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



BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **743**

Semana epidemiológica 6
AÑO 2025
Desde 02/02 al 08/02
Fecha de publicación
17/02/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD · REPÚBLICA ARGENTINA

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretaría de Gestión Sanitaria

Dr. Alejandro Alberto VILCHES

Subsecretaría de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dr. María Susana AZURMENDI

Dirección de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Autores de este boletín:

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES

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

EVENTOS PRIORIZADOS

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], Esteban Couto[2], Julieta Siches[3], Lucía Maffey[2], Julián Antman[1], Cintia Fabbri[5], Victoria Luppo[5], María Alejandra Morales[6].
Infecciones respiratorias agudas: Carla Voto[1], María Paz Rojas Mena[1], Melisa Laurora[1], Dalila Rueda[1], Federico M. Santoro[1], Silvina Moisés[1].

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

Situación epidemiológica de Chagas en embarazadas y Chagas congénito 2019-2024: Federico M. Santoro[1], Tamara Wainzinger[1], Antonella Vallone[1], Carlos Giovacchini[4], María Cristina Cipolla[5].

INFORMES ESPECIALES

Informe preliminar de vigilancia genómica y determinación de genotipo de virus DENGUE-3 detectado en Argentina durante la temporada 2024: Cintia Fabbri[6], Victoria Luppo[5], Cintia Barulli[5], Mariel Feroci[5], Sofia Perrone[5], Doraldina Casoni[5], Laboratorios de la Red Nacional para diagnóstico de dengue y otros Arbovirus, María Alejandra Morales[6].

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

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

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA

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

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

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

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

[1] Dirección de Epidemiología.
[2] Instituto Nacional de Medicina Tropical
[3] Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades transmitidas por vectores.
[4] Departamento de Epidemiologia, INEI-ANLIS “Carlos G. Malbrán”.
[5] Dirección de Salud Perinatal, Niñez y Adolescencias.
[6] Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui” (INEVH-ANLIS).

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:

Imagen de *Triatoma pallidipennis*, también conocida como Vinchuca, causante de enfermedades transmitidas por vectores. Imagen de Centros para el Control y Prevención de Enfermedades.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°743, SE 6.

I. Editorial del BEN 740

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.

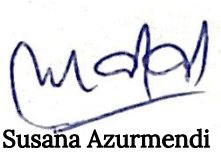
En 2009, con la implementación del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 1.0) en todas las jurisdicciones, el Epinoticias se transformó en el "Epinoticias Semanal", editado desde la recientemente creada Área de Vigilancia de la Salud. Esta nueva versión incluía cuatro secciones principales: 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 de este Boletín

Esta es la cuarta entrega desde que renovamos nuestra serie de boletines epidemiológicos nacionales de periodicidad semanal.

En la presente edición, en la sección de “Actualización periódica de eventos”, presentamos la situación epidemiológica de Chagas en embarazadas y Chagas congénito.

Además, se presenta un informe especial sobre vigilancia genómica y determinación de genotipo de virus DENGUE-3 detectado en Argentina durante la temporada 2024.

Contenido

I. Editorial del BEN 740 5

II. Acerca de este Boletín 6

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES 9

III. Situación epidemiológica de MPOX 10
III.1. Introducción 10
III.2. Situación internacional 10
III.3. Situación en África 11
III.4. Situación en Argentina 11
III.5. Recomendaciones para el equipo de salud 12
III.6. Vigilancia Epidemiológica 13
III.6.A. Definiciones y clasificaciones de caso 13
III.6.B. Notificación 14
III.7. Algoritmo de diagnóstico y notificación de Mpox 15
III.8. Medidas ante casos sospechosos 15
III.9. Medidas ante contactos 16

EVENTOS PRIORIZADOS 18

IV. Vigilancia de dengue y otros arbovirus 19
IV.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus 19
IV.1.A. Introducción 19
IV.1.B. Subregión Centroamérica y México 19
IV.1.C. Subregión Cono Sur 20
IV.2. Situación de dengue en Argentina 22
IV.2.A. Situación histórica 22
IV.2.B. Temporada actual 25
IV.2.C. Distribución según región, jurisdicción y departamento 27
IV.2.D. Situación según serotipos circulantes 29
IV.2.E. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo” 30
IV.2.F. Dengue grave 31
IV.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus 31
IV.4. Vigilancia entomológica 33
IV.4.A. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) -SE06 (2025) 33

V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas 37
V.1. Nota Metodológica 37
V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 37
V.3. Síntesis de la información nacional destacada a la SE06/2025 38
V.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 38
V.3.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados 38
V.3.C. Vigilancia UNIVERSAL a través de la red de laboratorios de virus respiratorios 39
V.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 39
V.4.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 39
V.4.B. Neumonía 40
V.4.C. Bronquiolitis 42
V.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 44
V.5.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 46

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS 48

VI. Situación epidemiológica de Chagas en embarazadas y Chagas congénito. 2019-2024 49
VI.1. Introducción 49
VI.2. Vigilancia Epidemiológica de Chagas 49
VI.3. Objetivos de la vigilancia de Chagas 50
VI.3.A. Objetivo general 50
VI.3.B. Objetivos específicos 50
VI.4. Chagas en embarazadas en Argentina 50
VI.4.A. Modalidad de vigilancia y nota metodológica 50
VI.4.B. Situación de Chagas en embarazadas en Argentina 52
VI.5. Chagas congénito 60
VI.5.A. Modalidad de vigilancia y nota metodológica 60
VI.5.B. Situación de CHAGAS CONGÉNITO en Argentina 61
VI.6. Conclusiones 68

INFORMES ESPECIALES 69

VII. Informe preliminar de vigilancia genómica y determinación de genotipo de virus DENGUE-3 detectado en Argentina durante la temporada 2024 70
VII.1. Materiales 70
VII.2. Métodos 70
VII.3. Resultados y conclusiones 70
VII.3.A. DENV-3 70
VII.4. Referencias 71

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 72

VIII.Introducción 73
VIII.1. Alerta Epidemiológica Riesgo de brotes de dengue por la mayor circulación de DENV-3 en la Región de las Américas 74
VIII.1.A. Resumen de la situación 74

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 77

IX. Boletines jurisdiccionales 78
IX.1. Buenos Aires: Arbovirosis 78
IX.2. CABA: Viruela símica 79
IX.3. Chubut: Intoxicación por monóxido de carbono 80
IX.4. Salta: Dengue 81
IX.5. Santa Fe: Fiebre Hemorrágica Argentina 82
IX.6. Tierra del Fuego: Diarrea Aguda 83
IX.7. Tucumán: Accidente Potencialmente Rábico 84

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 85

X. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 86
X.1. Información relevante: enteroparasitosis 87

XI. 1° Edición del Curso: “Vigilancia y notificación de dengue” 88

XII. 4° Edición del Curso Virtual “Introducción al SNVS 2.0” 89

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[7]

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.** Desde el último informe, fueron detectados casos de clado Ib en **Angola y Emiratos Árabes Unidos.** 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 de propagación internacional se evalúa de la siguiente manera:

- Clado Ib MPXV: Afecta predominantemente áreas no endémicas de mpox en la República Democrática del Congo y países vecinos — Alto
- Clado Ia MPXV: Afecta principalmente a las zonas endémicas de mpox en la República Democrática del Congo — Moderado

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

- Clado II MPXV: Observado en Nigeria y otros países endémicos de África Occidental y Central — Moderado
- Clado IIb MPXV: Asociado con la epidemia mundial de mpox a partir de 2022— Moderado

III.3. Situación en África[8]

Desde el 1 de enero de 2022, 25 Estados miembros de África han notificado a la OMS casos de mpox. Hasta el 2 de febrero de 2025, notificaron 23.517 casos confirmados por laboratorio, incluidas 93 muertes.

Desde 2024, hasta el 2 de febrero de 2025, 21 países han notificado 19.764 casos confirmados, incluidas 68 muertes. Los tres países con la mayoría de los casos desde 2024 son la República Democrática del Congo (n=13.224), Burundi (n=3.359) y Uganda (n=2.479).

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 N°741, SE 4.

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.

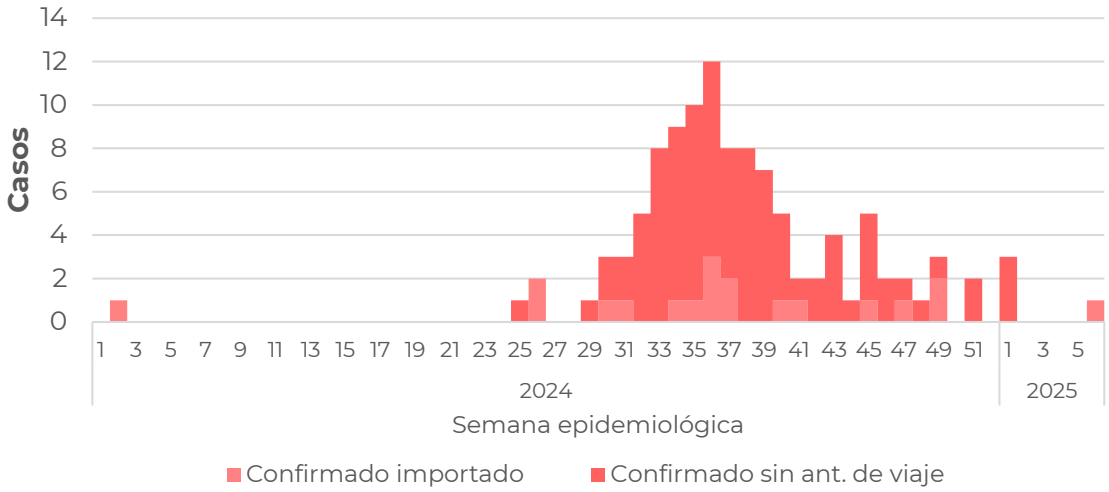
Entre las semanas 1 y 6 de 2025 se notificaron 30 casos, de los cuales 4 fueron confirmados. En la última semana epidemiológica se detectó un nuevo caso confirmado, que corresponde a un hombre residente de la provincia de Córdoba con antecedente de viaje al exterior.

La curva epidémica de casos confirmados por fecha mínima[9] 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.

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

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

Gráfico 1. Casos confirmados de Mpox según antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1/2024 a SE6/2025. (N=111)



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

Hasta el momento, se realizaron estudios para la identificación de clado en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS "Carlos Malbrán" en 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

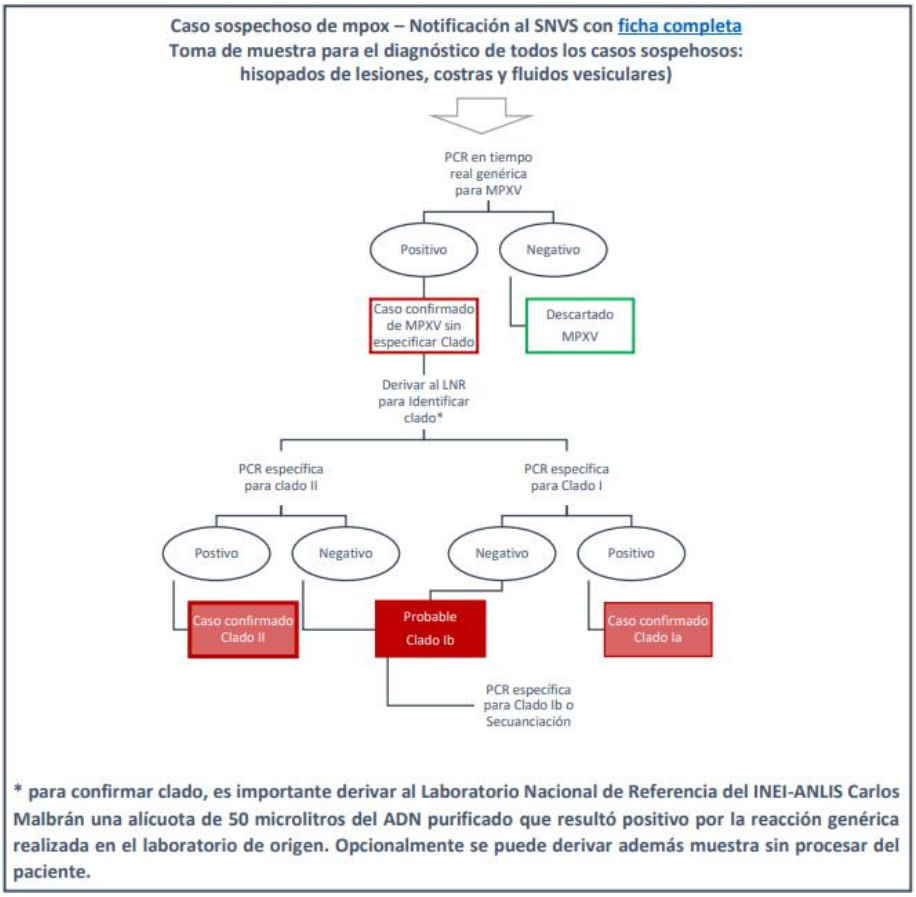
- Todo caso sospechoso con resultados detectables de PCR para Orthopox del grupo eurasiático-africano o de PCR en tiempo real para virus MPX genérica o específica de los clados.

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, embarazadas, 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 embarazadas.

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

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

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

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

Ficha de notificación:

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

Más recomendaciones e información en:

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

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

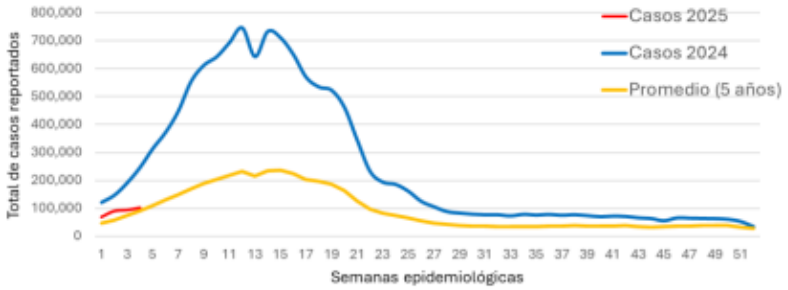
IV.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus

IV.1.A. INTRODUCCIÓN

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento Informe de situación. Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 04, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud actualizado el 6 de febrero.

A la semana epidemiológica (SE) 4 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 355.621 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 35 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 50% en comparación al mismo periodo del 2024 y un incremento de 32% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 4.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 4 en 2025, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De los 355.621 casos de dengue reportados en las Américas, 109.518 casos (31%) fueron confirmados por laboratorio y 448 (0,1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 71 muertes por dengue, para una letalidad del 0,020%. Veinte países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 4. Estos países registran en conjunto 102.388 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 4. Del total de casos registrados en la SE 4, 119 fueron casos de dengue grave (0,1%) y se reportaron 16 muertes para una letalidad de 0,015%.

IV.1.B. SUBREGIÓN CENTROAMÉRICA Y MÉXICO

Un total de 4350 nuevos casos sospechosos de dengue se notificaron durante la SE 4. Hasta esta semana la subregión presenta una disminución de 50% en comparación con el mismo periodo del 2024 y un incremento de 12% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 4, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión de Centroamérica y México.

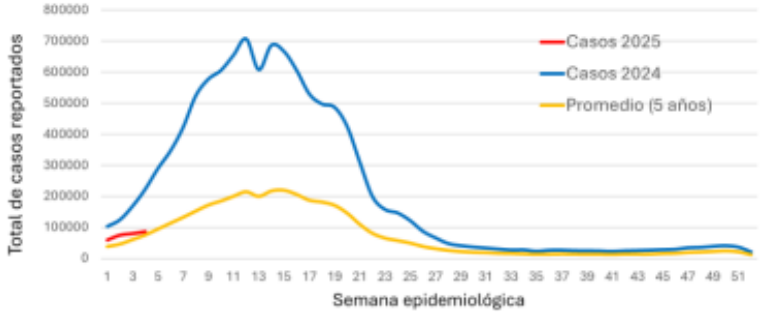


Fuente: Organización Panamericana de la Salud

IV.1.C. SUBREGIÓN CONO SUR

. Se notificaron 86,411 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 4. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 52% en comparación con la misma semana del 2024 y un incremento de 34% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Brasil presentan un incremento de 32% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas

Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 3, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del 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 13/02/2025 en países regionales seleccionados[10]. Además, se incluye información de la actualización epidemiológica de Oropouche en la Región de las Américas, publicada el 11/02/2025[11].

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. Para el año en curso, hasta la SE 5/2025 se reportaron 333.953 casos de dengue, con 52 fallecimientos registrados. 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 6/2025, se registraron 24.068 casos, un 68% menos que lo reportado en la misma semana del 2024, con 7 fallecidos reportados para este evento. 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, sin fallecidos notificados. Hasta la SE 4/2025 se reportaron 271

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

[11] Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-oropouche-region-americas-11-febrero-2025

casos, un 91% menos que lo reportado hasta la misma semana durante el año 2024. No se registraron fallecidos para este evento. En cuanto a Oropouche, durante 2024 se notificaron 13.785 casos confirmados, incluidas cuatro defunciones. El mayor número de casos se registró en los primeros meses del año, seguido de un descenso progresivo que se mantuvo hasta la SE 40. A partir de la SE 43/2024, se registró una tendencia ascendente en el número de casos, y en 2025, hasta la SE 5, se han notificado 3.678 casos.

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. Hasta la SE 4/2025 se reportaron 2.354 casos, un 62% menos que a la misma semana del 2024, sin fallecidos registrados para este evento. En cuanto a chikungunya, durante el año 2024 se reportaron 505 casos, un 66% menos respecto al año anterior. Hasta la SE 4/2025, fueron registrados 33 casos, lo que representa un descenso del 59% respecto de la misma SE del 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. Hasta la SE 4/2025 se notificaron 16 casos, un 62% menos respecto a 2024. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos. Respecto a Oropouche, en 2024, se notificaron 356 casos confirmados, sin defunciones asociadas. Los casos se concentraron en los primeros meses del año hasta la SE 20/2024. Durante 2025, no se han registrado casos confirmados para este evento.

Paraguay: 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 5/2025 se reportaron 4.986 casos, un 95% menos que a la misma semana de 2024, con dos 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 6/2025 se registraron 39 casos para este evento, un 98% menos comparado con la misma semana del año 2024. Con respecto al zika, durante 2024 se registraron 12 casos, mientras que en 2023 no hubo casos para este evento. Hasta la SE 5/2025 no se han reportado casos.

Perú: durante el año 2024 se notificaron 280.726 casos de dengue, un valor similar al año 2023, y 259 fallecidos. Hasta la SE 5/2025 se notificaron 9.891 casos de dengue, con 4 fallecimientos registrados 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 3/2025, se registró 1 caso para este evento. Asimismo, durante el año 2024 se notificaron 7 casos de zika, un 72% menos respecto al año 2023. Hasta la SE 3/2025, no se han registrado casos para este evento. Respecto a Oropouche, en 2024 se notificaron 1.263 casos confirmados, con una mayor concentración en los primeros meses del año y sin defunciones asociadas. En 2025, hasta la SE 4, se han confirmado 2 casos.

En relación con los serotipos de dengue, Paraguay y Bolivia registran circulación de DEN 1 y DEN 2. 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.

Además, se ha registrado un brote de Oropouche en la Región de las Américas que en el año en curso afecta a Brasil y Perú.

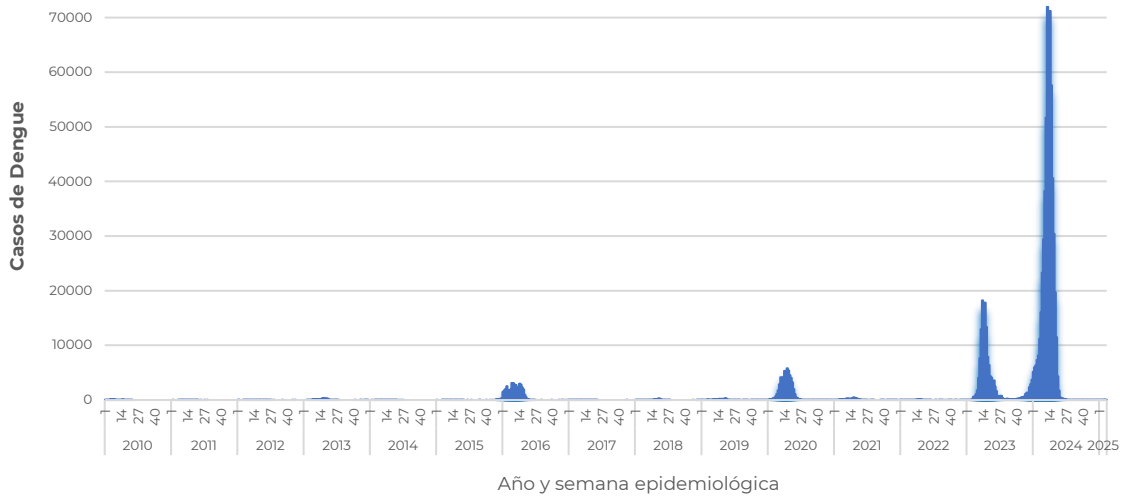
IV.2. Situación de dengue en Argentina

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-SE6/2025. Argentina. N=845.505.

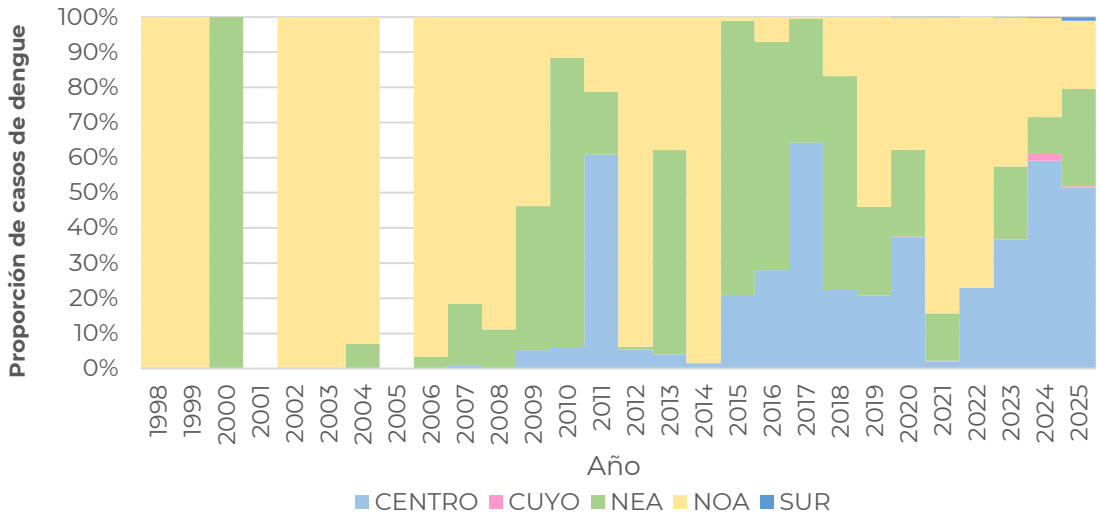


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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

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

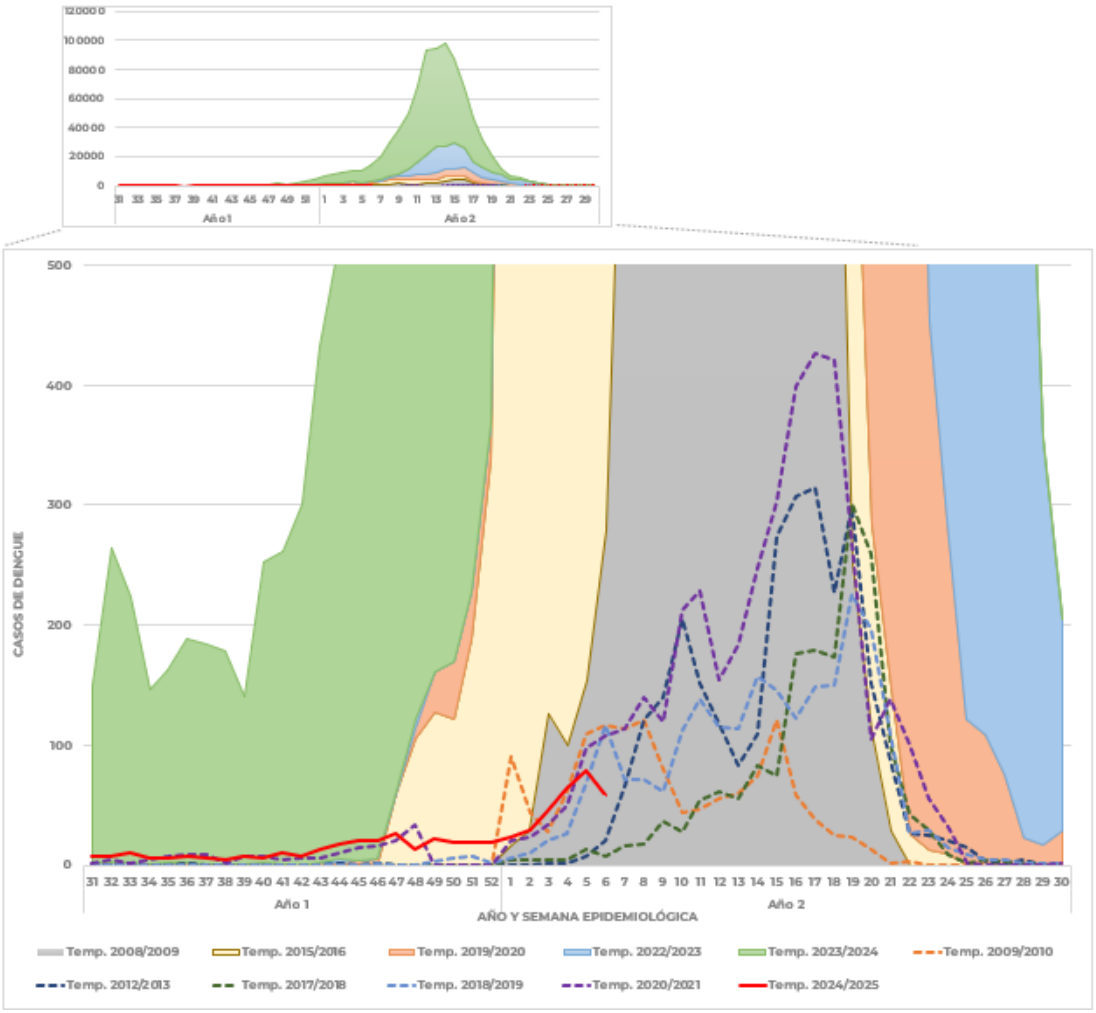
Gráfico 5. Dengue: Distribución regional de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998- 2025.



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

En los últimos cinco años, Argentina ha experimentado un incremento sostenido en el número de casos de dengue, con la aparición de brotes en departamentos sin antecedentes de transmisión. A partir de 2023, se constató la persistencia de la circulación viral durante la temporada invernal en la región del NEA y adelantamiento de los casos, evidenciando un cambio en la temporalidad.

Gráfico 6. Dengue: Casos totales por semana epidemiológica. Comparación entre temporada actual, temporadas epidémicas 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 SE6/2025. Para esta edición, y con el fin de que se visualice con mayor claridad la temporada actual y su comparación con el resto, se seleccionaron para el análisis las temporadas no epidémicas con más de 1000 casos.

Aunque los casos reportados en la temporada actual se encuentran por debajo de los niveles observados en temporadas epidémicas, superan los valores correspondientes a las temporadas no epidémicas, prácticamente en todas las semanas epidemiológicas desde las SE 41 y hasta las SE 1 de cada año. Si analizamos el gráfico durante las SE2 y SE3, se observa como la curva correspondiente a la temporada actual se posiciona por encima de las temporadas no epidémicas, exceptuando al 2009/2010. Desde la SE4 en adelante, la curva actual (roja) sigue la tendencia de las temporadas 2009/2010 (n= 1.329) y 2020/2021 (n=4.157), teniendo en cuenta que esta última fue la de mayor magnitud dentro de las no epidémicas. En este contexto, si bien la situación epidemiológica actual no se asemeja a la elevada magnitud de casos registrada en las últimas dos temporadas epidémicas, su posición por encima de las temporadas no epidémicas subraya la necesidad de monitorear su evolución

en las próximas semanas para determinar la tendencia definitiva de la temporada actual. Concomitantemente con esta descripción, es preciso tener en cuenta que se están comparando SE actuales con las de años cerrados, es por ello que se hace necesario reforzar aún más la importancia del análisis y el monitoreo de la situación 2025.

Por lo dicho, se insta a los equipos de salud a fortalecer las estrategias de vigilancia, incluyendo la sospecha clínica, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de los casos.

IV.2.B. TEMPORADA ACTUAL

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE6/2025), se notificaron en Argentina 30.495 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 573 fueron confirmados. Como se puede observar en la Tabla 1, un total de 549 casos no registraron antecedentes de viaje (95%). 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 117 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas[12]. Se confirmaron 24 casos con antecedente de viaje a Brasil, Cuba, México, Maldivas, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Colombia[13].

Durante la SE6/2025 (según fecha de notificación al SNVS), se notificaron 1706 casos sospechosos[14] de los cuales 97 se confirmaron y 64 fueron clasificados como casos probables, de los cuales el 86% se encuentra en investigación con respecto al antecedente epidemiológico. Cabe destacar que estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

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

- Hasta la SE42 se notificaron entre 6 y 11 casos (promedio de 7 casos por semana), observándose una tendencia estable en la curva.
- Desde la SE42 hasta la SE52, se distinguen sutiles oscilaciones en el aumento/descenso en la detección de casos confirmados de dengue, con una tendencia estable y cuyo rango fluctúa entre 13 y 27 (19 casos promedio por SE) sin variaciones sustanciales en el comportamiento epidemiológico.
- A partir de la SE1, y considerando la carga retrospectiva de casos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), se evidencia un aumento progresivo de casos con una curva que tiende al ascenso, cuyo rango de casos fluctúa entre 23 y 79 (49

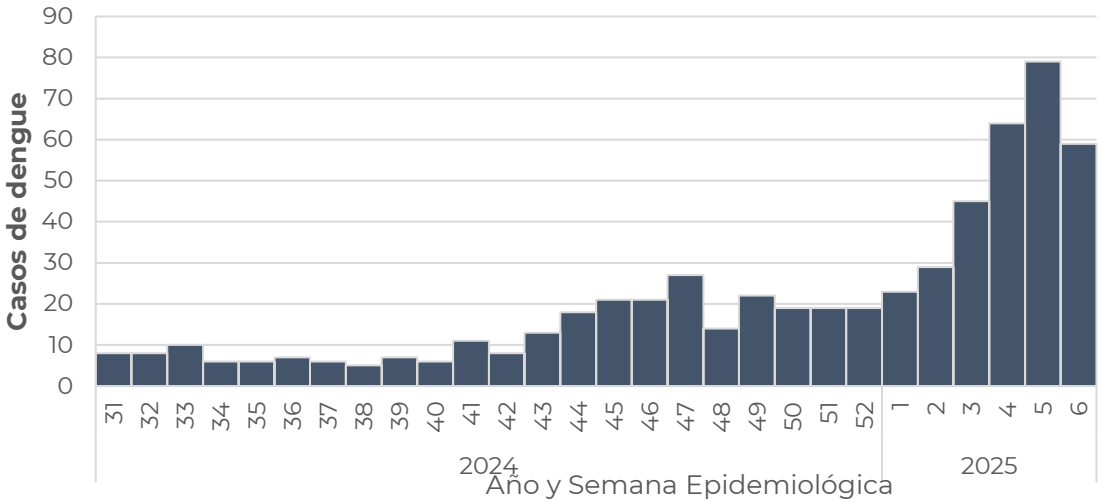
[12]En los casos que cuentan con antecedente de vacunación reciente, un resultado positivo por métodos confirmatorios puede deberse a una transmisión vectorial (infección aguda) o infección por virus salvaje o vacunal. Por lo tanto, aquellos casos vacunados de menos de 30 días se deberán considerar como 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

[13] **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.

14 Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

casos promedio por SE). Es importante considerar que durante la última semana epidemiológica puede observarse un descenso aparente en el número de casos, el cual podría ser atribuible a retrasos en la notificación. Este fenómeno se corregirá y reflejará adecuadamente en los análisis subsiguientes, una vez que se actualicen los registros.

Gráfico 7. Dengue: Casos confirmados[15] por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE6/2025. 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).

[15]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 de Dengue y Dengue en embarazadas 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 SE6/2025. 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	17	171	6	5	2971	660	3830
CABA	5	57	4	1	1383	476	1926
Córdoba	101	314	4	2	3910	294	4625
Entre Ríos	7	27	0	4	486	7	531
Santa Fe	54	41	3	1	1815	259	2173
Total Centro	**184**	**610**	**17**	**13**	**10565**	**1696**	**13085**
Mendoza	9	40	2	2	1357	94	1504
San Juan	0	3	0	1	236	7	247
San Luis	0	0	0	0	98	12	110
Total Cuyo	**9**	**43**	**2**	**3**	**1691**	**113**	**1861**
Chaco	2	177	0	0	1820	94	2093
Corrientes	1	39	1	0	317	76	434
Formosa	286	4	0	0	3639	4	3933
Misiones	2	12	0	2	850	2	868
Total NEA	**291**	**232**	**1**	**2**	**6626**	**176**	**7328**
Catamarca	1	11	1	1	608	3	625
Jujuy	0	0	0	0	750	10	760
La Rioja	4	27	1	0	359	7	398
Salta	4	34	0	5	1390	68	1501
Santiago del Estero	0	30	0	1	749	235	1015
Tucumán	53	203	0	0	2940	442	3638
Total NOA	**62**	**305**	**2**	**7**	**6796**	**765**	**7937**
Chubut	0	0	2	1	17	2	22
La Pampa	3	2	0	0	160	17	182
Neuquén	0	2	0	1	24	6	33
Río Negro	0	0	0	1	2	0	3
Santa Cruz	0	0	0	1	32	2	35
Tierra del Fuego	0	0	0	0	8	0	8
Total Sur	**3**	**4**	**2**	**4**	**243**	**27**	**283**
Total País	**549**	**1194**	**24**	**29**	**25921**	**2777**	**30494**

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).

Formosa: los casos del país se presentaron durante todas las semanas a expensas de las notificaciones aportadas principalmente por la provincia de Formosa. Desde la SE31 se registran conglomerados de casos en los departamentos Patiño, Capital, Pilcomayo, Pilagás y Pirané, de poca cuantía.

En las últimas 4 semanas, se observa un aumento de casos en dichos departamentos. El serotipo que circula con mayor frecuencia es DEN-2.

A partir de la SE2, el departamento de **Formosa (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[16].

Córdoba: desde la SE42, se notificaron los primeros casos de dengue sin antecedente de viaje en el departamento Capital. Córdoba se convirtió así en la primera jurisdicción de la región Centro en registrar casos de dengue durante la temporada 2024/2025. Durante las semanas subsiguientes se notificaron casos aislados además en Colón, General San Martín, Río Primero, Unión, Ischilín, Marcos Juárez, San Alberto y Santa María.
Desde la SE3 se verifica un aumento de casos de dengue a expensas de conglomerados localizados en los departamentos Capital (Córdoba), Colón (Jesús María), San Javier (San José) y General San Martín (Villa María). El serotipo detectado principalmente es DEN-1.
A partir de la SE 5, el departamento de **San Javier** se encuentra en la fase de alerta temprana, así como también el departamento de **Capital (Córdoba**) desde la SE6.

Santa Fe: se notificaron los primeros casos aislados de dengue a partir de la SE43 en localidad de Sunchales, perteneciente al departamento Castellanos. Posteriormente se adicionaron casos esporádicos en otros departamentos como Rosario, Belgrano y San Lorenzo. Durante la SE1 se constata un aumento progresivo de casos, detectándose pequeños conglomerados, en Rosario a expensas del serotipo DEN-1.

Tucumán: desde la SE50 se registran conglomerados de casos de dengue en las localidades Aguilares y Los Sarmientos, pertenecientes al departamento Río Chico cuyo serotipo detectado es DEN-1. Además, en el transcurso de la temporada se han detectado casos aislados en Cruz Alta, Chicligasta y Monteros.

Otras jurisdicciones que notificaron casos aislados sin antecedente de viaje son: **Mendoza** (Luján de Cuyo, Maipú, Guaymallén y Godoy Cruz), **CABA** (Comuna 1, 3 y 14), **Buenos Aires** (San Martin, Hurlingham, La Matanza, Lanús, Malvinas Argentinas, Morón y Pilar), **Entre Ríos** (Concordia, La Paz, Nogoyá y Paraná), **Salta** (Capital), **Misiones** (L.N. Alem e Iguazú) y **La Rioja** (Capital).

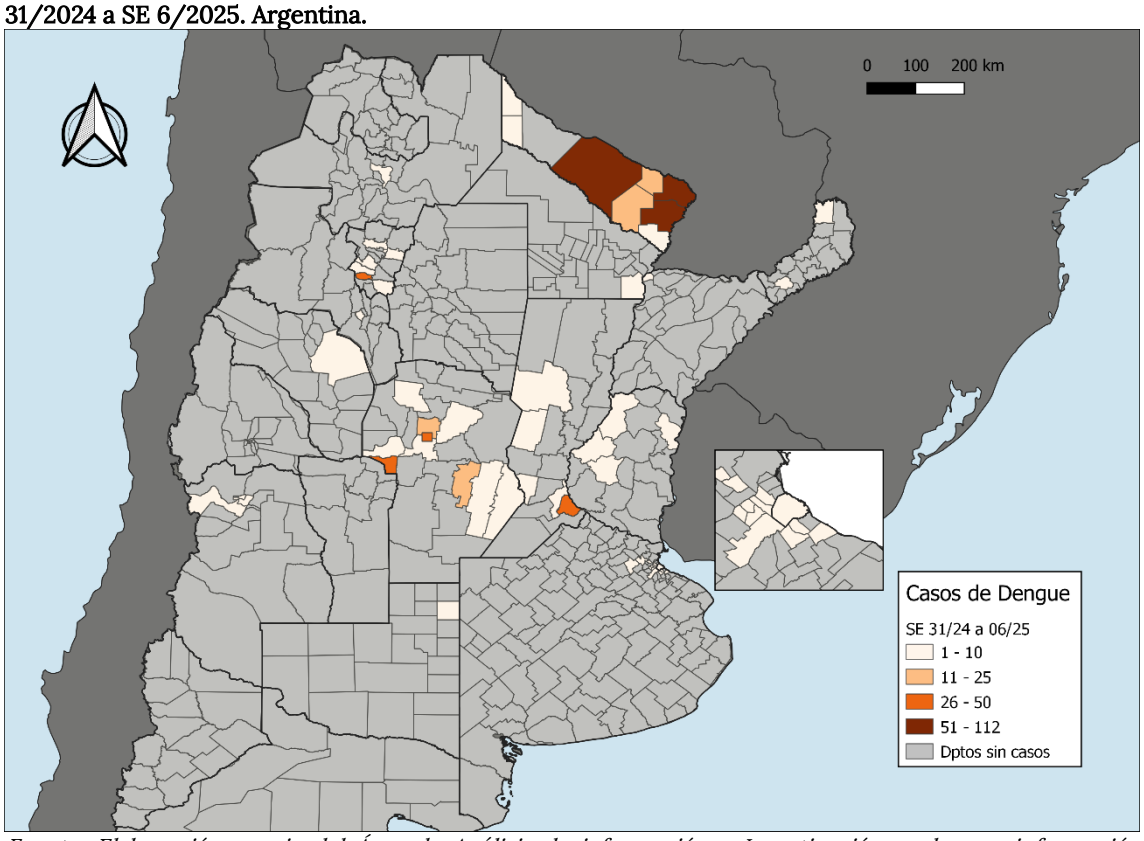
En la SE2, se notificó el primer caso confirmado sin antecedente de viaje en la provincia de **La Pampa**, el mismo corresponde al departamento de Maracó, localidad General Pico. En la SE 6, se notificaron dos casos más correspondientes al mismo departamento.

En la SE6, se notificó el primer caso confirmado sin antecedente de viaje en la provincia de **Corrientes** (departamento capital).

[16] 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

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 6/2025. 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).

Con excepción de las provincias de Formosa, Tucumán, Córdoba y Santa Fe 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.

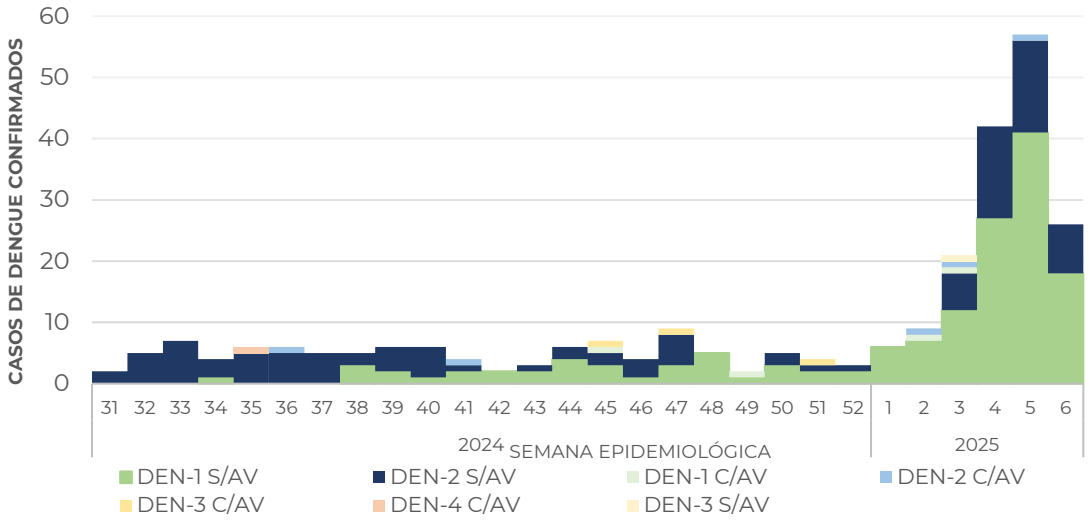
IV.2.D. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (56,9%), sobre todo a expensas de la notificación de la provincia de Formosa. Los casos a DEN-2 alcanzan un 47%.

Durante la SE4 se ha notificado el primer caso de dengue con serotipo DEN-3, sin antecedente de viaje, en el departamento de Rosario, Santa Fe.

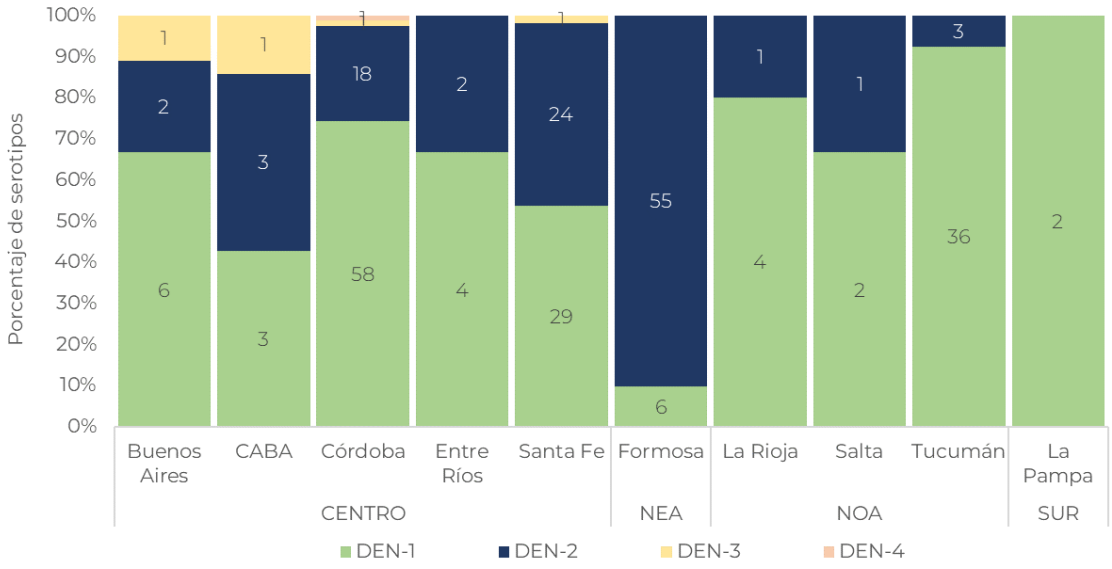
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país.

Gráfico 8. Dengue: identificación de serotipo y antecedente de viaje según semana epidemiológica según fecha mínima. SE31/2024 a SE6/2025. 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=267) según provincia. SE31/2024 a SE6/2025. 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 EL EMBARAZO"

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

Desde su creación, se han notificado 101 casos sospechosos de dengue[17] durante el embarazo de los cuales, 5 casos ha sido confirmados, 1 casos probables, 87 cuentan con laboratorio negativo y 8 no cuentan con laboratorio.

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

El segundo caso se detectó en Santa Fe (departamento de Rosario), cuyo serotipo es DEN-2.

En la provincia de Córdoba (departamento de Colón) se han registrado 2 casos confirmados serotipo DEN-2. En uno de los casos, se registró un recién nacido con diagnóstico de DEN-2 (mismo serotipo que su madre) asociado a transmisión vertical. Como manifestaciones clínicas asociadas se registraron: exantema y trombocitopenia. Permaneció internado en el área de neonatología, con buena evolución. Se encuentra de alta médica.

Por otra parte, en CABA se registró un caso confirmado (Comuna 14) donde aún no se obtuvo el serotipo. Todas las pacientes embarazadas no presentan antecedentes de viaje ni vacunación y han mostrado una evolución clínica favorable.

IV.2.F. DENGUE GRAVE

Se notificó el primer caso de dengue grave durante la SE6 en la provincia de La Rioja, con antecedente de viaje a Formosa, en un niño de 12 años. La signo-sintomatología referida inicial fue fiebre, cefalea, disnea, dolor retroocular y malestar general, agregando al 4to día sangrado de mucosas y dificultad respiratoria. Cursó 4 días de internación, con recuperación total, actualmente de alta médica. Se detectó el serotipo DEN-2.

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 SE6/2025).

La vigilancia de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y estudios en personas con antecedentes de viaje a zonas donde se está registrando transmisión; desde el inicio de la vigilancia de Oropouche, se han investigado hasta el momento 1799 casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

17 Durante la última semana, las jurisdicciones realizaron una revisión de los casos notificados en el evento “Dengue durante en embarazadas”, resultando en un descenso en el número total publicado en la edición anterior dado que se invalidaron aquellos casos que presentaban errores de carga.

Tabla 2. Número de muestras estudiadas y positivas para Otros arbovirus. SE31/2024 a SE6/2025. 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	109	0	43	0	54	3	25	0	7
CABA	0	5	0	2	0	1	0	1	0	2
Córdoba	0	72	0	21	0	35	3	235	0	0
Entre Ríos	1	20	0	1	0	7	3	28	0	1
Santa Fe	0	714	0	50	0	33	0	9	0	13
Total Centro	**1**	**920**	**0**	**117**	**0**	**130**	**9**	**298**	**0**	**23**
Mendoza	0	248	0	70	0	42	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0
San Luis	0	0	0	2	0	2	0	7	0	0
Total Cuyo	**0**	**248**	**0**	**72**	**0**	**45**	**0**	**9**	**0**	**0**
Chaco	15	671	0	327	0	19	0	2	0	1
Corrientes	0	10	0	4	0	7	0	1	0	0
Formosa	0	16	0	2	0	77	0	0	0	0
Misiones	0	41	0	18	0	25	0	0	0	18
Total NEA	**15**	**738**	**0**	**351**	**0**	**128**	**0**	**3**	**0**	**19**
Catamarca	0	12	0	9	0	1	0	0	0	9
Jujuy	0	30	0	14	0	1	0	1	0	0
La Rioja	0	46	0	45	0	2	0	1	0	24
Salta	0	292	0	192	0	70	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	21	0	10	0	0	0	3	0	1
Tucumán	0	7	0	10	0	61	0	0	0	1
Total NOA	**0**	**408**	**0**	**280**	**0**	**135**	**0**	**5**	**0**	**35**
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	2	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**	**5**	**0**	**0**	**0**	**0**
Total País	**16**	**2314**	**0**	**820**	**0**	**443**	**9**	**315**	**0**	**77**

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 15 casos positivos Chikungunya de la provincia del Chaco corresponden a casos probables por IgM positiva; casos aislados desde la SE35 hasta la SE48/2024 y dos casos en las SE2 y SE5 del 2025, en distintos departamentos de la provincia, la mayoría en Quitilipi.

Con respecto al caso positivo de Chikungunya de la provincia de Entre Ríos, el mismo corresponde a un caso sin antecedente de viaje del departamento de Gualeguaychú, el cual cuenta con una IgM positiva pero aún sin diagnóstico, al momento de esta edición, dado que se está estudiando para otros eventos por la variabilidad de síntomas que presenta.

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.

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

- Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO): Expresa la relación entre sensores positivos y examinados, estimando el riesgo entomológico. Este índice permite categorizar el riesgo como bajo (IPO < 40%), moderado (IPO entre 40% y 70%) o alto (IPO > 70%).
- Índice de Densidad de Huevos (IDH): Mide la relación entre la cantidad de huevos registrados y los sensores positivos, proporcionando información indirecta sobre la 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) -SE06 (2025)

Desde la semana epidemiológica (SE) 37 de 2024 hasta la SE 06 de 2025, los datos sistematizados en el Tablero Nacional muestran un aumento gradual en la positividad de los sensores de oviposición (IPO). El IDH presenta una tendencia similar, aunque más retrasada en el tiempo (Gráfico 1).

Gráfico 1. Evolución del IPO (línea azul) y el IDH (barras grises) en Argentina, SE 31 (2024)- SE 06 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Al desagregar por región, se observa que la región NEA presentó SO positivos desde la SE 39, con un ascenso posterior sostenido hasta la SE 52 (Gráfico 2). Las tendencias oscilantes que se aprecian están relacionadas con las variaciones en las condiciones ambientales y las medidas de control aplicadas. A partir de la SE 01, se observa un descenso en los valores

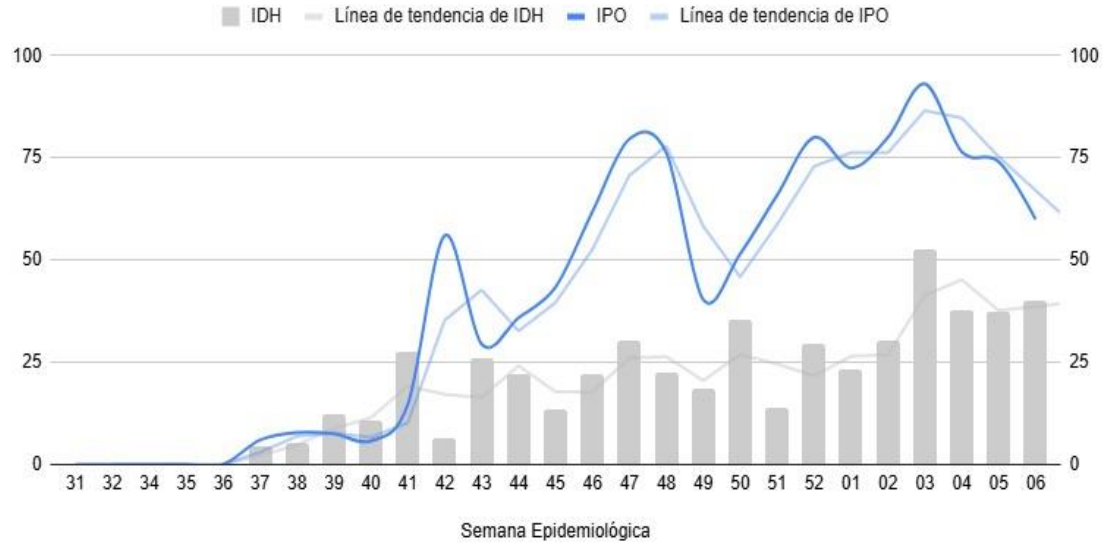
generales de la región hasta la SE05 donde nuevamente se detectó un incremento en el IPO, aunque con tendencias particulares en cada jurisdicción vigilada.

Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 06 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 06 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En el caso de la región NOA, el inicio de la positividad se detectó a partir de la SE 37 2024, con un ascenso oscilante a partir de la SE 42 y superando, por primera vez en la temporada, el umbral de riesgo entomológico moderado (valores de IPO superiores al 40%) (Gráfico 3). A partir de la SE 47, la región superó la barrera de riesgo entomológico alto, aunque evidenciando en las siguientes semanas un descenso temporal para volver a aumentar luego de la SE 50. Actualmente, observamos un descenso durante las dos últimas semanas, permaneciendo en valores de riesgo entomológico moderado.

Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 06 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.

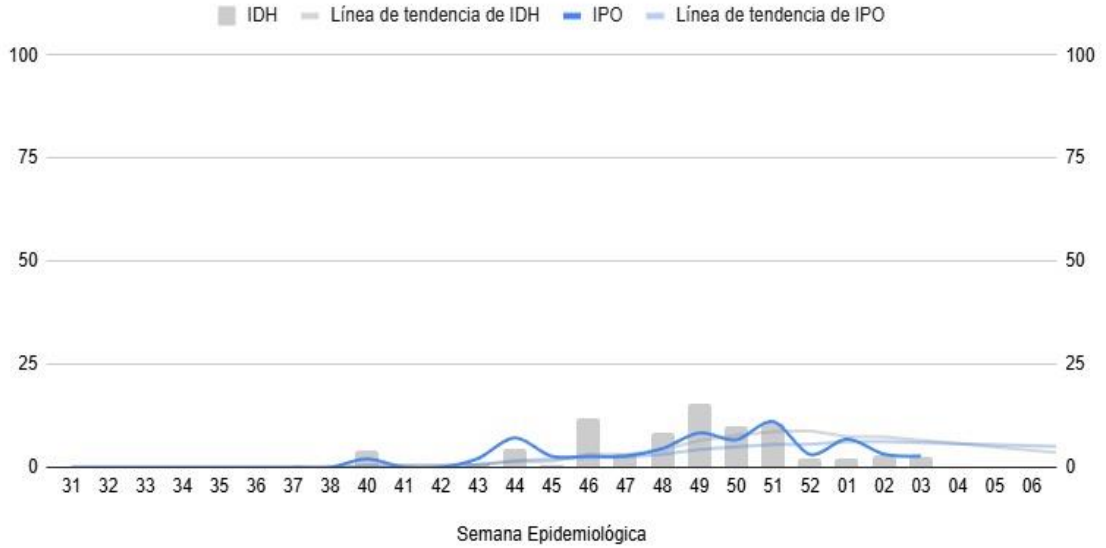


Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE.

En la región CENTRO, el inicio de la positividad se estableció a partir de la SE 41 (Gráfico 4), mostrando un ascenso del IPO más lento que las regiones de NOA y NEA, coincidente con las diferencias climáticas y ambientales de la región Centro. Los datos de dicha región no han superado hasta el momento los niveles correspondientes a riesgo entomológico moderado aunque evidencian un tendencia ascendente desde la SE02.

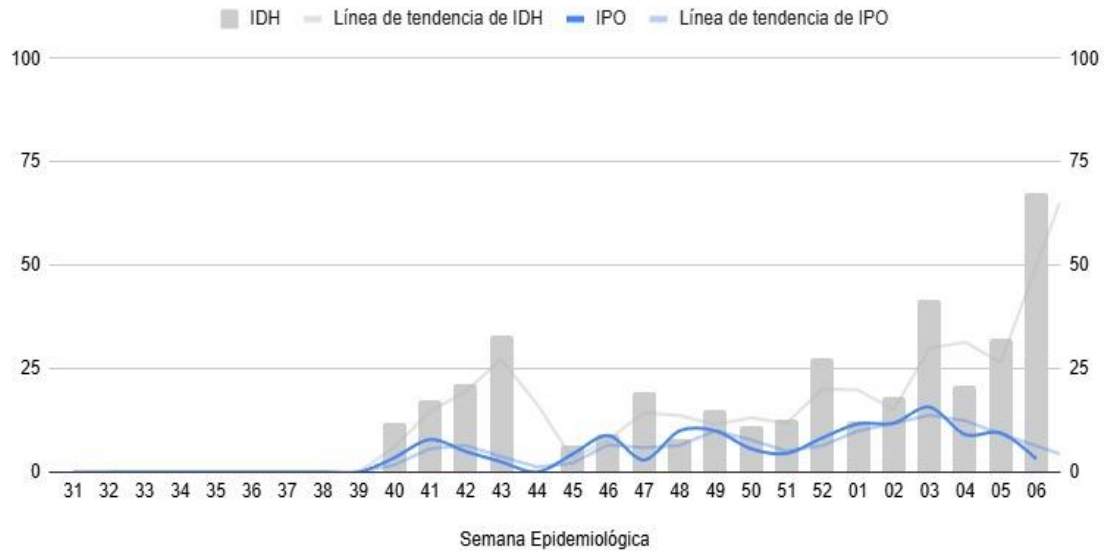
En el caso de la región CUYO, se observaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 5), aunque el patrón en este caso es oscilante, intercalando períodos de positividad y negatividad. La región CUYO continúa mostrando en términos generales un riesgo asociado bajo. Para esta región se presentan los datos hasta la SE04.

Gráfico 5. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 06 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Gráfico 6. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 06 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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

En la región SUR, se hallaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 6), aunque no en todas las jurisdicciones monitoreadas. La tendencia observada muestra un ascenso sostenido con intermitencias. Actualmente, se observa un nivel de riesgo entomológico bajo con un descenso en los valores del IPO desde la SE03, aunque con diferencias marcadas entre las jurisdicciones monitoreadas.

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. Nota Metodológica

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

V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios[18]

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 observado una tendencia general a la baja. En cuanto a la influenza, se ha registrado actividad epidémica en América del Norte y el Caribe, con un ligero descenso en las últimas semanas epidemiológicas (SE). La actividad del Virus Respiratorio Sincicial (VRS), tras haber alcanzado su pico en América del Norte, ha comenzado a descender, mientras que en el Caribe continúa en descenso. Finalmente, la actividad de SARS-CoV-2 sigue disminuyendo en la mayoría de las subregiones, excepto en Brasil y el Cono Sur, donde, tras un ligero aumento, se ha mantenido estable.

América del Norte: Los casos de ETI y las hospitalizaciones asociadas a virus respiratorios alcanzaron 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 tanto a influenza como a VRS. La actividad de influenza ha registrado niveles epidémicos en todos los países, y en Canadá y Estados Unidos se mantiene en ascenso. Durante este período, los virus de influenza predominantes han sido del tipo A(H3N2) y A(H1N1)pdm09. La actividad del VRS, tras alcanzar niveles similares a los máximos observados en temporadas previas, se mantiene en descenso. En contraste, la actividad de SARS-CoV-2 continúa en niveles bajos en comparación con olas anteriores.

Caribe: Los casos de ETI e IRAG han presentado en las últimas cuatro SE un ligero repunte, aunque con niveles inferiores a los de olas previas. La actividad de influenza ha mostrado un incremento en este mismo período, predominando el subtipo A(H1N1)pdm09. En cuanto al VRS, su actividad ha continuado en descenso. Asimismo, la actividad de SARS-CoV-2 se mantiene 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

[18] 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

predominantes han sido del tipo A(H3N2), seguido de B/Victoria. La actividad del VRS y de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos.

Países Andinos: La actividad de ETI e IRAG se ha mantenido en niveles bajos en la mayoría de los países durante las últimas cuatro SE. La actividad de influenza se mantiene en niveles bajos. Durante este período, ha predominado la influenza B/Victoria, seguida de A(H3N2). La actividad del VRS permanece en niveles bajos. En cuanto a SARS-CoV-2, tras el marcado aumento en la positividad observado en semanas previas, se ha registrado un descenso en las últimas tres SE.

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.

V.3. Síntesis de la información nacional destacada a la SE06/2025

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

- Entre la semana epidemiológica 1 y 5 de 2025 se notificaron 33.800 casos de ETI, 6.537 casos de Neumonía y 3.371 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando un descenso de las notificaciones de ETI del 52,2%, de neumonías del 33,0% y de bronquiolitis 47,2%, respecto al mismo período del 2024.

V.3.B. VIGILANCIA CENTINELA DE VIRUS RESPIRATORIOS PRIORIZADOS

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- Las notificaciones de influenza y VSR permanecen en valores bajos. En las SE5 y 6/2025 se notificaron 3 casos de influenza entre las 39 muestras estudiadas. Para VSR, no se registraron casos positivos entre las 36 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 descendieron y se mantienen en valores bajos en las últimas semanas. En la SE6/2025 se registran 2 casos positivos para SARS COV 2 entre las 48 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE18 de 2024 y la SE6 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 6097 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3391 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.
- En lo que va de 2025, las notificaciones de IRAG permanecen en niveles bajos, con bajos niveles de detección de SARS-CoV-2, influenza y VSR.

- En las últimas 4 semanas, entre 159 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 1 codetección de influenza y SARS-CoV-2, 4 detecciones de influenza, 3 casos de SARS-CoV-2 y 1 caso de VSR.[19]

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

- En las primeras 5 semanas de 2025, aunque se registran casos de influenza, VSR y otros virus respiratorios, los niveles de detección permanecen bajos.
- Desde la SE29 de 2024 se presentó un ascenso de las detecciones semanales de SARS-CoV-2, aunque los casos permanecieron en valores bajos, con el máximo registrado en SE44 (1002 casos) y tendencia descendente posterior.
- Durante la SE5/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, adenovirus, parainfluenza, VSR y metapneumovirus.

Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos

- En las primeras semanas del año 2025, las detecciones de influenza y VSR se mantienen en valores bajos. En la SE06/2025, se detectaron 8 casos de influenza, sin casos de VSR en personas hospitalizadas.
- Durante 2024, se notificaron 189 casos fallecidos con diagnóstico de influenza. En lo que va de 2025, se registran 3 fallecidos con este diagnóstico.
- Para SARS-CoV-2, luego del ascenso de casos registrado entre las SE34 y SE42, las detecciones permanecen en valores bajos. En la SE6/2025 se registraron 8 casos positivos internados con este diagnóstico. No se registraron personas fallecidas en la última SE.

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

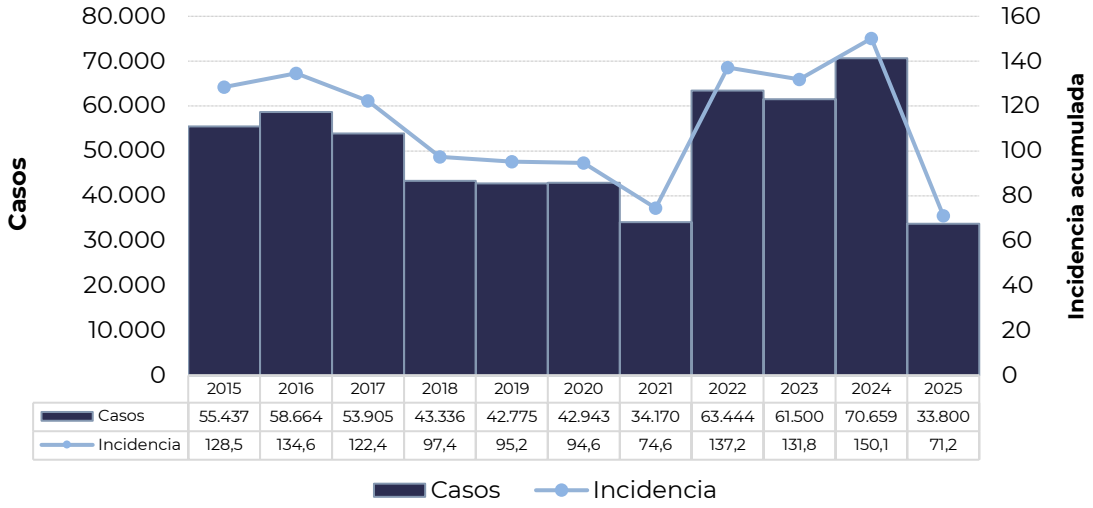
V.4.A. ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre las SE 1 y 5 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 33.800 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 71,2 casos/ 100.000 habitantes.

Para el periodo 2015 – 2025, el año 2024 registro el mayor número de notificaciones de ETI (70.659 casos), mientras que en la SE5 de 2025 se reportó un nivel de casos inferior en comparación con los años previos.

[19] Se consideran IRAG estudiadas aquellos casos con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE5. Total país.

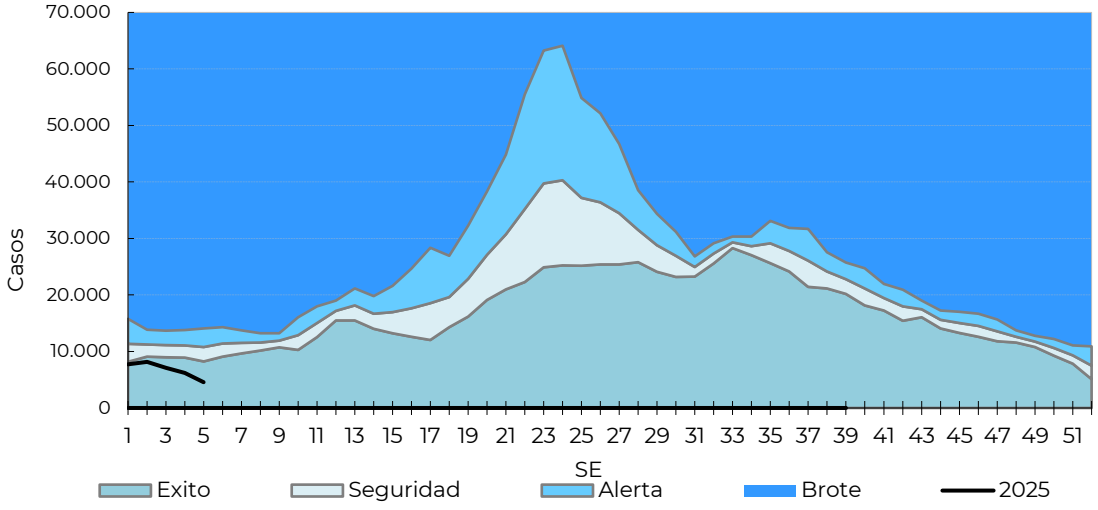


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	55.437	58.664	53.905	43.336	42.775	42.943	34.170	63.444	61.500	70.659	33.800
Incidencia	128,5	134,6	122,4	97,4	95,2	94,6	74,6	137,2	131,8	150,1	71,2

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

Para la SE05 de 2025, las notificaciones de ETI registradas en el SNVS correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, se encuentran dentro de los niveles esperados.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 5 de 2025[20]. 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].

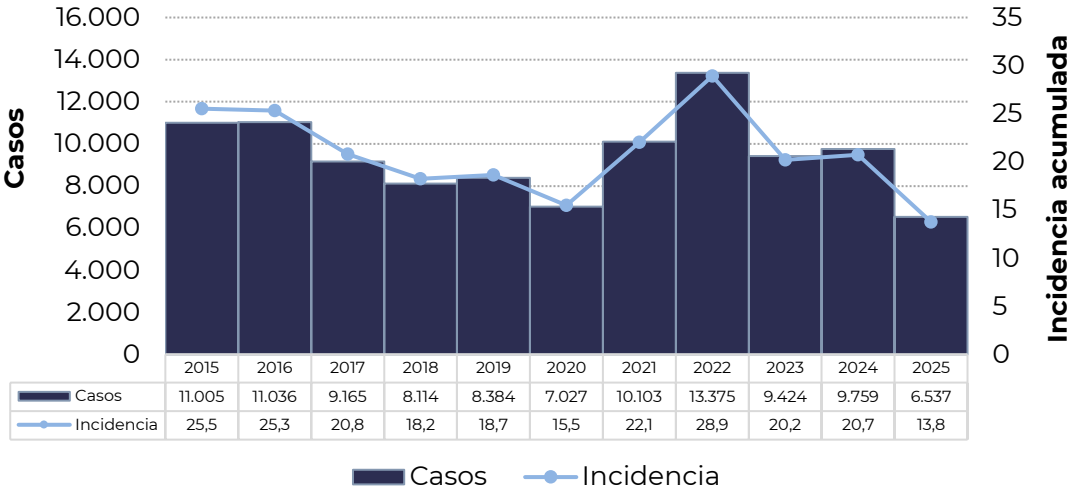
V.4.B. NEUMONÍA

Hasta la SE5 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 6.537 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 13,8 casos/ 100.000 habitantes.

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

Entre 2015 y 2025, las notificaciones de neumonía mostraron el mayor número de casos en 2022. Las notificaciones presentan una disminución sostenida entre 2016 y 2018, con un ligero ascenso en 2019 respecto del año anterior. En 2020 se registró un nuevo descenso de casos, volviendo a incrementarse durante los años 2021-2022, y mostrando una ligera disminución en 2023-2024. Para la SE5/2025, se verifica un menor número de registros en relación a años previos.

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE5. Total país.

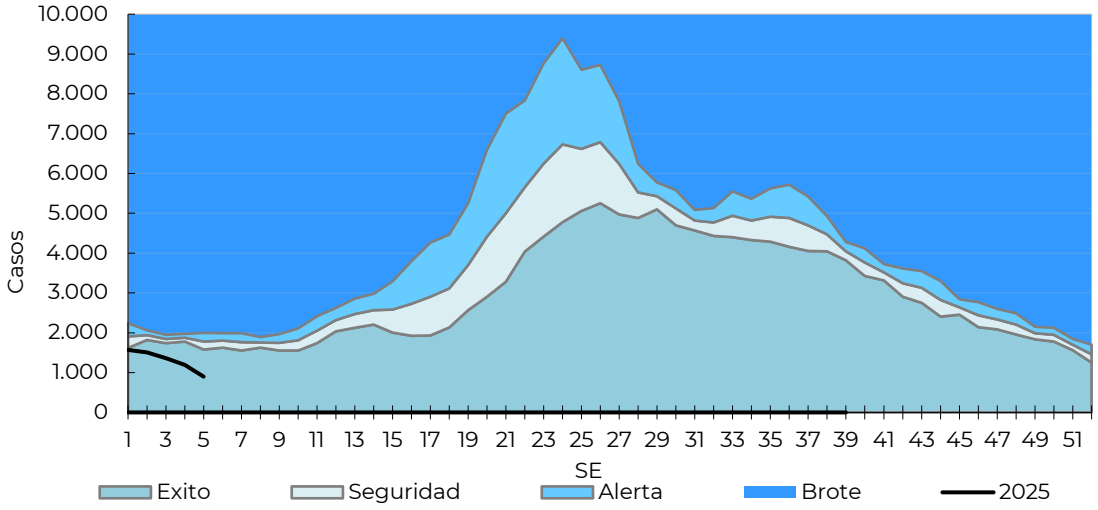


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	11.005	11.036	9.165	8.114	8.384	7.027	10.103	13.375	9.424	9.759	6.537
Incidencia	25,5	25,3	20,8	18,2	18,7	15,5	22,1	28,9	20,2	20,7	13,8

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

En las primeras 5 semanas de 2025, las notificaciones de neumonía a nivel país se ubican, respecto al comportamiento en años históricos, dentro de los limites esperados.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 5 de 2025[21]. 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].

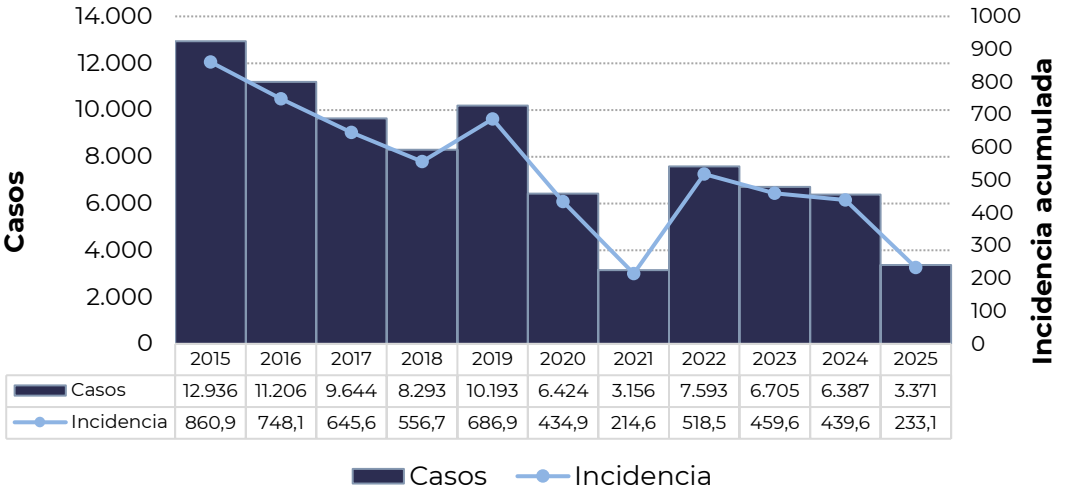
V.4.C. BRONQUIOLITIS

Para las primeras 5 semanas epidemiológicas de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 3.371 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 233,1 casos/100.000 habitantes.

En relación a los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 5 alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso a partir de 2016. En 2019, presentaron un ligero incremento, con un nuevo descenso en 2020 y 2021, cuando se registró el menor número de notificaciones. Para los años 2022 a 2024 se verifica un aumento en las notificaciones de bronquiolitis, mientras que en las primeras dos semanas de 2025 las notificaciones fueron menores en comparación con la mayoría de los años históricos, salvo para 2021.

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

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE5. Total país.

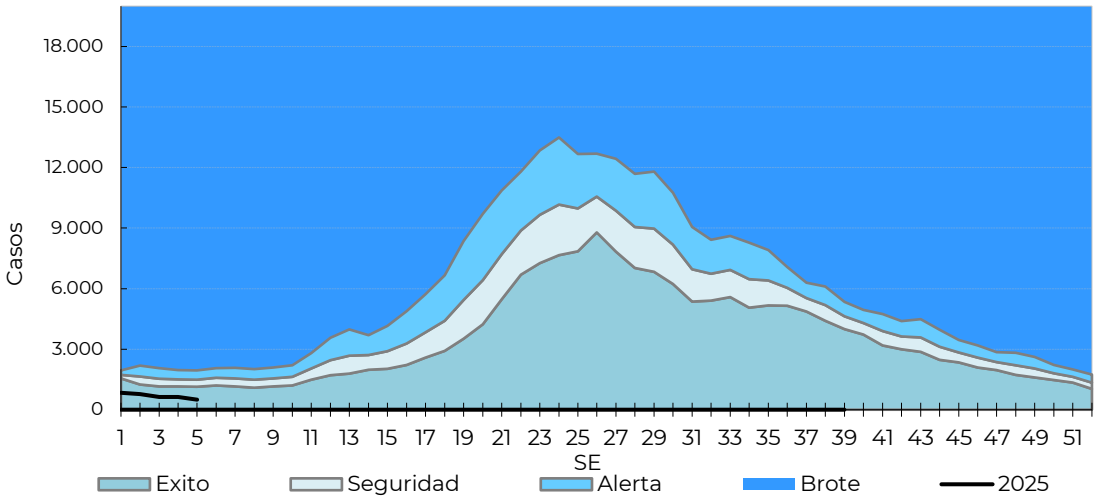


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	12.936	11.206	9.644	8.293	10.193	6.424	3.156	7.593	6.705	6.387	3.371
Incidencia	860,9	748,1	645,6	556,7	686,9	434,9	214,6	518,5	459,6	439,6	233,1

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

Para las 5 primeras semanas del año 2025, las notificaciones de bronquiolitis por semana se encontraron dentro de los límites esperados.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 5 de 2025[22]. Argentina.



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

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

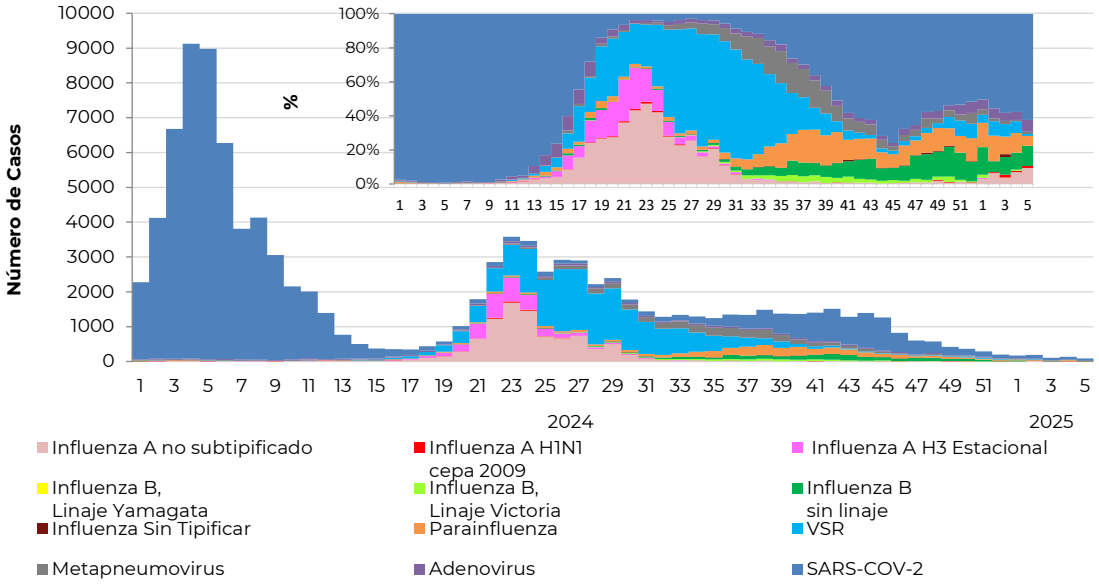
V.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios

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.

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

Durante la SE5/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, adenovirus, parainfluenza, VSR y metapneumovirus.

Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE5/2025. Argentina.

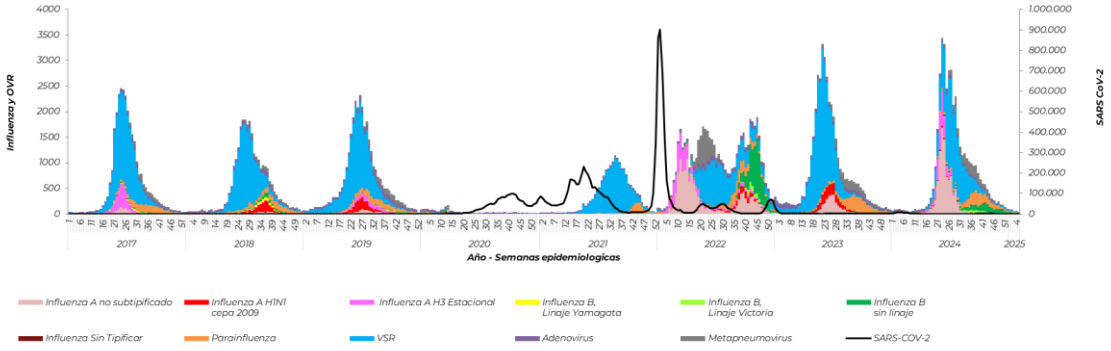


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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.

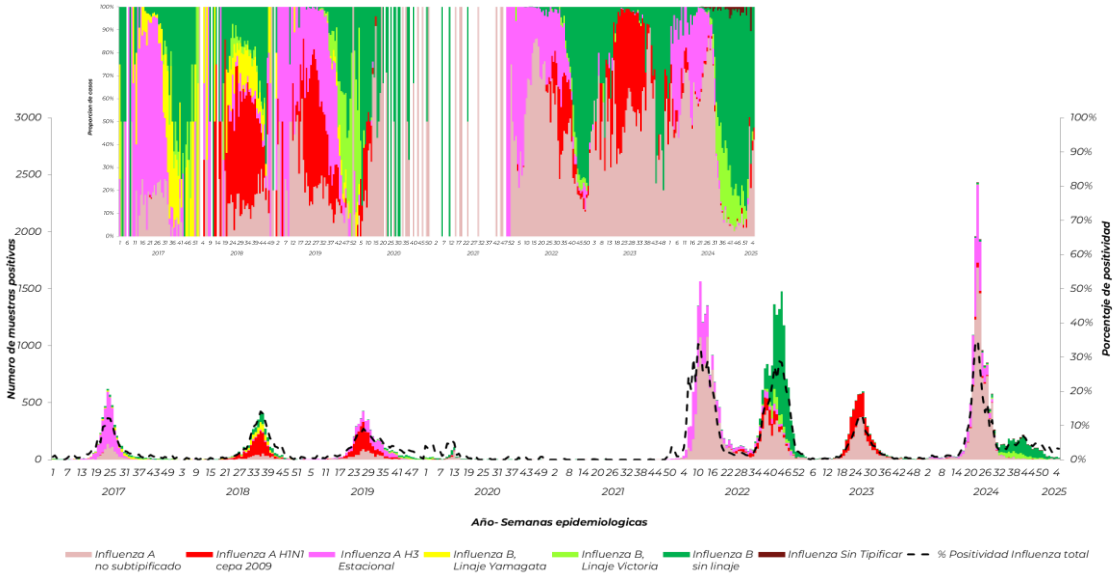
A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios. Durante el año 2022 se ha registrado un comportamiento inusual tanto en la estacionalidad y número de casos registrados de Influenza con un ascenso entre las SE3-14 y SE34-45 -este último a expensas fundamentalmente 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. Además, durante el año 2023, VSR presentó actividad estacional adelantada en comparación con la mayoría de los años pre-pandémicos y años 2021-2022, con un rápido ascenso de notificaciones entre SE 13 y 22.

Gráfico 8. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE5/2025. Argentina.



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

Gráfico 9. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE5/2025. Argentina.



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

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

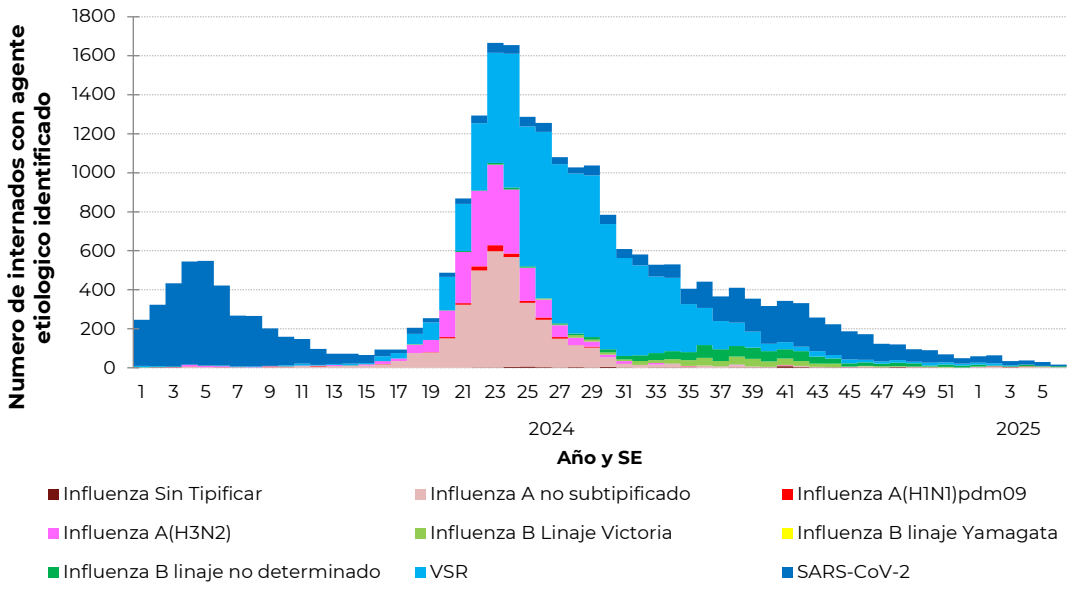
Entre SE01 y SE6 de 2025, se notificaron 144 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 94,1% menos casos. Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42, seguido de una disminución sostenida. Para la SE6/2025 se registraron 8 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, las detecciones de **influenza** permanecen en niveles bajos, con un total de 67 casos en lo que va de 2025. Esto representa un ascenso del 39,6% respecto de las notificaciones registradas para el mismo período de 2024. Durante 2024, a partir de la SE16, las detecciones mostraron un aumento, alcanzando su pico en la SE23. El 78% de los casos anuales se concentraron entre las SE18 y SE30, con predominio de Influenza A/H3N2. Desde la SE31/2024 se registra un menor número de casos, con predomino de influenza B desde la SE32 en adelante.

Entre los 67 casos de influenza notificados durante 2025, se registraron detecciones tanto de influenza A (n=32) como B (n=34). De los casos de influenza A, 5 cuentan con subtipificación, correspondiendo 4 a influenza A (H1N1) pdm09 y 1 a influenza A (H3N2). En relación a influenza B, 4 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. 1 caso de influenza permanece a la fecha sin tipificar. En la SE06/2025, se notificaron 8 casos de influenza en personas hospitalizadas.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 30 casos hospitalizados positivos para VSR. Durante 2024, a partir de la SE16 se registra tendencia ascendente de las detecciones semanales de VSR, que alcanza su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En la última semana analizada (SE6), no se registran casos de VSR en hospitalizados.

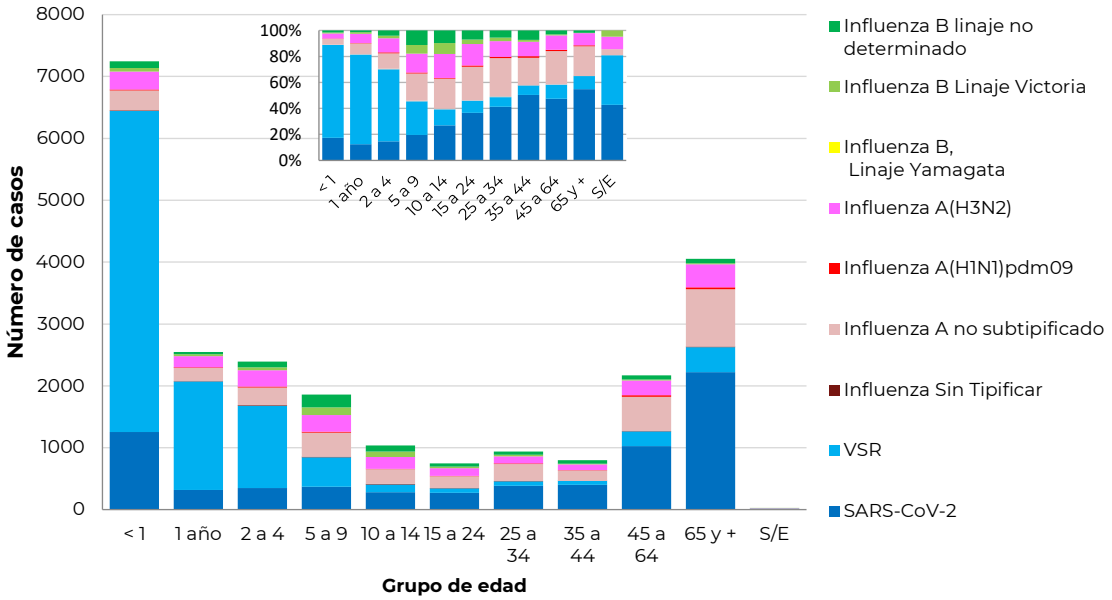
Gráfico 10. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2023 a SE6/2025. Argentina.



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

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

Gráfico 11. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2024 a SE6/2025.



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

A la fecha de elaboración de este informe, entre las SE 01-52 del año 2024, se notificaron al SNVS 2.0 189 casos fallecidos con diagnóstico de influenza. En lo que va de 2025, se registran 3 fallecidos con este diagnóstico [23] .

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

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

ACTUALIZACIÓN **PERIÓDICA DE EVENTOS**

VI. Situación epidemiológica de Chagas en embarazadas y Chagas congénito. 2019-2024

VI.1. Introducción

La Enfermedad de Chagas o Tripanosomiasis americana es una infección causada por el parásito protozoo *Trypanosoma cruzi*, el cual puede transmitirse a las personas por diferentes vías. En Argentina, las principales son la vertical y la vectorial, siendo infrecuentes la transmisión por vía transfusional, oral, por trasplantes de órganos y por accidentes de laboratorio.

La infección por T. cruzi puede presentar síntomas o cursar de manera asintomática. Luego de la fase aguda, evoluciona a una fase crónica dentro de la cual el 30% de las personas infectadas desarrollarán enfermedad cardíaca, trastornos del sistema digestivo (esófago o colon) o del sistema nervioso. El diagnóstico se realiza por métodos directos durante la infección aguda o mediante la detección de anticuerpos -por dos técnicas serológicas de diferente principio- durante la etapa de infección crónica.

El Chagas, considerado un problema relevante de Salud Pública, dispone de medidas eficaces para su prevención, diagnóstico, tratamiento y control. El desafío es la organización integral de la respuesta para minimizar el impacto en la salud de la población.

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

El análisis de la información se realizó considerando las modificaciones en la modalidad y estrategia de vigilancia implementadas a partir de la Actualización de las Normas de Vigilancia y Control y el Manual de Normas correspondiente, según lo establecido en la Resolución 2827/2022.

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

VI.2. Vigilancia Epidemiológica de Chagas

En el año 2007, mediante la sanción de la ley 26.281, se declaró de interés nacional y se le asignó prioridad a la Prevención y Control de todas las formas de transmisión de la enfermedad de Chagas, traducida en el desarrollo de intervenciones que permitan dar respuestas preventivas y de tratamiento. Asimismo, se estableció la obligatoriedad de la realización y la notificación de las pruebas diagnósticas en toda embarazada, en las personas recién nacidas, hijos/as de embarazadas infectadas hasta menores de 19 años (incorporado a partir de la actualización de pautas por Resoluciones 461/2019 y 569/2019) y, en general, en la población infantil al cumplir los 6 y 12 años de edad, según establezca la autoridad de aplicación.

En el marco de la reglamentación de la ley de Chagas, se destaca la creación de la Comisión Nacional de Gestión Integrada para la vigilancia, prevención y eliminación de la Transmisión

Perinatal del VIH, Sífilis, Hepatitis B y el Control del Chagas Congénito/vertical en Argentina (CoNaGeI-TP), integrada por direcciones y/o programas que dan respuesta sanitaria a ese grupo de problemáticas y que abordan el curso de vida de los grupos poblacionales con énfasis en la salud durante el embarazo, la niñez, infancia y adolescencia, así como salud sexual reproductiva y no reproductiva, atención primaria de la salud, epidemiología y otros actores institucionales.

VI.3. Objetivos de la vigilancia de Chagas

VI.3.A. OBJETIVO GENERAL

- Reconocer la situación epidemiológica de Chagas en Argentina y posibilitar las medidas de promoción, prevención y control de todas las formas de transmisión.

VI.3.B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar oportunamente casos agudos para la atención adecuada de los casos y orientar las acciones de control.
- Monitorear la tendencia de la forma de transmisión vertical.
- Estimar la prevalencia en el grupo poblacional de embarazadas
- Identificar a las embarazadas infectadas para determinar el riesgo de transmisión congénita.
- Asegurar la detección temprana de la población de recién nacidos expuestos, garantizando el seguimiento adecuado hasta completar el proceso de diagnóstico y el acceso - los que resulten infectados- al tratamiento oportuno y de calidad.
- Garantizar el acceso al tratamiento en la población infectada con capacidad de gestar (el cual -realizado en forma oportuna- permite disminuir el riesgo de transmisión vertical de la infección en futuros embarazos).
- Servir a las acciones programáticas de seguimiento de indicadores y planificación de insumos.

VI.4. Chagas en embarazadas en Argentina

VI.4.A. MODALIDAD DE VIGILANCIA Y NOTA METODOLÓGICA

La vigilancia epidemiológica de Chagas en embarazadas y de Chagas congénito forma parte de la estrategia para la eliminación de las Enfermedades de Transmisión Materno-Infantil (ETMI), un compromiso asumido por los países de la Región de las Américas con el objetivo de erradicar la transmisión vertical del VIH, las infecciones de transmisión sexual (ITS), la Hepatitis B y la Sífilis congénita como problemas de salud pública (OPS, 2017).

En nuestro país, el Chagas en embarazadas y el Chagas congénito están incluidos como eventos de notificación obligatoria, según lo establecido por la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022.

La notificación implica dos modalidades de vigilancia: agrupada y nominal.

La **modalidad agrupada numérica semanal de la estrategia de vigilancia por red de laboratorios** consiste en la notificación semanal de dos indicadores principales: la cantidad

de muestras estudiadas y positivas mediante dos técnicas serológicas para el diagnóstico de Chagas[24].

Se realizó un análisis de los datos contenidos en el SNVS 2.0, de la notificación nominal, entre el 1 de enero de 2013 y 31 de diciembre de 2024 con información notificada hasta el día 1 de febrero de 2025.

Para el análisis de las **notificaciones agrupadas**, se consideraron los datos de los grupos de eventos "embarazadas - primer control" y "embarazadas - controles sin especificar". En ambos casos, se incluyó el siguiente evento: "Chagas por dos técnicas (E)".

Para el análisis de las **notificaciones nominales**, se utilizó el evento "Chagas en embarazadas" del SNVS 2.0, del que se excluyeron los casos clasificados de forma manual como "Invalidados por Epidemiología" y "Caso Descartado". También, se excluyeron aquellos casos que tuvieran menos de 15 años de edad[25] y aquellos mayores de 49 años al momento del diagnóstico. Se consideraron casos confirmados de Chagas en embarazadas aquellos cuya clasificación manual fue "Caso Confirmado" y "Caso de Chagas en embarazadas". Para determinar el año de diagnóstico, se estableció una fecha final utilizando la "Fecha de registro en papel". En los casos en que esta información no estaba disponible, se tomó la "Fecha de consulta" y, en su defecto, la "Fecha de apertura"[26]. En cuanto a la procedencia de los casos, se priorizó la variable "Provincia de residencia"; cuando ésta no estaba consignada, se utilizó como alternativa la variable "Provincia de carga".

Hay que considerar que no todos los embarazos controlados en el sector público nacen en las instituciones de dicho sector y viceversa. Por el momento no se cuenta con este dato, pero se conoce que no todas las jurisdicciones del país se comportan de la misma manera en esta variabilidad (por sólo sitar un ejemplo en una provincia existe un alto % de población con cobertura de obra social se controlan en el primer nivel de atención público).

Para el cálculo de las razones y tasas, se utilizó como referencia la información publicada por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) sobre los nacidos vivos registrados según la jurisdicción de residencia de la madre[27].

[24] Un caso en el que se verifican resultados reactivos por dos técnicas serológicas con diferente principio (ELISA y HAI, ELISA e IFI, HAI e IFI) se consideran casos confirmados de infección por *T. cruzi*.

[25] En el análisis se excluyeron aquellos casos que involucran a embarazadas del rango etario de 10 a 14 años (86 casos), los cuales serán analizados en otra instancia.

[26] En una publicación posterior se analizará la diferencia entre la edad de diagnóstico de las embarazadas y el momento de la gestación. Dado que el Chagas es una enfermedad crónica, es posible que la embarazada haya sido diagnosticada antes del embarazo. En el sistema de vigilancia, la fecha de toma de muestra puede corresponder a distintos momentos, por lo que en este análisis se tomaron variables que permiten aproximar la afectación durante la gestación. Sin embargo, en futuros análisis se realizará un análisis más exhaustivo para ajustar esta relación con mayor precisión.

[27] Información disponible en el siguiente enlace:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/12/boletin_numero_171_172024.pdf

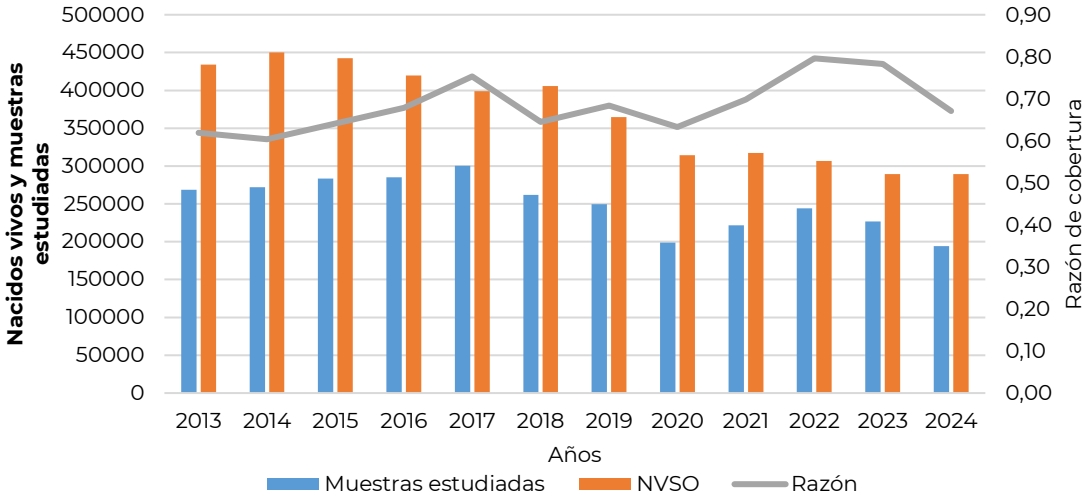
VI.4.B. SITUACIÓN DE CHAGAS EN EMBARAZADAS EN ARGENTINA

Caracterización a partir de la notificación agrupada de laboratorio

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

En el siguiente gráfico, se presenta la tendencia en el número de muestras estudiadas para Chagas por dos técnicas en controles de embarazo y la razón entre las muestras notificadas al SNVS 2.0 y los nacidos vivos del sector oficial de cada año para el total país. Es un indicador del funcionamiento del sistema de vigilancia (la capacidad del sistema de captar los controles realizados para Chagas) y no expresa necesariamente el acceso al diagnóstico durante el embarazo. Para este indicador es importante destacar que, según se trate de una zona endémica o no endémica, la indicación del número de controles por embarazo puede ser diferente[28].

Gráfico 1. Muestras de tamizaje estudiadas para Chagas en embarazadas y razón sobre nacidos vivos en el sector oficial (NVSO). Argentina. Período 2013-2024.



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

El análisis de la vigilancia epidemiológica en embarazadas y nacidos vivos en Argentina entre 2013 y 2024 muestra variaciones significativas. La serie está compuesta por datos provenientes de dos sistemas de vigilancia diferentes: hasta 2017, los registros corresponden al SIVILA, mientras que desde 2018, la información proviene del SNVS 2.0. Este cambio en el sistema de vigilancia podría ser un factor determinante en la disminución de los estudios notificados a partir de 2018.

[28] Debe realizarse el estudio en la embarazada durante el primer control prenatal y, si vive en área endémica, repetir el control en el tercer trimestre. Toda embarazada que llegue al parto sin este estudio se le debe realizar la serología por dos técnicas durante su internación y verificar su resultado antes del alta médica (PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DEL T. CRUZI, algoritmo disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-01/Algoritmo_Chagas_1erNivelAtencion_2022.pdf.

En el período 2013-2017, bajo el sistema SIVILA, se registró un promedio de 281.980 muestras estudiadas anualmente, con un mínimo de 268.831 en 2013 y un máximo de 300.503 en 2017. A partir de 2018, con la transición al SNVS 2.0, el número de estudios mostró una tendencia decreciente, con un promedio anual de 228.107 muestras, alcanzando un mínimo de 194.141 en 2024 y un máximo de 261.765 en 2018.

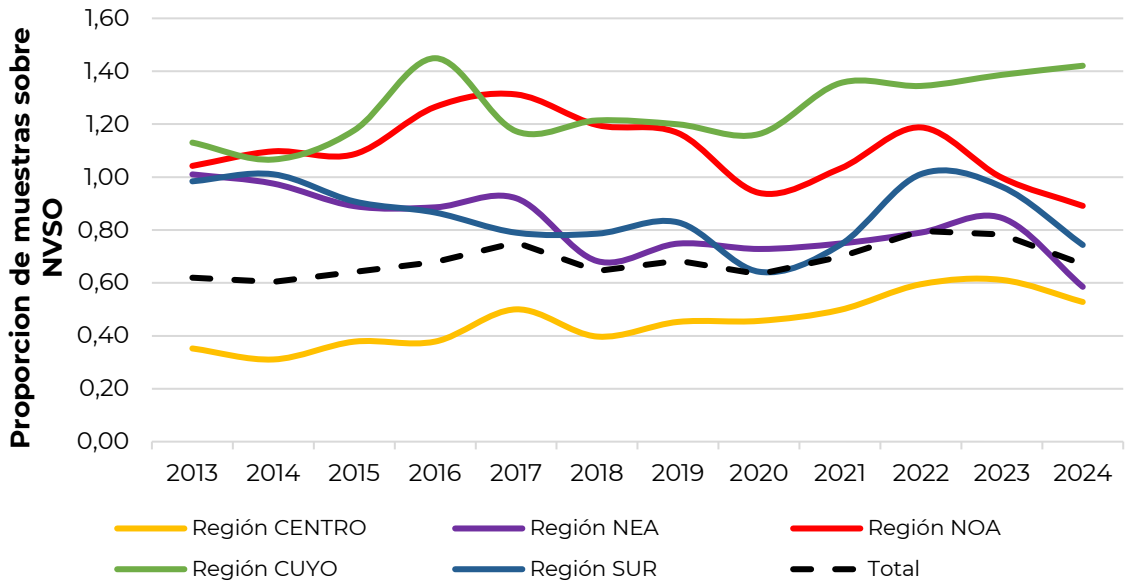
Estos datos reflejan cambios en la estrategia de vigilancia y en la capacidad de tamizaje, influenciados por factores como la transición entre sistemas de vigilancia y eventos disruptivos como la pandemia de COVID-19, que en 2020 coincidió con una caída pronunciada en la cantidad de muestras estudiadas.

En 2013, la razón entre muestras estudiadas y nacidos vivos fue de 0,62 (268.831 casos por 434.025 nacidos vivos), manteniéndose en valores similares hasta 2016. En 2017, se observó un incremento significativo a 0,75 (300.503 casos por 399.040 nacidos vivos), lo que sugiere un mayor cobertura o acceso a testeos en la población de embarazadas asociado a una reducción marcada de la natalidad. Sin embargo, en los años siguientes, la razón presentó fluctuaciones, con descensos en 2018 a 0,64 (261.765 casos por 405.954 nacidos vivos) y en 2020 a 0,63 (199.012 casos por 314.430 nacidos vivos). Posteriormente, en 2021 y 2022, se registró un nuevo aumento, alcanzando su valor máximo en 2022 con 0,80 (244.164 casos por 306.630 nacidos vivos).

En los años más recientes, la tendencia muestra una ligera reducción, con una razón de 0,78 en 2023 (226.571 casos por 289.333 nacidos vivos) y de 0,67 en 2024 (194.141 casos por 289.333 nacidos vivos). Es probable que la disminución observada en 2024 esté asociada a retrasos en la notificación, por lo que este dato aún está sujeto a modificaciones a medida que las jurisdicciones completen la carga de información.

El análisis realizado refleja una disminución sostenida en el número de nacidos vivos, mientras que la cantidad de muestras estudiadas en embarazadas ha mostrado fluctuaciones a lo largo del período analizado. La razón de muestras por nacido vivo sugiere periodos de mayor notificación, con picos en 2017 y 2022. Estos cambios destacan la necesidad de incluir en el análisis factores como la reducción de la tasa de natalidad y la vigilancia materno-infantil, con el fin de fortalecer estrategias de monitoreo y prevención en salud pública.

Gráfico 2. Razón de cobertura de la información de muestras estudiadas en embarazadas para Chagas por dos técnicas sobre nacidos vivos en el sector oficial (NVSO) según región del país. Argentina. Período 2013-2024.



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

El análisis de la razón de cobertura de muestras estudiadas en embarazadas para Chagas por dos técnicas sobre nacidos vivos en el sector oficial (NVSO) muestra diferencias regionales a lo largo del período 2013-2024.

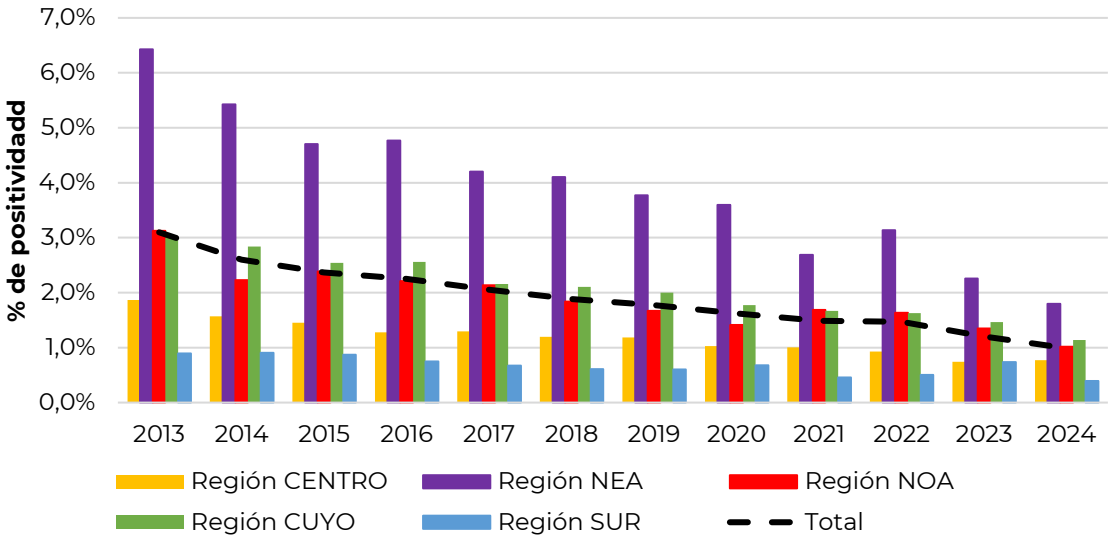
La región Centro presenta los valores más bajos de cobertura, debajo del total país, con una razón inferior a 0,50 en casi todo el período, aunque con una tendencia creciente en los últimos años, alcanzando su punto máximo en 2023 (0,61). La región NEA, por su parte, muestra una disminución progresiva desde 2013 (1,01) hasta 2018 (0,68), con una leve recuperación en los años siguientes.

En la región NOA, se observa una cobertura mayor que en otras regiones, con un pico en 2017 (1,31), seguido de una disminución en 2020 (0,94) y una leve recuperación hasta 2022 (1,19). Sin embargo, en 2024 cae a 0,89, lo que podría estar vinculado a variaciones en la notificación de casos. La región Cuyo mantiene valores elevados a lo largo del período analizado, con su punto más alto en 2016 (1,45) y una estabilidad posterior en torno a 1,20-1,42, lo que indica una cobertura constante en la vigilancia de Chagas en embarazadas.

Por otro lado, la región Sur muestra una tendencia fluctuante, por encima del total país, con valores entre 0,64 y 1,01, destacándose un aumento significativo en 2022 (1,01), seguido de una reducción en 2024 (0,74).

A nivel nacional, la razón total de cobertura oscila entre 0,60 y 0,80, con un aumento progresivo hasta 2017 (0,75), una caída en 2018-2020, y un nuevo incremento en 2022 (0,80), seguido de una leve reducción en 2023 y 2024 (0,78 y 0,67, respectivamente). Estos valores reflejan una variabilidad en la vigilancia epidemiológica según la región y el año, lo que sugiere la necesidad de fortalecer estrategias para garantizar un monitoreo continuo y equitativo en todo el país. Es importante considerar que el valor correspondiente a 2024 aún está sujeto a modificaciones debido al proceso de notificación y posibles retrasos en la carga de datos, lo que dificulta su comparación directa con los años previos.

Gráfico 3. Proporción de positividad en embarazadas estudiadas por dos técnicas serológicas para Chagas según año y región del país. Argentina. Período 2013 - 2024.



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

En relación con la positividad de las muestras estudiadas a nivel nacional, se observa una tendencia sostenida a la baja en la carga de Chagas detectada en la población analizada, con variabilidad según la región y el año. Al analizar las diferencias regionales, se destacan los valores más elevados en la región del NEA, con una proporción de controles positivos sobre estudiadas de 6.4%, que disminuye a 2.3% en 2023, mientras que las regiones del NOA, Cuyo, Centro y Sur muestran una menor prevalencia, aunque aún evidencian focos de transmisión.

Es relevante señalar que la infección por Chagas en embarazadas se presenta como un fenómeno de carácter nacional, aunque con características epidemiológicas diferenciadas por región. De hecho, en áreas sin presencia del vector, se observa una baja positividad para Chagas, atribuida en gran medida a los fenómenos migratorios. En contraste, las zonas consideradas endémicas han mostrado una disminución paulatina en la proporción de controles positivos, lo que representa un indicador relevante para evaluar el impacto de las estrategias de control vectorial implementadas.

Comparación entre la notificación nominal y la notificación agrupada. Evento Chagas en embarazadas

El análisis de la notificación de Chagas en embarazadas muestra diferencias significativas entre los casos reportados de manera agrupada y los registrados de forma nominal en el período 2019-2024.

A nivel nacional, la proporción de notificación nominal respecto a la agrupada varió entre un mínimo del 69% en 2020 y un máximo del 96% en 2022, reflejando variaciones en la implementación y carga de datos en el SNVS 2.0. Aunque la tendencia general indica un aumento en la cobertura de la notificación nominal, en 2023 se observa una caída relativa respecto al período previo. Sin embargo, al analizar la relación entre ambas modalidades de notificación, se evidencia que la notificación agrupada registra un mayor número de embarazadas positivas durante el embarazo en comparación con la notificación nominal. Esto sugiere un subregistro de casos en el sistema nominal, lo que resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de vigilancia. Garantizar que todas las embarazadas con Chagas

sean nominalizadas, tanto si el diagnóstico ocurre antes como durante la gestación, es clave para mejorar la identificación y el seguimiento de los casos.

Tabla 1. Comparación de notificación nominal y agrupada por región y año. SE 1 a SE 52, período 2019-2024.

Jurisdicción	2019			2020			2021			2022			2023			2024		
	Agrup.	Nom.	%	Agrup.	Nom.	%	Agrup.	Nom.	%	Agrup.	Nom.	%	Agrup.	Nom.	%	Agrup.	Nom.	%
Buenos Aires	343	389	113%	212	254	120%	222	276	124%	347	283	82%	299	335	112%	288	264	92%
CABA	273	147	54%	161	119	74%	163	131	80%	162	117	72%	103	70	68%	93	62	67%
Córdoba	239	70	29%	240	177	74%	245	121	49%	199	151	76%	150	127	85%	117	153	131%
Entre Ríos	24	21	88%	22	12	55%	33	17	52%	18	15	83%	28	22	79%	29	14	48%
Santa Fe	230	262	114%	193	158	82%	222	242	109%	220	239	109%	158	148	94%	134	137	102%
Total Centro	1109	889	80%	828	720	87%	885	787	89%	946	805	85%	738	702	95%	661	630	95%
San Luis	67	41	61%	58	37	64%	52	27	52%	37	18	49%	46	16	35%	35	16	46%
San Juan	210	189	90%	191	144	75%	175	100	57%	124	56	45%	123	101	82%	99	67	68%
Mendoza	337	240	71%	217	125	58%	292	116	40%	324	236	73%	259	127	49%	207	68	33%
Total Cuyo	614	470	77%	466	306	66%	519	243	47%	485	310	64%	428	244	57%	341	151	44%
Chaco	783	1028	131%	549	379	69%	444	571	129%	532	963	181%	347	354	102%	247	350	142%
Corrientes	59	16	27%	34	7	21%	51	27	53%	14	29	207%	41	25	61%	14	12	86%
Formosa	492	298	61%	532	249	47%	376	157	42%	482	308	64%	360	133	37%	144	44	31%
Misiones	101	72	71%	71	41	58%	36	29	81%	56	40	71%	64	35	55%	42	31	74%
Total NEA	1435	1414	99%	1186	676	57%	907	784	86%	1084	1340	124%	812	547	67%	447	437	98%
Catamarca	13	42	323%	0	25	0%	3	19	633%	2	15	750%	0	13	0%	0	10	0%
Jujuy	140	67	48%	93	36	39%	64	27	42%	79	37	47%	65	37	57%	50	24	48%
La Rioja	24	34	142%	59	30	51%	14	12	86%	108	22	20%	15	35	233%	11	21	191%
Salta	628	332	53%	258	205	79%	564	188	33%	390	276	71%	226	149	66%	167	85	51%
Sgo del Estero	199	123	62%	150	139	93%	130	147	113%	253	529	209%	209	455	218%	125	209	167%
Tucumán	156	58	37%	100	54	54%	152	58	38%	147	67	46%	116	30	26%	71	14	20%
Total NOA	1160	656	57%	660	489	74%	927	451	49%	979	946	97%	631	719	114%	424	363	86%
Chubut	26	11	42%	25	15	60%	20	17	85%	37	8	22%	56	13	23%	5	13	260%
La Pampa	14	12	86%	9	2	22%	4	34	850%	11	5	45%	10	4	40%	8	20	250%
Neuquén	18	6	33%	18	3	17%	13	7	54%	7	6	86%	15	14	93%	9	17	189%
Río Negro	15	13	87%	19	16	84%	20	12	60%	13	13	100%	16	14	88%	17	5	29%
Santa Cruz	11	6	55%	7	3	43%	2	2	100%	18	10	56%	11	5	45%	6	2	33%
T. del Fuego	24	11	46%	5	2	40%	3	7	233%	5	13	260%	7	7	100%	2	0	0%
Total Sur	108	59	55%	83	41	49%	62	79	127%	91	55	60%	115	57	50%	47	57	121%
Total País	4426	3488	79%	3223	2232	69%	3300	2344	71%	3585	3456	96%	2724	2269	83%	1920	1638	85%

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

A nivel regional, se observan diferencias marcadas en la relación entre las modalidades de notificación nominal y agrupada, lo que refleja particularidades propias de cada área del país. En la región Centro, se mantiene una alta concordancia entre ambas modalidades, con valores que oscilan entre el 80% y el 95%. Esta estabilidad sugiere que la notificación nominal

se lleva a cabo de manera relativamente completa, lo que facilita el seguimiento y control de los casos de Chagas.

En contraste, la región de Cuya muestra las proporciones más bajas de notificación nominal, con un descenso progresivo desde el 77% en 2019 hasta el 44% en 2024. Por otro lado, en el NEA se observa una gran variabilidad, destacando un pico atípico de notificaciones nominales en 2022, que alcanzó el 124%. Este aumento podría estar relacionado con un subregistro de embarazadas con Chagas durante el embarazo, lo que resultaría en un número mayor de embarazadas registradas nominalmente en comparación con las pruebas de laboratorio realizadas durante el período gestacional.

Por su parte, la región NOA muestra fluctuaciones significativas en la notificación nominal, con un descenso hasta el 49% en 2021 y una recuperación notable hasta el 114% en 2023, superando incluso la notificación agrupada. Estas variaciones sugieren diferencias en la carga de datos entre ambas modalidades de notificación según el año. Finalmente, en la región Sur, donde el volumen de casos es menor en comparación con otras zonas, también se presentan variaciones importantes. En algunos años, como 2021 y 2024, la notificación nominal superó a la agrupada, lo que refleja cambios en los criterios de registro o en la consolidación de los datos a lo largo del tiempo.

Caracterización a partir de la notificación nominal. Evento Chagas en embarazadas

Para caracterizar la situación de la vigilancia de Chagas en embarazadas, a continuación, se analiza la frecuencia y distribución de casos confirmados de Chagas notificados de forma nominal.

Durante el período 2019-2024, en Argentina se notificaron de forma nominal al Sistema Nacional de Vigilancia un total de 15.478 casos de Chagas en embarazadas, con un promedio anual en el período los 2.571 casos, con un mínimo de 1.638 en 2024 y un máximo de 3.456 en el año 2022. La significativa reducción de casos en 2024 (menos del 50% respecto a 2022) podría explicarse, en parte, por el retraso en la notificación, dado que es esperable que la cifra aumente a medida que se completen las cargas en el sistema. Sin embargo, también podrían influir otros factores, como cambios en la cobertura del tamizaje, variaciones en la captación de embarazadas para el diagnóstico o modificaciones en la dinámica de transmisión de la enfermedad.

Para caracterizar la magnitud del evento en la población, se estimó la razón de casos confirmados de Chagas en embarazadas por cada 1.000 nacidos vivos. Este enfoque permite detectar una tendencia al aumento dado que los casos aumentan al tiempo que disminuye la cantidad de embarazadas producto de la disminución del número de nacidos vivos. A su vez se registran diferencias jurisdiccionales y regionales en estos indicadores que pueden observarse en la Tabla 1.

Tabla 2. Casos confirmados y razón de Chagas en embarazadas por 1.000 nacidos vivos. Argentina, SE 1 a SE 52, período 2019-2024 (n =15.478).

Jurisdicción	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón
Buenos Aires	389	1,7	254	1,3	276	1,5	283	1,6	335	2,1	264	1,6
CABA	147	4,3	119	4,2	131	5,0	117	4,7	70	2,9	62	2,6
Córdoba	70	1,4	177	4,0	121	2,7	151	3,6	127	3,3	153	4,0
Entre Ríos	21	1,1	12	0,7	17	1,0	15	1,0	22	1,6	14	1,0
Santa Fe	262	5,6	158	4,0	242	5,6	239	5,8	148	3,9	137	3,6
Centro	887	2,3	720	2,2	787	2,5	805	2,7	702	2,5	630	2,3
San Luis	41	6,2	37	6,2	27	4,5	18	3,2	16	3,2	16	3,2
San Juan	189	15,1	144	13,2	100	9,0	56	5,4	101	10,3	67	6,8
Mendoza	240	8,8	125	5,3	116	5,1	236	11,1	127	6,3	68	3,4
Cuyo	470	10,1	306	7,6	243	6,1	310	8,3	244	7,0	151	4,3
Chaco	1028	46,4	379	20,5	571	30,6	963	53,2	354	21,1	350	20,9
Corrientes	16	0,9	7	0,4	27	1,7	29	2,0	25	1,8	12	0,8
Formosa	298	29,1	249	27,0	157	17,8	308	36,3	133	16,1	44	5,3
Misiones	72	3,1	41	1,9	29	1,4	40	2,0	35	1,8	31	1,6
NEA	1414	19,2	676	10,3	784	12,3	1340	22,1	547	9,4	437	7,5
Catamarca	42	7,3	25	5,1	19	4,0	15	3,1	13	3,1	10	2,4
Jujuy	67	6,5	36	3,9	27	3,2	37	4,7	37	5,0	24	3,3
La Rioja	34	6,4	30	6,6	12	2,6	22	5,0	35	8,4	21	5,0
Salta	332	14,5	205	11,4	188	9,2	276	14,7	149	8,8	85	5,0
Sgo. del Estero	123	7,2	139	10,2	147	10,8	529	45,3	455	38,3	209	17,6
Tucumán	58	2,3	54	2,5	58	2,6	67	3,2	30	1,6	14	0,8
NOA	656	7,6	489	6,8	451	6,1	946	13,9	719	11,4	363	5,7
Chubut	11	1,4	15	2,1	17	2,6	8	1,3	13	2,4	13	2,4
La Pampa	12	2,8	2	0,5	34	9,5	5	1,4	4	1,2	20	6,2
Neuquén	6	0,6	3	0,4	7	0,9	6	0,8	14	2,0	17	2,5
Río Negro	13	1,3	16	1,8	12	1,5	13	1,6	14	1,9	5	0,7
Santa Cruz	6	1,3	3	0,7	2	0,6	10	2,7	5	1,6	2	0,6
T. del Fuego	11	4,6	2	1,1	7	4,0	13	8,4	7	4,9	0	0,0
Sur	59	1,5	41	1,2	79	2,5	55	1,8	57	2,1	57	2,1
Total País	3486	5,6	2232	4,2	2344	4,4	3456	7,0	2269	4,9	1638	3,6

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

La región del NEA presenta las razones más elevadas de Chagas en embarazadas durante todo el período analizado. En 2019 se registró el valor más alto (19), seguido de una disminución en 2020 y 2021. Sin embargo, en 2022 experimentó un incremento significativo, alcanzando un pico de 22 casos por cada 1.000 nacidos vivos, para luego descender en los años siguientes hasta situarse en 7 en 2024. En comparación con 2019, cuando la razón era de 19 casos por cada 1.000 nacidos vivos, esto representa una reducción del 63%, lo que indica una tendencia decreciente en los últimos años tras un pico intermedio en 2022.

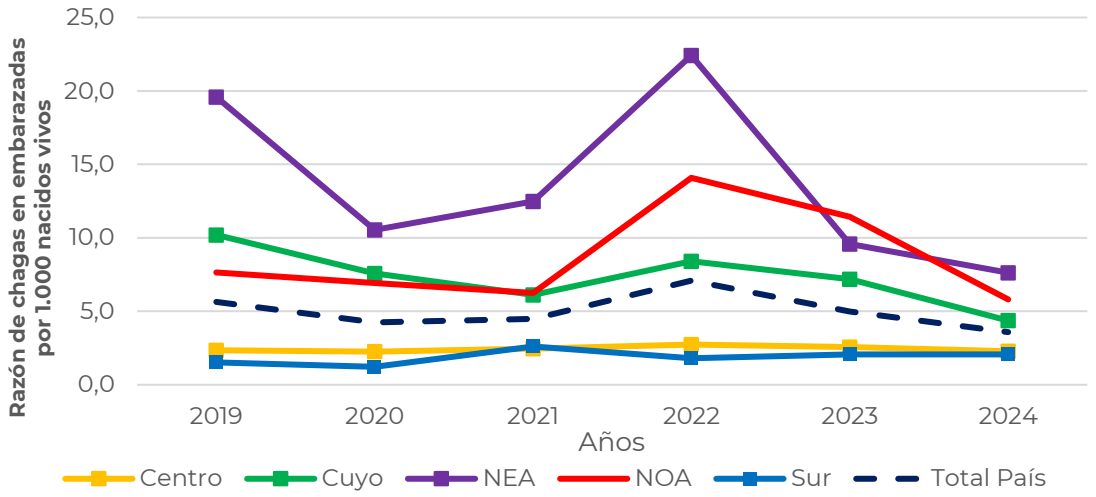
Por su parte, la región del NOA muestra una evolución más estable, con valores que oscilan entre 6 y 14 casos por nacidos vivos. Tras un período de relativa estabilidad entre 2019 y 2021, en 2022 experimentó un aumento considerable, alcanzando su punto más alto (14). A partir de entonces, la tendencia fue descendente, llegando a 5 en 2024.

La región de Cuyo exhibe una tendencia a la baja a lo largo del período. En 2019 presentaba una razón de 10 casos por nacidos vivos, que disminuyó de forma progresiva hasta 6 en 2021. En 2022 se observó un leve aumento (8), pero posteriormente volvió a descender, alcanzando 4 en 2024, lo que sugiere una reducción sostenida de la enfermedad en la región.

Las regiones de Centro y Sur mantienen valores relativamente bajos y estables, por debajo del promedio nacional. En Centro, la razón varía entre 2,3 y 2,7 casos por cada 1.000 nacidos vivos a lo largo de los seis años, sin cambios significativos. En el Sur, los valores oscilan entre 1 y 2, con una leve tendencia al aumento desde el año 2021, aunque siempre manteniéndose por debajo del total del país.

A nivel nacional, la razón de Chagas en embarazadas refleja el impacto de las fluctuaciones en NEA y NOA. En 2019 se registró un valor de 5 casos por nacidos vivos, seguido de un descenso hasta 4 en 2020. Luego, en 2022 se produjo un repunte, alcanzando 7 casos por nacidos vivos, pero desde 2023 la tendencia volvió a ser decreciente, situándose en 3 en 2024.

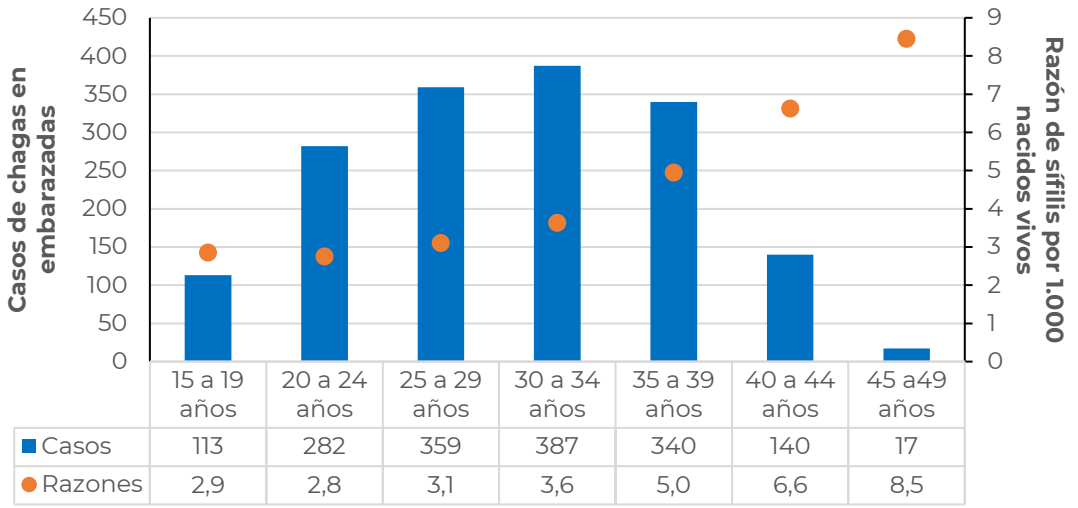
Gráfico 4. Evolución de la razón de casos notificados de Chagas en embarazadas por 1.000 nacidos vivos. Argentina, SE 1 a SE 52, período 2019-2024 (n =15.478).



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

En cuanto a la afectación por grupos de edad, en el año 2024 el mayor número de casos reportados corresponde al grupo de 30 a 34 años (387 casos), seguido de 25 a 29 años (359 casos) y 35 a 39 años (340 casos). Sin embargo, al analizar la proporción de casos en relación con la cantidad de nacidos vivos por grupo etario, se observa que la razón de Chagas en embarazadas es más alta en el grupo de 35 a 39 años (5 casos por cada 1.000 nacidos vivos). Esto se debe a que, si bien el número absoluto de casos en este grupo es menor que en otros rangos etarios, la cantidad total de nacidos vivos en madres de 35 a 39 años también es más baja, lo que eleva la razón de casos en relación con la población de referencia.

Gráfico 5. Distribución de casos y razones de Chagas en embarazadas por grupo de edad. Argentina, período 2019-2024 (n= 15.478).



	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a49 años
Casos	113	282	359	387	340	140	17
Razones	2,9	2,8	3,1	3,6	5,0	6,6	8,5

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

En relación a los diferentes componentes del registro de información en la ficha nominal de casos de Chagas del SNVS 2.0 se destaca que, del total de 1.638 casos reportados en 2024, el 80% (1.318) consigna datos en la sección de laboratorio y el 4% (65) presenta registro de diagnóstico referido.

VI.5. Chagas congénito

VI.5.A. MODALIDAD DE VIGILANCIA Y NOTA METODOLÓGICA

En nuestro país, las enfermedades de transmisión vertical prevenibles constituyen un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15.465 y la resolución 2827/2022.

Con la actualización del "Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria", de 2022, la vigilancia de la Chagas congénito se lleva a cabo bajo el evento "Chagas congénito'" abarcando todos los casos que cumplan con uno o más de los criterios establecidos en el "Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control 2022".

Se realizó un análisis de los datos contenidos en el SNVS 2.0, de la notificación nominal, entre el 1 de enero de 2019 y 31 de diciembre de 2024 con información notificada hasta el día 1 de febrero de 2025.

Para el período analizado se incluyó el evento "Chagas congénito" notificado por modalidad nominal. Para el análisis de las notificaciones nominales del evento se excluyeron aquellos casos que se reportaron clasificados de forma manual como "Invalidados por Epidemiología". Se consideraron casos confirmados de Chagas congénito a todos aquellos casos con muestras de laboratorio que confirmen la infección según algoritmo diagnóstico vigente para la edad del caso o aquellos casos en los cuales se hayan consignado dichos estudios en la sección "Diagnóstico referido o constatado". Para poder determinar el año del diagnóstico, se consideró la fecha de nacimiento. Para poder determinar la procedencia del caso, se consideró la variable "Provincia de residencia" y en caso de no contar con la misma se utilizó en reemplazo la "Provincia de Carga".

Para calcular la pérdida de seguimiento, se restó del total de casos notificados (excluyendo los invalidados por epidemiología) la cantidad de casos confirmados y descartados, es decir, aquellos cuyo seguimiento fue completado.

Para el cálculo de las tasas, se utilizó como referencia la información publicada por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) sobre los nacidos vivos registrados según la jurisdicción de residencia de la madre[29].

VI.5.B. SITUACIÓN DE CHAGAS CONGÉNITO EN ARGENTINA

Durante el periodo 2019-2024 en Argentina se notificaron al sistema nacional de vigilancia un total de 8.987 **casos notificados** de Chagas congénito.

En los últimos años, la proporción de casos confirmados sobre los casos notificados de Chagas congénito ha variado considerablemente entre las diferentes regiones de Argentina. En general, se observa una tendencia a la disminución de la proporción de confirmados a lo largo del tiempo, aunque con fluctuaciones significativas dependiendo de la jurisdicción.

[29] Información disponible en el siguiente enlace:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/12/boletin_numero_171_172024.pdf

Tabla 3. Proporción de Casos Confirmados de Chagas Congénito. Argentina. SE 1 a SE 52. Periodo 2019-2024. (n= 8.987)

Jurisdicción	2019			2020			2021			2022			2023			2024		
	Notif	Conf	% conf	Notif	Conf	% confs	Notif	Conf	% conf	Notif	Conf	% conf	Notif	Conf	% conf	Notif	Conf	% confs
Buenos Aires	301	11	4%	190	11	6%	261	25	10%	281	14	5%	309	10	3%	270	14	5%
CABA	149	9	6%	123	5	4%	111	5	5%	124	8	6%	86	1	1%	72	1	1%
Córdoba	38	1	3%	83	1	1%	63	5	8%	126	4	3%	116	4	3%	111	6	5%
Entre Ríos	9	1	11%	4	2	50%	4	3	75%	13	2	15%	18	0	0%	17	0	0%
Santa Fe	250	14	6%	165	8	5%	240	10	4%	240	5	2%	193	8	4%	143	1	1%
Total Centro	747	36	5%	565	27	5%	679	48	7%	784	33	4%	722	23	3%	613	22	4%
San Luis	5	0	0%	2	1	50%	3	1	33%	10	0	0%	12	0	0%	14	2	14%
San Juan	128	4	3%	78	1	1%	88	1	1%	76	1	1%	57	0	0%	5	0	0%
Mendoza	182	6	3%	184	3	2%	139	5	4%	176	5	3%	147	6	4%	102	2	2%
Total Cuyo	315	10	3%	264	5	2%	230	7	3%	262	6	2%	216	6	3%	121	4	3%
Chaco	85	11	13%	58	9	16%	38	6	16%	84	8	10%	109	2	2%	51	2	4%
Corrientes	33	2	6%	25	1	4%	20	1	5%	22	1	5%	36	2	6%	11	1	9%
Formosa	57	9	16%	100	8	8%	107	4	4%	48	3	6%	3	0	0%	0	0	0%
Misiones	51	0	0%	33	0	0%	25	1	4%	31	1	3%	31	0	0%	24	0	0%
Total NEA	226	22	10%	216	18	8%	190	12	6%	185	13	7%	179	4	2%	86	3	3%
Catamarca	6	0	0%	5	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	7	0	0%	11	0	0%
Jujuy	6	3	50%	5	0	0%	8	0	0%	30	1	3%	20	2	10%	19	0	0%
La Rioja	30	0	0%	38	0	0%	1	1	100%	42	0	0%	6	0	0%	15	0	0%
Salta	121	8	7%	132	9	7%	163	5	3%	198	11	6%	219	11	5%	163	5	3%
Sgo del Estero	216	0	0%	145	1	1%	4	1	25%	11	0	0%	15	2	13%	66	0	0%
Tucumán	58	3	5%	45	0	0%	48	1	2%	48	0	0%	59	5	8%	48	2	4%
Total NOA	437	14	3%	370	10	3%	224	8	4%	329	12	4%	326	20	6%	322	7	2%
Chubut	13	1	8%	13	0	0%	12	0	0%	7	0	0%	7	2	29%	9	1	11%
La Pampa	23	1	4%	18	1	6%	7	0	0%	16	1	6%	22	0	0%	13	0	0%
Neuquén	6	0	0%	6	0	0%	12	1	8%	16	0	0%	18	0	0%	25	1	4%
Río Negro	7	0	0%	6	1	17%	6	0	0%	4	1	25%	6	1	17%	7	1	14%
Santa Cruz	7	0	0%	2	0	0%	7	1	14%	17	0	0%	10	1	10%	4	0	0%
T. del Fuego	20	0	0%	9	0	0%	12	1	8%	5	1	20%	2	0	0%	5	0	0%
Total Sur	76	2	3%	54	2	4%	56	3	5%	65	3	5%	65	4	6%	63	3	5%
Total País	1801	84	5%	1469	62	4%	1379	78	6%	1625	67	4%	1508	57	4%	1205	39	3%

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

En la región Centro, la proporción de confirmados comenzó en 5% en 2019, manteniéndose estable en los años siguientes (5% en 2020 y 7% en 2021). Sin embargo, a partir de 2022, se registró una disminución constante, llegando a un 3% en 2023 y un leve repunte al 4% en 2024. Esto refleja una caída progresiva en la proporción de casos confirmados en relación con los casos notificados.

La región Cuyo ha mostrado proporciones de confirmación más bajas a lo largo del período. En 2019, la proporción fue del 3%, y ha mantenido una tendencia bastante estable, con

pequeñas variaciones durante los años siguientes. En 2024, la proporción de confirmación se situó nuevamente en un 3%, lo que indica una continuidad en las características epidemiológicas de la región, con pocos cambios en la proporción de casos confirmados. Sin embargo, es importante destacar que los datos de 2024 aún no están cerrados, ya que los casos siguen siendo estudiados

Por otro lado, en el NEA, la proporción de confirmación ha sido significativamente más alta que en otras regiones. En 2019, la proporción alcanzó un 10%, descendiendo a 8% en 2020 y 6% en 2021. No obstante, a partir de 2022, se ha producido una fuerte caída, con un 2% en 2023 y una leve recuperación al 3% en 2024.

En la región NOA (Noroeste), la proporción de casos confirmados ha mostrado una mayor estabilidad. La proporción se ha mantenido alrededor del 3% al 4% durante la mayoría del período, con algunas fluctuaciones, como el aumento al 6% en 2023, seguido de una caída al 2% en 2024. Aunque la proporción de confirmación es relativamente baja, la región ha mostrado algunos picos que indican variabilidad en el comportamiento de los casos.

La región Sur ha tenido las proporciones de confirmación más bajas, con un promedio cercano al 3-5%. A pesar de algunas variaciones, la proporción ha permanecido relativamente estable durante los años analizados, con una ligera tendencia al aumento en 2020 y 2021, pero regresando a valores más bajos en 2023 y 2024.

A nivel nacional, los datos muestran una disminución general de la proporción de confirmación, que comenzó en 5% en 2019, descendió al 4% en 2020 y 2021, y terminó en un 3% en 2024. Este comportamiento indica que, aunque las fluctuaciones regionales son notorias, la tendencia nacional refleja una disminución en la proporción de casos confirmados sobre los notificados, lo que podría estar relacionado con mejoras en los sistemas de diagnóstico y en la gestión de los casos.

En relación a los **casos confirmados**, en el periodo 2019-2024 en Argentina se notificaron al sistema nacional de vigilancia un total de 387 casos de Chagas congénito.

Los casos y tasas de Chagas congénito muestran una tendencia decreciente entre 2019 y 2023, con la excepción de la región NOA. Aunque en 2024 se observa una aparente disminución, es importante tener en cuenta que los datos de este último año aún no están consolidados, ya que el seguimiento de casos sospechosos de Chagas congénito puede demorar hasta su confirmación o descarte.

Tabla 4. Casos y tasas cada 1.000 nacidos vivos. Chagas congénito. Argentina. SE 1 a SE 52. Periodo 2019-2024. (n=387)

Jurisdicción	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Buenos Aires	11	0,05	11	0,06	25	0,13	14	0,08	10	0,06	14	0,09
CABA	9	0,26	5	0,18	5	0,19	8	0,32	1	0,04	1	0,04
Córdoba	1	0,02	1	0,02	5	0,11	4	0,10	4	0,10	6	0,16
Entre Rios	1	0,05	2	0,12	3	0,18	2	0,13	0	0,00	0	0,00
Santa Fe	14	0,30	8	0,20	10	0,23	5	0,12	8	0,21	1	0,03
Total Centro	36	0,10	27	0,08	48	0,15	33	0,11	23	0,08	22	0,08
San Luis	0	0,00	1	0,17	1	0,17	0	0,00	0	0,00	2	0,40
San Juan	4	0,32	1	0,09	1	0,09	1	0,10	0	0,00	0	0,00
Mendoza	6	0,22	3	0,13	5	0,22	5	0,23	6	0,30	2	0,10
Total Cuyo	10	0,21	5	0,12	7	0,17	6	0,16	6	0,17	4	0,11
Chaco	11	0,50	9	0,49	6	0,32	8	0,44	2	0,12	2	0,12
Corrientes	2	0,11	1	0,06	1	0,06	1	0,07	2	0,14	1	0,07
Formosa	9	0,88	8	0,87	4	0,45	3	0,35	0	0,00	0	0,00
Misiones	0	0,00	0	0,00	1	0,05	1	0,05	0	0,00	0	0,00
Total NEA	22	0,30	18	0,28	12	0,19	13	0,21	4	0,07	3	0,05
Catamarca	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Jujuy	3	0,29	0	0,00	0	0,00	1	0,13	2	0,27	0	0,00
La Rioja	0	0,00	0	0,00	1	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Salta	8	0,35	9	0,50	5	0,25	11	0,59	11	0,65	5	0,29
Sgo del Estero	0	0,00	1	0,07	1	0,07	0	0,00	2	0,17	0	0,00
Tucumán	3	0,12	0	0,00	1	0,05	0	0,00	5	0,27	2	0,11
Total NOA	14	0,16	10	0,14	8	0,11	12	0,18	20	0,32	7	0,11
Chubut	1	0,13	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,37	1	0,18
La Pampa	1	0,23	1	0,27	0	0,00	1	0,29	0	0,00	0	0,00
Neuquén	0	0,00	0	0,00	1	0,13	0	0,00	0	0,00	1	0,15
Rio Negro	0	0,00	1	0,12	0	0,00	1	0,12	1	0,14	1	0,14
Santa Cruz	0	0,00	0	0,00	1	0,28	0	0,00	1	0,32	0	0,00
T. del Fuego	0	0,00	0	0,00	1	0,57	1	0,65	0	0,00	0	0,00
Total Sur	2	0,05	2	0,06	3	0,10	3	0,10	4	0,15	3	0,11
Total País	84	0,13	62	0,12	78	0,15	67	0,14	57	0,12	39	0,08

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

El gráfico 6 muestra la evolución de la tasa de Chagas congénito en las diferentes regiones del país entre 2019 y 2024. A nivel nacional, la tasa se mantiene relativamente estable entre 2019 y 2023, con valores cercanos a 0,12-0,15 casos cada 1.000 nacidos vivos, con un descenso en 2024 (0,08).

La región NEA presenta las tasas más elevadas en los primeros años del período analizado, alcanzando un máximo de 0,30 casos cada 1.000 nacidos vivos en 2019. Sin embargo, muestra una tendencia decreciente, con una baja sostenida desde 2020 hasta 2024, donde registra el valor más bajo del período (0,05). La tasa de Chagas congénito en la región del NEA mostró una reducción del 83% entre 2019 y 2024, lo que sugiere una disminución sostenida en la transmisión, posiblemente asociada a mejoras en la prevención, el control de vectores o cambios en la notificación de casos.

En contraste, el NOA muestra una evolución más inestable. Luego de una disminución entre 2019 y 2021 (de 0,16 a 0,11 casos cada 1.000 nacidos vivos), la tasa vuelve a aumentar en 2022 (0,18) y alcanza su pico en 2023 con 0,32, para luego descender significativamente a 0,11 en 2024.

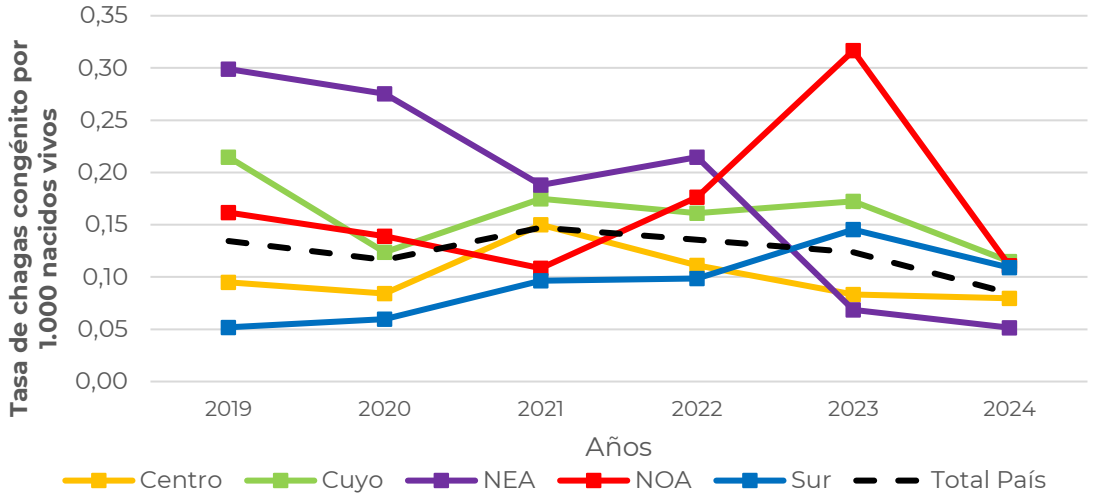
La región Cuyo presenta tasas intermedias y más estables. En 2019 comienza con 0,21 casos cada 1.000 nacidos vivos y desciende en 2020 (0,12), con pequeñas fluctuaciones en los años siguientes, estabilizándose en 0,17 en 2023 y disminuyendo a 0,11 en 2024.

Por su parte, la región Centro mantiene valores bajos a lo largo del período, con una ligera variabilidad. Tras un mínimo de 0,08 en 2020, experimenta un leve aumento en 2021 (0,15 casos cada 1.000 nacidos vivos), pero vuelve a descender a 0,08 en 2023 y 2024.

Finalmente, la región Sur es la que presenta las tasas más bajas en la mayoría de los años. No obstante, se observa un leve incremento desde 2019 (0,05 casos cada 1.000 nacidos vivos) hasta 2023 (0,15), antes de disminuir nuevamente a 0,11 en 2024.

A nivel general, la mayoría de las regiones muestran una tendencia a la baja en 2024, lo que se refleja en la disminución de la tasa nacional. Sin embargo, el comportamiento del NOA es atípico, con un pico en 2023, lo que podría indicar una mejora en la detección y el registro de casos, cambios en las estrategias de vigilancia epidemiológica o un aumento en la exposición de la población vulnerable.

Gráfico 6: Evolución de las tasas de Chagas congénito por 1.000 nacidos vivos por región en ambos sexos. Argentina. Periodo 2019 - 2024. (n= 378)



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

A nivel nacional, la pérdida de seguimiento de los casos de Chagas congénito se mantiene elevada a lo largo del período analizado, con valores que oscilan entre el 66% en 2021 y el 78% en 2023. Aunque en 2021 se registró la menor proporción de pérdida de seguimiento (66%), en los años siguientes se observa un aumento progresivo, lo que indica dificultades persistentes en la finalización del seguimiento de los casos.

Por regiones, se identifican diferencias significativas. Cuyo y NEA presentan los valores más altos de pérdida de seguimiento en todo el período, con cifras que alcanzan el 94% y el 96% en 2023, respectivamente. Estos niveles sugieren importantes desafíos en la continuidad del seguimiento de los casos, lo que puede estar relacionado con dificultades en el acceso a la atención o limitaciones en los sistemas de registro y monitoreo.

En el NOA, si bien se observa una leve disminución en 2021 (85%), la pérdida de seguimiento vuelve a aumentar en los años siguientes, situándose en 93% en 2023. Esto evidencia la persistencia de dificultades para garantizar la finalización del seguimiento en esta región.

Por otro lado, Centro y Sur presentan los valores más bajos de pérdida de seguimiento en comparación con el resto del país. En la región Centro, la pérdida varía entre el 49% en 2021 y el 63% en 2023, mientras que, en el Sur, a pesar de registrar valores más bajos en los primeros años del período, a partir de 2022 se observa un incremento que se mantiene en 66% en 2023.

A pesar de la reducción ocasional en algunos años, la pérdida de seguimiento sigue siendo un problema significativo en todas las regiones, con particular gravedad en Cuyo, NEA y NOA, donde más del 90% de los casos no logran completarlo en los últimos años.

Tabla 5: Proporción de pérdida de seguimiento de casos sospechosos de Chagas congénito. Argentina. Periodo 2019 - 2023

Jurisdicción	2019		2020		2021		2022		2023	
	Casos	% pérdida	Casos	% pérdida	Casos	% pérdida	Casos	% pérdida	Casos	% pérdida
Buenos Aires	301	71%	190	65%	261	56%	281	67%	309	76%
CABA	149	54%	123	46%	111	50%	124	52%	86	62%
Córdoba	38	58%	83	70%	63	46%	126	57%	116	64%
Entre Ríos	9	89%	4	25%	4	0%	13	85%	18	89%
Santa Fe	250	51%	165	46%	240	42%	240	40%	193	41%
Total Centro	747	61%	565	56%	679	49%	784	55%	722	63%
San Luis	5	80%	2	50%	3	67%	10	100%	12	92%
San Juan	128	61%	78	94%	88	84%	76	91%	57	100%
Mendoza	182	92%	184	92%	139	90%	176	88%	147	93%
Total Cuyo	315	79%	264	92%	230	87%	262	89%	216	94%
Chaco	85	87%	58	84%	38	61%	84	88%	109	98%
Corrientes	33	82%	25	88%	20	75%	22	95%	36	83%
Formosa	57	84%	100	92%	107	96%	48	94%	3	100%
Misiones	51	100%	33	100%	25	96%	31	90%	31	100%
Total NEA	226	88%	216	91%	190	87%	185	91%	179	96%
Catamarca	6	100%	5	100%	0	0%	0	0%	7	100%
Jujuy	6	50%	5	100%	8	100%	30	73%	20	90%
La Rioja	30	100%	38	100%	1	0%	42	100%	6	100%
Salta	121	90%	132	80%	163	95%	198	94%	219	94%
Sgo del Estero	216	99%	145	99%	4	75%	11	91%	15	87%
Tucumán	58	60%	45	51%	48	50%	48	65%	59	92%
Total NOA	437	91%	370	86%	224	85%	329	89%	326	93%
Chubut	13	69%	13	69%	12	25%	7	86%	7	71%
La Pampa	23	35%	18	33%	7	43%	16	56%	22	77%
Neuquén	6	100%	6	83%	12	75%	16	81%	18	78%
Río Negro	7	86%	6	33%	6	50%	4	50%	6	50%
Santa Cruz	7	100%	2	50%	7	57%	17	65%	10	20%
T. del Fuego	20	55%	9	22%	12	17%	5	40%	2	100%
Total Sur	76	62%	54	46%	56	43%	65	66%	65	66%
Total País	1801	75%	1469	75%	1379	66%	1625	72%	1508	78%

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

Del total de casos notificados confirmados en 2024 (39), el 46 % (18) cuenta con registro de tratamiento, el 8 % (3) presenta signos y síntomas documentados, y el 21 % (8) tiene un diagnóstico referido.

VI.6. Conclusiones

La integración de información nominal, resultado del cambio en la estrategia de notificación implementado en 2022, ha mejorado la cobertura y calidad de los datos, permitiendo una caracterización más precisa de la carga de enfermedad por Chagas. Esto no solo favorece una mayor sensibilidad y especificidad en la vigilancia epidemiológica, sino que también aporta información clave sobre el acceso al diagnóstico y tratamiento, fortaleciendo su uso como herramienta para el control de la enfermedad y la planificación de estrategias como la oferta activa de testeo.

En los últimos años, el Chagas ha mostrado una tendencia decreciente, evidenciada tanto en la reducción de los casos notificados como en la disminución de las tasas registradas en embarazadas. Este descenso sostenido sugiere avances en la prevención y control de la enfermedad, aunque persisten desafíos en su abordaje.

El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica ha permitido monitorear esta evolución y orientar estrategias específicas para contener la transmisión. Sin embargo, el seguimiento de los casos de Chagas congénito sigue representando un reto para la salud pública, dado el alto porcentaje de pérdida de seguimiento registrado en diversas regiones.

En este contexto, resulta fundamental optimizar la respuesta de los distintos actores del sistema de salud, promoviendo la detección temprana, el tratamiento oportuno y la continuidad en el seguimiento de los casos. Estas acciones son clave para reducir el impacto de la enfermedad y avanzar en su control a nivel nacional.

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

Fichas de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/instructivo_chagas_snvs_2024_1642024.pdf

Instructivos:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/instructivo_chagas_snvs_2024_1642024.pdf

---

INFORMES
ESPECIALES

VII. Informe preliminar de vigilancia genómica y determinación de genotipo de virus DENGUE-3 detectado en Argentina durante la temporada 2024

VII.1. Materiales

Estudio correspondiente a la vigilancia genómica de 5 muestras agudas de pacientes infectados por el virus DENV-3 circulante en Argentina con fecha de inicio de síntomas en enero de 2024 y procedentes de la provincia de Entre Ríos, localidad de Chajarí.

VII.2. Métodos

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

La cobertura de los genomas obtenidos correspondió a un porcentaje mayor al 70% del genoma completo. Los análisis bioinformáticos y la asignación de genotipo, se realizó mediante el software Genome Detective Virus Tool v2.77 y la genotipificación y asignación de linaje mediante la herramienta web Dengue Virus Typing Tool v4.

VII.3. Resultados y conclusiones

VII.3.A. DENV-3

- Durante la temporada anterior (2023) se detectó un pequeño agrupamiento de casos de este serotipo en la provincia de Tucumán y el estudio de 3 muestras permitió identificar en dicha oportunidad el **Genotipo I-del Sudeste Asiático y Sur del Pacifico**, lo cual marcó la entrada de un nuevo serotipo al país, además con un genotipo no detectado previamente en el país y tampoco identificado recientemente en otros países de la región. Los análisis filogenéticos mostraban asociación con secuencias de Indonesia y Sri Lanka de 2020. Se trató de una circulación restringida en Argentina, ya que no se lo detectó en otras áreas posteriormente.
- El DENV-3 no circulaba en Argentina desde el año 2012, año en el que se detectó la circulación del genotipo III mediante secuenciación genómica parcial del gen de la Envoltura (1485 pb) y mayor asociación con cepas de sudamérica (Venezuela y Colombia).
- Durante la temporada 2024 se detectó nuevamente este serotipo pero en una localización diferente (Entre Ríos). En esta oportunidad, los estudios genómicos indican que se trata del genotipo III, linaje B3, con mayor identidad nucleotídica y asociación filogenética con cepas detectadas en USA procedentes de pacientes con historia de viaje a Cuba durante 2022 y cepas de Brasil del año 2023.

- La circulación de DENV-3 sólo fue reconocida en una zona limitada y con un bajo número de casos en la temporada 2023-2024 en Argentina, pero marca el riego de introducción y dispersión de este serotipo al país. Por otro lado, debe tenerse en cuenta que este serotipo actualmente ha incrementado su incidencia en los países de América Central y el Caribe, Brasil también ha incrementado su detección y la entrada de nuevos serotipos en la región ha sido asociada con ciclos epidémicos de mayor magnitud.

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

VII.4. Referencias

- Grubaugh ND, Torres-Hernández D, Murillo-Ortiz MA, Dávalos DM, Lopez P, Hurtado IC, Breban MI, Bourgikos E, Hill V, López-Medina E. Dengue Outbreak Caused by Multiple Virus Serotypes and Lineages, Colombia, 2023-2024. Emerg Infect Dis. 2024 Nov;30(11):2391-2395. doi: 10.3201/eid3011.241031. Epub 2024 Oct 8. PMID: 39378873; PMCID: PMC11521178.
- Hill V, Cleemput S, Pereira JS, Gifford RJ, Fonseca V, Tegally H, Brito AF, Ribeiro G, de Souza VC, Brcko IC, Ribeiro IS, De Lima ITT, Slavov SN, Sampaio SC, Elias MC, Tran VT, Kien DTH, Huynh T, Yacoub S, Dieng I, Salvato R, Wallau GL, Gregianini TS, Godinho FMS, Vogels CBF, Breban MI, Leguia M, Jagtap S, Roy R, Hapuarachchi C, Mwanyika G, Giovanetti M, Alcantara LCJ, Faria NR, Carrington CVF, Hanley KA, Holmes EC, Dumon W, Lima ARJ, Oliveira T, Grubaugh ND. A new lineage nomenclature to aid genomic surveillance of dengue virus. PLoS Biol. 2024 Sep 16;22(9):e3002834. doi: 10.1371/journal.pbio.3002834. PMID: 39283942; PMCID: PMC11426435.
- Naveca FG, Santiago GA, Maito RM, Ribeiro Meneses CA, do Nascimento VA, de Souza VC, do Nascimento FO, Silva D, Mejía M, Gonçalves L, de Figueiredo RMP, Ribeiro Cruz AC, Diniz Nunes BT, Presibella MM, Quallio Marques NF, Riediger IN, de Mendonça MCL, de Bruycker-Nogueira F, Sequeira PC, de Filippis AMB, Resende P, Campos T, Wallau GL, Gräf T, Delatorre E, Kopp E, Morrison A, Muñoz-Jordán JL, Bello G. Reemergence of Dengue Virus Serotype 3, Brazil, 2023. Emerg Infect Dis. 2023 Jul;29(7):1482-1484. doi: 10.3201/eid2907.230595. PMID: 37347884; PMCID: PMC10310385.

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

VIII. Introducción

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

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

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

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

A continuación, se reproducen los informes de los eventos de mayor relevancia que han sido elaborados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 30 de enero al 5 de febrero del 2025.

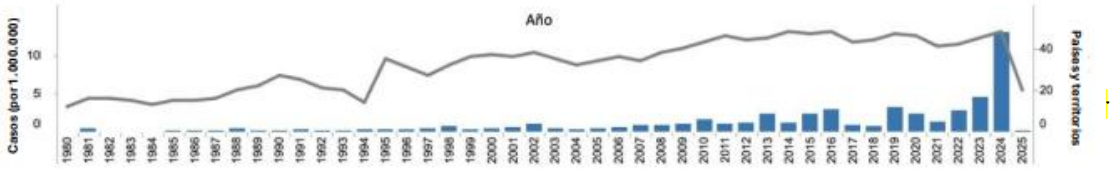
VIII.1. Alerta Epidemiológica Riesgo de brotes de dengue por la mayor circulación de DENV-3 en la Región de las Américas

VIII.1.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN

Informe recibido el 7 de febrero de 2025

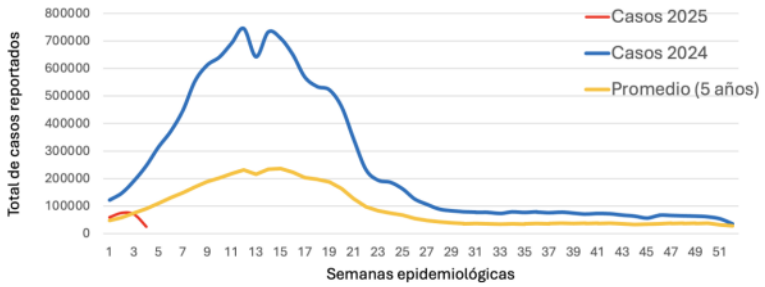
El 2024 fue un año en el que se registró un incremento histórico de casos de dengue en la Región de las Américas con 13.027.747 casos notificados por 50 países y territorios. De este total, 6.906.396 fueron confirmados por laboratorio, 22.684 caracterizados como dengue grave (0,17%) y 8.186 fueron casos fatales (tasa de letalidad 0,063%). Los países que notificaron la mayor proporción de casos fueron: Brasil con 10.232.872 casos, Argentina con 581.559 casos, México con 558.846 casos, Colombia con 320.982 casos y Paraguay con 295.785 casos (1). Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 4 de 2025, 23 países y territorios de la Región de las Américas han notificado 238.659 casos de dengue (Figura 1) (1). Los seis países que concentran el 98% de los casos en la Región son: Brasil con 194.564 casos (87%), Colombia con 12.740 casos (5,6%), Nicaragua con 5.702 casos (2,5%), Perú con 5.735 casos (2,5%) y México con 5.649 casos (2,5%) (1). Desde la SE 1 a la SE 4 del 2025, del total de casos reportados, 57.899 (24%) fueron confirmados por laboratorio. De este total, 263 fueron caracterizados como dengue grave (0,11%) y se registraron 23 casos fatales (tasa de letalidad 0,010%) (1). Los cuatro serotipos del virus dengue están circulando en la Región de las Américas hasta la SE 4 del 2025. Brasil, Costa Rica, El Salvador, México y Panamá reportan circulación simultánea de los cuatro serotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4) (1).

Figura 1. Número total de casos reportados de dengue y número de países y territorios, 1980 – 2025 (hasta SE 4) en la Región de las Américas.



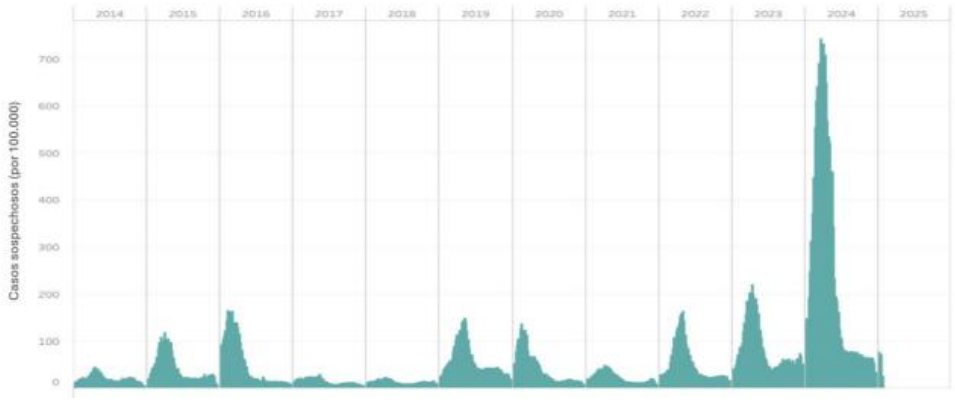
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de Indicadores de dengue. Washington, D.C.: OPS; 2025 [consultado el 3 de febrero del 2025]. Disponible en https://www3.paho.org/data/index.php/es/temas/indicadores-dengue.html.

Figura 2. Casos de dengue en 2024 - 2025 (hasta la SE 4) y promedio de los últimos 5 años, Región de las Américas.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de Indicadores de dengue. Washington, D.C.: OPS; 2025 [consultado el 3 de febrero del 2025]. Disponible en https://www3.paho.org/data/index.php/es/temas/indicadores-dengue.html.

Figura 3. Casos de dengue en 2014 - 2025 (hasta la SE 4), Región de las Américas.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de Indicadores de dengue. Washington, D.C.: OPS; 2025 [consultado el 3 de febrero del 2025]. Disponible en https://www3.paho.org/data/index.php/es/temas/indicadores-dengue.html.

Circulación del Serotipo 3 del Dengue en las Américas

El virus dengue tiene cuatro serotipos distintos: DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4, los cuales circulan en las Américas (1). La evidencia disponible sugiere que una infección por un serotipo confiere inmunidad de por vida para ese serotipo. Sin embargo, igualmente se ha demostrado que las infecciones subsecuentes por otros serotipos aumentan el riesgo a enfermedad grave. La interacción entre estos serotipos y la población tiene implicaciones significativas en la aparición y la magnitud de los brotes, los cuales suelen estar asociados con la introducción o el aumento en la circulación de un serotipo diferente al que predominaba anteriormente en una región debido a la susceptibilidad de la población.

A continuación, se analizan datos epidemiológicos del riesgo de una mayor circulación del DENV-3 en el hemisferio sur de las Américas y un posible aumento de casos de dengue con mayor gravedad, debido a la susceptibilidad de infección por este serotipo en la población.

Situación del DENV-3 en las Américas

Un estudio realizado en 2010 (2), analizó el comportamiento epidémico del dengue desde 1980 hasta 2007, señalando un aumento significativo de casos reportados, de aproximadamente un millón de casos en los años 80 a 4,7 millones durante el periodo 2000-2007. Los serotipos más frecuentemente aislados durante los años 90 fueron DENV-1 y DENV-2, mientras que en el periodo 2000-2007, los más frecuentes fueron DENV-2 y DENV-3. En 1994, el DENV-3 fue reintroducido en las Américas después de una ausencia de 16 años. En efecto, Colombia y Puerto Rico habían notificado este serotipo en 1977 y 1978 (3), y no volvió a ser detectado hasta 1994, en Nicaragua y Panamá. El serotipo DENV-3 se extendió por los países del istmo de América Central y México, y luego llegó a Puerto Rico, otras islas del Caribe y América del Sur. En el año 2000, el DENV-3 fue detectado en Río de Janeiro, ocasionando un brote de gran magnitud que duró tres años. Aunque DENV-3 fue el serotipo predominante y el único vinculado a casos fatales, también fueron detectados los serotipos DENV-1 y DENV-2. Posteriormente, el DENV-3 se propagó a más ciudades en Brasil (4). La circulación del DENV-3 aumentó en todo el continente americano después de su introducción en las subregiones1 Andina y del Cono Sur en el año 2000 (1).

En 2024, **Argentina** notificó la circulación de DENV-3, marcando la introducción de un nuevo genotipo para este serotipo en el país y la región. Los casos fueron identificados en la provincia de Entre Ríos. Aunque la circulación de DENV-3 fue limitada representando el 0,19% de los casos serotipificados, este hallazgo representa un riesgo de introducción y dispersión del serotipo (5).

En 2023, **Brasil** documentó nuevamente la circulación del DENV-3 (6). Anteriormente, los últimos brotes asociados al DENV-3 ocurrieron en el periodo de 2003 a 2008 cuando fue este serotipo fue el más prevalente. Este serotipo, introducido desde Asia del Sur no había sido descrito previamente en la Región (7, 8). La ausencia prolongada y la falta de circulación reciente del serotipo DENV-3 en Brasil podrían aumentar la susceptibilidad de la población (especialmente en edades menores a 15 años) lo que resalta la importancia de la detección temprana y el monitoreo continuo de su propagación. El Ministerio de Salud de Brasil alertó sobre los riesgos de la nueva circulación de este serotipo (9), informando a la población que DENV-3 es uno de los más virulentos, asociado a manifestaciones clínicas más graves junto con DENV-2 (10).

En 2024, **Colombia** documentó la expansión del área de circulación del DENV-3, donde los serotipos DENV-1 y DENV-2 eran los más prevalentes. En la región del Casanare, se reportaron los primeros aislamientos de DENV-3, asociados a casos de dengue grave y fallecimientos en niños (11).

En **Costa Rica**, entre 2019 y 2021 no se reportó la circulación de DENV-3 , sin embargo, en 2022 este serotipo represento el 0.18% del total de muestras serotipificadas, porcentaje que aumento al 25% durante en 2023. Durante 2024, DENV-3 fue el serotipo predominante en el país, con el 56% del total de muestras serotipificadas (12).

En **Guatemala,** en agosto de 2024, los resultados de la vigilancia del virus del dengue demostraron que el 77% de las muestras analizadas correspondían a DENV-3. Al cierre del 2024, 83% de las determinaciones de serotipos correspondieron a DENV-3, 12% a DENV-2, 4% a DENV1 y menos del 1% para DENV-4. La mayor cantidad de fallecimientos ocurrieron en pacientes en edad pediátrica (menores de 15 años, 66% de los casos) (13, 14).

En **México**, entre 1995 y 2008 se registró circulación constante del DENV-3, alcanzando su nivel máximo en 1997, con 88% de muestras positivas para este serotipo del total de muestras serotipificadas. Entre 2009 y 2021 la circulación de DENV-3 fue baja, con valores anuales que oscilaron entre 0,1% a 6% del total. Sin embargo, se observó un notable aumento en la circulación en 2022 (25%), 2023 (59%) y 2024 (86%) (15).

En **Nicaragua**, un estudio de cohorte de dengue pediátrico que inició en 2004/2005, mostró que DENV-2 y DENV-3 han sido los serotipos más comunes en los últimos 20 años, con infecciones secundarias predominantes para DENV-2 y números similares de infecciones primarias y secundarias para DENV-3. DENV-3 se asoció con mayor gravedad tanto en infecciones primarias como secundarias, según las clasificaciones de la OMS de 1997 y 2009, mientras que DENV-2 estaba más asociado con mayor gravedad según la clasificación del 1997 en casos secundarios. El análisis no incluyó el DENV-4 por el limitado número de casos causados por este serotipo en estos estudios (16).

Durante el 2024, en **Perú,** se identificó la circulación de DENV-3 en las regiones de Lima, Loreto, San Martín, Piura, Cajamarca, Amazonas, Ancash, Ica, Callao, Ayacucho, Huánuco y Ucayali, donde anteriormente solo se había reportado la presencia de DENV-1 y DENV-2 (17).

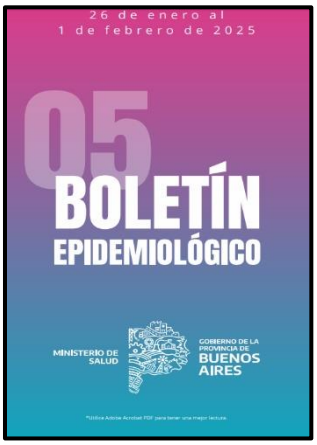
En **Puerto Rico**, tras más de 10 años de predominio de DENV-1, las proporciones de los serotipos DENV-2 y DENV-3 aumentaron significativamente durante 2023-2024, siendo DENV-3 el que reemplazo a DENV-1 como el serotipo predominante (18).

Fuente: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-riesgo-brotes-dengue-por-mayor-circulacion-denv-3-region-americas

DESTACADOS EN **BOLETINES JURISDICCIONALES**

IX. Boletines jurisdiccionales

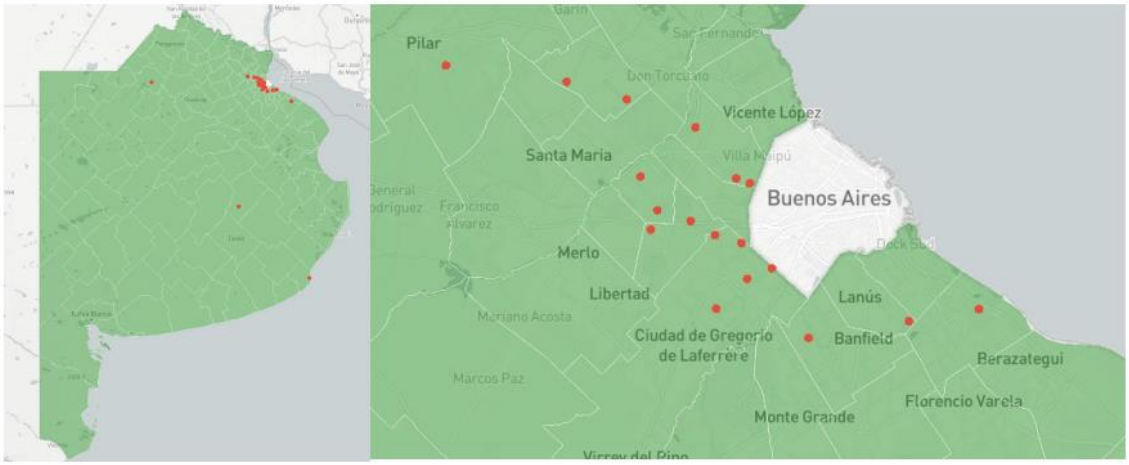
IX.1. Buenos Aires: Arbovirosis



No se registran brotes en la PBA desde la semana del 23 de junio de 2024 (SE 26). Entre octubre de 2024 y el 1ro de febrero de 2025 se identificaron 10 casos confirmados de dengue autóctonos en forma aislada. Estos casos se registraron en La Matanza en la tercera semana de octubre (SE 42) y en la segunda semana de diciembre (SE 50), en Lanús en la última semana de noviembre (SE 48), en Morón en la primera y tercer semana de diciembre (SE 49 y 51), en Hurlingham en la primera y segunda semana de diciembre (SE 49 y 50), en Gral. San Martín en la tercera semana de diciembre (SE 51) y en la segunda semana de enero en Malvinas Argentinas (SE 2). En 4 de ellos el serotipo identificado fue DEN 1 y en los restantes no se identificó el serotipo.

Entre el 23 de junio de 2024 y el 1 de febrero de 2025 (SE 26/2024 a 5/2025) se notificaron 3.795 casos compatibles con dengue, de los cuales 22 fueron confirmados por laboratorio, 157 son probables, 1.549 en estudio y 2.067 con muestras 1 de laboratorio negativas

Casos confirmados de dengue con y sin antecedente de viaje por municipio. PBA, SE26/2024 a SE4/2025.



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

Para más información:

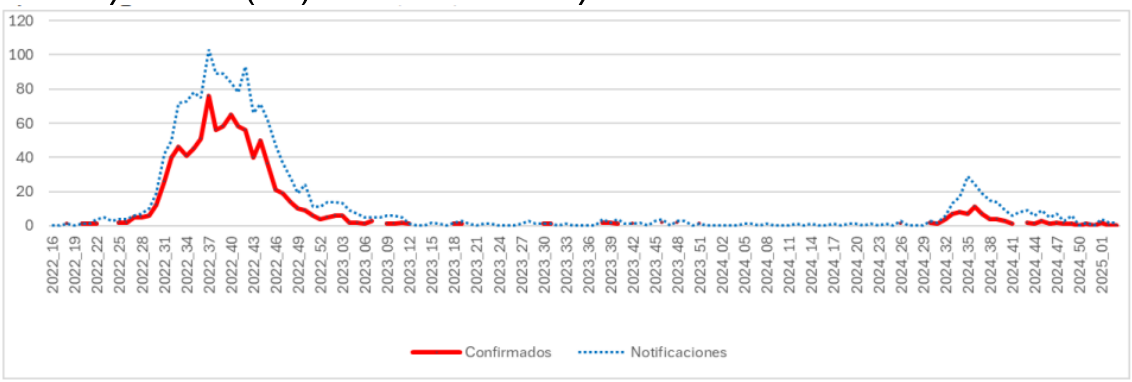
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

IX.2. CABA: Viruela símica

En 2024-25, en el período comprendido entre la SE 1 de 2024 y las SE 2 de 2025 fueron notificados en total 233 residentes, que se distribuyeron de la siguiente manera: 74 casos confirmados, 121 descartados y 38 casos que se encuentran en investigación. De los 74 casos confirmados, un caso requirió internación, la cual transcurrió con resolución favorable. Del total de casos notificados en residentes, las notificaciones se distribuyeron equitativamente entre el subsector público y privado. Hasta la fecha no se han informado casos relacionados con el clado Ib. El caso de la SE 26 se ha determinado como asociado a la importación, pero en los notificados hasta la SE 46 inclusive, no se han podido ubicar antecedentes inmediatos de viaje.



Notificaciones y casos confirmados viruela símica. Residentes CABA - por año y semana epidemiológica Abr-2022 / Ene-2025 (SE 3). N notificaciones = 1737 / N casos = 982

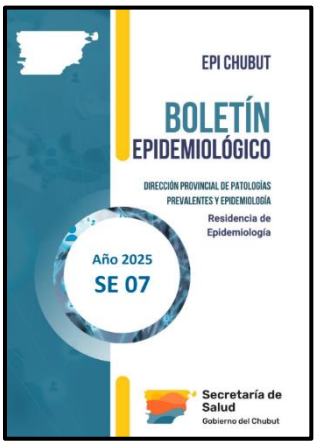


Para más información: https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2024-2025

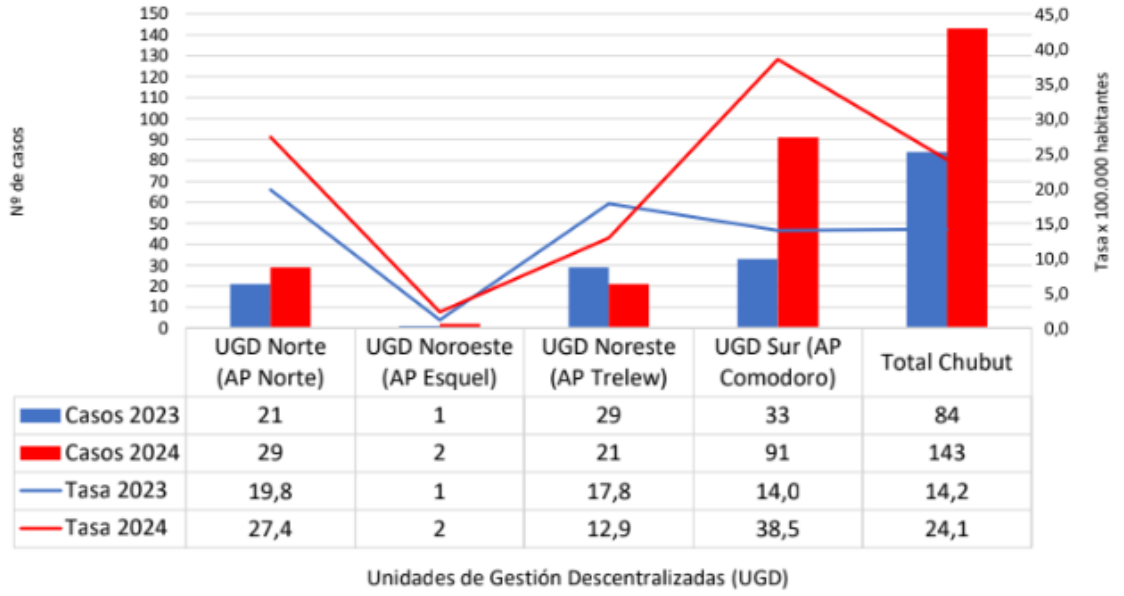
IX.3. Chubut: Intoxicación por monóxido de carbono

A la SE 52 del año 2024 se notificaron 143 casos confirmados de Intoxicación por monóxido de carbono. Se observa un aumento del 70% de los casos notificados en el año 2024 comparando con 2023. La mayor tasa de incidencia la presenta UGD Sur (38,5 x100.000 hab).

Desde la SE 1 a la SE 6 de 2025 se notificaron 4 casos confirmados para este evento correspondiente a la UGD Noreste (AP Trelew), Noroeste (AP Esquel) y Sur (AP Comodoro Rivadavia).



Casos confirmados de intoxicación por monóxido de carbono. Provincia del Chubut. SE 1-52 Año 2024 N=143



	UGD Norte (AP Norte)	UGD Noroeste (AP Esquel)	UGD Noreste (AP Trelew)	UGD Sur (AP Comodoro)	Total Chubut
Casos 2023	21	1	29	33	84
Casos 2024	29	2	21	91	143
Tasa 2023	19,8	1	17,8	14,0	14,2
Tasa 2024	27,4	2	12,9	38,5	24,1

Fuente: Elaboración propia Residencia de Epidemiología HZPM en base al SNVS 2.0

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

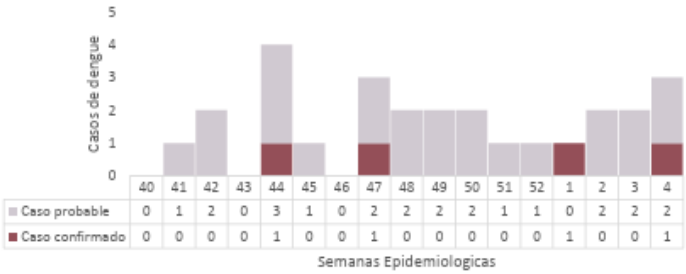
IX.4. Salta: Dengue



En la provincia de Salta se inicia el periodo de vigilancia intensificada de Enfermedades Transmitidas por Mosquitos (ETM), que se extiende desde el 1 de octubre (SE40) hasta el 30 de mayo aproximadamente del siguiente año teniendo en cuenta la dinámica epidemiológica de las ETM. Hasta la SE 5/2025 se confirmaron 4 casos de dengue para la provincia de Salta (tasa de incidencia 0.27 casos cada 100.000 hab.).

En la SE 44/2024 se presentó el primer caso confirmado de dengue de la temporada, con residencia en el departamento de Capital y sin antecedentes de viaje por lo que se lo clasifico como autóctono, con serotipo DEN-2. En la SE 47/2024 se confirmó un nuevo caso de Dengue, paciente con residencia en Capital, sin antecedente de viaje, no se puedo establecer el serotipo. En la semana epidemiológica 1 y 5 del 2025 se reportaron casos confirmados de dengue sin antecedentes de viaje y con identificación de serotipo DEN-1. La tasa de incidencia para el departamento Capital hasta la SE4/2025 es de 0.45 casos de dengue por 100.000 hab.

Curva de casos confirmados y probables por semana epidemiológica. SE 40/2024 a SE 4/2025. provincia de salta.

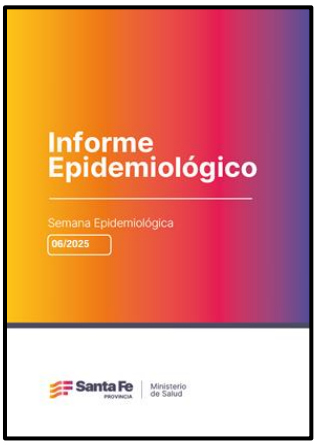


	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4
Caso probable	0	1	2	0	3	1	0	2	2	2	2	1	1	0	2	2	2
Caso confirmado	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1

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

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

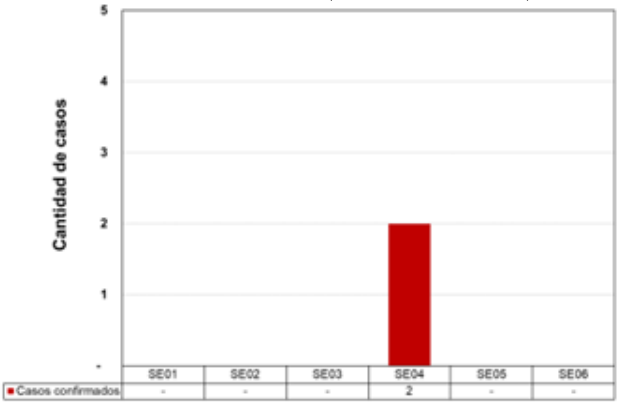
IX.5. Santa Fe: Fiebre Hemorrágica Argentina



La Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) es una enfermedad viral aguda, causada por el virus Junín cuyo reservorio es el Calomys musculinus. La vigilancia de FHA, se realiza dentro de la vigilancia integrada del "Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI)" que agrupa múltiples eventos con similares signos y síntomas, y etiología diversa. Se considera caso de SFAI a: "Toda persona de cualquier edad y sexo que presente fiebre de menos de 7 días de evolución, acompañado de mialgias o cefaleas, sin afección de vías aéreas superiores y sin etiología definida".

Desde la SE 01 hasta la SE 06 del 2025 se notificaron, con residencia habitual en la provincia de Santa Fe, 66 casos del evento "Fiebre Hemorrágica Argentina", de los cuales 2 se confirmaron. Los 2 casos confirmados tienen residencia habitual 1 en el departamento Constitución (31 años y sexo masculino) y 1 en el departamento San Martín (57 años y sexo femenino). La distribución según SE desde la fecha de inicio de síntomas (FIS) se presenta en el Gráfico 1, donde puede observarse que ambos casos tienen informada la FIS en la SE04/2025.

Cantidad de casos confirmados al evento de Fiebre Hemorrágica Argentina por Semana Epidemiológica. Provincia de Santa Fe. Año 2025 (SE 01 hasta SE 06). N= 2.



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) - notificación nominal hasta el 08/02/2025.

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

IX.6. Tierra del Fuego: Diarrea Aguda

Hasta la semana epidemiológica (SE) 6 en 2025 se notificaron 730 casos de dirrea aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2024, se observa un aumento del 56.7% de los casos registrados a nivel provincial.

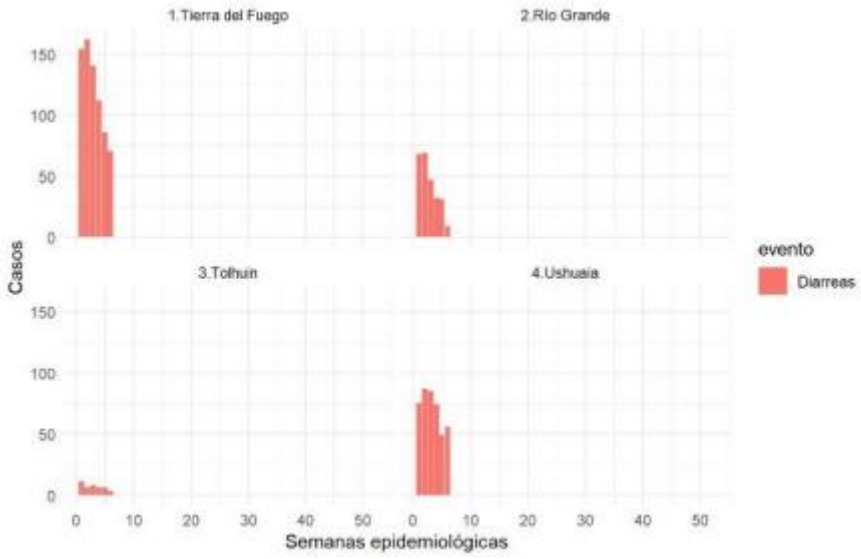


Diarreas agrupadas, años 2024 y 2025

	SE 6 / Año 2024	SE 6 /Año 2025	% Variación interanual
Río Grande	183	264	⬆ 44.3
Tolhuin	28	40	⬆ 42.9
Ushuaia	255	426	⬆ 67.1
Tierra del Fuego	466	730	⬆ 56.7

Fuente: Elaboración propia - SNVS2.0

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



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

Para más información: https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

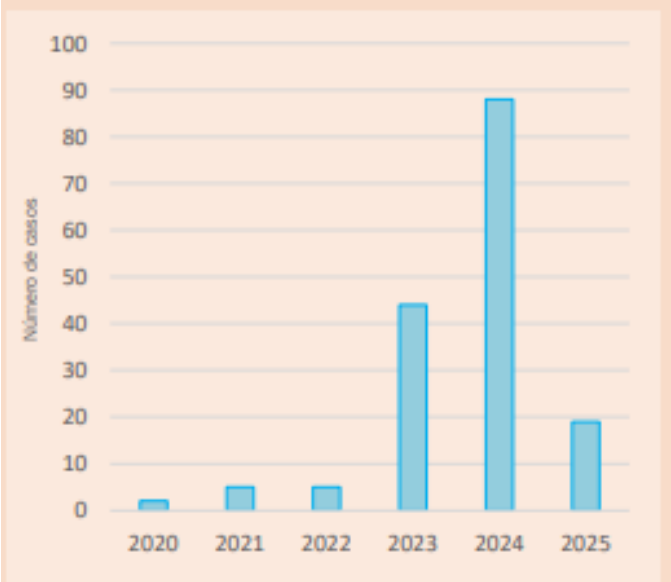
IX.7. Tucumán: Accidente Potencialmente Rábico



La rabia es un grave problema de salud pública que afecta a más de 150 países y territorios, principalmente en Asia y África. Es una virosis zoonótica y tropical desatendida que causa 59.000 defunciones al año, el 40% de ellas entre niños menores de 15 años, sin embargo, debido a que no se notifican todos los casos, se suele estimar un número de defunciones superior al de casos confirmados

En Tucumán, desde el año 2020 al 2024 se notificaron al SNVS 2.0 un total de 163 casos de APR. Es fundamental subrayar que, en el año 2024 se reportaron 88 casos de APR y que en el transcurso del corriente año, fueron confirmados 19 casos de APR. Del total, el 24,26% (41) de las notificaciones de APR corresponden a niños entre 5 a 9 años de edad.

Total de notificaciones de APR en Tucumán. 2020 – 2025



Fuente: Fuente: Elaboración propia - SNVS2.0

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

X. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **febrero** del corriente año, en el marco de su adecuación al Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria.

En lo sucesivo, las futuras actualizaciones de las codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 se publicarán periódicamente, proporcionando una visión detallada y oportuna de las mejoras y ajustes continuos en el sistema.

Para consultar cambios que se hayan realizado en 2024 remitirse al siguiente documento: Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nro 737

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
Febrero	Diarrea aguda	Laboratorio	Laboratorio Clínico	Se adicionaron las opciones: “Sangre en materia fecal” y “Recuento de leucocitos”
Febrero	Hepatitis A	Clínica	Diagnóstico referido o constatado	Se adicionó la opción: "Nexo con caso confirmado por laboratorio" **Aclaración: esta opción se generó, para ser utilizada únicamente, ante casos con nexo epidemiológico con casos confirmados de hepatitis A por laboratorio y que no pueden ser testeados al momento de la notificación.**

X.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)

XI. 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

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



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

Duración: 25 horas

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