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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **746**

Semana epidemiológica 8
AÑO 2025
Desde 23/02 al 01/03
Fecha de publicación
10/03/2025

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: Federico M. Santoro[1], Tamara Wainzinger[1], Julián Antman[1], Carlos Giovacchini[5], Andrea Pontoriero[8], Estefania Benedetti[8], Martin Avaro[8], Cecilia González Lebrero[1].

EVENTOS PRIORIZADOS

Dengue y otros arbovirus: Gabriela Fernández[1], Yasmin El Ahmed[1], Dalila Rueda[1], Federico M. Santoro[1], Silvina Moisés[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

Fiebre Hemorrágica Argentina: Dalila Rueda[1], Federico M. Santoro[1], Julián Antman[1], Natalia Casas[3], Laura Geffner[3], Alejandra Gaiano[3], Anabel Sinchi[4], María Alejandra Morales[4], Julia Marina Brignone[4], María Laura Martin[4], Laura Riera[4], Carina Sen[4], Andrea Villalba[4], Penélope Arto[4], Carlos Giovacchini[5], Claudia Ling[7].

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, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI - ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[6] Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI - ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[7] Dirección de Control de Enfermedades Transmisibles.
[8] Laboratorio Nacional de Referencia, Servicio Virosis Respiratorias, Departamento de Virología, INEI-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:

La vacunación es la mejor prevención frente al sarampión. Banco de imágenes del 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°746, SE 9.

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 las Américas 10
II.5. Situación en Argentina 11
II.6. Recomendaciones para el equipo de salud 12
II.7. Vigilancia Epidemiológica 13
II.7.A. Definiciones y clasificaciones de caso 13
II.7.B. Notificación 14
II.8. Algoritmo de diagnóstico y notificación de Mpox 15
II.9. Medidas ante casos sospechosos 15
II.10. Medidas ante contactos 16

III. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE) **18**
III.1. Introducción 18
III.2. Situación epidemiológica mundial y regional 18
III.3. Situación actual en argentina 20
III.3.A. Determinación de genotipo y linaje 21
III.3.B. Medidas ante el brote adoptadas 22
III.4. Recomendaciones para la comunidad 22
III.5. Recomendaciones para los equipos de salud 22
III.5.A. Vigilancia epidemiológica 23
III.5.B. Medidas de prevención 23
III.5.C. Medidas ante casos y contactos 24

EVENTOS PRIORIZADOS **26**

IV. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **27**
IV.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus 27
IV.1.A. Introducción 27
IV.1.B. Subregión Centroamérica y México 27
IV.1.C. Subregión Cono Sur 28
IV.2. Situación de dengue en Argentina 31
IV.2.A. Situación histórica 31
IV.2.B. Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras arbovirosis 33
IV.2.C. Indicadores basados en la vigilancia para determinar fases epidemiológicas 36
IV.2.D. casos de dengue según fase 37
IV.2.E. Temporada actual 38
IV.2.F. Distribución según región, jurisdicción y departamento 40
IV.2.G. Situación según serotipos circulantes 43
IV.2.H. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo” 44
IV.2.I. Dengue grave 44
IV.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus 44
IV.3.A. Situación epidemiológica de fiebre amarilla en argentina 46
IV.4. Vigilancia entomológica 46
IV.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición 46
IV.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) -SE06 (2025) 47
IV.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios 51

V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **53**
V.1. Nota Metodológica 53
V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 53
V.3. Síntesis de la información nacional destacada a la SE09/2025 54

V.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis ... 54
V.3.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados ... 54
V.3.C. Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios ... 54
V.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados ... 55
V.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI ... 55
V.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG ... 58

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS ... 61

VI. Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) - Informe epidemiológico 2025 ... 62
VI.1. Introducción ... 62
VI.2. Nota metodológica ... 62
VI.3. Situación en Argentina ... 62
VI.4. Vigilancia epidemiológica ... 64
VI.4.A. a. Objetivos de la vigilancia ... 64
VI.4.B. b. Definiciones y clasificaciones de caso ... 65
VI.4.C. c. Notificación ... 65
VI.5. Recomendaciones ... 65
VI.5.A. Vacunación ... 65
VI.5.B. Recomendaciones para la población ... 67
VI.6. Medidas ante casos ... 68
VI.6.A. Tratamiento ... 68
VI.7. Medidas ante contactos ... 68

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES ... 69

VII. Introducción ... 70
VII.1. Cluster de muertes comunitarias en República Democrática del Congo ... 71
VII.2. Actualización Epidemiológica - Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas ... 74
VII.2.A. Contexto mundial ... 74
VII.2.B. Resumen de la situación en la Región de las Américas ... 74
VII.2.C. Situación por país y/o territorio en 2025 en brotes en aves ... 74
VII.2.D. Situación por país y/o territorio en brotes en 2025 en mamíferos ... 75
VII.2.E. Situación por país y/o territorio con casos en humanos entre 2024 y 2025 ... 75

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES ... 80

VIII. Boletines jurisdiccionales ... 81
VIII.1. Buenos Aires: Arbovirosis ... 81
VIII.2. CABA: dengue ... 82
VIII.3. Chubut: Diarreas ... 83
VIII.4. Mendoza: Diarreas ... 84
VIII.5. Salta: Enfermedades diarreicas agudas ... 85
VIII.6. Santa Fe: Leptospirosis ... 86
VIII.7. Tierra del fuego: Diarreas agudas ... 87
VIII.8. Tucumán: Sífilis ... 88

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA ... 89

IX. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 ... 90
IX.1. Información relevante: enteroparasitosis ... 91

X. Circular de vigilancia sobre fiebre amarilla ante el aumento de casos humanos en la Región de las Américas - Febrero 2025 ... 92

XI. 1° Edición del Curso: "Vigilancia y notificación de dengue" ... 93

XII. 4° Edición del Curso Virtual "Introducción al SNVS 2.0" ... 94

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, Omán**, **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 2 de marzo de 2025, notificaron 27.575 casos confirmados por laboratorio, incluidas 106 muertes.

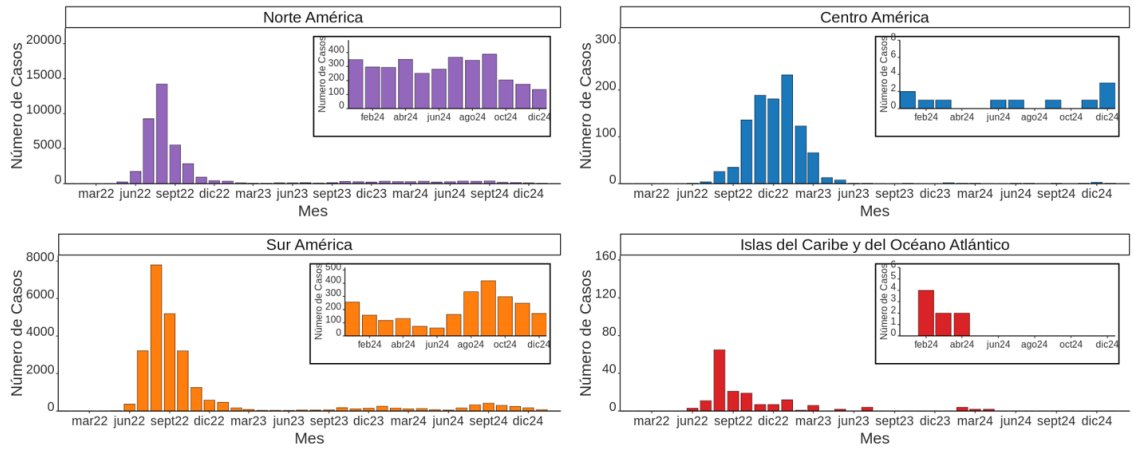
En los últimos doce meses, hasta el 2 de marzo de 2025, 22 países notificaron 21.168 casos confirmados, incluidas 81 muertes. Los tres países con la mayoría de los casos son la República Democrática del Congo (n=13.371), Burundi (n=3.586) y Uganda (n=3.391).

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.

II.4. Situación en las Américas[7]

Respecto de la situación regional, según la última actualización epidemiológica de Organización Panamericana de la Salud, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 9 de 2025 fueron notificados en la Región de las Américas 143 casos de mpox (ninguna defunción). Durante 2024 habían sido notificados 5.889 casos de mpox con 8 defunciones.

Gráfico 1. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según Región de las Américas, abril 2022 a febrero 2025.



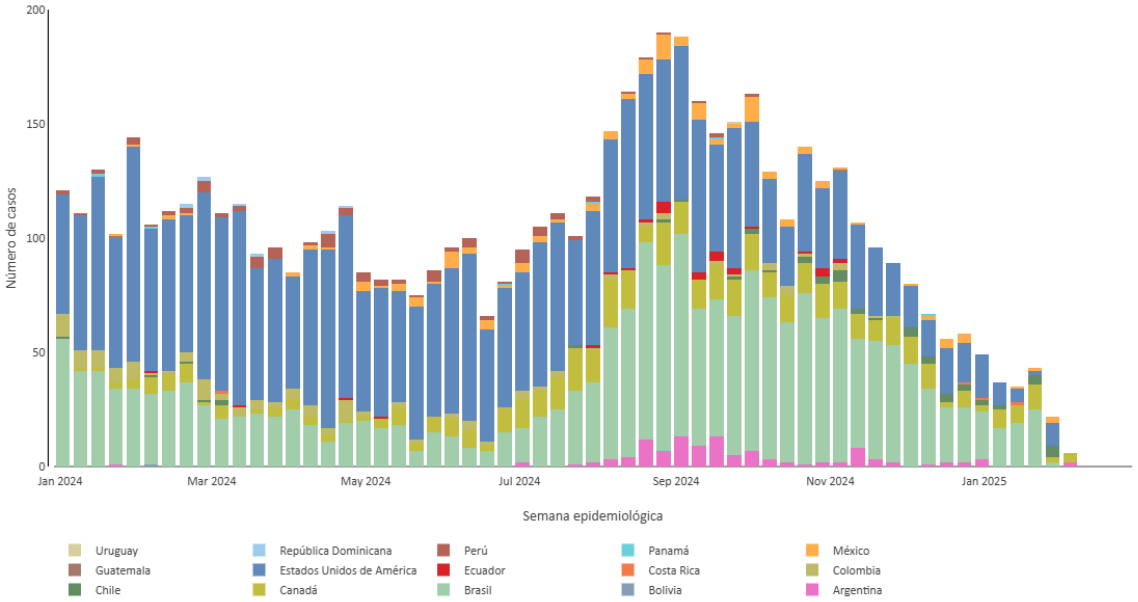
Fuente: https://shiny.paho-phe.org/mpox/

Los países de la región que detectaron casos de Mpox durante 2025 son los siguientes: Brasil (63 casos), Canadá (33), Estados Unidos de América (28), Chile (11), México (5) y Costa Rica (1).

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

[7] Organización Panamericana de la Salud. Casos de mpox - Región de las Américas. Disponible en: https://shiny.paho-phe.org/mpox/

Gráfico 2. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según país. Región de las Américas, SE1 2024 a SE9 2025.



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

II.5. Situación en Argentina

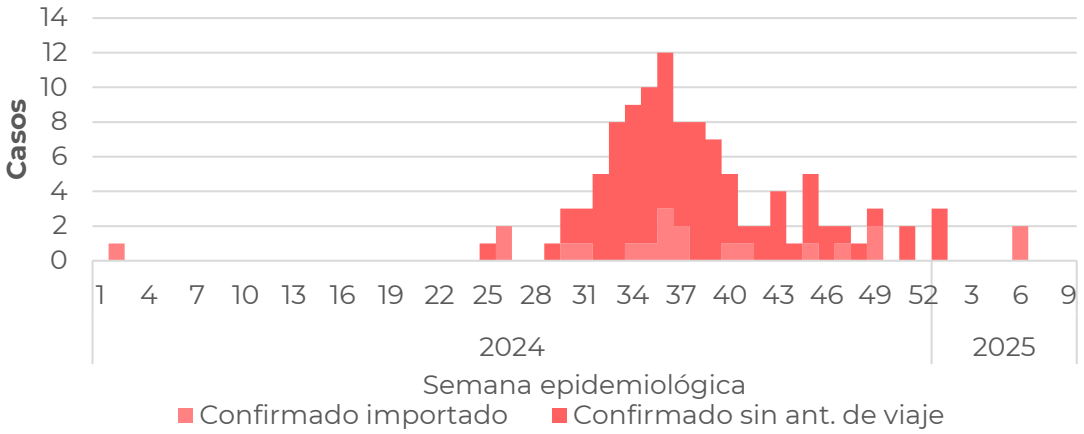
Entre las SE 1 y 9 de 2025 se notificaron 39 casos, de los cuales 5 fueron confirmados. No se detectaron casos confirmados en la última semana epidemiológica.

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[8] muestra un ascenso en el número de casos a partir de la SE30, con el mayor número en la SE 36 con 12 casos, luego de lo cual se observó un descenso sostenido hasta registrarse un promedio de 2 casos semanales desde la SE41 en adelante.

[8] 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 SE9/2025. (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.6. Recomendaciones para el equipo de salud

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

II.7. Vigilancia Epidemiológica

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

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

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

II.7.A. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

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

Ó

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

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

  - Fiebre >38,5° de inicio súbito
  - 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

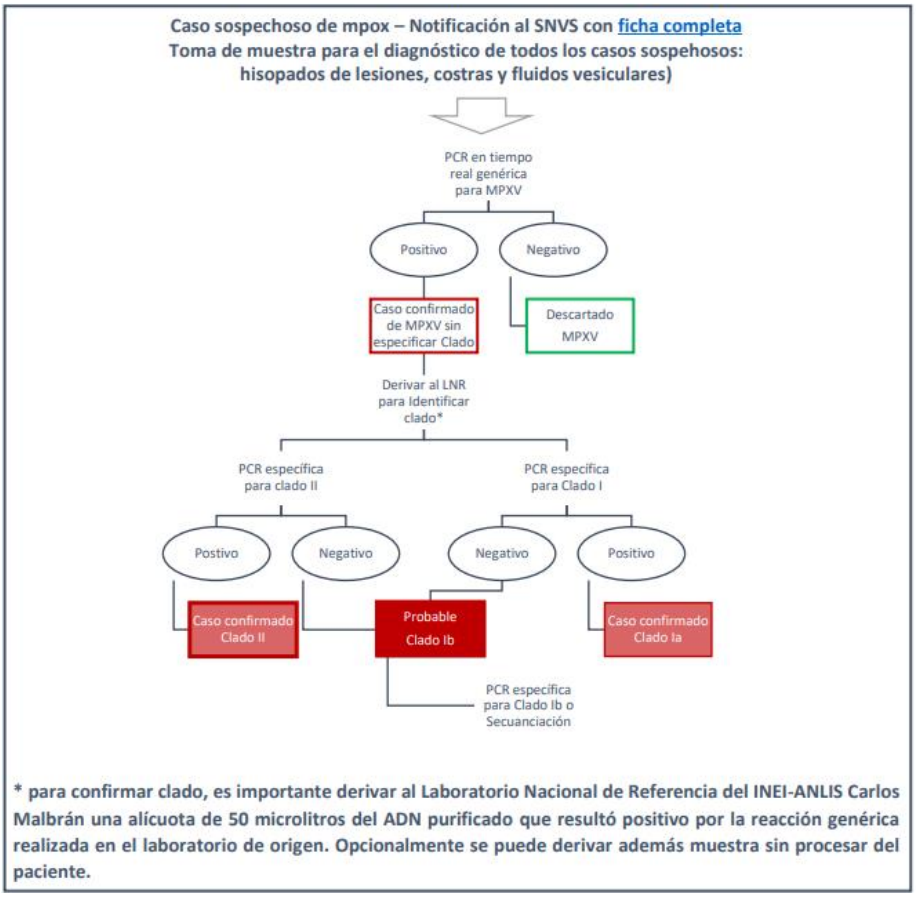
- Todo caso sospechoso con resultados detectables de PCR para Orthopox del grupo eurasiático-africano o de PCR en tiempo real para virus MPX genérica o específica de los clados.

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.7.B. NOTIFICACIÓN

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

II.8. Algoritmo de diagnóstico y notificación de Mpox



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

II.9. Medidas ante casos sospechosos

- Se recomienda el aislamiento de todo caso sospechoso hasta la obtención del resultado de laboratorio (confirmado o descartado); en caso de confirmarse, continuar el aislamiento hasta que todas las costras de las lesiones se hayan caído y haya formado una nueva capa de piel.
- Si no se puede realizar aislamiento permanente se deberá implementar medidas para la minimizar el riesgo de la transmisión (cubrir las lesiones, utilizar barbijo quirúrgico bien ajustado, cubriendo nariz, boca y mentón, evitar contacto con personas vulnerables, evitar el contacto estrecho con otras personas, ventilar los ambientes).
- Realizar la investigación epidemiológica correspondiente, incluyendo los antecedentes epidemiológicos, características clínicas e información sobre contactos estrechos, garantizando la privacidad, el trato digno y la completitud de la información.
- Realizar la notificación dentro de las 24 horas.
- En caso de que se necesite hospitalización, debe realizarse en una habitación individual con baño privado y eventualmente internación por cohortes.
- Si el paciente precisa moverse por fuera de la habitación, debe hacerlo siempre con barbijo quirúrgico y cubriéndose las heridas.
- La movilidad del paciente fuera de su habitación debe limitarse a lo esencial para realizar procedimientos o métodos diagnósticos que no puedan llevarse a cabo en ella. Durante el

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

- Se debe establecer el correcto manejo de casos para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo desde el triaje hasta las salas de aislamiento, en cualquier nivel de atención, evitando el contacto con otras personas en salas de espera y/o salas de hospitalización de personas internadas por otras causas.
- El personal de salud que 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.10. Medidas ante contactos

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

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

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

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

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

Ficha de notificación:

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

Más recomendaciones e información en:

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

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. Introducción

El sarampión es una enfermedad viral, **altamente contagiosa**, que puede presentarse en todas las edades, siendo de mayor gravedad en niños menores de 5 años o desnutridos, en los cuales puede causar graves complicaciones respiratorias como neumonía y del sistema nervioso central como convulsiones, meningoencefalitis, ceguera, 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.2. Situación epidemiológica mundial y regional

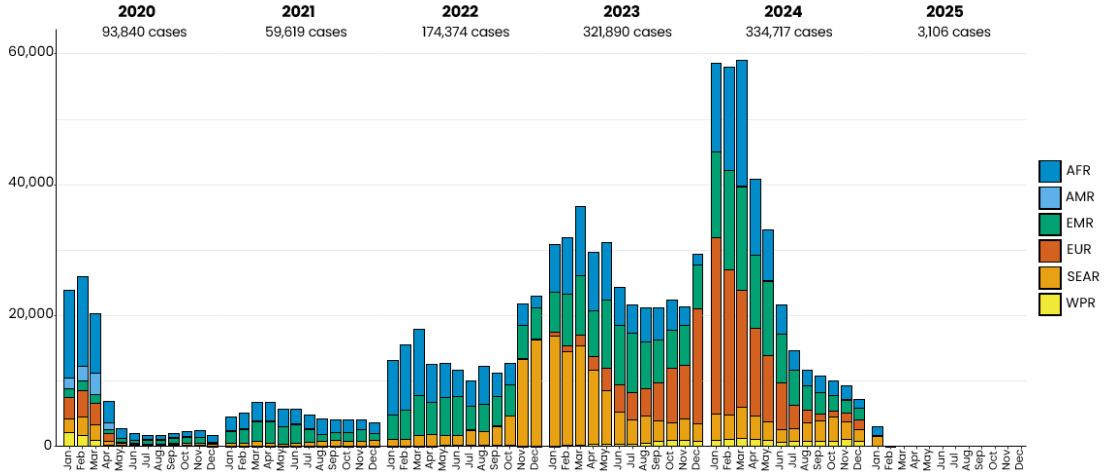
De acuerdo con los datos mensuales de vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)[9], en los años 2023 y 2024 se observó un aumento de casos de sarampión a nivel mundial en comparación con 2022. Esta tendencia continúa en 2025, cuando, entre la semana epidemiológica 1 y la SE 9, se han confirmado 268 casos en la Región de las Américas, incluyendo una defunción. Este total representa un incremento de 4,5 veces en comparación con los 60 casos registrados en el mismo período de 2024. Además, el 69 % (n=186) de los casos confirmados en 2025 corresponden a personas de 5 años o más.

Según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)[10], hasta el 27 de febrero de 2025, se han reportado 164 casos de sarampión en nueve jurisdicciones de los Estados Unidos. Los estados y ciudades afectadas incluyen Alaska, California, Georgia, Kentucky, la Ciudad de Nueva York, Nueva Jersey, Nuevo México, Rhode Island y Texas. Durante este año, se han identificado tres brotes de sarampión, definidos como grupos de tres o más casos relacionados. De los 164 casos confirmados hasta la fecha, el 93 % (153 casos) están asociados a estos brotes, lo que indica una alta concentración de contagios dentro de grupos específicos.

En comparación, en el año 2024 se notificaron un total de 285 casos en todo el país, con 16 brotes registrados. En ese período, el 69 % de los casos (198 de 285) estuvieron vinculados a un brote. Además, hasta la fecha, se ha confirmado una muerte a causa del sarampión en 2025, lo que refuerza la necesidad de mantener una vigilancia epidemiológica activa y fortalecer las estrategias de prevención y control de la enfermedad.

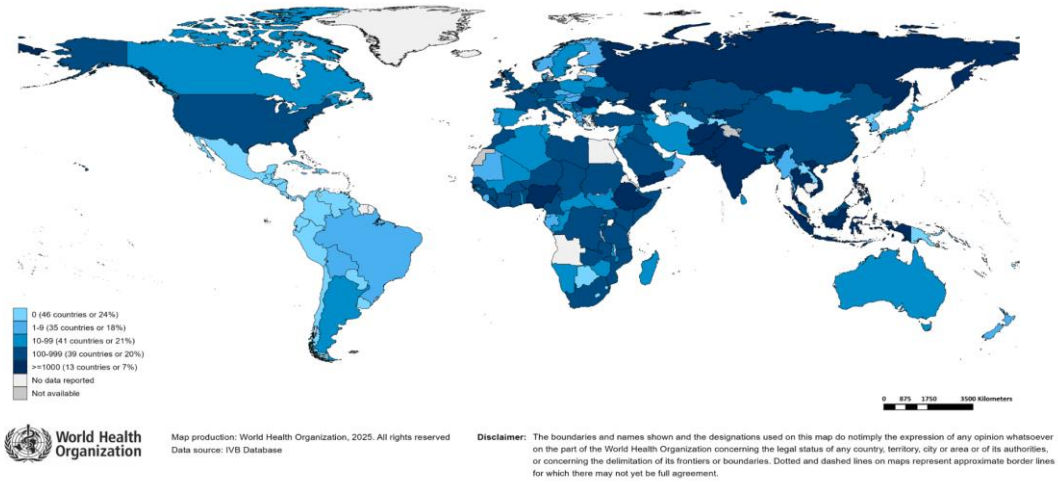
[9] https://www.paho.org/sites/default/files/2025-03/2025-feb-28-phe-alerta-epi-sarampion-es-final.pdf
[10] https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html

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



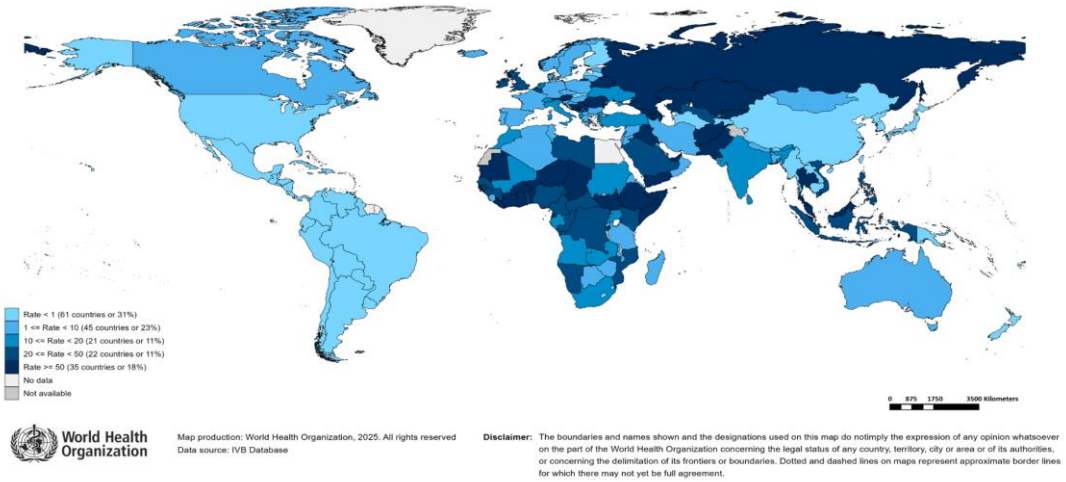
Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Febrero 2025. Disponible en: https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location= (consultado 05/03/2025)

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



Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Febrero 2025. Disponible en: https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location= (consultado 05/03/2025)

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



Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Enero 2025. Disponible en: https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location= (consultado 05/03/2025)

Alerta epidemiológica sobre la confirmación de dos nuevos casos relacionados al brote actual de sarampión, con residencia en la provincia de Buenos Aires publicada el 6 de marzo de 2025

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta_epidemiologica-sarampion_07032025.pdf

III.3. Situación actual en argentina

En el momento actual se encuentra en curso un brote de sarampión en Argentina con 8 casos, 6 casos de residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires confirmados por laboratorio y 2 casos residentes en el partido de Florencio Varela, provincia de Buenos Aires donde uno fue confirmado por laboratorio y otro por criterio clínico-epidemiológico.

Caso 1: El 1 de febrero de 2025 el Ministerio de Salud de la Nación emitió una alerta epidemiológica ante la confirmación de un caso de sarampión en una niña de seis años, residente 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.

Caso 2: El día 29 de enero, la hermana de 20 meses de edad comenzó con fiebre, agregando exantema 5 días después. En ninguno de los dos casos 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.

Caso 3: El 14 de febrero, se confirmó un 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.

Caso 4: El 21 de febrero se confirmó un cuarto caso de sarampión en una adolescente de 18 años de edad, sin antecedente de viaje, con domicilio en un departamento de la misma propiedad horizontal que los casos anteriores. Comenzó con fiebre el día 19 de febrero, y el 21 se agregó conjuntivitis. Ante esta sintomatología, sumado al antecedente epidemiológico de probable contacto con casos confirmados, se tomaron las muestras ese mismo día confirmando el diagnóstico. Consta vacunación completa referida en la historia clínica de la jurisdicción.

Caso 5: El quinto caso es una mujer de 19 años con inicio de síntomas el 19 de febrero y exantema el 23.

Caso 6: El sexto caso confirmado se trata de una adolescente de 16 años de edad, hermana de uno de los casos, con inicio de síntomas el 19 de febrero y exantema el 25 de febrero.

Caso 7: El 3 de marzo se confirmó el séptimo caso de sarampión, residente de Florencio Varela, en la provincia de Buenos Aires. Se trata de un paciente de 8 meses que inició con fiebre y tos el día 23 de febrero, y luego acompañó con exantema el día 27. Consultó el 1 de marzo con esta sintomatología, por lo que se tomaron muestras que permitieron confirmar el caso.

Caso 8: En búsqueda retrospectiva se identificó que el padre del paciente que constituyó el caso 7 presentó fiebre y exantema el 12 de febrero y trabaja en las cercanías de los casos anteriores, por lo que es confirmado por criterio clínico epidemiológico a pesar de que no se pudo confirmar por laboratorio debido al tiempo de evolución y se lo vincula con la cadena de transmisión de CABA.

A excepción del segundo caso que requirió internación por neumonía, los casos fueron de manejo ambulatorio. Todos presentan a la fecha evolución favorable.

III.3.A. DETERMINACIÓN DE GENOTIPO Y LINAJE

El Laboratorio Nacional de Referencia para sarampión/rubéola, Servicio Virosis Respiratorias, Departamento de Virología, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" pudo determinar, hasta el momento, mediante secuenciación genómica que 7 de los 8 casos[11] del brote pertenecen al genotipo B3. Las secuencias nucleotídicas obtenidas en los 7 casos resultaron 100% homólogas entre sí, confirmando -junto a la relación epidemiológica- que se trata de un mismo brote. El virus identificado no posee aún un linaje asignado.

La determinación del genotipo y/o linaje del virus sarampión se realiza a partir de las muestras virológicas (orina/HNF) con resultado positivo de RT-PCR que contengan carga viral suficiente para realizar la secuenciación. Se secuencia la porción C terminal del gen que codifica para la Nucleoproteína viral (región de mayor variabilidad viral) y luego se comparan con las secuencias depositadas en un repositorio mundial (MeaNS2), pudiendo determinar el genotipo viral. Dentro de cada genotipo, existe además la clasificación de linaje o named strain, éstas son variantes de secuencias dentro de un mismo genotipo que presentan 100% de homología y además deben reunir ciertas características (que existan al menos 50

[11] En uno de los casos no fue posible detectar genoma viral, debido al largo tiempo de evolución al momento de la toma de muestra

secuencias idénticas reportadas en al menos 12 meses previos, en más de dos países y dos regiones).

Es importante en la vigilancia genómica, determinar linajes u homología total entre cepas secuenciadas para poder determinar, junto con las características epidemiológicas de los casos, si se trata de un mismo brote o introducciones diferentes del virus.

III.3.B. MEDIDAS ANTE EL BROTE ADOPTADAS

Desde los Ministerios de Salud de las jurisdicciones se procedió a la identificación de escenarios de transmisión y de contactos para cada uno de los casos confirmados. Las acciones de control por parte de las distintas jurisdicciones implicadas según la residencia de los contactos incluyeron: seguimiento clínico, búsqueda de susceptibles, acciones de vacunación o indicación de gammaglobulina, según correspondiera.

Se continúa dando seguimiento a la investigación epidemiológica y las acciones de control correspondientes. Cinco de los 8 casos viven en departamentos de una misma propiedad horizontal sito en la comuna 14 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Otro caso confirmado vive a 100 metros de distancia y los dos últimos se relacionan a través de la actividad laboral del padre a dos cuadras de la vivienda de los casos previos.

III.4. Recomendaciones para la comunidad

Considerando el inicio del ciclo lectivo y la práctica de actividades educativas, deportivas, recreativas y sociales, resulta fundamental contar con el esquema completo de vacunación contra el sarampión: dos dosis de vacuna triple o doble viral para personas de 5 años o más y una dosis para aquellos entre 12 meses y 4 años. 3

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. Por otro lado, el cumplir con lo mencionado respecto del calendario de vacunación incluye a toda la población de niños, adolescentes y adultos.

Además, es importante considerar que, ante la aparición de fiebre y erupción en la piel, es importante buscar atención de un equipo de salud, resguardando medidas de aislamiento respiratorio, mediante uso de un barbijo, para evitar la transmisión.

III.5. Recomendaciones para los equipos de salud

Es necesario realizar un correcto triage de las personas con fiebre y exantema 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.

Resulta oportuno al momento de la consulta de pacientes con fiebre y exantema, transmitir las pautas de cuidado respecto del aislamiento respiratorio en el período de transmisibilidad, 4 días antes y 4 días después del inicio de exantema, signos de alarma para la observación de la evolución de los pacientes ambulatorios, y transmitir la necesidad de la toma de muestras para el correcto diagnóstico de la enfermedad, incluyendo la posibilidad de la extracción de segundas muestras.

III.5.A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Los casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) constituyen eventos de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación que actualiza las normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria[12] .

Todo caso sospechoso de EFE deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)[13] 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.5.B. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

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

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

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

Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:

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

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

[12] 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

[13] 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

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.

III.5.C. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

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

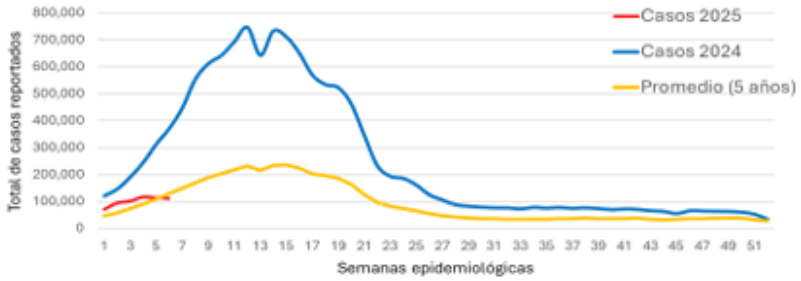
IV.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus

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 06, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud actualizado el 27 de febrero.

A la semana epidemiológica (SE) 6 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 611,424 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 60 casos por 100,000 hab). Esta cifra representa una disminución de 56% en comparación al mismo periodo del 2024 y un incremento de 20% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 6.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 6 en 2025, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De los 611,424 casos de dengue reportados en las Américas, 202,329 casos (33%) fueron confirmados por laboratorio y 789 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 170 muertes por dengue, para una letalidad del 0.028%. Veinte países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 6. Estos países registran en conjunto 111,627 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 6. Del total de casos registrados en la SE 6, 108 fueron casos de dengue grave (0.1%) y se reportaron 10 muertes para una letalidad de 0.01%.

IV.1.B. SUBREGIÓN CENTROAMÉRICA Y MÉXICO

Un total de 2,851 nuevos casos sospechosos de dengue se notificaron durante la SE 6. Hasta esta semana la subregión presenta una disminución de 50% en comparación con el mismo periodo del 2024 y un incremento de 10% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 6, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión de Centroamérica y México.

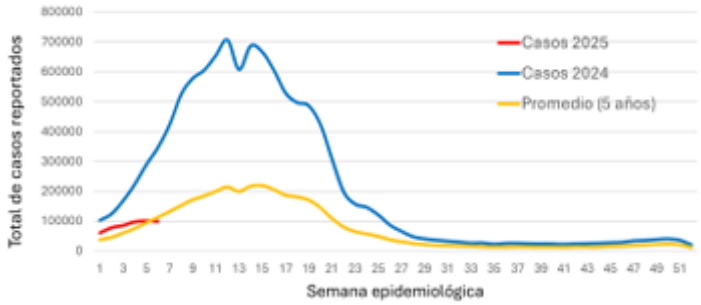


Fuente: Organización Panamericana de la Salud

IV.1.C. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 100,681 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 6. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 58% en comparación con la misma semana del 2024 y un incremento de 22% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

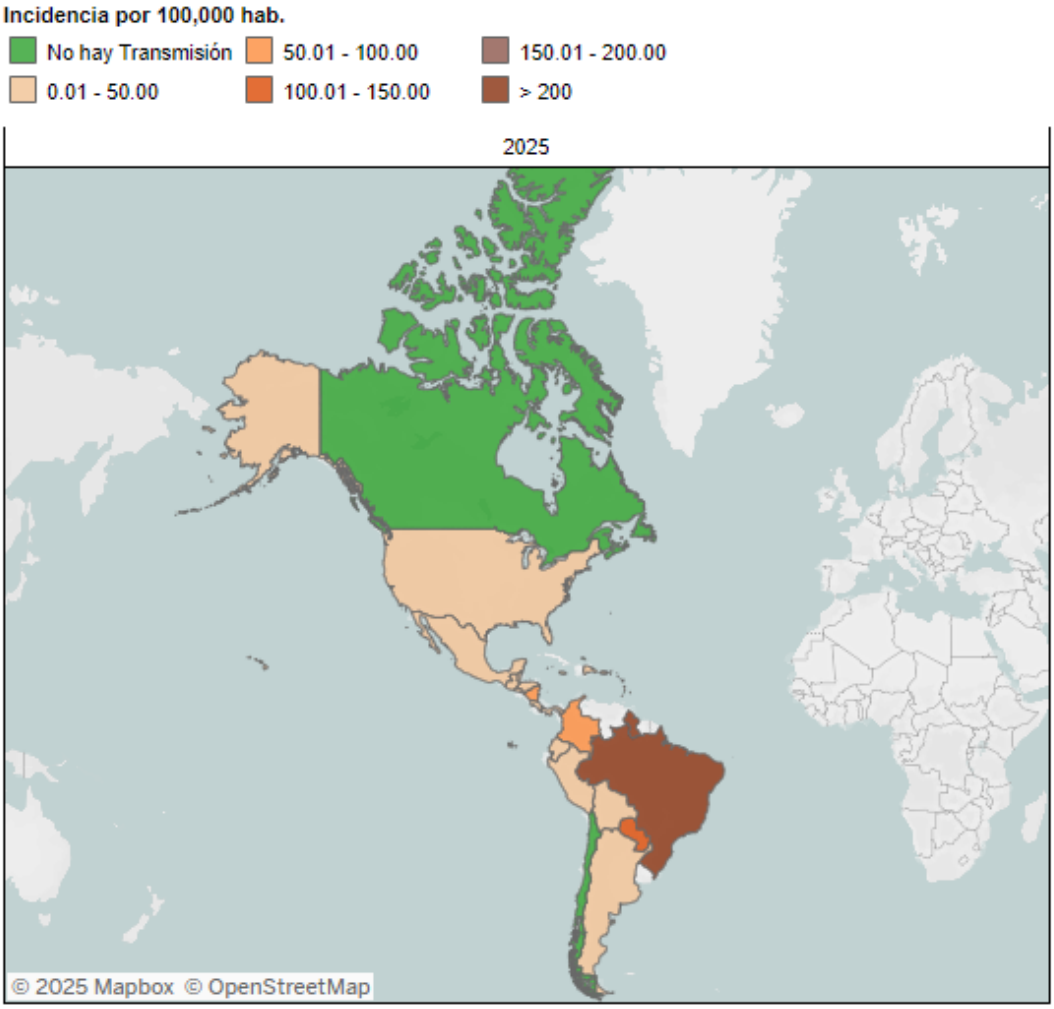
Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 6, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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 6/03/2025 en países regionales seleccionados[14]. Además, se incluye información de la actualización epidemiológica de Oropouche en la Región de las Américas, publicada el 11/02/2025[15].

Brasil: hasta la SE 9/2025, se han reportado 800.784 casos de dengue, con 203 fallecimientos asociados, lo que representa un 68% menos que lo registrado en la misma semana de 2024.

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

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

Respecto a chikungunya, hasta la semana 9/2025, se notificaron 48.663 casos, un 67% menos que lo registrado durante el mismo período de 2024, con 24 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 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 8/2025, se han reportado 5.459 casos de dengue, un 55% menos que a la misma semana de 2024, sin fallecidos registrados para este evento. En cuanto a chikungunya, hasta la misma semana, se registraron 77 casos, lo que representa un descenso del 48% en comparación con la SE 8/2024. Asimismo, hasta la SE 8/2025 se notificaron 31 casos de zika, un 61% menos de lo registrado durante 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 8/2025, se han reportado 7.487 casos de dengue, un 95% menos que a la misma semana de 2024, sin fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, hasta la semana 8/2025 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 8/2025, se han notificado 15.668 casos de dengue, un 57% menos que el mismo periodo de 2024, con 14 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 7/2025 semana se registraron 15 casos, un valor similar al año anterior. Asimismo, se han registrado 9 casos de zika hasta la SE 7/2025, mientras que en el mismo período de 2024 no se había notificado ningún caso. Respecto a Oropouche, en 2024 se notificaron 1.263 casos confirmados, con una mayor concentración en los primeros meses del año, sin defunciones asociadas. En 2025, hasta la SE 4, se han confirmado 2 casos.

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.

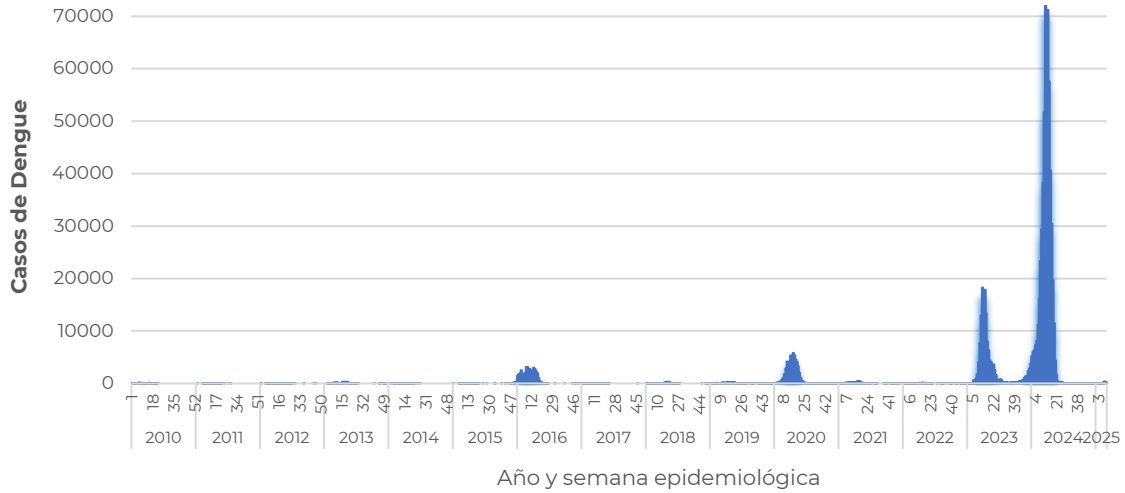
IV.2. Situación de dengue en Argentina

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-SE9/2025. Argentina. N=846.422

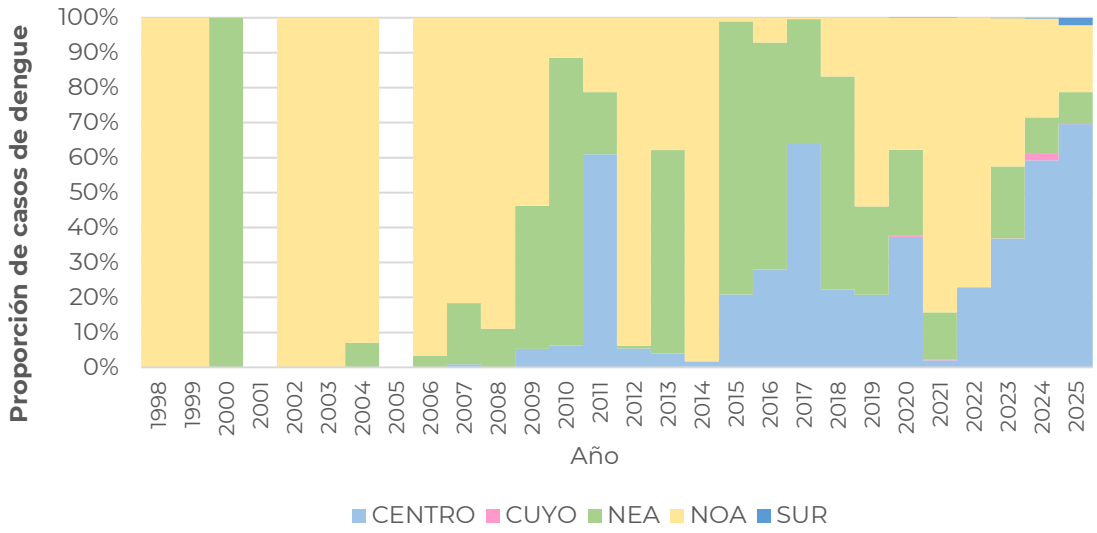


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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.

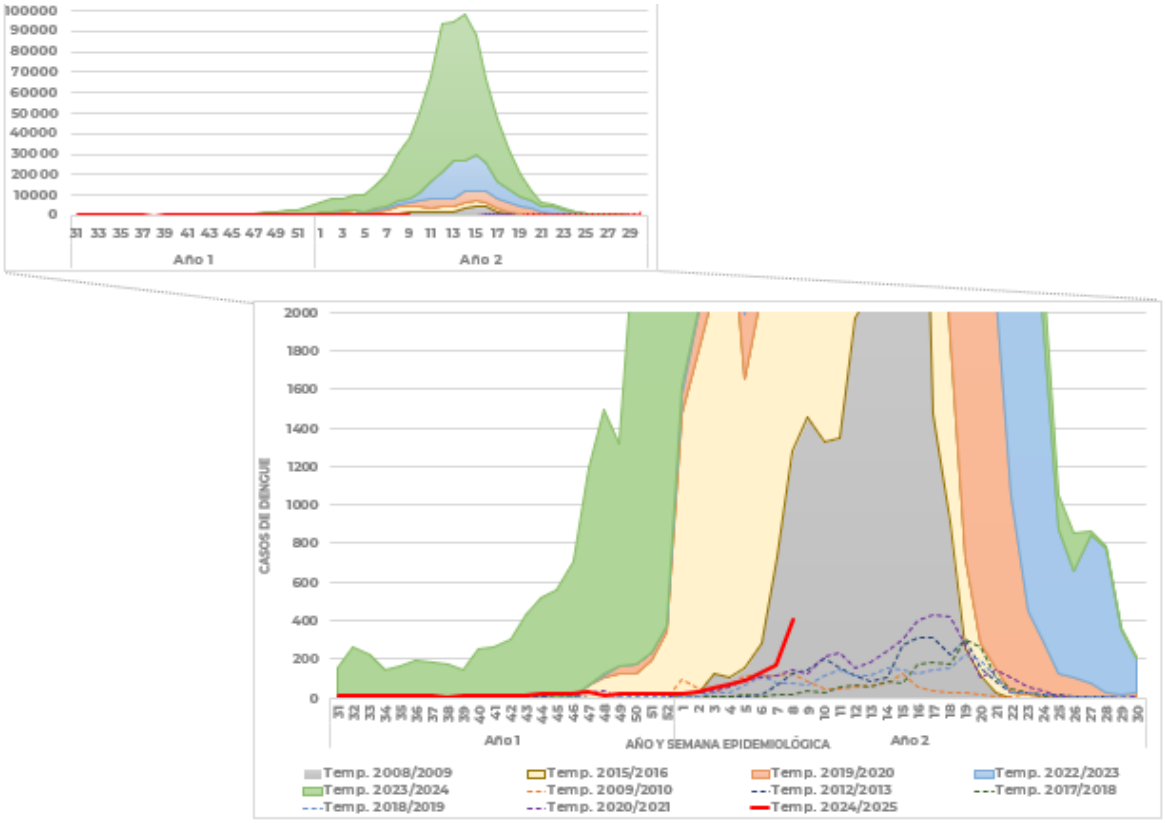
Gráfico 5. Dengue: Distribución regional de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998- 2025.



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 SE9/2025. 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[16]

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.

[16] 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 con 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;

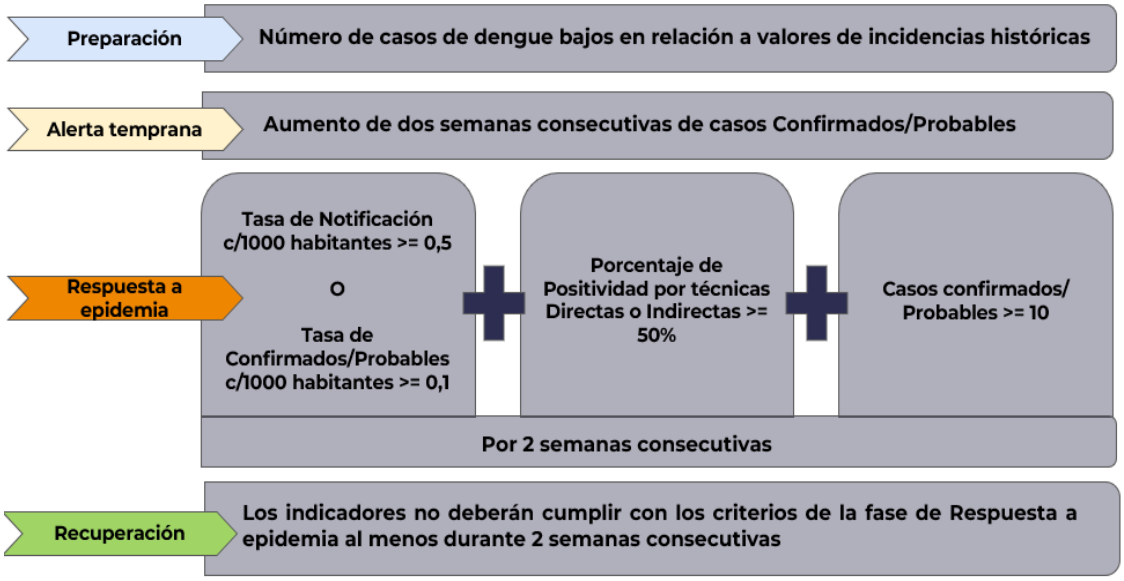
  c) Casos confirmados y probables mayores o iguales a 10.

  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 SE9/2025), se notificaron en Argentina 36.990 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 1443 fueron confirmados por laboratorio. Como se puede observar en la Tabla 1, un total de 1398 casos no registraron antecedentes de viaje (97%). 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 129 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas[17]. Se confirmaron 45 casos con antecedente de viaje a Brasil, Cuba, México, Maldivas, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Colombia.

Durante la SE9/2025 (según fecha de notificación al SNVS[18]), se notificaron 2633 casos sospechosos[19] de los cuales 465 se confirmaron y 125 fueron clasificados como casos probables donde el 83% se encuentran en investigación con respecto al antecedente epidemiológico. La incidencia acumulada a nivel país para la temporada actual es de 3 casos cada 100.000 habitantes[20]. Cabe destacar que estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

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

- Hasta la SE52 se notificaron 13 casos en promedio por semana, cuyo rango oscila entre 5 y 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 (SE1) y 408

[17]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

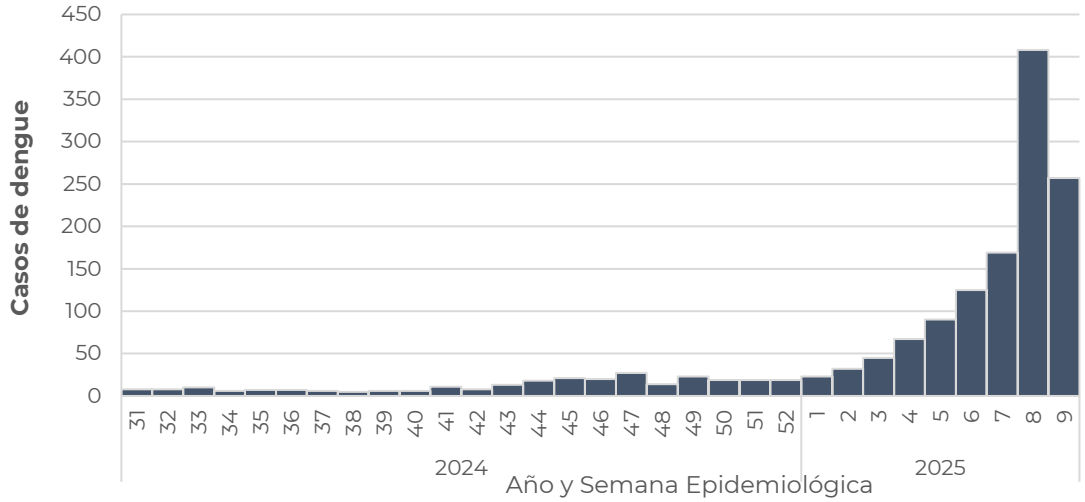
18 Fecha de apertura

19 Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

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

(SE8), cuyo promedio de casos es de 135. Es importante considerar que durante la última semana epidemiológica puede observarse un descenso aparente en el número de casos, el cual podría ser atribuible a retrasos en la notificación. Este fenómeno se corregirá y reflejará adecuadamente en los análisis subsiguientes, una vez que se actualicen los registros.

Gráfico 7. Dengue: Casos confirmados[21] por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE9/2025. 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).

[21]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 SE9/2025. 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	42	202	6	6	0	48	3506	802	4564
CABA	14	71	6	2	0	20	1580	544	2217
Córdoba	477	419	6	2	50	533	4842	349	6145
Entre Ríos	21	32	2	3	0	23	539	12	609
Santa Fe	262	108	8	1	0	270	2271	385	3035
Total Centro	**816**	**832**	**28**	**14**	**50**	**894**	**12738**	**2092**	**16570**
Mendoza	9	43	2	2	0	11	1497	91	1644
San Juan	0	1	1	1	0	1	272	19	294
San Luis	0	2	2	0	0	2	140	12	156
Total Cuyo	**9**	**46**	**5**	**3**	**0**	**14**	**1909**	**122**	**2094**
Chaco	3	189	1	0	0	4	1985	102	2280
Corrientes	1	32	3	0	0	4	352	74	462
Formosa	307	4	0	0	0	307	4129	6	4446
Misiones	2	13	1	2	0	3	915	2	935
Total NEA	**313**	**238**	**5**	**2**	**0**	**318**	**7381**	**184**	**8123**
Catamarca	2	9	1	1	0	3	685	4	702
Jujuy	0	0	0	0	0	0	828	9	837
La Rioja	6	32	0	0	0	6	532	13	583
Salta	7	36	0	10	0	7	1622	71	1746
Santiago del Estero	0	33	1	1	0	1	816	259	1110
Tucumán	222	275	0	0	0	222	3797	489	4783
Total NOA	**237**	**385**	**2**	**12**	**0**	**239**	**8280**	**845**	**9761**
Chubut	0	0	2	1	0	2	18	2	23
La Pampa	23	11	2	0	0	25	267	23	326
Neuquén	0	2	1	0	0	1	29	2	34
Río Negro	0	0	0	1	0	0	3	0	4
Santa Cruz	0	0	0	1	0	0	38	3	42
Tierra del Fuego	0	0	0	1	0	0	12	0	13
Total Sur	**23**	**13**	**5**	**4**	**0**	**28**	**367**	**30**	**442**
Total País	**1398**	**1514**	**45**	**35**	**50**	**1493**	**30675**	**3273**	**36990**

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación
****C-E: Clínico-epidemiológico***

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

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

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

Presenta 3 departamentos en fase de alerta temprana: **Patiño** (desde SE34/2024), **Capital** (desde SE46/2024)**, Pilcomayo** (desde SE50/2024)[22]. Hasta esta edición, ninguno de los 3 departamentos ha cumplido con los criterios indicados para pasar a fase de respuesta a epidemia.

Córdoba: desde la SE42, se notificaron los primeros casos de dengue sin antecedente de viaje en el departamento Capital. Córdoba se convirtió así en la primera jurisdicción de la región Centro en registrar casos de dengue durante la temporada 2024/2025. 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 predominante es **DEN-1.**

A partir de la SE 5, el departamento de **San Javier** ingresó en la fase de alerta temprana pasando en la SE 7 a la fase de respuesta a epidemia. Los departamentos de **Capital** (desde la SE4), **Colón** (desde la SE5**), San Alberto** (SE8) y **General San Martín** (SE9) continúan en fase de alerta temprana.

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

Desde la SE1 se constata un aumento progresivo de casos en la ciudad de **Rosario**, (perteneciente al departamento Rosario), observándose 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.** En la SE7, Río Chico ingresó en la fase de alerta temprana pasando en la

[22] 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

SE9 a la fase de respuesta a epidemia.

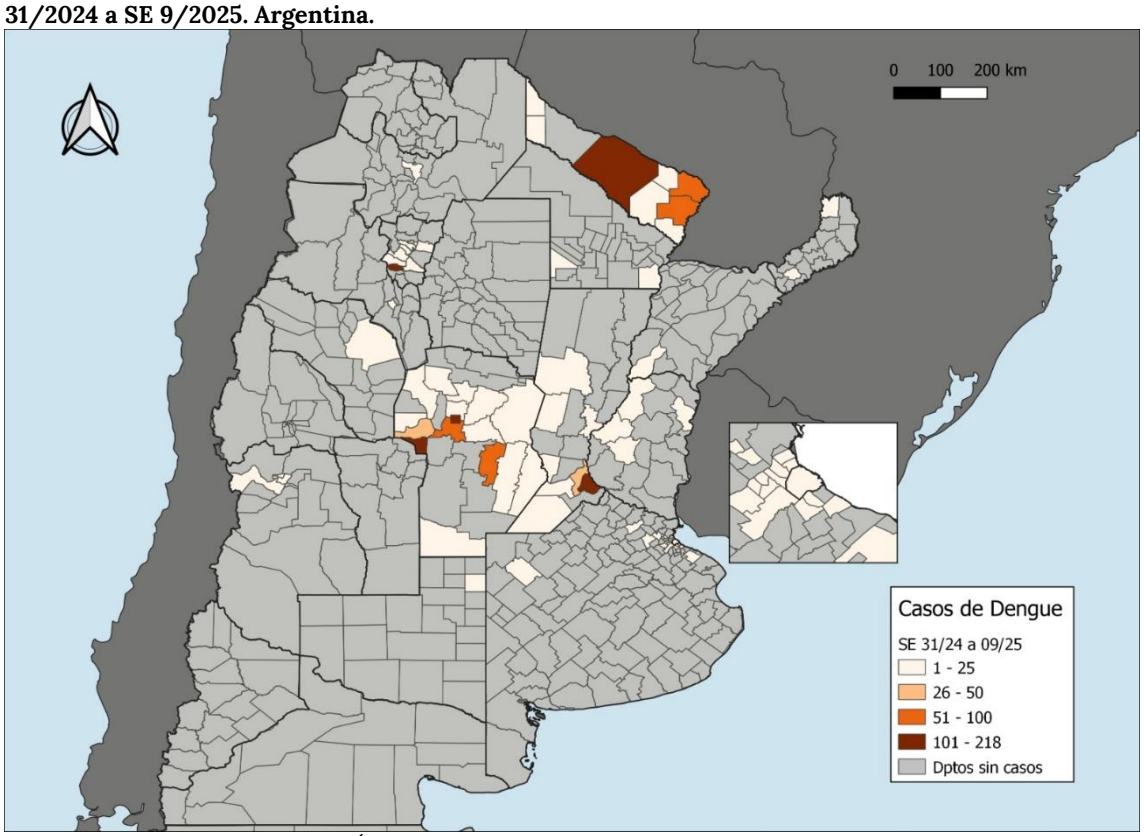
Además, en el transcurso de la temporada se han detectado casos aislados en Cruz Alta, Chicligasta y Monteros.

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, 11 y 14), **Buenos Aires** (San Martin, Tres de Febrero, Ituzaingó, Hurlingham, La Matanza, Lanús, Quilmes, Lomas de Zamora, La Plata, Malvinas Argentinas, Morón, Luján, Vicente López y Pilar), **Entre Ríos** (Concordia, La Paz, Nogoyá y Paraná), **Salta** (Capital), **Misiones** (L.N. Alem e Iguazú), La **Rioja** (Capital) y **Corrientes** (Esquina).

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 9/2025. 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 departamentos y localidades puntuales; en el resto de las jurisdicciones, los casos se distribuyen de manera dispersa en diversas localizaciones.

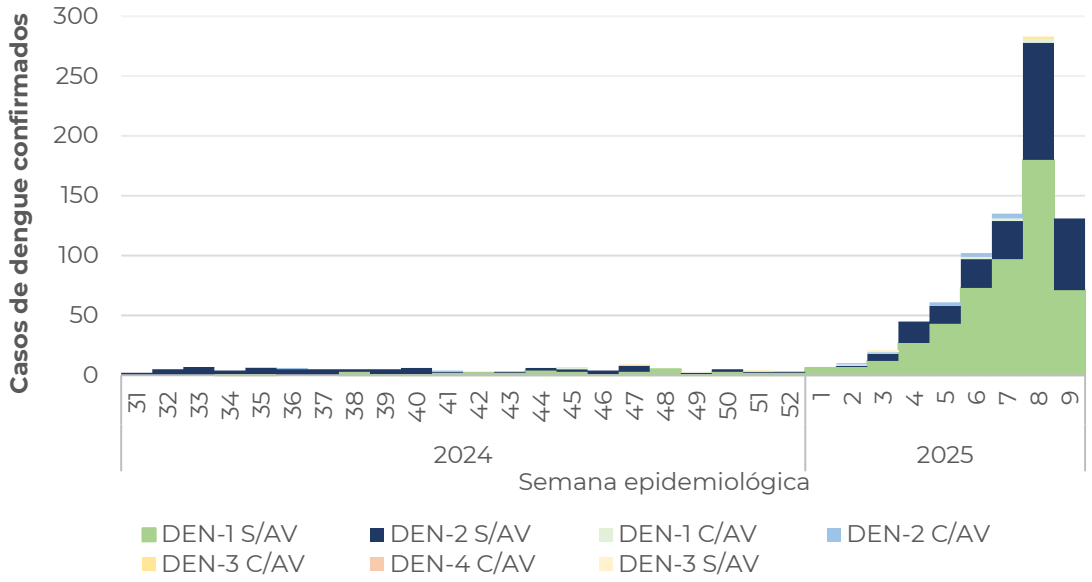
IV.2.G. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (62,6%). Los casos a DEN-2 alcanzan un 36,7%, sobre todo a expensas de la notificación de las provincias de Formosa y Santa Fe.

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

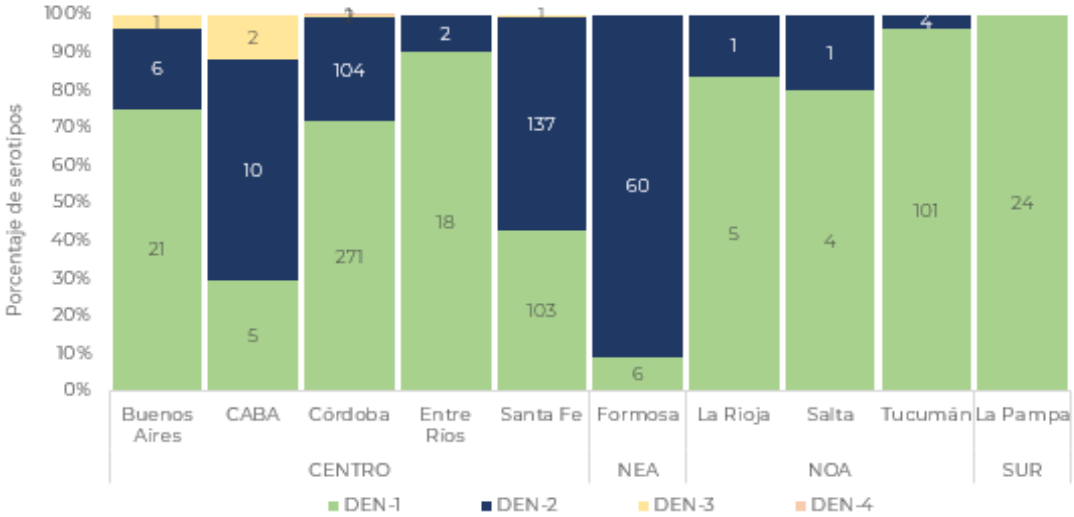
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país (México, Brasil, Tailandia y Cuba).

Gráfico 8. Dengue: identificación de serotipo y antecedente de viaje según semana epidemiológica. SE31/2024 a SE9/2025. 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=900) según provincia. SE31/2024 a SE9/2025. 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 179 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de los cuales, 10 casos ha sido confirmados, 4 casos probables, 150 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 se han registrado 4 casos confirmados, 2 pertenecientes al departamento Colón (DEN-2) y los 2 restantes con residencia en el departamento San Javier (DEN-1).

En uno de los casos del departamento Colón, se arribó al diagnóstico a las pocas horas del nacimiento, dado que su madre se encontraba sintomática. En ambos casos se detectó el serotipo DEN-2, interpretándose como Dengue asociado a transmisión vertical. Las manifestaciones clínicas registradas en el recién nacido fueron: exantema y trombocitopenia. Permaneció internado en el área de neonatología, con buena evolución. Se encuentra de alta médica, sin complicaciones asociadas.

Además, se registraron un caso en CABA (Comuna 14) asociado a DEN-1 y dos en la Provincia de Buenos Aires. De estos últimos, uno se detectó en La Matanza en la SE7, con serotipo DEN-1, mientras que el otro se identificó en Vicente López durante la SE9, asociado a DEN-2.

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 SE9/2025).

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 SE9/2025. 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	130	0	45	0	79	3	27	0	7
CABA	0	5	0	2	0	1	0	1	0	2
Córdoba	0	113	0	40	0	64	3	251	0	0
Entre Ríos	0	25	0	1	0	9	3	30	0	1
Santa Fe	0	994	0	60	0	40	0	10	0	14
Total Centro	**0**	**1267**	**0**	**148**	**0**	**193**	**9**	**319**	**0**	**24**
Mendoza	0	278	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**	**281**	**0**	**78**	**0**	**58**	**0**	**10**	**0**	**3**
Chaco	17	742	0	371	0	20	0	2	0	1
Corrientes	0	22	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	**17**	**823**	**0**	**404**	**0**	**129**	**0**	**3**	**0**	**19**
Catamarca	0	15	0	12	0	1	0	0	0	12
Jujuy	0	33	0	16	0	1	0	1	0	0
La Rioja	0	68	0	67	0	3	0	1	0	45
Salta	0	360	0	214	0	103	0	0	0	1
Santiago del Estero	0	27	0	14	0	1	0	3	0	2
Tucumán	0	8	0	10	0	88	0	0	0	1
Total NOA	**0**	**511**	**0**	**333**	**0**	**197**	**0**	**5**	**0**	**61**
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	**17**	**2882**	**0**	**963**	**0**	**582**	**9**	**337**	**0**	**107**

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

Los 17 casos positivos Chikungunya de la provincia del Chaco corresponden a casos probables por IgM positiva; casos aislados desde la SE35 hasta la SE48/2024 y 4 casos en las SE2 y SE8 del 2025, en los departamentos Quitilipi y San Fernando.

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

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

Desde la SE 31/2024 a la SE9/2025 se han estudiado 107 casos con sospecha de Fiebre Amarilla en humanos, 19 de esos en las provincias con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla (Misiones y Salta). Todos los casos presentaron pruebas de laboratorio negativas. Durante el mismo período se reportaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), dos epizootias en PNH en la provincia de Misiones y una en la provincia de Corrientes, que fueron estudiadas para fiebre amarilla: un ejemplar de *Allouatta carayá* (Paso de los Libres, Corrientes) y dos ejemplares de *Sapajus nigritus* (Puerto Iguazú, Misiones). Todos fueron descartados para FA por el laboratorio nacional de referencia (INEVH).

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

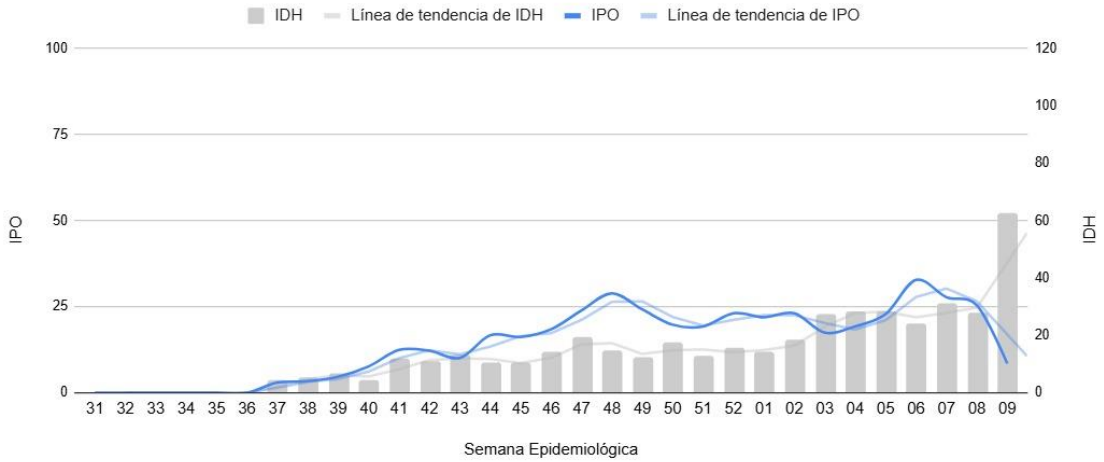
[23] Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 3 de febrero del 2025. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americas-3-febrero-2025

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 09 de 2025, los datos sistematizados en el Tablero Nacional muestran un aumento gradual en la positividad de los sensores de oviposición (IPO), evidenciando una tendencia descendente durante las últimas tres 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. Durante la SE09 se observa un aumento pronunciado del IDH ocasionado por una detección elevada en la región sur.

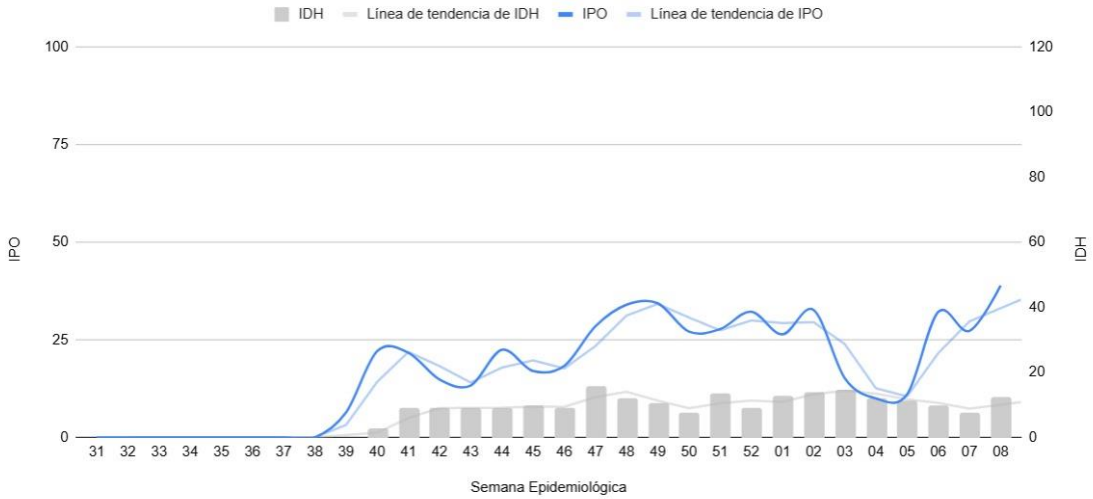
Gráfico 1. Evolución del IPO (línea azul) y el IDH (barras grises) en Argentina, SE 31 (2024)- SE 09 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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 de 2025, 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 cuatro semanas, superando durante la SE08 el rango inferior correspondiente a un riesgo entomológico moderado (Gráfico 2). Para esta región se presentan los datos hasta la SE08 inclusive.

Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA 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 **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 aumento en los valores durante la SE08 luego de haberse registrado un descenso de tres semanas de duración. La región continúa manteniendo valores de riesgo entomológico moderado. Los datos para esta zona se presentan hasta la SE08 inclusive.

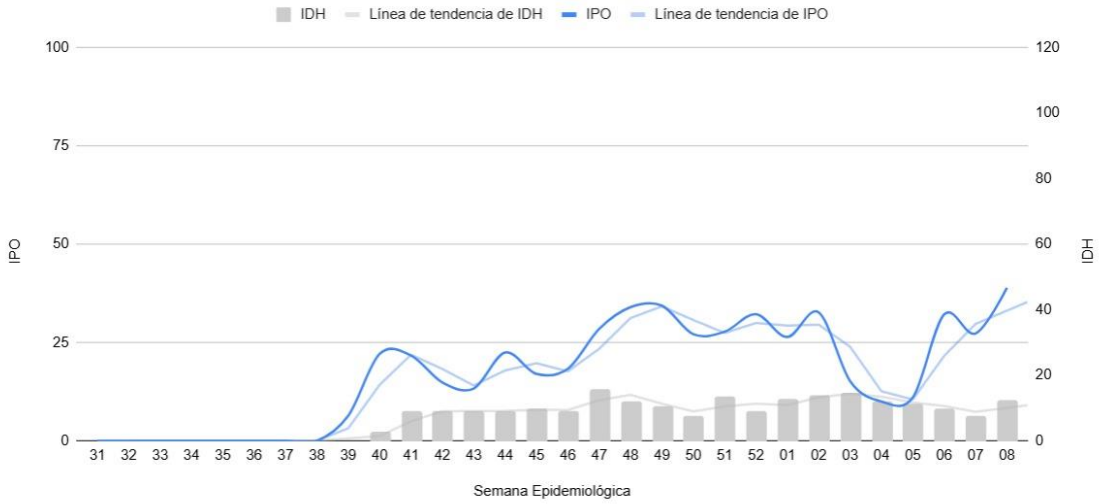
Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 08 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región **Centro**, el inicio de la positividad se estableció a partir de la SE 41 (Gráfico 4), mostrando un ascenso del IPO más lento que las regiones de NOA y NEA, coincidente con las diferencias climáticas y ambientales de la región Centro. Durante la SE08 los datos de dicha región han superado la barrera de riesgo entomológico moderado.

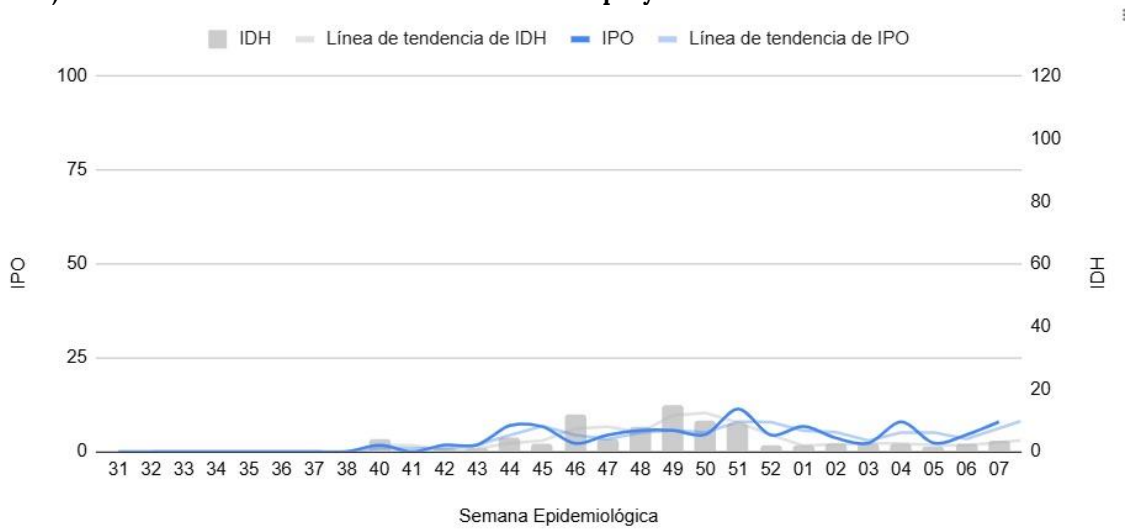
Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 08 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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 característicos de la región. En términos generales, se observa un riesgo entomológico asociado bajo, aunque evidenciando una tendencia ascendente desde la SE05. Para esta región se presentan los datos hasta la SE07 inclusive.

Gráfico 5. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 07 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región SUR, se hallaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 6), aunque no en todas las jurisdicciones monitoreadas. La tendencia observada muestra un ascenso sostenido con intermitencias. 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 5 semanas, hasta registrar un nuevo descenso durante la SE09. Con respecto al IDH, se detectó un aumento notable debido a recuentos elevados de huevos en una de las jurisdicciones durante la SE09

Gráfico 6. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barra grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 09 (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)

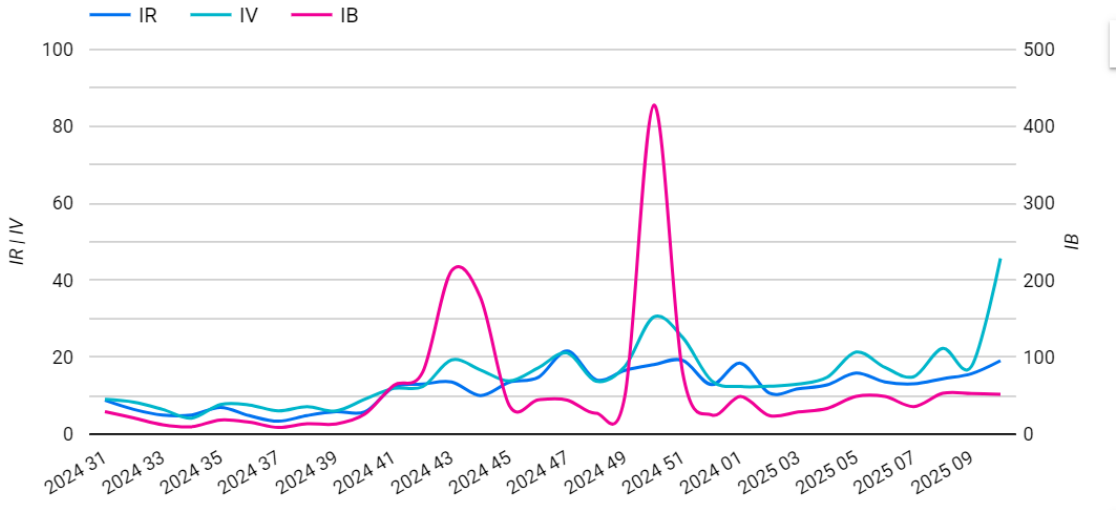
- **Índice de recipiente:** recipientes positivos para *Aedes aegypti* / total de recipientes * 100

  (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 10 (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. Esta tendencia se mantuvo durante la última semana, superando durante la SE10 los niveles de riesgo entomológico alto tanto para el Índice de Vivienda (IV=45,65) como el Índice de Breteau (IB=51,66). En el caso del Índice de Recipientes, mostró una tendencia similar quedando apenas por debajo del rango inferior del intervalo definido para riesgo entomológico alto (IR= 19,07).

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 SE010 2025. Argentina**

Región	Índice de Vivienda	Índice de Recipiente	Índice de Breteau
NEA	21,25	16,75	57,67
NOA	7,49	4,80	60,35

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

V.1. Nota Metodológica

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

V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios[24]

Situación Regional: En general, América del Norte y partes del Caribe mantienen un aumento de la actividad de influenza principalmente asociado a influenza A(H1N1)pmdo9 Influenza A(H3N2) e Influenza B/victoria, mientras que la actividad del VRS se mantiene en niveles epidémicos pero con tendencia a la disminución. En América Central, se observa un aumento en la circulación de influenza A(H1N1)pmd09, SARS-CoV-2 y VRS. Las IRAG se mantienen por debajo de los umbrales epidémicos, sin embargo, las ETI comienzan a mostrar un discreto aumento asociado a Influenza y SARS-CoV-2. La subregión andina y Brasil/Cono Sur mantienen niveles interestacionales y con disminución en la detección de SARS-CoV-2.

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 y VRS se mantienen bajos. La influenza se mantiene alta y con un aumento en detecciones de caso IRAG asociados a este virus. 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, se mantiene por debajo del umbral epidémico en la mayoría de los países, con influenza A(H1N1)pdm09 como la cepa predominante seguida de influenza A(H3N2). La actividad de VRS, se mantiene en niveles bajos. 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(H1N1)pmd09 como cepa predominante seguido de influenza B/Victoria. La circulación de VRS sigue siendo baja. La positividad de SARS-CoV-2 ha comenzado a disminuir.

[24] 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: a actividad de ETI y de IRAG se ha mantenido baja en las últimas cuatro SE. La actividad de influenza se ha mantenido en niveles interestacionales, con Influenza B/Victoria como cepa predominante, seguida de A(H1N1)pdm09. 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 SE09/2025

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

- Entre la semana epidemiológica 1 y 8 de 2025 se notificaron 60.496 casos de ETI, 11.727 casos de Neumonía y 5.696 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando un descenso de las notificaciones de ETI del 46,5%, de neumonías del 21,4 % y de bronquiolitis 40,7%, 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 SE8 y 9/2025 se notificaron 3 casos de influenza entre las 47 muestras estudiadas. Para VSR, no se registraron casos positivos entre las 37 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 SE9/2025 se registró 1 caso positivo para SARS COV 2 entre las 35 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 SE9 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 6292 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3499 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 191 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 4 detecciones de influenza, 4 casos de SARS-CoV-2 y 2 casos de VSR.[25]

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

- En las primeras 8 semanas de 2025, si bien se registran casos de influenza, VSR y otros virus respiratorios, los niveles de detección permanecen bajos.

[25] 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 SE8/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, parainfluenza, adenovirus y VSR.

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 SE09/2025, se detectaron 10 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 SE9/2025 se registraron 13 casos positivos internados con este diagnóstico. En la última semana epidemiológica no se registraron fallecidos con este diagnóstico.

V.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

V.4.A. UNIDADES DE MONITOREO AMBULATORIO DE ETI

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios (UMA) son dispositivos de vigilancia centinela que permiten el monitoreo de la circulación de SARS-CoV-2, Influenza y VSR en casos leves ambulatorios. El objetivo de las UMA es describir la tendencia de las consultas ambulatorias por casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), así como la proporción atribuible a SARS-CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año en las 24 jurisdicciones del país.[26]

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

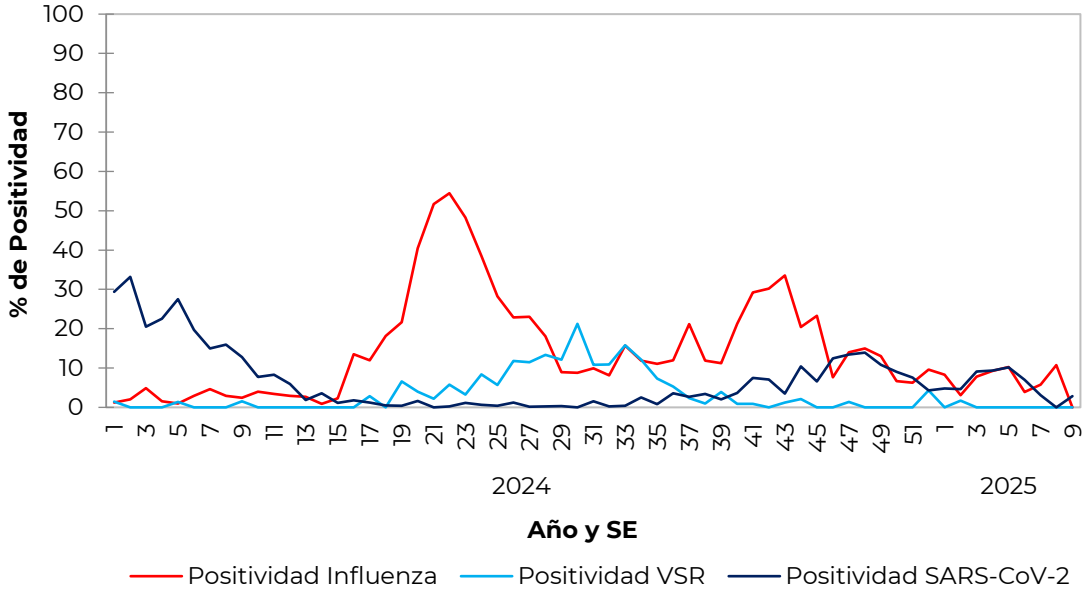
Durante el año 2024, el porcentaje de positividad para **SARS-CoV-2**, se mantuvo por encima del 10% entre las SE1 a 9, relacionado con el ascenso de casos registrado entre las SE1 y 12. Luego del máximo alcanzado en SE2 (33,19%), el porcentaje de positividad presentó tendencia descendente y se mantuvo en valores bajos las siguientes semanas. A partir de la SE34/2024, se registró un ligero aumento de casos, que se acompañó de un nuevo ascenso en el porcentaje de positividad, alcanzando, con oscilaciones, valores por encima del 10% entre las SE44 y 49. En las primeras 9 semanas de 2025 en establecimientos UMA, se analizaron 614 muestras para SARS-CoV-2, de las que 69 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 6,19%. Además, en la última semana analizada, SE9 del año 2025, se registró 1 caso confirmado de SARS-COV-2 entre las 35 muestras estudiadas por PCR.

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

En relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 (ver gráfico 2). Posteriormente, si bien registró un descenso, permaneció en valores elevados, con oscilaciones, asociados a la circulación de influenza B, alcanzando una positividad máxima de 33,55% en SE43. En lo que va de 2025, se registraron 28 detecciones entre 420 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 6,67% y, en las últimas dos semanas, se detectaron 3 casos entre 47 muestras.

En cuanto a **VSR**, se verifica un ascenso de las detecciones a partir de la SE19 de 2024, con aproximadamente el 73% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. En relación a este ascenso de casos, la positividad en UMA permaneció por encima del 10% entre las SE 26 Y 34. Entre las SE1 y 9 de 2025, de las 373 muestras estudiadas, 1 resultó positiva, con un porcentaje de positividad acumulado de 0,27%. No se notificaron casos de VSR entre las 37 muestras estudiadas en las dos últimas semanas analizadas (SE8 y 9).

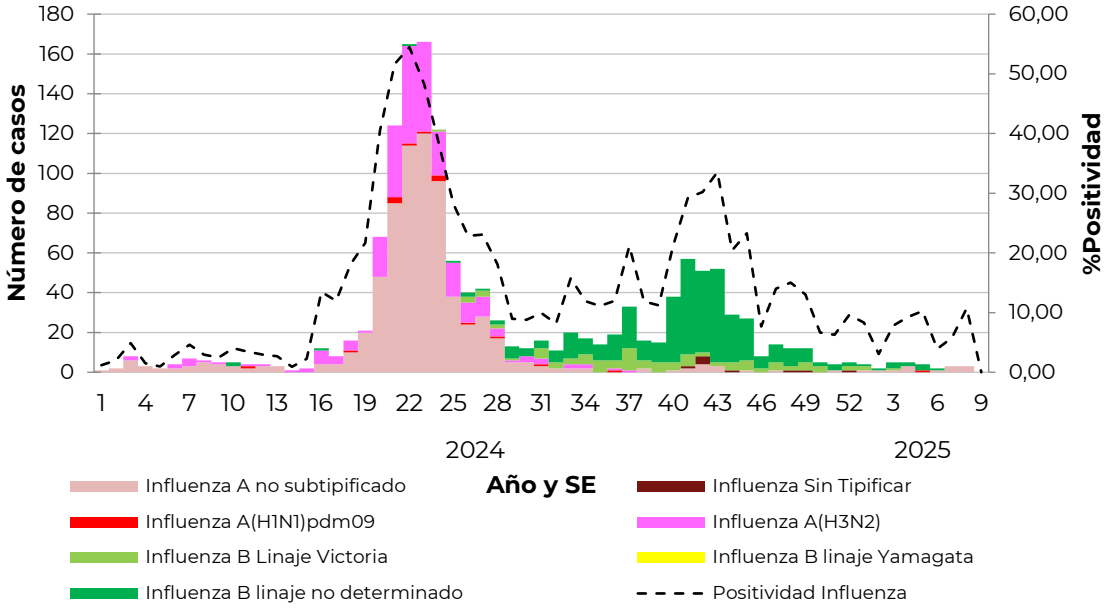
Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA.SE1/2024 a SE9/2025



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.

Aun cuando desde el inicio de 2024 se registraron casos de influenza durante todas las semanas del año, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24. Como se mencionó previamente, este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. En lo que va de 2025 se detectan casos tanto de influenza A (n=14) como influenza B (n=14). Entre los casos de influenza A, 1 detección corresponde a influenza A (H1N1), el resto permanece sin subtipificar. Además, se detectó el linaje Victoria en 3 de los casos de influenza B (las detecciones restantes permanecen sin identificación de linaje).

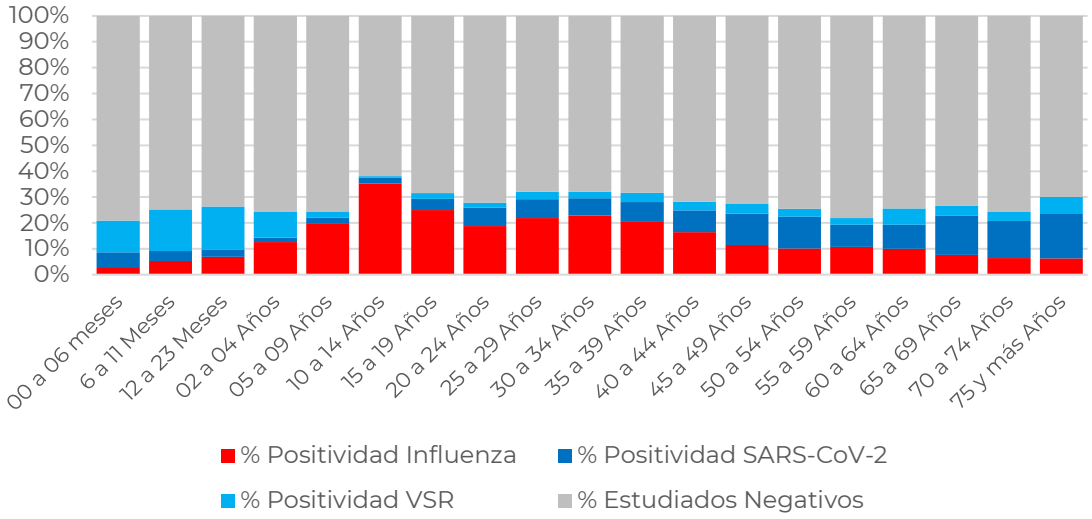
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE9/2025. Estrategia UMA. Argentina.



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

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

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE9/2025. Estrategia UMA. Argentina[27].



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

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

V.4.B. RED ARGENTINA DE VIGILANCIA CENTINELA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE -IRAG

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 39 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país. [28]

Definiciones de caso Vigentes:

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

- Fiebre referida o constatada >= 38°C; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[29].

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

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[30].

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia[31] y shock[32] y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE18 de 2024 y la SE9 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 6292 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3499 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[33].

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

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

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

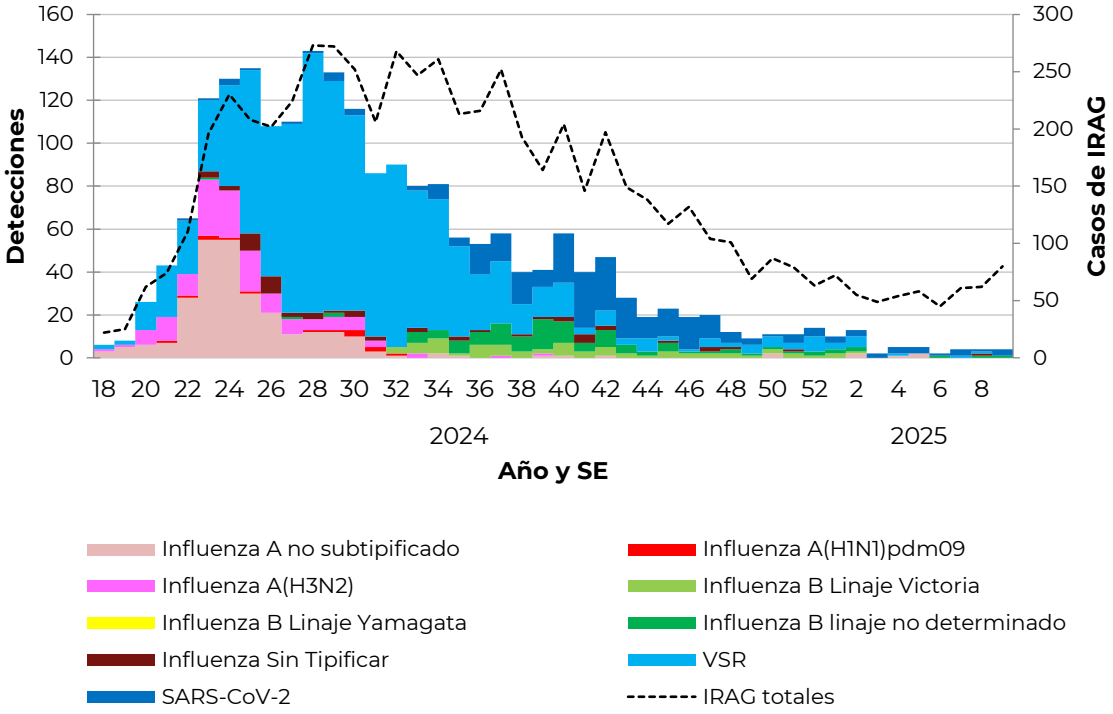
[30] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

[31] La fiebre se define como una temperatura ≥37,5 C. La hipotermia se define como una temperatura

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

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

Gráfico 4: Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a 9/2025



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

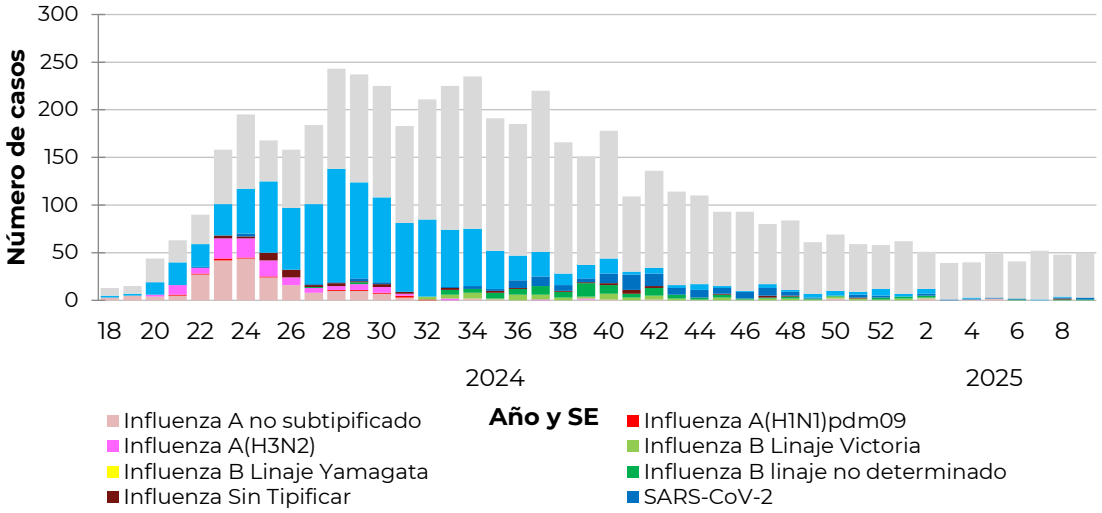
En relación a los casos de IRAG por **SARS-CoV-2,** si bien los casos se mantuvieron en niveles bajos desde SE18 de 2024, se registró un ligero ascenso desde SE36 de 2024, que alcanzó su máximo en SE 41 y 42 con descenso posterior.

Si bien se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todo el periodo, entre la SE18 y la SE31 se observó un ascenso de detecciones influenza A/H3N2, que alcanzó sus valores máximos entre SE 23 y 24. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de SE32 un cambio en el tipo predominante, con un aumento de casos de influenza B/linaje Victoria, con el mayor número de casos detectados entre las SE 33 y 42. En lo que va de 2025, se registran casos de IRAG con detección tanto de influenza A (n=5) como B (n=13). Los casos de influenza A permanecen sin subtipificar y, entre los casos de influenza B, se registraron 3 detecciones del linaje Victoria.

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

En las últimas 4 semanas, entre 191 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 4 casos de SARS-CoV-2, 4 detecciones de influenza, y 2 casos de VSR. Los restantes 181 casos resultaron negativos para estos agentes etiológicos.

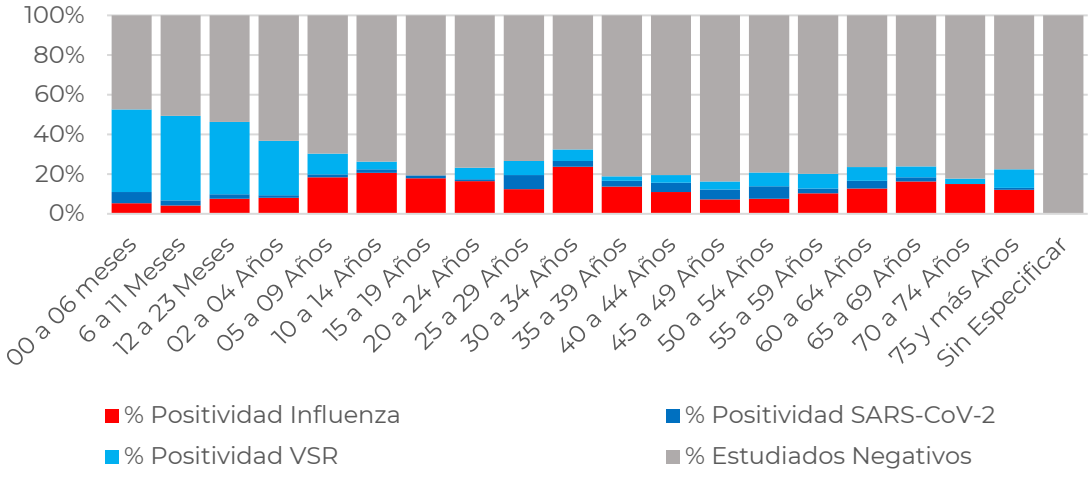
Gráfico 5: Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR de acuerdo al resultado, por SE. SE18/2024 a 9/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina [34].



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

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

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE18/2024 a 9/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina[35].



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

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

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

VI. Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) - Informe epidemiológico 2025

VI.1. Introducción

La Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA), también llamada "mal de los rastrojos", es una zoonosis viral aguda grave producida por el virus Junín (JUNV), cuyo reservorio son roedores silvestres de la especie *Calomys musculinus*, también conocido como "ratón maicero". El virus eliminado por los roedores infectados se transmite a las personas por inhalación a través de aerosoles o penetra a través de pequeñas heridas de la piel o mucosas.

La FHA se caracterizada por alteraciones vasculares, renales, hematológicas, neurológicas e inmunológicas con una letalidad que puede alcanzar el 30%, que disminuye a menos del 1% en pacientes tratados con plasma inmune de convaleciente cuando el tratamiento se aplica dentro del octavo día de iniciados los síntomas.

Es una zoonosis endemo-epidémica que comprende la región de la pampa húmeda de las provincias de Buenos Aires, Córdoba, La Pampa y Santa Fe.

Desde la emergencia de la FHA en la década de 1950, el área endémica de la enfermedad se ha extendido progresivamente, la población en riesgo se ha incrementado, y los estudios en reservorios indican que podría haber nuevas extensiones, con la posibilidad de reemergencia de la enfermedad en áreas donde no se han registrado casos en los últimos años.

La FHA es una enfermedad prevenible por la vacuna CANDID #1, que se incorporó al Calendario Nacional de Vacunación en el año 2007 (Resolución 48/2007). Está indicada para la población que reside o transita el área endémica de la FHA y es producida en el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH).

VI.2. Nota metodológica

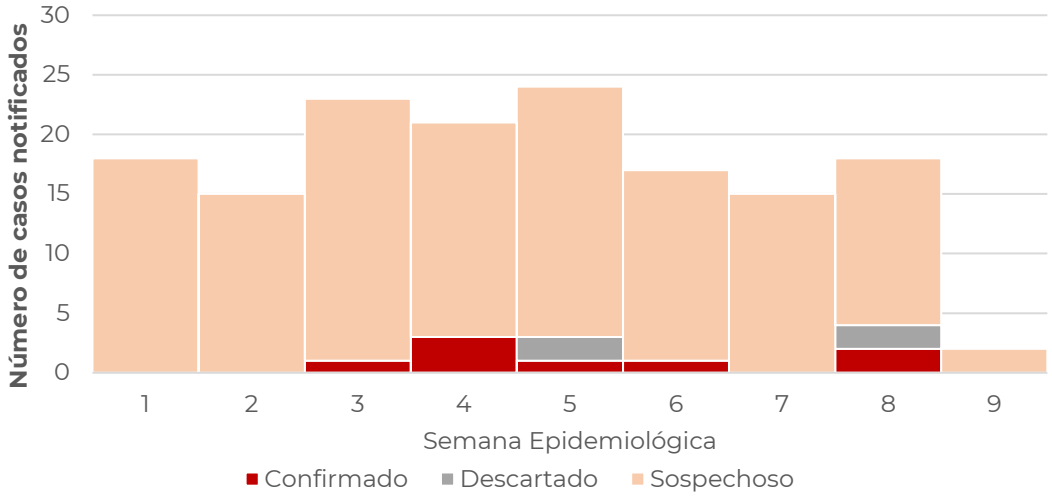
Los casos se presentan según la fecha mínima, que se construye seleccionando la fecha de inicio de síntomas (FIS), o la fecha de consulta, o la de toma de muestra o, por último, de apertura (registro del caso en el SNVS) si no tuviera consignada ninguna de las anteriores. Además, se agrupan por jurisdicción de residencia consignada en el SNVS2.0, y en caso de no tenerla, por jurisdicción de notificación.

VI.3. Situación en Argentina

Hasta la semana epidemiológica (SE) 09 del corriente año se notificaron 153 casos sospechosos de FHA, de los cuales 8 se confirmaron (Gráfico 1). Estos casos corresponden a residentes de Buenos Aires (6) y Santa Fe (2), provincias que, en los últimos cinco años, han concentrado el 37% y el 47% de los casos notificados, respectivamente, seguidas por Córdoba con el 15%. Las localidades de procedencia en los casos confirmados en Buenos Aires son San Nicolás (5) y Olavarría (1), mientras que en Santa Fé, las localidades de procedencia son Villa Constitución (1) y San Jorge (1).

Además, se notificó un fallecimiento entre los casos confirmados para este evento durante el año en curso.

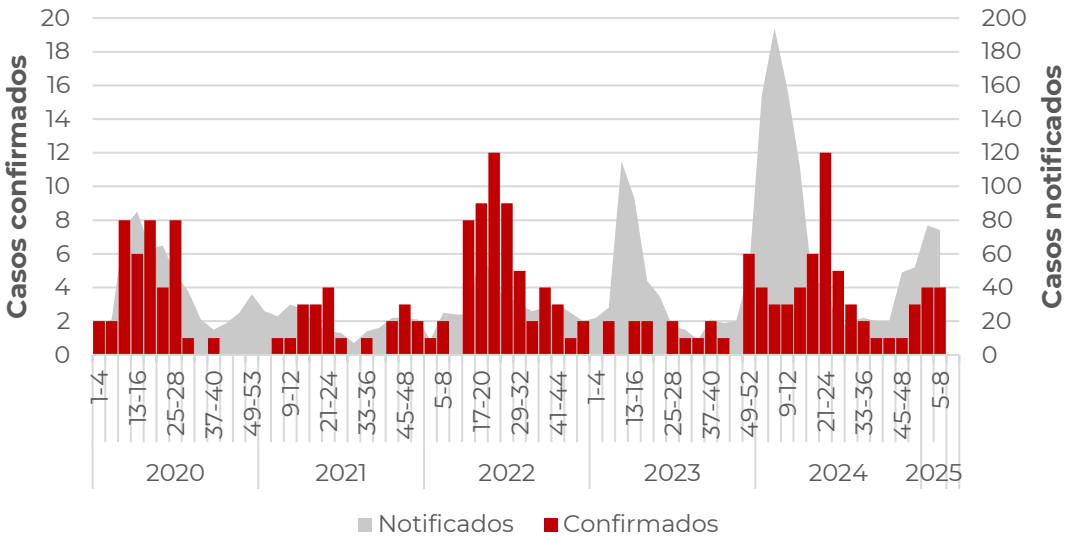
Gráfico 1. FHA: Casos notificados según clasificación por semana mínima. Argentina. SE 01 a SE 09. Año 2025.



Fuente: Elaboración en base a información proveniente del SNVS 2.0.

El número de casos confirmados en las primeras 8 semanas del año 2025 (8) fue similar al notificado en 2024 (7) pero se observa una disminución en la notificación de casos sospechoso, lo cual puede ser atribuido a la epidemia de Dengue de la temporada 2023/2024, que puede manifestarse con un cuadro clínico similar los considerados para la sospecha de FHA durante la primera semana de evolución de la enfermedad (Gráfico 2).

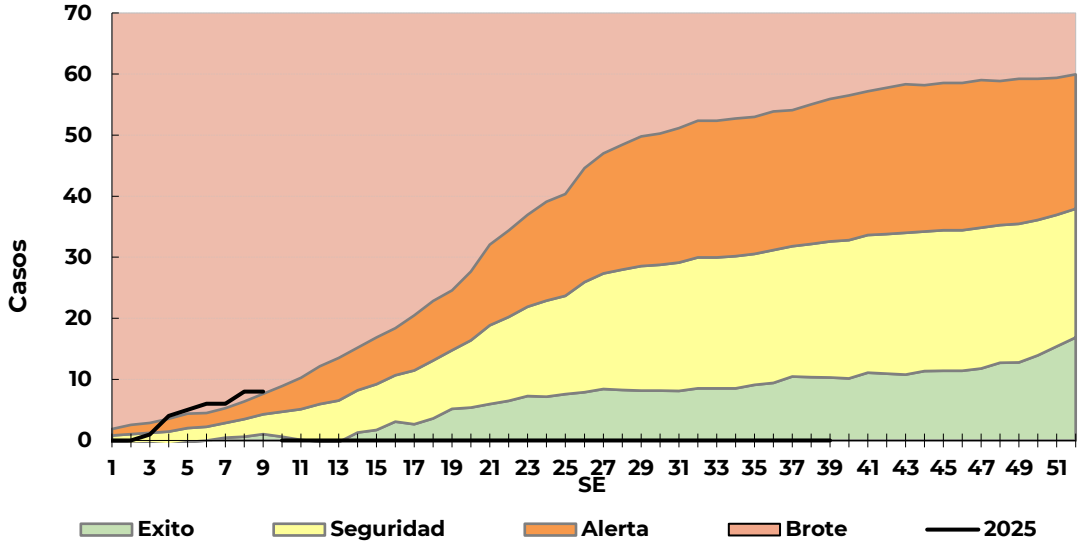
Gráfico 2. Casos notificados y confirmados por cuatrisemana. Argentina. SE 01/2020 a SE 08/2025.



Fuente: Elaboración en base a información proveniente del SNVS 2.0.

El número de casos notificados en las dos últimas temporadas es superior a los registrados en mismo período de los años 2020 a 2023. Considerando la tendencia de los últimos cinco años, a la SE 09 los casos acumulados de FHA se encuentran por encimade lo esperado (Gráfico 3).

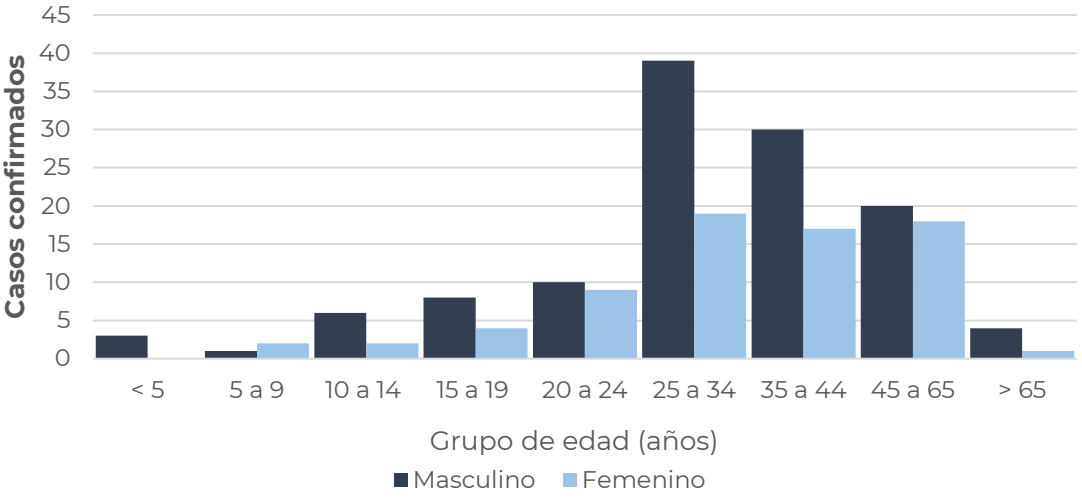
Gráfico 3: Corredor endémico acumulado de Fiebre Hemorrágica Argentina. Periodo 2020 a SE 09/2025



Fuente: Elaboración en base a información proveniente del SNVS 2.0.

De los casos confirmados durante el año en curso, el 63% son de sexo masculino (5), un valor similar a lo registrado en los últimos años, con una mediana de 42 años de edad (mín. 19 y máx. 57). Como se observa en el Gráfico 4, los casos notificados entre SE1/2020 y SE09/2025 se concentran mayoritariamente en los grupos de edad comprendidos entre los 25 y 44 años.

Gráfico 4. Casos confirmados de FHA según sexo y grupo etario. Argentina. SE 01/2020 a SE 09/2025.



Fuente: Elaboración en base a información proveniente del SNVS 2.0.

VI.4. Vigilancia epidemiológica

La FHA constituye un evento de notificación obligatoria en los términos de la Ley Nacional 15465 y la Resolución 2827/2022.

VI.4.A. A. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

Los objetivos de la vigilancia de esta enfermedad incluyen identificar los escenarios de transmisión, así como grupos y áreas de riesgo, para reducir la letalidad mediante el uso del

tratamiento específico oportuno, y orientar las acciones de prevención, incluyendo la mejora de estrategias de acceso a la vacuna contra FHA.

VI.4.B. B. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Dentro del área endémica de la FHA y fuera del área endémica en pacientes que hayan visitado la región en las 3 semanas previas al inicio de síntomas se considera:

Caso sospechoso: paciente con síndrome febril inespecífico, que presente recuentos de glóbulos blancos ≤4.000/mm3 y recuento de plaquetas ≤ 100.000/mm3.

Caso sospechoso no conclusivo: caso sospechoso con resultado de laboratorio no conclusivo (RT PCR tiempo real JUNV con resultado NO DETECTABLE sin segunda muestra).

Caso confirmado: paciente que presenta confirmación de laboratorio de infección por JUNV por alguna de las siguientes técnicas diagnósticas:

1. Detección de genoma de JUNV en suero, coágulo y/u órgano mediante RT PCR (reacción en cadena de polimerasa) en tiempo real.
2. Serología (seroconversión por técnica de ELISA IgG y/o PRNT técnica de neutralización por reducción de placas, en muestras de suero de 0 y 45 o más días desde el inicio de los síntomas);
3. Aislamiento en cultivos celulares de JUNV en muestras de sangre, suero y/u órgano del período agudo en pacientes fallecidos.

Caso descartado: paciente que no presenta seroconversión por técnicas de ELISA IgG y/o PRNT, en muestras de suero de 0 y 45 días o más días desde el inicio de los síntomas.

Caso descartado por diagnóstico diferencial: caso sospechoso descartado que presenta diagnóstico de otra enfermedad de presentación similar.

Caso descartado por epidemiología: no cumple con la definición de caso sospechoso del evento.

VI.4.C. C. NOTIFICACIÓN

La estrategia de vigilancia es universal con periodicidad inmediata bajo el evento: Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA). La modalidad de vigilancia es nominal desde la sospecha para los que cumplan con la definición de caso sospechoso.

Ficha de notificación:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha_epidemiologica_sfai_en_area_endemica_de_fha.pdf

VI.5. Recomendaciones

VI.5.A. VACUNACIÓN

El propósito de la estrategia de vacunación con Candid #1 es reducir la morbilidad y la letalidad de la enfermedad en población que reside o transita el área endémica de la FHA. Desde el año 2007 la vacuna Candid #1 se encuentra incorporada al Calendario Nacional de

Vacunación con un esquema de única dosis a partir de los 15 años para personas que residan o desarrollen actividades en el área endémica de la enfermedad y no hayan recibido vacuna Candid #1 anteriormente.

El área endémica comprende diferentes departamentos de las provincias de Santa Fe, Córdoba, Buenos Aires y La Pampa. Se debe tener en cuenta que la protección se alcanza un mes después de la vacunación. Se debe sostener la vacunación del calendario nacional sin embargo, ante una situación de brote se recomienda que las acciones de vacunación intensivas se organicen priorizando la inmunización de la población residente y que desarrolla actividades en zonas rurales o semiurbanas de las zonas endémicas (trabajadores rurales, transportistas, trabajadores en acopiadoras de cereales, molinos, actividades recreativas, trabajadores migrantes estacionales o comúnmente conocidos como "trabajadores golondrinas", etc.), teniendo en cuenta la información brindada por la vigilancia epidemiológica actualizada.

Se recomienda que estas acciones se concentren principalmente en aquellos partidos que han presentado casos confirmados en los últimos tres años (Tabla 1).

Tabla 1. Departamentos / Partidos con casos confirmados de FHA entre la SE01/2022 y la SE09/2025.

Provincia	Departamentos /Partidos
Buenos Aires	Colón, Olavarría, Pergamino, Ramallo, San Nicolás, San Pedro
Córdoba	General San Martín, Marcos Juárez, San Justo, Tercero Arriba, Unión
Santa Fe	Caseros, Constitución, General Obligado, Iriondo, Rosario, San Lorenzo, San Martín

Fuente: Elaboración en base a información proveniente del SNVS 2.0 e INEVH.

Contraindicaciones:

- Embarazo: se desconocen los efectos que esta vacuna puede provocar en el embarazo.
- Lactancia: el virus Junín, como otros Arenavirus, se ha aislado de la leche humana en casos de FHA.
- Inmunosupresión congénita o adquirida y enfermedades agudas febriles graves en curso.
- Afecciones crónicas malignas o descompensadas que puedan afectar la respuesta inmune.
- Tratamiento activo con corticosteroides en dosis altas (Ej: 20/mg/día de prednisona por más de 15 días) o medicación inmunosupresora.

VI.5.B. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

La erradicación de las poblaciones de roedores no es practicable en el medio silvestre, en cambio debe sugerirse un control que permita mantener en balance a las poblaciones de roedores que conviven en nuestro entorno y evitar el contacto con las personas.

La prevención mediante la vacunación es una estrategia fundamental, con una única dosis a partir de los 15 años para personas que residan o desarrollen actividades en el área endémica de la enfermedad y no hayan recibido vacuna Candid #1 anteriormente.

Es importante evitar el riesgo de exposición y contacto con los roedores y sus excretas. Para ellos se recomienda:

- Usar calzado cerrado, guantes y ropa que cubra la piel para trabajar en el campo o la huerta.
- Realizar una limpieza cuidadosa de las manos con agua y jabón, y cambiar la ropa luego del trabajo en el campo o huerta.
- Evitar llevarse tallos a la boca y/o acostarse directamente sobre el pasto.
- Ventilar por al menos 30 minutos antes de entrar a lugares como viviendas y galpones ubicados en ambientes rurales y/o silvestres que hayan estado cerrados por periodos prolongados.
- Realizar la limpieza (pisos, paredes, puertas, mesas, cajones y alacenas) con una parte de hipoclorito de sodio y nueve de agua (dejar 30 minutos y luego enjuagar). Humedecer el piso antes de barrer para no levantar polvo.
- En caso de haber presencia de orina y/o heces, desinfectar con lavandina 10% (30 minutos), y retirar con papel, y luego descartar.
- Mantener desmalezados los bordes y debajo de los alambrados, aguadas de los molinos, montes frutales y caminos de acceso a la vivienda.
- No elimine a los predadores naturales de los roedores como lechuzas, lechuzones, chimangos.

En la vivienda:

- Mantener el pasto bien corto, por lo menos hasta 30 metros de la vivienda para evitar que los roedores se acerquen a ella.
- Utilizar recipientes cerrados de vidrio, plástico grueso o de metal para almacenar granos, alimentos para animales, basura y desperdicios.
- Tapar los agujeros de las viviendas y galpones para que no puedan entrar los roedores con materiales como mallas de acero (virulana de metal en hendijas, por ejemplo), cemento u otro material resistente a la acción de los roedores.
- Hacer la huerta lejos de la casa y mantenerla desmalezada.
- Cuando se realiza la cosecha de un lote aledaño a la vivienda siempre es recomendable comenzar por el margen más cercano a la misma para que los roedores tengan refugio en el cultivo.

En los pueblos y ciudades:

- Este roedor tiene hábitos silvestres, a diferencia de otros roedores que tienen hábitos sinantrópicos, es decir, en relación a las personas. Es por ello que en las ciudades se deben enfatizar las medidas de prevención en aquellas áreas lindantes a corredores que unen el campo con la ciudad.
- Mantener desmalezadas las vías del ferrocarril, los terrenos baldíos, cursos de agua.
- Mantener la limpieza de las calles, veredas y no acumular basura.

Donación de plasma

Se convoca a todas aquellas personas que padecieron FHA en el pasado y se recuperaron a comunicarse con los teléfonos de contacto para coordinar una posible donación de plasma inmune para el tratamiento de los casos sospechosos que tengan indicación del mismo. Asimismo, se insta a los equipos de salud a promover activamente la donación de plasma entre los pacientes recuperados.

VI.6. Medidas ante casos

VI.6.A. TRATAMIENTO

El tratamiento específico para la FHA lo constituye el plasma inmune. Se obtiene de personas que padecieron la enfermedad y se curaron. Al administrar 3500 unidades terapéuticas (UT) por Kg de peso del paciente durante los primeros 8 días del inicio de los síntomas, la letalidad de la FHA puede disminuirse del 30-15% a casi un 1%. La administración de plasma inmune luego de los 8 días del inicio de síntomas no es eficaz. La indicación de tratamiento debería realizarse respetando el algoritmo clínico de la enfermedad.

Con la finalidad de acercar las unidades de tratamiento a los efectores donde se asisten los casos, existe una red de bancos de plasma jurisdiccionales que funciona en coordinación con el Programa Nacional de Control de la FHA. Los médicos tratantes de pacientes con diagnóstico clínico de FHA pueden solicitar el plasma inmune a los bancos de plasma ubicados en las provincias del área endémica.

Información de contacto

Provincia de Buenos Aires: Hospital Interzonal General de Agudos “San José” de Pergamino. Servicio de Hemoterapia Tel: 02477-429795 al 99 interno 161-162; y Hospital Interzonal General de Agudos “San Felipe” de San Nicolás. Servicio de Hemoterapia Tel: 0336-4422880, interno 233. Departamento de Zoonosis Rurales de Azul Tel: 02281-424483. Centro Regional de Hemoterapia de Tres de Febrero (Besares 4550, Ciudadela), Tel: 011-1576551682.

Provincia de Córdoba: Ministerio de Salud. Área de Epidemiología. Tel: 0351-153463803

Provincia de La Pampa: Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Tel: 02954-15527212/ 02954-418870.

Provincia de Santa Fe: Hospital Provincial de Rosario. Servicio de Hemoterapia. Tel: 0341-4721111, interno 1150/ 0341-153770618.

INEVH “Dr. Julio I Maiztegui”. Pergamino. Tel: 02477- 429712-713-714

VI.7. Medidas ante contactos

Ante la identificación de contactos o personas expuestas al mismo riesgo, se debe realizar una investigación epidemiológica para determinar la fuente de infección y evaluar los sitios probables de contagio. No se recomienda la inmunización de los contactos como medida de control de foco. Asimismo, se indica reforzar las medidas para evitar el ingreso de roedores a las viviendas y limitar la anidación en peridomicilios, galpones y la limpieza de pueblos y ciudades mencionadas anteriormente, así como la búsqueda activa de conductas y hábitos de riesgo. Además, se deben brindar recomendaciones de prevención adaptadas a cada situación observada.

ALERTAS Y **COMUNICACIONES** INTERNACIONALES

VII. 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 27 de febrero y el 5 de marzo del 2025.

VII.1. Cluster de muertes comunitarias en República Democrática del Congo

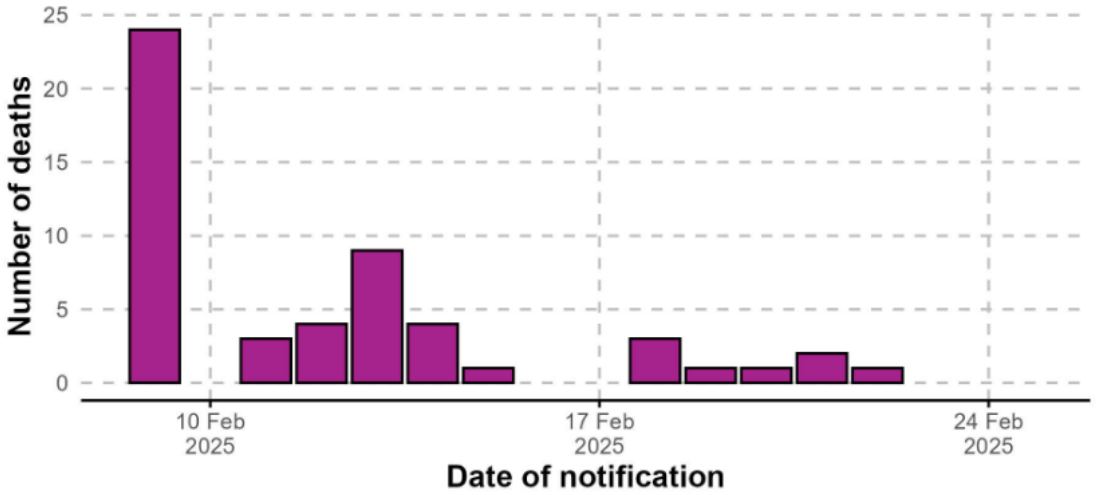
Informe recibido por el CNE el 3 de marzo 2025.

El 9 de febrero de 2025, se informó un primer grupo de 24 muertes comunitarias de origen desconocido provenientes de una sola aldea en el Área de Salud de Ekoto, Zona de Salud de Basankusu, provincia de Ecuador, en la República Democrática del Congo. Esto desencadenó una investigación por parte del Ministerio de Salud, con el apoyo de la OMS.

Se implementó una vigilancia mejorada poco después, utilizando una definición amplia de caso de trabajo dada la información limitada sobre la presentación clínica, la progresión de la enfermedad, las características demográficas y otros aspectos del primer grupo de casos. Hasta el 25 de febrero, se reportaron un total de 53 muertes. Las muertes ocurrieron en todos los grupos de edad, pero en comparación con la distribución de edad y sexo de la población, parecieron afectar desproporcionadamente a adolescentes y jóvenes adultos varones, especialmente en el primer grupo de muertes. Esto indicó un evento inusual, ya que la mortalidad por causas comunes en la zona generalmente es más alta entre los ancianos y entre los niños pequeños (menores de cinco años) en un contexto de alta carga de enfermedades infecciosas, incluida la malaria. La mayoría de las muertes (50) ocurrieron en la misma aldea. Además, la incidencia de muertes disminuyó rápidamente después del primer grupo de muertes, lo que sugiere que no se trata de un evento que se propaga en el tiempo o el espacio.

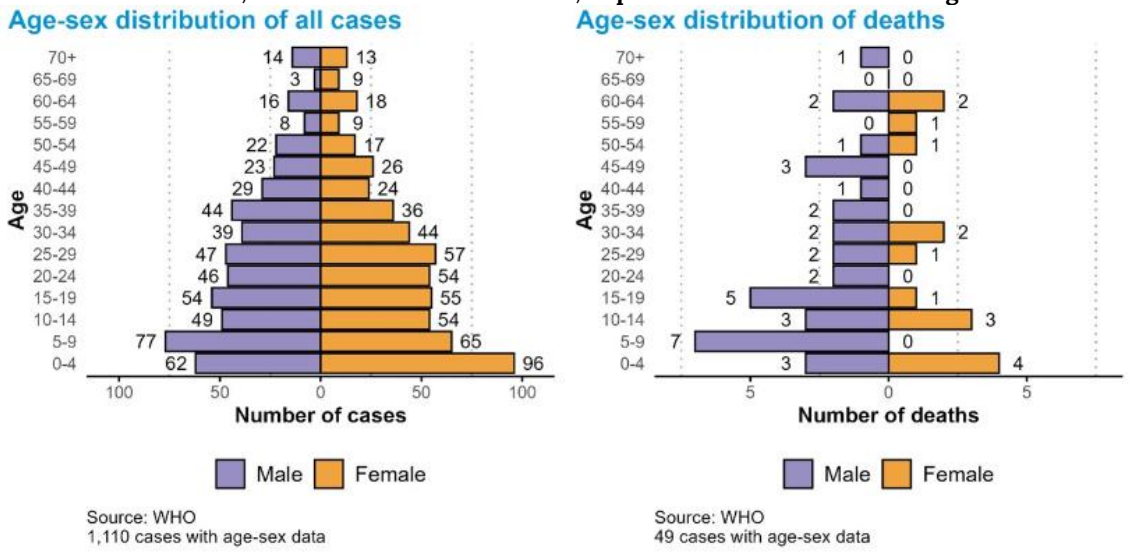
Los hallazgos preliminares del análisis exhaustivo revelaron que el tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la muerte en el primer grupo de casos fue de un día, con un tiempo promedio de dos días. Los síntomas reportados incluyen fiebre, escalofríos, dolores de cabeza, dolores musculares, dolores abdominales, diarrea, sudoración, mareos, dificultad para respirar, agitación, entre otros.

Gráfico 1: Curva epidémica que muestra las muertes reportadas entre el 9 de febrero y el 25 de febrero de 2025, Zona de Salud de Basankusu, República Democrática del Congo.



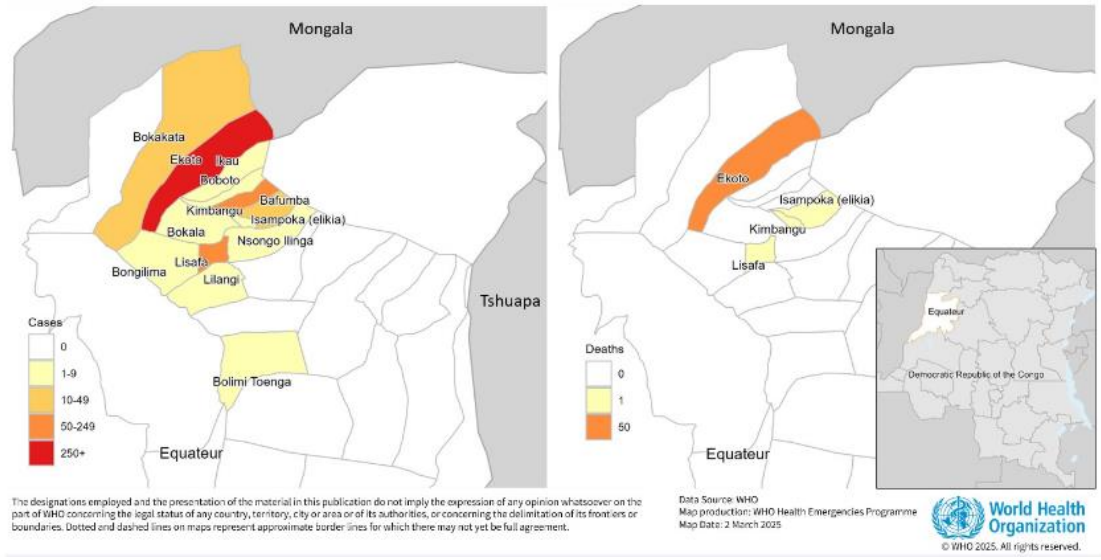
Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON557

Gráfico 2: Distribución por edad y sexo de los casos y muertes reportados entre el 9 de febrero y el 25 de febrero de 2025, Zona de Salud de Basankusu, República Democrática del Congo.



Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON557

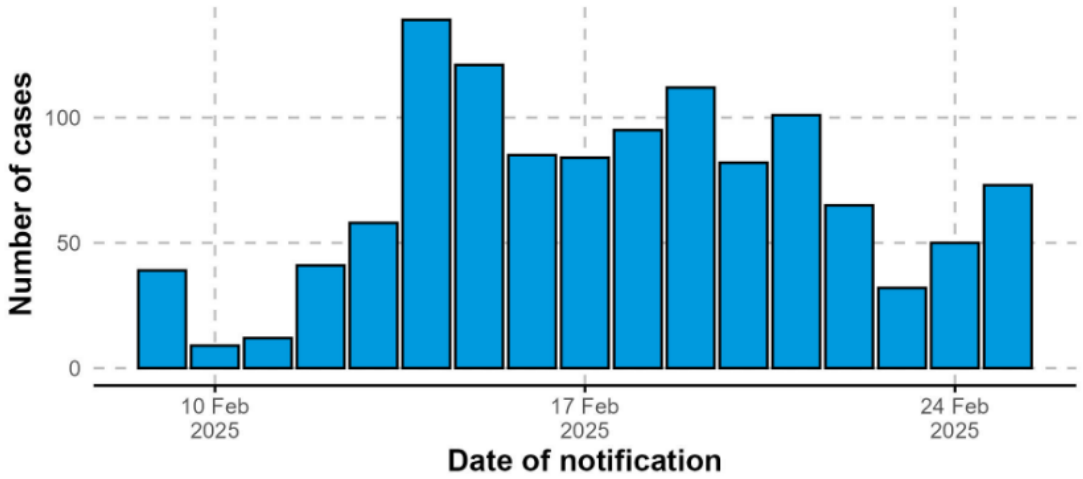
Gráfico 3: Distribución geográfica de todos los casos (izquierda) y muertes (derecha) reportados entre el 9 de febrero y el 25 de febrero de 2025, Zona de Salud de Basankusu, República Democrática del Congo.



Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON557

Desde el inicio de la vigilancia intensificada, 1.318 personas reportaron síntomas que cumplían con la definición de caso sospechoso en uso. Sin embargo, debido a la amplitud de esta definición de caso (fiebre y al menos otro síntoma dentro de un rango de síntomas respiratorios, gastrointestinales o neurológicos generales), las tendencias en los casos son difíciles de interpretar y probablemente reflejen la prevalencia de diversas enfermedades febriles en la comunidad. Esto se ve reforzado por la distribución etaria de los casos, que en términos generales refleja la de la población, y por la alta positividad de malaria entre los casos analizados (aproximadamente un 50 % positivo en pruebas de diagnóstico rápido), lo cual no se considera inusual en una zona donde la malaria es hiperendémica.

Gráfico 4: Curva epidémica que muestra los casos sospechosos reportados entre el 9 y el 25 de febrero de 2025 en la zona de salud de Basankusu, República Democrática del Congo.



Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON557

Aunque los casos fueron identificados inicialmente utilizando una definición de caso amplia (es decir, no específica), dado el carácter localizado del grupo de muertes, la disminución constante en la incidencia de los fallecimientos, el perfil demográfico de las personas fallecidas y la rápida progresión de la enfermedad en el grupo inicial, las principales hipótesis de trabajo incluyen una contaminación por intoxicación química—ya sea accidental o intencional—o posiblemente un brote de meningitis bacteriana de inicio rápido.

Los primeros resultados de laboratorio, publicados el 13 de febrero de 2025, fueron negativos para Marburgo y Ébola. Se han recolectado muestras adicionales (sangre, orina, oral y nasal) para realizar más pruebas, y las investigaciones continúan. Además, se están tomando muestras ambientales, incluyendo agua y otras sustancias, para evaluar posibles causas químicas, como la contaminación por organofosforados.

La causa definitiva de la enfermedad sigue sin determinarse. Se están realizando más pruebas e investigaciones de campo para caracterizar mejor los casos y los fallecimientos.

Cabe destacar que este evento en Basankusu ocurre después de un grupo reciente de muertes comunitarias en la zona de salud de Bolomba, entre el 10 y el 27 de enero de 2025. La investigación epidemiológica documentó 12 casos, con ocho fallecimientos. Las pruebas de laboratorio descartaron enfermedades por los virus del Ébola y Marburgo, y sugirieron que la causa podría haber sido malaria grave. Aunque Bolomba y Basankusu se encuentran dentro de la provincia de Équateur, estas zonas de salud están separadas por aproximadamente 175 kilómetros de terreno difícil, con densos bosques y mala infraestructura vial; la investigación epidemiológica no ha encontrado evidencia que vincule estos eventos distintos.

Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON557

VII.2. Actualización Epidemiológica - Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas

Informe recibido por el CNE el 4 de marzo 2025.

VII.2.A. CONTEXTO MUNDIAL

En 2020, el virus de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) subtipo H5N1 del clado 2.3.4.4b ha ocasionado un número sin precedentes de muertes de aves silvestres y aves de corral en numerosos países de África, Asia y Europa. En 2021, este virus se extendió a través de principales las rutas migratorias de aves acuáticas a América del Norte y, en 2022 a Centroamérica y América del Sur. Para el 2023, se registraron brotes en animales, los cuales fueron notificados por 14 países y territorios, principalmente en las Américas. En los últimos años, se ha incrementado la detección de virus A(H5N1) en especies no aviares a nivel mundial, incluyendo mamíferos terrestres y marinos, tanto silvestres como domésticos (de compañía y de producción). Desde 2022, 19 países de tres continentes, incluyendo las Américas, han notificado brotes en mamíferos a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA). Históricamente, desde inicios de 2003 hasta el 20 de enero del 2025, se notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 964 casos humanos de influenza aviar A(H5N1), incluido 466 defunciones (letalidad del 48%), en 24 países a nivel global.

VII.2.B. RESUMEN DE LA SITUACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Desde 2022 y hasta la semana epidemiológica (SE) 8 del 2025, un total de 19 países y territorios de la Región de las Américas reportaron a la OMSA 4.713 brotes animales de influenza aviar A(H5N1), lo que representa 325 brotes adicionales desde la última actualización epidemiológica publicada por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) el 24 de enero del 2025. Mayores detalles sobre las identificaciones de brotes en mamíferos y aves domésticos y silvestres en Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, los Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, las Islas Malvinas, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela, se pueden encontrar en las **Tablas 1 y 2** y **Figuras 1 y 2**.

Un total de 74 infecciones humanas causadas por influenza aviar A(H5) han sido registradas en cuatro países de las Américas entre 2022 y el 25 de febrero del 2025, con tres casos adicionales con respecto a la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS. Se notificaron 71 casos en los Estados Unidos, incluyendo los tres casos más recientes, un caso en Canadá confirmado el 13 de noviembre del 2024, un caso en Chile notificado el 29 de marzo del 2023 y un caso en Ecuador notificado el 9 de enero del 2023.

Desde el inicio del 2024 y hasta el 25 de febrero del 2025, se han notificado 71 casos humanos en Canadá y los Estados Unidos, de los cuales 53 se reportaron entre octubre del 2024 y febrero del 2025.

VII.2.C.SITUACIÓN POR PAÍS Y/O TERRITORIO EN 2025 EN BROTES EN AVES

Desde el inicio del 2025 y hasta la SE 8, un total de seis países y territorios de la Región de las Américas (Argentina, Canadá, los Estados Unidos, las Islas Malvinas, Panamá y Perú) reportaron a la OMSA 120 brotes de influenza aviar en aves domésticas y/o silvestres. De estos brotes, 119 ocurrieron en aves domésticas y uno en aves silvestres.

A continuación, se presenta en orden alfabético un resumen de la situación en países y territorios de la Región de las Américas que notificaron brotes de influenza aviar A(H5N1) en aves durante el 2025, hasta la SE 8.

En **Argentina**, entre la SE 1 y la SE 8 del 2025, se ha confirmado un brote de influenza aviar A(H5) en aves de traspatio en la provincia de Chaco.

En **Canadá**, entre la SE 1 y la SE 8 del 2025, se han reportado a la OMSA siete brotes por IAAP A(H5N1) en aves de corral en las provincias de British Columbia, Ontario y Québec.

En los **Estados Unidos** entre la SE 1 y la SE 8 del 2025, se han notificado a la OMSA 109 brotes de virus de influenza aviar A(H5) en aves de corral comerciales y/o aves de traspatio, en 32 estados del país. Para ese mismo período, se registraron más de 115 detecciones en aves silvestres.

En las **Islas Malvinas**, entre la SE 1 y la SE 8 del 2025, se detectó un brote de influenza aviar relacionado a aves silvestres.

En **Panamá**, entre la SE 1 y la SE 8 del 2025, un brote de IAAP A(H5N1) en aves domésticas de corral fue reportado a la OMSA. El brote se identificó en la provincia de Chiriquí.

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 8 del 2025, se notificó a la OMSA un brote de IAAP A(H5) en aves domésticas de traspatio en el departamento de Cajamarca.

VII.2.D. SITUACIÓN POR PAÍS Y/O TERRITORIO EN BROTES EN 2025 EN MAMÍFEROS

Desde el inicio del 2025 y hasta la SE 8, un país de la Región, los Estados Unidos, notificó a la OMSA brotes en mamíferos.

En los **Estados Unidos**, entre la SE 1y la SE 8 del 2025, se han notificado a la OMSA 38 brotes en mamíferos silvestres (n= 4) y domésticos (n= 34) en 12 estados. Tras la primera notificación de influenza A(H5N1) en ganado bovino lechero en marzo del 2024 en el país, se han identificado brotes en 17 estados, afectando a 976 rebaños lecheros hasta el 25 de febrero del 2025. En 2025, hasta el 25 de febrero, fueron registrados 56 casos en ganado bovino lechero en cuatros estados: Arizona (n= 1), California (n= 47), Michigan (n= 1) y Nevada (n= 7).

VII.2.E. SITUACIÓN POR PAÍS Y/O TERRITORIO CON CASOS EN HUMANOS ENTRE 2024 Y 2025

Desde el inicio del 2024 y hasta el 25 de febrero del 2025, se han notificado 71 casos humanos de influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas, en Canadá (n= 1) y los Estados Unidos (n= 70). A continuación, se presenta un resumen de la situación en Canadá y los Estados Unidos respecto de las infecciones en humanos de influenza aviar A(H5N1).

El 14 de noviembre del 2024, Canadá confirmó su único caso humano de influenza A(H5N1), en un adolescente de Columbia Británica, reportado inicialmente el 9 de noviembre. La secuenciación genómica vinculó el virus al brote en aves de corral en la región (clado 2.3.4.4b, genotipo D1.1) y detectó la mutación E627K en el gen PB2, asociada con mayor replicación en mamíferos. La fuente de infección aún es desconocida, y no se han reportado casos adicionales.

En los **Estados Unidos**, entre marzo del 2024 y el 25 de febrero del 2025, se han confirmado 70 casos humanos de influenza A(H5N1) en California (n= 38), Colorado (n= 10), Iowa (n= 1), Louisiana (n= 1), Michigan (n= 2), Missouri (n=1), Nevada (n= 1), Ohio (n= 1), Oregon (n= 1), Texas (n= 1), Washington (n= 11), Wisconsin (n= 1) y Wyoming (n= 1). De estos casos, 41 se han

relacionado con exposición a ganado bovino lechero enfermo o infectado, 24 están vinculados a la exposición a granjas avícolas comerciales y en dos casos la exposición estaba relacionada con otros animales, como aves de traspatio, aves silvestres u otros mamíferos. La fuente de exposición para dos casos en California y un caso en Missouri no pudo ser determinada. Hasta el 25 de febrero del 2025, la transmisión del virus de influenza aviar A(H5N1) de persona a persona no ha sido notificada. Cabe señalar que Estados Unidos había notificado un caso de influenza A(H5N1) adicional en abril de 2022.

En los Estados Unidos, los casos de influenza A(H5N1) se detectan a través de la vigilancia nacional de influenza (de rutina) y de una vigilancia específica para personas expuestas. Hasta la fecha, seis de los 70 casos fueron detectados por la vigilancia de rutina, mientras 64 de los 70 casos fueron detectados a través de la vigilancia especifica. Desde el 24 de marzo del 2024 y hasta el 25 de febrero del 2025, los esfuerzos dedicados para la vigilancia específica de influenza aviar A(H5) han monitoreado a más de 15.200 personas tras su exposición a animales infectados, más de 830 de ellas han sido sometidas a pruebas de detección y 64 resultaron positivas.

Tabla 1. Número de brotes en aves domésticas y silvestres y mamíferos en la Región de las Américas notificados a la OMSA desde 2022 hasta la SE 8 del 2025.

País/Territorio	Número de brotes	En aves		En mamíferos	
		Silvestres	Domésticas	Silvestres	Domésticos
Argentina	147	Sí	Sí	Sí	
Bolivia	38	Sí	Sí		
Brasil	166	Sí	Sí	Sí	
Canadá	545	Sí	Sí	Sí	Sí
Chile	259	Sí	Sí	Sí	
Colombia	71	Sí	Sí		
Costa Rica	10	Sí	Sí		
Cuba	1	Sí	Sí		
Ecuador	37	Sí	Sí		
Estados Unidos	2.912	Sí	Sí	Sí	Sí
Guatemala	1	Sí			
Honduras	4	Sí			
Islas Malvinas	22	Sí		Sí	
México	86	Sí	Sí		
Panamá	10	Sí	Sí		
Paraguay	5		Sí		
Perú	372	Sí	Sí	Sí	
Uruguay	25	Sí	Sí	Sí	
Venezuela	2	Sí	Sí		
Total	4.713				

Fuente: Adaptado del Organización Mundial de Sanidad Animal. Influenza Aviar. París: OMSA; 2025 [consultado el 25 de febrero del 2025]. Disponible en: https://wahis.woah.org/#/event-management.

Tabla 2. Brotes de influenza aviar en aves y mamíferos la Región de las Américas durante 2025, hasta el 25 de febrero.

País/Territorio	Número de brotes	En aves		En mamíferos	
		Silvestres	Domésticas	Silvestres	Domésticos
Argentina	1		Sí		
Canadá	7		Sí		
Estados Unidos	147		Sí	Sí	Sí
Islas Malvinas	1	Sí			
Panamá	1		Sí		
Perú	1		Sí		
Total	158				

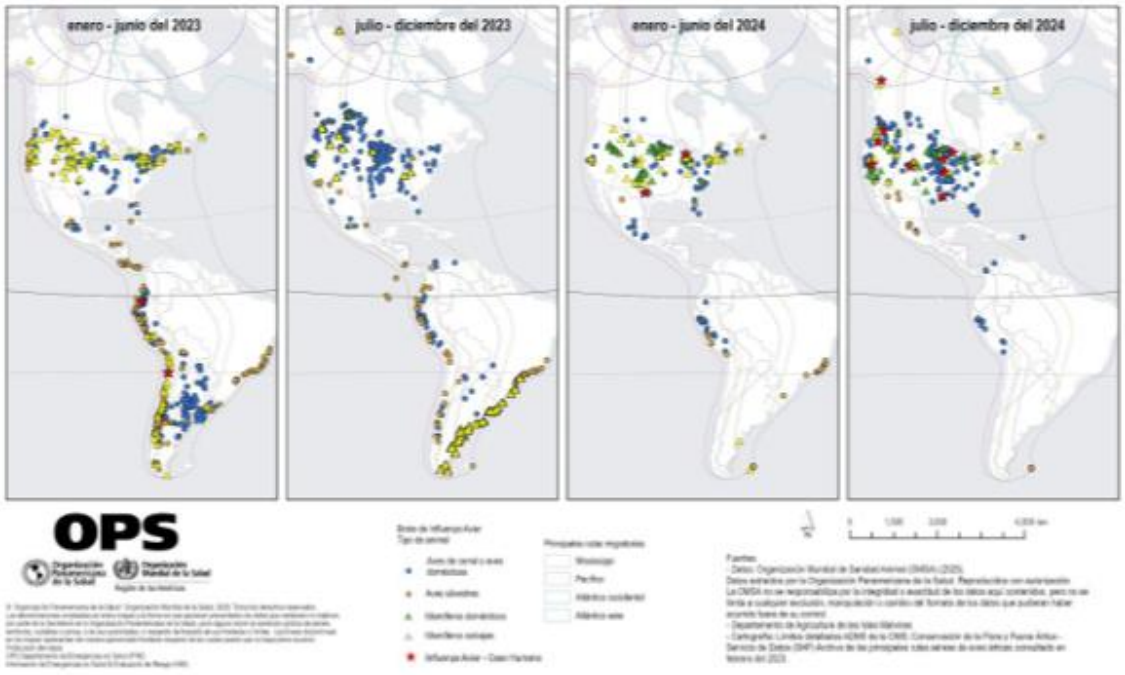
Fuente: Adaptado del Organización Mundial de Sanidad Animal. Influenza Aviar. París: OMSA; 2025 [consultado el 25 de febrero del 2025]. Disponible en https://wahis.woah.org/#/event-management.

Tabla 3. Casos de infecciones por influenza aviar A(H5) en humanos en los Estados Unidos desde el 2024 y hasta el 25 de febrero del 2025.

Estado	Vinculado a ganado	Vinculado a granjas avícolas	Otras exposiciones a animales	Origen desconocido	Total por Estado
California	36	0	0	2	38
Colorado	1	9	0	0	10
Iowa	0	1	0	0	1
Louisiana	0	0	1	0	1
Michigan	2	0	0	0	2
Missouri	0	0	0	1	1
Nevada	1	0	0	0	1
Ohio	0	1	0	0	1
Oregon	0	1	0	0	1
Texas	1	0	0	0	1
Washington	0	11	0	0	11
Wisconsin	0	1	0	0	1
Wyoming	0	0	1	0	1
Total	**41**	**24**	**2**	**3**	**70**

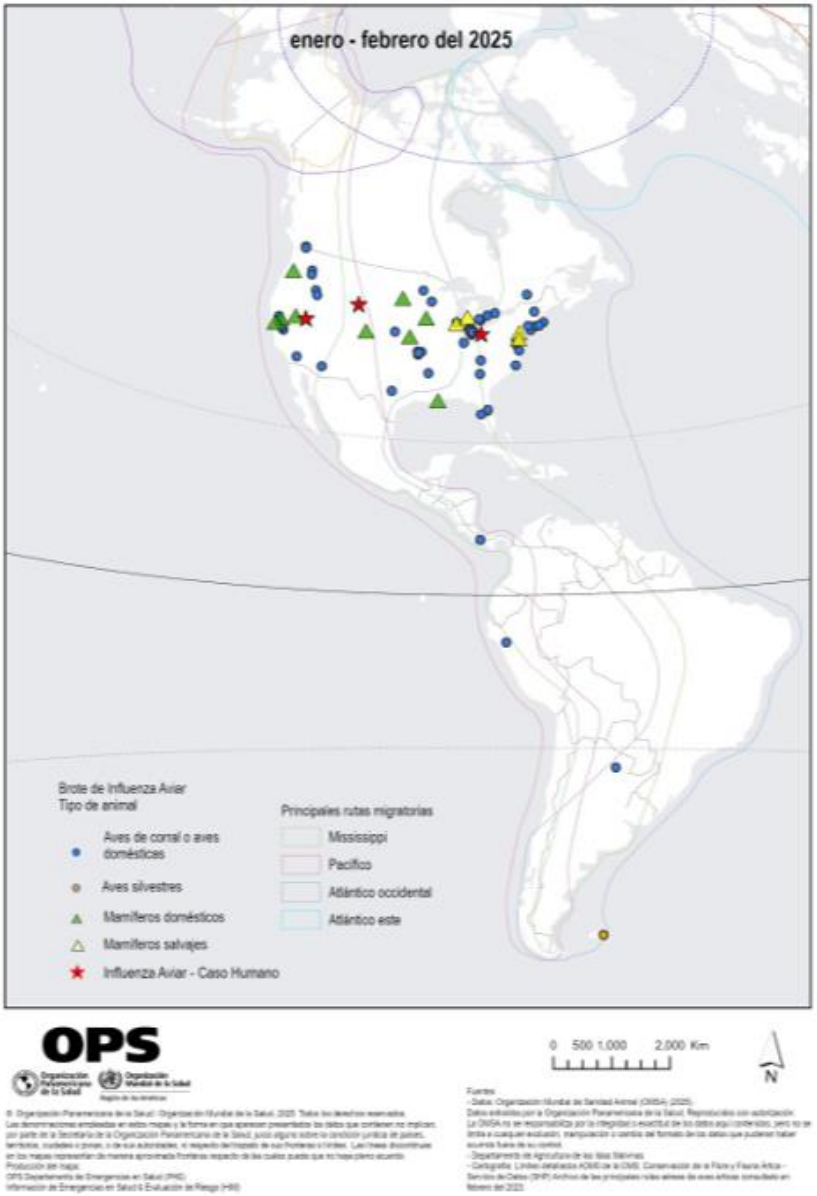
Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Influenza Aviar H5. Atlanta: CDC; 2025 [consultado el 25 de febrero del 2025]. Disponible en: https://espanol.cdc.gov/birdflu/situation-summary/index.html.

Mapa 1. Histórico de brotes de influenza aviar y principales rutas migratorias de aves silvestres por tipo de animal durante 2023 y 2024 en la Región de las Américas.



Fuente: *Adaptado del Organización Mundial de Sanidad Animal. Influenza Aviar. París*: OMSA; 2025 [*consultado el 25 de febrero del 2025*]. *Disponible en*: https://wahis.woah.org/#/event-management.

Mapa 2. Brotes de influenza aviar por especie y principales rutas migratorias de aves silvestres, durante 2025, hasta el 25 de febrero en la Región de las Américas.



Fuente: Adaptado del Organización Mundial de Sanidad Animal. Influenza Aviar. París: OMSA; 2025 [consultado el 25 de febrero del 2025]. Disponible en: https://wahis.woah.org/#/event-management.

Fuente: https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-influenza-aviar-ah5n1-region-americas-4-marzo-2025

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

VIII. Boletines jurisdiccionales

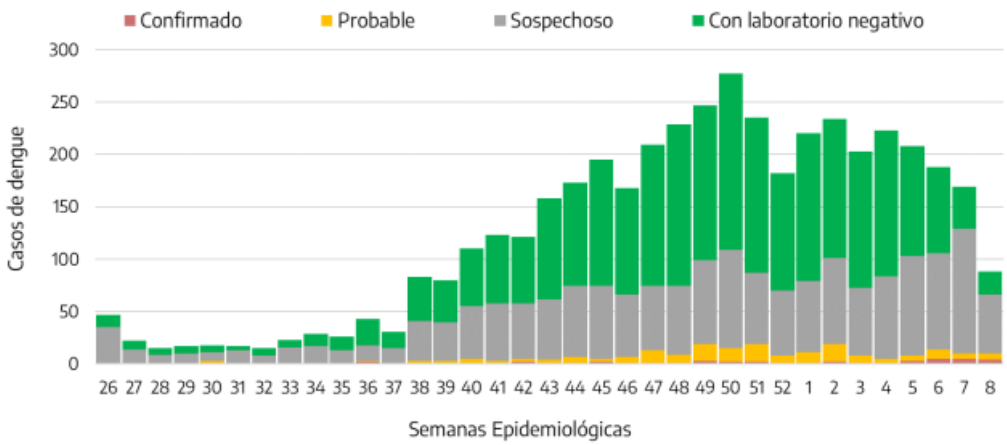
VIII.1. Buenos Aires: Arbovirosis



En la provincia de Buenos Aires se identifican brotes de dengue por los serotipos DEN 1 y DEN 2 en al menos 4 localidades de municipios de la región AMBA. Por el momento son brotes de escasa magnitud y se encuentran en curso las acciones de control. Las localidades son: Lanús (Monte Chingolo), Gral San Martín (Villa Lynch), Ituzaingó (Centro) y La Plata (Centro).

En relación a la curva de casos, durante el 2025 se registra un descenso en las notificaciones desde el 26-1 (SE 5) con un promedio de 206 notificaciones semanales y una baja proporción de casos positivos (4,8%).

Casos notificados de dengue por semana epidemiológica. PBA, SE 26/2024 -SE 8/2025. n= 4.426



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

Para más información:

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

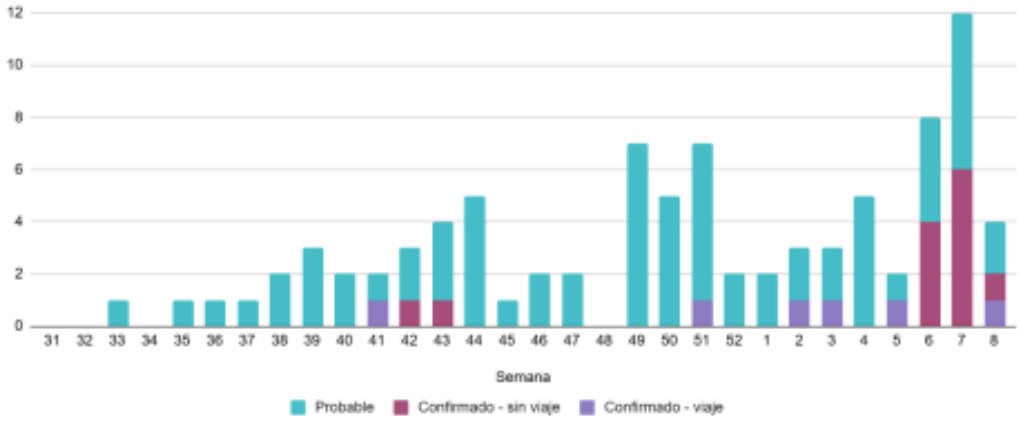
VIII.2. CABA: dengue



De acuerdo a los escenarios teóricos de riesgo que históricamente presenta la Ciudad de Buenos Aires, según la presencia o no del vector y la ocurrencia de casos, actualmente nos encontramos en el Escenario 3, caracterizado por la presencia de huevos del vector, actividad larvaria y eventuales casos asociados a viaje, y también con ausencia de éste. Este escenario se asocia con la cuarta etapa de acciones del Plan de Dengue de la Ciudad. A partir de la SE42 DE 2024, hasta la SE8 de 2025 (finalizada el 22 de febrero) se detectaron 19 casos confirmados, con y sin viaje. Se está monitoreando activamente la evolución de la situación, y realizando acciones de búsqueda activa y control de focos.

Se han detectado, hasta la fecha de confección del presente, 19 casos de dengue confirmado en CABA en la actual temporada, así 71 casos probables. En la actual temporada la cantidad de casos probables y confirmados se encuentra hasta el momento de confección del presente, en valores inferiores a los registrados en las dos temporadas anteriores.

Casos confirmados y probables notificados Dengue notificados en el SNVS desde SE-31 hasta SE4 según FIS, detalle. Residentes CABA. Temporada 2024/25 (N = 90)



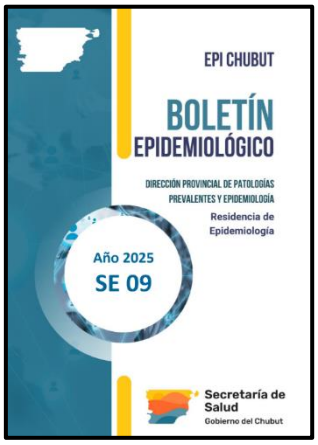
Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0.

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

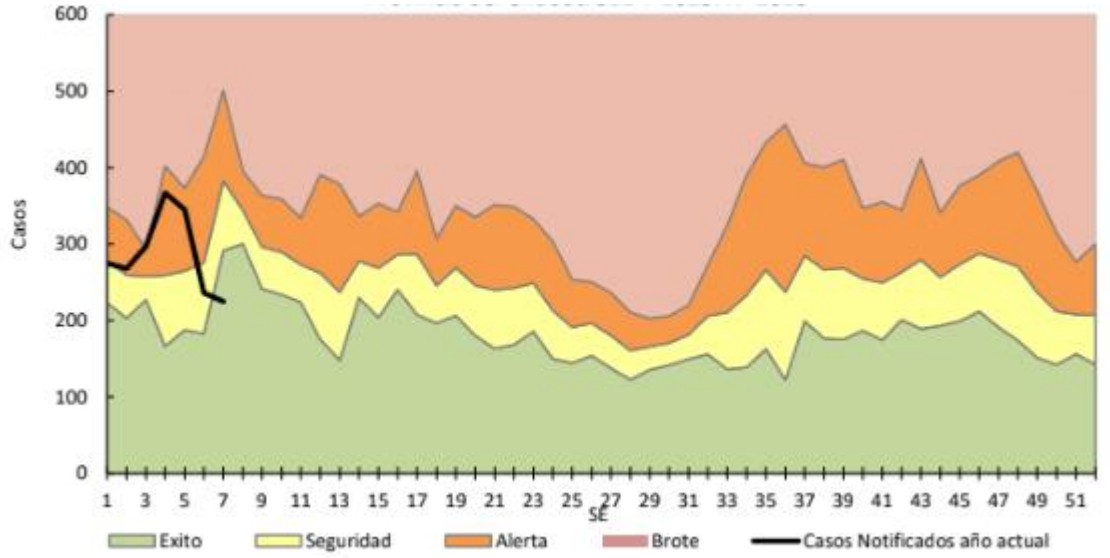
VIII.3. Chubut: Diarreas

A la SE 52 del año 2024 se estudiaron 2642 muestras en total, de las cuales 65 fueron positivas. Del total de las muestras positivas, el 49% (n=32) corresponde a diarreas bacterianas y un 51% (n=33) a diarreas virales.

A la SE 7 del año 2025 se estudiaron en total 368 muestras, de las cuales 8 fueron positivas; 4 corresponden a diarreas virales y 4 a diarreas bacterianas.



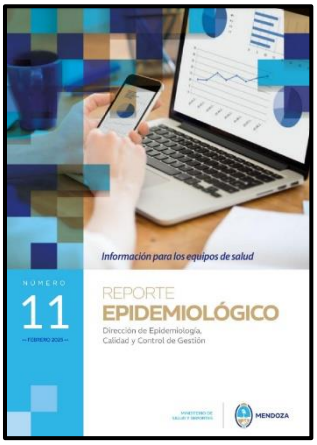
Corredor endémico semanal de Diarrea. Provincia del Chubut. SE1-7 2025. N=2013



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

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

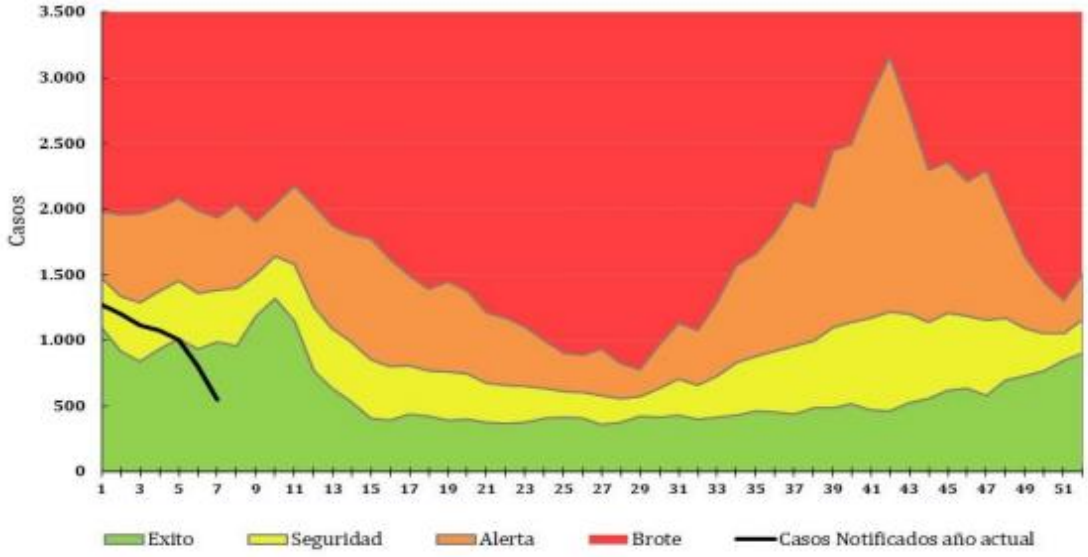
VIII.4. Mendoza: Diarreas



En las primeras 7 semanas epidemiológicas del año 2025 se han notificado al SNVS, un total de 7012 casos de diarreas. En la SE01, la curva se ubicó en zona de seguridad con 1.275 casos, mostrando un descenso respecto a los casos de la última semana del año 2024, cuando se notificaron 1.435 casos. Se mantiene en zona de seguridad hasta SE 05 para posterior descenso a zona de éxito. Hay que considerar que la demora en la carga puede explicar este descenso.

Las diarreas notificadas en menores de 10 años a SE 07/25 representan el 43,9% (3076) de las notificaciones, seguidas, en orden descendente, por el grupo de 25 a 3 14 34 años (857) 12,2%, el grupo de 10 a 14 años (696) 9,9 % y el grupo de 45 a 64 años (677) 9,7 % de los casos notificados

Corredor endémico (2020-2024) por SE. SE1 a SE7- DIARREAS -Año 2025- Mendoza



Fuente. SNVS 2.0- *Elaboración: Dpto. de procesamiento y análisis de datos*- 20/02/2025

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

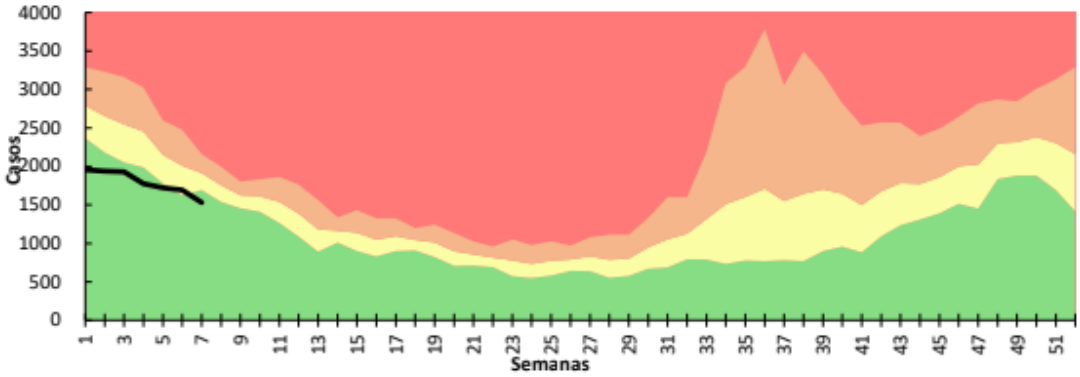
VIII.5. Salta: Enfermedades diarreicas agudas

Se evidencia una disminución sostenida de casos notificados hasta la SE7, el corredor endémico de enfermedades diarreicas agudas permanece en zona de éxito.



CASOS SEMANA 07/2025	CASOS ACUMULADOS 2025
1530	12542

Corredor endémico semanal de diarreas. Años: 2020 a 2024. SE 07 de 2025. Provincia de Salta. (n= 10258*)

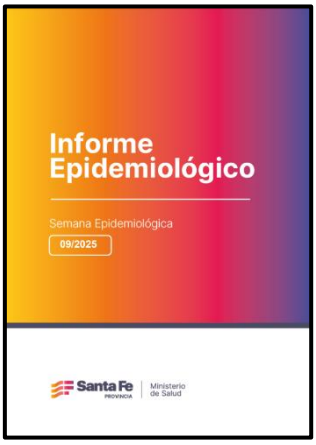


Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este grafico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante de información en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

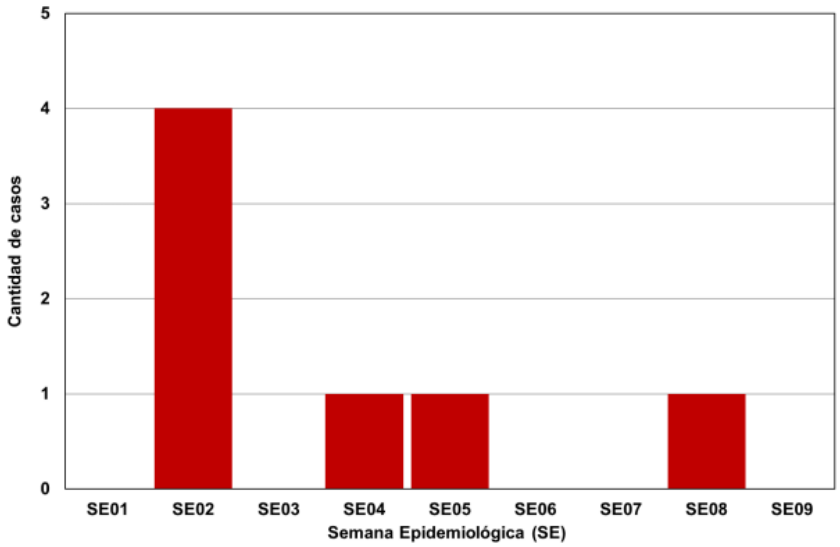
Para mas información: http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

VIII.6. Santa Fe: Leptospirosis

Desde la SE 01 a la SE 09 de 2025 se notificaron 244 casos al evento de Leptospirosis, de los cuales 7 se confirmaron. Los 7 casos confirmados manifestaron su residencia habitual en los siguientes departamentos: 4 casos de La Capital (4 casos de SE02/2025), 2 casos de Rosario (1 caso de SE04/2025 y 1 caso de SE05/2025) y 1 caso de Belgrano (1 caso de SE08/2025). La mayoría de los casos son del sexo masculino de 7, 12, 15, 17, 23 y 49 años, habiendo sólo 1 caso del sexo femenino de 27 años. Entre los casos confirmados, se notificó el fallecimiento de 1 persona de 23 años por Leptospirosis.



Cantidad de casos confirmados al evento de Leptospirosis por Semana Epidemiológica. Provincia de Santa Fe. Año 2025 (SE 01 hasta SE 09). N= 7



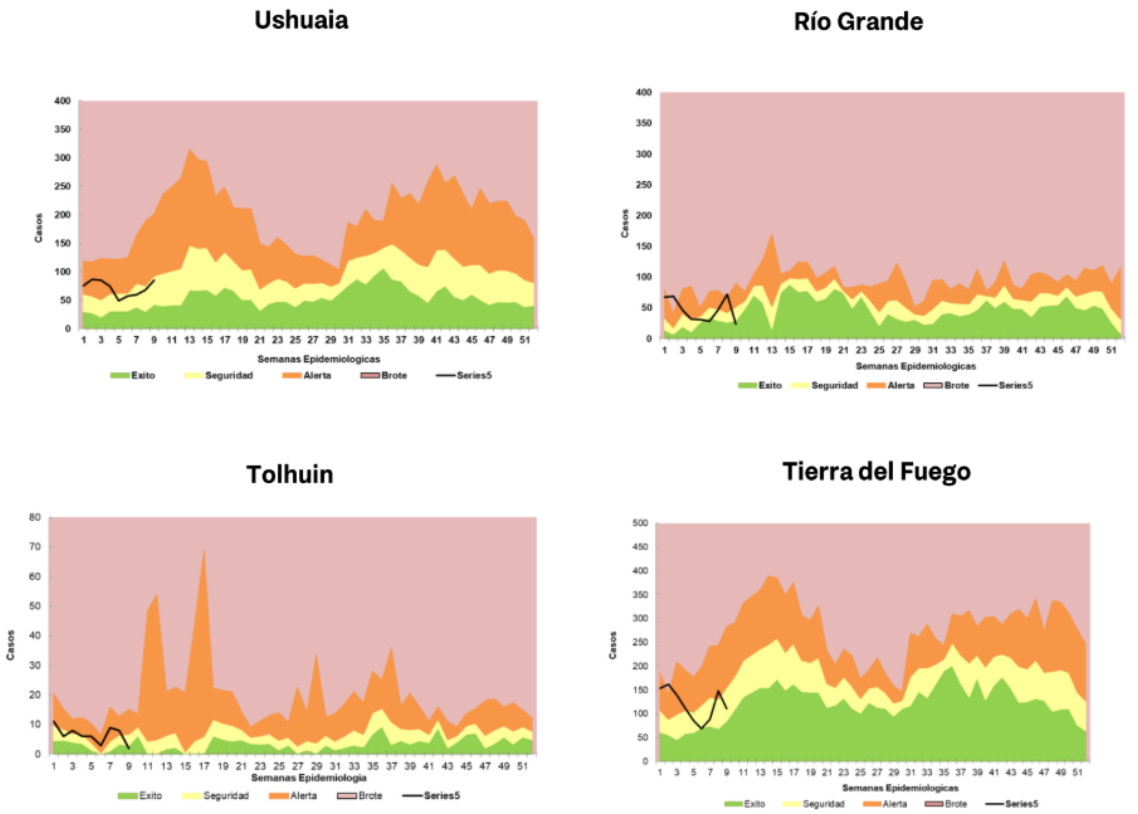
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) - notificación nominal hasta el 08/02/2025.

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

VIII.7. Tierra del fuego: Diarreas agudas

Hasta la SE 9 en 2025 se notificaron 1.125 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 640 casos. En Río Grande, la incidencia se ubica en zona de alerta con un total de 426 casos acumulados. En Tolhuin se ubica en zona de alerta, con un total de 59 casos acumulados.





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/

VIII.8. Tucumán: Sífilis

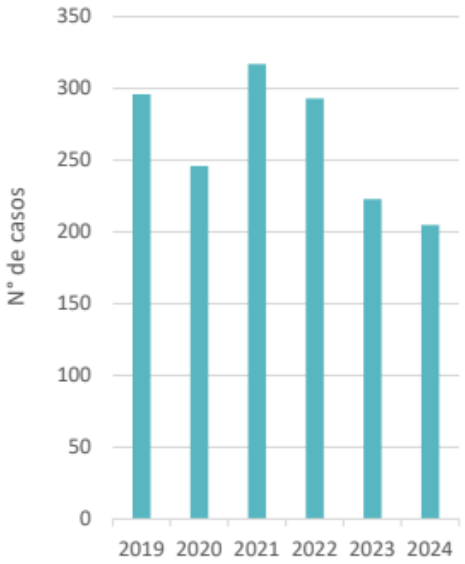


Se realizó un estudio durante el período 2019-2024 en Tucumán con un total de 1580 casos de sífilis en embarazadas, alcanzando el valor más alto en 2021 (n=317).

Además en un análisis por grupos de edad, en el mismo período, el mayor número de casos reportados corresponde al grupo de 20 a 24 años (640 casos), seguido del grupo de 25 a 29 años, siendo la razón de sífilis en embarazadas en estos grupos de 34,4 y 22 casos por 1000 nacidos vivos, respectivamente.

Al realizar una comparación entre los departamentos de la provincia en el mismo período de tiempo, observó que del total de casos notificados (n=1580), el departamento Capital (n=565) fue el de mayor número de notificaciones, seguido de Cruz Alta (n=296).

Distribución de casos de sífilis en embarazadas por año. Tucumán, período 2019-2024 (n= 1580).



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

Para más información: direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **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

Para consultar cambios que se hayan realizado en enero 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" **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”

IX.1. Información relevante: enteroparasitosis

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

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

X. 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*

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

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

Modalidad Virtual Autoadministrada

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

Inicia el 2 de diciembre

Duración: 25 horas.

INSCRIPCIONES EN:

Consultas a: cursos.direpinacion@gmail.com

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



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

Duración: 25 horas

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