

BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° 756

Semana epidemiológica 19
AÑO 2025
Desde 04/05 al 10/05
Fecha de publicación
19/05/2025

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 Díaz⁵, Carolina Cerrudo⁵, Gabriela Anahí Chiavetta⁵, Lorena Ferreira⁵.

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

Hepatitis - Actualización informe epidemiológico: Federico M. Santoro¹, Tamara Wainzinger¹, Antonella Vallone¹, Julián Antman¹, Dra. Nancy Altaber⁶.

Enteroparásitos - Informe epidemiológico: Daniela E. Guma⁹, M. Fernanda Martin Aragón⁹, M. Fernanda Degese¹⁰, Bibiana Alba Ledesma¹⁰, Silvana Carnevale¹¹, Carlos Giovacchini¹².

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES

Ignacio Di Pinto¹.

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

Irene Oks¹.

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 Servicio Meteorológico Nacional.

⁶ Laboratorio Nacional de Hepatitis Virales, INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

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 Residente de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, rotante del departamento de Epidemiología, INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

¹⁰ Laboratorio Nacional de Referencia de Enteroparasitosis, Servicio de Parasitología Clínica, Departamento de Parasitología, INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

¹¹ Departamento de Parasitología, INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

¹² Departamento de Epidemiología, INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

Agradecimientos:

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

Imagen de tapa:

Bacterióloga observando características de aislamiento invasivo de *S. pyogenes* para iniciar proceso de secuenciación del genoma. Foto aportada por el Servicio Bacteriología Especial, INEI-ANLIS Carlos G. Malbrán.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°756, SE 19.

I. Editorial

En el marco de un proceso sostenido de transformación, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) consolida una nueva etapa editorial. Desde el lanzamiento de su versión renovada en el BEN N.º 740, cada edición ha buscado profundizar no sólo el acceso y la calidad de los datos, sino también el sentido estratégico de la información producida para la toma de decisiones en salud.

En esta edición, el BEN se publica en un contexto de creciente visibilidad pública. No sólo es tomado por todas las jurisdicciones del país o ámbitos académicos y referencias en espacios de formación profesional, sino que, en particular, se ha tomado en numerosas notas en medios de comunicación. Este hecho da cuenta del interés que despierta la herramienta. Desde la Dirección de Epidemiología celebramos esa expansión como un avance relevante, no sólo por el reconocimiento, sino porque reafirma el valor de una epidemiología pública, situada y comprometida con la transformación. Al mismo tiempo, esa visibilidad nos interpela sobre la forma en que circula la información y la necesidad de fortalecer narrativas rigurosas, técnicamente válidas, éticamente responsables y profesionalmente honestas.

Desde la incorporación de la nueva estética y la presentación de los ENO seleccionados con alertas frente a la mediana 2020-2024, hasta la creación de la sección "Actualización periódica de eventos", esta etapa del BEN ha permitido la publicación de 24 informes epidemiológicos específicos: 17 de ellos corresponden a eventos abordados por primera vez y 7 a actualizaciones que profundizan análisis previamente presentados. Estos informes representan una apuesta concreta por problematizar los fenómenos de manera constante, caracterizando su evolución en el tiempo y su distribución territorial, y proponiendo medidas técnicas integradas.

En esta línea, el boletín se sigue construyendo como una herramienta en tensión: entre la técnica y la política, entre la comunicación y la gestión, entre la necesidad de síntesis y la complejidad de los fenómenos. Nos interesa promover una mirada crítica sobre los problemas sanitarios, entendiendo que lo que definimos como tales surge de arduos procesos de identificación, evaluación y priorización. Estos procesos implican múltiples actores y perspectivas, y reclaman respuestas que no se reduzcan a recetas únicas ni a lecturas fragmentadas.

Frente a abordajes lineales o simplistas, el BEN aspira a tejer un entramado colectivo de conocimiento y acción. Cada edición aporta un hilo a esa trama, combinando datos, contextos y propuestas que nos permitan no sólo describir lo que sucede, sino también entender sus sentidos y orientar intervenciones con mayor profundidad, responsabilidad y compromiso. Esa tarea es la que asumimos desde la DIREPI en conjunto con todos los equipos jurisdiccionales, convencidos de que la información epidemiológica debe ser una herramienta compartida para comprender mejor y actuar con mayor eficacia sobre los procesos de salud que atraviesan a nuestras comunidades.

¡Hasta la próxima!



Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología



Mg. Julián Antman
Coordinador del Área de Vigilancia de la Salud

II. Sobre este BEN

Esta nueva edición del BEN se presenta con una propuesta editorial renovada, que busca continuar fortaleciendo el rol del BEN como herramienta estratégica para el análisis, la planificación y la toma de decisiones en salud además de abreviar en la importancia de una difusión clara y honesta para toda la población. Este nuevo espacio editorial continúa trabajando desde una perspectiva crítica la relación técnico-sanitaria con la comunicación asertiva y responsable.

Como en cada número, se actualizan las tablas de eventos de notificación obligatoria (ENO), clasificadas en nominales, agrupados clínicos y agrupados laboratoriales, con notas metodológicas que facilitan su interpretación y la comparación con años anteriores. Se destacan los eventos con variaciones relevantes respecto a la mediana 2020-2024.

Se continúa incluyendo un apartado sobre sarampión, en el marco del brote en curso, incorporando el detalle de la situación de México, Estados Unidos y Canadá, junto con la actualización de la situación de dengue y otros arbovirus, con análisis desagregado por regiones, serotipos y variables de gravedad. También se actualiza la información nacional e internacional sobre infecciones respiratorias, a partir de múltiples fuentes de vigilancia, incluyendo las redes centinela y la vigilancia universal en internación y laboratorio.

En la sección de eventos con actualización periódica, se incorporan dos informes que abordan en profundidad temáticas relevantes. En particular, se destaca el nuevo informe epidemiológico sobre enteroparasitosis, que ofrece un análisis actualizado de la situación nacional, incluyendo niveles de notificación, contexto regional, desafíos diagnósticos y recomendaciones de vigilancia. Esta inclusión representa un avance significativo para fortalecer su seguimiento y análisis. También se presenta la tercera actualización en el año del informe sobre hepatitis A, con nuevos datos sobre vigilancia molecular y recomendaciones actualizadas para equipos de salud.

Por último, el boletín incorpora un informe especial sobre exposición a medicamentos contaminados con fentanilo, que documenta el estudio del brote de infecciones invasivas por gérmenes multirresistentes posiblemente asociado a esta causa. Este análisis interdisciplinario, aún en curso, aporta evidencia clave para la vigilancia de eventos de interés y marca un antecedente importante en la articulación entre vigilancia epidemiológica, las regulaciones sanitarias y las medidas conjuntas de prevención.

Como en todas las ediciones se incluye una selección de boletines jurisdiccionales destacados, que reflejan los análisis y comunicación epidemiológica de las provincias, y el apartado de herramientas para la vigilancia, con información técnica actualizada. Dentro de este bloque, se resalta la publicación de la nueva normativa para la vigilancia de hantaviriosis, fruto de un importante trabajo articulado para consolidar los criterios y lineamientos comunes de este evento.

Contenido

I. Editorial	5
II. Sobre este BEN	6
TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS	9
III. Tablas de ENO seleccionados	10
III.1. Introducción	10
III.2. Nota metodológica	10
III.2.A. Sobre la construcción de las tablas	10
III.2.B. Notas adicionales a tener en cuenta	11
III.3. Eventos nominales confirmados	11
III.4. Eventos nominales notificados y confirmados	12
III.5. Eventos agrupados clínicos	13
III.6. Eventos agrupados laboratoriales	15
III.6.A. Sobre la construcción de esta tabla	15
EVENTOS PRIORIZADOS	16
IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión	17
IV.1. Introducción	17
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional	17
IV.3. Situación actual en Argentina	19
IV.3.A. Descripción de los casos confirmados de sarampión en Argentina - 2025	20
IV.3.B. Indicadores para la vigilancia epidemiológica	22
IV.4. Recomendaciones para la comunidad	26
IV.5. Recomendaciones para los equipos de salud	26
IV.6. Vigilancia epidemiológica	26
IV.6.A. Definición y clasificación de caso:	27
IV.7. Medidas de prevención	27
IV.8. Medidas ante casos y contactos	28
IV.8.A. Medidas ante casos SOSPECHOSOS y/o CONFIRMADOS:	28
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	30
V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus	30
V.1.A. Subregión Cono Sur	30
V.2. Situación de dengue en Argentina	33
V.2.A. Situación histórica	33
V.2.B. Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras arbovirosis	35
V.2.C. Temporada actual	35
V.2.D. Distribución según región, jurisdicción y departamento	37
V.2.E. Situación según serotipos circulantes	40
V.2.F. Situación epidemiológica del evento "dengue durante el embarazo"	41
V.2.G. Vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue	42
V.2.H. Favorabilidad para brotes de Dengue	43
V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus	45
V.3.A. Situación epidemiológica de fiebre amarilla en argentina	46
V.4. Vigilancia entomológica	47
V.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición	47
V.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) –SE15 (2025)	47
V.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios	51
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	54
VI.1. Nota Metodológica	54
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	54
VI.3. Síntesis de la información nacional destacada	55
VI.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	55
VI.3.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados	55
VI.3.C. Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios	56
VI.3.D. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos	56
VI.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados	56
VI.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI	56
VI.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave –IRAG	59
ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS.....	63
VII. Enteroparásitos – Informe epidemiológico	64
VII.1. Introducción	64
VII.1.A. Nota Metodológica	64
VII.2. Situación mundial y regional de enteroparásitos	66
VII.3. Situación de enteroparásitos en Argentina	66
VII.4. Monitoreo de la notificación	78
VII.5. Fuentes Consultadas	80
VIII. Hepatitis A – Actualización informe epidemiológico	81
VIII.1. Introducción	81

VIII.2.	Modalidad de vigilancia y nota metodológica	81
VIII.3.	Situación de Hepatitis A en Argentina	81
VIII.3.A.	Situación Epidemiológica de 2025	81
VIII.3.B.	Vigilancia Molecular HAV de 2025	82
VIII.4.	Recomendaciones para el equipo de salud	82
VIII.4.A.	Medidas ante casos y contactos	82
VIII.4.B.	Profilaxis Post Exposición	83
VIII.4.C.	Contención de brotes	83
VIII.4.D.	Medidas ante brotes	84
VIII.4.E.	Medidas en caso de desastre	84
VIII.5.	Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Hepatitis A	85
VIII.5.A.	Consideraciones generales	85
VIII.5.B.	Embalaje para derivación de muestras	85
VIII.6.	Recomendaciones para la población	85
VIII.6.A.	Medidas preventivas	85
VIII.6.B.	Otras medidas preventivas	86
VIII.7.	Conclusiones	86
VIII.8.	Sobre este informe	87
VIII.8.A.	Vigilancia Epidemiológica de Hepatitis A	87
INFORMES ESPECIALES		88
IX.	Estudio de brote de infección invasiva por Kpn MBL/Ralstonia spp posiblemente relacionado a exposición a medicamento contaminado	89
IX.1.	Introducción	89
IX.2.	Situación epidemiológica en Argentina	90
IX.3.	Vigilancia epidemiológica	92
IX.3.A.	Modalidad de vigilancia y nota metodológica	92
IX.3.B.	Objetivos de la vigilancia	92
IX.3.C.	Definiciones de caso	92
ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES.....		94
X.	Introducción	95
X.1.	Chikungunya - La Reunión y Mayotte	96
X.1.A.	La Reunión, Francia	96
X.1.B.	Mayotte, Francia	97
X.2.	Coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio - Reino de Arabia Saudita	98
X.3.	Sarampión - Marruecos	100
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES.....		101
XI.	Boletines Jurisdiccionales	102
XI.1.	Buenos Aires: Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)	102
XI.2.	CABA: Vigilancia de infecciones respiratorias, eventos de abordaje en internación	103
XI.3.	Entre Ríos: Eventos de notificación obligatoria notificados (ENOs)	104
XI.4.	Salta: Enfermedad tipo influenza (ETI)	105
XI.5.	Santa Fe: Dengue	106
XI.6.	Tierra del Fuego: Diarrea aguda	107
XI.7.	Tucumán: Meningitis bacterianas.	108
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA		109
XII.	Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	110
XIII.	Información relevante	111
XIII.1.	Candidiasis sistémica	111
XIII.2.	Actualización de la normativa de hantavirus	111
XIV.	Residencia Nacional en Epidemiología y el Concurso de Ingreso 2025.	112
XIV.1.	Información detallada sobre la residencia:	112
XIV.1.A.	Profesiones habilitadas a concursar:	112
XIV.1.B.	Publicación de información definitiva del Concurso Unificado:	112
XV.	1º Edición del Curso: "Vigilancia y notificación de dengue"	113
XVI.	4º Edición del Curso Virtual "Introducción al SNVS 2.0"	114
XVII.	7º Edición: Curso Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud	115

TABLAS DE
EVENTOS DE
NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA
SELECCIONADOS

III. Tablas de ENO seleccionados

III.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.

III.2. Nota metodológica

III.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.

III.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.

III.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 1-19. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-19	2025 Acumulados SE 1-19	Diferencias 2025 con mediana 2020- 2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	1	1	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	82	68	-14	-17%
Enf. zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	3.400	6.429	3.029	89%
	Araneismo-Env. por Latroectus (Latroectismo)	174	220	46	26%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	65	73	8	12%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	4	3	-1	-25%
	Cisticercosis	3	4	1	33%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.367	3.952	1.585	67%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	250	446	196	78%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	16	30	14	88%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	5	13	8	160%
	Brucelosis	44	41	-3	-7%
Hantavirus	26	29	3	12%	
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	10	7	233%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	539	561	22	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	20	20	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	0	0	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	3.962	3.962	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	317	317	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	218	218	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	4.741	6.048	1.307	28%

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.

III.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 1-19. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024		2025		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Mediana acumulados SE 1-19		Acumulados SE 1-19		Notif.	%	Conf.	%
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.				
Enf. prevenibles por vacunas	Enfermedad Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	386	1	3.512	26	3.126	810%	25	2500%
	Enfermedad Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	386	0	3.512	0	3.126	810%	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	759	313	1.009	321	250	33%	8	3%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomieltis	47	0	38	0	-9	-19%	0	N/A
Enf. Transmisibles por vectores	Dengue	67.334	44.019	50.373	15.874	-16.961	-25%	-28.145	-64%
	Encefalitis de San Luis	138	4	152	0	14	10%	-4	-100%
	Fiebre amarilla humana	95	0	122	0	27	28%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	23	0	44	0	21	91%	0	N/A
	Zika	1.186	0	688	0	-498	-42%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	131	39	93	26	-38	-29%	-13	-33%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.142	35	1.152	97	10	1%	62	177%
	Psitacosis	144	24	397	87	253	176%	63	263%
ETMI - Enf. del niño	Chagas agudo congénito	524	24	532	22	8	2%	-2	-8%
	Sífilis Congénita	1.137	308	329	319	-808	-71%	11	4%
	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	940	902	663	545	-277	-29%	-357	-40%
	Sífilis en embarazadas	3.773	3.340	4.238	3.993	465	12%	653	20%
	Hepatitis B en embarazadas	0	23	48	11	48	N/A	-12	-52%
Hepatitis virales	Hepatitis A	58	12	120	57	62	107%	45	375%
	Hepatitis B	1.003	247	1.089	253	86	9%	6	2%
	Hepatitis C	889	428	814	474	-75	-8%	46	11%
	Hepatitis E	16	2	9	1	-7	-44%	-1	-50%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	11.475	8.773	17.998	15.436	6.523	57%	6.663	76%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	120	67	243	193	123	103%	126	188%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	0	0	84	18	84	N/A	18	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.

III.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 1-19. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-19	2025 Acumulados SE 1-19	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmitidas por alimentos	Diarrea	306.655	287.237	-19.418	-6%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	743	677	-66	-9%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	211	187	-24	-11%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin	19.268	13.652	-5.616	-29%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	309.330	251.803	-57.527	-19%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	17.369	15.685	-1.684	-10%
	Neumonía (sin especificar)	21.441	18.024	-3.417	-16%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	0	1.850	1.850	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	0	1.371	1.371	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	9.740	9.740	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	0	675	675	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	0	2.396	2.396	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	2	2.294	2.292	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	28	11.810	11.782	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	1	2.405	2.404	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	3	993	990	N/A
	Lesiones por electrocución	0	265	265	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	329	329	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	0	25.783	25.783	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	0	9.592	9.592	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	4	13.167	13.163	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	217	217	N/A
Otras lesiones en el hogar	2	9.407	9.405	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.

III.6. Eventos agrupados laboratoriales

III.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 1-19. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-19		2025 Acumulados SE 1-19		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	1.453	81	1.135	67	-318	-22%	-14	-17%
	Infección por Mycoplasma genitalium	244	5	278	6	34	14%	1	20%
	Infección por Mycoplasma hominis	878	87	925	134	47	5%	47	54%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	6.008	219	1.664	143	-4.344	-72%	-76	-35%
	Infección por Trichomonas vaginalis	9.270	984	4.405	617	-4.865	-52%	-367	-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

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

IV.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, encefalomiелitis 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**.

IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional

En los años 2023 y 2024 se observa un aumento de casos de sarampión a nivel mundial, respecto al año 2022. En 2025, entre la SE 1 y la SE 16, en la Región de las Américas, 2.325 casos han sido confirmados, incluyendo cuatro defunciones⁵.

Canadá⁶

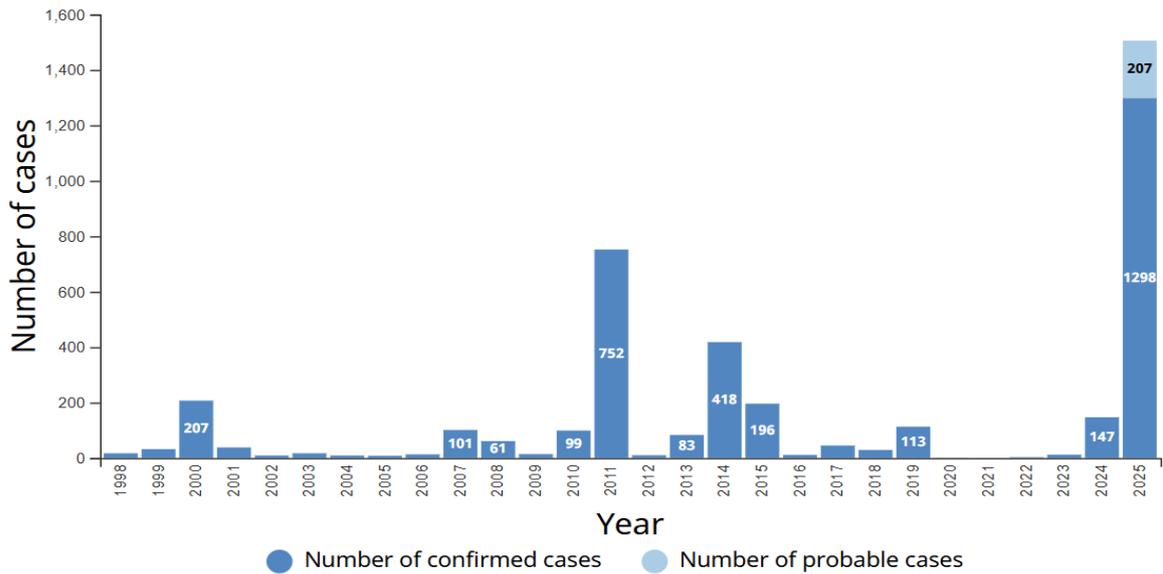
En 2025, se han notificado un total de 1.506 casos de sarampión (1.299 confirmados, 207 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 26 de abril de 2025.

En la semana 17 (del 20 al 26 de abril de 2025), se notificaron 329 nuevos casos de sarampión (281 confirmados, 48 probables) en 4 jurisdicciones (Alberta, Manitoba, Ontario, Saskatchewan).

⁵ <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sarampion-region-americas-2-mayo-2025>

⁶ <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>

Figura 1. Número de casos de sarampión notificados en Canadá por año de inicio del exantema, desde la eliminación del sarampión (1998) hasta el 26 de abril de 2025.



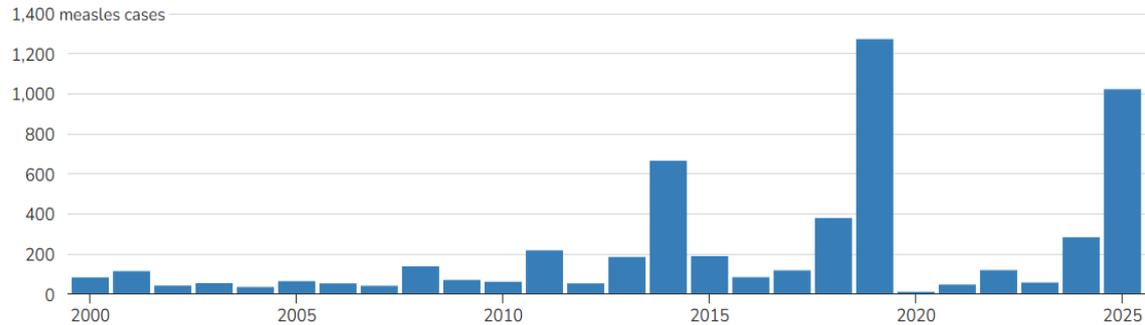
Estados Unidos de América⁷

Hasta el 8 de mayo del 2025, 31 jurisdicciones (Alaska, Arkansas, California, Colorado, Dakota del Norte, Florida, Georgia, Hawaii, Illinois, Indiana, Kansas, Kentucky, el estado de Nueva York, la Ciudad de Nueva York, Louisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nueva Jersey, Nuevo México, Ohio, Oklahoma, Pensilvania, Rhode Island, Tennessee, Texas, Vermont, Virginia y Washington) han confirmado* un total de 1001 casos de sarampión.

En el 2025, se han notificado 14 brotes (definidos como 3 o más casos relacionados) y el 93 % de los casos (928 of 1001) están asociados a un brote. En comparación, durante el 2024, se notificaron 16 brotes y el 69 % de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a un brote.

En el 2025 ha habido 3 muertes confirmadas por sarampión.

Figura 2. Casos anuales de sarampión. Estados Unidos de América. 2023-2025 (hasta 15/05/25)



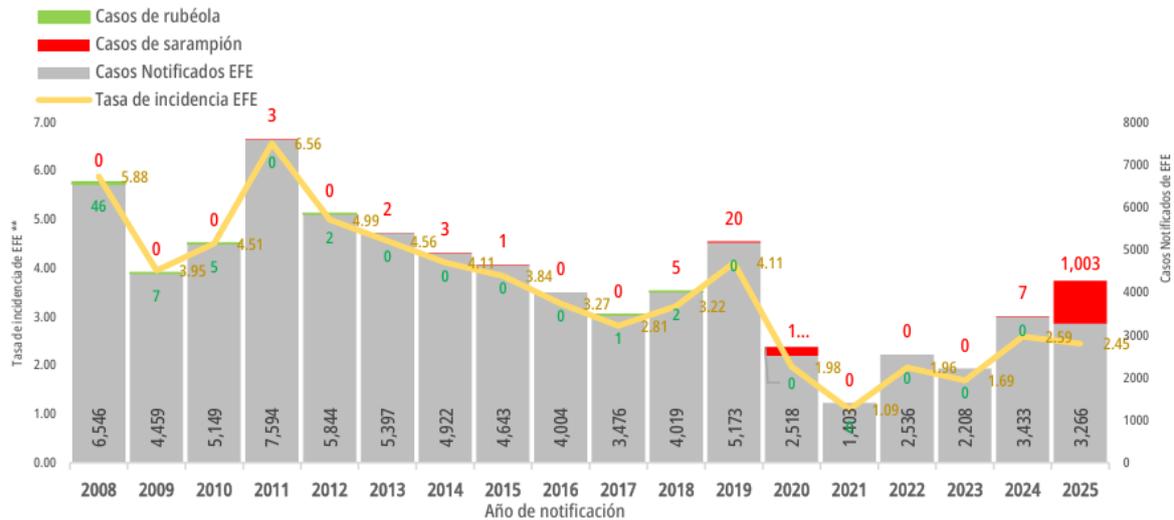
⁷ <https://www.cdc.gov/measles/data-research/index.html>

México⁸

Hasta la SE 18 de 2025, en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática se han notificado 3,266 casos probables de sarampión o rubéola. Del total de casos sospechosos, se han confirmado 1003 casos de sarampión, descartado 1,034 y 869 permanecen en estudio, y se han identificado los genotipos B3 y D8 en el presente año.

Actualmente se ha confirmado una defunción por complicaciones de sarampión en el estado de Chihuahua, paciente masculino de 31 años sin antecedente vacunal.

Figura 3. Casos probables y confirmados de sarampión. México 2008-2025.



IV.3. Situación actual en Argentina

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 1810 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 29 casos de sarampión en el país, de los cuales 17 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 29 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 25 casos restantes, en el momento actual de la investigación, la situación es la siguiente:

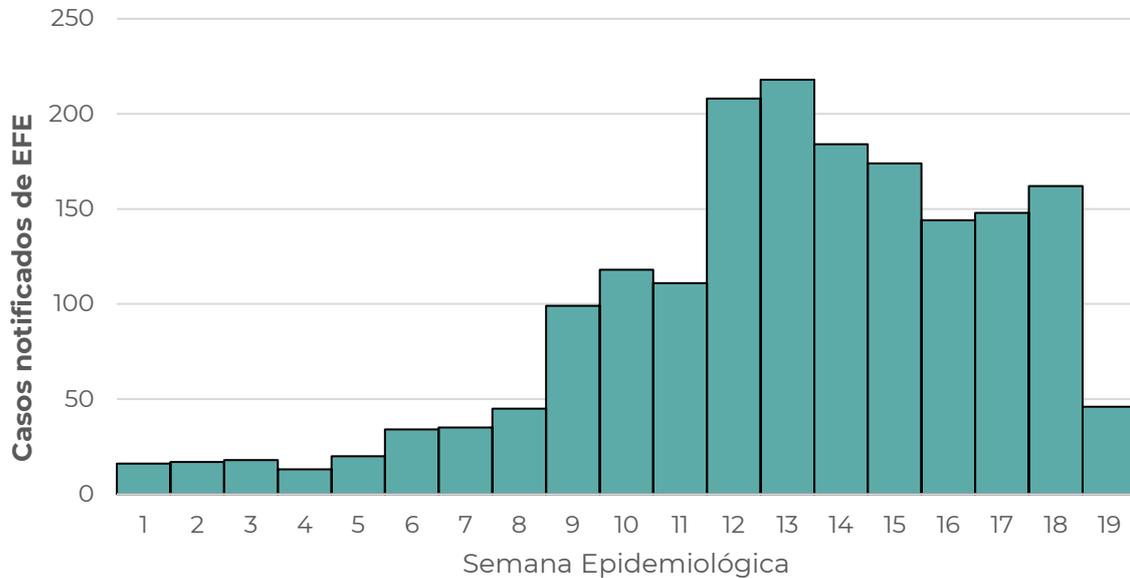
En 3 de ellos existe un vínculo estrecho con los casos importados provenientes de Rusia, ya que vivían en el mismo lugar, 2 trabajaban en un comercio de cercanía y 1 reside a pocos metros del edificio.

⁸https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/994348/Bolet_n_informativo_4_EPV_SE17_2_de_mayo_del_2025__1_.pdf

En 16 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 SE19 de 2025. N= 1810



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.3.A. 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 (tres de los casos residen en un mismo edificio ubicado en la Comuna 14, y uno en un edificio a pocos metros) 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):

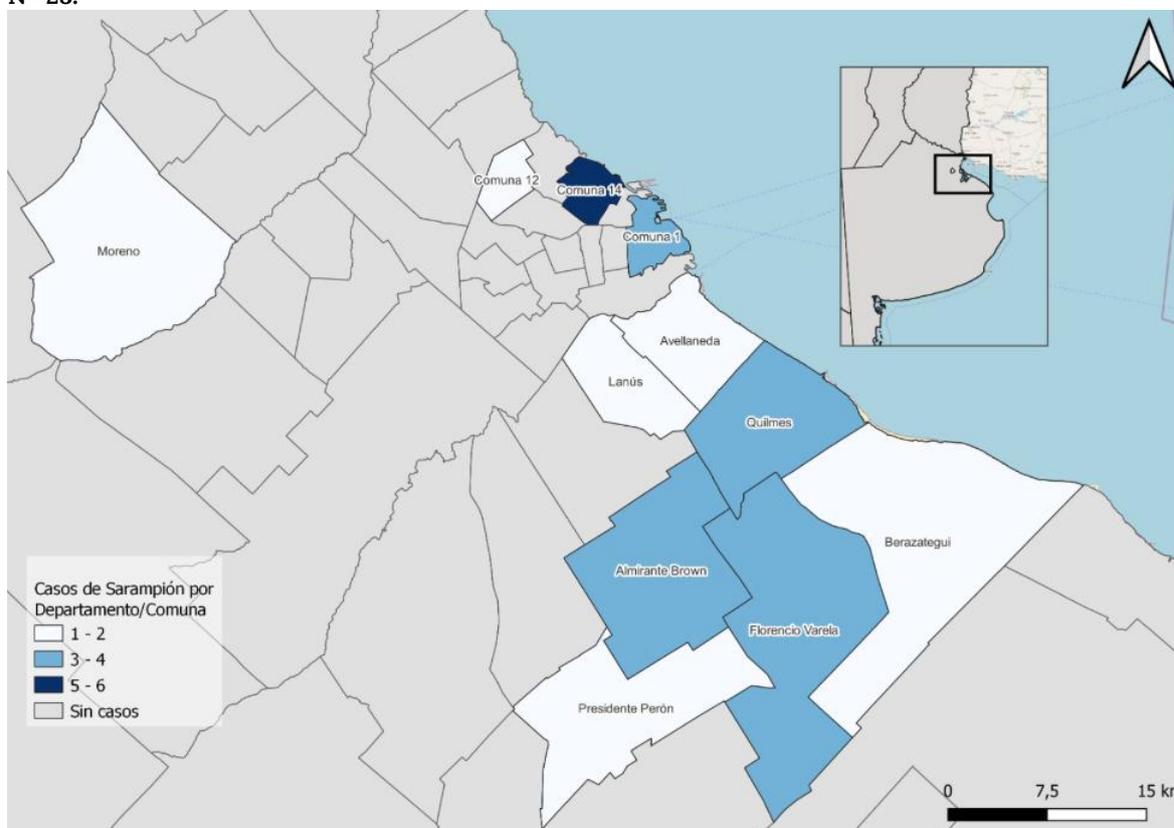
Se han confirmado 17 casos. De éstos, 14 presentan vínculos epidemiológicos con los casos de CABA o entre sí y/o el LNR ha permitido constatar que corresponden a la misma cadena de transmisión a partir de la genotipificación.

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 nexos con las cadenas de transmisión conocidas por lo que aún permanecen en investigación.

Los casos se distribuyen en un rango etario de 9 meses a 37 años, con predominio del sexo masculino (2 mujeres y 15 varones).

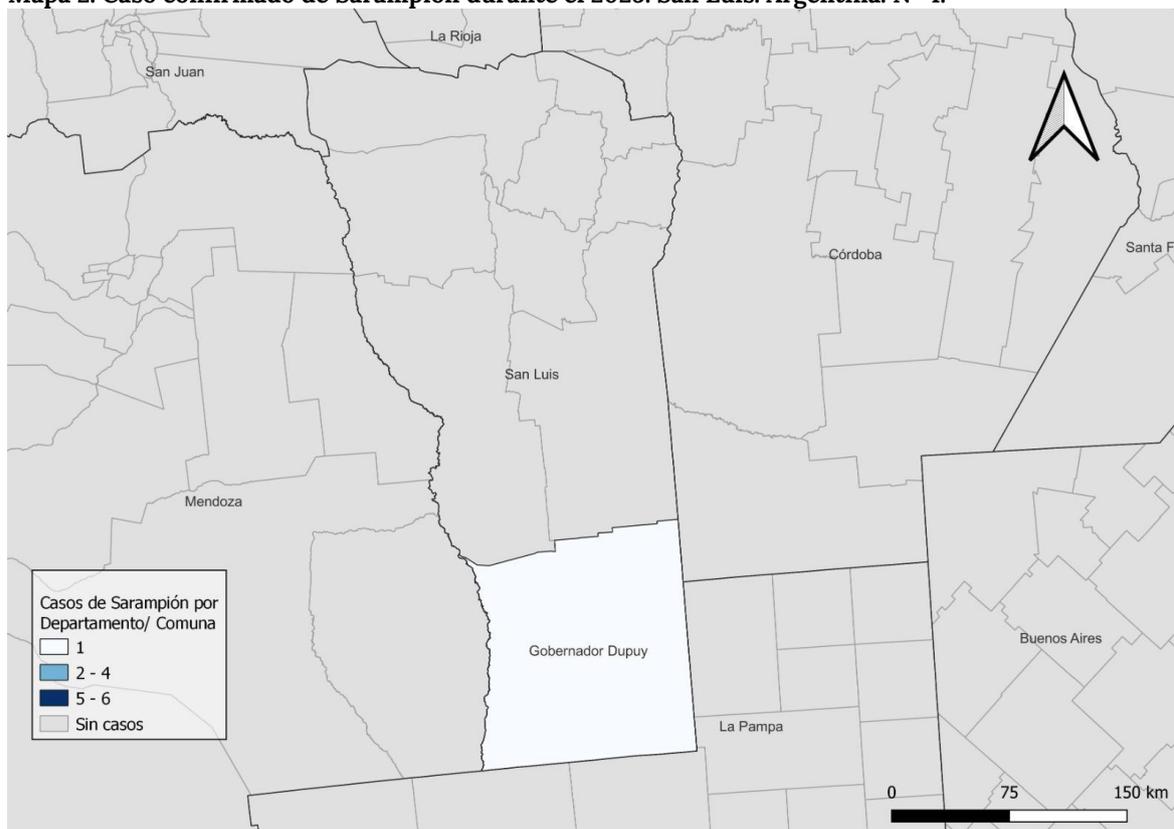
Mapa 1. Distribución espacial de los casos confirmados de Sarampión durante el 2025. AMBA. Argentina. N= 28.



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

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.

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).

IV.3.B. 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 y sospechosos 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 SE19 de 2025⁹.

Jurisdicción	Confirmados	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	17	1051	5,7	136	367
CABA	11	460	14,9	23	62
Catamarca		13	3,0	3	9
Chaco		17	1,3	9	25
Chubut		17	2,5	5	13
Córdoba		45	1,1	29	79
Corrientes		7	0,6	9	23
Entre Ríos		23	1,6	11	29
Formosa		1	0,2	5	13
Jujuy		26	3,2	6	16
La Pampa		16	4,3	3	7
La Rioja		1	0,2	3	8
Mendoza		43	2,1	15	42
Misiones		6	0,5	10	27
Neuquén		2	0,3	5	14
Río Negro		6	0,8	6	16
Salta		8	0,5	11	30
San Juan		10	1,2	6	16
San Luis	1	5	0,9	4	11
Santa Cruz		5	1,2	3	8
Santa Fe		32	0,9	27	73
Santiago del Estero		3	0,3	8	21
Tierra del Fuego		1	0,5	1	4
Tucumán		12	0,7	13	36
Total	29	1810	3,8	351	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 10 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 actualidad cumplir con al menos 136. Por este motivo, las 1051 que se constatan en esta

⁹ 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.

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. Las provincias de Río Negro y de Tierra del Fuego presentan la misma cantidad de notificaciones que las esperadas (verde más claro).

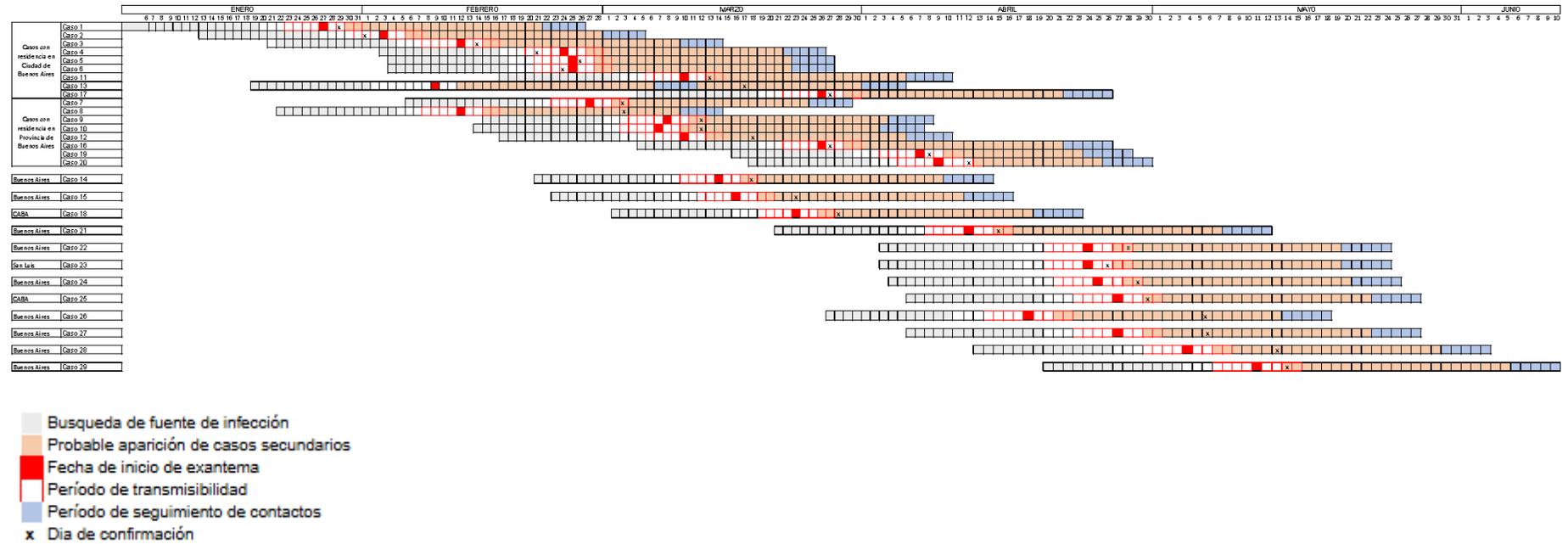
En rosado se muestra la tercera situación posible: aquellas jurisdicciones que presentan menos notificaciones que las esperadas, pero al menos una. Aquí se encuentran Corrientes, Formosa, La Rioja, Misiones, Neuquén, Salta, Santiago del Estero y Tucumán.

A continuación, se presentan las líneas temporales de los casos confirmados. Los casos 14 y 25 se muestran por separado, ya que corresponden a nuevas cadenas de transmisión: el caso 14 se trata de un caso importado con antecedente de viaje a Tailandia, y el caso 25 (reportado en San Luis) corresponde a un antecedente de viaje a México.

Del mismo modo, los casos 15, 18 y del 21 en adelante también se exhiben por separado, ya que no se ha logrado establecer un contacto directo con los primeros casos confirmados. No obstante, en varios de ellos se ha podido inferir un nexo epidemiológico, ya sea mediante estudios de genotipificación o a partir de la investigación epidemiológica.

Al cierre de este informe, 3 casos permanecen en investigación para determinar su posible fuente de infección y en 8 casos aún continúan en la fase de probable aparición de casos secundarios y seguimiento de contactos.

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

Veinte 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.

IV.4. 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.

IV.5. 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.

IV.6. 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 obligatoria¹⁰.

¹⁰ Disponible en

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

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

IV.6.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°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

IV.7. 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

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

IV.8. Medidas ante casos y contactos

IV.8.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, gestantes sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y severamente inmunosuprimidas (independientemente del antecedente de vacunación) deberán recibir Inmunoglobulina de pool dentro de los 6 días de contacto. La inmunoglobulina se aplica por vía intramuscular, la dosis recomendada es de 0.25 ml/kg. En personas inmunocomprometidas, la dosis es de 0,5 ml/kg (dosis máxima 15 ml).
- 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](#)

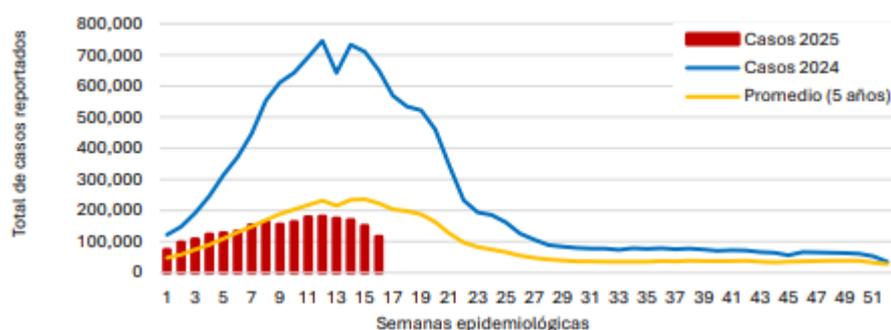
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.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 16, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 8 de mayo.

A la semana epidemiológica (SE) 16 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 2,262,361 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 223 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 71% en comparación al mismo periodo del 2024 y de 12% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 16 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

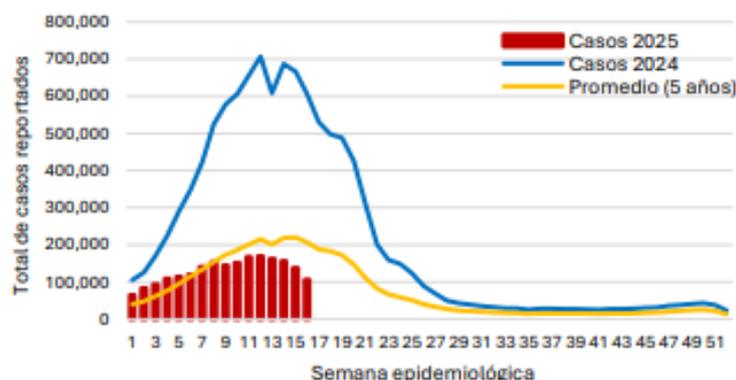
De los 2,262,361 casos de dengue reportados en las Américas, 886,289 casos (39%) fueron confirmados por laboratorio y 2,763 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 926 muertes por dengue, para una letalidad del 0.041%. Dieciséis países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 16. Estos países registran en conjunto 116,089 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 16. Del total de casos registrados en la SE 16, 106 fueron casos de dengue grave (0.1%) y se reportaron 12 muertes para una letalidad de 0.010%.

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.

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 105,332 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 16. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 71% en comparación con la misma semana del 2024 y de 12% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

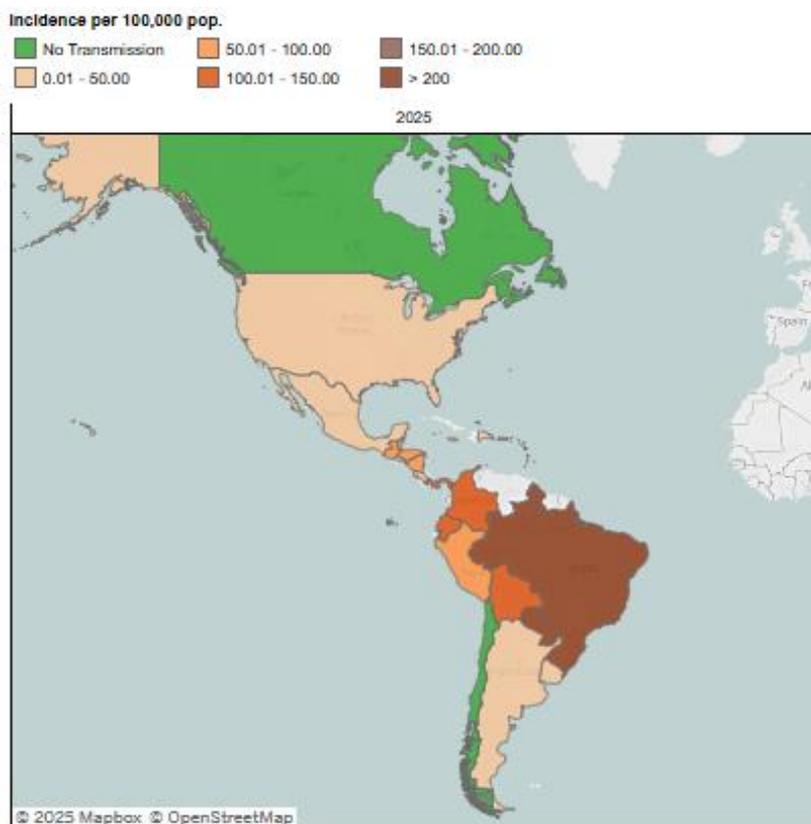
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 16, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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.¹²

NOTA METODOLÓGICA:

1. Números de casos reportados de fiebre por dengue. Incluye todos los casos de dengue: sospechosos, probables, confirmados, no-grave, grave y muertes.

¹² <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics/indicadores-dengue-en/dengue-nacional-en/254-dengue-incidencia-en.html>

2. Población: total de habitantes para ese País o Territorio según las proyecciones de Naciones Unidas.

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 15/05/2025 en países regionales seleccionados¹³. Además, se incluye información de la actualización epidemiológica de Oropouche en la Región de las Américas¹⁴.

Brasil: hasta la SE 19/2025, se han reportado 2.303.935 casos de dengue, con 865 fallecimientos asociados, lo que representa un 71% menos que lo registrado en la misma semana de 2024. Respecto a chikungunya, hasta la misma semana, se notificaron 132.860 casos, un 59% menos que lo registrado durante el mismo período de 2024, con 71 fallecidos para este evento. En cuanto a zika, hasta la SE 18/2025 se reportaron 10.505 casos, un 65% menos en comparación a la misma semana de 2024, sin fallecimientos registrados. Acerca de Oropouche, hasta la SE 18/2025 se han confirmado 9.416 casos, un 51% 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, durante 2025 no se han registrado casos para este evento.

Paraguay: hasta la SE 18/2025, se han reportado 16.033 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 13 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 18/2024 se habían reportado 3 casos.

Perú: hasta la SE 17/2025, se han notificado 31.681 casos de dengue, un 84% menos que el mismo periodo de 2024, con 39 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 14/2025 se registraron 46 casos, un valor similar al año anterior, sin defunciones para este evento. 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, hasta la SE 18/2025, se confirmaron 233 casos para este evento, un 98% menos que a la misma semana de 2024.

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.

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).

¹³ Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html>

¹⁴ Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-por-virus-oropouche>

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

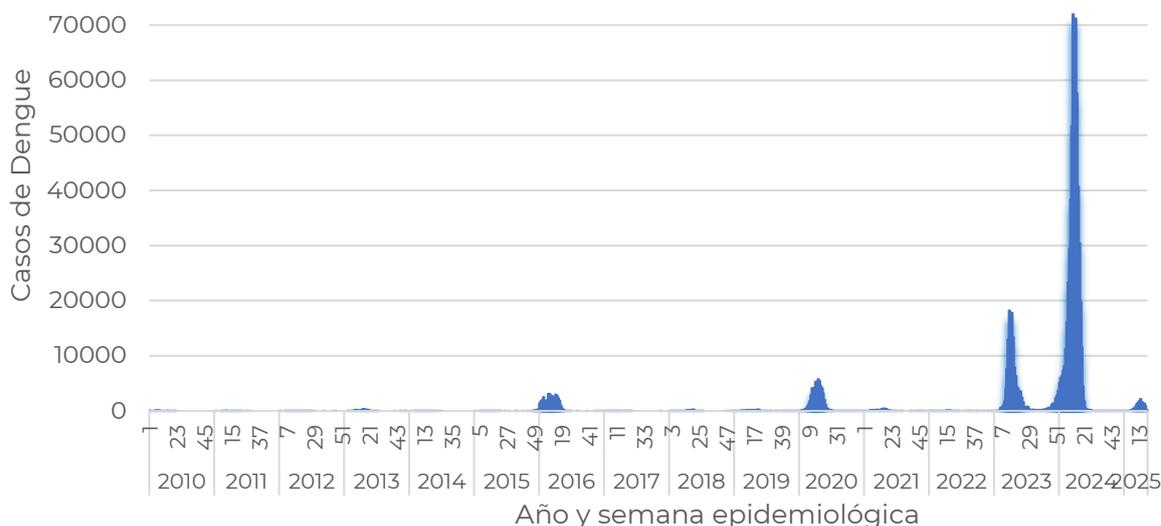
V.2. Situación de dengue en Argentina

V.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 1997, 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-SE19/2025. Argentina. N=860.436

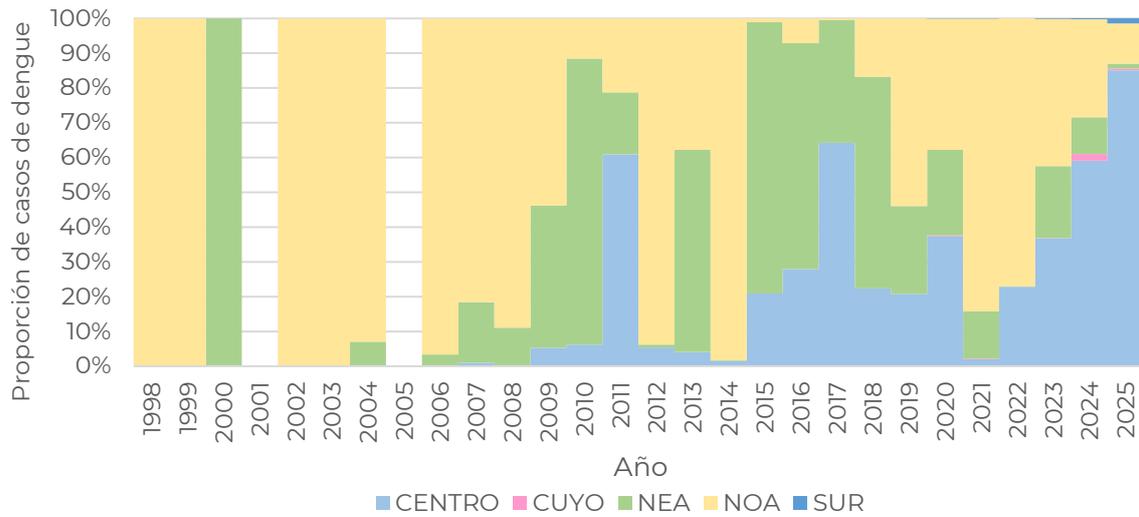


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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.

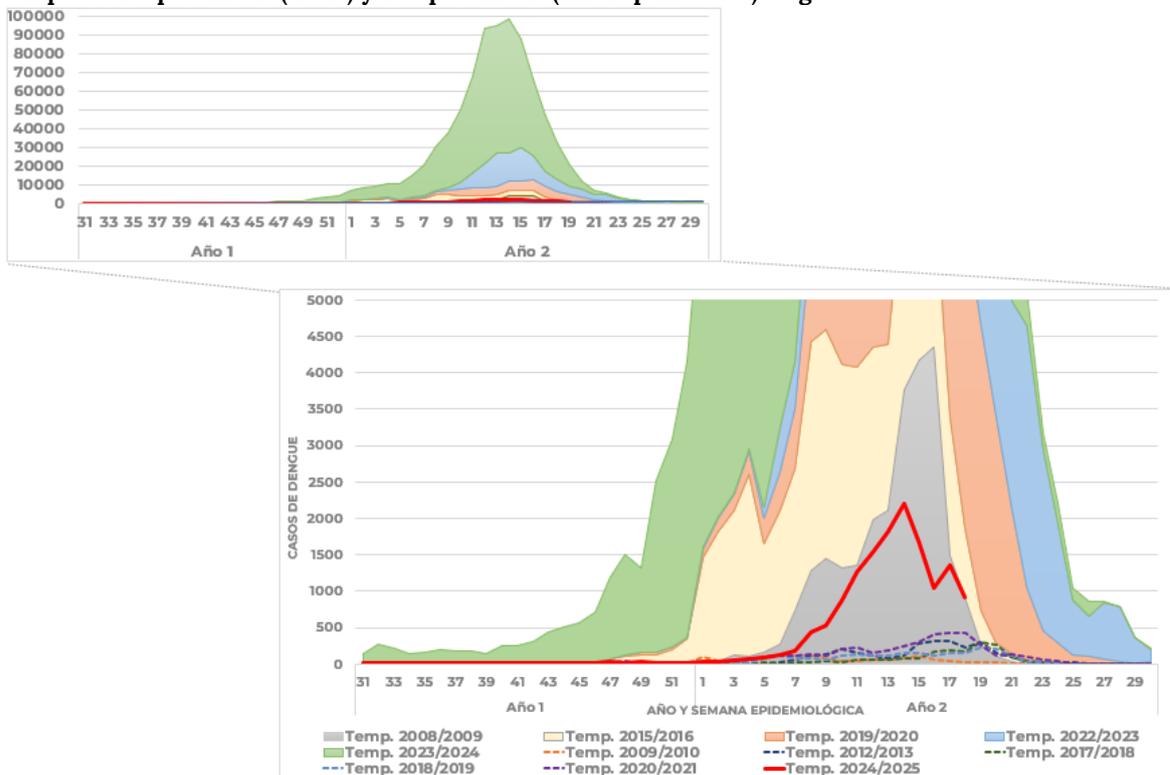
Gráfico 4. Dengue: distribución porcentual por región de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998-2025.



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 SE18/2025. 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.

V.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.

V.2.C. TEMPORADA ACTUAL

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE19/2025), se notificaron en Argentina 68583 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 7490 fueron confirmados por laboratorio y 7166 por nexo clínico epidemiológico, con un **total de 14.656 casos de dengue**¹⁵. Como se puede observar también en la Tabla 1, un total de 7283 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 138¹⁶ casos notificados con antecedente de

¹⁵ En esta edición, el total de casos de dengue según criterio clínico-epidemiológico es inferior al reportado en la edición anterior (BEN SE18/N°755), debido a reclasificación de casos por parte de la jurisdicción Santa Fe.

¹⁶ 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.

vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas¹⁷.. Se confirmaron 207 casos con antecedente de viaje a Brasil, China, Colombia, Cuba, México, Venezuela, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Republica Dominicana.

Durante la SE19/2025 (según fecha de notificación al SNVS¹⁹), se notificaron 2541 casos sospechosos²⁰ de los cuales 306 se confirmaron y 173 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 31 casos cada 100.000 habitantes²¹. En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada fue la de la región Centro con 41 casos cada 100.000 habitantes, seguida por NOA con 28, NEA con 10, Sur con 7 y Cuyo con 2. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 84% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las Regiones NOA con el 11%, 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 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 SE19 es 757.
- 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.

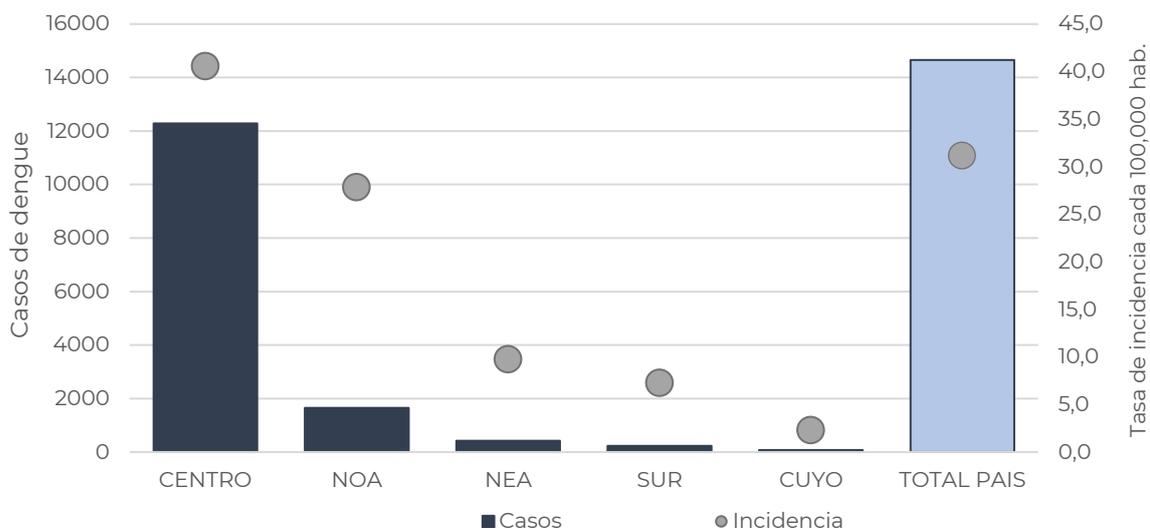
¹⁷ En los casos que cuentan con antecedente de vacunación reciente, un resultado positivo por métodos confirmatorios puede deberse a una transmisión vectorial (infección aguda) o infección por virus salvaje o vacunal. Por lo tanto, aquellos casos vacunados de menos de 30 días se deberán considerar como sospechosos a los efectos de la vigilancia epidemiológica, y por lo tanto desencadenar las medidas de prevención y control pertinentes, pero no se recomienda realizar en ellos pruebas para el estudio etiológico, excepto en casos graves y fatales. Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus. Dirección de Epidemiología. Noviembre 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

¹⁸ En esta edición, el total de casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue es inferior al reportado en la edición anterior (BEN SE18/N°755), debido a reclasificación de casos por parte de las jurisdicciones.

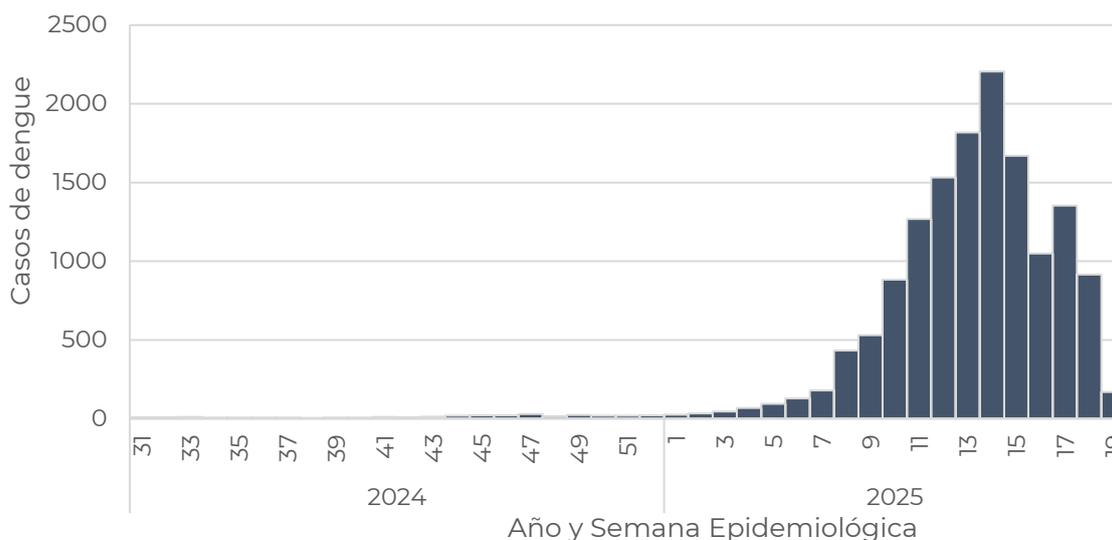
¹⁹ Fecha de apertura

²⁰ Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

²¹ Para el cálculo de la incidencia, se utiliza como referencia la población proyectada para 2024, basada en el Censo de 2010.

Gráfico 6. Dengue: Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab. según Región. SE31/2024 a SE19/2025. 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 de dengue²² por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE19/2025. 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)

V.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.

²²Incluye casos de dengue 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 SE19/2025. 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	408	505	23	13	0	431	5256	1097	7302
CABA	133	127	17	2	0	150	2102	731	3112
Córdoba	2297	1166	8	3	953	3258	8288	1036	13751
Entre Ríos	100	106	8	8	6	114	794	9	1031
Santa Fe	2552	496	99	10	5675	8326	3232	1346	13410
Total Centro	5490	2400	155	36	6634	12279	19672	4219	38606
Mendoza	11	36	5	2	0	16	1652	97	1803
San Juan	1	3	1	1	0	2	347	9	362
San Luis	53	19	7	3	0	60	269	32	383
Total Cuyo	65	58	13	6	0	78	2268	138	2548
Chaco	6	204	1	0	0	7	2342	107	2660
Corrientes	52	31	1	0	0	53	452	82	618
Formosa	359	4	0	0	0	359	5796	57	6216
Misiones	3	19	1	4	0	4	1136	3	1166
Total NEA	420	258	3	4	0	423	9726	249	10660
Catamarca	7	10	7	6	1	15	853	3	887
Jujuy	0	0	0	0	0	0	1075	10	1085
La Rioja	102	47	0	0	0	102	1259	8	1416
Salta	17	54	6	12	2	25	2092	92	2275
Santiago del Estero	0	37	2	2	0	2	1029	296	1366
Tucumán	1016	374	0	1	491	1507	6165	638	8685
Total NOA	1142	522	15	21	494	1651	12473	1047	15714
Chubut	0	0	7	3	0	7	29	2	41
La Pampa	166	33	9	2	38	213	580	59	887
Neuquén	0	1	4	1	0	4	38	5	49
Río Negro	0	0	0	1	0	0	3	0	4
Santa Cruz	0	0	1	1	0	1	49	5	56
Tierra del Fuego	0	0	0	2	0	0	13	2	17
Total Sur	166	34	21	10	38	225	712	73	1054
Total País	7283	3272	207	77	7166	14656	44851	5726	68582

*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.

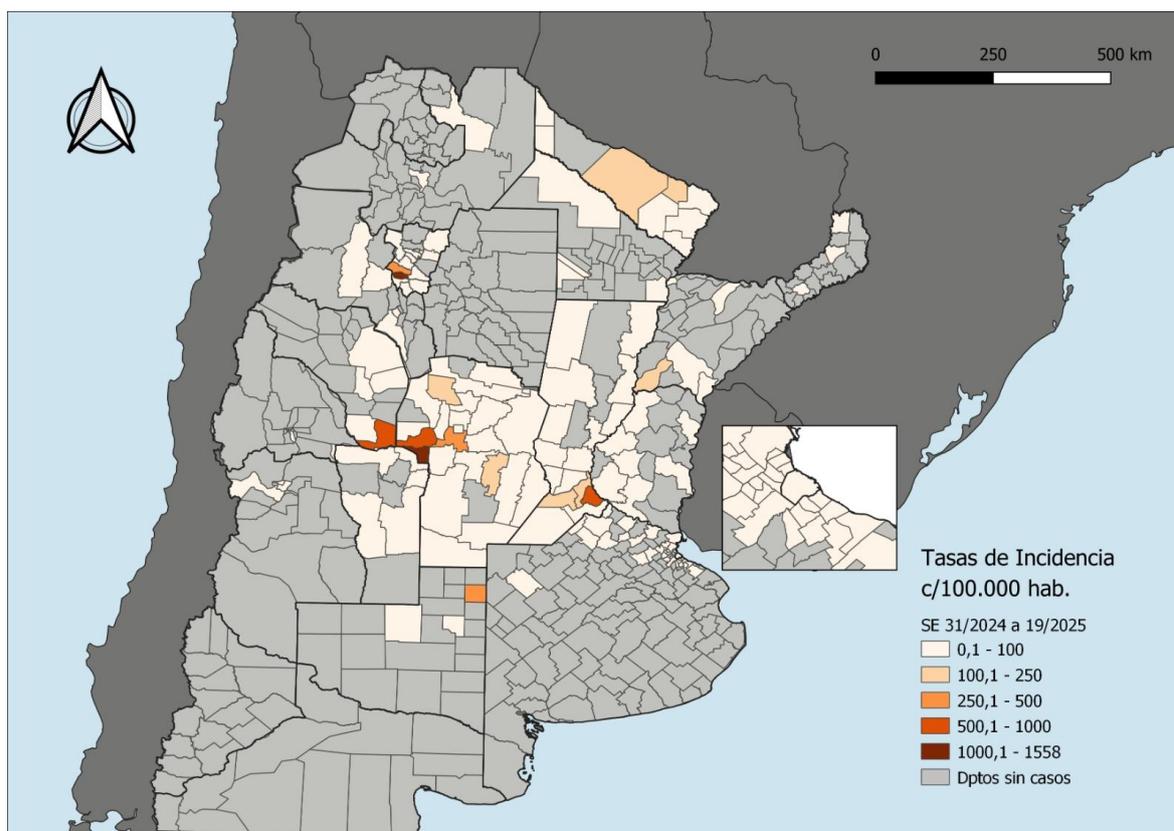
Tabla 2. Dengue: Cambios de Fase según Indicadores Epidemiológicos por Semana Epidemiológica, en Jurisdicciones a Nivel Departamental. Temporada 2024/2025. SE31 a SE19/2025. Argentina.

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		
	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 19/2025. 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).

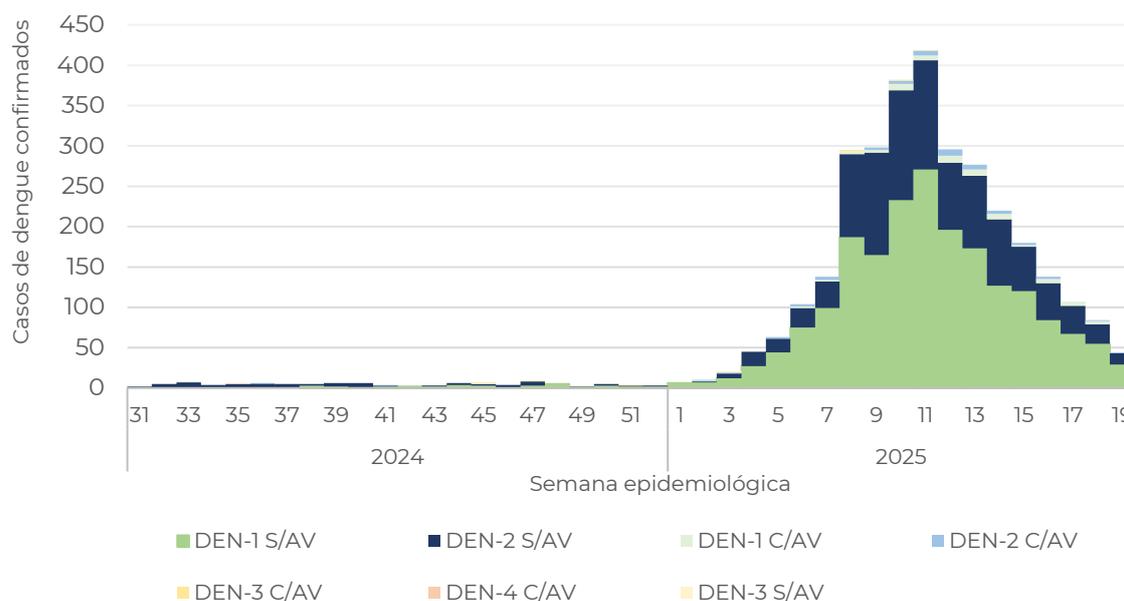
V.2.E. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

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 35%, 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.

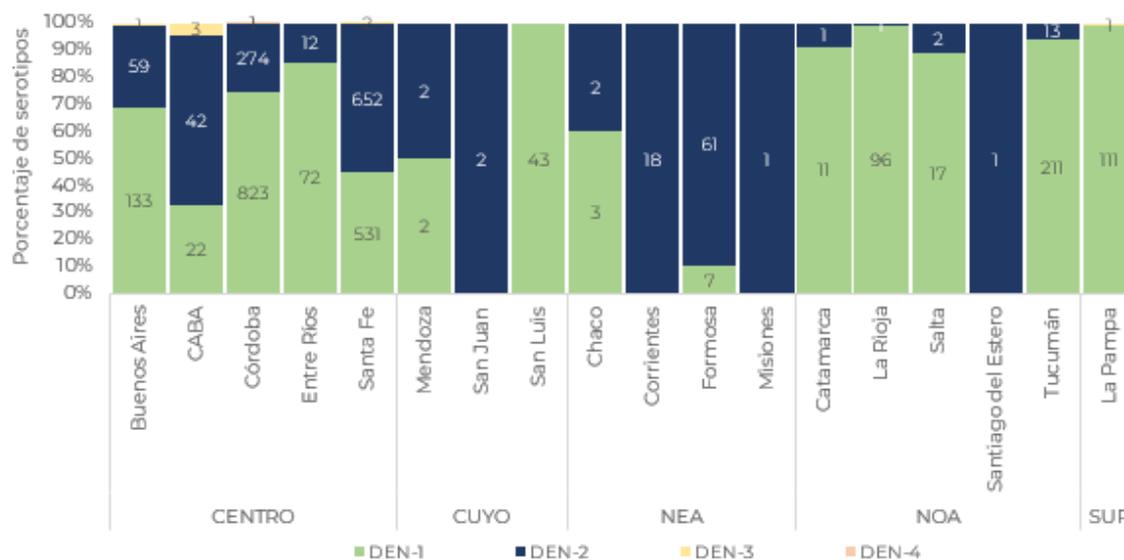
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país (México, Venezuela, Brasil, Tailandia y Cuba).

Gráfico 7. Dengue: número de casos según serotipo y antecedente de viaje por semana epidemiológica. SE31/2024 a SE19/2025. 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=3234) según provincia. SE31/2024 a SE19/2025. 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).

V.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 350 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de los cuales, 97 casos ha sido confirmados, 8 casos probables, 210 cuentan con laboratorio negativo y 35 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 60 casos confirmados, 55 corresponden a la Ciudad de Rosario. En 24 de ellos, se detectó el serotipo DEN-2.

En la provincia de Córdoba se han registrado 30 casos confirmados, 10 con residencia en el departamento San Javier (DEN-1), 2 pertenecientes al departamento Colón (DEN-2), 7 correspondiente a Capital (DEN-1), dos casos en General San Martín (DEN-1), un caso en Santa María (DEN-2), 3 casos correspondientes a San Alberto, dos casos pertenecientes a Marcos Juárez (DEN-1) y 3 casos de Villa Dolores (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.

V.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 externos²³, 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”²⁴ y la “Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus”²⁵

Entre la SE 31/2024 y la SE 19/2025 se notificaron 30 casos de dengue grave de los cuales 7 fallecieron. Las jurisdicciones que reportaron casos fueron: Buenos Aires (San Martín, Lanús,

²³ 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.

²⁴ Disponible en: [circular_de_vigilancia_dengue_mortalidad_-_junio_2024.pdf](#)

²⁵ Disponible en: [guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf](#)

Moreno, Merlo), CABA (Comuna 11 y 12), Córdoba (Capital, Ischilín, San Alberto y Santa María), La Rioja (Capital), Mendoza (Las Heras), y Santa Fe (Rosario y Caseros). Se registró en el SNVS 2.0 la recuperación con alta médica en 15 casos con criterio de gravedad. A partir de la implementación de los Comités jurisdiccionales de Vigilancia de Gravedad y Mortalidad por Dengue, el total de casos clasificados como graves o fatales puede estar sujeto a modificaciones, en función de la revisión y dictamen final emitido por dichos comités. Esto aplica en aquellos casos en que la autoridad jurisdiccional determine que el evento no presenta una asociación causal con el caso grave o fallecido reportado.

Con respecto a los casos fatales, desde la SE 31/2024 a la SE 19/2025 se han registrado 12 fallecimientos de los cuales:

- **Se notificaron siete casos fatales vinculados al evento.** Cuatro de los casos correspondieron a residentes del departamento Rosario y uno al departamento San Lorenzo, ambos pertenecientes a la provincia de Santa Fe. Los otros dos casos correspondieron a un residente de CABA y a un residente de la provincia de Córdoba. Los fallecimientos ocurrieron entre las semanas epidemiológicas 13 y 16. Cuatro de los casos correspondieron a personas adultas mayores, con edades comprendidas entre 68 y 75 años. Los tres restantes tenían 14 meses, 25 años y 57 años de edad, respectivamente. Excepto el caso de 25 años, quien no presentaba antecedentes patológicos relevantes, el resto de los fallecidos tenía comorbilidades o condiciones clínicas preexistentes que contribuyeron al desarrollo de complicaciones asociadas a la infección por virus dengue, las cuales derivaron en un desenlace fatal.
- En **cinco** 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)²⁶ y San Luis (Junín)

V.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 Brasil²⁷ 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 GIS²⁸ (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),

²⁶ 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

²⁷ 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>

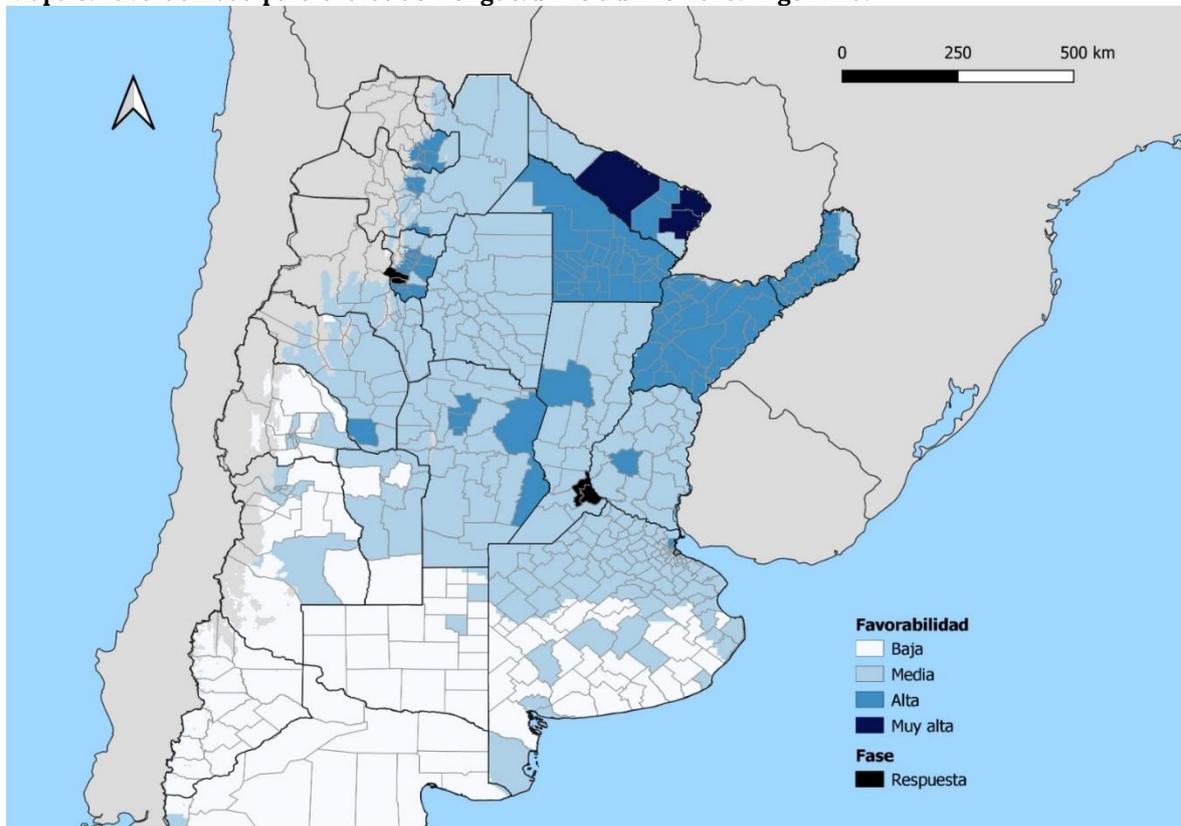
²⁸ Versión de QGIS 3.24.1-Tisler

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 departamento (preparación, alerta temprana, respuesta a epidemia, recuperación), según el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante epidemias de dengue y otras arbovirosis²⁹.

De acuerdo con la sumatoria de estas variables, al cierre de la SE 19/2025, los departamentos de Patiño, Capital y Pilcomayo (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 19 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)

²⁹ Disponible en

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

V.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 SE19/2025).

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 **2388** casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para Otros arbovirus. SE31/2024 a SE19/2025. Argentina.

Evento Jurisdicción	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	170	0	67	0	123	3	38	2	10
CABA	0	9	0	3	0	1	0	3	0	3
Córdoba	0	205	0	71	0	150	6	297	0	0
Entre Ríos	11	159	0	1	0	25	4	35	0	1
Santa Fe	0	1469	0	92	0	120	0	13	0	20
Total Centro	11	2012	0	234	0	419	13	386	2	34
Mendoza	0	336	0	89	0	68	0	2	0	0
San Juan	0	1	0	2	0	2	0	2	0	1
San Luis	0	0	0	2	0	5	0	8	0	0
Total Cuyo	0	337	0	93	0	75	0	12	0	1
Chaco	17	812	0	404	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	923	0	457	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	504	0	273	0	172	0	0	0	1
Santiago del Estero	0	42	0	23	0	8	0	3	0	4
Tucumán	1	13	0	14	0	178	0	0	0	1
Total NOA	1	728	0	454	0	365	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	29	4000	0	1238	0	1007	13	408	2	144

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.

V.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 Epidemiológica³⁰. 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 SE19/2025 se han estudiado 144 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.

³⁰ 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>

V.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.

V.4.A. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR SENSORES DE OVIPOSICIÓN

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

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

V.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. Luego de aumento registrado durante la SE 18, en la SE19 se detectó 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. Durante la actual SE, se evidencia un crecimiento en el IDH, basado principalmente en los datos de la región

Gráfico 1. Evolución del IPO (línea azul) y el IDH (barras grises) en Argentina, SE 31 (2024)- SE 19 (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 tres semanas, se aprecia una tendencia descendente y la región presenta actualmente niveles asociados a riesgo entomológico bajo.

Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 19 (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%, situación que se mantuvo durante las SE subsiguientes hasta la actualidad. Cabe destacar que los datos de la SE19 a una única jurisdicción, con lo cual la carga retrospectiva modificará el valor actual.

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 19 (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 las últimas dos semanas 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 19 (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.

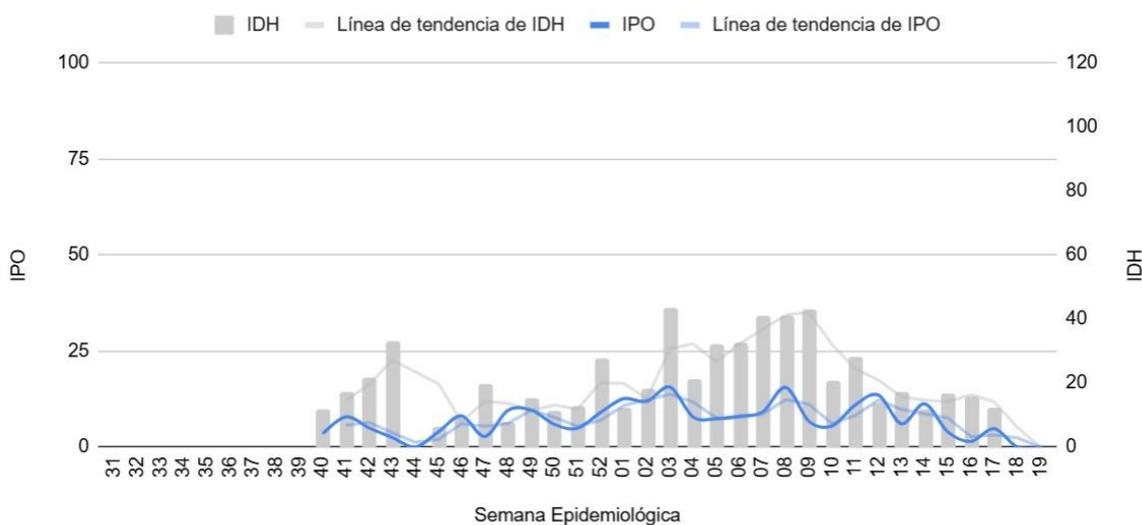
Gráfico 5. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 10 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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 que culminó con una negativización sostenida de los sensores desde la SE 18 hasta la actualidad (Gráfico 6).

Gráfico 6. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barra grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 19 (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.

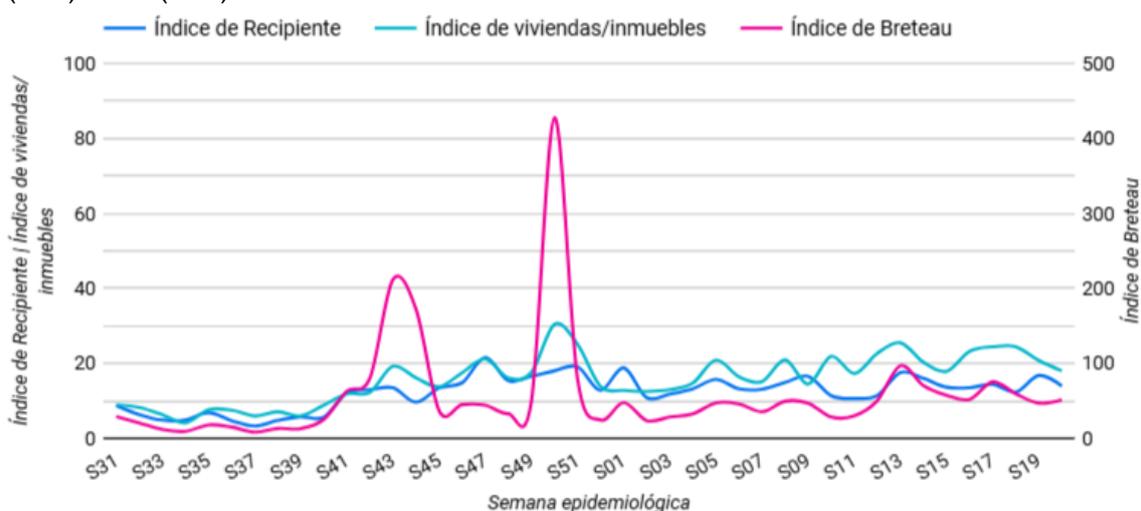
V.4.C. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR ÍNDICES LARVARIOS

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

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

- **Índice de vivienda:**(viviendas positivas para *Aedes aegypti* / total de viviendas inspeccionadas) * 100.
(IV<4 Riesgo bajo, 4<IV<35 Riesgo moderado, IV>35 Riesgo alto)
- **Índice de recipiente:**(recipientes positivos para *Aedes aegypti* / total de recipientes) * 100
(IR<3 Riesgo bajo, 3<IR<20 Riesgo moderado, IR>20 Riesgo alto)
- **Índice de Breteau:**(recipientes positivos para *Aedes aegypti* / total viviendas inspeccionadas) *100
(IB<5 Riesgo bajo, 5<IB<50 Riesgo moderado, IB>50 Riesgo alto)

Gráfico 7. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en Argentina SE 31 (2024)- SE 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 la SE20, se registró un descenso en el IV y el IR y un leve aumento del IB aunque aún resta completar la carga de datos retrospectiva. De acuerdo a 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 observan pocas variaciones en los índices relevados para las regiones de NOA y NEA (Tabla 1), manteniendo la tendencia previa. 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 SE20 2025. Argentina.

Región	Índice de Vivienda	Índice de Recipiente	Índice de Breteau
NEA	20,97	15,92	53,44
NOA	10,33	6,02	60,15

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

VI.1. Nota Metodológica

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

En relación con el parámetro temporal, la fecha de corte del análisis corresponde a la semana de elaboración del BEN para los eventos de notificación nominal y una semana previa para aquellos de notificación agrupada.

VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios³¹

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

³¹ 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>

semanas. SARS-CoV-2 luego de mantener una alta detección en ETI e IRAG disminuye en las últimas semanas.

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.

VI.3. Síntesis de la información nacional destacada

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

- Entre la semana epidemiológica 1 y 18 de 2025 se notificaron 255.151 casos de ETI, 37.787 casos de Neumonía y 22.370 casos de Bronquiolititis en menores de dos años, representando un descenso de las notificaciones de ETI del 10,6%, de neumonías del 1,2% y de bronquiolititis 19,2 %, respecto al mismo período del 2024. Las notificaciones de ETI y neumonía presentan tendencia ascendente desde SE11, ubicándose en SE12 en niveles de brote.

VI.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 tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad, con predominio de influenza A/H1N1. En este sentido, en la última semana (SE19/2025), la positividad en UMA para virus influenza alcanza el 32,76%.
- Para VSR, las detecciones permanecen bajas, sin casos positivos entre las 83 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 18 y 19).
- 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 SE19/2025 se registraron 2 casos positivos para SARS COV 2 entre las 97 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE19 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 1656 internaciones con diagnóstico de IRAG y 666 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 442 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 1

codetección de influenza y SARS-CoV-2, 116 detecciones de influenza, 4 casos de SARS-CoV-2 y 11 casos de VSR.³²

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

- En las primeras 18 semanas de 2025 se verifica circulación de influenza, VSR y otros virus respiratorios. Desde la SE11 se observa un ascenso sostenido en el número de casos de Influenza, con predominio de Influenza A (H1N1). Si bien las detecciones se mantienen en niveles bajos en relación al máximo alcanzado en 2024, en las últimas 2SE (17 y 18) se registraron 950 detecciones de influenza.
- Además, con respecto a VSR, se registra un aumento en el número de casos desde la SE12, con 215 detecciones en las últimas 2 SE (17 y 18).
- 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 18 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, con un promedio de 70 casos semanales en las últimas 4 semanas.
- Durante la SE18/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, VSR, SARS-CoV-2, adenovirus, parainfluenza y metapneumovirus.

VI.3.D. 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 243 detecciones en las últimas 2SE (18 y 19). En el año 2025 se registraron 19 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 18 y 19 se registraron 55 personas con este diagnóstico.
- Asimismo, en cuanto a los casos de COVID-19, las detecciones de SARS-CoV-2 en personas internadas permanecen en valores bajos. En la SE 19/2025 se registraron 19 casos positivos con este diagnóstico y 1 caso fallecido.

VI.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

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

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios (UMA) son dispositivos de vigilancia centinela que permiten el monitoreo de la circulación de SARS-CoV-2, Influenza y VSR en casos leves ambulatorios. El objetivo de las UMA es describir la tendencia de las consultas ambulatorias por casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), así como la proporción

³² 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>

atribuible a SARS-CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año en las 24 jurisdicciones del país.³³

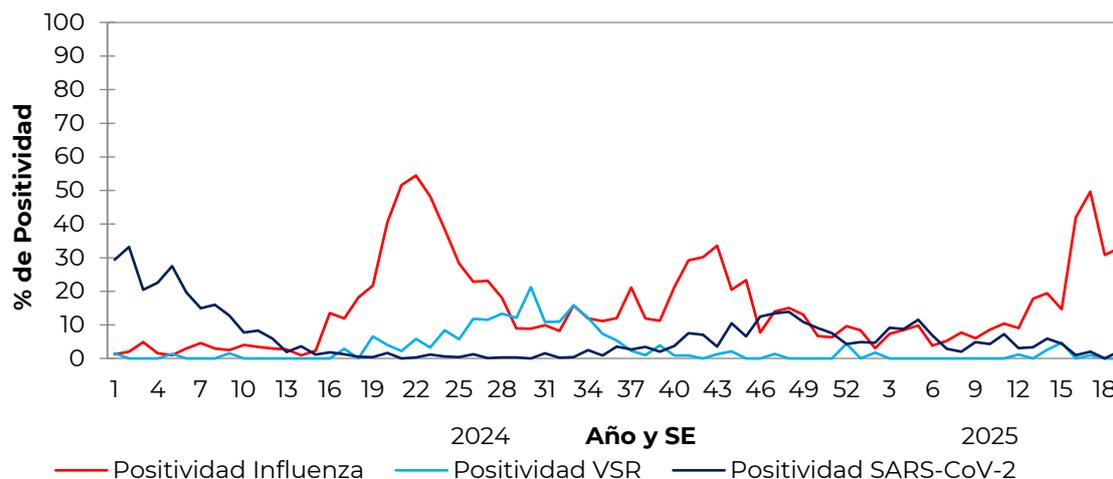
Definición de caso Enfermedad Tipo Influenza (ETI): infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días.

Durante el año 2024, el porcentaje de positividad para **SARS-CoV-2**, se mantuvo por encima del 10% entre las SE1 a 9, relacionado con el ascenso de casos registrado entre las SE1 y 12. Luego del máximo alcanzado en SE2 (33,19%), el porcentaje de positividad presentó tendencia descendente y se mantuvo en valores bajos las siguientes semanas. A partir de la SE34/2024, se registró un ligero aumento de casos, que se acompañó de un nuevo ascenso en el porcentaje de positividad, alcanzando, con oscilaciones, valores por encima del 10% entre las SE44 y 49. En las primeras 19 semanas de 2025 en establecimientos UMA, se analizaron 1.808 muestras para SARS-CoV-2, de las que 81 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,48%. Además, en la última semana analizada, SE 19 del año 2025, se registraron 2 casos confirmados de SARS-COV-2 entre las 97 muestras estudiadas por PCR.

En relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16 de 2024, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 (ver gráfico 2). Posteriormente, si bien registró un descenso, permaneció en valores elevados, con oscilaciones, asociados a la circulación de influenza B, alcanzando una positividad máxima de 33,55% en SE43. En las primeras 19 semanas de 2025, se registraron 263 detecciones entre 1.447 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 18,18%. En las últimas semanas, a partir de la SE11, se verifica tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad. En las SE18 y 19/2025 se notificaron 39 casos de influenza entre las 123 muestras estudiadas en UMA.

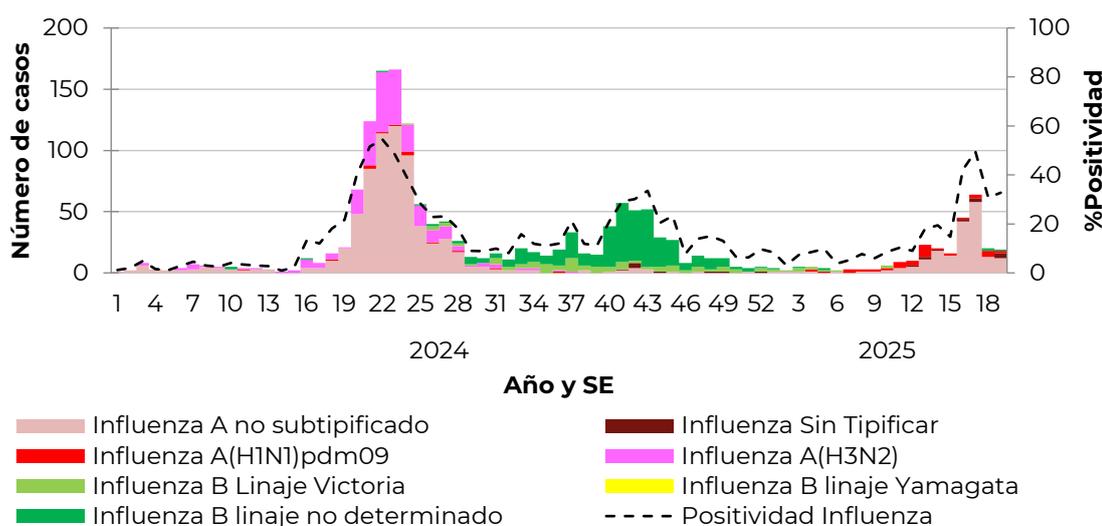
En cuanto a **VSR**, se verifica un ascenso de las detecciones a partir de la SE19 de 2024, con aproximadamente el 73% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. En relación a este ascenso de casos, la positividad en UMA permaneció por encima del 10% entre las SE 26 Y 34. Entre las SE1 y 19 de 2025, de las 1.147 muestras estudiadas, 9 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 0,78%. No se notificaron casos de VSR entre las 83 muestras estudiadas en las dos últimas semanas analizadas (SE18 y 19).

³³ Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevenccion_y_control_ira-2024.pdf

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE19/2025

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 SNVS^{2.0}.

Aun cuando desde el inicio de 2024 se registraron casos de influenza durante todas las semanas del año, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24. Como se mencionó previamente, este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. En las primeras 19 SE de 2025 se detectan predominantemente casos de influenza A (n= 231), con un menor número de detecciones de influenza B (n=19). Entre los casos de influenza A, 45 detecciones corresponden a influenza A (H1N1), el resto permanece sin subtipificar. Además, se detectó el linaje Victoria en 12 de los casos de influenza B (las detecciones restantes permanecen sin identificación de linaje). Además, se registran 13 casos de influenza que permanecen sin tipificar.

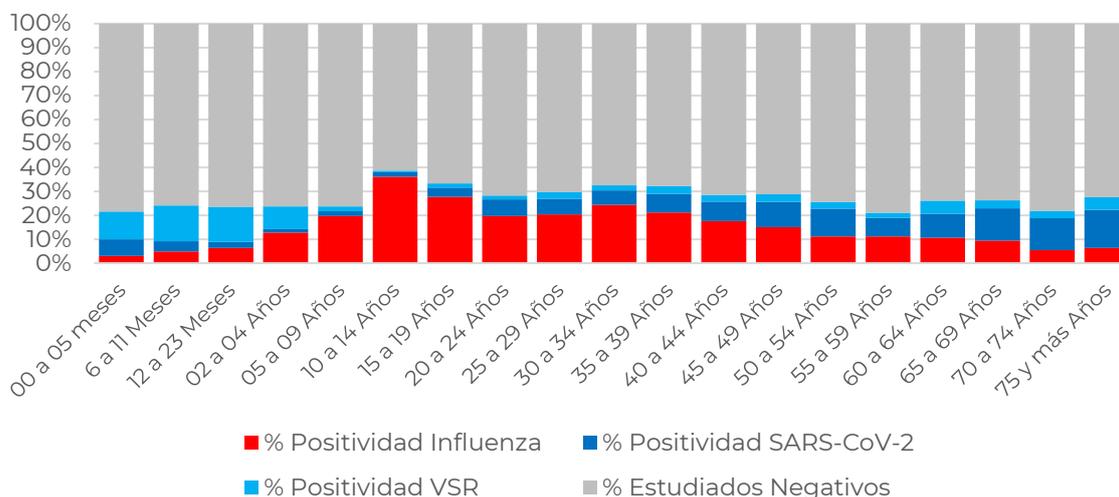
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE19/2025. Estrategia UMA. Argentina.

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

En relación a la distribución por grupos de edad, si bien los casos de influenza acumulados desde inicio de 2024 en UMA corresponden a todos los grupos, los mayores porcentajes de

positividad se observan en adolescentes y adultos jóvenes, seguidos de niños mayores de 5 años y adultos de edad media (grupos de 5 a 39 años). En cuanto a SARS-CoV-2, la positividad fue mayor para adultos y adultos mayores. En relación a los casos de VSR, los grupos de edad con mayor positividad fueron 0 a 4 años y adultos mayores.

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE19/2025. Estrategia UMA. Argentina³⁴.



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}

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

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 40 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país.³⁵

Definiciones de caso Vigentes:

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

- Fiebre referida o constatada $\geq 38^{\circ}\text{C}$; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico³⁶.

³⁴ Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de ETI en UMA.

³⁵ Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guía Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

³⁶ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentran contemplados en la definición de caso.

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

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico³⁷.

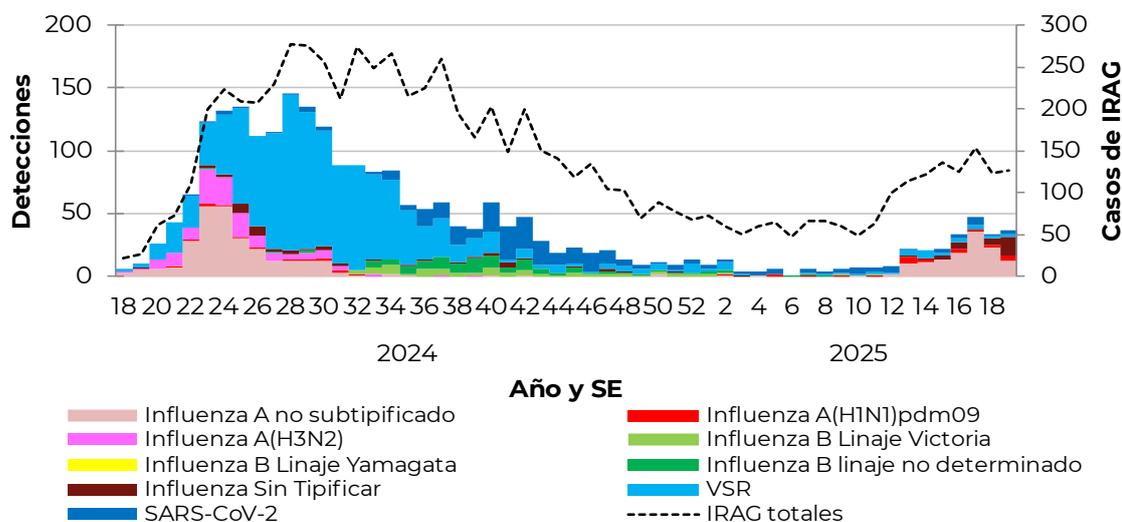
En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia³⁸ y shock³⁹ y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE1 de 2025 y la SE17 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 1429 internaciones con diagnóstico de IRAG y 586 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG⁴⁰.

La curva de casos de IRAG presentó tendencia ascendente entre las SE 18 y 28 de 2024, asociada al aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 y, posteriormente, al ascenso de casos de VSR, permaneciendo por encima de los 200 casos semanales de IRAG entre las SE24 y 37. En las primeras 19 SE de 2025, las IRAG permanecen en valores bajos en relación al máximo alcanzado durante 2024, aunque experimentaron un aumento desde la SE 12. Desde la SE 12 a la 19 se registran en promedio 125 casos semanales.

Gráfico 4: Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a 19/2025



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 SNVS^{2,0}

³⁷ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

³⁸ La fiebre se define como una temperatura $\geq 37,5$ C. La hipotermia se define como una temperatura

³⁹ El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.

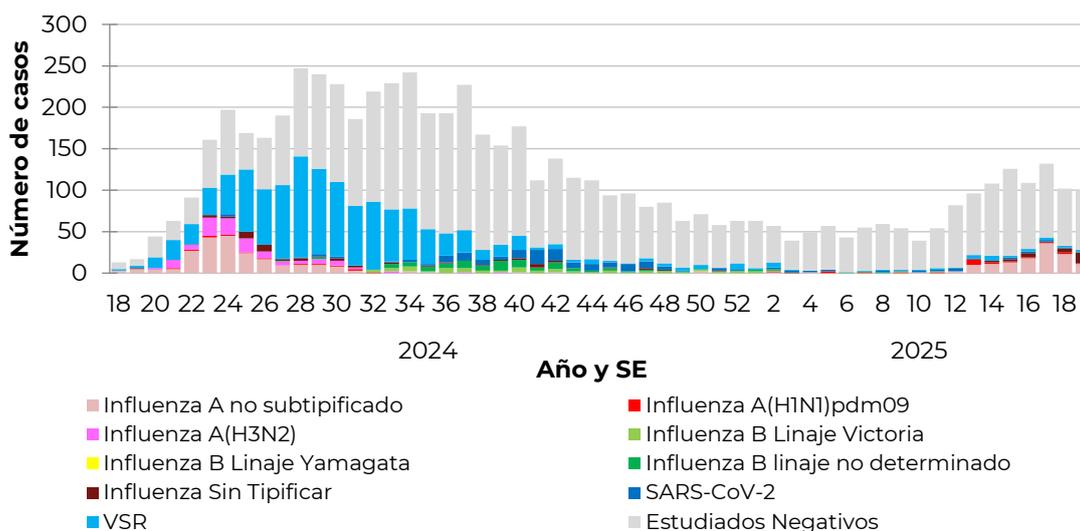
⁴⁰ Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

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

Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todo el periodo, entre la SE18 y la SE31 se observó un ascenso de detecciones influenza A/H3N2, que alcanzó sus valores máximos entre SE 23 y 24. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de SE32 un cambio en el tipo predominante, con un aumento de casos de influenza B/linaje Victoria, con el mayor número de casos detectados entre las SE 33 y 42. En las primeras 19 SE de 2025, se registran casos predominantemente de influenza A (n= 155), con un menor número de detecciones de influenza B (n=12). En relación a los casos de Influenza A, se registraron 26 detecciones de H1N1 (el resto permanece sin subtipificar) y, entre los casos de influenza B, se registraron 5 detecciones del linaje Victoria.

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

Gráfico 5: Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR de acuerdo al resultado, por SE. SE18/2024 a 19/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina ⁴¹.



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

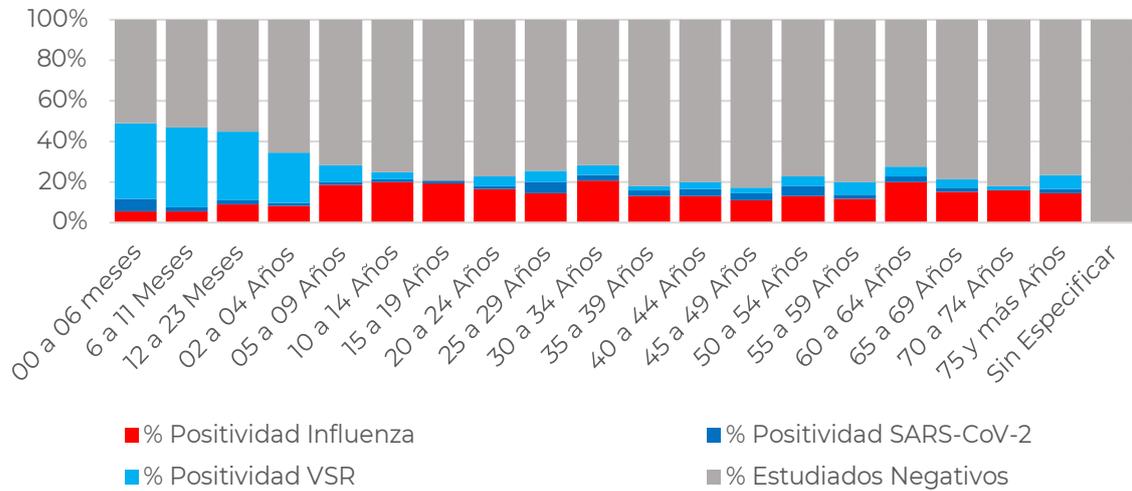
En las últimas 4 semanas, entre 442 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 1 codetección de influenza y SARS-CoV-2, 116 detecciones de influenza, 4 casos de SARS-CoV-2 y 11 casos de VSR. Los restantes 310 casos resultaron negativos para estos agentes etiológicos.

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

⁴¹ Solo se incluyen en el gráfico los casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

adultos y niños menores de 2 años. En relación a las IRAG por VSR, los porcentajes de positividad más elevados se registran en menores de 1 año, 1 año y 2 a 4 años.

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a 19/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina⁴².



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}

⁴² Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de de IRAG.

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS

VII. Enteroparásitos – Informe epidemiológico

VII.1. Introducción

Los enteroparásitos representan un grupo diverso de organismos que colonizan el tracto gastrointestinal humano, causando una amplia variedad de patologías parasitarias. Estos incluyen protozoarios y helmintos. Poseen una distribución mundial, pero su prevalencia es mayor en zonas tropicales y subtropicales donde las condiciones de higiene y saneamiento son inadecuadas. Factores como la pobreza, la falta de acceso a agua potable y el consumo de alimentos contaminados favorecen la propagación de estos parásitos. Los niños menores de 5 años y las personas con sistemas inmunológicos debilitados son especialmente vulnerables.

Los síntomas más comunes de las infecciones enteroparasitarias, incluyen dolor abdominal, diarrea o estreñimiento, náuseas y vómitos, pérdida de peso, anemia, retraso en el crecimiento en niños y prurito anal.

A pesar de los avances en diagnóstico y tratamiento, las infecciones enteroparasitarias siguen siendo un desafío significativo para la salud pública global, especialmente en comunidades con deficiencias en la infraestructura sanitaria. Estas infecciones pueden afectar el desarrollo físico e intelectual de los niños, reducir la productividad laboral en adultos y aumentar la carga económica de los sistemas de salud debido a la necesidad de tratamientos repetidos y complicaciones asociadas.

Los enteroparásitos se pueden clasificar en dos grandes grupos:

1. **Protozoarios:** Organismos unicelulares que incluyen:
 - *Entamoeba histolytica* (causante de amebiasis)
 - *Giardia lamblia* (giardiasis)
 - *Cryptosporidium* spp. (criptosporidiosis)
2. **Helmintos:** Gusanos parasitarios que se dividen en:
 - **Nematodos (gusanos redondos):** incluyen: *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Enterobius vermicularis*, uncinarias.
 - **Cestodos (gusanos planos):** incluyen, *Taenia solium*, *Taenia saginata*, *Hymenolepis nana*.
 - **Trematodos (duelas):** incluyen, *Fasciola hepatica*, *Schistosoma* spp.

Se transmiten de diversas maneras, dependiendo del tipo de parásito:

- **Fecal-oral:** Ingestión de agua o alimentos contaminados con quistes o huevos parasitarios (Ej. *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*).
- **Contacto directo:** Transmisión por manos contaminadas o contacto con superficies infectadas (Ej. *Enterobius vermicularis*).
- **Penetración cutánea:** Larvas que ingresan a través de la piel, generalmente al caminar descalzo en suelos contaminados (Ej. uncinarias, *Strongyloides stercoralis*).
- **Vectores biológicos:** Algunos parásitos requieren un hospedador intermedio, como insectos o moluscos, para completar su ciclo de vida (Ej. *Schistosoma* spp.).

VII.1.A. NOTA METODOLÓGICA

Para la caracterización epidemiológica de los enteroparásitos, se analizaron los datos registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia (SNVS 2.0) en el período comprendido entre

2019 y 2024. En la notificación agrupada/numérica por laboratorio del evento Enteroparasitosis, se registran, por semana epidemiológica (SE), tanto el total de muestras estudiadas como el total de muestras positivas para cada evento incluido en el grupo. El método estándar de diagnóstico es el coproparasitológico, que permite detectar simultáneamente los eventos considerados en la vigilancia de enteroparásitos. Para calcular el total de muestras estudiadas, los datos fueron agrupados por establecimiento, año, SE y grupo de edad. Dentro de cada agrupamiento, se seleccionó el valor máximo de muestras estudiadas, el cual se utilizó para el cálculo del total. En este informe se denominó muestra positiva a cada detección registrada por género y/o especie de enteroparásito. No obstante, es importante tener en cuenta que en la práctica clínica una misma muestra puede ser poliparasitaria y resultar positiva para varios eventos simultáneamente.

En este análisis, los protozoarios incluidos en la vigilancia fueron clasificados en dos grupos: patógenos y comensales. Se consideró protozoarios patógenos a *Balantidium coli*, *Blastocystis*, *Dientamoeba fragilis*, *Entamoeba histolytica/dispar/moshkovski/bangladeshi*, *Entamoeba histolytica* por métodos moleculares, *Giardia duodenalis*, *Cystoisospora belli*, *Cryptosporidium* sp., *Cyclospora cayetanensis* y *Microsporidios*. Por otro lado, se clasificó como protozoarios comensales a *Chilomastix mesnili*, *Endolimax nana*, *Entamoeba coli*, *Entamoeba hartmanni* e *Iodamoeba buetschlii*.

El monitoreo de la notificación se realizó a partir del análisis de los establecimientos que notificaron al menos una muestra estudiada para enteroparásitos durante el periodo antes mencionado. La regularidad de la jurisdicción se calculó en base a la mediana de regularidad de los establecimientos de esa jurisdicción para el periodo correspondiente.

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 buetschlii*, 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***, *Hysterothlacium*, *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 - *Diphyllobothrium latum*
- Histórico - *Microsporidios*
- Histórico - *Cyclospora cayetanensis*
- Histórico - *Blastocystis hominis*

VII.2. Situación mundial y regional de enteroparásitos

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a nivel mundial, aproximadamente 1.500 millones de personas están infectadas por helmintos transmitidos por contacto con el suelo (geohelmintos), como *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, uncinarias y *Strongyloides stercoralis*, lo que las convierte en las infecciones más comunes en el mundo. Afectan principalmente a las poblaciones más pobres y vulnerables y son consideradas Enfermedades Infecciosas Desatendidas (EIDs) por la Organización Mundial de la Salud. Las regiones más afectadas incluyen África subsahariana, América Latina, el sudeste asiático y China (1)(2).

En América Latina y el Caribe, estudios epidemiológicos han mostrado prevalencias parasitarias que varían entre el 30% y el 53% en diferentes países de la región. La OMS ha enfatizado la necesidad de mapear la prevalencia de estas infecciones en la región para implementar estrategias de control efectivas. Las helmintiasis transmitidas por el contacto con el suelo están presentes en toda la región. Se estima que una de cada tres personas está infectada, y cerca de 46 millones de niños entre 1 y 14 años están en riesgo de infectarse por estos parásitos. Los países con mayor presencia de helmintiasis incluyen Brasil, Colombia, México, Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana (3)(4).

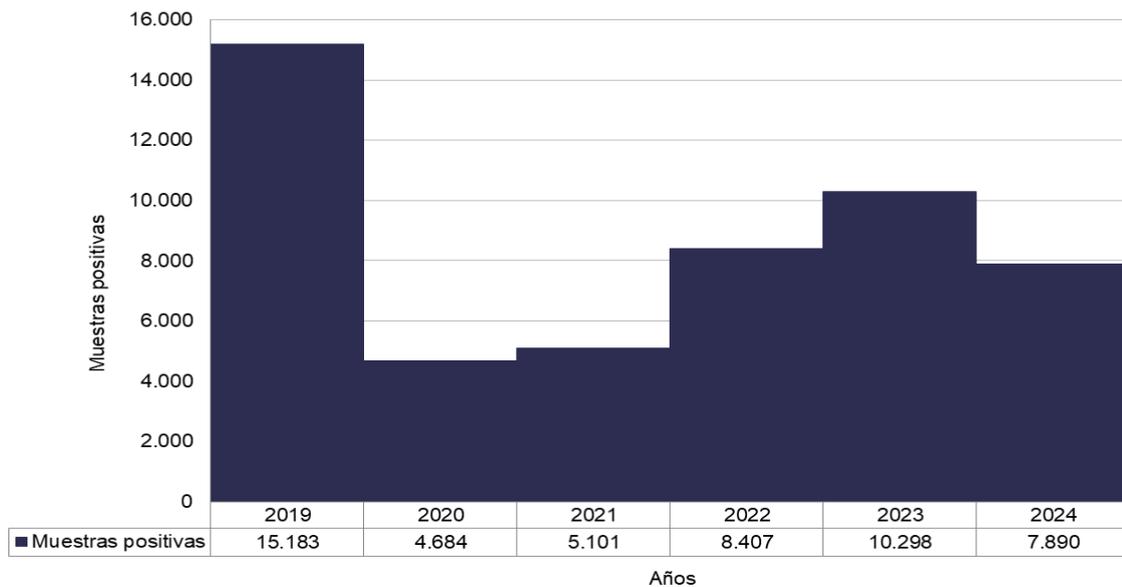
En Argentina, en 2020 se desarrolló un modelo de riesgo a partir de factores vinculados a la presencia de geohelmintos: condiciones socioeconómicas, características del suelo y factores ambientales. El estudio concluyó que la mitad de las provincias argentinas, específicamente las del centro y norte, tienen localidades con condiciones propicias para el desarrollo de estos parásitos. (5)

Los enteroparásitos siguen siendo una causa significativa de morbilidad en muchas partes del mundo. La prevención y el control de estas infecciones requieren mejoras en el acceso a agua potable, saneamiento adecuado, educación sobre hábitos higiénicos y desparasitaciones periódicas en poblaciones vulnerables. La investigación continua y las estrategias de salud pública son clave para reducir su impacto en la sociedad.

VII.3. Situación de enteroparásitos en Argentina

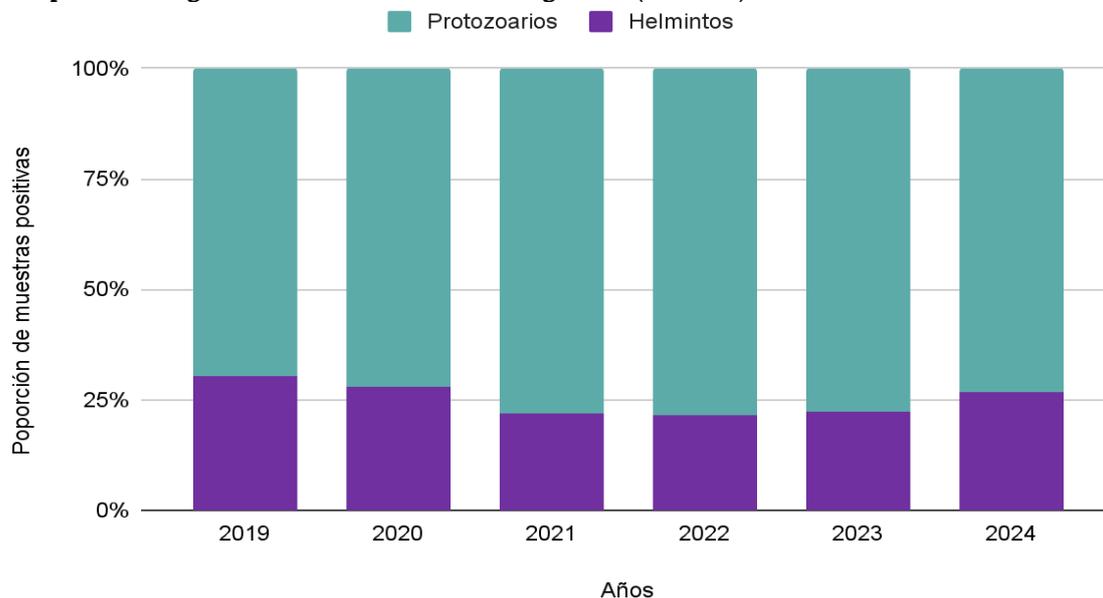
Durante el periodo 2019 a 2024 se estudiaron 137.819 muestras para enteroparásitos en Argentina en el SNVS 2.0, de las cuales 51.563 fueron positivas. La distribución de las mismas varió ampliamente a través de los años. En 2019 se registró el mayor número de muestras positivas, las cuales representaron el 29,4% (n=15.183) del total, seguida por un descenso abrupto de la notificación en los dos años subsiguientes⁴³, que representaron el 8,9% y 11,1% en cada año (n=4.684 en 2020 y n=5.101 en 2021). A partir de 2022 a 2024 las notificaciones realizadas variaron entre 7.890 a 10.298. La notificación de muestras estudiadas presentó un patrón similar al de las muestras positivas, con un máximo en 2019 (n=37.219) y un mínimo en 2020 (n=12.206). A partir de 2021, se observó un aumento progresivo en la cantidad de muestras notificadas, aunque sin alcanzar nuevamente los valores registrados en 2019 (Gráfico 1).

⁴³ Descenso que coincidió con el primer y segundo año de la pandemia por COVID-19 en Argentina, la que repercutió en la disminución de todos los eventos de notificación numérica semanal en el SNVS.

Gráfico 1. Enteroparásitos: número de muestras positivas según año. Periodo 2019-2024. Argentina (n= 51.563)

Fuente: Elaborado en base a los datos extraídos del SNVS 2.0.

De las muestras positivas de enteroparásitos, el 73,9% (n=38.080) resultaron positivas para Protozoarios y el 26,1% (n=13.483) para Helmintos. Esta tendencia se mantuvo durante todo el periodo analizado, donde la proporción de las muestras positivas para protozoarios osciló entre el 69,1% y 78,1%, del total de las muestras (Gráfico 2).

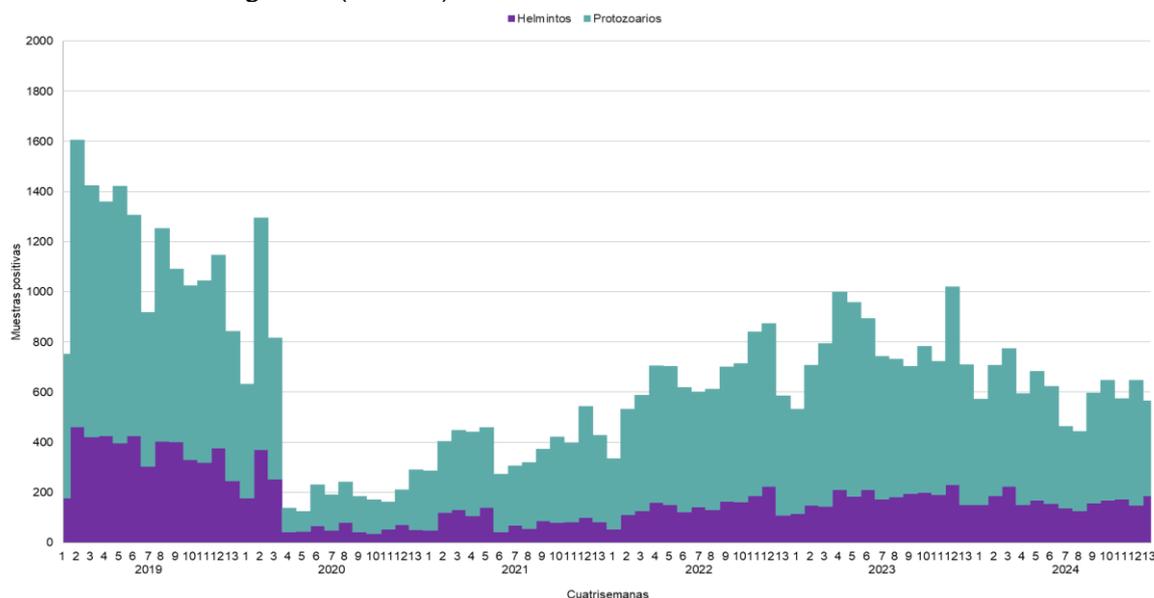
Gráfico 2. Distribución proporcional de protozoarios y helmintos entre las muestras positivas de Enteroparásitos según año. Periodo 2019-2024. Argentina (n=51.563)

Fuente: Elaborado en base a los datos extraídos del SNVS 2.0.

El promedio de notificación por cuatrisesmana fue de 1767 muestras estudiadas y 661 positivas. El valor máximo de muestras estudiadas y positivas se registró en la cuatrisesmana 2 de 2019, con 3.927 y 1.605 respectivamente; mientras que los valores mínimos se observaron en la cuatrisesmana 5 de 2020, con 358 muestras estudiadas y 124 positivas. Al analizar el período completo, no se observa una tendencia temporal clara del evento ni un patrón de estacionalidad definido.

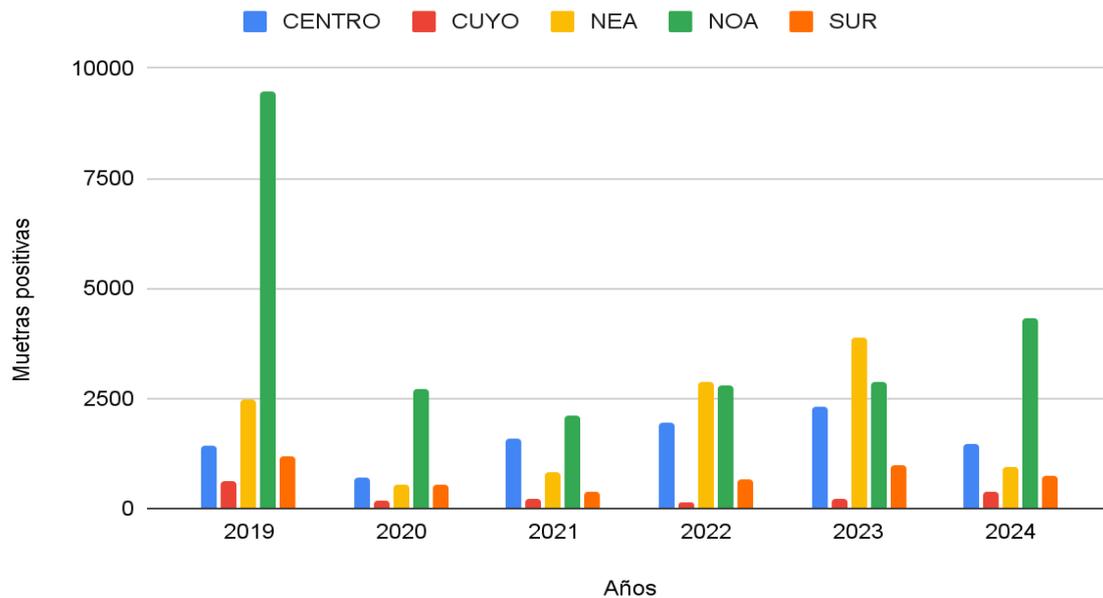
A partir de la cuatrisesmana 4 de 2020 se evidencia un descenso abrupto en la notificación de ambas variables, coincidiendo con la emergencia sanitaria por SARS-CoV-2. Posteriormente, desde la cuatrisesmana 1 de 2021, se observa una recuperación progresiva, aunque sin alcanzar los valores previos (Gráfico 3).

Gráfico 3. Muestras positivas de Enteroparásitos por cuatrisesmana epidemiológica y grupo parasitario. Periodo 2019-2024. Argentina (n=51.563)



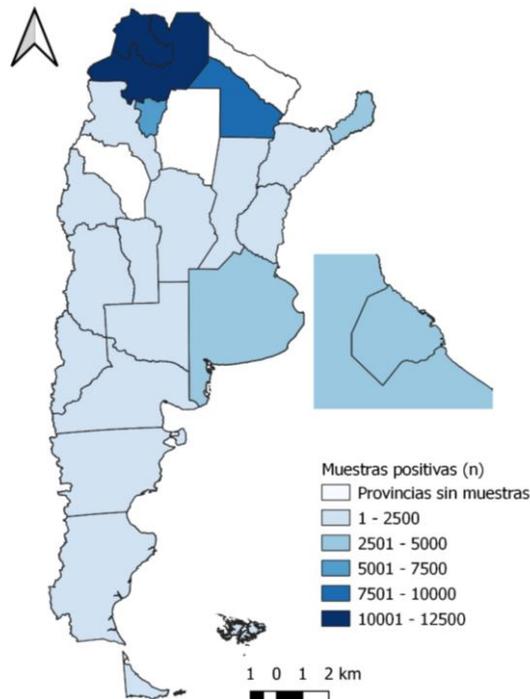
Fuente: Elaborado en base a los datos extraídos del SNVS 2.0.

A lo largo del período analizado, la región del Noroeste argentino (NOA) fue la que aportó la mayor cantidad de muestras positivas, concentrando el 47,2% (n=24.318). En 2019, superó ampliamente la notificación de las demás regiones, representando el 60,1% (n=9.482) del total, lo que equivalía a 3,9 veces las notificaciones del Noreste argentino (NEA), la segunda región con mayor notificación. A pesar de una disminución en 2020, recuperó su predominio en 2024, aunque sin alcanzar los valores de 2019. NEA, que representó el 22,3% de las muestras positivas (n=11.492), mostró una tendencia creciente a partir de 2021, igualando a NOA en 2022 y superándola en 2023. La región Centro, con el 18,3% (n=9.458), también presentó un aumento sostenido desde 2021, superando sus valores previos a la pandemia y ubicándose en segundo lugar en 2021 y 2024. En contraste, las regiones Sur (8,8%, n=4.519) y Cuyo (3,4%, n=1.776) registraron los menores porcentajes de notificación a lo largo de los años, sin cambios significativos en su tendencia.

Gráfico 4. Muestras positivas de Enteroparásitos según año y región. Periodo 2019-2024. Argentina (n=51.563)

Fuente: Elaborado en base a los datos extraídos del SNVS 2.0.

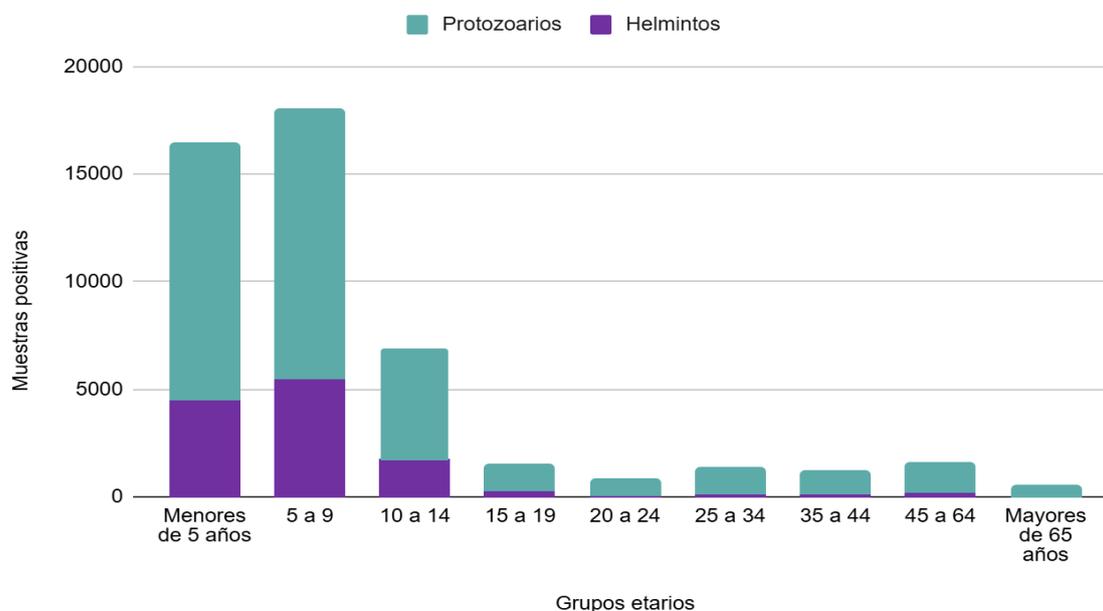
Durante el período analizado, 21 de las 24 jurisdicciones del país notificaron muestras estudiadas y positivas de enteroparásitos. Jujuy y Salta concentraron el mayor número de muestras positivas, representando el 18,6% (n=9575) y 17,8% (9.157), respectivamente, seguidas por Chaco (16,3%, n=8.427) y Tucumán (10,6%, n=5487). En el extremo opuesto, Corrientes registró solo 8 muestras positivas en el período evaluado, mientras que Formosa, La Rioja y Santiago del Estero no registraron información (Mapa 1).

Mapa 1. Muestras positivas de enteroparásitos, según provincia. Argentina. Periodo 2019-2024. (n=51.563)

Fuente: Elaborado en base a los datos extraídos del SNVS 2.0.

Al analizar los grupos etarios, se observó que las muestras positivas se concentraron principalmente en los menores de 10 años, con el grupo de 5 a 9 años representando el 37,5% (n=18.008) y los menores de 5 años el 34,2% (n=16.399). En todos los grupos etarios, los protozoarios fueron los parásitos predominantes, con un porcentaje que varía entre el 69,1% en el de 5 a 9 años y el 87,1% en el de mayores de 65 años⁴⁴ (Gráfico 5).

Gráfico 5. Muestras positivas Enteroparásitos según grupo etario*. Periodo 2019-2024. Argentina (n=47.968)

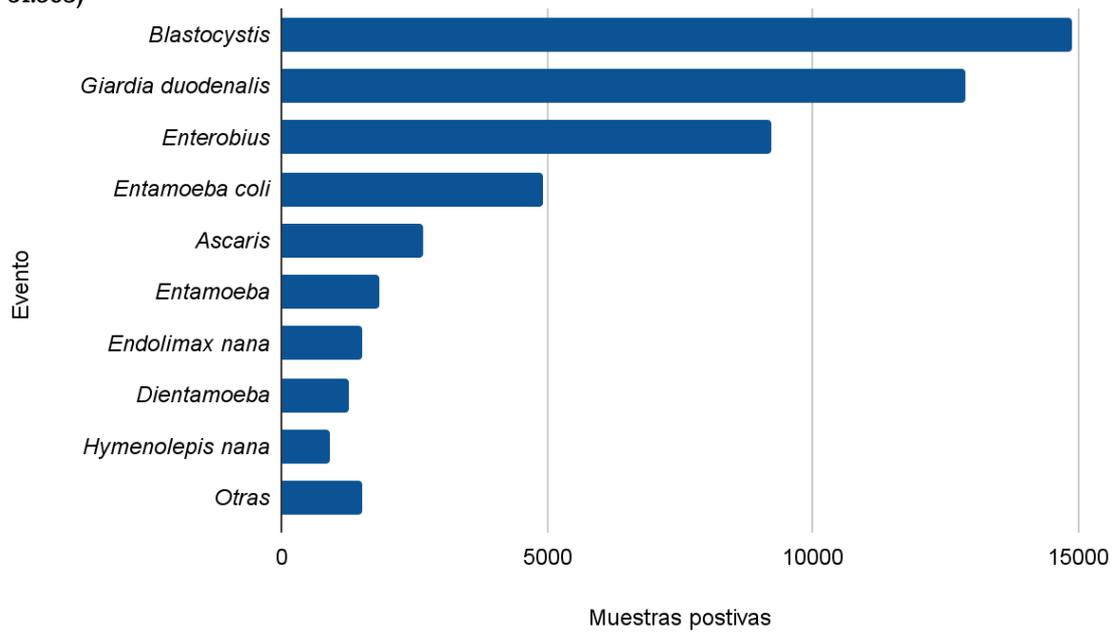


Fuente: Elaborado en base a los datos extraídos del SNVS 2.0.

*Se excluyeron 3.595 muestras del análisis cuya edad no fue especificada

Nueve especies de enteroparásitos concentraron el 97,1% de las muestras positivas, donde tres de los primeros cuatro puestos fueron ocupados por protozoarios. Más de la mitad de las detecciones correspondieron a *Blastocystis* (28,8%, n=14.869) y *Giardia duodenalis* (25,0%, n=12.887). *Enterobius vermicularis*, un helminto, ocupó el tercer lugar con el 17,9% de las muestras (n=9.222), seguido por *Entamoeba coli* con el 9,5% (n=4.911). El resto de los eventos identificados presentaron una menor proporción en la distribución de las muestras positivas (Gráfico 6).

⁴⁴ De este análisis se excluyeron 3.595 muestras cuya edad no fue especificada, las mismas representaron el 7,0% del total de las muestras positivas. El 85,2% (n=3.064) de las mismas fueron identificadas como protozoarios

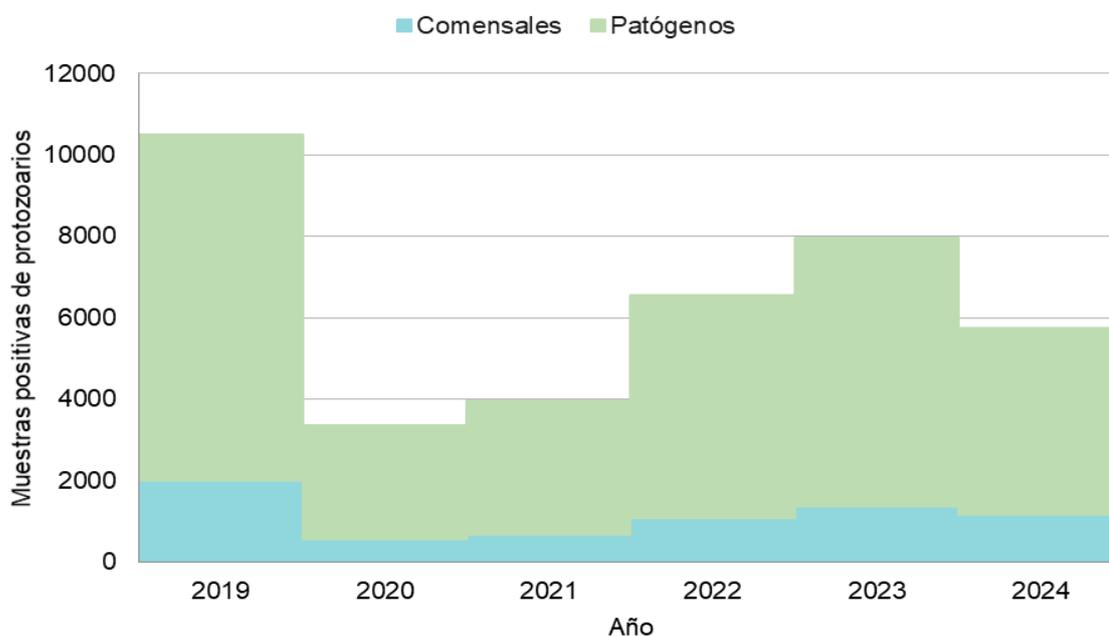
Gráfico 6. Muestras positivas de Enteroparásitos según evento. Periodo 2019-2024. Argentina (n=51.563)

Fuente: Elaborado en base a los datos extraídos del SNVS 2.0.

Protozoarios

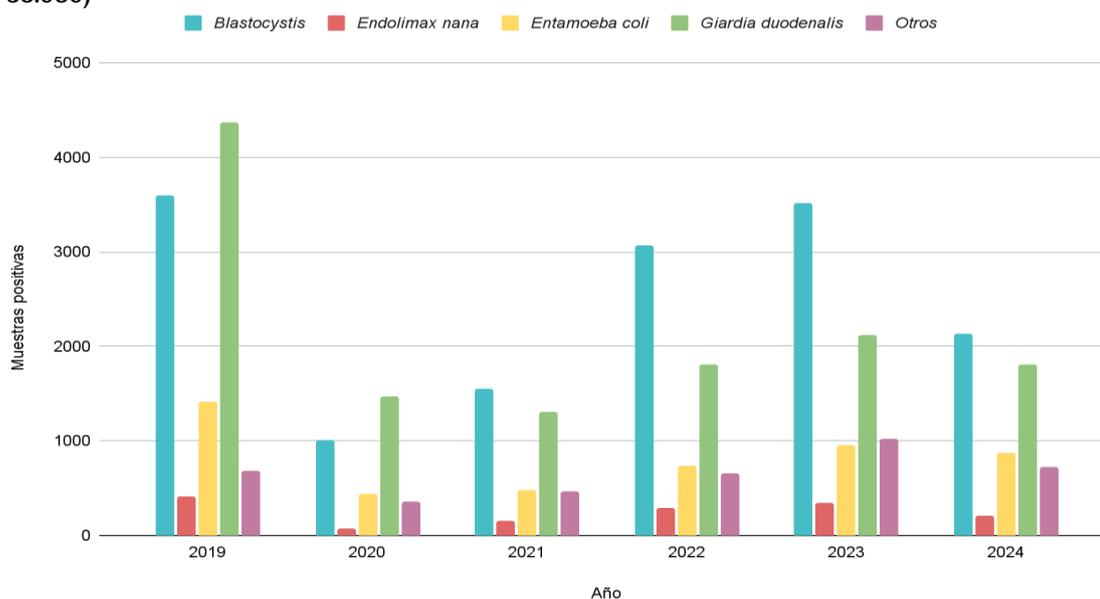
Durante el período analizado, se registraron 38.080 muestras con identificación de protozoarios, representando el 73,9% de las muestras positivas de enteroparásitos. Del total de protozoarios identificados, el 82,1% (n=31.265) correspondió a géneros y/o especies patógenas, mientras que el 17,9% restante (n=6.815) fueron comensales (incluyendo *Chilomastix mesnili*, *Endolimax nana*, *Entamoeba coli*, *Entamoeba hartmanni* e *Iodamoeba buetschlii*). Esta relación se mantuvo estable a lo largo de los años analizados, con un valor mínimo del 80% registrado en 2024 (n=4.601) y un máximo de 83,7% (n=5.497) en 2022 (Gráfico 7).

Gráfico 7. Muestras positivas de clasificación de protozoarios (patógenos y comensales) según año. Periodo 2019-2024. Argentina (n=38.080)



Fuente: Elaborado en base a los datos extraídos del SNVS 2.0.

Entre los protozoarios, *Blastocystis* fue el protozoario más notificado, representando el 39,0% (n=14.869) de protozoarios identificados, seguido por *Giardia duodenalis* con un 33,8% (n=12.887), *Entamoeba coli* con un 12,9% (n=4.911) y *Endolimax nana* con un 3,9% (n=1.501). En los primeros dos años del análisis, *Giardia duodenalis* fue el protozoario más reportado, con una frecuencia del 41,7% al 43,9% y una positividad cercana al 12,0%. Sin embargo, tras la pandemia, su aporte al total de protozoarios reportados y positividad disminuyeron progresivamente, alcanzando un 31,4% (n=1.804) y 7,6% en 2024, respectivamente. Por el contrario, *Blastocystis* experimentó un aumento en ambos indicadores después de la pandemia, llegando en 2022 a un 46,7% de aporte al total de protozoarios notificados y un 14,2% de positividad. No obstante, para 2024, su positividad descendió a 8,9%, retornando a valores previos a la pandemia (Gráfico 8).

Gráfico 8. Muestras positivas de protozoarios según año y especie. Periodo 2019-2024. Argentina (n=38.080)

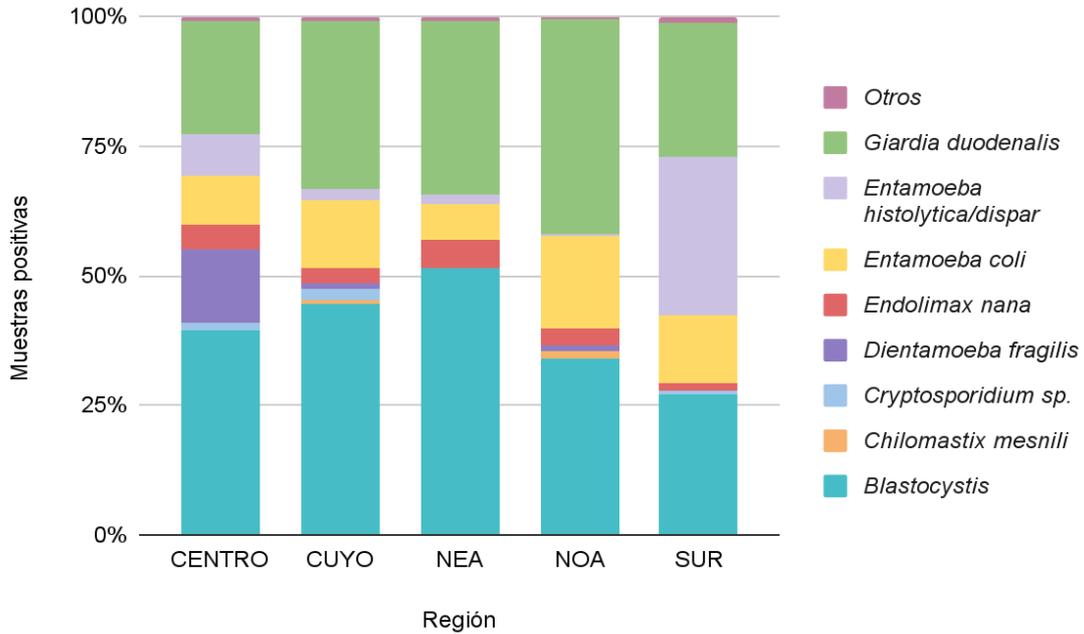
Fuente: Elaborado en base a los datos extraídos del SNVS 2.0.

Durante este período, la región del NOA concentró el 43,1% (n=16.414) de las muestras positivas notificadas, seguida por el NEA con un 24,9% (n=9.477) y la región Centro con un 20,5% (n=7.815). En las regiones Centro, Cuyo y NEA, *Blastocystis* fue la especie más frecuente, con una notificación que osciló entre el 39,3% y el 51,4%, seguida por *Giardia duodenalis*, cuya frecuencia varió entre el 21,9% y el 33,5%. En el NEA y Cuyo, *Entamoeba coli* ocupó el tercer lugar de muestras positivas con un 7,0% (n=661) y un 12,9% (n=144), respectivamente, mientras que en la región Centro, *Dientamoeba fragilis* fue la tercera especie más notificada, concentrando el 87,8% (n=1.114) de los reportes nacionales de este parásito. Por su parte, en el NOA, *Giardia duodenalis* fue la especie predominante con un 41,4% (n=6.798), seguida por *Blastocystis* con un 33,8% (n=5.550) y *Entamoeba coli* con un 18,1% (n=2.964). En la región Sur, *Entamoeba histolytica/dispar* fue el protozoario más notificado con un 30,4% (n=990) seguido por *Blastocystis* con un 27,0% (n=877) (Gráfico 9).

Hasta 2020, *Giardia duodenalis* predominaba en las notificaciones, impulsada principalmente por los reportes del NOA. Sin embargo, a partir de 2021, la disminución abrupta de notificaciones en el NOA significó un mayor aporte de las regiones NEA y Centro, donde *Blastocystis* fue el protozoario más frecuente. Este cambio en el predominio parasitario podría deberse a una modificación en la distribución de la notificación de las regiones más que a una variación del comportamiento del evento (Gráfico 9).

A nivel país, *Dientamoeba fragilis* fue el sexto protozoario más notificado, representando el 3,3% de las muestras positivas (n=1.269). Sin embargo, las muestras fueron notificadas, en su mayoría por la región Centro (87,8% de las muestras positivas de *Dientamoeba fragilis*), como se mencionó anteriormente. Es importante destacar que esta ameba es particularmente susceptible a las soluciones conservadoras frecuentemente utilizadas, lo que puede afectar su detección en los análisis rutinarios. Por este motivo, su diagnóstico requiere una consideración específica en los protocolos de procesamiento de muestras, lo que podría explicar su posible subnotificación (Gráfico 9).

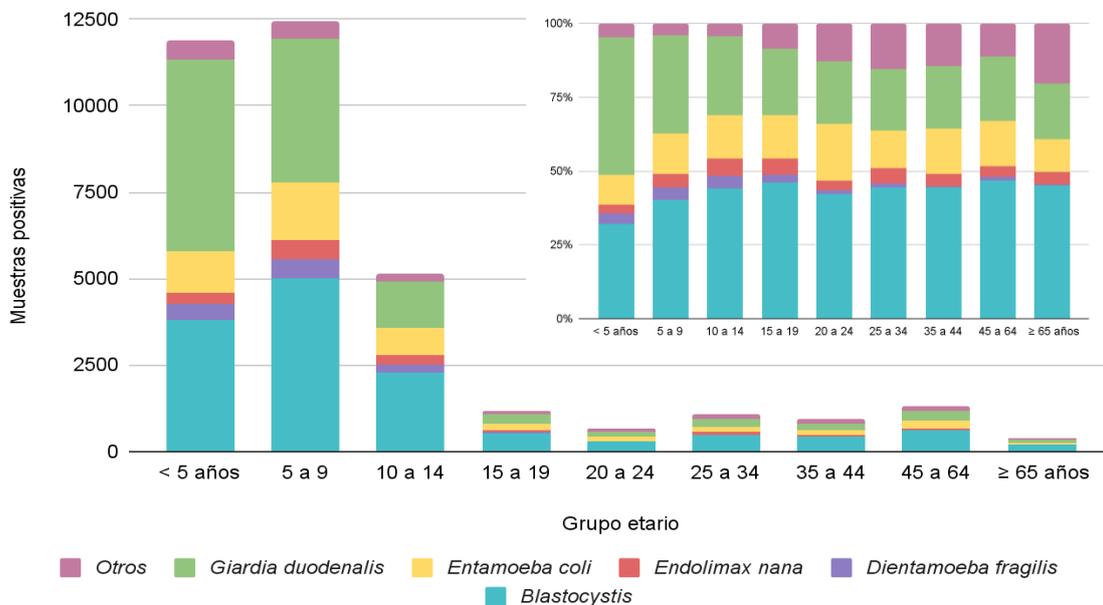
Gráfico 9. Muestras positivas de protozoarios región y especie. Periodo 2019-2024. Argentina (n=38.080)



Fuente: Elaborado en base a los datos extraídos del SNVS 2.0.

El grupo etario con mayor número de notificaciones fue el de 5 a 9 años, con un 35,5% (n=12.440), seguido por los menores de 5 años, que representaron el 33,9% (n=11.870). En todos los grupos etarios, Blastocystis fue el protozoario más frecuente, seguido por Giardia duodenalis, con la excepción de los menores de 5 años, donde esta relación se invirtió. En todos los grupos, Entamoeba coli ocupó el tercer lugar en notificación (Gráfico 9).

Gráfico 10. Muestras positivas de protozoarios grupo etario y especie. Periodo 2019 a 2024. Argentina (n=35.016)



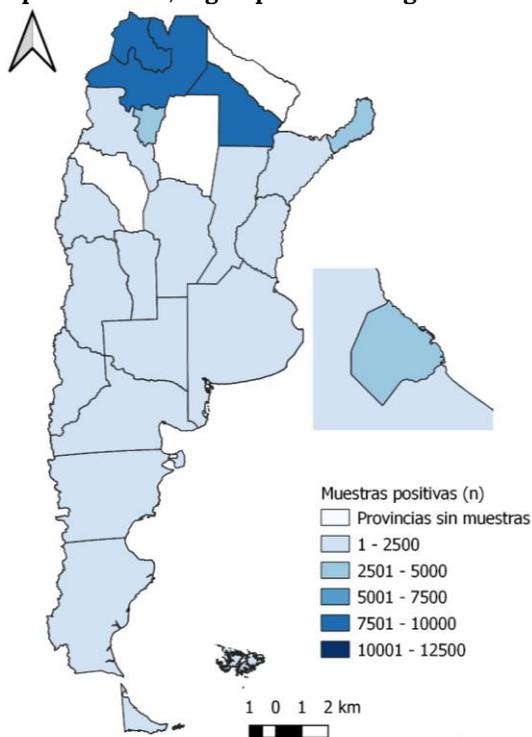
*Se excluyeron 3.064 muestras del análisis cuya edad no fue especificada

Fuente: Elaborado en base a los datos extraídos del SNVS 2.0.

Durante el período analizado, las mismas 21 jurisdicciones notificaron muestras de protozoarios. Jujuy concentró el mayor número de muestras positivas de protozoarios, representando el

19,5% (n=7.439), seguidas por Chaco (18,5%, n=7.032), Salta (16,3%, n=6.195) y CABA (10,7%, n=4.093) (Mapa 2).

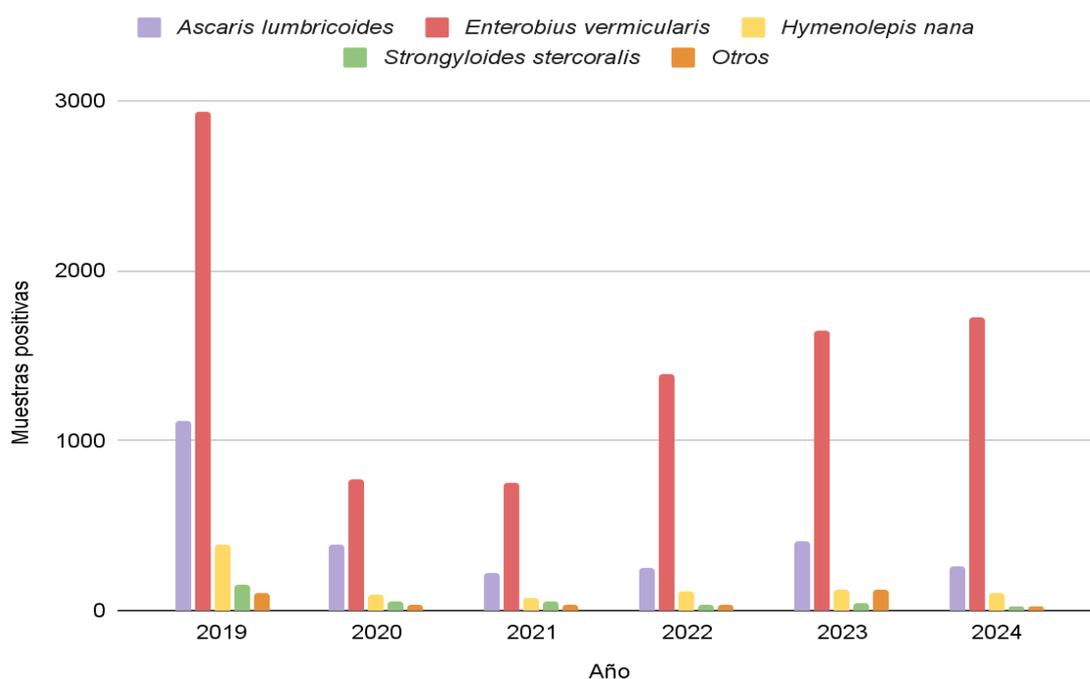
Mapa 2. Muestras positivas de protozoarios, según provincia. Argentina. 2019-2024. (n=38.080)



Fuente: Elaborado en base a los datos extraídos del SNVS 2.0.

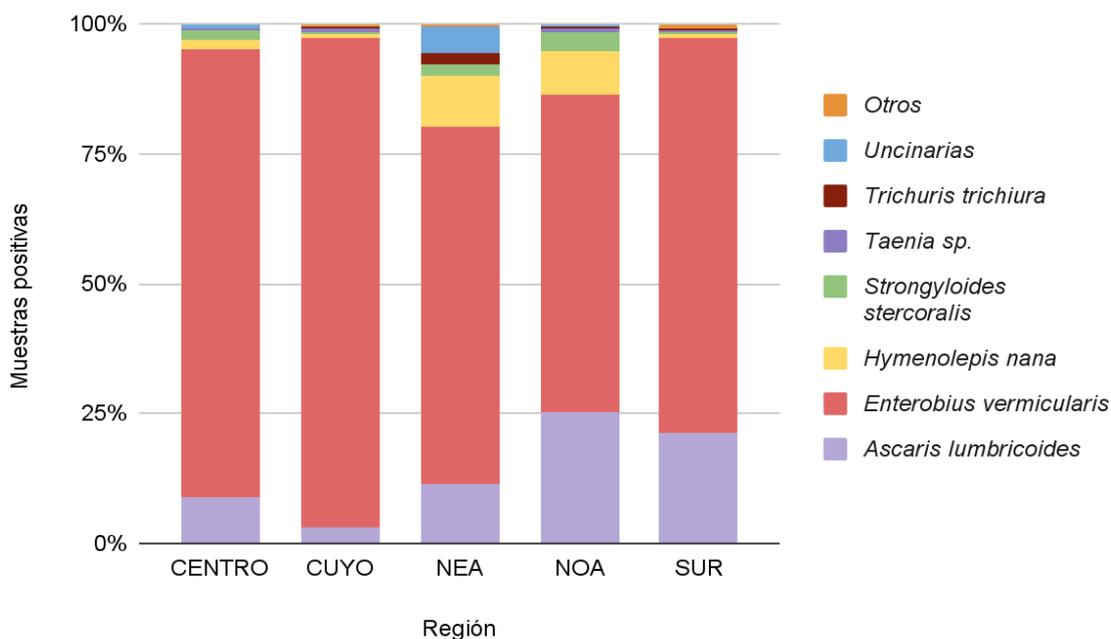
Helmintos

Durante los años analizados, 2019 a 2024, se registraron 13.483 muestras positivas de helmintos representando el 26,1% de las muestras positivas para enteroparásitos. *Enterobius vermicularis* fue el helminto más notificado, con un 69,1% (n=9,222), seguido por *Ascaris lumbricoides* con un 19,9% (n=2.658), *Hymenolepis nana* con un 6,7% (n=895) y *Strongyloides stercoralis* con un 2,7% (n=358). Esta tendencia se mantuvo durante los años estudiados, siendo *Enterobius vermicularis* consistentemente el helminto con mayor número de muestras positivas y una positividad promedio del 10,3% (Gráfico 11). La distribución de helmintos por cuatrisesmana muestra la misma tendencia que las de los enteroparásitos en general y protozoarios: un pico de muestras positivas en 2019, seguido de una caída abrupta en 2020, coincidiendo con la pandemia. A partir de 2021, las notificaciones comenzaron a aumentar de forma progresiva, aunque sin alcanzar los niveles previos. Esta tendencia se observa, a su vez, en todas las especies analizadas (Gráfico 3).

Gráfico 11. Muestras positivas de helmintos según año y especie. Periodo 2019-2024. Argentina (n=13.483)

Fuente: Elaborado en base a los datos extraídos del SNVS 2.0.

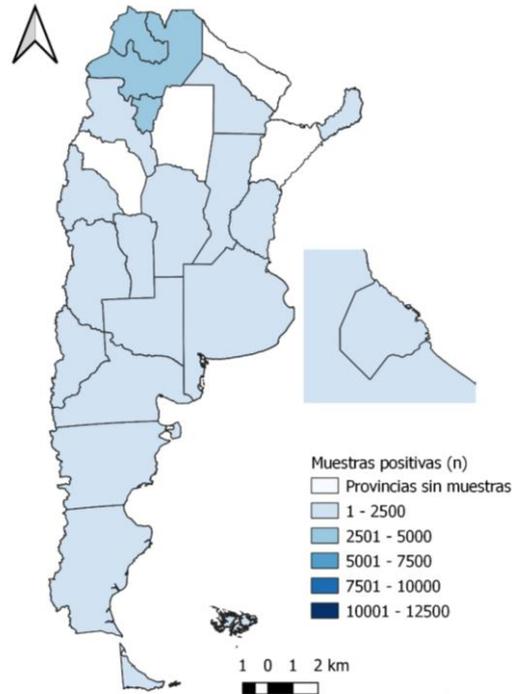
Durante el período analizado, la región del NOA concentró el 58,6% (n=7.904) de las muestras positivas notificadas, seguida por el NEA con un 14,9% (n=2.015) y la región Centro con un 12,2% (n=1.643). En todas las regiones *Enterobius vermicularis* fue la especie más frecuente, con una notificación que osciló entre el 61,2% (NOA) y el 94,2% (Cuyo), seguida por *Ascaris lumbricoides*, cuya frecuencia varió entre el 3,0% (Cuyo) y el 25,2% (NOA). También se destaca la presencia de *Hymenolepis nana*, concentrando valores similares en NOA y NEA, 8,3% y 10,0%, respectivamente (Gráfico 12).

Gráfico 12. Muestras positivas de helmintos por región y especie. Periodo 2019-2024. Argentina (n=13.483)

Fuente: Elaborado en base a los datos extraídos del SNVS 2.0.

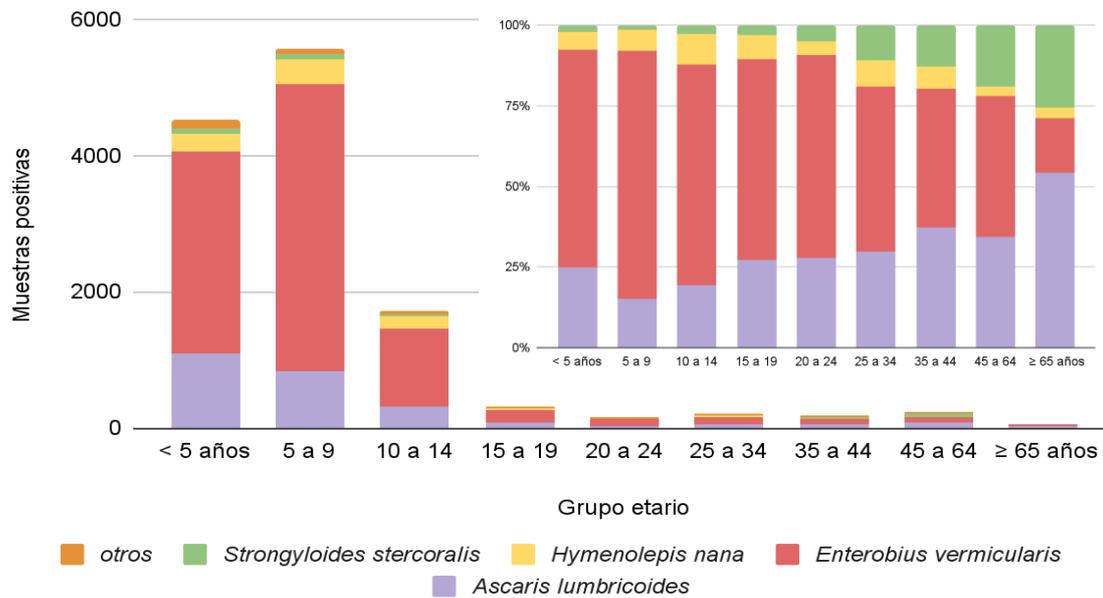
Durante el período analizado, 20 de las 24 jurisdicciones notificaron muestras positivas de helmintos. Salta concentró el mayor número (22,0%, n=2.962), seguida por Tucumán (20,6%, n=2.784), Jujuy (15,8%, n=2.136) y Chaco (10,3%, n=1.395) (Mapa 3).

Mapa 3. Muestras positivas de helmintos, según provincia. Argentina. 2019-2024. (n=13.483)



Fuente: Elaborado en base a los datos extraídos del SNVS 2.0.

El grupo etario con mayor número de muestras notificadas fue el de 5 a 9 años, con un 43,0% (n=5.568), seguido por los menores de 5 años, que representaron el 35,0% (n=4.529). En todos los grupos etarios, *Enterobius vermicularis* fue el helminto más frecuente, seguido por *Ascaris lumbricoides*, excepto en los mayores de 65 años, donde esta relación se invirtió. La tercera especie más notificada fue *Hymenolepis nana*, salvo en los mayores de 35 años, donde predominó *Strongyloides stercoralis* (Gráfico 13).

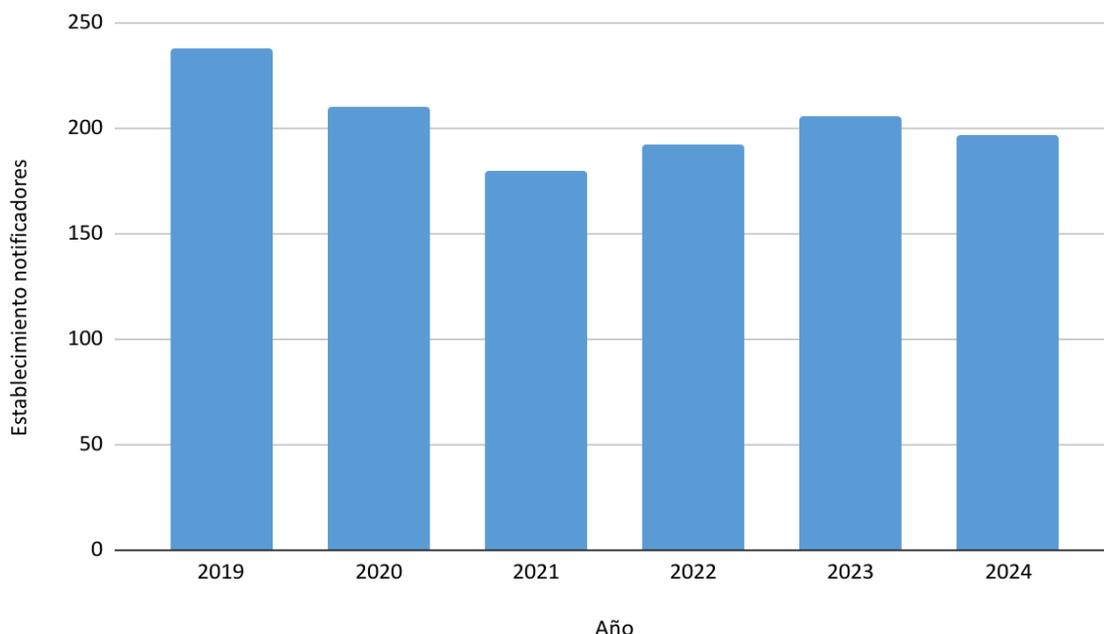
Gráfico 13. Muestras positivas de protozoarios grupo etario y especie. Periodo 2019-2024. Argentina (n=12.952)

* Se excluyeron 531 muestras del análisis cuya edad no fue especificada

Fuente: Elaborado en base a los datos extraídos del SNVS 2.0.

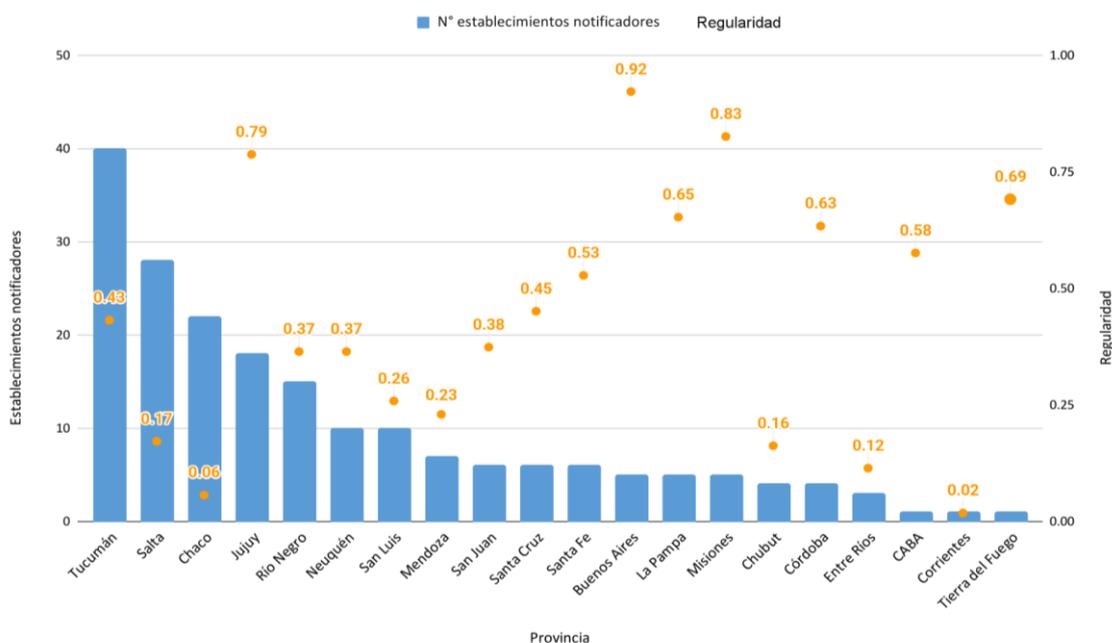
VII.4. Monitoreo de la notificación

Durante el período estudiado (2019-2024), un total de 1.223 establecimientos de salud notificaron muestras estudiadas para enteroparásitos. Al analizar la distribución temporal de los notificadores, se observa una tendencia similar a la de la notificación de muestras: un número máximo en 2019, con 238 establecimientos, seguido de una reducción en 2020, coincidiendo con el inicio de la pandemia, y un mínimo en 2021. Para el 2022 y 2023, la cantidad de establecimientos mostró un aumento progresivo, aunque sin alcanzar los valores previos. En 2024, el número de establecimientos notificadores fue de 197 (4,4% menor al número de establecimientos que notificaron en 2023) (Gráfico 14).

Gráfico 14. Número de establecimientos notificadores según año. Periodo 2019 - 2024. Argentina (n=1.223)

Fuente: Elaborado en base a los datos extraídos del SNVS 2.0.

En 2024, cuatro provincias (3 del NOA y 1 del NEA), concentraron más de la mitad de los establecimientos notificadores. La regularidad de la notificación agrupada en 2024 fue heterogénea entre jurisdicciones como muestra el Gráfico 15.

Gráfico 15. Establecimientos notificadores y regularidad por jurisdicción. 2024. Argentina (n=197)

Fuentes: Elaboración propia a partir de los datos del SNVS 2.0

NOTA: La regularidad de la jurisdicción se calculó en base a la mediana de la regularidad de los establecimientos

En conclusión, en Argentina, los protozoarios son los eventos más notificados en la vigilancia de enteroparasitosis, afectando principalmente a los niños. Estos parásitos se transmiten

principalmente a través del agua, por lo que garantizar el acceso a agua potable segura es fundamental para prevenir infecciones. Además, entre las medidas preventivas más relevantes se incluyen la adecuada disposición de excretas, la higiene frecuente de manos, la evitación del fecalismo y la correcta higiene de los alimentos.

VII.5. Fuentes Consultadas

- 1- Geohelminthiasis [Internet]. Paho.org. [citado el 16 de abril de 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/geohelminthiasis?utm_source=chatgpt.com
- 2- World health organization (WHO) [Internet]. Who.int. [citado el 16 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/>
- 3- Org.pe. [citado el 16 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.scielo.org.pe>
- 4- Nih.gov. [citado el 16 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>
- 5- Alvarez Di Fino EM, Rubio J, Abril MC, Porcasi X, Periago MV (2020) Risk map development for soil-transmitted helminth infections in Argentina. Instituto de Altos Estudios Espaciales Mario Gulich (IG) Disponible en: ig.conae.unc.edu.ar

VIII. Hepatitis A – Actualización informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

La hepatitis A es una inflamación hepática aguda causada por el virus de la hepatitis A (VHA), cuya principal vía de transmisión es fecal-oral, a través del consumo de agua o alimentos contaminados o por contacto persona a persona. Su propagación se asocia a condiciones sanitarias deficientes y prácticas de higiene inadecuadas.

A diferencia de otras hepatitis virales (B y C), no presenta formas crónicas, pero puede generar cuadros clínicos graves como la hepatitis fulminante, especialmente en población pediátrica no inmunizada. En Argentina, previo a la introducción de la vacuna en el Calendario Nacional de Vacunación en 2005, el VHA fue la principal causa de insuficiencia hepática fulminante en menores de 10 años.

La implementación de la estrategia de vacunación sistemática a los 12 meses de edad permitió una reducción drástica de la incidencia y morbimortalidad, situando al país en un escenario de endemidad baja. Sin embargo, se han registrado brotes esporádicos en adultos jóvenes (20-39 años) en los años 2009, 2012, 2014 y 2018, con una tasa de incidencia cuatro veces mayor en varones que en mujeres.

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

VIII.2. Modalidad de vigilancia y nota metodológica

La notificación de Hepatitis A es de modalidad nominal, por lo que, para este análisis se utilizó el evento "Hepatitis A" del SNVS^{2.0}. Se consideraron casos confirmados a aquellos que cumplen con los siguientes criterios: casos con antiHAV-IgM positivo cargado en el laboratorio o con diagnóstico referido (VHA IgM Reactivo). Para determinar el año de ocurrencia, se consideró la "Fecha de diagnóstico referido"; en los casos donde esta información no estaba disponible, se recurrió a la "Fecha de inicio de Síntomas", posteriormente a la "Fecha de toma de muestra" y por último la "Fecha de apertura". En cuanto a la procedencia de los casos, se priorizó la "Provincia de residencia"; cuando ésta no estaba consignada, se utilizó como alternativa la "Provincia de Muestra".

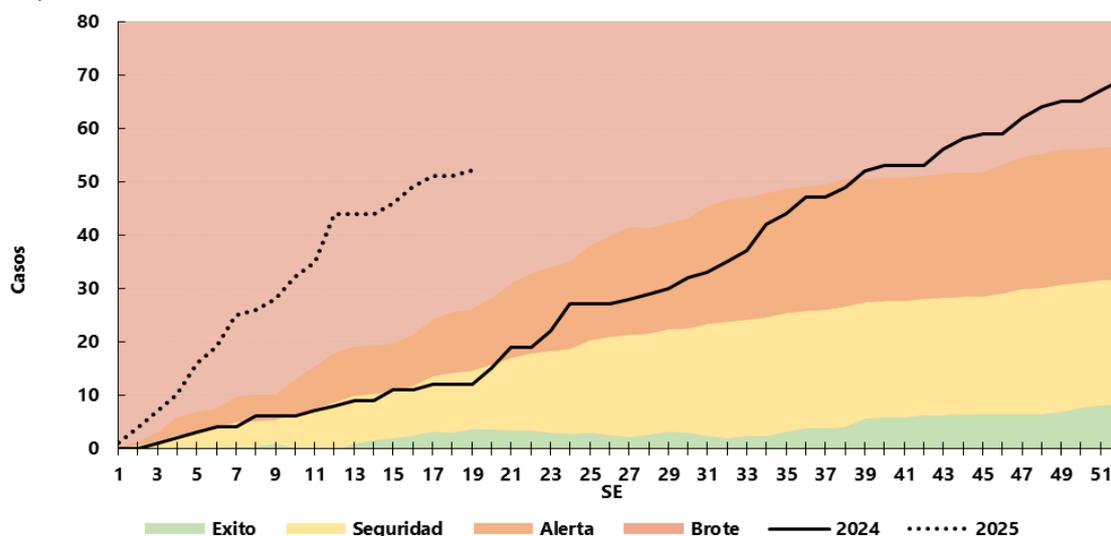
VIII.3. Situación de Hepatitis A en Argentina

VIII.3.A. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE 2025

Hasta la SE 19 del 2025 se notificaron 109 casos de hepatitis A en el SNVS 2.0, de los cuales 52 cumplen con los criterios de laboratorio de caso confirmado, 28 casos se han descartado y el resto sigue en estudio. De los 45 casos, 32 se encuentran en región Centro (CABA, Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe), 12 en NOA (Jujuy, Salta y Tucumán) y el resto en Mendoza, San Luis, Formosa, Chubut, Río Negro y Neuquén. Respecto de la edad, 15 corresponden al grupo etario menores de 20 años, 27 corresponden al de 20 a 39 años y los 10 restantes a mayores de 40 años. La distribución por sexo, al igual que años anteriores, presenta una mayor afectación masculina (35).

En el contexto de la vigilancia epidemiológica, se ha observado una variación en la incidencia de hepatitis A en los últimos años. Durante el quinquenio 2019-2023, se notificó un promedio de 31 casos anuales, con un mínimo de 10 en 2021 y un máximo de 55 en 2022. En 2024, se confirmaron 70 casos, superando el umbral de alerta a partir de la semana 39. En lo que va del 2025, la cantidad de casos confirmados notificados se encuentra por encima del umbral de brote, ya que ha sido superior a los valores esperados (Gráfico 1). Desde la última actualización del evento (SE 15) a la actual, se han confirmado 7 casos de hepatitis A.

Gráfico 1. Corredor endémico acumulado de casos confirmados de hepatitis A. Argentina, período 2019-SE 19/2025.



Fuente: Elaboración por el área de Análisis de datos e investigación a partir de datos extraídos del SNVS 2.0

VIII.3.B. VIGILANCIA MOLECULAR HAV DE 2025

Entre el 01/01/2025 y el 13/04/2025 se derivaron al laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales INEI-ANLIS Dr. C. G. Malbrán muestras de suero y/o materia fecal de 33 pacientes para la caracterización molecular de HAV. Se analizó la región VP1/2A (349 pares de bases). Los productos de RT-Nested-PCR fueron secuenciados y analizados con programas filogenéticos. De las 33 muestras, 3 resultaron No Detectables, 4 están en estudio, 25 fueron clasificadas dentro del subgenotipo IA agrupándose en dos clados diferenciados: A) las muestras de las provincias de Salta (2), Formosa (3), Santa Fe (1), Jujuy (1), Buenos Aires (2)- muestras de niños y adultos con antecedente de viaje a Bolivia y Brasil- agruparon en un clado junto con la secuencia de referencia Wild type GBM de genotipo IA, con un porcentaje de identidad del 98 %; B) las muestras de las provincias de Mendoza (4), Córdoba (4), Santa Fe (1) y CABA (7) -todas de pacientes masculinos mayores de edad de los cuales 12 refieren el antecedente de hombres que tienen sexo con hombres (HSH)- agruparon en un clado junto con la variante europea VRD521_16 asociada al brote de HAV en HSH en el año 2016, con porcentaje de identidad entre ellas mayor al 99%. Una muestra de un paciente extranjero residente en CABA con antecedente de viaje a la India que refiere antecedente de HSH resultó genotipo IIIA, primer hallazgo de este genotipo en muestras estudiadas en nuestro laboratorio.

VIII.4. Recomendaciones para el equipo de salud

VIII.4.A. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

- No se dispone de tratamiento específico. Buen saneamiento e higiene personal, con atención especial al lavado de manos y a la eliminación sanitaria de las heces.

- Control del ambiente inmediato: se recomienda el escrupuloso lavado con agua lavandina al 1% de locales, sanitarios, vajillas, prendas, ropa interior o todo aquel ambiente o material que eventualmente pudiera estar en contacto con la materia fecal.
- Desinfección concurrente: eliminación sanitaria de las heces, la orina y la sangre.

VIII.4.B. PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN⁴⁵

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

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

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

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

VIII.4.C. CONTENCIÓN DE BROTES

(1) INSTITUCIONES EDUCATIVAS

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

(a) JARDINES MATERNALES

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

(b) ESCUELAS

Se debe valorar la situación epidemiológica local:

- Si se producen casos confirmados con lapso de tiempo mayor a 50 días entre el inicio de los síntomas entre uno y otro caso, se extremarán los cuidados de higiene personal y ambiental.
- No se debe indicar la aplicación de gammaglobulina ni de vacuna.
- Si ocurren 2 o más casos de alumnos o personal de un mismo grupo familiar que concurren a la misma escuela, solo se vacunará al grupo familiar.

⁴⁵ Recomendaciones Nacionales de Vacunación 2012 (pág. 86-87). Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-nacionales-de-vacunacion-argentina-2012>

- Si ocurren 2 o más casos entre niños o personas que concurren a la misma escuela (dentro del mismo período de incubación), o si se detectara la propagación de la enfermedad por la ocurrencia de uno o más casos secundarios, se vacunará a todo el turno o solo al grado, según corresponda.
- Cuando ocurren 2 o más casos en niños o personal de diferentes turnos, se deberá vacunar a todos en la institución.

(2) INSTITUCIONES Y HOSPITALES

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

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

(3) NIVEL COMUNITARIO

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

VIII.4.D. MEDIDAS ANTE BROTES

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

VIII.4.E. MEDIDAS EN CASO DE DESASTRE

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

VIII.5. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Hepatitis A⁴⁶

VIII.5.A. CONSIDERACIONES GENERALES

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

VIII.5.B. EMBALAJE PARA DERIVACIÓN DE MUESTRAS

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

VIII.6. Recomendaciones para la población

VIII.6.A. MEDIDAS PREVENTIVAS

VACUNACIÓN

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

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

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

⁴⁶ Mail de contacto ante cualquier consulta: lnrhepatitis@anlis.gob.ar

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

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

VIII.6.B. OTRAS MEDIDAS PREVENTIVAS

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

VIII.7. Conclusiones

La integración de datos nominales a través del SNVS 2.0, junto con las modificaciones en la estrategia de notificación implementadas en 2022, ha fortalecido la vigilancia epidemiológica de la hepatitis A. La mejora en la cobertura y calidad de la información permite una caracterización más precisa de la carga de enfermedad, favoreciendo una detección más oportuna de casos y la identificación de patrones epidemiológicos emergentes. Esto refuerza el papel de la vigilancia como herramienta clave para el control de la enfermedad y la planificación de intervenciones eficaces, como la optimización de coberturas vacunales y la implementación de estrategias preventivas dirigidas a los grupos más afectados.

En los últimos años, se ha observado un aumento sostenido de casos de hepatitis A, principalmente en forma de brotes, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y detección temprana. La tendencia creciente en la población adulta joven, particularmente en el grupo de 20 a 39 años tras la incorporación de la vacuna al calendario nacional, resalta la importancia de mantener altas coberturas vacunales y de desarrollar estrategias complementarias para la población afectada.

El acceso oportuno a información epidemiológica de calidad es fundamental para orientar políticas de salud pública basadas en evidencia. La consolidación de un sistema de vigilancia robusto, junto con el fortalecimiento de la vacunación y la detección temprana de casos, permitirá optimizar la respuesta sanitaria y avanzar hacia la reducción sostenida de la hepatitis A como un problema de salud pública.

VIII.8. Sobre este informe

VIII.8.A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE HEPATITIS A

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

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

Con la actualización de las normas y procedimientos de vigilancia y control de Eventos de Notificación Obligatoria en el año 2022, cambió la modalidad de notificación de la hepatitis A. Previamente se notificaba ante el caso sospechoso de hepatitis viral⁴⁷. Actualmente la notificación se hace de forma inmediata ante caso positivo con identificación del agente. Se encuentran vigente las siguientes definiciones de caso:

Caso confirmado de hepatitis A: Caso sospechoso de hepatitis viral con presencia de anticuerpos de clase IgM contra el virus de hepatitis A (anti-HAV IgM) en el suero de los pacientes agudos o convalecientes.

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

⁴⁷ Toda persona que presente ictericia o elevación de las transaminasas a más de 2,5 veces el valor normal no atribuible a otras causas, y al menos uno de los siguientes síntomas: malestar general, dolores musculares o articulares, astenia, hiporexia, náuseas, vómitos o fiebre.

INFORMES
ESPECIALES

IX. Estudio de brote de infección invasiva por Kpn MBL/Ralstonia spp posiblemente relacionado a exposición a medicamento contaminado

IX.1. Introducción

El 7 de mayo de 2025 un establecimiento del subsector privado de salud de la provincia de Buenos Aires informa sobre un brote de *Klebsiella pneumoniae* (Kpn) metalobetalactamasa (MBL) no betalactamasa de espectro extendido (BLEE) y *Ralstonia spp* en pacientes internados en UTI entre los meses de abril y mayo, en el marco de la investigación del brote, hallaron ambos patógenos en el cultivo de ampollas de Fentanilo en el establecimiento de origen.

A partir de ese momento se tomaron acciones de investigación y control y en virtud de estos datos el 8 de mayo ANMAT emite un alerta⁴⁸ sobre el uso de un lote de fentanilo, indicando que NO deberá utilizarse en todo el territorio nacional el producto: "FENTANILO HLB / FENTANILO (CITRATO), concentración 0,05 mg/ml, en la forma farmacéutica solución inyectable, lote 31202,vto. SEP-26, presentación por 100 ampollas por 5 ml, Certificado N°53.100" por encontrarse en investigación por desvío de calidad.

El 10 de mayo la Dirección de Epidemiología y el ANLIS-Malbrán del Ministerio de Salud de la Nación emitió un comunicado y alerta a los Establecimientos de Salud para medidas de control, vigilancia, definiciones de caso, derivaciones de muestras y notificación al SNVS: "BROTE EN INVESTIGACIÓN POSIBLEMENTE RELACIONADO A EXPOSICIÓN DE FENTANILO CONTAMINADO"

El 13 de mayo se publicó en el Boletín Oficial la Disposición N°3156/25 de la ANMAT, por la cual se prohibió el uso, la comercialización y la distribución en todo el territorio nacional del producto⁴⁹. También se publicó el mismo día la Disposición N°3158/25, de la ANMAT, por la cual se inhiben las actividades productivas de la firma HLB PHARMA GROUP S.A. con planta sita en la provincia de Buenos Aires, por las razones expuestas en la Disposición, donde se prohíbe el uso, distribución y comercialización en todo el territorio de la República Argentina, de todos los productos registrados a nombre de la firma, hasta que se hallen las condiciones técnicas y sanitarias para levantar la presente medida.

Además, en la misma Disposición, se inhibe las actividades productivas de la firma LABORATORIOS RAMALLO S.A. en la provincia de Buenos Aires, debido a que las ampollas habrían sido elaboradas en las instalaciones de esta firma.

Paralelamente a lo actuado por la ANMAT, la Región Sanitaria XI del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires reportó el mismo día la ocurrencia de un brote de infecciones invasivas por *Klebsiella pneumoniae* productora de metalo beta lactamasa y *Ralstonia spp*, identificadas en el laboratorio de una institución de salud del subsistema privado de la provincia de Buenos y que fueron remitidas al Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS para su confirmación y caracterización.

⁴⁸<https://www.argentina.gob.ar/noticias/anmat-alerta-sobre-el-uso-de-un-lote-de-fentanilo-inyectable-por-desvio-de-calidad>

⁴⁹<https://www.argentina.gob.ar/noticias/anmat-prohibe-el-uso-de-fentanilo-hlb-citrato-de-fentanilo-concentracion-005-mgml-solucion>

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/325221/2025051>
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/325222/2025051>

Los esfuerzos de la investigación están centrados en dimensionar el brote en magnitud y extensión y relacionar los casos sospechosos identificados con los patógenos originalmente detectados, para establecer el vínculo que pueda asociarlos a una fuente común.

Los focos confirmados son establecimientos con casos sospechosos en los que se haya podido establecer una alta relación genómica o molecular con los aislamientos ya caracterizados como involucrados en el brote por parte del Laboratorio Nacional de Referencia.

Se consideran casos confirmados asociados al brote cuando desde el LNR se haya estudiado hasta poder identificar su alta relación con los patógenos caracterizados en este brote. Los casos asociados por nexo epidemiológico son todos los casos que cumplan con la definición de caso sospechoso en un establecimiento donde se ha podido confirmar un foco (es decir, donde hay casos en los que ya se ha establecido la alta relación con los patógenos asociados a este brote).

El análisis de la información distinguirá casos del brote (todo caso sospechoso o confirmado por laboratorio en establecimientos donde pudo confirmarse un foco) y casos sospechosos (casos que cumplen con la definición de sospechoso pero no pudo establecerse todavía la confirmación por laboratorio de la asociación con el brote en ninguno de los casos de ese establecimiento).

Los casos descartados, no asociados al brote, son los que habiendo cumplido la definición de sospechoso se haya establecido que los aislamientos no tienen relación genómica con los patógenos asociados al brote.

La vigilancia epidemiológica constituye una herramienta fundamental para la detección precoz, el análisis y el control de eventos adversos relacionados con la atención sanitaria. En este contexto, la aparición de brotes nosocomiales asociados a productos farmacológicos contaminados representa un desafío clave para la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica.

Con respecto a los aislamientos identificados, *Ralstonia spp* es un bacilo gramnegativo ambiental, conocido por su capacidad para contaminar soluciones estériles y provocar infecciones nosocomiales, especialmente en pacientes inmunocomprometidos. Si bien históricamente considerada de baja virulencia, en años recientes se ha documentado su implicancia en infecciones severas como bacteriemias, meningitis y otras complicaciones graves.

Por su parte, *Klebsiella pneumoniae* metalobetalactamasa (MBL) no BLEE (betalactamasa de espectro extendido, o sea que no produce las betalactamasas que hidrolizan antibióticos de espectro extendido, como las cefalosporinas.) es un patógeno multirresistente de alta relevancia clínica.

IX.2. Situación epidemiológica en Argentina

Un establecimiento del subsector privado de salud de la provincia de Buenos Aires informó sobre un brote de *Klebsiella pneumoniae* metalobetalactamasa (MBL) no betalactamasa de espectro extendido (BLEE) y *Ralstonia* en pacientes internados en UTI entre los meses de abril y mayo, en el marco de la investigación del brote, hallaron ambos patógenos en el cultivo de ampollas de Fentanilo en el establecimiento de origen.

Hasta el 16/05/2025, se reportaron 66 notificaciones de infección por exposición a medicamento contaminado al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). En la siguiente tabla se presenta la distribución según clasificación.

Tabla 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: distribución de casos según clasificación. Argentina. Hasta 16/05/2025.

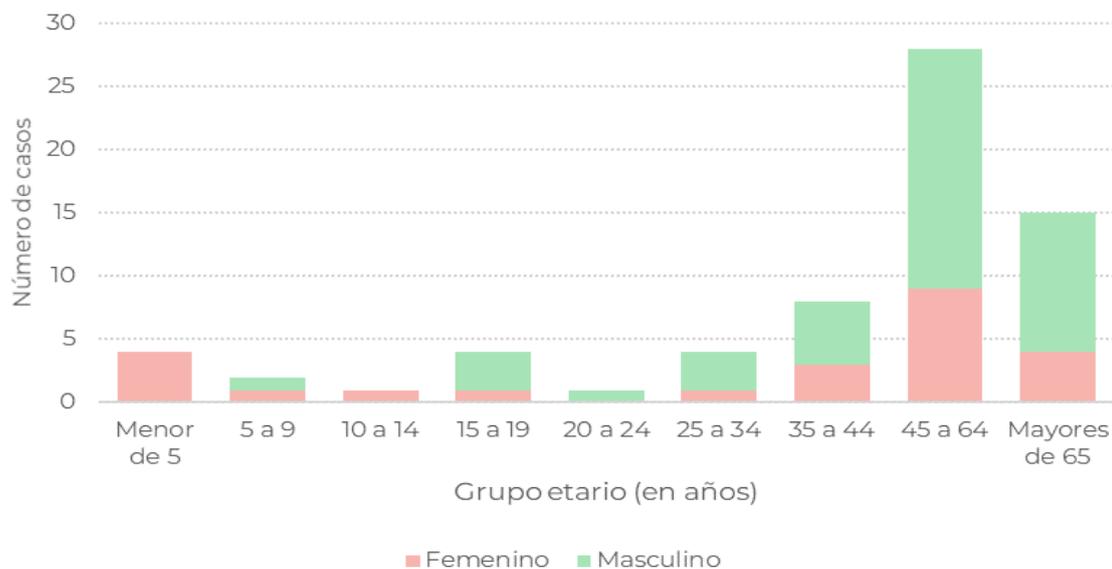
Clasificación de caso	Cantidad	%
Confirmado	54	81,8%
Sospechoso	12	18,2%
Totales	66	100,0%

Fuente: *Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0*

Si se analiza la clasificación de caso confirmado, el 63% (34) corresponden a casos confirmados por *K. pneumoniae* productora de carbapenemasas de tipo MBL, el 20% (11) a casos confirmados de *K. pneumoniae* MBL + *Ralstonia* spp y el 17% (9) a casos confirmados por *Ralstonia* spp.

Los casos confirmados corresponden a pacientes atendidos en las jurisdicciones de Buenos Aires (18) y Santa Fe (36). Por otra parte, las jurisdicciones de CABA y Neuquén notificaron casos sospechosos que se encuentran en investigación.

A continuación se presenta la distribución por grupo de edad del total de las notificaciones.

Gráfico 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: distribución de número de casos según grupo de edad y sexo. Argentina. Hasta 16/05/2025. N=66.

Fuente: *Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0*

Con respecto a la evolución clínica de los 54 casos confirmados, se encuentran en investigación los casos fallecidos. El grupo más afectado fue el de sexo masculino, de 45 a 64 años de edad.

Cabe destacar que, en todos los casos, eran pacientes que se encontraban previamente internados por otras causas y se les administró el medicamento en contexto de la intervención que cada uno requería por su estado clínico.

IX.3. Vigilancia epidemiológica

IX.3.A. MODALIDAD DE VIGILANCIA Y NOTA METODOLÓGICA

Todo caso sospechoso, identificado en cualquier institución de salud de cualquier subsector (público, privado o de la seguridad social) deberá ser notificado de manera inmediata y nominal al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Grupo de evento: Brotes asociados a fármacos⁵⁰

Evento: Infección por Exposición a Medicamento Contaminado.

IX.3.B. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

- Realizar la detección de brotes de manera precoz y el control de eventos asociados a productos farmacológicos contaminados.
- Caracterizar y analizar los casos asociados a brotes

IX.3.C. DEFINICIONES DE CASO

Caso sospechoso: toda persona que haya recibido FENTANILO HLB / FENTANILO (CITRATO), y que presente, con posterioridad a la administración, diagnóstico de enfermedad invasiva (bacteriemia, meningitis, abscesos en sitio de punción, entre otros.) por *Ralstonia spp* y/o *Klebsiella pneumoniae* (Kpn) metalobetalactamasa (MBL) no betalactamasa de espectro extendido (BLEE); o

casos de enfermedad invasiva asociados a un brote por Kpn MBL no BLEE y/o *Ralstonia spp* en una institución de salud en el que se haya investigado y no encontrado una fuente común.

Caso de *Kpn MBL no BLEE* con confirmación de asociación al brote: caso sospechoso con aislamiento de *Kpn MBL no BLEE* en el que el Laboratorio Nacional de Referencia demostró la asociación del patógeno detectado en el brote o con nexo epidemiológico con casos confirmados en la institución

Caso de *Ralstonia spp.* con confirmación de asociación al brote: caso sospechoso con aislamiento de *Ralstonia spp.* en el que el Laboratorio Nacional de Referencia demostró la asociación del patógeno detectado en el brote o con nexo epidemiológico con casos confirmados en la institución

Caso de *Kpn MBL no BLEE + Ralstonia spp.* con confirmación de asociación al brote: caso sospechoso con aislamiento de *Kpn MBL no BLEE + Ralstonia spp.* en el que el Laboratorio Nacional de Referencia demostró la asociación del patógeno detectado en el brote o con nexo epidemiológico con casos confirmados en la institución

Caso no asociado al brote: caso sospechoso donde el LNR demostró no estar asociado al patógeno detectado en el brote ni cuenta con nexo epidemiológico con casos confirmados en la institución.

⁵⁰ La asignación de este grupo de evento a los usuarios del SNVS debe realizarse a sus referentes jurisdiccionales o al mail nuevosnvs2@gmail.com

Caso invalidado por epidemiología: no cumple con definición de caso sospechoso.

Ficha de notificación en el siguiente link:

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

ALERTAS Y
COMUNICACIONES
INTERNACIONALES

X. 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 8 y el 14 de mayo del 2025.

X.1. Chikungunya - La Reunión y Mayotte

Recibido a través del CNE el 12/05/2025.

X.1.A. LA REUNIÓN, FRANCIA

En agosto de 2024, la autoridad regional de salud (Agence régionale de santé, ARS) de La Reunión, Francia, notificó tres casos autóctonos de chikungunya. De forma acumulada, desde el inicio del brote en agosto de 2024 hasta el 4 de mayo de 2025, se han reportado más de 47.500 casos confirmados de chikungunya y más de 170.000 consultas por sospecha de la enfermedad en la isla.

El aumento de casos se observó a partir de principios de 2025, con un incremento en la notificación semanal de casos desde 30 a finales de 2024 hasta 4000 casos durante la semana del 10 al 16 de marzo de 2025 (semana epidemiológica 11), lo que representa un aumento de más de 100 veces.

La presentación clínica general de la enfermedad fue mayormente leve; sin embargo, entre el 1 de enero y el 4 de mayo, se han reportado 340 hospitalizaciones. Casi la mitad (43 %) de los pacientes hospitalizados fueron adultos mayores de 65 años y aproximadamente 25 % fueron niños menores de seis meses. Más del 95 % de los pacientes hospitalizados presentaban al menos un factor de riesgo para enfermedad grave, como comorbilidades, pertenencia a grupos etarios de riesgo (mayores de 65 años e infantes) o embarazo. Además, 74 mujeres embarazadas y 48 lactantes menores de seis meses fueron hospitalizados para una vigilancia a corto plazo (2-3 días).

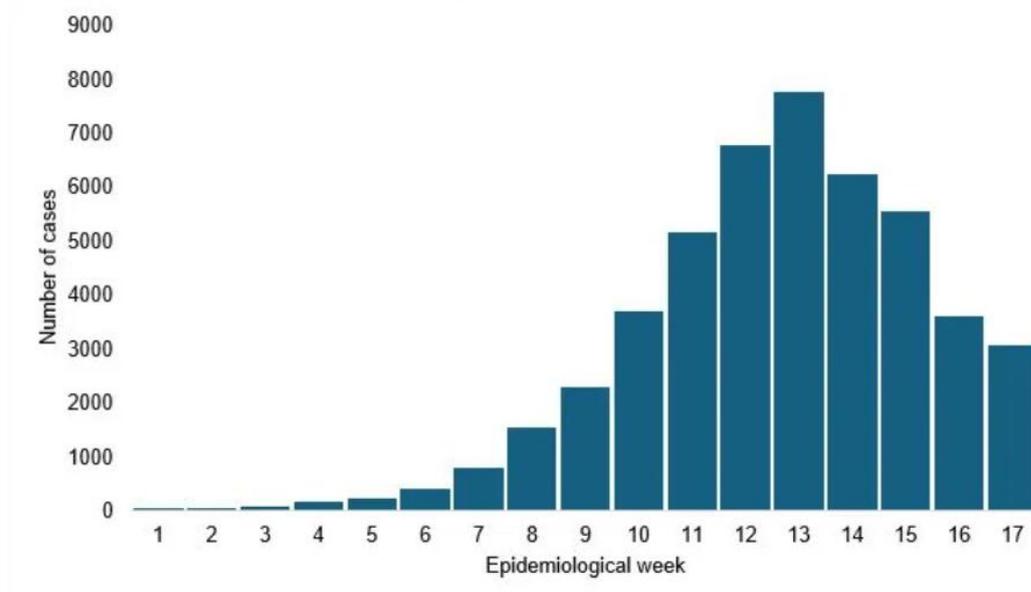
Hasta la fecha, se han notificado 66 casos graves (definidos como aquellos con al menos una insuficiencia orgánica). Estos incluyeron 36 adultos mayores de 65 años con comorbilidades, 7 personas menores de 65 años con comorbilidades y 23 lactantes menores de 3 meses. Durante el transcurso del brote, se han registrado 12 muertes, ocurridas entre el 9 de marzo y el 27 de abril (semanas epidemiológicas 11 a 17), en personas mayores de 70 años con comorbilidades que se clasificaron como relacionadas con chikungunya. Además, se encuentran en investigación otras 28 muertes posiblemente asociadas a chikungunya, incluida una muerte neonatal.

El número acumulado de casos continúa en aumento, siendo los municipios del sur de la isla los más afectados por el virus, en particular Le Tampon. Hasta la fecha, todos los municipios han notificado casos.

El brote previo de gran magnitud en La Reunión ocurrió entre 2005 y 2006, con un total estimado de casos que osciló entre 244.000 y más de 300.000.

En marzo de 2025, se notificaron casos importados en Mayotte (2 casos), Wallis y Futuna (1 caso) y Martinica (1 caso), como resultado de viajeros que habían visitado La Reunión.

Figura 1: Curva epidemiológica del número de casos confirmados de chikungunya en La Reunión entre el 1 de enero y el 27 de abril de 2025, según la semana de inicio de síntomas.



X.1.B. MAYOTTE, FRANCIA

Hasta el 4 de mayo de 2025, se han notificado un total de 116 casos de chikungunya por parte de la ARS Mayotte, Francia, incluyendo 29 casos importados, 57 casos autóctonos y 30 casos en investigación.

El primer caso importado se identificó el 5 de marzo en el noreste de la isla, seguido por la notificación de nuevos casos en varias comunas. Estos representan los primeros casos de transmisión local de chikungunya desde el brote de 2005-2006, que había resultado en aproximadamente 7.300 casos.

Hasta la fecha, se ha reportado una hospitalización y no se han registrado muertes.

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON567>

X.2. Coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio - Reino de Arabia Saudita

Recibido a través del CNE el 12/05/2025

Entre el 1 de marzo y el 21 de abril de 2025, el Ministerio de Salud (MoH) del Reino de Arabia Saudita (KSA) notificó nueve casos de infección por el coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV). Los casos se reportaron en las regiones de Hail (1 caso) y Riad (8 casos) de Arabia Saudita (Figura 1). De los casos notificados, cinco eran hombres y cuatro eran mujeres.

Entre estos casos, se identificó un conglomerado de siete casos en Riad, incluyendo seis trabajadores de la salud y del cuidado que adquirieron la infección de forma nosocomial a partir de un único paciente infectado al que atendieron. De los seis trabajadores de la salud y del cuidado, cuatro permanecieron asintomáticos, mientras que dos desarrollaron síntomas leves y no específicos, incluyendo mialgia, fatiga, náuseas y vómitos (Tabla 1). La confirmación de laboratorio de los casos se realizó mediante la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) entre el 1 de marzo de 2025 y el 16 de abril de 2025. De los casos reportados, solo uno tuvo contacto indirecto con camellos y no forma parte del conglomerado notificado. El resto de los pacientes no tenía antecedentes conocidos de contacto con camellos ni con productos derivados de camellos.

Desde el primer reporte de MERS-CoV en Arabia Saudita en 2012, se han notificado a la OMS un total de 2627 casos confirmados por laboratorio de infección por MERS-CoV, con 946 muertes asociadas (tasa de letalidad o CFR del 36 %), provenientes de 27 países en las seis regiones de la OMS. La mayoría de los casos (2218; 84 %) se han reportado en Arabia Saudita, incluyendo los casos recientemente notificados (Figura 2). Desde 2019, no se han reportado infecciones humanas por MERS-CoV en países fuera de Oriente Medio.

Figura 1. Distribución geográfica de las infecciones por MERS-CoV entre el 1 de marzo y el 21 de abril de 2025, por ciudad y región, en Arabia Saudita (n=9).

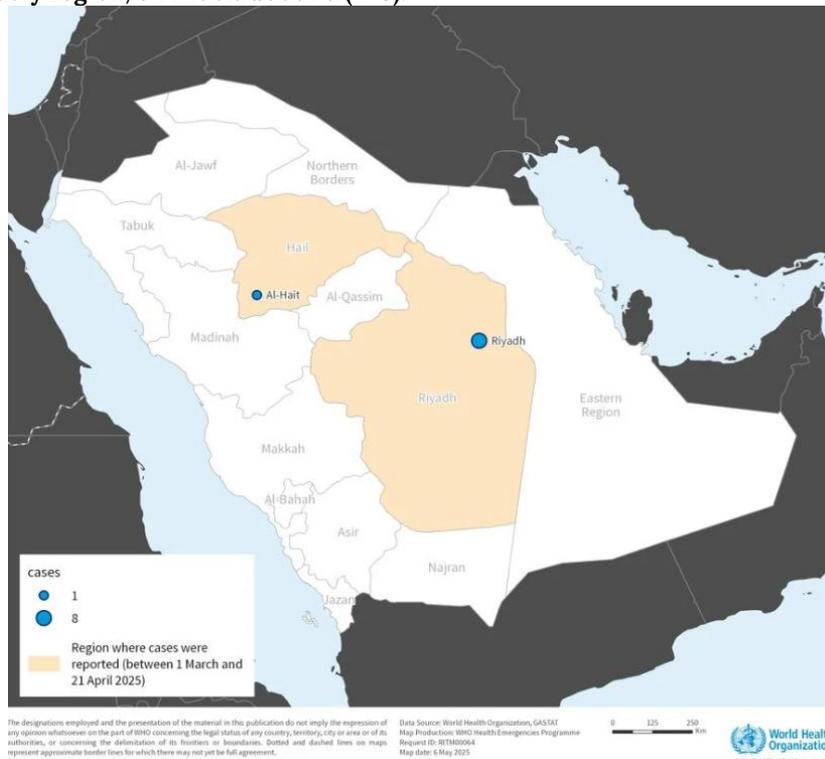
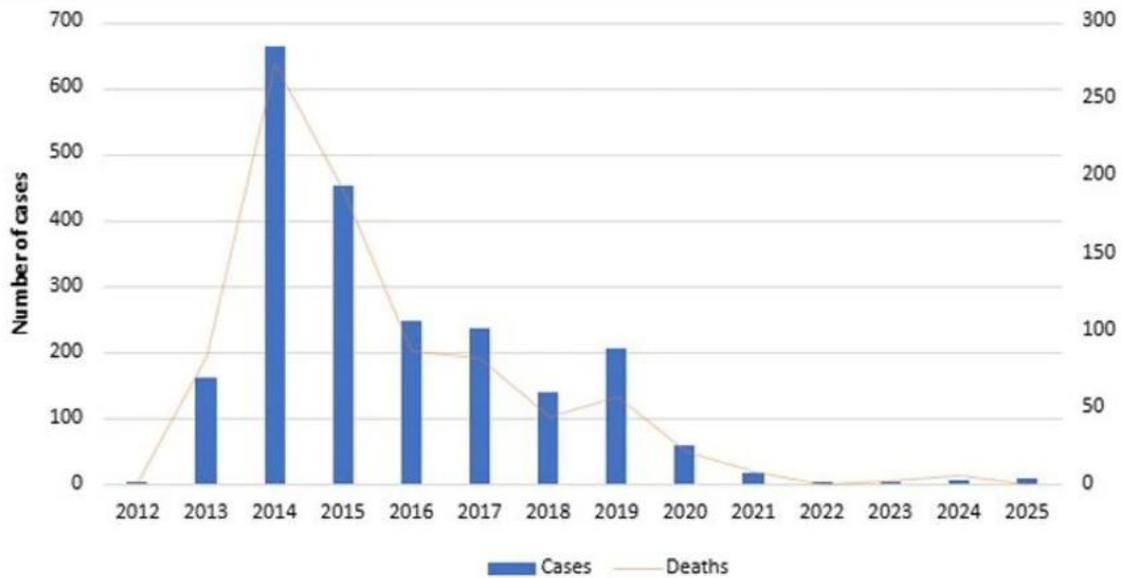


Tabla 1: Casos de MERS-CoV notificados por Arabia Saudita entre el 1 de marzo y el 21 de abril de 2025

Case number	Region of residence	Age in years	Health and care worker	Exposure	Date of symptom onset	Date of first hospitalization	Date of lab confirmation	Health status
Case 1	Hail	>65	No	Indirect contact with camels	20/2/2025	23/2/2025	1/3/2025	Died
Case 2	Riyadh	18-65	No	no known history of contact with camels or camel products	31/3/2025	31/3/2025	3/4/2025	Died
Case 3	Riyadh	>65	No	had no known history of contact with camels or camel products	3/4/2025	6/4/2025	6/4/2025	Recovered
Case 4	Riyadh	18-65	Yes	2nd case	Asymptomatic	Not applicable	7/4/2025	Recovered
Case 5	Riyadh	18-65	Yes	2nd case	11/4/2025	Not applicable	12/4/2025	Recovered
Case 6	Riyadh	18-65	Yes	2nd case	Asymptomatic	Not applicable	13/4/2025	Recovered
Case 7	Riyadh	18-65	Yes	2nd case	Asymptomatic	Not applicable	13/4/2025	Recovered
Case 8	Riyadh	18-65	Yes	2nd case	Asymptomatic	Not applicable	14/4/2025	Recovered
Case 9	Riyadh	18-65	Yes	2nd case	16/4/2025	16/4/2025	16/4/2025	Recovered

Figura 2: Curva epidémica de infecciones por MERS-CoV (n=2218) y muertes (n=865) notificadas en Arabia Saudita entre 2012 y 2025

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON569>

X.3. Sarampión – Marruecos

Recibido a través del CNE el 13/05/2025.

Desde finales de 2023, Marruecos ha estado experimentando un brote generalizado de sarampión. Los primeros casos se notificaron en provincias limitadas de la región de Souss Massa, en el centro de Marruecos, antes de propagarse a otras provincias dentro de la región durante el primer trimestre de 2024 y, posteriormente, a otras regiones del país.

Desde el 1 de octubre de 2023 hasta el 13 de abril de 2025, se notificaron más de 25.000 casos sospechosos de sarampión en las 12 regiones del país, de los cuales 13.706 fueron confirmados por laboratorio y 184 personas fallecieron.

Durante la semana que finalizó el 27 de abril de 2025, Marruecos notificó 995 casos sospechosos de sarampión, lo que representa una tasa de incidencia de 2,7 por cada 100.000 habitantes. Si bien se registró un pico nacional de incidencia en la semana 4 de 2025 (semana que finalizó el 25 de enero), se ha observado una tendencia descendente en el número de casos durante diez semanas consecutivas, a partir de la semana 5 de 2025.

La distribución de los casos por sexo ha sido casi equitativa, con un 50,7% de los casos en hombres y un 49,3% en mujeres. Entre el 1 de enero de 2024 y el 28 de febrero de 2025, el 68% de los casos se produjeron en personas menores de 18 años, y el 49% de todos los casos se notificaron en personas no vacunadas.

La caracterización genómica de las muestras del virus del sarampión recogidas durante el brote de 2024-2025 reveló la circulación exclusiva del genotipo B3, común en muchas partes de África y asociado a brotes a nivel mundial. Un caso aislado se asoció al genotipo D8, lo que probablemente indica una importación esporádica, sin evidencia de transmisión local sostenida.

La vacuna contra el sarampión se introdujo en el calendario nacional de vacunación de Marruecos en 2003 y actualmente se administra en dos dosis: la primera a los 9 meses de edad y la segunda entre los 15 y 18 meses. Según las estimaciones de cobertura de inmunización nacional de la OMS/UNICEF (WUENIC), Marruecos ha reportado una cobertura con dos dosis de la vacuna contra el sarampión (MCV2) superior al umbral del 95% requerido para alcanzar el objetivo de eliminación. Sin embargo, este umbral no se ha alcanzado en los últimos tres años.

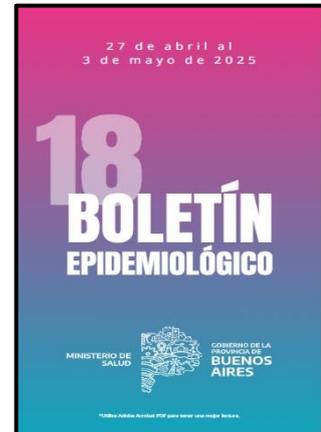
Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON568>

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

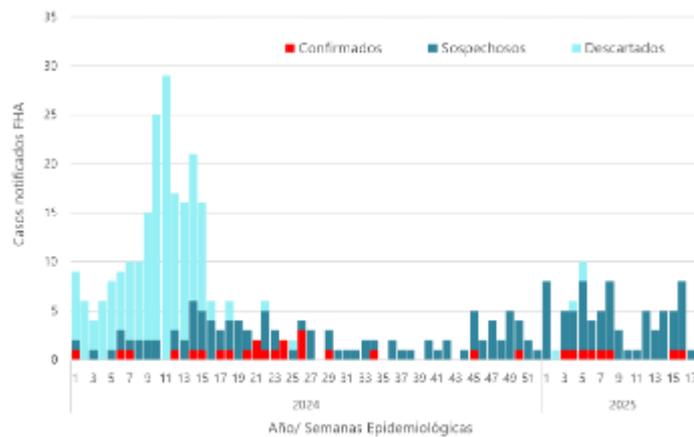
XI. Boletines Jurisdiccionales

XI.1. Buenos Aires: Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)

En lo que va del año 2025 se notificaron en la provincia 83 casos sospechosos hasta la segunda semana de abril (SE 18), de los cuales 8 fueron confirmados por laboratorio, 4 descartados y 71 sospechosos. Los casos confirmados se concentran principalmente en el partido de San Nicolás.



Casos notificados de Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) por semana epidemiológica. PBA, año 2024 y SE 1 a SE 18 de 2025. n= 83



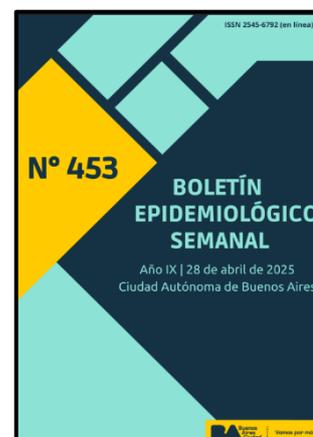
Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

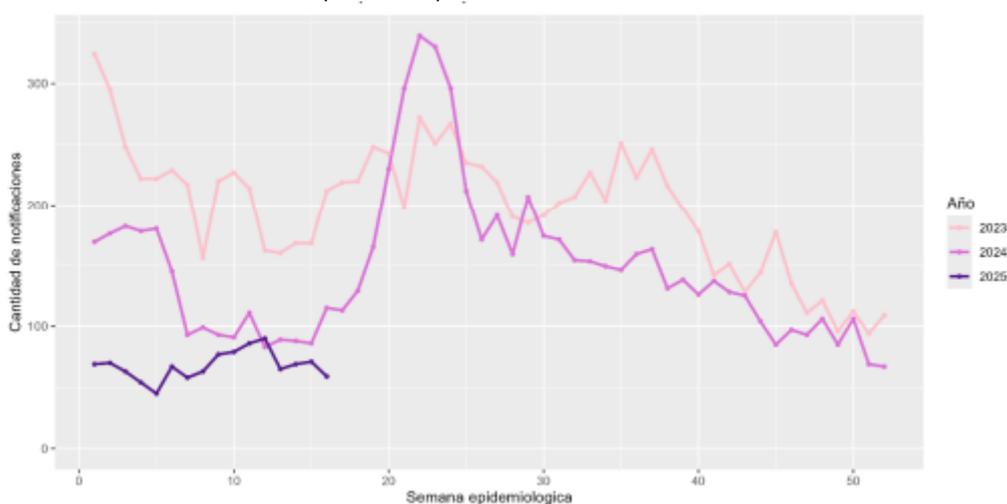
https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

XI.2. CABA: Vigilancia de infecciones respiratorias, eventos de abordaje en internación

Se presenta información proveniente de eventos de notificación nominal. Se observa que el año 2024, así como el 2023 ha iniciado con un incremento de la notificación de eventos respiratorios asociados a internación -la cual se asocia a COVID-19-, que luego ha descendido, que luego se ha registrado en el otoño de 2024 una elevación de los casos asociadas especialmente a influenza, que luego ha descendido, ubicándose actualmente para 2025 en niveles inferiores a los registrados en esta época del año para 2023 y 2024, aunque con un incremento desde la SE8/2025.



Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias en eventos asociados a internación. Residentes CABA. Años 2023-24-25 (N = 19052)



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

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

XI.3. Entre Ríos: Eventos de notificación obligatoria notificados (ENOs)

Se confirman cinco (5) casos de Otras Infecciones Invasivas (OII) en pacientes oriundos de la localidad de Concordia y uno (1) oriundo de la localidad de Estancia Grande, con rescate de: uno (1) *Escherichia coli*, cuatro (4) *Staphylococcus aureus* meti R. y uno (1) *Serratia marcescens*.



Eventos de notificación obligatoria en Entre Ríos notificados durante la SE 19.

Eventos de notificación obligatoria			
Eventos notificados durante la SE 19			
Departamento	Localidad	Evento	N°
Colón	San José	Chikungunya/Enfermedad Febril Exantemática (EFE)	1
Concordia	Concordia	Otras infecciones invasivas (OII)	5
	Estancia Grande	Otras infecciones invasivas (OII)	1
Diamante	Villa Libertador San Martín	Hantavirus	1
Federación	San Jaime de la Frontera	Hidatidosis	1
Federal	Federal	Chikungunya	1
		Oropuche	1
Feliciano	Feliciano	Psitacosis	1
Gueleguaychú	Gueleguaychú	Encefalitis de San Luis (ESL)	1
		Hantavirus/Leptospirosis/Psittacosis	1
		Meningoencefalitis	1
La Paz	Distrito Yaso	Chikungunya	1
	Bovril	Chikungunya	1

Fuente: Elaboración por la Residencia de Epidemiología del Ministerio de Salud de Entre Ríos. en base a datos del SNVS 2.0

Para más información:

<https://portal.entrerios.gov.ar/salud/pf/deptovigilancia/9957>

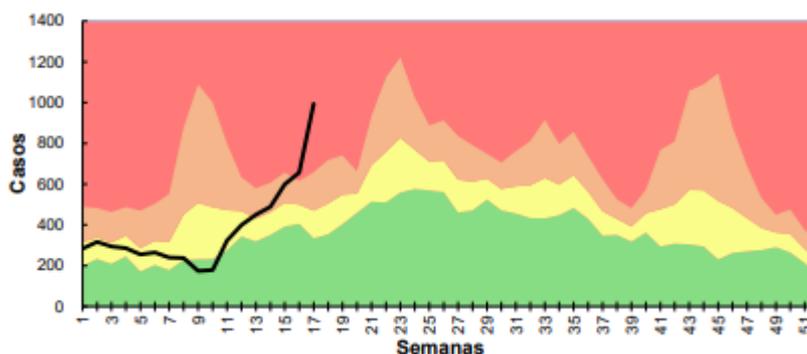
XI.4. Salta: Enfermedad tipo influenza (ETI)

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) constituyen una importante causa de morbilidad, fundamentalmente entre los niños menores de cinco años, las personas mayores de 65 años y aquellas que presentan ciertas condiciones que aumentan el riesgo para desarrollar complicaciones que pueden derivar en formas graves.

La vigilancia epidemiológica de las IRAs resulta esencial para detectar precozmente el ascenso estacional del número de casos en cualquier época del año y lugar del país, o la ocurrencia de eventos inusitados; la identificación de los grupos poblacionales afectados; y la frecuencia, distribución y características de los agentes etiológicos involucrados. Dicha información permite direccionar las acciones de promoción, prevención y control, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los servicios de atención en particular, y del sector salud en su conjunto.



Corredor endémico semanal de enfermedad tipo influenza (ETI) – Años 2018 a 2024. SE 17 2025. Provincia de Salta. (n=6443)



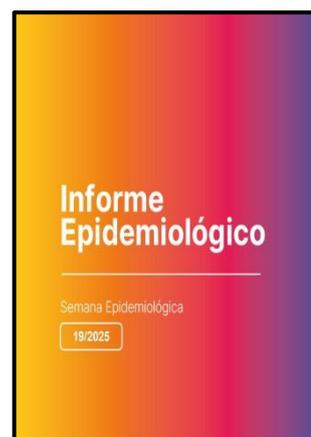
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este gráfico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante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

Para más información:

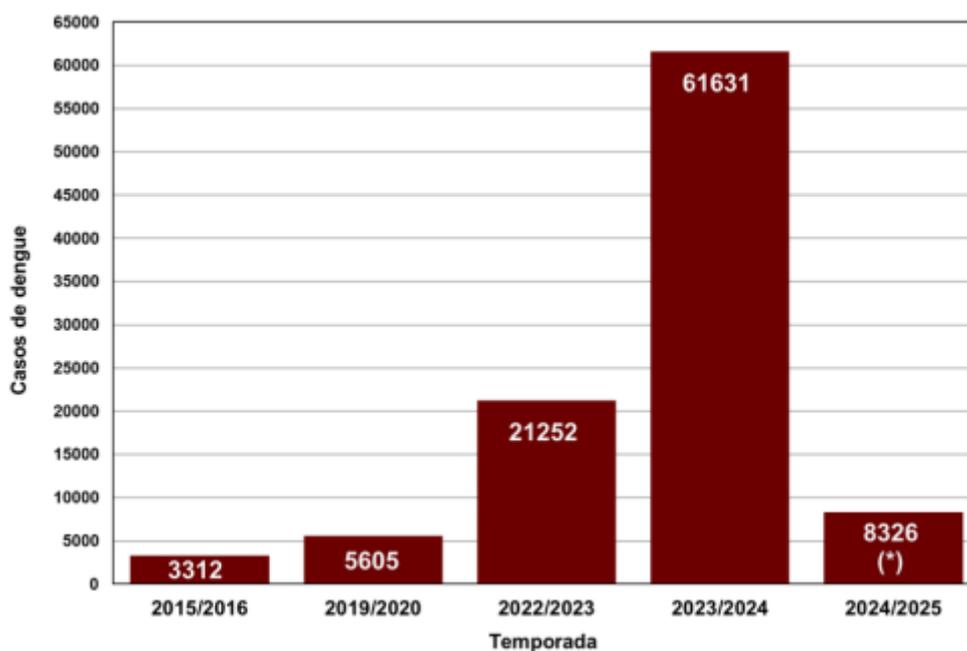
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

XI.5. Santa Fe: Dengue

En el país se informaron distintas temporadas epidémicas (2015/2016 – 2019/2020 – 2022/2023 y 2023/2024). A continuación, se presenta la cantidad de casos confirmados en la provincia de Santa Fe, por cada una de las temporadas mencionadas (SE31 hasta SE30) y lo que va de la actual temporada 2024-2025 que comprende desde la SE31/2024 hasta la SE19/2025, por lo que es necesario considerar que no se refleja aún el cierre de la temporada actual sino lo confirmado hasta el presente informe.



Casos acumulados de Dengue en temporadas epidémicas. Provincia de Santa Fe



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 10/05/2025.

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)

XI.6. Tierra del Fuego: Diarrea aguda

Hasta la semana epidemiológica (SE) 19 en 2025 se notificaron 2.679 casos de diarrea aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2024, se observa un aumento del 6,5% de los casos registrados a nivel provincial.

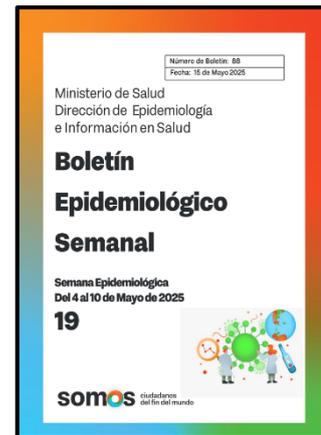


Tabla de diarreas agrupadas. Años 2024 y 2025.

	SE 19 / Año 2024	SE19/Año 2025	% Variación interanual
Río Grande	1102	1174	↑ 6.5
Tolhuin	90	94	↑ 4.4
Ushuaia	1324	1411	↑ 6.6
Tierra del Fuego	2516	2679	↑ 6.5

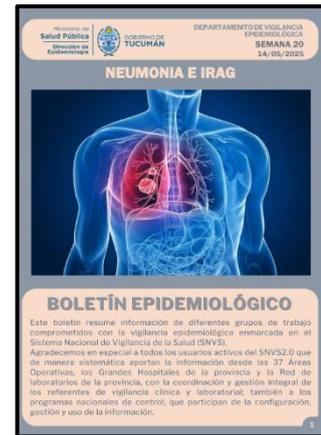
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología e Información en Salud. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS con datos del SNVS 2.0.

Para más información comunicarse:

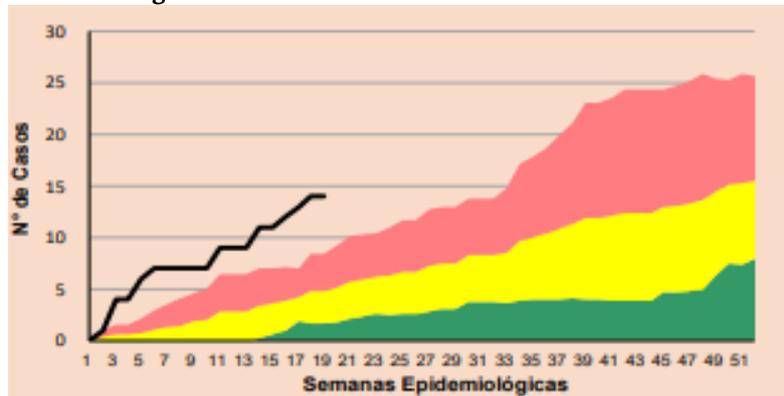
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/>

XI.7. Tucumán: Meningitis bacterianas.

La vigilancia epidemiológica, tiene como objetivo monitorear el comportamiento de la ENOS (Enfermedades de Notificación Obligatoria).



Corredor endémico de meningitis bacterianas. SE 17. Tucumán. Año 2025.



Fuente: Dirección de Epidemiología.

Para más información comunicarse al mail:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

XII. 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 hasta **mayo** 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
Mayo	Enfermedad Febril Exantemática-EFE (Sarampión/Rubéola)	Laboratorio	Determinaciones /Técnicas	Se adicionó la determinación "IgM anti Dengue (Diferencial)" asociada a la técnica "ELISA"
Mayo	Listeriosis	Evento	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Caso probable"
Mayo	Rickettsiosis	Evento	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Caso sospechoso"
Mayo	Sífilis - RN expuesto en investigación	Evento	Dispara Alerta	Se adicionó la opción para disparar alertas a pedido de las jurisdicciones
Mayo	Toxoplasmosis en gestantes	Laboratorio	Muestras	Se adicionó la opción "Líquido amniótico"
Mayo	Vigilancia genómica de SARS-COV-2	Laboratorio	Resultados	Se adicionó la opción "Omicron LP.8.1 (VUM)"

XIII. Información relevante

XIII.1. Candidiasis sistémica

En función del aumento sostenido de aislamientos de *Candida parapsilosis* resistentes al fluconazol en diferentes regiones del país, se informa que se ha **actualizado la estructura del evento “Candidiasis sistémica” en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)**.

La modificación responde a los hallazgos técnicos presentados en la **Comunicación Epidemiológica N.º 4/2024**, y tiene como objetivo fortalecer la detección, el análisis y la respuesta frente a perfiles emergentes de resistencia a antifúngicos.

A partir de esta actualización, los equipos de vigilancia podrán registrar los casos bajo la siguiente modalidad:

Grupo de eventos: Micosis sistémicas oportunistas

Evento: Candidiasis sistémica

Se destaca la importancia de la notificación oportuna y sistemática de estos casos, ya que permite fortalecer la vigilancia del evento y orientar de manera adecuada las estrategias de prevención, control y respuesta frente a infecciones fúngicas asociadas al cuidado de la salud.

El documento completo puede consultarse en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/-310404_comunicacion_epidemiologica-aumento_de_la_resistencia_al_fluconazol_en_candida_vf.pdf

XIII.2. Actualización de la normativa de hantavirus

Mediante la Circular “Actualización de normas para la vigilancia de hantavirus - Mayo 2025” se actualizó la normativa para este evento. El texto completo de la norma puede consultarse en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

XIV. 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.

XIV.1. Información detallada sobre la residencia:

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

XIV.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.

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

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

XV. 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.direpinacion@gmail.com

XVI.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>

XVII. 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>