



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Nº 750

Semana epidemiológica 13
AÑO 2025
Desde 23/03 al 29/03
Fecha de publicación
07/04/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA



AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretaría de Gestión Sanitaria

Dr. Alejandro Alberto VILCHES

Subsecretaría de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dr. María Susana AZURMENDI

Dirección de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Autores de este boletín

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES

Sarampión: Federico M. Santoro¹, Tamara Wainzinger¹, M. Agustina La Regina Coce¹, Manuel Gonzalez Picasso¹, Julián Antman¹, Cecilia González Lebrero¹.

EVENTOS PRIORIZADOS

Dengue y otros arbovirus: Gabriela Fernández¹, Yasmin El Ahmed¹, Dalila Rueda¹, Federico M. Santoro¹, Silvina Moisés¹, Pilar Plantamura¹, Lucia Valenzuela Chanteford¹, Karina Chaves¹, Esteban Couto², Julieta Siches³, Lucía Maffey³, Julián Antman¹, Cintia Fabbri⁴, Victoria Luppo⁴, María Alejandra Morales⁴.

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

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

Informe especial Diarreas agudas: Paula Rosin¹, Mariel Caparelli¹, Ana Laura Parenti¹, Erika Yanina Ares¹, María Lourdes Aroca¹.

Informe especial Leishmaniasis Visceral Humana: Esteban Couto², Natalia Casas³, Alejandra Gaiano³, Celeste Castillo Pascual³, Cecilia González Lebrero¹, Julián Antman¹, Yasmin El Ahmed¹, Daniel Salomon², Tomás Orduna⁵

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES

Ignacio Di Pinto¹.

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

Abril Joskowicz¹, Soledad Castell¹.

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA

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

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

Compilación: Sebastián Riera¹, Franco Ormeño Mazzochi¹.

Coordinación General: Cecilia González Lebrero¹ y Julián Antman¹.

¹ Dirección de Epidemiología.

² Instituto Nacional de Medicina Tropical.

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

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

⁵ Consultor externo del Ministerio de salud.

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:

Nuestro Calendario Nacional de Vacunación contempla que todos los niños, a los 12 meses y a los 5 años, reciban la vacuna triple viral que protege contra el sarampión, la rubéola y las paperas. Asimismo, es imprescindible que todos los mayores de 5 años, adolescentes y personas adultas cuenten con dos dosis de la vacuna Doble o Triple Viral. Foto tomada del banco de imágenes del Ministerio de Salud de la Nación.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°750, SE 13.

I. Editorial del BEN 747

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

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

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

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

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

¡Hasta la próxima!

Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología

II. Sobre este BEN

Este número del Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) continúa fortaleciendo su rol como instrumento técnico, federal y dinámico, orientado a acompañar los desafíos cotidianos de la salud pública en Argentina. A través del análisis actualizado de eventos de notificación obligatoria, situaciones emergentes, eventos priorizados y temas seleccionados por su relevancia sanitaria, el BEN ofrece información robusta para orientar decisiones oportunas en los distintos niveles del sistema de salud.

En esta edición, se continúa presentado la información consolidada de 80 eventos de notificación obligatoria (ENO), con datos notificados por todas las jurisdicciones del país. Las tablas incluidas permiten una lectura comparativa con años previos y están acompañadas por una nota metodológica que detalla los criterios utilizados en su construcción, favoreciendo así su adecuada interpretación y uso.

Dentro de las situaciones epidemiológicas emergentes, se actualiza el seguimiento del brote de sarampión, incorporando la situación mundial, regional y nacional, con el apartado sobre los casos notificados y confirmados en Argentina durante 2025. Además, se incluyen recomendaciones actualizadas tanto para la comunidad como para los equipos de salud, con especial atención a las medidas ante casos y contactos.

El boletín mantiene su enfoque prioritario en la vigilancia de arbovirus, especialmente dengue. Se presenta la evolución histórica y actual, la distribución geográfica por región y jurisdicción, el análisis por serotipos, y se profundiza en el evento "dengue durante el embarazo" y en los indicadores de gravedad y mortalidad. Asimismo, se actualiza la situación de otros arbovirus, incluyendo fiebre amarilla, junto con los últimos datos de vigilancia entomológica e indicadores de riesgo, construyendo una mirada integral sobre esta problemática.

La vigilancia de infecciones respiratorias agudas se actualiza con los datos disponibles hasta la semana epidemiológica 12 de 2025, abordando tanto la vigilancia clínica (ETI, neumonía y bronquiolitis) como la laboratorial, incluyendo la red centinela y la vigilancia universal de virus respiratorios. Se destacan los aportes de las Unidades de Monitoreo Ambulatorio y de la Red Nacional de Vigilancia Centinela de IRAG.

En la sección de actualización periódica, se incorporan dos informes epidemiológicos: diarreas agudas y leishmaniasis visceral. Se analiza en general la situación nacional y regional, la notificación de los casos y las medidas preventivas y de control recomendadas.

Este BEN también incluye alertas y comunicaciones internacionales que permiten anticipar escenarios de riesgo y reforzar la preparación local. Entre ellas se encuentran la situación actual del sarampión en Estados Unidos, una alerta sobre fiebre amarilla en la región de las Américas y un análisis de la enfermedad de manos, pies y boca.

Se destacan, además, contenidos provenientes de boletines jurisdiccionales recientes que reflejan la actividad sostenida de vigilancia en distintas provincias, abordando temas como arbovirosis, diarreas, síndrome febril inespecífico y otros eventos de interés regional.

Finalmente, se presentan nuevas herramientas y recursos para el fortalecimiento de la vigilancia, incluyendo actualizaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0, información sobre enteroparasitosis, novedades sobre la Residencia Nacional en Epidemiología y el Concurso de Ingreso 2025, y el anuncio de las próximas ediciones de los cursos virtuales "Vigilancia y notificación de dengue" e "Introducción al SNVS 2.0".

Contenido

I. Editorial del BEN 747	5
II. Sobre este BEN	6
TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS	3
III. Tablas de ENO seleccionados	4
III.1. Introducción	4
III.2. Nota metodológica	4
III.2.A. Sobre la construcción de las tablas	4
III.2.B. Notas adicionales a tener en cuenta	5
III.3. Eventos nominales confirmados	6
III.4. Eventos nominales notificados y confirmados	6
III.5. Eventos agrupados clínicos	7
III.6. Eventos agrupados laboratoriales	8
III.6.A. Sobre la construcción de esta tabla	8
SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES.....	10
IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión	11
IV.1. Introducción	11
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional	11
IV.3. Situación actual en Argentina	13
IV.3.A. Casos confirmados de sarampión en Argentina - 2025	15
IV.4. Recomendaciones para la comunidad	18
IV.5. Recomendaciones para los equipos de salud	18
IV.5.A. Vigilancia epidemiológica	18
IV.5.B. Medidas de prevención	19
IV.5.C. Medidas ante casos y contactos	20
EVENTOS PRIORIZADOS.....	22
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	23
V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus	23
V.1.A. Subregión Cono Sur	23
V.2. Situación de dengue en Argentina	26
V.2.A. Situación histórica	26
V.2.B. Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras arbovirosis	28
V.2.C. Temporada actual	28
V.2.D. Distribución según región, jurisdicción y departamento	30
V.2.E. Situación según serotipos circulantes	34
V.2.F. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo”	35
V.2.G. vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue	36
V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus	37
V.3.A. Situación epidemiológica de fiebre amarilla en argentina	38
V.3.B. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición	39
V.3.C. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) -SE10 (2025)	39
V.3.D. Vigilancia entomológica por índices larvarios	43
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	45
VI.1. Nota Metodológica	45
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	45
VI.2.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	46
VI.2.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados	46
VI.2.C. Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios	46
VI.3. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados	47
VI.3.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI	47
VI.3.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG	50
ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS	53
VII. Diarreas Agudas - Informe epidemiológico	54
VII.1. Introducción	54
VII.2. Diarreas agudas en Argentina	54

VII.2.A.	Nota metodológica	54
VII.3.	Situación Nacional actual	55
VII.4.	Situación nacional según regiones	56
VII.5.	Notificación de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), agua y vía fecal-oral	58
VII.6.	Medidas preventivas	59
VII.7.	Medidas ante casos y contactos	60
VII.8.	Medidas ante brotes	60
VIII.	Leishmaniasis visceral humana - Actualización informe epidemiológico	62
VIII.1.	Introducción	62
VIII.2.	Descripción clínico-epidemiológica de la leishmaniasis visceral	62
VIII.3.	Situación regional de la Leishmaniasis visceral	63
VIII.4.	Leishmaniasis Visceral Humana en Argentina	65
VIII.4.A.	Nota metodológica	65
VIII.4.B.	Marco histórico	66
VIII.4.C.	Situación epidemiológica periodo 2019 - 2024	67
VIII.4.D.	Situación epidemiológica año 2025	69
VIII.5.	Recomendaciones	69
VIII.5.A.	Prevención	69
VIII.6.	Medidas ante casos y contactos	70
VIII.7.	Medidas ante brotes	71
VIII.8.	Conclusiones	71
VIII.9.	Acerca de este informe	71
VIII.9.A.	Objetivos de la vigilancia	71
ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES		73
IX. Introducción		74
IX.1.	Sarampión -Estados Unidos de América	75
IX.2.	Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas	76
IX.3.	Alerta epidemiológica Enfermedad de manos, pies y boca	78
IX.3.A.	Enfermedad de manos, pies y boca	78
IX.3.B.	Antecedentes	78
IX.3.C.	Resumen de la situación en la Región de las Américas	79
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES		80
X. Boletines jurisdiccionales		81
X.1.	Buenos Aires: Arbovirosis	81
X.2.	Chubut: Diarreas	82
X.3.	Mendoza: Diarreas	83
X.4.	Santa Fe: Dengue	84
X.5.	Tierra del fuego: Diarreas	85
X.6.	Tucumán: Síndrome Febril Agudo Inespecífico	86
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA		87
XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0		88
XI.1.	Información relevante: enteroparasitosis	88
XII. Residencia Nacional en Epidemiología y el Concurso de Ingreso 2025.		90
XII.1.A.	Información detallada sobre la residencia:	90
XII.1.B.	Charlas informativas:	90
XII.1.C.	Profesiones habilitadas a concursar:	90
XII.1.D.	Publicación de información definitiva del Concurso Unificado:	90
XIII. 1º Edición del Curso: "Vigilancia y notificación de dengue"		91
XIV. 4º Edición del Curso Virtual "Introducción al SNVS 2.0"		92

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**, contruidos a partir del conteo de casos según grupo de edad y componente clínico.
- **Cuarta tabla:** muestra 5 **eventos agrupados laboratoriales**, basados en el conteo de casos por grupo etario, considerando muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como las que resultaron positivas.

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

III.2. Nota metodológica

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

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

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

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

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

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

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

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

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

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

III.3. Eventos nominales confirmados

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

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-13. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-13	2025 Acumulados SE 1-13	Diferencias 2025 con mediana 2020- 2024	
				Absoluta	%
Enf. prevenibles por vacunas	Parotiditis	57	237	180	316%
Enf. Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	2	2	N/ A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	51	49	-2	-4%
Enf. zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	2.223	4.836	2.613	118%
	Araneísmo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	138	185	47	34%
	Araneísmo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	60	64	4	7%
	Araneísmo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	2	2	0	0%
	Cisticercosis	1	4	3	300%
	Escorpionismo o Alacranismo	1.813	3.249	1.436	79%
	Ofidismo- Género Bothrops (Yarará)	186	355	169	91%
	Ofidismo- Género Crotalus (cascabel, mbói- chiní)	9	27	18	200%
	Ofidismo- Género Micrurus (Coral)	3	12	9	300%
	Brucelosis	24	29	5	21%
	Hantaviriosis	21	20	-1	-5%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	7	4	133%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	377	392	15	4%
	Intoxicación/ Exposición a hidrocarburos	4	4	0	0%
	Intoxicación/ Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	1	13	12	1200%
	Intoxicación/ Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	0	13	13	N/ A
	Intoxicación/ Exposición a Plomo	0	0	0	N/ A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	2.982	2.760	-222	-7%
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	222	222	N/ A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	155	155	N/ A
Pandrogresistencia	Pandrogresistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/ A
	Pandrogresistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/ A
	Pandrogresistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/ A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	2.349	3.323	974	41%

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 1-13. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-13		2025 Acumulados SE 1-13		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enf. prevenibles por vacunas	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	136	1	1.630	17	1.494	1099%	16	1600%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	136	0	1.630	0	1.494	1099%	0	N/ A
	Meningitis- Meningoencefalitis	457	233	667	208	210	46%	-25	-11%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomieltitis	33	0	25	0	-8	-24%	0	N/ A
Enf. Transmisibles por vectores	Dengue	23.502	13.423	27.580	6.887	4.078	17%	-6.536	-49%
	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	504	0	-4	-1%	0	N/ A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	55	17	73	26	18	33%	9	53%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	605	22	757	65	152	25%	43	195%
	Psitacosis	104	25	287	81	183	176%	56	224%
ETMI - Enf. del niño	Chagas agudo congénito	347	16	356	18	9	3%	2	13%
	Sífilis Congénita	694	243	235	226	-459	-66%	-17	-7%
	Hepatitis B - Exposición a la transmisión vertical	0	0	0	0	0	N/ A	0	N/ A
ETMI - Enf. en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	635	649	414	388	-221	-35%	-261	-40%
	Sífilis en embarazadas	2.359	2.192	2.678	2.697	319	14%	505	23%
	Hepatitis B en embarazadas	0	15	35	7	35	N/ A	-8	-53%
Hepatitis virales	Hepatitis A	32	7	84	45	52	163%	38	543%
	Hepatitis B	633	149	766	171	133	21%	22	15%
	Hepatitis C	576	297	562	342	-14	-2%	45	15%
	Hepatitis E	9	1	7	1	-2	-22%	0	0%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	5.917	5.320	11.448	10.435	5.531	93%	5.115	96%
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	56	9	56	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 1-13, 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-13	2025 Acumulados SE 1-13	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmitidas por alimentos	Diarrea	228.650	200.511	- 28.139	- 12%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	583	437	- 146	- 25%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	161	86	- 75	- 47%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	9.707	6.396	- 3.311	- 34%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	168.865	111.934	- 56.931	- 34%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	9.976	8.185	- 1.791	- 18%
	Neumonía (sin especificar)	14.383	9.732	- 4.651	- 32%
Lesiones	Siniestros viales - Peatón	0	1.110	1.110	N/ A
	Siniestros viales - Ciclista	0	886	886	N/ A
	Siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	6.390	6.390	N/ A
	Siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	0	445	445	N/ A
	Siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	0	1.476	1.476	N/ A
	Mordedura de perro en la vivienda	2	1.538	1.536	N/ A
	Mordedura de perro sin especificar	18	7.928	7.910	N/ A
	Mordedura de perro desconocido en la vía pública	1	1.596	1.595	N/ A
	Mordedura de perro conocido en la vía pública	3	661	658	N/ A
	Electrocución	0	192	192	N/ A
	Atragantamiento	0	224	224	N/ A
	Caidas y golpes	0	15.726	15.726	N/ A
	Cortes y quemaduras	0	6.437	6.437	N/ A
	En el hogar sin especificar	0	9.104	9.104	N/ A
	Ahogamiento por inmersión	0	170	170	N/ A
	Otras en el hogar	0	6.200	6.200	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 1-13. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-13		2025 Acumulados SE 1-13		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	984	61	729	43	-255	-26%	-18	-30%
	Infección por Mycoplasma genitalium	173	3	193	6	20	12%	3	100%
	Infección por Mycoplasma hominis	630	54	608	86	-22	-3%	32	59%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	4.173	153	1.068	80	-3.105	-74%	-73	-48%
	Infección por Trichomonas vaginalis	7.345	663	3.189	453	-4.156	-57%	-210	-32%

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

SITUACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS
EMERGENTES

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

IV.1. Introducción

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

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

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

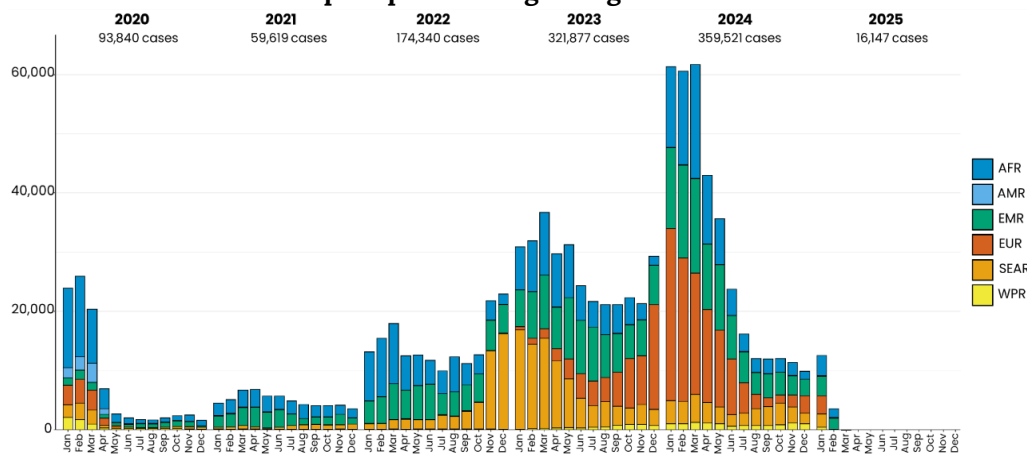
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional

En los años 2023 y 2024 se observa un aumento de casos de sarampión a nivel mundial, respecto al año 2022. En 2025, entre la SE 1 y la SE 11, en la Región de las Américas, 507 casos han sido confirmados, incluyendo dos defunciones⁵.

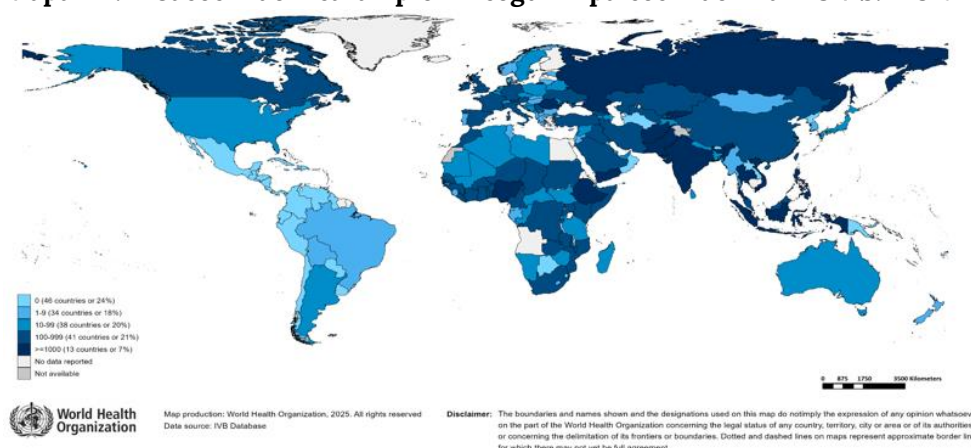
Según el CDC⁶, hasta el 3 de abril del 2025, 22 jurisdicciones (Alaska, California, Colorado, Florida, Georgia, Kansas, Kentucky, el estado de Nueva York, la Ciudad de Nueva York, Maryland, Michigan, Minnesota, Nueva Jersey, Nuevo México, Oklahoma, Ohio, Pensilvania, Rhode Island, Tennessee, Texas, Vermont y Washington) notificaron un total de 607 casos de sarampión. En el 2025, se han notificado 6 brotes (definidos como 3 o más casos relacionados) y el 93% de los casos (567 de 607) 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>

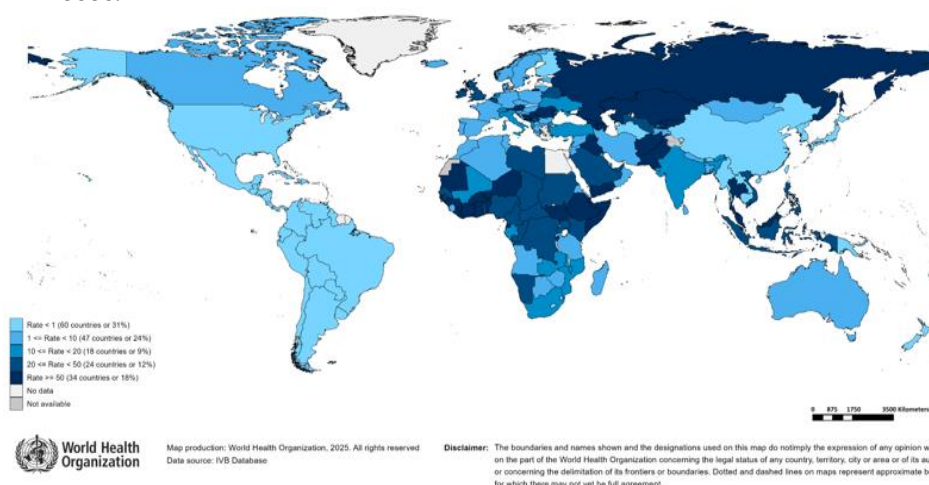
⁶ <https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html>

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 04/04/2025)

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 04/04/2025)

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 04/04/2025)

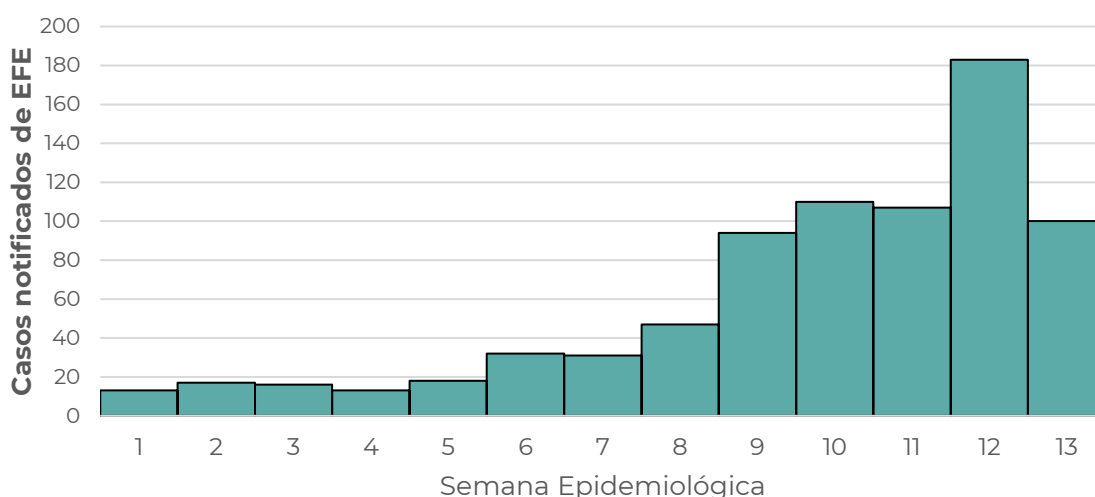
IV.3. Situación actual en Argentina

Durante el 2025 en Argentina se registraron 781 notificaciones 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 aumento aún más considerable en la semana 12.

A la fecha, han sido confirmados 10 casos de sarampión en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 8 casos en la provincia de Buenos Aires, sumando un total de 18 casos confirmados en el país. Tres casos del total son casos importados, nueve de los casos son contactos relacionados a los casos importados.

Tres casos confirmados en las últimas semanas continúan bajo investigación epidemiológica para establecer posible nexos con las cadenas de transmisión de casos importados.

Gráfico 1. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE13 de 2025. N= 781



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

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

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

- 1) Al menos el 80% de los casos sospechosos reciben investigación adecuada.
- 2) Al menos en el 80% de los casos sospechosos se obtienen muestras de suero adecuadas.

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

- 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 rubéola 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.

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 SE13 de 2025⁸.

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	8	429	2,3	94	367
CABA	10	204	6,6	16	62
Catamarca	0	2	0,5	2	9
Chaco	0	3	0,2	6	25
Chubut	0	10	1,5	3	13
Córdoba	0	28	0,7	20	79
Corrientes	0	1	0,1	6	23
Entre Ríos	0	17	1,2	7	29
Formosa	0	1	0,2	3	13
Jujuy	0	3	0,4	4	16
La Pampa	0	5	1,3	2	7
La Rioja	0	0	0,0	2	8
Mendoza	0	31	1,5	11	42
Misiones	0	0	0,0	7	27
Neuquén	0	0	0,0	4	14
Río Negro	0	0	0,0	4	16
Salta	0	7	0,5	8	30
San Juan	0	6	0,7	4	16
San Luis	0	3	0,6	3	11
Santa Cruz	0	4	1,0	2	8
Santa Fe	0	14	0,4	19	73
Santiago del Estero	0	2	0,2	5	21
Tierra del Fuego	0	0	0,0	1	4
Tucumán	0	11	0,6	9	36
Total país	18	781	1,6	242	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).

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.

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 4 de abril a partir de la tasa anual de 2×100.000 . Así, la provincia de Buenos Aires, en todo el año debería alcanzar las 367 notificaciones y en la actualidad cumplir con al menos 94. Por este motivo, las 429 que se constatan en esta jurisdicción (en verde) están por encima de lo esperado. De hecho, al igual que CABA, ambas jurisdicciones superaron las notificaciones de todo el año. Por encima de lo esperando también se encuentran: Chubut, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Mendoza, San Juan, Santa Cruz y Tucumán. Las provincias de Catamarca y San Luis 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, Corrientes, Formosa, Jujuy, Salta, Santa Fe y Santiago del Estero.

Por último, la cuarta situación (rojo): cinco jurisdicciones no presentan sospechas de EFE en lo que va del año, sea que debería ser al menos una notificación (Tierra del Fuego) o siete (Misiones). De esta manera, junto con estas dos jurisdicciones, no hay sospecha en 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 18 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 10 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. Cinco 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):

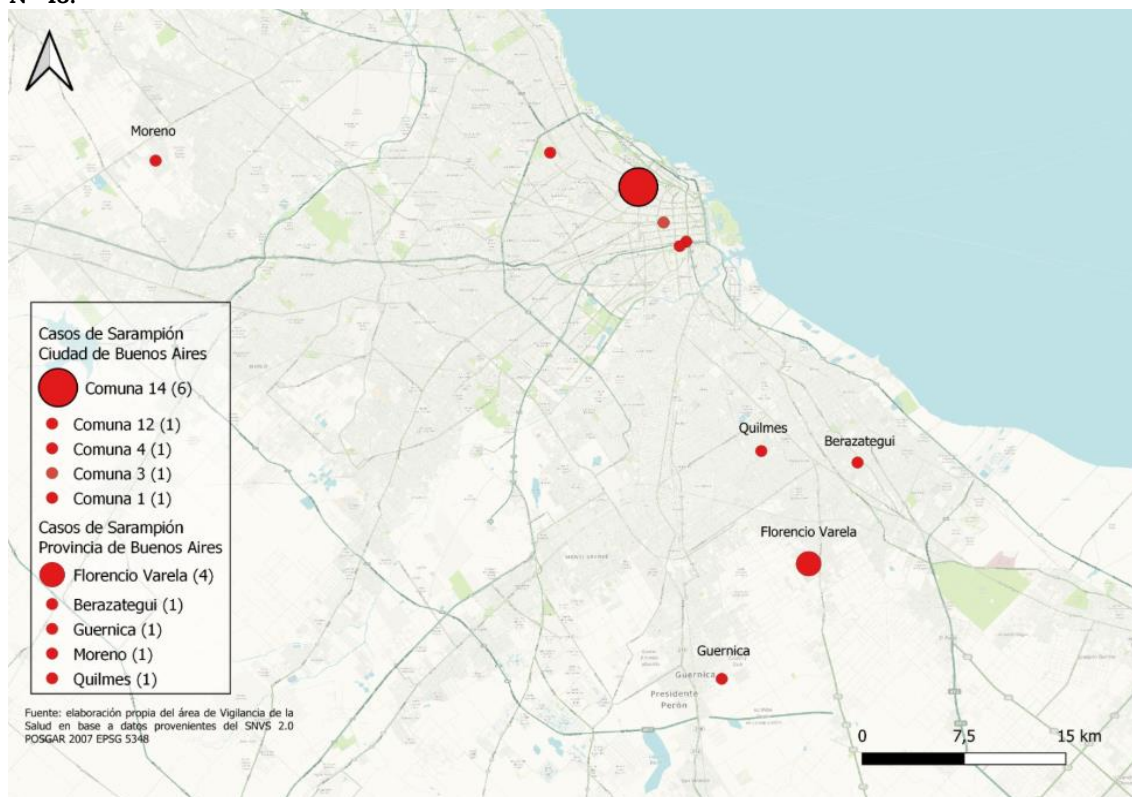
Se han confirmado 8 casos. De estos, seis presentan vínculos epidemiológicos claros con los casos de CABA o entre sí.

- 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 nexos establecidos. 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.

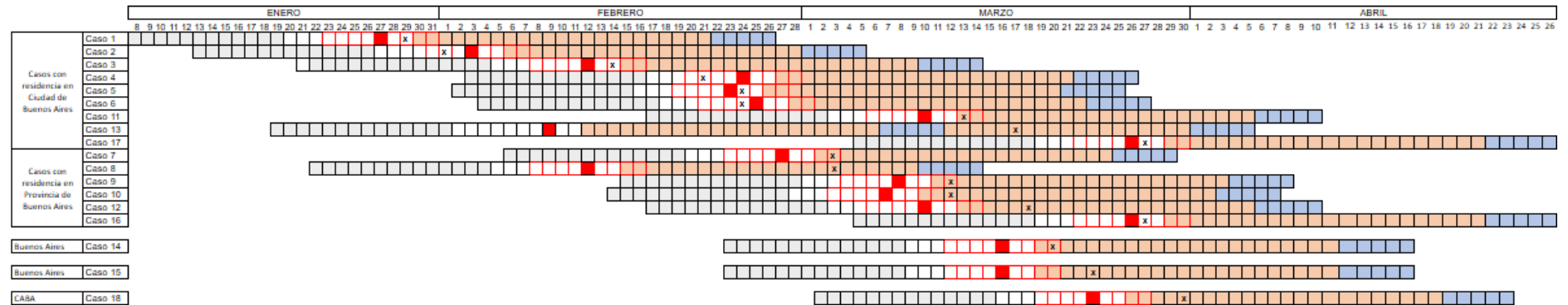
Mapa 1. Distribución espacial de los casos confirmados de Sarampión durante el 2025. AMBA. Argentina. N= 18.



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. Los casos referidos en las últimas líneas (casos 14, 15 y 18) separados del resto se tratan de casos en donde no se pudo establecer contacto con casos confirmados de las cadenas de transmisión de casos importados y se encuentran en investigación para encontrar fuente de infección.

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

- Busqueda de fuente de infección
- Probable aparición de casos secundarios
- Fecha de inicio de exantema
- Período de transmisibilidad
- Período de seguimiento de contactos
- x Día de confirmación

Dos de los casos requirieron internación por neumonía, los demás casos fueron manejados de manera ambulatoria y todos evolucionaron 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 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 obligatoria⁹.

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 $>38^{\circ}\text{C}$) y exantema, independientemente del antecedente vacunal, o bien que un personal de salud sospeche sarampión o rubéola.

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

IV.5.B. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

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

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

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

Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:

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

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

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

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 epidemiologia@msal.gov.ar

IV.5.C. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Medidas ante casos SOSPECHOSOS y/o CONFIRMADOS:

- ✓ Instaurar medidas de aislamiento respiratorio: uso de barbijo para la persona con sintomatología y para acompañantes para la circulación y atención dentro de la institución.
 - ✓ Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios.
 - ✓ 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 a 72 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 sarampiñoso.
 - Contactos menores de 6 meses de edad, gestantes sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y severamente inmunosuprimidas (independientemente del antecedente de vacunación) deberán recibir Inmunoglobulina de pool dentro de los 6 días de contacto. La inmunoglobulina se aplica por vía intramuscular, la dosis recomendada es de 0.25 ml/kg. En personas inmunocomprometidas, la dosis es de 0,5 ml/kg (dosis máxima 15 ml).
- ✓ 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**

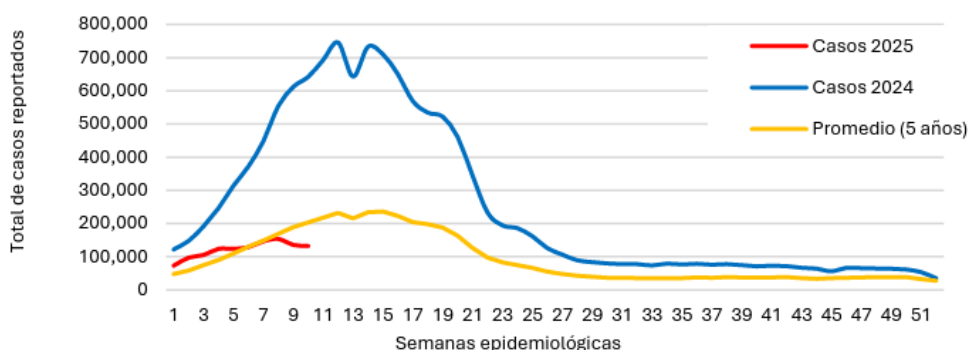
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

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 10, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 28 de marzo.

A la semana epidemiológica (SE) 10 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 1,220,665 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 120 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 67% en comparación al mismo periodo del 2024 y de 0.2% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE10.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 10 en 2025, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

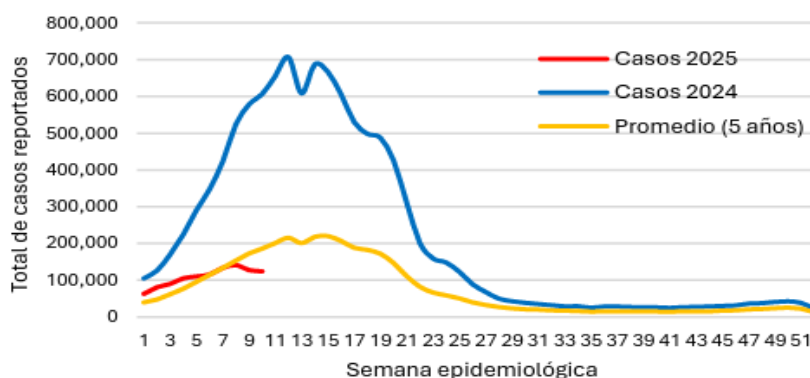
De los 1,220,665 casos de dengue reportados en las Américas, 436,809 casos (36%) fueron confirmados por laboratorio y 1,478 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 434 muertes por dengue, para una letalidad del 0.036%. Catorce países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 10. Estos países registran en conjunto 132,163 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 10. Del total de casos registrados en la SE 10, 88 fueron casos de dengue grave (0.1%) y se reportaron 17 muertes para una letalidad de 0.013%.

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.

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 124,024 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 10. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 68% en comparación con la misma semana del 2024 y un incremento de 1% con respecto al promedio de los últimos 5 años (Gráfico 6). Los casos reportados esta semana por Argentina presentan un incremento de 43% y Paraguay de 25% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

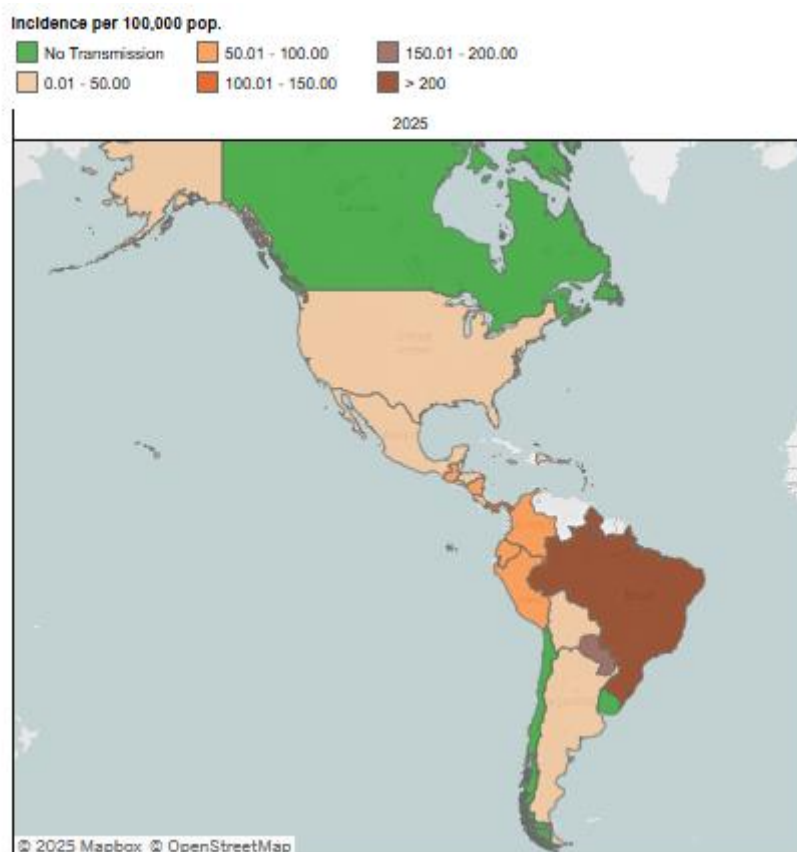
Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 10, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

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

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



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

NOTA METODOLÓGICA:

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

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

actualizada al 03/04/2025 en países regionales seleccionados¹¹. Además, se incluye información de la actualización epidemiológica de Oropouche en la Región de las Américas¹².

Brasil: hasta la SE 13/2025, se han reportado 1.401.943 casos de dengue, con 451 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 82.075 casos, un 66% menos que lo registrado durante el mismo período de 2024, con 48 fallecidos para este evento. En cuanto a zika, hasta la SE 12/2025 se reportaron 5.517 casos, un 72% menos en comparación a la misma semana de 2024, sin registro de fallecimientos. En cuanto a Oropouche, durante 2024 se notificaron 13.785 casos confirmados, incluidas cuatro defunciones. El mayor número de casos se registró en los primeros meses del año, seguido de un descenso progresivo que se mantuvo hasta la SE 40, continuando con una tendencia ascendente a partir de la SE 43/2024. Hasta la SE 11/2025 se han notificado 6.682 casos, un 48% más que lo registrado en el mismo período de 2024.

Bolivia: hasta la SE 8/2025, se han reportado 5.459 casos de dengue, un 55% menos que a la misma semana de 2024, sin fallecidos registrados para este evento. En cuanto a chikungunya, hasta la misma semana, se registraron 77 casos, lo que representa un descenso del 48% en comparación con la SE 8/2024. Asimismo, hasta la SE 13/2025 se notificaron 106 casos de zika, un 15% 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 12/2025, se han reportado 11.678 casos de dengue, un 94% menos que a la misma semana de 2024, sin fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, hasta la misma semana se notificaron 3 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 12/2024 se habían reportado 2 casos.

Perú: hasta la SE 12/2025, se han notificado 22.395 casos de dengue, un 78% menos que el mismo periodo de 2024, con 26 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.

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.

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-america-11-febrero-2025>
<https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-por-virus-oropouche>

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

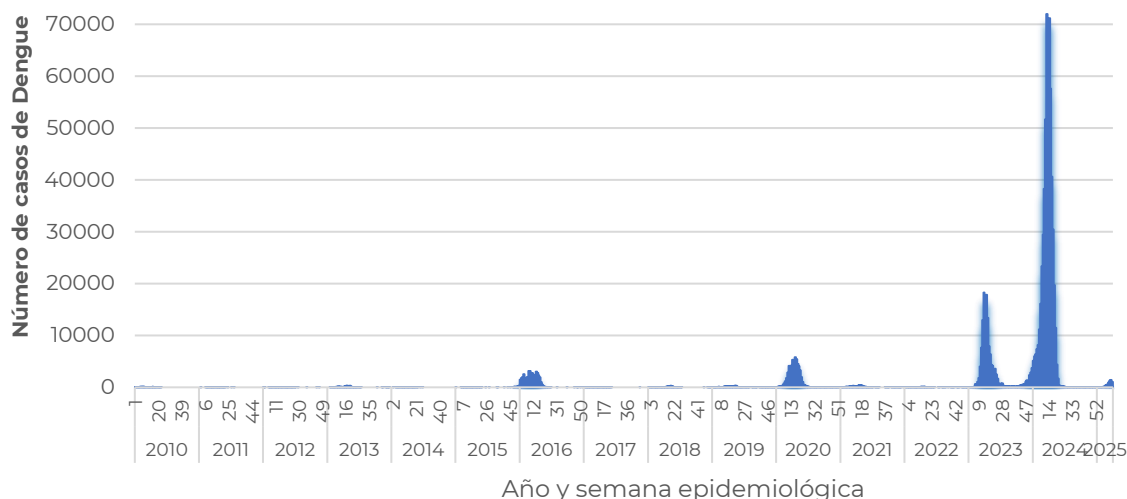
V.2. Situación de dengue en Argentina

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 Inter epidémicos, 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-SE13/2025. Argentina. N=851.446

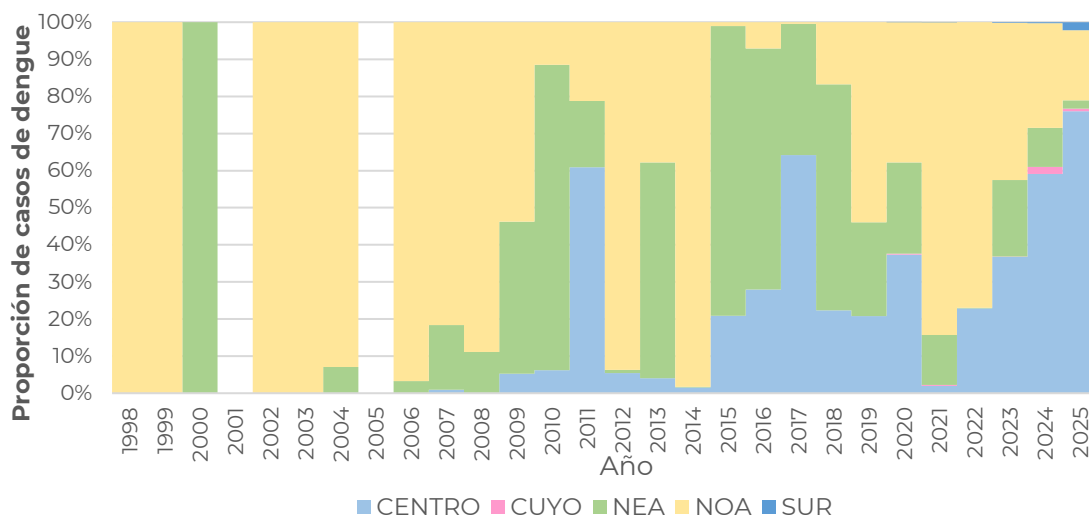


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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.

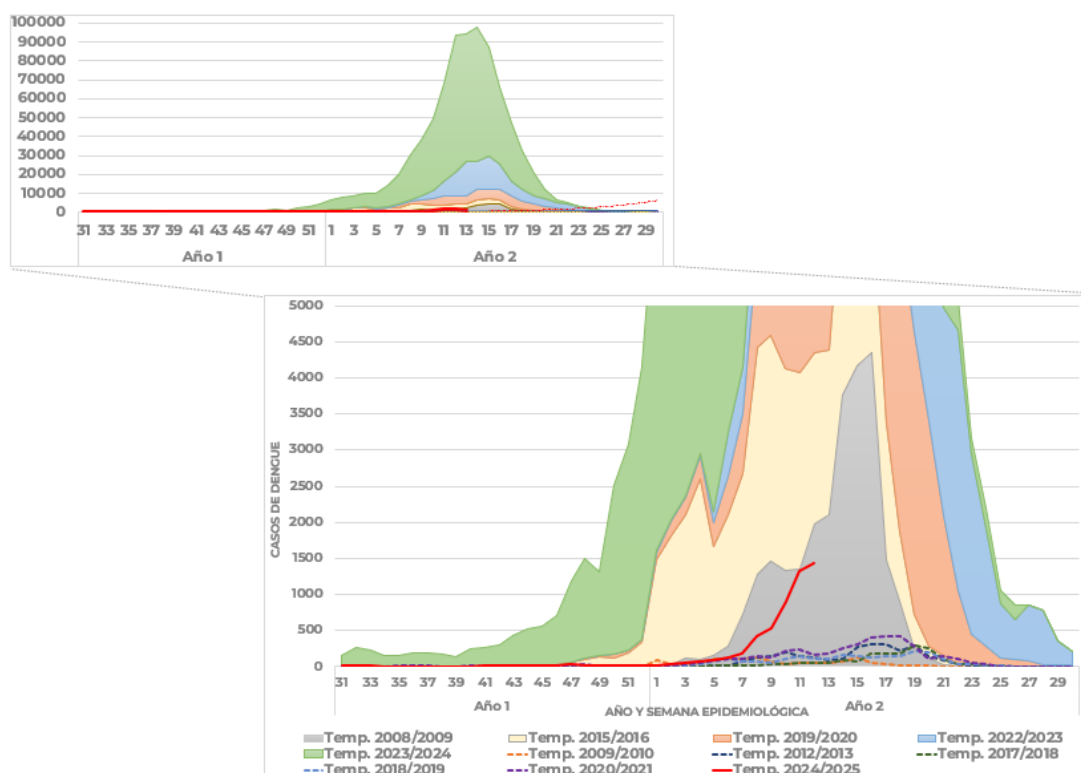
Gráfico 5. Dengue: distribución porcentual por región de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998- 2025.



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 SE12/2025. 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 SE13/2025), se notificaron en Argentina 50.551 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 4264 fueron confirmados por laboratorio. Como se puede observar en la Tabla 1, un total de 4153 casos no registraron antecedentes de viaje (98%). Se confirmaron además 4 casos asociados a trasplante de órganos en Buenos Aires, CABA y Santa Fe. Se registraron 136¹³ casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas¹⁴. Se

¹³ Durante la SE13, se modificaron la notificación de casos con antecedente de vacunación contra el dengue registrándose una modificación en el total con respecto a semanas previas.

¹⁴ En los casos que cuentan con antecedente de vacunación reciente, un resultado positivo por métodos confirmatorios puede deberse a una transmisión vectorial (infección aguda) o infección por virus salvaje o vacunal. Por lo tanto, aquellos casos vacunados de menos de 30 días se deberán considerar como sospechosos a los efectos de la vigilancia epidemiológica, y por lo tanto desencadenar las medidas de prevención y control pertinentes, pero no se recomienda realizar en ellos pruebas para el estudio etiológico, excepto en casos graves y fatales. Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorio de Dengue y otros Arbovirus. Dirección de Epidemiología. Noviembre 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

confirmaron 111 casos con antecedente de viaje a Brasil, Cuba, México, Venezuela, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Colombia.

Durante la SE13/2025 (según fecha de notificación al SNVS¹⁵), se notificaron 3656 casos sospechosos¹⁶ de los cuales 554 se confirmaron y 164 fueron clasificados como casos probables donde el 82% 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 14 casos cada 100.000 habitantes¹⁷. En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada fue la de la región NOA con 20 casos cada 100.000 habitantes, seguida por Centro con 16, NEA con 8, Sur con 4 y Cuyo con 2. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 74% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las Regiones NOA con el 18%, NEA con el 5%, Sur con el 2% y Cuyo con el 1%.

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

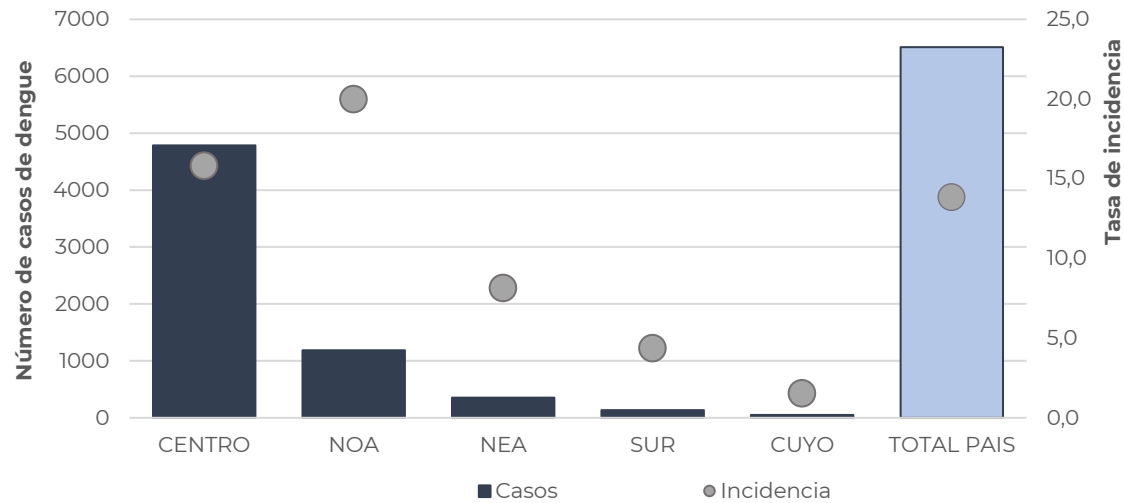
- Hasta la SE52 se notificaron 13 casos en promedio por semana, cuyo rango oscila entre 5 y 28. Si bien se observan sutiles oscilaciones asociadas al aumento/descenso de casos, la curva mantiene una tendencia estable sin variaciones sustanciales en el comportamiento epidemiológico.
- A partir de la SE1, 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 1436 (SE12), con un promedio de casos de 480.
- 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.

¹⁵ Fecha de apertura

¹⁶ Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

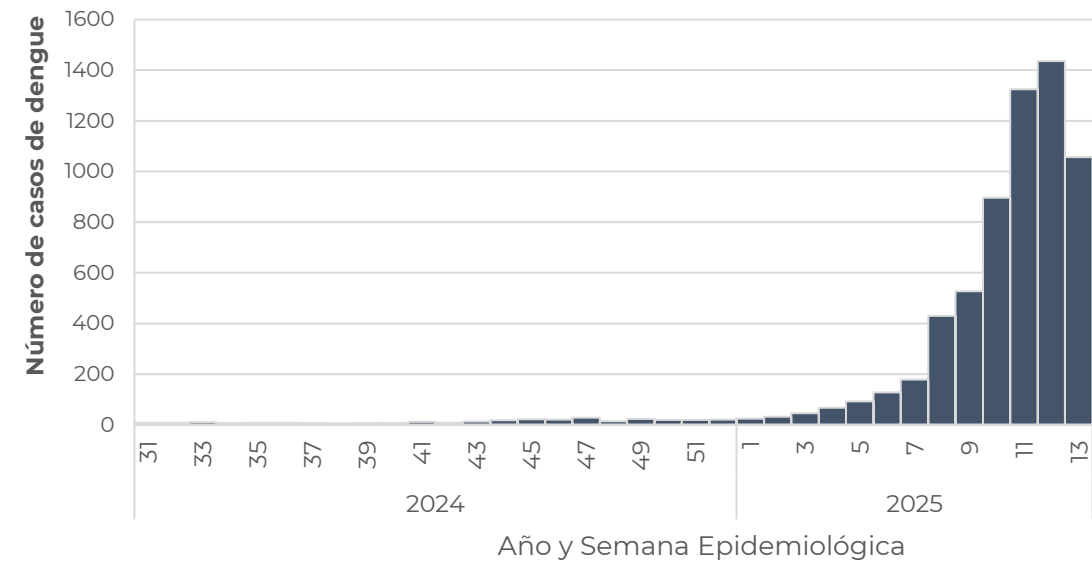
¹⁷ Para el cálculo de la incidencia, se utiliza como referencia la población proyectada para 2024, basada en el Censo de 2010.

Gráfico 7. Dengue: Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab según Región. SE31/2024 a SE13/2025. Argentina.



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

Gráfico 8. Dengue: Casos confirmados¹⁸ por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE13/2025. 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.

¹⁸Incluye casos confirmados autóctonos, importados y no vectoriales. La ubicación en las semanas epidemiológicas se realizó por la fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible o “fecha mínima” (orden de jerarquía: 1) fecha de inicio de síntomas, 2) fecha de consulta, 3) fecha de toma de muestra, y 4) fecha de notificación)

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE13/2025. 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	150	307	10	8	0	160	4422	980	5877
CABA	49	93	13	2	0	62	1842	661	2660
Córdoba	1644	705	7	3	804	2455	6345	664	10172
Entre Ríos	45	50	3	5	4	52	656	27	790
Santa Fe	1035	363	37	7	985	2057	2798	913	6138
Total Centro	2923	1518	70	25	1793	4786	16063	3245	25637
Mendoza	11	42	4	2	0	15	1598	105	1762
San Juan	0	2	1	1	0	1	308	14	326
San Luis	31	15	5	2	0	36	222	27	302
Total Cuyo	42	59	10	5	0	52	2128	146	2390
Chaco	4	192	1	0	0	5	2139	107	2443
Corrientes	17	31	1	0	0	18	385	99	533
Formosa	327	4	0	0	0	327	4752	27	5110
Misiones	2	16	1	3	0	3	1042	3	1067
Total NEA	350	243	3	3	0	353	8318	236	9153
Catamarca	6	8	6	2	1	13	793	3	819
Jujuy	0	0	0	0	0	0	929	5	934
La Rioja	61	38	0	0	0	61	910	10	1019
Salta	13	48	6	11	2	21	1848	74	2002
Santiago del Estero	0	33	1	1	0	1	898	269	1202
Tucumán	638	311	0	1	451	1089	4635	584	6620
Total NOA	718	438	13	15	454	1185	10013	945	12596
Chubut	0	0	4	3	0	4	24	3	34
La Pampa	120	18	8	1	0	128	435	47	629
Neuquén	0	2	1	0	0	1	32	6	41
Río Negro	0	0	0	1	0	0	3	0	4
Santa Cruz	0	0	1	1	0	1	42	5	49
Tierra del Fuego	0	0	1	2	0	1	12	0	15
Total Sur	120	20	15	8	0	135	548	61	772
Total país	4153	2278	111	56	2247	6511	37070	4633	50548

*Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación***C-E: Clínico-epidemiológico**Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).*

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

Formosa: los casos del país se presentaron durante todas las semanas a expensas de las notificaciones aportadas principalmente por la provincia de Formosa. Desde la SE31 se registran conglomerados de casos en los departamentos **Patiño, Capital, Pilcomayo, Pilagás y Pirané**, de poca cuantía. Desde la SE52/2024 hasta la SE4/2025 se observó un aumento de casos en dichos departamentos. A partir de la SE5/2025, se observa una tendencia estable en la curva epidémica de la jurisdicción. El serotipo que circula con mayor frecuencia es **DEN-2**.

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

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

Córdoba: desde la SE42, se notificaron los primeros casos de dengue sin antecedente de viaje en el departamento Capital. Córdoba se convirtió así en la primera jurisdicción de la región Centro en registrar casos de dengue durante la temporada 2024/2025.

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**.

El departamento **Ischilín**, a expensas de la localidad Dean Funes (que desde la SE11 se encontraba en fase de alerta temprana), durante la SE13 pasa a fase de respuesta a epidemia.

Los departamentos de **Capital** (desde la SE4), **Colón** (desde la SE5), **Marcos Juárez** (desde SE11), **San Justo** (desde SE11) continúan en fase de alerta temprana. Las localidades más afectadas son **Córdoba capital, Jesús María, General Roca y Las Varillas** respectivamente.

Durante la SE13, el departamento **Tortoral**, con epicentro en las localidades **Sarmiento y Sinsacate**, ingresó a la fase de alerta temprana.

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. Posteriormente, la localidad Pérez del mismo departamento, presentó un aumento progresivo de casos declarándose en brote por la jurisdicción.

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**.

¹⁹ Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorio de dengue y otros arbovirus. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

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**. A partir de la SE13, ingresa a fase de alerta temprana.

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, el departamento **Chicligasta** ingresó en la fase de alerta temprana cuyo epicentro se encuentra en la localidad **Concepción**. Durante la SE13, pasó a fase de respuesta a epidemia. El serotipo detectado con mayor frecuencia es DEN-1.

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. A partir de la SE13, se registra el pase a respuesta a epidemia. 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 magnitud²⁰.

De acuerdo a los indicadores para determinar fases epidemiológicas, Lanús, Vicente López, Ituzaingó y General San Martín 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**.

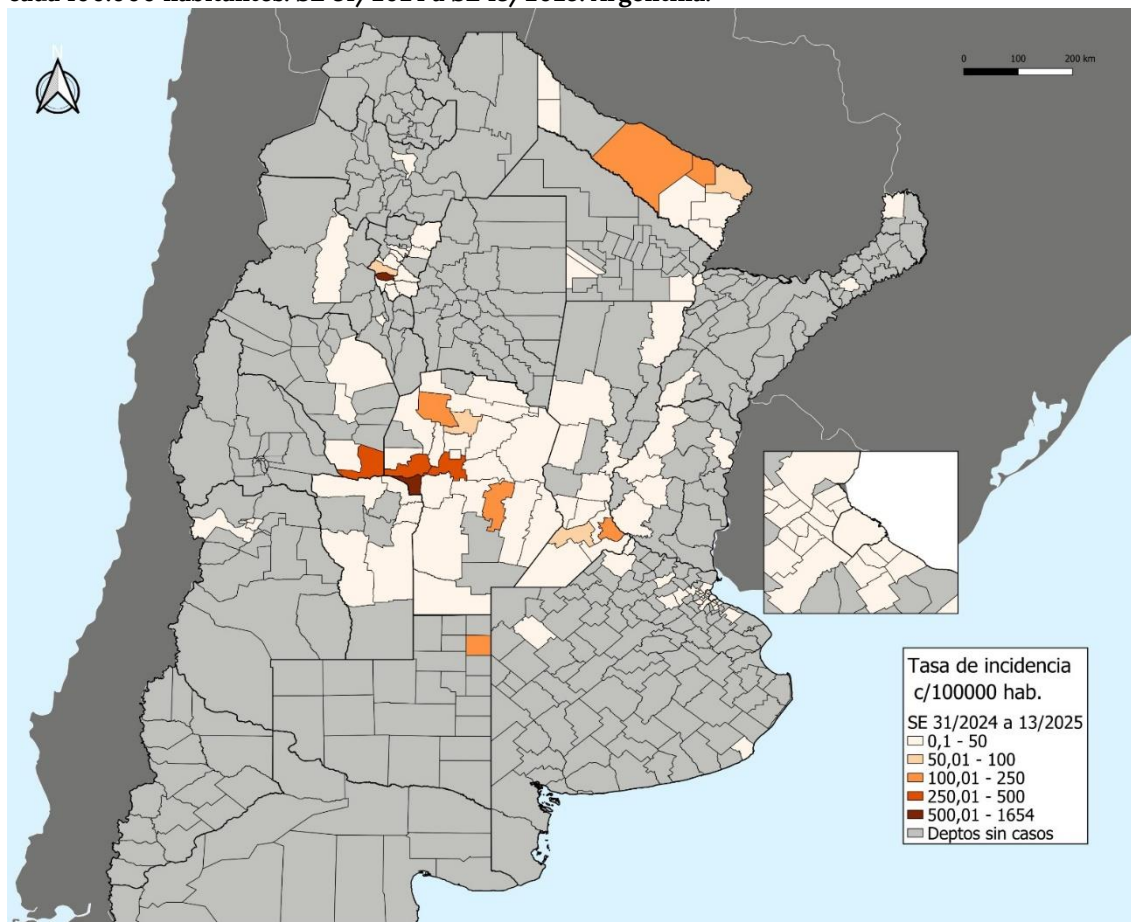
Otras jurisdicciones que notificaron casos aislados sin antecedente de viaje son: **Mendoza** (Luján de Cuyo, Maipú, Guaymallén y Godoy Cruz), **CABA** (Comuna 1, 2, 3, 7, 10, 11, 12, 14 y 15), **Entre**

²⁰ Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Provincial SE 12. [Boletines Epidemiológicos | Provincia de Buenos Aires](#)

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.

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 sin antecedente de viaje cada 100.000 habitantes. SE 31/2024 a SE 13/2025. 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).

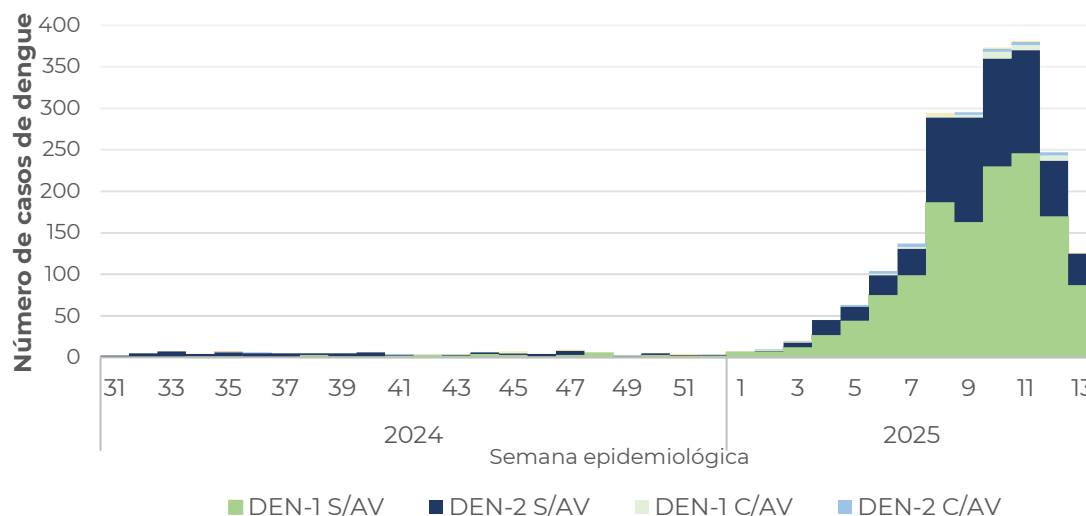
V.2.E. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (64,5 %). Los casos a DEN-2 alcanzan un 35,05 %, 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.

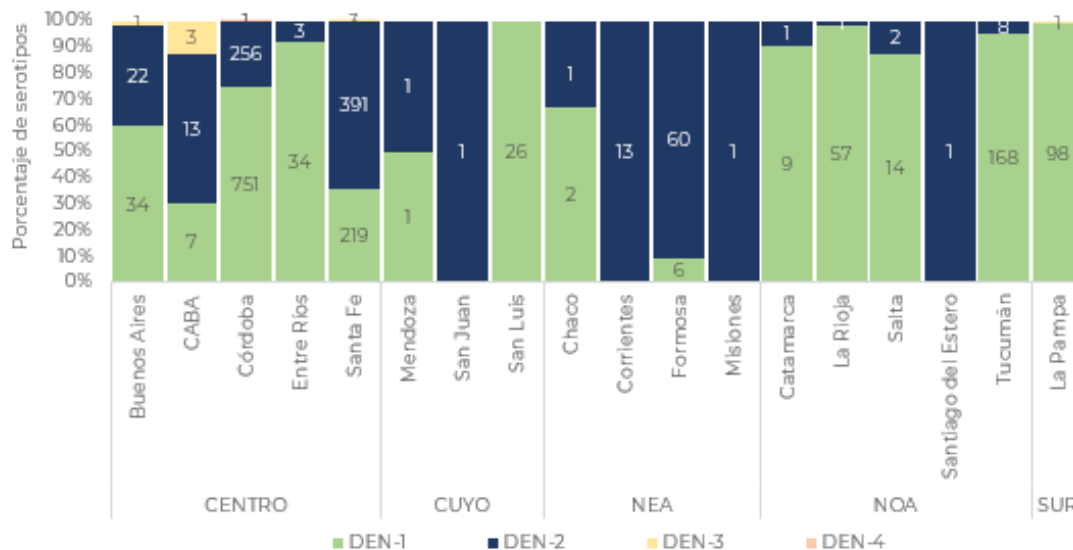
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país (México, Venezuela, Brasil, Tailandia y Cuba).

Gráfico 8. Dengue: número de casos según serotipo y antecedente de viaje por semana epidemiológica. SE31/2024 a SE13/2025. 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=221) según provincia. SE31/2024 a SE13/2025. 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. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL EVENTO “DENGUE DURANTE EL EMBARAZO”

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

Desde su creación, se han notificado 255 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de los cuales, 43 casos ha sido confirmados, 4 casos probables, 185 cuentan con laboratorio negativo y 23 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 21 casos confirmados en la Ciudad de Rosario. En 11 de ellos, se detectó el serotipo DEN-2.

En la provincia de Córdoba se han registrado 16 casos confirmados, 8 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 dos casos pertenecientes 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 externos²¹, 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*”²² y la “*Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus*”²³

Durante la temporada 2024-2025:

²¹ 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

²² Disponible en: [circular_de_vigilancia_dengue_mortalidad_-_junio_2024.pdf](#)

²³ Disponible en: [guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf](#)

- Se notificó el primer caso de dengue grave durante la SE6 en la provincia de La Rioja, con antecedente de viaje a Formosa, en un niño de 12 años. La signo-sintomatología referida inicial fue fiebre, cefalea, disnea, dolor retroocular y malestar general, agregando al 4to día sangrado de mucosas y dificultad respiratoria. Cursó 4 días de internación, con recuperación total, actualmente de alta médica. Se detectó el serotipo DEN-2.
- Durante la SE10, se registró un caso grave con residencia en el partido de Gral. San Martín, Provincia de Buenos Aires. El caso de 75 años de edad, sexo femenino, con antecedente de hipertensión arterial y cardiopatía asociada, permaneció internada en un Htal de Ciudad de Buenos Aires. Presentó un cuadro de diarrea, seguida por hemorragia digestiva baja. Requirió de cuidados intensivos, pero sin requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM). El caso niega antecedente de viaje, y no se cuenta con registros de vacunación. Se encuentra de alta dado que su evolución clínica fue favorable.
- Se registró durante la SE12, el primer caso grave en Rosario, Provincia de Santa Fe. Se trata de un caso de 30 años, sin comorbilidades referidas, que consulta por fiebre, mialgia, cefalea y diarrea. Por presentar episodios eméticos a repetición asociado a compromiso de la función renal ingresa a cuidados intensivos, con buena respuesta a la hidratación parenteral. Se encuentra de alta médica dado que su evolución clínica fue favorable.
- 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 SE13/2025).

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 **2161** 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 SE13/2025. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre amarilla	
	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	142	0	48	0	101	3	32	0	7
CABA	0	5	0	2	0	1	0	3	0	3
Córdoba	0	169	0	54	0	125	5	253	0	0
Entre Ríos	7	68	0	1	0	16	4	34	0	1
Santa Fe	0	1294	0	77	0	63	0	10	0	19
Total Centro	7	1678	0	182	0	306	12	332	0	30
Mendoza	0	305	0	82	0	62	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	306	0	85	0	66	0	12	0	1
Chaco	17	785	0	398	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	50	0	26	0	29	0	0	0	19
Total NEA	17	883	0	439	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	4	0	0
La Rioja	0	84	0	82	0	5	0	1	0	61
Salta	0	415	0	236	0	152	0	0	0	1
Santiago del Estero	0	37	0	19	0	6	0	3	0	4
Tucumán	0	11	0	12	0	100	0	0	0	1
Total NOA	0	600	0	380	0	265	0	8	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	4	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	8	0	0	0	0
Total país	24	3467	0	1086	0	785	12	355	0	131

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 7 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 Epidemiológica²⁴. 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 SE13/2025 se han estudiado 131 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).

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.3.B. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR SENSORES DE OVIPOSICIÓN

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

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

V.3.C. EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32 (2024) -SE10 (2025)

Desde la semana epidemiológica (SE) 37 de 2024, los datos sistematizados en el Tablero Nacional muestran un aumento gradual en la positividad de los sensores de oviposición (IPO) hasta la SE48 (Gráfico 1). 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

²⁴ Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 3 de febrero del 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-america-3-febrero-2025>

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.

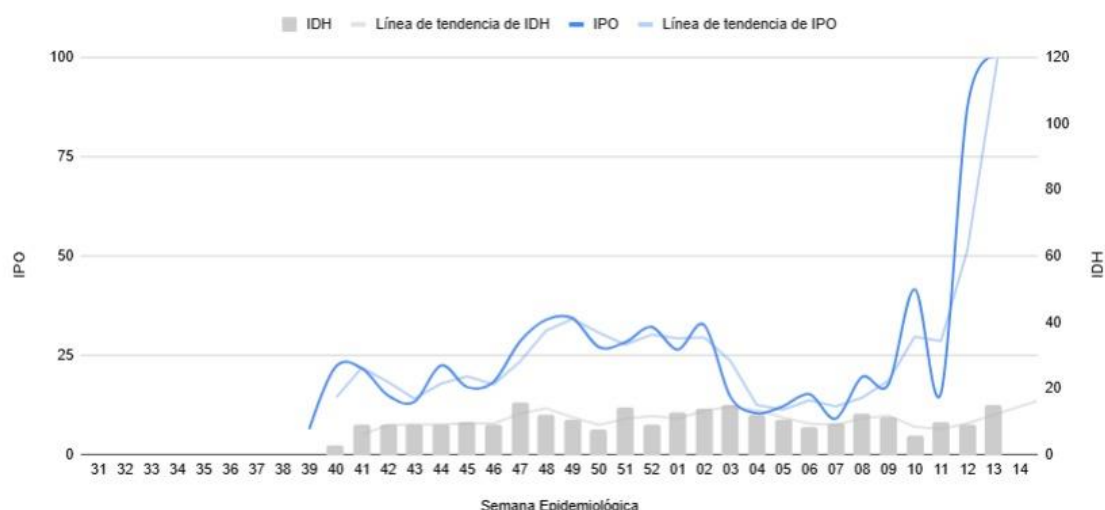
Gráfico 1. Evolución del IPO (línea azul) y el IDH (barras grises) en Argentina, SE 31 (2024)- SE 13 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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, con algunas fluctuaciones, hasta la SE 02 de 2025 (Gráfico 2). A partir de esta semana, se observa un descenso en los valores generales de la región hasta la SE07 donde nuevamente se detectó un incremento en el IPO. A partir de la SE10 se observa un aumento marcado de este índice, situando a la región en un escenario de riesgo entomológico moderado durante la SE10 y alto durante la SE11 (Gráfico 2). Durante las últimas dos semanas se observan valores del 100% de sensores positivos, aunque 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 13 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.

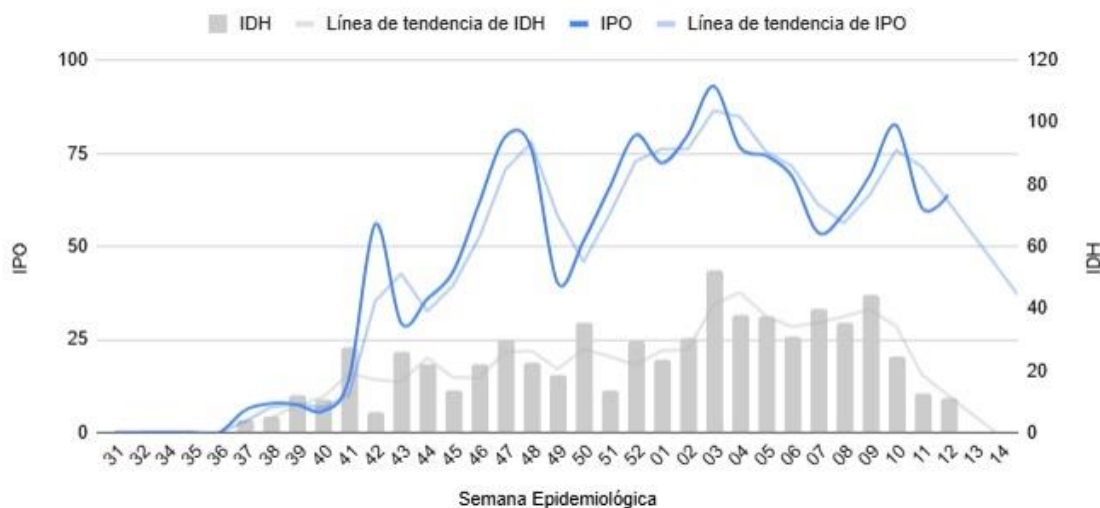


Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

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 SE12, el IPO alcanzó valores del 6%, 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 muestra un pico, superando el límite correspondiente a riesgo entomológico moderado. Posteriormente, se registra un descenso del índice y un nuevo aumento a partir de la SE12, tendencia coincidente con un aumento en las semanas previas de las precipitaciones en la zona. 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 13 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.

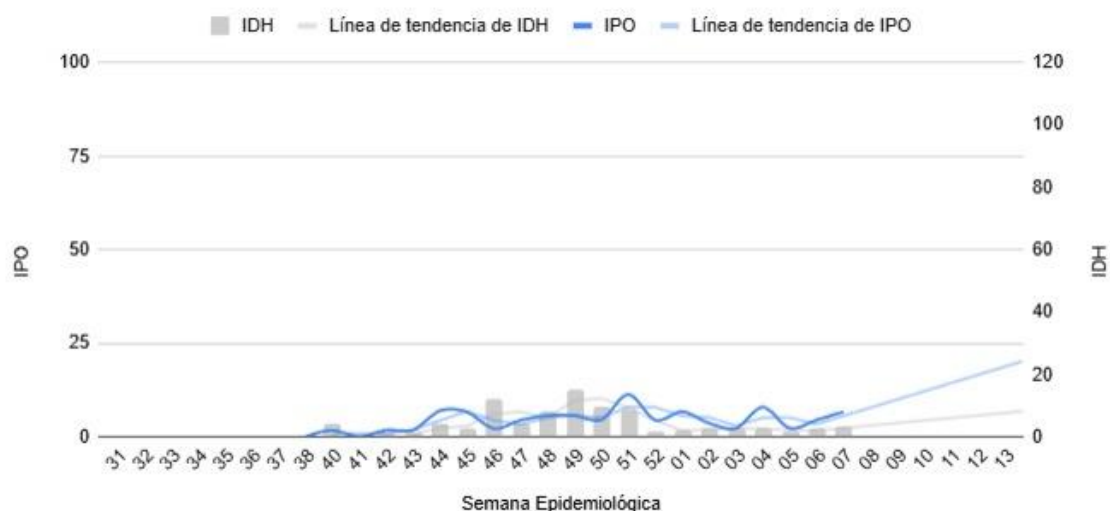


Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

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 la última semana, se registró un descenso en el IPO, manteniéndose la región en un contexto de riesgo entomológico bajo.

Gráfico 6. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 13 (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. Sin embargo, los datos actuales presentan limitaciones debido a la ausencia de vigilancia entomológica en algunos distritos y a la no adherencia de algunas jurisdicciones a la RNVE.

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.

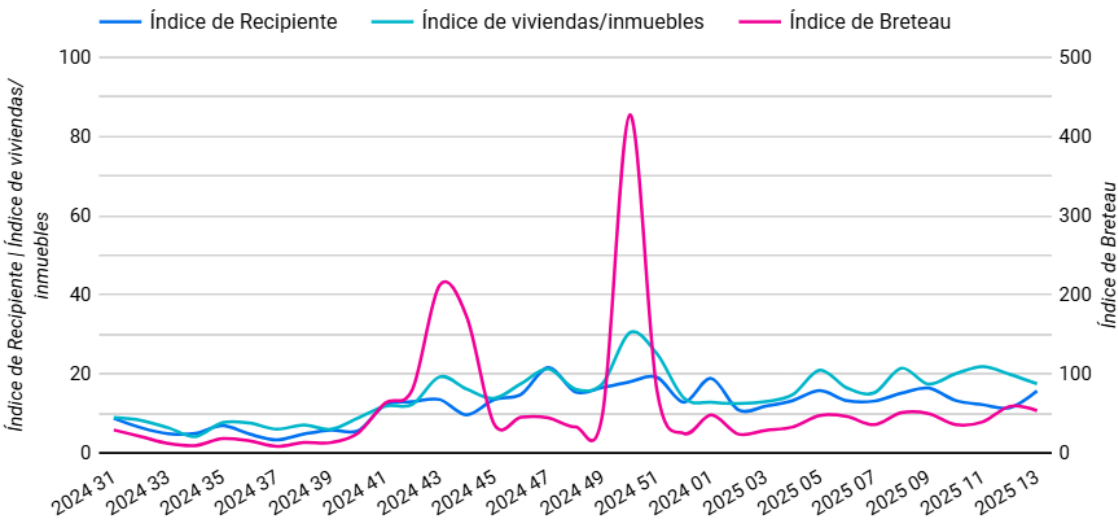
V.3.D. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR ÍNDICES LARVARIOS

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 aélicos presentaron un ascenso a partir de la SE40 (Gráfico 7), mostrando un retraso temporal respecto de la tendencia observada en los índices calculados a partir de sensores de oviposición. Este retraso se debe a que los sensores de oviposición presentan una mayor sensibilidad para la detección de presencia y actividad reproductiva de *Aedes aegypti* con tamaños poblacionales bajos en relación a los índices larvarios. Los valores elevados del Índice de Breteau evidencia la concentración de un alto número de criaderos de *Aedes aegypti* en pocas viviendas. Durante la última semana, el IR y el IV continúan dentro del rango de riesgo entomológico moderado mientras que el IB se mantiene por encima del 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 aélicos por región SE011 2025. Argentina.

Región	Índice de Vivienda	Índice de Recipiente	Índice de Breteau
NEA	20,96	16,18	54,36
NOA	8,22	5,23	60,21

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE.

VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

VI.1. Nota Metodológica

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

VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios²⁵

Situación Regional: En general, América del Norte y partes del Caribe se mantienen un nivel alto para la actividad de influenza principalmente asociado a influenza A(H1N1)pmd09 e influenza A(H3N2) mientras que la actividad del VRS 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.

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

²⁵ Extraído de “Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas- OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud”. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

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

- Entre la semana epidemiológica 1 y 13 de 2025 se notificaron 113.557 casos de ETI, 20.008 casos de Neumonía y 10.256 casos de Bronquiolititis en menores de dos años, representando un descenso de las notificaciones de ETI del 35,1%, de neumonías del 10,2% y de bronquiolititis 29,2%, respecto al mismo período del 2024.

VI.2.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 SE12 y 13/2025 se notificaron 24 casos de influenza entre las 151 muestras estudiadas. Para VSR, no se registraron casos positivos entre las 106 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 SE13/2025 se registró 1 caso positivo para SARS COV 2 entre las 90 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE13 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 896 internaciones con diagnóstico de IRAG y 431 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.
- Si bien 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 2 semanas (SE12 y 13) se observa un ligero ascenso en los casos de IRAG registrados.
- En las últimas 4 semanas, entre 267 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 15 detecciones de influenza, 6 casos de SARS-CoV-2 y 8 casos de VSR.²⁶

VI.2.C. VIGILANCIA UNIVERSAL A TRAVÉS DE LA RED DE LABORATORIOS DE VIRUS RESPIRATORIOS

- En las primeras 13 semanas de 2025 se verifica circulación de influenza, VSR y otros virus respiratorios. Si bien se mantienen en niveles bajos, en las últimas 2 semanas epidemiológicas se observa un ligero ascenso en el número de casos de Influenza, principalmente Influenza A.
- Durante 2024, se registraron dos ascensos en el número de casos de COVID-19, el primero de ellos entre las SE1 y 12, y, el segundo ascenso entre las SE29 y 51, de menor magnitud que

²⁶ 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>

el previo. En las primeras semanas de 2025 los casos se mantuvieron en valores bajos, con un leve aumento de las detecciones a partir de la SE 11.

- Durante la SE13/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, VSR, adenovirus y parainfluenza.

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 SE13/2025, se detectaron 9 casos de influenza y 15 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.
- En relación a SARS-CoV-2, las detecciones en personas hospitalizadas permanecen en valores bajos. En la SE13/2025 se registraron 17 casos positivos con este diagnóstico, sin casos fallecidos.

VI.3. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

VI.3.A. UNIDADES DE MONITOREO AMBULATORIO DE ETI

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios (UMA) son dispositivos de vigilancia centinela que permiten el monitoreo de la circulación de SARS-CoV-2, Influenza y VSR en casos leves ambulatorios. El objetivo de las UMA es describir la tendencia de las consultas ambulatorias por casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), así como la proporción atribuible a SARS-CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año en las 24 jurisdicciones del país.²⁷

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

Durante el año 2024, el porcentaje de positividad para **SARS-CoV-2**, se mantuvo por encima del 10% entre las SE1 a 9, relacionado con el ascenso de casos registrado entre las SE1 y 12. Luego del máximo alcanzado en SE2 (33,19%), el porcentaje de positividad presentó tendencia descendente y se mantuvo en valores bajos las siguientes semanas. A partir de la SE34/2024, se registró un ligero aumento de casos, que se acompañó de un nuevo ascenso en el porcentaje de positividad, alcanzando, con oscilaciones, valores por encima del 10% entre las SE44 y 49. En las primeras 13 semanas de 2025 en establecimientos UMA, se analizaron 1.045 muestras para SARS-CoV-2, de las que 54 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 5,17%. Además, en la última semana analizada, SE13 del año 2025, se registró 1 caso confirmado de SARS-COV-2 entre las 90 muestras estudiadas por PCR.

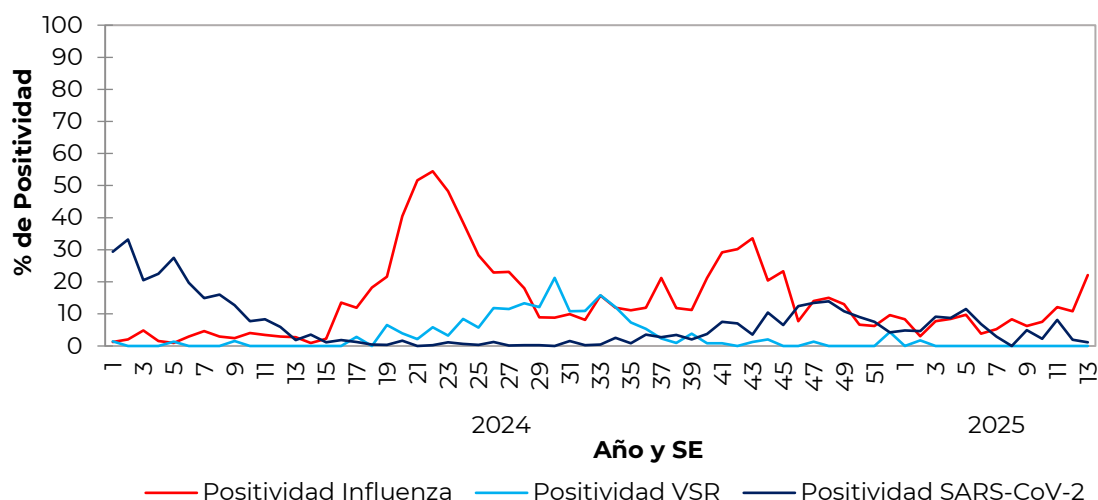
En relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16 de 2024, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de casos de influenza

²⁷ Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevenccion_y_control_ira-2024.pdf

A/H3N2 (ver gráfico 1). Posteriormente, si bien registró un descenso, permaneció en valores elevados, con oscilaciones, asociados a la circulación de influenza B, alcanzando una positividad máxima de 33,55% en SE43. En lo que va de 2025, se registraron 69 detecciones entre 762 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 9,06% y, en las últimas dos semanas, se detectaron 24 casos entre 151 muestras.

En cuanto a **VSR**, se verifica un ascenso de las detecciones a partir de la SE19 de 2024, con aproximadamente el 73% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. En relación a este ascenso de casos, la positividad en UMA permaneció por encima del 10% entre las SE 26 Y 34. Entre las SE1 y 13 de 2025, de las 626 muestras estudiadas, 1 resultó positiva, con un porcentaje de positividad acumulado de 0,16%. No se notificaron casos de VSR entre las 106 muestras estudiadas en las dos últimas semanas analizadas (SE12 y 13).

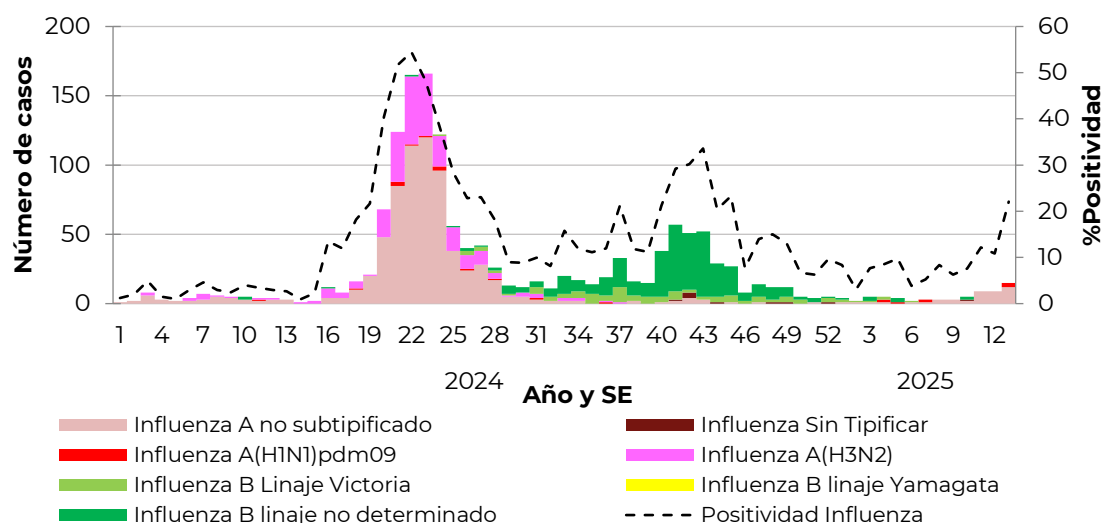
Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE13/2025



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

Aun cuando desde el inicio de 2024 se registraron casos de influenza durante todas las semanas del año, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24. Como se mencionó previamente, este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. En lo que va de 2025 se detectan casos tanto de influenza A (n= 52) como influenza B (n=16). Entre los casos de influenza A, 8 detecciones corresponden a influenza A (H1N1), el resto permanece sin subtipificar. Además, se detectó el linaje Victoria en 7 de los casos de influenza B (las detecciones restantes permanecen sin identificación de linaje).

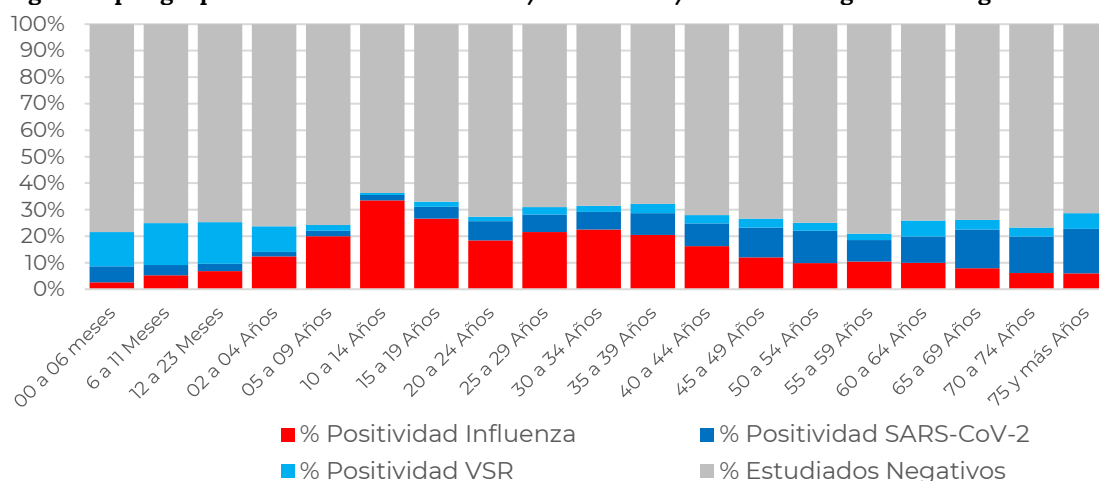
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE13/2025. Estrategia UMA. Argentina.



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

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

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE13/2025. Estrategia UMA. Argentina²⁸.



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}

²⁸ Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de ETI en UMA.

VI.3.B. RED ARGENTINA DE VIGILANCIA CENTINELA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE -IRAG

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 39 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país.²⁹

Definiciones de caso Vigentes:

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

- Fiebre referida o constatada $\geq 38^{\circ}\text{C}$; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico³⁰.

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

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico³¹.

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia³² y shock³³ y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE1 de 2025 y la SE13 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 896 internaciones con diagnóstico de IRAG y 431 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG³⁴.

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

²⁹ Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guía Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

³⁰ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.

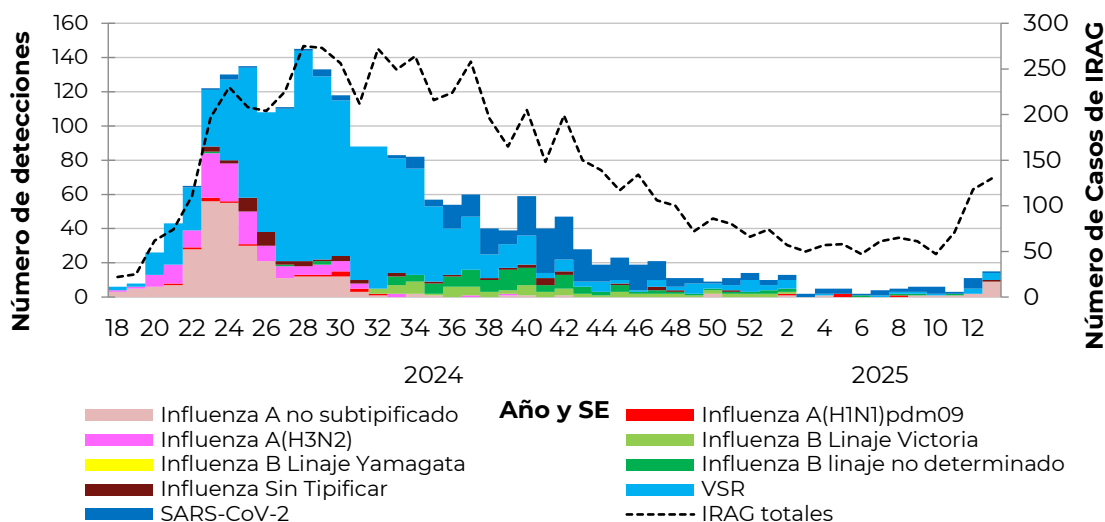
³¹ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

³² La fiebre se define como una temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$. La hipotermia se define como una temperatura

³³ El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.

³⁴ Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

Gráfico 4: Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a 13/2025



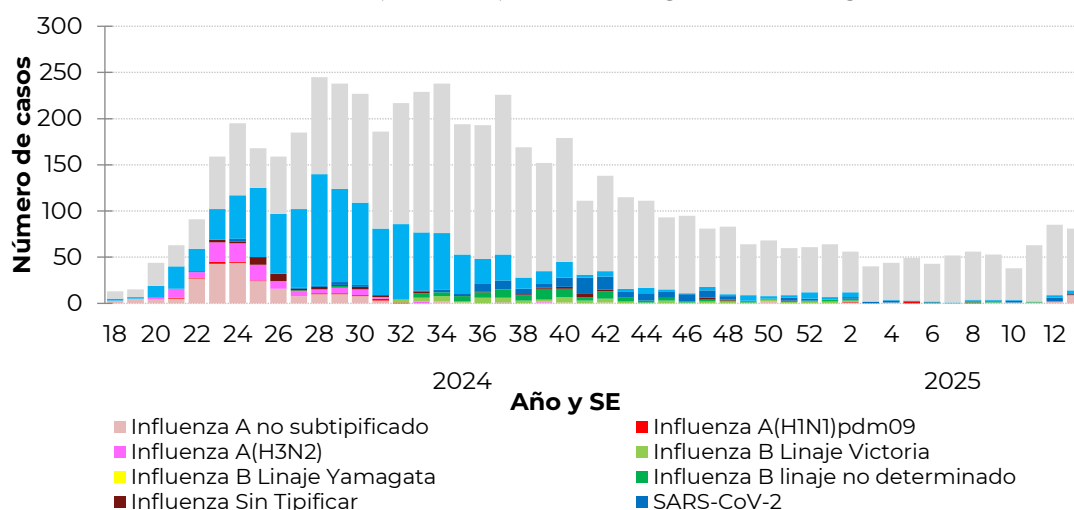
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

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

Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todo el periodo, entre la SE18 y la SE31 se observó un ascenso de detecciones influenza A/H3N2, que alcanzó sus valores máximos entre SE 23 y 24. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de SE32 un cambio en el tipo predominante, con un aumento de casos de influenza B/linaje Victoria, con el mayor número de casos detectados entre las SE 33 y 42. En lo que va de 2025, se registran casos de IRAG con detección tanto de influenza A (n=20) como B (n=11). En relación a los casos de Influenza A, se registraron 4 detecciones de H1N1 (el resto permanece sin subtipificar) y, entre los casos de influenza B, se registraron 3 detecciones del linaje Victoria.

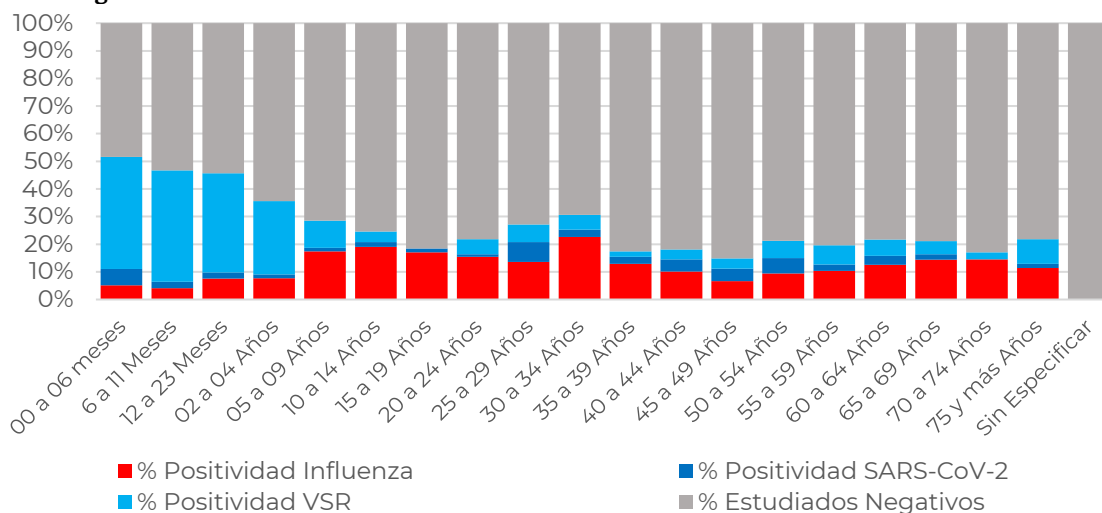
En cuanto a IRAG con diagnóstico de **VSR**, desde SE18/2024 se registró tendencia ascendente tanto de casos como del porcentaje de positividad, que alcanzaron valores máximos en SE28/2024, con descenso posterior, permaneciendo estable y en valores bajos desde SE41/2024 hasta la actualidad.

En las últimas 4 semanas, entre 267 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 6 casos de SARS-CoV-2, 15 detecciones de influenza, y 8 casos de VSR. Los restantes 238 casos resultaron negativos para estos agentes etiológicos.

Gráfico 5: Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR de acuerdo al resultado, por SE. SE18/2024 a 13/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina³⁵.

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 SNVS³⁰

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

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a 13/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina³⁶.

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 SNVS³⁰

³⁵ Solo se incluyen en el gráfico los casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

³⁶ Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS

VII. Diarreas Agudas - Informe epidemiológico

VII.1. Introducción

Dentro de las enfermedades transmitidas por alimentos, agua o ruta fecal-oral, las diarreas agudas son una de las principales causas de morbilidad y de consulta ambulatoria, especialmente en población pediátrica y en mayores de 65 años.

La vigilancia epidemiológica de las diarreas es esencial para la planificación de las actividades de prevención y control, para la detección de situaciones epidémicas o de brotes, la determinación de la frecuencia y distribución de los distintos agentes etiológicos virales, bacterianos, parasitarios (con el apoyo del laboratorio) de distintas fuentes.

Los brotes de cualquier etiología forman parte de los eventos de notificación obligatoria (Resolución 2827/2022). Se considera un brote cuando ocurre:

- Aumentos inusuales de casos de una enfermedad conocida,
- Casos inusuales dentro de una enfermedad conocida (de particular gravedad o presentación diferente a la habitual),
- Dos o más casos de una enfermedad desconocida.

Ante la ocurrencia de un brote se debe comunicar a la autoridad sanitaria local, provincial y nacional de forma inmediata. La notificación de brotes al nivel nacional, la realizan las áreas de epidemiología jurisdiccionales a la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la nación, a través del Formulario de Notificación de Brote.

Por otra parte, respecto de la notificación de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), agua y ruta fecal-oral corresponde notificar en el Formulario de Brotes el evento con el total de casos afectados y notificar en la modalidad nominal/individual en el SNVS 2.0 en el Evento “Sospecha de brote de ETA, por agua o ruta fecal-oral”, los casos que se estudien por laboratorio. Se recomienda derivar muestras del/los caso/s índice y de aquellos con relevancia clínico-epidemiológica (signos y síntomas, edad, temporalidad, etc.) al Laboratorio Nacional de Referencia.

VII.2. Diarreas agudas en Argentina

VII.2.A. NOTA METODOLÓGICA

Para el análisis de las notificaciones agrupadas, se consideraron los datos del componente clínico y de laboratorio del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS)

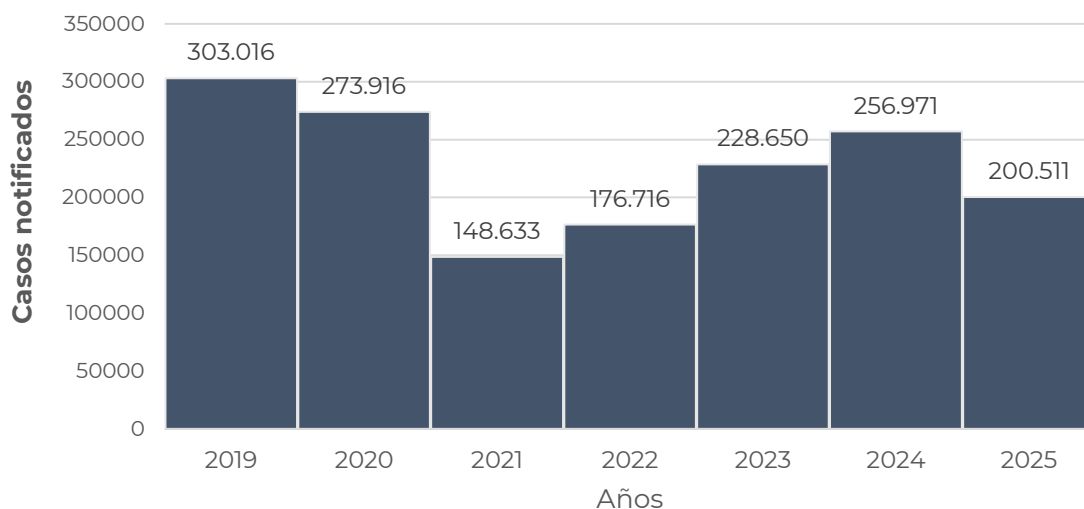
La estrategia de la notificación clínica, en la modalidad agrupada/numérica semanal por grupo de edad consiste en el registro de todos los casos asistidos durante una semana (registro de consultas, emergencias o internación) que se correspondan con la definición de caso. La vigilancia por laboratorio de las diarreas se realiza a través de grupos de eventos/patógenos agrupados/numéricos semanal por redes de laboratorio: (1) Diarreas virales (ambulatorios/internados) y (2) Diarreas bacterianas.

El análisis de la información para la caracterización epidemiológica de los brotes de cualquier etiología y de enfermedades transmitidas por alimentos, agua y ruta fecal-oral, comprende los datos registrados en el Formulario de Notificación de Brote desde la SE 01 hasta SE 13 del 2025. Se clasificaron los brotes según las categorías de eventos (para minimizar redundancias) y se los agrupó según los grupos de eventos siguiendo el orden y términos del Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria (con la finalidad de mantener una organización y estructura del listado de brotes).

VII.3. Situación Nacional actual

Desde la semana epidemiológica (SE) 1 hasta la SE13 del año 2025 se notificaron en la modalidad agrupada clínica del SNVS 2.0, un total de 200.511 casos de diarrea. Este número representa una disminución respecto del mismo período de 2023 y 2024 y aún inferior al del año 2019 (los años 2020 y 2021 registraron un inferior número de casos, atribuidos a efectos de la pandemia principalmente sobre esta modalidad de vigilancia y probablemente sobre la morbilidad, debido a las medidas de higiene, restricciones a la movilidad, reducción de la oferta de alimentos para el consumo en la vía pública, entre otras).

Gráfico 1: Diarreas agudas: Casos notificados. Periodo 2019-2025 hasta SE13. Argentina.

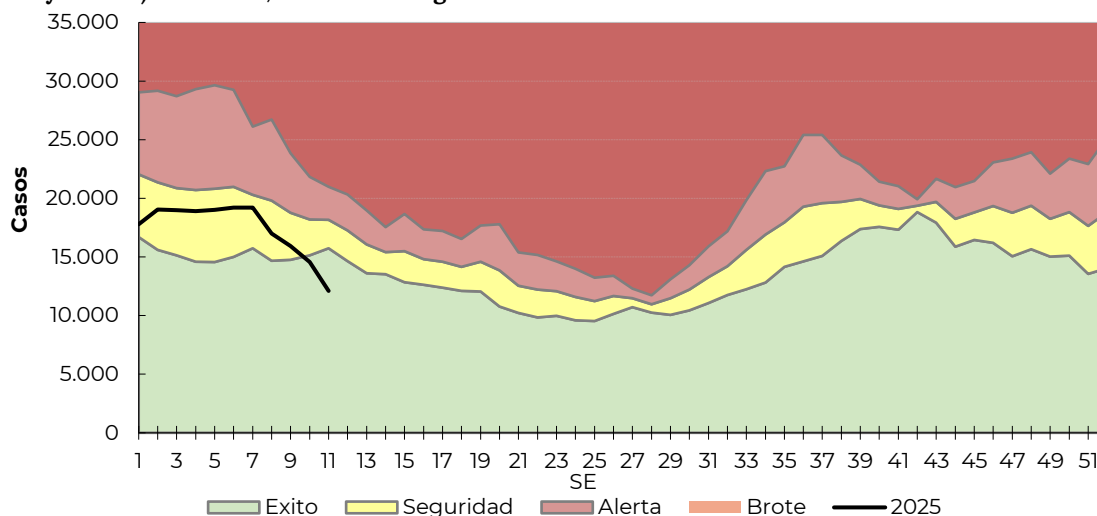


Fuente: elaboración propia en base a datos del SNVS2.0

En el período comprendido entre la SE 1 y SE13 del año 2025, se notificaron 200.511 casos, lo que representa un -22% respecto del mismo período del año anterior. En 2025 desde SE1 a SE13, la tasa de notificación de diarreas en población general notificadas al componente numérico clínico de 422,4 casos por 100mil habitantes fue menor respecto del año previo para el mismo periodo donde fue de 488,5 por 100mil. Por otro lado, en población menor de 5 años la tasa de notificación de diarreas en 2025, entre la SE1-SE13, de 1226,1 casos por 100mil menores de 5 años, registró una tendencia descendente respecto de los años 2024, 2023 y 2022, donde fue de 1771,0 cada 100mil menores de 5 años en 2024, 1692 en 2023 y 1689,8 en 2022.

En cuanto a la curva que se visualiza en el corredor endémico de casos por semana en 2025, puede observarse que los casos de diarreas transitaron hasta la SE7 dentro de la zona de seguridad. A partir de esta semana se registra el comienzo del descenso estacional en la notificación de casos de diarreas, observándose las notificaciones de casos en zona de éxito (debe considerarse que el retraso en la notificación de algunos establecimientos podría modificar los datos de las últimas semanas en el futuro).

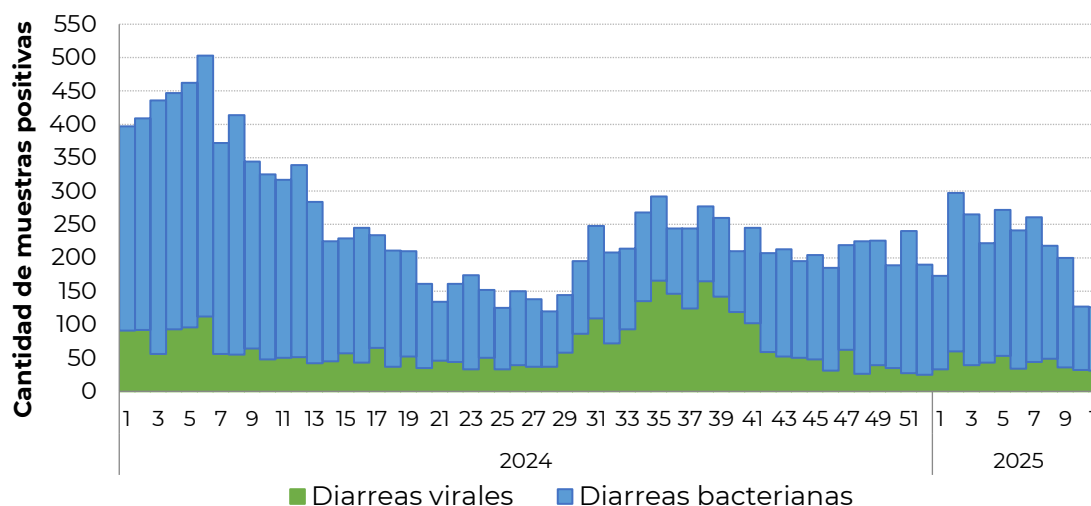
Gráfico 2: Corredor endémico semanal de Diarreas agudas. Históricos 5 años: 2018 a 2024 (se excluye el 2020 y el 2021). Año 2025, hasta SE11. Argentina.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0

En relación a la información aportada al SNVS de la notificación por laboratorio de muestras de diarreas bacterianas y virales, se verificó un leve aumento estival desde la SE1 hasta la SE9 de 2025 de las muestras positivas para agentes bacterianos, con un pico máximo de 237 muestras positivas en la SE2, alejado del umbral máximo alcanzado en la SE6 de 2024 de 391 muestras positivas bacterianas. Por otro lado, se observó entre la SE 1 y SE 11 de 2025 un promedio de 41 muestras positivas virales por semana. A partir de la SE7 se observa un descenso en las muestras positivas bacterianas y virales.

Gráfico 3: Diarreas bacterianas y virales: casos positivos. 2024, hasta SE 52 y 2025, hasta SE 11. Argentina. Muestras positivas: bacterianas=11478 y virales=3984.



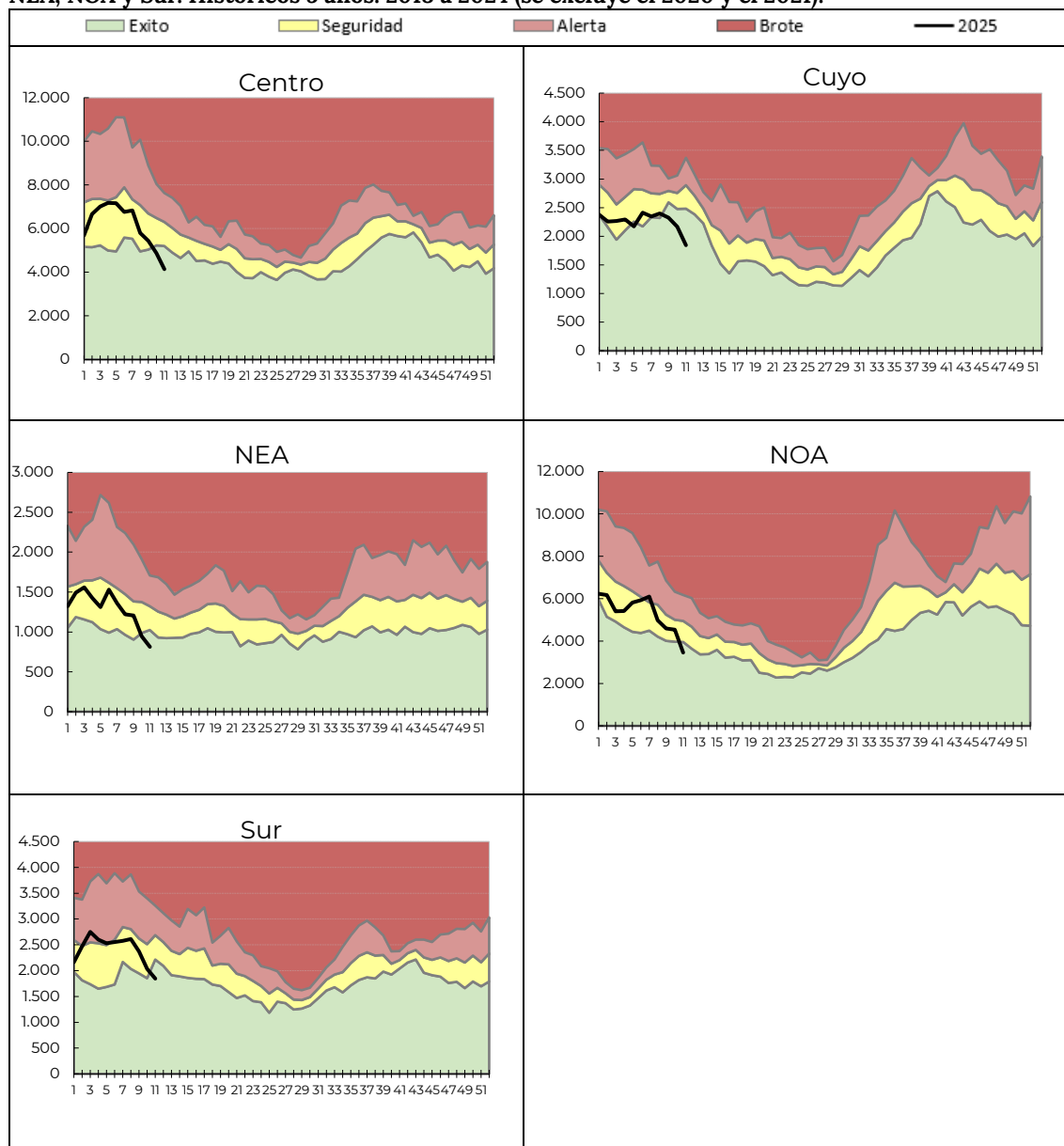
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la estrategia de notificación agrupada de Laboratorio del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, SNVS 2.0

VII.4. Situación nacional según regiones

En los corredores endémicos por regiones puede observarse un patrón estacional en la ocurrencia de casos de diarreas en 4 de las 5 regiones, y menos evidente en la región de Cuyo. Tanto en la región Centro como en la región NEA los casos de diarrea se ubicaron en zona de seguridad entre las SE1 y 9 y en la zona de éxito entre las SE10 y 11. En la región Cuyo se observó

que las notificaciones de diarreas se mantuvieron dentro de la zona de seguridad y en la SE8 comenzó en descenso a zona de éxito. Tanto en la región NOA como en la región SUR se observó un pico de notificaciones en la zona de alerta en la SE6 para la región NOA y en la SE3 para la región SUR.

Gráfico 4. Corredores endémicos semanales de Diarreas agudas. 2025 SE1-11. Regiones Centro, Cuyo, NEA, NOA y Sur. Históricos 5 años: 2018 a 2024 (se excluye el 2020 y el 2021).



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0.

VII.5. Notificación de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), agua y vía fecal-oral

Entre las SE 1 y 13 del año 2025 se notificaron, mediante el Formulario de Notificación de Brotes, 24 brotes de diferentes eventos de importancia para la salud pública.

De los 24 brotes, el 63% (n=15) corresponden al grupo de eventos ETA agua y vía fecal-oral³⁷, contabilizándose un total de 418 casos, 82 hospitalizaciones y 1 fallecimiento.

Del listado de eventos de las ETA se recibieron durante 2025, notificaciones de brotes de los siguientes eventos: triquinosis, botulismo alimentario, fiebre paratifoidea y SUH, los cuales no se incluyen en el análisis del presente informe.

Específicamente respecto de los brotes de Diarreas / Gastroentéricas en comparación con el año 2024, en ese año se notificaron 14 brotes, con un total de 1080 casos y 152 hospitalizaciones. En contraste, en 2025 hasta la SE13 se observa una similar cantidad de brotes reportados (10), con una menor cantidad de casos notificados al igual que las hospitalizaciones registradas.

Específicamente en 2025/SE13, de los 10 brotes notificados de Diarrea aguda/Gastroenteritis, en 5 se confirmó el agente etiológico de origen bacteriano, uno correspondió a un brote de diarrea viral y en un brote se confirmó coinfección viral/bacteriana. En el resto de los brotes (3) no se pudieron hallar los posibles agentes etiológicos implicados.

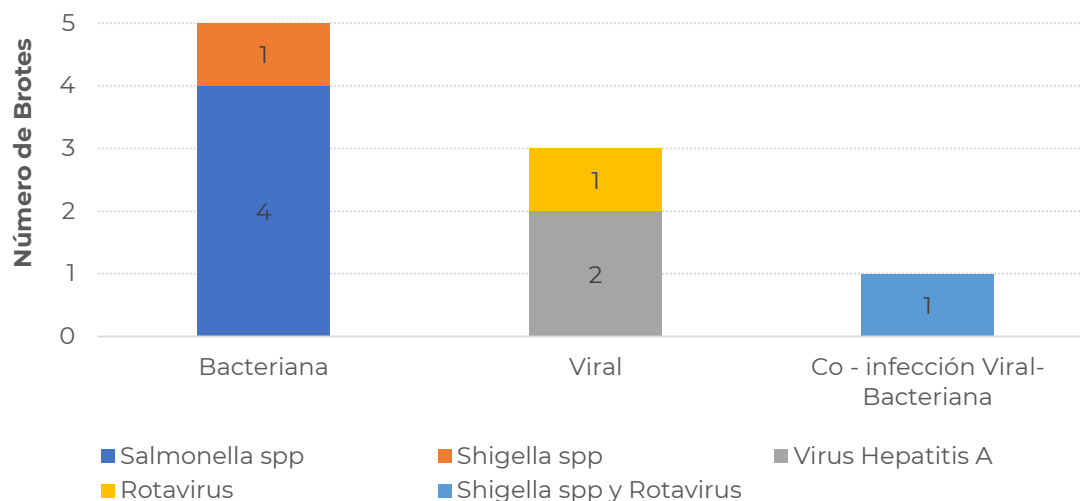
Tabla 1. Brotes de Diarreas y/o Gastroenteritis, casos, hospitalizados y fallecidos registrados en el país por evento y etiología. Argentina. Hasta SE13, 2024 y 2025.

Diarreas / Gastroenteritis	2025				2024			
	Brotes	Casos	Hospitalizados	Fallecidos	Brotes	Casos	Hospitalizados	Fallecidos
Bacteriano	5	277	58	0	8	153	37	0
Coinfección viral/bacteriana	1	3	2	0	1	824	94	0
Viral	1	22	2	0	1	61	8	0
Sin especificar	3	86	9	0	4	42	13	0
Total	10	388	71	0	14	1080	152	0

Fuente: Formulario de Notificación de Brotes.

De los patógenos entéricos identificados en los brotes, se hallaron con mayor frecuencia entre los patógenos bacterianos *Salmonella spp* (4 brotes) y entre los patógenos virales Rotavirus (2 brotes) y Virus de Hepatitis A (2 brotes).

³⁷ El Grupo de eventos de Enfermedades transmitidas por Alimentos, agua o ruta vía fecal-oral incluye el listado de eventos detallado en el Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria (Actualización 2022).

Gráfico 5. Número de brotes según patógeno entérico identificado. SE1 a SE13 2025 (n=9). Argentina.

Fuente: Formulario de Notificación de Brotes.

Respecto de la identificación de más de un patógeno en el grupo de muestras asociadas a un brote, se obtuvieron los siguientes resultados: en un brote donde se identificó Rotavirus también se halló *Shigella flexeneri* Tipo I.

VII.6. Medidas preventivas

Adecuadas medidas de higiene, calidad de agua y condiciones sanitarias:

- Utilizar agua segura. Si no es agua de red: agregar dos gotas de lavandina por litro de agua o hervirla de 2 a 3 minutos, o utilizar pastillas potabilizadoras.
- Practicar costumbres de higiene como lavado de manos con agua y jabón después de ir al baño, después de cambiar los pañales, antes de manipular los alimentos y, las madres, antes de dar de mamar.
- Mantener la lactancia materna.
- Disponer la basura en recipientes bien protegidos.
- No bañar a los niños en aguas contaminadas.
- Mantener la higiene en la preparación de alimentos.
- Utilizar alimentos frescos, limpios, bien cocinados y recientemente preparados.
- Lavar frutas y verduras.
- Cocinar bien los alimentos: los huevos hasta que tengan consistencia dura; las carnes hasta que pierdan el color rosado, teniendo especial cuidado con la carne picada y hamburguesas.
- No usar el mismo cuchillo, tabla o mesada donde se apoyó carne cruda para cortar otros alimentos, sin antes lavarlos con agua y detergente.
- Consumir leche, derivados lácteos y jugos que estén pasteurizados. • Conservar alimentos frescos y cocidos en la heladera.
- Evitar la ingesta de medicamentos e infusiones caseras sin indicación médica.
- Evitar el uso de ATB y fármacos inhibidores de la motilidad intestinal.

- Conocer los signos para identificar precozmente la diarrea, la deshidratación y otros signos de alarma.

Vacunación oral contra el rotavirus, incorporada en el 2015 en el Calendario Nacional de Vacunación, apunta a proteger a menores de 6 meses con el fin de disminuir la incidencia, internación y la mortalidad por diarreas agudas y deshidratación.

Vigilancia epidemiológica de las diarreas: monitoreo oportuno en tiempo y espacio de eventos de notificación obligatoria asociados a diarreas agudas.

VII.7. Medidas ante casos y contactos

Adecuadas medidas de higiene, calidad de agua y condiciones sanitarias.

En el individuo

- Cumplir estrictamente con las normas de bioseguridad durante la atención de pacientes.
- Aislamiento entérico.
- Si un manipulador está infectado, no se permitirá que manipule alimentos ni brinde atención a niños hasta su negativización.
- No se recomienda antibióticos con fines profilácticos.
- Eliminación sanitaria de pañales.
- En los niños con diarrea en una sala cuna, se tomarán precauciones de aislamiento entérico. Se dará de alta a los lactantes infectados en cuanto sea posible.

En la comunidad

- El cierre de Instituciones no es eficaz salvo en situaciones excepcionales.
- En la prevención de la diseminación es importante la educación de los manipuladores de alimentos en cuanto a las prácticas adecuadas de cocción y almacenamiento de los alimentos y a la higiene personal.
- Buscar intensivamente el vehículo específico (alimentos o agua) involucrado en la transmisión; analizar la posibilidad de transmisión de persona a persona.
- Educación orientada a la importancia de lavarse las manos, eliminación sanitaria adecuada de heces y basura, proteger, purificar y clorar los abastecimientos públicos de agua.
- Combatir vectores, posibles diseminadores de infecciones.
- Medidas extremas de higiene en la preparación y manipulación de los alimentos, pasteurizar o hervir la leche.
- En rotavirus: Fortalecer la vacunación de rotavirus en lactantes menores de 6 meses.

VII.8. Medidas ante brotes

- En brotes seguir los pasos de investigación epidemiológica de brotes.
- Tomar muestra de materia fecal para coprocultivo antes de administrar antibióticos.
- Tomar muestras de vehículos sospechosos (alimentos y/o agua). Guardar en frascos separados.

- Búsqueda activa de posibles afectados.
- Contactar con los responsables de realizar monitoreo del medio ambiente, vigilancia de la calidad del agua de abastecimiento público, vigilancia de la calidad de los alimentos, servicios de control sanitarios de fronteras y áreas espejos en países limítrofes.
- Empezar estudios epidemiológicos para identificar los factores comunes que intervinieron en la infección.
- Realizar un informe de la investigación efectuada, sintetizando resultados de laboratorio, observaciones y recomendaciones para la toma de decisiones.
- Medidas generales de saneamiento, eliminación de excretas, desinfección y educación para un manejo higiénico de manos. Proporcionar medios seguros y apropiados para la eliminación de las aguas residuales, abastecimiento de agua más un control adecuado de alimentos que se consumen crudos.
- Reorganización de los servicios de salud tanto de los equipos de salud, como del ámbito físico, ante un eventual aumento de la demanda por cuadros de diarrea.

VIII. Leishmaniasis visceral humana - Informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

Las leishmaniasis son un grupo de enfermedades antroponóticas causadas por diferentes parásitos del género *Leishmania*. Son transmitidas a mamíferos susceptibles -entre ellos los seres humanos- por la picadura de la hembra de diferentes especies de flebotómicos (subfamilia Phlebotominae), lo que da lugar a distintos complejos vector-parásito-reservorio/hospedero.

En Argentina, se registran ciclos de transmisión autóctona de las siguientes variantes clínicas: leishmaniasis visceral (LV), que representa la forma de mayor gravedad, y leishmaniasis tegumentaria (LT), que incluye, entre otras, las formas cutáneas (LC) y mucosa (LM).

En las Américas, las leishmaniasis constituyen un problema de salud pública debido a su morbimortalidad y amplia distribución geográfica. Este grupo de enfermedades, al igual que la totalidad de los eventos infecto-contagiosos, afecta de manera particular a las personas en situaciones de vulnerabilidad social, económica y simbólica, donde, además, existe una mayor dificultad de acceso a los servicios de salud por las condiciones de vida asociadas a la presencia de la enfermedad. En esta región, leishmaniasis visceral, que inicialmente se limitaba a entornos rurales, se encuentra experimentando una expansión hacia zonas periurbanas y urbanas, fenómeno asociado a múltiples determinantes sociales y ambientales, como la migración de poblaciones, los cambios en el uso del suelo, la deforestación, la presencia de perros infectados y la adaptación progresiva del vector a ambientes peridomiciliarios caracterizados por condiciones precarias de vida. Estos incluyen acumulación de materia orgánica, suelos húmedos, vegetación desordenada, construcciones deterioradas, presencia de animales domésticos y deficiencias en el saneamiento básico, que configuran un hábitat propicio para la reproducción del flebótomo y facilitan la persistencia y propagación de la transmisión en contextos urbanos vulnerables.

Aunque dinámica, la transmisión está delimitada a focos naturales donde coexisten vector, reservorio y parásito, condicionados por factores ecológicos como clima, temperatura, humedad y cobertura vegetal. Se han caracterizado tres ciclos de transmisión: selvático, doméstico-rural y doméstico-urbano. Este último presenta mayor preponderancia en la transmisión de *Leishmania (L.) infantum*, agente etiológico de la LV en el país, donde el perro constituye el principal reservorio afectado. Resulta fundamental considerar estas especificidades y diversidades para la vigilancia y acciones de prevención y control, así como para las intervenciones de promoción de la salud y la conformación de redes de cuidados continuos de detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de los procesos de atención.

VIII.2. Descripción clínico-epidemiológica de la leishmaniasis visceral

La LV es la forma más grave de las leishmaniasis y, en las Américas, es causada por la especie *L. (L.) infantum* (*sinonimia chagasi*), un protozoo perteneciente a la familia Trypanosomatidae. Son principalmente transmitidas por la picadura de la hembra de diferentes especies de flebotomos, infectados con el parásito. El ciclo en Argentina tiene como principal vector a la especie *Lutzomyia longipalpis* y, también, se ha involucrado como vector secundario a *Migonyia*

migonei. El reservorio es el perro doméstico. En estos, también existe la transmisión vertical y sexual. El flebótomo se infecta cuando se alimenta de un animal vertebrado infectado independientemente si presenta síntomas o no. La duración del ciclo del parásito en el flebótomo es de cuatro a siete días, luego de los cuales el mismo será capaz de infectar a un individuo susceptible, permaneciendo infectante el resto de su vida. El periodo de incubación en el humano es de 10 días a 24 meses (en promedio de 2 a 6 meses). La mayoría de las infecciones son inaparentes y se estima que el 20% de ellos desarrollan la forma clásica de la enfermedad que incluye fiebre prolongada, palidez, pérdida de apetito, pérdida de peso y hepatoesplenomegalia. Se asocian a la progresión de la enfermedad y su gravedad factores como la edad, el estado nutricional y la reacción inmunitaria inicial del individuo. No se recomienda el estudio de contactos o casos que no cumplan los criterios de caso sospechoso.

La leishmaniasis visceral canina (LVC) es una enfermedad sistémica en la cual las manifestaciones clínicas dependen de los órganos afectados y la respuesta inmunitaria del animal infectado. La expresión clínica puede variar desde un animal aparentemente sano hasta graves afecciones que pueden ser fatales. Los principales síntomas de la LVC incluyen lesiones dermatológicas, linfadenomegalia generalizada, queratoconjuntivitis y lesiones oculares, disminución del apetito, pérdida progresiva de peso, onicogripos (crecimiento atípico de las uñas), atrofia muscular, claudicación, intolerancia al ejercicio, letargo, esplenomegalia, poliuria y polidipsia, vómitos y diarrea. En la fase final de la infección hay paresia de los miembros posteriores, caquexia, inanición y muerte. De las lesiones dermatológicas, las más descritas son la alopecia, despigmentación de hocico, dermatitis exfoliativa no pruriginosa con o sin alopecia que puede generalizarse o localizarse en la cara, orejas y extremidades, dermatitis ulcerosa sobre prominencias óseas, uniones mucocutáneas, patas y orejas, dermatitis nodular focal o multifocal, dermatitis proliferativa mucocutánea y dermatitis papular. Los signos clínicos variables e inespecíficos hacen que la lista de diagnósticos diferenciales de la LVC sea ampliamente extensa. No obstante, los perros infectados pueden permanecer sin síntomas clínicos por un largo período o durante toda la vida manteniéndose infectivos para los flebótomos.³⁸

VIII.3. Situación regional de la Leishmaniasis visceral

En las Américas, las leishmaniasis constituyen un problema de salud pública debido a su morbimortalidad y amplia distribución geográfica, afectando principalmente a las personas en situaciones de vulnerabilidad y con mayor dificultad de acceso a los servicios de salud. En el año 2023³⁹, 8 de los 13 países con transmisión de LV informaron casos al SisLeish⁴⁰. Los casos están distribuidos en 56 unidades del primer nivel administrativo (provincias) y 631 unidades del segundo nivel (departamentos). (Mapa 1)

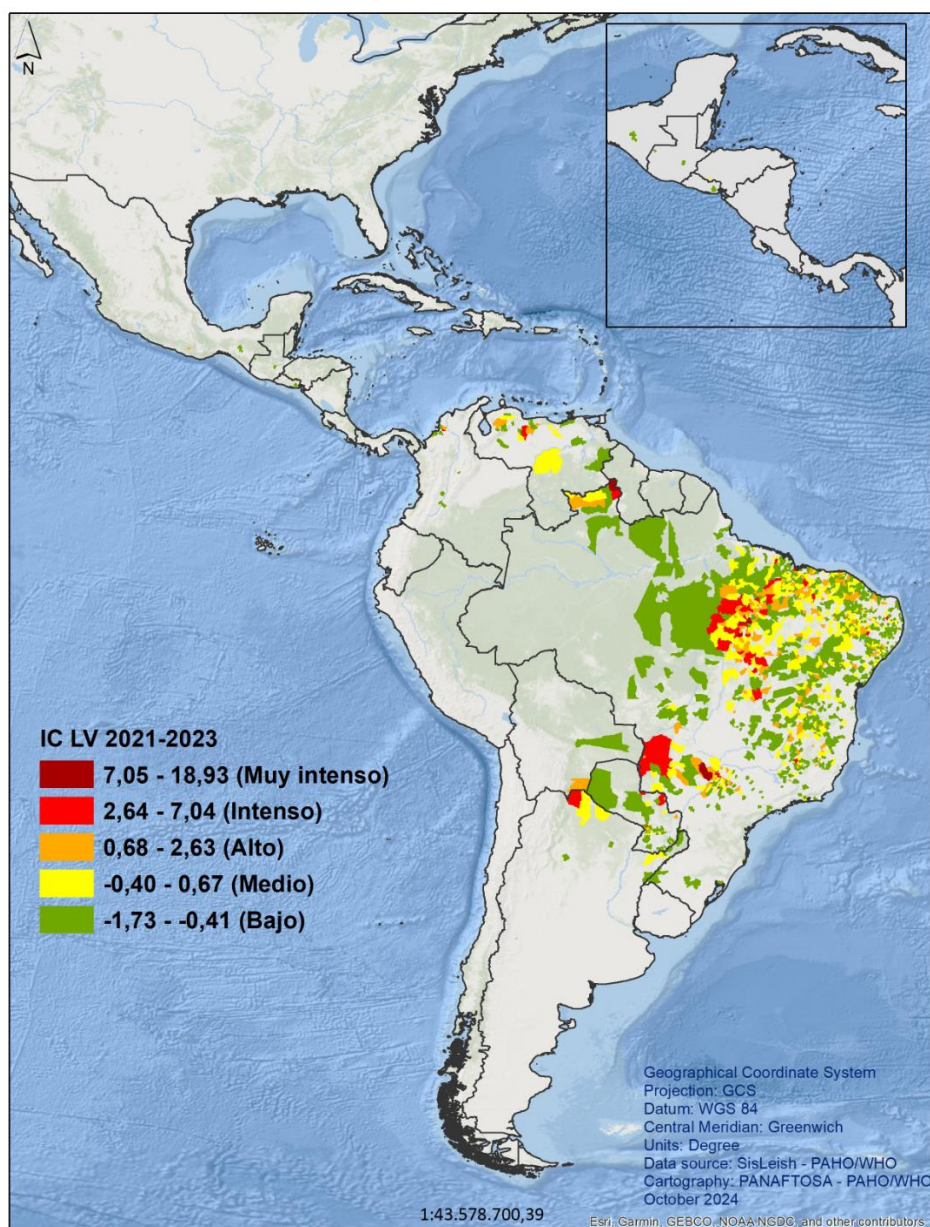
La tendencia regional es de una disminución de casos, aunque en los últimos años se observa un aumento en Paraguay y Argentina (Gráfico 1) con foco en zonas de frontera. Estas zonas fronterizas son las que acumulan la mayor cantidad de casos en relación todo el país. Esto se verifica entre Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil y Paraguay, con el 93%, el 50%, el 3% y el 32% respectivamente de los casos de LV en esas zonas.

³⁸ Organización Panamericana de la Salud. Manual de procedimientos para vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57740>

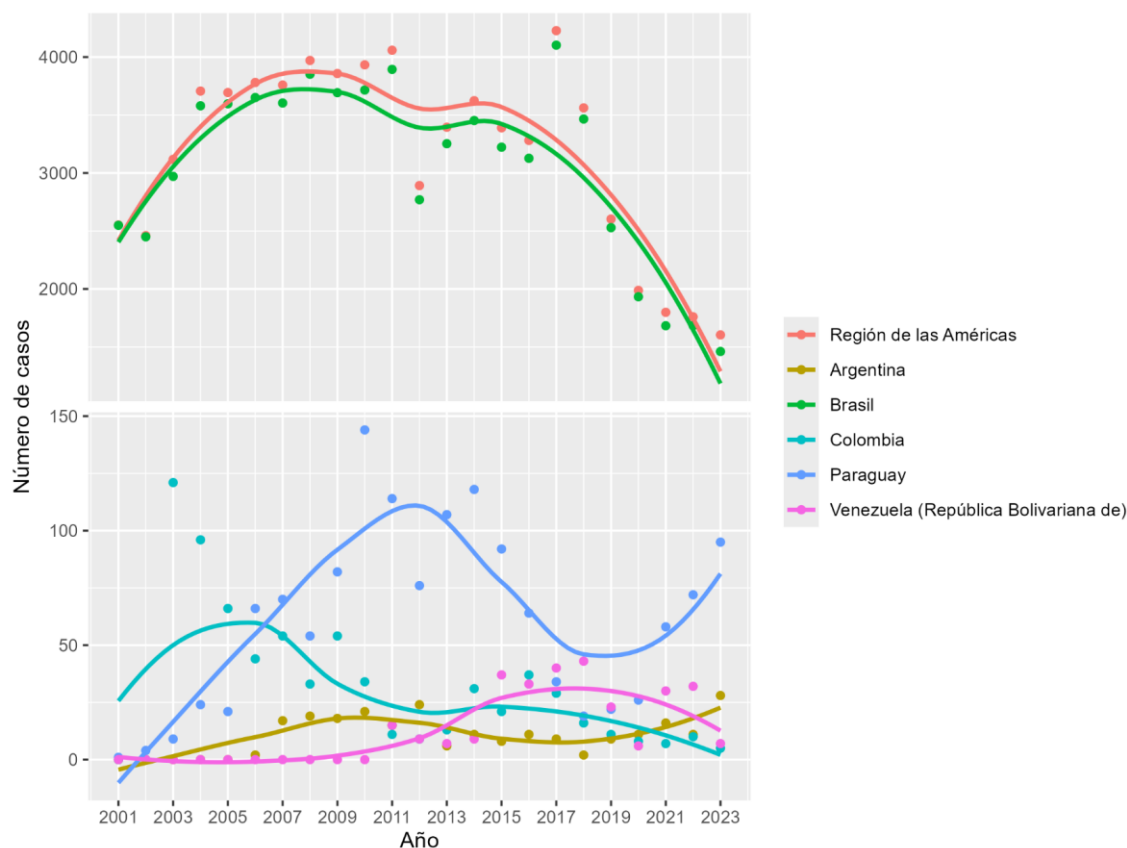
³⁹ Organización Panamericana de la Salud. Leishmaniasis: informe epidemiológico de las Américas [Internet]. Núm. 13, diciembre de 2024. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51742>.

⁴⁰ Sistema de Información Regional de las Leishmaniasis en la Américas

Mapa 1. Estratificación del riesgo de leishmaniasis visceral en el segundo nivel administrativo subnacional según el índice compuesto de leishmaniasis visceral, Región de las Américas, 2021-2023.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Sistema de Información Regional de las Leishmaniasis en las Américas (SisLeish). Washington, DC: OPS; 2024 (consultado el 8 de octubre del 2024).

Gráfico 1. Número de casos de leishmaniasis visceral notificados, Región de las Américas, 2001-2023.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. SisLeish. Washington, DC: OPS; 2024 (consultado el 8 de octubre del 2024).

VIII.4. Leishmaniasis Visceral Humana en Argentina

VIII.4.A. NOTA METODOLÓGICA

En nuestro país, las leishmaniasis están incluidas como eventos de notificación obligatoria, según lo establecido por la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022. En concordancia al Programa Regional de Leishmaniasis instituido por la OPS desde el año 2011, que actualizó en el 2024 su “Plan de acción para fortalecer la vigilancia y el control de las leishmaniasis en las Américas 2023-2030”.⁴¹

La modalidad de vigilancia es nominal, consiste en la vigilancia universal e inmediata ante la sospecha de caso de Leishmaniasis Visceral Humana y en los casos confirmados de Leishmaniasis Visceral Canina. En los casos caninos sospechosos o asintomáticos con prueba reactiva y los estudios poblacionales la notificación es agrupada semanal.

⁴¹ Plan de acción para fortalecer la vigilancia y el control de las leishmaniasis en las Américas 2023-2030. Pan American Health Organization; 2024. doi:10.37774/9789275328781

Para el análisis se utilizó el evento “Leishmaniasis Visceral Humana” del SNVS 2.0 abarcando todos los casos que cumplan con los criterios de caso Confirmado⁴² y Probable⁴³ establecidos en el “Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control 2022”.

Se realizó un análisis de los datos contenidos en el SNVS 2.0, desde el 1 de enero de 2019 hasta el día 31 de marzo de 2025. Para el análisis temporal de los casos se utilizó la fecha mínima registrada⁴⁴ y se excluyeron aquellos casos correspondientes a fechas previas a 2019.

En cuanto a la distribución geográfica, se consideró la jurisdicción de residencia de los casos (o la de notificación, si la de residencia no se encontraba registrada). En cuanto a las tasas de incidencia, se seleccionaron las jurisdicciones con transmisión activa⁴⁵ o vulnerables⁴⁶

VIII.4.B. MARCO HISTÓRICO

Las leishmaniasis son enfermedades de notificación obligatoria desde la implementación de la Ley 15465. En el año 2000 con la detección del vector *Lutzomyia longipalpis*, en la provincia de Misiones y, luego, en ambiente urbano en Formosa en el año 2004, se generó un alerta y fortalecimiento en la vigilancia epidemiológica.⁴⁷ Aunque hubo casos reportados previamente, es probable que los mismos no fueran causados por *Leishmania* (L.) *infantum*.⁴⁸ El primer foco de transmisión de LV humana se detectó en 2006 en Misiones y desde esa fecha se han detectado otros focos de transmisión de LV en las provincias de Corrientes, Santiago del Estero, Salta, Formosa y, más recientemente, Entre Ríos y Chaco.

En Córdoba (Departamentos de Capital, Colón, Punilla, Río Cuarto y Santa María) y Jujuy (Departamento de El Carmen) se han registrado la presencia del vector y casos de LV canina, sin notificar hasta la fecha, casos de LV humana.

⁴² Caso confirmado de leishmaniasis visceral: Todo caso sospechoso o probable con un resultado positivo para alguna de las siguientes técnicas parasitológicas:

- Frotis de punción aspiración de médula ósea, bazo, hígado, ganglio linfático teñido con Giemsa, May-Grunwald-Giemsa, etc. para la búsqueda de amastigotes,
- Cultivo de promastigotes en medios específicos: NNN (Novy, Nicolle y McNeal), Senekjie, etc.,
- Inoculación en hámster: búsqueda y/o aislamiento parasitario.
- Preparados histológicos a partir de médula ósea, hígado, bazo o ganglio linfático para la búsqueda de amastigotes.
- PCR en muestras de tejidos.

⁴³ Caso probable: Caso sospechoso al que se suma una o más pruebas serológicas reactivas entre las siguientes: tiras inmunocromatográficas RK39, ELISA, Inmunofluorescencia indirecta o Test de Aglutinación Directa (DAT).

⁴⁴ La fecha de inicio del caso se construye considerando la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

⁴⁵ En Argentina, se han detectado casos humanos, caninos y presencia de vector de leishmaniasis visceral en las provincias de Misiones, Corrientes, Santiago del Estero, Salta, Formosa, Entre Ríos y Chaco. Además, se ha registrado presencia de vector y perros positivos en Córdoba y Jujuy.

⁴⁶ Áreas vulnerables: Son áreas que cumplen al menos con uno de los siguientes criterios:

a) tener condiciones favorables a la presencia del vector; b) estar contiguas a las áreas con transmisión dentro del país o, en caso de las zonas de frontera, dentro de un país limítrofe; c) presentar tránsito migratorio intenso con otras zonas del país o con las zonas de frontera de países limítrofes; d) compartir redes viales con áreas con transmisión.

⁴⁷ Salomón OD, Ramos LK, Quintana MG, Acardi SA, Santini MS, Schneider A. Distribución de vectores de leishmaniasis visceral en la Provincia de Corrientes, 2008. *Medicina (Buenos Aires)* 2009;69(6):625-630.

⁴⁸ Salomón OD, Rossi G, Sosa Estani S, Spinelli G. Presencia de *Lutzomyia longipalpis* y situación de la leishmaniosis visceral en Argentina. *Medicina (Buenos Aires)* 2001; 61: 174-8.

VIII.4.C. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA PERIODO 2019 - 2024

Entre 2019 y 2024 se registraron en Argentina 117 casos confirmados y probables de Leishmaniasis visceral humana (Ver Tabla 1). Las provincias con mayor número de casos notificados por jurisdicción de residencia en el periodo fueron Salta (57,3%), Misiones (20,5%) y Corrientes (7,7%) en las regiones Noreste (NEA) y Noroeste (NOA). Ambas regiones endémicas presentan tendencia en aumento, con una incidencia media de 0,25 casos cada 100.000 Hab en el periodo 2022-2024. (Ver Gráfico 2).

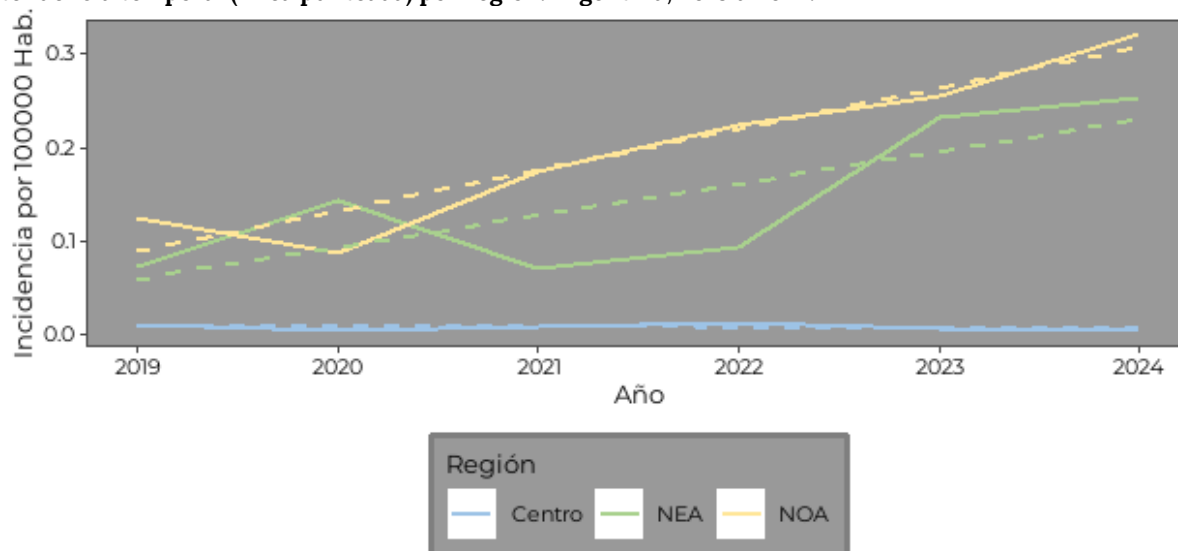
Tabla 1. Casos probables y confirmados de leishmaniasis visceral humana por año y jurisdicción de residencia. Argentina (2019-2024)

Jurisdicción	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos
Buenos Aires*	2	0	0	1	1	1
CABA*	0	0	0	2	0	0
Córdoba*	0	0	0	1	1	0
Entre Ríos	1	1	0	0	0	0
Total Centro	3	1	0	4	2	1
Chaco	0	0	0	0	1	0
Corrientes	2	2	0	1	3	1
Formosa	1	0	0	0	1	1
Misiones	0	4	3	3	5	9
Total NEA	3	6	3	4	10	11
Jujuy*	0	0	0	1	0	0
Salta	7	5	10	11	15	19
Santiago del Estero	0	0	0	1	0	0
Total NOA	7	5	10	13	15	19
Total País	13	12	13	21	27	31

* Provincias sin casos autóctonos

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

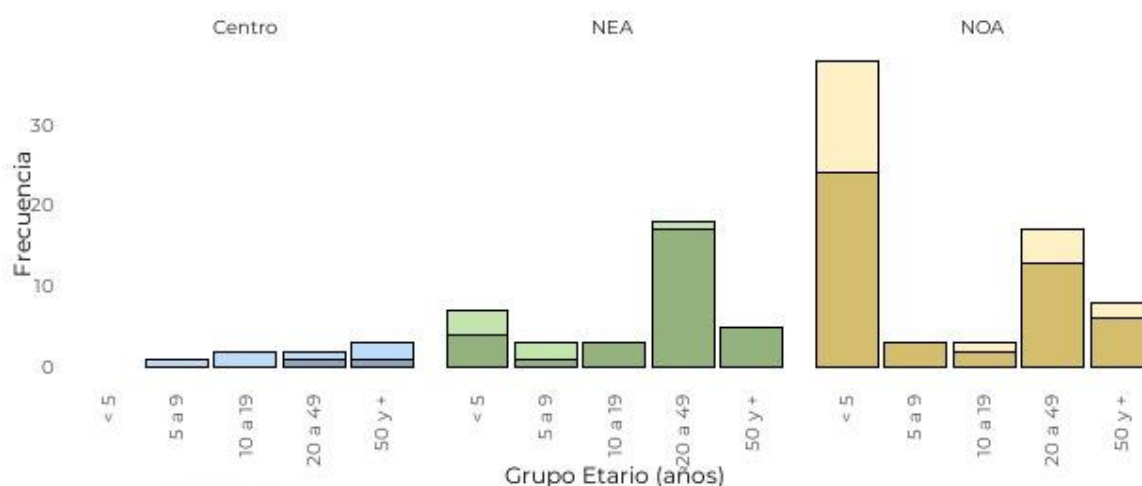
Gráfico 2. Leishmaniasis visceral: serie temporal de incidencia acumulada anual (línea continua) y la tendencia temporal (línea punteada) por región. Argentina, 2019 a 2024.



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

La mayor parte de los casos corresponde a personas de sexo masculino (70,8%). En cuanto a la distribución por edades, hay diferencias regionales en el NOA el 55,1% de los casos es en menores de 5 años y en el NEA la franja etaria más afectada es la de entre 20 y 49 años (48,6%) (Ver Gráfico 3). Solo el 6,2% de los casos se asoció a una comorbilidad preexistente (Infección por VIH, Inmunocompromiso y/o desnutrición). La letalidad global en el periodo fue de 5,98%.

Gráfico 3. Leishmaniasis visceral: cantidad de casos por región según sexo y grupo de edad. Argentina, 2019 a 2024



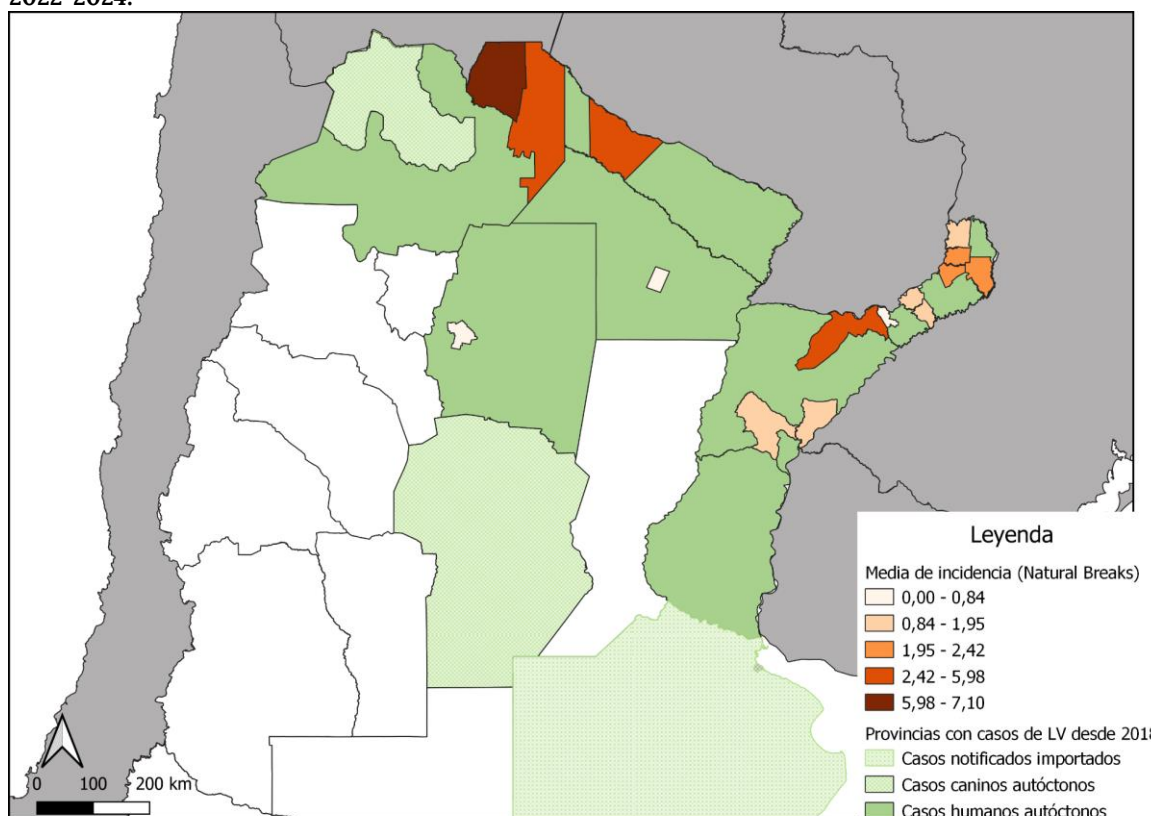
Color claro: femenino

Color oscuro: masculino

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 el periodo en estudio, el 53% de los casos fueron notificados en el Departamento Gral. José de San Martín (Salta). Durante el período 2022-2024, entre las provincias que registraron históricamente casos autóctonos, Entre Ríos no volvió a notificar casos humanos, mientras que en Chaco se notificaron casos humanos en 2023 (Ver Mapa 2).

Mapa 2. Medias de incidencia anual (por 100.000 Hab.) de LV humana por departamento, Argentina. 2022-2024.



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

VIII.4.D. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA AÑO 2025

Hasta la semana epidemiológica 13 del 2025 se notificaron 6 casos (confirmados o probables), 3 en Salta, 1 en Misiones y 2 en el Departamento de San Fernando, Chaco, con un fallecido cuya causa se encuentra en investigación.

VIII.5. Recomendaciones

VIII.5.A. Prevención

De nivel **comunitario**: promoción de la salud, educación y comunicación a la población sobre la existencia de leishmaniasis y el vector, modo de transmisión y tenencia responsable de mascotas incluyendo la castración, el uso de collar o medidas repelentes para los flebótomos y procurar mantenerlos alejados y protegidos durante el horario de mayor actividad del vector (por ser el perro el principal reservorio urbano de la enfermedad).

En zonas de transmisión urbana de LV, mantener siempre limpias las plazas, calles, lotes y baldíos, así como reducir el tiempo para la recolección de residuos, sobre todo en zonas contiguas a reservas, parques naturales y bosques surcados por arroyos.

De nivel **individual**: Para evitar las picaduras de los flebótomos las personas deben utilizar ropa cubriendo la mayor área del cuerpo posible y usar repelentes (N-N dietil toluamida (DEET) en concentraciones de 15% al 25%), especialmente cuando se realizan actividades fuera de la vivienda, desde el atardecer hasta la salida del sol.

Es importante tener conocimiento de las acciones individuales que se pueden tomar sobre el ambiente del domicilio como uso de mosquiteros o toldillos de punto fino, manejo de mascotas, animales domésticos y residuos para mitigar el riesgo. Se debe restringir el tránsito y tráfico de perros desde zonas con transmisión a zonas sin transmisión con presencia del vector así como también se deben tomar las medidas preventivas para que los perros que ingresan hacia una zona de transmisión activa no se infecten y sean nuevos reservorios.

VIII.6. Medidas ante casos y contactos

Control del paciente:

- En Argentina está normado con el esquema terapéutico sugerido por la OPS/OMS. Consultar recomendaciones vigentes.⁴⁹
- Control de personas o convivientes expuestos al mismo riesgo: Detección de casos sospechosos mediante difusión y búsqueda activa.
- Vigilancia de leishmaniasis canina para direccionar acciones de control canino

Ambiente inmediato:

- Uso de mosquiteros de trama fina o toldillos de punto fino, con o sin impregnación con insecticidas, en puertas y ventanas de las viviendas.
- Mantener el terreno alrededor de la vivienda libre de malezas, hojarascas, frutos caídos y escombros. Hacer poda de árboles para aumentar la luz solar, con el fin de reducir la sombra en el suelo y evitar las condiciones favorables (temperatura y humedad) para el desarrollo del vector.
- Mantener los animales de compañía refugiados y alejados de la vivienda, en el horario de mayor presencia del vector.
- Mantener apartados e higiénicos los refugios y/o corrales de animales.

Control vectorial: Para el caso del vector de leishmaniasis visceral, *Lutzomyia longipalpis*, dadas sus características peridomésticas, se aconseja el tratamiento focal y perifocal de los domicilios y peridomicilios del caso y viviendas hasta 150 metros alrededor del mismo, con el fin de mitigar el riesgo de ocurrencia de nuevos casos humanos y de evitar la dispersión de flebótomos, respectivamente.

- En todos los casos se debe ampliar la vigilancia para detectar otros casos humanos y evaluar la intervención con fumigación.
- Dado la baja efectividad de las intervenciones químicas se recomienda evaluar su impacto.
- Si se decide realizar un tratamiento focal y perifocal, los mismos deben ser por aspersión, aplicado el producto con acción residual a todas las estructuras potenciales donde puede reposar el vector (troncos, gallineros, paredes, etc.).

⁴⁹ Organización Panamericana de la Salud. Directrices para el tratamiento de las leishmaniasis en la Región de las Américas. Segunda edición. Washington, DC: OPS; 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275325032>.

VIII.7. Medidas ante brotes

Se considera brote cuando en un **área sin transmisión**, hay presencia del primer caso autóctono humano o canino. En un **área con transmisión vectorial y LVC**, es cuando hay presencia del primer caso humano. En un **área con transmisión de LVH**, es cuando hay un incremento del número de casos humanos en relación con el número de casos esperados.

- Investigación de brote (es necesaria la identificación de la especie de *Leishmania* involucrada)
- Intensificación de la vigilancia.
- Sensibilización de los equipos de salud humana y veterinaria para la detección precoz de posibles casos humanos y caninos.
- Información a la población mediante los medios masivos de comunicación.
- Estudio de foco en un radio de 150 metros alrededor del lugar de transmisión del primer caso humano o canino (o la manzana del caso confirmado y las ocho manzanas que la rodean):
 - Búsqueda activa de nuevos casos humanos. Se desaconseja el estudio de laboratorio cuando el paciente no cumple con los criterios de caso sospechoso ya que no existe indicación terapéutica médica específica en personas asintomáticas.
 - Detección de perros infectados a través de un censo serológico canino por rk39, con confirmación parasitológica si se requiere y realización de las acciones de control según el ítem “medidas ante casos y contactos” en evento Leishmaniasis visceral canina.
 - Búsqueda del vector de leishmaniasis visceral mediante trampeo.
- Análisis y devolución de los resultados a los equipos de salud humana y animal como así también a las áreas de gestión y toma de decisiones.

En las zonas de fronteras se debe mantener el contacto entre países y se deben compartir los datos disponibles de casos atendidos a ambos lados de la frontera.

VIII.8. Conclusiones

La Leishmaniasis visceral es un problema de salud de complejidad biológica, clínica y epidemiológica, con un impacto significativo en la salud de la población humana y canina. Argentina se encuentra con una tendencia en aumento tanto en la magnitud de casos humanos con foco en algunos departamentos de frontera del NEA y el NOA, como en su distribución espacial en nuevos departamentos.

VIII.9. Acerca de este informe

VIII.9.A. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

LV humana

Los principales objetivos de la vigilancia de casos humanos son:

- Alertar en forma temprana a los distintos actores involucrados ante la sospecha clínica de casos de leishmaniasis y facilitar la información necesaria para realizar las acciones de control.
- Identificar tempranamente los casos humanos para procurar la atención adecuada y oportuna.
- Registrar el estudio por laboratorio de todas las formas de leishmaniasis en humanos, así como la confirmación de casos.
- Registrar la ocurrencia de los casos y las áreas de dispersión de la enfermedad para direccionar las acciones de prevención y control.

LV canina

- Detectar y alertar en forma temprana ante la ocurrencia de casos caninos y registrar la información necesaria para realizar las acciones de control.
- Monitorear la dispersión geográfica de los casos caninos.
- Monitorear la prevalencia de leishmaniasis canina en estudios poblacionales.
- Monitorear la presencia del vector según escenario epidemiológico de cada área para alertar en forma temprana su presencia y prevenir la aparición de nuevos casos.

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 27 de marzo al 3 de abril del 2025.

IX.1. Sarampión –Estados Unidos de América

Recibido a través del CNE el 27/03/2025.

El 11 de marzo de 2025, el Punto Focal Nacional (NFP) de los Estados Unidos notificó a la OMS sobre un brote en curso de sarampión en el país.

Desde el 1 de enero hasta el 20 de marzo de 2025, se han reportado 378 casos en 17 estados, incluyendo: Alaska, California, Florida, Georgia, Kansas, Kentucky, Maryland, Michigan, Nueva Jersey, Nuevo México, Nueva York, Ohio, Pensilvania, Rhode Island, Texas, Vermont y Washington. También se han reportado dos muertes, una confirmada en Texas y otra bajo investigación en Nuevo México. La mayoría de los casos corresponden a niños no vacunados o con estado de vacunación desconocido. La tasa de hospitalización es del 17%.

El 90% de los 378 casos (341 casos) están asociados con tres brotes distintos (definidos como tres o más casos relacionados) reportados en 2025, mientras que el resto son casos esporádicos que forman parte del brote general.

Desde finales de enero hasta el 14 de marzo de 2025, el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas reportó 259 casos en las regiones de South Plains y Panhandle de Texas. De estos, 34 pacientes han sido hospitalizados y 257 (99%) no estaban vacunados o tenían estado de vacunación desconocido. En febrero de 2025, un niño en edad escolar no vacunado que vivía en la zona del brote en Texas falleció a causa del sarampión. Esta fue la primera muerte relacionada con el sarampión en los Estados Unidos en una década.

Hasta el 14 de marzo, el Departamento de Salud de Nuevo México reportó 35 casos de sarampión. De estos, 28 no estaban vacunados, dos estaban vacunados y cinco tenían estado de vacunación desconocido.

Desde el 1 de enero de 2025 hasta el 20 de marzo de 2025, los CDC de los EE.UU. reportaron 128 secuencias de ADN del virus del sarampión. Texas envió 92 secuencias de ADN idénticas del genotipo D8; mientras que 10 secuencias de ADN de Nuevo México y una de Kansas fueron idénticas a las de Texas. Texas también reportó tres secuencias del genotipo D8 (un total de 19 secuencias D8 han sido reportadas en los estados afectados) con sustituciones de nucleótidos individuales. Además, se reportaron un total de cinco secuencias distintas del genotipo B3 en los estados de Alaska, California, Florida, Kentucky, Nueva York, Rhode Island, Texas y Washington.

La fuente de este brote es desconocida. Actualmente, no hay evidencia de una disminución en la efectividad de la vacuna ni de cambios en el virus que resulten en una mayor gravedad.

En el año 2000, el sarampión fue declarado eliminado en los Estados Unidos. Desde entonces, se han detectado casos importados de sarampión en el país, ya que la enfermedad sigue siendo endémica en muchas partes del mundo. Los Estados Unidos verificaron por última vez la eliminación en curso del sarampión en 2024. En 2023, la tasa de cobertura de vacunación con dos dosis de la vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR) en niños de jardín de infantes en los EE.UU. fue del 92,7%.

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON561>

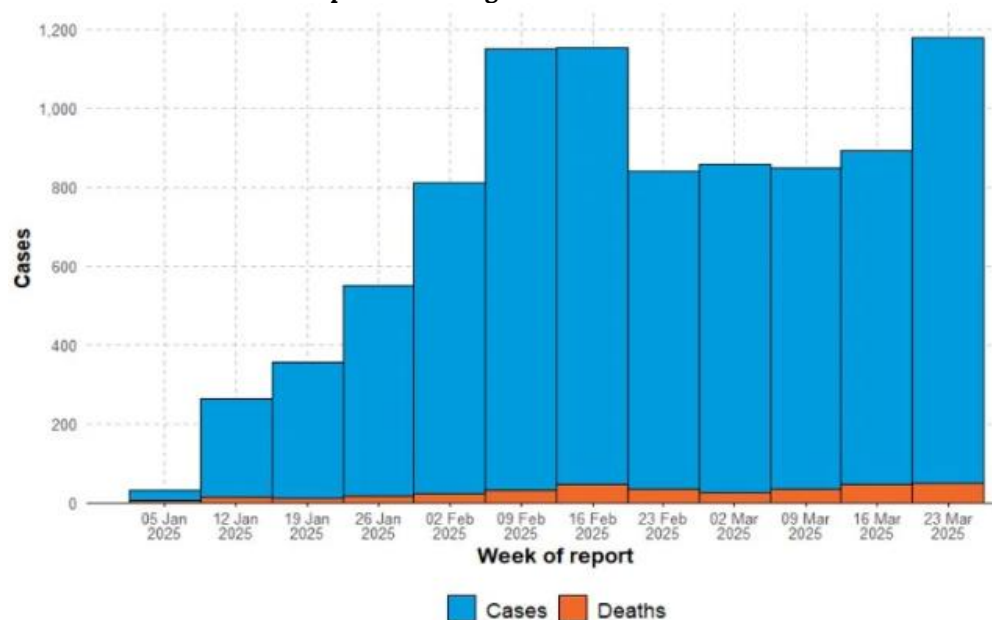
IX.2. Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 28/03/2025.

Angola reportó su primer caso de cólera a principios de enero de 2025. Al 23 de marzo de 2025, se ha registrado un total acumulado de 8.543 casos de cólera, incluyendo 329 muertes (tasa de letalidad del 3,9%), de las cuales 112 (34%) ocurrieron en la comunidad. La tasa de letalidad entre los casos hospitalizados es del 2,5%. Actualmente, 253 personas permanecen hospitalizadas.

El brote presentó inicialmente un aumento rápido de casos, superando los 1.000 casos semanales a principios de febrero. Posteriormente, se observó un descenso y una estabilización, con un promedio de aproximadamente 800 casos semanales durante un mes. Sin embargo, en la semana del 23 de marzo, los casos volvieron a aumentar, alcanzando cerca de 1.200 casos, la cifra semanal más alta hasta la fecha.

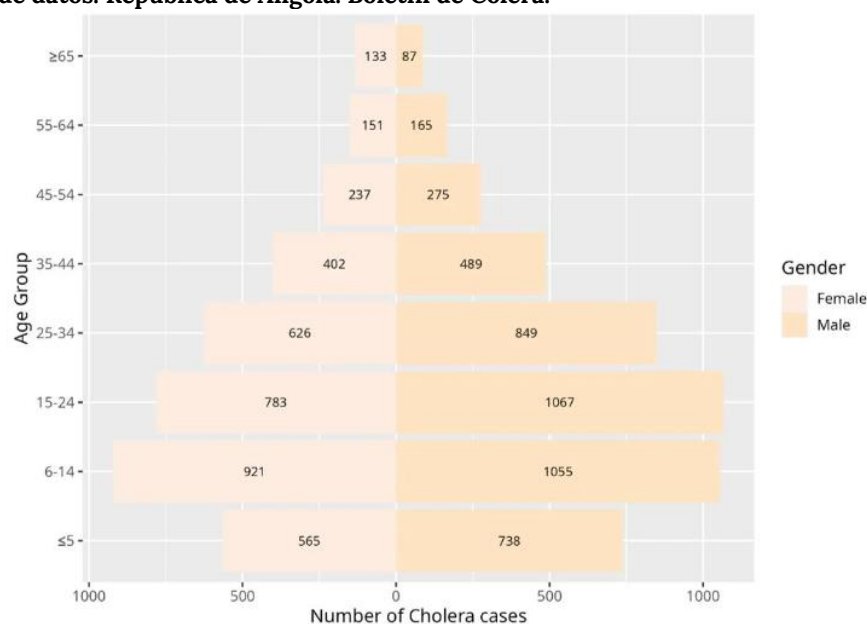
Figura 1. Número de casos de cólera por semana epidemiológica de notificación (n=8.543), al 23 de marzo de 2025. Fuente de datos: República de Angola. Boletín de Cólera.



El grupo de edad más afectado es el de 6 a 14 años, con 1.976 casos, lo que representa el 23,1% del total de casos, seguido por el grupo de 15 a 24 años con 1.850 casos (21,7%) y el grupo de 25 a 34 años con 1.475 casos (17,3%).

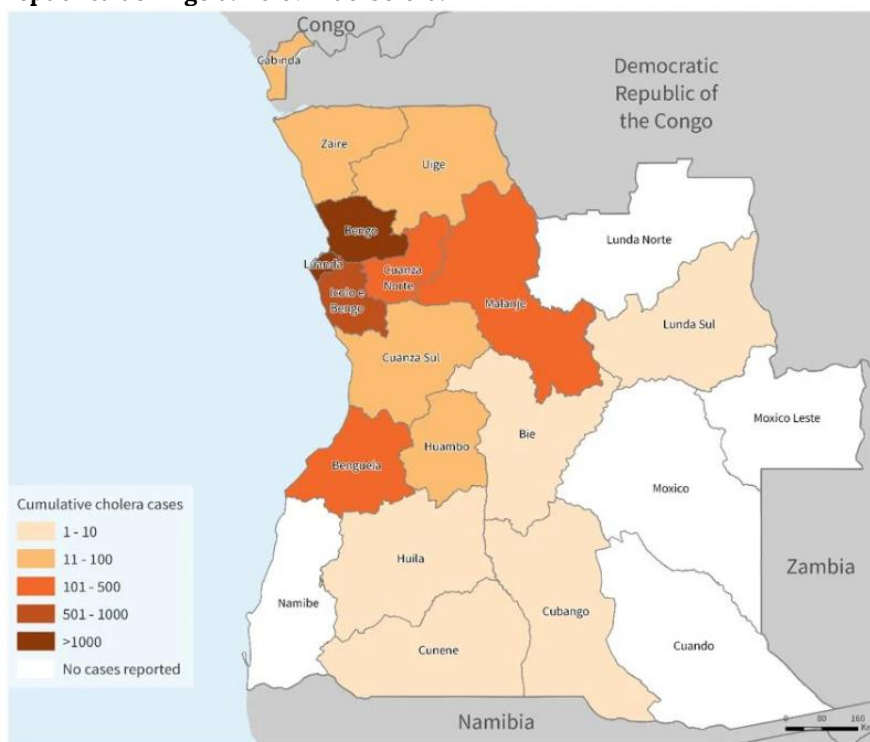
Un poco más de la mitad de los casos reportados corresponden a hombres (4.725; 55,3%).

Figura 2. Distribución por edad y género de los casos de cólera (n=8.543), al 23 de marzo de 2025. Fuente de datos: República de Angola. Boletín de Cólera.



El brote de cólera está afectando a 16 de las 21 provincias de Angola (76,2%), siendo Luanda (4.143 casos; 48,5%) y Bengo (2.485 casos; 29,1%) las provincias con el mayor número de casos reportados.

Figura 3. Mapa de casos de cólera por provincia (n=8.543), al 23 de marzo de 2025. Fuente de datos: República de Angola. Boletín de Cólera.



The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization, Angola Ministry of Health.
Map Production: WHO Health Emergencies Programme

World Health Organization
© WHO 2025. All rights reserved.

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON562>

IX.3. Alerta epidemiológica Enfermedad de manos, pies y boca

Recibido a través del CNE el 28/03/2025.

IX.3.A. ENFERMEDAD DE MANOS, PIES Y BOCA

La enfermedad de manos, pies y boca (EMPB) es una infección común a nivel global, especialmente en niños, aunque también puede afectar a adolescentes y ocasionalmente a adultos. En la mayoría de los casos, la enfermedad es leve y se resuelve en forma espontánea. Sus síntomas incluyen fiebre breve y con erupciones papulovesiculares en las palmas de las manos y las plantas de los pies, con o sin múltiples úlceras bucales dolorosas. En ocasiones, la erupción puede ser de tipo maculopapular sin vesículas. También puede afectar los glúteos, las rodillas o los codos, especialmente en niños pequeños y lactantes. Las lesiones cutáneas cicatrizan espontáneamente sin dejar cicatriz, y suelen persistir entre 3 a 5 días tras el inicio de la enfermedad. La infección cutánea bacteriana secundaria es muy poco frecuente.

IX.3.B. ANTECEDENTES

Las epidemias recientes de enfermedad de manos, pies y boca han demostrado que la infección causada por enterovirus A71 (EV-A71), a diferencia de la causada por otros enterovirus, podría estar asociada con complicaciones del sistema nervioso central (SNC), incluyendo meningitis aséptica, encefalitis y parálisis flácida aguda. Según lo informado por la Asociación Estadounidense de Salud Pública, los niños con afectación del SNC (encefalitis y parálisis flácida aguda), en particular los de 5 años o menos, corren el riesgo de presentar disfunción cardíaca aguda grave, en ocasiones mortal, y edema pulmonar. Los signos de alarma de la afectación del SNC y las complicaciones sistémicas incluyen fiebre persistente durante más de 48 horas, temperatura corporal superior a 39 °C, vómitos recurrentes, irritabilidad inexplicable, letargo, mioclonías, debilidad focal en las extremidades, ataxia troncal, nistagmo, signos de dificultad respiratoria y moteado de la piel. La sarna a veces puede confundirse con la enfermedad de manos, pies y boca, ya que también causa pústulas, vesículas o lesiones nodulares en manos y pies. El prurito intenso y la afectación del espacio interdigital son indicios clínicos útiles de la infestación parasitaria.

Los enterovirus suelen cocircular generalmente con un serotipo predominante, durante los brotes de la enfermedad de manos, pies y boca producen lesiones cutáneas y mucosas clínicamente indistinguibles. Los principales agentes causales son: El coxsackievirus A16 (CVA16) y el Enterovirus A71, pero incluye otros serotipos de Enterovirus A. Se asocia con menos frecuencia a los serotipos de Enterovirus B CV-B2 y CV-B5.

La enfermedad de manos, pies y boca presenta una distribución estacional según la región geográfica. En las zonas templadas, la incidencia máxima ocurre durante el verano y a principios del otoño, mientras que en las regiones tropicales puede presentarse durante todo el año.

Los seres humanos son los reservorios de la infección. El periodo de incubación es generalmente de 3 a 5 días. La transmisión ocurre principalmente por contacto directo con secreciones nasales y orales, líquido vesicular y heces de personas infectadas, así como con artículos contaminados, como juguetes y superficies. También puede propagarse mediante gotitas aerosolizadas. Las personas asintomáticas, incluidos los adultos, representan una fuente importante de infección. No hay evidencia confiable de que la enfermedad se propague a través de insectos, agua, alimentos o aguas residuales. La enfermedad es más contagiosa durante la primera semana del inicio de la enfermedad.

IX.3.C. RESUMEN DE LA SITUACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

A continuación, se describe la situación epidemiológica de algunos países y territorios, por orden alfabético, de la Región de las Américas:

En **Guyana**, el 19 de marzo del 2025 las autoridades sanitarias informaron de un presunto brote de enfermedad de manos, pies y boca en la Región Cuatro (Demerara-Mahaica). No se dispone de información sobre el agente identificado.

En las **Islas Vírgenes de los Estados Unidos**, el 7 de marzo del 2025 las autoridades de Salud de las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, reportó 189 casos de la enfermedad de manos, pies y boca para el 2025 (5). Además, el 11 de marzo informaron sobre un caso fallecido posiblemente por esta causa y que se encuentra bajo investigación.

En **México**, el 6 de marzo del 2025 las autoridades de Salud del estado de Puebla informaron sobre un brote de la enfermedad de manos, pies y boca con siete casos notificados y otros bajo investigación que corresponden al municipio de San Martín Texmelucan, Puebla. Los casos se reportaron con base en el cuadro clínico, no se cuenta al momento con algún diagnóstico de laboratorio.

En **Perú**, el 1 de marzo del 2025 las autoridades de salud del país notificaron la ocurrencia de nueve casos de la enfermedad de manos, pies y boca durante enero de 2025. Todos los casos son residentes de la Región Tacna. De estos, seis fueron diagnósticos definitivos y tres presuntivos.

En **Trinidad y Tabago**, el 25 de febrero del 2025 las autoridades de salud del Condado de Tabago, informaron un brote de la enfermedad de manos, pies y boca entre el 9 y 22 de febrero del 2025, con 41 casos notificados. No se cuenta con información sobre el agente identificado.

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-enfermedad-manos-pies-boca-26-marzo-2025>

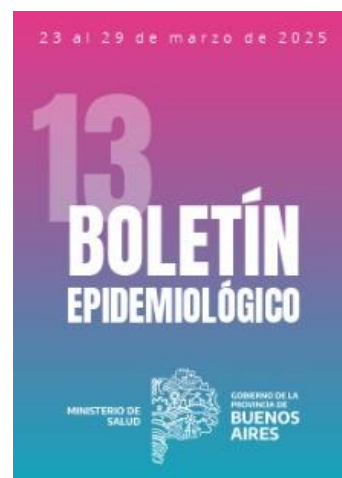
DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

X. Boletines jurisdiccionales

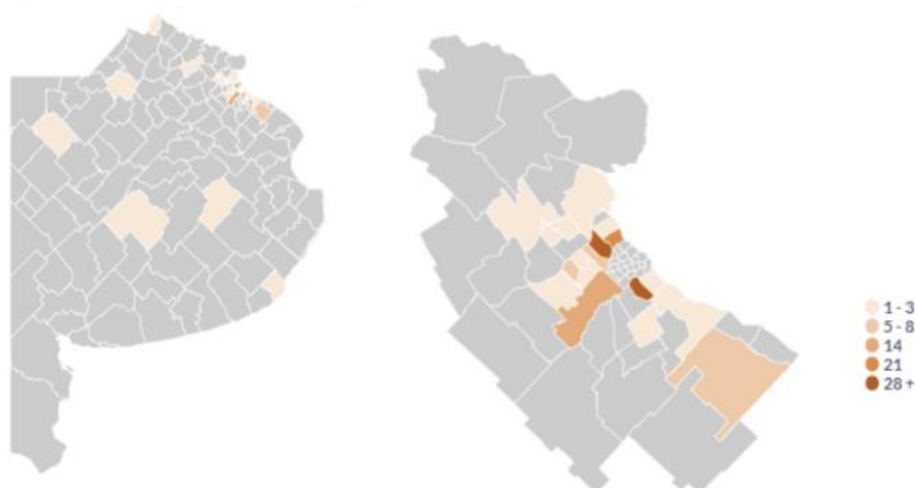
X.1. Buenos Aires: Arbovirosis

Desde la finalización de la última epidemia de dengue en la provincia en junio de 2024 (SE 25) y hasta el 22 de marzo de 2025 (SE 12) se notificaron 5.642 casos compatibles con dengue de los cuales 147 fueron confirmados (124 autóctonos, 16 importados y 7 en investigación), 246 probables, 2.013 en estudio y 3.236 con muestras de laboratorio negativas (descartados y sospechosos no conclusivos).

En la provincia de Buenos Aires se identifican brotes en curso de dengue por los serotipos DEN-1 y DEN-2 en al menos 6 localidades de municipios de la región AMBA. Por el momento son brotes de escasa magnitud y se encuentran en curso las acciones de control.



Casos confirmados acumulados de dengue autóctonos e importados por municipio en PBA y AMBA, SE 26/2024 a SE 12/2025



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

Para más información:

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

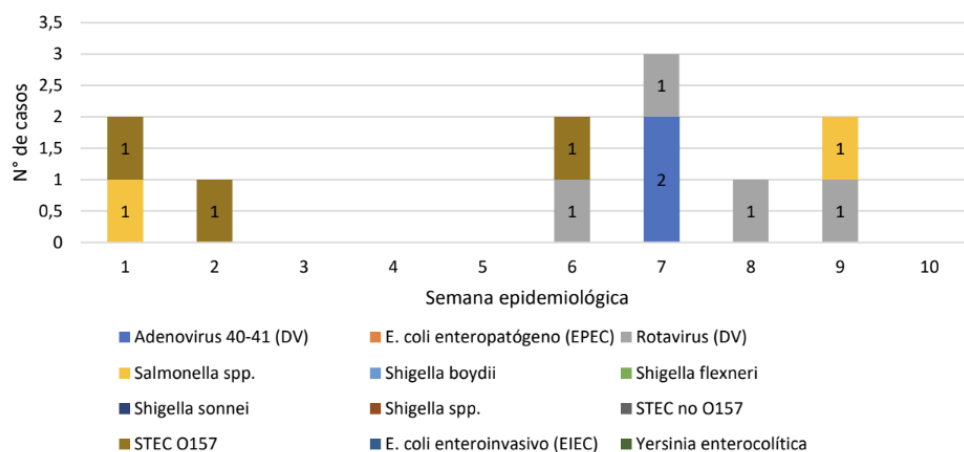
X.2. Chubut: Diarreas

En las primeras 10 semanas del año 2025 se identificaron los siguientes agentes etiológico: rotavirus (DV) (n=4), STEC O157 (n=3), salmonella spp. (n=2) y Adenovirus 40-41 (DV) (n=2).

A la SE 10 del año 2025 se estudiaron en total 449 muestras, de las cuales 11 fueron positivas. Del total de muestras positivas 5 corresponden a diarreas bacterianas y 6 a diarreas virales.



Distribución de agentes etiológicos en Diarreas Agudas según semana epidemiológica. Provincia de Chubut, SE1-10. Año 2025. N=11



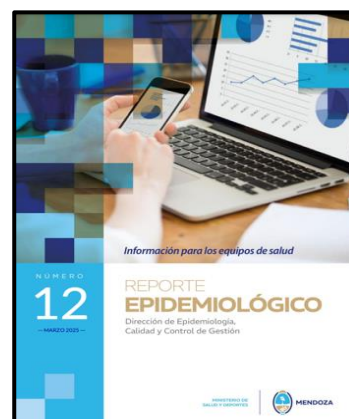
Fuente. Elaboración propia de Residencia de Epidemiología HZPM en base al SNVS 2.0-Agrupado de laboratorio

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

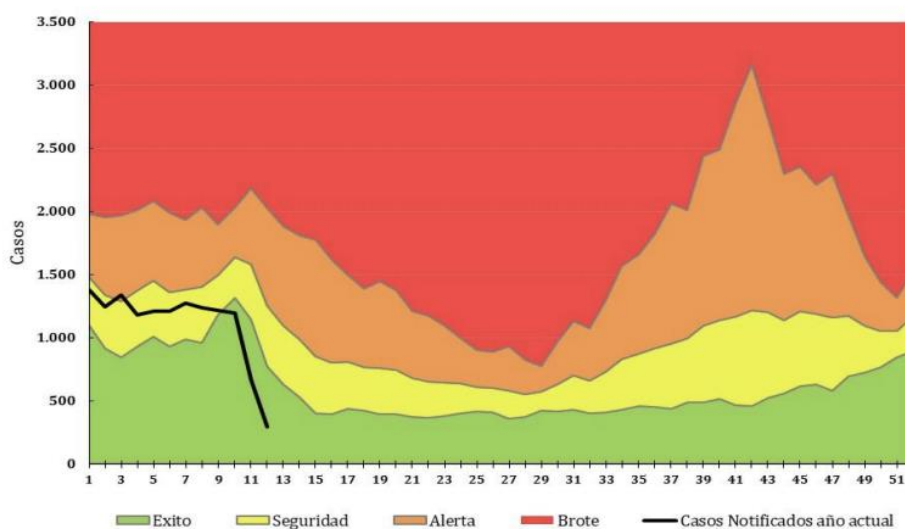
X.3. Mendoza: Diarreas

En las primeras 12 semanas epidemiológicas del año 2025 se han notificado al SNVS, un total de 13.457 casos de diarreas. En la SE01, la curva se ubicó en zona de seguridad con 1.381 casos, mostrando un descenso respecto a los casos de la última semana del año 2024, cuando se notificaron 1.451 casos. Se mantiene en zona de seguridad hasta SE 09 para posterior descenso a zona de éxito. Hay que considerar que la demora en la carga puede explicar este descenso

Hasta la SE 12, las diarreas notificadas en menores de 10 años representan el 40,2% (5.405 casos) del total. Le siguen, en orden descendente, el grupo de 25 a 35 años con un 13,3% (1.784 casos), el grupo de 45 a 64 años con un 10,27% (1.367 casos) y el grupo de 10 a 14 años con un 9,7% (1.310 casos).



Corredor endémico (2020-2024) por SE. SE1 a SE12- DIARREAS -Año 2025- Mendoza

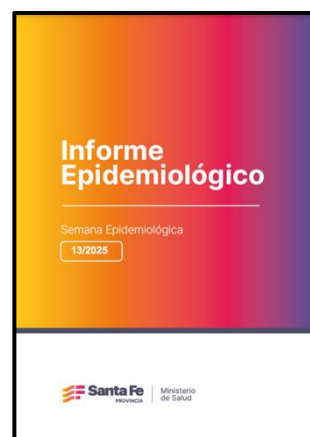


Fuente: SNVS 2.0- Elaboración: Dpto. de procesamiento y análisis de datos- 26/03/2025

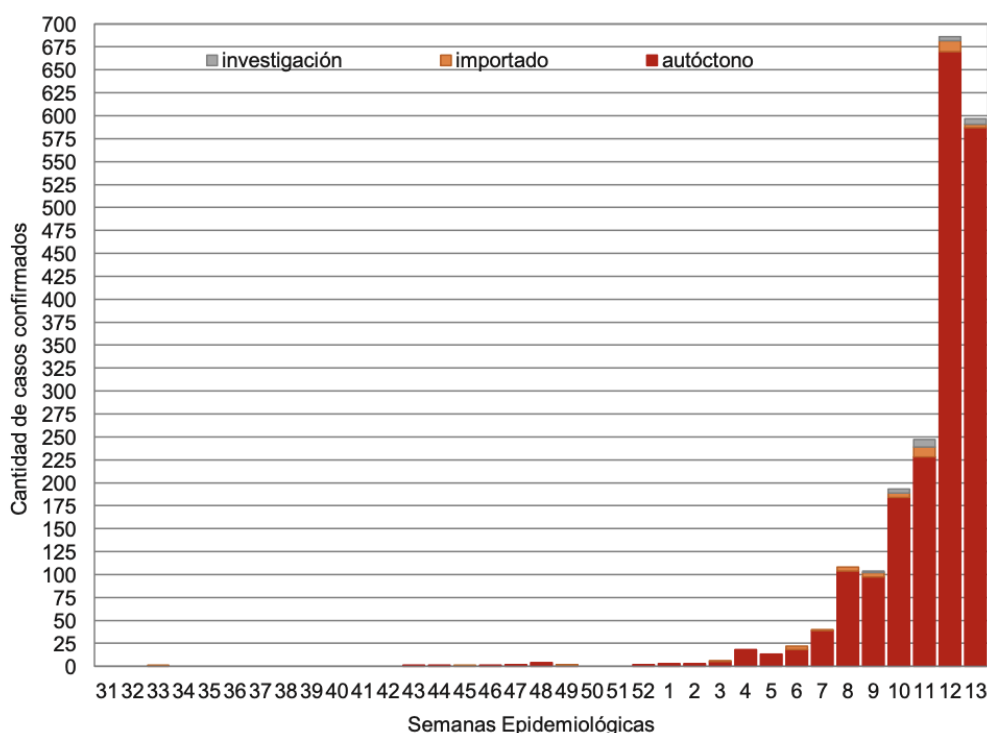
Para más información: <https://www.mendoza.gov.ar/salud/boletines-epidemiologicos/>

X.4. Santa Fe: Dengue

En la provincia de Santa Fe, en lo que va de la temporada 2024-2025 (SE 31/2024 hasta la SE 13/2025), se notificaron un total de 6152 casos al evento “dengue” y “dengue en la gestación”. Se confirmaron 2035 casos para el evento “dengue” y, en el evento de “Dengue en la gestación”, se confirmaron 20 casos, sumando un total de 2055 casos confirmados, 786 casos más que en la semana previa. De esos 2055 casos confirmados, 1981 casos son “sin antecedente de viaje”, 50 “con antecedente de viaje” (India, Maldivas, Colombia, Brasil y otra provincia de Argentina) y 24 se encuentran en investigación. Los 20 casos confirmados en el evento “dengue durante la gestación” son autóctonos y todos tienen domicilio habitual en el departamento Rosario. Por otra parte, se notificaron 12 casos con “antecedente de vacunación en los últimos 30 días



Casos de Dengue confirmados desde SE 31/2024 hasta a SE 13/2025 según semana epidemiológica. Provincia de Santa Fe. N= 2055



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 29/03/2025

Para más información:

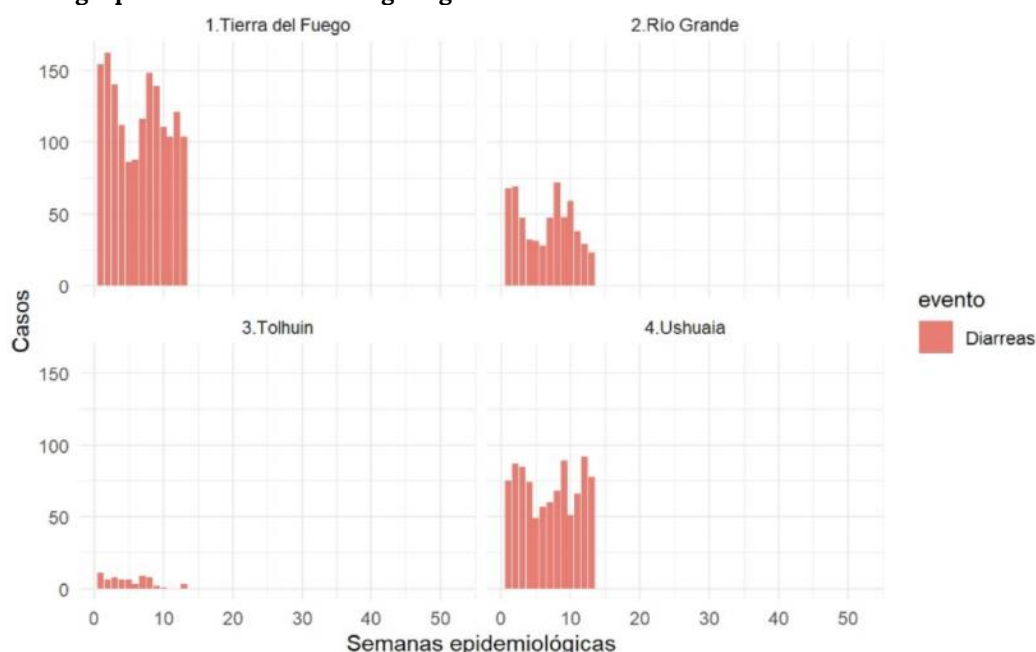
[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802)

X.5. Tierra del fuego: Diarreas

Hasta la semana epidemiológica (SE) 13 en 2025 se notificaron 1.593 casos de diarrea aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas, Con respecto al mismo período del año 2024, se observa un aumento del 6,7% de los casos registrados a nivel provincial.



Diarreas agrupadas en Tierra del Fuego según localidad. SE 13 – Año 2025.



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

Para más información:

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

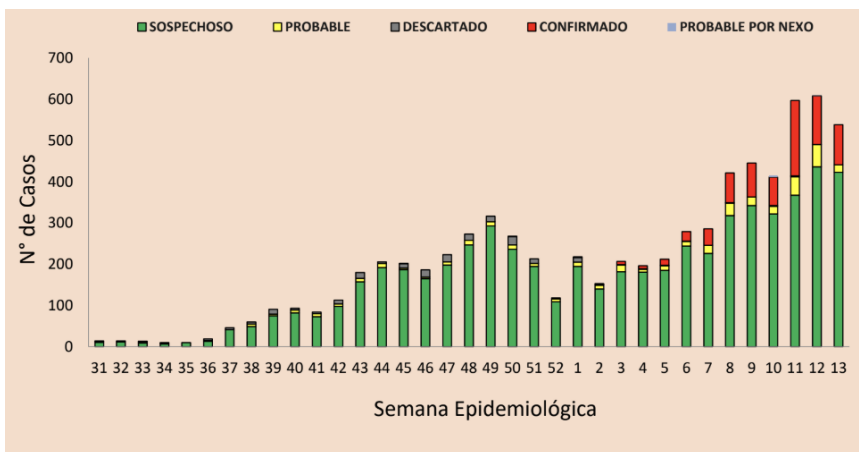
X.6. Tucumán: Síndrome Febril Agudo Inespecífico

Entre la SE 31 del 2024 y la SE 13 del 2025 se notificaron 7334 casos de SFAI, de los cuales 6020 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) 720 confirmados, 388 son probables, 5 son probables por nexo, 195 descartados, 4 sospechosos de ZIKAV/ CHIKV, 1 probable flavivirus y 1 caso confirmado de CHIKV.

En la SE 13/2025 se notificaron 570 casos de SFAI en total: 450 casos sospechosos, 20 casos probables y 100 casos confirmados.



Curva epidémica de SFAI desde la SE 31 del 2024 hasta la SE 13 del 2025 (n=7334)



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS 2.0

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*, *Pseudoterranova*, *Hysterothylacium*, *Contracaecum*)

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

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

XII. Residencia Nacional en Epidemiología y el Concurso de Ingreso 2025.

La Residencia en Epidemiología es un programa remunerado de formación de posgrado a tiempo completo y con dedicación exclusiva, perteneciente a las residencias del equipo de salud. Se orienta a la producción de información para describir, comprender y explicar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de la población, detectar y priorizar problemas, proponer estrategias de intervención, apoyar la toma de decisiones y contribuir al monitoreo de políticas, programas y servicios de salud.

XII.1.A. INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE LA RESIDENCIA:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/ingresoaresidencia>

XII.1.B. CHARLAS INFORMATIVAS:

2da Charla - 8 de abril a las 14 horas.

3ra Charla - 15 de abril a las 14 horas.

4ta Charla - 21 de abril a las 13:30 horas.

XII.1.C. PROFESIONES HABILITADAS A CONCURSAR:

Medicina; Veterinaria; Lic. en Bioquímica; Bioquímica; Lic. en Ciencia y Tecnología de Alimentos; Lic. en Ciencias Biológicas; Lic. en Biotecnología; Lic. en Ciencias Matemáticas; Lic. en Ciencias Químicas; Farmacia; Lic. en Enfermería; Lic. en Fonoaudiología; Lic. en Kinesiología/Fisiatría; Lic. en Nutrición; Lic. en Obstetricia; Odontología; Lic. en Estadística; Lic. en Sociología; Lic. en Trabajo Social; Lic. en Ciencias Antropológicas; Prof. Universitario en Antropología; Lic. en Psicología; Lic. en Ciencias de la Comunicación.

XII.1.D. PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DEFINITIVA DEL CONCURSO UNIFICADO:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/residencias/ingreso/concurso-unificado>

XIII. 1º Edición del Curso: “Vigilancia y notificación de dengue”

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

Modalidad Virtual Autoadministrada

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

Inicia el 2 de diciembre

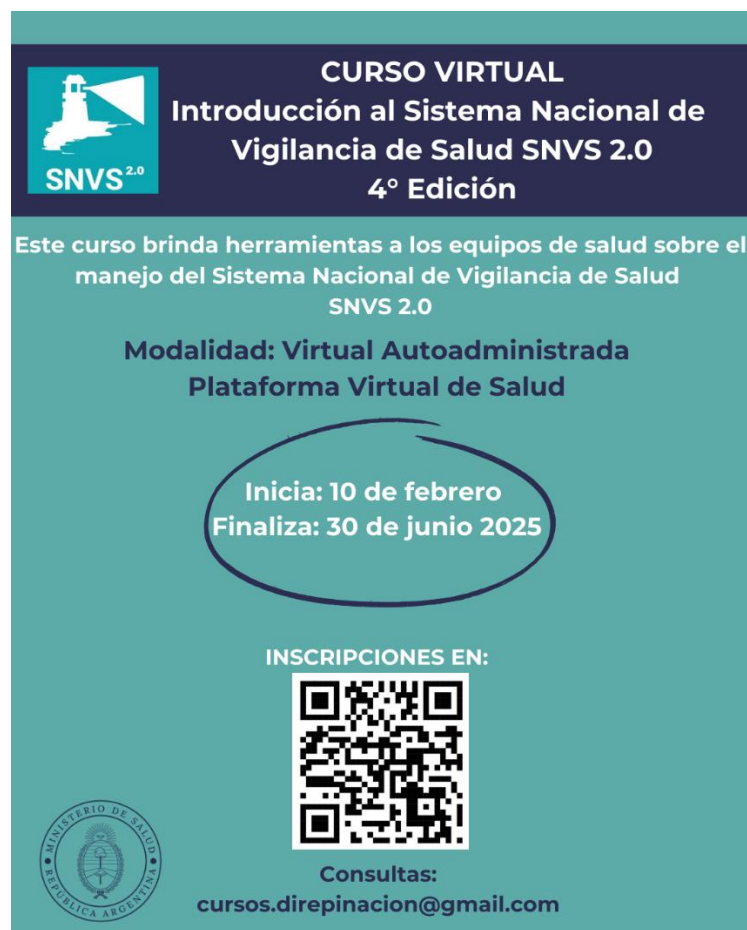
Duración: 25 horas.

INSCRIPCIONES EN:



Consultas a: cursos.direpizacion@gmail.com

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



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

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

Modalidad: Virtual Autoadministrada
Plataforma Virtual de Salud

Inicia: 10 de febrero
Finaliza: 30 de junio 2025

INSCRIPCIONES EN:



Consultas:
cursos.direpizacion@gmail.com



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

Duración: 25 horas

Formulario de inscripción: <https://forms.gle/SyywXdYd8ocSh2XU6>