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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **740**

Semana epidemiológica 3
AÑO 2025
Desde 12/01 al 18/01
Fecha de publicación
27/01/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD · REPÚBLICA ARGENTINA

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván Lugones

Secretaría de Gestión Sanitaria

Dr. Alejandro Alberto VILCHES

Subsecretaría de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dr. María Susana AZURMENDI

Dirección de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Autores de este boletín:

Informe Mpox: Antonella Vallone[1], Silvina Moisés[1], Tamara Wainzinger[1], Carlos Giovacchini[3] y María Marta Iglesias[1].

Informe dengue y otros arbovirus: Gabriela Fernández[1], Yasmin El Ahmed[1], Dalila Rueda[1], Federico M. Santoro[1], Silvina Moisés[1], María Pía Buyayisqui[1], Julieta Siches[2], Lucía Maffey[2].

Informe especial Brotes de Enfermedades transmitidas por alimentos, agua y ruta feca-oral y otras etiologías: Paula Rosin[1], Mariel Caparelli[1], Ana Laura Parenti[1], Martina Ponce[1].

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

Destacados en boletines jurisdiccionales: Soledad Castell[1].

Herramientas para la vigilancia, prevención y respuesta: Antonella Vallone[1], Morena Diaz[1], Laura Bidart[1], Agustina Page[1], Martina Prina[1].

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

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

Coordinación General: Cecilia González Lebrero[1].

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:

Es clave un consumo seguro y responsable de conservas y otros productos envasados de origen animal y vegetal. Foto tomada de banco de imágenes libre de derechos.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°740, SE 3.

[1] Dirección de Epidemiologia

[2] Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades transmitidas por vectores

I. Editorial

Los Boletines semanales de Vigilancia de la Salud: Una historia de más de 20 años de política de Estado para la gestión de la epidemiología.

En los inicios de los 2000, la Residencia de Epidemiología de campo del Nivel Nacional (PRESEC) editaba el "Epinoticias", una publicación diaria vinculada con la vigilancia de rumores, tanto nacional como internacional, que se enviaba a referentes de epidemiología de todo el país.

En 2009, con la implementación del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 1.0) en todas las jurisdicciones, el Epinoticias se transformó en el "Epinoticias Semanal", editado desde la recientemente creada Área de Vigilancia de la Salud. Esta nueva versión incluía cuatro secciones principales: 1. Situación de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO), 2. Detalle de los síndromes febriles inespecíficos, 3. Evaluación de la oportunidad y regularidad y 4. Selección de noticias internacionales de interés.

En el año 2010 el Epinoticias semanal se transformó en el Boletín Semanal de Vigilancia. En este Boletín, junto con la información cuantitativa, se compartía un resumen ejecutivo de los datos más relevantes.

Al año siguiente, el Boletín Semanal se comenzó a editar como el BIV: "Boletín Integrado de Vigilancia". Fue el inicio de la presentación de informes periódicos de análisis de los ENO, realizados de manera integrada entre epidemiología y las áreas vinculadas con cada problemática. El BIV se envió a todos los receptores y se colocó en el sitio web del Ministerio de Salud, de manera regular, durante más de 10 años y el 15 de julio de 2022 el BIV pasó a ser el actual BEN: "Boletín Epidemiológico Nacional".

El BEN, resultado de la revitalización de la publicación y de los cambios epidemiológicos tras la pandemia de COVID-19, reafirmó el compromiso del Ministerio de Salud de la Nación con la mejora en la disponibilidad y difusión de información epidemiológica. Incorporó nuevas secciones, como 'Situaciones Epidemiológicas Emergentes' y la Sección Federal, que permite a las autoridades provinciales compartir información relevante. También se añadieron herramientas prácticas para fortalecer la vigilancia diaria.

Hoy el BEN se renueva, no cambia de nombre, pero sí su estética y contenidos. Tampoco cambian los objetivos: devolver la información sistematizada de los ENO a todas las personas participantes de la epidemiología nacional y constituir una herramienta de consulta integral de información oficial y oportuna para la toma de decisiones de distintos actores sociales. El nuevo BEN presentará cambios graduales. Están viendo una nueva estética. Luego, presentaremos una tabla con un conjunto de ENO seleccionados, para dar cuenta de la situación epidemiológica semanal en términos de observado y esperado, retomando una tarea que se expuso en otros momentos de esta historia y que consideramos fundamental. En los sucesivos BEN, además, se comenzarán a incluir análisis periódicos y sistemáticos de todos los eventos presentados en la tabla.



Dra. Susana Azurmendi
Subsecretaria de vigilancia Epidemiológica,
información y Estadísticas en Salud

II. Acerca del Boletín 740 y los que vendrán

En efecto, el BEN se renueva. Aquí compartimos la propuesta de esta renovación y esperamos que todas las personas receptoras de esta publicación puedan conocer los cambios y acompañarlos con nuevas sugerencias e ideas para continuar mejorando.

Estas modificaciones, además, están relacionadas con la encuesta que hemos realizado sobre el uso del boletín.

Es por ello que en este primer boletín renovado encontrarán, principalmente, un cambio estético. Pero también se encontrarán con algunas de las secciones resumidas. De esta manera, la propuesta es trabajar en pos de que las secciones presenten más dinamismo y renovación, junto con una sección nueva que adicionaremos en las próximas entregas: La tabla de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO).

Por lo dicho, dada la situación epidemiológica actual y la estacionalidad de los eventos, tanto la vigilancia de MPOX como de las infecciones respiratorias agudas se muestran más acotadas. Esto es así, en particular, porque semana tras semana no se están constatando cambios significativos en la situación. Los equipos de trabajo del Área de Vigilancia continúan y continuarán analizando semana a semana la situación y el BEN mostrará los cambios teniendo en cuenta dicha situación.

Contenido

I. Editorial 4

II. Acerca del Boletín 740 y los que vendrán 5

III. Situación epidemiológica de MPOX 9
III.1. Introducción 9
III.2. Situación internacional 9
III.3. Situación en África 10
III.4. Situación en Argentina 10
III.5. Recomendaciones para el equipo de salud 11
III.6. Vigilancia Epidemiológica 11
III.6.A. Definiciones y clasificaciones de caso 12
III.6.B. Notificación 13
III.7. Algoritmo de diagnóstico y notificación de Mpox 13
III.8. Medidas ante casos sospechosos 14
III.9. Medidas ante contactos 15

IV. Vigilancia de dengue y otros arbovirus 17
IV.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus 17
IV.1.A. Introducción 17
IV.1.B. Subregión Centroamérica y México 17
IV.1.C. Subregión Cono Sur 18
IV.2. Situación de dengue en Argentina 20
IV.2.A. Situación histórica 20
IV.2.B. Temporada actual 23
IV.2.C. Distribución según región, jurisdicción y departamento 24
IV.2.D. Situación según serotipos circulantes 26
IV.2.E. Situación epidemiológica del evento “dengue durante la gestación” 27
IV.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus 27
IV.4. Vigilancia entomológica 29
IV.4.A. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) -SE03 (2025) 30

V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas 35
V.1. Introducción al BEN 740 35
V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 35
V.3. Síntesis de la información nacional destacada a la SE03/2025 36
V.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 36
V.3.B. Vigilancia de virus respiratorios priorizados en Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA) ... 36
V.3.C. Vigilancia de virus respiratorios priorizados en pacientes internados 36
V.3.D. Vigilancia a través de la red de laboratorios de virus respiratorios 37
V.3.E. Vigilancia universal de COVID-19 37
V.4. Detalle: vigilancia universal de virus respiratorios - red de laboratorios 37

VI. Brotes de Enfermedades transmitidas por alimentos, agua y ruta feca-oral y otras etiologías 41
VI.1. Introducción 41
VI.2. Vigilancia Epidemiológica 41
VI.3. Situación de brotes de cualquier etiología 42
VI.3.A. Nota metodológica 42
VI.4. Acciones de prevención 47

VI.4.A. Medidas de prevención general 47
VI.4.B. Medidas ante casos y contactos 48
VI.4.C. Medidas ante brotes 48

VII. Introducción de alertas y comunicaciones internacionales 50
VII.1. Fiebre hemorrágica de Chapare - Estado Plurinacional de Bolivia 51
VII.2. Estados Unidos de América. Influenza debida a virus de influenza aviar o animal identificados. 52
VII.2.A. Evaluación de Riesgo de OMS 52
VII.3. Alerta epidemiológica: Incremento de actividad virus influenza estacional y otros virus respiratorios en el hemisferio norte - OPS 54
VII.3.A. Resumen global de la situación 54
VII.3.B. Situación en la Región de Europa 55
VII.3.C. Situación de virus respiratorios Región de las Américas 57
VII.3.D. Subregión de Norte América 58
VII.3.E. Subregión del Caribe 59

VIII. Boletines jurisdiccionales 61
VIII.1. Buenos Aires: Arbovirosis 61
VIII.2. CABA: Viruela símica 62
VIII.3. Salta: Enfermedades zoonóticas humanas 63
VIII.4. Santa Fe: Dengue 64
VIII.5. Tierra del fuego: Respiratorias 65
VIII.6. Tucumán: Leptospirosis 66

IX. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 68
IX.1. Información relevante: enteroparasitosis 70

X. 1° Edición del Curso: "Vigilancia y notificación de dengue" 71

SITUACIONES **EPIDEMIOLÓGICAS** EMERGENTES

III. Situación epidemiológica de MPOX

III.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

III.2. Situación internacional

Según las mutaciones y la agrupación filogenética, MPXV se divide actualmente en dos clados principales, el clado I (uno, formalmente clado de la cuenca del Congo) y el clado II (dos, formalmente clado de África occidental). Cada uno de estos clados se subdivide a su vez en dos subclados: clado Ia y clado Ib dentro del clado I; clado IIa y 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. También se han detectado casos del clado Ib en **Burundi, Kenia, Ruanda, Uganda, Suecia, Tailandia, India, Alemania, Reino Unido, Zambia, Zimbabue, Estados Unidos de América, Canadá, Pakistán, China, Bélgica y Francia.** 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 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 noviembre de 2024. En base a 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 — Alto
- 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 — Moderado

III.3. Situación en África[3]

Desde el 1 de enero de 2022, 25 Estados miembros de África han notificado a la OMS casos de mpox. Hasta el 19 de enero de 2025, notificaron 21.678 casos confirmados por laboratorio, incluidas 87 muertes.

Desde 2024, hasta el 19 de enero de 2025, 21 países han notificado 19.274 casos confirmados, incluidas 64 muertes. Los tres países con la mayoría de los casos desde 2024 son la República Democrática del Congo (n = 13.459), Burundi (n = 3.116) y Uganda (n = 2.031).

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.

Respecto de la **situación regional**, para ver la última actualización disponible dirigirse al Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 51 Nro 736.

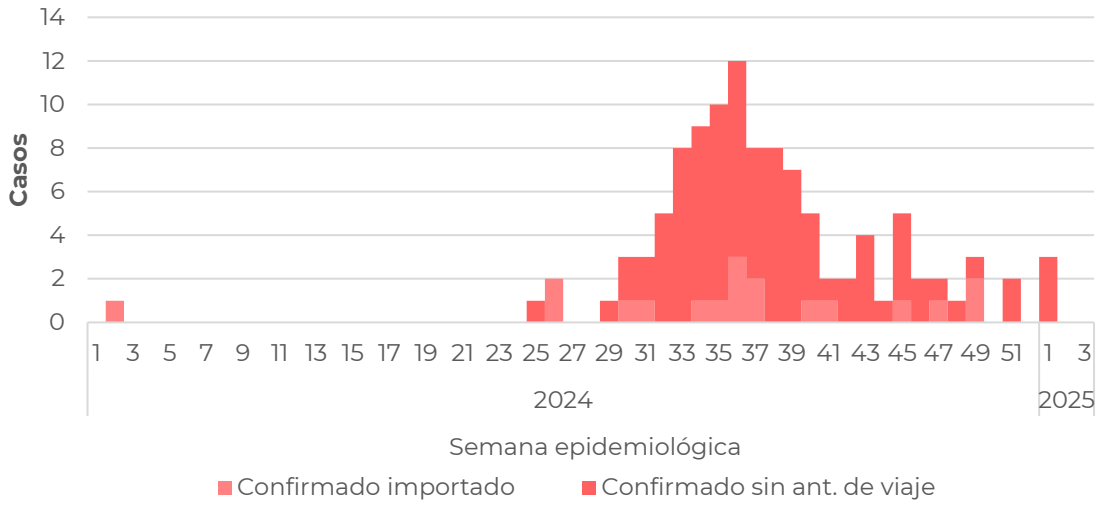
III.4. Situación en Argentina

En 2024, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 52 se identificaron 107 casos confirmados de mpox de un total de 602 casos sospechosos notificados.

Entre las semanas 1 y 3 de 2025 se notificaron 21 casos, de los cuales 3 fueron confirmados. Dichos casos tienen residencia en Buenos Aires y CABA, y son personas de sexo masculino.

La curva epidémica de casos confirmados por fecha mínima muestra un ascenso en el número de casos a partir de la SE30, con el mayor número en la SE 36 con 12 casos, luego de lo cual se observó un descenso sostenido hasta registrarse un promedio de 2 casos semanales desde la SE41 en adelante. Los últimos casos confirmados corresponden a la SE 1 de 2025.

Gráfico 2. Casos confirmados de Mpox según antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1/2024 a SE3/2025. (N=110)



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

[3] Brote de Mpox 2022-24: tendencias mundiales. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

Hasta el momento, se realizaron estudios para la identificación de clado en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS "Carlos Malbrán" en 72 de los casos confirmados, identificándose en todos ellos el clado II.

Para mayor información de los casos notificados en 2024, dirigirse al Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nro 737.

III.5. 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).

III.6. 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.

III.6.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
  - Linfoadenopatía
  - 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 (en el momento de la redacción de este boletín: República Democrática del Congo, Burundi, Kenia, Ruanda, Uganda)

Caso confirmado

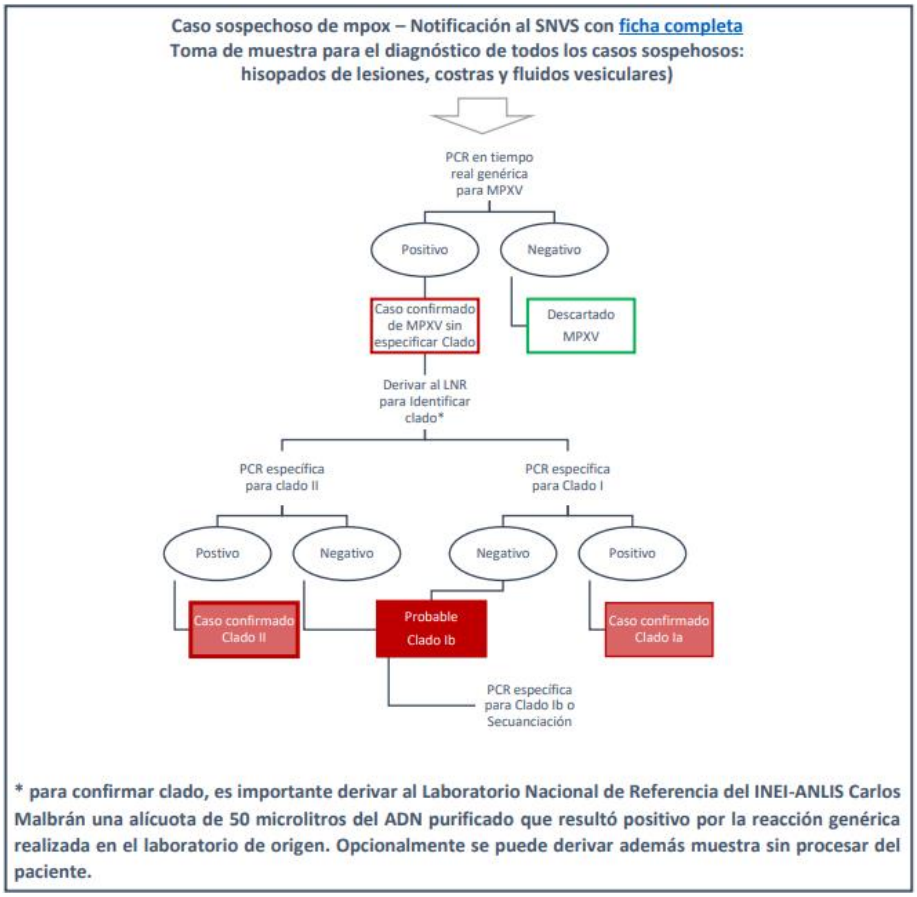
- Todo caso sospechoso con resultados detectables de PCR para Orthopox del grupo eurasiático-africano o de PCR en tiempo real para virus MPX genérica o específica de los clados.

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.

III.6.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.

III.7. 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).

III.8. 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 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.
- Los y las profesionales de la salud que atiendan casos sospechosos o confirmados deben 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 utilizar 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, personas gestantes, niños y niñas 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.

III.9. 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 personas gestantes.

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

Lineamientos para el abordaje comunicacional de la Viruela Símica/mpox:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/08/recomendaciones_comunicacion_viruela_simica_30-8-2022.pdf

---

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

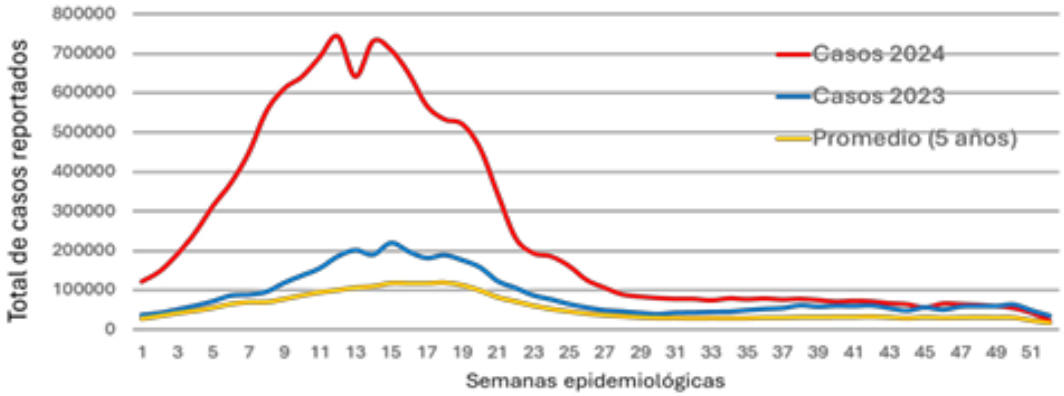
IV.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus

IV.1.A. INTRODUCCIÓN

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento Informe de situación No 52. Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 52, 2024 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud actualizado el 16 de enero.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 52 del 2024, se reportaron en la Región de las Américas un total de 12,978,140 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 1.359 casos por 100.000 hab.). Esta cifra representa un incremento de 182% en comparación al mismo periodo del 2023 y 358% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 52.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a SE 52 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



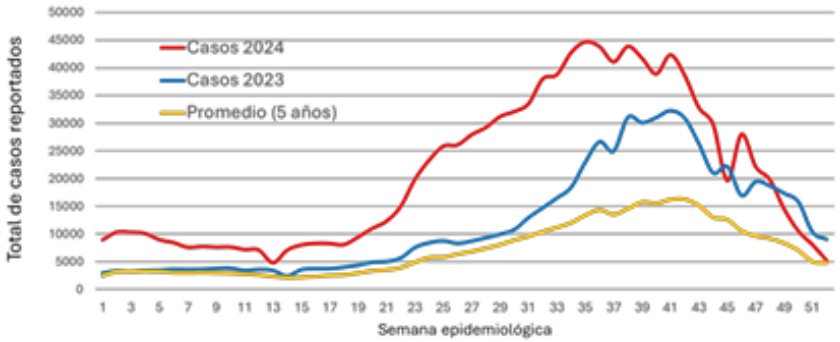
Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De los 12.978.140 casos de dengue reportados en las Américas, 6.867.682 casos (53%) fueron confirmados por laboratorio y 22.544 (0.17%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total 8,135 muertes por dengue, para una letalidad del 0.063%. Diecisiete países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 52. Estos países registran en conjunto 22.076 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 52.

IV.1.B. SUBREGIÓN CENTROAMÉRICA Y MÉXICO

Un total de 5.237 nuevos casos sospechosos de dengue se notificaron durante la SE 52. Hasta esta semana la subregión presenta un incremento de 74% en comparación con el mismo periodo del 2023 y de 190% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue a SE 52 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Centro América y México.

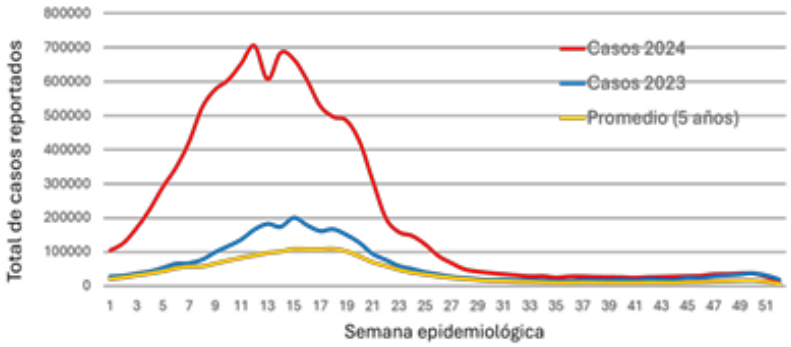


Fuente: Organización Panamericana de la Salud

IV.1.C. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 10.099 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 52. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta un incremento de 236% en comparación con la misma semana del 2023 y de 425% con respecto al promedio de los últimos 5 años

Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue a SE 52 en 2024, 2023 y promedio de los últimos 5 años. Cono Sur.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

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 23/1/2025 en países regionales seleccionados[4].

Brasil: durante el año 2024 se notificaron 10.188.219 casos de dengue, lo que representó aproximadamente 3 veces más que lo registrado en 2023. Los fallecidos para el año 2024 fueron 6.052. Hasta la SE 3/2025 se reportaron 116.598 casos de dengue, un 64% menos que a la misma semana de 2024, con 8 fallecimientos registrados para el año en curso. Respecto a chikungunya, durante el año 2024 se notificaron 422.615 casos, un 59% más que lo reportado durante el año 2023, y 213 fallecidos. Hasta la SE 3/2025, se registraron 5.098 casos, un 81% menos que lo reportado en la misma semana del 2024, con 2 fallecidos reportados para este evento. Por último, durante el año 2024 se reportaron 42.333 casos de zika, lo que representó un incremento de 17% respecto a lo notificado durante el 2023. No se registraron fallecidos por zika durante 2024.

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

Bolivia: en el año 2024 se registraron 50.439 casos de dengue, un 68% menos que lo reportado en 2023. El número de fallecidos registrados para este evento durante 2024 fue 29. En cuanto a chikungunya, durante el año 2024 se reportaron 505 casos, un 66% menos respecto al año anterior. Asimismo, durante el 2024 se reportaron 267 casos de zika, lo que representa una reducción de 99% en el número de casos registrados en 2023. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos.

Paraguay: durante el año 2024 se notificaron 295.785 casos de dengue, lo que representó aproximadamente 5 veces más de lo registrado durante el año 2023. Los fallecidos para este período fueron 129. Hasta la SE 2/2025 se reportaron 1.908 casos, un 94% menos que a la misma semana de 2024, sin fallecidos registrados para este evento. En cuanto a chikungunya, durante el año 2024 se registraron 3.134 casos, un 98% menos respecto de lo reportado el año anterior. Hasta la SE 2/25 no se registró ningún caso para este evento. Con respecto al zika, durante 2024 se registraron 12 casos de este evento, mientras que en 2023 no se registraron casos. Hasta la SE 2/25 se han reportado 3 casos, sin registro de fallecidos para este evento.

Perú: durante el año 2024 se notificaron 280.726 casos de dengue, un valor similar al año 2023, y 259 fallecidos. Hasta la SE 2/2025 se notificaron 3.247 casos de dengue, un 96% menos que lo reportado hasta la misma semana del año 2024, con un fallecimiento registrado en el año en curso. Con relación a chikungunya, en el año 2024 se notificaron un total de 78 casos, un 74% menos con respecto al año 2023. Hasta la SE 1/25, no se han registrado casos para este evento. Asimismo, durante el año 2024 se notificaron 7 casos de zika, un 72% menos respecto al año 2023. Hasta la SE 1/25, no se han registrado casos de zika.

En relación con los serotipos de dengue, Paraguay registra circulación de DEN 1 y DEN 2. Bolivia presenta circulación de los serotipos DEN 1, DEN 2 y DEN 4. Perú reporta circulación de DEN 1, DEN 2 y DEN 3. Brasil, por su parte, registra circulación del serotipo DEN 4, además de los otros tres serotipos mencionados anteriormente.

Durante 2024, se observó un aumento en los casos de dengue en Brasil y Paraguay en comparación con el año anterior. En cuanto a chikungunya, Bolivia, Paraguay y Perú reportaron un descenso en el número de casos. Respecto a zika, se detectaron casos en Paraguay, un incremento en Brasil, mientras que en Bolivia y Perú los casos disminuyeron.

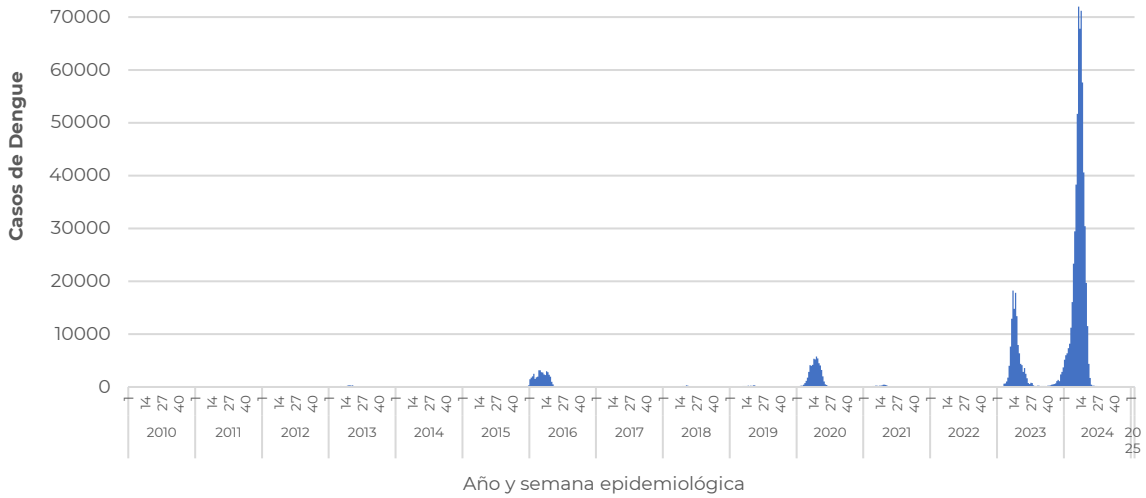
IV.2. Situación de dengue en Argentina

IV.2.A. SITUACIÓN HISTÓRICA

Realizando un análisis histórico de la situación de Dengue se observa en el gráfico 4 que desde el año 2010 se evidencia una disminución en los intervalos interepidémicos, tendencia que se ha acentuado en los últimos cinco años.

Desde la reemergencia del dengue en Argentina en 1998, se evidencia que los años 2023 y 2024 han sido escenario de dos epidemias de magnitud sin precedentes, concentrando el 83% del total de casos históricos registrados en el país hasta el momento.

Gráfico 4. Dengue: Casos por semana epidemiológica. SE01/2010-SE3/2025. Argentina. N=845.287

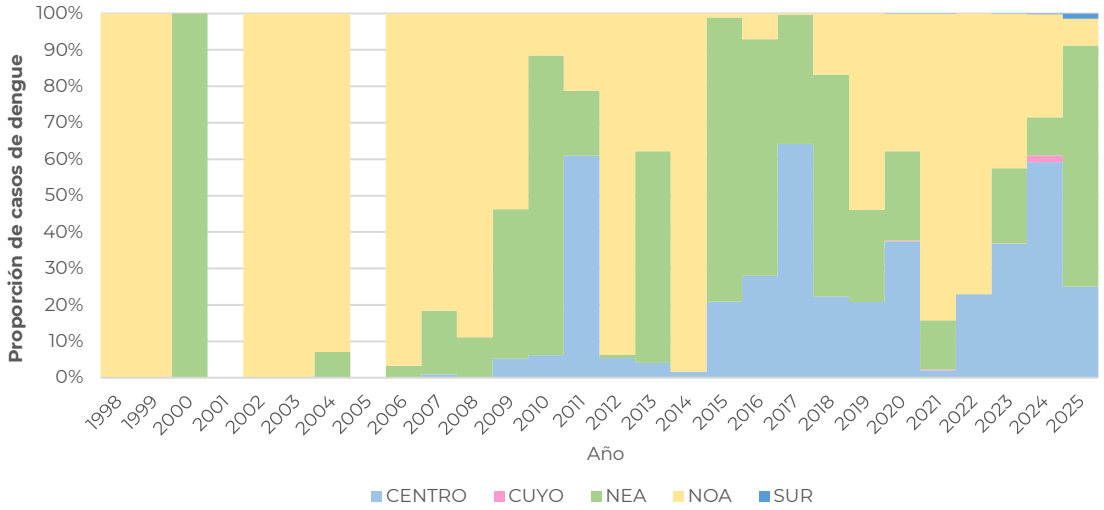


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

La contribución de casos aportado por cada región al total nacional ha experimentado variaciones a lo largo de los años. Hasta el año 2008, las regiones del NOA, y en menor medida del NEA, aportaron la mayoría de los casos registrados. Sin embargo, a partir del año 2009, la región Centro comenzó a mostrar un incremento en su participación durante los años epidémicos. Desde entonces, esta región ha concentrado, en diversos períodos, una proporción considerable de los casos notificados, llegando a representar más del 50% del total nacional durante la epidemia de 2024.

Por su parte, la región de Cuyo ha reportado casos desde 2021, con una participación más destacada en los últimos dos años epidémicos. En la región Sur, durante los últimos dos años, se identificaron casos autóctonos en La Pampa, marcando un hito en la expansión territorial de la enfermedad.

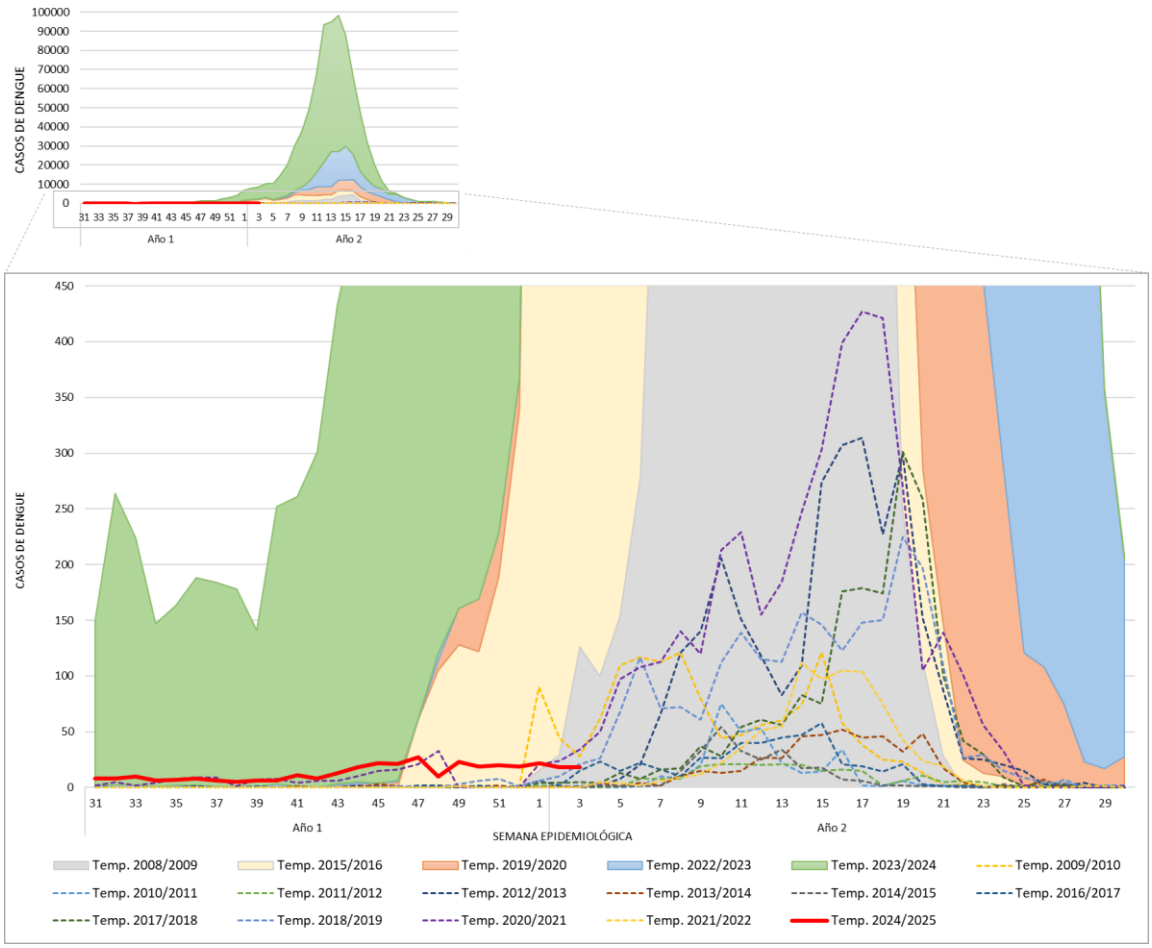
Gráfico 5. Dengue: Distribución regional de casos de dengue desde la reemergencia. Año 1998- 2025.



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 y no epidémicas. 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 SE3/2025.

Aunque los casos reportados en la temporada actual se encuentran por debajo de los niveles observados en temporadas epidémicas, superan los valores correspondientes a la mayoría de las temporadas no epidémicas, prácticamente en todas las semanas epidemiológicas desde las SE 41 y hasta las SE 1 de cada año. 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 de años cerrados, es por ello que es preciso reforzar aún más la importancia del análisis y el monitoreo de la situación actual.

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.

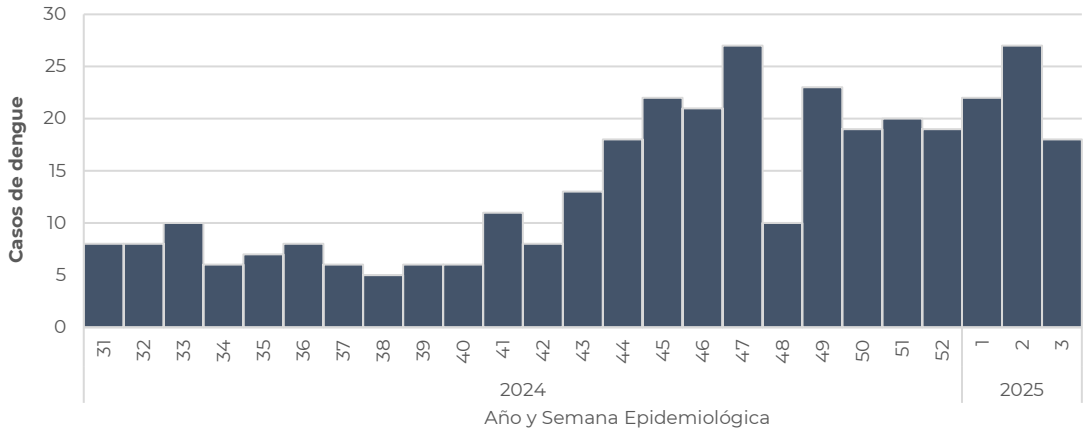
IV.2.B. TEMPORADA ACTUAL

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE3/2025), se notificaron en Argentina 25.366 casos sospechosos de dengue en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 340 fueron confirmados. Como se puede observar en la Tabla 1, un total de 322 casos no registraron antecedentes de viaje (94,7%). Se confirmaron además 4 casos asociados a trasplante de órganos en Buenos Aires, CABA y Santa Fe. Un caso de Salta, que figuraba en informes anteriores, fue descartado por la jurisdicción. Se registraron 112 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas[5]. Se confirmaron 18 casos con antecedente de viaje a Brasil, Cuba, México, Maldivas, Tailandia, India y Perú[6].

Durante la SE3/2024 (según fecha de notificación al SNVS), se notificaron 1886 casos sospechosos de los cuales 28 se confirmaron y 60 fueron clasificados como casos probables, aún en investigación. Cabe destacar que estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

Desde la SE42 hasta la SE47, se verifica un incremento progresivo en la detección de casos confirmados de dengue, pasando de menos de 10 casos semanales a 27 en la SE47. No obstante, en las últimas cuatro semanas, se observa una tendencia estable, con un rango de casos confirmados que fluctúa entre 18 y 27, sin variaciones en el comportamiento epidemiológico.

Gráfico 7. Dengue: Casos confirmados[7] por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE3/2025. 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).

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

[6] **Casos importados:** Hasta la semana epidemiológica (SE) 1, se habían registrado 19 casos con antecedente de viaje. Sin embargo, durante la SE 2, tras un proceso de reclasificación de cuatro casos, el total ajustado de casos con antecedente de viaje corresponde a 15.

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

IV.2.C. DISTRIBUCIÓN SEGÚN REGIÓN, JURISDICCIÓN Y DEPARTAMENTO

En la siguiente tabla se presentan los casos según clasificación, jurisdicción y región. Se excluyen de la presentación los casos relacionados con la vacunación y trasplantados.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE3/2025. Argentina

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total sospechosos notificados
	Conf.	Prob.	Conf.	Prob.			
Buenos Aires	9	146	6	3	2368	639	3171
CABA	2	51	3	1	1184	413	1654
Córdoba	12	257	3	0	3145	244	3661
Entre Ríos	9	23	0	3	398	30	463
Santa Fe	19	29	2	0	1398	237	1685
Total Centro	**51**	**506**	**14**	**7**	**8493**	**1563**	**10634**
Mendoza	8	47	2	3	1169	81	1310
San Juan	0	1	0	0	193	10	204
San Luis	0	1	0	0	75	5	81
Total Cuyo	**8**	**49**	**2**	**3**	**1437**	**96**	**1595**
Chaco	3	168	0	0	1581	102	1854
Corrientes	0	27	0	0	269	77	373
Formosa	248	4	0	0	3063	2	3317
Misiones	1	11	0	2	690	2	706
Total NEA	**252**	**210**	**0**	**2**	**5603**	**183**	**6250**
Catamarca	0	9	0	1	519	2	531
Jujuy	0	0	0	0	669	3	672
La Rioja	2	23	0	0	227	7	259
Salta	3	28	0	5	1151	89	1276
Santiago del Estero	0	28	0	1	663	220	912
Tucumán	5	172	0	0	2437	413	3027
Total NOA	**10**	**260**	**0**	**7**	**5666**	**734**	**6677**
Chubut	0	0	2	1	12	1	16
La Pampa	1	0	0	0	117	13	131
Neuquén	0	1	0	0	18	4	23
Río Negro	0	0	0	1	1	0	2
Santa Cruz	0	0	0	0	28	3	31
Tierra del Fuego	0	0	0	0	7	0	7
Total Sur	**1**	**1**	**2**	**2**	**183**	**21**	**210**
Total País	**322**	**1026**	**18**	**21**	**21382**	**2597**	**25366**

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

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).

Los casos se presentaron durante todas las semanas a expensas de las notificaciones aportadas principalmente por la provincia de Formosa donde se registraron conglomerados de casos en los departamentos Capital, Patiño, Pilagás, Pirané y Pilcomayo, aunque de poca cuantía.

A partir de la SE2, el departamento de **Formosa (en el departamento Capital)** en encuentra en la fase de alerta temprana, la cual comienza luego de la finalización del período inter epidémico, cuando se evidencia un aumento en el registro de los casos. En el caso de la jurisdicción mencionada, se constata un aumento de casos confirmados y probables por tres semanas consecutivas, el cual es una de las señales de alarma consideradas en el Plan de preparación y respuesta integral a epidemias de dengue y otras enfermedades arbovirales.

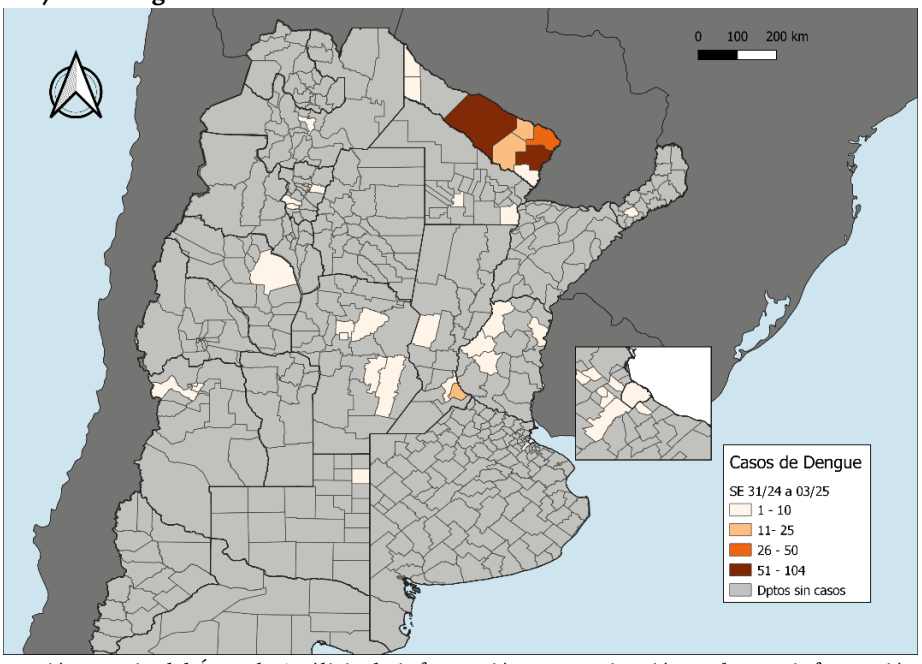
Es importante continuar confirmando casos todas las semanas para asegurar que los casos probables puedan estar relacionados al virus del dengue y no a otros posibles flavivirus o arbovirus circulantes. Por lo tanto, para considerar aumento de casos de dengue se considerarán todas las semanas con casos confirmados y probables, debiendo tener al menos un confirmado por laboratorio en cada semana[8].

Desde la SE42, se notificaron los primeros casos sin antecedente de viaje en la región Centro correspondiente a la provincia de Córdoba pertenecientes en su mayoría al departamento Capital seguido de los departamentos Colón, General San Martín, Río Primero y Unión. Posteriormente se notificaron casos aislados sin antecedente de viaje en otras provincias donde se describen los departamentos con mayor cantidad de casos: Mendoza (Luján de Cuyo, Maipú, Guaymallén y Godoy Cruz), Tucumán (Cruz Alta, Chicligasta y Río Chico), CABA (Comuna 1 y 3), Buenos Aires (San Martin, Hurlingham, La Matanza, Lanús, Malvinas Argentinas y Morón), Entre Ríos (Concordia, La Paz, Nogoyá y Paraná), Salta (Capital), Santa Fe (Castellanos, San Lorenzo y Rosario), Misiones (L.N. Alem) y La Rioja (Capital).

En la SE2, se notificó el primer caso confirmado sin antecedente de viaje en la provincia de La Pampa, el mismo corresponde al departamento de Maracó, localidad General Picó. Por otra parte, al cierre de esta edición, el caso probable correspondiente a la provincia de Neuquén se encuentra en investigación epidemiológica con respecto al antecedente de viaje.

En el siguiente mapa se visualizan los departamentos afectados según el número de casos absolutos.

Mapa 1. Dengue: Casos de dengue por departamento con casos autóctonos y en investigación. SE 31/2024 a SE 3/2025. 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).

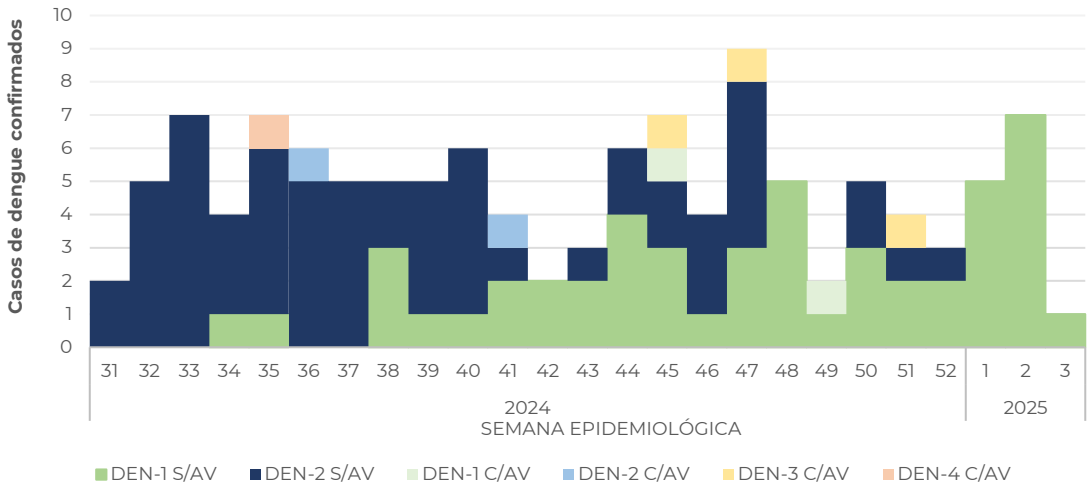
[8] Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de dengue y otros arbovirus. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

Con excepción de la provincia de Formosa, no se han identificado conglomerados de casos confirmados concentrados en localidades específicas; en el resto de las jurisdicciones, los casos se distribuyen de manera dispersa en diversas localizaciones.

IV.2.D. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

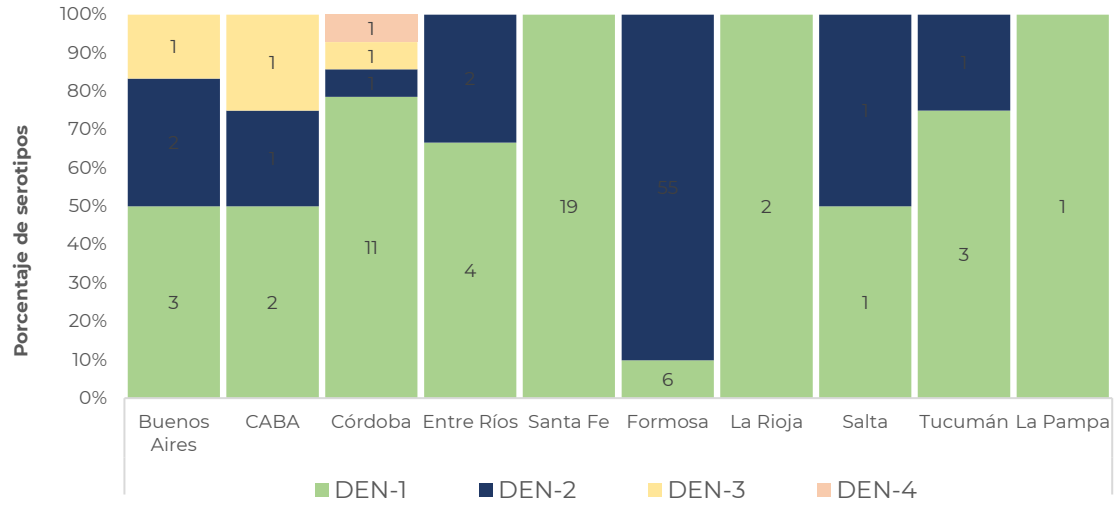
En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-2 (52,5%), sobre todo a expensas de la notificación de la provincia de Formosa. Los casos a DEN-1 alcanzan un 44%. Los tres hallazgos de DEN-3 y uno de DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país.

Gráfico 8. Dengue: identificación de serotipo y antecedente de viaje según semana epidemiológica según fecha mínima. SE31/2024 a SE3/2025. 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=119) según provincia. SE31/2024 a SE3/2025. 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).

IV.2.E. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL EVENTO "DENGUE DURANTE LA GESTACIÓN"

En Argentina, durante la última temporada (2023-2024), se notificaron 2.380 casos de dengue en personas gestantes, 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 la gestación" 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 117 casos sospechosos de dengue durante la gestación de los cuales, 1 caso ha sido confirmado, 3 casos probables, 102 cuentan con laboratorio negativo y 11 no cuentan con laboratorio.

El caso confirmado corresponde a la jurisdicción de Tucumán (departamento Río Chico) y se trata de una gestante de 31 años de edad, sin antecedente de viaje ni de vacunación. Como resultado de laboratorio se obtuvo serotipo DEN-1. Actualmente se encuentra de alta médica, dada la buena evolución clínica.

IV.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 SE3/2025).

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; durante el 2024 se han investigado hasta el momento **1691** casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

Tabla 2. Número de muestras estudiadas y positivas para Otros arbovirus. SE31/2024 a SE3/2025. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	84	0	23	0	15	3	20	0	3
CABA	0	4	0	1	0	1	0	1	0	0
Córdoba	0	46	0	11	0	3	3	195	0	0
Entre Ríos	0	19	0	1	0	5	3	25	0	1
Santa Fe	0	509	0	27	0	12	0	8	0	6
Total Centro	**0**	**662**	**0**	**63**	**0**	**36**	**9**	**249**	**0**	**10**
Mendoza	0	183	0	66	0	26	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
San Luis	0	0	0	1	0	0	0	6	0	0
Total Cuyo	**0**	**183**	**0**	**67**	**0**	**26**	**0**	**8**	**0**	**0**
Chaco	13	561	0	229	0	12	0	1	0	1
Corrientes	0	10	0	1	0	7	0	1	0	0
Formosa	0	17	0	3	0	62	0	0	0	0
Misiones	0	37	0	17	0	24	0	0	0	16
Total NEA	**13**	**625**	**0**	**250**	**0**	**105**	**0**	**2**	**0**	**17**
Catamarca	0	11	0	7	0	0	0	0	0	7
Jujuy	0	23	0	5	0	1	0	1	0	0
La Rioja	0	24	0	21	0	1	0	1	0	1
Salta	0	255	0	145	0	49	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	17	0	6	0	0	0	2	0	0
Tucumán	0	6	0	8	0	59	0	0	0	0
Total NOA	**0**	**336**	**0**	**192**	**0**	**110**	**0**	**4**	**0**	**8**
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	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	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**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Total País	**13**	**1806**	**0**	**572**	**0**	**277**	**9**	**263**	**0**	**35**

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).

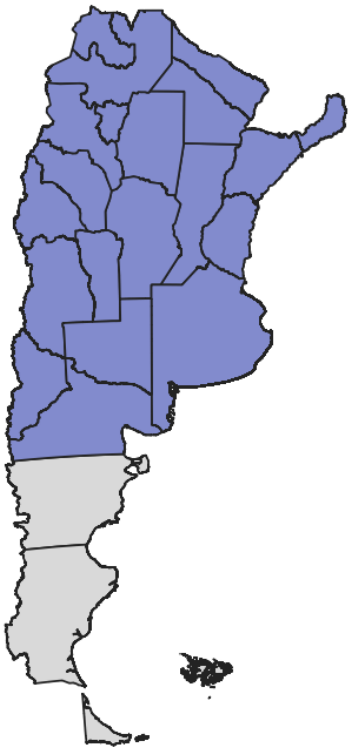
Los 13 casos positivos Chikungunya de la provincia del Chaco corresponden a casos probables por IgM positiva; casos aislados desde la SE35 hasta la SE48, en distintos departamentos de la provincia, la mayoría en Quitilipi.

IV.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.

El mosquito *Aedes aegypti* se encuentra en un proceso de expansión geográfica, tanto a nivel mundial como nacional. En Argentina, su presencia ha sido confirmada en 21 jurisdicciones, aunque en algunas provincias de las regiones SUR y CUYO se encuentra limitado a áreas específicas. Estas zonas con presencia del vector son consideradas áreas con riesgo potencial para la transmisión de dengue y otras arbovirosis. La información generada es clave para la toma de decisiones y la implementación de medidas preventivas que permitan mitigar la transmisión y proteger a la población.

Mapa 2. Presencia de *Aedes aegypti* por provincias. Argentina.



Fuente: Elaboración propia a partir de Biodar

El objetivo principal de la RNVE es conocer la presencia y la dinámica poblacional anual del mosquito en las distintas jurisdicciones de nuestro país mediante la colocación de sensores de oviposición en localidades centinelas. A partir de esta vigilancia, se busca monitorear la expansión del mosquito hacia nuevas áreas, establecer el potencial endémico del dengue en las regiones NOA y NEA, y proporcionar información en tiempo real que permita a las jurisdicciones anticiparse a posibles brotes y focalizar sus acciones de prevención y control. Esta información es especialmente valiosa para detectar cambios en la actividad del vector, optimizar las estrategias locales y, en última instancia, reducir la incidencia de casos en personas.

La RNVE recolecta datos a través de sensores de ovipostura u oviposición (SO) colocados en viviendas, establecimientos públicos y privados, o en la vía pública. Estos dispositivos permiten determinar la presencia y actividad reproductiva del mosquito *Aedes aegypti* mediante la detección de los huevos que coloca la hembra sobre algún sustrato elegido (bajalenguas de madera o papel misionero) colocado en un contenedor negro con agua. La información entomológica se procesa en el Tablero Nacional de Control de Dengue, una herramienta que centraliza los datos de las jurisdicciones participantes. Es importante resaltar que esta información depende de los reportes generados y compartidos por las jurisdicciones y bases nacionales, reflejando un esfuerzo conjunto para fortalecer la vigilancia en todo el país.

Actualmente, la RNVE cuenta con datos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Misiones, Formosa, Salta, Chaco, Jujuy, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, San Juan y Buenos Aires. Dentro de esta red, también se sistematiza la información de la iniciativa "Establecimientos de Salud libres de *Ae. aegypti*", que incluye hospitales nacionales de CABA y la provincia de Buenos Aires, y que se está adaptando a las estrategias sanitarias locales en otras jurisdicciones. Además, este enfoque permite a las provincias no solo acceder a su propia información, sino también conocer la situación en jurisdicciones vecinas, facilitando la planificación de acciones en áreas limítrofes.

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

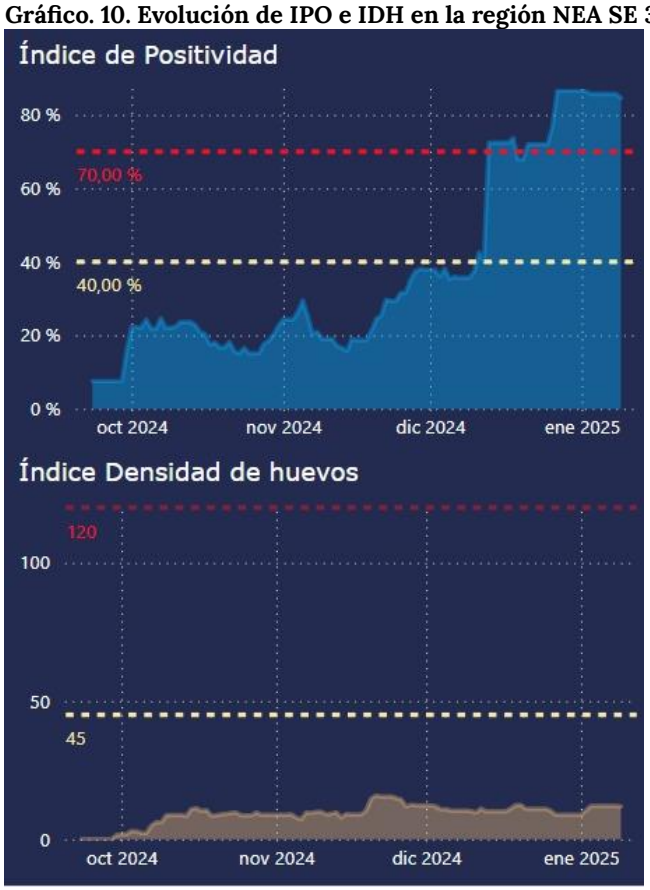
1. **Índice de Positividad de ovitrampas (IPO):** Expresa la relación entre sensores positivos y examinados, estimando el riesgo entomológico. Este índice permite categorizar el riesgo como bajo (IPO < 40%), moderado (IPO entre 40% y 70%) o alto (IPO > 70%).
2. **Índice de Densidad de Huevos (IDH):** 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.

IV.4.A. EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32 (2024) -SE03 (2025)

Desde la semana epidemiológica (SE) 32 de 2024 hasta la SE 03 de 2025, los datos sistematizados en el Tablero Nacional muestran un aumento gradual en la positividad (IPO) y, en menor medida, en el IDH. Estas tendencias están alineadas con los patrones estacionales de temperatura y precipitaciones a nivel nacional.

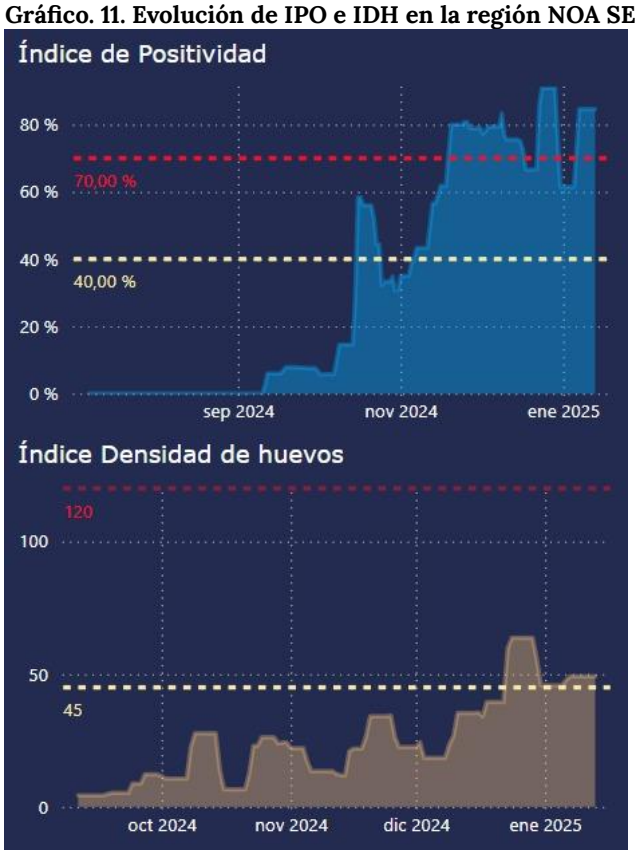
Al desagregar por región, se observa que la región NEA presentó SO positivos desde al menos septiembre de 2024, con un ascenso posterior sostenido hasta enero de 2025 (Fig. 2). A partir de la SE 50 la región alcanzó niveles de riesgo entomológicos altos. Estos datos confirman un mayor sostenimiento de la actividad reproductiva del mosquito en esta región, cuando se lo compara con datos del nivel nacional y otras regiones.

Gráfico. 10. Evolución de IPO e IDH en la región NEA SE 37 (2024)- SE 03 (2025). Argentina.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la RNVE

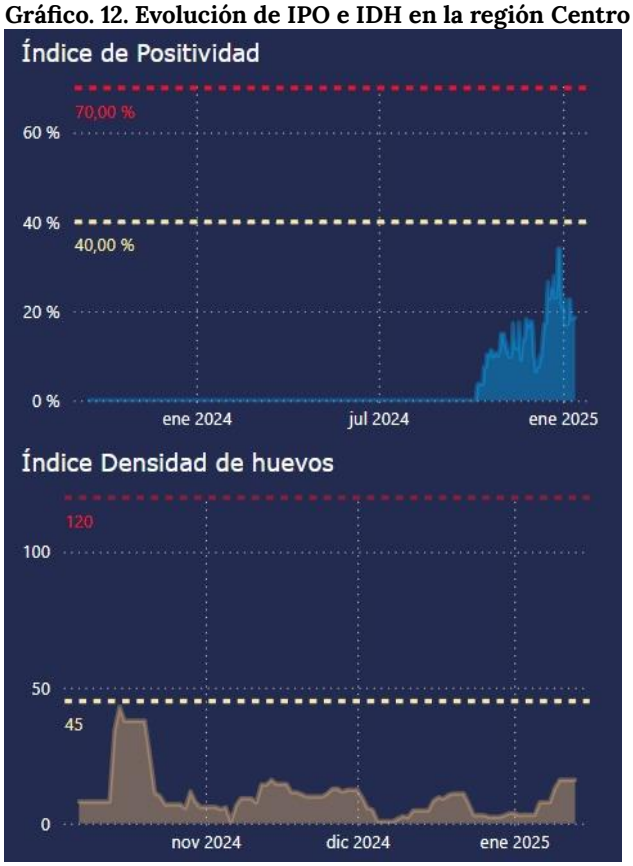
Gráfico. 11. Evolución de IPO e IDH en la región NOA SE 37 (2024)- SE 03 (2025). Argentina.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En el caso de la región NOA, se observa una tendencia similar a NEA pero con una demora en el inicio de la positividad, que se detectó a partir de octubre de 2024. En este caso, el riesgo entomológico alto se observa a partir de la SE 47.

Gráfico. 12. Evolución de IPO e IDH en la región Centro SE 37 (2024)- SE 03 (2025). Argentina.

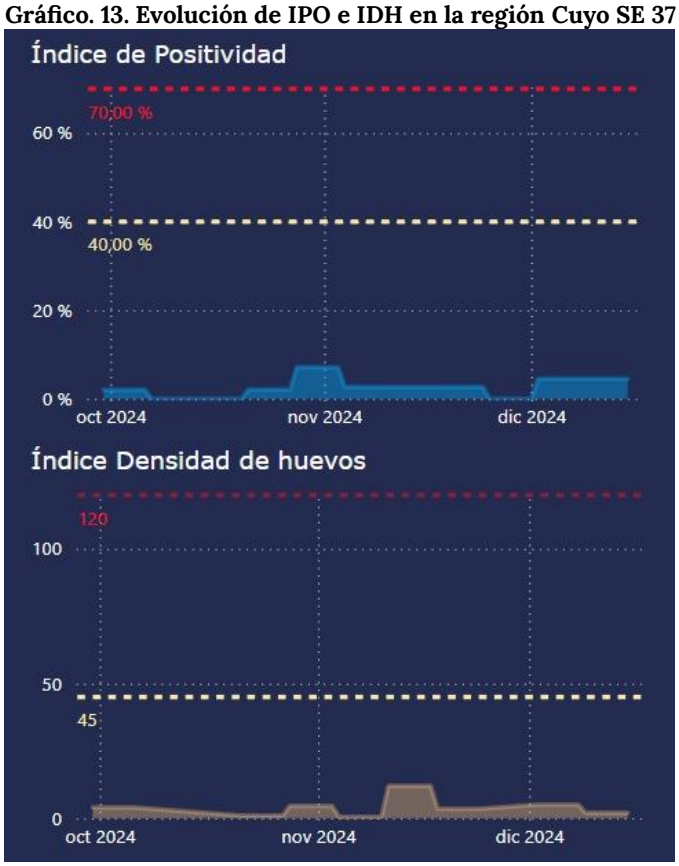


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región CENTRO, el inicio de la positividad se estableció a partir de la SE 41, mostrando un ascenso del IPO con un patrón oscilante que depende de las intervenciones realizadas y de las condiciones climáticas. Los datos de dicha región no han superado hasta el momento los niveles correspondientes a riesgo entomológico moderado.

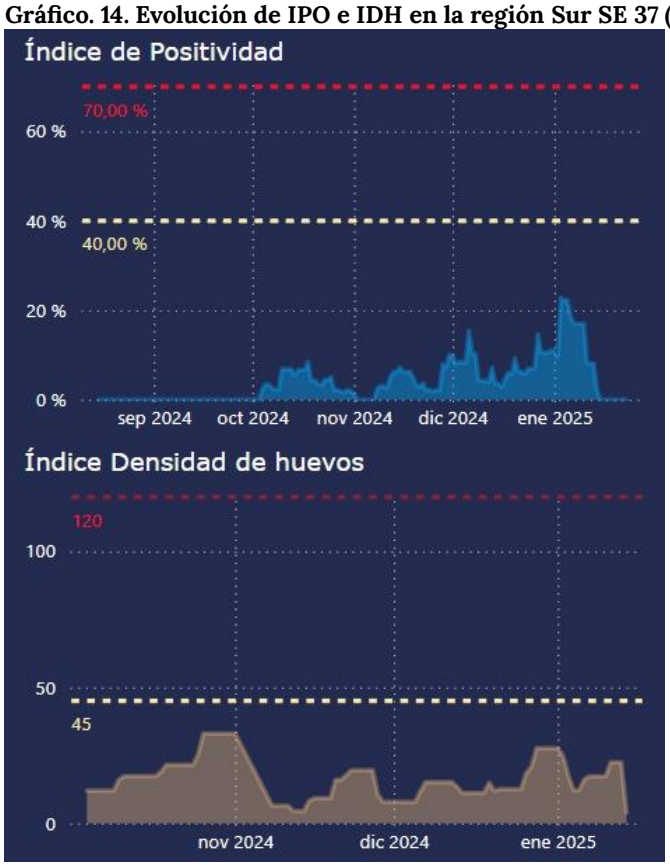
En el caso de la región CUYO, se observaron sensores positivos a partir de la SE 40, aunque el patrón en este caso es oscilante, intercalando períodos de positividad y negatividad (Fig. 5.). La región CUYO continúa mostrando en términos generales un riesgo asociado bajo.

Gráfico. 13. Evolución de IPO e IDH en la región Cuyo SE 37 (2024)- SE 03 (2025). Argentina



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Gráfico. 14. Evolución de IPO e IDH en la región Sur SE 37 (2024)- SE 03 (2025). Argentina.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región SUR, se hallaron sensores positivos a partir de la SE 49, aunque no en todas las jurisdicciones monitoreadas. La tendencia observada muestra un ascenso sostenido con intermitencias, evidenciando un riesgo asociado bajo.

La implementación de esta red marca un avance significativo en la vigilancia entomológica en Argentina, ya que permite a las jurisdicciones contar con datos sistematizados que antes no existían. Esta información no solo mejora la planificación y ejecución de medidas de control y prevención, sino que también genera un registro histórico que podrá utilizarse para desarrollar herramientas predictivas y analizar tendencias en futuras temporadas. La RNVE representa un ejemplo de cómo la colaboración interjurisdiccional y el uso de tecnología pueden fortalecer la capacidad del país para anticiparse a los desafíos sanitarios asociados a las enfermedades transmitidas por vectores.

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

V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

V.1. Introducción al BEN 740

En el marco de la nueva propuesta del Boletín Epidemiológico Nacional y teniendo en cuenta la situación estacional de nuestro país, nos encontramos realizando modificaciones en la presentación de los eventos priorizados.

En este marco, estamos exponiendo una síntesis de la situación epidemiológica general de las infecciones respiratorias agudas, priorizando los aspectos considerados más importantes y los que muestran algún cambio respecto de las semanas previas.

Estaremos exhibiendo en forma continua y sistemática la información integral en los sucesivos BEN.

Como en cada una de las secciones, esperamos la retroalimentación de estos cambios para seguir construyendo información de calidad y robusta.

V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios[9]

Situación Regional: La actividad de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) ha mostrado un marcado incremento en América del Norte, asociado a la circulación de VRS e influenza. En el resto de las subregiones, se ha presentado una tendencia general a la baja. En cuanto a la influenza, se ha registrado un aumento en América del Norte y el Caribe, con niveles epidémicos de actividad. La actividad del Virus Respiratorio Sincitial (VRS) continúa en ascenso y con niveles elevados en América del Norte, mientras que en el Caribe ha comenzado a descender. Finalmente, la actividad de SARS-CoV-2 continúa en descenso en la mayoría de las subregiones, excepto en Brasil, el Cono Sur y la subregión Andina, donde se ha observado una tendencia ascendente.

América del Norte: Los casos de ETI y las hospitalizaciones asociadas a virus respiratorios han alcanzado valores máximos en las últimas cuatro SE y han comenzado a descender. La mayoría de los casos positivos de ETI se asocian a influenza, mientras que los de IRAG y hospitalizaciones se vinculan a influenza y VRS. La actividad de influenza ha registrado un incremento y se sitúa en niveles epidémicos en todos los países. Durante este período, los virus de influenza predominantes han sido del tipo A(H3N2) y A(H1N1)pdm09. La actividad del VRS ha alcanzado niveles similares a los máximos observados en temporadas previas. En contraste, la actividad de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos en comparación con olas anteriores.

Caribe: Los casos de ETI e IRAG se han mantenido en niveles bajos. La actividad de influenza ha registrado un aumento, con circulación en numerosos países de la subregión, predominando el subtipo A(H1N1) pdm09. En cuanto al VRS, su actividad ha mantenido un descenso en las cuatro últimas SE. Asimismo, la actividad de SARS-CoV-2 continúa en niveles bajos.

Centroamérica: Se ha observado un descenso en la actividad de ETI e IRAG en las últimas cuatro SE. La actividad de influenza se mantiene en niveles bajos, por debajo del umbral epidémico en la mayoría de los países. Durante este período, los virus de influenza predominantes han sido del tipo B/Victoria. La actividad del VRS, tras alcanzar niveles similares a los máximos

[9] 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

registrados en temporadas previas, continúa en descenso, con niveles bajos en las últimas semanas. Por su parte, la actividad de SARS-CoV-2 se ha mantenido en niveles bajos.

Países Andinos: La actividad de ETI e IRAG se ha mantenido en niveles bajos en las últimas cuatro SE en la mayoría de los países. La actividad de influenza se mantiene en niveles bajos. Durante este período, ha predominado la influenza B/Victoria, seguida de influenza A(H3N2). La actividad de VRS permanece en niveles bajos. El SARS-CoV-2 ha mostrado un marcado aumento en la positividad durante las últimas cuatro SE, alcanzando niveles similares a los máximos registrados en la ola previa de 2024, aunque en la última SE ha mostrado un descenso.

Brasil y Cono Sur: La actividad de ETI e IRAG se ha mantenido en niveles bajos durante las últimas cuatro SE. La actividad de influenza, tras un leve ascenso en SE previas, ha comenzado a descender. Durante este período, los virus de influenza predominantes han sido del tipo B/Victoria. La actividad del VRS continúa en niveles bajos, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 ha registrado un aumento, aunque sigue siendo inferior a los niveles máximos observados en olas previas.

Ver en la sección Alertas Internacionales de este BEN, el Alerta epidemiológica: Incremento de actividad virus influenza estacional y otros virus respiratorios en el hemisferio norte.

V.3. Síntesis de la información nacional destacada a la SE03/2025

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

- En la semana epidemiológica 2 de 2025 se notificaron 10.687 casos de ETI, 2.242 casos de Neumonía y 1.103 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando un descenso de las notificaciones de ETI del 59,9% y una disminución de neumonías de 43,7% y de bronquiolitis 63,5%, respecto al mismo período del 2024.

V.3.B. VIGILANCIA DE VIRUS RESPIRATORIOS PRIORIZADOS EN UNIDADES DE MONITOREO AMBULATORIO (UMA)

- Las notificaciones de influenza y VSR permanecen en valores bajos. En las SE2 y 3/2025 se notificó 1 caso de influenza entre las 63 muestras estudiadas. Para VSR, se registró 1 caso positivo entre las 66 muestras analizadas en las últimas dos semanas.
- En relación a SARS-CoV-2, luego del ascenso de casos registrado entre las SE 34 y SE44 de 2024, las detecciones en UMA se mantienen en valores bajos. En la SE3/2025 se registran 4 casos positivos para SARS COV 2 entre las 40 muestras estudiadas por PCR.

V.3.C. VIGILANCIA DE VIRUS RESPIRATORIOS PRIORIZADOS EN PACIENTES INTERNADOS

- En las primeras semanas del año 2025, las detecciones de influenza y VSR se mantienen en valores bajos. En la SE03/2025, no se registraron casos positivos para ninguno de los dos virus respiratorios.
- Durante 2024, se notificaron 187 casos fallecidos con diagnóstico de influenza. En lo que va de 2025, se registran 2 fallecidos con este diagnóstico.

- Para SARS-CoV-2, luego del ascenso de casos registrado entre las SE34 y SE42, las detecciones permanecen en valores bajos. En la SE3/2025 se registraron 5 casos positivos con este diagnóstico.

V.3.D. VIGILANCIA A TRAVÉS DE LA RED DE LABORATORIOS DE VIRUS RESPIRATORIOS

- En las primeras 2 semanas de 2025, aunque se registran casos de influenza, VSR y otros virus respiratorios, los niveles de detección permanecen bajos.
- Posterior al incremento en el número de casos verificado entre las SE32 y SE44 de 2024, se registró un descenso en los casos de SARS-CoV-2.
- Durante la SE2/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, parainfluenza, VSR, adenovirus y metapneumovirus.

V.3.E. VIGILANCIA UNIVERSAL DE COVID-19

- Desde la SE29 de 2024 se presentó un ascenso de las detecciones semanales de SARS-CoV-2, aunque los casos permanecen en valores bajos, con el máximo registrado en SE44 (997 casos) y tendencia descendente posterior. En la SE03 de 2025 se registraron 38 casos confirmados y 1 persona fallecida con este diagnóstico. [10]

V.4. Detalle: vigilancia universal de virus respiratorios - red de laboratorios

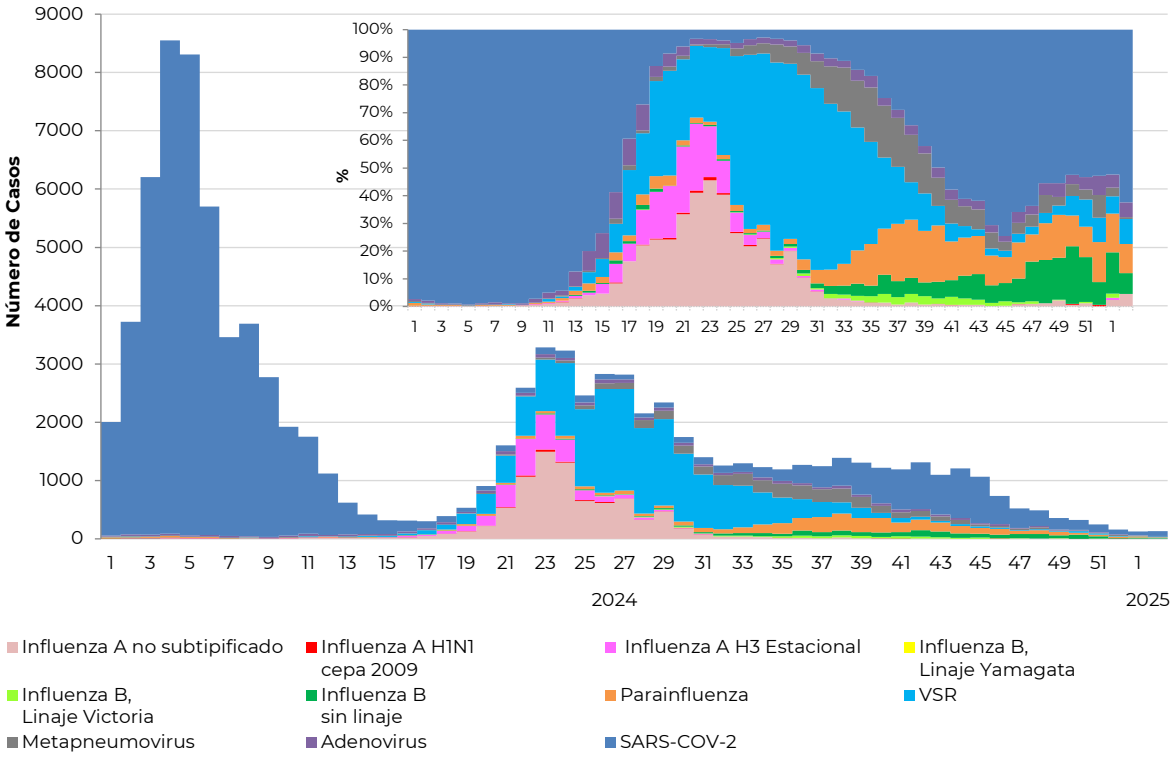
A partir de la SE32 de 2024, se verifico un incremento de los casos de SARS-CoV-2 alcanzando el mayor número de detecciones en SE44, seguido de un descenso posterior. Las detecciones de influenza y VSR se encuentran en niveles bajos.

En 2024, si bien el número de casos de SARS-CoV-2 por SE es menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 82% de los casos entre las SE1 y SE12, con el mayor número de casos registrado entre las SE03 y SE06. Posteriormente, las detecciones semanales disminuyeron y, a partir de la SE32, los casos volvieron a incrementarse, alcanzando un nuevo pico en la SE44, aunque con una magnitud menor al ascenso previo. En cuanto a la influenza, se destacó un aumento pronunciado de las notificaciones entre las SE16 y SE23, con predominio de influenza A (sin subtipificar y A H3N2), concentrándose el 81% de los casos entre las SE18 y SE30. A partir de la SE31, los casos empezaron a disminuir, y hacia las últimas semanas del año, se observó un cambio en el tipo de influenza identificado, con predominio de influenza B (linaje Victoria), que experimento un aumento. En relación al VSR, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16, alcanzando su máximo en la SE26, con el 92% de las detecciones concentradas entre las SE20 y SE36, y una posterior tendencia descendente después del pico alcanzado en la SE26. Respecto a otros virus respiratorios, se observó un aumento en las detecciones de metapneumovirus a partir de la SE23, alcanzando su pico en la SE38. Asimismo, entre las SE30 y SE38, se registró un incremento en los casos de parainfluenza, seguido de un descenso posterior.

Durante la SE2/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, parainfluenza, VSR, adenovirus y metapneumovirus.

[10] Como parámetro temporal, para los casos confirmados de COVID-19 se considera la fecha de inicio del caso construida a partir de la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

Gráfico 1. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE2/2025. Argentina.

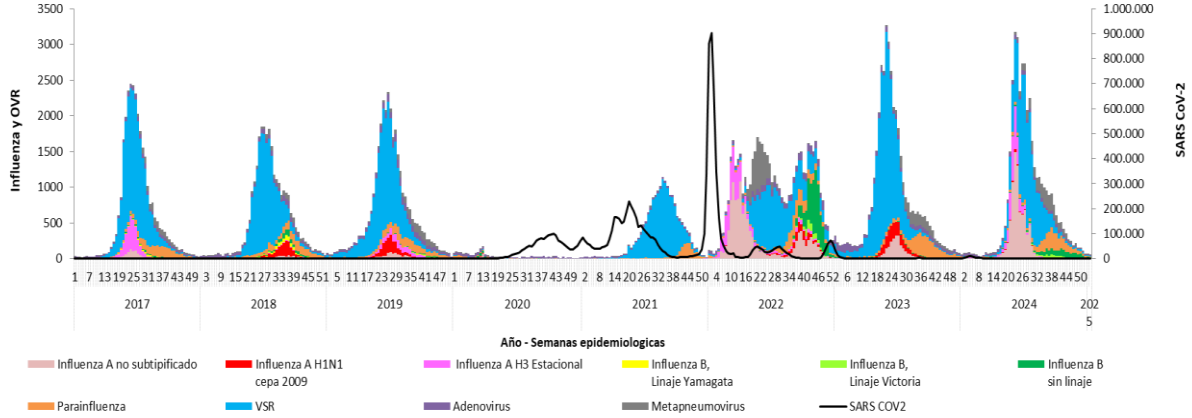


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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

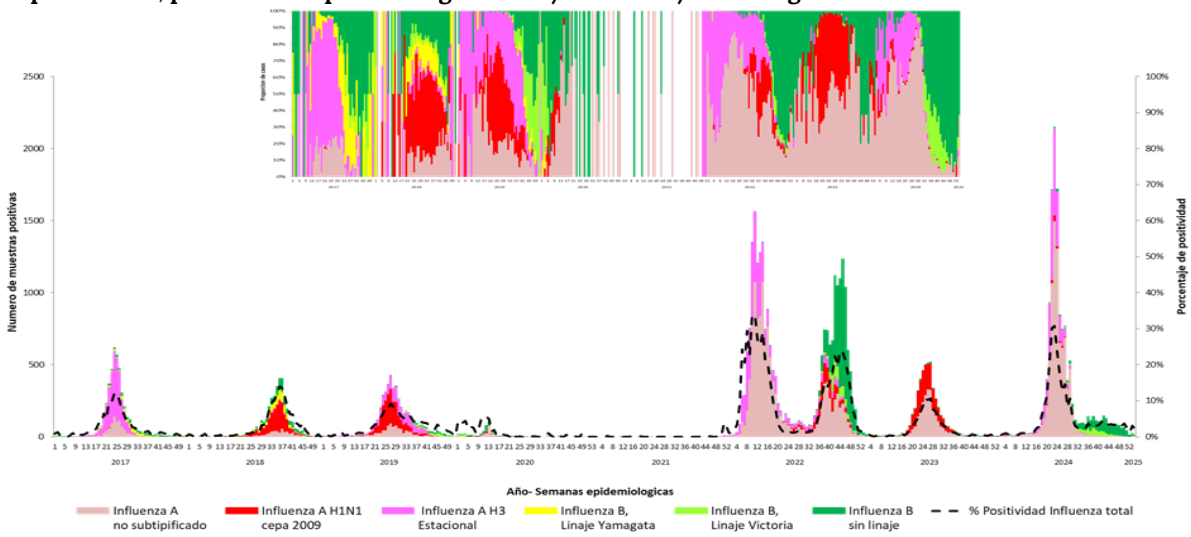
Durante el año 2023, el VSR presentó una actividad estacional adelantada en comparación con la mayoría de los años pre-pandémicos y años 2021-2022, con un rápido ascenso de notificaciones entre SE 13 y 22. El número de detecciones positivas para parainfluenza fue mayor al de todos los años históricos del periodo analizado, con un comportamiento estacional similar al registrado para los años 2017 y 2018. Los casos positivos para adenovirus se identificaron durante todas las semanas del año 2023, con el mayor número de casos notificado en la SE5 -a diferencia del pico de casos entre las SE30 y 37 para los años 2017-2019- y una tendencia descendente de las detecciones semanales durante todo el 2023 luego del mayor número de muestras positivas observadas durante 2022. En cuanto a metapneumovirus, se verificó un descenso de las notificaciones en 2023 respecto a las muestras positivas del año 2022, con un 43,32% menos detecciones en el 2023 y un comportamiento estacional similar al observado en el período 2017-2019. En relación a influenza, durante el año 2023 se observó un ascenso de casos entre las SE18-27 de 2023, similar a lo registrado para los años 2017 y 2019.

Gráfico 2. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE2/2025. Argentina.



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

Gráfico 3. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE2/2025. Argentina.



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

INFORMES
ESPECIALES

VI. Brotes de Enfermedades transmitidas por alimentos, agua y ruta feca-oral y otras etiologías

VI.1. Introducción

La detección temprana y el control de brotes son objetivos clave del sistema nacional de vigilancia de la salud, por lo que este tipo de eventos debe activar rápidamente las acciones de investigación y control necesarias para comprender y mitigar su impacto. En este contexto, las toxiinfecciones alimentarias, originadas por la ingesta de alimentos o agua contaminados, constituyen un grave problema de salud pública. Estas intoxicaciones suelen originarse por diversas variables que pueden presentarse en los procesos de producción, almacenamiento, distribución y consumo de los alimentos. Además, debido a que los agentes virales, bacterianos y parasitarios pueden estar presentes durante varios días después del inicio de los síntomas, es común que se produzca una diseminación intrafamiliar, así como también en hospitales, guarderías y otras instituciones, principalmente por transmisión fecal-oral.

VI.2. Vigilancia Epidemiológica

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

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

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

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

Para mayor detalle referirse al Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria:

https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/eventos-de-notificacion-obligatoria

VI.3. Situación de brotes de cualquier etiología

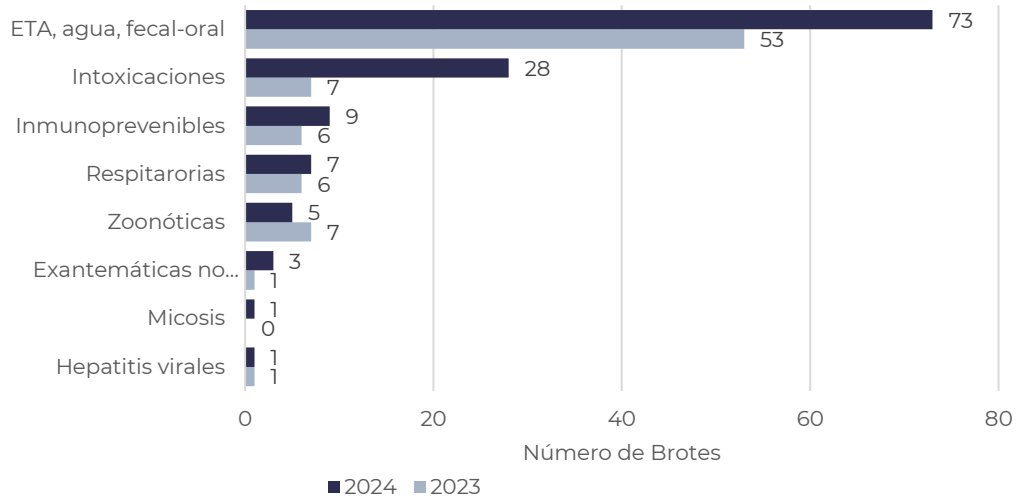
VI.3.A. NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información para la caracterización epidemiológica de los brotes de cualquier etiología y de enfermedades transmitidas por alimentos, agua y ruta fecal-oral, comprende los datos registrados en el Formulario de Notificación de Brote desde la SE 01 del 2023 hasta SE 52 del 2024.

Se clasificaron los brotes según las categorías de eventos (para minimizar redundancias) y se los agrupó según los grupos de eventos siguiendo el orden y términos del Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria (con la finalidad de mantener una organización y estructura del listado de brotes).

Entre las SE 1 y 52 del año 2024 se notificaron, mediante el Formulario de Notificación de Brotes, 127 brotes en el país con 3871 casos asociados, de los cuales 423 fueron hospitalizados y 4 fallecidos. Las enfermedades transmitidas por alimentos[11], agua y vía fecal-oral y las intoxicaciones fueron los grupos de eventos con más cantidad de brotes notificados en el país, registrando entre ambos 101 de 127 brotes notificados (80%).

Gráfico 10. Número de brotes reportados según grupo de eventos y año. SE01 a 52, años 2023-2024. (n 2024=127; n 2023= 81). Argentina.



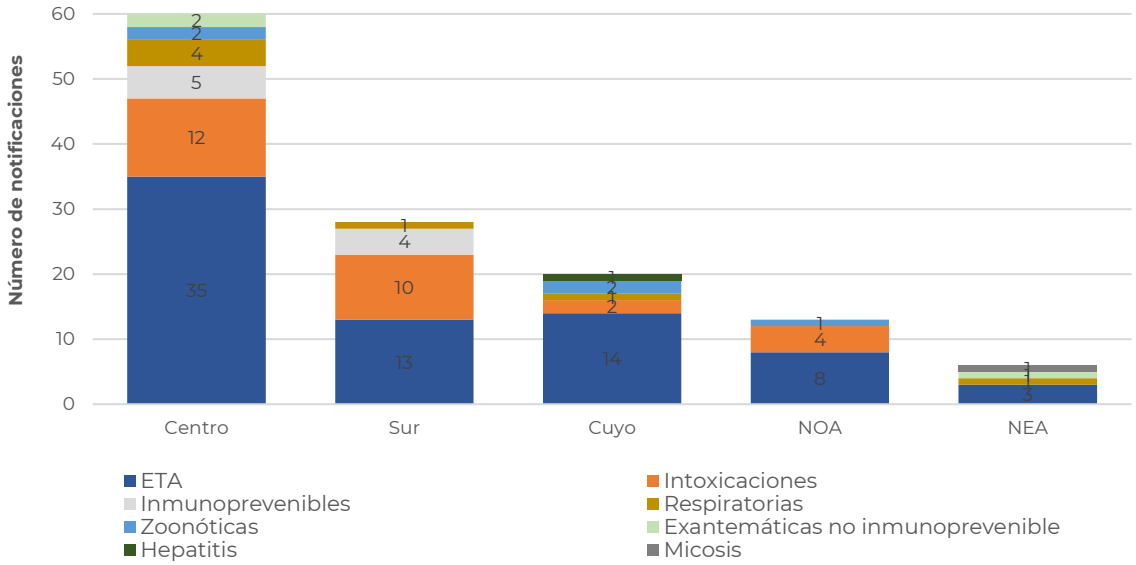
Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Formulario de notificación de brotes.

Aunque las enfermedades transmitidas por alimentos, agua y vía fecal-oral fueron uno de los grupos de eventos con más cantidad de brotes notificados en el país, en 2024 se registró una proporción menor de enfermedades transmitidas por los alimentos respecto de 2023: 73 de 127 en 2024 respecto de 53 de 81 en 2023. En relación a los brotes por intoxicaciones se notificaron en mayor proporción en el corriente año respecto del año anterior: 28 de 127 en 2024 respecto de 7 de 81 en 2023. En 2024 como en 2023 se notificaron una proporción similar de brotes de enfermedades inmunoprevenibles.

[11] El grupo de eventos de Enfermedades transmitidas por Alimentos, agua o ruta vía fecal-oral incluye el listado de eventos detallado en el Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria. En particular, Triquinosis es una zoonosis que se encuentra dentro de esta categoría.

En el Gráfico 2 se muestran los brotes reportados por región y por grupo de evento desde SE 1 a SE 52 de 2024 y en la Tabla 1, se detallan los brotes notificados según el evento de salud correspondiente para los años 2023 y 2024.

Gráfico 1. Número de brotes por región y grupo de eventos. SE1 a SE52 2024. (n=127). Argentina



Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Formulario de notificación de brotes.

Hasta la SE 52 del 2024, se informaron 73 brotes de Enfermedad transmitida por alimentos, agua y ruta fecal-oral asociados principalmente a Diarreas agudas/gastroenteritis y Triquinosis (Tabla 1). Se contabilizaron un total de 3329 casos, 277 hospitalizados y 2 fallecidos en todo el país, de estos últimos, uno fue debido a un evento de Intoxicación Alimentaria por consumo de un tóxico de origen no infeccioso y el otro fallecido corresponde a Triquinosis. La región Centro notificó poco más de la mitad de los brotes, 35 de 73, seguida de Cuyo y Sur que notificaron 14 y 13 brotes respectivamente.

Las intoxicaciones fueron, en segundo lugar, el grupo de eventos más notificado. Las regiones Centro y Sur notificaron 22 de 28 brotes (Gráfico 2). La mayoría de las notificaciones por intoxicaciones fueron por Intoxicaciones por Monóxido de Carbono, registrándose 27 brotes: 12 en región Centro, 10 en Sur, 4 en NOA y 2 en Cuyo. También se reportó un brote por Intoxicación por Plaguicidas de uso doméstico.

En relación con las enfermedades inmunoprevenibles, los brotes en su mayoría fueron vinculados a Varicela (6 de 9 brotes) (Tabla 1). Los brotes por enfermedades inmunoprevenibles se distribuyeron en región Centro y Sur con 5 y 4 brotes respectivamente (Gráfico 2). En la Semana Epidemiológica 39 se notificó un brote de Enfermedad Febril Exantemática que luego se confirmó Sarampión relacionado a la importación en personas no vacunadas y derivó en la publicación de una Alerta de Sarampión SE41 – 2024[12].

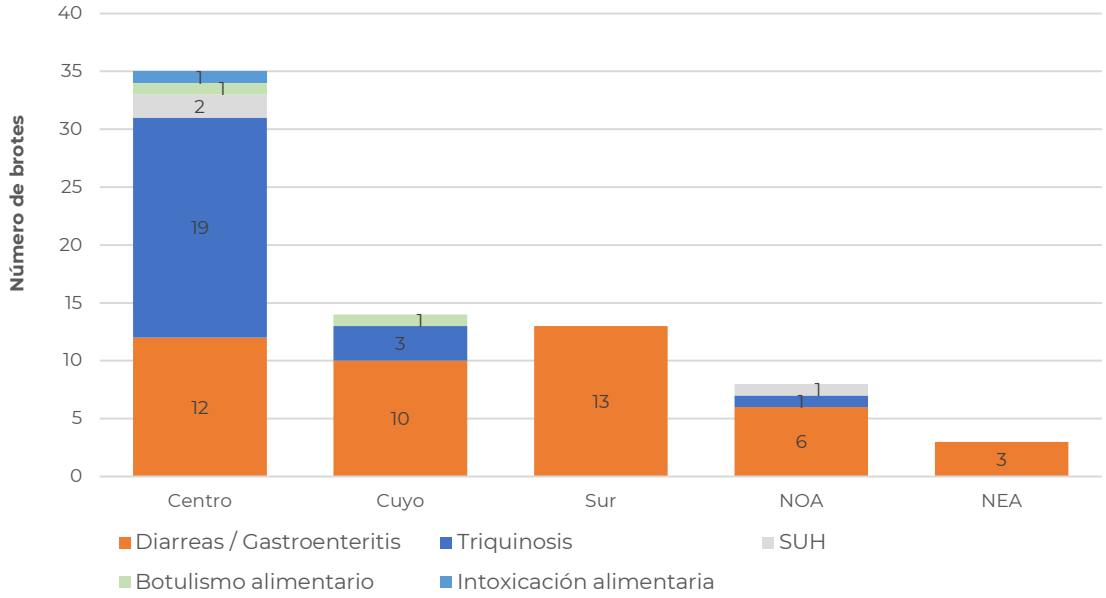
[12] Alerta de sarampión Se41 – 2024
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta_sarampion_rn_8102024.pdf

Tabla 1. Cantidad de brotes según evento/grupo de eventos. SE01 a 52, años 2023-2024. Argentina.

Grupo de Evento / Evento	2023	2024
	Brotes	Brotes
ETA	53	73
Botulismo alimentario	3	2
Diarreas / Gastroenteritis	24	44
Intoxicación alimentaria	-	1
SUH	5	3
Triquinosis	20	23
Exantemáticas no inmunoprevenibles	1	3
Enfermedad mano-pie-boca	-	2
Escarlatina	1	-
Quinta enfermedad	-	1
Hepatitis	1	1
Hepatitis A	1	1
Inmunoprevenibles	6	9
Meningoencefalitis aguda	-	1
Parotiditis	1	1
Sarampión	-	1
Varicela	5	6
Intoxicaciones	7	28
Intoxicación por Monóxido de carbono	6	27
Intoxicación por plaguicidas de uso doméstico	-	1
Micosis	-	1
Mycobacterium abscessus	-	1
Respiratorias	6	7
Coqueluche	-	1
Covid-19	2	1
Influenza	2	3
Legionelosis	1	-
Neumonía aguda de la comunidad (NAC)	-	1
Neumonía intrahospitalaria	-	1
Streptococcus. pyogenes	1	-
Zoonóticas	7	5
Brucelosis	1	-
Fiebre Q	1	1
Leptospirosis	-	1
Psitacosis	2	2
Rabia paresiante animal	-	1
Toxoplasmosis aguda	2	-
Total	**81**	**127**

Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Formulario de notificación de brotes.

Gráfico 2. Número de brotes por región y eventos de ETA. SE1 a SE52 2024. (n=73). Argentina.



Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Formulario de notificación de brotes.

Respecto de los brotes de ETA, además de brotes de Diarrea y Triquinosis, se notificaron 3 brotes de SUH, 2 en región Centro y 1 en NOA, todos brotes intrafamiliares, en los cuales se identificó un caso de SUH y a partir de la investigación epidemiológica se hallaron contactos asintomáticos STEC positivos en el grupo familiar. Por otra parte, se notificaron 2 brotes intrafamiliares de Botulismo alimentario uno en la región Centro y otro en Cuyo, en los cuales se constató en ambos, luego de la investigación alimentaria, la ingesta de una conserva casera de un alimento preparado para su consumo (las muestras de conservas fueron derivadas al Laboratorio Nacional de Referencia –LNR- para su estudio) (Gráfico 3).

En relación a los brotes de Diarreas y/o Gastroenteritis en la Tabla 2 se muestra la cantidad de brotes, casos, hospitalizados y fallecidos según región del país y la etiología del evento para los años 2023 y 2024. En 2024 se identificó la etiología del brote en 24 de 44 brotes registrados: 16 por patógenos bacterianos, 7 por agentes virales y 1 de coinfección viral bacteriana. Por otra parte, en tres situaciones de brote de diarreas se hallaron muestras de agua de consumo con resultados de contaminación biológica.

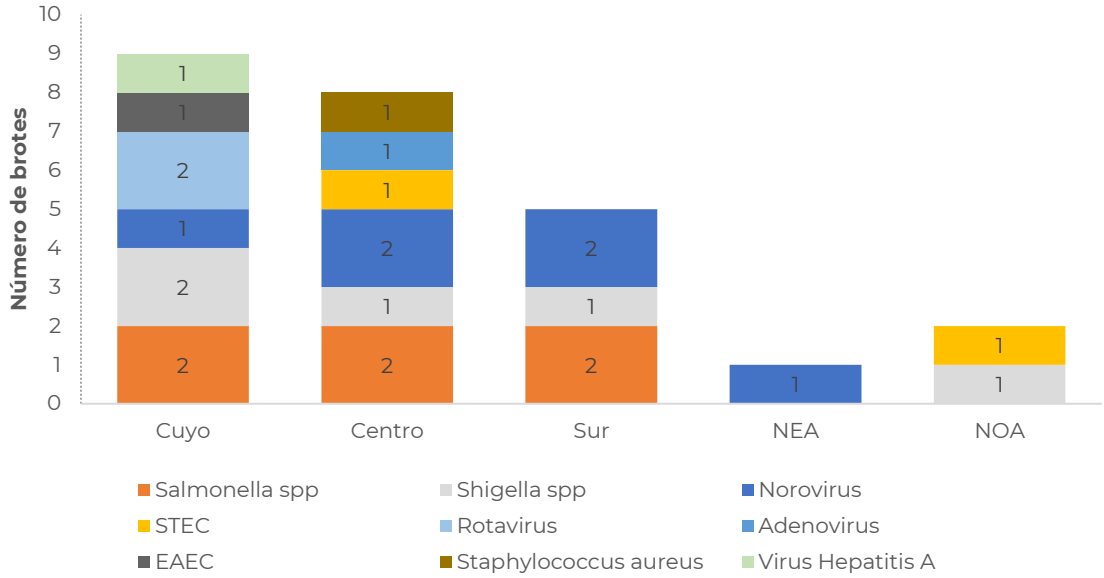
Tabla 2. Brotes reportados de Diarreas y/o Gastroenteritis según etiología de casos, hospitalizados y casos fallecidos registrados según región del reporte. Argentina. SE01 a 52, años 2023-2024. Argentina.

Evento	Región	2023				2024			
		Brote	Casos	Hosp	Fallec.	Brote	Casos	Hosp	Fallec.
Bacterianas	Centro	3	27	17	1	4	104	34	0
	Cuyo	1	28	0	0	6	164	22	0
	NEA	-	-	-	-	1	136	1	0
	NOA	-	-	-	-	2	23	8	0
	Sur	3	55	12	0	3	48	19	0
Co-infección viral/bacteriana	Cuyo	-	-	-	-	1	824	94	0
Virales	Centro	2	15	1	0	3	37	4	0
	Cuyo	-	-	-	-	1	129	0	0
	NEA	-	-	-	-	1	61	8	0
	Sur	-	-	-	-	2	292	2	0
Sin especificar etiología	Centro	8	491	9	1	5	85	5	0
	Cuyo	1	57	0	0	2	301	5	0
	NEA	2	93	5	0	1	13	13	0
	NOA	2	468	95	0	4	375	1	0
	Sur	2	103	12	0	8	249	8	0
Total		**24**	**1337**	**151**	**2**	**44**	**2841**	**224**	**0**

Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Formulario de notificación de brotes.

De los patógenos entéricos identificados en los brotes, se hallaron con mayor frecuencia entre los patógenos bacterianos *Salmonella spp* (6 brotes) y *Shigella spp* (5 brotes) y entre los patógenos virales Norovirus (6 brotes) y Rotavirus (2 brotes). También se identificó STEC en dos brotes de SUH previamente mencionados. Además, se identificaron por laboratorio *E. coli enteroagregativo* (EAEC) (1 brote), Adenovirus (1 brote) y *Staphylococcus aureus* (1 brote). Por último, Virus de Hepatitis A se identificó en un brote de Hepatitis A que involucró a personas con antecedente de viaje a otro país.

Gráfico 3. Número de brotes según región y el patógeno entérico identificado. SE1 a SE52 2024. (n=25). Argentina.



Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Formulario de notificación de brotes.

Respecto de la identificación de más de un patógeno en el grupo de muestras asociadas a un brote, se obtuvieron los siguientes resultados: en un brote donde se identificó Norovirus como principal patógeno también se halló *E. coli enteropatogénico* (EPEC) y en un brote donde el principal agente fue Rotavirus (11 de 16 muestras positivas) se hallaron también Norovirus (1/16); *E. coli diarreogénica* (4/16) y muestras con coinfección viral/bacteriana (2/16).

VI.4. Acciones de prevención

Las medidas preventivas dependen del evento. Los brotes de cualquier etiología deben ser investigados por personal entrenado y remitido el informe a las autoridades sanitarias de todos los niveles.

En cuanto a las medidas preventivas de los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos, agua y ruta fecal-oral las acciones coordinadas de las áreas de Epidemiología, Bromatología y Ambiente, son medidas de saneamiento, control, prevención y educación sanitaria necesarias, destinadas a las personas, instituciones y ambiente.

VI.4.A. MEDIDAS DE PREVENCIÓN GENERAL

- Lavarse las manos antes de preparar alimentos y varias veces durante su preparación.
- Lavar y desinfectar todas las superficies, utensilios y equipos usados en la preparación de alimentos.
- Separar siempre los alimentos crudos de los cocidos y de los listos para consumir.
- Cocinar completamente los alimentos, especialmente carnes, pollos, huevos y pescados (la temperatura interna debe ser de 71 grados centígrados por al menos un minuto).
- No dejar alimentos cocidos a temperatura ambiente durante más de 2 horas.
- Utilizar agua de red o asegurarse de potabilizarla antes de su consumo.
- Lavar las frutas y las hortalizas en forma minuciosa, especialmente si se consumen crudas.

VI.4.B. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

- De nivel individual:

Al paciente y a los contactos:

a) Tratamiento específico, de acuerdo con el origen de la toxiinfección y
b) Búsqueda de posibles nuevos casos, en base a períodos de incubación.
c) Toma de muestras de origen humano, alimenticia y ambiental.
d) Notificación inmediata del profesional que asiste al paciente, y/o del laboratorio que recibe muestra de caso o alimento sospechoso (Clínica, Laboratorio Clínico y Bromatológico), al personal de vigilancia epidemiológica ó responsable de esta área en el servicio de salud y bromatología, quienes serán los responsables de que se concluya las investigaciones epidemiológica y bromatológica.

- De nivel comunitario:

Acciones coordinadas de las áreas de Epidemiología, Bromatología y Ambiente, respecto a medidas de saneamiento, control, prevención y educación sanitaria necesarias, destinadas a las personas, instituciones, ambiente.

VI.4.C. MEDIDAS ANTE BROTES

a) Identificación de la fuente de la toxiinfección alimentaria, por investigación epidemiológica y bromatológica. Eliminar cualquier fuente común de infección.
b) 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.
c) Se harán esfuerzos especiales para mejorar las prácticas de la industria de la alimentación, almacenamiento, comercialización, elaboración y manipulación de alimentos, a través de trabajos de coordinación de las áreas que le competen la problemática alimenticia. Hay un peligro potencial en la alimentación en masa. Cuando gran número de personas se ve afectada por este tipo de patología, es necesario, además de la debida atención de los enfermos, la investigación inmediata de la/s causa/s, y extremar las acciones de saneamiento 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.

Para más información, consultar en:

https://www.argentina.gob.ar/anmat/comunidad/enfermedades-transmitidas-por-alimentos

---

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

VII. Introducción de alertas y comunicaciones internacionales

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 16 y el 24 de enero del 2025.

VII.1. Fiebre hemorrágica de Chapare - Estado Plurinacional de Bolivia

Informe recibido el 20 de enero de 2025 en el CNE de Argentina.

El 7 de enero de 2025, el Punto Focal Nacional (PFN) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) para el Estado Plurinacional de Bolivia notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre una infección humana confirmada en laboratorio con el virus Chapare (CHAPV) en uno de los municipios del Departamento de La Paz. El paciente es un agricultor adulto, de entre 50 y 60 años de edad.

El paciente presentó síntomas como fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular, dolor articular y encías sangrantes el 19 de diciembre de 2024, y buscó atención médica el 24 de diciembre. El 30 de diciembre fue trasladado al Centro de Salud local del municipio debido al empeoramiento de los síntomas, donde falleció el mismo día. Se tomaron muestras de sangre el 30 de diciembre antes de su fallecimiento y fueron enviadas al Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (CENETROP), que confirmó la detección del CHAPV mediante una prueba de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR específica para CHAPV) el 2 de enero de 2025.

La investigación epidemiológica reveló factores de riesgo significativos para la transmisión de enfermedades zoonóticas, incluyendo una infestación severa de roedores dentro y alrededor del hogar del paciente. Las condiciones ambientales, como viviendas de madera y metal corrugado, pisos de tierra y plantaciones de coco peri-domiciliarias, crearon un entorno propicio para la actividad de roedores. La ocupación del paciente como agricultor probablemente implicó exposición a madrigueras de roedores, aumentando aún más el riesgo de infección.

Se recolectaron muestras de sangre de dos contactos cercanos del caso, las cuales resultaron negativas. Hasta el 13 de enero de 2025, no se han reportado casos secundarios, y todos los contactos identificados permanecen asintomáticos. Se han implementado medidas de salud pública, incluyendo desinfección y control de roedores, y las investigaciones continúan. Este es el quinto brote documentado de fiebre hemorrágica de Chapare (FHCH) en Bolivia y a nivel mundial desde que el virus fue identificado por primera vez en 2003.

Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON553

VII.2. Estados Unidos de América. Influenza debida a virus de influenza aviar o animal identificados.

Informe recibido el 22 de enero de 2025 en el CNE de Argentina.

El 15 de enero de 2025, el Centro Nacional de Enlace (CNE) del RSI de los Estados Unidos notificó a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) una infección por virus de influenza A(H5) confirmada mediante pruebas de laboratorio en un niño del estado de California.

El caso corresponde a un residente de California, en los Estados Unidos de América, menor de 18 años. El caso presentó síntomas como conjuntivitis, fiebre y dolor abdominal el 13 de diciembre del 2024 y acudió a un servicio de urgencias el 16 de diciembre. El 17 de diciembre, el paciente acudió a urgencias por síntomas persistentes. El caso no fue hospitalizado, no se trató con antivirales y se ha recuperado de su enfermedad.

El 16 de diciembre, se recogió un hisopado nasofaríngeo y se analizó en el servicio de urgencias, donde la muestra dio positivo para el virus de influenza A mediante una prueba PCR de influenza/RSV/SARS-CoV-2. La muestra se envió al laboratorio local de salud pública (PHL por sus siglas en inglés) como parte de la vigilancia de influenza. El 9 de enero de 2025, los resultados en el PHL fueron presuntamente positivos para el virus de influenza A(H5) utilizando el ensayo de subtipificación de la influenza A(H5) del panel de diagnóstico RT-PCR en tiempo real del virus de influenza humana de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). La muestra se envió a los CDC para pruebas de confirmación, donde se recibió el 14 de enero, y dio positivo para el virus de influenza A(H5) mediante RT-PCR de diagnóstico en tiempo real el mismo día. Se están realizando análisis adicionales, incluida la secuenciación genética.

No se tiene evidencia de que el niño haya estado en contacto con animales o seres humanos infectados por el virus de influenza A(H5N1) en los 10 días anteriores a la aparición de los síntomas; sin embargo, se están investigando las posibles fuentes de exposición. Ningún contacto familiar del paciente desarrolló síntomas respiratorios en los 10 días siguientes al inicio de los síntomas de este caso. Las actividades de investigación y vigilancia del caso, incluido el seguimiento de los contactos estrechos del niño con A(H5) en una escuela a la que asiste, están en curso.

Un total de 67 personas han dado positivo por el virus de influenza A(H5) en Estados Unidos desde marzo de 2024, 38 de ellas de California. Se trata del segundo caso pediátrico notificado por el Departamento de Salud Pública de California y también del segundo caso pediátrico notificado sin fuente de exposición identificada en Estados Unidos. Actualmente en Estados Unidos se han detectado virus A(H5N1) de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) en aves silvestres, y se han producido brotes entre otros animales, como aves de corral comerciales, bandadas de traspatio y vacas lecheras. El Servicio de Inspección de Sanidad Animal y Vegetal (APHIS) del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) también ha notificado infecciones esporádicas en mamíferos salvajes. Los virus pertenecen al clado 2.3.4.4b, que es el virus IAAP A(H5N1) más común que circula actualmente entre las aves de todo el mundo.

VII.2.A. EVALUACIÓN DE RIESGO DE OMS

Este es el segundo caso pediátrico de infección por virus de influenza A(H5) identificado en los Estados Unidos de América, y el cuarto en la Región de las Américas. En Estados Unidos, múltiples estados están experimentando actualmente brotes en animales, donde se ha

detectado una amplia propagación de influenza aviar A(H5N1) en aves silvestres y aves de corral domésticas desde 2022, en rebaños lecheros desde marzo de 2024 y en otros mamíferos silvestres y domésticos. Aunque los virus de influenza aviar circulan en las aves, existe riesgo de infección en mamíferos salvajes y domésticos, así como en los seres humanos, por exposición a animales infectados o fallecidos (incluido el ganado), o a entornos contaminados. Las enfermedades en humanos infectados con virus de influenza A(H5) en el pasado han variado de leves a más graves, con desenlaces mortales. Desde una perspectiva global, aunque no se puede descartar una transmisión limitada influenza aviar entre humanos, dicha transmisión se ha observado en algunos eventos desde 1997 hasta 2007. Hasta la fecha, no se ha detectado una transmisión sostenida entre humanos de los virus A(H5N1). En la actualidad, no existen vacunas fácilmente disponibles para prevenir la enfermedad por el virus de influenza A(H5) en humanos. Se han seleccionado virus candidatos a vacuna para la preparación frente a pandemias que protegen contra la enfermedad A(H5) en humanos. Es poco probable que las actuales vacunas contra influenza estacional protejan a las personas contra la infección por virus de la influenza aviar A(H5N1), según los datos actualmente disponibles. Sin embargo, es importante que las personas que puedan tener una exposición frecuente a aves u otros animales infectados o potencialmente infectados se vacunen contra influenza estacional, ya que puede reducir la prevalencia y la gravedad de influenza estacional y puede reducir el riesgo poco frecuente de coinfección con un virus de influenza estacional y el virus de influenza aviar A(H5N1). Un estrecho seguimiento de la situación epidemiológica, una mayor caracterización de los virus humanos y aviares recientes e investigaciones serológicas son esenciales para evaluar el riesgo y ajustar las medidas de gestión del riesgo según sea necesario. Estas investigaciones están en curso. Basándose en la información disponible, la OMS evalúa actualmente el riesgo general para la salud pública que plantean los virus A(H5N1) como bajo. Sin embargo, para las personas con exposición ocupacional, incluidos los clínicos, el riesgo de infección se considera de bajo a moderado.

VII.3.Alerta epidemiológica: Incremento de actividad virus influenza estacional y otros virus respiratorios en el hemisferio norte - OPS

Informe recibido el 18 de enero de 2025 en el CNE de Argentina.

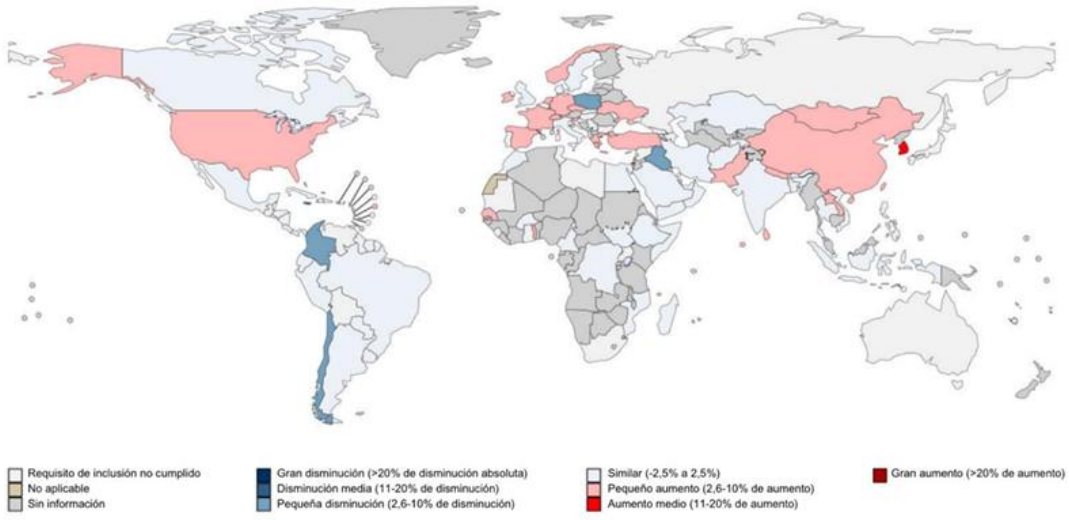
VII.3.A. RESUMEN GLOBAL DE LA SITUACIÓN

De acuerdo con los datos disponibles de vigilancia de virus respiratorios reportados por los países a la Organización Mundial de la Salud (OMS) al 11 de enero del 2025, se observa una positividad de influenza a nivel mundial de un 22,05% en la semana epidemiológica (SE) 1 del 2025, lo que representa un aumento de un 2,8% en la positividad en comparación con la SE 52 del 2024. En el hemisferio norte, desde finales del año 2024 se observa una actividad elevada de los virus de influenza, con tendencia en aumento en varios países en Europa y América del Norte (principalmente con detección de A(H1N1)pdm09, además de A(H3N2)), América Central y el Caribe (principalmente A(H3N2)), África occidental (principalmente A(H1N1)pdm09), África central (principalmente A(H1N1)pdm09), África del norte (principalmente A(H3N2)) y en varios países de Asia (principalmente con detección de A(H1N1)pdm09).

Se espera que las infecciones respiratorias agudas (IRA) presenten una tendencia al aumento en el invierno, esto debido a la circulación simultánea de múltiples patógenos respiratorios como la influenza estacional, el virus respiratorio sincicial (VRS), el metapneumovirus humano (hMPV) y el *Mycoplasma pneumoniae*. Esta situación puede suponer una mayor carga y demanda para los sistemas de salud, por lo que es esencial la preparación de los servicios de salud ante la posibilidad de incremento de casos o aparición de brotes.

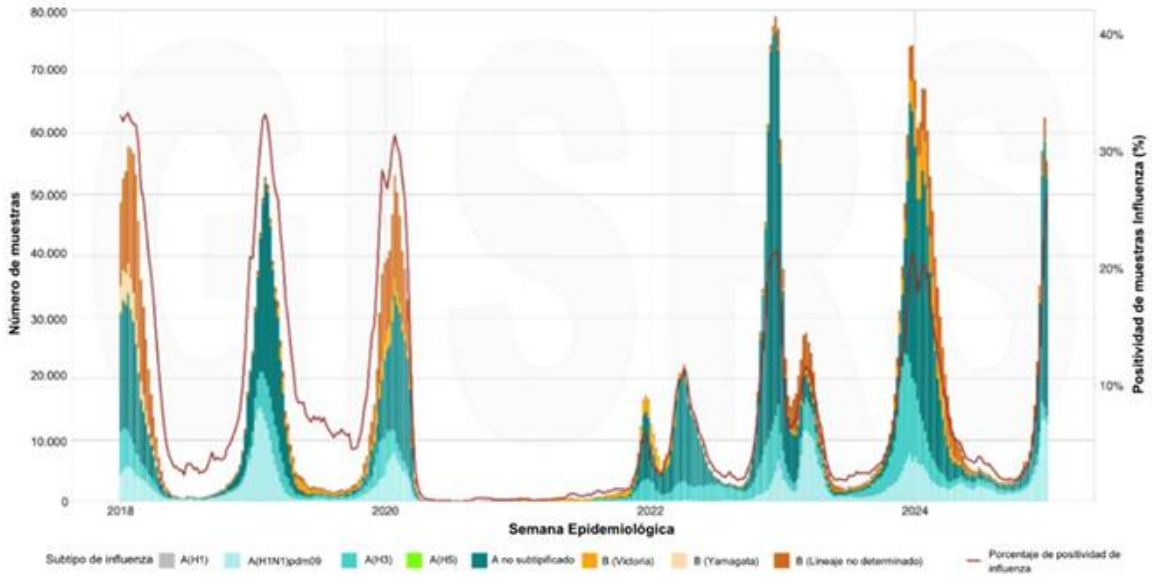
Se ha observado en las últimas semanas en países del hemisferio norte un aumento de las tasas de Enfermedad de Tipo Influenza (ETI) y/o Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), situándose por encima de los niveles basales, en línea con las tendencias estacionales habituales.

Mapa 1. Variación de la proporción de muestras positivas para influenza de la SE 1 del 2025 en comparación con la SE 52 del 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Global Respiratory Virus Activity Weekly Update N° 509. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 17 de enero del 2025]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/defaultsource/influenza/influenza-updates/2025/202501_who-respiratory-virus-update_509.pdf .

Gráfico 2. Detecciones de virus influenza por subtipo reportadas a FluNet, del 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre del 2024 en países del hemisferio norte.

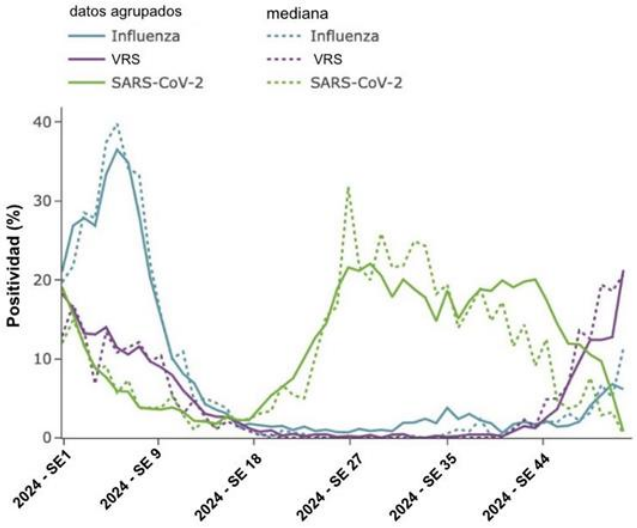


Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Influenza Laboratory Surveillance Information. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 10 de enero del 2025]. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/flunetchart/.

VII.3.B. SITUACIÓN EN LA REGIÓN DE EUROPA

Los casos de ETI y las infecciones respiratorias agudas están por encima del nivel basal en 16 de 30 países de la Región Europea de la OMS. La positividad para influenza se mantiene elevada, con un aumento en hospitalizaciones por IRAG, afectando principalmente a adultos mayores. La actividad de VRS se mantiene moderada, mientras que la de SARS-CoV-2 permanece baja a nivel regional.

Gráfico 2. Porcentaje de positividad total y valores de la mediana para influenza, VRS y SARS-CoV-2 por semana epidemiológica en países de la región Europea de la OMS. De la SE 1 del 2024 hasta la SE 1 del 2025.

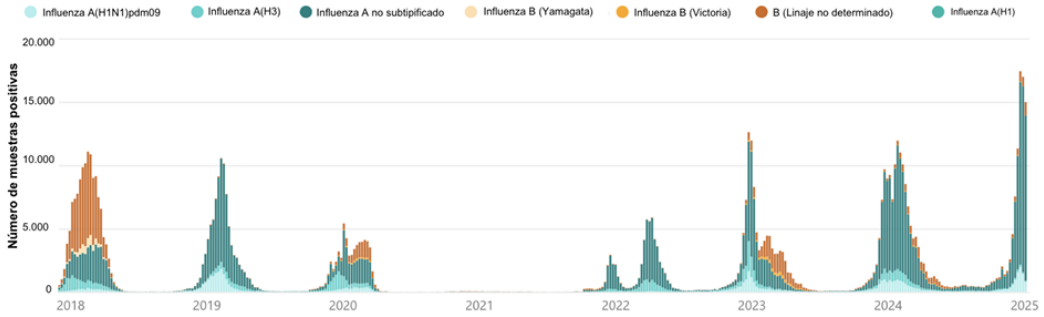


Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. European Respiratory Virus Surveillance Summary. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 10 de enero del 2025]. Disponible en: https://erviss.org/.

Los casos de ETI están elevados en 14 países. El 36% de las muestras analizadas fueron positivas para influenza, con una mediana de positividad del 30% en 15 países, predominando el subtipo A(H1)pdm09 (86%). La positividad de SARS-CoV-2 se mantuvo en 2%, mientras que VRS se mantuvo en 8%. Catorce países reportaron una intensidad de influenza media o mayor, y 24 informaron una propagación regional o generalizada, principalmente en los países y territorios del norte de Europa. En **Italia** y en **Suiza**, los casos ETI, continúan en aumento, superando años prepandémicos.

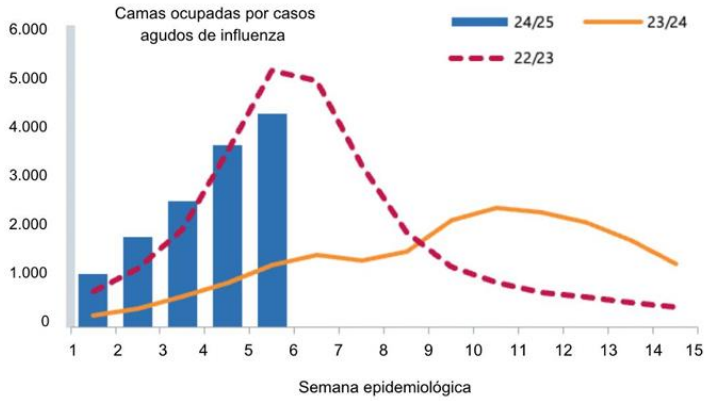
En cuanto a los casos IRAG, el 20% de las muestras resultaron positivas para influenza, mayor al 16% de la semana anterior, con una mediana del 23% en 11 países. La mayoría de las detecciones fueron influenza tipo A (87%), predominando A(H1)pdm09 (85%). La positividad para SARS-CoV-2 disminuyó al 3%, y para VRS se mantuvo en 13%. En **España** se ha reportado un aumento de tasas de hospitalizaciones por IRAG, aunque no ha superado los últimos dos años previos, mientras que en **Francia** persiste un aumento en las consultas de urgencia por IRA por encima de los niveles prepandémicos. En **Inglaterra** las hospitalizaciones por influenza, para la SE 1 del 2025, aumentaron a 14,09 por 100.000 habitantes (10,69 en la SE 52 del 2024), y las admisiones en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) aumentaron a 0,50 por 100.000 habitantes (0,42 en la SE 52 del 2024).

Gráfico 3. Detecciones de virus influenza por subtipo en países y territorios de Europa del norte4, reportadas a FluNet, entre el 1 de enero del 2018 y el 10 de enero del 2025.



Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Influenza Laboratory Surveillance Information. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 10 de enero del 2025]. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/flunetchart/.

Gráfico 4. Ocupación de camas por casos agudos de influenza en Inglaterra, reportadas al Sistema Nacional de Salud de Inglaterra, por semana epidemiológica y año, 2022 - 2024.

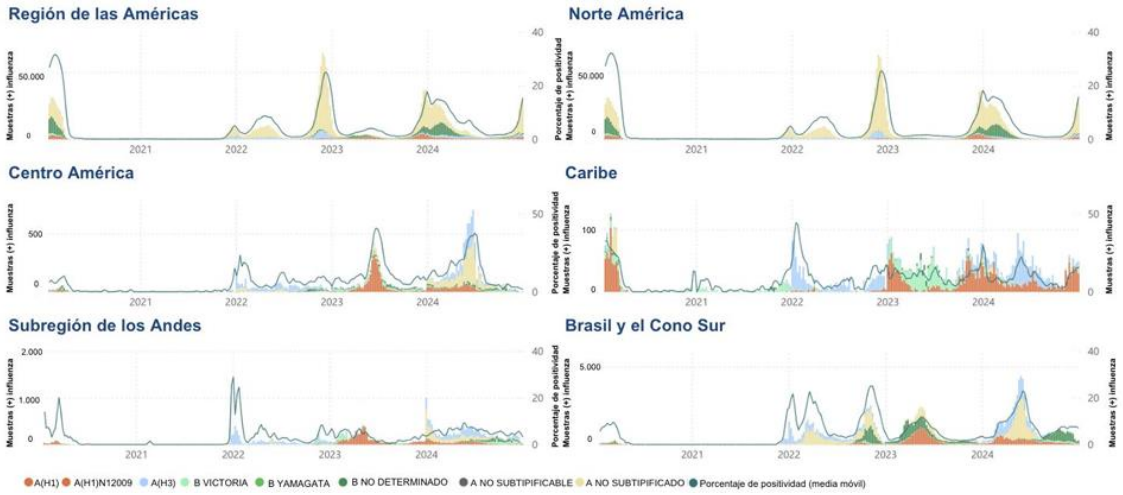


Fuente: Adaptado del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra. NHS Activity Tracker 2024/25 - Urgent and Emergency Care Daily Situation Reports 2024-25. Londres: NHS; 2025 [consultado el 16 de enero del 2025]. Disponible en: https://nhsproviders.org/nhs-activity-tracker-202425/december-2024/winter.

VII.3.C. SITUACIÓN DE VIRUS RESPIRATORIOS REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

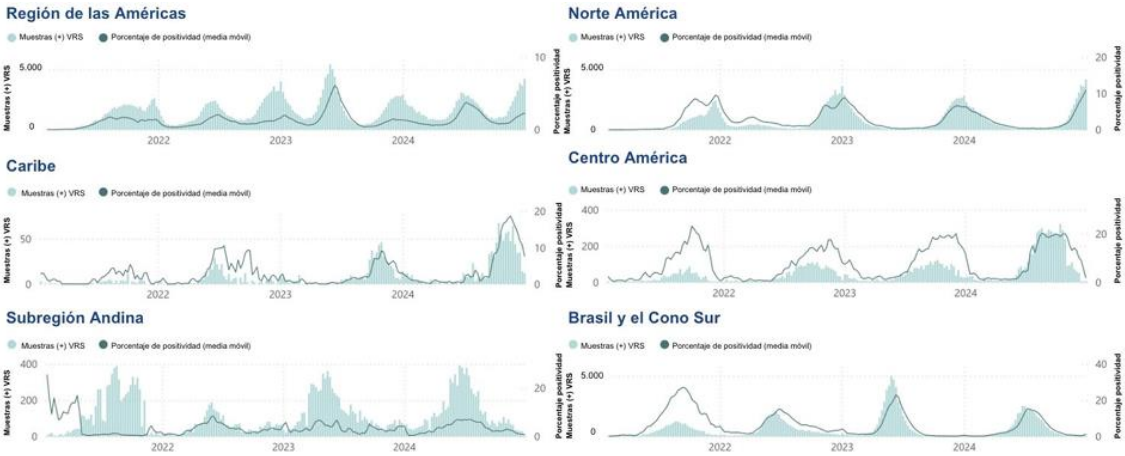
Según la información reportada de los países de la Región de las Américas hasta la SE 1 del 2025, las ETI e IRAG han mostrado un aumento marcado en América del Norte, asociado con la circulación del VRS y del virus influenza; a diferencia de la actividad del SARS-CoV-2 que continúa disminuyendo. En cuanto a la influenza, se ha registrado un aumento en América del Norte y el Caribe, así como en algunos países de la subregión Andina5 y el Cono Sur. La actividad del VRS sigue siendo alta en algunos países y territorios del Caribe, aunque con una tendencia decreciente y continúa en ascenso y con niveles elevados en América del Norte.

Gráfico 5. Distribución virus de influenza y porcentaje de positividad Región de las Américas, entre la SE 1 del 2020 hasta la SE 1 del 2025.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas – Semana Epidemiológica: 2025 – 1. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. [consultado el 16 de enero del 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/influenza-sarscov-2-vsr-otros-virus-respiratorios/situacion-influenza-region-americas.

Gráfico 6. Distribución del VRS y porcentaje de positividad Región de las Américas, entre la SE 1 del 2021 hasta la SE 1 del 2025.



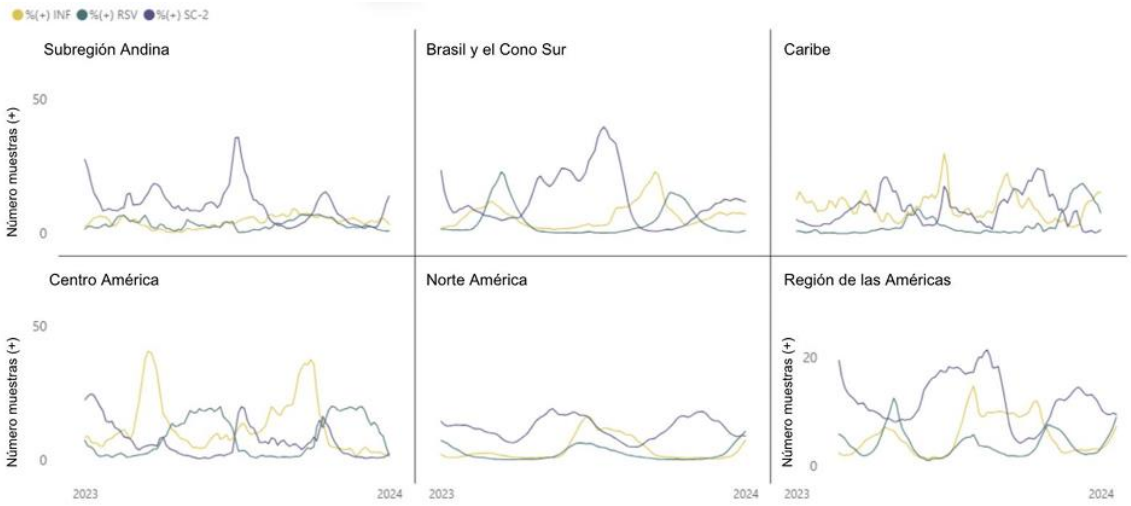
Fuente: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas – Semana Epidemiológica: 2025 – 1. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. [consultado el 16 de enero del 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/situacionvirus-sincitial-respiratorio-rsv-region-americas.

VII.3.D. SUBREGIÓN DE NORTE AMÉRICA

Los casos de ETI, IRAG y las hospitalizaciones asociadas a virus respiratorios han mantenido una tendencia ascendente en las últimas cuatro SE. La mayoría de los casos positivos de ETI se asocian a influenza, mientras que los de IRAG/hospitalizaciones se asocian a influenza y VRS. La actividad de influenza ha registrado un incremento y se sitúa en niveles epidémicos en todos los países. Durante este período, los virus de influenza predominantes han sido del tipo A(H3N2) y A(H1N1)pdm09. La actividad del VRS sigue en aumento, alcanzando niveles similares a los máximos observados en temporadas previas. En contraste, la actividad de SARS-CoV-2 mantiene niveles bajos en comparación con olas anteriores.

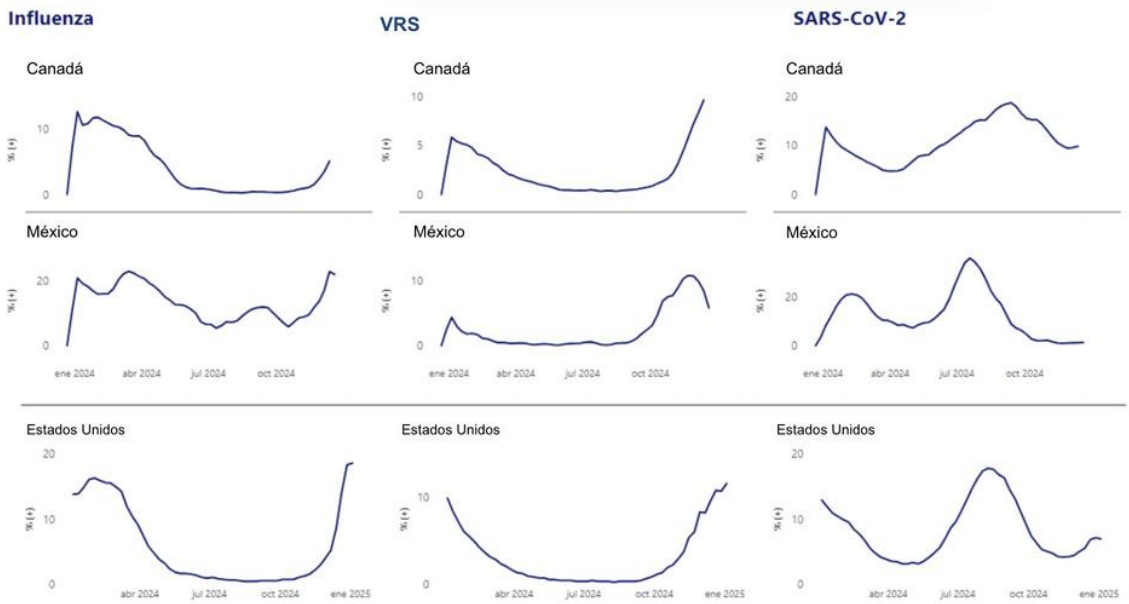
En **Canadá**, la actividad de influenza y VRS sigue en ascenso y se encuentra en niveles epidémicos comparables a temporadas previas. En **México**, los casos de ETI e IRAG han registrado un aumento leve y alcanzan niveles epidémicos. Estos casos se atribuyen principalmente a influenza, que está en ascenso, y al VRS, que tras alcanzar su pico ha comenzado a descender. En los **Estados Unidos de América**, las hospitalizaciones por virus respiratorios han alcanzado niveles similares a la temporada pasada, atribuibles en mayor medida a influenza, seguida de VRS y SARS-CoV-2 (Figura 9). Las evaluaciones preliminares de la temporada de influenza indican un nivel de intensidad moderado en todos los grupos de edad con relación a los indicadores de ETI, tasas de hospitalizaciones y muertes asociadas a influenza.

Gráfico 7. Porcentaje de positividad de influenza, VRS y SARS-CoV-2 total para la región de las Américas y por subregiones desde la SE 1 del 2023 hasta la SE 1 del 2025.



Fuente: Adaptado Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas – Semana Epidemiológica: 2025 – 1. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. [consultado el 16 de enero del 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza.

Gráfico 8. Porcentaje de positividad para influenza, VRS y SARS-CoV-2 en Canadá, México y los Estados Unidos desde la semana epidemiológica 1 del 2024 a semana epidemiológica 1 del 2025.



Fuente: Adaptado Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas – Semana Epidemiológica: 2025 – 1. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. [consultado el 16 de enero del 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza.

VII.3.E. SUBREGIÓN DEL CARIBE

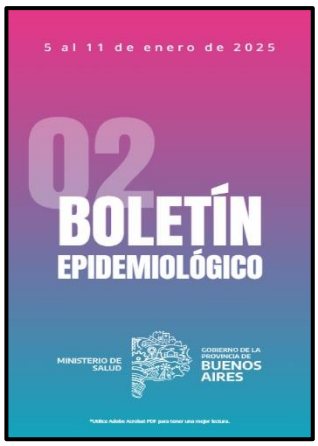
Los casos ETI han aumentado ligeramente, mientras que los casos de IRAG siguen siendo bajos. La actividad de la influenza ha crecido, y el VRS, aunque elevado previamente, ha comenzado a disminuir. En **Jamaica**, los casos de IRAG permanecen en niveles epidémicos, mientras que las infecciones por influenza y el VRS están disminuyendo. En **Suriname** y **Guyana**, los casos de ETI e IRAG han mostrado ligeros aumentos, asociados principalmente con VRS. La actividad del SARS-CoV-2 se mantiene baja en toda la subregión.

Fuente: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-incremento-actividad-virus-influenza-estacional-otros-virus

DESTACADOS EN **BOLETINES JURISDICCIONALES**

VIII. Boletines jurisdiccionales

VIII.1. Buenos Aires: Arbovirosis

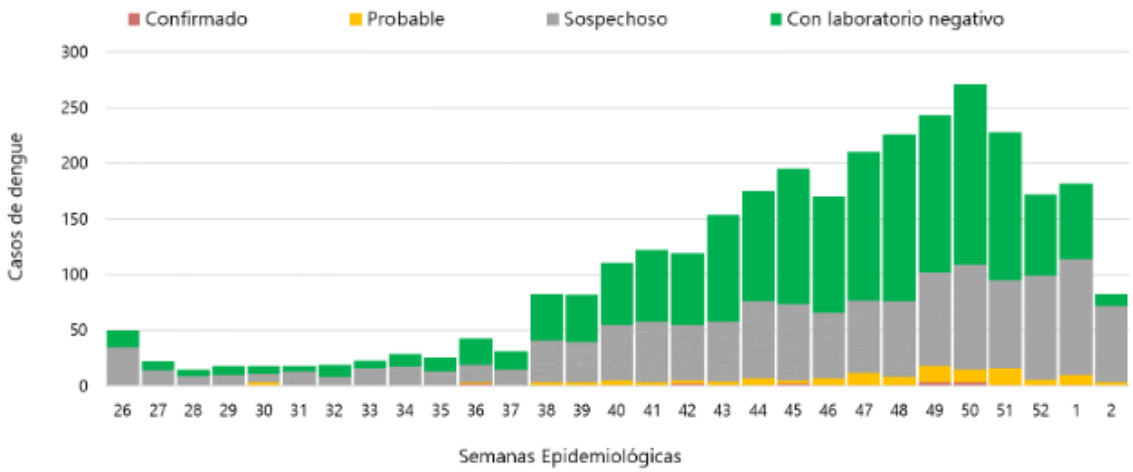


Entre el 23 de junio de 2024 y el 11 de enero de 2025 se notificaron 3.137 casos compatibles con dengue, de los cuales 16 fueron confirmados por laboratorio, 123 son probables, 1.307 en estudio y 1.691 con muestras de laboratorio negativas. Se detalla a continuación la información epidemiológica de los casos positivos.

Casos confirmados: 6 autóctonos, 8 importados y 2 en investigación.

De los 8 casos importados, 6 registraron antecedentes de viaje a otros países (México, Cuba y Brasil), y 2 con antecedente de viaje dentro del país (Mendoza y Entre Ríos). Entre los casos importados se identificaron los serotipos DEN 1, 2 y 3.

Casos notificados de dengue por semana epidemiológica. PBA, SE 26/2024 -SE 2/2025. n= 3.137

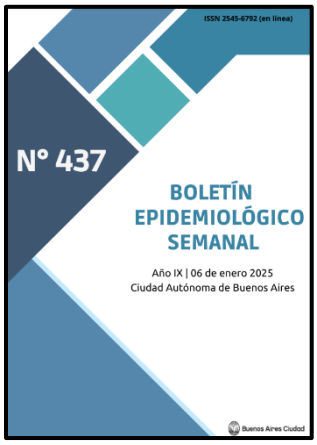


Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

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

VIII.2. CABA: Viruela símica

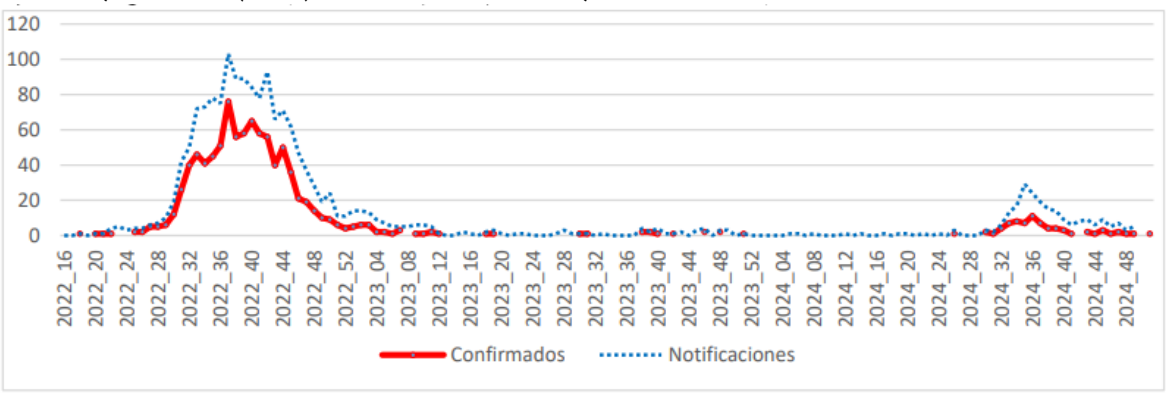


En el 2024, en el periodo comprendido entre la SE 1 y la SE 52 fueron notificados un total de 225 residentes, que se distribuyeron de la siguiente manera: 72 casos confirmados, 115 descartados y 38 casos que se encuentran en investigación. De los 72 casos confirmados, un caso requirió internación, la cual transcurrió con resolución favorable.

Hasta la fecha no se han informado casos relacionados con el clado Ib.

En caso de las SE 26 se ha determinado como asociado a la importación, pero en los notificados hasta la SE 52 inclusive, no se han podido ubicar antecedentes inmediatos de viaje. En cuanto a la vía de transmisión, la investigación epidemiológica ha registrado contactos de riesgo, asociados predominantemente a prácticas sexuales.

Notificaciones y casos confirmados viruela símica. Residentes CABA - por año y semana epidemiológica. Abr-2022/ Dic-2024 (SE 52) N notificaciones = 1729 /N casos = 980

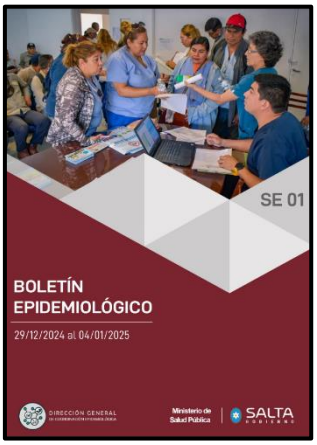


Fuente: Elaboración propia del Área de vigilancia de la Dirección General de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS.

Para más información:

https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2024

VIII.3. Salta: Enfermedades zoonóticas humanas



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

Accidente potencialmente rábico: 9 casos en Capital y 2 casos en Gral. San Martín.

Alacranismo: 9 casos en Capital y 2 en Oran

Hidatidosis: 1 caso en Cachi y 1 caso en Rivadavia

Leishmaniasis Visceral: 1 caso en Gral. San Martín

Leishmaniasis Visceral Canina: 3 casos en Gral. San Martín

Ofidismo (Coral): 1 caso en Gral. San Martín

Frecuencia absoluta y acumulada de casos confirmados de enfermedades zoonóticas humanas. SE 01/2025. Provincia de Salta.

ENO	Casos SE 1	Acumulado 2025
Accidente potencialmente rábico (APR)	11	11
Alacranismo	11	11
Araneísmo sin especificar especie	0	0
Araneísmo-Envenenamiento por Latrodectus (Latrodectismo)	0	0
Araneísmo-Envenenamiento por Loxosceles (Loxoscelismo)	0	0
Araneísmo-Envenenamiento por Phoneutria (Foneutrismo)	0	0
Brucelosis	0	0
Brucelosis en embarazadas	0	0
Hantavirosis	0	0
Hidatidosis	2	2
Leishmaniasis visceral	1	1
Leishmaniasis visceral canina	3	3
Leptospirosis	0	0
Ofidismo sin especificar especie	0	0
Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	0	0
Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinĺ)	0	0
Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	1	1
Psitacosis	0	0
Rabia animal	0	0

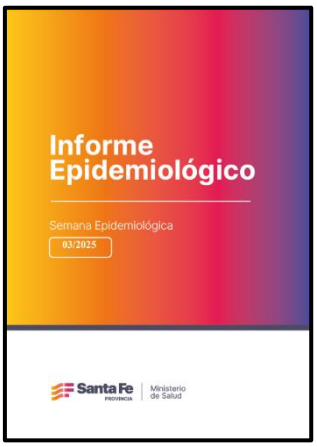
Fuente: Elaboración propia del Programa de Zoonosis con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

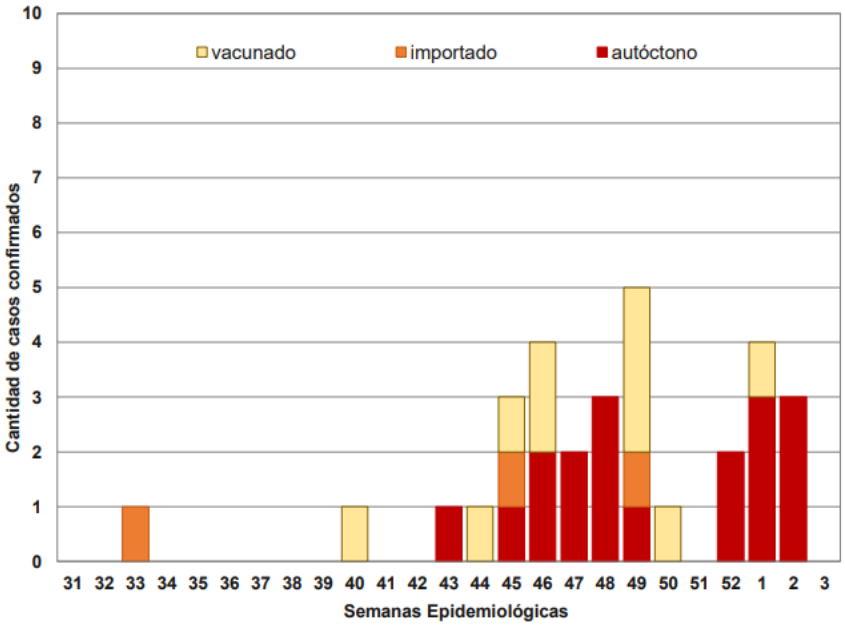
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

VIII.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 03/2025), se notificaron al evento de Dengue un total de 1697 casos de los cuales 21 se confirmaron, 18 casos "sin antecedente de viaje" y 3 "con antecedente de viaje" (India, Maldivas, otra provincia de Argentina). De los casos notificados con "antecedente de vacunación en los últimos 30 días", 10 fueron confirmados. Además, se notificaron un total de 16 casos al evento de "Dengue durante la gestación", no confirmándose a la fecha casos bajo esta clasificación. En el gráfico se muestran los casos confirmados según la clasificación de importados, sin antecedentes de viaje o con antecedentes de vacunación, según semana epidemiológica de inicio de síntomas.



Casos de Dengue desde SE 31/2024 hasta a SE 03/2025 según semana epidemiológica. Provincia de Santa Fe. N= 31.

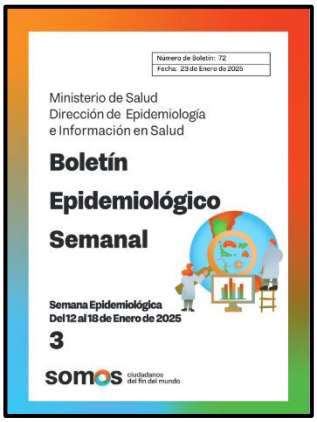


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) hasta el 18/01/2025.

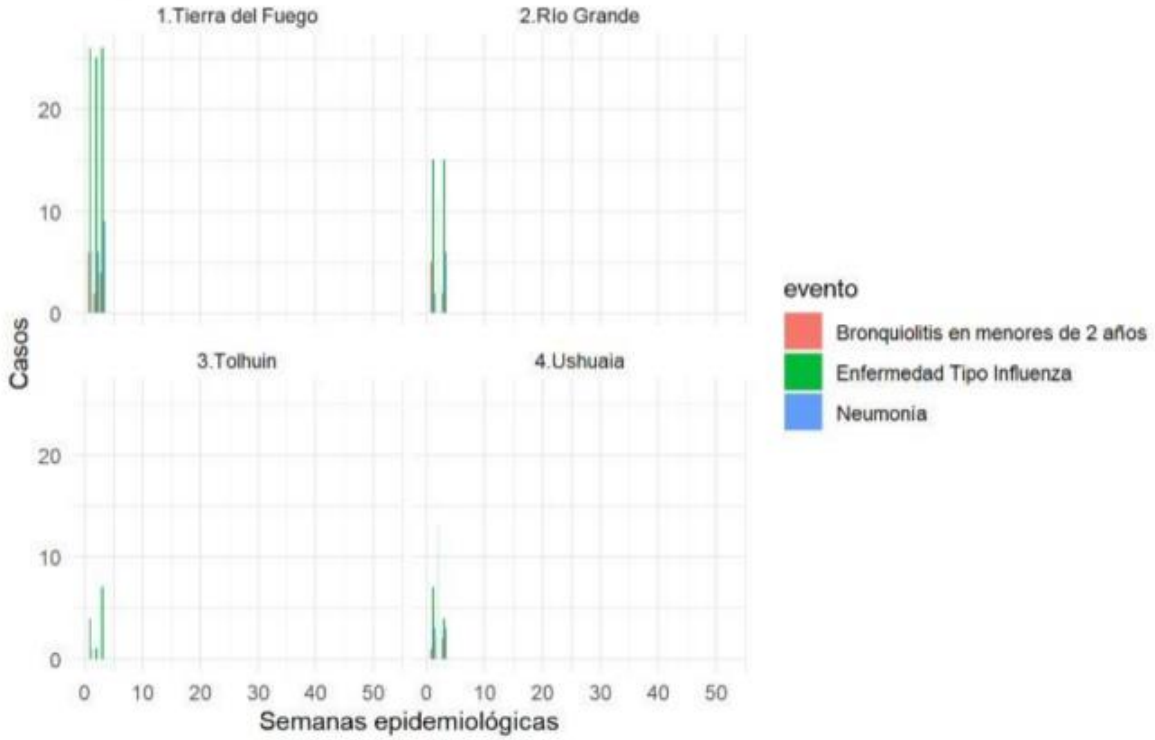
Para más información:
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802

VIII.5. Tierra del fuego: Respiratorias

Hasta la semana epidemiológica (SE) 3 en 2025 se notificaron 108 casos de enfermedades respiratorias en el SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo periodo del año 2024, se observa un aumento del 17% de los casos registrados, a nivel provincial.



Respiratorias agrupadas en Tierra del Fuego según localidad hasta SE 3.



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

Para más información:

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

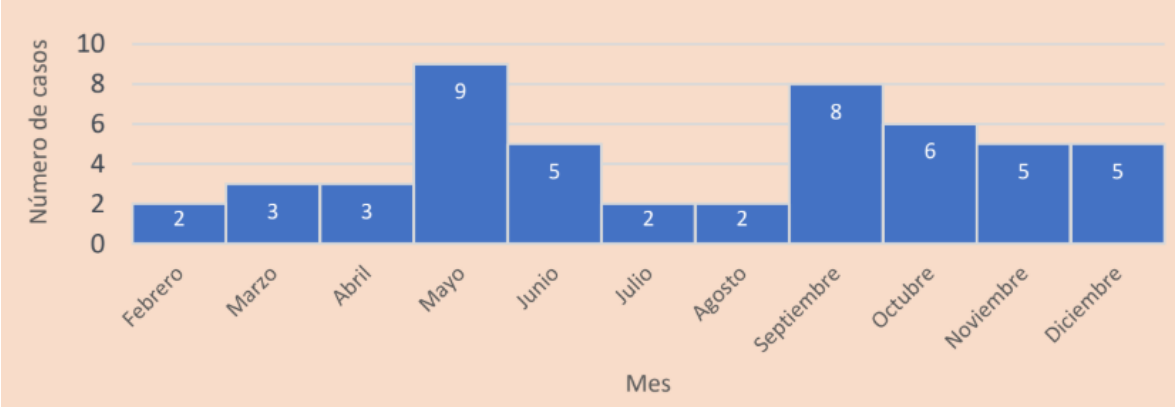
VIII.6. Tucumán: Leptospirosis

Durante el año 2024, la División de Zoonosis de la Provincia de Tucumán notificó 50 casos de Leptospirosis canina. En el gráfico se puede observar que el mayor número de casos se reportó en el mes de mayo (9/50), seguido de los meses de septiembre (8/50) y octubre (6/50).

Al analizar los antecedentes epidemiológicos más frecuentes, se observó que el 86% (43/50) de los casos deambula en el peridomicilio, el 36% (18/50) tuvo contacto con roedores, el 20% (10/50) tuvo contacto con animales enfermos y el 10% (5/50) tuvo contacto con lagunas o arroyos.



Casos confirmados de Leptospirosis canina notificados en División Zoonosis. Año 2024. Tucumán. (N=50)



Fuente: Reporte SNVS 2.0 generado por División Zoonosis Tucumán

Para más información: direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

IX. 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 **enero** 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

ODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
Enero	Encefalitis Equina del Oeste	Evento	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción: “Caso descartado por diagnóstico diferencial”
Enero	Intento de Suicidio	Clínica	Signo/Síntoma	Se modificó la opción: "Establecimiento de salud" por "Lugar de ocurrencia: establecimiento de salud"
				Se modificó la opción: "Establecimiento educativo" por "Lugar de ocurrencia: Establecimiento educativo"
				Se modificó la opción: "Institución residencial" por "Lugar de ocurrencia: Institución residencial"
				Se modificó la opción: "Lugar de trabajo" por "Lugar de ocurrencia: Lugar de trabajo"
				Se modificó la opción: "Otro lugar de ocurrencia del evento" por "Lugar de ocurrencia: otro"
				Se modificó la opción: "Otro mecanismo o modalidad" por "Mecanismo: otro"

<table>
<tr><th colspan="4">MODALIDAD AGRUPADA</th></tr>
<tr><th>Fecha de modificación</th><th>Grupo de eventos</th><th>Nombre del evento</th><th>Sección

Cambio realizado</th></tr>
<tr><td rowspan="9">Enero</td><td rowspan="9">Enteroparasitosis</td><td>Pacientes estudiados para el diagnóstico de enteroparásitos</td><td>Clasificación manual de caso
Se adicionó la opción: “Caso descartado por diagnóstico diferencial”</td></tr>
<tr><td>Blastocystis</td><td>Se reemplazó el nombre del evento "Blastocystis sp." por "Blastocystis"</td></tr>
<tr><td>Giardia duodenalis</td><td>Se reemplazó el nombre del evento "Giardia lamblia" por "Giardia duodenalis"</td></tr>
<tr><td>Entamoeba histolytica por métodos moleculares</td><td>Se reemplazó el nombre del evento "Entamoeba histolytica por PCR" por "Entamoeba histolytica por métodos moleculares"</td></tr>
<tr><td>Cryptosporidium sp. (por coloración o métodos moleculares)</td><td>Se reemplazó el nombre del evento "Cryptosporidium sp." por "Cryptosporidium sp. (por coloración o métodos moleculares)"</td></tr>
<tr><td>Cyclospora cayetanensis (por coloración o métodos moleculares)</td><td>Se reemplazó el nombre del evento "Cyclospora cayetanensis" por "Cyclospora cayetanensis (por coloración o métodos moleculares)"</td></tr>
<tr><td>Microsporidios (por coloración o métodos moleculares)</td><td>Se reemplazó el nombre del evento "Microsporidios" por "Microsporidios (por coloración o métodos moleculares)"</td></tr>
<tr><td colspan="2">Se mantienen habilitados los siguientes eventos sin disponibilidad para la carga. Esto permite mantener el registro en las bases de datos de lo cargado previamente
• Blastocystis hominis
• Cyclospora cayetanensis
• Subfamilia Anisakinae (incluye los géneros Anisakis y Pseudoterranova)
• Cryptosporidium sp.
• Microsporidio
• Cyclospora sp.
En caso de necesitar la información notificada previamente, desde la sección de REPORTES aparecen todos los eventos: los nuevos habilitados a partir de la SE 3 de 2023 y los eventos que ya no se pueden cargar casos desde la SE4.
Eventos históricos:
• Blastocystis hominis habilitado hasta la SE 38 de 2023
• Cyclospora cayetanensis habilitado hasta la SE 38 de 2023
• Subfamilia Anisakinae (incluye los géneros Anisakis y Pseudoterranova) habilitado hasta la SE 38 de 2023
• Cryptosporidium sp. habilitado hasta la SE 3 de 2025
• Microsporidio habilitado hasta la SE 3 de 2025
• Cyclospora sp. habilitado hasta la SE 3 de 2025</td></tr>
</table>

IX.1. Información relevante: enteroparasitosis

A continuación, se presenta el listado de enteroparásitos configurados en el sistema que deben ser notificados. Actualmente, se está trabajando en el reordenamiento de la visualización para facilitar la carga de información.

1. Pacientes estudiados para el diagnóstico de enteroparásitos
2. Ascaris lumbricoides
3. Balantidium Coli
4. Blastocystis
4. Chilomastix mesnili
5. Dientamoeba fragilis
6. Difilobótridos
7. Endolimax nana
8. Entamoeba coli
9. Entamoeba histolytica/dispar/moshkovski/bangladeshi
10. Fasciola hepatica
12. Giardia duodenalis
13. Trichostrongylus sp.
14. Taenia sp.
15. Trichuris trichiura
16. Uncinarias
17. Schistosoma mansoni
18. Cystoisospora belli
19. Hymenolepis nana
20. Strongyloides stercoralis
21. Iodamoeba bütschli
22. Hymenolepis diminuta
23. Entamoeba hartmanni
24. Dipylidium caninum
25. Enterobius vermicularis
26. Entamoeba histolytica por métodos moleculares
27. Cryptosporidium sp. (por coloración o métodos moleculares)
28. Cyclospora cayetanensis (por coloración o métodos moleculares)
29. Microsporidios (por coloración o métodos moleculares)
30. Anisákidos (Anisakis, Pseusoterranova, Hysterothlacium, Contracaecum)

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

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

Modalidad Virtual Autoadministrada

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

Inicia el 2 de diciembre

Duración: 25 horas.

INSCRIPCIONES EN:



Consultas a: cursos.direpinacion@gmail.com