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



# BOLETÍN
# EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **745**

**Semana epidemiológica 8**
AÑO 2025
Desde 16/02 al 22/02
Fecha de publicación
**03/03/2025**

DIRECCIÓN DE
**EPIDEMIOLOGÍA**

MINISTERIO DE SALUD · REPÚBLICA ARGENTINA

# AUTORIDADES

## Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

## Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

## Secretaría de Gestión Sanitaria

Dr. Alejandro Alberto VILCHES

## Subsecretaría de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dr. María Susana AZURMENDI

## Dirección de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

# Autores de este boletín:


### SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES

**Mpox:** Antonella Vallone[1], Silvina Moisés[1], Tamara Wainzinger[1], María Marta Iglesias[1] y Carlos Giovacchini[5]

**Sarampión:** Yasmin El Ahmed[1], Gabriela Elbert[7].

### 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[3], Julián Antman[1], Cintia Fabbri[6], Victoria Luppo[6], María Alejandra Morales[4].

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

### ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

**Vigilancia de Alacranismo:** Alejandra Gaiano[3], Emilio Faro[3], Natalia Casas[3], Susana Lloveras[3], Estefania Buoro[1], Yasmin El Ahmed[1], Julián Antman[1], Christian Dokmetjian[8], Silvina Aguilar[8], Diego Mazza[8],

Claudio Bonel[8]

### ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES

Ignacio Di Pinto[1].

### DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

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

### HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA

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

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

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

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

[1] Dirección de Epidemiología.
[2] Instituto Nacional de Medicina Tropical.
[3] Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades transmitidas por vectores.
[4] Dirección Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui", INEVH - ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[5] Departamento de Epidemiologia, INEI - ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[6] Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI - ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[7] Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.
[8] Instituto Nacional de Producción de Biológicos. ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

## Agradecimientos:

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

## Imagen de tapa:

Imagen de *Tityus bahiensis*. Envenenamiento por animales ponzoñosos. Aportada por Adolfo de Roodt, Instituto Nacional de Producción de Biológicos ANLIS "Carlos G. Malbrán". Ministerio de Salud de la Nación.

## Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°745, SE 8.

# 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.

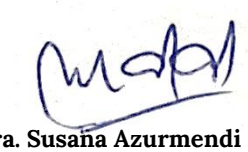
En 2009, con la implementación del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 1.0) en todas las jurisdicciones, el Epinoticias se transformó en el “Epinoticias Semanal”, editado desde la recientemente creada Área de Vigilancia de la Salud. Esta nueva versión incluía cuatro secciones principales: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

# Contenido

**I. Editorial del BEN 740** ..... **5**

**SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES** ..... **8**

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

**III. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE)** ..... **17**
III.1. Situación epidemiológica mundial y regional ..... 17
III.2. Situación actual en argentina ..... 19
III.3. Recomendaciones para la comunidad ..... 20
III.4. Recomendaciones para los equipos de salud ..... 20
III.4.A. Vigilancia epidemiológica ..... 21
III.4.B. Medidas de prevención ..... 21
III.4.C. Medidas ante casos y contactos ..... 22

**EVENTOS PRIORIZADOS** ..... **24**

**IV. Vigilancia de dengue y otros arbovirus** ..... **25**
IV.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus ..... 25
IV.1.A. Introducción ..... 25
IV.1.B. Subregión Centroamérica y México ..... 25
IV.1.C. Subregión Cono Sur ..... 26
IV.2. Situación de dengue en Argentina ..... 29
IV.2.A. Situación histórica ..... 29
IV.2.B. Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras arbovirosis ..... 31
IV.2.C. Indicadores basados en la vigilancia para determinar fases epidemiológicas ..... 34
IV.2.D. casos de dengue según fase ..... 35
IV.2.E. Temporada actual ..... 36
IV.2.F. Distribución según región, jurisdicción y departamento ..... 38
IV.2.G. Situación según serotipos circulantes ..... 40
IV.2.H. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo” ..... 41
IV.2.I. Dengue grave ..... 42
IV.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus ..... 42
IV.3.A. Situación epidemiológica de fiebre amarilla en argentina ..... 43
IV.4. Vigilancia entomológica ..... 44
IV.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición ..... 44
IV.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) -SE06 (2025) ..... 44
IV.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios ..... 48

**V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas** ..... **50**
V.1. Nota Metodológica ..... 50
V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios ..... 50
V.3. Síntesis de la información nacional destacada a la SE08/2025 ..... 51
V.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis ..... 51
V.3.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados ..... 51
V.3.C. Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios ..... 51
V.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis ..... 52
V.4.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) ..... 52
V.4.B. Neumonía ..... 53
V.4.C. Bronquiolitis ..... 54
V.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios ..... 56
V.5.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas ..... 58

**ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS** ..... **61**

**VI. Vigilancia de Alacranismo ... 62**
VI.1. Introducción ... 62
VI.2. Situación epidemiológica 2020-2024 ... 62
6.2.1. Distribución espacial ... 62
6.2.2. Distribución temporal ... 64
6.2.3. Distribución según sexo y edad ... 65
6.2.4. Sintomatología y tratamiento ... 66
6.2.5. gravedad ... 67
VI.3. Situación epidemiológica 2025 (SE 1-SE 7) ... 68
VI.4. Producción de antiveneno escorpiónico ... 69
6.4.1. Instituto nacional de producción de biológicos ... 69
6.4.2. Composición del Producto Terminado ... 69
VI.5. Medidas de prevención ... 70

**ALERTAS Y COMUNICACIONES NACIONALES ... 71**

**VII. AUMENTO DE CASOS DE HEPATITIS A ... 72**
VII.1.A. Agente etiológico ... 72
VII.1.B. Modos de transmisión ... 73
VII.1.C. Reservorio y vector ... 73
VII.1.D. Período de incubación ... 73
VII.2. Situación epidemiológica actual ... 73
VII.3. Vigilancia epidemiológica ... 75
VII.4. Recomendaciones para equipos de salud ... 75
VII.4.A. Medidas ante casos y contactos ... 75
VII.4.B. Profilaxis Post Exposición ... 76
VII.5. Medidas ante brotes ... 77
VII.6. Medidas en caso de desastre ... 77
VII.7. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Hepatitis A ... 78
VII.7.A. Embalaje para derivación de muestras ... 78
VII.8. Recomendaciones para la población ... 78
VII.8.A. Medidas preventivas ... 78
VII.8.B. Otras medidas preventivas ... 79

**ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES ... 80**

**VIII. Introducción ... 81**
VIII.1. Enfermedad por el virus de Sudán – Uganda ... 82

**DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES ... 85**

**IX. Boletines jurisdiccionales ... 86**
IX.1. Buenos Aires: Arbovirosis ... 86
IX.2. Chubut: Intoxicación por monóxido de carbono ... 87
IX.3. Mendoza: Psitacosis ... 88
IX.4. Salta: Enfermedades zoonóticas humanas ... 89
IX.5. Santa Fe: Dengue ... 90
IX.6. Tierra del fuego: Diarreas agudas ... 91
IX.7. Tucumán: Sífilis ... 92

**HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA ... 93**

**X. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 ... 94**
X.1. Información relevante: enteroparasitosis ... 95

**XI. Circular de vigilancia sobre fiebre amarilla ante el aumento de casos humanos en la Región de las Américas - Febrero 2025 96**

**XII. 1° Edición del Curso: "Vigilancia y notificación de dengue" ... 97**

**XIII. 4° Edición del Curso Virtual "Introducción al SNVS 2.0" ... 98**

# SITUACIONES **EPIDEMIOLÓGICAS** EMERGENTES

# II. Situación epidemiológica de MPOX

## II.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

## II.2. Situación internacional[5]

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, Francia, Angola, Emiratos Árabes Unidos y Omán**. Desde el último informe, fueron detectados casos de clado Ib en **Catar y Sudáfrica**. 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 febrero de 2025. Con base en la información disponible, el riesgo se evalúa de la siguiente manera:

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

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

- Clado IIb MPXV: Asociado con la epidemia mundial de mpox a partir de 2022 — Moderado

## II.3. Situación en África[6]

Desde el 1 de enero de 2022, 26 Estados miembros de África han notificado a la OMS casos de mpox. Hasta el 23 de febrero de 2025, notificaron 25.577 casos confirmados por laboratorio, incluidas 106 muertes.

En los últimos doce meses, hasta el 23 de febrero de 2025, 22 países notificaron 21.598 casos confirmados, incluidas 81 muertes. Los tres países con la mayoría de los casos son la República Democrática del Congo (n=13.869), Burundi (n=3.543) y Uganda (n=3.391).

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°744, SE 7.

## II.4. Situación en Argentina

Entre las SE 1 y 8 de 2025 se notificaron 34 casos, de los cuales 5 fueron confirmados. No se detectaron casos confirmados en la última semana epidemiológica.

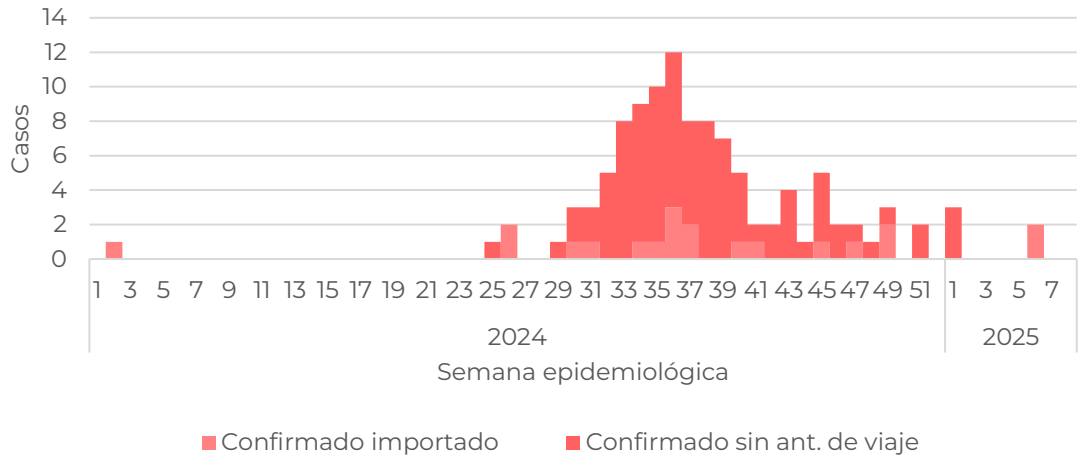
Durante 2024 fueron identificados 107 casos confirmados de mpox de un total de 602 casos sospechosos notificados.

La curva epidémica de casos confirmados por fecha mínima[7] 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.

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

[7] 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 3. Casos confirmados de Mpox según antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1/2024 a SE8/2025. (N=112)**




*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 74 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.

## II.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).

## II.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.

### II.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 y Zambia)

**Caso confirmado**

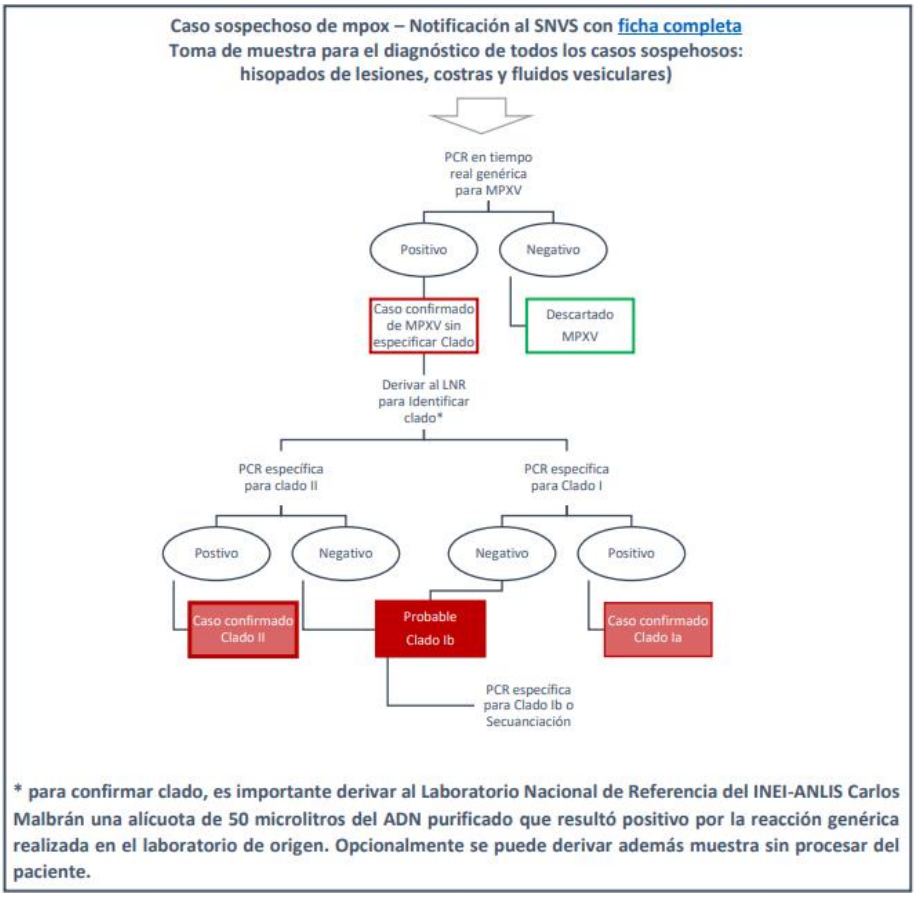
- Todo caso sospechoso con resultados detectables de PCR para Orthopox del grupo eurasiático-africano o de PCR en tiempo real para virus MPX genérica o específica de los clados.

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.

### II.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.

## II.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).

## II.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 de que se necesite hospitalización, debe realizarse en una habitación individual con baño privado y eventualmente internación por cohortes.
- Si el paciente precisa moverse por fuera de la habitación, debe hacerlo siempre con barbijo quirúrgico y cubriéndose las heridas.
- La movilidad del paciente fuera de su habitación debe limitarse a lo esencial para realizar procedimientos o métodos diagnósticos que no puedan llevarse a cabo en ella. Durante el

transporte, el paciente debe utilizar barbijo quirúrgico y las lesiones cutáneas deben estar cubiertas.

- Se debe establecer el correcto manejo de casos para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo desde el triaje hasta las salas de aislamiento, en cualquier nivel de atención, evitando el contacto con otras personas en salas de espera y/o salas de hospitalización de personas internadas por otras causas.
- El personal de salud que atienda casos sospechosos o confirmados debe utilizar protección para los ojos (gafas protectoras o un protector facial que cubra el frente y los lados de la cara), barbijo quirúrgico, camisolín y guantes desechables.
- Durante la realización de procedimientos generadores de aerosoles deben utilizarse barbijos tipo máscaras N95 o equivalentes.
- El aislamiento domiciliario debe realizarse en una habitación o área separada de otros convivientes durante todas las etapas de la enfermedad hasta que todas las lesiones hayan desaparecido, se hayan caído todas las costras y surja piel sana debajo.
- Si durante el aislamiento domiciliario el paciente requiere atención médica debe comunicarse con el sistema de salud.
- Las personas convivientes deben evitar el contacto con el caso sospechoso o confirmado, especialmente contacto de piel con piel.
- No se debe compartir ropa, sábanas, toallas, cubiertos, vasos, platos, mate, etc.
- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y embarazadas durante el período de transmisión.
- Ante el riesgo potencial de transmisión del virus de las personas enfermas a los animales, se recomienda que las personas con diagnóstico sospechoso o confirmado de mpox eviten el contacto directo con animales, incluidos los domésticos (como gatos, perros, hámsters, hurones, jerbos, cobayos), el ganado y otros animales en cautividad, así como la fauna silvestre. Las personas deben estar especialmente atentas a los animales que se sabe que son susceptibles, como los roedores, los primates no humanos, etc.
- Debe también evitarse el contacto de los residuos infecciosos con animales, especialmente roedores.

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

## II.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*

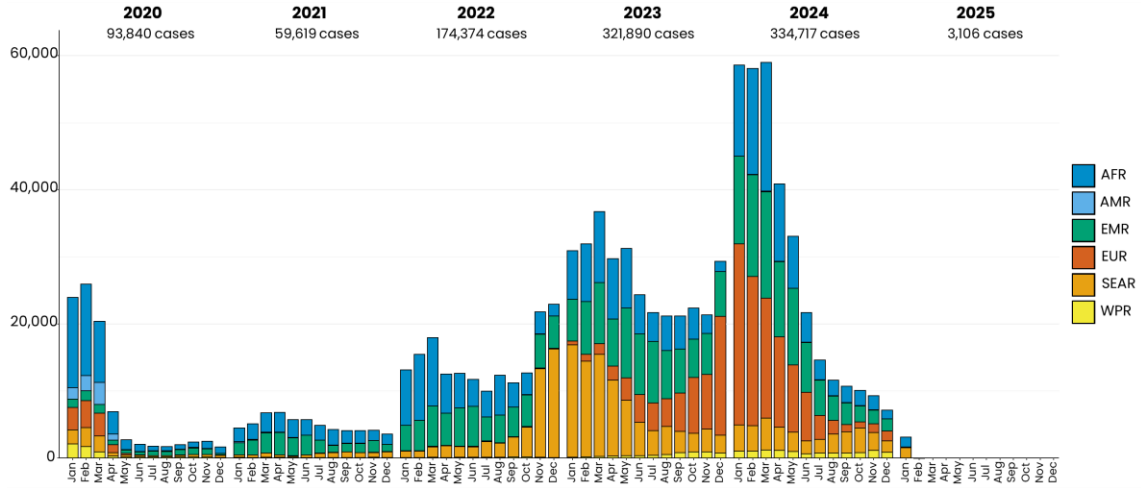
# III. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE)

## III.1. Situación epidemiológica mundial y regional

En los años 2023 y 2024 se observa un aumento de casos de sarampión a nivel mundial, respecto al año 2022. En las SE 1 a 6 de 2025, en la Región de las Américas, se notificaron 537 casos sospechosos de sarampión.

Según el CDC[8], hasta el 27 de febrero del 2025, 9 jurisdicciones (Alaska, California, Georgia, Kentucky, la Ciudad de Nueva York, Nueva Jersey, Nuevo México, Rhode Island y Texas) notificaron un total de 164 casos de sarampión. En el 2025, se han notificado 3 brotes (definidos como 3 o más casos relacionados) y el 93% de los casos (153 de 164) están asociados a un brote. En comparación, durante el 2024, se notificaron 16 brotes y el 69 % de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a un brote. Ha habido 1 muerte confirmada a causa del sarampión en el 2025.

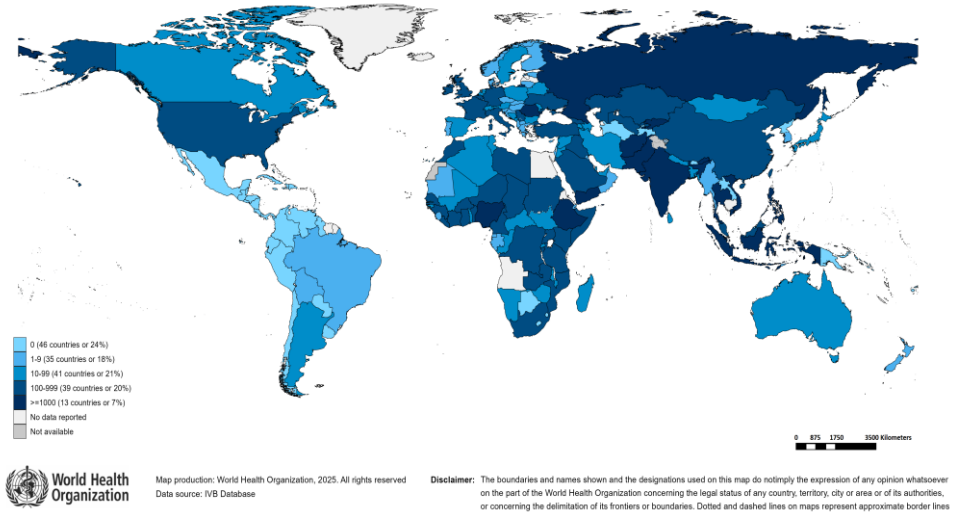
**Gráfico 1. Casos de sarampión por mes según región de la OMS. Año 2020 a 2025.**




Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Febrero 2025. Disponible en: https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location= (consultado 28/02/2025)

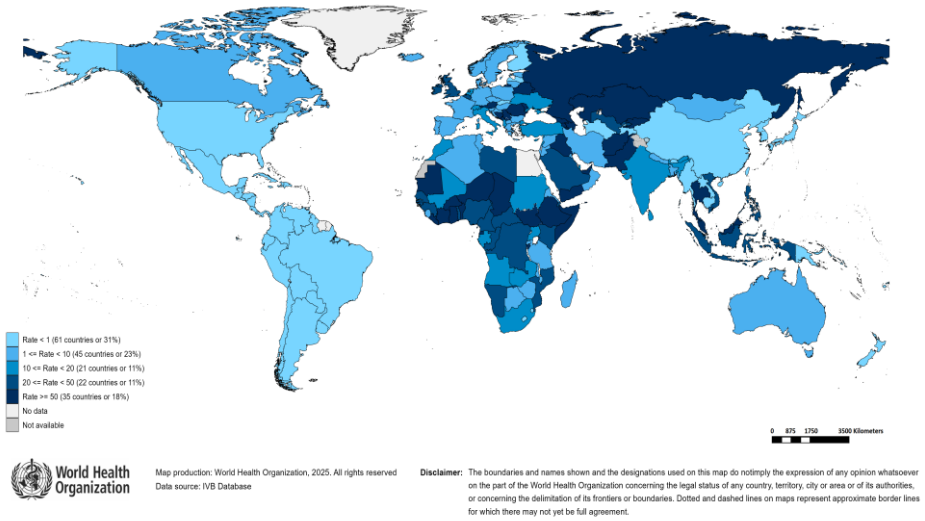
[8] https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html

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




*Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Febrero 2025. Disponible en: https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location= (consultado 28/02/2025)*

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




*Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Febrero 2025. Disponible en: https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location= (consultado 28/02/2025)*

*Comunicación epidemiológica sobre la confirmación del tercer y cuarto caso de sarampión en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires publicada el 23 de febrero de 2025*

*https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/actualizacion_casos_de_sarampion_20250223.pdf*

*Ante la confirmación de dos nuevos casos de sarampión, se recomienda a la población verificar en el carnet de vacunación el registro de al menos dos dosis de vacuna contra el sarampión (doble o triple viral) y consultar inmediatamente ante la presencia de fiebre y exantema.*

## III.2. Situación actual en argentina

A la fecha, han sido confirmados 6 casos de sarampión en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

El 1 de febrero de 2025 el Ministerio de Salud de la Nación emitió una alerta epidemiológica[9] ante la confirmación de un caso de sarampión en una niña de seis años de edad con residencia en la comuna 14 de CABA y antecedente de viaje junto a su grupo familiar desde Rusia con escalas en Vietnam, Dubai y Río de Janeiro. El día 29 de enero, la hermana de 20 meses de edad comenzó con fiebre, agregando exantema 5 días después. En ningún caso fue posible constatar el antecedente de vacunación contra sarampión y en ambos se detectó IgM positiva para sarampión en suero y genoma viral de sarampión por RTqPCR en orina.

Los casos que se describen a continuación no cuentan con antecedente de viaje.

El 14 de febrero, se confirmó el tercer caso de sarampión en una persona adulta de 40 años sin antecedente de viaje, con residencia en la comuna 14, en cercanía a los dos casos confirmados anteriormente. El 10 de febrero comenzó con tos, agregando fiebre y exantema el 12 de febrero. Refiere vacunación completa. La IgM contra sarampión en suero fue negativa y la IgG positiva y se detectó genoma viral del virus del sarampión, por RTqPCR en orina.

El 21 de febrero se confirmó el cuarto caso de sarampión en una adolescente de 18 años de edad, residente de la CABA y sin antecedente de viaje, con domicilio cercano a los casos anteriores. Comenzó con fiebre el día 19 de febrero, el 21 se agregó conjuntivitis y luego exantema. Ante esta sintomatología, sumado al antecedente epidemiológico de probable contacto con casos confirmados, se tomaron las muestras ese mismo día confirmando el diagnóstico. La paciente se encuentra en seguimiento clínico en forma ambulatoria. Consta vacunación completa referida en la historia clínica de la jurisdicción.

[9] Alerta epidemiológica – Caso confirmado de sarampión importado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 1 de febrero 2025. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta_sarampion_01022025.pdf

El quinto caso es una mujer de 19 años con inicio de síntomas el 19 de febrero y exantema el 23. Mientras que el último caso confirmado se trata de una adolescente de 16 años de edad, hermana de uno de los casos, con inicio de síntomas 19 de febrero y exantema el 25 de febrero.

A excepción del segundo caso que requirió internación por neumonía, el resto de los casos se manejaron de manera ambulatoria y todos presentan a la fecha evolución favorable. Tres casos fueron confirmados en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI- ANLIS "Carlos G. Malbrán" con identificación del genotipo B3 linaje MVs/Buenos Aires.ARG/5.25.

Desde el Ministerio de Salud de la CABA se procedió a la identificación de escenarios de transmisión y de contactos para todos los casos confirmados. Las acciones de control por parte de las distintas jurisdicciones implicadas según la residencia de los contactos incluyeron: seguimiento clínico, búsqueda activa comunitaria e institucional, acciones de vacunación o indicación de gammaglobulina según corresponda, reuniones con referentes epidemiológicos e infectológicos, entre otras. Se continúa dando seguimiento a la investigación epidemiológica y las acciones de control correspondientes.

Cinco de los 6 casos de los ellos, viven en departamentos de propiedad horizontal, cito en la comuna 14 de la Ciudad. El otro caso confirmado vive a 100 metros de distancia.

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

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

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

## III.3. Recomendaciones para la comunidad

Considerando el inicio del ciclo lectivo y la práctica de actividades educativas, deportivas, recreativas y sociales, resulta fundamental garantizar el cumplimiento del esquema de vacunación contra el sarampión de acuerdo a las recomendaciones vigentes.

El regreso a las aulas y otros espacios donde se desarrollan las actividades mencionadas supone el contacto estrecho entre niños, adolescentes y adultos, la convocatoria a reuniones y actos escolares con gran afluencia de personas y un incremento del desplazamiento de la población, constituyendo así un escenario que facilita la propagación del virus del sarampión en la comunidad.

## III.4. Recomendaciones para los equipos de salud

Hay que tener en cuenta realizar un correcto *triage* de las personas sintomáticas que concurren a los centros asistenciales de salud para poder tomar las medidas de aislamiento

respiratorio para evitar la exposición de las personas que se encuentran en ese momento y la contaminación durante 2 horas de los espacios en donde se encuentre el paciente.

### III.4.A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Los casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) constituyen eventos de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación que actualiza las normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria[10] .

Todo caso sospechoso de EFE deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)[11] al grupo de eventos Enfermedad Febril Exantemática, con datos completos tanto de identificación, clínicos, epidemiológicos y por laboratorio.

**Definición y clasificación de caso:**

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

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

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

### III.4.B. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

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

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

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

*Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:*

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

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

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

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

### III.4.C.MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

***Medidas ante brotes***

*Las acciones de control de brote se deben realizar dentro de las primeras 48 hs., ante todo caso sospechoso sin esperar la confirmación diagnóstica. Todas las instituciones, tanto públicas como privadas, deben notificar al SNVS 2.0 dentro de las 24 hs. Se deben realizar las acciones de bloqueo con vacuna triple o doble viral según indicación dentro de las 72 hs. o gammaglobulina dentro de los 6 días del contacto.*

**Medidas ante un caso SOSPECHOSO:**

- Disponer rápidamente el aislamiento respiratorio de la persona afectada que incluya la utilización de barbijo para la persona con sintomatología y para acompañantes para la circulación y atención dentro de la institución.
- Informar inmediata y fehacientemente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso y sin esperar resultados de laboratorio.
- Confeccionar de manera completa la Ficha de investigación de caso sospechoso de EFE (sarampión/rubéola) y reportar los datos en el SNVS 2.0 bajo el grupo de evento "Enfermedad Febril Exantemática-EFE", evento "Enfermedad Febril Exantemática-EFE (Sarampión/ Rubéola)".
- En caso de antecedente de vacunación con vacuna triple o doble viral 5-21 días previos a la aparición de síntomas, podría tratarse de un Evento Supuestamente Atribuible a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) y debe notificarse además a través del módulo ESAVI en el SISA.
- Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: tomar siempre muestra de sangre; además, tomar muestra de orina hasta 14 días posteriores a la aparición de exantema (preferentemente hasta el día 7) y/o hisopado nasofaríngeo (HNF) hasta 7 días posteriores. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que debe realizarse dentro de las 48 hs. posteriores a la toma.
- Para evitar la transmisión, mantener el aislamiento respiratorio durante los 7 días siguientes del inicio del exantema. Indicar que la persona afectada utilice barbijo cuando necesite salir de su domicilio (transporte público, consulta a institución de salud, etc.).
- Corroborar el antecedente de vacunación de los contactos y proceder a vacunar dentro de las 72 horas del contacto a fin de garantizar el siguiente esquema:
    - De 12 meses a 4 años: deberán acreditar UNA DOSIS de vacuna triple viral (correspondiente al calendario nacional de vacunación)
    - Mayores de 5 años: deberán acreditar DOS DOSIS de vacuna doble o triple viral aplicadas después del primer año de vida.

**Medidas en los contactos frente al caso CONFIRMADO:**

- Búsquedas activas de contactos e identificación de susceptibles (personas menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación): Personas que han estado expuestas a un caso confirmado, por laboratorio o con nexo epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola); la transmisión es más probable que ocurra en lugares cerrados e instituciones.
- Vacunación de bloqueo dentro de las 72 horas del contacto:
    - Contactos entre 6 y 11 meses de edad deberán recibir UNA DOSIS de vacuna triple viral. Esta dosis no debe ser tenida en cuenta como parte del esquema de vacunación del calendario nacional.
    - Contactos de 12 meses: se deberá asegurar UNA DOSIS de vacuna triple viral.
    - Contactos de 13 meses o más (excepto personas adultas nacidas antes de 1965) se deberán asegurar DOS DOSIS de vacuna con componente anti sarampionoso.
- Contactos menores de 6 meses de edad, gestantes sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y severamente inmunosuprimidas (independientemente del antecedente de vacunación) deberán recibir Inmunoglobulina de pool dentro de los 6 días de contacto. La inmunoglobulina se aplica por vía intramuscular, la dosis recomendada es de 0.25 ml/kg. En personas inmunocomprometidas, la dosis es de 0,5 ml/kg (dosis máxima 15 ml).
- Seguimiento de los contactos: realizar el seguimiento de todos los contactos hasta 30 días después del inicio del exantema del caso confirmado para poder identificar rápidamente la aparición de síntomas compatibles con sarampión.
- Búsqueda de la fuente de infección: investigar todo contacto que pueda haber sido el caso fuente entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema. Indagar en este período situaciones o lugares posibles de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.

# EVENTOS **PRIORIZADOS**

# IV. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

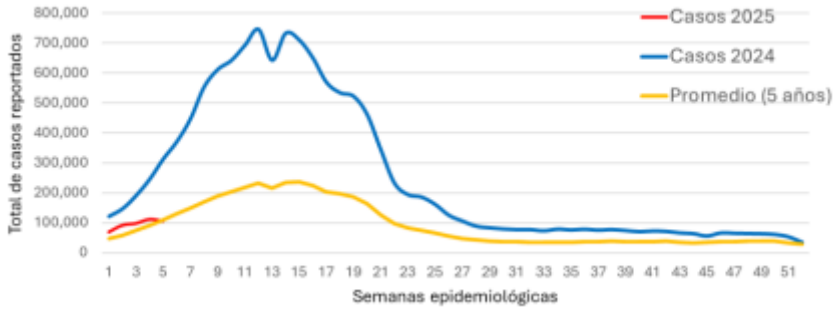
## IV.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus

### IV.1.A. INTRODUCCIÓN

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 05, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud actualizado el 20 de febrero.

A la semana epidemiológica (SE) 5 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 477,599 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 47 casos por 100,000 hab). Esta cifra representa una disminución de 54% en comparación al mismo periodo del 2024 y un incremento de 25% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 5.

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



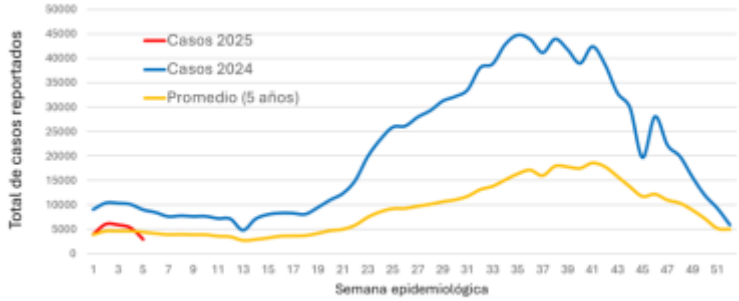

*Fuente: Organización Panamericana de la Salud*

De los 477,599 casos de dengue reportados en las Américas, 154,757 casos (32%) fueron confirmados por laboratorio y 596 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 132 muertes por dengue, para una letalidad del 0.028%. Dieciséis países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 5. Estos países registran en conjunto 105,767 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 5. Del total de casos registrados en la SE 5, 105 fueron casos de dengue grave (0.1%) y se reportaron 18 muertes para una letalidad de 0.017%.

### IV.1.B. SUBREGIÓN CENTROAMÉRICA Y MÉXICO

Un total de 2,967 nuevos casos sospechosos de dengue se notificaron durante la SE 5. Hasta esta semana la subregión presenta una disminución de 51% en comparación con el mismo periodo del 2024 y un incremento de 9% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

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

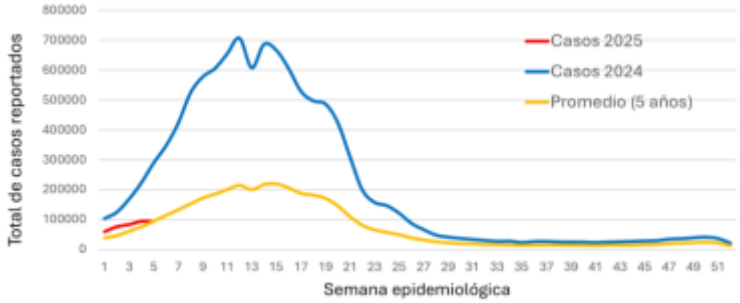



*Fuente: Organización Panamericana de la Salud*

### IV.1.C. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 94,317 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 5. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 55% en comparación con la misma semana del 2024 y un incremento de 28% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Brasil presentan un incremento de 19% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

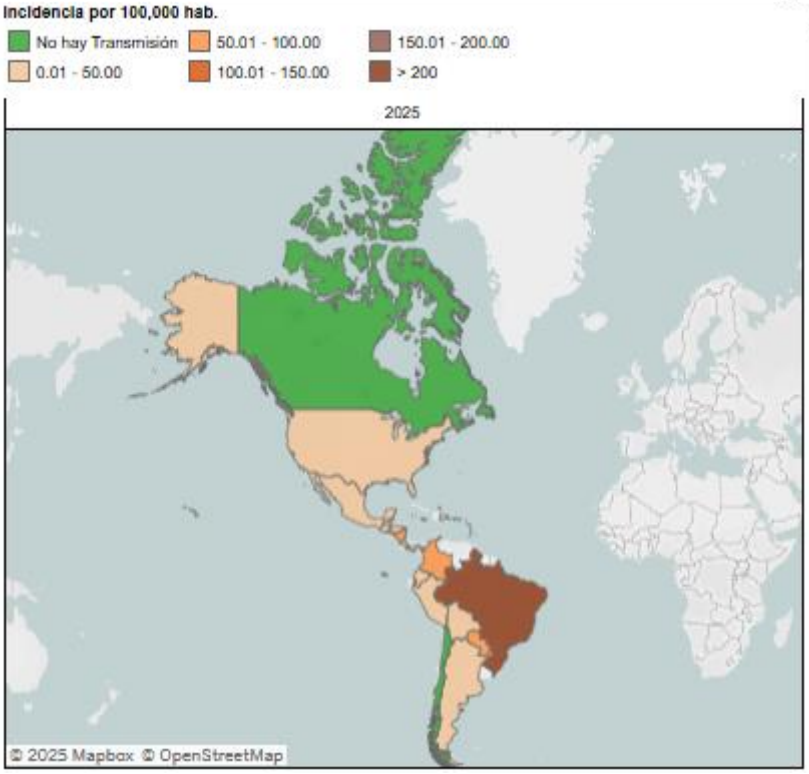
**Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 5, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.**




*Fuente: Organización Panamericana de la Salud*

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

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




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

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

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 27/02/2025 en países regionales seleccionados[12]. Además, se incluye información de la actualización epidemiológica de Oropouche en la Región de las Américas, publicada el 11/02/2025[13].

**Brasil**: hasta la SE 8/2025, se han reportado 652.224 casos de dengue, con 160 fallecimientos asociados, lo que representa un 67% menos que lo registrado en la misma semana de 2024. Respecto a chikungunya, hasta la misma semana, se notificaron 39.398 casos, un 67% menos que el mismo período de 2024, con 16 fallecimientos para este evento. En cuanto a zika, hasta la SE 4/2025 se reportaron 271 casos, un 91% menos en comparación a la misma semana de 2024, sin registro de fallecimientos. En cuanto a Oropouche, durante 2024 se notificaron 13.785 casos confirmados, incluidas cuatro defunciones. El mayor número de casos se registró en los primeros meses del año, seguido de un descenso progresivo que se mantuvo

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

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

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**: hasta la SE 4/2025, se han reportado 2.354 casos de dengue, un 62% menos que a la misma semana de 2024, sin fallecidos registrados para este evento. En cuanto a chikungunya, hasta la misma semana, se registraron 33 casos, lo que representa un descenso del 59% en comparación con la SE 4/2024. Asimismo, se notificaron 16 casos de zika, un 62% menos que el mismo período de 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**: hasta la SE 7/2025, se han reportado 6.597 casos de dengue, un 95% menos que a la misma semana de 2024, sin fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, hasta la misma semana se notificaron 40 casos, un 98% menos comparado con el año anterior, sin defunciones por este evento. Respecto al zika, hasta la fecha no se han registrado casos.

**Perú**: hasta la SE 7/2025, se han notificado 13.763 casos de dengue, un 46% menos que el mismo periodo de 2024, con 7 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la misma semana se registraron 15 casos, un valor similar al año anterior. Asimismo, se han registrado 9 casos de zika, mientras que en el mismo período de 2024 no se había notificado ninguno. Respecto a Oropouche, en 2024 se notificaron 1.263 casos confirmados, con una mayor concentración en los primeros meses del año, sin defunciones asociadas. En 2025, hasta la SE 4, se han confirmado 2 casos.

En 2024, Brasil y Paraguay reportaron un aumento en los casos de dengue en comparación con el año anterior. En cuanto a chikungunya, los casos disminuyeron en Bolivia, Paraguay y Perú, pero aumentaron en Brasil. Asimismo, los casos de zika se redujeron en Bolivia y Perú, mientras que en Brasil aumentaron y en Paraguay se registraron casos.

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

En relación con los serotipos de dengue, 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.

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

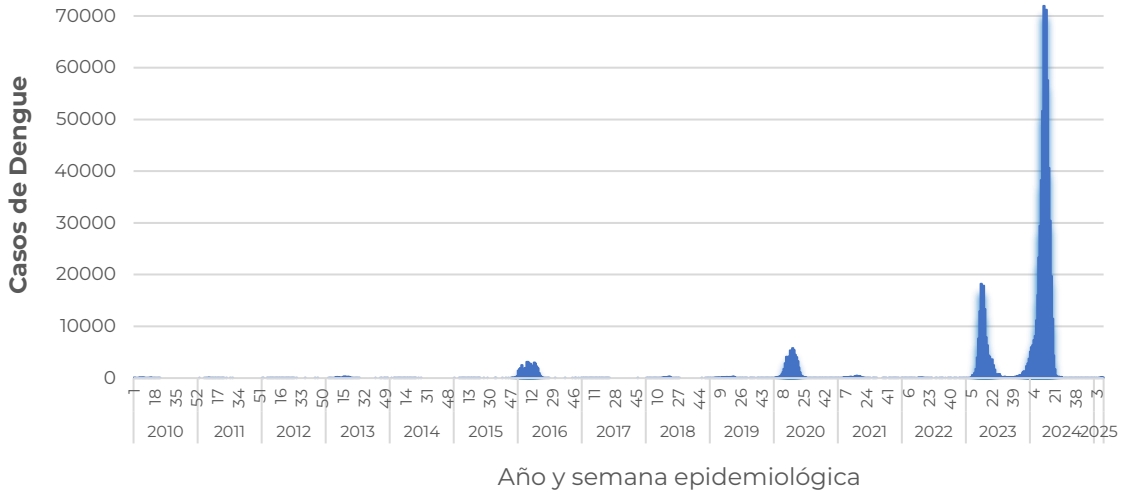
## IV.2. Situación de dengue en Argentina

### 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-SE8/2025. Argentina. N=845.923**

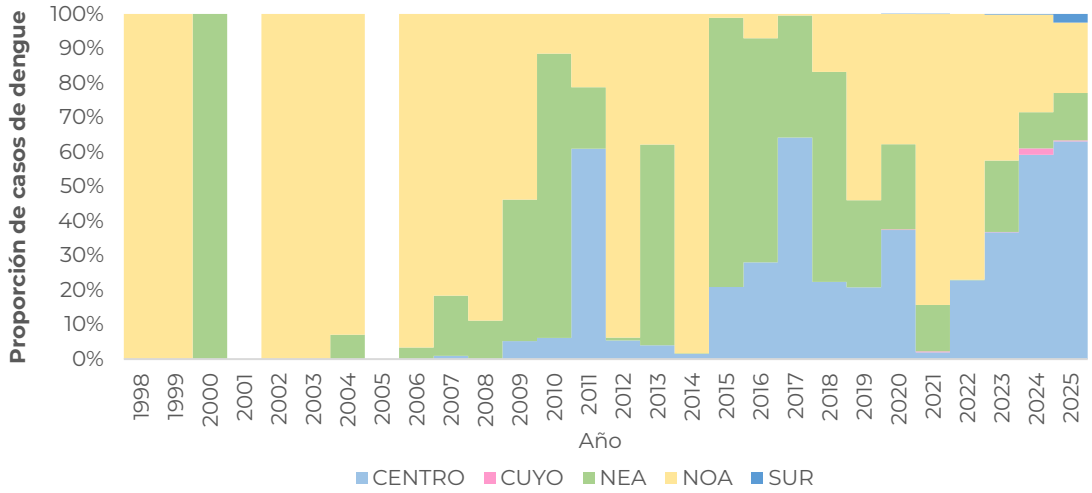



*Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).*

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.

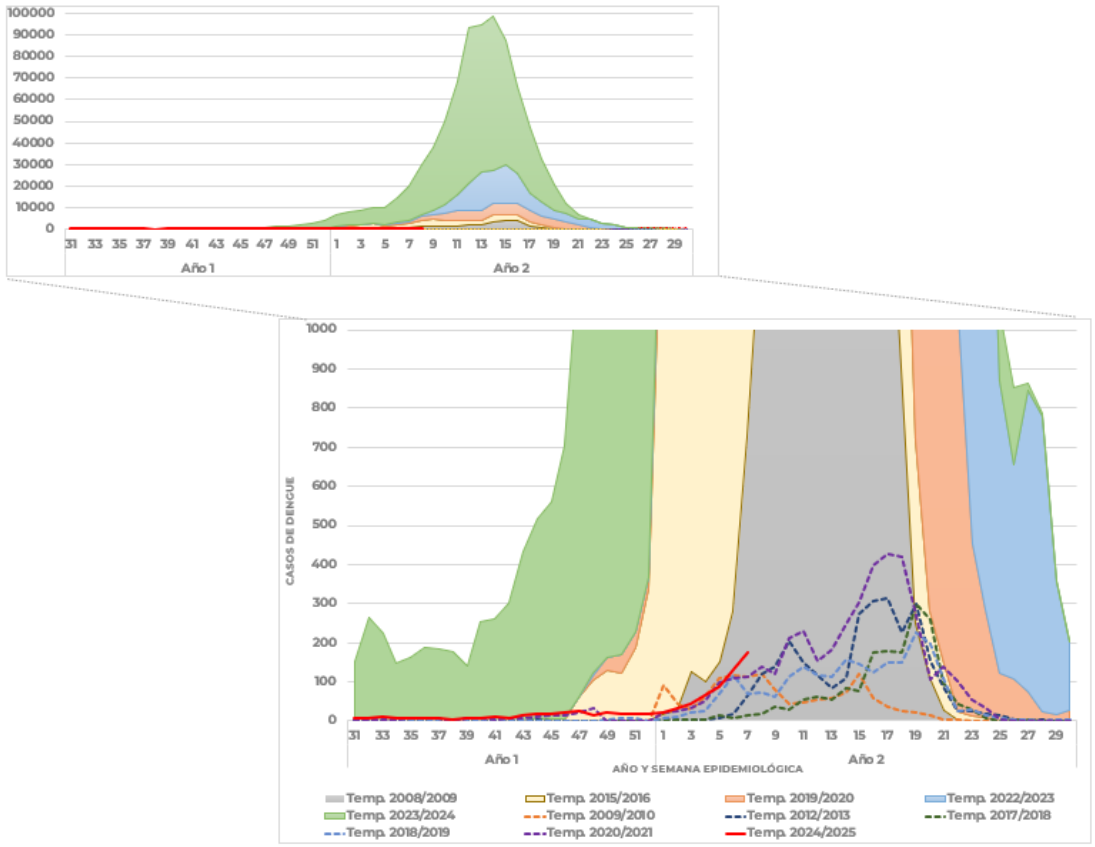
**Gráfico 5. Dengue: Distribución regional de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998- 2025.**




*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 SE8/2025. Con el fin de que se visualice con mayor claridad la temporada actual y su comparación con el resto, se seleccionaron para el análisis las temporadas no epidémicas con más de 1000 casos.

Aunque los casos reportados en la temporada actual se encuentran por debajo de los niveles observados en temporadas epidémicas, superan los valores correspondientes a las temporadas no epidémicas, prácticamente en todas las semanas epidemiológicas desde la SE 41. Hasta la SE 4, la curva actual (roja) sigue una tendencia muy similar a la temporada 2020/2021 (n=4.157) teniendo en cuenta que esta última fue la de mayor magnitud dentro de las no epidémicas. A partir de la SE5, la temporada actual muestra un aumento, superando a la del 2020/2021 y ubicándose en un escenario intermedio entre dicha temporada y la del 2008/2009 (el área gris del gráfico precedente, n=25.945).

En este contexto, si bien la situación epidemiológica actual no se asemeja a la elevada magnitud de casos registrada en las últimas dos temporadas epidémicas, su posición por encima de las temporadas no epidémicas subraya la necesidad de monitorear su evolución en las próximas semanas para determinar la tendencia definitiva de la temporada actual. Concomitantemente con esta descripción, es preciso tener en cuenta que se están comparando SE actuales con las de años cerrados, es por ello que se hace necesario reforzar aún más la importancia del análisis y el monitoreo de la situación 2025.

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

### IV.2.B. PLAN DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA A EPIDEMIAS DE DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSIS[14]

En el mes de agosto del 2024, se presentó el "*Plan de preparación y respuesta integral a epidemias de dengue y otras enfermedades arbovirales*" cuyo objetivo es fortalecer la capacidad de preparación y respuesta frente a brotes y epidemias por dengue y otros arbovirus en Argentina con el fin de disminuir la morbimortalidad.

El mismo distingue cuatro fases que implican diferentes actividades de respuesta y están definidas fundamentalmente a partir de indicadores producto de la vigilancia epidemiológica: preparación, alerta temprana, respuesta a epidemia y recuperación. Asimismo, se divide en 8 pilares o componentes dentro de los cuales se encuentran la "Vigilancia, investigación epidemiológica integrada y ajustes a medidas de salud pública", así como la "Vigilancia virológica de las arbovirosis". Sobre estos dos pilares, se presentan lineamientos específicos para el abordaje de las arbovirosis en el presente documento.

[14] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/08/plan_de_preparacion_arbovirus_2782024.pdf

**Fase de preparación**

Se inicia con el período inter epidémico, es decir, cuando el número de casos de dengue se consideran bajos en relación a valores de incidencias históricas del país. La finalidad de establecer las actividades de esta fase es poder anticiparse al momento de mayor intensidad de la transmisión del virus y, como consecuencia, al incremento de los casos. Se precisa contar tanto con un sistema de vigilancia epidemiológica que sea sensible a captar modificaciones en él, advirtiendo la presencia de un brote o epidemia, así como también contar con recursos materiales, financieros y humanos para que la respuesta brindada sea oportuna.

Desde el segundo pilar, esta fase comprende gestionar recursos físicos y materiales para garantizar una correcta vigilancia, capacitar al personal identificado que realiza actividades de vigilancia, notificar el 100% de los casos sospechosos, así como también estudiarlos y realizar una completa investigación epidemiológica. Además, se debe realizar un análisis y difusión de la situación epidemiológica con una posterior evaluación del sistema de vigilancia.

Para el tercer pilar, que trata sobre la vigilancia virológica, resulta crucial en esta etapa poder revisar y actualizar los algoritmos de laboratorio para luego difundirlos, así como también capacitar al personal con respecto a las actualizaciones. Por otra parte, se fomenta la búsqueda de diagnósticos diferenciales ante la sospecha de circulación de otros arbovirus. Además, es necesario realizar un relevamiento de los equipamientos, reactivos, e insumos u otros requerimientos para garantizar el diagnóstico. Las metodologías que se utilicen deben estar de acuerdo con los estándares de calidad y bioseguridad del laboratorio.

**Fase alerta temprana**

Luego de la finalización del período inter epidémico, se puede comenzar a evidenciar un aumento en el registro de los casos. Dentro de los pilares del plan, el que tiene la posibilidad y la responsabilidad de emitir las señales de alerta es el de vigilancia, investigación epidemiológica integrada y ajustes a medidas de Salud pública. Se consideran las siguientes **señales de alerta**: aumento de hospitalizaciones, incremento de casos probables y confirmados, aumento de la positividad, introducción de un nuevo serotipo, cambio del serotipo dominante o cambio en genotipos.

Con respecto a las actividades desde la vigilancia, en esta fase resulta prioritario realizar reuniones y asesorías con el nivel jurisdiccional para garantizar un correcto abordaje del brote, así como también se considera la emisión de alertas a las áreas, jurisdicciones y organismos internacionales involucrados sobre la situación epidemiológica.

Además, se continuará con la **notificación del 100%** de los casos sospechosos manteniendo también la toma de muestra de todos los casos, sobre todo en los casos con signos de alarma, graves y embarazadas.

En esta fase se deberá activar el comité nacional de vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue para realizar una revisión de los casos notificados fallecidos.

En lo que respecta a la vigilancia virológica, en alerta temprana se precisa garantizar el flujo de información desde los laboratorios hacia el paciente, los referentes epidemiológicos y de manejo de vectores. Además, se debe monitorear la situación para detectar aumentos en la demanda de los laboratorios, en los resultados positivos o en la detección de un nuevo serotipo. Se continuará supervisando el inventario de los reactivos y consumibles con el fin de evidenciar si existe una reducción de los mismos.

**Fase respuesta a epidemias**

En esta fase, el aumento en el registro de casos observado en la fase de alerta temprana, se vuelve sostenido. Transicionar desde el escenario de alerta temprana al de fase de respuesta no quiere decir que aquellas acciones que se tomaron previamente no surtieron efecto, sino que por las características de la transmisión de dichas arbovirosis y los cambios en la adaptación del vector a la vida doméstica, en muchas ocasiones la transmisión no cesa y actúa de manera tan intensa que no se puede evitar la epidemia.

A partir de los recursos planteados en la fase de preparación, en esta fase resulta crucial activar los recursos humanos complementarios para hacer frente a la epidemia. Se intensificará la difusión de circulares y alertas de vigilancia para mantener actualizada la situación epidemiológica, así como también la realización de informes para el boletín epidemiológico nacional.

Se continúa con la notificación al 100% de los sospechosos garantizando herramientas de recolección de datos rápidas. De acuerdo a los insumos disponibles se podrá realizar un muestreo del 10 al 30% de los casos leves, manteniendo al 100% la toma de muestra a los casos con signos de alarma, graves y embarazadas.

Para la vigilancia virológica en este momento se priorizará aquellas muestras de casos de dengue con signos de alarma, dengue grave, pacientes pediátricos, embarazadas y pacientes con comorbilidades, así como chikungunya y zika grave, fallecidos u otro grupo de riesgo que se considere. Además, se continuará procesando un porcentaje de muestras para monitorear el serotipo. Se realizarán informes periódicos que den cuenta de la capacidad laboratorial con el fin de detectar si existe un exceso en la misma.

**Fase de recuperación**

Luego de brindarse la respuesta a la epidemia, se pasa a la siguiente fase en la que hay que garantizar la continuidad de los servicios de salud y de las actividades claves en términos de prevención del evento. En esta fase se comienza a disminuir la intensidad de las acciones realizadas en el escenario anterior hasta que pueda desactivarse el operativo, teniendo como meta el estado de inter epidemia para luego comenzar nuevamente con las fases planteadas.

Identificar el cambio de fase y comunicarlo se consideran las primeras actividades desde la vigilancia epidemiológica, además se deben reconocer aquellas zonas que continúan con circulación viral de las que interrumpen la circulación. Por otra parte, se retoma la notificación con datos completos, toma de muestra e investigación de la totalidad de los casos. Por último, resulta importante evaluar las medidas adoptadas durante las fases de alerta y epidemia.

Con respecto al pilar sobre la vigilancia virológica, gradualmente se retomarán las actividades habituales del laboratorio (revisión de algoritmos, movilización del personal, porcentaje de muestreos, entre otros). Se identificará las fortalezas, debilidades y lecciones aprendidas con el fin de poder mejorar la respuesta en la próxima epidemia.

### IV.2.C.INDICADORES BASADOS EN LA VIGILANCIA PARA DETERMINAR FASES EPIDEMIOLÓGICAS

Para el segundo pilar del plan denominado "Vigilancia, investigación epidemiológica integrada y ajustes a medidas de salud pública" se han consensuado los siguientes indicadores de cambio de fase a nivel de departamento.

A partir de un ajuste implementado desde la puesta en marcha y considerando la naturaleza dinámica del análisis epidemiológico, se presenta una actualización de los indicadores publicados en noviembre de 2024. Para la transición de la *fase de preparación a la fase de alerta temprana*, se adoptará como criterio el aumento sostenido de casos confirmados y probables durante *dos semanas consecutivas*, en lugar de tres. Este ajuste permite una detección más oportuna de cambios en la situación epidemiológica reportada por las jurisdicciones, optimizando la respuesta sanitaria.

- Cambio de fase de preparación a fase de alerta temprana: aumento de casos confirmados y probables por **dos semanas consecutivas.**

  *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/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.*

- Cambio de fase de alerta temprana a respuesta a epidemias: resulta de la sumatoria por semana de las siguientes condiciones que se mantengan por al menos **dos semanas consecutivas:**

  a) Tasa de notificación cada 1.000 habitantes mayor o igual a 0,5 **o** Tasa de confirmados o probables mayor o igual a 0,1 cada 1.000 habitantes, y;

  b) Porcentaje de positividad por técnicas directas o indirectas mayor o igual al 50%, y;

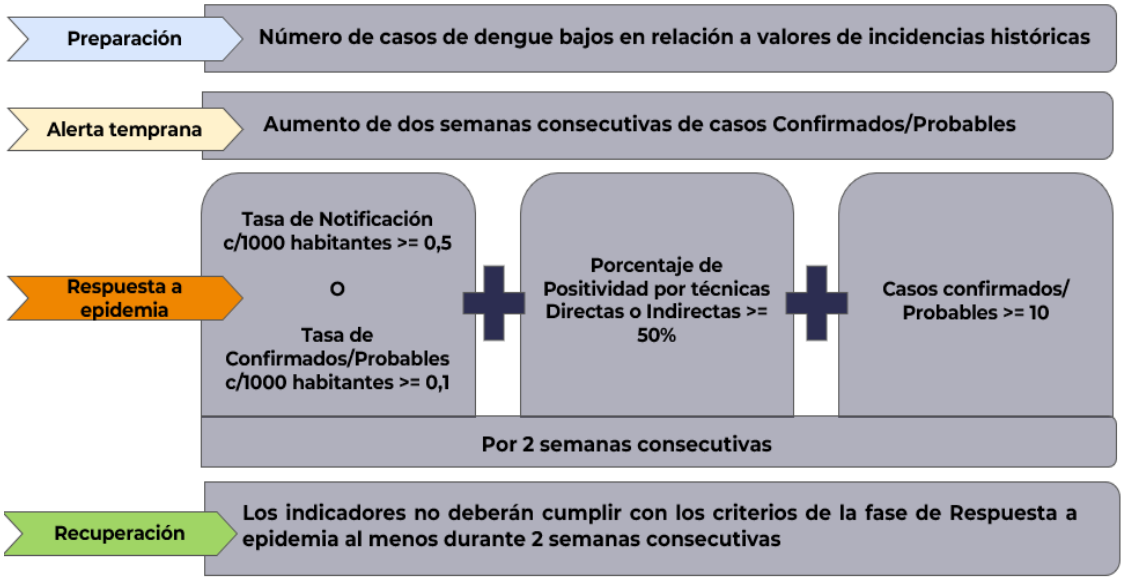
  c) Casos confirmados y probables mayores o iguales a 10.

  *Para considerar cambio de fase se considerarán todas las semanas con casos confirmados y probables, debiendo tener al menos un confirmado por laboratorio en cada semana.*

- Cambio de fase de respuesta a epidemias a recuperación: Al menos 2 semanas de descenso de casos notificados o se notifiquen menos de 0,5 casos cada 1.000 habitantes **o** el porcentaje de positividad no sea mayor a 50%.

  *En esta fase se implementará el desescalado de las acciones de vigilancia en fase de respuesta, volviendo al estudio etiológico del 100% de los casos. Se considerará el fin de la fase de respuesta hasta la semana que se cumplen las condiciones antes mencionadas.*

**Figura 1. Indicadores de cambio de fase a nivel departamental en las jurisdicciones.**




Fuente: Elaboración propia del Área de Análisis de información e Investigación. Ministerio de Salud de la Nación.

### IV.2.D. CASOS DE DENGUE SEGÚN FASE

En **fase de preparación**, **alerta temprana** y **recuperación**, todos los casos sospechosos de dengue deben ser estudiados por laboratorio para confirmar o descartar la infección, de preferencia a través de métodos directos en muestras tempranas.

**Se considerarán casos de dengue de manera diferencial en cada fase para cada departamento. Los criterios para la consideración según la fase se listan a continuación:**

- En los departamentos que se encuentran en **fase de preparación,** en **fase de alerta temprana** o en fase de **recuperación** se considerarán casos de dengue a los **casos confirmados por laboratorio**. Los casos probables deben ser confirmados o descartados antes de considerarse casos de dengue. Durante estas fases, los **casos probables por nexo epidemiológico** se considerarán únicamente si el caso evidencia un nexo comprobable con un caso confirmado. El mismo deberá registrarse en la solapa *epidemiología* en la sección factores de riesgo como "Nexo con caso de dengue confirmado".

- En los departamentos que se encuentran en **fase de respuesta a epidemias** se considerarán casos de dengue a los confirmados, probables por laboratorio o nexo y a todo caso sospechoso no descartado por otro diagnóstico o pruebas de laboratorio negativas.

- Independientemente de la fase se denominarán los casos descartados y no conclusivos como casos "con resultado negativo".

**La interpretación de los resultados de laboratorio no varía por el escenario epidemiológico.**

Todas las localidades sin casos confirmados por laboratorio durante dos períodos de incubación máximo (28 días) serán consideradas áreas en donde se ha interrumpido la circulación viral.

Todas las localidades donde se registren dos o más casos confirmados por laboratorio relacionados por lugar y tiempo, sin antecedente de viaje y con fecha de inicio de los síntomas en los últimos 14 días serán consideradas zonas con circulación viral activa.

### IV.2.E. TEMPORADA ACTUAL

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE8/2025), se notificaron en Argentina 34.367 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 951 fueron confirmados por laboratorio. Como se puede observar en la Tabla 1, un total de 910 casos no registraron antecedentes de viaje (96%). 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 123 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas[15]. Se confirmaron 41 casos con antecedente de viaje a Brasil, Cuba, México, Maldivas, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Colombia.

Durante la SE8/2025 (según fecha de notificación al SNVS[16]), se notificaron 2010 casos sospechosos[17] de los cuales 232 se confirmaron y 108 fueron clasificados como casos probables donde el 83% se encuentran en investigación con respecto al antecedente epidemiológico. Cabe destacar que estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

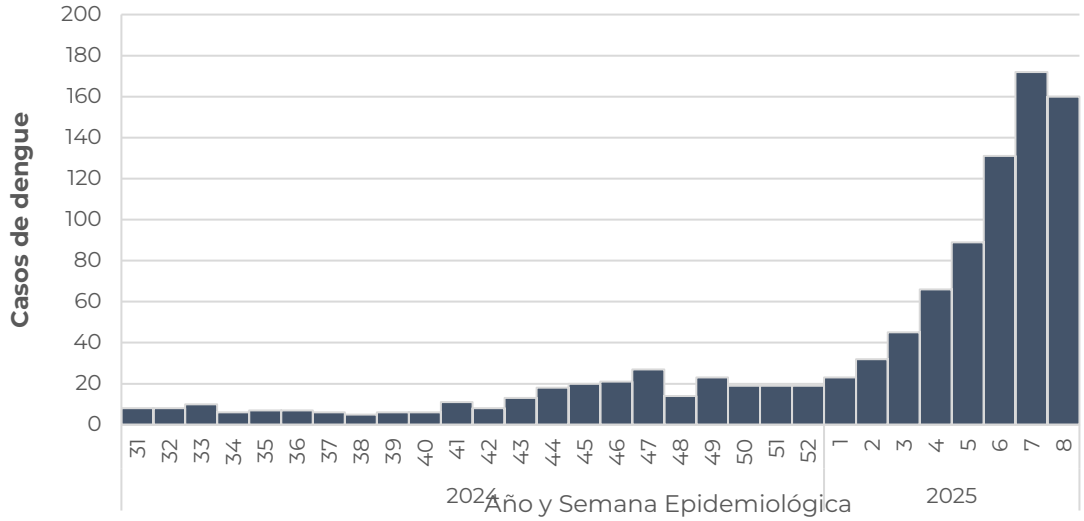
De acuerdo a la curva epidémica de la temporada 2024-2025:

- Hasta la SE52 se notificaron 13 casos en promedio por semana, cuyo rango oscila entre 5 y 27. Si bien se observan sutiles oscilaciones asociadas al aumento/descenso de casos, la curva mantiene una tendencia estable sin variaciones sustanciales en el comportamiento epidemiológico.
- A partir de la SE1, y considerando la carga retrospectiva de casos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), se evidencia un aumento progresivo de casos con una curva que tiende al ascenso, cuyo rango de casos fluctúa entre 23 y 172 (90 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

[15]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
16 Fecha de apertura
17 Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

reflejará adecuadamente en los análisis subsiguientes, una vez que se actualicen los registros.

**Gráfico 7. Dengue: Casos confirmados[18] por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE8/2025. 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).

[18]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.F. 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 SE8/2025. Argentina.**

| Jurisdicción | Sin antecedente de viaje (SAV) | | Con antecedente de viaje (CAV) | | Casos de dengue por criterio C-E* | Total casos de dengue | Con laboratorio negativo | Sospechosos (sin laboratorio) | Total notificados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Conf. Por labo. | Prob. | Conf. Por labo. | Prob. | | | | | |
| Buenos Aires | 30 | 195 | 6 | 6 | 0 | 36 | 3278 | 746 | 4261 |
| CABA | 13 | 70 | 6 | 1 | 0 | 19 | 1497 | 511 | 2098 |
| Córdoba | 229 | 366 | 6 | 2 | 43 | 278 | 4471 | 325 | 5442 |
| Entre Ríos | 16 | 30 | 2 | 4 | 0 | 18 | 514 | 14 | 580 |
| Santa Fe | 140 | 77 | 8 | 1 | 0 | 148 | 2084 | 310 | 2620 |
| **Total Centro** | **428** | **738** | **28** | **14** | **43** | **499** | **11844** | **1906** | **15001** |
| Mendoza | 9 | 44 | 2 | 2 | 0 | 11 | 1457 | 92 | 1606 |
| San Juan | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 259 | 11 | 273 |
| San Luis | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 123 | 13 | 138 |
| **Total Cuyo** | **9** | **47** | **3** | **3** | **0** | **12** | **1839** | **116** | **2017** |
| Chaco | 2 | 180 | 1 | 0 | 0 | 3 | 1936 | 96 | 2215 |
| Corrientes | 2 | 31 | 1 | 0 | 0 | 3 | 345 | 71 | 450 |
| Formosa | 300 | 4 | 0 | 0 | 0 | 300 | 3952 | 5 | 4261 |
| Misiones | 2 | 13 | 1 | 2 | 0 | 3 | 890 | 2 | 910 |
| **Total NEA** | **306** | **228** | **3** | **2** | **0** | **309** | **7123** | **174** | **7836** |
| Catamarca | 1 | 11 | 1 | 1 | 0 | 2 | 661 | 4 | 679 |
| Jujuy | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 792 | 10 | 802 |
| La Rioja | 5 | 30 | 0 | 0 | 0 | 5 | 477 | 10 | 522 |
| Salta | 5 | 31 | 0 | 9 | 0 | 5 | 1537 | 71 | 1653 |
| Santiago del Estero | 0 | 32 | 1 | 1 | 0 | 1 | 794 | 258 | 1086 |
| Tucumán | 141 | 246 | 0 | 0 | 0 | 141 | 3515 | 482 | 4384 |
| **Total NOA** | **152** | **350** | **2** | **11** | **0** | **154** | **7776** | **835** | **9126** |
| Chubut | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 2 | 18 | 2 | 23 |
| La Pampa | 15 | 9 | 2 | 0 | 0 | 17 | 227 | 20 | 273 |
| Neuquén | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 29 | 3 | 35 |
| Río Negro | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 4 |
| Santa Cruz | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 35 | 3 | 39 |
| Tierra del Fuego | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 12 | 0 | 13 |
| **Total Sur** | **15** | **11** | **5** | **4** | **0** | **20** | **323** | **29** | **387** |
| **Total País** | **910** | **1374** | **41** | **34** | **43** | **994** | **28905** | **3060** | **34367** |

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

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

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

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

(desde SE46/2024), **Pilcomayo** (desde SE50/2024)[19].

**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), San Alberto (San Pedro), Santa María (Alta Gracia) y General San Martín (Villa María)**. El serotipo detectado principalmente es DEN-1.

Los departamento de **Capital** (desde la SE4) y **Colón** (desde la SE5) ingresaron en fase de alerta temprana.

A partir de la SE 5, el departamento de **San Javier** ingresó en la fase de alerta temprana pasando en la SE 7 a la fase de respuesta a epidemia.

**Santa Fe:** se notificaron los primeros casos aislados de dengue a partir de la SE43 en localidad de Sunchales, perteneciente al departamento Castellanos. Posteriormente se adicionaron casos esporádicos en otros departamentos como Rosario, Belgrano y San Lorenzo.

Desde la SE1 se constata un aumento progresivo de casos en la ciudad de **Rosario**, (perteneciente al departamento Rosario), observándose el ingreso a la fase de alerta temprana expensas de los serotipos DEN-1 y DEN-2.

En la SE7, el departamento San Lorenzo, ingresó en la fase de alerta temprana, cuyo epicentro se encuentra en la localidad Fuentes. El serotipo detectado es DEN-2.

**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. A partir de la SE7, Río Chico ingresa en la fase de alerta temprana.

Además, en el transcurso de la temporada se han detectado casos aislados en Cruz Alta, Chicligasta y Monteros.

**La Pampa:** Desde la SE2, se registra un aumento progresivo de casos sin antecedente de viaje en el departamento de Maracó, localidad **General Pico**, ingresando a fase de alerta temprana en la SE7. El serotipo detectado es DEN-1.

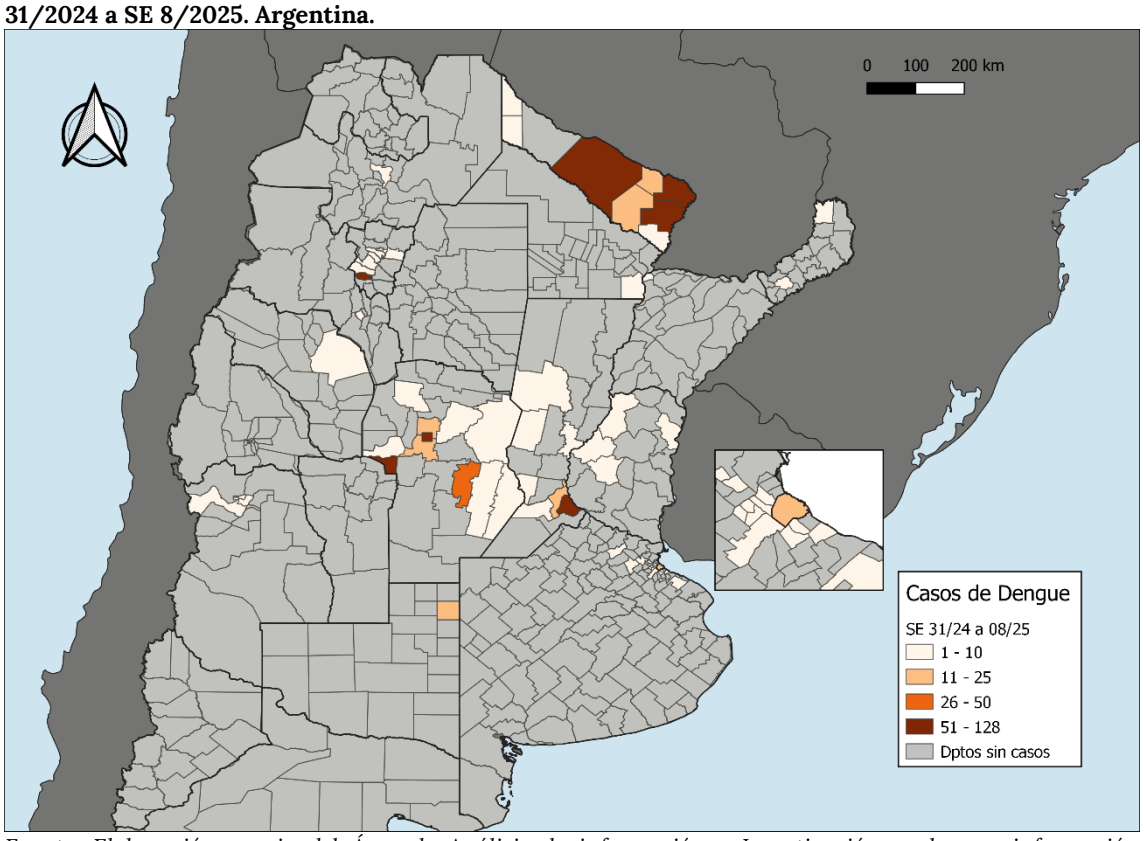
Otras jurisdicciones que notificaron casos aislados sin antecedente de viaje son: **Mendoza** (Luján de Cuyo, Maipú, Guaymallén y Godoy Cruz), **CABA** (Comuna 1, 3 y 14), **Buenos Aires** (San Martin, Tres de Febrero, Ituzaingó, Hurlingham, La Matanza, Lanús, Quilmes, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas,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

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

(Capital).

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

**Mapa 2. Dengue: Casos de dengue por departamento con casos autóctonos y en investigación. SE 31/2024 a SE 8/2025. 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, Santa Fe y La Pampa 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.

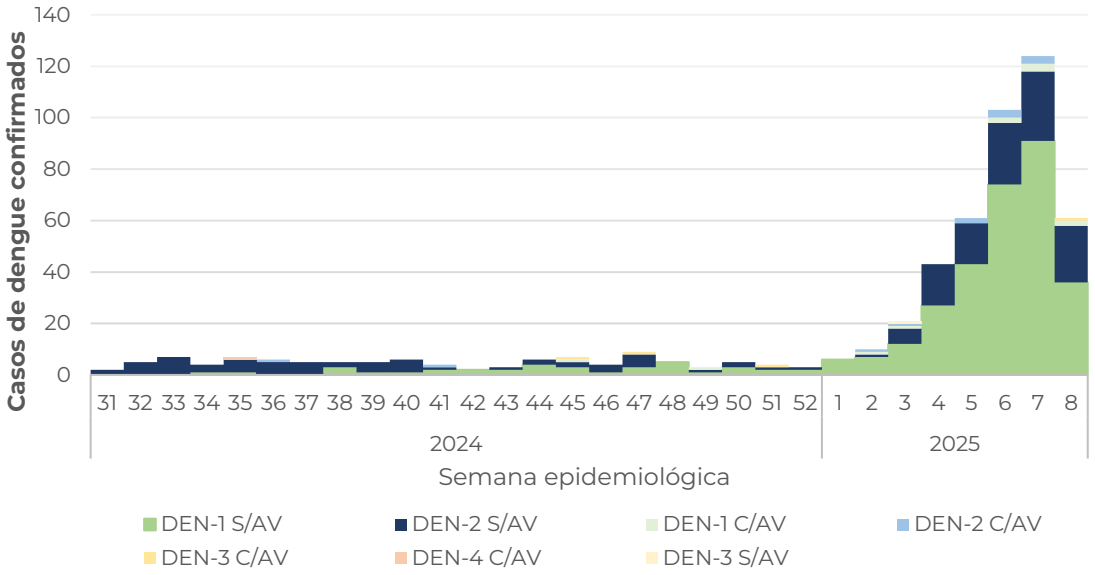
### IV.2.G. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (64,3%). Los casos a DEN-2 alcanzan un 34,58%, sobre todo a expensas de la notificación de la provincia de Formosa.

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

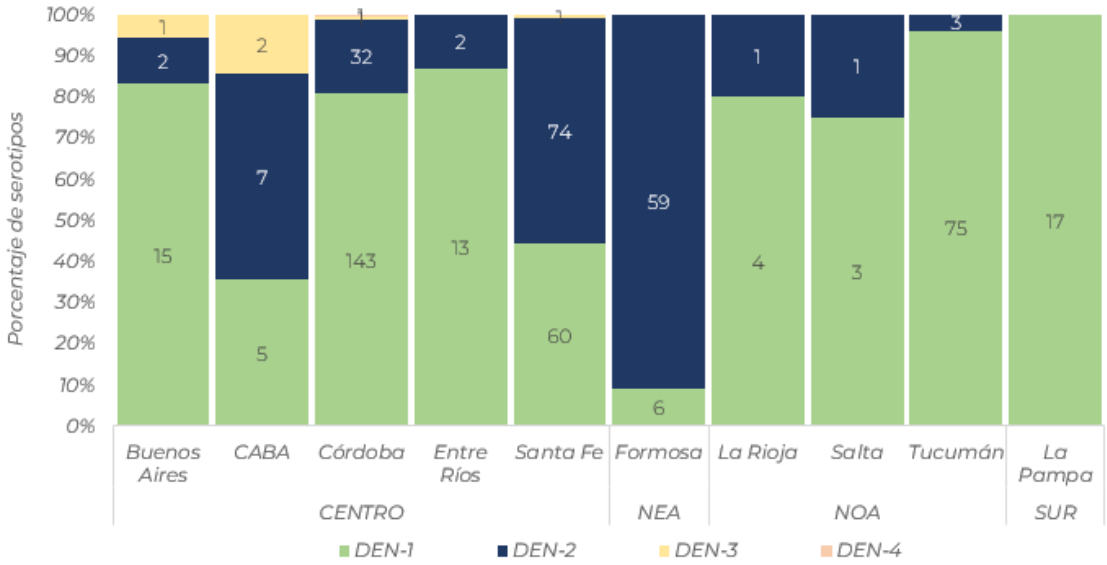
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país (México, Brasil, Tailandia y Cuba).

**Gráfico 8. Dengue: identificación de serotipo y antecedente de viaje según semana epidemiológica. SE31/2024 a SE8/2025. 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=535) según provincia. SE31/2024 a SE8/2025. 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.H. 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 165 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de los cuales, 9 casos ha sido confirmados, 4 casos probables, 136 cuentan con laboratorio negativo y 16 no cuentan con laboratorio.

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

En Santa Fe se registraron 2 casos confirmados en la Ciudad de Rosario, cuyo serotipo hallado 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) y correspondió al serotipo DEN-1. Durante la última semana, se registró un caso confirmado en La Matanza, Provincia de Buenos Aires asociado al serotipo DEN-1.

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

#### IV.2.I. 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 SE8/2025).

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 **1956** casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

**Tabla 2. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para Otros arbovirus. SE31/2024 a SE8/2025. 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 | 122 | 0 | 45 | 0 | 79 | 3 | 27 | 0 | 7 |
| CABA | 0 | 5 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| Córdoba | 0 | 99 | 0 | 29 | 0 | 64 | 3 | 249 | 0 | 0 |
| Entre Ríos | 0 | 20 | 0 | 1 | 0 | 9 | 3 | 28 | 0 | 1 |
| Santa Fe | 0 | 869 | 0 | 59 | 0 | 40 | 0 | 10 | 0 | 14 |
| **Total Centro** | **0** | **1115** | **0** | **136** | **0** | **193** | **9** | **315** | **0** | **24** |
| Mendoza | 0 | 282 | 0 | 74 | 0 | 55 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| San Juan | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 |
| San Luis | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 8 | 0 | 0 |
| **Total Cuyo** | **0** | **285** | **0** | **78** | **0** | **58** | **0** | **10** | **0** | **3** |
| Chaco | 15 | 722 | 0 | 361 | 0 | 20 | 0 | 2 | 0 | 1 |
| Corrientes | 0 | 20 | 0 | 10 | 0 | 7 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Formosa | 0 | 16 | 0 | 3 | 0 | 77 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Misiones | 0 | 43 | 0 | 20 | 0 | 25 | 0 | 0 | 0 | 18 |
| **Total NEA** | **15** | **801** | **0** | **394** | **0** | **129** | **0** | **3** | **0** | **19** |
| Catamarca | 0 | 15 | 0 | 12 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 12 |
| Jujuy | 0 | 32 | 0 | 15 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| La Rioja | 0 | 61 | 0 | 60 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 38 |
| Salta | 0 | 350 | 0 | 210 | 0 | 103 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Santiago del Estero | 0 | 23 | 0 | 11 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 1 |
| Tucumán | 0 | 8 | 0 | 10 | 0 | 88 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| **Total NOA** | **0** | **489** | **0** | **318** | **0** | **197** | **0** | **5** | **0** | **53** |
| 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** | **15** | **2690** | **0** | **926** | **0** | **582** | **9** | **333** | **0** | **99** |

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.

Durante la SE7, Córdoba notificó un caso confirmado de Chikungunya con antecedente de viaje a Brasil.

### IV.3.A. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE AMARILLA EN ARGENTINA

En los últimos meses del 2024 y el comienzo del 2025 hubo un aumento de casos humanos por fiebre amarilla en los países de la Región de las Américas por lo cual el 3 de febrero la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emite un Alerta Epidemiológica[20]. La evaluación rápida de riesgo determinó un alto riesgo de

[20] Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 3 de febrero del 2025. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americas-3-febrero-2025

propagación, con un nivel de certeza igualmente alto. El registro de casos humanos y epizootias en primates no humanos en el Estado de São Paulo (Brasil) proyecta una posible propagación hacia el sur de Brasil, Paraguay y las provincias argentinas de Corrientes y Misiones.

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

Desde la SE 31/2024 a la SE8/2025 se han estudiado 82 casos con sospecha de Fiebre Amarilla en humanos, 18 de esos en las provincias con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla (Misiones, Corrientes, Formosa, parte de Jujuy y Salta). Todos los casos presentaron pruebas de laboratorio negativas. Durante el mismo período se reportaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), dos epizootias en PNH en la provincia de Misiones y una en la provincia de Corrientes, que fueron estudiadas para fiebre amarilla: un ejemplar de *Allouatta carayá* (Paso de los Libres, Corrientes) y dos ejemplares de *Sapajus nigritus* (Puerto Iguazú, Misiones). Todos fueron descartados para FA por el laboratorio nacional de referencia (INEVH).

## 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.

### IV.4.A. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR SENSORES DE OVIPOSICIÓN

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

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

### IV.4.B. EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32 (2024) -SE06 (2025)

Desde la semana epidemiológica (SE) 37 de 2024 hasta la SE 08 de 2025, los datos sistematizados en el Tablero Nacional muestran un aumento gradual en la positividad de los sensores de oviposición (IPO), con un leve descenso registrado en las últimas dos semanas (Gráfico 1). El IDH presenta una tendencia similar, aunque más retrasada en el tiempo, y con una recuperación en el número de huevos registrado desde la SE06.

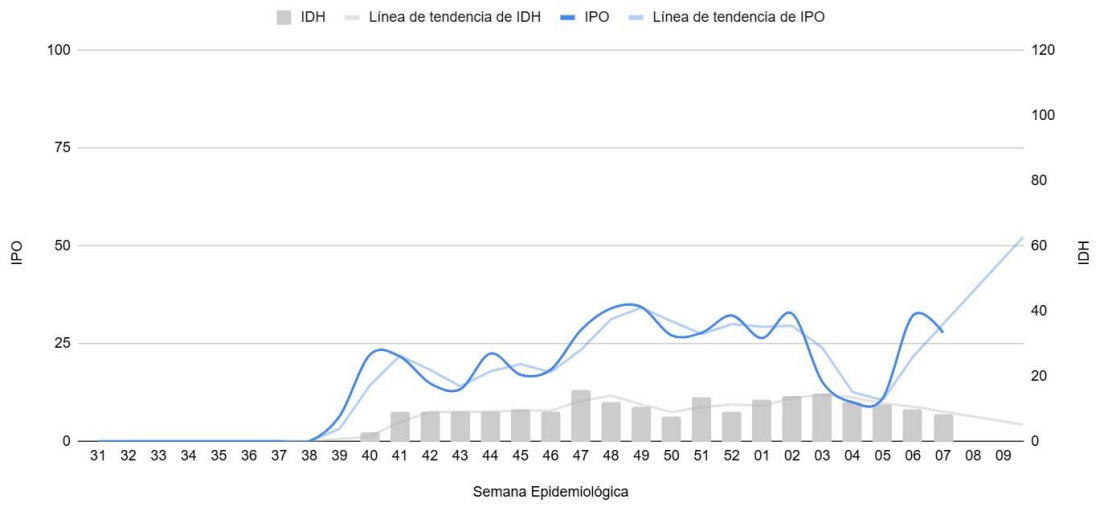
**Gráfico 1. Evolución del IPO (línea azul) y el IDH (barras grises) en Argentina, SE 31 (2024)- SE 08 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.**




*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. Esta tendencia ascendente se mantuvo durante las últimas tres semanas, aunque con tendencias particulares en cada jurisdicción vigilada. Para esta región se presentan los datos hasta la SE08.

**Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 07 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.**




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

En 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 tres últimas semanas,

permaneciendo en valores de riesgo entomológico moderado. Los datos para esta región se presentan hasta la SE 07.

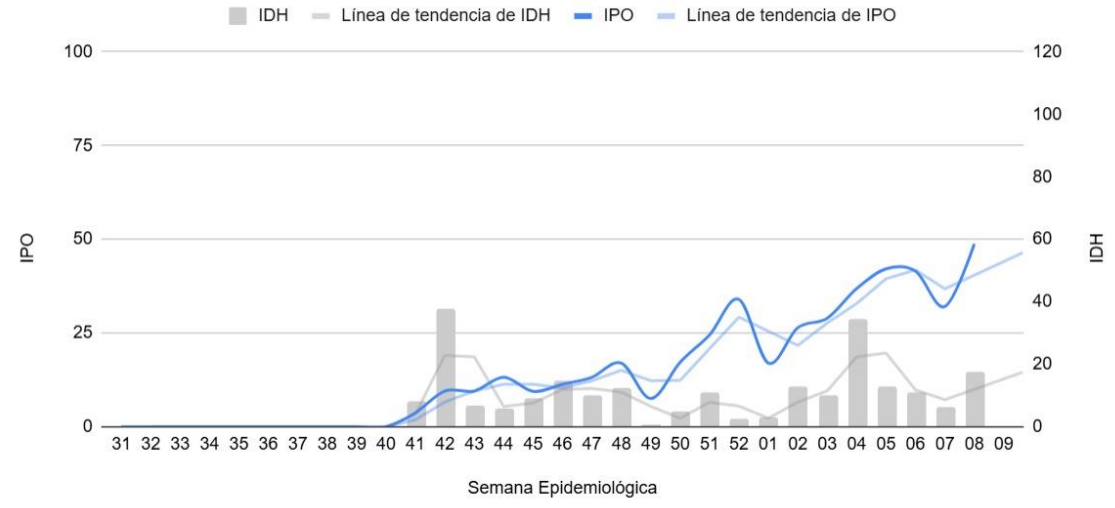
**Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 07 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.**




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

En la región **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 una tendencia ascendente desde la SE02, y un leve descenso registrado en la SE 07. Durante la última semana, se registró un ascenso coincidente con el aumento de precipitaciones registrado en la región.

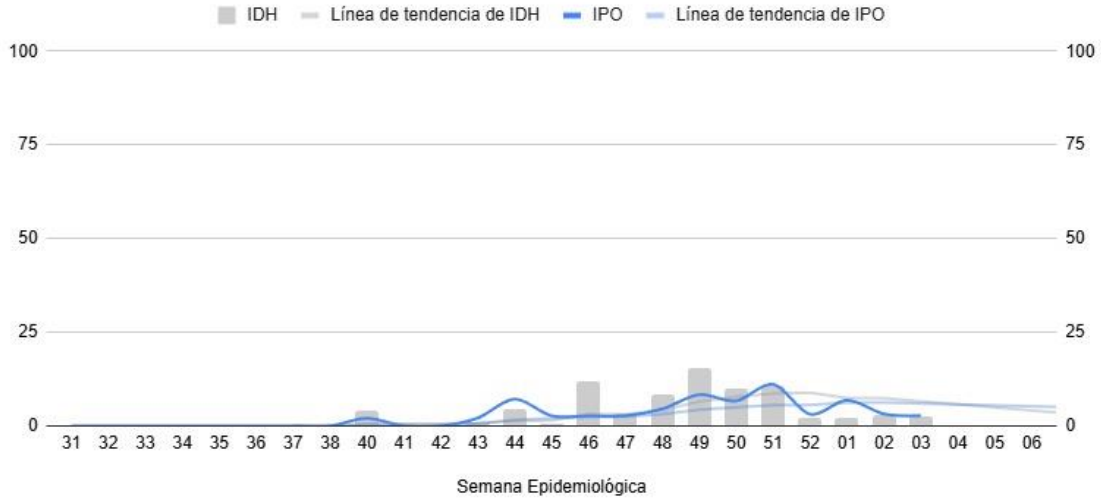
**Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 08 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.**




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

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

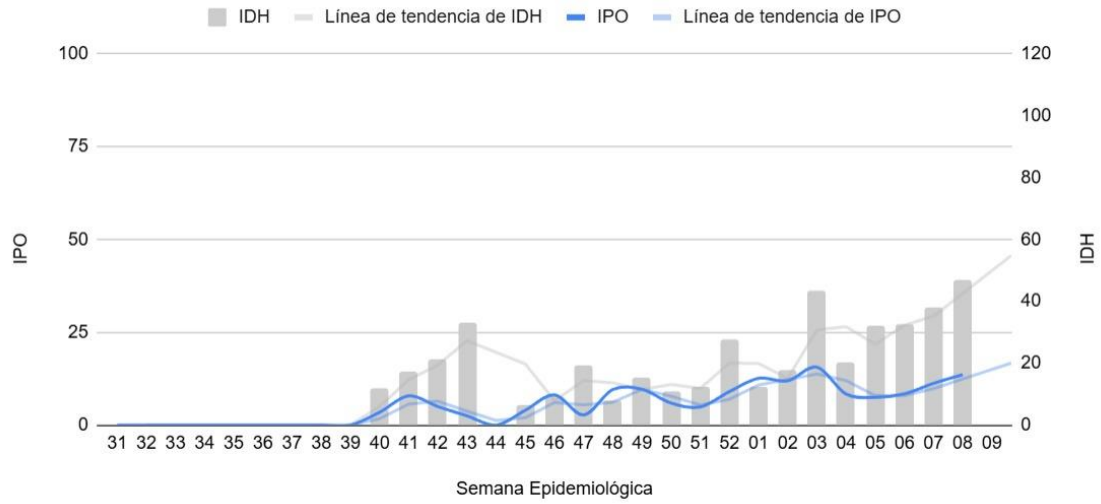
**Gráfico 5. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 04 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.**




*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 y un posterior aumento sostenido durante las últimas 4 semanas.

**Gráfico 6. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barra grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 08 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.**




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

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

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

### IV.4.C. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR ÍNDICES LARVARIOS

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

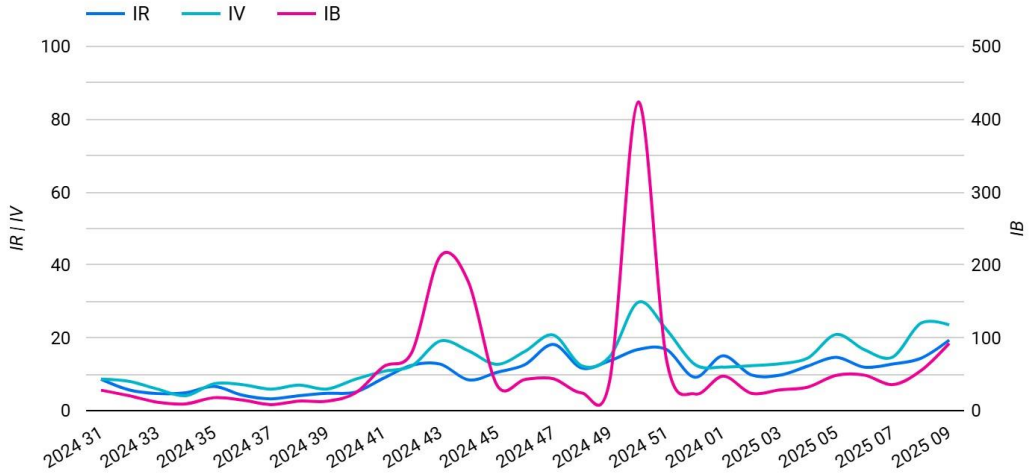
A partir de esta información recabada en terreno, se pueden calcular tres índices larvarios que permiten evaluar la situación de la localidad y estimar el riesgo asociado a la transmisión vectorial de dengue y otras arbovirosis:

- **Índice de vivienda:** viviendas positivas para *Aedes aegypti* / total de viviendas inspeccionadas * 100.
  (IV<4 Riesgo bajo, 4<IV<35 Riesgo moderado, IV>35 Riesgo alto)

- **Índice de recipiente:** recipientes positivos para Aedes aegypti / total de recipientes * 100
  (IR<3 Riesgo bajo, 3<IR<20 Riesgo moderado, IR>20 Riesgo alto)

- **Índice de Breteau:** recipientes positivos para Aedes aegypti / total viviendas inspeccionadas *100
  (IB<5 Riesgo bajo, 5<IB<50 Riesgo moderado, IB>50 Riesgo alto)

**Gráfico 7. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en Argentina SE 31 (2024)- SE 09 (2025).**




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

A nivel nacional, los índices larvarios aédicos presentaron un ascenso a partir de la SE40 (Gráfico 1), mostrando un retraso temporal respecto de la tendencia observada en los índices calculados a partir de sensores de oviposición. Este retraso se debe a que los sensores de oviposición presentan una mayor sensibilidad para la detección de presencia y actividad reproductiva de *Aedes aegypti* con tamaños poblacionales bajos en relación a los índices larvarios. Los aumentos registrados en el Índice de Breteau evidencia la concentración de un alto número de criaderos de *Aedes aegypti* en pocas viviendas. Si bien durante la SE07 se registró un descenso relativo en el conjunto de los índices relevados, a partir de la SE08 los valores a nivel nacional muestran nuevamente una tendencia ascendente.

Cuando se realiza la desagregación por región, se observa que la región NEA presenta en la SE07 índices larvarios elevados (Tabla 1), arrojando un riesgo entomológico alto de acuerdo al IB. La región NOA, por su parte, muestra la misma tendencia (Tabla 1), aunque con IV e IR menores y un IB mayor a los detectados en NEA. Hasta el momento, las intervenciones territoriales registradas en las regiones de Cuyo y Centro no permiten aún realizar cálculos robustos de índices larvarios.

**Tabla 1. Índices larvarios aédicos por región SE09 2025. Argentina**

| Región | Índice de Vivienda | Índice de Recipiente | Índice de Breteau |
|---|---|---|---|
| **NEA** | 20,21 | 15,22 | 56,03 |
| **NOA** | 7,42 | 4,50 | 60,54 |

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

# 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[21]

**Situación Regional:** En general, América del Norte y partes del Caribe están experimentando un aumento de la actividad de la influenza, mientras que la actividad del VSR está disminuyendo. En América Central, las ETI y las IRAG se mantienen por debajo de los umbrales epidémicos. La subregión andina y Brasil/Cono Sur informan indicadores bajos de virus respiratorios. La actividad del SARS-CoV-2 es moderada en la mayoría de las subregiones, aunque algunos países informan aumentos modestos.

**América del Norte:** Los casos de ETI y las hospitalizaciones relacionadas con virus respiratorios se han mantenido en niveles epidémicos durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE). La mayoría de los casos positivos de ETI se atribuyen a la influenza, mientras que los casos de IRAG y las hospitalizaciones están vinculados tanto a la influenza como al VSR. La actividad de la influenza se mantiene en niveles epidémicos en Canadá y México, con A(H1N1)pdm09 y A(H3N2) como cepas predominantes. La actividad del VRS, después de alcanzar máximos estacionales, ha comenzado a disminuir. La circulación del SARS-CoV-2 sigue siendo baja en comparación con las olas anteriores.

**Caribe:** Los casos de ETI por SARS-CoV-2 se mantienen bajos, mientras que el VRS muestra un ligero aumento. La influenza se mantiene alta, pero tiene una tendencia a la baja, y los casos de IRAG vinculados a la influenza han disminuido ligeramente en comparación con las semanas anteriores. Se informó que el subtipo predominante era A(H1N1)pdm09.

**Centroamérica**: La actividad de ETI e IRAG ha mostrado un aumento en el porcentaje de casos positivos atribuibles a influenza. Sin embargo, la actividad de influenza se mantiene por debajo del umbral epidémico en la mayoría de los países, con A(H1N1)pdm09 como la cepa predominante seguida de influenza A(H3). La actividad de VRS, luego de alcanzar picos estacionales, continúa disminuyendo. La circulación de SARS-CoV-2 se mantiene baja.

**Países Andinos:** La actividad de ETI e IRAG se mantiene baja en la mayoría de los países. La actividad de influenza es mínima, con A(H3N2) como cepa predominante. La circulación de VRS sigue siendo baja. La positividad de SARS-CoV-2 continúa aumentando.

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

**Brasil y Cono Sur:** La actividad de ETI y de IRAG se ha mantenido baja en las últimas cuatro SE. La actividad de influenza está disminuyendo, con A(H1N1)pdm09 como cepa predominante, seguida de Influenza B/Victoria. La circulación de VRS se mantiene baja. La positividad de SARS-CoV-2 ha disminuido en las últimas semanas.

## V.3. Síntesis de la información nacional destacada a la SE08/2025

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

- Entre la semana epidemiológica 1 y 7 de 2025 se notificaron 50.693 casos de ETI, 10.106 casos de Neumonía y 4.835 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando un descenso de las notificaciones de ETI del 48,9%, de neumonías del 24,1% y de bronquiolitis 44,1%, 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 SE7 y 8/2025 se notificaron 3 casos de influenza entre las 57 muestras estudiadas. Para VSR, no se registraron casos positivos entre las 49 muestras analizadas en las últimas dos semanas.

- En relación a SARS-CoV-2, luego del ascenso de casos registrado desde la SE34 de 2024, las detecciones en UMA presentaron tendencia descendente a partir de la SE45, con valores bajos en las últimas semanas. En la SE8/2025 no se registraron casos positivos para SARS COV 2 entre las 24 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 SE8 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 6215 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3448 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 181 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, 3 detecciones de influenza, 1 caso de SARS-CoV-2 y 1 caso de VSR.[22]

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

- En las primeras 7 semanas de 2025, si bien se registran casos de influenza, VSR y otros virus respiratorios, los niveles de detección permanecen bajos.

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

- 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 (1003 casos) y tendencia descendente posterior.
- Durante la SE7/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, adenovirus, VSR, parainfluenza 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 SE08/2025, se detectaron 3 casos de influenza y 1 caso 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 SE8/2025 se registraron 18 casos positivos internados con este diagnóstico. En la última semana epidemiológica no se registraron fallecidos con este diagnóstico.

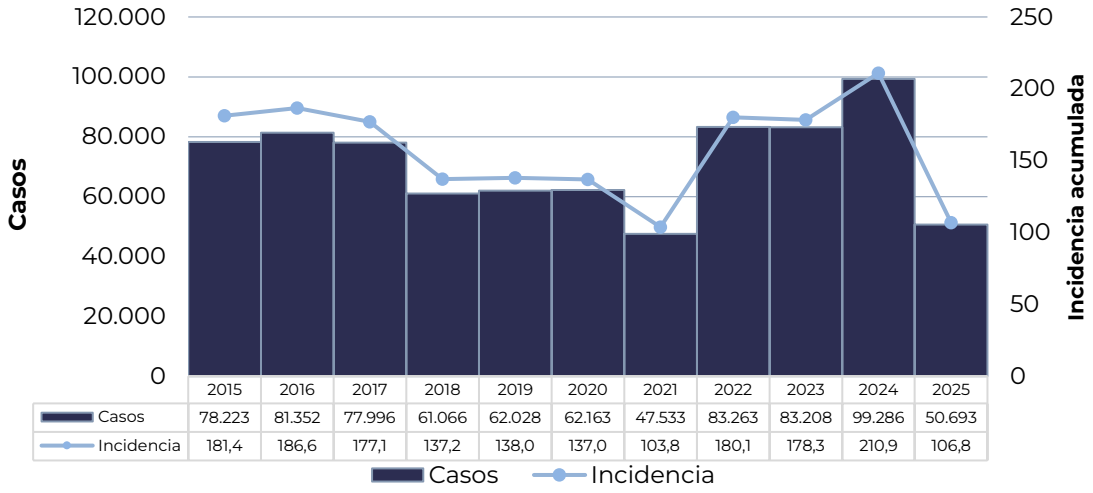
## V.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

Entre las SE 1 y 7 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 50.693 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 106,8 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registró durante 2024 (99.286 casos). mientras que en 2021 se reportó un nivel de casos inferior en comparación con los años previos. En el corriente año se registra un menor número de casos que la mayoría de los años analizados, superando únicamente los valores de 2021.

**Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE7. Total país.**

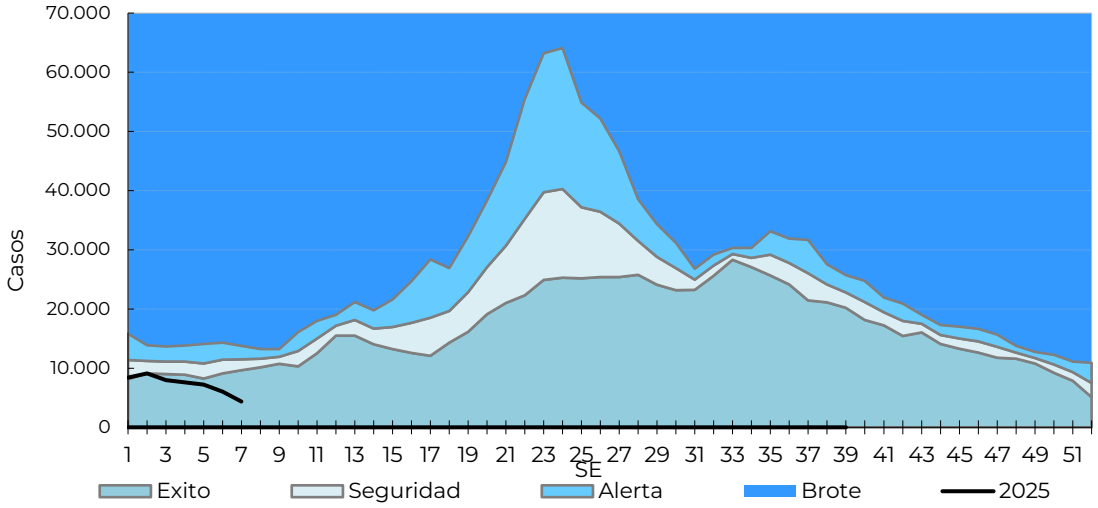



| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casos | 78.223 | 81.352 | 77.996 | 61.066 | 62.028 | 62.163 | 47.533 | 83.263 | 83.208 | 99.286 | 50.693 |
| Incidencia | 181,4 | 186,6 | 177,1 | 137,2 | 138,0 | 137,0 | 103,8 | 180,1 | 178,3 | 210,9 | 106,8 |

*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].*

Las notificaciones de ETI registradas en el SNVS correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, se encuentran en las SE1 y 2 de 2025 en niveles de seguridad, con un descenso posterior, permaneciendo en niveles esperados en las últimas SE.

**Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 7 de 2025[23]. 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.*

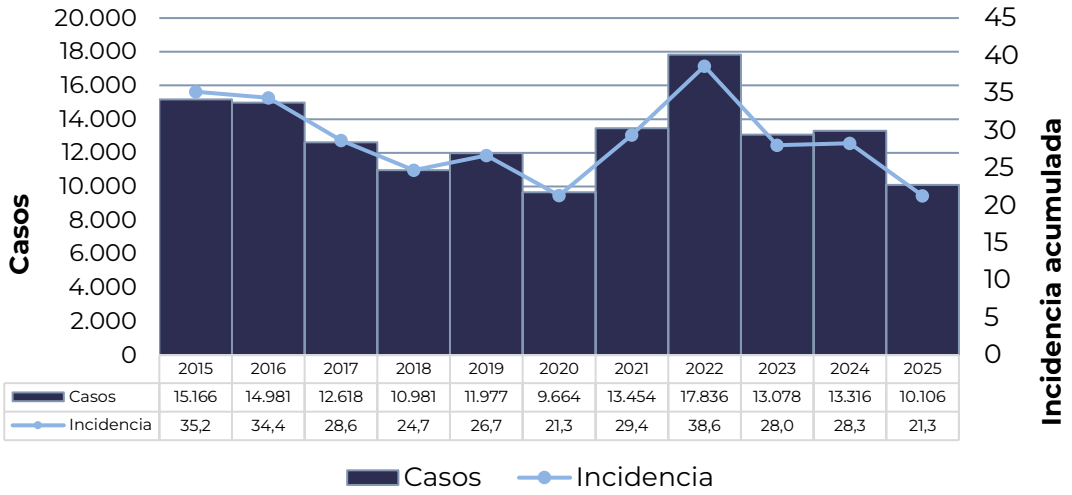
### V.4.B. NEUMONÍA

Hasta la SE7 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 10.106 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 21,3 casos/ 100.000 habitantes.

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 SE7/2025, se verifica un menor número de registros en relación a años previos, superando únicamente los valores de 2020.

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

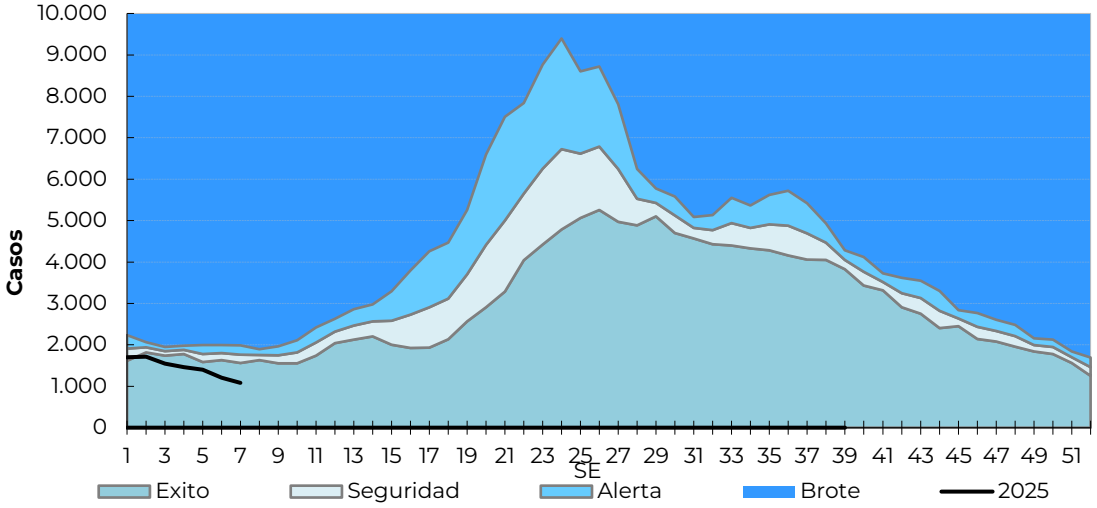
**Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE7. Argentina.**




*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].*

Las notificaciones de neumonía a nivel país se ubican, respecto al comportamiento en años históricos, dentro de los niveles de seguridad en la SE1, permaneciendo entre SE2 y 7 en niveles esperados.

**Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 7 de 2025[24]. 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].*

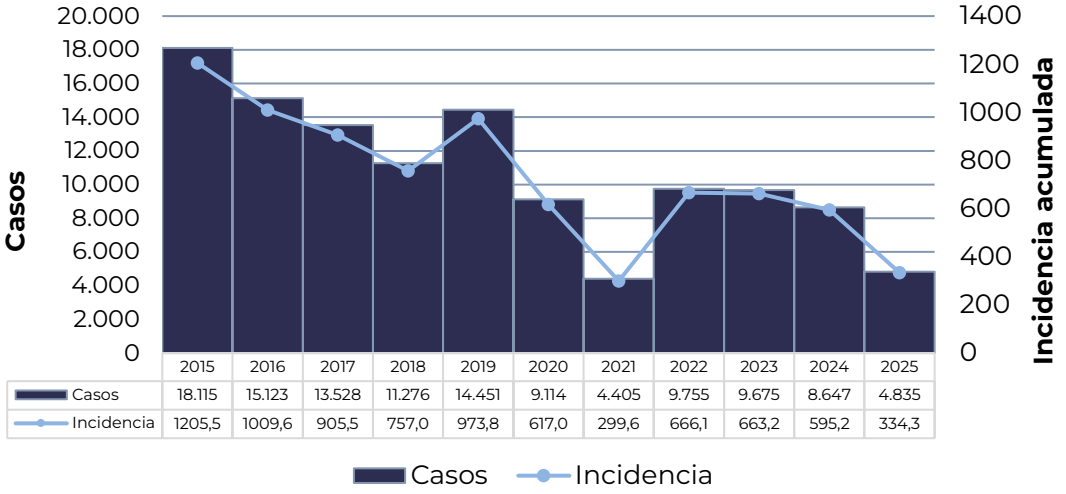
### V.4.C. BRONQUIOLITIS

Para las primeras 7 semanas epidemiológicas de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 4.835 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 334,3 casos/100.000 habitantes.

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

En relación a los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 7 alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso a partir de 2016. En 2019, presentaron un ligero incremento, con un nuevo descenso en 2020 y 2021, cuando se registró el menor número de notificaciones. Para los años 2022 a 2024 se verifica un aumento en las notificaciones de bronquiolitis, mientras que en las primeras semanas de 2025 las notificaciones fueron menores en comparación con la mayoría de los años históricos, salvo para 2021.

**Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE7. Argentina.**

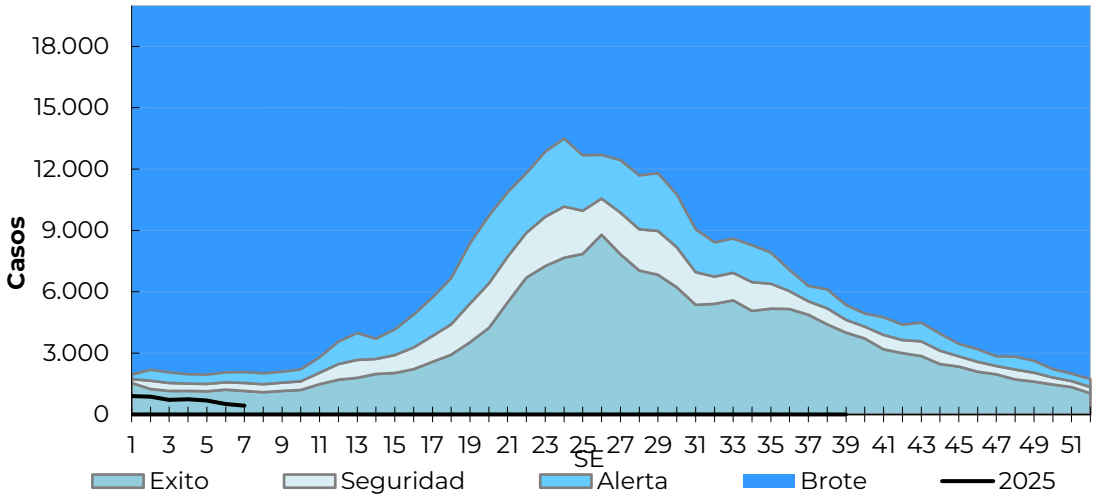



| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casos | 18.115 | 15.123 | 13.528 | 11.276 | 14.451 | 9.114 | 4.405 | 9.755 | 9.675 | 8.647 | 4.835 |
| Incidencia | 1205,5 | 1009,6 | 905,5 | 757,0 | 973,8 | 617,0 | 299,6 | 666,1 | 663,2 | 595,2 | 334,3 |

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

Para las 7 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 7 de 2025[25]. 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.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios

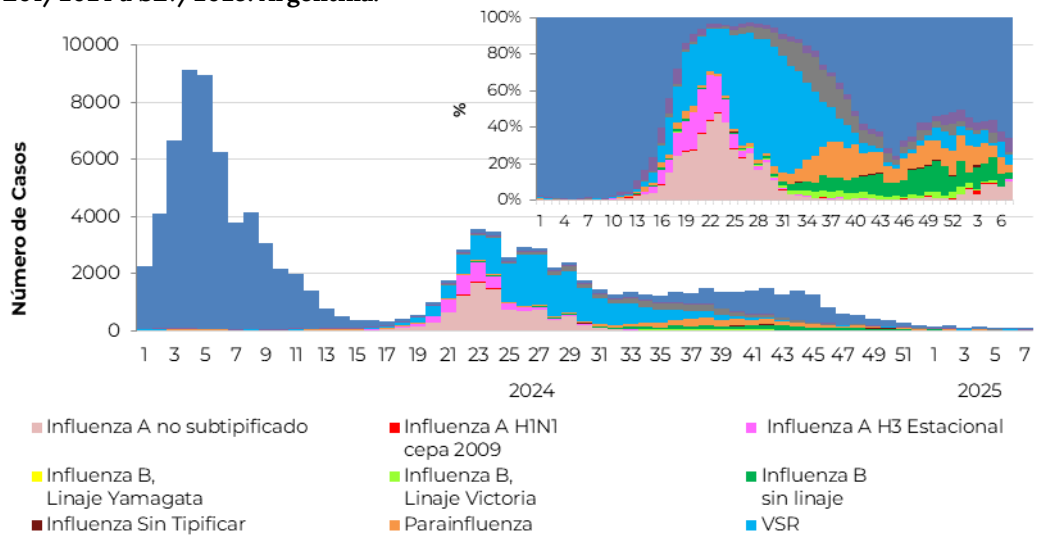
**En lo que va de 2025, si bien se registran casos de influenza, VSR y SARS-CoV-2 todas las semanas, las detecciones se encuentran en niveles bajos.**

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

Durante la SE7/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, adenovirus, VSR, parainfluenza y metapneumovirus.

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

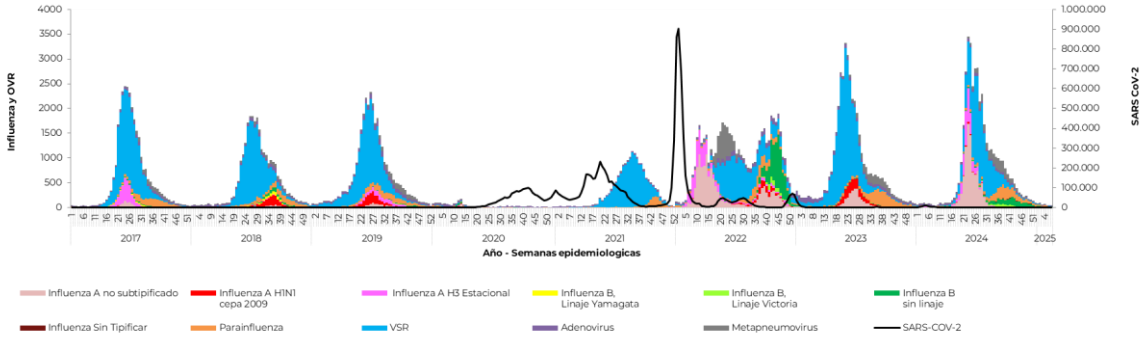
**Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE7/2025. Argentina.**




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

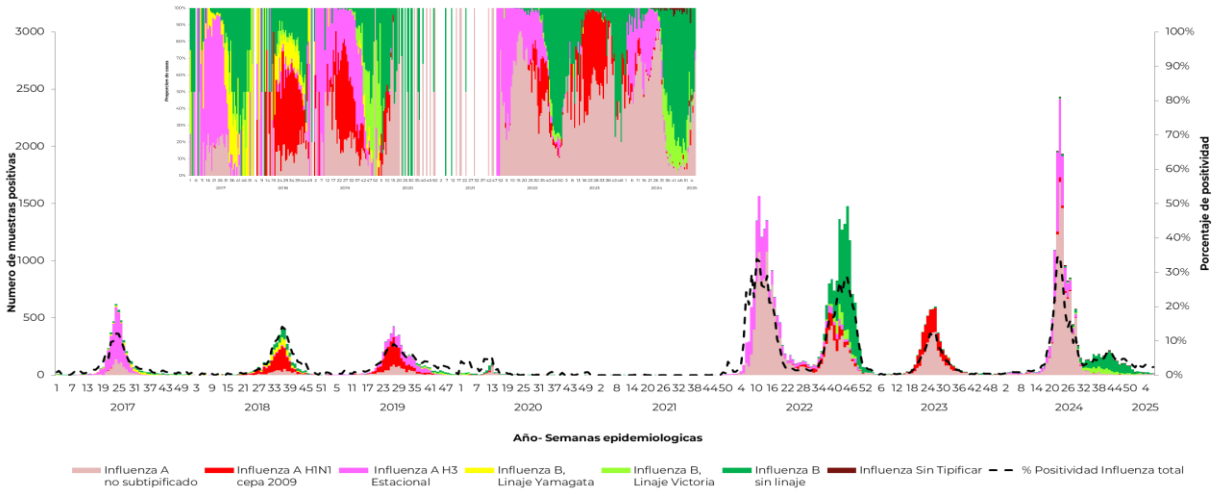
La curva histórica de casos positivos de virus respiratorios por semana muestra un marcado descenso para el año 2020 en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios. Durante el año 2022 se ha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

**Gráfico 8. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE7/2025. 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- SE7/2025. Argentina.**




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

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

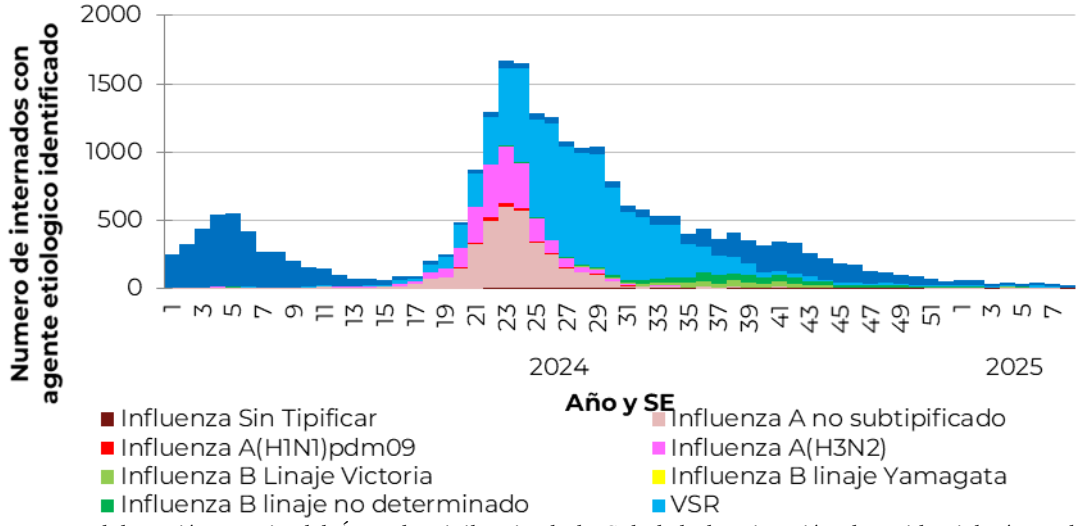
Entre SE01 y SE8 de 2025, se notificaron 205 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 93,1% menos casos**.** Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución sostenida. Para la SE8/2025 se registraron 18 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, las detecciones de **influenza** permanecen en niveles bajos, con un total de 84 casos en lo que va de 2025. Esto representa un ascenso del 47,4% 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 84 casos de influenza notificados durante 2025, se registraron detecciones tanto de influenza A (n=42) como B (n=40). De los casos de influenza A, 6 cuentan con subtipificación, correspondiendo 4 a influenza A (H1N1) pdm09 y 2 a influenza A (H3N2). En relación a influenza B, 6 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. 2 casos de influenza permanecen a la fecha sin tipificar. En la SE08/2025, se notificaron 3 casos de influenza en personas hospitalizadas.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 55 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 (SE8/2025), se registra 1 caso de VSR en hospitalizados.

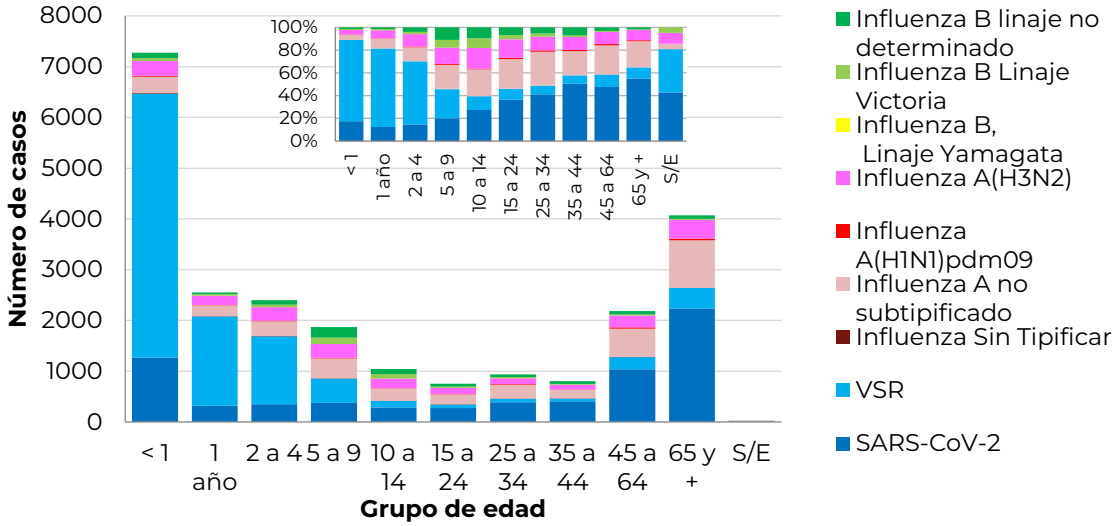
**Gráfico 10. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2023 a SE8/2025. Argentina.**




*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.*

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 SE8/2025.**




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

A la fecha de elaboración de este informe, entre las SE 01-52 del año 2024, se notificaron al SNVS 189 casos fallecidos con diagnóstico de influenza. En lo que va de 2025, se registran 3 fallecidos con este diagnóstico [26] .

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

[26] 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. Vigilancia de Alacranismo

## VI.1. Introducción

Los alacranes o escorpiones son invertebrados artrópodos, del grupo de los quelicerados, que se caracterizan por sobrevivir a condiciones adversas, con requerimientos bajos de agua y alimento. En el mundo, se conocen más de 2000 especies de alacranes reunidas en 16 familias, siendo los pertenecientes al género *Tityus* los de mayor importancia sanitaria para la salud pública en América Latina.

En Argentina, los alacranes suelen encontrarse en el norte del país, aunque se han registrado casos de alacranismo en el sur, como producto del transporte intencional o accidental a dicha región (Ministerio de la Salud de la Nación; 2022).

Los emponzoñamientos o envenenamientos provocados por picadura de alacranes son eventos potencialmente graves y letales, pero que pueden prevenirse y abordarse satisfactoriamente siguiendo un tratamiento adecuado, que en algunos casos puede requerir la toma del antídoto correspondiente. En Argentina, se cuenta con suficiente producción de antiveneno escorpión para abastecer a los establecimientos de las distintas provincias que asisten a las personas afectadas por esta patología.

En cuanto a la sintomatología, se presenta como un síndrome neurotóxico potencialmente grave y letal, que puede incluir manifestaciones locales o sistémicas (Ministerio de la Salud de la Nación; 2022).

Entre las manifestaciones locales, pueden presentarse dolores agudos e intensos en la zona de la picadura, sensación de hormigueo, hipoestesia y edemas locales, contracciones musculares fibrilares en el área afectada, piloerección y sudoración localizada, sin producción de daño tisular. Entre las sistémicas, por su parte, pueden observarse alteraciones cardiovasculares, respiratorias, hipersecreción glandular, cefalea, palidez, hipotermia y frialdad de los miembros. Los niños mayores pueden presentar, además, diarreas y vómitos, como así también trastorno del sensorio, con confusión mental, temblores y/o convulsiones (Ministerio de la Salud de la Nación; 2022).

El alacranismo constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la Res. 2827/2022 y como tal deberá ser notificado de manera universal (por todo efector, tanto del subsector público, privado o de la seguridad social) al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). El mismo tiene una modalidad de notificación nominal/individual e inmediata (dentro de las 24 hs) ante la sospecha de inoculación del veneno del alacrán.

## VI.2. Situación epidemiológica 2020-2024

### 6.2.1. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL

Entre la SE 01/2020 y la SE 52/2024[27], se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 32.681 casos de alacranismo en todo el país, de los cuales 25.663 resultaron

[27] SE 01/20 a SE 52/24, desde el 29 de diciembre de 2019 hasta el 28 de diciembre de 2024.

confirmados y 7.018 sospechosos (Tabla 1). Los casos confirmados de los sospechosos se diferencian por la identificación del animal, en aquellos casos donde no se logró identificar pero la picadura sugiere haber sido por un alacrán, se clasifica como sospechoso.

**Tabla 1. Casos de alacranismo según región, año epidemiológico y clasificación de caso. Años 2020 a 2024. (N: 32.681)[28]. Argentina.**

| Provincia | Año epidemiológico | | | | | | | | | | Total general |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2020 | | 2021 | | 2022 | | 2023 | | 2024 | | |
| | C | S | C | S | C | S | C | S | C | S | |
| Buenos Aires | 10 | 3 | 24 | 5 | 27 | 10 | 35 | 10 | 29 | 8 | 161 |
| CABA | 5 | 2 | 11 | 3 | 11 | 1 | 13 | 6 | 11 | 5 | 68 |
| Córdoba | 695 | 312 | 850 | 421 | 997 | 237 | 1295 | 220 | 1580 | 660 | 7267 |
| Entre Ríos | 178 | 5 | 124 | 12 | 169 | 14 | 221 | 27 | 278 | 5 | 1033 |
| Santa Fe | 168 | 88 | 268 | 136 | 235 | 108 | 414 | 198 | 347 | 205 | 2167 |
| **Total Centro** | **1056** | **410** | **1277** | **577** | **1439** | **370** | **1978** | **461** | **2245** | **883** | **10696** |
| Mendoza | 7 | 6 | 4 | 7 | 6 | 5 | 6 | 7 | 6 | 7 | 61 |
| San Juan | 70 | 14 | 65 | 17 | 69 | 12 | 104 | 2 | 45 | 2 | 400 |
| San Luis | 3 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 10 | 4 | 19 | 8 | 65 |
| **Total Cuyo** | **80** | **21** | **74** | **29** | **80** | **22** | **120** | **13** | **70** | **17** | **526** |
| Chaco | 26 | 4 | 43 | 6 | 12 | 17 | 20 | 20 | 34 | 2 | 184 |
| Corrientes | 34 | 1 | 49 | 3 | 64 | 1 | 74 | 3 | 37 | 51 | 317 |
| Formosa | 14 | 1 | 11 | 1 | 5 | 1 | 44 | 1 | 42 | 0 | 120 |
| Misiones | 23 | 17 | 5 | 5 | 7 | 8 | 17 | 0 | 16 | 0 | 98 |
| **Total NEA** | **97** | **23** | **108** | **15** | **88** | **27** | **155** | **24** | **129** | **53** | **719** |
| Catamarca | 234 | 195 | 197 | 3 | 231 | 5 | 225 | 147 | 99 | 121 | 1457 |
| Jujuy | 164 | 2 | 136 | 1 | 96 | 0 | 112 | 2 | 206 | 0 | 719 |
| La Rioja | 200 | 25 | 247 | 436 | 194 | 236 | 200 | 473 | 267 | 604 | 2882 |
| Salta | 257 | 38 | 430 | 35 | 398 | 13 | 558 | 14 | 619 | 5 | 2367 |
| Santiago del Estero | 233 | 52 | 235 | 87 | 188 | 72 | 216 | 132 | 228 | 82 | 1525 |
| Tucumán | 1171 | 363 | 1806 | 425 | 1873 | 103 | 2453 | 243 | 3163 | 139 | 11739 |
| **Total NOA** | **2259** | **675** | **3051** | **987** | **2980** | **429** | **3764** | **1011** | **4582** | **951** | **20689** |
| Chubut | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 4 | 14 |
| La Pampa | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 |
| Neuquén | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 4 | 3 | 12 |
| Río Negro | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 9 |
| Santa Cruz | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 7 |
| Tierra del Fuego | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 4 |
| **Total Sur** | **6** | **2** | **3** | **3** | **10** | **3** | **4** | **3** | **8** | **9** | **51** |
| **Total general** | **3498** | **1131** | **4513** | **1611** | **4597** | **851** | **6021** | **1512** | **7034** | **1913** | **32681** |

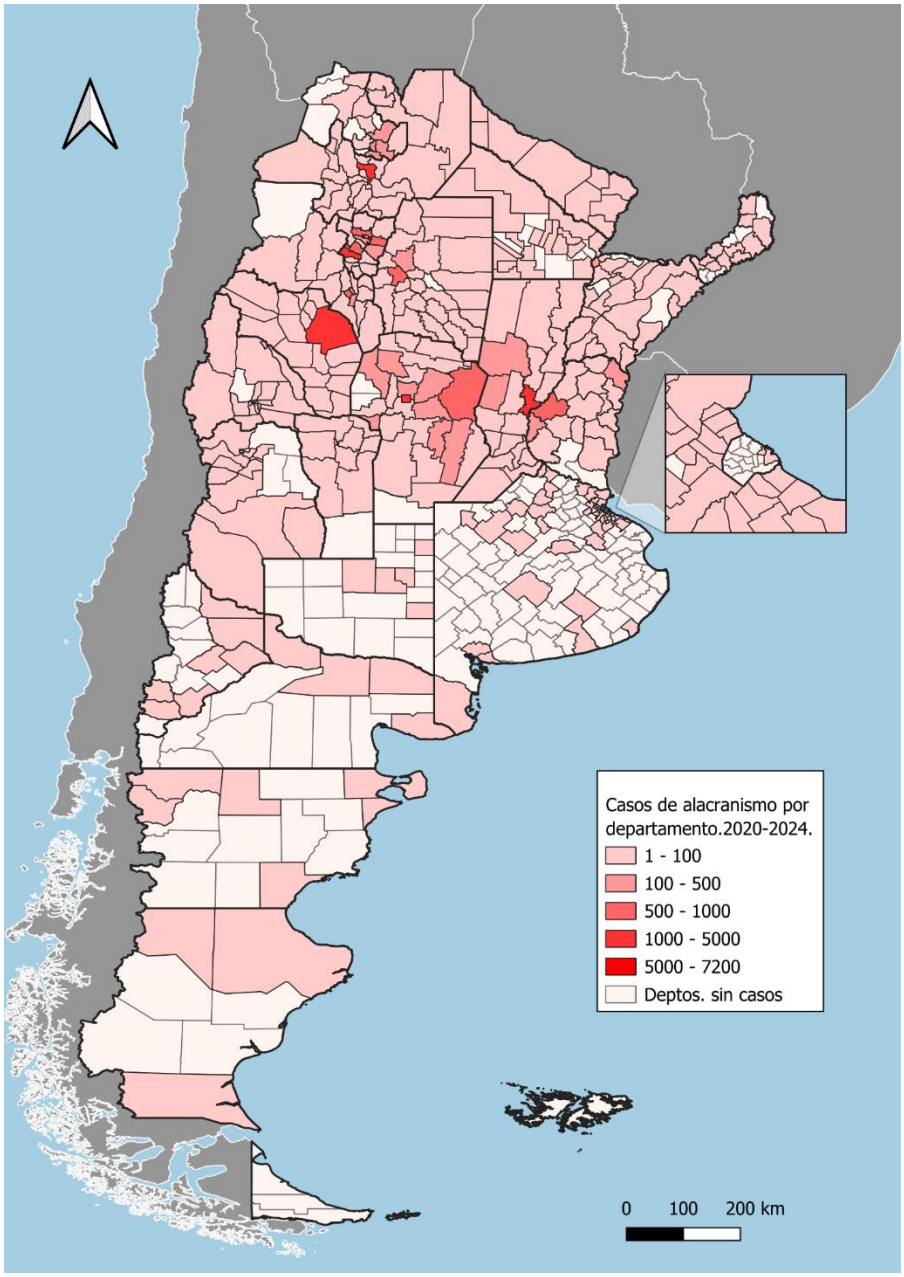
*C: confirmado | S: Sospechoso*

*Fuente: Elaboración de la Dirección de Zoonosis y Control de Enf. transmitidas por vectores y Dirección de epidemiología en base a datos extraídos del* SNVS 2.0.

Los casos se distribuyeron en todo el país, siendo las regiones de NOA y Centro las que más notificaciones reportaron en el periodo analizado, registrando el 63,3% y el 32,7% del total de casos, respectivamente.

[28] De los 32.681 casos de alacranismo notificados al SNVS 2.0, 741 no registraban provincia de residencia. En esos casos, se tomó como referencia la provincia de carga.

**Mapa 1. Casos de alacranismo según departamento de residencia. Periodo 2020-2024. (N: 32.681)[29]. Argentina.**



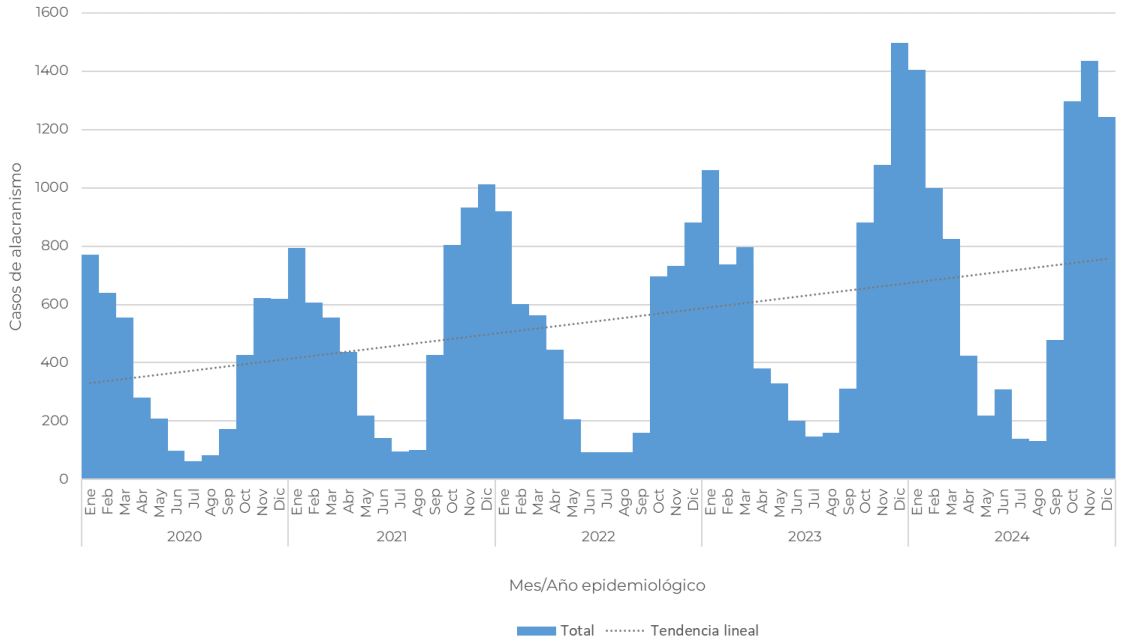

*Fuente: Elaboración de la Dirección de Zoonosis y Control de Enf. transmitidas por vectores y Dirección de epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0.*

### 6.2.2. DISTRIBUCIÓN TEMPORAL

En cuanto a la distribución temporal de los casos de alacranismo, se observa una tendencia al aumento en los cinco años estudiados. Si bien entre 2021 y 2022, se registró una baja del 11% en el número de casos, el total de registros de alacranismo en 2021, 2022, 2023 y 2024 fue mayor al reportado en el 2020, siendo el 2024 el año con más notificaciones del evento (n:8.947).

[29] De los 32.681 casos de alacranismo, 945 no presentaron el código de departamento de residencia. En estos casos, se tomó como referencia el departamento de carga.

**Gráfico 1. Distribución de casos de alacranismo según año y mes epidemiológico. Años 2020 a 2024. (n:32.621)[30] Argentina.**




*Fuente: Elaboración de la Dirección de Zoonosis y Control de Enf. transmitidas por vectores y Dirección de epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0.*

La distribución de casos según mes, por otro lado, presentó una estacionalidad similar entre 2020 y 2024. Como se observa en el Gráfico siguiente, en los cinco años analizados, los casos de alacranismo aumentaron en los meses de verano y primavera, alcanzando los picos en diciembre y enero, y disminuyeron durante el otoño y el invierno, siendo los meses de junio, julio y agosto los que presentaron menos notificaciones.

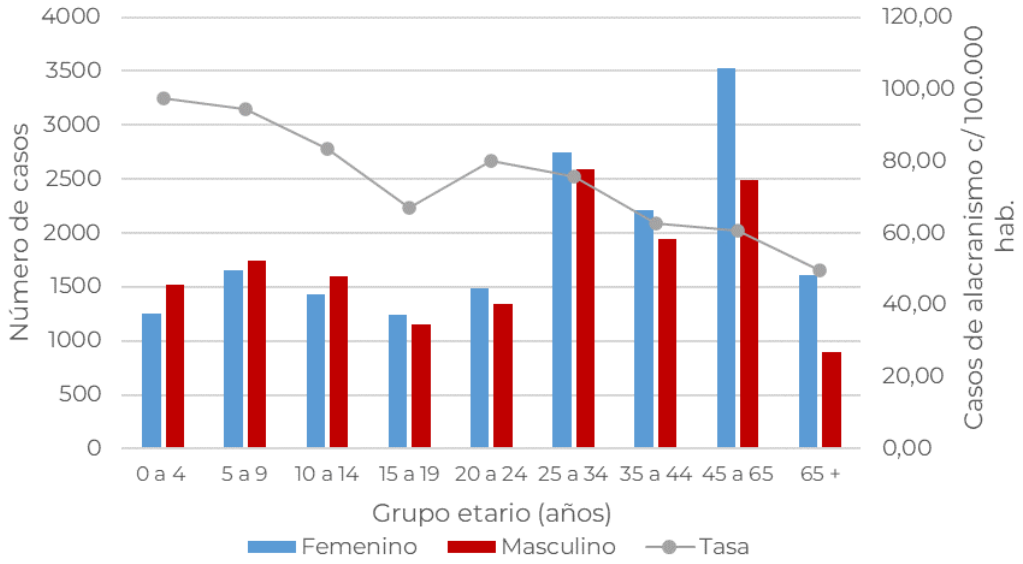
Como se observa en el gráfico, la tendencia de la notificación en el período analizado se presenta en ascenso. Teniendo en cuenta las características particulares de los años 2020 y 2021 en relación con la epidemia de COVID 19 y al igual que otros eventos, es probable que la epidemiología del alacranismo haya variado y eventualmente disminuido la exposición al vector. Sin embargo, se puede verificar el incremento continuo entre la temporada 2021/2022 y la iniciada en el 2024. En próximos informes se continuará evaluando esta situación.

### 6.2.3. DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD

Con respecto a la distribución de casos por sexo y grupos de edad, se observa que en todas las edades se presentaron notificaciones de alacranismo, pero de manera heterogénea.

[30] En el gráfico, se representan los casos considerando el año calendario. Por lo tanto, se excluyen del mismo 60 casos que se notificaron durante los últimos días de diciembre de 2019 (SE 01/2020), que sí se consideran para el análisis a año epidemiológico cerrado 2020-2024.

**Gráfico 2. Distribución de casos de alacranismo según sexo y edad. Periodo 2020-2024. Argentina. (n:32.440)**[31]




*Fuente: Elaboración de la Dirección de Zoonosis y Control de Enf. transmitidas por vectores y Dirección de epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0 y del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2022.*

Si bien la mayor cantidad de casos se encuentran en los grupos entre 25 y 65 años de edad (representando un 47,8% del total), las tasas más elevadas se observaron entre las personas de 0 a 4 años y de 5 a 9 años, con 97,3 y 94,6 cada 100.000 habitantes, respectivamente.

En cuanto a la distribución por sexo, el sexo femenino presentó un 12,4% más de casos que el masculino, con un total de 17.165 casos.

### 6.2.4. SINTOMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO

El 37,9% (n: 12. 373) del total de casos notificados entre 2020 y 2024, registraron al menos un síntoma en la variable homónima y de este total, el 14,3%, a su vez, presentó más de uno. De los 21.039 síntomas de alacranismo registrados en el periodo, el 68,6% fueron locales, mientras que el 31,4% fueron sistémicos.

Entre las manifestaciones locales (n: 14.424), los síntomas más recurrentes fueron los dolores agudos en la zona de la picadura (79,4%) y los edemas locales (17,2%), aunque también se reportaron otros (3,3%) como hipoestesia, eritemas y heridas localizadas.

Entre las sistémicas (n: 6.615), los síntomas gastrointestinales (vómitos, diarreas y dolores abdominales), la palidez y las alteraciones en el ritmo cardíaco (arritmia, taquicardia y bradicardia) fueron los más reportados en el periodo analizado. Se reportaron también, síntomas de disfunción respiratoria (taquipnea, distrés respiratorio, bradipnea), cefalea y otros síntomas asociados al trastorno del sensorio.

[31] Se excluyen del análisis de casos de alacranismo por sexo y edad 241 casos que no registran datos sobre sexo y/o grupo etario y aquellas con sexo sin identificar, dado que para el cálculo de las tasas se toman los datos poblacionales del censo 2022 y su distinción por sexo (masculino y femenino).

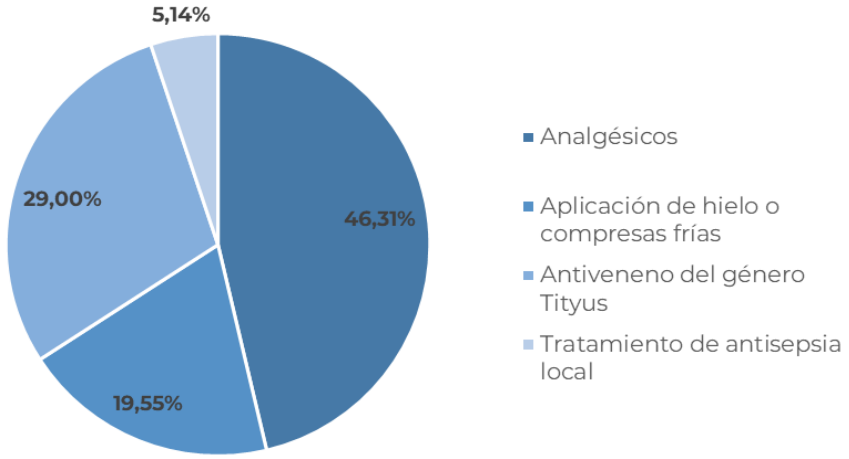
**Tabla 2. Síntomas sistémicos en casos de alacranismo. Periodo 2020-2024. (n: 6.615). Argentina.**

| Síntomas | N° de notificaciones | Porcentaje |
|---|---|---|
| Síntomas gastrointestinales | 2055 | 31,07% |
| Palidez | 1190 | 17,99% |
| Alteraciones en el ritmo cardíaco | 1175 | 17,76% |
| Alteraciones respiratorias | 697 | 10,54% |
| Cefalea | 589 | 8,90% |
| Trastorno del sensorio | 355 | 5,37% |
| Sialorrea | 336 | 5,08% |
| Otros (*) | 218 | 3,30% |
| **Total** | **6615** | **100%** |

**Otros: ansiedad, convulsiones, hipotermia, rinorrea y temblores.*
*Fuente: Elaboración de la Dirección de Zoonosis y Control de Enf. transmitidas por vectores y Dirección de epidemiología en base a datos extraídos del* SNVS 2.0

Entre la SE 01/2020 y la SE 52/24, se registraron 11.955 tratamientos, siendo los más recurrentes la toma de analgésicos y el suministro del antiveneno del género *Tityus*, seguido en menor medida por la aplicación de compresas frías o hielo y el tratamiento de antisepsia local. En 732 casos de los 32.681 registrados en el periodo, fue necesario el seguimiento de un tratamiento combinado.

**Gráfico 3. Porcentaje de tratamientos asignados en los casos de alacranismo reportados entre la SE 01/20 y la SE 52/24 (n:11.955)[32]. Argentina.**




*Fuente: Elaboración de la Dirección de Zoonosis y Control de Enf. transmitidas por vectores y Dirección de epidemiología en base a datos extraídos del* SNVS 2.0

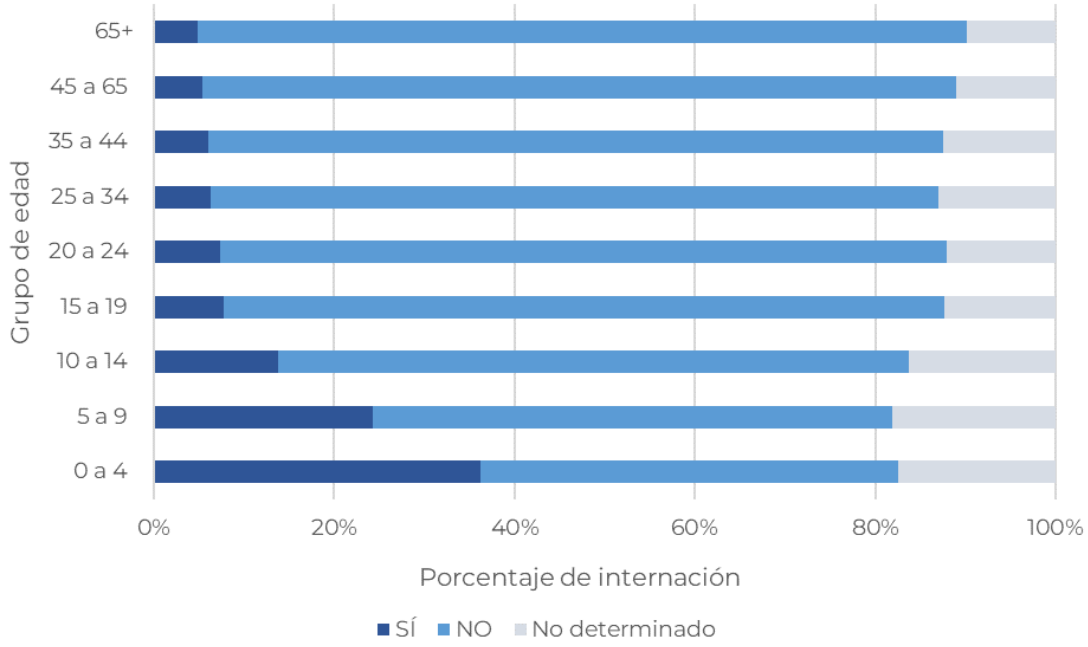
Entre quienes recibieron el antiveneno, en un 72,6[33]% de los casos fueron empleados entre 1 y 3 frascos de suero. La mínima dosis registrada fue de 1 ampolla, la máxima de 12 y la mediana fue de 3 ampollas por persona.

### 6.2.5. GRAVEDAD

Con respecto a la gravedad del evento, en los últimos 5 años, 3383 personas resultaron internadas a causa de alacranismo, lo que representa el 10,3% del total de casos en el periodo analizado.

**Gráfico 4. Datos de internación según grupo etario. SE 01/20 a SE 52/24. (n: 30.270)[34]. Argentina.**

[32] El gráfico representa los tratamientos asignados, independientemente de si más de uno fue aplicado al mismo paciente.
[33] El porcentaje se calculó sobre un total de 2817 casos que registraron la dosis suministrada.
[34] En el gráfico se excluyen 2.411 casos que no registran datos de internación.




*Fuente: Elaboración de la Dirección de Zoonosis y Control de Enf. transmitidas por vectores y Dirección de epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0*

En relación con los grupos de edad, el mayor riesgo de internación se presenta en los niños de 0 a 4 años, donde poco más de 1 cada 3 niños la requirieron (36%). Como se observa en el gráfico, la necesidad de internación está relacionada con la edad: el riesgo de internación por alacranismo entre los menores de 5 años y los mayores de 45 se multiplica por 7,5 en los primeros.

En cuanto a los fallecidos, entre la SE 01/20 y la SE 52/24, se reportaron 7 fallecidos por alacranismo. Se registró un óbito por año entre 2020 y 2023 y tres, en 2024. **Todos los fallecidos notificados eran menores de 4 años** y recibieron el tratamiento con el antiveneno específico el mismo día en que iniciaron los síntomas.

Del total de fallecidos, tres residían en el NOA, dos en región Centro, uno en NEA y uno en Cuyo. Entre los síntomas que presentaron se notificaron vómitos, trastorno del sensorio, sialorrea y taquicardia.

## VI.3. Situación epidemiológica 2025 (SE 1-SE 7)

Desde la SE 01/25 hasta la SE 07/25, se reportaron 1.859 casos, de los cuales 1438 resultaron confirmados y 421 sospechosos. Las regiones en las que se denunciaron más casos de alacranismo fueron el Centro y el NOA, con el 53,5% y el 44% de las notificaciones, respectivamente.

Si se compara la mediana de casos del año 2025 (SE 1 a 7) con el mismo período de los años anteriores (2020-2024) se observa que la del año en curso es de 235 casos, eso indica entre un 34 y un 54% de aumento para los años 2020 a 2022. Sin embargo, para el año 2023, la mediana de casos es similar a la del año en curso. Por último, para el año 2025 se observa una disminución en la mediana de casos del 19% con respecto al año 2024.

## VI.4. Producción de antiveneno escorpiónico

### 6.4.1. INSTITUTO NACIONAL DE PRODUCCIÓN DE BIOLÓGICOS

El INSTITUTO NACIONAL DE PRODUCCIÓN DE BIOLÓGICOS – INPB de la ANLIS "Dr. Carlos G. MALBRÁN" es un Laboratorio Productor Público de Material de Partida, Ingrediente Farmacéutico Activo (IFA), Medicamentos de origen biológico y Reactivos Para Uso Diagnóstico, aprobado por ANMAT (Disposición ANMAT N°10206/17 y DI-2019-705-APN-ANMAT#MSYDS).

El INPB es el único productor (público o privado) de todos los antivenenos para el tratamiento de accidentes con animales ponzoñosos de importancia médica en Argentina, elaborando 8 diferentes antivenenos, entre los cuales está el Antiveneno Escorpión. El INPB es el único productor de Antiveneno Escorpión en Argentina, siendo este producto el utilizado históricamente para salvar la vida de aquellos sujetos que necesitaron tratamiento.

### 6.4.2. COMPOSICIÓN DEL PRODUCTO TERMINADO

El Antiveneno Escorpión, como producto terminado, es una solución estéril y apirógena de Fragmentos $F(ab')_2$ de inmunoglobulinas equinas específicas purificadas, a partir de plasma equino hiperinmune para el veneno de escorpiones del género *Tityus*[35] obtenidos por termocoagulación, precipitación salina y digestión enzimática. Cada frasco ampolla neutraliza no menos de 50 $DL_{50}$ (dosis letales medias en ratón) del veneno de escorpiones del género *Tityus*. Cada frasco-ampolla contiene menos de 10 g/dl de proteína y menos de 1% de albúmina, así como excipientes Fenol 0,35 % (P/V) y Solución fisiológica de cloruro de sodio c.s.p. en presentación de 2 ml. El producto debe conservarse entre 2 °C y 8 °C y NO debe congelarse.

La producción anual se divide luego en unidades que se distribuyen al Sistema Nacional de Distribución a nivel nacional gracias a la Gestión Integral Logística que el INPB lleva adelante con la colaboración de Coordinación de Zoonosis Nación, así como unidades que destinan como stock de contramuestras, unidades para el desarrollo de los Estudios de Estabilidad, y unidades que se entregan como donación a países de Latinoamérica, siempre y cuando la demanda nacional esté cubierta.

La producción de Antiveneno Escorpión está directamente relacionada con la disponibilidad de veneno y por ende de animales (escorpiones vivos) y es aquí donde el INPB hace hincapié en la importancia del compromiso de las jurisdicciones en llevar adelante campañas de captura, recolección, almacenamiento y entrega de dichos ejemplares vivos. Para aumentar las unidades de producto, es prioritario contar con mayor cantidad de animales recibidos desde las provincias, y fue por ello que se planificaron Comisiones de Recolección bimestrales, con el propósito de recuperar aquellos animales que permanecen en los centros de acopio provinciales entre las fechas de los diferentes envíos hacia el INPB.

[35] Si bien el antiveneno se produce inmunizando equinos con veneno de *Tityus carrilloi* (ex *Tityus trivittatus*) estudios experimentales muestran que es capaz de neutralizar el veneno de otras especies de *Tityus* de Argentina.

Todas las jurisdicciones deben generar estrategias para obtener escorpiones, y aumentar la producción de antiveneno Escorpión y la distribución a los centros ponzoñosos intraprovinciales.

## VI.5. Medidas de prevención

**Protección personal**

- Revisar y sacudir las prendas de vestir, y el calzado antes de vestir o calzar, especialmente si han quedado tiradas en el suelo.
- Sacudir la ropa de cama antes de acostarse o acostar un bebe o niño. En las patas de la cuna se pueden colocar frascos de vidrio o plástico liso o rodearlas con cinta scotch o de embalar o similar (lisa) para evitar el ascenso de los alacranes.
- Tener precaución cuando se examinan cajones o estantes. Retirar progresivamente los elementos de su interior en lugar de introducir la mano o revolver.
- Evitar caminar descalzo en zonas donde se conozca la presencia de escorpiones

**Protección intradomiciliaria**

- Utilizar rejillas anti-insectos o anti-plaga o con trama adecuada o con protección en desagües de ambientes y sanitarios. Colocar tapones en piletas y bañeras.
- Controlar las entradas y salidas de cañerías, así como las aberturas y hendiduras.
- En puertas y ventanas conviene colocar burletes donde queden rendijas, mosquiteros. Hacer lo mismo con las rejillas de desagües.
- Revocar las paredes, reparar las grietas en pisos, paredes y techos.
- Control de cámaras subterráneas, cañerías, sótanos, huecos de ascensor y oquedades de las paredes en los que pueden encontrarse.

**Ámbito peridomiciliario**

- Realizar aseo cuidadoso y periódico de las viviendas y alrededores.
- Efectuar control de la basura para reducir la cantidad de insectos (especialmente cucarachas) que sirven de alimento a escorpiones.
- Revisar cuidadosamente la hojarasca y los escombros y evitar juntarlos con las manos.
- Mantener especial cuidado cuando se examinan lugares oscuros y húmedos.
- Pueden utilizarse aves de corral (patos, gansos, gallinas) como predadoras de los escorpiones.

Como última alternativa y con asesoramiento especializado, se usará la aplicación de plaguicidas de baja toxicidad por personal entrenado. **Nunca aplicar plaguicidas sin haber seguido primeramente las recomendaciones sobre los métodos de prevención en el ambiente.**

**las recomendaciones sobre los métodos de prevención en el ambiente.**

# ALERTAS Y **COMUNICACIONES** NACIONALES

# VII. AUMENTO DE CASOS DE HEPATITIS A

*Ante el incremento de casos confirmados de hepatitis A en menores de 20 años y una mayor afectación en varones de 20 a 39 años, en un contexto de cambio en el perfil epidemiológico de la enfermedad, el Ministerio de Salud enfatiza la importancia de fortalecer las medidas de prevención, con especial foco en la vacunación, la notificación oportuna de casos y la adecuada derivación de muestras al laboratorio de referencia. Se insta a los equipos de salud a verificar la cobertura de inmunización en poblaciones susceptibles y reforzar las estrategias de control y vigilancia.*

La hepatitis A es una inflamación hepática causada por el virus de la hepatitis A (VHA), cuya transmisión ocurre principalmente por vía fecal-oral. Esto puede suceder cuando una persona susceptible consume alimentos o agua contaminados con material fecal de una persona infectada, o por contacto oral-anal durante relaciones sexuales. Su propagación está estrechamente vinculada a condiciones sanitarias deficientes, consumo de agua y alimentos no seguros y prácticas de higiene inadecuadas.

A diferencia de las hepatitis B y C, la hepatitis A no evoluciona hacia la enfermedad hepática crónica. Sin embargo, puede generar síntomas incapacitantes y, en casos raros, provocar hepatitis fulminante (insuficiencia hepática aguda), una condición potencialmente mortal.

En Argentina, antes de la introducción de la vacunación sistemática, la hepatitis A fue la principal causa de hepatitis fulminante en niños menores de 10 años, requiriendo en algunos casos trasplante hepático, con el último registrado en 2007.

Desde 2005, con la incorporación de la vacuna contra la hepatitis A al año de vida en el Calendario Nacional de Vacunación, la incidencia y morbimortalidad de la enfermedad han disminuido drásticamente. Gracias a esta estrategia, Argentina se ha convertido en un país de endemicidad baja.

A pesar de la reducción general de casos, se han registrado brotes esporádicos en los años 2009, 2012, 2014 y 2018. En los últimos años, estos brotes han afectado principalmente a adultos de entre 20 y 39 años, con una distribución por sexo que muestra una tasa cuatro veces mayor en varones que en mujeres.

### VII.1.A. AGENTE ETIOLÓGICO

El virus de Hepatitis A (HAV) es un virus RNA que se ha clasificado en el género *Hepatovirus*, miembro de la familia *Picornaviridae*.

### VII.1.B. MODOS DE TRANSMISIÓN

Los principales vehículos de la trasmisión fecal-oral son el agua y los alimentos contaminados con materia fecal que contienen el virus de las hepatitis A, esto explica su mayor prevalencia en individuos residentes en zonas con deficientes sistemas sanitarios. Considerando que los nuevos brotes esporádicos, se produjeron con mayor foco en hombres que tienen sexo con hombres, las prácticas sexuales bucoanales, representan un riesgo. La higiene adecuada, incluyendo el lavado de manos, es fundamental para prevenir la infección. Asimismo, el uso de método de barrera reduce significativamente el riesgo de contagio.

### VII.1.C. RESERVORIO Y VECTOR

El ser humano y, en raras ocasiones, primates no humanos.

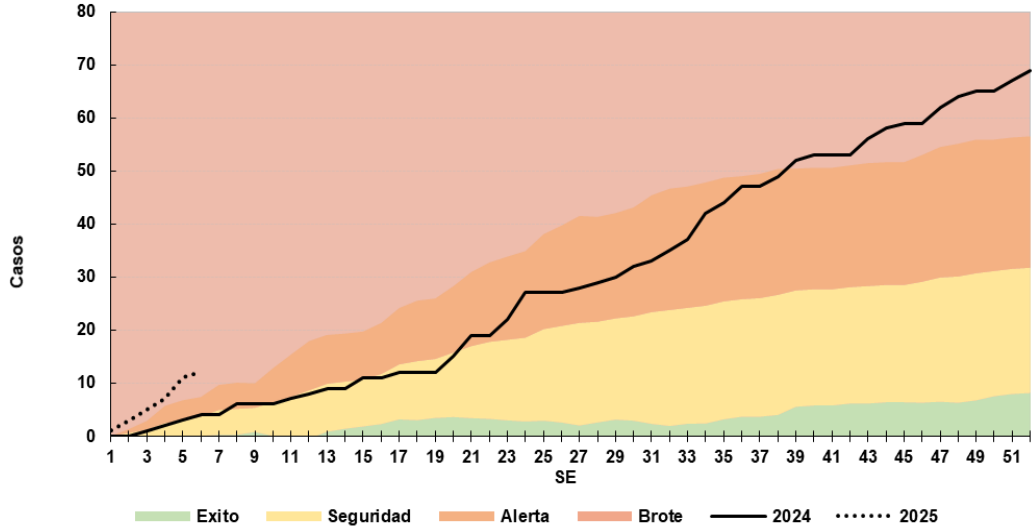
### VII.1.D. PERÍODO DE INCUBACIÓN

De 15 a 50 días, dependiendo del inóculo y el individuo; el promedio es de 28 a 30 días.

## VII.2.Situación epidemiológica actual

En el contexto de la vigilancia epidemiológica, se ha observado una variación en la incidencia de hepatitis A en los últimos años. Durante el quinquenio 2019-2023, se notificó un promedio de 31 casos anuales, con un mínimo de 10 en 2021 y un máximo de 55 en 2022. En 2024, se confirmaron 69 casos, superando el umbral de alerta a partir de la semana 39. Desde el inicio de 2025, la cantidad de casos confirmados notificados ha sido superior a los valores esperados (Gráfico 1).

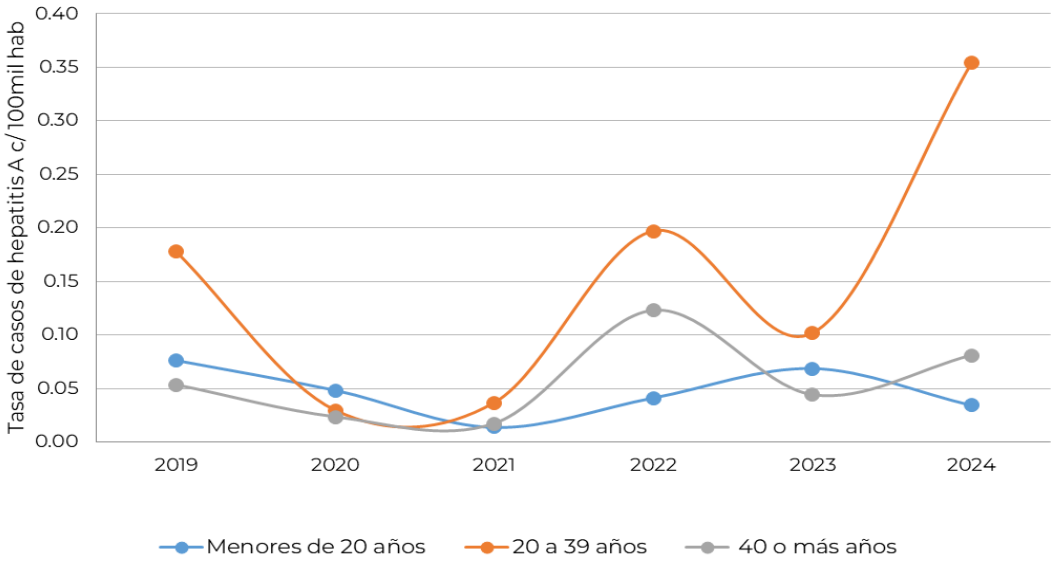
**Gráfico 1. Corredor endémico acumulado de casos confirmados de hepatitis A. Argentina, período 2019- SE 06/2025**




*Fuente: elaboración a partir de datos extraídos del SNVS 2.0*

Respecto de la distribución por grupos de edad, durante el periodo 2019-2024, se observó mayor afectación en el grupo de 20 a 39 años con el 55% de los casos (123), seguido en el grupo de mayores de 40 años con el 27% (61). Posterior al periodo de la pandemia de Covid-19, se observa un aumento de las tasas en todos los grupos, y más marcado en los grupos previamente mencionados, alcanzando en 2024 la mayor tasa del periodo el grupo de 20 a 39 años con 0,35 c/ 100 mil habitantes (Gráfico 2).

**Gráfico 2: Tasa de hepatitis A c/ 100mil hab., según grupo de edad y año. Argentina, 2019-2024.**




*Fuente: elaboración a partir de datos extraídos del SNVS 2.0*

En cuanto a la afectación por sexo, durante el periodo analizado (2019-2024) hay un predominio del sexo masculino con el 70% (149) de los casos.

En lo que respecta al año en curso, hasta la SE 6 se notificaron 24 casos de hepatitis A en el SNVS 2.0, de los cuales 12 cumplen con los criterios de laboratorio de caso confirmado de hepatitis A. De los 12 casos, 7 se encuentran en región Centro (CABA, Córdoba y Santa Fe), el resto en Salta, Formosa y Chubut. Respecto de la edad, 5 corresponden al grupo etario menores de 20 años, 5 corresponden al de 20 a 39 años y los 2 restantes a mayores de 40 años. La distribución por sexo, al igual que años anteriores, presenta una mayor afectación masculina (7).

De los casos registrados en menores de 20 años (rango de edad: 5 a 12 años), 2 corresponden a la provincia de Formosa, 2 a la provincia de Salta y 1 caso a la provincia de Santa Fe.

Tres de los cinco casos no contaban con antecedentes de vacunación, uno de ellos corresponde a un paciente extranjero. Uno de los casos con antecedente de vacunación había recibido una dosis en 2019 en contexto de desnutrición, aunque no se pudo corroborar, y el otro había sido inmunizado recientemente como parte de una estrategia de bloqueo.

Con respecto a los antecedentes de vacunación de los casos confirmados, los programas de inmunización de las provincias afectadas, están realizando monitoreos de vacunación, recupero de esquemas atrasados y medidas de bloqueo en los contactos estrechos.

## VII.3.Vigilancia epidemiológica

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

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

Con la actualización de las normas y procedimientos de vigilancia y control de Eventos de Notificación Obligatoria en el año 2022, cambió la modalidad de notificación de la hepatitis A. Previamente se notificaba ante el caso sospechoso de hepatitis viral[36]. Actualmente la notificación se hace de forma inmediata ante caso positivo con identificación del agente. Se encuentran vigentes las siguientes definiciones de caso:

**Caso confirmado de hepatitis A:** Caso sospechoso de hepatitis viral[37] con presencia de anticuerpos de clase IgM contra el virus de Hepatitis A (anti-HAV IgM) en el suero de los pacientes agudos o convalecientes. Los anticuerpos anti-HAV IgM se pueden seguir detectando durante cuatro a seis meses después del comienzo de la enfermedad.

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

## VII.4. Recomendaciones para equipos de salud

### VII.4.A. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

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

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

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

### VII.4.B. PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN[38]

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

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

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

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

Contención de brotes en instituciones educativas

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

**Jardines maternales**

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

**Escuelas**

Se debe valorar la situación epidemiológica local:

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

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

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

**Instituciones y hospitales**

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

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

**De nivel comunitario**

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

## VII.5.Medidas ante brotes

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

## VII.6. Medidas en caso de desastre

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

## VII.7. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Hepatitis A[39]

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

### VII.7.A. EMBALAJE PARA DERIVACIÓN DE MUESTRAS

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

## VII.8. Recomendaciones para la población

### VII.8.A. MEDIDAS PREVENTIVAS

**Vacunación**

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

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

- Varones que tienen relaciones sexuales con otros varones, mujeres trans, trabajadoras y trabajadores sexuales.

[39] Mail de contacto ante cualquier consulta: lnrhepatitis@anlis.gob.ar

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

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

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

### VII.8.B. OTRAS MEDIDAS PREVENTIVAS

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

---

*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*

*Ficha de notificación:*

---

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

# 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 20 y el 26 de febrero del 2025.

## VIII.1. Enfermedad por el virus de Sudán – Uganda

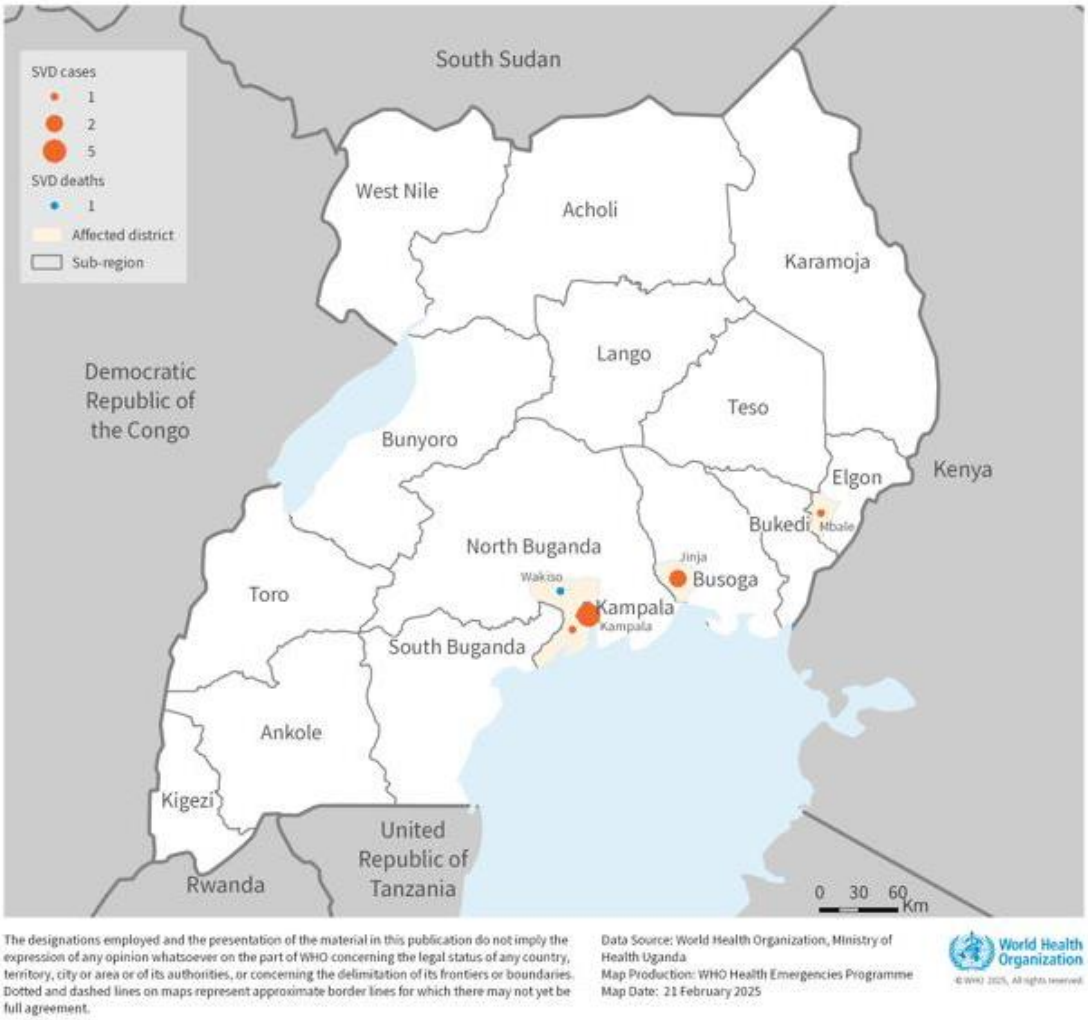
*Informe recibido por el CNE el 21 de Febrero 2025.*

Desde la primera noticia sobre el brote de esta enfermedad, publicada el 1 de febrero de 2025, se han notificado ocho casos adicionales confirmados por laboratorio de la enfermedad por el virus de Sudán (SVD) en Uganda. Hasta el 20 de febrero de 2025, se han registrado un total de nueve casos confirmados, incluida una muerte, con una tasa de letalidad (CFR) del 11%. La edad de los casos varía entre 1,5 y 49 años, con una media de 27 años, y el 56% de los casos corresponden a hombres. Los casos fueron reportados en cuatro distritos del país: *Jinja, Kampala, Mbale y Wakiso*.

El primer caso reportado, un trabajador de la salud, presentó síntomas el 19 de enero, *en la semana epidemiológica*. Inicialmente, el caso se automedicó con antipalúdicos y buscó atención en diferentes establecimientos de salud en los distritos de Wakiso, Kampala y Mbale, además de acudir a un sanador tradicional en Mbale, antes de ser derivado al Hospital de Referencia Mulago, donde falleció el 29 de enero de 2025. Tras la detección y confirmación de la SVD el 29 de enero, se realizó un entierro seguro y digno el 31 de enero en Mbale.

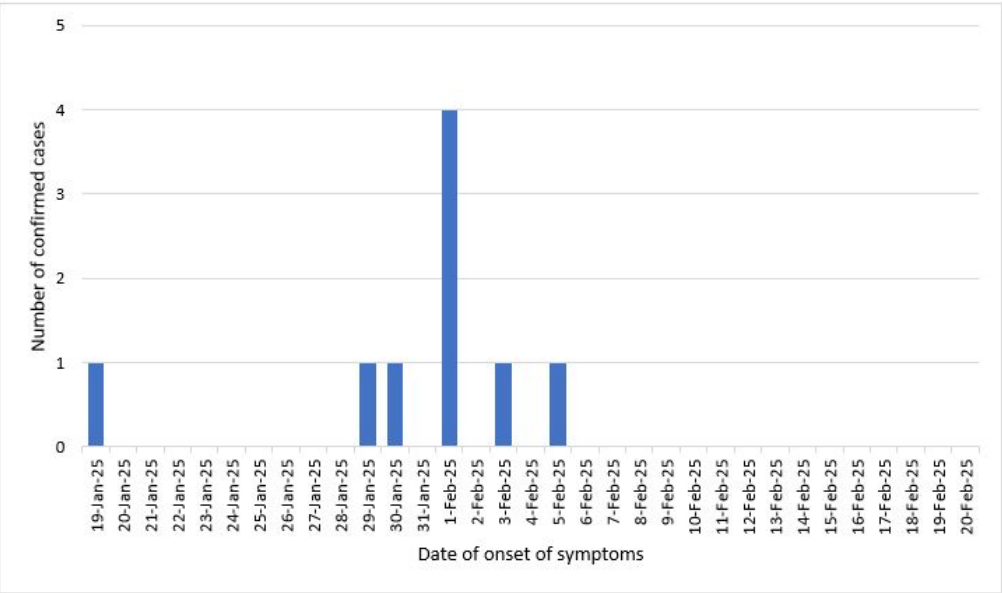
Tras la rápida declaración del brote por parte del Ministerio de Salud el 30 de enero, se llevó a cabo una investigación detallada del primer caso, incluyendo una lista completa de contactos en todos los distritos donde había viajado. Los contactos fueron puestos en cuarentena en un centro designado y monitoreados durante 21 días. Los otros ocho casos confirmados fueron identificados entre los contactos listados e incluyen cinco miembros de la familia y tres trabajadores de la salud que tuvieron contacto directo con el primer caso mientras le brindaban atención durante su enfermedad. Los casos secundarios presentaron síntomas entre el 29 de enero y el 6 de febrero. Todos fueron detectados en las primeras fases de la enfermedad por el equipo de rastreo de contactos mientras se encontraban en cuarentena. Fueron derivados al Hospital Nacional de Referencia Mulago (siete casos) y al Hospital Regional de Referencia de Mbale (un caso) para recibir atención de apoyo optimizada y tratamiento con Remdesivir bajo el protocolo de Uso de Emergencia Monitoreado de Intervenciones No Registradas y Experimentales (MEURI). Los ocho casos fueron dados de alta el 18 de febrero de 2025 tras obtener dos pruebas negativas realizadas con 72 horas de diferencia.

**Figura 1: Distribución de los casos confirmados de SVD notificados en Uganda entre el 30 de enero y el 20 de febrero de 2025.**




*Fuente:* [https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON556](https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON556)

**Figura 2: Curva epidemiológica de los casos confirmados de SVD según la fecha de aparición de síntomas, con datos hasta el 20 de febrero de 2025 (n=9).**



Según los criterios de la OMS para declarar el fin de un brote de filovirus, la cuenta regresiva para el fin de la transmisión de persona a persona puede iniciarse desde el día siguiente a la última posible exposición, en este caso, el día posterior a la obtención de pruebas negativas. Si no se notifican casos adicionales, el brote se declarará terminado en 42 días, equivalentes a dos períodos de incubación. Se recomienda realizar varias actividades, incluida una vigilancia intensificada durante estos 42 días, para garantizar que no haya cadenas de transmisión no detectadas.

Al 20 de febrero, se han registrado un total de 299 contactos en los distritos afectados del país desde el inicio del brote. Más del 75% de los contactos han completado el período de seguimiento de 21 días. Sin embargo, 58 personas aún están bajo monitoreo en instalaciones de cuarentena institucional para completar los 21 días desde su último contacto con un caso confirmado.

Los niveles de alerta tanto en la comunidad como en los establecimientos de salud han sido bajos. Durante la cuenta regresiva de 42 días, se están llevando a cabo diversas actividades, como capacitaciones y búsqueda activa de casos, con el objetivo de fortalecer la vigilancia mediante un enfoque integrado y aumentar el número de alertas y casos sospechosos notificados, investigados y analizados. También se ha implementado la vigilancia de mortalidad desde la declaración del brote, la cual continuará en Jinja, Kampala y Mbale.

Además, se están realizando investigaciones retrospectivas para identificar la fuente del brote mediante la búsqueda activa de casos dentro y alrededor de la comunidad y los centros de salud donde el primer caso residía y trabajaba.

Este es el sexto brote de SVD en Uganda; el más reciente se reportó en septiembre de 2022, con 164 casos y 55 muertes.

*Fuente:* *https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON556*

# DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

# IX. Boletines jurisdiccionales

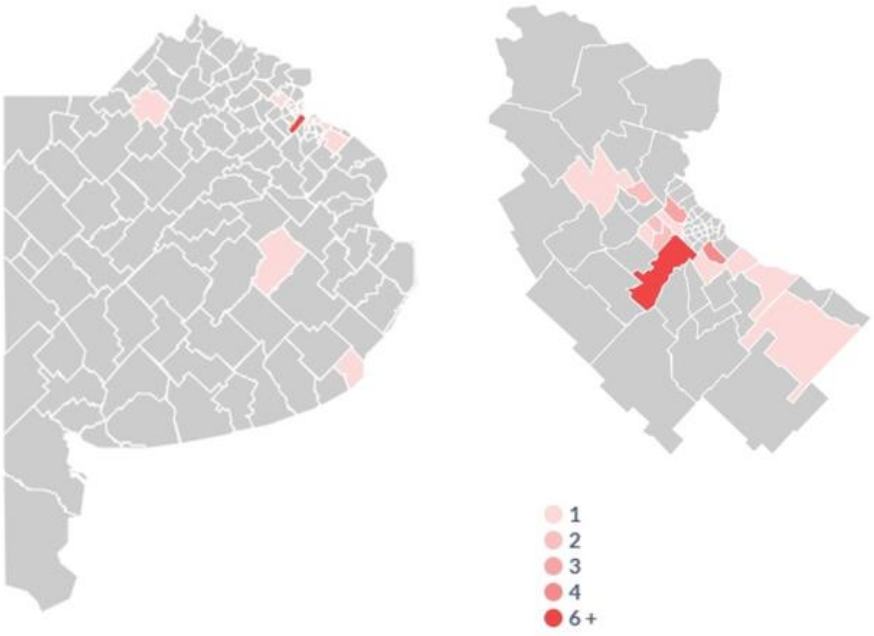
## IX.1. Buenos Aires: Arbovirosis




Desde la finalización de la última epidemia de dengue en la provincia en junio de 2024 (SE 25) y hasta el 15 de febrero (SE 7) se notificaron 4.212 casos compatibles con dengue de los cuales 29 fueron confirmados (16 autóctonos, 10 importados y 3 en investigación), 171 probables, 2.006 en estudio y 2.006 con muestras de laboratorio negativas (descartados y sospechosos no conclusivos).

En la última semana se detectó el primer brote de dengue por el serotipo DEN 1 en la localidad de Monte Chingolo, Lanús. Hasta el momento son 3 casos autóctonos pertenecientes al mismo grupo familiar, el caso más antiguo comenzó con síntomas el 2 de febrero (SE 6).

**Casos confirmados de dengue autóctonos e importados por municipio. PBA, SE26/2024 a SE7/2025**



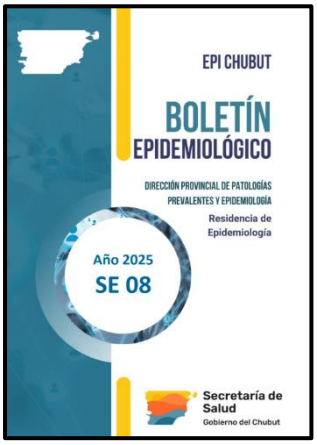

*Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.*

Para más información:

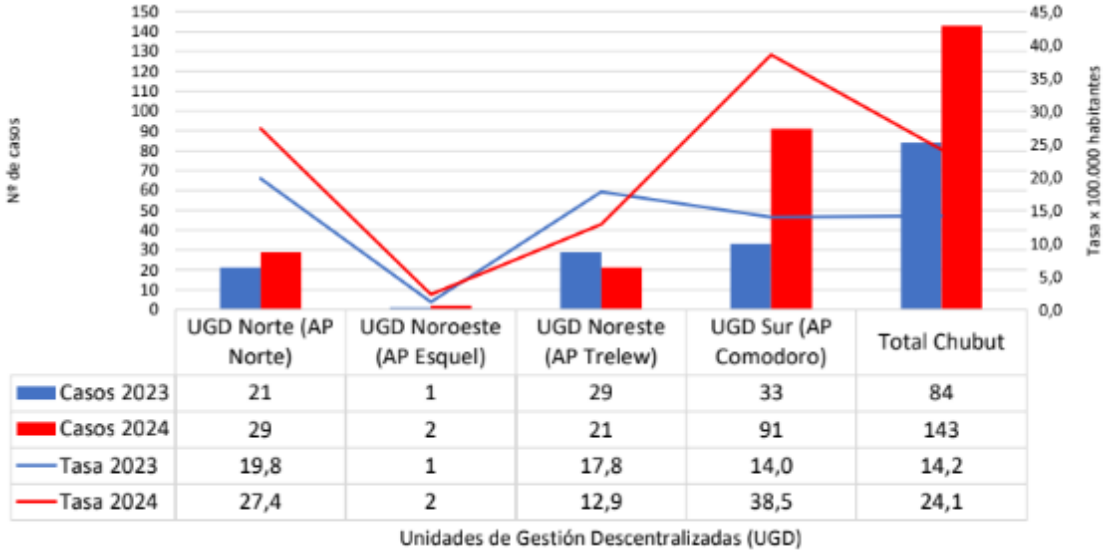
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

## IX.2. 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 7 de 2025 se notificaron 6 casos confirmados para este evento, 2 casos corresponden a la UGD Norte (AP Norte), 2 a Noroeste (AP Esquel), 1 a Noreste (AP Trelew) y 1 a Sur (AP Comodoro Rivadavia).




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

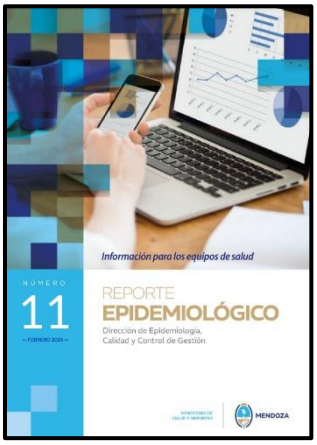



| | UGD Norte (AP Norte) | UGD Noroeste (AP Esquel) | UGD Noreste (AP Trelew) | UGD Sur (AP Comodoro) | Total Chubut |
|---|---|---|---|---|---|
| Casos 2023 | 21 | 1 | 29 | 33 | 84 |
| Casos 2024 | 29 | 2 | 21 | 91 | 143 |
| Tasa 2023 | 19,8 | 1 | 17,8 | 14,0 | 14,2 |
| Tasa 2024 | 27,4 | 2 | 12,9 |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

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

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

## IX.3. Mendoza: Psitacosis




Entre la SE 1 y la SE7 del año 2025, se notificaron 19 casos sospechosos de psitacosis al SNVS. De estos, se confirmaron por laboratorio 5 casos (PCR positiva) y uno se confirmó por nexo clínico epidemiológico, por ser conviviente con caso confirmado por laboratorio y expuesto al contacto con las mismas aves. En cuanto a los antecedentes epidemiológicos, se confirmó el nexo con aves enfermas o muertas o exposición a fuente ambiental (excreciones de aves) en la totalidad de los casos confirmados.

Los restantes casos continúan clasificados como casos sospechosos en espera de los resultados de los estudios serológicos; 1 de los casos sospechosos tiene diagnóstico de TBC

En total, fallecieron dos casos, uno confirmado para psitacosis (mujer de 38 años) y un paciente masculino de 78 años con sospecha de psitacosis, comorbilidades (EPOC), con resultado de PCR negativa y causa de fallecimiento presuntivamente no vinculada al evento.

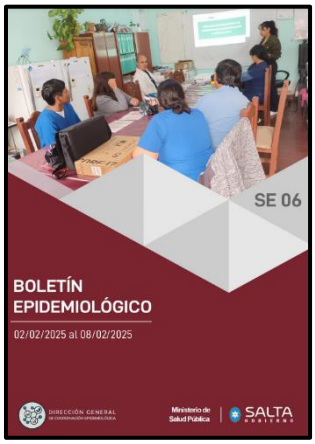
**Casos de Psitacosis notificados, según departamento de residencia y clasificación manual– Mendoza – SE1 a SE 07/25**

| CASOS NOTIFICADOS POR DPTO. DE RESIDENCIA SEGÚN CLASIFICACIÓN MANUAL-SE1 A SE7/25-MENDOZA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | Caso confirmado | Caso sospechoso | Confirmado por nexo | Total general |
| Capital | | 1 | | 1 |
| Guaymallén | | 4 | | 4 |
| Junín | | 1 | | 1 |
| La Paz | | 1 | | 1 |
| Las Heras | 4 | 2 | 1 | 7 |
| Luján de Cuyo | | 1 | | 1 |
| Maipú | | 1 | | 1 |
| Rivadavia | | 1 | | 1 |
| San Martín | 1 | | | 1 |
| San Rafael | | 1 | | 1 |
| **Total general** | **5** | **13** | **1** | **19** |

*Fuente. SNVS 2.0- Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología- DECyCG*

Para mas información: https://www.mendoza.gov.ar/salud/boletines-epidemiologicos/

## IX.4. Salta: Enfermedades zoonóticas humanas




Los casos confirmados de enfermedades zoonóticas humanas correspondientes a la Semana Epidemiológica 6 de 2025 en la provincia de Salta son los siguientes:

En cuanto al alacranismo, se registraron 12 casos en la Capital, 8 en General San Martín y 1 en Metan.

Respecto a la hidatidosis, se confirmaron 2 casos, distribuidos de la siguiente manera: 1 en San Martín y 1 en Rosario de Lerma.

En cuanto al ofidismo, se reportó 1 caso de mordedura de yarará en la Capital, además de 1 caso de ofidismo sin especificar, también en la Capital.

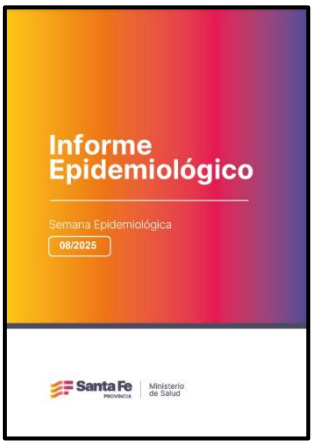
**Frecuencia absoluta y acumulada de casos confirmados de enfermedades zoonóticas humanas. SE 6/2025. Provincia de Salta.**

| ENO | Casos SE 6 | Acumulado 2025 |
|---|---|---|
| Accidente potencialmente rábico (APR) | 21 | 138 |
| Alacranismo | 16 | 118 |
| Araneísmo sin especificar especie | 0 | 0 |
| Araneísmo-Envenenamiento por Latrodectus (Latrodectismo) | 0 | 1 |
| Araneísmo-Envenenamiento por Loxosceles (Loxoscelismo) | 0 | 0 |
| Araneísmo-Envenenamiento por Phoneutria (Foneutrismo) | 0 | 0 |
| Brucelosis | 0 | 2 |
| Brucelosis en embarazadas | 0 | 0 |
| Hantavirosis | 0 | 0 |
| Hidatidosis | 2 | 5 |
| Leishmaniasis visceral | 0 | 2 |
| Leishmaniasis visceral canina | 0 | 11 |
| Leptospirosis | 0 | 0 |
| Ofidismo sin especificar especie | 1 | 2 |
| Ofidismo-Género Bothrops (Yarará) | 1 | 10 |
| Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinĺ) | 0 | 3 |
| Ofidismo-Género Micrurus (Coral) | 0 | 1 |
| Psitacosis | 0 | 0 |
| Rabia animal | 0 | 0 |

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

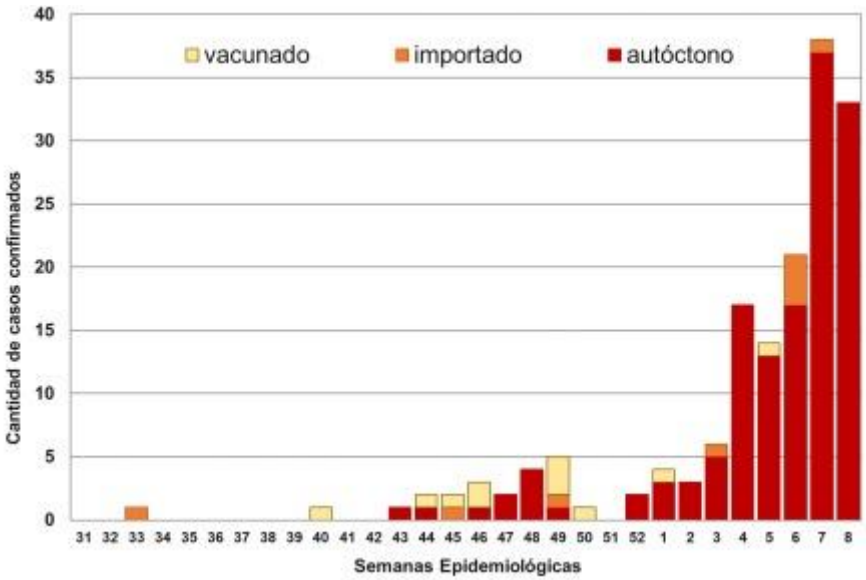
Para mas información: http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

## *IX.5.* Santa Fe: Dengue




En la provincia de Santa Fe, en lo que va de la temporada 2024-2025 (SE 31/2024 hasta la SE 08/2025), se notificaron al evento de "Dengue" y "Dengue durante la gestación" un total de 2641 casos de los cuales 149 se confirman, 140 casos "sin antecedente de viaje" y 9 "con antecedente de viaje" (India, Maldivas, Colombia, Brasil y otra provincia de Argentina). Dentro de los 26 casos notificados al evento de "Dengue en la gestación", únicamente se confirmaron 2 casos autóctonos ambos con serotipo DEN-2 en el departamento Rosario, siendo 1 caso de 35 años con inicio de síntomas en la SE04/2025 y 1 caso de 28 años con inicio de síntomas en la SE07/2025. Por otra parte, se notificaron 11 casos con "antecedente de vacunación en los últimos 30 días", registrándose un nuevo caso bajo esta denominación con inicio de síntomas en la SE05/2025.

**Casos de Dengue desde SE 31/2024 hasta a SE 08/2025 según semana epidemiológica. Provincia de Santa Fe. N= 160**




*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.*

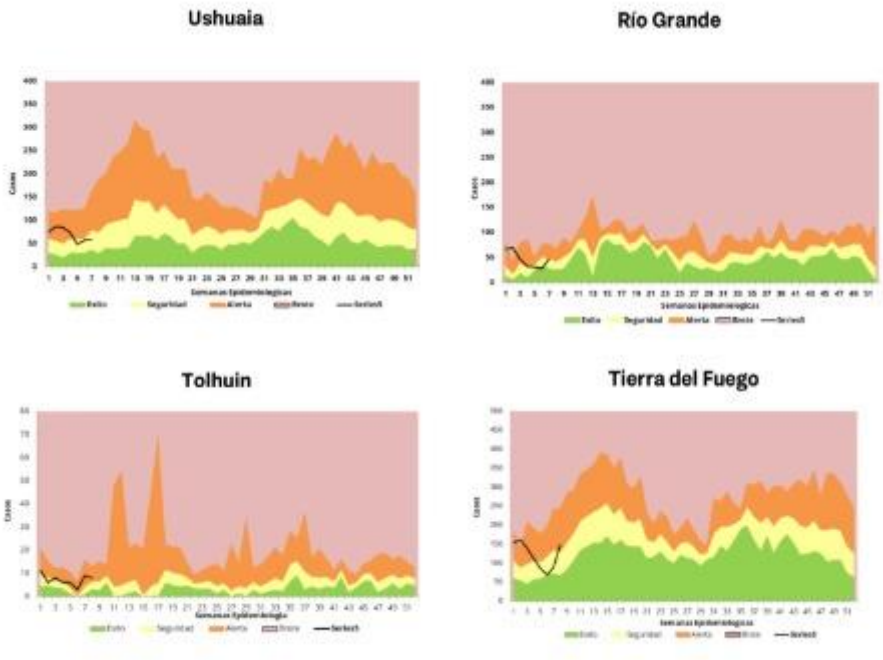
Para más información:
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802

## IX.6. Tierra del fuego: Diarreas agudas

Hasta la SE 8 en 2025 se notificaron 1014 casos de diarrea aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. En Ushuaia, la incidencia se ubica en zona de seguridad, alcanzando un total de 555 casos. En Río Grande, la incidencia se ubica en zona de alerta con un total de 402 casos acumulados. En Tolhuin se ubica en zona de alerta, con un total de 57 casos acumulados.




**Corredores endémicos de Diarrea aguda. Hasta SE 8 2025.**




*Fuente: SNVS 2.0 Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología e Información en Salud. Ministerio de Salud. Provincia de Tierras del Fuego e IAS.*

Para más información:

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

## IX.7. Tucumán: Sífilis

Durante el período 2020 – 2024, en Tucumán se confirmaron un total de 2749 casos de sífilis, 1531 casos confirmados de sífilis sin especificar y 1218 casos confirmados de sífilis temprana. Se puede observar una tendencia en aumento de casos de sífilis sin especificar y no se aprecian fluctuaciones significativas en casos confirmados de sífilis temprana en el período analizado.




**Cantidad de casos confirmados de sífilis en Tucumán desde SE 01/2020 a SE 52/2024**




*Fuente: Dirección de Epidemiología de Tucumán, a partir de reporte de SNVS 2.0.*

# **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** | Chagas agudo vectorial | Laboratorio | Resultado | Se adicionaron las opciones “Reactivo” y “No reactivo” |
| **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"<br><br>**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.** |
| **Febrero** | Otras infecciones invasivas (bacterianas y otras) | Laboratorio | Muestra | Se adicionó la opción: “Biopsia de hueso” |

## 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. Circular de vigilancia sobre fiebre amarilla ante el aumento de casos humanos en la Región de las Américas - Febrero 2025

En 2024, se confirmaron 61 casos de fiebre amarilla en seres humanos en la Región de las Américas, de los cuales 30 resultaron fatales, distribuidos en cinco países: el Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana, y Perú. Bolivia registró ocho casos, cuatro de ellos fatales; Brasil, también registró ocho casos, con cuatro de ellos fatales; Colombia reportó 23 casos, de los cuales 13 casos fueron fatales; Guyana notificó tres casos; y Perú registró 19 casos, de los cuales nueve fueron fatales.

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 4 del 2025, se han notificado 17 casos confirmados de fiebre amarilla en humanos en tres países de la Región, de los cuales siete han resultado fatales. Estos casos han sido reportados en Brasil (estado de São Paulo), con ocho casos, incluyendo cuatro casos fatales; en Colombia con ocho casos (departamento de Tolima), de los cuales dos han sido fatales; y Perú con un caso fatal.

Para más información, consultar la circular de vigilancia sobre fiebre amarilla ante el aumento de casos humanos en la Región de las Américas - febrero 2025 en: *https://www.argentina.gob.ar/salud/boletin-epidemiologico-nacional/circulares-de-vigilancia-epidemiologica*

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

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

Modalidad Virtual Autoadministrada

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

Inicia el 2 de diciembre

Duración: 25 horas.

INSCRIPCIONES EN:

Consultas a: cursos.direpinacion@gmail.com

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




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

Duración: 25 horas

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