

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



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° 752

Semana epidemiológica 15
AÑO 2025
Desde 06/04 al 12/04
Fecha de publicación
21/04/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA



AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Alejandro Alberto VILCHES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora 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, Gonzalo Díaz⁶, Carolina Cerrudo⁶, Gabriela Anahí Chiavetta⁶, Lorena Ferreira⁶.

Infecciones respiratorias agudas: Carla Voto¹, María Paz Rojas Mena¹, Dalila Rueda¹, Federico M. Santoro¹, Silvina Moisés¹, Lara Victoria Gomez¹.

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

Situación epidemiológica de Mpox: Silvina Moisés¹, Tamara Wainzinger¹.

Hepatitis – Actualización epidemiológica: Federico M. Santoro¹, Tamara Wainzinger¹, Antonella Vallone¹, Nancy Altabert⁵, Paula Vazquez⁵, María Laura Minassian⁵, Sara Vladimírsky⁵.

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

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 Laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

⁶ Servicio Meteorológico Nacional

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:

El sarampión es una enfermedad viral muy contagiosa y potencialmente grave o fatal, que se propaga fácilmente cuando la persona infectada elimina secreciones respiratorias al hablar, toser o estornudar, o por estar en contacto con cualquier objeto contaminado. El virus puede permanecer en el ambiente hasta 2 horas. Foto tomada del banco de recursos 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°752, SE 15.

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 ofreciendo información actualizada sobre eventos de notificación obligatoria, situaciones emergentes y temas priorizados por su relevancia sanitaria, con el objetivo de fortalecer la toma de decisiones en los distintos niveles del sistema de salud.

Se actualiza la información consolidada de los 80 eventos de notificación obligatoria (ENO) notificados por todas las jurisdicciones. Las tablas permiten una lectura comparativa con años previos y están acompañadas por notas metodológicas para facilitar su interpretación.

En esta edición se destaca especialmente la incorporación de un nuevo apartado que describe los hallazgos más relevantes en las tablas de eventos nominales, con foco en aquellos eventos que presentaron aumentos significativos respecto a la mediana del período 2020-2024. Se detallan incrementos en enfermedades prevenibles por vacunas como parotiditis y sarampión (en el contexto del brote actual), así como en las zoonosis leptospirosis, psitacosis y accidentes potencialmente rábicos. También se reportan aumentos en picaduras por animales ponzoñosos y en enfermedades transmitidas por alimentos como triquinosis. Entre las enfermedades de transmisión materno-infantil, se observan incrementos en los casos de sífilis en embarazadas, y en el grupo de infecciones de transmisión sexual, el aumento de sífilis en población general. Además, se verifica el aumento de las hepatitis virales A (ya descrito en diferentes análisis y actualizado en este BEN), B y C.

Esta mirada comparativa semanal y detallada, permite caracterizar de manera dinámica y sistemática la situación de un gran conjunto de ENO seleccionados, dando cuenta de la necesidad de enfocar las acciones de prevención y control.

El boletín continúa priorizando la vigilancia de arbovirus, con un abordaje integral del dengue, incluyendo situación histórica, análisis por serotipos, indicadores de gravedad y mortalidad, y vigilancia entomológica. También se aborda la situación de fiebre amarilla y otros arbovirus.

En cuanto a las infecciones respiratorias agudas, se actualiza la vigilancia clínica y laboratorio hasta la SE12, incorporando los aportes de las Unidades de Monitoreo Ambulatorio y de la Red Nacional Centinela de IRAG.

Se incluyen, además, informes epidemiológicos sobre mpox y, como ya se dijo, Hepatitis A, así como alertas internacionales, boletines provinciales destacados y nuevas herramientas para el fortalecimiento de la vigilancia.

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	5
III.4. Eventos nominales notificados y confirmados.....	6
III.5. Eventos agrupados clínicos.....	7
III.6. Eventos agrupados laboratoriales.....	9
III.6.A. Sobre la construcción de esta tabla.....	9
III.7. Descripción de las tablas de eventos nominales.....	9
SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES.....	11
IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión	12
IV.1. Introducción.....	12
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional	12
IV.3. Situación actual en Argentina.....	14
IV.3.A. Casos confirmados de sarampión en Argentina - 2025	17
IV.4. Recomendaciones para la comunidad	20
IV.5. Recomendaciones para los equipos de salud	20
IV.5.A. Vigilancia epidemiológica.....	20
IV.5.B. Medidas de prevención	21
IV.5.C. Medidas ante casos y contactos.....	22
EVENTOS PRIORIZADOS.....	24
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	25
V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus	25
V.1.A. Subregión Cono Sur.....	25
V.2. Situación de dengue en Argentina.....	28
V.2.A. Situación histórica	28
V.2.B. Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras arbovirosis.....	30
V.2.C. Temporada actual.....	30
V.2.D. Distribución según región, jurisdicción y departamento.....	32
V.2.E. Situación según serotipos circulantes	36
V.2.F. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo”	37
V.2.G. vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue.....	38
V.2.H. Favorabilidad para brotes de Dengue.....	40
V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus.....	41
V.3.A. Situación epidemiológica de fiebre amarilla en argentina.....	42
V.4. Vigilancia entomológica.....	43
V.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición	43
V.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) -SE15 (2025)	44
V.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios.....	47
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	50
VI.1. Nota Metodológica	50
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios.....	50
VI.2.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis.....	51
VI.2.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados	51
VI.2.C. Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios.....	52
VI.3. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados	52
VI.3.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI.....	52
VI.3.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG.....	55
ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS.....	59
VII. MPOX – Informe epidemiológico	60

VII.1.	Introducción.....	60
VII.2.	Situación internacional.....	60
VII.3.	Situación en África.....	61
VII.4.	Situación en las Américas.....	61
VII.5.	Situación en Argentina.....	62
VII.6.	Recomendaciones para el equipo de salud.....	64
VII.7.	Vigilancia Epidemiológica.....	64
VII.7.A.	Definiciones y clasificaciones de caso.....	65
VII.7.B.	Notificación.....	66
VII.8.	Algoritmo de diagnóstico y notificación de Mpox.....	66
VII.9.	Medidas ante casos sospechosos.....	67
VII.10.	Medidas ante contactos.....	68
VIII.	Hepatitis A - Actualización informe epidemiológico	69
VIII.1.	Introducción.....	69
VIII.2.	Situación de Hepatitis A en Argentina.....	69
VIII.2.A.	Situación Epidemiológica de 2025.....	69
VIII.2.B.	Vigilancia Molecular HAV de 2025.....	70
VIII.3.	Recomendaciones para el equipo de salud.....	70
VIII.3.A.	Medidas ante casos y contactos.....	70
VIII.3.B.	Profilaxis Post Exposición.....	71
VIII.3.C.	Contención de brotes.....	71
VIII.4.	Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Hepatitis A.....	73
VIII.4.A.	Consideraciones generales.....	73
VIII.4.B.	Embalaje para derivación de muestras.....	73
VIII.5.	Recomendaciones para la población.....	73
VIII.5.A.	Medidas preventivas.....	73
VIII.6.	Conclusiones.....	74
VIII.7.	Sobre este informe.....	75
VIII.7.A.	Vigilancia Epidemiológica de Hepatitis A.....	75
VIII.7.B.	Modalidad de vigilancia y nota metodológica.....	75
ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES		76
IX. Introducción		77
IX.1.	Enfermedad meningocócica invasiva - Reino de Arabia Saudita.....	78
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES		79
X. Boletines jurisdiccionales		80
X.1.	CABA: Dengue.....	80
X.2.	Buenos Aires: Hantaviriosis.....	81
X.3.	Salta: Fiebre Tifoidea y Paratifoidea.....	82
X.4.	Santa Fe: Dengue.....	83
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA		84
XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0		85
XII. Residencia Nacional en Epidemiología y el Concurso de Ingreso 2025.		87
XII.1.A.	Información detallada sobre la residencia:.....	87
XII.1.B.	Charlas informativas:.....	87
XII.1.C.	Profesiones habilitadas a concursar:.....	87
XII.1.D.	Publicación de información definitiva del Concurso Unificado:.....	87
XIII. 1° Edición del Curso: "Vigilancia y notificación de dengue"		88
XIV. 4° Edición del Curso Virtual "Introducción al SNVS 2.0"		89
XV. 7° Edición: Curso Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud		90

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 1-15. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-15	2025 Acumulados SE 1-15	Diferencias 2025 con mediana 2020- 2024	
				Absoluta	%
Enf. prevenibles por vacunas	Parotiditis	65	257	192	295%
Enf. Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	2	2	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	64	59	-5	-8%
Enf. zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	2.534	5.373	2.839	112%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	148	196	48	32%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	60	72	12	20%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	2	2	0	0%
	Cisticercosis	1	4	3	300%
	Escorpionismo o Alacranismo	1.975	3.533	1.558	79%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	202	386	184	91%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	9	28	19	211%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	4	13	9	225%
	Brucelosis	30	36	6	20%
Hantavirusosis	23	22	-1	-4%	
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	2.707	3.785	1.078	40%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	413	468	55	13%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	4	6	2	50%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	1	14	13	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	0	14	14	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	0	0	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	3.236	3.236	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	269	269	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	177	177	N/A
Pandrogro resistencia	Pandrogro resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogro resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
	Pandrogro resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	2.530	3.488	958	38%

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 embarazadas, Sífilis Congénita, Intox./Exp. a Monóxido de Carbono y mpxox.

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-15. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-15		2025 Acumulados SE 1-15		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enf. prevenibles por vacunas	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	238	1	2.332	19	2.094	880%	18	1800%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	238	0	2.332	0	2.094	880%	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	538	270	780	248	242	45%	-22	-8%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomieltis	39	0	29	0	-10	-26%	0	N/A
Enf. Transmisibles por vectores	Dengue	41.662	22.483	39.108	11.343	-2.554	-6%	-11.140	-50%
	Encefalitis de San Luis	109	4	141	0	32	29%	-4	-100%
	Fiebre amarilla humana	79	0	114	0	35	44%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	13	0	30	0	17	131%	0	N/A
	Zika	865	0	607	0	-258	-30%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	74	18	82	26	8	11%	8	44%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	904	24	965	82	61	7%	58	242%
	Psitacosis	124	29	350	79	226	182%	50	172%
ETMI - Enf. del niño	Chagas agudo congénito	400	18	458	18	58	15%	0	0%
	Sífilis Congénita	782	256	264	252	-518	-66%	-4	-2%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	0	0	0	N/A	0	N/A
ETMI - Enf. en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	807	739	537	453	-270	-33%	-286	-39%
	Sífilis en embarazadas	2.863	2.449	3.385	3.195	522	18%	746	30%
	Hepatitis B en embarazadas	0	17	42	9	42	N/A	-8	-47%
Hepatitis virales	Hepatitis A	37	9	103	50	66	178%	41	456%
	Hepatitis B	766	183	929	206	163	21%	23	13%
	Hepatitis C	707	330	670	385	-37	-5%	55	17%
	Hepatitis E	11	1	8	1	-3	-27%	0	0%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	8.550	6.280	14.388	12.268	5.838	68%	5.988	95%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	104	44	160	126	56	54%	82	186%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	0	0	68	12	68	N/A	12	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 1-15. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-15	2025 Acumulados SE 1-15	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmitidas por alimentos	Diarrea	258.133	234.169	-23.964	-9%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	658	516	-142	-22%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	172	131	-41	-24%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	12.127	8.412	-3.715	-31%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	207.402	155.677	-51.725	-25%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	12.186	10.714	-1.472	-12%
	Neumonía (sin especificar)	17.917	12.670	-5.247	-29%
Lesiones	Siniestros viales - Peatón	0	1.324	1.324	N/A
	Siniestros viales - Ciclista	0	1.014	1.014	N/A
	Siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	7.362	7.362	N/A
	Siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	0	527	527	N/A
	Siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	0	1.724	1.724	N/A
	Mordedura de perro en la vivienda	2	1.841	1.839	N/A
	Mordedura de perro sin especificar	19	9.278	9.259	N/A
	Mordedura de perro desconocido en la vía pública	1	1.875	1.874	N/A
	Mordedura de perro conocido en la vía pública	3	804	801	N/A
	Electrocución	0	211	211	N/A
	Atragantamiento	0	256	256	N/A
	Caídas y golpes	0	19.852	19.852	N/A
	Cortes y quemaduras	0	7.492	7.492	N/A
	En el hogar sin especificar	0	10.670	10.670	N/A
	Ahogamiento por inmersión	0	175	175	N/A
	Otras en el hogar	0	7.455	7.455	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 1-15. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-15		2025 Acumulados SE 1-15		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	1.084	63	813	48	-271	-25%	-15	-24%
	Infección por Mycoplasma genitalium	198	3	193	6	-5	-3%	3	100%
	Infección por Mycoplasma hominis	638	64	631	91	-7	-1%	27	42%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	4.397	171	1.204	104	-3.193	-73%	-67	-39%
	Infección por Trichomonas vaginalis	7.918	753	3.580	527	-4.338	-55%	-226	-30%

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

III.7. Descripción de las tablas de eventos nominales

A continuación, se presenta una descripción de las tablas de eventos nominales hasta la SE14. Se comparten hallazgos seleccionados donde se han observado incrementos comparados con la mediana de los casos entre 2020 y 2024.

Dentro del grupo de enfermedades prevenibles por vacunas, se han constatado aumentos porcentuales significativos en los eventos de parotiditis y sarampión. Respecto de la primera patología, los casos acumulados hasta la SE14 de 2025 alcanzaron los 250 casos, lo que representa un aumento del 310% respecto a la mediana de 61 casos en el período 2020-2024. El porcentaje de incremento de sarampión está vinculado con el brote en curso, descrito en detalle en el apartado correspondiente.

Con respecto a las enfermedades zoonóticas humanas, este grupo incluye varios eventos con incrementos significativos. El accidente potencial rábico (APR) registró un total de 5.135 notificaciones acumuladas hasta la SE14 de 2025, lo que representa un aumento del 117% respecto a la mediana de 2.362 notificaciones en el período 2020-2024. Para 2025 se notificaron 73 casos acumulados confirmados de leptospirosis, lo cual presentó un aumento del 217% en comparación con la mediana de 23 casos en los años previos. De manera similar, el evento

psitacosis muestra 78 casos acumulados hasta la SE14 de 2025, con un incremento del 212% respecto a la mediana histórica de 25 casos.

En este grupo también se observa un incremento general de las picaduras, sea por arañas, alacranes u ofidios. Es de destacar que sea por el incremento en las notificaciones o debido a un incremento real de los casos, es fundamental la comprensión de este fenómeno para poder tomar las medidas de prevención correspondientes para las poblaciones afectadas así como en especial, la posibilidad de contar en forma rápida y efectiva con los antivenenos correspondientes.

En las enfermedades transmitidas por alimentos, triquinosis presentó un aumento del 44%, con 26 casos acumulados en 2025, frente a 18 casos en la mediana histórica. Es de destacar, además, el incremento en un 11% de los casos sospechosos notificados.

Por otro lado, entres las enfermedades de transmisión materno-infantil (ETMI), el evento de sífilis en embarazadas mostró un incremento del 30%, con 2.936 casos acumulados confirmados en 2025 frente a 2.324 casos en el período 2020-2024. Nuevamente, es importante tener en cuenta que este incremento en los casos está además relacionado con una mayor notificación, ya que se constata un 18% más de casos notificados. Como está detallado en los dos informes epidemiológicos presentados en este BEN, es fundamental el seguimiento las embarazadas confirmadas.

En cuanto a las hepatitis virales, dentro de los eventos que mostraron aumentos se destaca la hepatitis A, donde se registraron 49 casos acumulados en 2025, lo que representa un aumento del 444% respecto a la mediana de 9 casos en los años previos. El detalle de esta situación, junto con las medidas de prevención y control, se vienen presentando en el BEN. En relación con la hepatitis B, el incremento es levemente superior a los años previos, notificándose 189 casos acumulados en 2025, lo que implica un aumento del 13% con respecto a la mediana de 167 casos. Respecto de hepatitis C, si bien se presentó con menor cantidad de casos sospechosos, los confirmados acumulados en 2025 fueron 361, lo que implica un aumento del 15% respecto a la mediana de 315 casos.

Finalmente, en el grupo de infecciones de transmisión sexual, el evento de sífilis en población general mostró un aumento del 94%, con 11.333 casos acumulados en 2025 frente a 5.829 casos en el período 2020-2024.

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

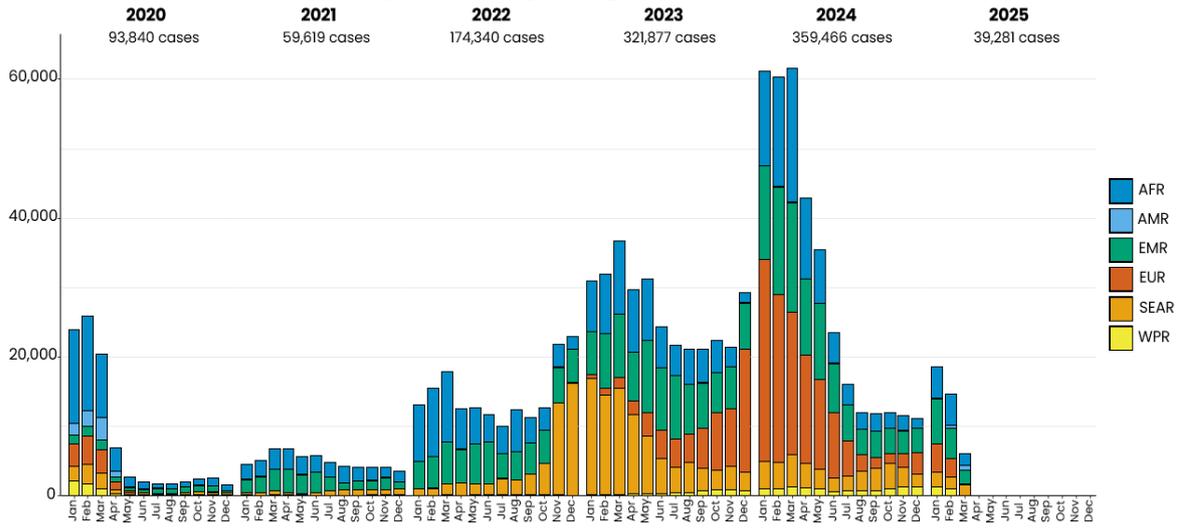
En los años 2023 y 2024 se observa un aumento de casos de sarampión a nivel mundial, respecto al año 2022. En 2025, entre la SE 1 y la SE 11, en la Región de las Américas, 507 casos han sido confirmados, incluyendo dos defunciones⁵.

Según el CDC⁶, hasta el 10 de abril del 2025, 25 jurisdicciones (Alaska, Arkansas, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawaii, Indiana, Kansas, Kentucky, el estado de Nueva York, la Ciudad de Nueva York, Maryland, Michigan, Minnesota, Nueva Jersey, Nuevo México, Ohio, Oklahoma, Pensilvania, Rhode Island, Tennessee, Texas, Vermont y Washington) notificaron un total de 712 casos de sarampión. En el 2025, se han notificado 7 brotes (definidos como 3 o más casos relacionados) y el 93% de los casos (660 de 712) 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. Abril 2025. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (consultado 16/04/2025)

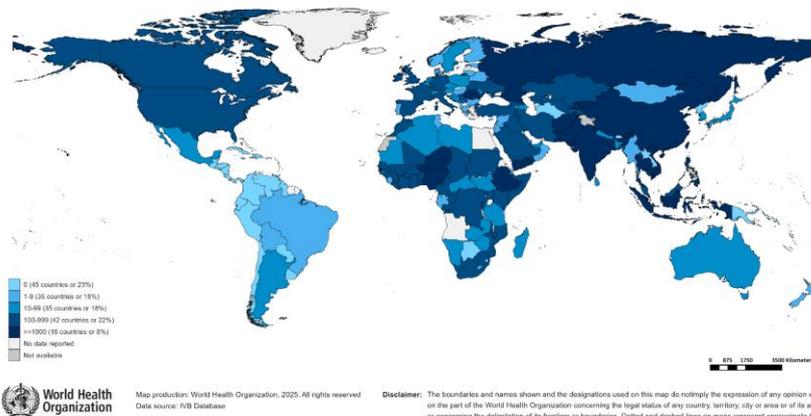
Tabla 1. Casos de sarampión según región y por mes de la OMS. Año 2025.

Region	Member States*	Suspected MR cases	Measles cases	Clin	Epi	Lab	Date Received
AFR	37/47	19,678	10,623	2,882	3,238	4,503	2025-04
AMR	24/35	3,339	1,267	0	185	1,082	2025-04
EMR	19/21	19,062	12,867	6,210	382	6,275	2025-04
EUR	43/53	9,747	6,841	1,592	2,048	3,201	2025-04
SEAR	11/11	24,486	5,498	2,863	624	2,011	2025-04
WPR	22/27	5,756	2,185	687	2	1,496	2025-04
Total	156/194	82,068	39,281	14,234	6,479	18,568	

Region	Jan	Feb	Mar	Apr
AFR	4,400	4,528	1,695	0
AMR	120	383	738	26
EMR	6,522	4,367	1,974	4
EUR	4,076	2,723	42	0
SEAR	2,150	1,717	1,631	0
WPR	1,247	938	0	0
Total	18,515	14,656	6,080	30

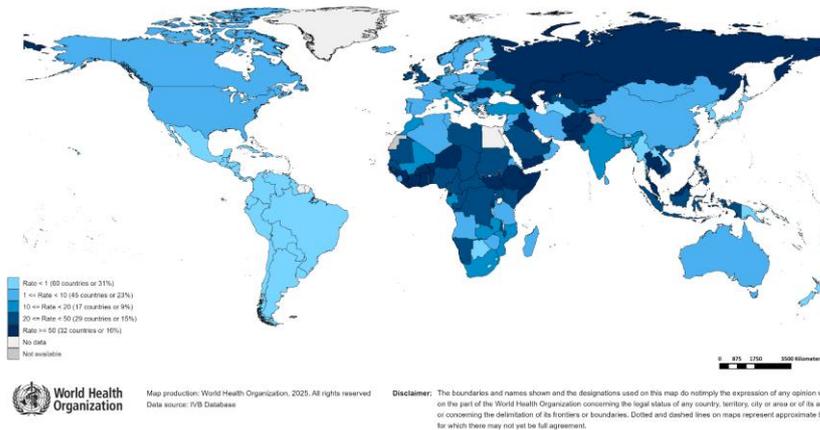
Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Abril 2025. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (consultado 16/04/2025)

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



Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Abril 2025. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (consultado 16/04/2025)

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



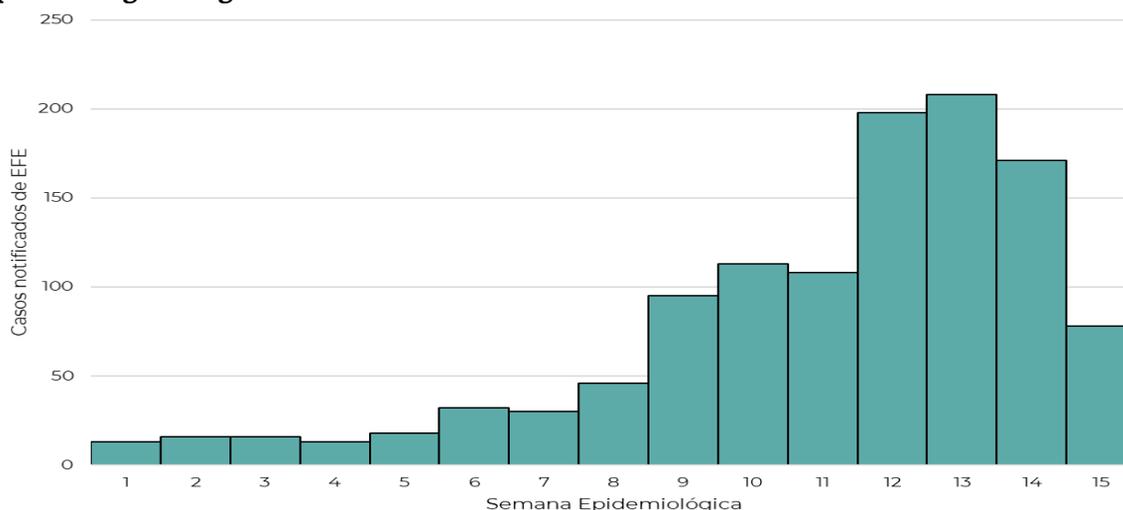
Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (consultado 16/04/2025)

IV.3. Situación actual en Argentina

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 1155 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el país. A partir de la semana 6, coincidiendo con la emisión del alerta epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, se evidencia un aumento progresivo en la notificación de casos, alcanzando su punto máximo en la semana 10, seguido de un 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 11 casos en la provincia de Buenos Aires, sumando un total de 21 casos confirmados en el país. Tres casos del total son casos importados y trece de los casos relacionados a los casos importados.

Cinco 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 SE15 de 2025. N= 1155

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

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

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

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

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

Tabla 1. Distribución de casos notificados y confirmados por jurisdicción en Argentina. Tasa cada 100 mil habitantes y notificaciones esperadas para el período actual. SE1 a SE15 de 2025⁸.

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	11	657	3,6	106	367
CABA	10	305	9,9	18	62
Catamarca		8	1,8	2	9
Chaco		4	0,3	7	25
Chubut		13	1,9	4	13
Córdoba		36	0,9	23	79
Corrientes		3	0,3	7	23
Entre Ríos		20	1,4	8	29
Formosa		1	0,2	4	13
Jujuy		3	0,4	5	16
La Pampa		8	2,1	2	7
La Rioja			0,0	2	8
Mendoza		35	1,7	12	42
Misiones			0,0	8	27
Neuquén		2	0,3	4	14
Río Negro		4	0,5	5	16
Salta		7	0,5	9	30
San Juan		9	1,1	5	16
San Luis		4	0,7	3	11
Santa Cruz		4	1,0	2	8
Santa Fe		17	0,5	21	73
Santiago del Estero		2	0,2	6	21
Tierra del Fuego		1	0,5	1	4
Tucumán		12	0,7	10	36
Total	21	1155	2,4	273	949

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

En la tabla precedente se observan 4 situaciones. En primer lugar, las jurisdicciones que presentan notificaciones por encima de lo esperado para la fecha, esto se tiene en cuenta en virtud de las notificaciones esperadas al 16 de abril a partir de la tasa anual de 2 x 100.000. Así, la provincia de Buenos Aires, en todo el año debería alcanzar las 367 notificaciones y en la actualidad cumplir con al menos 106. Por este motivo, las 657 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: Catamarca, Chubut, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santa Cruz y Tucumán. La provincia de Tierra del Fuego presenta la misma cantidad de notificaciones que las esperadas (verde más claro).

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 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, Neuquén, Río Negro, Salta, Santa Fe y Santiago del Estero.

Por último, la cuarta situación (rojo): dos jurisdicciones no presentan sospechas de EFE en lo que va del año. De esta manera no hay sospechas notificadas en La Rioja y en Misiones.

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

En Argentina, durante 2025, se han confirmado un total de 21 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. Nueve de ellos están vinculados a los casos importados detectados en la comuna 14 en febrero de 2025, ya sea por contacto, por transmisión comunitaria en la zona de residencia o en sala de espera hospitalaria. Cinco de los casos residen en edificios de propiedad horizontal en la comuna 14, un sexto caso en la misma comuna y, de acuerdo a la investigación epidemiológica en curso, los otros 4 residen en las comunas 1, 3, 4 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.
- Uno de los casos no cuenta con vínculo comprobado con el resto de los casos. No se pudo obtener secuencias genómicas para establecer algún vínculo con las cadenas de transmisión conocidas.

Provincia de Buenos Aires (PBA):

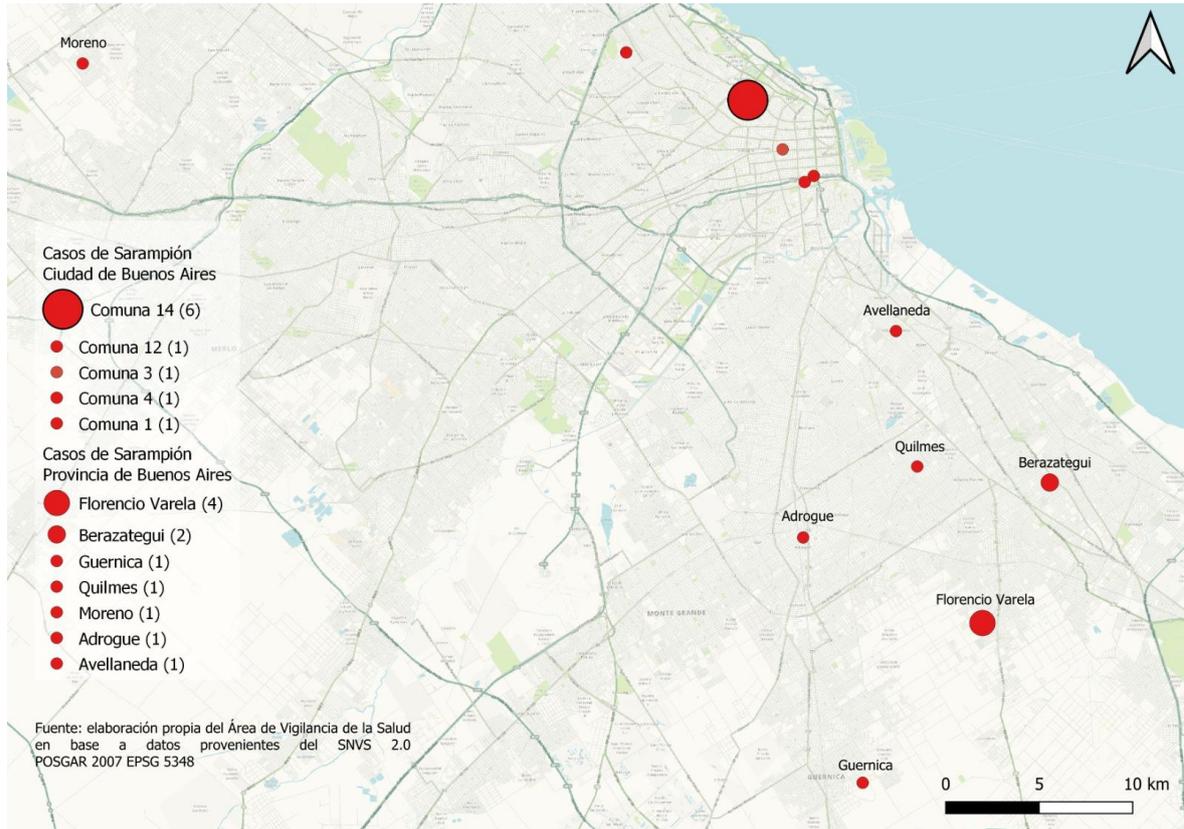
Se han confirmado 11 casos. De éstos, seis presentan vínculos epidemiológicos claros con los casos de CABA o entre sí.

- 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 casos confirmados identificados en las últimas semanas, uno corresponde a contactos identificados en la investigación epidemiológica mientras que en otros tres no es posible aún determinar el nexo con las cadenas de transmisión.
- El último caso confirmado corresponde a un caso de Berazategui en el cuál no es posible aún determinar nexo epidemiológico con la cadena de transmisión iniciada en enero de este año.

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

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

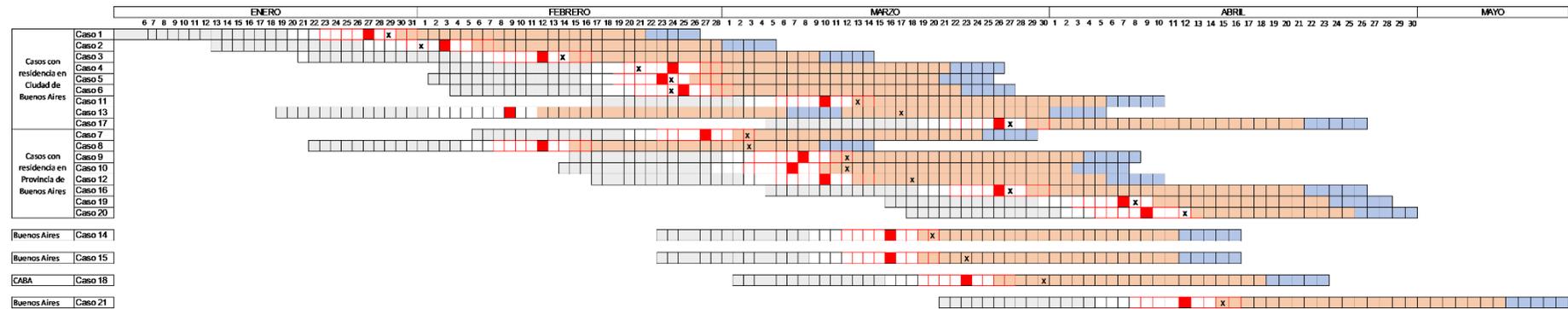
Mapa 1. Distribución espacial de los casos confirmados de Sarampión durante el 2025. AMBA. Argentina. N= 21.



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, 18 y 21) separadas 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

- Búsqueda 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

Resulta fundamental garantizar el cumplimiento del esquema de vacunación contra el sarampión de acuerdo a las recomendaciones vigentes en los establecimientos con actividades educativas, deportivas, recreativas y sociales.

Las aulas y otros espacios donde se desarrollan las actividades mencionadas suponen 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°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, embarazadas 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

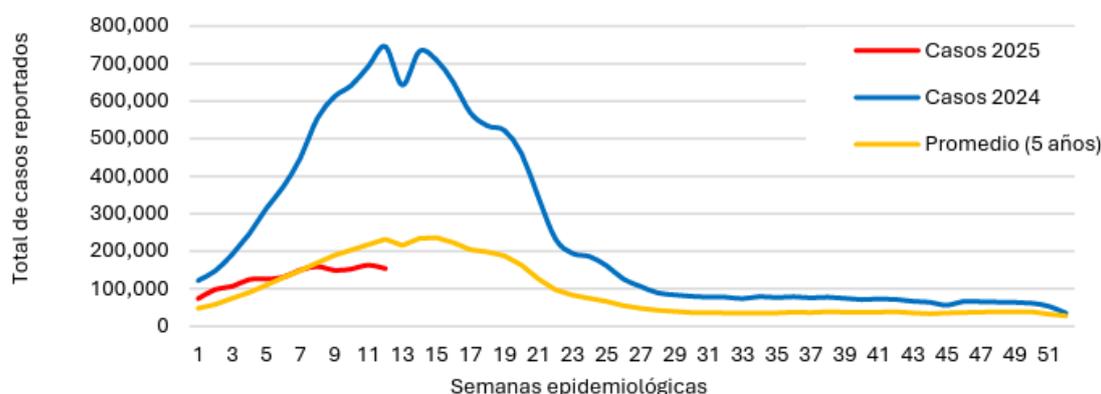
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

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 12, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 10 de abril.

A la semana epidemiológica (SE) 12 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 1,585,761 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 156 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 69% en comparación al mismo periodo del 2024 y de 5% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE12.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 12 en 2025, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

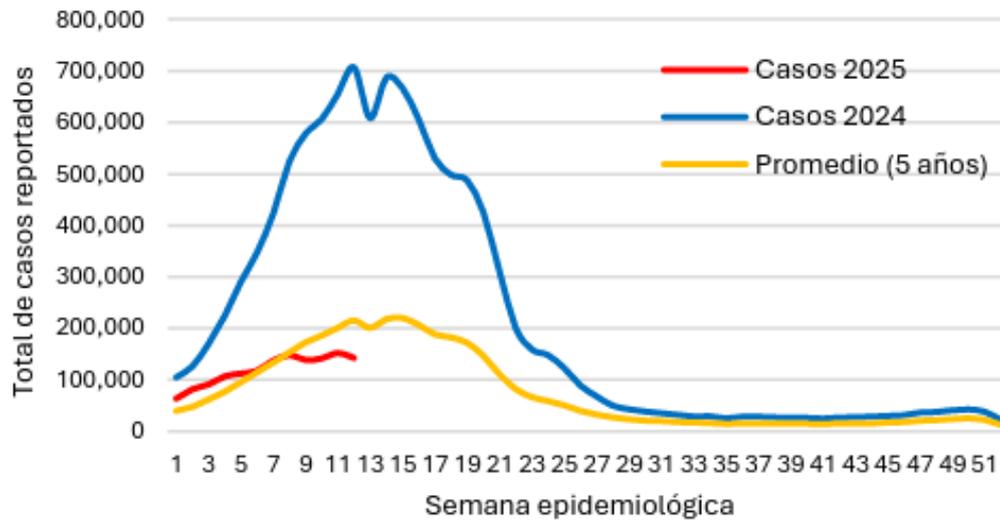
De los 1,585,761 casos de dengue reportados en las Américas, 586,430 casos (37%) fueron confirmados por laboratorio y 1,885 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 612 muertes por dengue, para una letalidad del 0.039%. Dieciocho países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 12. Estos países registran en conjunto 153,754 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 12. Del total de casos registrados en la SE 12, 128 fueron casos de dengue grave (0.1%) y se reportaron 22 muertes para una letalidad de 0.014%.

Trece 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 142,305 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 12. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 70% en comparación con la misma semana del 2024 y de 4% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Argentina presentan un incremento de 36% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

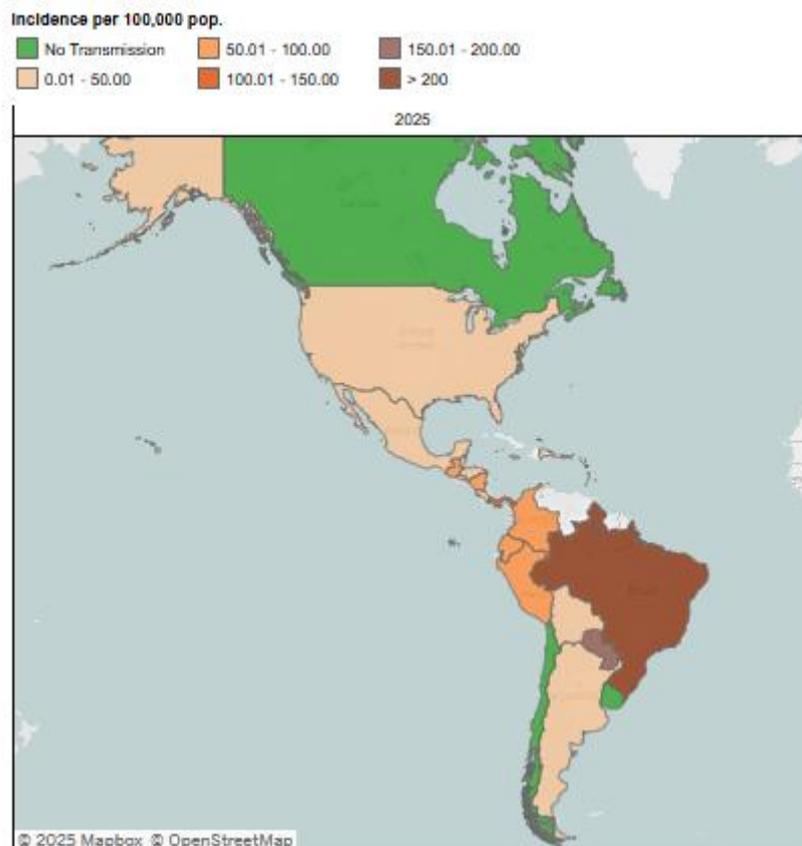
Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 12, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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. Número 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 16/04/2025 en países regionales seleccionados¹¹. Además, se incluye información de la actualización epidemiológica de Oropouche en la Región de las Américas¹².

Brasil: hasta la SE 15/2025, se han reportado 1.735.525 casos de dengue, con 622 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 101.437 casos, un 63% menos que lo registrado durante el mismo período de 2024, con 57 fallecidos para este evento. En cuanto a zika, hasta la SE 13/2025 se reportaron 6.715 casos, un 69% menos en comparación a la misma semana de 2024, con 2 fallecimientos registrados. 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 14/2025 se han confirmado 7.756 casos, un 46% más que lo registrado en el mismo período de 2024, sin fallecimientos por este evento.

Bolivia: hasta la SE 13/2025, se han reportado 10.532 casos de dengue, un 53% menos que a la misma semana de 2024, sin fallecidos registrados para este evento. En cuanto a chikungunya, hasta la misma semana, se registraron 221 casos, lo que representa un descenso del 12% en comparación con el año previo. Asimismo, hasta la misma semana 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 para este evento.

Paraguay: hasta la SE 14/2025, se han reportado 13.098 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 5 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 13/2024 se habían reportado 2 casos.

Perú: hasta la SE 14/2025, se han notificado 26.597 casos de dengue, un 81% menos que el mismo periodo de 2024, con 31 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la misma semana se registraron 46 casos, un valor similar al año anterior. Asimismo, a la fecha se han registrado 3 casos de zika, mientras que a la SE 14/2024 se había notificado 1 caso. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos. Respecto a Oropouche, en 2024 se notificaron 1.263 casos confirmados, con una mayor concentración en los primeros meses del año, sin defunciones asociadas. Hasta la SE 4/2025, se confirmaron 2 casos para este evento.

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

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

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

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

Respecto a la circulación de serotipos del virus del dengue, Bolivia presenta circulación de DEN-1 y DEN-2; Perú, de DEN-1, DEN-2 y DEN-3; y Paraguay, de DEN-1, DEN-2 y DEN-4. En tanto, Brasil reporta la circulación de los cuatro serotipos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4).

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

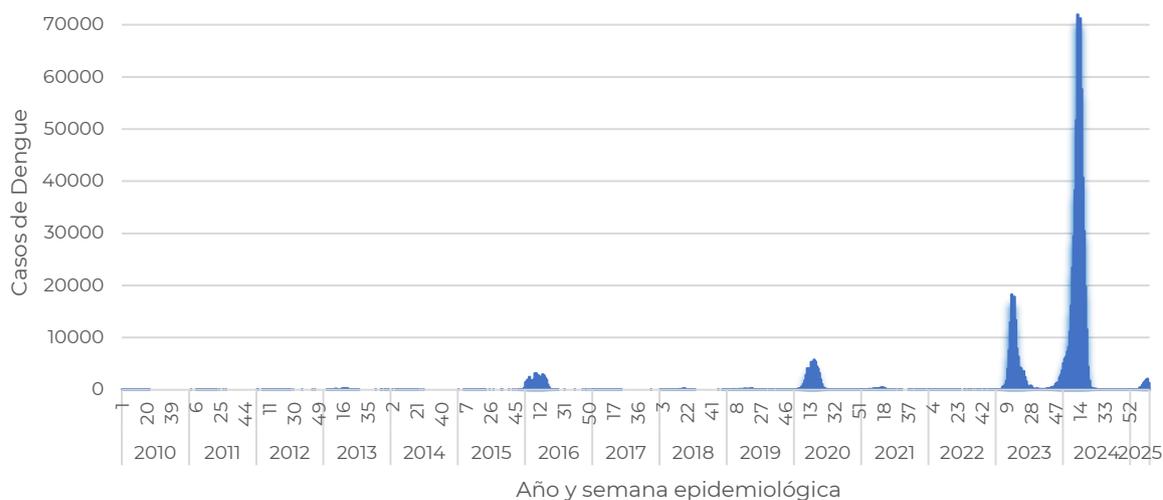
V.2. Situación de dengue en Argentina

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-SE15/2025. Argentina. N=856.727



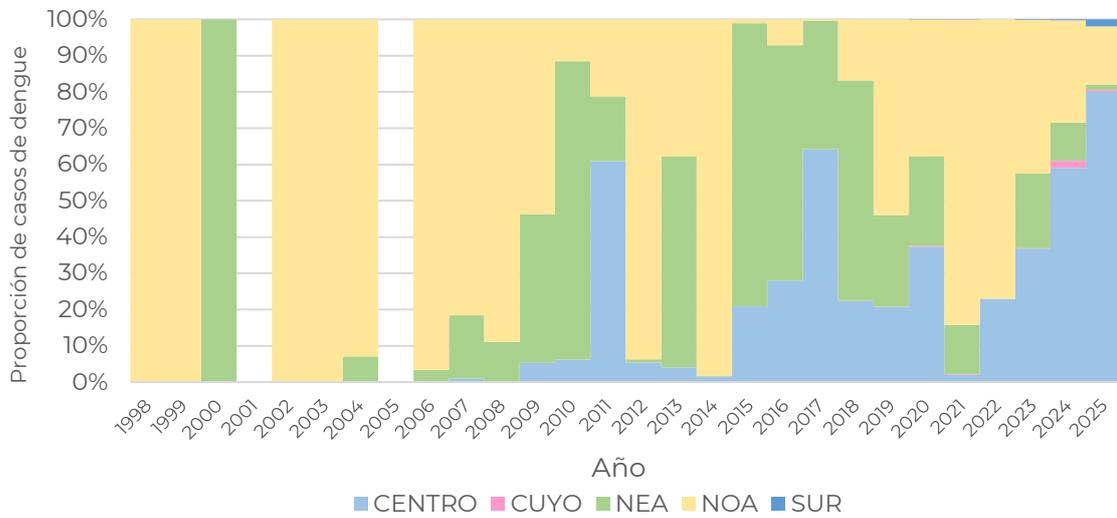
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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.

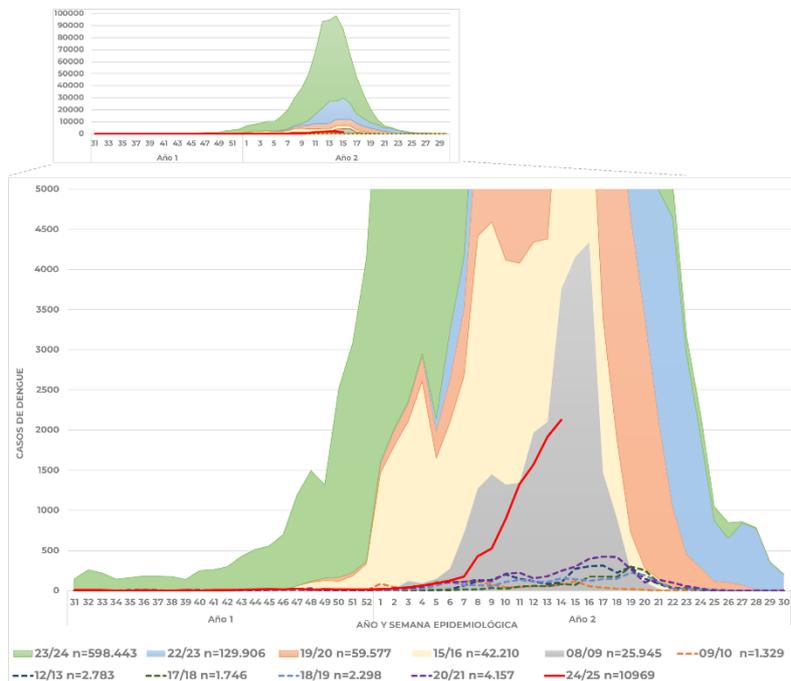
Gráfico 5. Dengue: distribución porcentual por región de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998-2025.



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 SE14/2025. 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 SE15/2025), se notificaron en Argentina 58.232 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 5936 fueron confirmados por laboratorio. Como se puede observar en la Tabla 1, un total de 5793 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 137¹³ 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

confirmaron 143 casos con antecedente de viaje a Brasil, Cuba, México, Venezuela, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Colombia.

Durante la SE15/2025 (según fecha de notificación al SNVS¹⁵), se notificaron 3873 casos sospechosos¹⁶ de los cuales 782 se confirmaron y 164 fueron clasificados como casos probables donde el 87% se encuentran en investigación con respecto al antecedente epidemiológico. Cabe destacar que estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

La incidencia acumulada a nivel país para la temporada actual es de 23 casos cada 100.000 habitantes¹⁷. En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada fue la de la región NOA con 29 casos cada 100.000 habitantes, seguida por Centro con 28, NEA con 9, Sur con 7 y Cuyo con 2. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 78% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las Regiones NOA con el 16%, NEA con el 3%, 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 2 (SE1) y 2127 (SE14), con un promedio de casos de 712.
- 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.

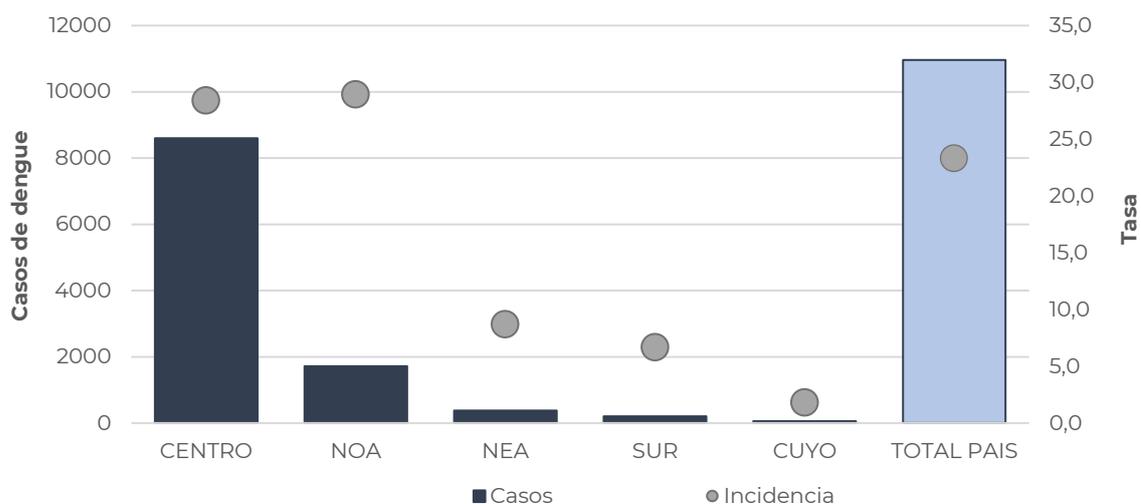
realizar en ellos pruebas para el estudio etiológico, excepto en casos graves y fatales. Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus. Dirección de Epidemiología. Noviembre 2024. Disponible en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

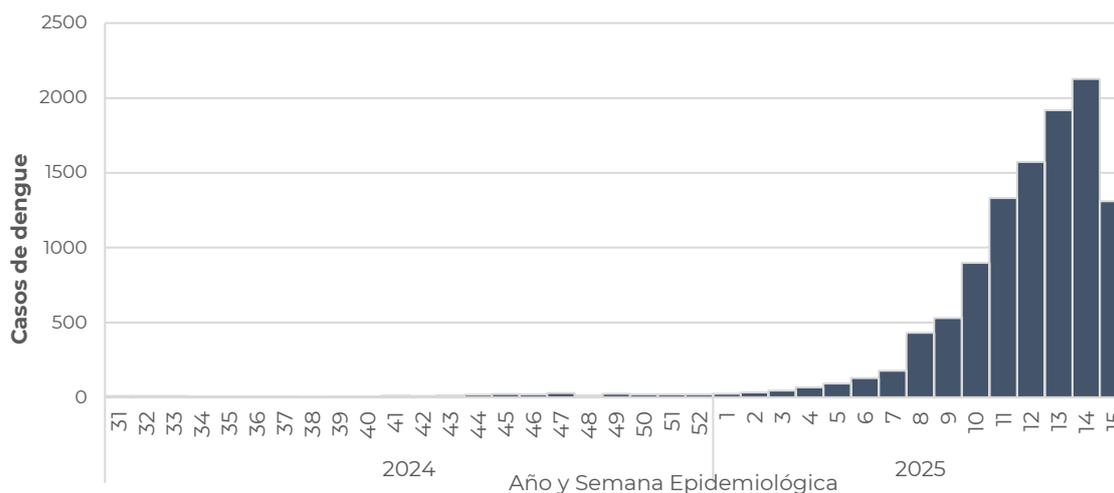
¹⁵ Fecha de apertura

¹⁶ Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

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

Gráfico 7. Dengue: Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab según Región. SE31/2024 a SE15/2025. 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 SE15/2025. 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 SE15/2025. 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	269	376	10	10	0	279	4715	1030	6410
CABA	90	108	17	2	0	107	1918	680	2815
Córdoba	2062	869	8	3	1235	3305	7129	726	12032
Entre Ríos	68	76	6	5	6	80	717	6	884
Santa Fe	1738	399	60	6	3030	4828	2930	961	9124
Total Centro	4227	1828	101	26	4271	8599	17409	3403	31265
Mendoza	11	35	3	2	0	14	1628	101	1780
San Juan	1	2	1	1	0	2	332	13	350
San Luis	40	16	6	2	0	46	244	32	340
Total Cuyo	52	53	10	5	0	62	2204	146	2470
Chaco	6	195	1	0	0	7	2194	104	2500
Corrientes	30	32	1	0	0	31	394	92	549
Formosa	337	4	0	0	0	337	5013	52	5406
Misiones	2	18	1	4	0	3	1096	3	1124
Total NEA	375	249	3	4	0	378	8697	251	9579
Catamarca	7	11	5	2	1	13	817	2	845
Jujuy	0	0	0	0	0	0	977	8	985
La Rioja	88	40	0	0	0	88	1051	11	1190
Salta	16	53	6	11	2	24	1953	75	2116
Santiago del Estero	0	34	1	1	0	1	927	282	1245
Tucumán	872	333	0	1	718	1590	5081	624	7629
Total NOA	983	471	12	15	721	1716	10806	1002	14010
Chubut	0	0	6	3	0	6	26	2	37
La Pampa	156	31	9	1	33	198	479	43	752
Neuquén	0	2	2	0	0	2	35	6	45
Río Negro	0	0	0	1	0	0	3	0	4
Santa Cruz	0	0	1	1	0	1	44	5	51
Tierra del Fuego	0	0	0	3	0	0	12	2	17
Total Sur	156	33	18	9	33	207	599	58	906
Total País	5793	2634	144	59	5025	10962	39715	4860	58230

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**. A partir de la SE11 dicho departamento ingreso en fase de recuperación.

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**.

El departamento **Caseros**, a expensas de la localidad **Casilda**, registró un aumento progresivo

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

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. En la SE10, el departamento **Rosario Vera Peñaloza** ingresó a fase de alerta temprana cuyo epicentro se encuentra en la localidad de **Chepes**.

San Luis: Desde la SE9, la localidad Tilisrao 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, Junín 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**.

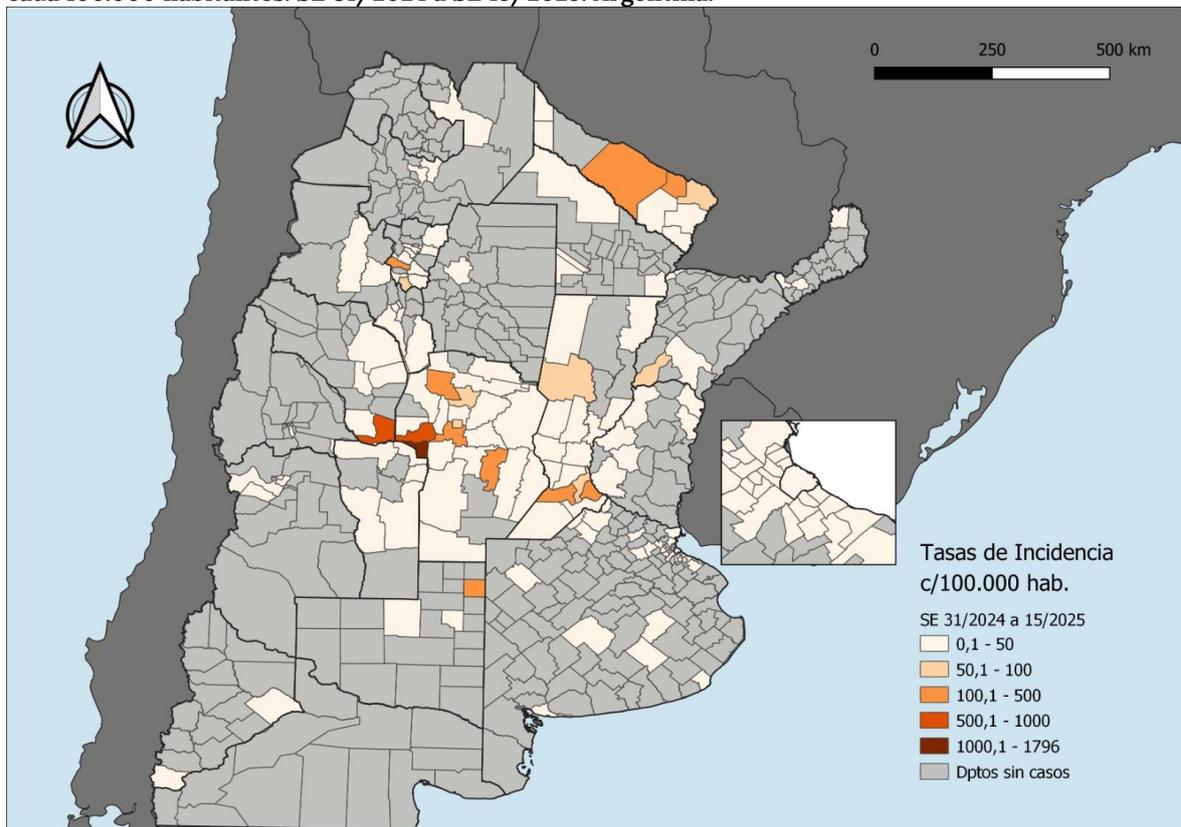
Otras jurisdicciones que notificaron casos aislados sin antecedente de viaje son: **Mendoza** (Luján

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](#)

de Cuyo, Maipú, Guaymallén y Godoy Cruz), **CABA** (Comuna 1, 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 14 y 15), **Entre Ríos** (Concordia, La Paz, Nogoyá, Paraná y Victoria), **Catamarca** (Capital, Belén y Andalgalá), **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 15/2025. 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).

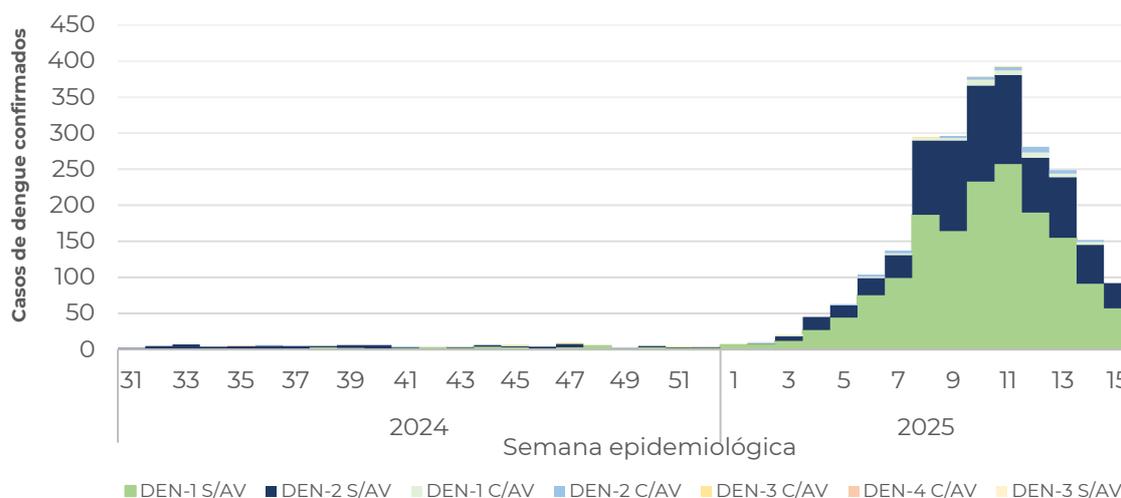
V.2.E. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (64%). Los casos a DEN-2 alcanzan un 35,6%, 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.

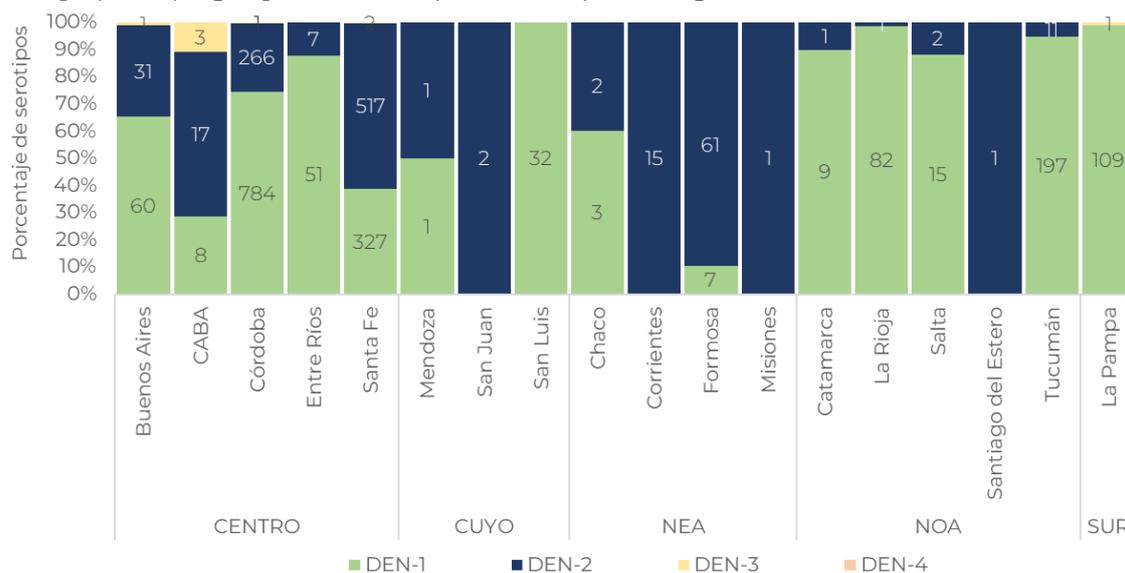
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país (México, Venezuela, Brasil, Tailandia y Cuba).

Gráfico 8. Dengue: número de casos según serotipo y antecedente de viaje por semana epidemiológica. SE31/2024 a SE15/2025. 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=2211) según provincia. SE31/2024 a SE15/2025. 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 306 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de

los cuales, 71 casos ha sido confirmados, 6 casos probables, 201 cuentan con laboratorio negativo y 28 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 38 casos confirmados en la Ciudad de Rosario. En 19 de ellos, se detectó el serotipo DEN-2.

En la provincia de Córdoba se han registrado 27 casos confirmados, 9 con residencia en el departamento San Javier (DEN-1), 2 pertenecientes al departamento Colón (DEN-2), y 4 correspondiente a Capital (DEN-1), un caso en Santa María (DEN-2), 3 casos correspondientes 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

Entre la SE 31/2024 y la SE 14/2025 se registraron 23 casos confirmados de dengue grave en las jurisdicciones de Buenos Aires (San Martín, Lanús, Moreno), CABA (Comuna 11 y 12), Córdoba (Capital, Colón, Ischilín, San Alberto y Santa María), La Pampa (Maracó), La Rioja (Capital) y Santa

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](#)

Fe (Rosario). Del total de los casos graves, 10 ya recibieron el alta y 9 no cuentan con información de alta por lo que continúan en investigación.

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.

En la SE13, se notificaron dos casos confirmados de dengue fallecidos:

- Uno de ellos ocurrió en la provincia de Santa Fe (Caseros, Casilda), donde se registró un caso confirmado de dengue que presentaba enfermedad cardíaca, enfermedad neurológica, enfermedad renal crónica e hipertensión como comorbilidades. Ingresó al efector de salud y permanece internado sin requerimiento de ingreso a UTI. Fallece a los 10 días de la internación y luego de la investigación realizada por la jurisdicción se concluyó que la causa del fallecimiento está relacionada con una complicación de su enfermedad preexistente.
- El otro caso confirmado de dengue ocurrió en la jurisdicción de CABA en una paciente que presentaba comorbilidades, con una evolución rápida y tórpida. El cuadro atípico y la presencia de leucocitosis, asimismo, torna menos probable que el dengue haya sido la causa directa del desenlace. No obstante, al momento no se ha tenido aislamiento de otros agentes infecciosos. Luego de la investigación epidemiológica realizada, se consideró que la enfermedad podría haberse hallado entre los elementos de la cadena causal, aunque no pueden descartarse otros factores precipitantes o coadyuvantes dada la rápida evolución del cuadro en el establecimiento sanitario.

En la SE14, se recibió la notificación de un caso confirmado de dengue correspondiente a la provincia de Córdoba, departamento de San Alberto, quien presenta diabetes e hipertensión como comorbilidades y se interna a principio del mes de abril con signos de alarma requiriendo cuidados intensivos. Su evolución clínica fue tórpida, con acetonuria, oligoanuria, alteración de la conciencia, shock cardiogénico y fallece a los dos días de su internación. Al momento de la edición de este boletín, se encuentra en investigación la causa de su deceso.

V.2.H. FAVORABILIDAD PARA BROTES DE DENGUE

Con el objetivo de fortalecer la capacidad de respuesta ante brotes de dengue, y utilizando como base el trabajo realizado por el Ministerio de Salud de Brasil²⁴ en fiebre amarilla, se desarrolló un mapa de favorabilidad que permite identificar áreas geográficas con mayor predisposición a la ocurrencia de brotes. Su elaboración se realizó en un entorno de Sistemas de Información Geográfica, Quantum GIS²⁵ (QGIS), mediante la integración de capas ráster que representan distintas variables relevantes para la transmisión del dengue. Cada una de estas variables fue ponderada según su aporte relativo al riesgo y posteriormente sumada para obtener un índice total, que clasifica el territorio en cuatro niveles de favorabilidad: baja, media, alta y muy alta.

Las fuentes de datos utilizadas fueron el Censo 2022 (INDEC), Instituto Geográfico Nacional (IGN), Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (DZYCETV), Servicio Meteorológico Nacional (SMN) y el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 2.0 (SNVS 2.0).

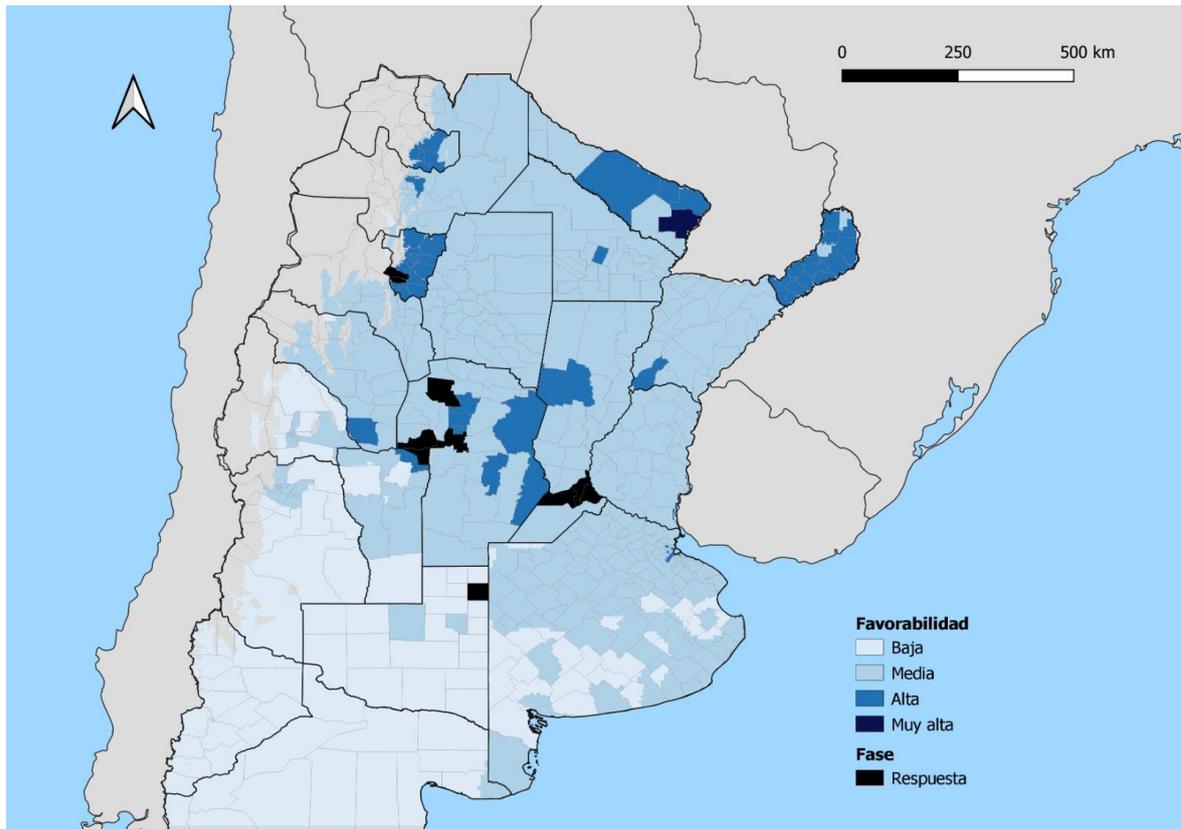
Para la elaboración de este producto, se analizaron factores sociodemográficos, ambientales y epidemiológicos. Entre ellos, la densidad poblacional, las ecorregiones ubicadas por debajo de los 2.500 msnm, la presencia histórica del vector *Aedes aegypti* en cada jurisdicción y el riesgo entomológico reciente, estimado a partir de indicadores larvarios. Asimismo, se incorporaron variables climáticas, como la precipitación acumulada y las temperaturas mínima y máxima promedio de las últimas dos semanas junto con información epidemiológica como la ocurrencia histórica de casos, la tasa de notificación promedio de las últimas dos semanas y la fase de cada departamento (preparación, alerta temprana, respuesta a epidemia, recuperación), según el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante epidemias de dengue y otras arbovirosis²⁶.

De acuerdo con la sumatoria de estas variables, al cierre de la SE 15/2025, el departamento de Formosa en la provincia homónima presenta una favorabilidad muy alta para la ocurrencia de brotes de dengue.

²⁴ Ministério da Saúde Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - Nota Informativa N° 35/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS. Brasília: Saude; 2025. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2024/nota-informativa-no-35-2024.pdf>

²⁵ Versión de QGIS 3.24.1-Tisler

²⁶ Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/08/plan_de_preparacion_arbovirus_2782024.pdf

Mapa 3. Favorabilidad para brotes de Dengue. SE 13 a SE 15 2025. Argentina.

Fuente: Elaboración propia del Área de Análisis de datos de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Servicio Meteorológico Nacional, la Dirección de Control de enfermedades transmitidas por Vectores y Zoonosis y datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. (SNSVS 2.0)

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 SE15/2025).

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 **2179** 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 SE15/2025. 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	6	67	0	1	0	16	4	34	0	1
Santa Fe	0	1293	0	77	0	63	0	10	0	19
Total Centro	6	1676	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	784	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	882	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	3	0	1
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	1	11	0	12	0	100	0	0	0	1
Total NOA	1	600	0	380	0	265	0	7	0	81
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	3464	0	1086	0	785	12	354	0	132

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 6 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 un caso positivo en Tucumán 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 Epidemiológica²⁷. 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 SE15/2025 se han estudiado 132 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 nigrurus* (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.4. Vigilancia entomológica

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

V.4.A. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR SENSORES DE OVIPOSICIÓN

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

- Índice de Positividad de Ovitrapas (IPO): Expresa la relación entre sensores positivos y examinados, estimando el riesgo entomológico. Este índice permite categorizar el riesgo como bajo (IPO < 40%), moderado (IPO entre 40% y 70%) o alto (IPO > 70%).

²⁷ 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>

- Índice de Densidad de Huevos (IDH): Mide la relación entre la cantidad de huevos registrados y los sensores positivos, proporcionando información indirecta sobre la densidad del vector en el ambiente y permitiendo identificar temporadas de mayor y menor actividad reproductiva.

V.4.B. EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32 (2024) –SE15 (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 las regiones NEA, NOA y Centro del país aún se encuentran dentro del rango que permite la reproducción y la actividad del mosquito *Aedes aegypti*, por lo que, aunque pueda observarse un descenso en algunas jurisdicciones, no se espera aún la interrupción total de la reproducción del vector y la negativización de los sensores. En la región Sur, se observó un descenso del IPO con negativización en algunas jurisdicciones asociado al descenso de las temperaturas mínimas durante las últimas semanas. Si bien los valores generales mostraron un descenso marcado durante la SE 15, por demoras en la carga retrospectiva se incluyeron al momento datos de solo 3 jurisdicciones (Gráfico 1). El IDH presentó inicialmente un aumento más paulatino, con una recuperación en el número de huevos registrado desde la SE06.

Gráfico 1. Evolución del IPO (línea azul) y el IDH (barras grises) en Argentina, SE 31 (2024)- SE 15 (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 observó un descenso hasta la SE12 a partir de los cual volvió a aumentar hasta la SE14 (Gráfico 2). La región presenta actualmente niveles asociados a riesgo entomológico bajo.

Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 14 (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, asociados a la oportunidad de las medidas de control implementadas y a variaciones en las variables climáticas. A partir de la SE 47, el IPO de la región oscila entre valores que indican riesgo entomológico moderado o alto. Durante la SE14, el IPO volvió a situarse dentro del rango de riesgo entomológico alto con valores del 75,81%.

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 14 (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. Durante las últimas dos semanas, el IPO de la región descendió nuevamente y mantuvo valores cercanos menores al 20%, correspondientes a riesgo entomológico bajo (Gráfico 4).

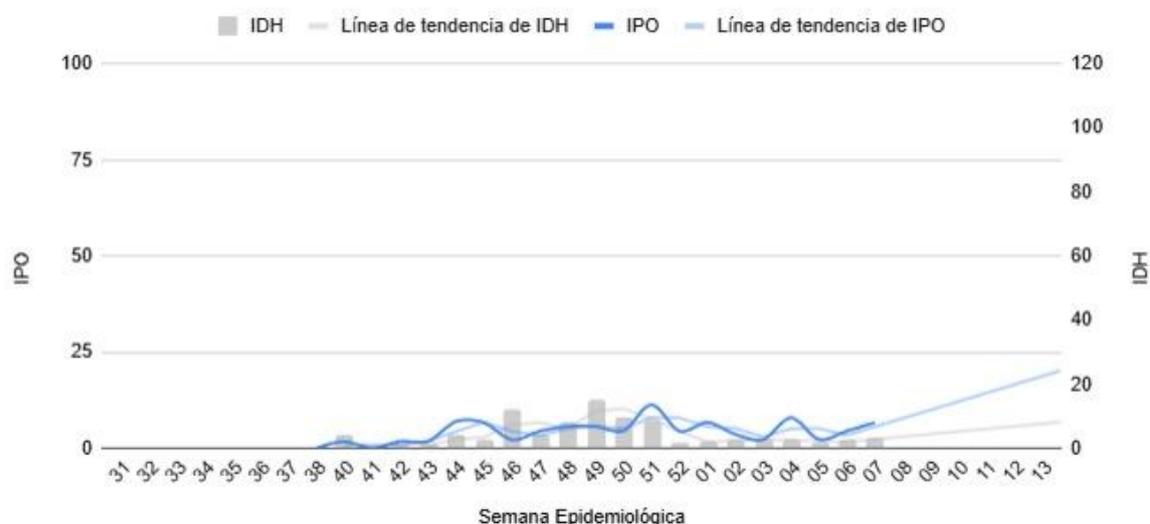
Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 15 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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 por demoras en la interoperatividad con los sistemas jurisdiccionales y la modificación del número de sensores desplegados para este momento de la temporada en la región.

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.

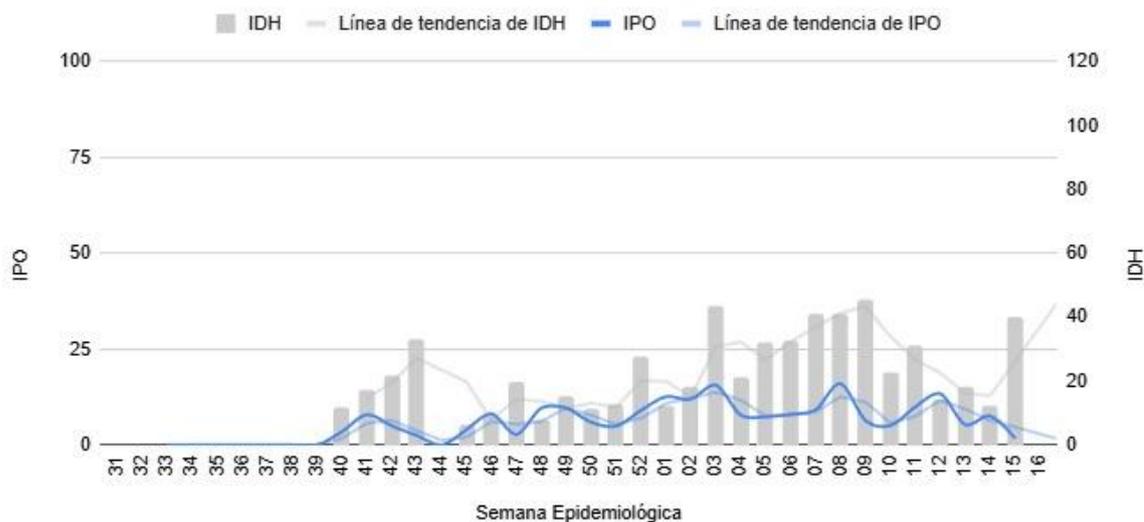


Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

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 inicial con algunas intermitencias y luego valores más estables. Desde la SE03 se observa un

descenso hasta un nuevo pico en la SE08 y un nuevo descenso durante las SE09 y 10. Durante las últimas tres semanas se aprecia una tendencia descendente en el IPO, con tres jurisdicciones presentando valores negativos en todos sus sensores. La región se mantuvo en un contexto de riesgo entomológico bajo.

Gráfico 6. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barra grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 15 (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.4.C. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR ÍNDICES LARVARIOS

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

concentran principalmente en NEA y NOA, dado que las Bases Nacionales se encuentran ubicadas en las jurisdicciones de estas regiones.

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

- **Índice de vivienda:** viviendas positivas para *Aedes aegypti* / total de viviendas inspeccionadas * 100.

(IV<4 Riesgo bajo, 4<IV<35 Riesgo moderado, IV>35 Riesgo alto)

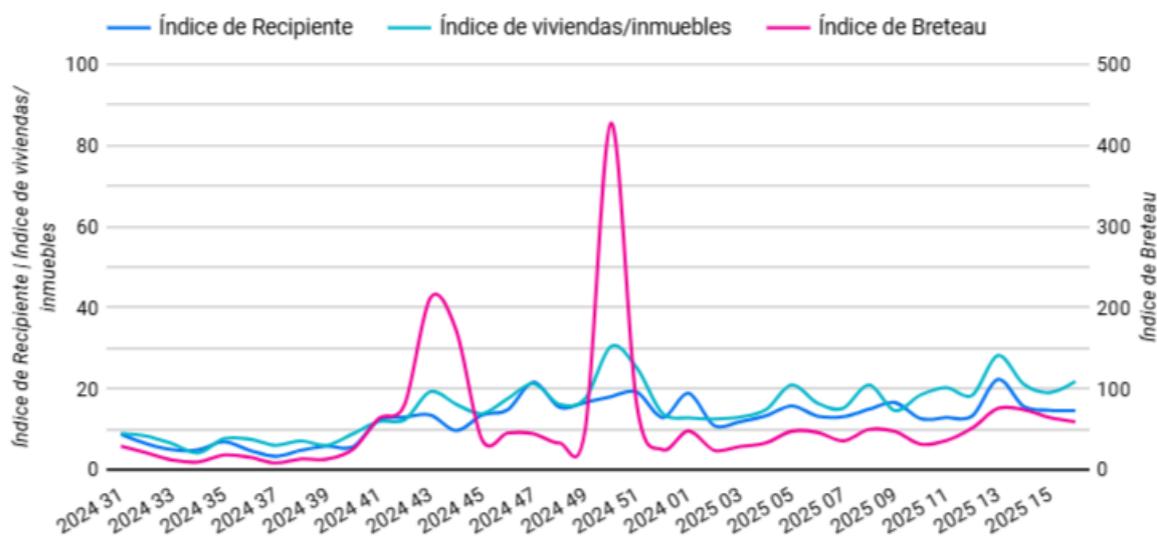
- **Índice de recipiente:** recipientes positivos para *Aedes aegypti* / total de recipientes * 100

(IR<3 Riesgo bajo, 3<IR<20 Riesgo moderado, IR>20 Riesgo alto)

- **Índice de Breteau:** recipientes positivos para *Aedes aegypti* / total viviendas inspeccionadas *100

(IB<5 Riesgo bajo, 5<IB<50 Riesgo moderado, IB>50 Riesgo alto)

Gráfico 7. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en Argentina SE 31 (2024)- SE 16 (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 evidencian la concentración de un alto número de criaderos de *Aedes aegypti* en un número bajo de 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 (IB=59,06).

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 y riesgo moderado de acuerdo a los índices IR IV. La región NOA, por su parte, muestra una tendencia similar en términos de riesgo entomológico (Tabla 1), aunque con IV e IR menores y un IB mayor a los detectados en NEA. Durante las últimas dos semanas se registró una disminución leve de los índices registrados. 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 SE16 2025. Argentina.

Región	Índice de Vivienda	Índice de Recipiente	Índice de Breteau
NEA	20,59	16,13	52,23
NOA	8,90	5,71	61,72

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-**.

En relación al parámetro temporal, la fecha de corte del análisis corresponde a la semana de elaboración del BEN para los eventos de notificación nominal y una semana previa para aquellos de notificación agrupada.

VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios²⁸

Situación Regional: En general, América del Norte y partes del Caribe continúan en el descenso de la actividad de influenza principalmente asociado a influenza A(H1N1)pmd09 e influenza B mientras que la actividad del VRS mantiene su tendencia a la disminución. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja en Norte América, mientras que en el Caribe aumenta su circulación. En América Central, la circulación de influenza A(H1N1)pmd09 luego de disminuir por algunas semanas, presenta un nuevo aumento de su actividad. La actividad de VRS se mantiene con respecto a la semana epidemiológica (SE) anterior y la circulación de SARS-CoV-2 disminuye. La Subregión Andina se mantiene estable en la circulación de SARS-CoV-2 y VRS respecto de semanas anteriores, sumándose un aumento en la detección de influenza A(H3N2). Brasil/Cono Sur continúa con un aumento en la detección de influenza A(H1N1)pmd09. En el caso de SARS-CoV-2 continúa en disminución. El VRS se mantiene respecto a la SE anterior. En la región existe un alto porcentaje de detección de otros virus respiratorios, destacando Rinovirus en Norte América y Brasil y el Cono sur. En el Caribe se ha detectado además circulación de parainfluenza y adenovirus

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, pero con tendencia al aumento en México.

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 disminuye la detección de casos positivos atribuibles a influenza, con A(H1N1)pdm09 como la cepa predominante. La actividad de VRS se ha mantenido

²⁸ 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>

en las últimas semanas. 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 mantiene tendencia al ascenso, con circulación tanto de influenza A(H3N2) como A(H1N1)pmd09. La circulación del VRS se mantiene en la última semana. La positividad de SARS-CoV-2 se mantiene esta semana.

Brasil y Cono Sur: Los casos de ETI y de IRAG aumentan 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 que tiene tendencia al aumento, con detección de Influenza A(H1N1)pdm09 principalmente. La circulación de VRS se mantiene respecto de la SE anterior. Para los casos de IRAG, la detección de influenza se mantiene estable y los casos de SARS-CoV-2 y VRS disminuyen.

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

- Entre las semanas epidemiológicas 1 y 14 de 2025 se notificaron 157.681 casos de ETI, 25.973 casos de Neumonía y 13.522 casos de Bronquiolititis en menores de dos años, representando un descenso de las notificaciones de ETI del 24,8%, de neumonías del 2,6% y de bronquiolititis 24,4%, respecto al mismo período del 2024.

VI.2.B. VIGILANCIA CENTINELA DE VIRUS RESPIRATORIOS PRIORIZADOS

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de influenza, si bien en las últimas semanas se verifica una ligera tendencia ascendente, las detecciones permanecen en valores bajos en relación al máximo alcanzado durante 2024. Se detectaron 28 casos de influenza entre las 127 muestras estudiadas en las SE14 y 15/2025.
- Para VSR, no se registraron casos positivos entre las 85 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 14 y 15).
- 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 SE15/2025 se registraron 3 casos positivos para SARS COV 2 entre las 65 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE15 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 1191 internaciones con diagnóstico de IRAG y 495 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.
- En relación a las notificaciones de IRAG, se registra un ascenso en los desde SE12. En las últimas 4 semanas, entre 413 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la

Red Argentina de UC IRAG, se registraron 1 codetección de influenza y SARS-CoV-2, 43 detecciones de influenza, 5 casos de SARS-CoV-2 y 12 casos de VSR.²⁹

Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios

- En las primeras 14 semanas de 2025 se verifica circulación de influenza, VSR y otros virus respiratorios. Si bien se mantienen en niveles bajos, en las últimas 4 SE se observa un ligero ascenso en el número de casos de Influenza, principalmente Influenza A (H1N1).
- Durante 2024, se registraron dos ascensos en el número de casos de COVID-19, el primero de ellos entre las SE 1 y 12, y, el segundo ascenso entre las SE29 y 51, de menor magnitud que 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 SE 11.
- Durante la SE14/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, SARS-CoV-2, VSR, adenovirus, parainfluenza y metapneumovirus.

Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos

- Si bien las detecciones de influenza se mantienen en niveles bajos en lo que va de 2025, desde la SE 12 se registra un ligero ascenso de los casos de influenza en personas internadas, con 20 detecciones en la última semana (SE 15). Durante 2024, se notificaron 189 casos fallecidos con diagnóstico de influenza. En lo que va de 2025, se registran 5 fallecidos con este diagnóstico.
- En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados permanecen bajas, con 9 casos de VSR en personas hospitalizadas en la SE 15/2025.
- En relación a SARS-CoV-2, las detecciones en personas hospitalizadas permanecen en valores bajos. En la SE 15/2025 se registraron 16 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.³⁰

Definición de caso Enfermedad Tipo Influenza (ETI): infección respiratoria aguda con fiebre

²⁹ 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>

³⁰ 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

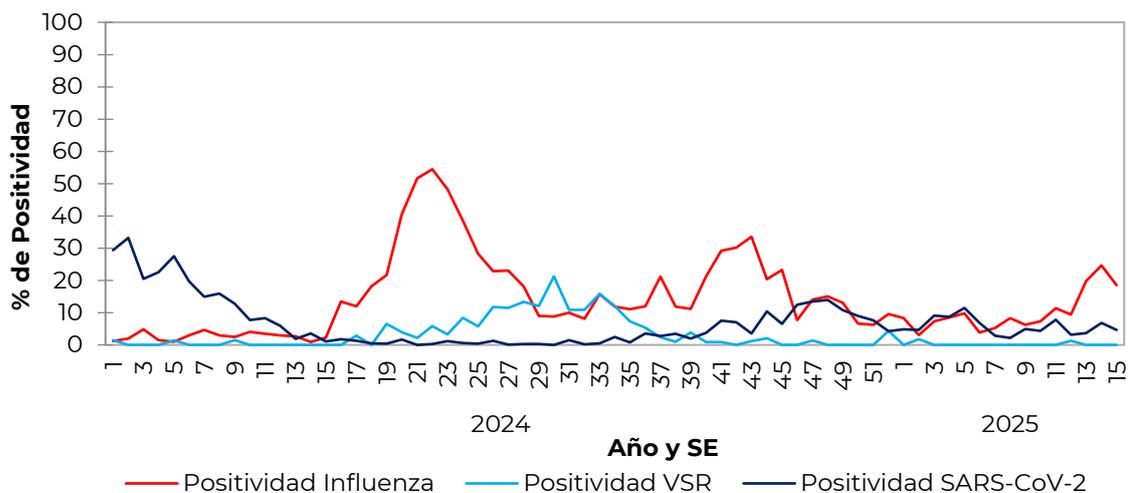
mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días.

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 15 semanas de 2025 en establecimientos UMA, se analizaron 1.273 muestras para SARS-CoV-2, de las que 72 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 5,66%. Además, en la última semana analizada, SE 15 del año 2025, se registraron 3 casos confirmados de SARS-COV-2 entre las 65 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 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 106 detecciones entre 970 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 10,93%. Si bien en las últimas semanas se verifica una ligera tendencia ascendente, las detecciones permanecen en valores bajos en relación al máximo alcanzado durante 2024, con 28 casos entre 127 muestras en las últimas dos semanas (SE14 y 15)

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 15 de 2025, de las 783 muestras estudiadas, 2 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 0,26%. No se notificaron casos de VSR entre las 85 muestras estudiadas en las dos últimas semanas analizadas (SE14 y 15).

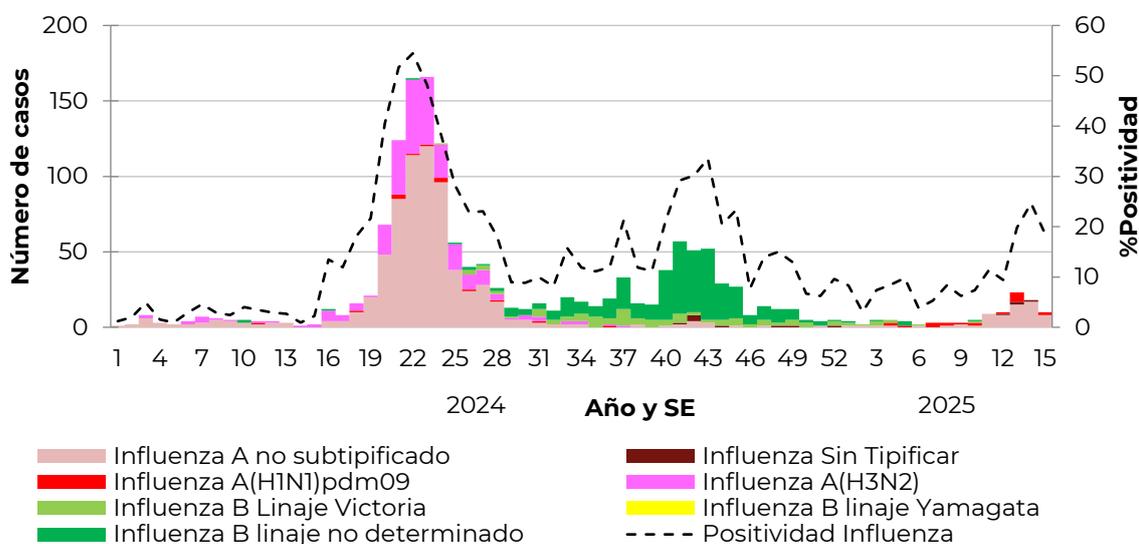
Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE15/2025



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= 86) como influenza B (n=16). Entre los casos de influenza A, 20 detecciones corresponden a influenza A (H1N1), el resto permanece sin subtipificar. Además, se detectó el linaje Victoria en 10 de los casos de influenza B (las detecciones restantes permanecen sin identificación de linaje).

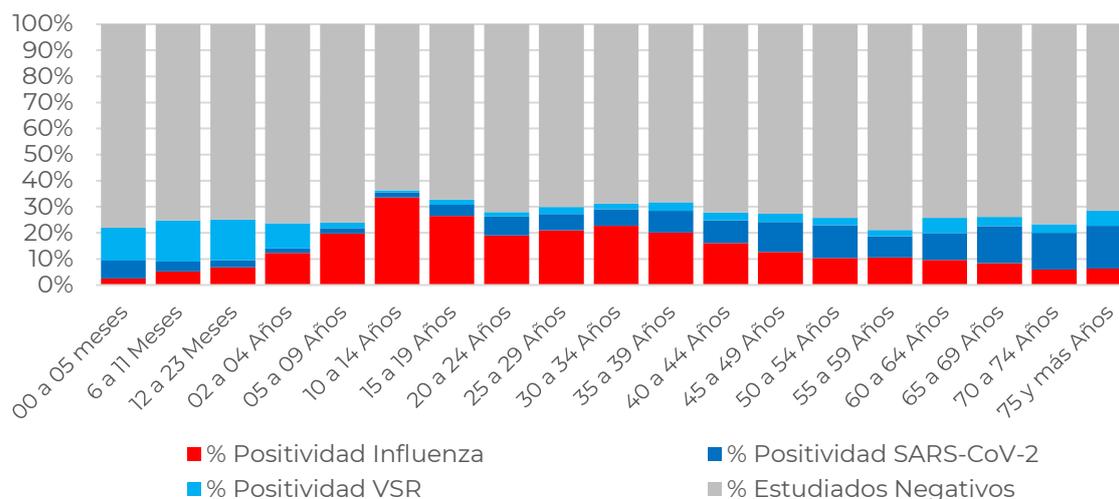
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE15/2025. Estrategia UMA. Argentina.



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 SE15/2025. Estrategia UMA. Argentina³¹.



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

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.³²

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 clínico³³.

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

³¹ 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.

³² 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>

³³ Pacientes con requerimiento de internación por indole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.

- Requerimiento de internación por criterio clínico³⁴.

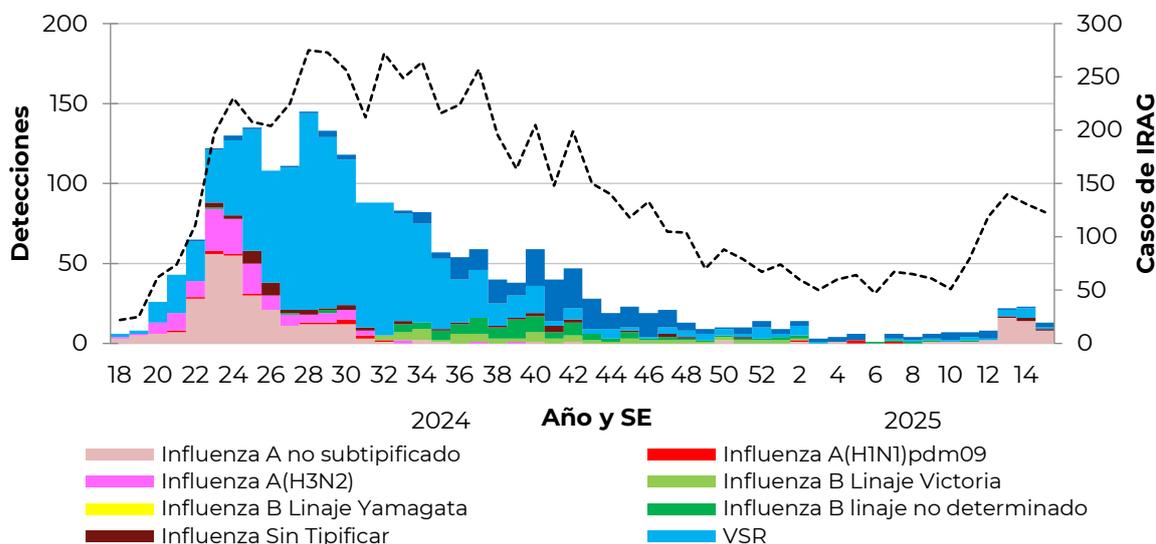
En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia³⁵ y shock³⁶ y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE1 de 2025 y la SE15 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 1191 internaciones con diagnóstico de IRAG y 495 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG³⁷.

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 aumento en las últimas cuatro SE (de SE12 a SE15).

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 15/2025



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,

³⁴ Pacientes con requerimiento de internación por indole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

³⁵ La fiebre se define como una temperatura $\geq 37,5$ C. La hipotermia se define como una temperatura

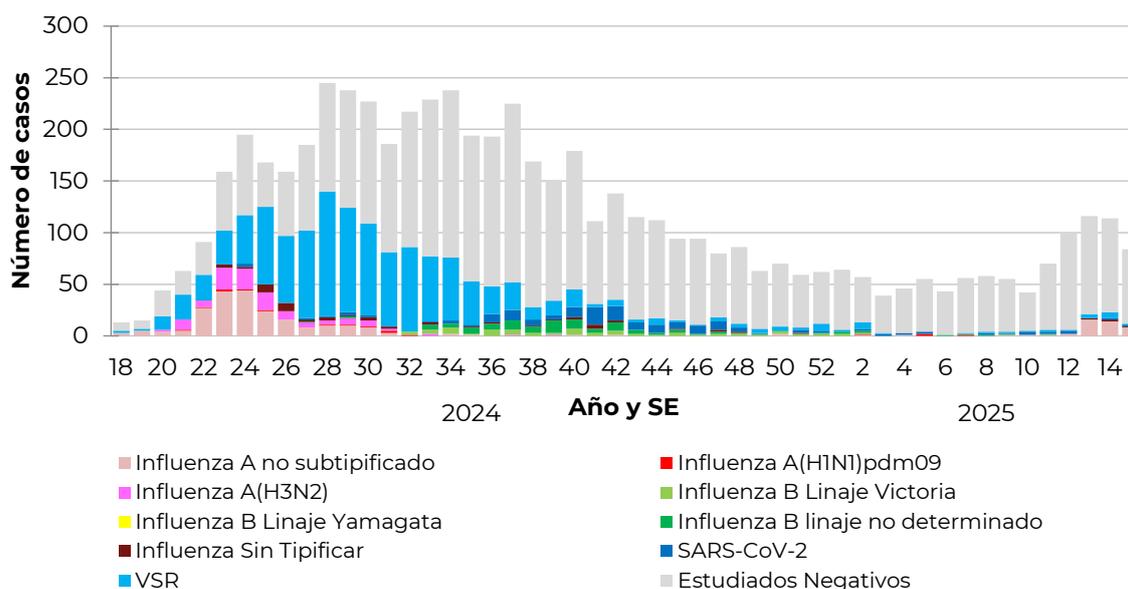
³⁶ El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.

³⁷ 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.

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=49) como B (n=12). 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.

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 15/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina ³⁸.



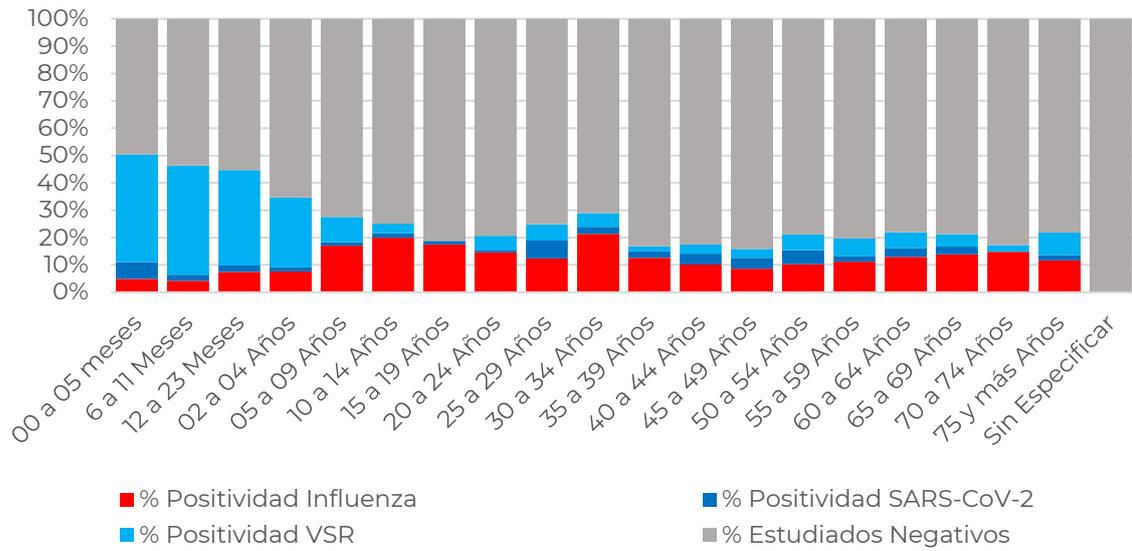
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

En las últimas 4 semanas, entre 413 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 1 codetección de influenza y SARS-CoV-2, 5 casos de SARS-CoV-2, 43 detecciones de influenza, y 12 casos de VSR. Los restantes 352 casos resultaron negativos para estos agentes etiológicos.

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.

³⁸ Solo se incluyen en el gráfico los casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a 15/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina³⁹.



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 SNVS³⁹.

³⁹ Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de de IRAG.

**ACTUALIZACION
PERIÓDICA DE
EVENTOS**

VII. MPOX – Informe epidemiológico

VII.1. Introducción

Ante el recrudecimiento de la mpox asociado a la aparición de un nuevo clado del virus de la mpox (clado Ib), su rápida propagación en el este de la República Democrática de Congo y la notificación de casos en varios países vecinos, la Organización Mundial de la Salud lo ha declarado como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de acuerdo Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI [2005]). A raíz de ello y en virtud de dar difusión a las medidas de prevención, vigilancia y respuesta, el Ministerio de Salud de la Nación ha emitido una Alerta Epidemiológica el 16 de agosto de 2024, incluyendo la descripción de la situación y las directrices vigentes para la vigilancia epidemiológica y las medidas ante casos y contactos –entre otros aspectos relacionados con este evento que se encuentra disponible en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta_viruela_simica_16082024.pdf

La OMS emitió “recomendaciones permanentes”, en las cuales insta a los Estados Miembros a elaborar un “Plan estratégico de preparación y respuesta para Mpox 2024-2025²⁰”, a fin de dar una orientación general y una respuesta coordinada. Este Plan, llevado a cabo por el Ministerio de Salud de la Nación, es clave para guiar las actividades de preparación y respuesta de salud pública a nivel nacional, jurisdiccional y local, con el objetivo principal de detener los brotes de transmisión de Mpox de persona a persona y mitigar su impacto en salud humana a través de medidas coordinadas a nivel nacional. Para facilitar el abordaje de este plan, se han estipulado tres escenarios epidemiológicos frente al ingreso y transmisión de casos de Mpox en Argentina:

1. Sin transmisión autóctona pero con casos importados del Clado II
2. Con casos esporádicos de transmisión autóctona del Clado II y sin Clado I
3. Con introducción del Clado I

El Manual se encuentra en el siguiente link;

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/250407_plan_mpox_2025.pdf

VII.2. Situación internacional⁴⁰

Según el análisis filogenético, el virus de la mpox (MPXV) se divide en dos clados principales: el clado I (uno, anteriormente clado de la Cuenca del Congo) y el clado II (dos, anteriormente clado de África Occidental). Cada uno de estos clados se subdivide a su vez en dos subclados: el clado Ia y el clado Ib dentro del clado I; el clado IIa y el clado IIb dentro del clado II.

El clado Ia circula en varios países de África central y se asocia con una propagación regular desde uno o más reservorios animales con cierta transmisión de persona a persona. El clado Ib ha surgido recientemente en las regiones orientales de la República Democrática del Congo y está sufriendo una transmisión sostenida de persona a persona.

El clado IIa rara vez se ha aislado en humanos y la mayoría de las secuencias genéticas disponibles provienen de especies animales. El clado IIb ha estado circulando de manera

⁴⁰ Brote de mpox 2022-24: tendencias mundiales. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

sostenida en humanos desde al menos 2016 y ha provocado el brote multipaís en curso desde 2022 hasta la actualidad.

La OMS realizó la última evaluación rápida de riesgos globales de mpox en febrero de 2025. Con base en la información disponible, el riesgo se evalúa de la siguiente manera:

- Clado Ib MPXV: Afecta predominantemente áreas no endémicas de mpox en la República Democrática del Congo y países vecinos – Alto
- Clado Ia MPXV: Afecta principalmente a las zonas endémicas de mpox en la República Democrática del Congo – Moderado
- Clado II MPXV: Observado en Nigeria y otros países endémicos de África Occidental y Central – Moderado
- Clado Iib MPXV: Asociado con la epidemia mundial de mpox a partir de 2022 – Moderado

Respecto del clado Ib, en las últimas 6 semanas fueron detectados casos confirmados con transmisión comunitaria en **República Democrática del Congo, Uganda, Burundi, Ruanda, Kenia, Congo, Zambia, Tanzania, Reino Unido, Sudán del Sur y Sudáfrica**, y casos relacionados con viajes a zonas endémicas en **Alemania, Bélgica, Tailandia, Qatar, Francia, Brasil y Suiza**.

VII.3. Situación en África⁴¹

Desde el 1 de enero de 2022, 27 Estados miembros de África han notificado a la OMS casos de mpox. Hasta el 6 de abril de 2025, notificaron 32.417 casos confirmados por laboratorio, incluidas 126 muertes.

En los últimos doce meses, hasta el 6 de abril de 2025, 23 países notificaron 25.695 casos confirmados, incluidas 100 muertes. Los tres países con más casos en los últimos 12 meses son la República Democrática del Congo (16.009 casos), Uganda (4.913) y Burundi (3.746).

Este indicador debe interpretarse con cautela, ya que los casos sospechosos de mpox se registran según distintas definiciones de casos nacionales. Además, no todos los países cuentan con sistemas de vigilancia sólidos para mpox, lo que significa que es probable que los recuentos de casos notificados subestimen el alcance de la transmisión comunitaria.

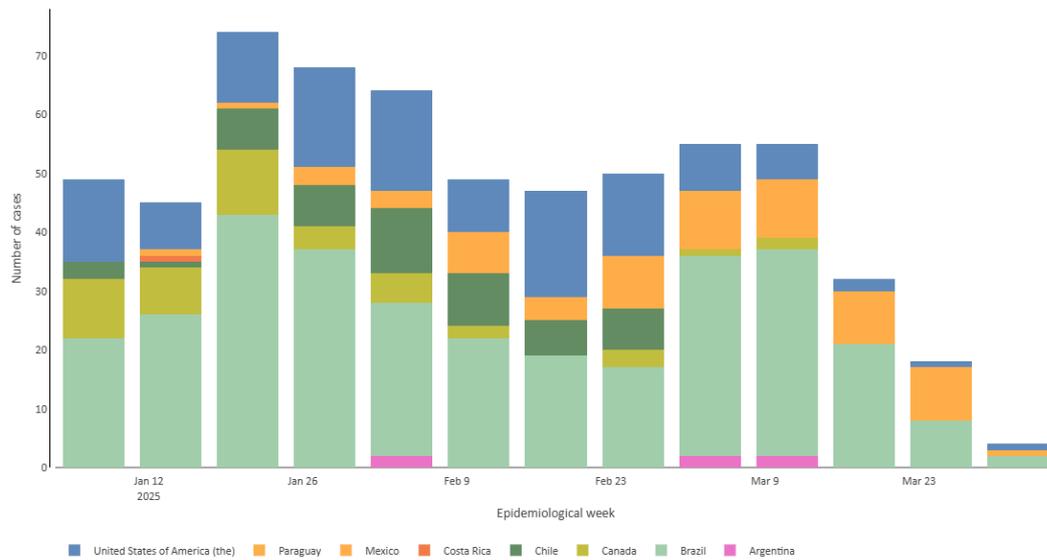
VII.4. Situación en las Américas⁴²

Respecto de la situación regional, según la última actualización epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 14 de 2025 fueron notificados en la Región de las Américas 610 casos de mpox (ninguna defunción).

Los países de la región que detectaron casos de mpox durante 2025 son los siguientes: Brasil (312 casos), Estados Unidos de América (127), México (66), Chile (51), Canadá (46), Paraguay (1) y Costa Rica (1).

⁴¹ Brote de mpox 2022-24: tendencias mundiales. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

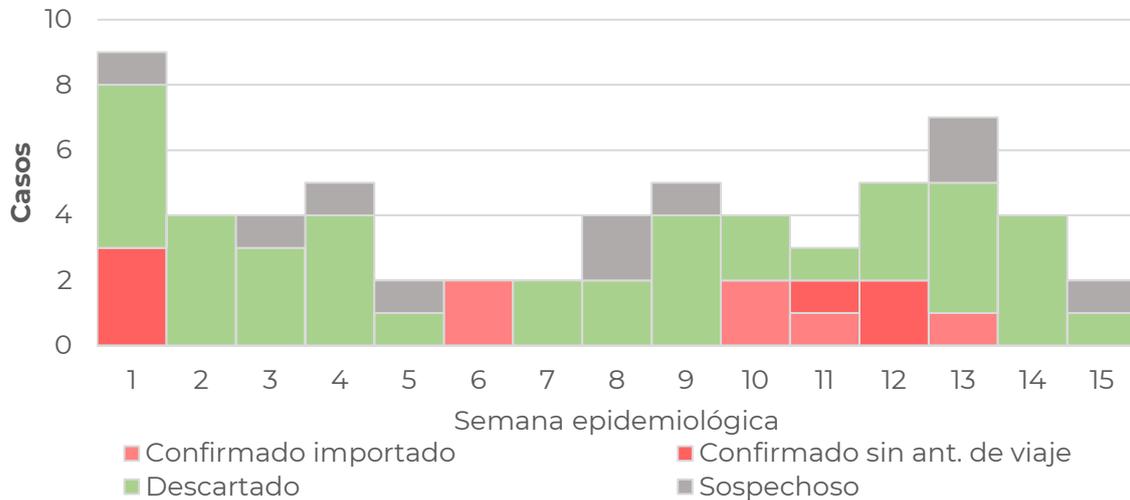
⁴² Organización Panamericana de la Salud. Casos de mpox - Región de las Américas. Disponible en: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/>

Gráfico 1. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según país. Región de las Américas, SE1 a SE14 2025.

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

VII.5. Situación en Argentina

Entre las SE 1 y 15 de 2025 se notificaron 68 casos, de los cuales 12 fueron confirmados, 7 casos nuevos desde la última actualización (SE09).

Gráfico 2. Casos notificados de mpox según clasificación por semana epidemiológica de fecha mínima⁴³. Argentina, SE1 a SE15/2025. (N=62⁴⁴)

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

⁴³ La fecha mínima se construye según una jerarquía que prioriza la mayor cercanía al momento de inicio de la enfermedad: con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra, y, por último, la de notificación si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.

⁴⁴ Seis de los casos notificados en 2025 corresponden a 2024 según fecha mínima del caso.

Todos los casos corresponden a personas de sexo masculino, con una mediana de edad de 40 años. La mitad de los casos consigna antecedente de viaje al exterior (Brasil) y tienen residencia en CABA, Bueno Aires, Córdoba y Corrientes.

Tabla 1. Casos notificados y confirmados de mpx según jurisdicción de residencia. Argentina, SE1 a SE15/2025.

Provincia	Confirmados SE 1 a 15 2025	Confirmados notificados en la última semana	Confirmados notificados en las últimas 4 semanas	Total de notificaciones 2025
Buenos Aires	3	0	1	27
CABA	6	0	4	27
Córdoba	2	0	0	4
Entre Ríos	0	0	0	2
Santa Fe	0	0	0	1
Centro	11	0	5	61
Mendoza	0	0	0	1
San Juan	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0
Cuyo	0	0	0	1
Chaco	0	0	0	0
Corrientes	1	0	1	1
Formosa	0	0	0	2
Misiones	0	0	0	0
NEA	1	0	1	3
Catamarca	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0
Salta	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	1
NOA	0	0	0	1
Chubut	0	0	0	1
La Pampa	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	1
Santa Cruz	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0
SUR	0	0	0	2
Total PAIS	12	0	6	68

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

Hasta el momento, se realizaron estudios para la identificación de clado en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS “Carlos Malbrán” en 5 de los casos confirmados, identificándose en todos ellos el clado II.

Los síntomas más frecuentes en los casos confirmados son exantema y fiebre.

VII.6. Recomendaciones para el equipo de salud

- Las principales medidas para disminuir el riesgo de propagación de la enfermedad consisten en la identificación temprana de los casos, las medidas aislamiento de casos y rastreo de contactos.
- En el marco de la prevención combinada del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual, la evaluación de una persona con sospecha o confirmación de mpox debe ser una oportunidad para ofrecer en forma sistemática servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y otras ITS, y para articular el manejo de la mpox en las personas con diagnóstico de VIH conocido a servicios de atención de enfermedad avanzada por VIH.
- El grupo técnico asesor de OMS actualmente NO recomienda la vacunación masiva ni de la población general. La vigilancia epidemiológica debe intensificarse para proveer la información suficiente para identificar a las personas con mayor riesgo de infección y, por lo tanto, la prioridad si se lleva a cabo la vacunación. Actualmente la principal medida de salud pública para interrumpir la transmisión de la enfermedad es la identificación efectiva de casos, implementando medidas de control de la transmisión, aislamiento, y el rastreo de contactos para su seguimiento en caso de desarrollar clínica compatible.
- Una vigilancia epidemiológica sensible y de calidad es indispensable para lograrlo. Los equipos de salud de todo el país deben estar preparados para sospechar la enfermedad, asistir de manera adecuada a las personas afectadas -incluyendo las medidas de protección del personal de salud-, recabar la información necesaria para caracterizar epidemiológicamente los casos e implementar las medidas de aislamiento y rastreo de contactos de forma inmediata (ante la sospecha).

VII.7. Vigilancia Epidemiológica

Una vigilancia epidemiológica sensible y de calidad es indispensable para lograr la identificación temprana de los casos, una correcta anamnesis, registro y notificación que permita las acciones de control. Para ello los equipos de salud de todo el país deben estar preparados para sospechar la enfermedad, asistir de manera adecuada a las personas afectadas -incluyendo las medidas de protección del personal de salud-, con foco en el manejo de las complicaciones potenciales; recabar la información necesaria para caracterizar epidemiológicamente los casos e implementar las medidas de aislamiento y rastreo de contactos de forma inmediata ante la sospecha.

Es importante tener en cuenta que una vigilancia sensible incluye facilitar la accesibilidad de la población a la atención oportuna y de calidad, eliminando todas las posibles barreras de acceso, principalmente las que puedan relacionarse con cualquier tipo de discriminación o estigma relacionado con la enfermedad, con las poblaciones que son desproporcionadamente afectadas por la mpox o con las prácticas potencialmente asociadas a su transmisión.

En vistas a la potencial introducción del clado Ib a través de viajeros infectados, resulta de suma importancia indagar al momento de realizar la entrevista epidemiológica a las personas que resulten tener síntomas compatibles con la enfermedad acerca de antecedente de viaje a África o contacto con viajeros a países donde está circulando el virus.

VII.7.A. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

- Toda persona que presente exantema característico*, sin etiología definida, de aparición reciente (menor a 7 días) y que se localiza en cualquier parte del cuerpo (incluyendo lesiones genitales, perianales, orales o en cualquier otra localización) aisladas o múltiples; o que presente proctitis (dolor anorrectal, sangrado) sin etiología definida**. Y al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos*** dentro de los 21 días previos al inicio de los síntomas:
 - Contacto físico directo, incluido el contacto sexual, con un caso sospechoso o confirmado.
 - Contacto con materiales contaminados -como ropa o ropa de cama-, por un caso sospechoso o confirmado.
 - Contacto estrecho sin protección respiratoria con un caso sospechoso o confirmado.
 - Relaciones sexuales con una o más parejas sexuales nuevas, múltiples u ocasionales,

Ó

- Toda persona que haya estado en contacto directo con un caso de mpox sospechoso o confirmado,

Y presente, entre 5 y 21 días del contacto de riesgo, uno o más de los siguientes signos o síntomas:

- Fiebre >38,5° de inicio súbito
- Linfadenopatía
- Astenia
- Cefalea
- Mialgia
- Malestar general
- Lesiones cutáneo mucosas
- Proctitis

Ó

- Toda persona que no presenta o refiere un antecedente epidemiológico claro, que presente lesiones cutáneo-mucosas características* con una evolución compatible y en el que haya una alta sospecha clínica.

* Exantema característico: lesiones profundas y bien delimitadas, a menudo con umbilicación central y progresión de la lesión a través de etapas secuenciales específicas: máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras, que pueden evolucionar a la necrosis que no correspondan a las principales causas conocidas de enfermedades exantemáticas (varicela, herpes zoster, sarampión, herpes simple, sífilis, infecciones bacterianas de la piel). No obstante, no es necesario descartar por laboratorio todas las etiologías para estudiar al caso para mpox.

** En el caso de proctitis y/o úlceras genitales se deben investigar también en forma conjunta los diagnósticos de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Treponema pallidum*, entre otros.

*** Indagar sobre viajes o contacto con viajeros especificando la procedencia, en particular provenientes de los países de África con circulación conocida de clado Ib.

Caso confirmado

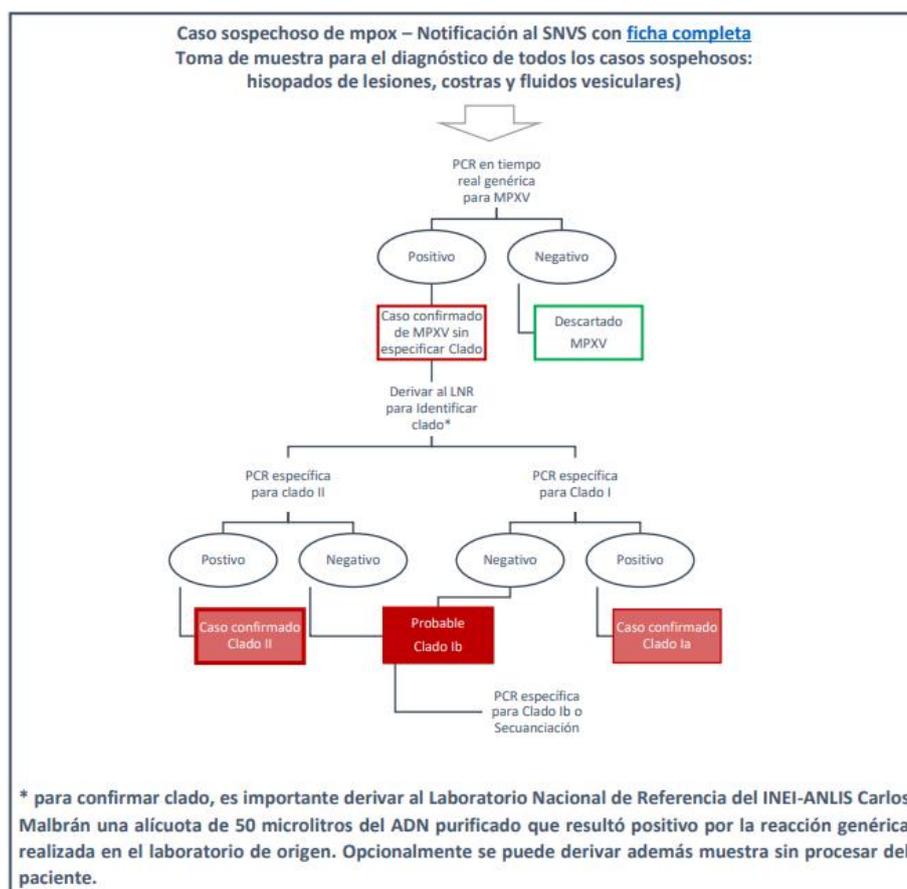
- Todo caso sospechoso con resultados detectables de PCR para Orthopox del grupo eurasiático-africano o de PCR en tiempo real para virus MPX genérica o específica de los clados.

Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión de laboratorio cuando se analizan muestras clínicas se aconseja limitar la cantidad de personal que analiza las muestras, evitar cualquier procedimiento que pueda generar aerosoles y usar el equipo de protección personal. Las normas nacionales e internacionales sobre el transporte de sustancias infecciosas deben seguirse estrictamente durante el embalaje de las muestras y el transporte al laboratorio de referencia.

VII.7.B. NOTIFICACIÓN

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

VII.8. Algoritmo de diagnóstico y notificación de Mpox



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

VII.9. Medidas ante casos sospechosos

- Se recomienda el aislamiento de todo caso sospechoso hasta la obtención del resultado de laboratorio (confirmado o descartado); en caso de confirmarse, continuar el aislamiento hasta que todas las costras de las lesiones se hayan caído y haya formado una nueva capa de piel.
- Si no se puede realizar aislamiento permanente se deberá implementar medidas para la minimizar el riesgo de la transmisión (cubrir las lesiones, utilizar barbijo quirúrgico bien ajustado, cubriendo nariz, boca y mentón, evitar contacto con personas vulnerables, evitar el contacto estrecho con otras personas, ventilar los ambientes).
- Realizar la investigación epidemiológica correspondiente, incluyendo los antecedentes epidemiológicos, características clínicas e información sobre contactos estrechos, garantizando la privacidad, el trato digno y la completitud de la información.
- Realizar la notificación dentro de las 24 horas.
- En caso de que se necesite hospitalización, debe realizarse en una habitación individual con baño privado y eventualmente internación por cohortes.
- Si el paciente precisa moverse por fuera de la habitación, debe hacerlo siempre con barbijo quirúrgico y cubriéndose las heridas.
- La movilidad del paciente fuera de su habitación debe limitarse a lo esencial para realizar procedimientos o métodos diagnósticos que no puedan llevarse a cabo en ella. Durante el transporte, el paciente debe utilizar barbijo quirúrgico y las lesiones cutáneas deben estar cubiertas.
- Se debe establecer el correcto manejo de casos para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo desde el triaje hasta las salas de aislamiento, en cualquier nivel de atención, evitando el contacto con otras personas en salas de espera y/o salas de hospitalización de personas internadas por otras causas.
- El personal de salud que atiende casos sospechosos o confirmados debe utilizar protección para los ojos (gafas protectoras o un protector facial que cubra el frente y los lados de la cara), barbijo quirúrgico, camisolín y guantes desechables.
- Durante la realización de procedimientos generadores de aerosoles deben utilizarse barbijos tipo máscaras N95 o equivalentes.
- El aislamiento domiciliario debe realizarse en una habitación o área separada de otros convivientes durante todas las etapas de la enfermedad hasta que todas las lesiones hayan desaparecido, se hayan caído todas las costras y surja piel sana debajo.
- Si durante el aislamiento domiciliario el paciente requiere atención médica debe comunicarse con el sistema de salud.
- Las personas convivientes deben evitar el contacto con el caso sospechoso o confirmado, especialmente contacto de piel con piel.
- No se debe compartir ropa, sábanas, toallas, cubiertos, vasos, platos, mate, etc.
- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y embarazadas durante el período de transmisión.
- Ante el riesgo potencial de transmisión del virus de las personas enfermas a los animales, se recomienda que las personas con diagnóstico sospechoso o confirmado de mpox eviten el contacto directo con animales, incluidos los domésticos (como gatos, perros, hámsters, hurones, jerbos, cobayos), el ganado y otros animales en cautividad, así como la fauna silvestre. Las personas deben estar especialmente atentas a los animales que se sabe que son susceptibles, como los roedores, los primates no humanos, etc.
- Debe también evitarse el contacto de los residuos infecciosos con animales, especialmente roedores.

La sospecha o confirmación de mpox debe ser una oportunidad para ofrecer en forma sistemática el testeo para VIH y otras ITS.

VII.10. Medidas ante contactos

- La identificación de contactos debe iniciarse dentro de las 24hs.
- Verificar diariamente la posible aparición de cualquier signo o síntoma compatible, incluyendo medir la temperatura y verificar mediante autoevaluación si no han aparecido lesiones en la piel en cualquier parte del cuerpo, o si aparecen síntomas como cansancio/decaimiento, inflamación de los ganglios linfáticos, cefalea, dolores musculares, dolor de espalda.
- El contacto en seguimiento debe disponer de un teléfono para comunicarse con el equipo de seguimiento en caso de presentar síntomas y, en ese caso, una vía facilitada para su atención adecuada en un centro asistencial.
- Ante la aparición de cualquier síntoma debe considerarse un caso sospechoso y, como tal, realizar las acciones recomendadas ante casos sospechosos.
- El contacto deberá estar en seguimiento por el sistema de salud por 21 días para identificar el posible comienzo de síntomas compatibles.
- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y embarazadas.

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

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-05/2022-Manual_normas_y_procedimientos_vigilancia_y_control_ENO_22_05_2023_2.pdf

Manual para la vigilancia epidemiológica y control de la viruela símica en Argentina:

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

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Nueva_ficha_viruela_simica_11_08_2022.pdf

Más recomendaciones e información en:

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

VIII. Hepatitis A - Actualización informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

La hepatitis A es una inflamación hepática aguda causada por el virus de la hepatitis A (VHA), cuya principal vía de transmisión es fecal-oral, a través del consumo de agua o alimentos contaminados o por contacto persona a persona. Su propagación se asocia a condiciones sanitarias deficientes y prácticas de higiene inadecuadas.

A diferencia de otras hepatitis virales (B y C), no presenta formas crónicas, pero puede generar cuadros clínicos graves como la hepatitis fulminante, especialmente en población pediátrica no inmunizada. En Argentina, previo a la introducción de la vacuna en el Calendario Nacional de Vacunación en 2005, el VHA fue la principal causa de insuficiencia hepática fulminante en menores de 10 años.

La implementación de la estrategia de vacunación sistemática a los 12 meses de edad permitió una reducción drástica de la incidencia y morbimortalidad, situando al país en un escenario de endemicidad baja. Sin embargo, se han registrado brotes esporádicos en adultos jóvenes (20-39 años) en los años 2009, 2012, 2014 y 2018, con una tasa de incidencia cuatro veces mayor en varones que en mujeres.

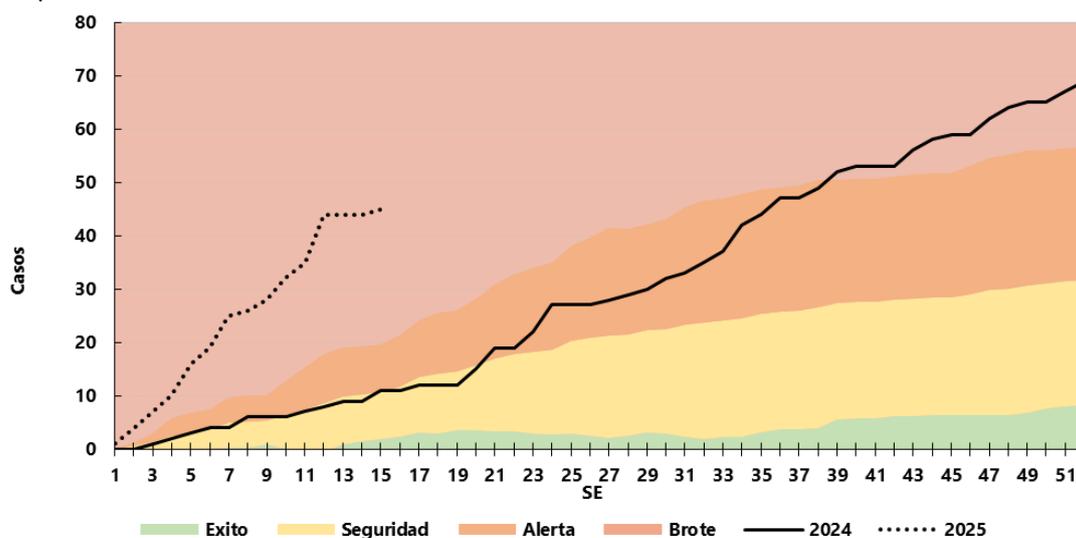
Debido a la complejidad de la vigilancia de este evento, los datos presentados pueden estar sujetos a revisión y actualización, considerando posibles ajustes en la notificación y el registro.

VIII.2. Situación de Hepatitis A en Argentina

VIII.2.A. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE 2025

Hasta la SE 15 del 2025 se notificaron 92 casos de hepatitis A en el SNVS 2.0, de los cuales 45 cumplen con los criterios de laboratorio de caso confirmado, 25 casos se han descartado y el resto sigue en estudio. De los 45 casos, 28 se encuentran en región Centro (CABA, Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe), 10 en NOA (Jujuy, Salta y Tucumán) y el resto en Mendoza, San Luis, Formosa, Chubut y Neuquén. Respecto de la edad, 14 corresponden al grupo etario menores de 20 años, 22 corresponden al de 20 a 39 años y los 9 restantes a mayores de 40 años. La distribución por sexo, al igual que años anteriores, presenta una mayor afectación masculina (31).

En el contexto de la vigilancia epidemiológica, se ha observado una variación en la incidencia de hepatitis A en los últimos años. Durante el quinquenio 2019-2023, se notificó un promedio de 31 casos anuales, con un mínimo de 10 en 2021 y un máximo de 55 en 2022. En 2024, se confirmaron 70 casos, superando el umbral de alerta a partir de la semana 39. En lo que va del 2025, la cantidad de casos confirmados notificados se encuentra por encima del umbral de brote, ya que ha sido superior a los valores esperados (Gráfico 1). Desde la última actualización del evento (SE 10) a la actual, se han confirmado 21 casos de hepatitis A.

Gráfico 1. Corredor endémico acumulado de casos confirmados de hepatitis A. Argentina, período 2019-SE 15/2025.

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

VIII.2.B. VIGILANCIA MOLECULAR HAV DE 2025

Entre el 01/01/2025 y el 13/04/2025 se derivaron al laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales INEI-ANLIS Dr.C.G.Malbrán muestras de suero y/o materia fecal de 33 pacientes para la caracterización molecular de HAV. Se analizó la región VP1/2A (349 pares de bases). Los productos de RT-Nested-PCR fueron secuenciados y analizados con programas filogenéticos. De las 33 muestras, 3 resultaron No Detectables, 4 están en estudio, 25 fueron clasificadas dentro del subgenotipo IA agrupandose en dos clados diferenciados: A) las muestras de las provincias de Salta (2), Formosa (3), Santa Fe (1), Jujuy (1), Buenos Aires (2)-muestras de niños y adultos con antecedente de viaje a Bolivia y Brasil- agruparon en un clado junto con la secuencia de referencia Wild type GBM de genotipo IA, con un porcentaje de identidad del 98 %; B) las muestras de las provincias de Mendoza (4), Córdoba (4), Santa Fe (1) y CABA (7) -todas de pacientes masculinos mayores de edad de los cuales 12 refieren el antecedente de hombres que tienen sexo con hombres (HSH)- agruparon en un clado junto con la variante europea VRD521_16 asociada al brote de HAV en HSH en el año 2016, con porcentaje de identidad entre ellas mayor al 99%. Una muestra de un paciente extranjero residente en CABA con antecedente de viaje a la India que refiere antecedente de HSH resultó genotipo IIIA, primer hallazgo de este genotipo en muestras estudiadas en nuestro laboratorio.

VIII.3. Recomendaciones para el equipo de salud

VIII.3.A. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

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

VIII.3.B. PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN⁴⁵

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

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

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

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

VIII.3.C. CONTENCIÓN DE BROTES

Instituciones educativas

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

Jardines maternos

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

Escuelas

Se debe valorar la situación epidemiológica local:

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

⁴⁵ Recomendaciones Nacionales de Vacunación 2012 (pág. 86-87). Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-nacionales-de-vacunacion-argentina-2012>

- Cuando ocurren 2 o más casos en niños o personal de diferentes turnos, se deberá vacunar a todos en la institución.

Instituciones y hospitales

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

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

Nivel comunitario

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

Medidas ante brotes

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

Medidas en caso de desastre

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

VIII.4. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Hepatitis A⁴⁶

VIII.4.A. CONSIDERACIONES GENERALES

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

VIII.4.B. EMBALAJE PARA DERIVACIÓN DE MUESTRAS

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

VIII.5. Recomendaciones para la población

VIII.5.A. MEDIDAS PREVENTIVAS

Vacunación

La hepatitis A es una enfermedad prevenible mediante vacunación. Desde 2005, la vacuna contra la hepatitis A está incorporada al Calendario Nacional de Vacunación para niños al año de vida (Res. Ministerial N°653/05). A los quince días de aplicada la primera dosis, el 93% de los vacunados desarrollan anticuerpos detectables, alcanzando entre el 95% y el 99% al mes.

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

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

⁴⁶ Mail de contacto ante cualquier consulta: lnrhepatitis@anlis.gob.ar

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

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

Otras medidas preventivas

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

VIII.6. Conclusiones

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

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

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

VIII.7. Sobre este informe

VIII.7.A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE HEPATITIS A

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

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

Con la actualización de las normas y procedimientos de vigilancia y control de Eventos de Notificación Obligatoria en el año 2022, cambió la modalidad de notificación de la hepatitis A. Previamente se notificaba ante el caso sospechoso de hepatitis viral⁴⁷. Actualmente la notificación se hace de forma inmediata ante caso positivo con identificación del agente. Se encuentran vigente las siguientes definiciones de caso:

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

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

VIII.7.B. MODALIDAD DE VIGILANCIA Y NOTA METODOLÓGICA

La notificación de Hepatitis A es de modalidad nominal, por lo que, para este **análisis** se utilizó el evento "Hepatitis A" del SNVS^{2.0}. Se consideraron casos confirmados a aquellos que cumplen con los siguientes criterios: casos con antiHAV-IgM positivo cargado en el laboratorio o con diagnóstico referido (VHA IgM Reactivo). Para determinar el año de ocurrencia, se consideró la "Fecha de diagnóstico referido"; en los casos donde esta información no estaba disponible, se recurrió a la "Fecha de inicio de Síntomas", posteriormente a la "Fecha de toma de muestra" y por último la "Fecha de apertura". En cuanto a la procedencia de los casos, se priorizó la "Provincia de residencia"; cuando ésta no estaba consignada, se utilizó como alternativa la "Provincia de Muestra".

Ficha de notificación:

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

⁴⁷ Toda persona que presente ictericia o elevación de las transaminasas a más de 2,5 veces el valor normal no atribuible a otras causas, y al menos uno de los siguientes síntomas: malestar general, dolores musculares o articulares, astenia, hiporexia, náuseas, vómitos o fiebre.

ALERTAS Y
COMUNICACIONES
INTERNACIONALES

IX. Introducción

Esta sección de Alertas Epidemiológicas Internacionales se construye con la información recibida por el Centro Nacional de Enlace (CNE), oficina encargada de la comunicación con otros países en relación a la información sanitaria dentro del marco del Reglamento Sanitario internacional (RSI) que funciona en la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

La mayoría de los eventos que requieren la emisión de Alertas y Actualizaciones Epidemiológicas se refieren principalmente a agentes infecciosos, aunque también pueden estar relacionados con mercancía contaminada, contaminación de alimentos, o ser de origen químico o radionuclear, de acuerdo con las provisiones del [Reglamento Sanitario Internacional \(RSI 2005\)](#).

El propósito de las **Alertas Epidemiológicas** es informar acerca de la ocurrencia de un evento de salud pública que tiene implicaciones o que pudiera tener implicaciones para los países y territorios del mundo.

Las Actualizaciones Epidemiológicas consisten en actualizar la información sobre eventos que están ocurriendo en la población y sobre los cuales ya se alertó o informó previamente.

A continuación, se reproducen los informes de los eventos de mayor relevancia que han sido elaborados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 10 y el 16 de abril del 2025.

IX.1. Enfermedad meningocócica invasiva - Reino de Arabia Saudita

Recibido a través del CNE el 11/04/2025.

El 13 de marzo de 2025, el Punto Focal Nacional de Arabia Saudita (KSA) informó a la OMS sobre 11 casos confirmados de enfermedad meningocócica invasiva (EMI). Todos los casos estaban relacionados con personas que realizaron la peregrinación de Umrah en Arabia Saudita entre el 7 de enero y el 12 de marzo de 2025.

De los 11 casos confirmados, cuatro fueron reportados desde tres países de la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS, mientras que los casos restantes correspondían a personas con antecedentes de viaje desde países de la Región de Asia Sudoriental de la OMS. La mediana de edad de los casos fue de 36 años (rango entre 6 y 69 años), y el 64% eran hombres. Los casos fueron diagnosticados entre el 7 de enero y el 2 de marzo de 2025, y ninguno de los afectados tenía antecedentes de vacunación contra la enfermedad meningocócica. Todos los casos recibieron tratamiento en hospitales de Arabia Saudita, se recuperaron completamente y fueron dados de alta. Las pruebas de serogrupo identificaron la cepa causante como *Neisseria meningitidis* (N. meningitidis) serogrupo W135.

Además, entre el 11 de febrero y el 18 de marzo de 2025, el punto de contacto del RSI de la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS recibió informes —ya sea mediante notificaciones o comunicaciones bilaterales con los NFP del RSI— sobre seis casos aislados de EMI en personas que recientemente habían regresado de la Umrah. De estos, tres casos fueron reportados desde la Región de Europa de la OMS y tres desde la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS. La mediana de edad de los casos fue de 19 años (rango entre 6 y 30 años). En dos de los seis casos se confirmó el serogrupo W135.

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

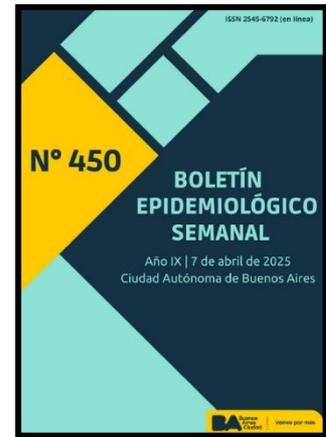
DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

X. Boletines jurisdiccionales

X.1. CABA: Dengue

De acuerdo a los escenarios teóricos de riesgo que históricamente presenta la Ciudad de Buenos Aires, según la presencia o no del vector y la ocurrencia de casos, actualmente nos encontramos en el Escenario 3, caracterizado por la presencia de huevos del vector, actividad larvaria y eventuales casos asociados a viaje, y también con ausencia de éste. Este escenario se asocia con la cuarta etapa de acciones del Plan de Dengue de la Ciudad.

A partir de la SE 42 DE 2024, hasta la SE 14 de 2025 (finalizada el 5 de abril) se detectaron 87 casos confirmados, con y sin viaje. Se está monitoreando activamente la evolución de la situación, y realizando acciones de búsqueda activa y control de focos.



Casos confirmados y probables de Dengue notificados en el SNVS desde SE-31 hasta SE-14 en cada temporada. Residentes CABA. Temporadas 2022/23 (N = 8317); 2023/24 (N = 22079) y 2024/25 (N = 194)



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

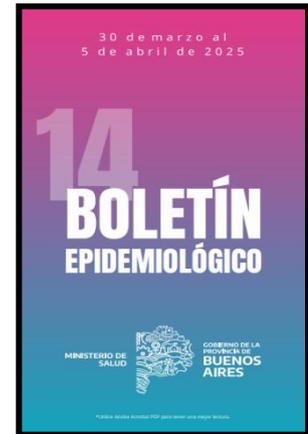
Para más información: <https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2024-2025>

X.2. Buenos Aires: Hantavirrosis

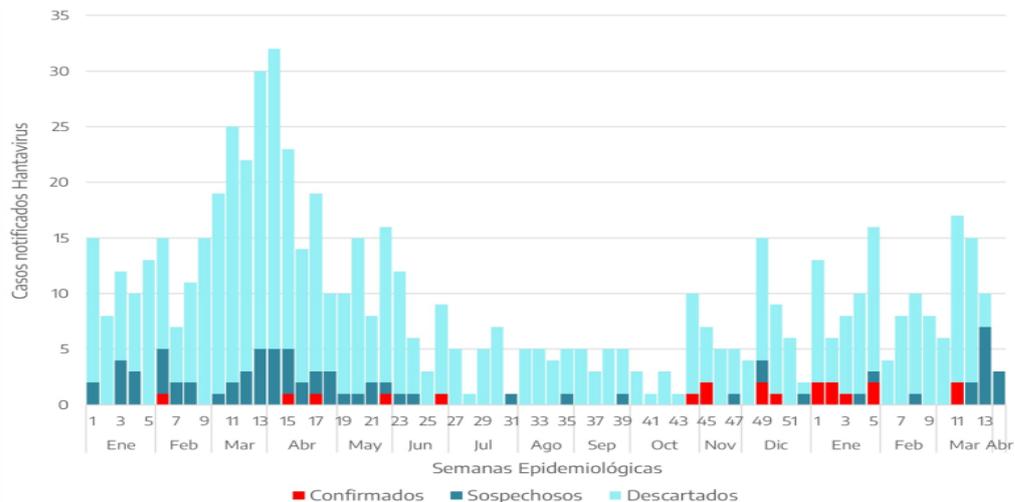
En el transcurso del año (SE 1 a 14) se notificaron en la provincia 134 casos sospechosos de hantavirus, de los cuales 9 casos fueron confirmados y 15 continúan como sospechosos. Los últimos 2 casos confirmados se registraron en la segunda semana de marzo (SE 11).

En la provincia el aumento estacional de esta zoonosis se produce habitualmente en los meses de primavera-verano (el 70% de los casos se concentran entre noviembre y marzo).

El número de casos confirmados en las primeras semanas del 2025 supera lo registrado en el año anterior. Durante 2024 se notificaron 506 casos sospechosos de hantavirus, de los cuales 11 fueron confirmados, 437 descartados y 58 sospechosos. Entre los casos confirmados 2 fallecieron, el primero se trató de un hombre de 44 años de edad durante la primera semana de febrero (SE 6) y el segundo correspondió a una mujer de 39 años en la segunda semana de diciembre (SE 50).



Casos notificados de hantavirrosis por semana epidemiológica. PBA, SE 1 a SE 52 de 2024 (N= 506) y SE 1 a SE 14 de 2025 (n=134)



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

Para más información:

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

X.3. Salta: Fiebre Tifoidea y Paratifoidea

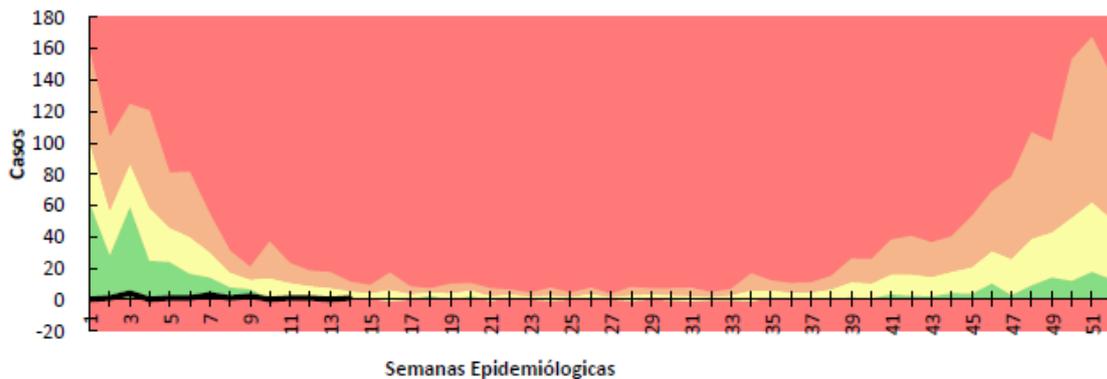
Comparando casos acumulados hasta SE 14 entre el año 2024 y el actual, se muestra una reducción del 96 % en los casos.

La tendencia histórica indica una disminución sostenida, lo que sugiere un resultado positivo de las estrategias de prevención y control. No se observan signos de alerta o brote inminente, pero es clave mantener la vigilancia epidemiológica y las medidas preventivas para consolidar esta reducción y evitar repuntes.

En la SE 14 se registró 1 caso de fiebre tifoidea y paratifoidea, el corredor endémico continua en la zona de éxito.



Corredor endémico semanal de fiebre tifoidea y paratifoidea años: 2018 a 2024. se 01-14 de 2025. provincia de Salta. (n=15)

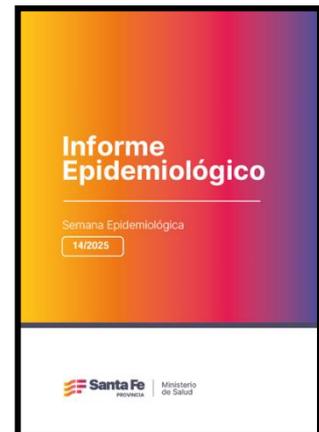


Fuente: Elaboración propia del Programa de Sala de Situación con datos de vigilancia nominal provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

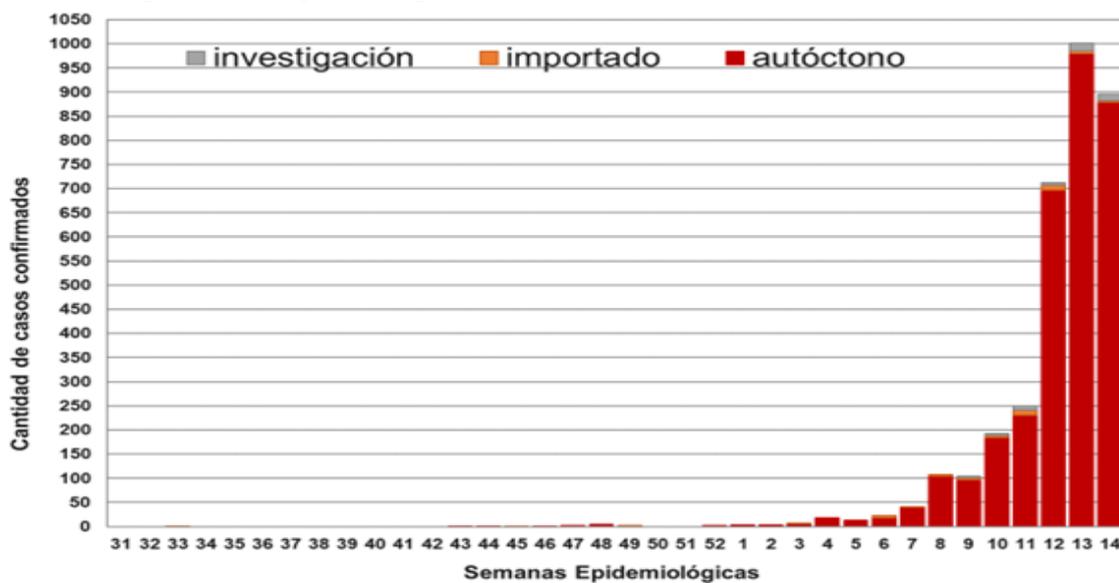
Para más información: <http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

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 14/2025), se notificaron un total de 7602 casos al evento “dengue” y “dengue en la gestación”. Se confirmaron 3331 casos para el evento “dengue” y 32 casos en el evento de “Dengue en la gestación”, haciendo un total de 3383 casos confirmados, 1328 casos más que lo informado en el boletín de SE13/2025. De esos 3383 casos confirmados, 3281 casos son “sin antecedente de viaje”, 54 “con antecedente de viaje” (India, Maldivas, Colombia, Brasil y otras provincias de Argentina) y 48 se encuentran en investigación. Los 32 casos confirmados en el evento “dengue durante la gestación” son autóctonos y todos tienen residencia habitual en el departamento Rosario. Por otra parte, se notificaron 13 casos con “antecedente de vacunación en los últimos 30 días.



Casos de Dengue confirmados por laboratorio y criterio clínico epidemiológico desde SE 31/2024 hasta SE 14/2025 según semana epidemiológica. Provincia de Santa Fe. N= 3383.



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 05/04/2025.

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)

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"

1.1. Información relevante: enteroparasitosis

A continuación, se presenta el listado de enteroparásitos, que deben ser notificados, en el orden en el que se encuentran configurados en el sistema.

1. Pacientes estudiados para el diagnóstico de enteroparásitos
2. Ascaris lumbricoides
3. Balantidium Coli
4. Blastocystis
5. Chilomastix mesnili
6. Dientamoeba fragilis
7. Difilobótridos
8. Endolimax nana

9. Entamoeba coli
10. Entamoeba histolytica/dispar/moshkovski/bangladeshi
11. Fasciola hepatica
12. Giardia duodenalis
13. Trichostrongylus sp.
14. Taenia sp.
15. Trichuris trichiura
16. Uncinarias
17. Schistosoma mansoni
18. Cystoisospora belli
19. Hymenolepis nana
20. Strongyloides stercoralis
21. Iodamoeba bütschli
22. Hymenolepis diminuta
23. Entamoeba hartmanni
24. Dipylidium caninum
25. Enterobius vermicularis
26. Entamoeba histolytica por métodos moleculares
27. Cryptosporidium sp. (por coloración o métodos moleculares)
28. Cyclospora cayetanensis (por coloración o métodos moleculares)
29. Microsporidios (por coloración o métodos moleculares)
30. Anisákidos (Anisakis, Pseudoterranova, Hysterothlacium, Contracaecum)

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

- Histórico - Subfamilia Anisakinae (incluye Anisakis y Pseudoterranova)
- Histórico - Cryptosporidium sp.
- Histórico - Cyclospora sp.
- Histórico - Diphylobothrium 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

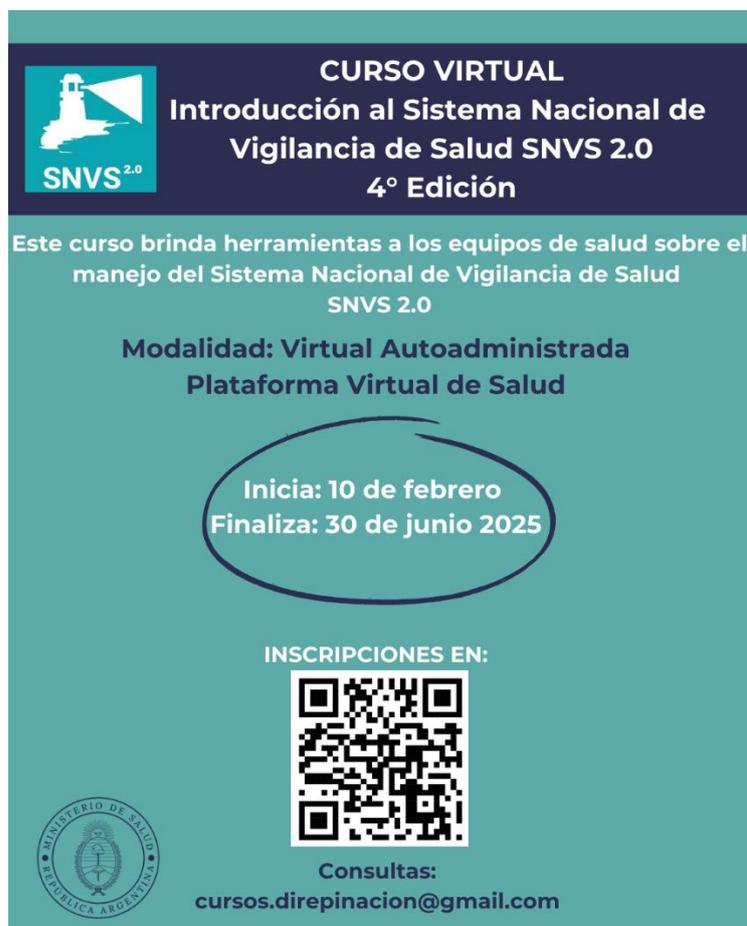
Duración: 25 horas.

INSCRIPCIONES EN:



Consultas a: cursos.direpinacion@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>

XV. 7° Edición: Curso Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud



Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 7° Edición

Modalidad: Virtual Autoadministrada
Plataforma Virtual de Salud



Inicia: 21 de abril
Finaliza: 21 de julio
de 2025

Este curso brinda herramientas de gestión y de análisis para los equipos técnicos jurisdiccionales y servicios de salud que deseen trabajar con la estrategia de Salas de Situación

INSCRIPCIONES EN:



Consultas:
cursos.direpizacion@gmail.com

Duración: 30 horas

Formulario de inscripción: <https://forms.gle/B2YKwVXmEVQZLRT1A>