



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Nº 755

Semana epidemiológica 18
AÑO 2025
Desde 27/04 al 03/05
Fecha de publicación
12/05/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA



AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Alejandro Alberto VILCHES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Autores de este boletín

EVENTOS PRIORIZADOS

Sarampión: Federico M. Santoro¹, Tamara Wainzinger¹, M. Agustina La Regina Coce¹, Manuel González Picasso¹, Julián Antman¹, Cecilia González Lebrero¹.

Dengue y otros arbovirus: Gabriela Fernández¹, Yasmin El Ahmed¹, Dalila Rueda¹, Federico M. Santoro¹, Silvina Moisés¹, Pilar Plantamura¹, Lucía Valenzuela Chanteford¹, Karina Chaves¹, Esteban Couto², Julieta Siches³, Lucía Maffey³, Julián Antman¹, Cintia Fabbri⁴, Victoria Luppo⁴, María Alejandra Morales⁴, Gonzalo Díaz⁶, Carolina Cerrudo⁶, Gabriela Anahí Chiavetta⁶, Lorena Ferreira⁶.

Infecciones respiratorias agudas: Carla Voto¹, María Paz Rojas Mena¹, Dalila Rueda¹, Federico M. Santoro¹, Silvina Moisés¹, Lara Victoria Gomez¹, Andrea Pontoriero⁷, Tomás Poklepovich⁸.

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

Psitacosis - Actualización informe epidemiológico: Melisa Laurora¹, Celeste Castillo³, Virginia Sciarreta³, Natalia Casas³, Carlos Giovacchini⁹, Alejandra Piazza³, Estela Cadario⁵, Claudia Lara⁵.

Pandego-resistencia - Informe epidemiológico: Alejandra Corso¹⁰, Fernando Pasteran¹⁰, Juan Manuel de Mendieta¹⁰, Paulina Marchetti¹⁰, Alejandra Menocal¹⁰, Antonella Vallone¹.

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

Franco Ormeño Mazzochi¹, Sebastián Riera¹.

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA

Antonella Vallone¹, Morena Diaz¹, Laura Bidart¹, Agustina Page¹, Martina Prina¹.

Gestión del SNVS y de los datos de vigilancia: Alexia Echenique Arregui¹, Leonardo Baldivieso¹, Estefanía Cáceres¹, Guillermina Pierre¹, Juan Pablo Ojeda¹, Julio Tapia¹.

Compilación: Sebastián Riera¹, Franco Ormeño Mazzochi¹.

Coordinación General: Cecilia González Lebrero¹, Julián Antman¹.

¹ Dirección de Epidemiología.

² Instituto Nacional de Medicina Tropical.

³ Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades transmitidas por vectores.

⁴ Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui", INEVH-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

⁵ Laboratorio Nacional de Referencia de Psitacosis, Servicio de Bacteriología Clínica, Departamento de Bacteriología, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI - ANLIS "Carlos G. Malbrán".

⁶ Servicio Meteorológico Nacional.

⁷ Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza y otros virus respiratorios, INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

⁸ Centro Nacional de Genómica y Bioinformática, CeNAGeM-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

⁹ Departamento de Epidemiología, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

¹⁰ Servicio de Antimicrobianos, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI-ANLIS "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 Psitacosis se transmite a través de aves enfermas como loros, cotorras, papagayos, canarios, jilgueros y palomas. Esas aves cuando están enfermas eliminan *Chlamydias* al medio ambiente a través de secreciones oculares, excrementos secos, secreciones respiratorias y polvo de las plumas. Estas secreciones al secarse permanecen en el aire y son aspiradas por las personas, que de esta forma se infectan. Foto tomada de banco de imágenes libre de derechos.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°755, SE 18.

I. Sobre este BEN

Esta edición del Boletín Epidemiológico Nacional presenta información actualizada de los eventos de notificación obligatoria, eventos priorizados, situaciones emergentes y contenidos de interés federal, acompañada de análisis que permiten una lectura contextualizada de los datos.

En esta entrega se actualizan las tablas de eventos nominales, clínicos y laboratoriales, incluyendo datos notificados y confirmados por las jurisdicciones del país. Entre los eventos priorizados, se incluye a partir de este BEN la actualización de sarampión, con el análisis de los casos confirmados durante 2025 y las acciones en curso; dengue y otros arbovirus, con un abordaje integral que incluye vigilancia entomológica, situación por serotipos, vigilancia de gravedad y dengue durante el embarazo; e infecciones respiratorias agudas, con foco en la vigilancia clínica y de laboratorio a nivel nacional.

En el apartado de actualizaciones periódicas, se presentan dos informes: Por un lado, la segunda actualización sobre la situación epidemiológica de psitacosis, incluyendo antecedentes, distribución, gravedad y aspectos de laboratorio, junto con una revisión normativa del evento. En segundo lugar, se incorpora un informe epidemiológico detallado sobre la situación nacional de la pandrog-resistencia, con información sobre vigilancia molecular y recomendaciones para el equipo de salud.

Como parte de los informes especiales, se destaca la actualización sobre el brote de fiebre tifoidea en la provincia de Buenos Aires, incluyendo acciones en curso y recomendaciones para vigilancia, salud ambiental y población. También se incluyen alertas y comunicaciones internacionales con foco en la situación del sarampión en la región de las Américas, junto a una nueva sección de destacados de boletines jurisdiccionales que permite visibilizar la producción local de información epidemiológica.

Finalmente, se incorpora información sobre cursos, herramientas para la vigilancia (con modificaciones recientes en el SNVS 2.0) y detalles sobre la convocatoria a la Residencia Nacional en Epidemiología.

Contenido

I. Sobre este BEN	5
TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS	8
II. Tablas de ENO seleccionados	9
II.1. Introducción	9
II.2. Nota metodológica	9
II.2.A. Sobre la construcción de las tablas	9
II.2.B. Notas adicionales a tener en cuenta	10
II.3. Eventos nominales confirmados	10
II.4. Eventos nominales notificados y confirmados	12
II.5. Eventos agrupados clínicos	13
II.6. Eventos agrupados laboratoriales	15
II.6.A. Sobre la construcción de esta tabla	15
EVENTOS PRIORIZADOS	16
III. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión	17
III.1. Introducción	17
III.1.A. Situación epidemiológica mundial y regional	17
III.1.B. Situación actual en Argentina	17
III.1.C. Descripción de los Casos confirmados de sarampión en Argentina - 2025	18
III.1.D. Indicadores para la vigilancia epidemiológica	20
III.2. Recomendaciones para la comunidad	24
III.3. Recomendaciones para los equipos de salud	24
III.4. Vigilancia epidemiológica	24
III.4.A. Definición y clasificación de caso:	25
III.5. Medidas de prevención	25
III.6. Medidas ante casos y contactos	26
III.6.A. Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados:	26
IV. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	28
IV.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus	28
IV.1.A. 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	34
IV.2.C. Temporada actual	34
IV.2.D. Distribución según región, jurisdicción y departamento	36
IV.2.E. Situación según serotipos circulantes	39
IV.2.F. Situación epidemiológica del evento "dengue durante el embarazo"	40
IV.2.G. Vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue	41
IV.2.H. Favorabilidad para brotes de Dengue	42
IV.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus	43
IV.3.A. Situación epidemiológica de fiebre amarilla en argentina	44
IV.4. Vigilancia entomológica	46
IV.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición	46
IV.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) –SE15 (2025)	46
IV.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios	50
V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	52
V.1. Nota Metodológica	52
V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	52
V.3. Síntesis de la información nacional destacada	53
V.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	53
V.3.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados	53
V.3.C. Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios	54
V.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	54
V.4.A. Enfermedad tipo influenza (ETI)	54
V.4.B. Neumonía	56
V.4.C. Bronquiolitis	57
V.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios	58
V.5.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas	61
ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS	63
VI. Psitacosis – Actualización informe epidemiológico	64
VI.1. Introducción	64
VI.2. Nota metodológica	64
VI.3. Situación epidemiológica histórica (2019-2024)	65
VI.4. Situación epidemiológica actual. SE 1 a SE 17 de 2025	65
VI.4.A. Comparación períodos previos	65
VI.4.B. Distribución espacial	67
VI.4.C. Distribución por edad y sexo	68

VI.4.D.	Antecedentes epidemiológicos	68
VI.4.E.	Gravedad y mortalidad	69
VI.5.	Laboratorio: tipos de muestra y ensayos para el estudio etiológico	70
VI.5.A.	Circuito de muestras	71
VI.6.	Medidas de Prevención y Control	71
VI.6.A.	Responsabilidades de las autoridades sanitarias, médicos y veterinarios	71
VI.6.B.	Medidas de prevención y recomendaciones	72
VI.7.	Actualización de Normativa de Vigilancia Epidemiológica	72
VI.7.A.	Introducción	72
VI.7.B.	Evento: Psitacosis; Categoría: Eventos Transmisibles; Grupo: Psitacosis	73
VII.	Pandrogo-resistencia - Informe epidemiológico	78
VII.1.	Introducción	78
VII.2.	Situación de Pandrogo - resistencia en Argentina	78
VII.2.A.	Situación Epidemiológica Nacional de la Resistencia a los Antimicrobianos (2020 - 2024)	78
VII.2.B.	Vigilancia Molecular	81
VII.3.	Recomendaciones para el equipo de salud	82
VII.3.A.	Medidas preventivas	82
VII.4.	Conclusiones	83
VII.5.	Sobre este informe	84
VII.5.A.	Modalidad de vigilancia y nota metodológica	84
VII.5.B.	Listado de antimicrobianos incluidos en la definición de PDR según grupo bacteriano	84
VII.5.C.	Definiciones de caso	85
INFORMES ESPECIALES		87
VIII.	Brote de Fiebre Tifoidea en Provincia de Buenos Aires - Actualización	88
VIII.1.	Antecedentes y situación actual	88
VIII.1.A.	Acciones en curso	88
VIII.2.	Vigilancia y recomendaciones	89
VIII.2.A.	Vigilancia epidemiológica de Fiebre Tifoidea	89
VIII.2.B.	Monitoreo salud ambiental	91
VIII.2.C.	Recomendaciones para la población	92
VIII.2.D.	Recomendaciones para personas en tratamiento por Fiebre Tifoidea	94
ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES		95
IX.	Introducción	96
IX.1.	Actualización Epidemiológica - Sarampión en la Región de las Américas - OPS	97
IX.1.A.	Resumen a nivel global	97
IX.1.B.	Resumen de la situación en la Región de las Américas	97
IX.1.C.	Situación epidemiológica de sarampión en 2025 por país en la Región de las Américas	98
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES		103
X.	Boletines Jurisdiccionales	104
X.1.	Buenos Aires: Tablas de eventos de notificación obligatoria (ENO)	104
X.2.	Salta: Infecciones respiratorias agudas (IRA)	105
X.3.	Santa Fe: Dengue	106
X.4.	Tierra del Fuego: Enfermedades respiratorias	107
X.5.	Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años	108
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA		109
XI.	Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	110
XI.1.	Información relevante: enteroparasitosis	110
XII.	Resistencia Nacional en Epidemiología y el Concurso de Ingreso 2025.	112
XII.1.	Información detallada sobre la residencia:	112
XII.1.A.	Profesiones habilitadas a concursar:	112
XII.1.B.	Publicación de información definitiva del Concurso Unificado:	112
XIII.	1º Edición del Curso: "Vigilancia y notificación de dengue"	113
XIV.	4º Edición del Curso Virtual "Introducción al SNVS 2.0"	114
XV.	7º Edición: Curso Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud	115

TABLAS DE
EVENTOS DE
NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA
SELECCIONADOS

II. Tablas de ENO seleccionados

II.1. Introducción

Luego de varios años y distintos formatos, las tablas de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) vuelven a formar parte del Boletín Epidemiológico Nacional. Consideramos fundamental recuperar la presentación sistemática de estos datos para lograr una comprensión más integral de la situación epidemiológica actual.

La pandemia y la complejidad del trabajo en epidemiología en los años posteriores han dificultado el seguimiento de eventos que no sean emergentes o priorizados. No obstante, entendemos que disponer de estos datos es esencial para fortalecer la vigilancia epidemiológica.

Si bien reconocemos la importancia de esta presentación, sabemos que las tablas aquí expuestas pueden contener errores, principalmente debido a la complejidad de la gestión de la vigilancia, que involucra múltiples actores en la cadena de notificación. Esto incluye desde la notificación local hasta la validación final por el laboratorio de referencia nacional, pasando por diversas áreas técnicas y equipos de análisis, siempre dependiendo del evento.

A pesar de estas posibles limitaciones, consideramos que la publicación de estas tablas es un paso clave para robustecer y optimizar el proceso de vigilancia epidemiológica y dar cuenta de la situación epidemiológica.

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

- **Primera tabla:** Muestra **26** eventos en los que solo se presentan los **casos nominales confirmados**, ya que la notificación en sí misma no es un criterio central de vigilancia en estos casos. Es decir, para estos eventos, el enfoque está en los casos confirmados más que en los sospechosos.
- **Segunda tabla:** Contiene **25 eventos nominales** donde se considera relevante tanto la sospecha como la notificación en general, antes de caracterizar los casos confirmados.
- **Tercera tabla:** presenta **23 eventos agrupados clínicos**, contruidos a partir del conteo de casos según grupo de edad y componente clínico.
- **Cuarta tabla:** muestra **5 eventos agrupados laboratoriales**, basados en el conteo de casos por grupo etario, considerando muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como las que resultaron positivas.

Este esfuerzo es un proceso en evolución. A medida que recibamos sugerencias, perfeccionemos los procedimientos y consolidemos los datos, ajustaremos la presentación de las tablas para que respondan mejor a las necesidades de los distintos ámbitos que las utilizan.

II.2. Nota metodológica

II.2.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LAS TABLAS

Las tablas se elaboran con datos basados en la fecha de notificación (o fecha de apertura del caso) en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), considerando las semanas epidemiológicas (SE) seleccionadas de los años 2020 a 2025.

Para calcular la mediana de los valores acumulados entre 2020 y 2024, se ordenan los datos de menor a mayor y se toma el valor central (tercer puesto en un conjunto de cinco años).

Por ejemplo, si el evento X presentó los siguientes valores entre la SE 1-10 de cada año:

Sección	Evento	Acumulado 2020	Acumulado 2021	Acumulado 2022	Acumulado 2023	Acumulado 2024	Mediana acumulada 2020-2024	Acumulado 2025
X	X	38	40	34	139	75	40	80

Los valores ordenados serían: **34, 38, 40, 75, 139**, por lo que la mediana es **40**. En este caso, los **80 casos de 2025** se compararían con la mediana de 40, resultando en un incremento absoluto de **40 casos** y un aumento **del 100%** en términos porcentuales.

El procedimiento de cálculo es el mismo para ambas tablas, con la diferencia de que en la segunda tabla se incluye el total de notificaciones además de los casos confirmados.

II.2.B. NOTAS ADICIONALES A TENER EN CUENTA

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

- ✓ **Datos parciales y sujetos a modificación:** Se compara un año en curso (2025) con años cerrados (2020-2024), por lo que las cifras pueden cambiar.
- ✓ **Diferencias con otros informes:** Las tablas se basan en la **fecha de notificación o apertura del caso**, mientras que otros análisis pueden utilizar la **fecha de inicio de síntomas (FIS)** o una fecha ajustada para cada evento.
- ✓ **Exclusión de casos invalidados:** No se incluyen en las tablas los casos invalidados por epidemiología.
- ✓ **Clasificación de los casos confirmados:** La metodología varía según el evento, pudiendo emplearse algoritmos específicos o una **clasificación manual**.
- ✓ **Confirmaciones prolongadas en ciertos eventos:** En patologías como Chagas y Sífilis Congénita, los casos sospechosos pueden permanecer en esa categoría durante varios meses antes de su confirmación.
- ✓ **Interpretación del "N/A":** Cuando aparece "N/A" en las tablas, significa que la diferencia porcentual **"No Aplica"**, generalmente porque uno de los valores en la comparación es cero.
- ✓ **Valores bajos y análisis porcentual:** Aunque se presentan los valores porcentuales para todos los eventos, en aquellos con menos de 20-30 casos, se recomienda cautela en la interpretación.

II.3. Eventos nominales confirmados

Para la siguiente tabla, se utilizaron clasificaciones manuales con el fin de determinar los casos confirmados, excepto para hantavirus, donde se aplica un algoritmo específico acordado con las áreas involucradas.

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-18. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-18	2025 Acumulados SE 1-18	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	81	64	-17	-21%
Enf. zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	3.190	6.100	2.910	91%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	171	215	44	26%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	63	72	9	14%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	4	3	-1	-25%
	Cisticercosis	3	4	1	33%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.309	3.842	1.533	66%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	243	430	187	77%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	16	29	13	81%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	5	13	8	160%
	Brucelosis	38	38	0	0%
	Hantaviriosis	25	27	2	8%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	10	7	233%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	510	531	21	4%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	5	6	1	20%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	1	14	13	1300%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	0	19	19	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	0	0	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	3.690	3.690	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	311	311	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	205	205	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	4.382	5.701	1.319	30%

Nota: La asignación de la semana epidemiológica a los casos de tuberculosis que se notifican a través del SNVS se realiza, a partir de este reporte, utilizando la fecha de carga. En las tablas de los informes previos, se asignó a los casos la semana epidemiológica de la fecha de diagnóstico del caso que no necesariamente coincide con la fecha de carga cuando la carga se realiza posteriormente.

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

II.4. Eventos nominales notificados y confirmados

En la siguiente tabla, la mayoría de los casos se clasifica mediante algoritmos específicos definidos para cada evento, garantizando un criterio uniforme en la confirmación de los mismos. Sin embargo, existen algunas excepciones en las que se emplea una clasificación manual confirmatoria, debido a la naturaleza de la vigilancia y los procesos diagnósticos particulares. Estos casos incluyen Sarampión y Rubéola, PAF en <15 años, Trichinellosis, Chagas crónico en emb, Sífilis Congénita, Intox./Exp. a Monóxido de Carbono y mpox.

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-18. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-18		2025 Acumulados SE 1-18		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enf. prevenibles por vacunas	Enfermedad Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	356	1	3.188	26	2.832	796%	25	N/A
	Enfermedad Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	356	0	3.188	0	2.832	796%	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	698	298	944	300	246	35%	2	1%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomyelitis	45	0	36	0	-9	-20%	0	N/A
Enf. Transmisibles por vectores	Dengue	61.636	39.449	48.026	15.213	-13.610	-22%	-24.236	-61%
	Encefalitis de San Luis	137	4	150	0	13	9%	-4	-100%
	Fiebre amarilla humana	92	0	120	0	28	30%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	13	0	41	0	28	215%	0	N/A
	Zika	1.130	0	668	0	-462	-41%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	116	38	89	26	-27	-23%	-12	-32%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.093	33	1.085	92	-8	-1%	59	179%
	Psitacosis	141	29	386	79	245	174%	50	172%
ETMI - Enf. del niño	Chagas agudo congénito	488	24	495	21	7	1%	-3	-13%
	Sífilis Congénita	1.030	298	304	293	-726	-70%	-5	-2%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	1	0	1	N/A	0	N/A
ETMI - Enf. en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	927	890	642	529	-285	-31%	-361	-41%
	Sífilis en embarazadas	3.566	3.128	3.999	3.776	433	12%	648	21%
	Hepatitis B en embarazadas	0	22	47	10	47	N/A	-12	-55%
Hepatitis virales	Hepatitis A	54	12	114	55	60	111%	43	358%
	Hepatitis B	930	234	1.039	238	109	12%	4	2%
	Hepatitis C	844	407	773	453	-71	-8%	46	11%
	Hepatitis E	16	1	9	1	-7	-44%	0	0%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	10.654	8.066	16.880	14.458	6.226	58%	6.392	79%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	116	58	205	164	89	77%	106	183%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	0	0	79	15	79	N/A	15	N/A

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

II.5. Eventos agrupados clínicos

Para los eventos agrupados clínicos (tercera tabla), una de sus principales particularidades es que los datos se presentan tal como están registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), sin modificaciones o reclasificaciones posteriores. Esto implica que no se aplican procesos de validación adicionales ni criterios específicos de clasificación manual o por algoritmo, como ocurre en las tablas de eventos nominales.

En esta tabla, los datos se presentan agrupados según grupo etario, contabilizando los casos de eventos clínicos. Este enfoque permite analizar la distribución de ciertas condiciones en distintos grupos de edad a partir de la información reportada en el sistema, reflejando la carga de enfermedad según manifestaciones clínicas.

Dado que los datos de estas tablas reflejan directamente lo reportado en el sistema, pueden estar sujetos a inconsistencias o variaciones según la calidad del registro en cada jurisdicción. Sin embargo, su utilidad radica en proporcionar una visión agregada y operativa de la vigilancia epidemiológica, facilitando el monitoreo de tendencias y patrones en distintos contextos.

Es importante remarcar, para el caso de las diferentes lesiones que se presentan, que este evento comenzó a notificarse en 2023, a partir de su inclusión en la actualización de las normas en 2022.

Tabla 3. Tabla de agrupados clínicos. SE 1-18. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-18	2025 Acumulados SE 1-18	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmitidas por alimentos	Diarrea	299.669	272.270	-27.399	-9%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	707	646	-61	-9%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	202	162	-40	-20%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	17.026	11.589	-5.437	-32%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	280.015	219.716	-60.299	-22%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	15.695	14.185	-1.510	-10%
	Neumonía (sin especificar)	20.526	16.312	-4.214	-21%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	0	1.649	1.649	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	0	1.268	1.268	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	9.216	9.216	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	0	650	650	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	0	2.214	2.214	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	2	2.129	2.127	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	26	11.082	11.056	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	1	2.241	2.240	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	3	902	899	N/A
	Lesiones por electrocución	0	255	255	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	309	309	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	0	24.101	24.101	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	0	9.072	9.072	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	3	12.454	12.451	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	214	214	N/A
	Otras lesiones en el hogar	2	8.696	8.694	N/A

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

II.6. Eventos agrupados laboratoriales

II.6.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA TABLA

Para los eventos agrupados laboratoriales (cuarta tabla), es preciso señalar que los datos se presentan tal como están registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), sin modificaciones o reclasificaciones posteriores. Esto implica que no se aplican procesos de validación adicionales ni criterios específicos de clasificación manual o por algoritmo, como ocurre en las tablas de eventos nominales.

Esta tabla, se centra en la caracterización de eventos a partir de los datos de muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como aquellas que resultaron positivas, permitiendo evaluar el volumen de pruebas realizadas y la proporción de casos confirmados para cada patología.

Dado que los datos de estas tablas reflejan directamente lo reportado en el sistema, pueden estar sujetos a inconsistencias o variaciones según la calidad del registro en cada jurisdicción. Sin embargo, su utilidad radica en proporcionar una visión agregada y operativa de la vigilancia epidemiológica, facilitando el monitoreo de tendencias y patrones en distintos contextos.

Tabla 4. Tabla de eventos agrupados laboratoriales. SE 1-18. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-18		2025 Acumulados SE 1-18		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	1.379	78	1.093	64	-286	-21%	-14	-18%
	Infección por Mycoplasma genitalium	234	4	278	6	44	19%	2	50%
	Infección por Mycoplasma hominis	823	85	880	132	57	7%	47	55%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	5.589	212	1.567	136	-4.022	-72%	-76	-36%
	Infección por Trichomonas vaginalis	8.669	942	4.236	598	-4.433	-51%	-344	-37%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

III. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión

III.1. Introducción

El sarampión es una enfermedad viral, **altamente contagiosa**, que puede presentarse en todas las edades. Su gravedad es mayor 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.1.A. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA MUNDIAL Y REGIONAL

En esta edición, la [información regional actualizada](#) se encuentra en apartado de “Alertas y Comunicaciones Internacionales”.

III.1.B. SITUACIÓN ACTUAL EN ARGENTINA

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 1637 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el país (Gráfico 1). A partir de la Semana Epidemiológica (SE) 6, coincidiendo con la emisión del alerta epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, se evidencia un aumento progresivo en la notificación de casos, alcanzando su punto máximo en las semanas 12 y 13.

A la fecha, se han confirmado 27 casos de sarampión en el país, de los cuales 15 corresponden a la provincia de Buenos Aires, 11 a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 1 caso a la provincia de San Luis.

De los 27 casos notificados, 4 fueron importados: 2 provenientes de Rusia (Genotipo B3), 1 de Tailandia (Genotipo D8 linaje Patán) y 1 de México (Genotipo D8 linaje Ontario).

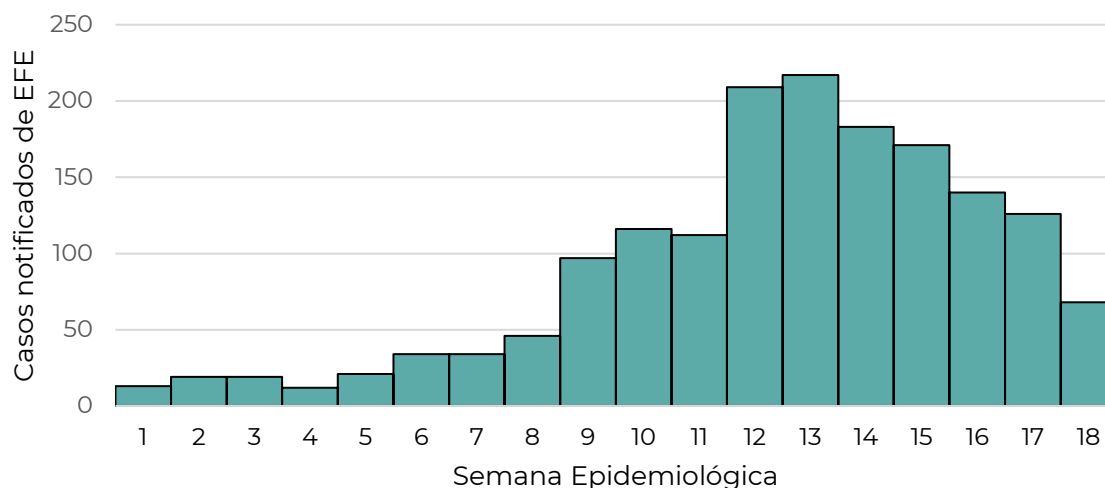
De los 23 casos restantes, en el momento actual de la investigación, la situación es la siguiente:

En 6 de ellos existe un vínculo estrecho con los casos importados provenientes de Rusia, ya que vivían en el mismo lugar.

En 14 casos, la investigación epidemiológica y/o la genotipificación del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR), permitió inferir que pertenecen a la misma cadena de transmisión de los casos importados de Rusia, considerándolos entonces relacionados con la importación.

Por último, 3 casos continúan en investigación para determinar su posible relación con las cadenas vinculadas a casos confirmados.

Gráfico 1. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE18 de 2025. N= 1637



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

III.1.C. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN EN ARGENTINA - 2025

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA):

Se han confirmado un total de 11 casos. Dos casos importados detectados en febrero de este año, y 8 relacionados con los mismos, ya sea por vínculo directo (cinco de los casos residen en un mismo edificio ubicado en la Comuna 14) o por transmisión comunitaria ocurrida en la zona o en una sala de espera hospitalaria. De acuerdo con la investigación epidemiológica, los otros casos pertenecen a las comunas 1, 4 y 12.

En uno de los casos confirmados no se pudo establecer vínculo epidemiológico con el resto de los casos y no se pudo obtener secuencias genómicas para establecer algún vínculo con las cadenas de transmisión conocidas relacionadas a la importación.

Los casos se distribuyen en un rango de edad de 5 meses a 40 años, con una mayor frecuencia en el sexo femenino (8 mujeres y 3 varones).

Provincia de Buenos Aires (PBA):

Se han confirmado 15 casos. De éstos, 12 presentan vínculos epidemiológicos con los casos de CABA o entre sí y/o el LNR ha permitido constatar que corresponden a la misma cadena de transmisión a partir de la genotipificación.

Un caso presenta antecedente de viaje a Tailandia, con genotipificación que descarta relación epidemiológica con el resto de los casos y plantea una nueva cadena de transmisión.

En dos de los casos, aún no ha sido posible determinar el nexo con las cadenas de transmisión conocidas por lo que aún permanecen en investigación.

Se destaca que, en uno de los casos previamente confirmados, se identificó un genotipo vacunal, motivo por el cual se descartó como caso de infección por virus salvaje.

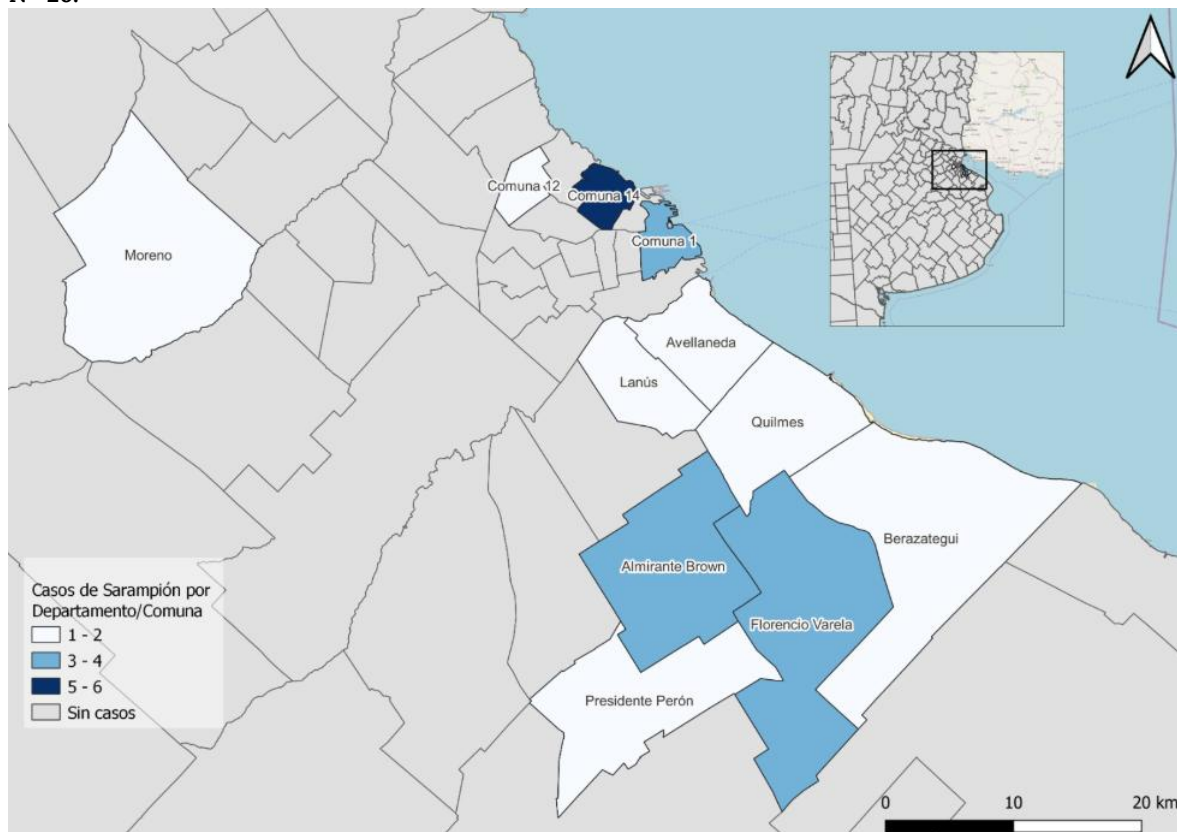
Los casos se distribuyen en un rango etario de 9 meses a 36 años, con predominio del sexo masculino (2 mujeres y 9 varones).

Provincia de San Luis:

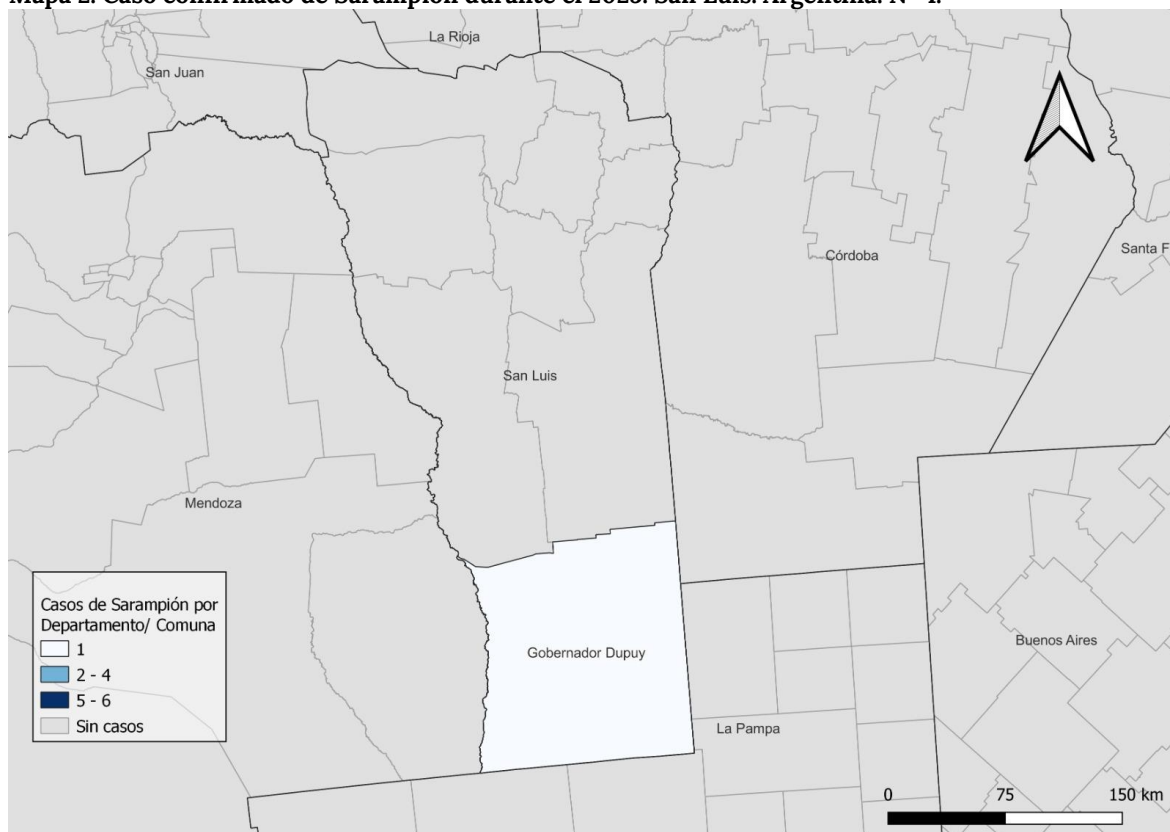
Se ha confirmado 1 caso importado en una beba de ocho meses, que no contaba con vacunación para el evento por no corresponder por la edad. Presenta antecedente de viaje a México, al Estado de Chihuahua.

En los siguientes mapas puede visualizarse la distribución espacial de los casos confirmados:

Mapa 1. Distribución espacial de los casos confirmados de Sarampión durante el 2025. AMBA. Argentina. N= 26.



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

Mapa 2. Caso confirmado de Sarampión durante el 2025. San Luis. Argentina. N= 1.

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

III.1.D. INDICADORES PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

En el Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita 2018–2023 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se establece como línea estratégica de acción N.º 2 el fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica para estas enfermedades.

En el marco de esta línea, se define el Objetivo 2.1, orientado a *monitorear la calidad y la sensibilidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita*. Para su evaluación, se proponen los siguientes indicadores:

2.1.1: Número de países que cumplen con la **tasa mínima anual esperada** de casos sospechosos de sarampión/rubéola (al menos 2 casos por cada 100.000 habitantes), y que además cumplan con al menos tres de los siguientes cinco indicadores:

1. Al menos el 80% de los casos sospechosos reciben una investigación adecuada.
2. En al menos el 80% de los casos sospechosos se obtienen muestras de suero adecuadas.
3. Al menos el 80% de las muestras llegan al laboratorio en un plazo máximo de cinco días.
4. Al menos el 80% de los resultados de laboratorio se notifican en un plazo máximo de cuatro días.
5. Se alcanza una tasa anual de casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita de al menos 1 por cada 10.000 nacidos vivos.

A continuación, se presenta una tabla con la distribución de casos confirmados por provincia, la tasa esperada por jurisdicción y el grado de cumplimiento de cada una hasta la fecha de corte del informe.

Tabla 1. Distribución de casos notificados y confirmados por jurisdicción en Argentina. Tasa cada 100 mil habitantes y notificaciones esperadas para el período actual. SE1 a SE18 de 2025⁵.

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	15	958	5,2	129	367
CABA	11	412	13,3	22	62
Catamarca		12	2,8	3	9
Chaco		15	1,2	9	25
Chubut		16	2,4	5	13
Córdoba		43	1,1	28	79
Corrientes		7	0,6	8	23
Entre Ríos		22	1,5	10	29
Formosa		1	0,2	4	13
Jujuy		23	2,8	6	16
La Pampa		9	2,4	3	7
La Rioja		1	0,2	3	8
Mendoza		37	1,8	15	42
Misiones		4	0,3	9	27
Neuquén		2	0,3	5	14
Río Negro		5	0,6	6	16
Salta		7	0,5	11	30
San Juan		10	1,2	6	16
San Luis	1	5	0,9	4	11
Santa Cruz		4	1,0	3	8
Santa Fe		28	0,8	26	73
Sgo. del Estero		3	0,3	7	21
T. del Fuego		1	0,5	1	4
Tucumán		12	0,7	13	36
Total	27	1637	3,4	333	949

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

En la tabla precedente se observan 3 situaciones. En primer lugar, las jurisdicciones que presentan notificaciones por encima de lo esperado para la fecha, esto se tiene en cuenta en virtud de las notificaciones esperadas al 3 de mayo a partir de la tasa anual de 2 x 100.000. Así, la provincia de Buenos Aires, en todo el año debería alcanzar las 367 notificaciones y en la

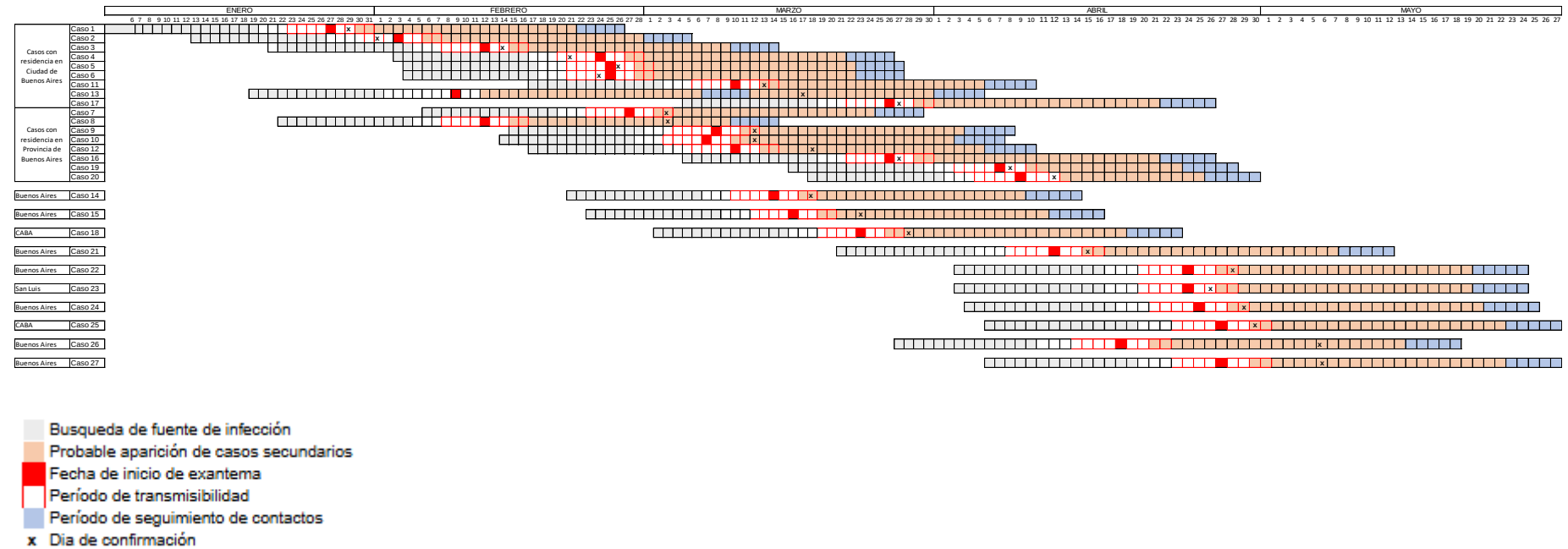
⁵ Los casos notificados corresponden a los reportados hasta la SE18, mientras que la información sobre los casos confirmados refleja la más reciente disponible al momento de la elaboración de este boletín epidemiológico.

actualidad cumplir con al menos 129. Por este motivo, las 958 que se constatan en esta jurisdicción (en verde) están por encima de lo esperado. De hecho, al igual que CABA, ambas jurisdicciones superaron las notificaciones de todo el año. Por encima de lo esperado también se encuentran: Catamarca, Chaco, Chubut, Córdoba, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santa Cruz y Santa Fe. La provincia de Tierra del Fuego presenta la misma cantidad de notificaciones que las esperadas (verde más claro).

En rosado se muestra la tercera situación posible: aquellas jurisdicciones que presentan menos notificaciones que las esperadas, pero al menos una. Aquí se encuentran Corrientes, Formosa, La Rioja, Misiones, Neuquén, Rio Negro, Salta, Santiago del Estero y Tucumán.

A continuación, se describen las líneas temporales de los casos. El caso 14 y el caso 25 se presentan por separado ya que corresponden a nuevas cadenas de transmisión, siendo el primero un caso importado con antecedente de viaje a Tailandia y el segundo (el de San Luis), como ya se explicó, a México. Asimismo, los casos 15, 18, 21 y 22 también se muestran por separado, ya que no se ha podido establecer contacto con casos confirmados de las cadenas de transmisión conocidas. Estos casos se encuentran en investigación para identificar la posible fuente de infección.

Figura 1. Líneas temporales de los casos de sarampión.



Fuente: Elaboración propia en base a datos brindados por los Ministerios de Salud CABA y PBA

Dos de los casos requirieron internación por neumonía, los demás casos fueron manejados de manera ambulatoria y todos evolucionaron favorablemente.

Dieciocho casos fueron confirmados en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS "Carlos G. Malbrán" con identificación del **genotipo B3**, mientras que el caso con antecedente de viaje a Tailandia fue confirmado con identificación del **genotipo D8 linaje Patán** y el caso notificado con antecedente de viaje a México se identificó el **genotipo D8 linaje Ontario** coincidente con la circulación en el estado de Chihuahua.

Medidas ante brotes

Las acciones de control de brote se deben realizar dentro de las primeras 48hs., 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 24hs. Se deben realizar las acciones de bloqueo con vacuna triple o doble viral según indicación dentro de las 72hs. o gammaglobulina dentro de los 6 días del contacto.

III.2. Recomendaciones para la comunidad

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

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

III.3. Recomendaciones para los equipos de salud

Hay que tener en cuenta realizar un correcto *triage* de las personas sintomáticas que concurren a los centros asistenciales de salud para poder tomar las medidas de aislamiento respiratorio para evitar la exposición de las personas que se encuentran en ese momento y la contaminación durante 2 horas de los espacios en donde se encuentre el paciente.

III.4. 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 obligatoria⁶.

⁶ Disponible en

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

Todo caso sospechoso de EFE deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)⁷ al grupo de eventos Enfermedad Febril Exantemática, con datos completos tanto de identificación, clínicos, epidemiológicos y por laboratorio.

III.4.A. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASO:

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

Persona de cualquier edad con fiebre (temperatura axilar $>38^{\circ}\text{C}$) 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. Medidas de prevención

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

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

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

Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:

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

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

Ante el brote activo de sarampión en el AMBA y el riesgo de propagación del virus en la comunidad, se propone la implementación de una campaña de vacunación dirigida a la población objetivo residente en esta región. Consultar en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/02/lt_vacuna_sarampion-2025.pdf

⁷ Para consultas sobre cómo obtener permisos y capacitación para operar en el SNVS 2.0, comunicarse con la autoridad epidemiológica de la jurisdicción o por correo electrónico a epidemiologia@msal.gov.ar

III.6. Medidas ante casos y contactos

III.6.A. MEDIDAS ANTE CASOS SOSPECHOSOS Y/O CONFIRMADOS:

- Instaurar medidas de aislamiento respiratorio: uso de barbijo para la persona con sintomatología y para acompañantes para la circulación y atención dentro de la institución.
- Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios.
- Asegurar la atención de manera inmediata, evitando traslados innecesarios (evitar circular en transportes públicos y dentro de las instituciones, en caso de ser necesario salir de domicilio debe utilizar doble barbijo)
- El personal de salud a cargo de su atención deberá Utilizar barbijo de Alta eficiencia (N95); y contar con carnet de vacunación que certifique al menos 2 dosis en la vida con componente de sarampión doble viral (DV) o triple viral (SRP) o el antecedente clínico/serológico que demuestre haber padecido la enfermedad o haber sido inmunizado con vacuna.
- Informar inmediatamente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso, sin esperar resultados de laboratorio.
- Confeccionar la ficha de investigación epidemiológica y reportar los datos de la misma en el SNVS 2.0, evento “Enfermedad Febril Exantemática”.
- Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: tomar siempre muestra de sangre sumado a una muestra de orina dentro de los 14 días posteriores a la aparición de exantema y/o hisopado o aspirado nasofaríngeo (HNF o ANF) preferentemente dentro de los 7 días de inicio del cuadro. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que debe realizarse dentro de las 48 hs. posteriores a la toma.
- **Vacunación dentro de las 48 a 72 hs.:**
 1. Contactos entre 6 y 11 meses de edad deberán recibir UNA DOSIS de vacuna triple o doble viral. Esta dosis no debe ser tenida en cuenta como parte del esquema de vacunación del calendario nacional.
 2. Contactos de 12 meses: se deberá asegurar UNA DOSIS de vacuna triple viral.
 3. Contactos de 13 meses o más (excepto personas adultas nacidas antes de 1965) se deberán asegurar DOS DOSIS de vacuna con componente anti sarampionoso.
 4. Contactos menores de 6 meses de edad, embarazadas sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y severamente inmunosuprimidas (independientemente del antecedente de vacunación) deberán recibir Inmunoglobulina de pool dentro de los 6 días de contacto. La inmunoglobulina se aplica por vía intramuscular, la dosis recomendada es de 0.25 ml/kg. En personas inmunocomprometidas, la dosis es de 0,5 ml/kg (dosis máxima 15 ml).
- Realizar búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación).

- Localización y seguimiento de los contactos: Personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con vínculo epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión, o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola). Realizar el seguimiento de los potenciales susceptibles hasta 21 días después del inicio del exantema del caso.
- Búsqueda de la fuente de infección: Se buscará todo posible contacto con un caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar posibles situaciones o lugares de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.

Ficha de notificación:

[ficha de sarampion y rubeola 1742024.pdf](#)

Alerta epidemiológica del 06 de marzo de 2025.

[alerta epidemiologica-sarampion 07032025 0.pdf](#)

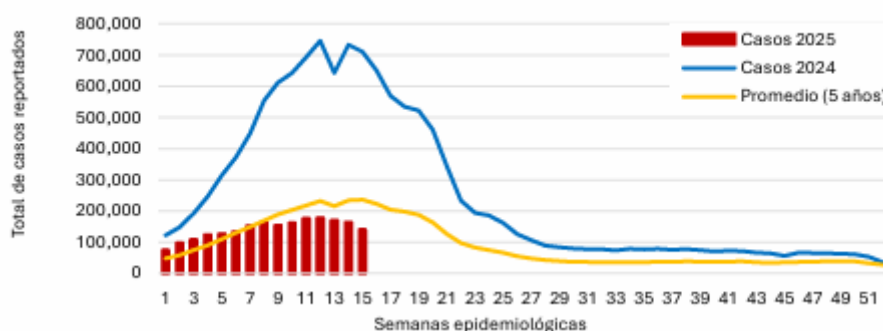
IV. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

IV.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 15, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 1 de mayo.

A la semana epidemiológica (SE) 15 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 2,109,031 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 207 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 71% en comparación al mismo periodo del 2024 y de 10% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 15.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 15 en 2025, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



Fuente: Plataforma de Información en Salud de las Américas. Datos epidemiológicos enviados a la OPS por los Ministerios e Institutos de Salud de países y territorios de las Américas

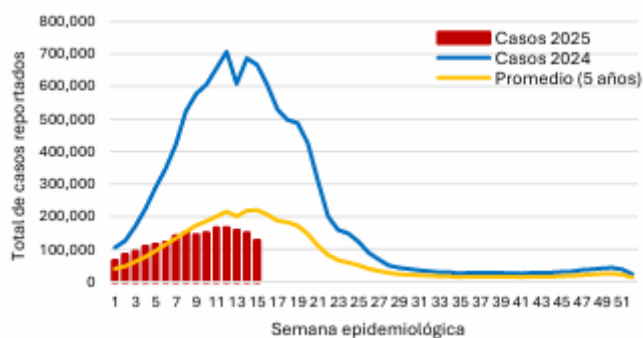
De los 2,109,031 casos de dengue reportados en las Américas, 832,097 casos (39%) fueron confirmados por laboratorio y 2,497 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 889 muertes por dengue, para una letalidad del 0.042%. Dieciséis países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 15. Estos países registran en conjunto 139,009 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 15. Del total de casos registrados en la SE 15, 192 fueron casos de dengue grave (0.1%) y se reportaron 25 muertes para una letalidad de 0.018%.

Trece países han reportado la circulación de serotipos de dengue en las Américas. Brasil, Costa Rica, El Salvador, México y Panamá con circulación simultánea de DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4.

IV.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 126,592 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 15. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 71% en comparación con la misma semana del 2024 y de 10% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

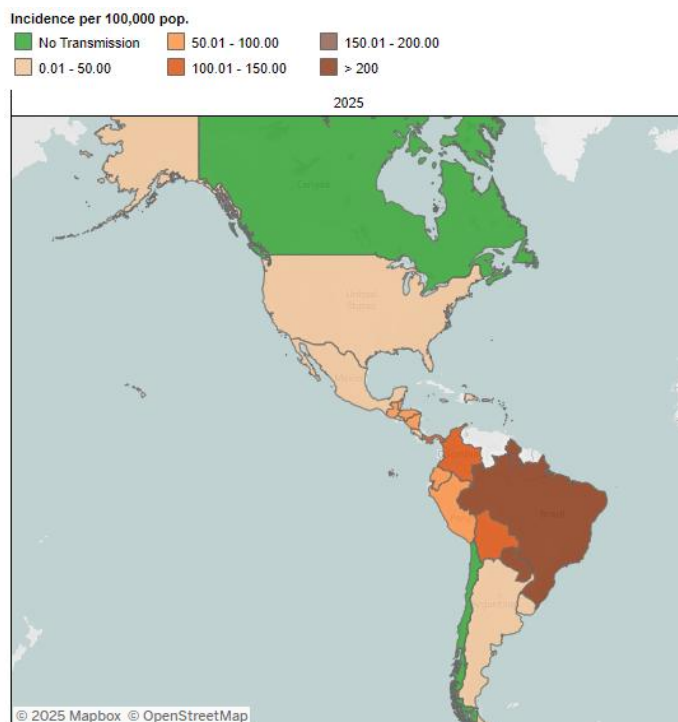
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 15, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



Fuente: Plataforma de Información en Salud de las Américas. Datos epidemiológicos enviados a la OPS por los Ministerios e Institutos de Salud de países y territorios de las Américas

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.⁸

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

⁸ <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics/indicadores-dengue-en/dengue-nacional-en/254-dengue-incidencia-en.html>

actualizada al 08/05/2025 en países regionales seleccionados⁹. Además, se incluye información de la actualización epidemiológica de Oropouche en la Región de las Américas¹⁰.

Brasil: hasta la SE 18/2025, se han reportado 2.137.856 casos de dengue, con 805 fallecimientos asociados, lo que representa un 72% menos que lo registrado en la misma semana de 2024. Respecto a chikungunya, hasta la misma semana, se notificaron 122.912 casos, un 61% menos que lo registrado durante el mismo período de 2024, con 68 fallecidos para este evento. En cuanto a zika, hasta la SE 16/2025 se reportaron 8.678 casos, un 68% menos en comparación a la misma semana de 2024, sin fallecimientos registrados. Acerca de Oropouche, durante 2024 se notificaron 13.785 casos confirmados, incluidas cuatro defunciones. El mayor número de casos se registró en los primeros meses del año, seguido de un descenso progresivo que se mantuvo hasta la SE 40, continuando con una tendencia ascendente a partir de la SE 43/2024. Hasta la SE 17/2025 se han confirmado 9.154 casos, un 52% más que lo registrado en el mismo período de 2024, sin fallecimientos por este evento.

Bolivia: hasta la SE 17/2025, se han reportado 16.686 casos de dengue, con 2 fallecimientos asociados, lo que representa una disminución del 47% en comparación con el mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, hasta la misma semana, se registraron 605 casos, lo que representa un aumento del 87% en comparación con el año previo. Asimismo, hasta la misma semana se notificaron 231 casos de zika, un 43% más que lo registrado durante el mismo período de 2024. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos. En lo que respecta a Oropouche, en 2024 se notificaron 356 casos confirmados, sin defunciones asociadas. Los casos se concentraron en los primeros meses del año hasta la SE 20/2024. Durante 2025 no se han registrado casos para este evento.

Paraguay: hasta la SE 17/2025, se han reportado 15.301 casos de dengue, un 94% menos que a la misma semana de 2024, sin fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, hasta la misma semana se notificaron 10 casos, un 100% menos comparado con el año anterior, sin defunciones por este evento. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que hasta la SE 17/2024 se habían reportado 3 casos.

Perú: hasta la SE 16/2025, se han notificado 30.481 casos de dengue, un 84% menos que el mismo periodo de 2024, con 34 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 14/2025 se registraron 46 casos, un valor similar al año anterior. Asimismo, a la SE 14/2025 se han registrado 3 casos de zika, mientras a la misma semana de 2024 se había notificado un caso. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos. En relación con Oropouche, en 2024 se notificaron 1.263 casos confirmados, con una mayor concentración en los primeros meses del año, sin defunciones asociadas. Hasta la SE 4/2025, se confirmaron 2 casos para este evento.

Durante el año en curso, se ha registrado una disminución de los casos de dengue en todos los países mencionados. En cuanto a la chikungunya, se observa un descenso en Paraguay y Brasil, mientras que en Bolivia se ha reportado un aumento de casos. Con respecto al virus del Zika, se registra una disminución en Brasil, un incremento en Bolivia y, hasta la fecha, no se han notificado casos en Paraguay.

⁹ Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html>

¹⁰ Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-oropouche-region-americas-11-febrero-2025> y <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-por-virus-oropouche>

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

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

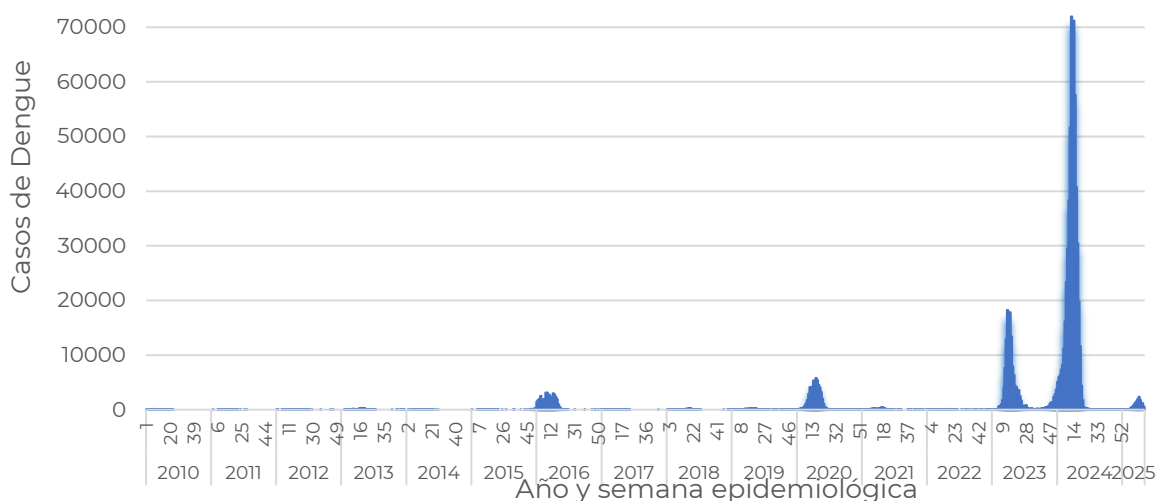
IV.2. Situación de dengue en Argentina

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 Inter epidémicos, tendencia que se ha acentuado en los últimos cinco años.

Desde la reemergencia del dengue en Argentina en 1998, se evidencia que los años 2023 y 2024 han sido escenario de dos epidemias de magnitud sin precedentes, concentrando el 82% del total de casos históricos registrados en el país hasta el momento.

Gráfico 3. Dengue: Casos por semana epidemiológica. SE01/2010-SE18/2025. Argentina. N=860.121

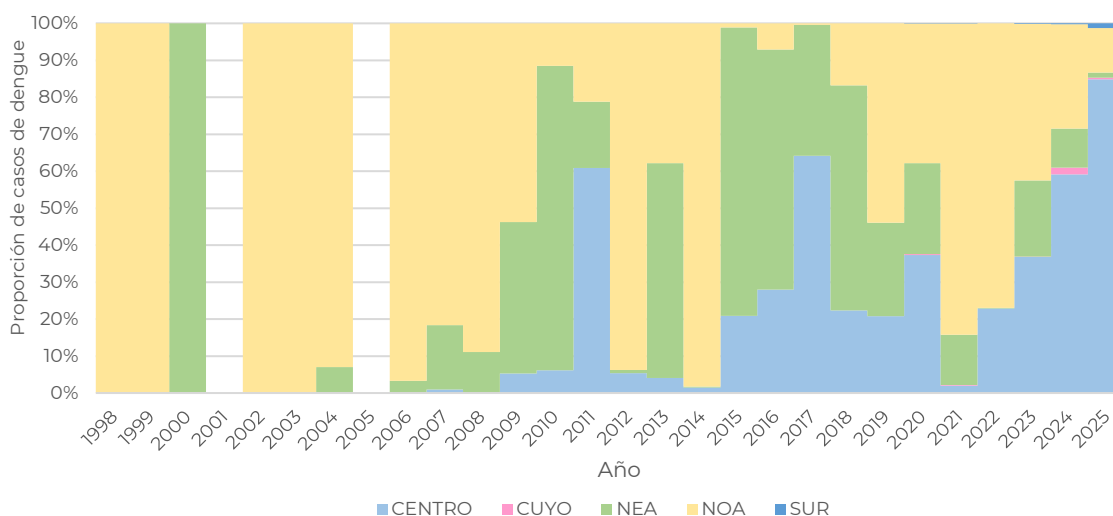


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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.

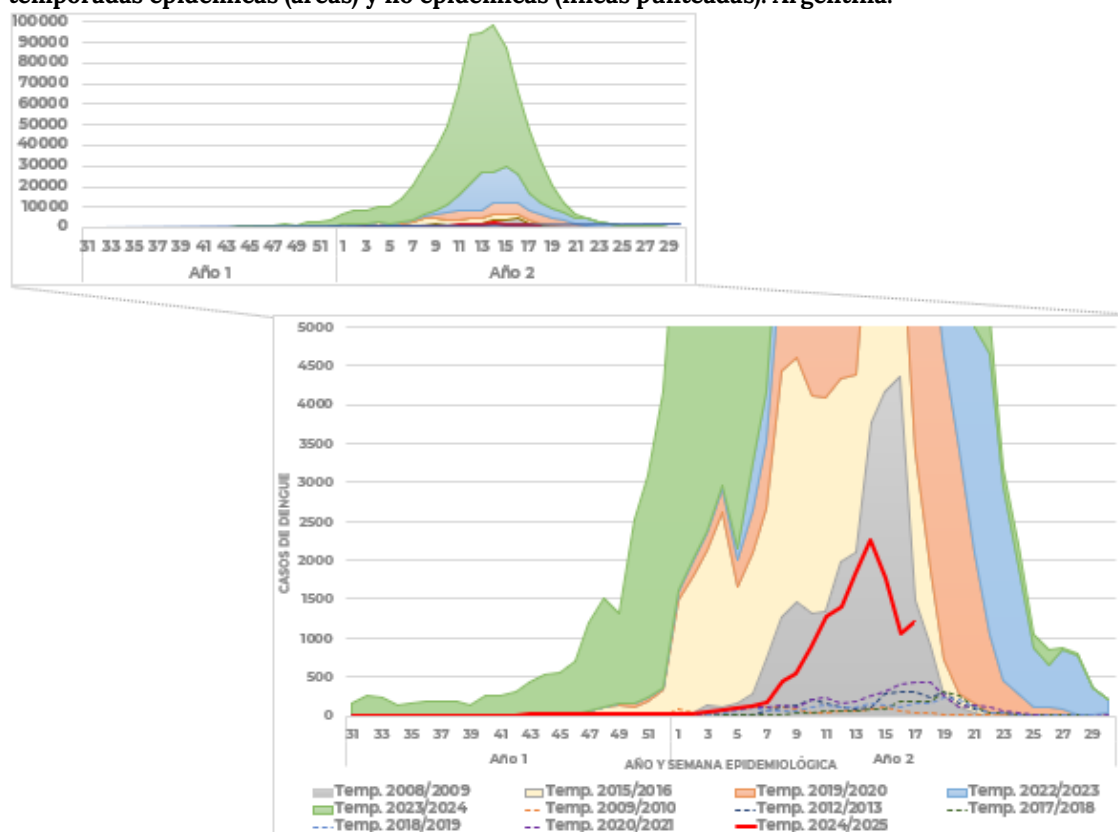
Gráfico 4. Dengue: distribución porcentual por región de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998-2025.



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

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

Gráfico 5. Dengue: casos totales por semana epidemiológica. Comparación entre temporada actual, temporadas epidémicas (áreas) y no epidémicas (líneas punteadas). Argentina.



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

En el Gráfico 5 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 SE17/2025. Con el fin de que se visualice con mayor claridad la temporada actual y su comparación con el resto, se seleccionaron para el análisis las temporadas no epidémicas con más de 1000 casos.

Aunque los casos reportados en la temporada actual se encuentran por debajo de los niveles observados en temporadas epidémicas, superan los valores correspondientes a las temporadas no epidémicas, prácticamente en todas las semanas epidemiológicas desde la SE 41. Hasta la SE 4, la curva actual (roja) sigue una tendencia muy similar a la temporada 2020/2021 ($n=4.157$) teniendo en cuenta que esta última fue la de mayor magnitud dentro de las no epidémicas. A partir de la SE5, la temporada actual muestra un aumento progresivo, fundamentalmente a partir de la SE8, ubicándose en un escenario intermedio, cercano a la temporada 2008/2009 (el área gris del gráfico precedente, $n=25.945$).

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

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

IV.2.B. PLAN DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA A EPIDEMIAS DE DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSIS

Puede descargarse en forma completa desde:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/08/plan_de_preparacion_arbovirus_2782024.pdf o visualizarse en los BEN previos al actual.

IV.2.C. TEMPORADA ACTUAL

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE18/2025), se notificaron en Argentina 66069 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 7137 fueron confirmados por laboratorio y 7212 por nexo clínico epidemiológico, con un **total de 14.349 casos de dengue**. Como se puede observar también en la Tabla 1, un total de 6947 casos no registraron antecedentes de viaje (97%). Se confirmaron además 4 casos asociados a trasplante de órganos en Buenos Aires, CABA y Santa Fe. Se registraron 141¹¹ casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas¹². Se confirmaron 190 casos con antecedente de viaje a Brasil, Cuba, México, Venezuela, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Colombia.

Durante la SE18/2025 (según fecha de notificación al SNVS¹³), se notificaron 2131 casos sospechosos¹⁴ de los cuales 292 se confirmaron y 111 fueron clasificados como casos probables donde la totalidad se encuentra en investigación con respecto al antecedente epidemiológico. Cabe destacar que estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

La incidencia acumulada a nivel país para la temporada actual es de 30 casos cada 100.000 habitantes¹⁵. En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada fue la de la región Centro con 39 casos cada 100.000 habitantes, seguida por NOA con 29, NEA con 10, Sur con 7 y Cuyo con 2. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 83% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las Regiones NOA con el 12%, NEA con el 3%, Sur con el 2% y Cuyo con el 1%.

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

- Hasta la SE52 se notificaron 13 casos en promedio por semana, cuyo rango oscila entre 5 y 28. Si bien se observan sutiles oscilaciones asociadas al aumento/descenso de casos, la

¹¹ Durante la SE13, se modificaron la notificación de casos con antecedente de vacunación contra el dengue registrándose una modificación en el total con respecto a semanas previas.

¹² En los casos que cuentan con antecedente de vacunación reciente, un resultado positivo por métodos confirmatorios puede deberse a una transmisión vectorial (infección aguda) o infección por virus salvaje o vacunal. Por lo tanto, aquellos casos vacunados de menos de 30 días se deberán considerar como sospechosos a los efectos de la vigilancia epidemiológica, y por lo tanto desencadenar las medidas de prevención y control pertinentes, pero no se recomienda realizar en ellos pruebas para el estudio etiológico, excepto en casos graves y fatales. Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorio de Dengue y otros Arbovirus. Dirección de Epidemiología. Noviembre 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

¹³ Fecha de apertura

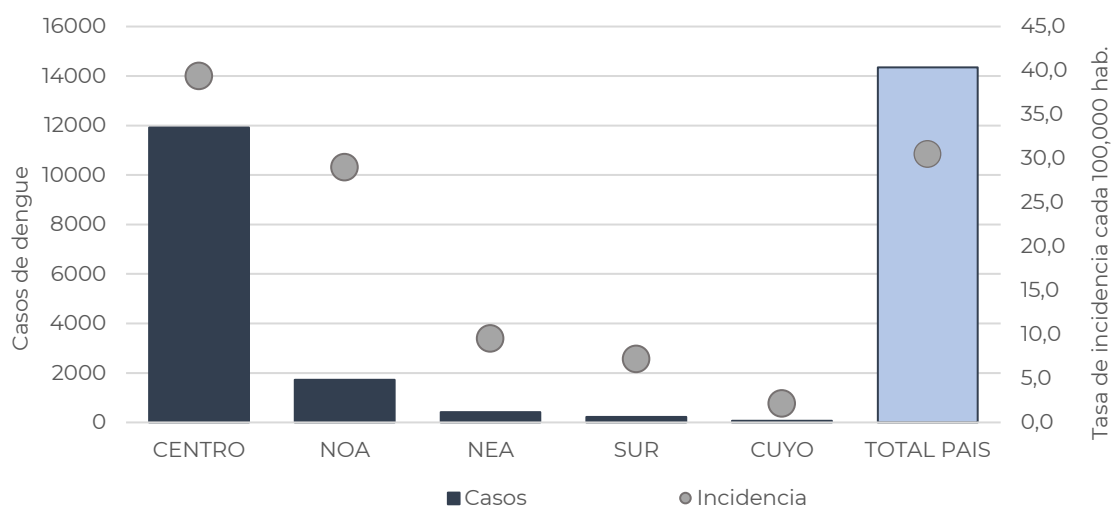
¹⁴ Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

¹⁵ Para el cálculo de la incidencia, se utiliza como referencia la población proyectada para 2024, basada en el Censo de 2010.

curva mantiene una tendencia estable sin variaciones sustanciales en el comportamiento epidemiológico.

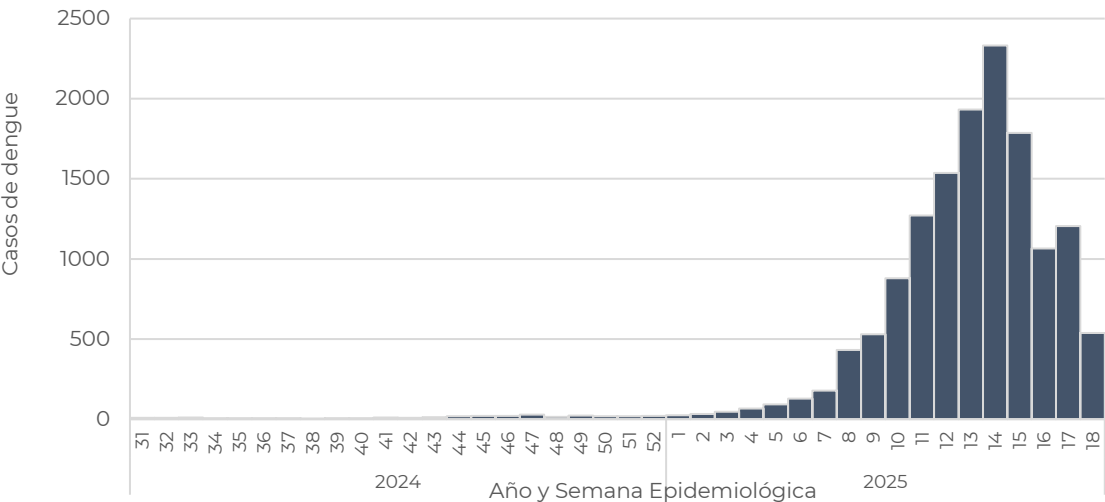
- A partir de la SE1, y considerando la carga retrospectiva de casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), se observa un aumento progresivo en la incidencia de casos, alcanzando su punto máximo en la SE14. A partir de la SE15 se evidencia un cambio en la tendencia, con un descenso progresivo en el número de casos notificados. El promedio de casos hasta la SE18 es 782.
- Es relevante señalar que durante la última semana epidemiológica puede observarse un aparente descenso en el número de casos, lo cual podría estar relacionado con retrasos en la notificación. Esta variabilidad, causada por la carga retrospectiva, podría modificar la dinámica previamente observada. Sin embargo, este fenómeno se corregirá y reflejará adecuadamente en los análisis posteriores, una vez que los registros sean actualizados.

Gráfico 6. Dengue: Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab. según Región. SE31/2024 a SE18/2025. 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 7. Dengue: Casos confirmados¹⁶ por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE18/2025. 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.D. DISTRIBUCIÓN SEGÚN REGIÓN, JURISDICCIÓN Y DEPARTAMENTO

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

¹⁶Incluye casos confirmados autóctonos, importados y no vectoriales. La ubicación en las semanas epidemiológicas se realizó por la fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible o “fecha mínima” (orden de jerarquía: 1) fecha de inicio de síntomas, 2) fecha de consulta, 3) fecha de toma de muestra, y 4) fecha de notificación).

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE18/2025. 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	388	480	19	11	0	407	5125	1068	7091
CABA	126	124	17	2	0	143	2067	706	3042
Córdoba	2244	1047	8	3	1271	3523	7912	846	13331
Entre Ríos	94	98	8	6	6	108	780	10	1002
Santa Fe	2354	439	86	7	5295	7735	3107	1111	12399
Total Centro	5206	2188	138	29	6572	11916	18991	3741	36865
Mendoza	11	36	5	2	0	16	1646	97	1797
San Juan	1	2	1	1	0	2	342	9	356
San Luis	48	20	7	3	0	55	266	30	374
Total Cuyo	60	58	13	6	0	73	2254	136	2527
Chaco	6	200	1	0	0	7	2294	107	2608
Corrientes	47	32	1	0	0	48	446	79	605
Formosa	357	4	0	0	0	357	5553	53	5967
Misiones	2	19	1	4	0	3	1134	3	1163
Total NEA	412	255	3	4	0	415	9427	242	10343
Catamarca	7	9	7	4	1	15	844	3	875
Jujuy	0	0	0	0	0	0	1042	8	1050
La Rioja	98	46	0	0	0	98	1205	6	1355
Salta	17	54	6	12	2	25	2058	87	2236
Santiago del Estero	0	37	2	2	0	2	981	293	1315
Tucumán	982	387	0	1	599	1581	5883	630	8482
Total NOA	1104	533	15	19	602	1721	12013	1027	15313
Chubut	0	0	7	3	0	7	28	2	40
La Pampa	165	32	9	2	38	212	557	54	857
Neuquén	0	1	4	1	0	4	38	3	47
Río Negro	0	0	0	1	0	0	3	0	4
Santa Cruz	0	0	1	1	0	1	48	6	56
Tierra del Fuego	0	0	0	2	0	0	13	2	17
Total Sur	165	33	21	10	38	224	687	67	1021
Total País	6947	3067	190	68	7212	14349	43372	5213	66069

*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 según las fases propuestas.

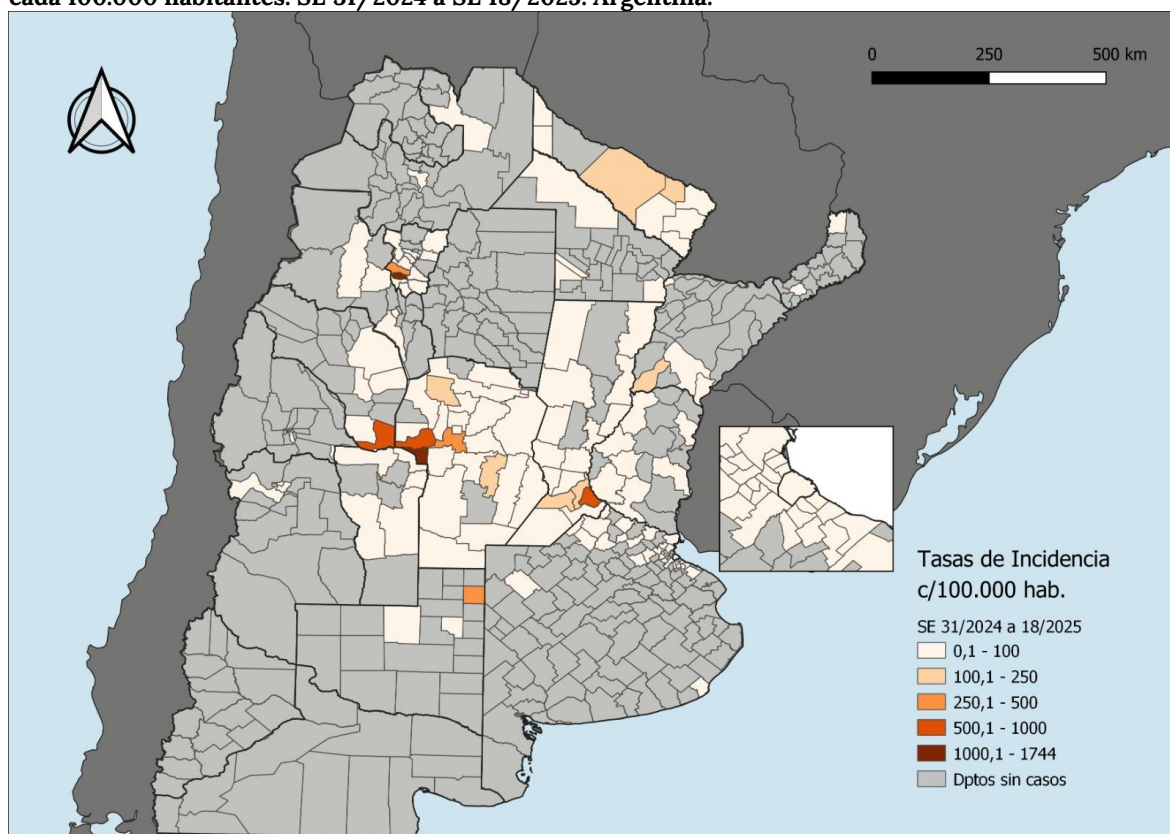
Tabla 2. Dengue: Cambios de Fase según Indicadores Epidemiológicos por Semana Epidemiológica, en Jurisdicciones a Nivel Departamental. Temporada 2024/2025. SE31 a SE18/2025. Argentina.

Jurisdicción	Fases					
	Alerta temprana		Respuesta a epidemia		Recuperación	
	Departamento	SE	Departamento	SE	Departamento	SE
Buenos Aires	General San Martín	9				
	Vicente López	11				
	Ituzaingó	11				
	Lanús	11				
	Tres de Febrero	12				
	La Matanza	13				
	Malvinas Argentinas	15				
Córdoba	Capital	4				
	San Javier	5	San Javier	7	San Javier	16
	Gral. San Martín	5	Gral. San Martín	9	Gral. San Martín	11
	Colón	5				
	San Alberto	8	San Alberto	11	San Alberto	14
	Santa María	8	Santa María	11	Santa María	11
	Ischilín	11	Ischilín	13	Ischilín	14
	Marcos Juárez	11				
	San Justo	11				
	Tortoral	13				
Formosa	Patiño	34				
	Capital	46				
	Pilcomayo	50				
La Pampa	Maracó	7	Maracó	13	Maracó	16
La Rioja	Rosario Vera Peñaloza	10				
Salta	Capital	10				
Santa Fe	Rosario	1	Rosario	11		
	San Lorenzo	7	San Lorenzo	13	San Lorenzo	17
	Caseros	10	Caseros	12	Caseros	14
	San Cristóbal	13				
Tucumán	Río Chico	7	Río Chico	9		
	Chicligasta	11	Chicligasta	13		

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 de la SE10, el mapa de los departamentos afectados se realizará utilizando la tasa de incidencia por cada 100,000 habitantes, en lugar de basarse en el número absoluto de casos.

Mapa 2. Dengue: Incidencia acumulada por departamento con casos de dengue sin antecedente de viaje cada 100.000 habitantes. SE 31/2024 a SE 18/2025. 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).

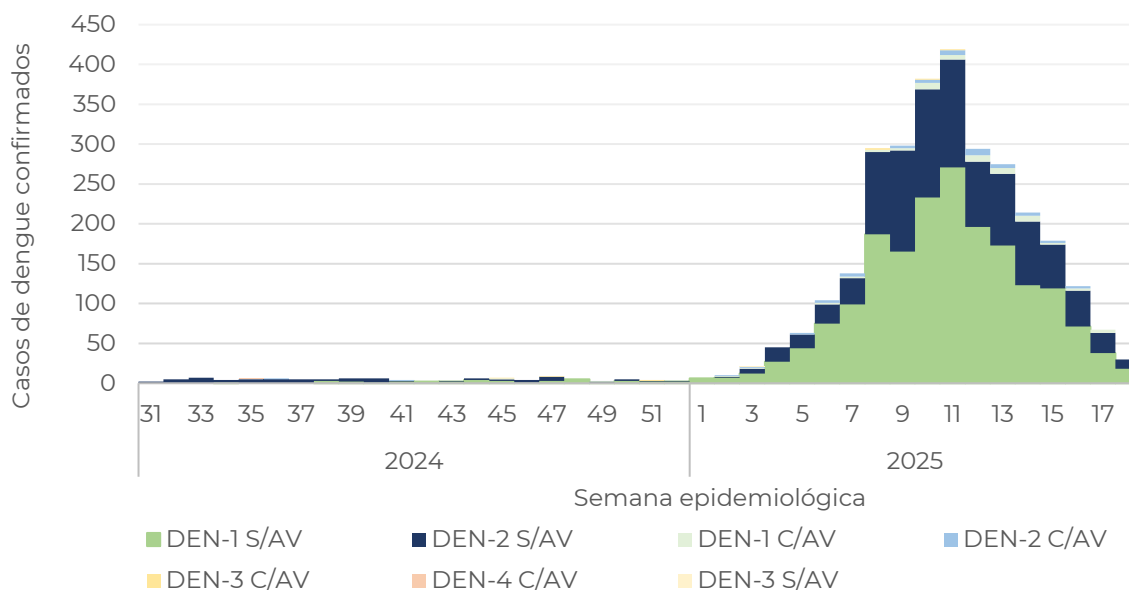
IV.2.E. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (64%). Los casos a DEN-2 alcanzan un 36%, sobre todo a expensas de la notificación de las provincias de Córdoba, Formosa y Santa Fe.

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

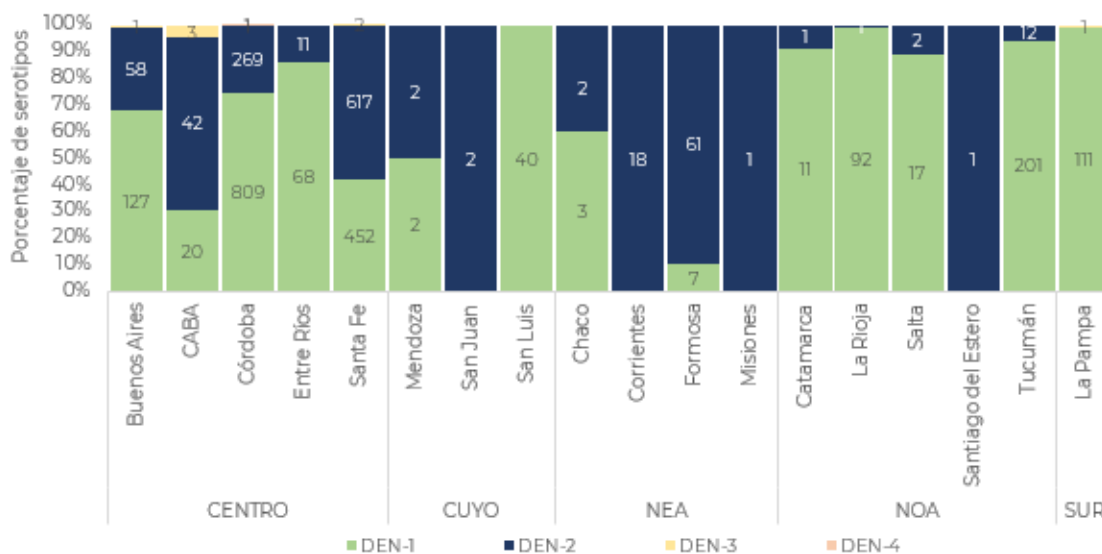
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país (México, Venezuela, Brasil, Tailandia y Cuba).

Gráfico 7. Dengue: número de casos según serotipo y antecedente de viaje por semana epidemiológica. SE31/2024 a SE18/2025. 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=3069) según provincia. SE31/2024 a SE18/2025. 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.F. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL EVENTO “DENGUE DURANTE EL EMBARAZO”

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

Desde su creación, se han notificado 329 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de

los cuales, 92 casos ha sido confirmados, 8 casos probables, 200 cuentan con laboratorio negativo y 29 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 56 casos confirmados en la Ciudad de Rosario. En 22 de ellos, se detectó el serotipo DEN-2.

En la provincia de Córdoba se han registrado 29 casos confirmados, 10 con residencia en el departamento San Javier (DEN-1), 2 pertenecientes al departamento Colón (DEN-2), y 6 correspondiente a Capital (DEN-1), un caso en Santa María (DEN-2), 3 casos correspondientes a San Alberto y dos casos pertenecientes a Marcos Juárez (DEN-1).

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

Además, se registraron un caso en Corrientes (departamento Esquina; DEN-2), un caso en CABA (Comuna 14; DEN-1) y cuatro en la Provincia de Buenos Aires.

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

IV.2.G. VIGILANCIA DE GRAVEDAD Y MORTALIDAD POR DENGUE

A partir de abril de 2024, desde la Dirección de Epidemiología en conjunto con distintas direcciones intra ministeriales y consultores externos¹⁷, implementó el “Comité de vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue” que tiene como función asesorar a los comités jurisdiccionales y colaborar en la evaluación exhaustiva de la mortalidad por dengue y sus determinantes. La investigación retrospectiva de los decesos por dengue brinda información clave del funcionamiento de la red de atención a partir de la evaluación exhaustiva de aspectos como el manejo clínico en los distintos niveles de atención, tiempos de respuesta, accesibilidad al sistema de salud, etc. Por ende, se recomienda el desarrollo de **comités jurisdiccionales** que trabajen en red con el comité nacional. La definición de caso de muerte por dengue y la guía operativa para el análisis de la gravedad y mortalidad se encuentra en “Circular de vigilancia epidemiológica: vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue”¹⁸ y la “Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorio de Dengue y otros Arbovirus”¹⁹

Entre la SE 31/2024 y la SE 18/2025 se registraron 33 casos confirmados de dengue grave en las jurisdicciones de Buenos Aires (San Martín, Lanús, Moreno, Merlo), CABA (Comuna 11 y 12), Córdoba (Capital, Colón, Ischilín, San Alberto y Santa María), La Pampa (Maracó), La Rioja (Capital), Mendoza (Las Heras), San Luis (Junín) y Santa Fe (Rosario y Caseros). Del total de los

¹⁷ Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Dirección de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Dirección de Salud Perinatal y Niñez, Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud comunitaria, Dirección de Adolescencias y Juventudes y el Centro Nacional de Referencia de Dengue y Otros Arbovirus del INEVH-ANLIS.

¹⁸ Disponible en: [circular_de_vigilancia_dengue_mortalidad_-_junio_2024.pdf](#)

¹⁹ Disponible en: [guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf](#)

casos graves, 15 ya recibieron el alta y 10 no cuentan con información de alta por lo que continúan en investigación.

Con respecto a los casos fatales, desde la SE 31/2024 a la SE 18/2025 se han registrado 8 fallecimientos de los cuales:

- Se notificaron **cinco** casos fatales atribuidos al evento, cuatro de ellos correspondientes a residentes de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, y uno a un residente de CABA. Los fallecimientos ocurrieron entre SE13 y SE15. Tres de los casos correspondieron a personas adultas mayores, con edades comprendidas entre 72 y 75 años, mientras que los otros dos casos tenían 14 meses y 25 años de edad. Excepto el caso de 25 años, quien no presentaba antecedentes de comorbilidades, el resto de los fallecidos tenía condiciones clínicas preexistentes que contribuyeron a la aparición de complicaciones asociadas a la infección por dengue y, posteriormente, al desenlace fatal.
- En **tres** de ellos la causa del deceso no se encuentra vinculada directamente a la infección por dengue, sino a la progresión de su enfermedad de base y/u otro diagnóstico diferencial (e: neumonía). Estos casos se dieron en las jurisdicciones de La Pampa (General Pico), Santa Fe (Casilda)²⁰ y San Luis (Junín)

IV.2.H. FAVORABILIDAD PARA BROTES DE DENGUE

Con el objetivo de fortalecer la capacidad de respuesta ante brotes de dengue, y utilizando como base el trabajo realizado por el Ministerio de Salud de Brasil²¹ en fiebre amarilla, se desarrolló un mapa de favorabilidad que permite identificar áreas geográficas con mayor predisposición a la ocurrencia de brotes. Su elaboración se realizó en un entorno de Sistemas de Información Geográfica, Quantum GIS²² (QGIS), mediante la integración de capas ráster que representan distintas variables relevantes para la transmisión del dengue. Cada una de estas variables fue ponderada según su aporte relativo al riesgo y posteriormente sumada para obtener un índice total, que clasifica el territorio en cuatro niveles de favorabilidad: baja, media, alta y muy alta.

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

Para la elaboración de este producto, se analizaron factores sociodemográficos, ambientales y epidemiológicos. Entre ellos, la densidad poblacional, las ecorregiones ubicadas por debajo de los 2.500 msnm, la presencia histórica del vector *Aedes aegypti* en cada jurisdicción y el riesgo entomológico reciente, estimado a partir de indicadores larvarios. Asimismo, se incorporaron variables climáticas, como la precipitación acumulada y las temperaturas mínima y máxima promedio de las últimas dos semanas junto con información epidemiológica como la ocurrencia histórica de casos, la tasa de notificación promedio de las últimas dos semanas y la fase de cada

²⁰ Para una mayor información de los casos se recomienda consultar el BEN 752 SE N°15. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_752_se_15.pdf

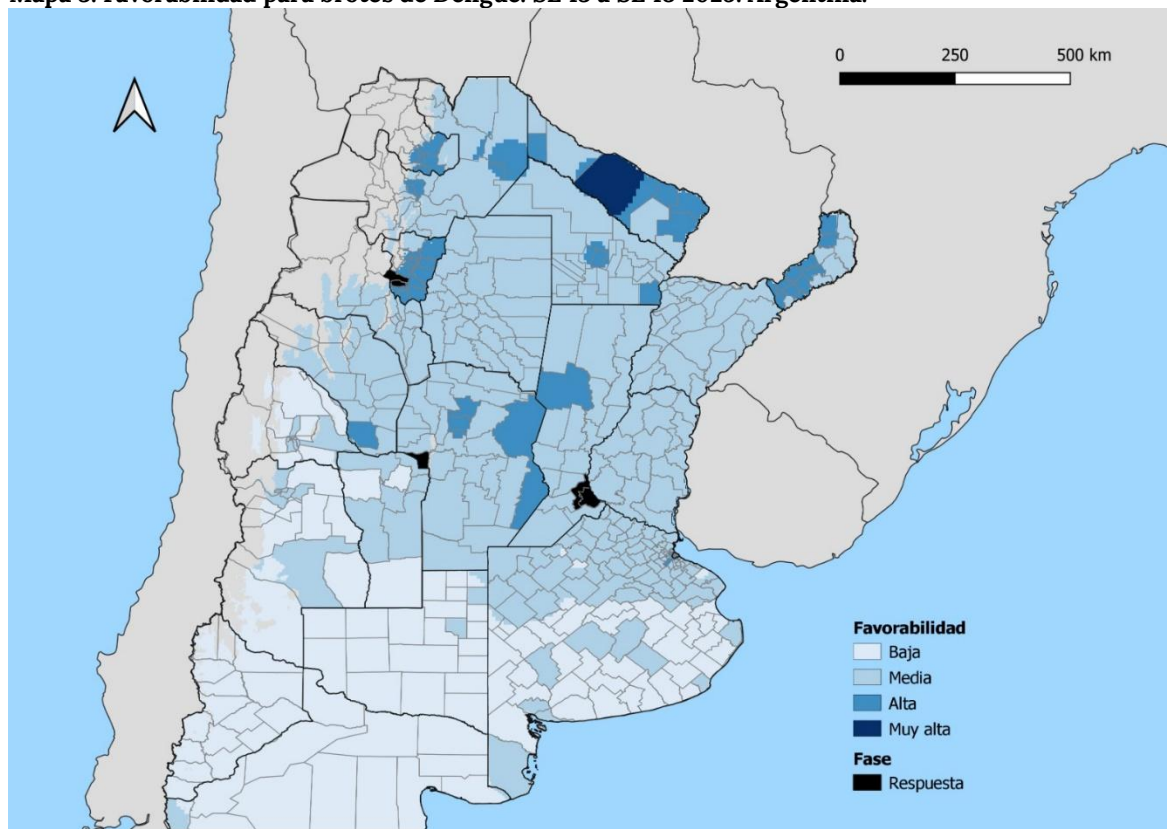
²¹ Ministério da Saúde Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - Nota Informativa N° 35/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS. Brasília: Saude; 2025. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2024/nota-informativa-no-35-2024.pdf>

²² Versión de QGIS 3.24.1-Tisler

departamento (preparación, alerta temprana, respuesta a epidemia, recuperación), según el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante epidemias de dengue y otras arbovirosis²³.

De acuerdo con la sumatoria de estas variables, al cierre de la SE 18/2025, el departamento de Patiño (provincia de Formosa), presenta una favorabilidad muy alta para la ocurrencia de brotes de dengue.

Mapa 3. Favorabilidad para brotes de Dengue. SE 13 a SE 18 2025. Argentina.



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

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 SE18/2025).

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 **2320** casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

²³ Disponible en

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

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para Otros arbovirus. SE31/2024 a SE18/2025. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre amarilla	
	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	164	0	64	0	101	3	38	2	9
CABA	0	9	0	2	0	1	0	3	0	3
Córdoba	0	198	0	68	0	149	6	297	0	0
Entre Ríos	12	139	0	1	0	16	4	34	0	1
Santa Fe	0	1445	0	89	0	104	0	13	0	20
Total Centro	12	1955	0	224	0	371	13	385	2	33
Mendoza	0	319	0	88	0	67	0	2	0	0
San Juan	0	1	0	1	0	2	0	2	0	1
San Luis	0	0	0	2	0	2	0	8	0	0
Total Cuyo	0	320	0	91	0	71	0	12	0	1
Chaco	17	806	0	400	0	24	0	2	0	1
Corrientes	0	31	0	10	0	10	0	1	0	0
Formosa	0	17	0	5	0	77	0	0	0	0
Misiones	0	63	0	38	0	29	0	0	0	20
Total NEA	17	917	0	453	0	140	0	3	0	21
Catamarca	0	16	0	13	0	1	0	0	0	13
Jujuy	0	42	0	22	0	1	0	3	0	1
La Rioja	0	111	0	109	0	5	0	1	0	68
Salta	0	493	0	269	0	170	0	0	0	1
Santiago del Estero	0	42	0	23	0	6	0	3	0	4
Tucumán	1	13	0	14	0	175	0	0	0	1
Total NOA	1	717	0	450	0	358	0	7	0	88
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0
Total País	30	3909	0	1218	0	948	13	407	2	143

Pos: positivas**Est: estudiadas**

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

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

Entre Ríos notificó 12 casos probables de Fiebre Chikungunya en la localidad Federal con IgM positivas. Las muestras fueron enviadas al Laboratorio Nacional de Referencia-Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio Maiztegui” para corroborar dicho diagnóstico.

Se ha detectado un caso positivo en Tucumán con antecedente de viaje a Brasil.

Con respecto a los 2 casos positivos de Fiebre Amarilla corresponden a personas que han sido recientemente vacunadas.

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 Epidemiológica²⁴. 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 SE18/2025 se han estudiado 143 casos con sospecha de Fiebre Amarilla en humanos, 22 de esos en las provincias con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla (Misiones, Jujuy y Salta). Todos los casos presentaron pruebas de laboratorio negativas. Durante el mismo período se reportaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), dos epizootias en PNH en la provincia de Misiones y una en la provincia de Corrientes, que fueron estudiadas para fiebre amarilla: un ejemplar de *Allouatta carayá* (Paso de los Libres, Corrientes) y dos ejemplares de *Sapajus nigratus* (Puerto Iguazú, Misiones). Todos fueron descartados para FA por el laboratorio nacional de referencia (INEVH).

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

²⁴ 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>

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 ($\text{IPO} < 40\%$), moderado (IPO entre 40% y 70%) o alto ($\text{IPO} > 70\%$).
- Índice de Densidad de Huevos (IDH): Mide la relación entre la cantidad de huevos registrados y los sensores positivos, proporcionando información indirecta sobre la densidad del vector en el ambiente y permitiendo identificar temporadas de mayor y menor actividad reproductiva.

IV.4.B. EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32 (2024) –SE15 (2025)

Desde la semana epidemiológica (SE) 37 de 2024, los datos sistematizados en el Tablero Nacional muestran un aumento gradual en la positividad de los sensores de oviposición (IPO) hasta la SE48 (Gráfico 1). A partir de entonces, el IPO se mantuvo, con ciertas fluctuaciones por debajo del 25% hasta la SE 08 donde volvió a superar este valor. Durante las últimas semanas, se observa picos aislados seguidos de semanas con valores descendentes (Gráfico 1). Hasta el momento, las temperaturas registradas en las regiones NEA, NOA y Centro del país aún se encuentran dentro del rango que permite la reproducción y la actividad del mosquito *Aedes aegypti*, por lo que, aunque pueda observarse un descenso en algunas jurisdicciones, no se espera aún la interrupción total de la reproducción del vector y la negativización de los sensores. En la región Sur, se observó un descenso del IPO con negativización en algunas jurisdicciones asociado al descenso de las temperaturas mínimas durante las últimas semanas. Por tercera semana consecutiva, se observa un descenso en el IPO (Gráfico 1). El IDH presentó inicialmente un aumento más paulatino, con una recuperación en el número de huevos registrado desde la SE06 y un descenso relativo desde la SE 10.

Gráfico 1. Evolución del IPO (línea azul) y el IDH (barras grises) en Argentina, SE 31 (2024)- SE 18 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Al desagregar por región, se observa que la región NEA presentó SO positivos desde la SE 39, con un ascenso posterior, con algunas fluctuaciones, hasta la SE 02 de 2025 (Gráfico 2). A partir de dicha semana, se observa un descenso en los valores generales de la región hasta la SE07 donde nuevamente se detectó un incremento en el IPO. A partir de la SE10 se observó un descenso hasta la SE12 a partir de los cual volvió a aumentar hasta la SE14 (Gráfico 2). Durante las últimas dos semanas, se aprecia una tendencia descendente y la región presenta actualmente niveles asociados a riesgo entomológico bajo. Para esta región los datos se presentan hasta la SE17.

Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 17 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En el caso de la región NOA, el inicio de la positividad se detectó a partir de la SE 37 2024, con un ascenso oscilante a partir de la SE 42 y superando, por primera vez en la temporada, el umbral de riesgo entomológico moderado (valores de IPO superiores al 40%) (Gráfico 3). De conjunto, los datos de la región muestran un patrón de distintos picos en el IPO seguidos de períodos de brusco descenso en el mismo, asociados a la oportunidad de las medidas de control implementadas y a variaciones en las variables climáticas. A partir de la SE 47, el IPO de la región oscila entre valores que indican riesgo entomológico moderado o alto. Durante la SE14, el IPO volvió a situarse dentro del rango de riesgo entomológico alto con valores del 79,27%. Durante

la última semana, se registró un descenso en el IPO que colocó a la región en un contexto de riesgo entomológico moderado aunque resta la carga de algunas jurisdicciones.

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 18 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región **Centro**, el inicio de la positividad se estableció a partir de la SE 41 (Gráfico 4), mostrando un ascenso del IPO más lento que las regiones de NOA y NEA, coincidente con las diferencias climáticas y ambientales de la región Centro. Durante la SE08 el IPO de la región muestra un pico, superando el límite correspondiente a riesgo entomológico moderado. Posteriormente, se registra un descenso del índice y un nuevo aumento a partir de la SE12, tendencia coincidente con un aumento en las semanas previas de las precipitaciones en la zona. En el último período, el IPO de la región descendió con valores menores al 20%, correspondientes a riesgo entomológico bajo, pero durante la última semana se registró un nuevo aumento coincidente con el aumento de las temperaturas (Gráfico 4).

Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 18 (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 con ciertas fluctuaciones desde la SE05. Para esta región se presentan los datos hasta la SE10 inclusive.

Gráfico 5. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 10 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región SUR, se hallaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 6), aunque no en todas las jurisdicciones monitoreadas. La tendencia observada muestra un ascenso sostenido inicial con algunas intermitencias y luego valores más estables. Desde la SE03 se observa un descenso hasta un nuevo pico en la SE08 y un nuevo descenso durante las SE09 y 10. Durante las últimas seis semanas, se aprecia una tendencia descendente en el IPO. Por primera vez en la temporada, durante la última semana se detectó un IPO=0 coincidente con el descenso de las temperaturas en la región, aunque resta completar la carga de algunas jurisdicciones.

Gráfico 6. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barra grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 18 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

La implementación de esta red marca un avance significativo en la vigilancia entomológica en Argentina, ya que permite a las jurisdicciones contar con datos sistematizados que antes no existían. Esta información no solo mejora la planificación y ejecución de medidas de control y prevención, sino que también genera un registro histórico que podrá utilizarse para desarrollar

herramientas predictivas y analizar tendencias en futuras temporadas. La RNVE representa un ejemplo de cómo la colaboración interjurisdiccional y el uso de tecnología pueden fortalecer la capacidad del país para anticiparse a los desafíos sanitarios asociados a las enfermedades transmitidas por vectores. Sin embargo, los datos actuales presentan limitaciones debido a la ausencia de vigilancia entomológica en algunos distritos y a la no adherencia de algunas jurisdicciones a la RNVE.

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

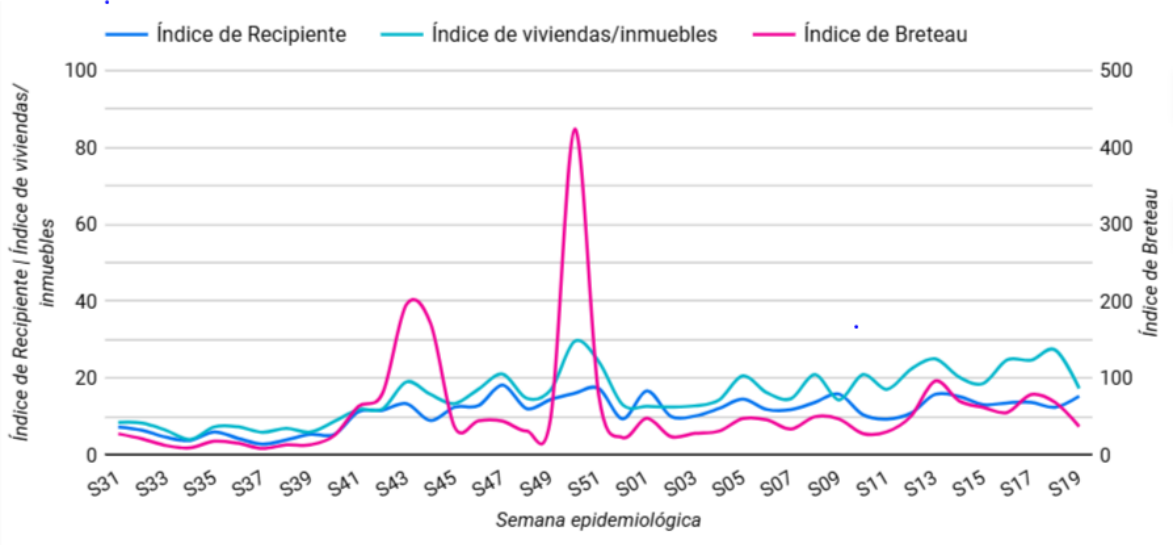
IV.4.C. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR ÍNDICES LARVARIOS

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:** $(\text{viviendas positivas para } Aedes aegypti / \text{total de viviendas inspeccionadas}) * 100$.
(IV<4 Riesgo bajo, 4<IV<35 Riesgo moderado, IV>35 Riesgo alto)
- **Índice de recipiente:** $(\text{recipientes positivos para } Aedes aegypti / \text{total de recipientes}) * 100$
(IR<3 Riesgo bajo, 3<IR<20 Riesgo moderado, IR>20 Riesgo alto)
- **Índice de Breteau:** $(\text{recipientes positivos para } Aedes aegypti / \text{total viviendas inspeccionadas}) * 100$
(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 19 (2025).



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

A nivel nacional, los índices larvarios aélicos presentaron un ascenso a partir de la SE40 (Gráfico 7), mostrando un retraso temporal respecto de la tendencia observada en los índices calculados a partir de sensores de oviposición. Este retraso se debe a que los sensores de oviposición presentan una mayor sensibilidad para la detección de presencia y actividad reproductiva de *Aedes aegypti* con tamaños poblacionales bajos en relación a los índices larvarios. Durante las últimas semanas, el IV mostraba una tendencia ascendente mientras que el IB y el IR se presentaban más estables (Gráfico 7). Durante la última semana, se registró un descenso en el IB aunque aún resta completar la carga de datos retrospectiva. De acuerdo con los actuales valores, los índices muestran una clasificación de riesgo moderada para todos los índices larvarios estimados.

Cuando se realiza la desagregación por región, se observa un descenso de los índices relevados para las regiones de NOA y NEA (Tabla 1). La región NEA presenta mayores IV e IR en relación a NOA aunque su IB es menor (Tabla 1). La región evidencia riesgo entomológico alto de acuerdo al IB y riesgo moderado de acuerdo a los índices IR IV. La región NOA, por su parte, muestra una tendencia similar en términos de riesgo entomológico (Tabla 1), aunque con IV e IR menores y un IB mayor a los detectados en NEA. Hasta el momento, el volumen de las intervenciones territoriales registradas en las regiones de Cuyo y Centro no permiten aún realizar cálculos robustos de índices larvarios.

Tabla 1. Índices larvarios aélicos por región SE19 2025. Argentina.

Región	Índice de Vivienda	Índice de Recipiente	Índice de Breteau
NEA	20,49	14,38	52,48
NOA	9,96	5,42	59,92

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

V.1. Nota Metodológica

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

V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios²⁵

Situación Regional: En general, América del Norte y partes del Caribe continúan en el descenso de la actividad de influenza principalmente asociado a influenza A(H1N1)pmd09 e influenza B. La actividad del VRS se acerca a niveles interestacionales en América del Norte, y luego de un incremento en el Caribe, comienza nuevamente a descender. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja. En América Central, la circulación de influenza A(H1N1)pmd09 se mantiene con respecto a la semana epidemiológica (SE) anterior y una positividad del 24,7%. La actividad de VRS y SARS-CoV-2 se mantiene baja. La Subregión Andina se mantiene estable en la circulación de SARS-CoV-2 y una tendencia a la mantención en Influenza A(H3N2) y VRS. Brasil/Cono Sur mantiene la tendencia al ascenso de influenza A(H1N1)pmd09 presentando una positividad del 12,4%. En el caso de SARS-CoV-2 mantiene su disminución. El VRS presenta una tendencia ascendente y con una positividad del 10,7%. En la región existe un alto porcentaje (9,5%) de detección de otros virus respiratorios (OVR), destacando Rinovirus en Norte América, así como en Brasil y el Cono sur. En el Caribe se ha detectado circulación de parainfluenza.

América del Norte: Los casos de ETI y las hospitalizaciones relacionadas con virus respiratorios mantienen su tendencia al descenso. La actividad de la influenza se mantiene en niveles epidémicos en Canadá, mientras que México desciende cercano al umbral epidémico. Influenza A(H1N1)pdm09 es la cepa predominante en México y en Canadá circula concurrentemente con Influenza B. La actividad del VRS, después de alcanzar máximos estacionales en SE previas, continúa disminuyendo. La circulación del SARS-CoV-2 se mantiene baja en Canadá, mientras que, en México, mantiene una tendencia ascendente y con una positividad del 17,7%.

Caribe: La actividad de influenza disminuye para ETI e IRAG. Se informó que el subtipo predominante de influenza era A(H1N1)pdm09. Los casos de VRS y SARS-CoV-2 se mantienen bajos con un leve incremento en las últimas 2 SE.

Centroamérica: La actividad de influenza, con A(H1N1)pdm09 como la cepa predominante, mantiene una tendencia ascendente. La actividad de VRS se ha mantenido estable en las últimas semanas. SARS-CoV-2 luego de mantener una alta detección en ETI e IRAG disminuye en las últimas semanas.

²⁵ Extraído de “Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas- OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud”. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>.

Países Andinos: Los casos de IRAG se mantiene bajos en la mayoría de los países. La actividad de influenza disminuyó en comparación a SE previas, con circulación de influenza A(H3N2) principalmente. La circulación del VRS aumenta en las últimas semanas. La positividad de SARS-CoV-2 (4,6%) disminuye con respecto a semanas previas.

Brasil y Cono Sur: Los casos de ETI y de IRAG aumentan en las últimas semanas. Los casos de ETI se asocian principalmente a SARS-CoV-2, que disminuyen en las últimas semanas y a influenza A(H1N1)pmd09 que tiene tendencia al aumento. La circulación de VRS aumenta en las últimas dos semanas. Para los casos de IRAG, la detección de VRS e influenza muestran una tendencia al aumento y los casos de SARS-CoV-2 disminuyen.

V.3. Síntesis de la información nacional destacada

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

- Entre la semana epidemiológica 1 y 17 de 2025 se notificaron 223.072 casos de ETI, 34.310 casos de Neumonía y 18.983 casos de Bronquiolititis en menores de dos años. Las notificaciones de ETI y neumonía presentan tendencia ascendente desde SE11, ubicándose en SE12 en niveles de brote.

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

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de influenza, en las últimas semanas se verifica tendencia ascendente sostenida tanto del porcentaje de positividad como de las detecciones, con predominio de influenza A/H1N1. En este sentido, en la última semana (SE18/2025), la positividad en UMA para virus influenza alcanza el 30,77%.
- Para VSR, se registró 1 caso positivo entre las 109 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 17 y 18).
- 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 SE18/2025 no se registraron casos positivos para SARS COV 2 entre las 49 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE18 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 1513 internaciones con diagnóstico de IRAG y 606 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.
- Las notificaciones de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), presentan un aumento sostenido desde la SE12, con un ascenso en las detecciones de virus influenza, principalmente influenza A/H1N1. En las últimas 4 semanas, entre 394 casos de IRAG

estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 84 detecciones de influenza, 6 casos de SARS-CoV-2 y 9 casos de VSR.²⁶

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

- Desde la SE11 se observa un ascenso sostenido en el número de casos de Influenza, con predominio de Influenza A (H1N1), con un total de 830 detecciones de Influenza en las últimas 2 SE (16 y 17).
- Además, con respecto a VSR, se registra un aumento en el número de casos desde la SE12, con 193 detecciones en las últimas 2 SE (16 y 17).
- Durante 2024, se registraron dos ascensos en el número de casos de COVID-19, el primero de ellos entre las SE 1 y 12, y, el segundo ascenso entre las SE29 y 51, de menor magnitud que el previo. En las primeras 17 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, con un promedio de 100 casos semanales en las últimas 6 semanas.
- Durante la SE17/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, VSR, SARS-CoV-2, adenovirus y parainfluenza.

Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos

- Con respecto a las detecciones de influenza, desde SE 12 se registra un ascenso de los casos en personas internadas, con 159 detecciones en las últimas dos SE (17 y 18). En lo que va de 2025, se registran 11 fallecidos con este diagnóstico.
- En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados permanecen bajas en relación al máximo alcanzado en 2024, aunque con un aumento desde la SE 12. En las SE 17 y 18/2025 se detectaron 41 casos de VSR en personas hospitalizadas.
- En cuanto a los casos de COVID-19, las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas permanecen en valores bajos. En la SE 18/2025 se registraron 12 casos positivos con este diagnóstico, sin casos fallecidos en esta semana.

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

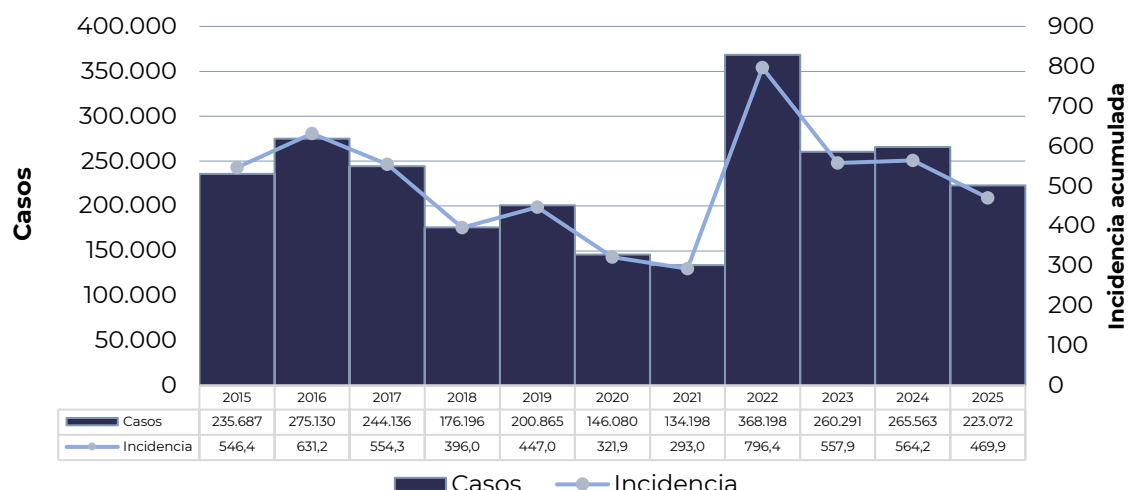
V.4.A. ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre las SE 1 y 17 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 223.072 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 469,9 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registró durante 2022 (368.198 casos), mientras que en 2021 se reportó un nivel de casos inferior en comparación con los años previos. En el corriente año se registra un menor número de casos que los 3 años anteriores, siendo superado además por las notificaciones de los años 2015 a 2017.

²⁶ Se consideran estudiados aquellos casos de IRAG con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG. Para más información, consultar la Guía Operativa de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>.

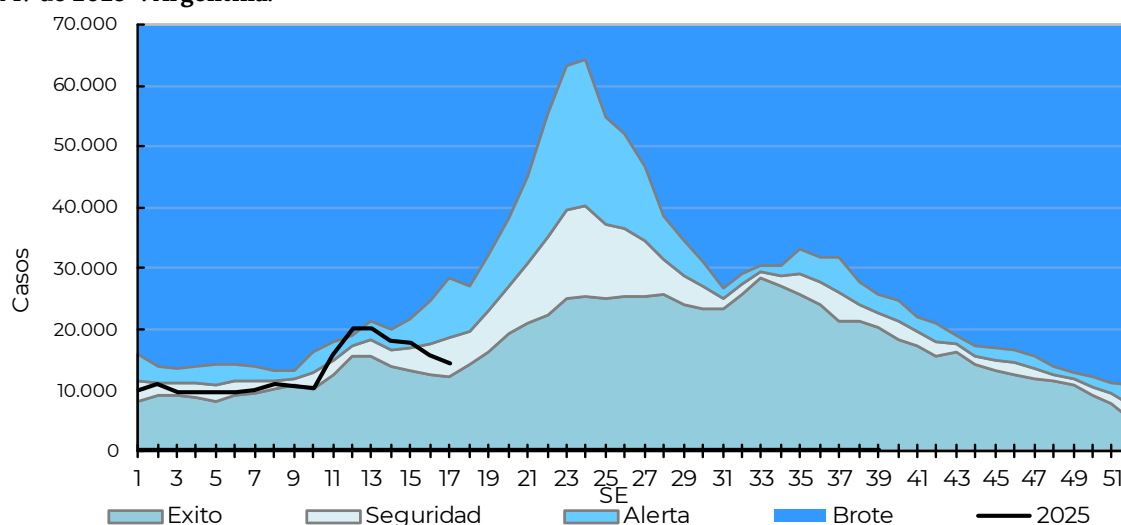
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE17. Argentina.



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 SNVS²⁰.

Las notificaciones de ETI registradas en el SNVS correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, permanecieron entre las SE1 a 10 de 2025 en niveles de seguridad, con algunas oscilaciones. Posteriormente, se registra un ascenso de casos, que alcanza en la SE12 niveles de brote, con un descenso posterior.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 17 de 2025²⁷. 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 SNVS²⁰.

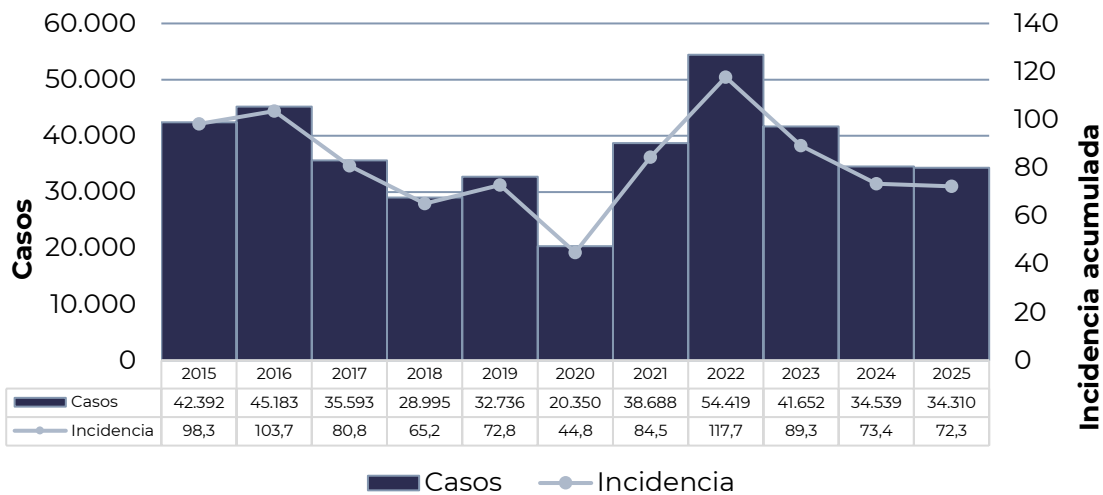
²⁷ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

V.4.B. NEUMONÍA

Hasta la SE17 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 34.310 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 72,3 casos/ 100.000 habitantes.

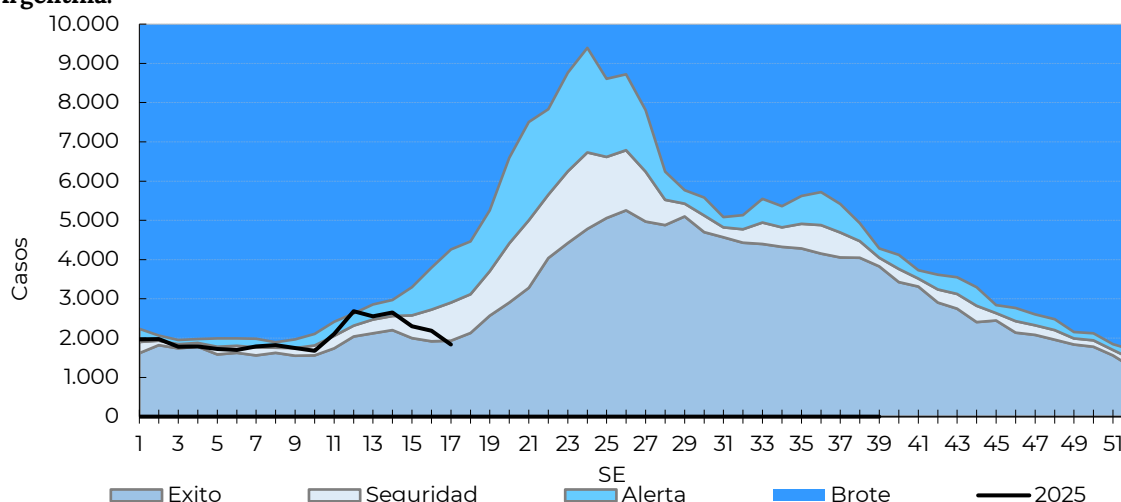
Entre 2015 y 2025, las notificaciones de neumonía mostraron el mayor número de casos en 2022. Las notificaciones presentan una disminución sostenida entre 2016 y 2018, con un ligero ascenso en 2019 respecto del año anterior. En 2020 se registró un nuevo descenso de casos, volviendo a incrementarse durante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

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE17. 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 SNVS²⁰.

Las notificaciones de neumonía en 2025 a nivel país, respecto al comportamiento en años históricos, se ubican en SE1 y 2 en niveles de alerta, y posteriormente se ubican en niveles de seguridad, con algunas oscilaciones. A partir de la SE11 se registra un ascenso de los casos semanales de neumonía, que alcanza niveles de brote en SE12, con un descenso posterior.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 17 de 2025²⁸. 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 SNVS²⁰.

V.4.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 17 semanas epidemiológicas de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 18.983 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 1312,5 casos/100.000 habitantes.

En relación a los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 17 alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso a partir de 2016. En 2019, presentaron un ligero incremento, con un nuevo descenso en 2020 y 2021, cuando se registró el menor número de notificaciones. Para los años 2022 a 2024 se verifica un aumento en las notificaciones de bronquiolitis, mientras que en las primeras semanas de 2025 las notificaciones fueron menores en comparación con la mayoría de los años históricos, con excepción del año 2021.

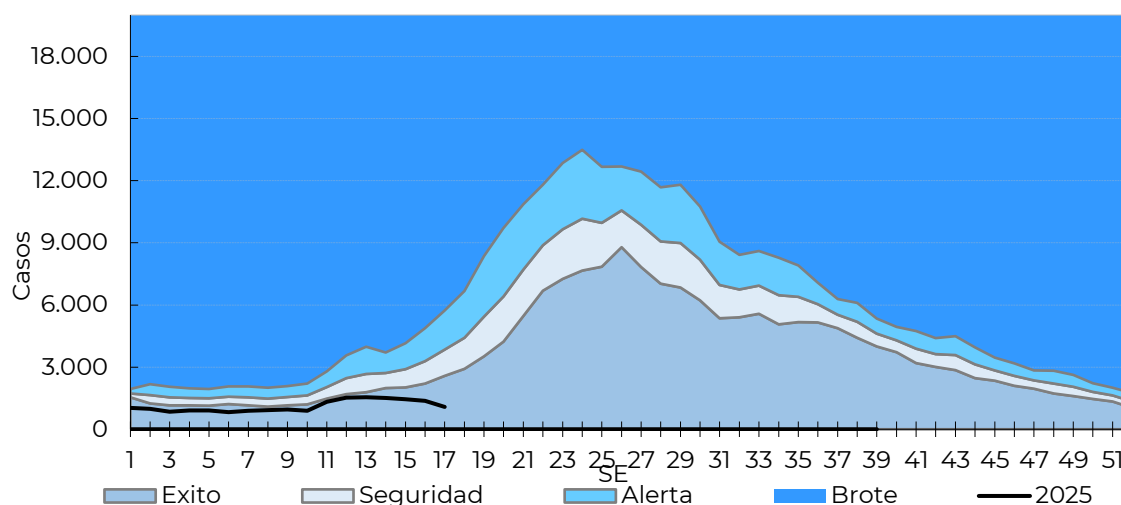
Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE17. Argentina.

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 SNVS²⁰.

²⁸ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

En las 17 primeras semanas del año 2025, las notificaciones de bronquiolitis por semana se encontraron dentro de los límites esperados.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 17 de 2025²⁹. Argentina.



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

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

Desde la SE11 se observa un ascenso sostenido en el número de casos de Influenza, con predominio de Influenza A (H1N1), con un total de 830 detecciones de Influenza en las últimas 2 SE (16 y 17). Además, en relación a VSR se registra un aumento en las detecciones a partir de SE12.

Durante 2024, aun cuando el número de casos de SARS-CoV-2 por SE fue menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 80% de los casos entre las SE1 y SE12, con el mayor número de casos registrado entre las SE03 y SE06. Posteriormente, las detecciones semanales disminuyeron y, a partir de la SE32, los casos volvieron a incrementarse, alcanzando un nuevo pico en la SE44, aunque con una magnitud menor al ascenso previo. En las primeras semanas de 2025 los casos de COVID-19 se mantuvieron en valores bajos, con un promedio de 100 casos semanales en las últimas 6 semanas.

En cuanto a influenza, en 2024 se destacó un aumento pronunciado de las notificaciones entre las SE16 y SE23, con predominio de influenza A (sin subtipificar y A H3N2). A partir de la SE31, los casos empezaron a disminuir, y hacia las últimas semanas del año, se observó un cambio en el tipo de influenza identificado, con aumento de las detecciones de influenza B (linaje Victoria), que alcanzó su pico en SE42. En lo que va de 2025, se registraron casos todas las semanas. Desde la SE11 se registra un ascenso de las detecciones de influenza, con predominio de influenza A no subtipificado y H1N1. En las últimas 2 SE (16 y 17) se notificaron un total de 830 detecciones

²⁹ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

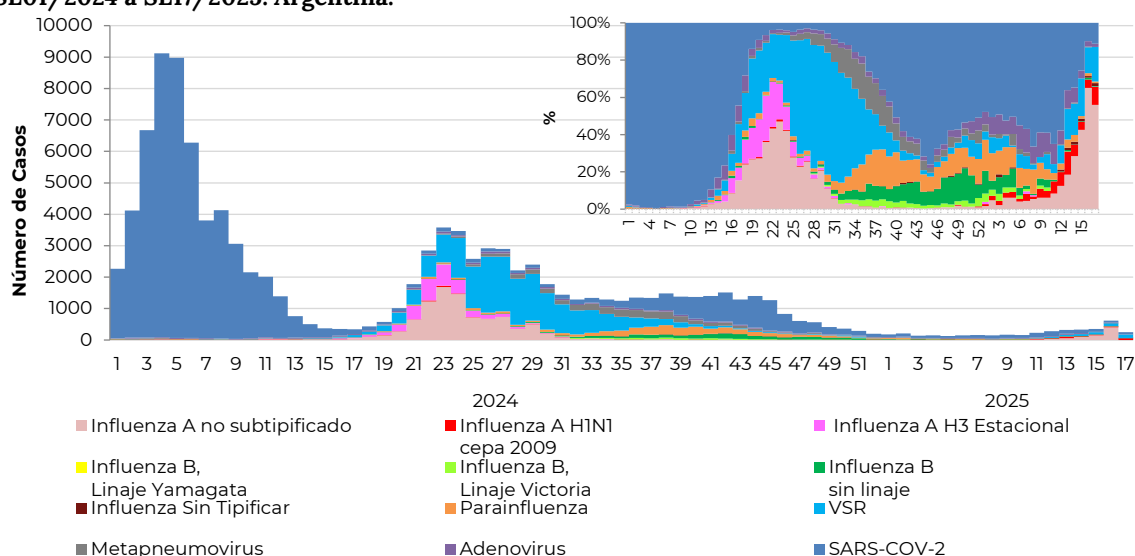
de Influenza. Esta tendencia ascendente de casos se concentra principalmente en la región noroeste del país (NOA). Además, se verifica un ligero aumento de las detecciones en la región Sur (Gráfico 10).

En relación al VSR, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16/2024, alcanzando su máximo en la SE26, y tendencia descendente posterior. En lo que va de 2025, si bien los casos permanecen en valores bajos, se registra un ascenso de las detecciones desde la SE12, con 193 detecciones en las últimas 2 SE (16 y 17).

Respecto a otros virus respiratorios, se observó un aumento en las detecciones de metapneumovirus a partir de la SE23, alcanzando su pico en la SE38 de 2024. Asimismo, entre las SE30 y SE38, se registró un incremento en los casos de parainfluenza, seguido de un descenso posterior.

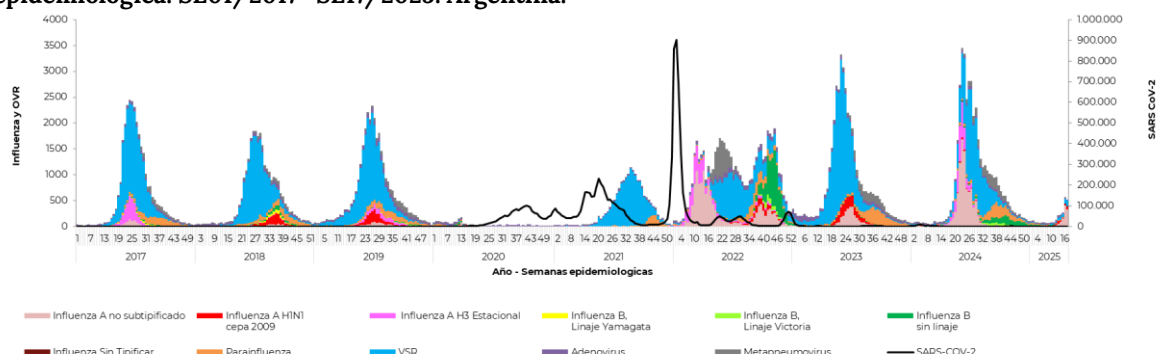
Durante la SE17/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, SARS-CoV-2, VSR, adenovirus y parainfluenza.

Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE17/2025. Argentina.

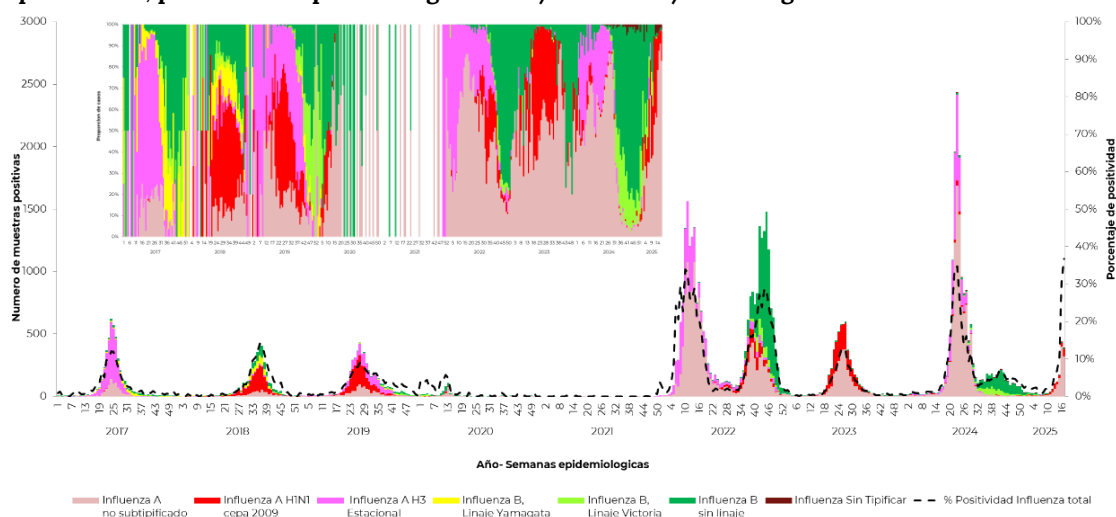


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

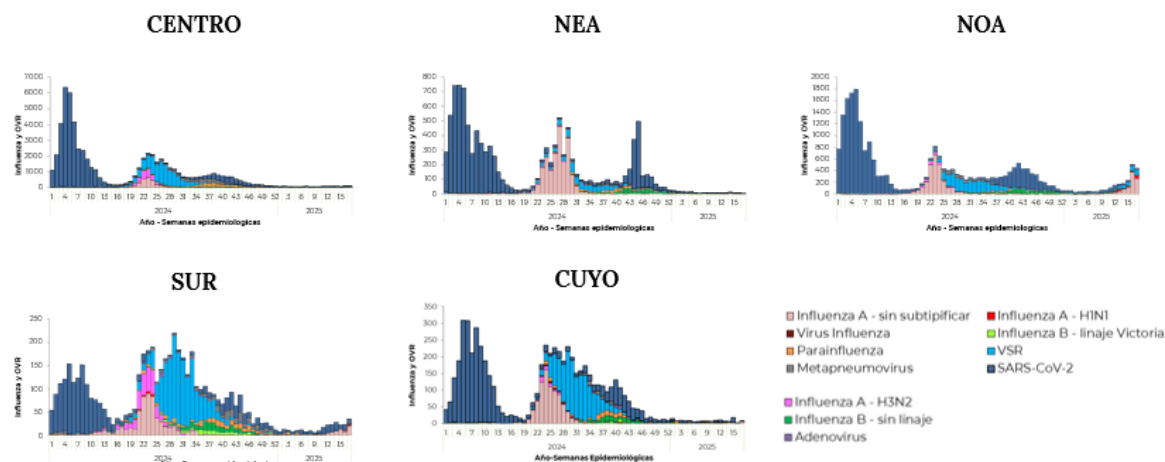
La curva histórica de casos positivos de virus respiratorios por semana muestra un marcado descenso para el año 2020 en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios. Durante el año 2022 se ha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

Gráfico 8. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE17/2025. Argentina.

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

Gráfico 9. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE17/2025. Argentina.

Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Gráfico 10. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2024 a SE17/2025. Argentina.

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

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

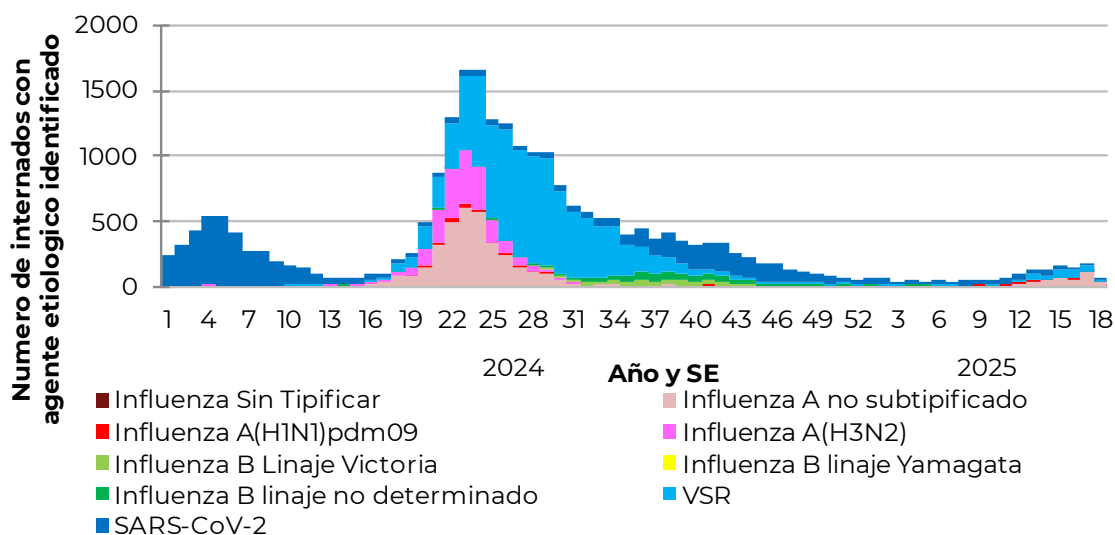
Entre SE01 y SE18 de 2025, se notificaron 550 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 85,3% menos casos. Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y valores estables en lo que va de 2025. Para la SE18/2025 se registraron 12 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, entre las SE1 y 18 de 2025 se registraron un total de 583 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12, se verifica un ascenso sostenido en los casos, con 38 detecciones de influenza en hospitalizados en la última SE. Asimismo, los casos acumulados durante 2025 registran un ascenso del 104,4% respecto de las notificaciones registradas en el mismo periodo de 2024.

Entre los 583 casos de influenza notificados durante 2025, se notificaron predominantemente detecciones de influenza A (n= 504), con menor detección de influenza B (n= 56). De los casos de influenza A, 87 cuentan con subtipificación, correspondiendo 82 a influenza A (H1N1) pdm09 y 5 a influenza A (H3N2). En relación a influenza B, 10 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. 23 casos de influenza permanecen a la fecha sin tipificar.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 327 casos hospitalizados positivos para VSR, con tendencia ascendente de los casos a partir de la SE12. Durante 2024, a partir de la SE16 se registra tendencia ascendente de las detecciones semanales de VSR, que alcanza su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En la última semana analizada (SE18/2025), se registran 7 casos de VSR en hospitalizados.

Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE18/2025. Argentina.

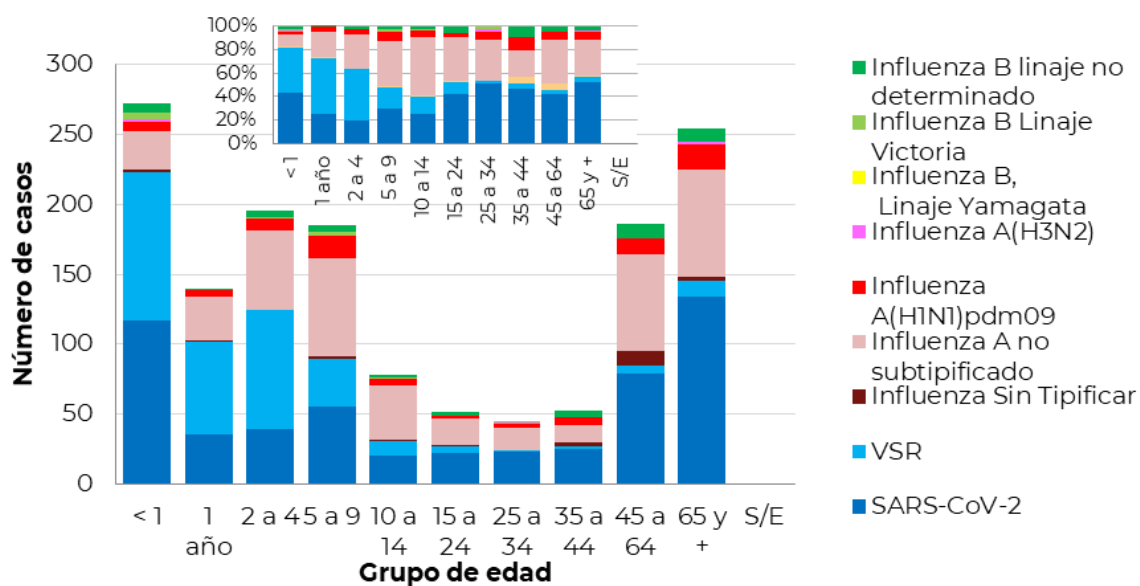


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE18/2025, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en personas de 45 a 64 años y de 65 años y más, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, menores de 1 año

y personas mayores de 45 años.

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE18/2025.



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

A la fecha de elaboración de este informe, en lo que va de 2025, se registran 8 fallecidos con diagnóstico de influenza³⁰.

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

³⁰ Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS

VI. Psitacosis – Actualización informe epidemiológico

VI.1. Introducción

La psitacosis es una zoonosis de denuncia obligatoria causada por una bacteria llamada *Chlamydia psittaci*. La transmisión al hombre se produce principalmente por inhalación del agente, que es excretado por las aves en las heces, en gotitas del tracto respiratorio y/o por el contacto de plumas contaminadas. El tiempo de incubación de la enfermedad abarca de 5 a 14 días. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es la presentación más importante de psitacosis humana, no obstante, dado que el diagnóstico suele realizarse solo en casos graves, es probable que la enfermedad esté subdiagnosticada. Las aves aparentemente sanas, pueden ser portadoras y actúan como reservorios del agente causal en todo el mundo. Las aves psitácidas (loros, cotorras y guacamayos) son las que se han asociado más frecuentemente con la transmisión de *C. psittaci* a humanos, pero también se ha evidenciado la transmisión zoonótica a partir de palomas, pavos, pollos y patos³¹.

VI.2. Nota metodológica

El siguiente reporte se realizó con la información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), notificada en el evento psitacosis.

Para el presente informe, se consideraron como casos de psitacosis a los confirmados y probables. Se definió como caso confirmado de psitacosis a aquellos que cumplen con uno o más de los siguientes criterios: métodos directos positivos para *Chlamydia psittaci* (PCR o aislamiento), seroconversión o cuadruplicación del título de anticuerpos de clase IgG detectados por inmunofluorescencia, y casos clasificados por el notificador como “confirmado *Chlamydia psittaci*”. Se consideraron casos probables a aquellos que tuvieron resultado positivo de anticuerpos IgG en una sola muestra con un valor título mayor a 160 con nexo epidemiológico. Los casos descartados, son aquellos con resultados de laboratorio negativos en las siguientes pruebas: aislamiento y/o PCR específica sobre muestras clínicas y siempre acompañados de ausencia de seroconversión o cuadruplicación de títulos. Los casos sospechosos a los que no se les pudo realizar el aislamiento, o de quienes no se recibió la muestra del segundo suero (suero pareado) para observar la variación del título de anticuerpos, mantienen su clasificación como “Caso sospechoso”.

Para la consideración de la semana epidemiológica de ocurrencia de los casos se construyó una variable de fecha mínima, tomando primero la fecha de inicio de síntomas y, en caso de que la misma no se encuentre consignada, la fecha de toma de muestra, la de consulta o la de apertura (notificación del caso al SNVS) en ese orden de prioridad.

Para la situación epidemiológica actual, se analizaron los datos entre la SE01/2025 y la SE17/2025. Estos se compararon con el período comprendido entre SE01/2019 y SE52/2024. El corredor epidemiológico se construyó a partir de la comparación de períodos comprendidos entre la SE25 de un año, y la SE24 del siguiente (2019-2020, 2020-2021, 2021-2022, 2022-2023, 2023-2024, 2024-2025) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos

³¹ Hogerwerf, L., Roof, I., de Jong, MJK et al. Fuentes animales de transmisión zoonótica de psitacosis: una revisión sistemática. BMC Infect Dis 20, 192 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12879-020-4918-y>

estivales entre sí, especialmente los casos del período actual (SE25/2024 a SE17/2025, respecto a equivalentes períodos anteriores).

Para el gráfico de casos de psitacosis según cuatrisesmana epidemiológica y año, se excluyeron los casos de la SE17 de 2025, por ser gráficos cuatrisesmanales y no encontrarse completo el período cuatrisesmanal que finaliza en SE20.

VI.3. Situación epidemiológica histórica (2019-2024)

La situación histórica puede encontrarse en el BEN N 741 SE04/2025 disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben-741-se-4-vff.pdf>

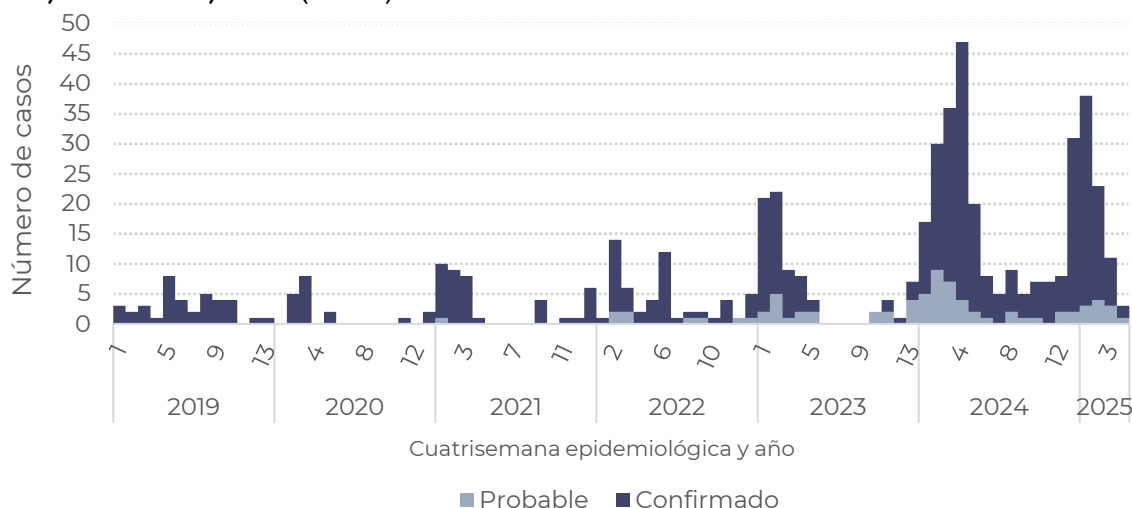
VI.4. Situación epidemiológica actual. SE 1 a SE 17 de 2025

Entre las SE 01 y 17 del año 2025, se realizaron 343 notificaciones al SNVS 2.0 de las cuales 64 casos fueron confirmados y 11 probables.

VI.4.A. COMPARACIÓN PERÍODOS PREVIOS

Considerando el período comprendido entre la SE01/2019 y la SE16/2025, en la curva de casos se observaron, a nivel nacional, aumentos en las primeras semanas epidemiológicas de cada año, los cuales corresponden a los meses más calurosos. El mayor pico se registró en la cuatrisesmana 04/2024 (SE13 a SE16), con 43 confirmados y 4 probables. En 2025 se observó un pico en la cuatrisesmana 01/2025 (SE01 a SE04), con 35 confirmados y 3 probables.

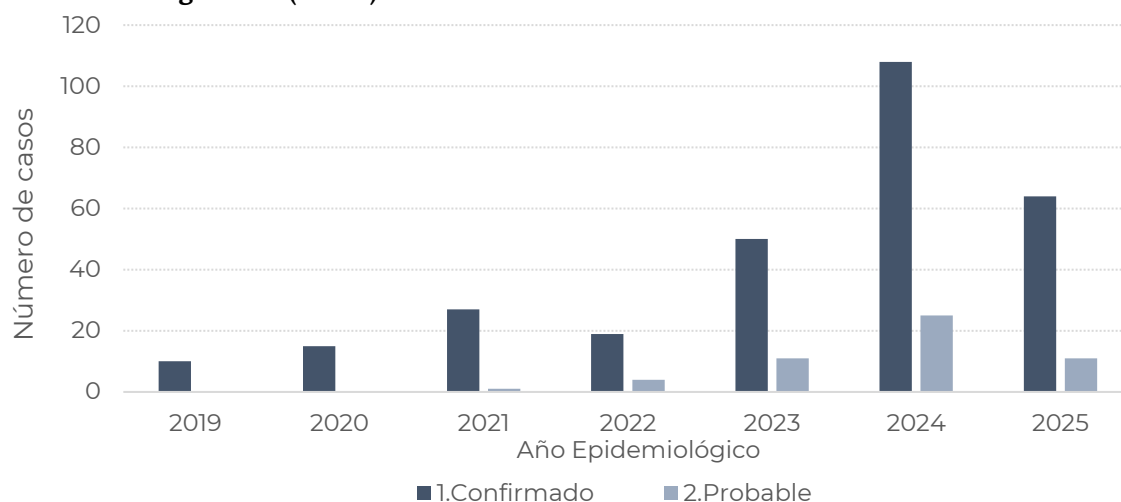
Gráfico 1. Número de Casos de psitacosis por cuatrisesmana epidemiológica y año. Argentina, SE01/2019 a SE16/2025. (N=534)



Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

Al comparar los casos entre la SE01 y la SE17 de cada año, se observaron los mayores números absolutos en 2024, con 108 confirmados y 25 probables. En el mismo período de 2025 se detectaron 64 confirmados y 11 probables.

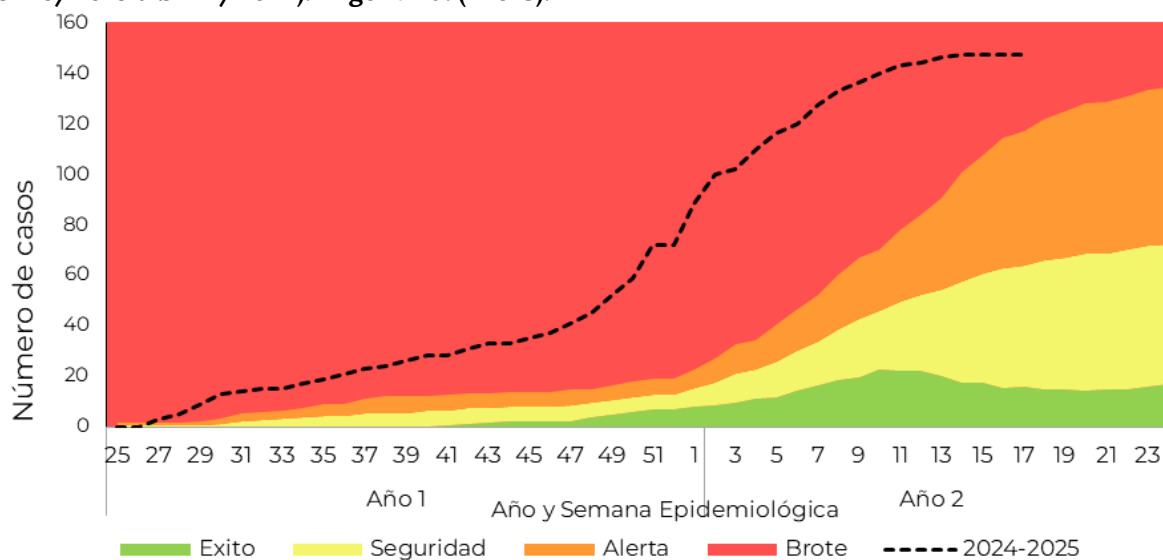
Gráfico 2. Número de casos de psitacosis entre SE01 y SE17 de cada año, Argentina. Período 2019 a 2025. Argentina. (n=345)



Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

El corredor endémico acumulado indica que respecto a períodos previos nos encontramos en un año de brote, sin embargo, se observa un achatamiento de la curva a partir de SE14/2025, momento a partir del cual no se presentaron nuevos casos.

Gráfico 3. Corredor endémico acumulado semanal de psitacosis. Período analizado: SE25/2024 a SE16/2025 respecto a períodos equivalentes de los cinco años previos (SE25/2019 a SE24/2024). Argentina. (n=513).



Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

VI.4.B. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL

Los casos comprendidos entre la SE01/2025 y la SE17/2025 se registraron en las regiones del Centro (Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe), Cuyo (Mendoza y San Juan), Sur (La Pampa y Río Negro) y NOA (Salta y Santiago del Estero).

En la Tabla 1 se observan los casos de psitacosis ocurridos entre la SE01 y la SE17 de 2024 y 2025, ambos años con la mayor cantidad de casos registrados.

Tabla 1. Número de casos e incidencia (c/100 mil hab.) de psitacosis por jurisdicción y año, Argentina. Período SE 01 a SE 17 de 2024 y 2025 (N=208)

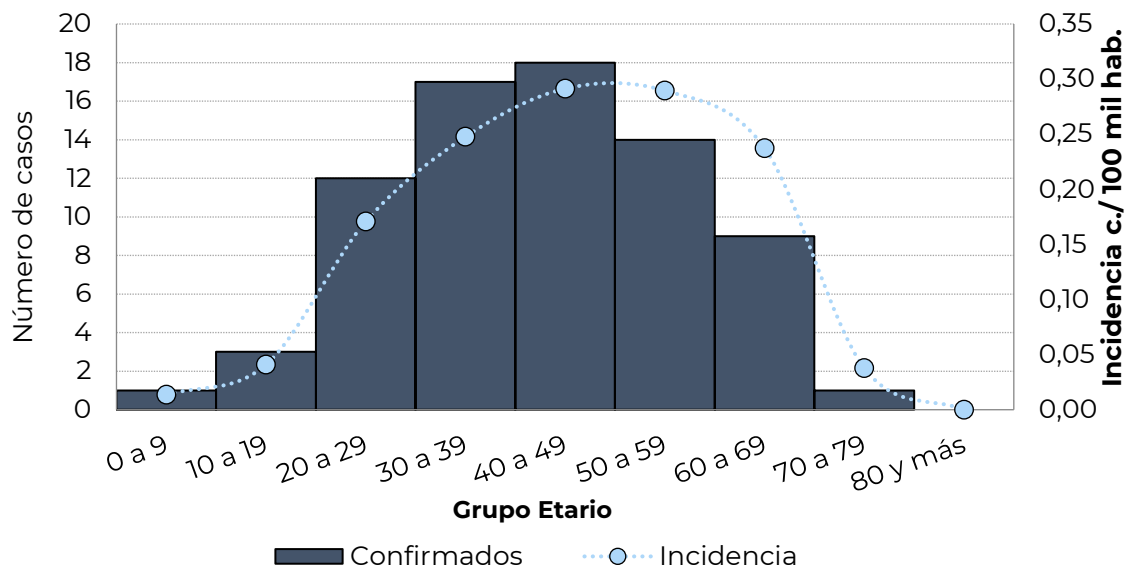
SE y Año epidemiológico	SE01/2024 a SE17/2024		SE01/2025 a SE17/2025	
Jurisdicción	Casos	Inc. c/100.000 hab.	Casos	Inc. c/100.000 hab.
Buenos Aires	68	0,37	17	0,09
CABA	4	0,13	0	0,00
Córdoba	3	0,08	10	0,25
Entre Ríos	25	1,74	27	1,87
Santa Fe	15	0,41	8	0,22
Centro	115	0,38	62	0,20
Mendoza	0	0,00	4	0,19
San Juan	5	0,61	4	0,49
San Luis	4	0,75	0	0,00
Cuyo	9	0,26	8	0,23
Chaco	0	0,00	0	0,00
Corrientes	0	0,00	0	0,00
Formosa	0	0,00	0	0,00
Misiones	0	0,00	0	0,00
NEA	0	0,00	0	0,00
Catamarca	1	0,23	0	0,00
Jujuy	1	0,12	0	0,00
La Rioja	0	0,00	0	0,00
Salta	0	0,00	1	0,07
Santiago del Estero	3	0,29	1	0,10
Tucumán	1	0,06	0	0,00
NOA	6	0,10	2	0,03
Chubut	0	0,00	0	0,00
La Pampa	2	0,54	2	0,54
Neuquén	0	0,00	0	0,00
Río Negro	1	0,13	1	0,13
Santa Cruz	0	0,00	0	0,00
Tierra del Fuego	0	0,00	0	0,00
Sur	3	0,10	3	0,10
Total País	133	0,28	75	0,16

Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

VI.4.C. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO

Durante 2025, se notificaron casos entre los 5 y los 74 años, con una mediana de 42 años. El 50,7% (n=38) fueron de sexo masculino.

Gráfico 4. Número de casos confirmados y tasa de incidencia (c/100 mil hab.) de psitacosis según grupo etario. Argentina, SE 1 a SE 17/2025. (N=75)

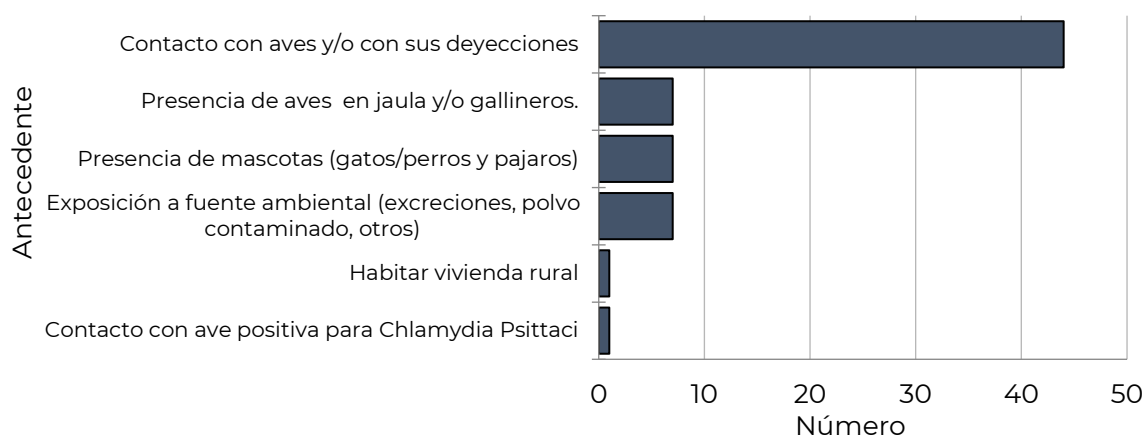


Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

VI.4.D. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

El 77% (n=58) de los casos de 2025 presentó información sobre uno o más antecedentes epidemiológicos; los más comunes fueron contacto con aves y/o sus deyecciones (76%), presencia de aves en jaula y/o gallinero (12%), presencia de mascotas (gatos/perros y pájaros) (12%) o exposición a fuente ambiental (excreciones, polvo contaminado, otros) (12%).

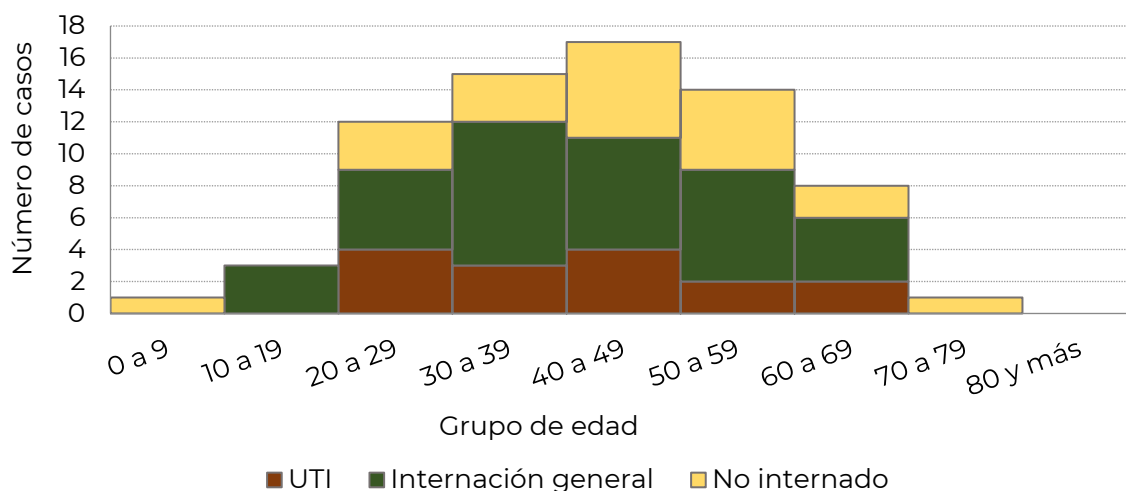
Adicionalmente, se registró un caso confirmado de psitacosis, notificado en la provincia de Santa Fe, en una paciente de 49 años, de nacionalidad norteamericana, que inició síntomas en febrero de 2025. Como antecedente epidemiológico, se registró un viaje de ida y vuelta de Buenos Aires a Colonia (Uruguay), luego de Buenos Aires a Ushuaia y luego participó de un crucero internacional hacia la Antártida, donde pudo haber tenido exposición a colonias de pingüinos, con especímenes fallecidos. Debido a que en el crucero viajaban 348 personas de diferentes nacionalidades, a través del Centro Nacional de Enlace (CNE) se notificó esta situación a 11 países, para que pudieran realizar el seguimiento e implementar las medidas correspondientes.

Gráfico 5. Número de posibles fuentes de infección de los casos de psitacosis. SE01 a SE17/2025, Argentina. (n=58)

Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

VI.4.E. GRAVEDAD Y MORTALIDAD

Se contó con información sobre internación en el 95% (n=71) de los casos de 2025. Entre éstos, el 21% (n=15) requirió UTI, el 49% (n=35) internación común y el 30% (n=21) no fue internado.

Gráfico 6. Número de casos de psitacosis según internación y rango etario. SE01 a SE17/2025, Argentina. (n=71)

Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

Hasta la SE17/2025, se registró un caso fallecido en la provincia de Mendoza correspondiente a una mujer de 38 años de edad la cual contó con exposición a fuentes ambientales (excreciones, polvo contaminado, otros) como antecedente epidemiológico. El caso registra internación en UTI.

Muestras respiratorias	Internación	Sangre
*HNF (hisopado nasal y faríngeo) o hisopado nasofaríngeo) Recolectado con hisopos flocked y sumergirlos en 1 ml de medio de transporte Universal (UTM). En su defecto colocarlo en un tubo estéril con 3 gotas de solución fisiológica estéril para mantener la humedad.	En piso	Se requiere una muestra remitida en tubo nuevo, seco, sin anticoagulante y estéril.
ANF (aspirado nasofaríngeo)	En piso/UCI	
Espuito	En piso	
AT (aspirado traqueal)	UCI	Enviar segunda muestra de sangre tomada con 21 días de diferencia (fase de convalecencia).
MiniBAL (mini lavado bronco alveolar)	UCI	
LP (líquido pleural)	UCI	
Biopsias de pulmón (sin formol, en tubo con tres gotas de solución fisiológica estéril)	UCI	

Las muestras respiratorias se utilizan para la detección de ADN de *Chlamydia psittaci*:

- Para la genotipificación, las muestras positivas detectadas por las metodologías antes mencionadas son estudiadas mediante la secuenciación génica de un fragmento del dominio variable del gen *ompA* de *C. psittaci*.³³

³³ Sachse, H. Hotzel. Detection and differentiation of *Chlamydiae* by nested PCR. *Methods Mol Biol*, 216 (2003), pp. 123-136.

Para los estudios serológicos, se estudian los anticuerpos de clase IgG anti *Chlamydia* spp. Estos estudios requieren muestras de suero de la fase aguda y de la fase convaleciente, por lo que los resultados tienen valor epidemiológico y no para el tratamiento oportuno del paciente. Cabe mencionar que ocurren reacciones cruzadas entre distintas especies de *Chlamydia*.

En cualquier caso, la muestra debe ser remitida al laboratorio de derivación en triple envase de seguridad, refrigerada y acompañada de la ficha epidemiológica con todos los antecedentes clínico-epidemiológicos completos del paciente.

VI.5.A. CIRCUITO DE MUESTRAS

En el caso que se trate de un paciente con neumonía grave con nexo epidemiológico para psitacosis o sin nexo epidemiológico, pero con alta sospecha de neumonía atípica, y en donde la Institución o su Jurisdicción no tenga la posibilidad de realizar las técnicas moleculares y/o serológicas arriba descriptas, puede enviar las muestras al Servicio Bacteriología Clínica - INEI ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” (Dra. Claudia Lara, bacterioclínica@anlis.gob.ar) con su respectiva ficha de derivación (<https://bacteriologiaclinica.jimdofree.com/fichas-de-derivaci%C3%B3n/psitacosis/>)

En el caso que la Institución o Jurisdicción pueda realizar las técnicas diagnósticas moleculares para psitacosis, se solicita que envíen al Servicio de Bacteriología Clínica INEI - ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” el extracto de ADN y un remanente de cada muestra positiva, para realizar la vigilancia genómica de las cepas circulantes en el país.

Finalmente, en cualquier situación, es necesario realizar la notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud de los casos y su derivación, si las muestras son enviadas al INEI - ANLIS - “Dr. Carlos G. Malbrán” o a otro Laboratorio.

VI.6. Medidas de Prevención y Control

VI.6.A. RESPONSABILIDADES DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS, MÉDICOS Y VETERINARIOS

El médico debe considerar la sospecha de psitacosis en pacientes humanos con síntomas respiratorios y con posible antecedente epidemiológico de contacto con aves, y tomar las medidas de prevención y control necesarias, incluyendo la toma de muestra para diagnóstico laboratorial.

Los veterinarios deben considerar clamidiasis aviar en cualquier ave con sintomatología compatible como fiebre, diarrea, conjuntivitis, signos respiratorios (disnea, sinusitis, rales, aerosaculitis, neumonía), pericarditis, deshidratación y poliuria. Las aves se presentan con las plumas descoloridas y desalineadas, letárgicas y anoréxicas. Las deyecciones son verde brillante o amarillentas. También son descriptos signos nerviosos centrales, que incluyen convulsiones, temores, parálisis, tortícolis y opistótonos. Especialmente si el ave fue recientemente comprada y/o estuvo sometida a situaciones de estrés. Ante la sospecha, deberá realizar la toma de muestras de laboratorio para confirmar el diagnóstico.

Los veterinarios deben notificar a las autoridades sanitarias locales sobre la sospecha o confirmación de un ave infectada y también sobre las personas que hayan tenido contacto con las mismas. Además, deben informar a las personas en riesgo sobre el peligro para la salud pública que plantea *C. psittaci* y las precauciones necesarias que se deben tomar para evitar el

contagio.

VI.6.B. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y RECOMENDACIONES

- ✓ No capturar aves silvestres, ni comprarlas en la vía pública.
- ✓ Mantener las aves en lugares ventilados y con espacio suficiente, sin hacinarlas.
- ✓ Alimentar a las aves correctamente y mantener las jaulas limpias.
- ✓ No permanecer largos periodos en habitaciones cerradas donde haya aves.
- ✓ No introducir aves recientemente capturadas o compradas sin certificado sanitario en jaulas donde ya hay otras aves.

En caso de presentarse en personas sintomatología respiratoria habiendo estado en contacto con aves posiblemente enfermas, es preciso dirigirse al centro de salud u hospital más cercano, a fin de realizar la consulta pertinente. Si bien la enfermedad suele ser leve o moderada, a veces puede ser grave, especialmente en los adultos mayores y ancianos que no reciben tratamiento.

Medidas preventivas para el mantenimiento de aves en cautiverio:

- ✓ Limpiar diariamente el piso y toda superficie de la jaula o alrededores en contacto con la materia fecal de las aves. Siempre humedecer previamente con soluciones desinfectantes (2 cucharadas de lavandina diluidas en un litro de agua) para evitar la producción de aerosoles de las deyecciones resacas.
- ✓ Evitar todo tipo de estrés en las aves, respetar el espacio vital de cada ave, alimentarlas correctamente y ubicarlas en lugares aireados.
- ✓ No permanecer largos períodos en habitaciones cerradas donde haya aves.
- ✓ Aislar las aves recién adquiridas por 30-45 días, realizarle un diagnóstico directo o indirecto. Iniciar un tratamiento, antes de agregarlas al grupo.

En caso de adquirir aves

- ✓ Comprar aves en locales habilitados y con asesoramiento veterinario, nunca comprar en la calle a vendedores ambulantes.
- ✓ Exigir certificado sanitario firmado por el profesional responsable.
- ✓ Pedir comprobante de la compra, dado que en caso de presentarse psitacosis es posible comprobar su procedencia y actuar en el comercio, ya que es probable que existan allí otras aves afectadas.
- ✓ Evitar la compra o venta de aves que presenten signos de descarga ocular o nasal, diarrea o estado de adelgazamiento.

VI.7. Actualización de Normativa de Vigilancia Epidemiológica

VI.7.A. INTRODUCCIÓN

En nuestro país, la psitacosis constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022.

La estrategia de vigilancia de psitacosis en humanos es universal y la modalidad es nominal e inmediata ante la sospecha. La investigación de casos incluye información poblacional sobre los afectados, clínica, laboratorio e investigación epidemiológica.

Por otra parte, para la vigilancia en animales, se incorporó en la última actualización del Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria, realizada en 2022, el evento clamidiasis aviar de modalidad individual inmediata.

A continuación, se presenta la actualización de la norma de vigilancia para el evento Psitacosis, la cual formará parte de la próxima versión del Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria, en proceso de publicación. Su aplicación rige a partir de la publicación del presente Boletín Epidemiológico Nacional.

VI.7.B. EVENTO: PSITACOSIS; CATEGORÍA: EVENTOS TRANSMISIBLES; GRUPO: PSITACOSIS

Notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)							
Grupo/s de Evento/s	Evento (Nomenclatura SNVS 2.0)	¿Qué se vigila en este evento?	Criterio de ingreso a sistema de vigilancia (instancia de obligatoriedad)	Modalidad	Estrategia	Periodicidad	Componentes que participan en la vigilancia
Psitacosis	Psitacosis	Remitirse a la sección "definición y clasificaciones de caso"	Sospecha	Nominal	Universal	Inmediata	Clínico Laboratorio Epidemiológico
Formulario de notificación de brotes							
Configuración de eventos nominales en el SNVS							
Dispara alerta inmediata	SI	Unidad temporal (días)	60	Cierre automático de casos (días)	365		
El caso SOLO se considera notificado cuando está registrado en el Sistema Nacional de Vigilancia							

Código CIE-10

A70 Infección debida a *Chlamydia psittaci*

Descripción del problema de salud pública

La psitacosis es una zoonosis de denuncia obligatoria y que tiene como principal reservorio a las aves. Los síntomas en los seres humanos incluyen fiebre, escalofríos, cefaleas, mialgia y malestar, tos seca, dificultad respiratoria y confusión con o sin síntomas respiratorios. Con menos frecuencia puede observarse neumonía, endocarditis, miocarditis, hepatitis, artritis,

conjuntivitis y encefalitis³⁴. Los síntomas ocasionales suelen ser rash no específico, diarrea, vómitos y dolor abdominal.

Se la debe diferenciar de enfermedad pulmonar por Hantavirus, leptospirosis e infección con virus de la influenza aviar y otras influencias, Legionelosis, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* y COVID-19 entre otros.

La enfermedad se manifiesta en casos aislados o en forma de brotes.

La detección y la notificación temprana es fundamental para mejorar el pronóstico de los pacientes y evitar las complicaciones es por esto que es de gran importancia incluir en la anamnesis de casos con sintomatología compatible si poseen o tuvieron contacto con aves. Además, permite evitar el aumento en el número de casos por el bloqueo temprano del brote.

Agente etiológico

Chlamydia psittaci

Modos de transmisión

Principalmente por inhalación de aerosoles contaminados, o por contacto directo con aves infectadas o sus excreciones, secreciones o plumas de éstas. De manera poco frecuente y descrito en al menos un trabajo documentado, por contacto de persona a persona.³⁵

Reservorio - Vector

Las aves aparentemente sanas, pueden ser portadoras y actúan como reservorios de *Chlamydia psittaci* en todo el mundo. Es frecuente observar signos clínicos y contagio a humanos desde aves psitácidas (loros, cotorras y guacamayos). Menos frecuente es el contagio a partir de palomas y de aves de corral (gallinas, pollos, patos y gansos).²

La cría intensiva de aves como la de pollo, pato y pavo en la industria, frecuentemente generan brotes o un aumento en el número de contagiados por el hacinamiento y su traslado.² Sin embargo, en Argentina aún no hay datos publicados.²

Período de incubación

El tiempo de incubación de la enfermedad abarca de 5 a 14 días.

Objetivos de la vigilancia

- Identificar de manera oportuna casos sospechosos, lo que permite ejecutar las acciones para la identificación de la fuente que pueda desencadenar un brote.
- Confirmar por laboratorio los casos sospechosos para su tratamiento.
- Monitorear el cumplimiento de tratamiento y seguimiento adecuados de los casos confirmados.
- Posibilitar la difusión, el uso y el análisis de la información de psitacosis relevante en tiempo real en todos los niveles y sectores con responsabilidad en la prevención, detección y control de la enfermedad.
- Facilitar la articulación con los equipos de zoonosis para la realización de acciones de bloqueo del foco.
- Efectuar la caracterización epidemiológica de los casos de psitacosis detectados.
- Identificar grupos poblacionales vulnerables o en situación de riesgo.

³⁴ Ravichandran K, Anbazhagan S, Karthik K, Angappan M, Dhayananth B. A comprehensive review on avian chlamydiosis: a neglected zoonotic disease. Trop Anim Health Prod. 2021 Jul 27; 53 (4): 414.

³⁵ Wallensten A, Fredlund H, Runeheger A. Multiple human-to-human transmission from a severe case of psittacosis, Sweden, January–February 2013. Euro Surveill. 2014 Oct 23; 19 (42): 20937.

- Relevar los datos requeridos para la construcción de los diferentes indicadores programáticos: epidemiológicos, operacionales y de respuesta a los esquemas de tratamiento.
- Reconocer las brechas en el acceso al diagnóstico, tratamiento y seguimiento (según metodologías utilizadas).

Definición y clasificaciones de caso

Caso sospechoso: paciente con fiebre, cefalea, mialgia, tos seca, dificultad respiratoria, confusión, con o sin neumonía, con antecedente epidemiológico de exposición a aves o entornos contaminados con sus excreciones (heces, secreciones respiratorias, otros).*

*Ejemplos de antecedente epidemiológico compatible: en los 14 días previos a iniciar con los síntomas tuvo contacto con aves silvestres, de corral, de compañía; trabajó con aves de corral, desempeñó actividades agrícolas, ganaderas; tuvo una ocupación que implique contacto con aves (veterinario/a, trabajador/a de laboratorios, empleado/a de comercio de mascotas, trabajador/a en un ecoparque); concurrió a criaderos de aves, ferias donde se comercializan aves, plazas o espacios recreativos con presencia de aves. Persona que no tuvo un antecedente claro de contacto con aves pero que haya podido inhalar polvo contaminado con plumas, secreciones o excreciones de aves (ej. jardinería, cortar el césped, trabajador/a de la construcción, trabajador/a de limpieza).

Caso probable de psitacosis: todo caso sospechoso que presente

demonstración de título alto (>160) de anticuerpos de clase IgG anti *Chlamydia* spp., por inmunofluorescencia indirecta.

Caso confirmado de psitacosis por identificación del agente etiológico *Chlamydia psittaci*:

todo caso con resultado positivo del cultivo y/o de los métodos moleculares que permitan definir especie.

Caso confirmado de psitacosis por criterio clínico-epidemiológico-laboratorial:

- a) todo caso sospechoso que presente seroconversión o cuadruplicación del título de anticuerpos de clase IgG anti *Chlamydia* spp. en par de sueros (21 días de diferencia) por inmunofluorescencia indirecta, o
- b) Todo caso sospechoso o probable que haya tenido contacto reciente (5-14 días previo al inicio de síntomas) con un caso confirmado de *Chlamydia psittaci* (por métodos directos) en aves, humanos o muestra ambiental.

Caso descartado: Es todo caso sospechoso (por nexo y sintomatología compatible), que muestre resultados de laboratorio negativos en las siguientes pruebas: aislamiento y/o PCR específica sobre muestras clínicas y siempre acompañados de ausencia de seroconversión o cuadruplicación de títulos.

Además, se sugiere tener en cuenta la detección de otro agente en esa misma muestra.

Adicionalmente, en los casos de neumonía aguda grave de la comunidad (NAC), sin diagnóstico microbiológico causal -en el cual se descartó etiología viral o bacteriana por los métodos disponibles- y con ausencia de respuesta terapéutica a las 48 -72 horas de instaurar tratamiento empírico inicial de la NAC que incluya antibióticos betalactámicos y macrólidos también se recomienda realizar los estudios correspondientes para confirmar o descartar psitacosis.

Dado que estos pacientes no tienen un nexo epidemiológico conocido, y que la detección de anticuerpos de clase IgG por inmunofluorescencia no permite identificar la especie en clamidias, se sugiere utilizar aislamiento y/o métodos moleculares específicos para confirmar una infección con *Chlamydia psittaci*.

Para mayor información consultar:

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

Definición de brote

Más de un caso expuesto a la misma fuente en un período de tiempo determinado y en un área definida.

Medidas preventivas

Hacer respetar la reglamentación vigente en aspectos de captura, transporte de aves y comercialización.

Las autoridades locales (municipalidad - zoonosis urbana) deben controlar a los sitios de venta de animales y aviarios relacionados a casos de psitacosis y también a vendedores ambulantes.

-Para aves recién obtenidas realizar cuarentena y testeo para diagnóstico de clamidiasis aviar.

-Advertir a la población sobre el peligro de compra de psitácidos u otras aves que no tengan quimioprofilaxis realizada por un médico veterinario.

-Educación para la salud.

-No capturar aves silvestres y evitar levantar aves del suelo que no puedan volar.

-Se recomienda la adquisición de aves en lugares habilitados para tal fin.

-Las aves deberán estar ubicadas en un lugar ventilado, templado y tranquilo con agua y alimentación abundante y sana. Evitar el hacinamiento de aves en la misma jaula y evitar el contacto del ave positiva con otras aves domésticas o silvestres.

-Desinfección frecuente de jaulas con soluciones de amonio cuaternario en una dilución 5% v/v, (se recomienda evitar el formol al 1%) solución de hipoclorito de sodio al 10% y dejar actuar sobre la superficie a tratar durante 30 segundos, luego cepillarla bajo un chorro de agua corriente y enjuagar).

-Tanto la limpieza de la jaula como la manipulación del ave para la administración del tratamiento deberán hacerse con guantes, gafas protectoras y barbijo. También es recomendable colocar una hoja de papel diario en la bandeja recolectora de heces, rociándola con un desinfectante previamente al reemplazo diario.

Medidas ante casos y contactos

Control del paciente:

- Notificar de forma inmediata el caso sospechoso utilizando la ficha específica.
- Realizar la toma de muestra antes de comenzar el tratamiento para su confirmación por laboratorio.
- Indicar tratamiento según recomendaciones vigentes.

Realizar la vigilancia clínica del grupo familiar y/o personas expuestas. La utilización de quimioprofilaxis no está recomendada.

Medidas ante brotes

Ante la sospecha de brote de psitacosis:

- I) Realizar la toma de muestras para la confirmación de casos sospechosos humanos y animales.
 - a) Humano: enviar al laboratorio para la confirmación diagnóstica, en condiciones de bioseguridad, una muestra respiratoria más un tubo con sangre entera (coágulo y suero) tomadas con elementos apropiados e indicados por el laboratorio y acompañadas de una planilla epidemiológica. **Al mismo tiempo registrar el caso sospechoso en SNVS 2.0 (evento psitacosis).**
 - b) Animal: enviar en condiciones de bioseguridad una muestra de hisopado conjuntival, y de cloaca con hisopos y en recipientes adecuados, con medio de transporte adecuado (SPG o UTM) o el cadáver del ave refrigerada y acompañado de la planilla epidemiológica. **Al mismo tiempo registrar el caso sospechoso en SISA (evento Clamidiasis aviar).**
- II) Impartir el tratamiento antibiótico adecuado a humanos y a las aves.
- III) Realizar la desinfección ambiental con hipoclorito de sodio al 10%.

IV) Proceder al bloqueo de la fuente del brote.

V) Poner en práctica todas las medidas de higiene en industrias, así como las medidas existentes para el control de comercialización (importación de aves exóticas o para consumo).

Registro y notificación:

- Todos los casos deben notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud desde la sospecha y en todos los pasos del algoritmo de diagnóstico y evolución clínica.
- Son variables críticas las relacionadas a la identificación de los casos, el sitio posible de exposición (sitio posible de adquisición de la infección) así como los datos clínicos.
- Se debe registrar el **nexo epidemiológico** en la Sección Epidemiología del SNVS, Factores de riesgo/Vías de transmisión/otros antecedentes de interés y una copia de la ficha de investigación en la sección Documentos.
- En los casos que no se pueda constatar el nexo epidemiológico y la clínica sea compatible con la enfermedad se recomienda la sospecha y derivación de muestras para estudio de psitacosis.
- La ficha de notificación se puede encontrar en el siguiente link:
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ficha-psitacosis.pdf>
- Comunicado neumonías atípicas SE 16/2024:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/comunicacion_pstiacosis_vf.pdf

VII. Pandrogo-resistencia - Informe epidemiológico

VII.1. Introducción

Las infecciones causadas por bacterias multirresistentes representan una amenaza creciente para la salud pública, especialmente en pacientes internados en unidades de cuidados críticos. Entre estas, la *pandrogo-resistencia* (PDR), definida como la resistencia a todos los antimicrobianos disponibles para el tratamiento de un microorganismo, configura uno de los escenarios más preocupantes, dada la ausencia de opciones terapéuticas efectivas (Magiorakos et al., 2012; Jiménez Pearson, 2019).

En Argentina, la resistencia a carbapenemes en *Klebsiella pneumoniae* ha mostrado un aumento sostenido en los últimos años, pasando del 20% en 2019 al 32% en 2022, según datos del sistema WHONET-Argentina. Este incremento se acompaña de altos niveles de resistencia a antimicrobianos considerados alternativas terapéuticas, como aminoglucósidos (72-81%), colistín, tigeciclina y fosfomicina (23-32%) (Servicio Antimicrobianos, INEI-ANLIS, 2024).

En enero de 2023, el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS emitió una alerta ante la identificación de aislamientos de *K. pneumoniae* con perfil PDR en una institución de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Estos presentaron resistencia a todos los antimicrobianos disponibles en el país, incluyendo combinaciones de última generación como ceftazidima-avibactam, imipenem-relebactam y aztreonam-avibactam.

Este hallazgo motivó la necesidad de establecer mecanismos de vigilancia específicos y oportunos. Por ello, se incorporó la notificación de microorganismos con perfil PDR al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) como evento de notificación obligatoria, con el fin de fortalecer la detección precoz, contener su diseminación y contribuir a la optimización del uso de antimicrobianos en el país.

VII.2. Situación de Pandrogo - resistencia en Argentina

VII.2.A. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA NACIONAL DE LA RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS (2020 - 2024)

Durante el período 2020-2024, el Programa Nacional de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos (Red WHONET-Argentina) analizó más de 54.000 aislamientos clínicos correspondientes a tres de los principales patógenos asociados a infecciones intrahospitalarias: *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* y el complejo *Acinetobacter baumannii*. A continuación, se detallan los hallazgos más relevantes en relación con los perfiles de resistencia antimicrobiana y los mecanismos de resistencia identificados.

Klebsiella pneumoniae

Se analizaron 29.031 aislamientos, con alta frecuencia de detección en muestras urinarias (41,2%), hemocultivos (25%) y respiratorias (18%). Los niveles de resistencia a múltiples antimicrobianos superaron el 50% en cefalosporinas de espectro extendido, piperacilina/tazobactam, ciprofloxacina y trimetoprima/sulfametoxazol. Entre los años 2022-2023 se observó un aumento de la resistencia para imipenem (30,8% a 32,2%), meropenem (31% a 33%) y ampicilina (33,5% a 35,7%). En el subgrupo de *K. pneumoniae* resistente a carbapenemes, se identificó un incremento de la resistencia a ampicilina (67,3% a 77,5%). En

paralelo, se evidenció un aumento de la actividad de tigeciclina (43,3% a 31,6%), con estabilidad para fosfomicina (22,1%) y colistín (26,6%).

A nivel molecular, se documentó un cambio epidemiológico significativo con una reducción en la detección de KPC (59,7% a 33,2%) y OXA-48-like (6,5% a 3,5%), en paralelo con un incremento de metalo- β -lactamasas (MBL) (29% a 57,4%). NDM emergió como la principal carbapenemasa en esta especie, incluyendo cepas coproductoras con CTX-M (60%) y KPC (4,7%).

Pseudomonas aeruginosa

Se evaluaron 16.684 aislamientos, siendo las muestras respiratorias las más frecuentes (39%), seguidas por orina (22%) y sangre (15%). Entre 2020–2023 se registró una disminución general de la resistencia a los antimicrobianos evaluados, destacándose ceftazidima (21% a 17%), cefepime (21% a 15%), piperacilina/tazobactam (27% a 23%), imipenem (29% a 26%), meropenem (29% a 24%) y ampicacina (15% a 11%). Colistín se mantuvo estable (2,5%).

En el análisis molecular de 106 aislamientos con sospecha de producción de carbapenemasas, se identificaron mayoritariamente cepas portadoras de VIM (64%) y NDM (14%), con menor frecuencia de KPC (8%), IMP (5%) y combinaciones múltiples. Se observó una clara transición en la distribución de carbapenemasas, con una reducción de VIM (80% a 42%) y un aumento de NDM (6% a 24%). No obstante, sólo el 2% de los aislamientos resistentes a carbapenemes presentaron carbapenemasas, lo que sugiere que la resistencia en este patógeno sigue siendo mayormente atribuida a mecanismos de impermeabilidad y eflujo.

Acinetobacter baumannii

Se estudiaron 8.828 aislamientos clínicos, principalmente respiratorios (50%), seguidos por sangre (23%) y orina (10%). Si bien los niveles de resistencia se mantuvieron elevados para la mayoría de los antimicrobianos clásicos (ceftazidima, piperacilina/tazobactam, carbapenemes, quinolonas), se observaron reducciones leves en el período 2022–2023 para ampicilina/sulbactam (86% a 84%), carbapenemes (91% a 88%) y tigeciclina (29% a 24%). Por el contrario, se registró un aumento en la resistencia a ampicacina (44% a 55%) y minociclina (43% a 49%).

La caracterización molecular de 80 aislamientos resistentes a carbapenemes confirmó la presencia predominante de OXA-23 (85%), con emergencia de NDM (5%), tanto sola como en combinación con OXA-23. Todos los aislamientos portaron OXA-51 como β -lactamasa intrínseca. No se detectaron carbapenemasas tipo VIM ni IMP durante este período.

En conclusión, el análisis consolidado de la vigilancia nacional muestra que *K. pneumoniae* continúa siendo el patógeno de mayor complejidad terapéutica, con un cambio en la epidemiología de carbapenemasas hacia NDM y un aumento de la co-producción de mecanismos. En *P. aeruginosa*, la resistencia presenta una tendencia descendente en las tasas de resistencia, aunque la emergencia de NDM en esta especie requiere atención y monitoreo estricto. En *A. baumannii*, la resistencia sigue siendo críticamente alta, con OXA-23 como principal determinante y presencia emergente de NDM. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de vigilancia continua, optimización de tratamientos empíricos y políticas racionales de uso de antimicrobianos.

Entre octubre de 2023 y abril de 2025, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud un total de 42 eventos asociados a sospecha de PDR. De estos, tres eventos fueron confirmados como PDR: dos aislamientos de *Klebsiella pneumoniae* (orina y sangre) y uno de *Acinetobacter baumannii* (líquido abdominal), todos ellos provenientes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tabla 1. Vigilancia de Pandrogo-resistencia a través del SNVS: Eventos Pandrogo resistencia en Enterobacteriales (ETB), Pseudomonas aeruginosa (PAE) y Acinetobacter spp. (ACI). Período Octubre 2023 - Abril 2025

Jurisdicción	Patógeno	Casos Notificados	Casos Confirmados	Casos Sospechosos No recibidos en el LNR	Casos Descartados	Casos Invalidados por Epidemiología
CABA	ETB	4	2	0	2	0
	PAE	0	0	0	0	0
	ACI	4	1	0	3	0
Buenos Aires	ETB	17	0	2	12	3
	PAE	1	0	0	1	0
	ACI	1	0	0	1	0
San Luis	ETB	3	0	0	0	3
	PAE	8	0	0	0	8
	ACI	0	0	0	0	0
Catamarca	ETB	3	0	0	3	0
	PAE	0	0	0	0	0
	ACI	0	0	0	0	0
Chubut	ETB	1	0	0	1	0
	PAE	0	0	0	0	0
	ACI	0	0	0	0	0
Total país	ETB	28	2¹	2³	18²	6³
	PAE	9	0	0	1	8
	ACI	5	1	0	4	0
	Total	42	3	2	23	14

¹ 2 K. pneumoniae

² 17 K. pneumoniae, 1 P. mirabilis

³ No se reportó la especie de estos Enterobacteriales

Fuente: Red WHONET-Argentina

Las características clínicas y epidemiológicas de los 3 aislados PDR se describen en la Tabla 2.

Tabla 2: Aislados PDR confirmados. SNVS. SE41-2023 a SE15-2025. Argentina

Especie	Ins t	Jurisdicci ón	SE del evento/A ño	Eda d	Sex o	Muestra	Comorbi -lidades	Cuadr o clínico	Evolució n
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	CABA	SE41/2023	13 años	F	Hemocultivo	LLA de alto riesgo, fistulas múltiples, malformación vascular	Shock séptico, ARM	Alta clínica
<i>Acinetobacter baumannii</i>	2	CABA	SE30/2024	61 años	M	Líquido peritoneal	Paciente oncológico	Peritonitis	Alta clínica
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3	CABA	SE04/2025	84 años	F	Orina	Sepsis a punto de partida abdominal	Sepsis por <i>E. coli</i> – Colonización de la vía urinaria con cepa PDR	Alta clínica

Fuente: Red WHONET-Argentina

VII.2.B. VIGILANCIA MOLECULAR

La secuenciación del genoma completo de los tres aislados PDR, mediante la tecnología Illumina, reveló que correspondieron a clones de alto riesgo, reconocidos por su diseminación global y asociación con brotes nosocomiales. En particular, los aislados de *Klebsiella pneumoniae* pertenecieron a los tipos clonales ST258 y ST152, ambos asociados globalmente a brotes hospitalarios multirresistentes. El aislado de *Acinetobacter baumannii*, por su parte, perteneció al Complejo Clonal Europeo II (ST2), uno de los clones internacionales más prevalentes implicados en infecciones intrahospitalarias de difícil tratamiento.

En todos los casos se identificaron los determinantes genéticos que justifican la resistencia a los antimicrobianos disponibles, incluidos los de última línea. En *Klebsiella pneumoniae*, la resistencia a combinaciones como ceftazidima-avibactam y/o aztreonam-avibactam se asoció a múltiples mutaciones en los sitios blanco de unión de la PBP3, pérdida o inactivación funcional de porinas clave como LamB y/o sobreexpresión de β -lactamasas (incluidas carbapenemasas, BLEEs y/o enzimas de espectro reducido), cuya producción exacerbada excede la capacidad neutralizante del inhibidor avibactam.

Por otra parte, la resistencia a colistina en los tres aislados fue atribuida a mutaciones activadoras en el sistema de regulación de dos componentes PmrA/PmrB, que inducen modificaciones estructurales del lípido A del lipopolisacárido, reduciendo su carga negativa y, en consecuencia, la afinidad por este antimicrobiano.

Los tres aislados permanecen en estudio para la caracterización funcional y fenotípica de los mecanismos identificados, así como para evaluar potenciales vulnerabilidades terapéuticas residuales.

En la Tabla 3: *K. pneumoniae* y Tabla 4: *Acinetobacter baumannii*, se resumen los principales hallazgos de la caracterización genómica de las tres cepas PDR.

Tabla 3. *K. pneumoniae* PDR

ID	Especie	ST	Jurisdicción	Institución	AMINOGLUCOSÍDOS				β-LACTÁMICOS												TRIMETOPRIMA		SULFAMIDAS		QUINOLONAS			MACRÓLIDOS		FOSFOMICINA		BOMBAS DE EFLUJO MULTIDROGA		COLISTÍN		NITROFURANTONA		RIFAMICINA	
					aac(6)-Ib	aadA2	armB1	bla _{TEM-1} -like	bla _{BlaX-5}	bla _{BlaX-1}	bla _{CTX-M-15}	bla _{NDM-5}	bla _{OXA-48}	ompK36_D13SDGD	ompK37	lamb	bla _{BlaX-112A}	PBP3_L387Q	PBP3_V375A	dhA27	dhA12	sul1	qnrB6	gyrA_S83I	parC_S80I	mph(A)	fosA	oxaA	oxyB	emrD	pmrB_R256G	phoP_D191Y	nfsA_D24Gfs	nfsB_P190R	ramR	arr-3			
M29560	<i>K. pneumoniae</i>	258	CABA	3												NO WT	NO WT																						
M28904	<i>K. pneumoniae</i>	152	CABA	1												NO WT	NO WT																						

Presencia del gen o mutación	
Ausencia del gen o mutación	

Presencia del gen o mutación	
Ausencia del gen o mutación	

Fuente: Red WHONET-Argentina

Tabla 4. *A. baumannii* PDR

ID	Especie	ST_Eschema_Oxford	ST_Eschema_Pasteur	Jurisdicción	Institución	AMINOGLUCOSÍDOS				β-LACTÁMICOS				SULFAMIDAS	QUINOLONAS		MACRÓLIDOS		FOSFOMICINA	BOMBAS DE EFUJO MULTIDROGA		FENICÓLES		TETRACICLINAS	COLISTÍN				
						armA	ant(3'')-Ia	aph(6)-Id	aph(3'')-Ib	bla_OXA-68	bla_OXA-23	bla_NDM-7/3	PBP3_A515V	sul1	gyrA_S81L	parC_S84L	msr(E)	mph(E)	abaF	adeABC	armA	cxpE	catA1	ter(β)	pmrB	pmrC	lpxC	lpxD	lpxB
M29301	A. baumannii	195	2	CABA	2																								

Presencia del gen o mutación

Ausencia del gen o mutación

Presencia del gen o mutación	
Ausencia del gen o mutación	

Fuente: Red WHONET-Argentina

VII.3. Recomendaciones para el equipo de salud

VII.3.A. MEDIDAS PREVENTIVAS

Al recibir una alerta por sospecha de PDR, el equipo del Comité de Control de Infecciones (CCI) o en caso de no contar con CCI, el equipo designado por la dirección debe iniciar las medidas de contención:

- Instaurar de inmediato las precauciones de contacto. Ubicar al paciente en habitación individual. <https://vihda.gov.ar/documentos/buenas-practicas-y-directrices/IF-2023-134428010-APN-DMCYSP-MS.pdf>
- Garantizar el cumplimiento de la higiene de manos según los "5 momentos definidos por la OMS" en todo el personal. <https://vihda.gov.ar/documentos/buenas-practicas-y-directrices/IF-2023-134425264-APN-DMCYSP-MS.pdf>
- Intensificar las prácticas de limpieza y desinfección ambiental. Utilizar idealmente productos de un solo paso (limpiadores desinfectantes) a base de peróxido de hidrógeno o clorados. <https://vihda.gov.ar/documentos/buenas-practicas-y-directrices/IF-2023-134424170-APN-DMCYSP-MS.pdf>

- Fortalecer la capacitación de todo el personal de limpieza sobre las medidas de bioseguridad e higiene hospitalaria (se deberá contar con un registro de dicha actividad).
- Notificar y educar al paciente, familiares y visitantes sobre el uso de elementos de protección personal y las precauciones de contacto, siguiendo las recomendaciones del establecimiento de salud con respecto al cumplimiento de estas medidas durante las visitas (se deberá contar con un registro de dicha actividad).
- Designar personal responsable de la capacitación y educación al personal y a las visitas, con el liderazgo y participación del equipo del CCI.
- Fortalecer el entrenamiento de todo el personal de salud en higiene de manos y medidas de aislamiento de contacto (se deberá contar con un registro de dicha actividad).
- Es recomendable realizar mediciones de adherencia a higiene de manos, uso de precauciones de contacto e higiene del entorno en aquellas unidades donde se encuentre internado el caso índice, para poder realizar educación oportuna en caso de identificar desvíos.
- Limitar los traslados de los pacientes para estudios, de ser necesario programarlos preferentemente para el final de la jornada.
- En caso de pacientes autoválidos, evitar o limitar la circulación fuera de la habitación. Reforzar la educación del paciente y la familia sobre buenas prácticas para la prevención de infecciones.
- Comunicar el estado del paciente a otras unidades del mismo centro o establecimientos de salud en caso de ser transferido, para garantizar que se adopten las medidas de prevención y control de infecciones a su llegada (esta información debe estar en la epicrisis del paciente y deberá contar con una copia o registro en el sistema informático de dicha notificación).
- Recopilar información sobre los contactos (actuales y anteriores) del paciente índice. Definir el periodo de tiempo de estudio retrospectivo abarcando un periodo de 30 días.
- Iniciar el tamizaje de contactos si el aislamiento se confirma como PDR.
- Mantener fluida comunicación con los equipos de laboratorio a fin de conocer prontamente el estado de las pruebas del rastreo de colonización garantizando que la información llegue al CCI (por medio de vías de comunicación formales e informales)
- Poner en conocimiento al Programa jurisdiccional de control de infecciones y consensuar las medidas de control a implementar. En caso de no contar con dicho programa, poner en conocimiento al Programa VIHDA (Mail: vihda@ine.gov.ar /Tel: 2236286240)
- Evaluar la realización de muestreo ambiental con las autoridades jurisdiccionales.

VII.4. Conclusiones

La incorporación de la PDR como evento de notificación obligatoria en el SNVS 2.0, junto con el trabajo del Laboratorio Nacional de Referencia en Resistencia a los Antimicrobianos y la Red Nacional de Vigilancia de la Resistencia WHONET del ANLIS Malbrán, representa un avance significativo en la detección precoz y la contención de estos eventos de alta prioridad sanitaria. La disponibilidad de datos nominales y centralizados permite caracterizar con mayor precisión la magnitud y distribución de este fenómeno emergente, favoreciendo la identificación temprana de brotes y la implementación de medidas de control oportunas.

El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, articulado con estrategias de control de infecciones y políticas racionales de uso de antimicrobianos, es clave para limitar la diseminación de microorganismos PDR. Contar con información de calidad y en tiempo real

resulta fundamental para orientar la toma de decisiones clínicas y de salud pública, así como para proteger la eficacia de los antimicrobianos disponibles y preservar los recursos terapéuticos frente a futuras amenazas.

VII.5. Sobre este informe

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

La modalidad de vigilancia implementada para la detección de bacterias PDR en Argentina corresponde a una vigilancia basada en laboratorio, de tipo pasiva obligatoria, articulada con el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y coordinada por el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del INEI-ANLIS. La notificación se realiza a partir de casos sospechosos identificados en establecimientos de salud donde los aislamientos son derivados al LNR para su confirmación fenotípica.

Desde enero de 2023, los microorganismos con perfil fenotípico de PDR constituyen un evento de notificación obligatoria. Las definiciones de caso se ajustan a criterios consensuados a nivel nacional, y se revisan anualmente. La ficha de notificación y el instructivo correspondiente son los instrumentos utilizados para la recolección y estandarización de los datos.

La confirmación de la resistencia fenotípica se basa en el análisis frente a un listado consensuado de antimicrobianos representativos para cada grupo bacteriano, y los datos se centralizan en el LNR.

Las limitaciones actuales incluyen: posibles subregistros debido a la capacidad diagnóstica heterogénea entre jurisdicciones, y la necesidad de derivación oportuna de los aislamientos sospechosos.

Detalles operativos de la modalidad de vigilancia:

- Tipo de vigilancia: pasiva, basada en eventos de laboratorio.
- Estrategia de vigilancia: nacional.
- Unidad notificadora: laboratorios de microbiología nacionales, provinciales y/o municipales, públicos o privados.
- Validación de los casos: LNR en Resistencia a los Antimicrobianos del ANLIS-Malbrán.
- Frecuencia: continua.
- Definición operativa de caso: ver I.5.B y I.5.C
- Criterios de inclusión: casos sospechosos y confirmados definidos por el LNR en aislamientos bacterianos procedentes de muestras clínicas o cultivos de vigilancia.
- Herramientas de recolección: ficha epidemiológica oficial, sistema SNVS 2.0.
- Limitaciones metodológicas: posible subregistro.

VII.5.B. LISTADO DE ANTIMICROBIANOS INCLUIDOS EN LA DEFINICIÓN DE PDR SEGÚN GRUPO BACTERIANO

Para Enterobacterales: penicilinas, cefalosporinas (todas las generaciones), aztreonam, carbapenemes, aminoglucósidos, fosfomicina, colistín, tigeciclina, quinolonas, trimetoprima/sulfametoxazol, nitrofuranos, combinaciones de β -lactámicos con inhibidores clásicos de β -lactamasas (ampicilina/sulbactam, amoxicilina/clavulánico, piperacilina/tazobactam), y combinaciones de β -lactámicos con inhibidores de β -lactamasas de nueva generación (ceftazidima/avibactam, ceftolozano/tazobactam, imipenem/relebactam, aztreonam/avibactam).

Para *Acinetobacter* spp.: cefalosporinas (ceftazidima y cefepime), carbapenemes, aminoglucósidos, colistín, minociclina y tigeciclina, quinolonas, trimetoprima/sulfametoxazol, y combinaciones de β -lactámicos con inhibidores clásicos de β -lactamasas (ampicilina/sulbactam y piperacilina/tazobactam).

Para *Pseudomonas aeruginosa*: cefalosporinas (ceftazidima y cefepime), aztreonam, carbapenemes, aminoglucósidos, colistín, quinolonas, combinaciones de β -lactámicos con inhibidores clásicos de β -lactamasas (piperacilina/tazobactam), y combinaciones de β -lactámicos con inhibidores de β -lactamasas de nueva generación (ceftazidima/avibactam, ceftolozano/tazobactam, imipenem/relebactam).

VII.5.C. DEFINICIONES DE CASO

Estas definiciones estarán vigentes durante el año en curso y se revisarán anualmente para su actualización. Las definiciones podrían ser rectificadas durante el transcurso del año vigente si emergiera algún otro fenotipo inusual para las especies mencionadas y/o se incorporaran nuevos antimicrobianos al vademécum nacional.

La sospecha de PDR se define a nivel jurisdiccional. Si el establecimiento de salud en donde se detectara el caso no tuviera los recursos de laboratorio suficientes para definir si se trata de un caso sospechoso o no, deberá darse respuesta a nivel de la jurisdicción a la mayor brevedad posible, para identificar si se trata de un caso sospechoso de PDR y realizar la derivación al LNR, que será quien confirme o descarte el evento de PDR.

Caso sospechoso de PDR en *Acinetobacter* spp.: Toda persona de la que se obtiene un aislamiento bacteriano perteneciente al género *Acinetobacter* spp. de una muestra clínica o cultivo de vigilancia con resistencia fenotípica a todos los antimicrobianos listados en la sección “listado de antimicrobianos incluidos en la definición de PDR”.

Caso sospechoso de PDR en Enterobacterales: Toda persona de la que se obtiene un aislamiento bacteriano perteneciente al orden Enterobacterales de una muestra clínica o cultivo de vigilancia con resistencia fenotípica a todos los antimicrobianos listados en la sección “listado de antimicrobianos incluidos en la definición de PDR”.

Caso sospechoso de PDR en *Pseudomonas aeruginosa*: Toda persona de la que se obtiene un aislamiento bacteriano perteneciente a la especie *Pseudomonas aeruginosa* de una muestra clínica o cultivo de vigilancia con resistencia fenotípica a todos los antimicrobianos listados en la sección “listado de antimicrobianos incluidos en la definición de PDR”.

Caso confirmado de PDR en *Acinetobacter* spp.: Todo caso sospechoso de PDR en *Acinetobacter* spp. con resistencia fenotípica confirmada en el LNR a todos los antimicrobianos listados en la sección “listado de antimicrobianos incluidos en la definición de PDR”.

Caso confirmado de PDR en Enterobacterales: Todo caso sospechoso de PDR en Enterobacterales con resistencia fenotípica confirmada en el LNR a todos los antimicrobianos listados en la sección “listado de antimicrobianos incluidos en la definición de PDR”.

Caso confirmado de PDR en *Pseudomonas aeruginosa*: Todo caso sospechoso de PDR en *Pseudomonas aeruginosa* con resistencia fenotípica confirmada en el LNR a todos los antimicrobianos listados en la sección “listado de antimicrobianos incluidos en la definición de PDR”.

Caso descartado por LNR de PDR: Todo caso sospechoso de PDR que haya sido derivado al LNR por sospecha de PDR y presente sensibilidad al menos a un antimicrobiano listado en la sección “listado de antimicrobianos incluidos en la definición de PDR”.

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha_epidemiologica_pandrog_o-13924.pdf

Instructivo de Notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/instructivo_pandrogoresistencia_18924.pdf

INFORMES **ESPECIALES**

VIII. Brote de Fiebre Tifoidea en Provincia de Buenos Aires – Actualización

La fiebre tifoidea es una enfermedad bacteriana sistémica, potencialmente mortal causada por la bacteria del género *Salmonella* entérica serovariedad Typhi (*S. Typhi*), la cual suele transmitirse a través del agua o alimentos contaminados. Una vez ingerida, *S. Typhi* se multiplica y pasa al torrente circulatorio. El cuadro clínico se caracteriza en la fase inicial por la aparición insidiosa de fiebre continua, cefalea intensa, malestar general, anorexia, bradicardia relativa, esplenomegalia, manchas rosadas en el tronco en el 25% de los enfermos de piel blanca y estreñimiento o diarrea. En los casos graves y sin tratamiento adecuado, la enfermedad se puede complicar y causar la muerte. La fiebre tifoidea puede confirmarse mediante estudios de hemocultivo y/o de otros sitios de infección invasiva.

La urbanización y el cambio climático podrían incrementar la carga mundial de fiebre tifoidea. Además, las crecientes resistencias a los antibióticos están facilitando la propagación de esta enfermedad en los grupos humanos sin acceso a agua potable o a sistemas adecuados de saneamiento.

VIII.1. Antecedentes y situación actual

La Gerencia de Epidemiología de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), notificó el 21 de abril, un conglomerado de casos de fiebre tifoidea en la localidad de Ciudadela, partido de Tres de Febrero, Provincia de Buenos Aires (PBA). Desde el Ministerio de Salud de la Nación, se confirmó la ocurrencia del brote y se iniciaron en forma conjunta las acciones con las jurisdicciones involucradas para identificar la fuente del mismo e interrumpir la transmisión.

Hasta el 9 de mayo de 2025, se han notificado 18 casos de fiebre tifoidea residentes en esta localidad. Las presentaciones clínicas varían desde cuadros leves a severos de los cuales 9 requirieron internación, en la actualidad, sólo uno permanece internado.

El Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) confirmó *S. Typhi* en 11 casos. A su vez, 5 muestras se aislaron por secuenciación genómica y 6 se confirmaron, al momento, fenogenotípicamente como *S. Typhi*.

Se determinó que las secuencias estudiadas mostraron alta relación genómica entre sí, confirmando el nexo entre los pacientes. Además, en el estudio genómico no se encontraron genes de resistencia de relevancia.

Se encuentra en curso la investigación sobre la posible fuente de exposición, y se sospecha, además, la transmisión fecal-oral.

VIII.1.A. ACCIONES EN CURSO

Se encuentran realizando acciones intensivas de control en el Municipio, donde se tomaron muestras ambientales, las cuales aún se encuentran en proceso en el Instituto Biológico “Dr. Tomás Perón”, en INAL y en el Instituto Malbrán, para identificar la fuente del brote.

Desde PBA se emitió un documento con “Pautas para el equipo de salud” incluyendo los criterios para la vigilancia intensificada de casos sospechosos en la comunidad de este complejo, tratamiento antibiótico previa toma de muestras y medidas de cuidado para reforzar la comunidad.

Por otro lado, se brindaron recomendaciones preventivas a los vecinos, incluyendo medidas para el uso seguro del agua y la manipulación higiénica de alimentos.

El 5 de mayo se realizó un encuentro de seguimiento y monitoreo de la situación, entre autoridades nacionales, provinciales, laboratorio de referencia, INAL e Instituto Tomás Perón para compartir la información y establecer nuevas líneas de investigación.

Se están realizando búsquedas activas institucionales y comunitarias para la identificación de casos en el municipio y en establecimientos de CABA para la detección de nuevos casos.

La investigación epidemiológica continúa en desarrollo, con el objetivo de confirmar la fuente de infección, interrumpir la cadena de transmisión y evitar la aparición de nuevos casos.

En Argentina, se detectan casos esporádicos por *S. Typhi* y en baja frecuencia en el marco de la vigilancia nacional del laboratorio, a partir de aislamientos obtenidos de hemocultivos positivos para *Salmonella spp.*. El último brote confirmado registrado en el país fue en el año 2004.

VIII.2. Vigilancia y recomendaciones

Ante la situación actual se recomienda a todos los equipos de salud **mantener elevado el nivel de alerta ante la presencia de síntomas compatibles con la definición de caso de fiebre tifoidea**, fortalecer la sospecha clínico-epidemiológica en personas que cumplan con la definición de caso, el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de los casos, las acciones de investigación tendientes a identificar y controlar las posibles fuentes y sensibilizar a la población sobre las medidas para prevenir la enfermedad así como para la alerta temprana y consulta ante la aparición de los síntomas.

Por otro lado, se recomienda intensificar la sospecha y notificación tanto en establecimientos privados o públicos de pacientes con sintomatología compatible

VIII.2.A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE TIFOIDEA

Objetivos

- Detectar de manera temprana los casos para implementar el diagnóstico, tratamiento y las acciones de control.
- Permitir y direccionar la investigación epidemiológica tendiente a interrumpir la transmisión de la enfermedad

Definición y clasificaciones de caso

- Caso sospechoso:

Toda persona que presente fiebre alta ($>38^{\circ}$) continua de al menos tres días de evolución, con compromiso del estado general -puede estar acompañada por diarrea, dolor abdominal, períodos de constipación- sin otro foco aparente y sin otra etiología definida.

Todo caso sospechoso debe estudiarse por laboratorio para confirmar o descartar la infección por *S. Typhi* o *S. Paratyphi*.

- Caso probable:

Todo caso sospechoso y:

- contacto con un caso confirmado, o
- expuesto a una fuente común,
- resida o haya viajado a un lugar en el que estén sucediendo casos de fiebre tifoidea o paratifoidea,
- seroconversión con 4 títulos superiores en la segunda muestra pareada Reacción de Widal.

- Caso confirmado

Todo caso sospechoso o probable con:

Hemocultivos y/o urocultivo POSITIVO para *Salmonella* Typhi (S. Typhi) o Paratyphi (S. Paratyphi).

Coprocultivo positivo para S. Typhi o Paratyphi.

Todo caso probable con nexo con un caso confirmado de fiebre tifoidea o paratifoidea con hemocultivo y/o coprocultivo con aislamiento de *Salmonella* spp.

- Caso descartado

- Caso sospechoso en el que se confirmó otro diagnóstico.
- Caso sospechoso con hemocultivos negativos con muestras tomadas en el momento febril o coprocultivo negativo en pacientes con más de siete días de evolución. La portación asintomática no debe ser notificada como caso.

Notificación

Los casos confirmados de fiebre tifoidea y paratifoidea constituyen eventos de notificación obligatoria al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) en el marco de la ley 15.465 y la res. 2827/2024³⁶.

Evento: Fiebre tifoidea y paratifoidea.

Estrategias de vigilancia: Clínica, Laboratorio y Epidemiología.

Modalidad de notificación: Individual (Nominal).

Periodicidad de notificación: Inmediata de casos confirmados.

Asimismo, las muestras de alimentos o agua que se analicen asociadas a brotes o casos deberán ser notificadas en la sección de laboratorio del caso al que esté asociado junto con sus resultados.

³⁶ Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/eventos-de-notificacion-obligatoria>

Medidas ante casos

- Todos los casos sospechosos deben contar con diagnóstico bacteriológico y estudios de sensibilidad a los antibióticos para orientar el tratamiento adecuado.
- Notificar ante caso confirmado³⁷ al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) en forma inmediata.
- Realizar la investigación epidemiológica de todos los casos para identificar e interrumpir la posible fuente y vehículo de transmisión. La investigación incluye siempre un componente epidemiológico, bromatológico y ambiental por lo cual es importante la articulación de todos los actores involucrados para su abordaje.
- Es importante que los pacientes tratados de forma ambulatoria completen el tratamiento antibiótico prescrito, y sean informados adecuadamente acerca de las medidas de prevención: lavado de manos después de ir al baño, no preparar ni servir alimentos a otras personas hasta obtener el alta.
- Se recomienda la toma de muestra para hemocultivo en el pico de fiebre y de materia fecal (u otras infecciones extraintestinales) en el periodo agudo antes de iniciar el tratamiento con antimicrobianos.
- En el marco de la vigilancia nacional, los laboratorios que forman de la Red Nacional de Diarreas deberían derivar todos los aislamientos como *Salmonella* spp. -recuperados de diarreas y/o hemocultivos- y el 20% de las muestras en el caso que alcancen la serotipificación de la *Salmonella* y de los casos que no tengan residencia o antecedente de viaje a un lugar en el que estén sucediendo casos de fiebre paratifoidea, para subtipificación molecular y vigilancia genómica.
- El Ministerio de Salud se encuentra trabajando para actualizar las recomendaciones para el abordaje de portadores asintomáticos.

VIII.2.B. MONITOREO SALUD AMBIENTAL

El acceso de la población al agua segura y la adecuada disposición de excretas son las principales medidas de salud pública para prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos y agua.

Intensificar las acciones orientadas al mejoramiento del saneamiento básico, la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, tanto en las fuentes, como en plantas de tratamiento y en el domicilio, atendiendo a:

- Fortalecer las acciones de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano.
- Desarrollar acciones de búsqueda de otros posibles factores de riesgo ambiental que puedan aportar elementos a la caracterización, comprensión y control del brote.
- Gestionar con las empresas de servicios públicos mejoras en el abastecimiento de agua de consumo y reparaciones de la red en caso de ser necesario.

³⁷ En contexto de brotes o situaciones de transmisión continua se evaluarán medidas adicionales como la notificación desde la sospecha con el propósito de mejorar la oportunidad de la información para la búsqueda de la fuente de infección.

- Promover la mejora de las redes de eliminación de aguas servidas e intensificar los monitoreos de los parámetros luego de su tratamiento en los efluentes.

VIII.2.C.RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

- **Usar agua segura:** para actividades como el lavado de manos, los dientes; preparación y cocción de alimentos, cocinar o lavar las verduras y frutas.; limpieza de superficies y utensilios; para beber o elaborar hielo, helados, jugos e infusiones; reconstitución de fórmulas lácteas, entre otros.
- **Agua de pozo:** Hervir 2-3 minutos o desinfectar con lavandina que indique en el rótulo “apta para desinfectar agua” y registrada en ANMAT, teniendo en cuenta las gotas de lavandina indicadas en el envase y dejarla reposar 30 minutos antes de utilizarla. Por ejemplo, para lavandina (55 gr Cl/l), colocar 2 gotas por cada litro de agua.
- **Reservorios de agua:** Limpiar con frecuencia los tanques, cisternas, etc. y verificar su estado (tapados, sin grietas).
- **Aguas de recreación:**
 - Clorar el agua de las piletas hogareñas.
 - Evitar el ingreso a piletas de personas con síntomas gastrointestinales y controlar si hay niños/as con pañales, que los mismos no contaminen el agua (recambio seguido de los mismos, recambio de agua inmediato ante la presencia de materia fecal).
 - Antes de ingresar a aguas recreativas verificar las características del agua. Esta debe ser transparente y debe estar libre de materias flotantes, espuma y no debe existir suciedad en el fondo de la pileta.
 - Evite nadar después de una lluvia fuerte.
 - **Lavarse las manos:** con agua y jabón, después de ir al baño, cambiar pañales o estar en contacto con animales o sus heces, y antes de preparar y/o consumir alimentos.
 - **Lavado de frutas y verduras:** Lavar cuidadosamente frutas y verduras con abundante agua segura, especialmente si se consumen crudas. En el caso de verduras de hoja, lavar hoja por hoja. Desinfectar con solución de agua segura y lavandina, teniendo en cuenta las siguientes pautas:
 - I. Utilizar lavandina que indique en el rótulo “apta para desinfectar agua” y registrada en ANMAT.
 - II. Utilizar la cantidad indicada en el envase y dejar actuar el tiempo que allí se menciona.
 - III. Cantidad sugerida por litro de agua a utilizar:

* Lavandina 25 gr Cl/litro: 5 ml. (medido con jeringa o tapa medidora de jarabe).

* Lavandina 35 gr Cl/litro: 4 ml. (medido con jeringa o tapa medidora de jarabe)

* Lavandina concentrada 55 gr Cl/litro: 2,5 ml. (medido con jeringa o tapa medidora de jarabe).

Esta etapa de desinfección es especialmente importante en cocinas de instituciones educativas, hospitales, lugares de residencia, restaurantes, comedores de entornos laborales, etc. También, durante la preparación de alimentos destinados a niños/as menores de 5 años, adultos mayores,

embarazadas y quienes tengan el sistema inmune debilitado. Dejar actuar por 10 minutos y enjuagar con abundante agua segura.

Alimentos listos para el consumo: Adquirir alimentos de este tipo en comercios habilitados y extremar los cuidados en la manipulación de los mismos ya que no serán sometidos a un proceso posterior de cocción antes de ser consumidos.

- Elija alimentos seguros. Consuma leche y derivados pasteurizados.
- Evite consumir alimentos que contengan el huevo crudo o poco cocido. Especialmente si se encuentra entre los grupos de mayor riesgo (niños, mujeres embarazadas, personas de la tercera edad e inmunosuprimidos).niñ
- Separe carnes crudas (vacuna, ave o pescado) de otros alimentos en todo momento: cuando realiza las compras, al almacenar en heladera y durante la preparación de las comidas/platos.
- No lave pollo crudo o carne cruda antes de cocinarlos ya que esto propaga gérmenes en la cocina: sólo la cocción destruirá las bacterias presentes.
- Cocine completamente (por encima de 71°C en el centro del alimento) las carnes rojas, de ave, huevo y las preparaciones que los contengan.
- Una vez cocidos los alimentos deben mantenerse a una temperatura por encima de los 60°C, de lo contrario llevarlos a la heladera hasta el momento de su consumo.
- No deje las preparaciones por más de una hora a temperatura ambiente.
- Mantenga los alimentos elaborados con huevo crudo como la mayonesa, salsas, helados, cremas, masas de pastelería a temperaturas seguras (calientes por encima de 60°C o refrigerados en la heladera) hasta su consumo. Tras su consumo, refrigerar los excedentes inmediatamente y desecharlos transcurridas las 24 horas

Control de plagas: evitar la presencia de vectores en las áreas de elaboración y consumo de alimentos, mediante la utilización de barreras físicas (telas mosquiteras, rejillas en desagües, etc.) y el adecuado manejo de residuos.

Cocinar adecuadamente pescados y mariscos.

Disponer de un adecuado tratamiento de excretas: Desechar los pañales descartables en bolsas bien cerradas. Desechar la materia fecal de los pañales de tela en baños o letrinas, y lavar bien los pañales con agua y jabón.

Consultar en forma temprana ante la presencia de síntomas: Ante la aparición de fiebre alta (>38°) de al menos tres días de evolución, mal estado general con o sin diarrea, dolor abdominal, constipación, consultar al servicio de salud.

Colaborar con la investigación epidemiológica: es necesario entrevistar a las personas con síntomas y antecedentes epidemiológicos para investigar la posible fuente de infección y poder controlarla para que no se produzcan nuevos casos, por lo cual es muy importante que las personas afectadas colaboren con la entrevista epidemiológica.

VIII.2.D. RECOMENDACIONES PARA PERSONAS EN TRATAMIENTO POR FIEBRE TIFOIDEA

Los pacientes pueden seguir siendo portadores de la bacteria después de la desaparición de los síntomas, y por lo tanto pueden transmitirla a otras personas a través de las heces.

- Completar el tratamiento antibiótico indicado.
- Evitar preparar y servir alimentos hasta tener la confirmación de no portar más la bacteria, con lo que se reduce la probabilidad de transmisión.
- Lavarse minuciosamente las manos con agua y jabón después de ir al baño, y con mayor frecuencia.
- Someterse a pruebas de laboratorio para comprobar que no siguen siendo portadores de la bacteria cuando sea indicado.

Recomendaciones para personas que manipulan alimentos:

- Deben recibir capacitación en manipulación higiénica de alimentos y contar con el carnet habilitante para realizar dicha actividad.
- En caso de presentar alguno de los siguientes síntomas: fiebre continua, dolor de cabeza, malestar general, pérdida de apetito, decaimiento, diarrea, constipación, consultar de forma inmediata al sistema de salud y evitar realizar actividades de manipulación de alimentos hasta obtener el alta médica.

Participaron en la elaboración de este documento:

Ministerio de Salud de CABA, Gerencia Operativa de Epidemiología

Ministerio de Salud de Buenos Aires Dirección de Epidemiología

Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Epidemiología

Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Prevención, Vigilancia y Coordinación Jurisdiccional, INAL-ANMAT

Ministerio de Salud de la Nación, Laboratorio Nacional de Referencia y coordinador de la Red Nacional de diarreas y patógenos bacterianos de transmisión alimentaria del INEI-ANLIS Carlos Malbrán”

ALERTAS Y
COMUNICACIONES
INTERNACIONALES

IX. Introducción

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

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

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

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

A continuación, se reproducen los informes de los eventos de mayor relevancia que han sido elaborados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 31 de abril y el 07 de mayo del 2025.

IX.1. Actualización Epidemiológica - Sarampión en la Región de las Américas - OPS

Recibido a través del CNE el 02/05/2025. (en la edición previa el informe de sarampión presentado fue de autoría de OMS)

IX.1.A. RESUMEN A NIVEL GLOBAL

De acuerdo con los datos mensuales de vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2025, hasta el 10 de abril del 2025 se notificaron 82.068 casos sospechosos de sarampión, en 156 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 39.281 (47,9%) fueron confirmados¹. En el año 2024, se informaron 706.913 casos sospechosos de sarampión en 184 Estados Miembros de la OMS, de los cuales 359.466 (50,9%) fueron confirmados.

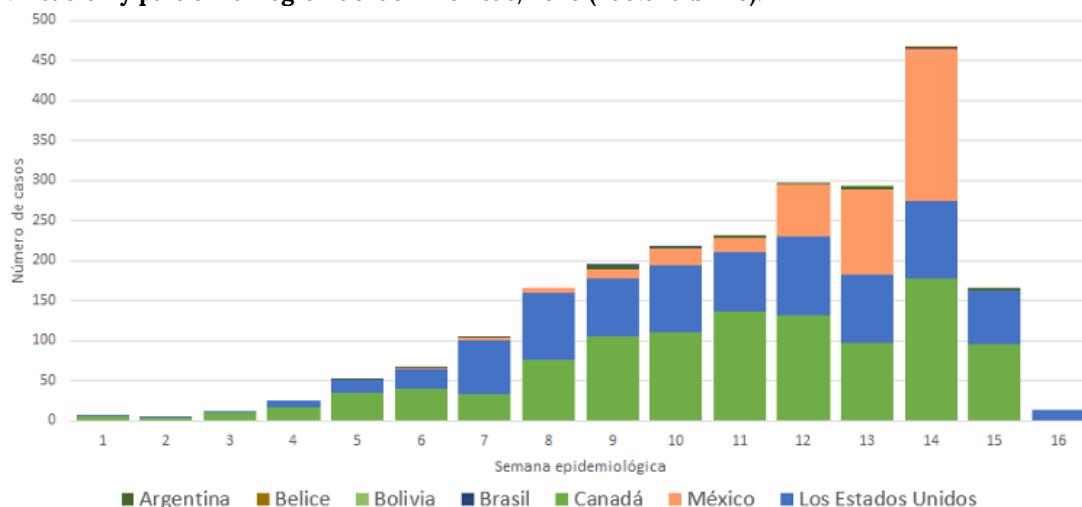
IX.1.B. RESUMEN DE LA SITUACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

En 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 16, en la Región de las Américas, 2.325 casos de sarampión han sido confirmados, incluyendo cuatro defunciones, en Argentina (n= 22), Belice (n= 7)², el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 1), Brasil (n= 5), Canadá (n= 1.069)³, México (n= 421 casos, incluyendo una defunción) y los Estados Unidos de América (n= 800, incluyendo tres defunciones) (**Figura 1**). Este total representa un aumento de 11 veces en comparación con los 205 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2024.

La distribución de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas por semana epidemiológica muestra un incremento de casos partir de la SE 3 del 2025, con el número máximo de casos registrado en la SE 14 relacionado a los brotes en comunidades renuentes a la vacunación asentadas en varios países de la región. De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados, el grupo de edad con la mayor proporción de casos corresponde al de 10-19 años (24%), el grupo de 1-4 años (22%) y al grupo de 20-29 años (19%). Con relación al antecedente de vacunación, el 30% de los casos no estaban vacunados y en 65% dicha información era desconocida o ausente (**Figura 2**).

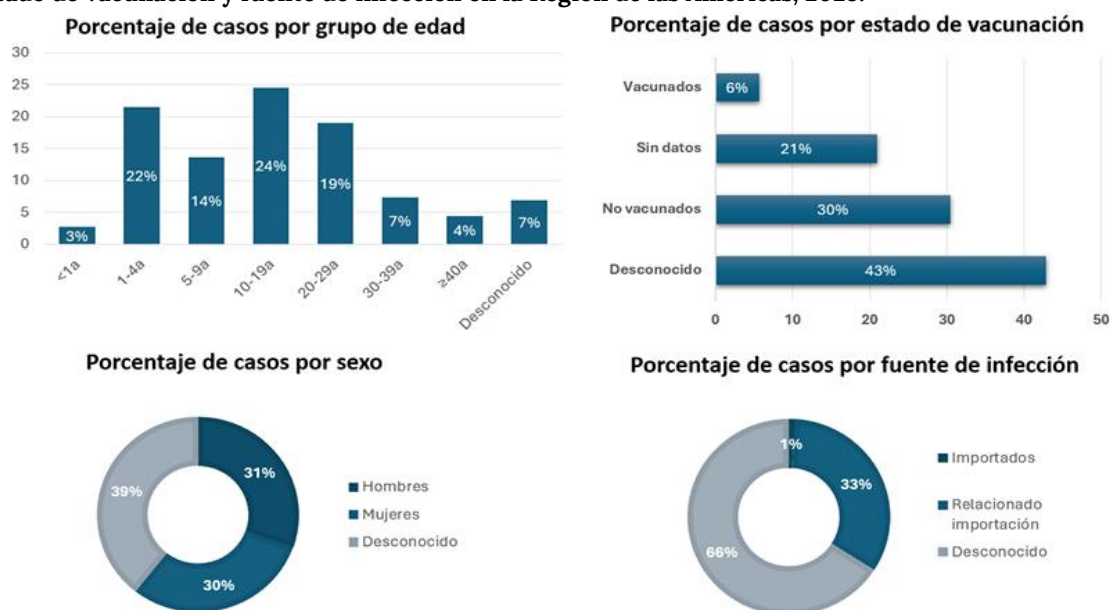
En 2024, entre la SE 1 y la SE 52, en la Región de las Américas, se notificaron 17.887 casos sospechosos de sarampión de los cuales 465 casos han sido confirmados en Argentina (n= 14), Bermuda (n= 2), Bolivia (n= 3), Brasil (n= 5), Canadá (n= 146), los Estados Unidos (n= 284), México (n= 7), Perú (n= 2) y Turcas y Caicos (n= 2). De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados del 2024, los grupos de edad con la mayor proporción de casos corresponden al grupo de 10-19 años (27%), el grupo de 1-4 años (25%) y al grupo de 20-29 años (23%). Con relación al antecedente de vacunación, el 63% de los casos no estaban vacunados y en 18% dicha información era desconocida o ausente.

Figura 1. Casos confirmados* de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema o de notificación y país en la Región de las Américas, 2025 (hasta la SE 16).



Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países.

Figura 2. Distribución porcentual de los casos confirmados de sarampión por grupo de edad, sexo, estado de vacunación y fuente de infección en la Región de las Américas, 2025.

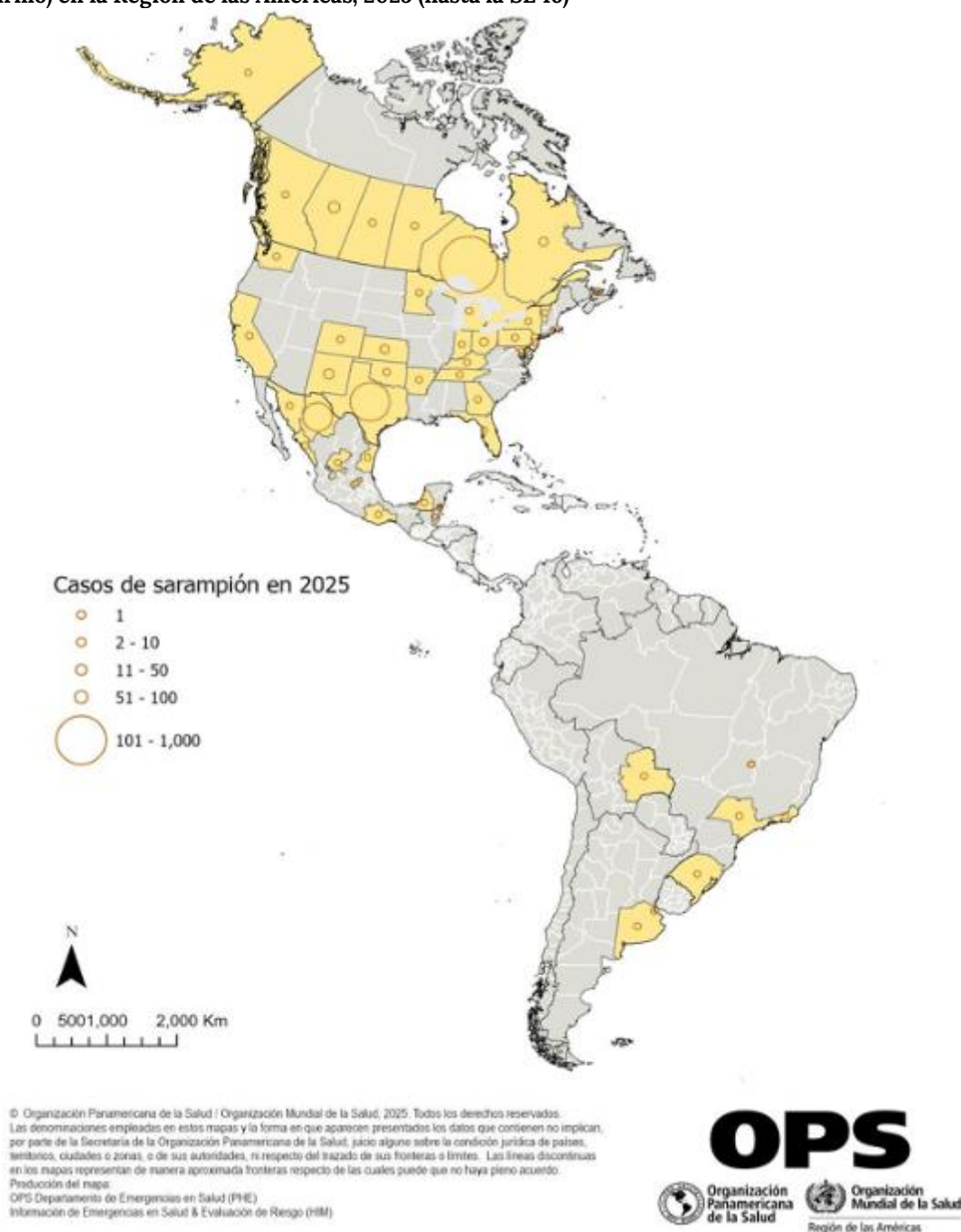


Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países (2-8). Figura 2. Distribución porcentual de los casos confirmados de sarampión por grupo de edad, sexo, estado de vacunación y fuente de infección en la Región de las Américas, 2025.

IX.1.C. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE SARAMPIÓN EN 2025 POR PAÍS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

A continuación, se presenta la actualización de la situación epidemiológica de sarampión en los países que han notificado casos confirmados en las Américas en 2025. Desde la última alerta epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) publicada el 28 de febrero del 2025, los países que han reportado casos confirmados en la Región de las Américas fueron Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, México y los Estados Unidos (**Figura 3**).

Figura 3: Distribución geográfica de los casos confirmados de sarampión a nivel subnacional (en amarillo) en la Región de las Américas, 2025 (hasta la SE 16)



Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países.

Para **Argentina**, remitirse al apartado de la situación nacional de sarampión.

En **Belice**, entre la SE 1 y hasta la SE 16, se han confirmado un total de 7 casos de sarampión. El 12 de abril del 2025, el Ministerio de Salud y Bienestar (MOHW por su sigla en inglés) reportó dos casos confirmados de sarampión – los primeros en el país desde 1991. Los casos corresponden a dos hombres de 17 años residentes de los distritos de Corozal y Cayo, sin antecedente de vacunación y quienes viajaron a Chihuahua – México del 5 de enero al 31 de marzo del 2025 para asistir a una reunión. El inicio de síntomas de los casos fue el 2 y el 3 de abril del 2025. En los dos casos se colectaron muestras de sangre e hisopados nasofaríngeos, el 12 de abril de 2025 fueron confirmados como positivos para sarampión y se identificaron trece

contactos cercanos que asistieron a la reunión en Chihuahua. Adicionalmente, el 27 de abril del 2025, el MOHW informó sobre cinco casos confirmados por clínica y nexo epidemiológico entre el grupo de contactos cercanos de los casos reportados el 12 de abril. Se identificaron otros 22 contactos escolares. Los casos mencionados, junto con nuevos casos de fiebre y erupción cutánea, han sido sometidos a pruebas, que hasta la fecha han dado negativo para el sarampión.

En **Bolivia**, durante la SE 16 del 2025 se confirmó un caso de sarampión importado en el departamento de Santa Cruz. El caso, un niño de 14 meses, quien no cuenta con antecedente vacunal e ingreso a Bolivia el 25 de marzo procedente de Brasil. Presentó inicio de síntomas el 24 de marzo del 2025, e inicio de exantema el mismo día. El caso fue hospitalizado en una clínica privada de la ciudad de Santa Cruz y a la fecha ha presentado evolución clínica favorable. Se obtuvieron muestras de sangre e hisopado nasofaríngeo del caso el 20 de abril la cual fue positiva para anticuerpos IgM de sarampión y por reacción en cadena de polimerasa rT-PCR en el Instituto Nacional de Laboratorios INLASA.

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 16 del 2025, se confirmaron cinco casos de sarampión en el Distrito Federal (n= 1), Rio de Janeiro (n= 2), São Paulo (n= 1) y Rio Grande do Sul (n= 1). Los casos en Rio de Janeiro son dos menores de 8 meses, no vacunados. El inicio del exantema fue el 28 de febrero y el 2 de marzo del 2025. Fue identificado el genotipo B3 99,8% de identidad genómica con la cepa MVs/Quetta.PAK/44.20, linaje MVs/Sao Joao de Meriti.BRA/9.25 (caso 1) y MVs/Sao Joao de Meriti.BRA/10.25 (caso 2). Los casos en el Distrito Federal y Rio Grande do Sul son casos importados. Ambos casos eran mujeres adultas con antecedente de viaje internacional. El caso reportado en el Distrito Federal, de 35 años, sin antecedente de vacunación inicio exantema el 1 de marzo del 2025, se identificó el genotipo D8 MVs/Brasilia.BRA/9.25. El caso viajó a los Estados Unidos, Singapur, Filipinas y Australia antes del inicio de los síntomas. El caso reportado en Rio Grande do Sul, de 50 años, con antecedente de viaje a los Estados Unidos, inicio exantema el 6 de abril del 2025, dio positivo para sarampión por rT-PCR y se encuentra pendiente la genotipificación. Adicionalmente, un caso en un hombre de 31 años fue reportado en São Paulo sin antecedente de viaje internacional y vacunado (3 dosis) contra sarampión; el caso inicio exantema el 5 de abril del 2025 y la fuente de infección se encuentra bajo investigación.

En **Canadá**, entre la SE 1 y el SE 15 del 2025, se notificaron 1.069 casos de sarampión (916 confirmados y 153 casos probables) en siete provincias: Alberta (n= 83), British Columbia (n= 6), Manitoba (n= 10), Ontario (n= 924), Prince Edward Island (n= 2), Quebec (n= 36) y Saskatchewan (n= 8). Entre ellos se incluyen casos asociados a un pequeño número de brotes y casos importados. Los casos de sarampión reportados a la fecha en 2025 exceden por mucho los 177 casos confirmados y probables detectados en 2024 y se constituye en el conteo anual de casos más alto desde el logro de la eliminación en 1998.

De los 1.069 casos, 983 estuvieron expuestos en Canadá, 16 son importados y 70 tienen una fuente de exposición desconocida o pendiente. El 46% de los casos tenían entre 5 y 17 años, seguidos del 29% de casos que tenían más de 18 años. En cuanto a los antecedentes de vacunación, el 79% no estaba vacunado, el 15% no tenía antecedentes conocidos de vacunación, el 2% había recibido una dosis de la vacuna contra sarampión, la rubéola y la parotiditis (SRP) y el 3% había recibido dos dosis de la SRP. El historial de vacunación por grupos de edad es el siguiente: el porcentaje de casos que habían recibido una o más dosis de vacuna SRP es inferior al 1% en niños de 1 a 4 años, el 2% en los casos entre 5 a 17 años y al 18% en adultos de 18 años o más. El 7% de los casos fueron hospitalizados (n= 80). Entre los casos confirmados con información de genotipificación disponible, se identificaron genotipos D8 en 200 de los casos y el genotipo B3 en 26 de los casos.

La mayoría de los casos (83%) reportados en 2025 están relacionados con un brote multijurisdiccional que afecta a personas no vacunadas en comunidades con niveles bajos de vacunación que a veces interactúan entre sí. El brote inicio a finales de 2024. Entre el 27 de octubre y el 12 de abril del 2025, 971 casos se han asociado con este brote reportado en seis provincias (Alberta, Manitoba, New Brunswick, Ontario, Prince Edward y Quebec). El brote inicio por un caso importado que asistió a un evento masivo en New Brunswick en octubre del 2024, que incluyó a múltiples asistentes de las provincias. La gran mayoría de los casos asociados con este brote no están vacunados (84%) o se desconoce el estado de vacunación (12%).

Entre la SE1 y la SE15 del 2025, se han reportado seis brotes, distintos al brote multijurisdiccional previamente descrito, los cuales se encuentran activos hasta el 12 de abril del 2025. Estos brotes consisten en dos o más casos epidemiológica o virológicamente relacionados y están relacionados directamente con casos importados.

En los **Estados Unidos**, entre la SE 1 y la SE 16 de 2025, se han notificado 800 casos de sarampión y tres de ellos fallecidos, en 25 jurisdicciones: Alaska, Arkansas, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawaii, Indiana, Kansas, Kentucky, Maryland, Michigan, Minnesota, New Jersey, New Mexico (incluyendo un fallecido confirmado), New York State, New York City, Ohio, Oklahoma, Pennsylvania, Rhode Island, Tennessee, Texas (incluyendo dos fallecidos confirmados), Vermont y Washington. Del total de casos, el 93% (n= 751) están asociados a brotes (definido como tres o más casos), con diez brotes identificados este año. Se han reportado casos relacionados con el brote en 12 estados (Georgia, Indiana, Kansas, Kentucky, Michigan, New Jersey, New Mexico, Ohio, Oklahoma, Pennsylvania, Tennessee, y Texas). Los brotes en los estados de Texas, New Mexico y Oklahoma contabilizan el 82% de los casos reportados.

El 31% (n= 249) de los casos corresponden a niños menores de 5 años, el 38% (n= 304) a personas de entre 5 y 19 años, el 29% (n= 231) a adultos mayores de 20 años y el 2% (n= 16) a personas de edad desconocida. En cuanto a la vacunación, el 96% de los casos no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido y el 1% tenían una dosis única de SRP y el 2% tenía dos dosis de SRP. Entre los casos confirmados vacunados, el 14% son menores de 5 años, el 25% personas entre 5 y 19 años, el 57% adultos mayores de 20 años y en el 4% se desconoce su edad. El 11% (n= 85 de 800) de los casos requirieron hospitalización, principalmente en menores de 5 años con un 19% (n= 47 de 249). La cobertura de vacunación de SRP en niños ha disminuido en los últimos años del 95,2% en 2019-2020 al 92,7% en 2023-2024.

En **México**, entre la SE 1 y la SE 15 del 2025, se han confirmado 421 casos de sarampión incluyendo un fallecido; dos importados, 35 relacionados con la importación y 384 con fuente de infección en estudio. Los casos fueron reportados en Campeche (n= 4), Chihuahua (n= 403, incluyendo un fallecido), Oaxaca (n= 4), Querétaro (n= 1), Sinaloa (n= 1), Tamaulipas (n= 2) y Zacatecas (n= 1). El primer caso reportado en 2025, una niña de cinco años, sin antecedentes de vacunación, proveniente de los Estados Unidos y residente en Oaxaca, con antecedente de viaje internacional entre octubre del 2024 y enero del 2025, arribó a México el 29 de enero e inició exantema el 10 de febrero. El caso fue confirmado por el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) con resultados de rRT-PCR sarampión e IgM sarampión positivos. El genotipo y el linaje identificado fue B3, Linaje: MVs/An_Giang.VNM/27.24. Tres casos adicionales relacionados con este caso fueron confirmados en Oaxaca.

En el Estado de Chihuahua se presentó el primer caso confirmado el 20 de febrero, se trata de un masculino de 9 años sin antecedente de vacunación, que presentó inicio de exantema el 11 de febrero y cursó su periodo de transmisibilidad dentro de su comunidad. El caso fue confirmado por el InDRE con resultados de rRT-PCR sarampión e IgM sarampión positivos. El genotipo y el linaje identificado fue D8, Linaje: MVs/Ontario.CAN/47.24. Posteriormente, como

parte de las acciones de rastreo de contactos y búsqueda activa, se han identificado 416 casos adicionales.

De los casos confirmados, el 52% son mujeres y el 48% hombres. El 34% de los casos tenían entre 25 y 44 años, seguidos del 14% de casos que tenían de 5 a 9 años. En cuanto al antecedente de vacunación en los casos confirmados, el 92% no estaba vacunado, el 4% había recibido una dosis de SRP y el 4% había recibido dos dosis de la SRP. Se confirmó una defunción por complicaciones de sarampión en una persona con comorbilidades y sin antecedente de vacunación contra sarampión.

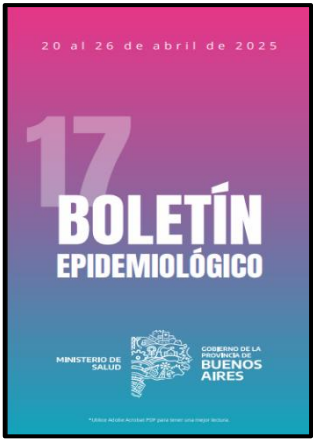
Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sarampion-region-americas-2-mayo-2025>

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

X. Boletines Jurisdiccionales

X.1. Buenos Aires: Tablas de eventos de notificación obligatoria (ENO)

Se presenta el número de casos acumulados notificados en eventos de notificación obligatoria seleccionados por su impacto en la calidad de vida de las personas o en los servicios de salud; por su severidad o por su carácter endémico. Dichos valores, además, son comparados con los casos para el mismo período en los tres años previos.



Casos acumulados a SE 16, años 2022-2025 e incremento de casos entre SE 15 y 16.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Eventos seleccionados	2022	2023	2024	2025		Incremento semanal	% Incremento relativo
Enfermedad tipo influenza (ETI)	91.355	73.707	80.420	68.863		8.271	13,7%
Bronquiolitis en menores de dos años	11.362	12.912	8.816	6.328		965	18,0%
Neumonía	10.754	13.079	9.576	9.027		884	10,9%

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

Para más información:

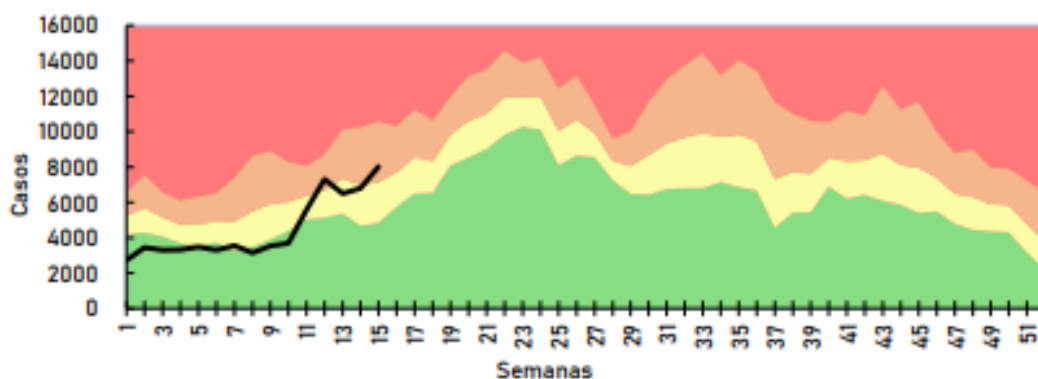
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

X.2. Salta: Infecciones respiratorias agudas (IRA)

Las notificaciones de IRA registraron un ascenso importante de casos en comparación a la semana anterior. El corredor endémico se ubica en la zona de alerta.



Corredor endémico semanal de ira años: 2018 a 2024. Se 15 de 2025. Provincia de Salta. (n=67685*)



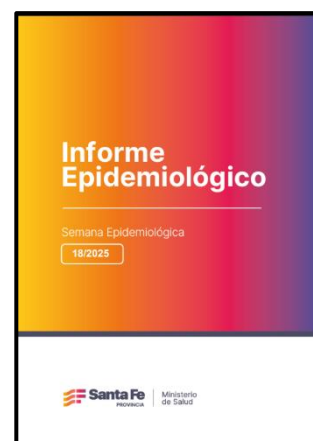
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este gráfico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante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

Para más información:

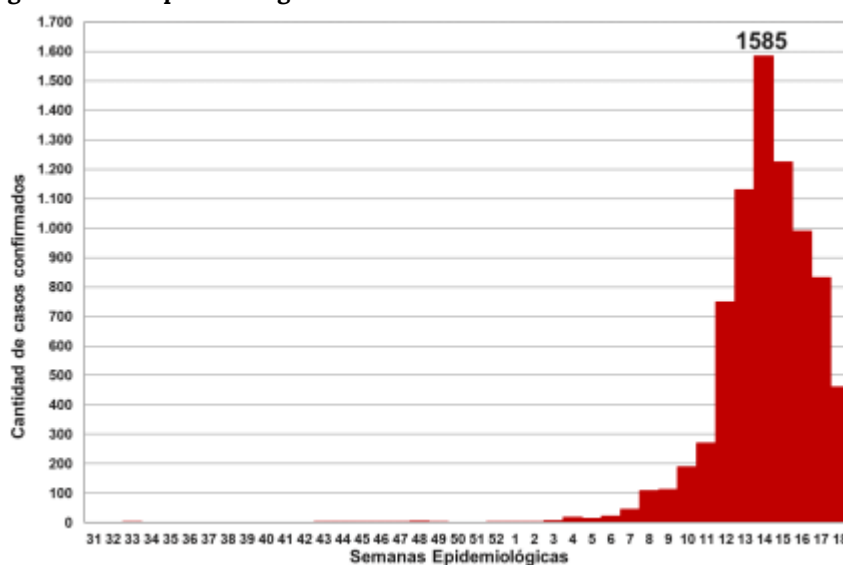
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

X.3. Santa Fe: Dengue

En la provincia de Santa Fe, en lo que va de la temporada 2024-2025 (SE 31/2024 hasta la SE 18/2025), se notificaron un total de 12399 casos al evento “dengue” y “dengue en embarazadas”. Se confirmaron 7722 casos para el evento “dengue” y 55 casos en el evento de “Dengue en embarazadas”, haciendo un total de 7777 casos confirmados (2440 casos confirmados por laboratorio y 5337 casos confirmados por criterio clínico epidemiológico), 920 casos más que lo informado en el boletín de SE17/2025. De esos 7777 casos confirmados, 7479 casos son “sin antecedente de viaje”, 106 “con antecedente de viaje” (India, Maldivas, Colombia, Brasil y otras provincias de Argentina con circulación) y 192 se encuentran en investigación.



Casos de Dengue confirmados por laboratorio y criterio clínico epidemiológico desde SE 31/2024 hasta SE 18/2025 según semana epidemiológica. Provincia de Santa Fe. N= 7777.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) hasta el 03/05/2025.

Para más información:

[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802)

X.4. Tierra del Fuego: Enfermedades respiratorias

Hasta la semana epidemiológica (SE) 18 en 2025 se notificaron 1131 casos de enfermedades respiratorias en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2024, se observa una disminución del 10.6% de los casos registrados a nivel provincial.



Tabla de enfermedades respiratorias agrupadas. Años 2024 y 2025.

	SE 18 / Año 2024	SE 18 / Año 2025	% Variación interanual
Río Grande	491	410	↓ -16.5
Tolhuin	250	233	↓ -6.8
Ushuaia	524	488	↓ -6.9
Tierra del Fuego	1265	1131	↓ -10.6

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

Para más información:

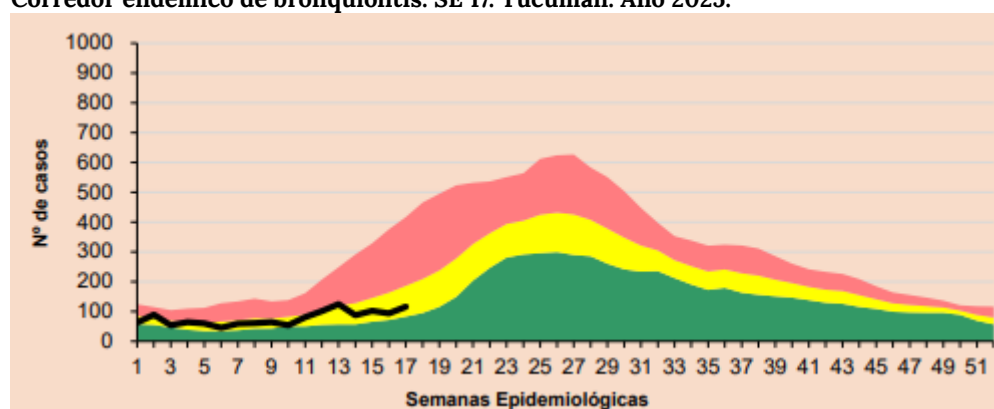
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/>

X.5. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años

En el año 2025 hasta la SE 17, se notificaron 1315 casos de bronquiolitis en menores de 2 años. Al analizar la evolución dentro del corredor epidemiológico, se observa que la curva tiene un comportamiento estacional habitual.



Corredor endémico de bronquiolitis. SE 17. Tucumán. Año 2025.



Fuente: Dirección de Epidemiología.

Para más información comunicarse al mail:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

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

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

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

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

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
Marzo	Carbunco cutáneo	Laboratorio	Determinación	Se modificó la opción "Genoma viral de B. anthracis" por "Genoma de B. anthracis". Se adicionó la opción "Detección de toxina de B. anthracis" asociado a la técnica de PCR.
Cambio contemplado para ser utilizado únicamente por el Laboratorio Nacional de Referencia				
Marzo	Enfermedad Febril Exantemática-EFE (Sarampión/Rubéola)	Laboratorio	Técnica	Se adicionó la opción "ELISA de Captura (SOLO LNR)" asociada a la determinación "IgM anti sarampión"

XI.1. Información relevante: enteroparasitosis

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

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

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

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

- Histórico - Subfamilia Anisakinae (incluye *Anisakis* y *Pseudoterranova*)
- Histórico - *Cryptosporidium* sp.
- Histórico - *Cyclospora* sp.
- Histórico - *Diphylobothrium latum*
- Histórico - Microsporidios
- Histórico - *Cyclospora cayetanensis*
- Histórico - *Blastocystis hominis*

XII. Residencia Nacional en Epidemiología y el Concurso de Ingreso 2025.

La Residencia en Epidemiología es un programa remunerado de formación de posgrado a tiempo completo y con dedicación exclusiva, perteneciente a las residencias del equipo de salud. Se orienta a la producción de información para describir, comprender y explicar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de la población, detectar y priorizar problemas, proponer estrategias de intervención, apoyar la toma de decisiones y contribuir al monitoreo de políticas, programas y servicios de salud.

XII.1. Información detallada sobre la residencia:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/ingresoaresidencia>

XII.1.A. PROFESIONES HABILITADAS A CONCURSAR:

Medicina; Veterinaria; Lic. en Bioquímica; Bioquímica; Lic. en Ciencia y Tecnología de Alimentos; Lic. en Ciencias Biológicas; Lic. en Biotecnología; Lic. en Ciencias Matemáticas; Lic. en Ciencias Químicas; Farmacia; Lic. en Enfermería; Lic. en Fonoaudiología; Lic. en Kinesiología/Fisiatría; Lic. en Nutrición; Lic. en Obstetricia; Odontología; Lic. en Estadística; Lic. en Sociología; Lic. en Trabajo Social; Lic. en Ciencias Antropológicas; Prof. Universitario en Antropología; Lic. en Psicología; Lic. en Ciencias de la Comunicación.

XII.1.B. PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DEFINITIVA DEL CONCURSO UNIFICADO:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/residencias/ingreso/concurso-unificado>

XIII. 1º Edición del Curso: “Vigilancia y notificación de dengue”

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

Modalidad Virtual Autoadministrada

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

Inicia el 2 de diciembre

Duración: 25 horas.

INSCRIPCIONES EN:



Consultas a: cursos.direpizacion@gmail.com

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



CURSO VIRTUAL
Introducción al Sistema Nacional de Vigilancia de Salud SNVS 2.0
4° Edición

Este curso brinda herramientas a los equipos de salud sobre el manejo del Sistema Nacional de Vigilancia de Salud SNVS 2.0

Modalidad: Virtual Autoadministrada
Plataforma Virtual de Salud

Inicia: 10 de febrero
Finaliza: 30 de junio 2025

INSCRIPCIONES EN:



Consultas:
cursos.direpizacion@gmail.com



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

Duración: 25 horas

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

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



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

Modalidad: Virtual Autoadministrada
Plataforma Virtual de Salud



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

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

INSCRIPCIONES EN:



Consultas:
cursos.direpinacion@gmail.com

Duración: 30 horas

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