sarampión en Venezuela y Brasil, que conllevaron al restablecimiento de la transmisión endémica de este virus y la pérdida de la eliminación. Entre el 2018 y el 2023, la Región de las Américas reportó un total de 49.187 casos confirmados de sarampión en 18 países como resultado de la importación de virus desde otras regiones del mundo y al reestablecimiento de la transmisión endémica del virus en Venezuela y Brasil. El último caso endémico de sarampión en la Región de las Américas fue reportado por Brasil en julio del 2022. En 2024, se registraron 465 casos confirmados de sarampión, los cuales fueron importados o relacionados a importación. Ese mismo año, se logró la reverificación de la eliminación de la enfermedad endémica en la Región de las Américas.

En 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 11 (hasta el 15 de marzo), se confirmaron 507 casos de sarampión en la Región de las Américas, mostrando un aumento de 5,5 veces en comparación con los 91 casos de sarampión notificados en el mismo periodo en el 2024. Los casos presentados durante el 2025, hasta el 14 de marzo han sido reportados por cuatro países: Argentina (n= 11 casos), Canadá (n= 173 casos), los Estados Unidos de América (n= 301 casos, incluyendo dos defunciones1) y México (n= 22 casos).

El riesgo para la salud pública en la Región de las Américas, en relación con el sarampión se considera Alto debido a los siguientes factores:

- La persistencia de la circulación del virus a partir de casos importados, evidenciada en un número limitado de brotes, pero con largas cadenas de transmisión debido al incremento del número de casos secundarios y la aparición de casos asociados a brotes preexistentes en nuevas áreas geográficas en los cuatro países que registran brotes activos durante el 2025.

- La falta de mantenimiento de un nivel óptimo de coberturas de vacunación (>95%) en la mayoría de los países y territorios de la Región. De acuerdo con la cobertura de vacunación para sarampión, rubéola y parotiditis (SRP) SRP1 y SRP2, reportada por 42 países y territorios de las Américas en 2023, solo el 28,6% de los países alcanzaron una cobertura superior al 95% para SRP1 y solo el 16,7% de los países alcanzaron más del 95% de cobertura para SRP2. La cobertura regional fue del 87% para SRP1 y del 76% para SRP2. Las coberturas del 2024 están en proceso de consolidación por los países de la región.

- El aumento de la población susceptible2 debido a la persistencia de bajas coberturas de vacunación relacionadas con factores como la pandemia por la COVID - 19, el aumento de la reticencia a las vacunas, en algunas comunidades y sectores de la población y la limitación de acceso a servicios de salud por parte de poblaciones especialmente vulnerables (migrantes, desplazados, indígenas, etc.).

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

La evaluación rápida del riesgo se revisará en caso de que se disponga de más información epidemiológica, clínica o virológica.

IX.1.B. EVALUACIÓN DE LA AMENAZA

Sarampión

El sarampión es una enfermedad vírica aguda altamente contagiosa, causada por el virus del sarampión, el cual pertenece al género *Morbillivirus* dentro de la familia de los *Paramixoviridae*. El ser humano es el único huésped natural del virus. Análisis secuenciales de los genes víricos han demostrado que existen 24 genotipos del virus del sarampión a nivel global. La detección de un genotipo vírico específico es de utilidad para hacer seguimiento a la transmisión e identificar el probable origen de un brote. La vacunación protege contra todos los genotipos. El virus del sarampión se propaga fácilmente cuando una persona infectada respira, tose o estornuda, e infecta a personas susceptibles de cualquier edad. Puede provocar una enfermedad grave, complicaciones o la muerte y sigue siendo una de las principales causas de mortalidad de niños pequeños a nivel global.

El virus del sarampión se transmite por vía aérea o por gotitas procedentes de la nariz, la boca o la garganta de una persona infectada, que entran en contacto con las mucosas de las vías respiratorias altas o la conjuntiva, sea mediante el contacto personal cercano o el contacto con secreciones de la vía respiratoria. El virus puede permanecer activo y contagioso en el aire o en superficies hasta por dos horas. Por esta razón, es muy infeccioso, y una persona infectada por el sarampión puede infectar hasta 18 individuos en una población susceptible. El virus puede transmitirse desde cuatro días antes de la aparición del exantema (es decir, de uno a dos días antes del inicio de la fiebre) y hasta cuatro días después. Se han notificado tasas de ataque secundario entre los contactos familiares susceptibles de 75% a 90%. Dada la gran eficiencia de la transmisión del sarampión, se han notificado brotes en poblaciones donde sólo 3% a 7% de las personas eran susceptibles.

El virus infecta primero las vías respiratorias antes de propagarse a otros órganos. El período de incubación es de 7 a 21 días desde la exposición hasta el inicio del exantema con una media de 14 días.

El sarampión puede ser una enfermedad grave. Los primeros síntomas del sarampión son fiebre (hasta 40 °C), malestar general, conjuntivitis, tos y rinorrea (coriza), seguidos de una erupción cutánea con áreas elevadas y planas (exantema maculopapular). La erupción suele aparecer 14 días después de la exposición al virus y se extiende desde la cabeza hasta el tronco y las extremidades inferiores. No se dispone de un tratamiento antivírico específico y la mayoría de las personas se recuperan en un plazo de dos a tres semanas. En poblaciones con altos niveles de malnutrición y falta de atención sanitaria adecuada, el sarampión puede llegar a tener una letalidad de un 10%.

La enfermedad es más grave en los lactantes3 y en los adultos4 que en los niños5. Las complicaciones pueden ser consecuencia de la réplica vírica o de una infección bacteriana sobreañadida, e incluyen otitis media, neumonía, laringotraqueobronquitis (crup), diarrea, encefalitis y ceguera. La encefalitis post infecciosa puede ocurrir en aproximadamente 1 de cada 1.000 casos notificados de sarampión. Pueden producirse unas 2 o 3 muertes por cada 1.000 casos notificados de sarampión. En niños con malnutrición y personas inmunodeprimidas, como las que viven con el VIH, las afectadas de cáncer o las tratadas con inmunodepresores, así como en las embarazadas, el sarampión también puede dar lugar a graves complicaciones.

En estos países, donde la malnutrición, especialmente la carencia de vitamina A, y la exposición a otras enfermedades infecciosas, la tasa de letalidad del sarampión del sarampión suele ser del 3-6%, pero puede llegar al 30%, especialmente entre las poblaciones desplazadas o aisladas. En los países desarrollados, la muerte por sarampión es poco frecuente y la tasa de letalidad suele ser del 0,01-0,1%. La infección por sarampión durante el embarazo se asocia a un mayor riesgo de complicaciones, como abortos, partos prematuros, bajo peso neonatal y muerte materna.

Dado que muchas enfermedades se acompañan de fiebre, exantema y diversos síntomas inespecíficos, es importante tener en cuenta el diagnóstico diferencial del sarampión. Las pruebas de laboratorio son necesarias para el diagnóstico definitivo, ya que otras infecciones pueden confundirse con el sarampión, como las infecciones por el virus de la rubéola, el parvovirus B19, virus del herpes humano 6 y 7, virus del dengue, Zika, chikungunya y *Streptococcus pyogenes*. La confirmación de laboratorio del sarampión se basa en la detección de anticuerpos IgM contra el virus del sarampión mediante el ensayo inmunoenzimático (ELISA), o la detección del ARN del virus del sarampión por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en hisopados respiratorios (faríngeo, nasal o nasofaríngeo) u orina.

Es posible prevenir el sarampión mediante la inmunización. La administración de una dosis de la vacuna a los 12–15 meses de edad produce inmunidad en el 93% de los niños; la revacunación con una segunda dosis aumenta los niveles de inmunidad y hacen que lleguen al 97%. En países con baja cobertura vacunal, las epidemias se suceden generalmente cada dos o tres años y suelen durar dos o tres meses, si bien la duración varía según el tamaño de la población, la densidad demográfica y el estado de inmunidad de la población. En los países con una cobertura de la vacunación relativamente alta, generalmente existen períodos de cinco a siete años durante los cuales se producen pocos casos. Sin embargo, si el número de personas susceptibles aumenta suficientemente como para mantener la transmisión generalizada, pueden producirse epidemias explosivas.

IX.1.C. EVALUACIÓN DE LA EXPOSICIÓN

El sarampión es una de las seis enfermedades inmunoprevenibles que se ha eliminado de la Región de las Américas. La mayoría de los Estados Miembros de la OPS/OMS introdujeron la vacuna triple vírica contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SPR) entre 1980 y principios de la década del 2000. Para 2002, la transmisión endémica del sarampión en las Américas había acabado.

Después de que en el 2016 se declarara la eliminación6 del sarampión en la Región de las Américas, en el período del 2017 al 2019 se registró un aumento inusitado y constante de casos confirmados de esta enfermedad. En el 2019 se registró la mayor tasa de incidencia regional desde la eliminación, a saber, 21,5 casos por millón de habitantes. El aumento de los casos notificados durante el 2019 se debió a los grandes brotes de sarampión que tuvieron lugar en Venezuela y Brasil, países en los que se reintrodujo la transmisión endémica de la enfermedad. Entre el 2018 y el 2023, la Región reportó un total de 49.187 casos confirmados de sarampión en 18 países. En este periodo, el último caso endémico de sarampión en la Región de las Américas fue reportado por Brasil en julio del 2022. En noviembre del 2024, se reverificó la eliminación del sarampión en la Región.

En 2024, entre la SE 1 y la SE 52, en la Región de las Américas, se notificaron 17.887 casos sospechosos de sarampión de los cuales 465 casos han sido confirmados en Argentina (n= 14), Bermuda (n= 2), el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 3), Brasil (n= 5), Canadá (n= 146), los Estados Unidos (n= 284), México (n= 7), Perú (n= 2) y Turcas y Caicos (n= 2). De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados, los grupos de edad con la mayor proporción de casos corresponden al grupo de 10-19 años (27%), el grupo de 1-4 años (25%) y al grupo de 20-29 años (23%). Con relación al antecedente de vacunación, el 63% de los casos no estaban vacunados y en 18% dicha información era desconocida o ausente.

En cuanto a la situación durante el 2025 a continuación se muestra la situación detallada en cada uno de los países que han registrado casos y/o brotes hasta la SE 11 del 2025 en la Región de las Américas.

IX.1.D. EVALUACIÓN DEL CONTEXTO

Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, en 2023 hubo 10,3 millones de casos de sarampión en el mundo, un 20% más que en el año anterior, debido a la cobertura insuficiente de la vacunación en todo el mundo. Aunque el sarampión se puede prevenir con dos dosis vacunales, más de 22 millones de niños no recibieron su primera dosis de la vacuna contra el sarampión en 2023. Según los cálculos, no se ha administrado ninguna dosis al 83% de los niños, mientras que solo el 74% de los vacunados con la primera dosis han recibido la segunda dosis recomendada. Adicionalmente, se observa incremento en el número de casos reportados en países de la Unión Europea, donde se ha informado que entre el 1 de febrero del 2024 y el 31 de enero del 2025, un total de 32.265 fueron diagnosticadas con sarampión. El incremento de casos a nivel global genera un mayor riesgo de aparición de casos importados relacionados con viajeros no vacunados procedentes de zonas con alta circulación del virus.

Dado el incremento de brotes y casos en países donde hay circulación de arbovirus como dengue, chikungunya y Zika, se pueden presentar desafíos para el personal de salud frente a la identificación oportuna de casos sospechosos de sarampión.

Cobertura de vacunación en la Región de las Américas

Para el año 2023, 42 países y territorios de las Américas reportaron a la OPS las coberturas de vacunación SRP1 y SRP2. En relación con la aplicación de la primera dosis de SRP1, el 28,6% (n= 12/42) de los países y territorios de la Región presentan coberturas mayores al 95%, el 35,7% (n= 15/42) tienen coberturas entre 90-94%, el 21,4% (n= 9/42) coberturas entre 80-89% y el 14,3% (n= 6/42) coberturas menores al 80%. Con respecto a la aplicación de la segunda dosis SRP2, solo el 16,7% de los países y territorios (n= 7/42) presentan un nivel de cobertura mayores al 95%, mientras que el 50,0% (n= 21/42) presentan un nivel de cobertura menor al 80%. La cobertura para la Región de las Américas es del 87% para SRP1 y del 76% para SRP2.

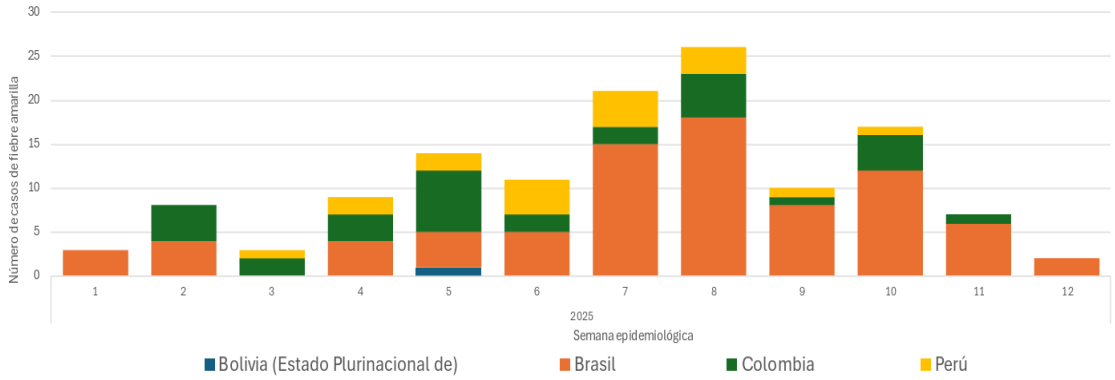
Fuente: *https://www.paho.org/es/documentos/evaluacion-riesgo-para-salud-publica-relacionada-con-sarampion-implicaciones-para-region*

IX.2. Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 26/03/2025.

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 12 del 2025, se han notificado 131 casos confirmados de fiebre amarilla en humanos en cuatro países de la Región, de los cuales 53 han resultado fatales (1-4). Estos casos han sido reportados en: el Estado Plurinacional de Bolivia, con un caso fatal; Brasil con 81 casos, incluyendo 31 casos fatales; Colombia con 31 casos, incluyendo 13 casos fatales; y Perú con 18 casos, incluyendo ocho casos fatales.

Gráfico 1. Casos de fiebre amarilla por país, y semana epidemiológica de inicio de síntomas en la Región de las Américas*. SE1 a SE 12 del 2025.

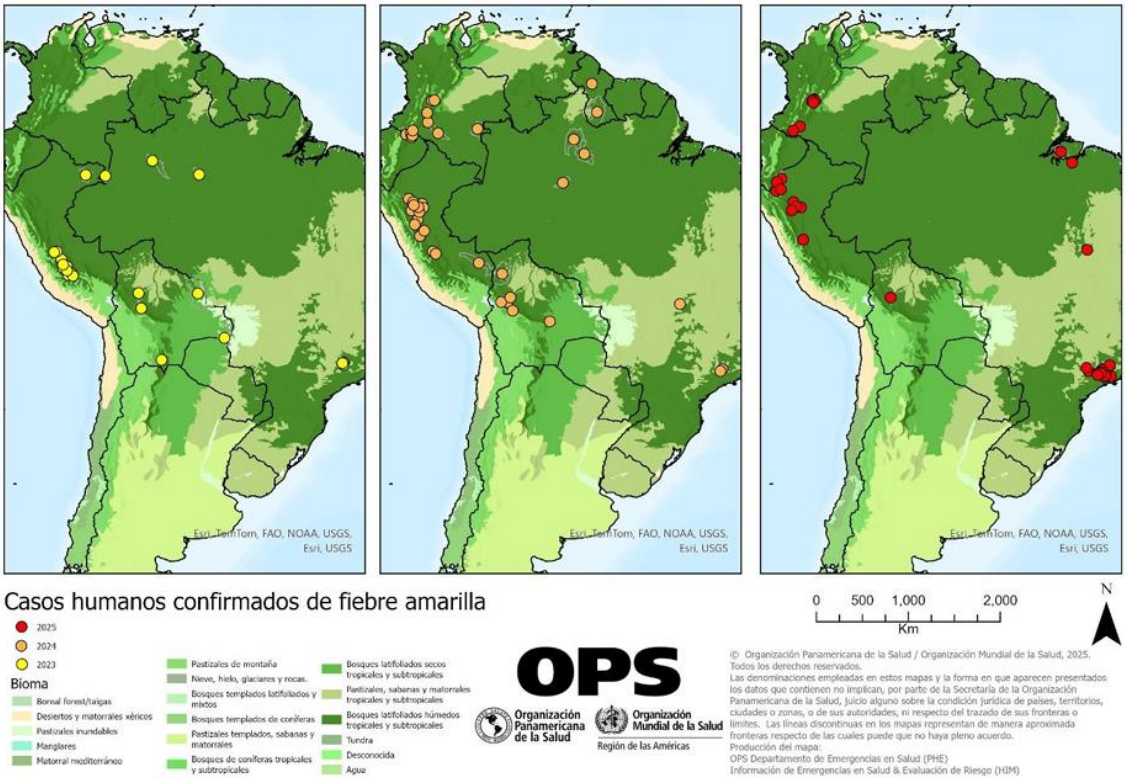


Nota: Incluye únicamente los casos para los cuales se dispone de información de inicio de síntomas por semana epidemiológica.

Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerio de Salud.

En 2024, los casos de fiebre amarilla se registraron principalmente a lo largo de la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. En 2025, sin embargo, los casos se han detectado también en el estado de São Paulo, en Brasil, y el departamento de Tolima, en Colombia, regiones que se encuentran fuera de la región amazónica de ambos países.

Mapa 1. Casos humanos confirmados de fiebre amarilla por año en la Región de las Américas, 2023 a 2025 (hasta SE 12).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerio de Salud.

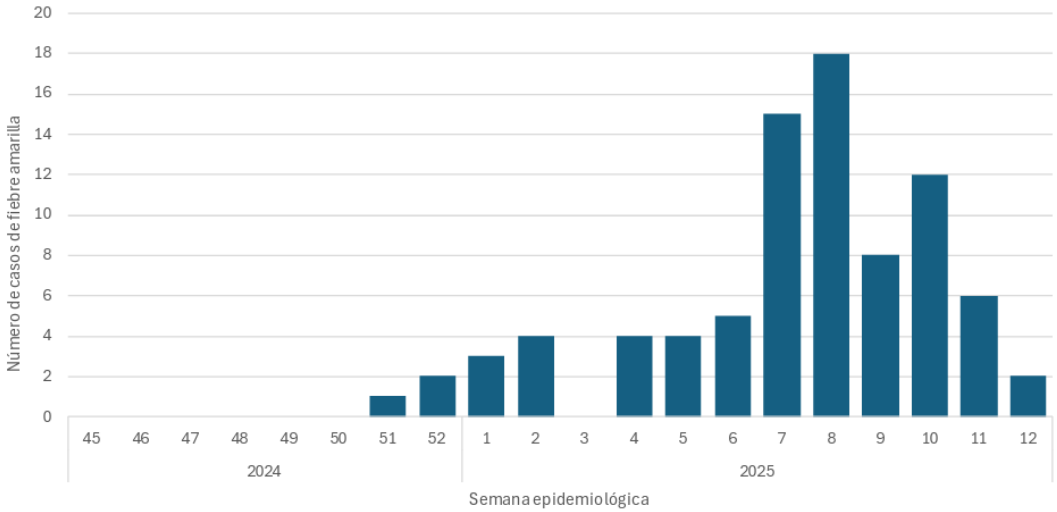
A continuación, se presenta la situación epidemiológica de fiebre amarilla en los países, por orden alfabético, que han notificado casos confirmados en 2025.

En **Bolivia**, en 2025, en la SE 5 se notificó un caso fatal confirmado de fiebre amarilla en el municipio de Palos Blancos en el departamento de La Paz, con antecedentes de viaje al municipio de Alto Beni en la provincia de Caranavi. Se trata de un hombre de 44 años, con antecedente de diabetes no controlada, sin registro de antecedente vacunal para fiebre amarilla. La fecha de inicio síntomas fue el 29 de enero del 2025 y falleció el 3 de febrero del 2025. El caso fue confirmado por laboratorio mediante técnica de ELISA IgM positiva.

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 12 del 2025, se notificaron 81 casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 31 casos fatales (tasa de letalidad 38,3%). Los casos se notificaron en los estados de São Paulo (n= 34 casos, incluyendo 19 casos fatales), Pará (n= 41 casos, incluyendo siete casos fatales), Minas Gerais (n= 5 casos, incluyendo cuatro casos fatales) y Tocantins (n= 1 caso fatal). El 87,7 % de los casos corresponden a hombres (n= 71). Los casos se encuentran en edades entre los 2 y 75 años e iniciaron síntomas entre el 2 de enero y el 17 de marzo del 2025. Solo uno de los casos presentó antecedente vacunal contra fiebre amarilla. Los casos tuvieron lugar probable de exposición en el estado de Pará, municipios Breves (n= 39) y Cametá (n= 1), mientras que para un caso el municipio probable de exposición se encuentra en investigación; en el estado de São Paulo, municipios Águas de Lindoia (n= 1), Águas de São Pedro (n= 1), Amparo (n= 1), Bragança Paulista (n=1), Brotas (n= 2), Caçapava (n= 5), Campinas (n= 3), Joanópolis (n= 3), Nazaré Paulista (n=1), Pedra Bela (n= 2), Pedreira (n=1), Piracaia (n= 3), Socorro (n= 3), Tuiuti (n= 1) y Valinhos (n= 1), mientras que para cinco casos el municipio probable de exposición se encuentra en investigación; en el estado de Minas Gerais,

municipios Cambuí (n= 1), Extrema (n= 1), Monte Sião (n= 1), Pouso Alegre (n= 1) y Silvianópolis (n= 1); y en el estado de Tocantins, municipio de Monte do Carmo (n= 1). Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales o recreacionales, y fueron confirmados por laboratorio.

Gráfico 2. Casos de fiebre amarilla por año y semana epidemiológica de inicio de síntomas en Brasil. 2024 hasta la SE 12 del 2025.

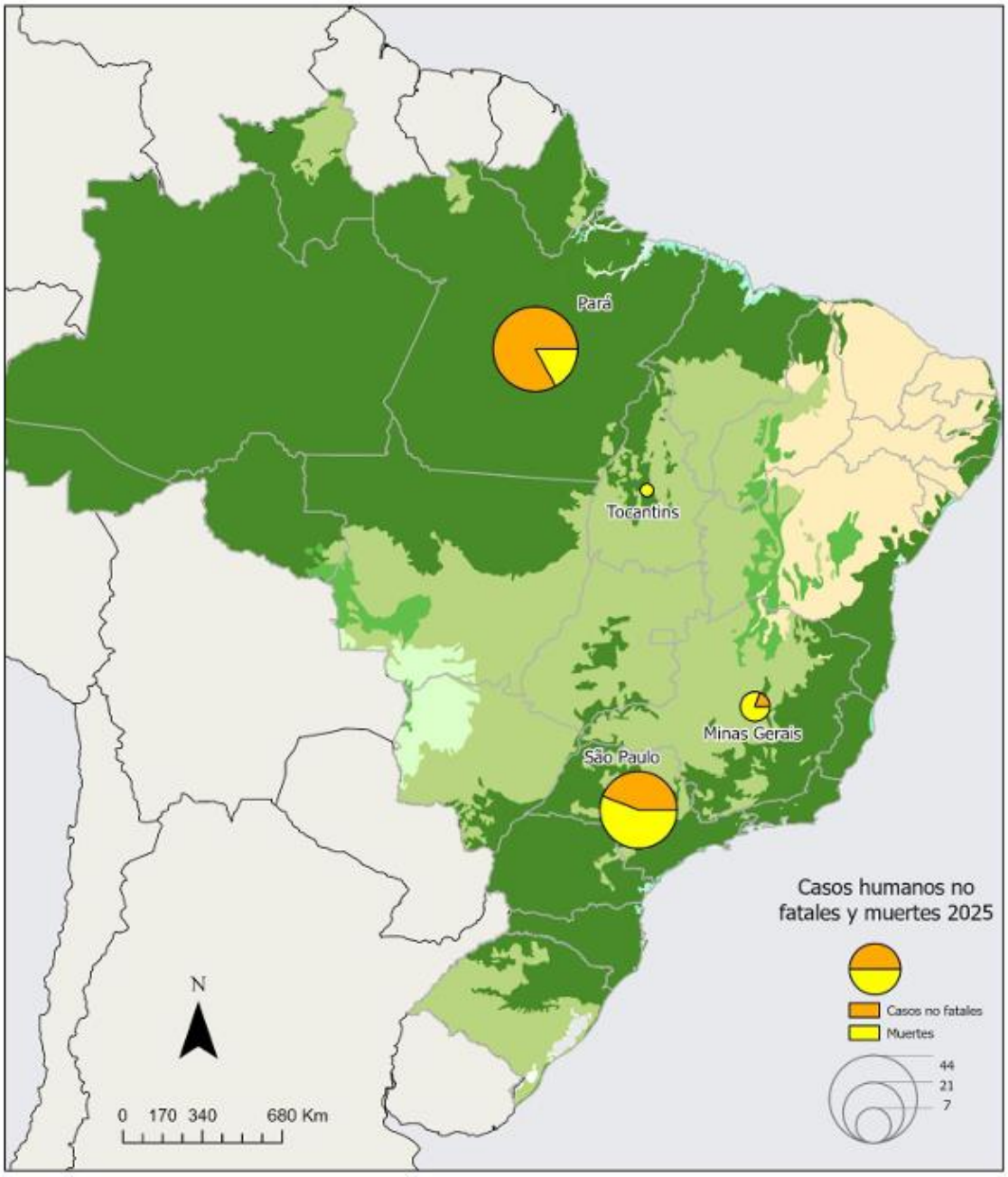


Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil.

Durante el 2025 (SE 1 a SE 12), en Brasil, se informaron 442 eventos que involucraron primates no humanos muertos (epizootias). De este total, 47 (10,6%) fueron confirmados para fiebre amarilla por criterios de laboratorio (n= 37) y por vínculo epidemiológico (n= 10), 40 en el estado de São Paulo y siete en el estado de Minas Gerais.

Todos los casos humanos de fiebre amarilla registrados en Sao Paulo y Minas Gerais provienen de áreas, donde según lo anticipado por el Modelo de los Corredores Ecológicos, se había previsto la ocurrencia de casos para el periodo 2024/2025 o bien de zonas previamente afectadas tanto por casos humanos como epizootias por fiebre amarilla. Esta distribución se refleja en el Modelo de los Corredores Ecológicos, ilustrados en la Figura 4 de la Alerta Epidemiológica: Fiebre amarilla en la Región de las Américas, 3 de febrero del 2025.

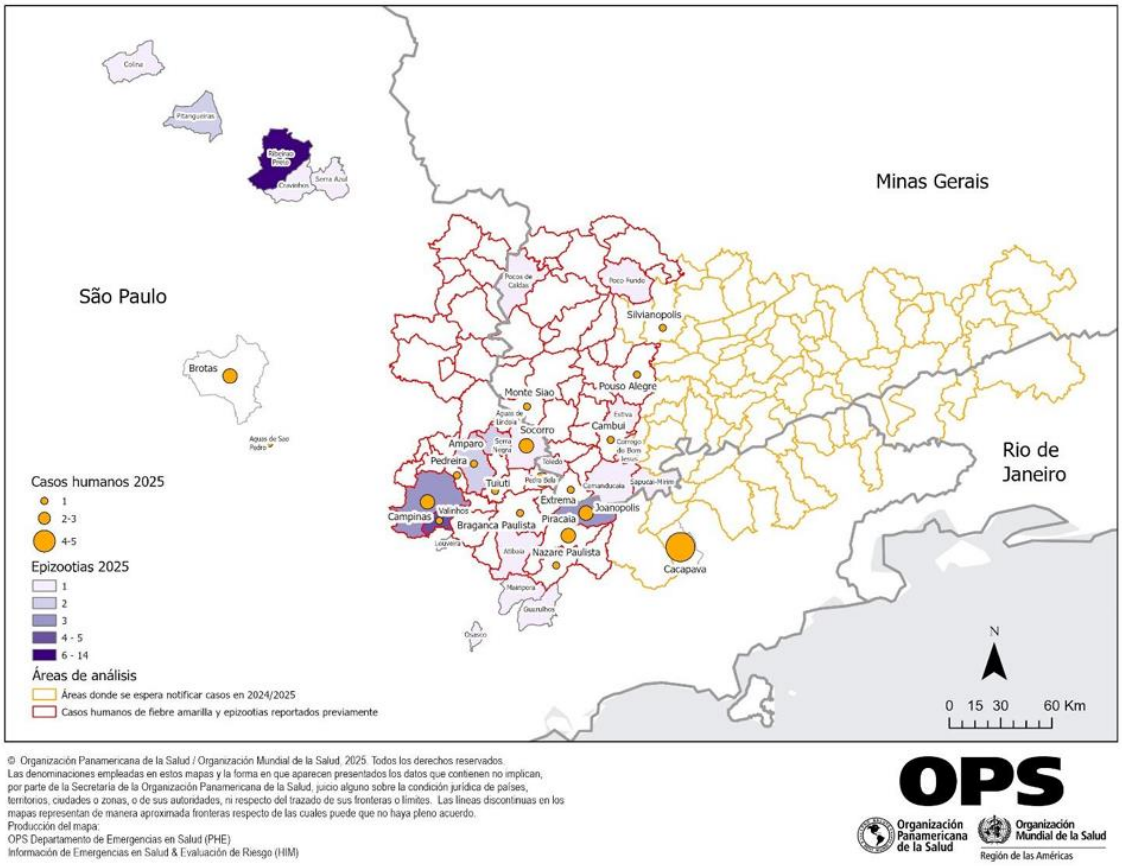
Mapa 2. Casos humanos de fiebre amarilla por estado. Brasil, SE 1 a SE 12 del 2025.



© Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2025. Todos los derechos reservados.
Las denominaciones empleadas en estos mapas y la forma en que aparecen presentados los datos que contienen no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.
Producción del mapa:
OPS Departamento de Emergencias en Salud (PHE)
Información de Emergencias en Salud & Evaluación de Riesgo (HIM)

Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil.

Mapa 3. Casos de fiebre amarilla en humanos y epizootias confirmadas de fiebre amarilla. Estados de Sao Paulo y Minas Gerais, Brasil, SE 1 a SE 12 del 2025.

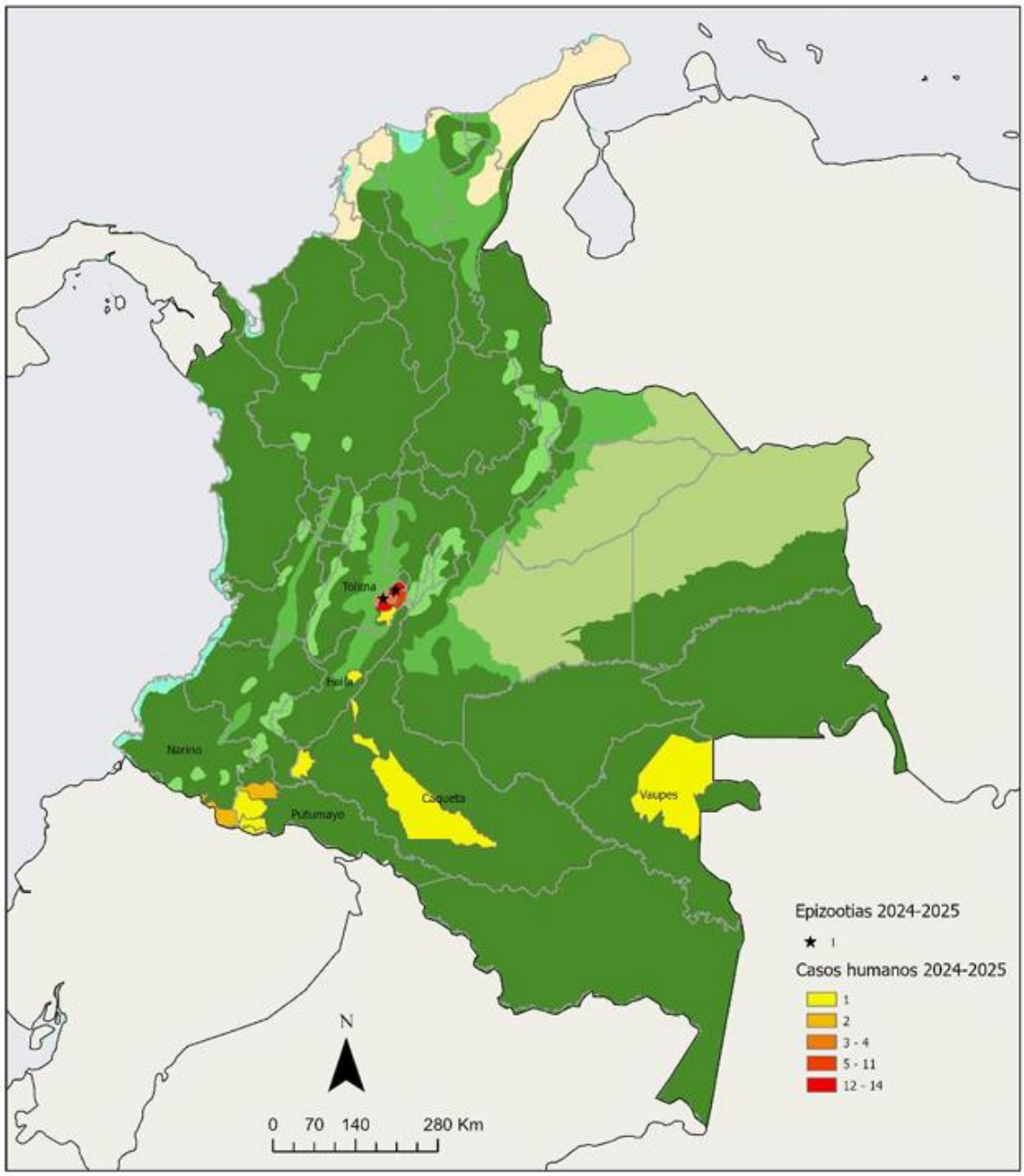


Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil (2) y Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - Nota Informativa Nº 35/2024CGARB/DEDT/SVSA/MS. Brasilia: Saude; 2025. Disponible en: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2024/nota informativa-no-35-2024.pdf.

En **Colombia**, en el periodo comprendido entre la SE 1 y la SE 11 del 2025 se ha registrado un total de 31 casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 13 defunciones. Los casos corresponden a personas residentes en los departamentos de Caquetá (n= 1 caso fatal), Putumayo (n= 1 caso) y Tolima (n= 29 casos, incluyendo 12 defunciones). Los casos corresponden a personas con edad entre 13 y 83 años, quienes iniciaron síntomas entre el 6 enero y el 12 de marzo del 2025. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en zonas de riesgo para fiebre amarilla, en el contexto de actividades laborales que incluyeron agricultura, y no tenían antecedente documentado de vacunación contra la fiebre amarilla. El brote registrado en el departamento del Tolima que inicio a finales del año 2024 y continua durante el 2025, ocurre en la zona rural colindante a la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea en cuatro municipios que son identificados de alto riesgo: Cunday (n= 14 casos, incluyendo cuatro defunciones), Dolores (n= 1 caso fatal), Prado (n= 15casos, incluyendo cinco defunciones), Purificación (n= 4 casos, incluyendo tres defunciones) y Villarrica (n= 10 casos, incluyendo, cinco defunciones). Del total de casos confirmados el 76% corresponde a hombres (n= 32 casos), los casos presentan edades entre edad entre 11 y 89 años. La fecha de inicio de síntomas de los casos oscila entre el 8 de septiembre del 2024 al 12 de marzo del 2025. En este brote se han registrado 18 defunciones para una letalidad preliminar del 42,8 %.

Durante el 2025 (SE 1 a SE 11), en Colombia, se informaron dos eventos que involucraron primates no humanos muertos (epizootias). De este total, dos fueron confirmados para fiebre amarilla por criterios de laboratorio, todos en el departamento de Tolima.

Mapa 4. Casos humanos de fiebre amarilla y epizootias confirmadas por departamento. Colombia, 2024 hasta SE 11 del 2025.



© Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2025. Todos los derechos reservados.
Las denominaciones empleadas en estos mapas y la forma en que aparecen presentados los datos que contienen no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.
Producción del mapa:
OPS Departamento de Emergencias en Salud (PHE)
Información de Emergencias en Salud & Evaluación de Riesgo (HIM)

Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Colombia.

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 10 del 2025, se han confirmado 18 casos de fiebre amarilla, incluyendo ocho casos fallecidos. Los casos fueron confirmados en los departamentos de Huánuco, distrito Chaglla (n= 1 caso fatal); departamento de San Martín, distrito Chazuta (n=

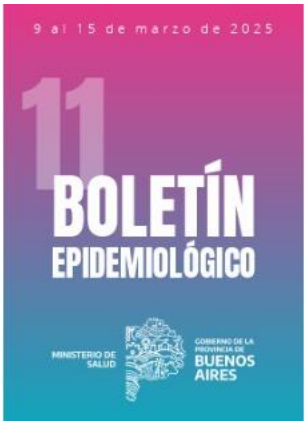
1 caso fatal), distrito Morales (n= 1 caso), distrito Pinto Recodo (n= 2 casos incluyendo un caso fatal) y distrito Saposoa (n= 1 caso), y el departamento de Amazonas, distrito el Cenepa (n=1 caso), distrito Imaza (n= 7 casos incluyendo dos casos fatales), distrito Nieva (n= 1 caso fatal) y distrito Rio Santiago (n= 3 casos incluyendo dos casos fatales). Los 18 casos confirmados corresponden a hombres de entre 18 y 83 años, que iniciaron síntomas entre el 15 de enero y el 12 de marzo del 2025. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales agrícolas y 72% no registran antecedente de vacunación contra fiebre amarilla.

Fuente: *https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americas-26-marzo-2025*

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

X. Boletines jurisdiccionales

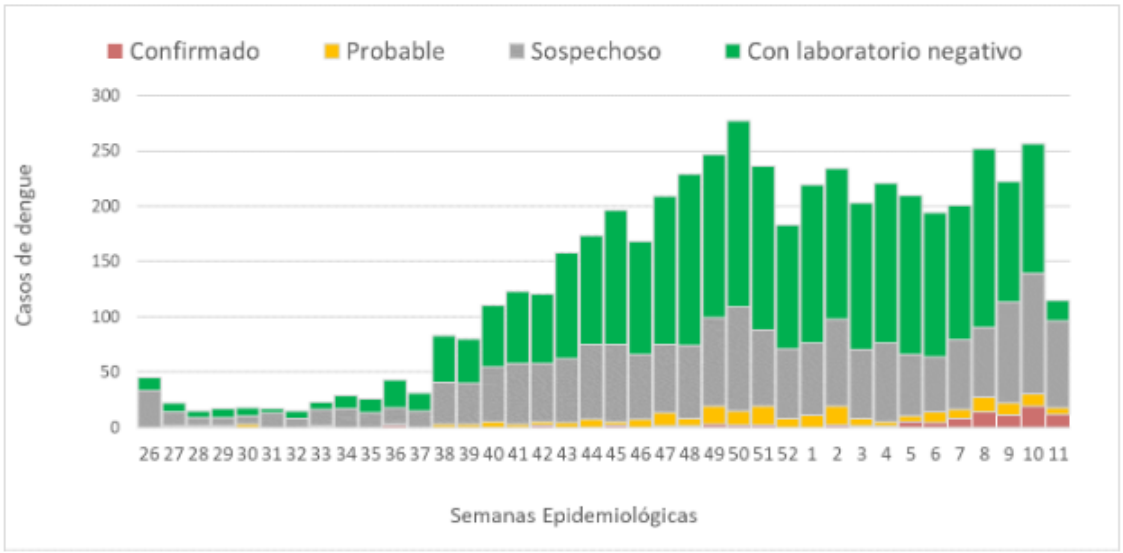
X.1. Buenos Aires: Arbovirosis



Desde la finalización de la última epidemia de dengue en la provincia en junio de 2024 (SE 25) y hasta el 15 de marzo (SE 11) se notificaron 5.221 casos compatibles con dengue de los cuales 93
fueron confirmados (72 autóctonos, 17 importados y 4 en investigación), 221 probables, 1.874 en estudio y 3.033 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 212 notificaciones semanales y una baja proporción de casos positivos en las últimas dos semanas (7,6%).

Casos notificados de dengue por semana epidemiológica. PBA, SE 26/2024 -SE 11/2025. n= 5.221



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

Para más información:

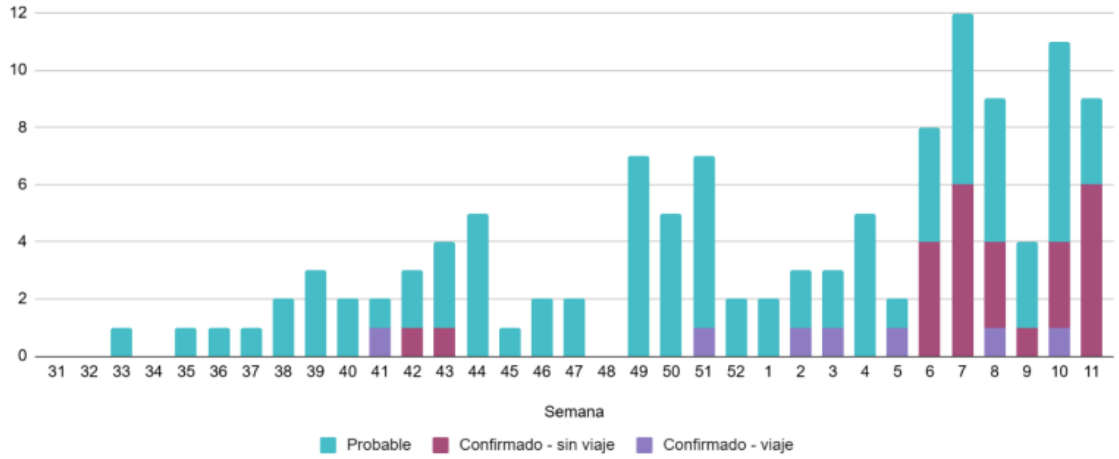
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

X.2. CABA: Dengue

A partir de la SE 42 DE 2024, hasta la SE 11 de 2025 (finalizada el 15 de marzo) se detectaron 32 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, 32 casos de dengue confirmado en CABA en la actual temporada, así 87 casos probables.

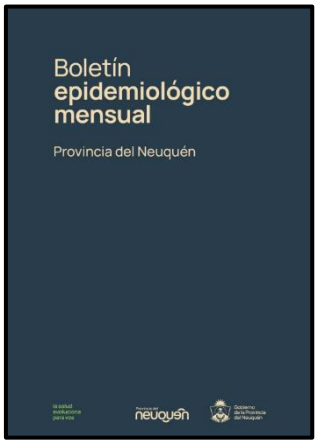
Casos confirmados y probables notificados Dengue notificados en el SNVS desde SE-31 hasta SE-11 según FIS, detalle. Residentes CABA. Temporada 2024/25 (N = 119)



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

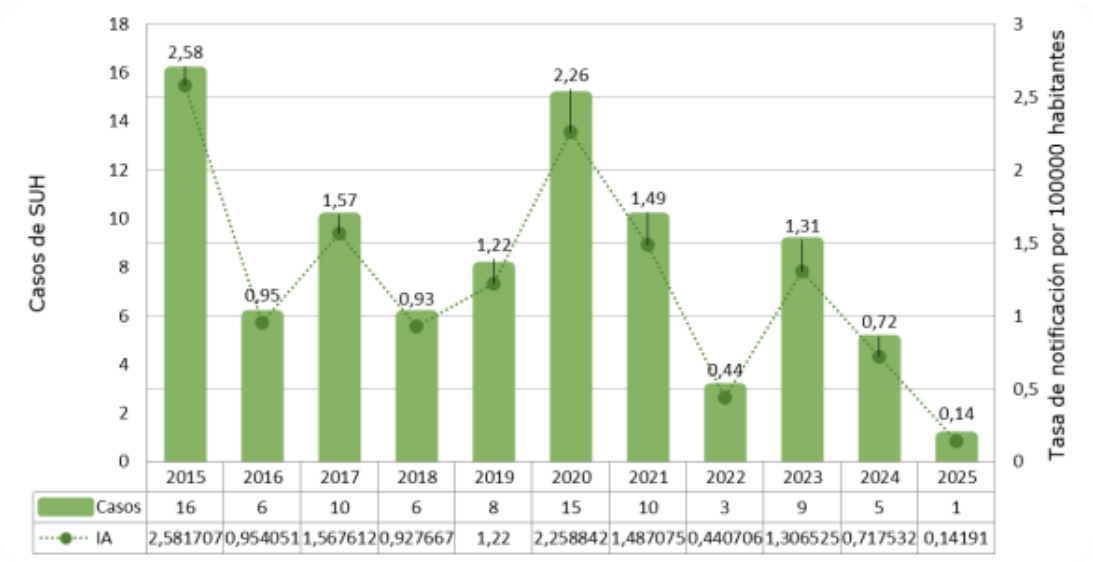
Para más información: https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2024-2025

X.3. Neuquén: Síndrome Urémico Hemolítico



Desde la SE 1/2015 a la SE 7/2025, en la Provincia del Neuquén se notificaron 89 (100%) casos de SUH. De los cuales 64(72%) casos corresponden al grupo etario de menores de 5 años. La vigilancia se realiza en todos los grupos etarios siendo los menores de 5 años el grupo de mayor incidencia. Con respecto a la distribución según edad, desde SE 1/2019 a 07/2025, los casos estuvieron distribuidos entre los grupos de edad pos neonato, de 13 a 24 meses, 2 a 4 años, de 5 a 9 años, de 10 a 14 años, de 20 a 24 años, y de 45 a 65 años. Con el 46 % de los casos en el grupo de 2 a 4 años, 26% en el grupo de 13 a 24 meses (76% en menores de 5 años), 17% en el grupo de 5 a 9 años y el 2% restante entre el grupo de 20 a 24 años y de 45 a 65 años respectivamente.

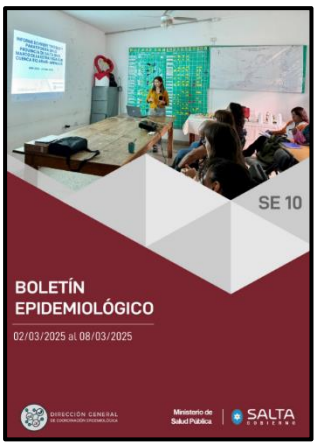
Casos e incidencia acumulada de SUH cada 100000 habitantes en población general.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, SNVS 2.0.

Para más información: https://salud.neuquen.gob.ar/informacion-sanitaria/epidemiologia/boletines-epidemiologicos/

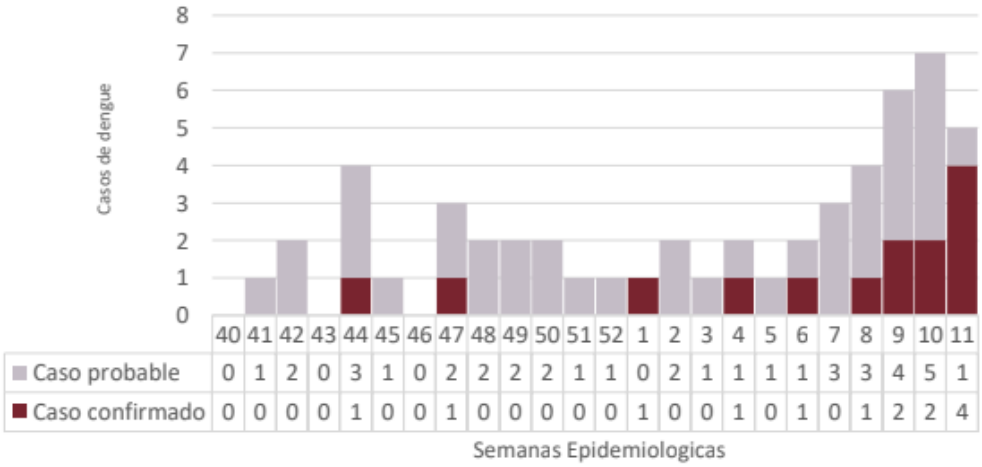
X.4. Salta: Dengue



En la provincia de Salta se inicia el periodo de vigilancia intensificada de Enfermedades Transmitidas por Mosquitos (ETM), que se extiende desde el 1 de octubre (SE40) hasta el 30 de mayo aproximadamente del siguiente año teniendo en cuenta la dinámica epidemiológica de las ETM. Hasta la SE 11/2025 se confirmaron 14 casos de dengue para la provincia de Salta (tasa de incidencia 0.94 casos cada 100.000 hab.)

Hasta SE 11 del año 2025, se reportaron 14 casos confirmados en la capital salteña, de los cuales 12 no poseen antecedentes de viaje, con identificación de serotipo DEN-1, y DEN-2 presentan antecedentes de viaje uno en la provincia de Córdoba y el otro en Tucumán sin tipificación de serotipo. La tasa de incidencia para el departamento Capital hasta la SE 11/2025 es de 2.00 casos de dengue por 100.000 hab.

Dengue: curva de casos confirmados y probables por semana epidemiológica. SE 40/2024 a SE 11/2025. provincia de salta.



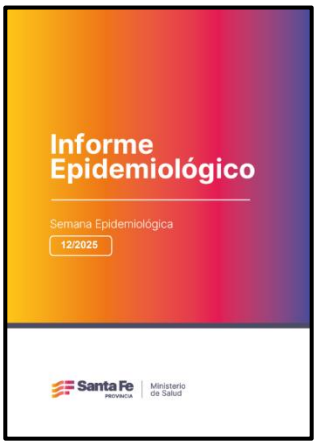
	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Caso probable	0	1	2	0	3	1	0	2	2	2	2	1	1	0	2	1	1	1	1	3	3	4	5	1
Caso confirmado	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	2	2	4

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

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

X.5. Santa Fe: Hepatitis A

En la provincia de Santa Fe, durante el año 2024 se notificaron 11 casos del evento: "Hepatitis A" de los cuales 9 se confirmados. En lo que va del año 2025, se notificaron 3 casos confirmados de "Hepatitis A". En la SE 5 del 2025 se notificó un caso confirmado de Hepatitis A, que corresponde a un niño oriundo de Bolivia. En la SE 12 se notificaron dos casos confirmados, entre 30 y 45 años, un hombre sin antecedentes de viaje, y el otro correspondió a una mujer oriunda y procedente de Costa Rica. La evolución de los 3 casos fue favorable.



Casos confirmados de "Hepatitis A" según departamento de residencia habitual. Provincia de Santa Fe. Año 2024 – 2025.

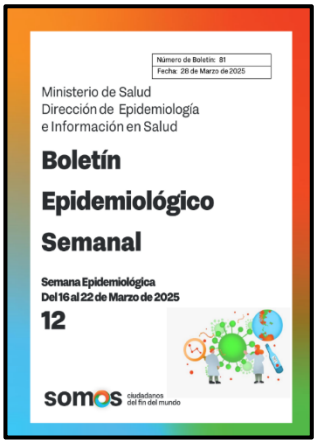
Departamento	Confirmados	
	2024	2025
Belgrano	-	-
Caseros	-	-
Castellanos	-	-
Constitución	-	-
Garay	-	-
General López	-	-
General Obligado	-	-
Iriondo	-	-
La Capital	1	-
Las Colonias	-	-
9 de Julio	-	-
Rosario	6	2
San Cristóbal	-	-
San Javier	-	-
San Jerónimo	-	1
San Justo	1	-
San Lorenzo	-	-
San Martín	-	-
Vera	1	-
Total	**9**	**3**

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

X.6. Tierra del fuego: Respiratorias

Hasta la semana epidemiológica (SE) 12 en 2025 se notificaron 409 casos de enfermedades respiratorias en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2024, se observa una disminución del 9.9% de los casos registrados a nivel provincial.



Respiratorias agrupadas 2024 y 2025

	SE 12 / Año 2024	SE 12 /Año 2025	% Variación interanual
Río Grande	193	182	⬇ -5.7
Tolhuin	73	58	⬇ -20.5
Ushuaia	188	169	⬇ -10.1
Tierra del Fuego	454	409	⬇ -9.9

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.

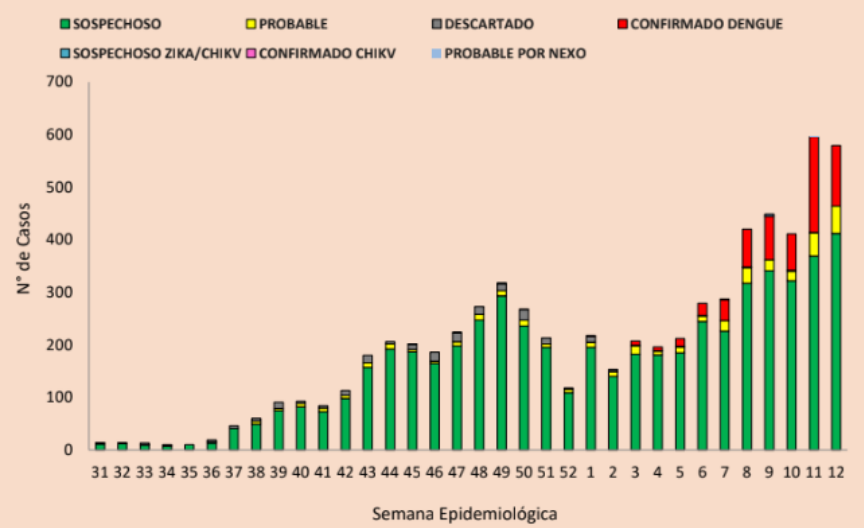
Para más información:

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

X.7. Tucumán: Síndrome Febril Agudo Inespecífico

Entre la SE 31 del 2024 y la SE 12 del 2025 se notificaron 6764 casos de SFAI, de los cuales 5573 son sospechosos (entre los cuales hay 32 casos sospechosos de dengue con antecedente de vacunación menor o igual a 30 días y 222 sospechosos no conclusivos), 619 confirmados, 367 son probables, 5 probables por nexo, 194 descartados, 4 sospechosos de ZIKAV/ CHIKV, 1 probable flavivirus y 1 caso confirmado de CHIKV. En la SE 12/2025 se notificaron 621 casos de SFAI en total: 433 casos sospechosos, 54 casos probables, 1 caso probable por nexo y 133 casos confirmados.

Curva epidémica de SFAI desde la SE 31 del 2024 hasta la SE 12 del 2025 (n= 6764).



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos del 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 **marzo** 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**
Marzo	Carbunco cutáneo	Laboratorio	Determinación	Se modificó la opción "Genoma viral de B. anthracis" por "Genoma de B. anthracis". Se adicionó la opción "Detección de toxina de B. anthracis" asociado a la técnica de PCR.
Cambio contemplado para ser utilizado únicamente por el Laboratorio Nacional de Referencia				
Marzo	Enfermedad Febril Exantemática-EFE (Sarampión/Rubéola)	Laboratorio	Técnica	Se adicionó la opción "ELISA de Captura (SOLO LNR)" asociada a la determinación "IgM anti sarampión"

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, Pseusoterranova, Hysterothlacium, Contracaecum)

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

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

XII. 1° Edición del Curso: “Vigilancia y notificación de dengue”

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

Modalidad Virtual Autoadministrada

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

Inicia el 2 de diciembre

Duración: 25 horas.

INSCRIPCIONES EN:

Consultas a: cursos.direpinacion@gmail.com

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

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