



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° 753

Semana epidemiológica 16
AÑO 2025
Desde 13/04 al 19/04
Fecha de publicación
28/04/2025

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

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES

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

EVENTOS PRIORIZADOS

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

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

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

Informe Coqueluche: María Paz Rojas Mena¹, Lara Victoria Gomez¹, Mariel Caparelli¹, Carlos Giovacchini⁹, Claudia Lara¹⁰.

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

Franco Ormeño Mazzochi¹.

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, Mariel Caparelli¹, Ana Laura Parenti¹, Paula Rosin¹, Guillermina Pierre¹, Juan Pablo Ojeda¹, Julio Tapia¹.

Compilación: Sebastián Riera¹, Franco Ormeño Mazzochi¹.

Coordinación General: Cecilia González Lebrero¹ y 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 Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

⁶ Servicio Meteorológico Nacional

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

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

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

¹⁰ Servicio de Bacteriología Clínica, 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:

Toser sobre el pliegue del codo y lavarse frecuentemente las manos es una de las mejores formas de prevenir la propagación de enfermedades respiratorias. Foto Tomada del banco de Imágenes del Ministerio de Salud de la Nación.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°753, SE 16.

I. Sobre este BEN

En este número del Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) se presenta la información consolidada de los eventos de notificación obligatoria (ENO) reportados por todas las jurisdicciones del país, incluyendo eventos nominales confirmados, eventos notificados y confirmados, y eventos agrupados clínicos y laboratoriales. La organización de los datos y su presentación comparativa respecto de años anteriores permite una mejor interpretación de la situación epidemiológica.

Se destaca en esta edición la actualización epidemiológica de coqueluche en Argentina, que describe la evolución de la enfermedad entre 2019 y 2025, detallando la situación actual, las coberturas de vacunación y las medidas de prevención y control.

Además, se incorpora un informe especial sobre un brote de fiebre tifoidea (*Salmonella Typhi*) en Ciudadela, Provincia de Buenos Aires. Este apartado incluye el análisis de los antecedentes, la situación epidemiológica actual, las medidas de vigilancia y control implementadas, y recomendaciones dirigidas tanto a la población general como a los equipos de salud para prevenir nuevos casos y fortalecer la respuesta.

También se actualizan las principales situaciones epidemiológicas emergentes, con información sobre la situación de sarampión, dengue y otros arbovirus, así como sobre las infecciones respiratorias agudas. Estos apartados incluyen datos nacionales y regionales, análisis de tendencias y recomendaciones para la vigilancia y prevención de brotes. Finalmente, esta edición incluye alertas epidemiológicas internacionales, actualizaciones en herramientas de vigilancia y novedades en la oferta formativa destinada al fortalecimiento de las capacidades locales en epidemiología y salud pública.

Contenido

I. Sobre este BEN	5
TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS	8
II. Tablas de ENO seleccionados	9
II.1. Introducción	9
II.2. Nota metodológica	9
II.2.A. Sobre la construcción de las tablas	9
II.2.B. Notas adicionales a tener en cuenta	10
II.3. Eventos nominales confirmados	10
II.4. Eventos nominales notificados y confirmados	12
II.5. Eventos agrupados clínicos	13
II.6. Eventos agrupados laboratoriales	15
II.6.A. Sobre la construcción de esta tabla	15
SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES	16
III. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión	17
III.1. Introducción	17
III.2. Situación epidemiológica mundial y regional	17
III.3. Situación actual en Argentina	19
III.3.A. Casos confirmados de sarampión en Argentina - 2025	22
III.4. Recomendaciones para la comunidad	25
III.5. Recomendaciones para los equipos de salud	25
III.5.A. Medidas de prevención	26
III.5.B. Medidas ante casos y contactos	27
EVENTOS PRIORIZADOS	29
IV. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	30
IV.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus	30
IV.1.A. Subregión Cono Sur	30
IV.2. Situación de dengue en Argentina	33
IV.2.A. Situación histórica	33
IV.2.B. Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras arbovirosis	35
IV.2.C. Temporada actual	35
IV.2.D. Distribución según región, jurisdicción y departamento	37
IV.2.E. Situación según serotipos circulantes	41
IV.2.F. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo”	42
IV.2.G. vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue	43
IV.2.H. Favorabilidad para brotes de Dengue	44
IV.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus	45
IV.3.A. Situación epidemiológica de fiebre amarilla en argentina	47
IV.4. Vigilancia entomológica	47
IV.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición	48
IV.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) -SE17 (2025)	48
IV.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios	52
V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	54
V.1. Nota Metodológica	54
V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	54
V.3. Síntesis de la información nacional destacada	55
V.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	55
V.3.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados	55
V.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	56
V.4.A. Enfermedad tipo influenza (ETI)	56
V.4.B. Neumonía	57
V.4.C. Bronquiolitis	59
V.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios	60
V.5.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas	63
ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS	65
VI. Coqueluche- Informe Epidemiológico	66

VI.1.	Introducción	66
VI.2.	Nota Metodológica	66
VI.3.	Situación Internacional/Regional	67
VI.4.	Situación epidemiológica en Argentina	68
VI.4.A.	SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2019-2024	68
VI.4.B.	SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL	71
VI.5.	Coberturas de Vacunación	74
VI.6.	Vigilancia Epidemiológica	76
VI.6.A.	Objetivos de la vigilancia	76
VI.6.B.	Definiciones y clasificaciones de caso	77
VI.6.C.	Notificación	78
VI.7.	Medidas de Prevención	78
VI.8.	Medidas ante casos	78
VI.9.	Consideraciones sobre el diagnóstico	80
INFORMES ESPECIALES.....		82
VII.	Comunicación epidemiológica: Brote de Fiebre Tifoidea, Ciudadela, Provincia de Buenos Aires	83
VII.1.	Situación actual y antecedentes	83
VII.2.	Antecedentes en Argentina	84
VII.2.A.	Recomendaciones para la población	84
VII.3.	Vigilancia epidemiológica de Fiebre Tifoidea	84
VII.3.A.	Objetivos:	84
VII.3.B.	Definición y clasificaciones de caso	84
VII.3.C.	Notificación	85
VII.4.	Medidas ante casos	86
VII.5.	Monitoreo salud ambiental	86
VII.6.	Recomendaciones para la población	87
VII.7.	Recomendaciones para personas en tratamiento por Fiebre Tifoidea	89
ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES		90
VIII.	Introducción	91
VIII.1.	Influenza aviar A(H5N1)	92
VIII.2.	Alerta epidemiológica: Influenza estacional y otros virus respiratorios en el hemisferio sur	93
I.1.A.	Resumen de la situación en la Región de las Américas	93
VIII.2.A.	Subregión Andina	93
VIII.2.B.	Subregión de Brasil y el Cono Sur	93
VIII.3.	Actualización Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas	96
VIII.3.A.	Resumen de la situación	96
VIII.4.	Emergencia Sanitaria por fiebre amarilla en Colombia. (recomendación no restrictiva para viaje)	102
VIII.4.A.	Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 691 de 2025.	102
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES		105
IX.	Boletines Jurisdiccionales	106
IX.1.	Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA)	106
IX.2.	Chubut: Enfermedad tipo influenza (ETI)	107
IX.3.	Salta: Bronquiolitis	108
IX.4.	Santa Fe: Dengue	109
IX.5.	Tierra del Fuego: Diarreas	110
IX.6.	Tucumán: Síndrome febril inespecífico	111
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA		112
X.	Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	113
X.1.	Información relevante: enteroparasitosis	113
XI.	Residencia Nacional en Epidemiología y el Concurso de Ingreso 2025.	115
XI.1.A.	Información detallada sobre la residencia:	115
XI.1.B.	Profesiones habilitadas a concursar:	115
XI.1.C.	Publicación de información definitiva del Concurso Unificado:	115
XII.	1º Edición del Curso: "Vigilancia y notificación de dengue"	116
XIII.	4º Edición del Curso Virtual "Introducción al SNVS 2.0"	117
XIV.	7º Edición: Curso Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud	118

TABLAS DE
EVENTOS DE
NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA
SELECCIONADOS

II. Tablas de ENO seleccionados

II.1. Introducción

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

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

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

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

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

- **Primera tabla:** Muestra **27** eventos en los que solo se presentan los **casos nominales confirmados**, ya que la notificación en sí misma no es un criterio central de vigilancia en estos casos. Es decir, para estos eventos, el enfoque está en los casos confirmados más que en los sospechosos.
- **Segunda tabla:** Contiene **25 eventos nominales** donde se considera relevante tanto la sospecha como la notificación en general, antes de caracterizar los casos confirmados.
- **Tercera tabla:** presenta **23 eventos agrupados clínicos**, contruidos a partir del conteo de casos según grupo de edad y componente clínico.
- **Cuarta tabla:** muestra **5 eventos agrupados laboratoriales**, basados en el conteo de casos por grupo etario, considerando muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como las que resultaron positivas.

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

II.2. Nota metodológica

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

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

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

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

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

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

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

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

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

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

II.3. Eventos nominales confirmados

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

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-16. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-16	2025 Acumulados SE 1-16	Diferencias 2025 con mediana 2020- 2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	2	2	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	66	61	-5	-8%
Enf. zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	2.779	5.577	2.798	101%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	150	201	51	34%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	63	71	8	13%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	2	2	0	0%
	Cisticercosis	2	4	2	100%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.056	3.665	1.609	78%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	216	403	187	87%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	12	29	17	142%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	4	13	9	225%
	Brucelosis	34	37	3	9%
	Hantavirusosis	25	24	-1	-4%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	9	6	200%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	457	491	34	7%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	4	6	2	50%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	1	14	13	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	0	15	15	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	0	0	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	3.376	3.376	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	298	298	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	182	182	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	3.081	3.976	895	29%

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.

Fe de erratas - Boletín Epidemiológico Nacional

En relación con los eventos publicados en ediciones recientes del Boletín Epidemiológico Nacional, se informan a continuación las siguientes correcciones:

Parotiditis: Los datos difundidos en las ediciones anteriores corresponden únicamente a casos notificados bajo modalidad nominal, vigente desde el año 2024. Por un error de omisión, no se incluyeron los registros históricos de carga agrupada (2018-2023), imprescindibles para el análisis de tendencias. Por esta razón, se ha decidido suspender temporalmente la publicación del evento hasta tanto se integren y consoliden ambas modalidades de carga.

Legionella y Tuberculosis: En la edición anterior del BEN (752), se identificó un error en la asignación de los datos: los datos publicados como correspondientes a Legionella eran, en realidad, los de Tuberculosis, mientras que los datos publicados como Tuberculosis correspondían a la semana epidemiológica previa. Este error ha sido subsanado en la versión corregida del boletín.

Esta fe de erratas forma parte del compromiso del equipo editorial con la transparencia, la calidad de la información publicada y la mejora continua del sistema de vigilancia. Agradecemos la comprensión de las personas usuarias del Boletín y reiteramos nuestra disposición para seguir fortaleciendo la confiabilidad y utilidad de este instrumento.

II.4. Eventos nominales notificados y confirmados

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

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-16. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024		2025		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Mediana acumulados SE 1-16		Acumulados SE 1-16		Notif.	%	Conf.	%
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.				
Enf. prevenibles por vacunas	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	292	1	2.648	21	2.356	807%	20	N/A
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	292	0	2.648	0	2.356	807%	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	585	281	843	273	258	44%	-8	-3%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomiélitis	44	0	32	0	-12	-27%	0	N/A
Enf. Transmisibles por vectores	Dengue	49.146	28.825	41.672	12.300	-7.474	-15%	-16.525	-57%
	Encefalitis de San Luis	117	4	144	0	27	23%	-4	-100%
	Fiebre amarilla humana	84	0	117	0	33	39%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	13	0	35	0	22	169%	0	N/A
	Zika	913	0	631	0	-282	-31%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	81	22	83	26	2	2%	4	18%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.000	28	995	84	-5	-1%	56	200%
	Psitacosis	131	29	357	79	226	173%	50	172%
ETMI - Enf. del niño	Chagas agudo congénito	433	21	468	22	35	8%	1	5%
	Sífilis Congénita	852	279	269	259	-583	-68%	-20	-7%
	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	849	810	587	478	-262	-31%	-332	-41%
	Sífilis en embarazadas	3.101	2.697	3.566	3.366	465	15%	669	25%
	Hepatitis B en embarazadas	0	18	45	9	45	N/A	-9	-50%
Hepatitis virales	Hepatitis A	46	10	108	52	62	135%	42	420%
	Hepatitis B	804	202	971	214	167	21%	12	6%
	Hepatitis C	750	348	702	403	-48	-6%	55	16%
	Hepatitis E	12	1	8	1	-4	-33%	0	0%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	9.135	6.754	15.083	12.871	5.948	65%	6.117	91%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	113	47	170	134	57	50%	87	185%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	0	0	72	13	72	N/A	13	N/A

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

II.5. Eventos agrupados clínicos

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

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

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

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

Tabla 3. Tabla de agrupados clínicos. SE 1-16. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-16	2025 Acumulados SE 1-16	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmitidas por alimentos	Diarrea	272.430	246.205	-26.225	-10%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	676	552	-124	-18%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	184	135	-49	-27%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	13.409	9.183	-4.226	-32%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	230.911	171.977	-58.934	-26%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	13.216	11.631	-1.585	-12%
	Neumonía (sin especificar)	19.091	13.753	-5.338	-28%
Lesiones	Siniestros viales - Peatón	0	1.358	1.358	N/A
	Siniestros viales - Ciclista	0	1.062	1.062	N/A
	Siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	7.946	7.946	N/A
	Siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	0	573	573	N/A
	Siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	0	1.905	1.905	N/A
	Mordedura de perro en la vivienda	2	1.958	1.956	N/A
	Mordedura de perro sin especificar	21	9.810	9.789	N/A
	Mordedura de perro desconocido en la vía pública	1	2.013	2.012	N/A
	Mordedura de perro conocido en la vía pública	3	839	836	N/A
	Electrocución	0	218	218	N/A
	Atragantamiento	0	258	258	N/A
	Caídas y golpes	0	21.005	21.005	N/A
	Cortes y quemaduras	0	7.815	7.815	N/A
	En el hogar sin especificar	0	11.164	11.164	N/A
	Ahogamiento por inmersión	0	176	176	N/A
Otras en el hogar	0	7.830	7.830	N/A	

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

II.6. Eventos agrupados laboratoriales

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

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

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

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

Tabla 4. Tabla de eventos agrupados laboratoriales. SE 1-16. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-16		2025 Acumulados SE 1-16		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	1.180	67	927	55	-253	-21%	-12	-18%
	Infección por <i>Mycoplasma genitalium</i>	203	3	193	6	-10	-5%	3	100%
	Infección por <i>Mycoplasma hominis</i>	702	73	735	114	33	5%	41	56%
	Infección por <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	4.786	178	1.341	112	-3.445	-72%	-66	-37%
	Infección por <i>Trichomonas vaginalis</i>	8.078	804	3.753	546	-4.325	-54%	-258	-32%

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.

SITUACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS
EMERGENTES

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

III.1. Introducción

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

III.2. Situación epidemiológica mundial y regional

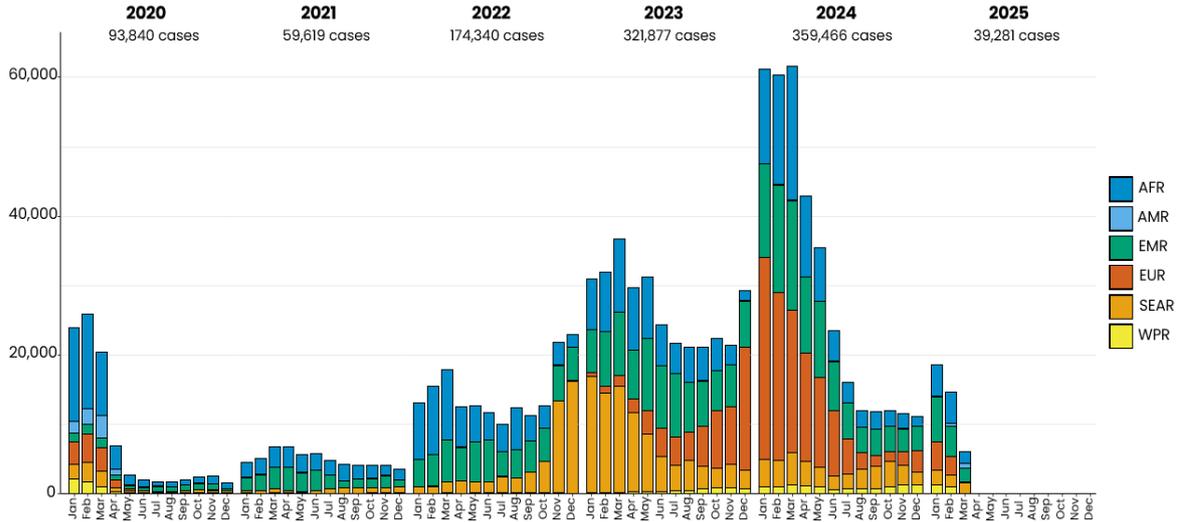
En los años 2023 y 2024 se observa un aumento de casos de sarampión a nivel mundial, respecto al año 2022. En 2025, entre la SE 1 y la SE 11, en la Región de las Américas, 507 casos han sido confirmados, incluyendo dos defunciones⁵.

Según el CDC⁶, en Estados Unidos de América hasta el 17 de abril del 2025, 25 jurisdicciones (Alaska, Arkansas, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawaii, Indiana, Kansas, Kentucky, el estado de Nueva York, la Ciudad de Nueva York, Maryland, Michigan, Minnesota, Nueva Jersey, Nuevo México, Ohio, Oklahoma, Pensilvania, Rhode Island, Tennessee, Texas, Vermont y Washington) notificaron un total de 800 casos de sarampión. En el 2025, se han notificado 10 brotes (definidos como 3 o más casos relacionados) y el 94% de los casos (751 de 800) 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.

⁵<https://www.paho.org/es/documentos/evaluacion-riesgo-para-salud-publica-relacionada-con-sarampion-implicaciones-para-region>

⁶ <https://www.cdc.gov/measles/es/data-research/index.html>

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



Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Abril 2025. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (consultado 25/04/2025)

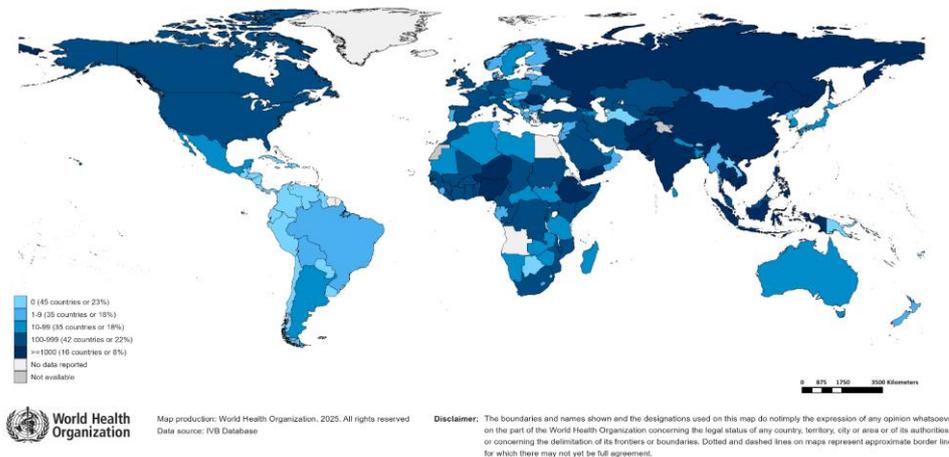
Tabla 1. Casos de sarampión según región y por mes de la OMS. Año 2025.

Region	Member States*	Suspected MR cases	Measles cases	Clin	Epi	Lab	Date Received
AFR	37/47	19,678	10,623	2,882	3,238	4,503	2025-04
AMR	24/35	3,339	1,267	0	185	1,082	2025-04
EMR	19/21	19,062	12,867	6,210	382	6,275	2025-04
EUR	43/53	9,747	6,841	1,592	2,048	3,201	2025-04
SEAR	11/11	24,486	5,498	2,863	624	2,011	2025-04
WPR	22/27	5,756	2,185	687	2	1,496	2025-04
Total	156/194	82,068	39,281	14,234	6,479	18,568	

Region	Jan	Feb	Mar	Apr
AFR	4,400	4,528	1,695	0
AMR	120	383	738	26
EMR	6,522	4,367	1,974	4
EUR	4,076	2,723	42	0
SEAR	2,150	1,717	1,631	0
WPR	1,247	938	0	0
Total	18,515	14,656	6,080	30

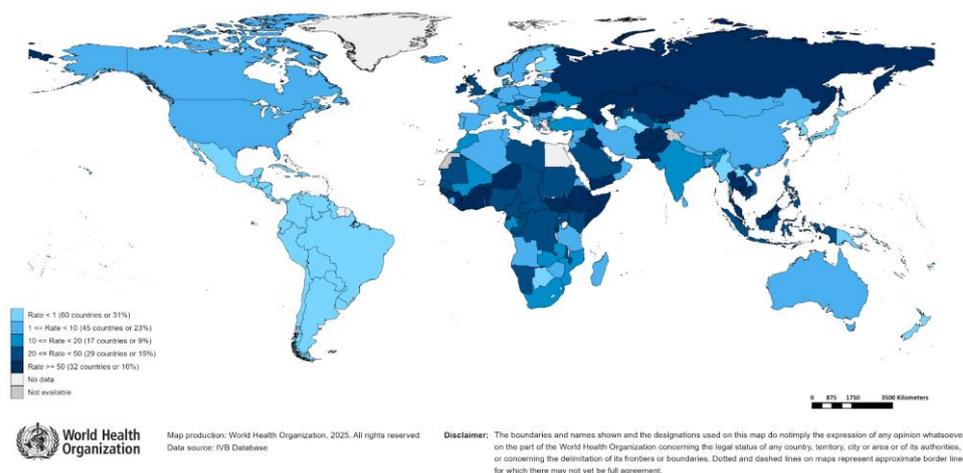
Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Abril 2025. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (consultado 25/04/2025)

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



Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Abril 2025. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (consultado 25/04/2025)

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



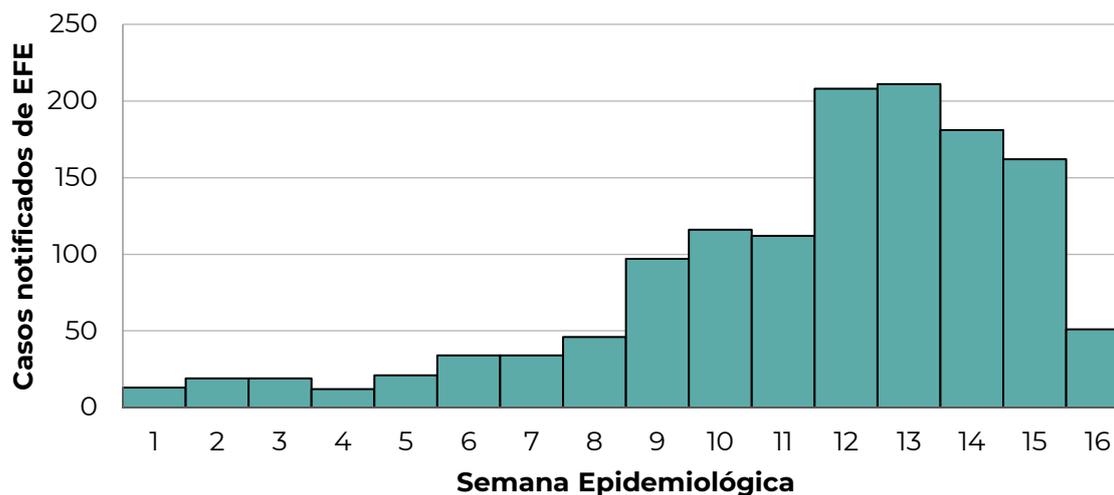
Fuente: OMS. Measles and Rubella Global Update. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=> (consultado 25/04/2025)

III.3. Situación actual en Argentina

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 1336 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el país. A partir de la semana 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 22 casos de sarampión en el país, de los cuales 12 corresponden a la provincia de Buenos Aires y 10 a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Del total, tres casos fueron importados y seis presentan un vínculo estrecho con estos casos importados. En nueve casos, la investigación epidemiológica permitió reconstruir el nexo de transmisión, mientras que cuatro casos se encuentran en investigación para determinar su posible relación con las cadenas de transmisión vinculadas a casos importados.

Gráfico 1. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE16 de 2025. N= 1336



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 *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita 2018-2023*⁷ de la OMS nombra como línea estratégica de acción 2: Fortalecer la capacidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita. Dentro de esa línea se encuentra el Objetivo 2.1 *Monitorear la calidad y la sensibilidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita*, donde se encuentran los siguientes indicadores para lograrlo:

2.1.1 Número de países que cumplen con la **tasa anual mínima** establecida de casos sospechosos de sarampión/rubéola (al menos 2 casos sospechosos de sarampión/rubéola por 100.000 habitantes al año) y con al menos tres de los otros cinco indicadores:

- 1) Al menos el 80% de los casos sospechosos reciben investigación adecuada.
- 2) Al menos en 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) Tasa anual de casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita (1 por 10.000 nacidos vivos).

A continuación, se muestra la tabla con los casos confirmados por provincias, además de la tasa esperada por jurisdicción y como es el cumplimiento de las mismas a la fecha.

⁷ <https://www.paho.org/es/documentos/cd61inf6-plan-accion-para-sostenibilidad-eliminacion-sarampion-rubeola-sindrome-rubeola>

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 SE16 de 2025⁸.

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	12	769	4,2	115	367
CABA	10	340	11,0	19	62
Catamarca		11	2,5	3	9
Chaco		6	0,5	8	25
Chubut		14	2,1	4	13
Córdoba		36	0,9	25	79
Corrientes		6	0,5	7	23
Entre Ríos		20	1,4	9	29
Formosa		1	0,2	4	13
Jujuy		23	2,8	5	16
La Pampa		8	2,1	2	7
La Rioja		1	0,2	3	8
Mendoza		35	1,7	13	42
Misiones			0,0	8	27
Neuquén		2	0,3	4	14
Río Negro		4	0,5	5	16
Salta		7	0,5	9	30
San Juan		9	1,1	5	16
San Luis		4	0,7	3	11
Santa Cruz		4	1,0	3	8
Santa Fe		21	0,6	23	73
Santiago del Estero		2	0,2	6	21
Tierra del Fuego		1	0,5	1	4
Tucumán		12	0,7	11	36
Total	22	1336	2,8	297	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 4 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 19 de abril 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 115. Por este motivo, las 769 que se constatan en esta jurisdicción (en verde) están por encima de lo esperado. De hecho, al igual que CABA, ambas

⁸ Los casos notificados corresponden a los reportados hasta la SE16, mientras que la información sobre los casos confirmados refleja la más reciente disponible al momento de la elaboración de este boletín epidemiológico.

jurisdicciones superaron las notificaciones de todo el año. Por encima de lo esperado también se encuentran: Catamarca, Chubut, Córdoba, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santa Cruz y Tucumán. La provincia de Tierra del Fuego presenta la misma cantidad de notificaciones que las esperadas (verde más claro).

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

Por último, la cuarta situación (rojo): una sola jurisdicción no presenta sospechas de EFE en lo que va del año. De esta manera no hay sospechas notificadas en Misiones.

III.3.A. CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN EN ARGENTINA - 2025

En Argentina, durante 2025, se han confirmado un total de 22 casos de sarampión distribuidos entre la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y la Provincia de Buenos Aires (PBA). La mayoría de los casos se concentran en la comuna 14 de CABA y en áreas específicas de PBA.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA):

Se han confirmado un total de 10 casos. Siete de ellos están relacionados con los dos primeros casos importados detectados en febrero de este año, ya sea por vínculo directo o por transmisión comunitaria ocurrida en la zona o en una sala de espera hospitalaria. Cinco de los casos residen en un mismo edificio ubicado en la Comuna 14, mientras que un sexto caso también reside en la misma comuna. De acuerdo con la investigación epidemiológica, los otros casos pertenecen a las comunas 1, 4 y 12.

- La transmisión se ha dado principalmente entre convivientes o contactos laborales en áreas de proximidad al caso importado.
- Cuatro de los casos se consideran de transmisión comunitaria debido a la ausencia de un contacto directo identificable con casos confirmados.
- Uno de los casos no cuenta con vínculo comprobado con el resto de los casos. No se pudo obtener secuencias genómicas para establecer algún vínculo con las cadenas de transmisión conocidas.

Provincia de Buenos Aires (PBA):

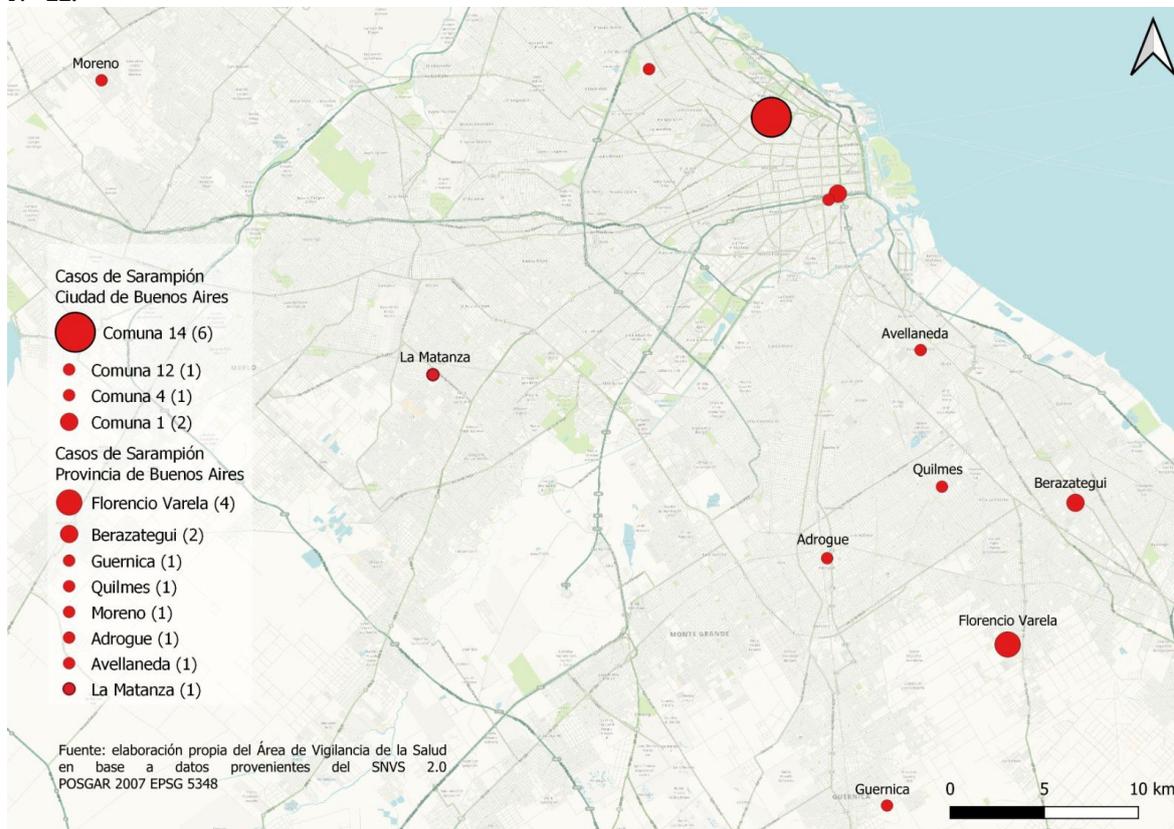
Se han confirmado 12 casos. De éstos, ocho presentan vínculos epidemiológicos claros con los casos de CABA o entre sí.

- 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.
- De los casos confirmados identificados, se pudo establecer el vínculo epidemiológico en todos, excepto en tres, en los cuales aún no ha sido posible determinar el nexo con las cadenas de transmisión conocidas.
- El último caso confirmado corresponde a un caso de Rafael Castillo en el cuál no es posible aún determinar nexo epidemiológico con la cadena de transmisión iniciada en enero de este año.

El análisis de la situación indica un brote activo con cadenas de transmisión bien definidas y algunos casos comunitarios aún sin nexo establecido. La vigilancia epidemiológica se mantiene en curso para identificar contactos, intentar cortar las cadenas de transmisión y minimizar la dispersión del virus.

En el siguiente mapa puede visualizarse la distribución espacial de los casos confirmados.

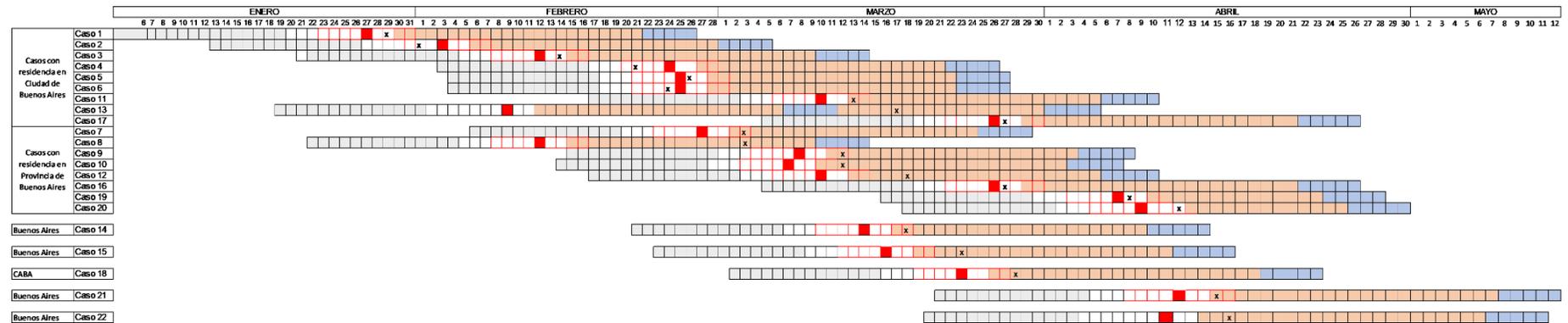
Mapa 1. Distribución espacial de los casos confirmados de Sarampión durante el 2025. AMBA. Argentina. N= 22.



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

A continuación, se describen las líneas temporales de los casos. El caso 14 se presenta por separado ya que corresponde a una nueva cadena de transmisión, siendo un caso importado con antecedente de viaje a Tailandia. Asimismo, los casos 15, 18, 21 y 22 también se muestran por separado, ya que no se ha podido establecer contacto con casos confirmados de las cadenas de transmisión conocidas. Estos casos se encuentran en investigación para identificar la posible fuente de infección.

Figura 1. Líneas temporales de los casos de sarampión.



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

- Busqueda de fuente de infección
- Probable aparición de casos secundarios
- Fecha de inicio de exantema
- Período de transmisibilidad
- Período de seguimiento de contactos
- x** Dia de confirmación

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

Catorce 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**.

Medidas ante brotes

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

III.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.

III.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.

I.1.A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Los casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) constituyen eventos de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación que actualiza las normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria⁹.

⁹ 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)¹⁰ al grupo de eventos Enfermedad Febril Exantemática, con datos completos tanto de identificación, clínicos, epidemiológicos y por laboratorio.

Definición y clasificación de caso:

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

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

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

III.5.A. 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

¹⁰ Para consultas sobre cómo obtener permisos y capacitación para operar en el SNVS 2.0, comunicarse con la autoridad epidemiológica de la jurisdicción o por correo electrónico a epidemiologia@msal.gov.ar

III.5.B. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

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](#)

EVENTOS
PRIORIZADOS

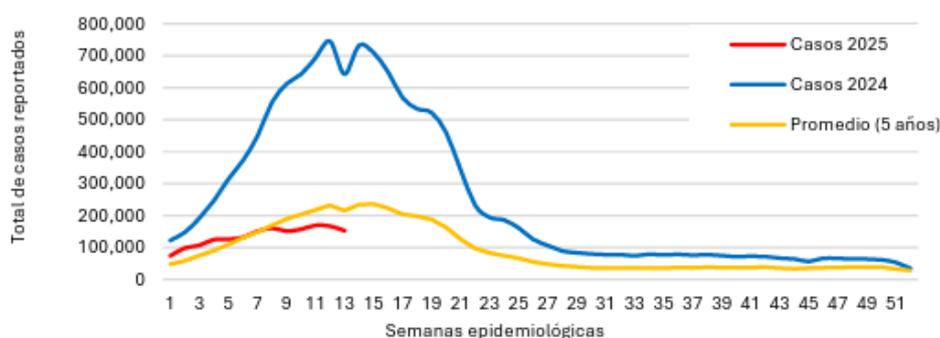
IV. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

IV.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 13, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 17 de abril.

A la semana epidemiológica (SE) 13 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 1,768,984 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 174 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 69% en comparación al mismo periodo del 2024 y de 6% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE13.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 13 en 2025, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

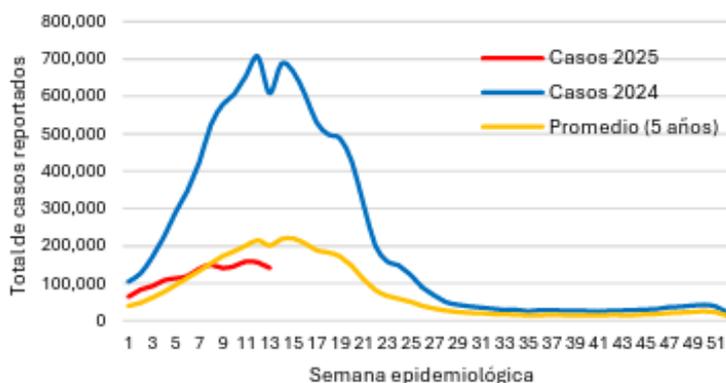
De los 1,768,984 casos de dengue reportados en las Américas, 663,849 casos (37%) fueron confirmados por laboratorio y 2,046 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 708 muertes por dengue, para una letalidad del 0.040%. Dieciséis países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 13. Estos países registran en conjunto 152,706 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 13. Del total de casos registrados en la SE 13, 91 fueron casos de dengue grave (0.06%) y se reportaron 21 muertes para una letalidad de 0.013%.

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

IV.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 141,351 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 13. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 70% en comparación con la misma semana del 2024 y de 5% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Argentina presentan un incremento de 56% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

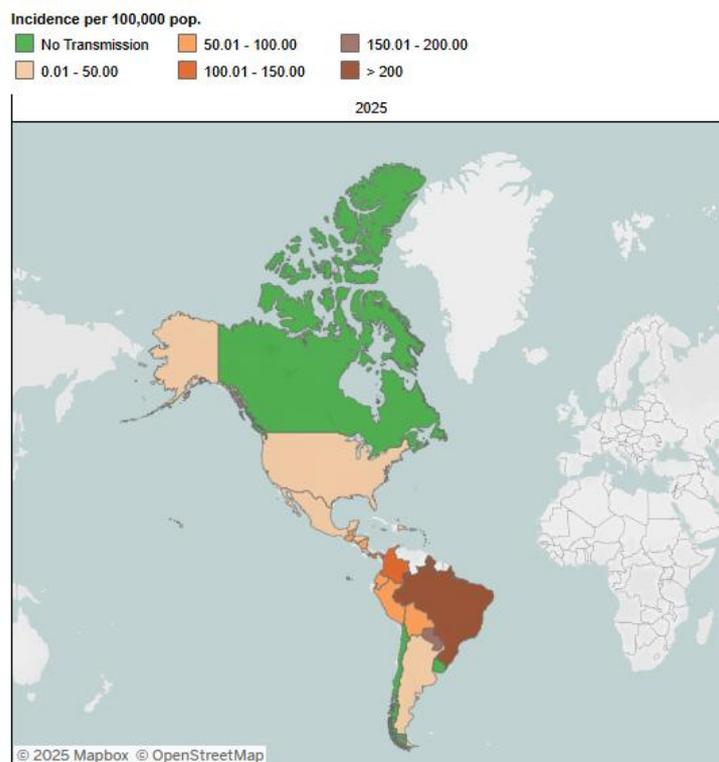
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 13, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

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

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



Fuente: Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud. Datos reportados por Ministerios e institutos de Salud de los países y territorios de la región.¹¹

NOTA METODOLOGICA:

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

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

¹¹ <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics/indicadores-dengue-en/dengue-nacional-en/254-dengue-incidencia-en.html>

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 24/04/2025 en países regionales seleccionados¹². Además, se incluye información de la actualización epidemiológica de Oropouche en la Región de las Américas¹³.

Brasil: hasta la SE 16/2025, se han reportado 1.867.196 casos de dengue, con 703 fallecimientos asociados, lo que representa un 72% menos que lo registrado en la misma semana de 2024. Respecto a chikungunya, hasta la misma semana, se notificaron 108.560 casos, un 63% menos que lo registrado durante el mismo período de 2024, con 62 fallecidos para este evento. En cuanto a zika, hasta la SE 14/2025 se reportaron 7.714 casos, un 68% menos en comparación a la misma semana de 2024, sin fallecimientos registrados. En cuanto a Oropouche, durante 2024 se notificaron 13.785 casos confirmados, incluidas cuatro defunciones. El mayor número de casos se registró en los primeros meses del año, seguido de un descenso progresivo que se mantuvo hasta la SE 40, continuando con una tendencia ascendente a partir de la SE 43/2024. Hasta la SE 14/2025 se han confirmado 7.756 casos, un 46% más que lo registrado en el mismo período de 2024, sin fallecimientos por este evento.

Bolivia: hasta la SE 13/2025, se han reportado 10.532 casos de dengue, un 53% menos que a la misma semana de 2024, sin fallecidos registrados para este evento. En cuanto a chikungunya, hasta la misma semana, se registraron 221 casos, lo que representa un descenso del 12% en comparación con el año previo. Asimismo, hasta la misma semana se notificaron 106 casos de zika, un 15% menos de lo registrado durante el mismo período de 2024. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos. En cuanto a Oropouche, en 2024 se notificaron 356 casos confirmados, sin defunciones asociadas. Los casos se concentraron en los primeros meses del año hasta la SE 20/2024. Durante 2025 no se han registrado casos para este evento.

Paraguay: hasta la SE 14/2025, se han reportado 13.098 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 5 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 14/2024 se habían reportado 2 casos.

Perú: hasta la SE 15/2025, se han notificado 29.070 casos de dengue, un 82% menos que el mismo periodo de 2024, con 33 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 14/2025 se registraron 46 casos, un valor similar al año anterior. Asimismo, a la SE 14/2025 se han registrado 3 casos de zika, mientras a la misma semana de 2024 se había notificado 1 caso. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos. Respecto a Oropouche, en 2024 se notificaron 1.263 casos confirmados, con una mayor concentración en los primeros meses del año, sin defunciones asociadas. Hasta la SE 4/2025, se confirmaron 2 casos para este evento.

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

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

¹³ Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-oropouche-region-americas-11-febrero-2025> y <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-por-virus-oropouche>

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

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

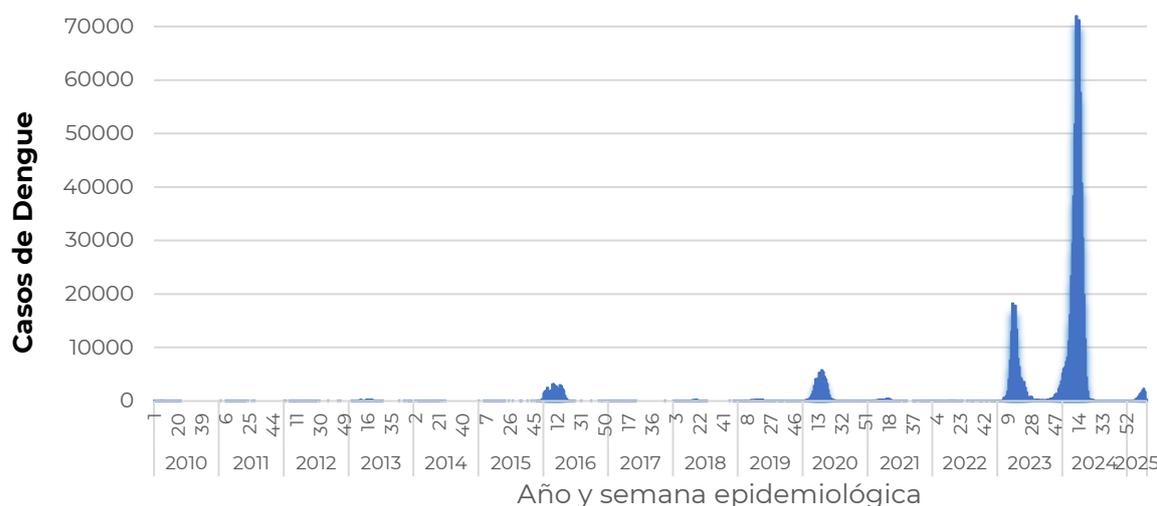
IV.2. Situación de dengue en Argentina

IV.2.A. SITUACIÓN HISTÓRICA

Realizando un análisis histórico de la situación de Dengue se observa en el gráfico 4 que desde el año 2010 se evidencia una disminución en los intervalos Inter epidémicos, tendencia que se ha acentuado en los últimos cinco años.

Desde la reemergencia del dengue en Argentina en 1998, se evidencia que los años 2023 y 2024 han sido escenario de dos epidemias de magnitud sin precedentes, concentrando el 83% del total de casos históricos registrados en el país hasta el momento.

Gráfico 4. Dengue: Casos por semana epidemiológica. SE01/2010-SE16/2025. Argentina. N=857.681

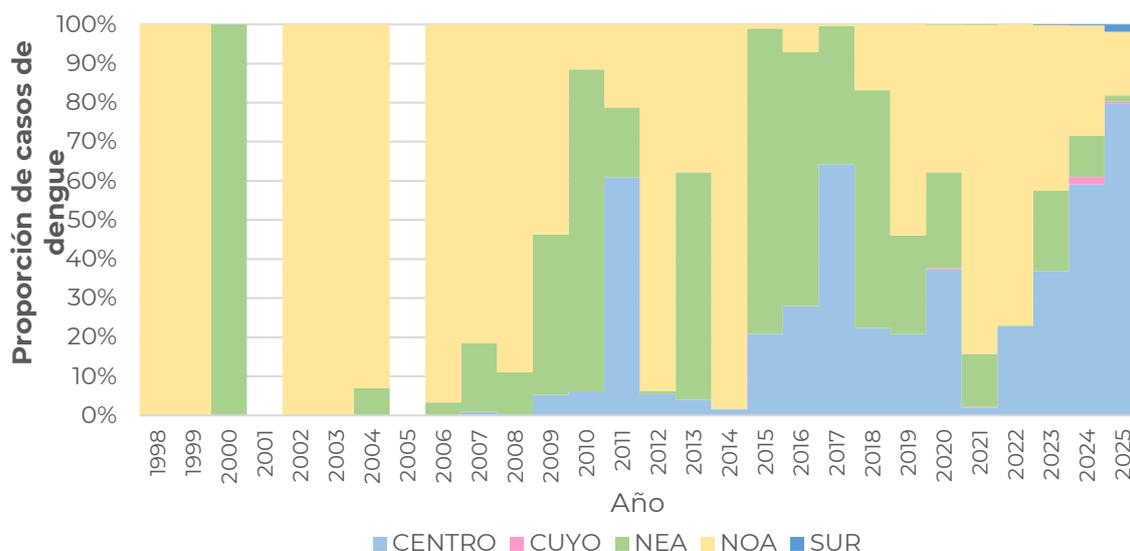


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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

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

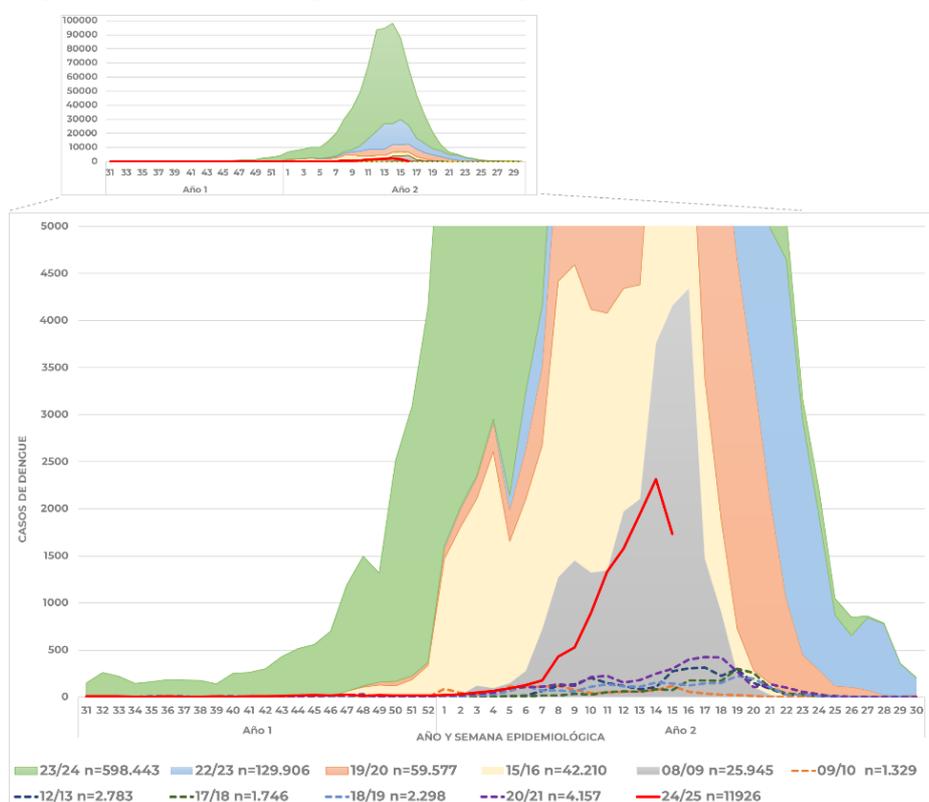
Gráfico 5. Dengue: distribución porcentual por región de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998-2025.



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 6. 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 6 se presenta una comparación de la temporada actual (línea continua roja), con los datos históricos de temporadas epidémicas (áreas sombreadas) y no epidémicas (líneas punteadas). Este análisis refleja los casos de dengue notificados según semana epidemiológica (SE), abarcando el período comprendido entre SE31/2008 y la SE14/2025. Con el fin de que se visualice con mayor claridad la temporada actual y su comparación con el resto, se seleccionaron para el análisis las temporadas no epidémicas con más de 1000 casos.

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

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

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

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

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

IV.2.C. TEMPORADA ACTUAL

Fe de erratas: en el boletín epidemiológico nacional N° 752 se publicó erróneamente el mapa con los casos tanto autóctonos como importados por lo que figuran tasas de incidencia en Neuquén. Los mismos corresponden a dos casos con antecedente de viaje a zonas con circulación viral.

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE16/2025), se notificaron en Argentina 60.795 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 6302 fueron confirmados por laboratorio. Como se puede observar en la Tabla 1, un total de 6146 casos no registraron antecedentes de viaje (98%). Se confirmaron además 4 casos asociados a trasplante de órganos en Buenos Aires, CABA y Santa Fe. Se registraron 137¹⁴ casos notificados con antecedente de

¹⁴ 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 síntomas¹⁵. Se confirmaron 158 casos con antecedente de viaje a Brasil, Cuba, México, Venezuela, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Colombia.

Durante la SE16/2025 (según fecha de notificación al SNVS¹⁶), se notificaron 2563 casos sospechosos¹⁷ de los cuales 328 se confirmaron y 177 fueron clasificados como casos probables donde la totalidad de los mismos se encuentran en investigación con respecto al antecedente epidemiológico. Cabe destacar que estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

La incidencia acumulada a nivel país para la temporada actual es de 25 casos cada 100.000 habitantes¹⁸. En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada fue la de la región NOA con 32 casos cada 100.000 habitantes, seguida por Centro con 31, NEA con 9, Sur con 7 y Cuyo con 2. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 78% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las Regiones NOA con el 16%, NEA con el 3%, Sur con el 2% y Cuyo con el 1%.

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

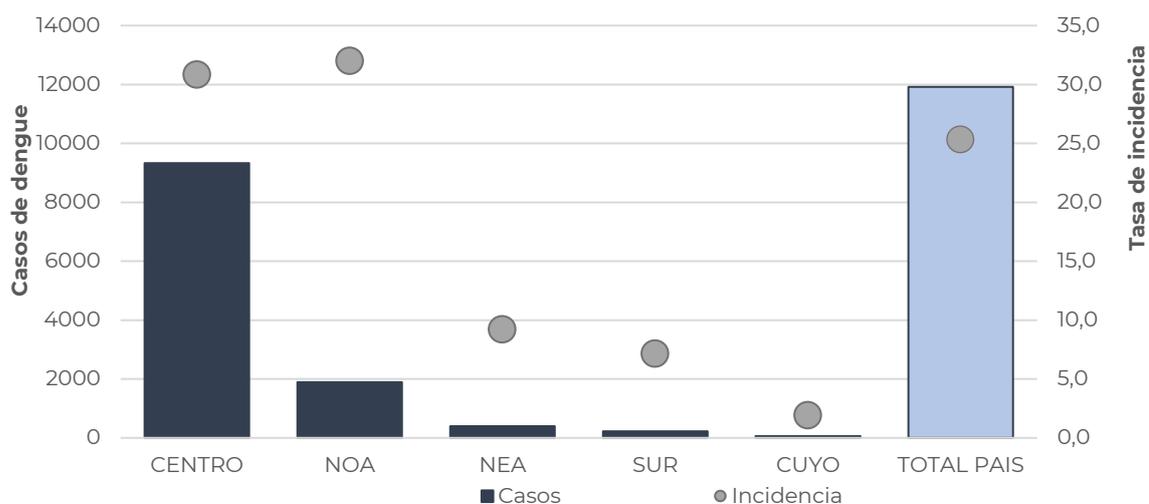
- Hasta la SE52 se notificaron 13 casos en promedio por semana, cuyo rango oscila entre 5 y 28. Si bien se observan sutiles oscilaciones asociadas al aumento/descenso de casos, la curva mantiene una tendencia estable sin variaciones sustanciales en el comportamiento epidemiológico.
- A partir de la SE1, y considerando la carga retrospectiva de casos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), se evidencia un aumento progresivo de casos con una curva que tiende al ascenso, cuyo rango de casos fluctúa entre 24 (SE1) y 2316 (SE14), con un promedio de casos de 728.
- 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.

¹⁵ En los casos que cuentan con antecedente de vacunación reciente, un resultado positivo por métodos confirmatorios puede deberse a una transmisión vectorial (infección aguda) o infección por virus salvaje o vacunal. Por lo tanto, aquellos casos vacunados de menos de 30 días se deberán considerar como sospechosos a los efectos de la vigilancia epidemiológica, y por lo tanto desencadenar las medidas de prevención y control pertinentes, pero no se recomienda realizar en ellos pruebas para el estudio etiológico, excepto en casos graves y fatales. Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus. Dirección de Epidemiología. Noviembre 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

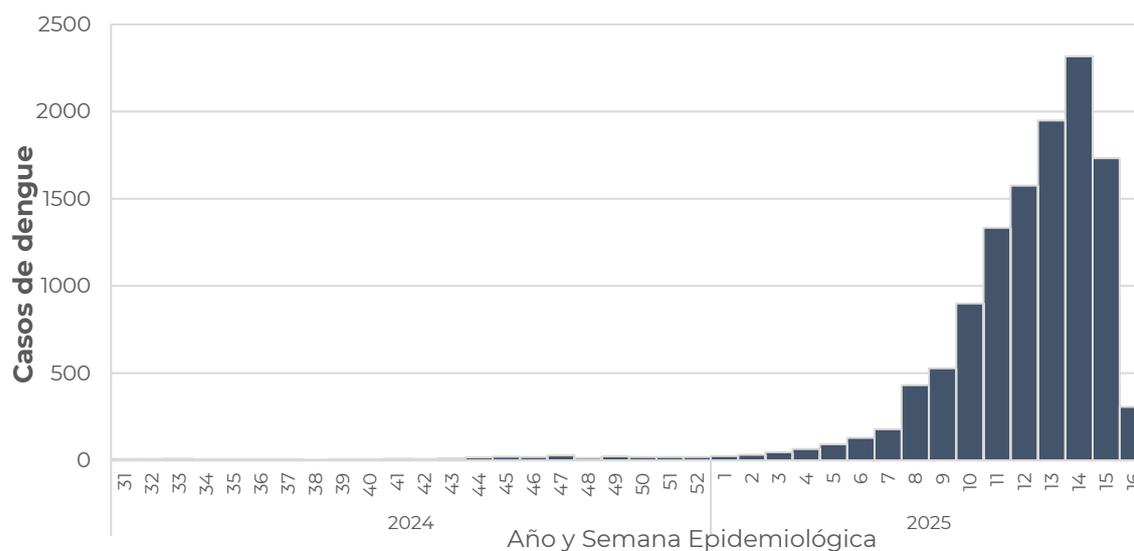
¹⁶ Fecha de apertura

¹⁷ Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

¹⁸ Para el cálculo de la incidencia, se utiliza como referencia la población proyectada para 2024, basada en el Censo de 2010.

Gráfico 7. Dengue: Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab según Región. SE31/2024 a SE16/2025. 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 8. Dengue: Casos confirmados¹⁹ por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE16/2025. Argentina.

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

IV.2.D. DISTRIBUCIÓN SEGÚN REGIÓN, JURISDICCIÓN Y DEPARTAMENTO

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

¹⁹Incluye casos confirmados autóctonos, importados y no vectoriales. La ubicación en las semanas epidemiológicas se realizó por la fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible o "fecha mínima" (orden de jerarquía: 1) fecha de inicio de síntomas, 2) fecha de consulta, 3) fecha de toma de muestra, y 4) fecha de notificación)

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE16/2025. 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	296	441	14	10	0	310	4896	1002	6659
CABA	99	119	17	2	0	116	1963	695	2895
Córdoba	2131	916	7	3	1352	3490	7329	770	12508
Entre Ríos	80	81	6	5	6	92	734	5	917
Santa Fe	1905	458	65	6	3356	5326	3012	1222	10024
Total Centro	4511	2015	109	26	4714	9334	17934	3694	33003
Mendoza	11	36	3	2	0	14	1631	100	1783
San Juan	1	2	1	1	0	2	334	10	349
San Luis	42	18	7	2	0	49	254	32	355
Total Cuyo	54	56	11	5	0	65	2219	142	2487
Chaco	6	195	1	0	0	7	2224	100	2526
Corrientes	44	31	3	0	0	47	423	96	597
Formosa	343	4	0	0	0	343	5161	52	5560
Misiones	2	18	1	4	0	3	1112	3	1140
Total NEA	395	248	5	4	0	400	8920	251	9823
Catamarca	7	10	7	2	1	15	823	3	853
Jujuy	0	0	0	0	0	0	1001	6	1007
La Rioja	94	44	0	0	0	94	1115	6	1259
Salta	16	52	6	12	2	24	1995	80	2163
Santiago del Estero	0	36	1	1	0	1	942	282	1262
Tucumán	906	346	0	1	857	1763	5254	627	7991
Total NOA	1023	488	14	16	860	1897	11130	1004	14535
Chubut	0	0	6	3	0	6	26	2	37
La Pampa	161	31	9	1	42	212	499	45	788
Neuquén	0	1	3	1	0	3	36	5	46
Río Negro	0	0	0	1	0	0	5	0	6
Santa Cruz	0	0	1	1	0	1	46	5	53
Tierra del Fuego	0	0	0	3	0	0	12	2	17
Total Sur	161	32	19	10	42	222	624	59	947
Total País	6144	2839	158	61	5616	11918	40827	5150	60795

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

**C-E: Clínico-epidemiológico*

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

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

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

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

SE46/2024), **Pilcomayo** (desde SE50/2024)²⁰. Hasta esta edición, ninguno de los 3 departamentos ha cumplido con los criterios indicados para pasar a fase de respuesta a epidemia.

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

Desde la SE3 se verifica un aumento de casos de dengue a expensas de conglomerados localizados en los departamentos **Capital, Colón, San Javier, San Alberto, Santa María y General San Martín**. El serotipo predominante es **DEN-1**.

A partir de la SE 5, el departamento de **San Javier** ingresó en la fase de alerta temprana pasando en la SE 7 a la fase de respuesta a epidemia. Las localidades más afectadas son **Villa Dolores, San José y Los Cerritos**.

Durante la SE5, el departamento de **General San Martín** ingresó a la fase de alerta temprana pasando en la SE 9 a la fase de respuesta a epidemia. El epicentro del brote se encuentra en **Villa María**. A partir de la SE11 dicho departamento ingreso en fase de recuperación.

Los departamentos **San Alberto** y **Santa María**, que se encontraban en fase de alerta temprana desde la SE8, durante la SE11 pasaron a fase de respuesta a epidemia. En San Alberto, la localidad con mayor número de casos es **San Pedro**, mientras que, en Santa María, es **Alta gracia**.

El departamento **Ischilín**, a expensas de la localidad Dean Funes (que desde la SE11 se encontraba en fase de alerta temprana), durante la SE13 pasa a fase de respuesta a epidemia.

Los departamentos de **Capital** (desde la SE4), **Colón** (desde la SE5), **Marcos Juárez** (desde SE11), **San Justo** (desde SE11) continúan en fase de alerta temprana. Las localidades más afectadas son **Córdoba capital, Jesús María, General Roca y Las Varillas** respectivamente.

Durante la SE13, el departamento **Tortoral**, con epicentro en las localidades **Sarmiento y Sinsacate**, ingresó a la fase de alerta temprana.

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

Desde la SE1 se constata un aumento progresivo de casos en la ciudad de **Rosario**, (perteneciente al **departamento Rosario**), observándose en primera instancia el ingreso a la fase de alerta temprana expensas de los serotipos **DEN-1** y **DEN-2** y, a partir de la SE11, el pase a la fase de respuesta a epidemia. Posteriormente, la localidad Pérez del mismo departamento, presentó un aumento progresivo de casos declarándose en brote por la jurisdicción.

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

El departamento **Caseros**, a expensas de la localidad **Casilda**, registró un aumento progresivo

²⁰ Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de dengue y otros arbovirus. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

de casos de dengue. Por consiguiente, a partir de la SE10, el departamento ingresó en fase de alerta temprana y, a partir de la SE12, pasó a la fase de respuesta a epidemia. El serotipo detectado es **DEN-2**.

Desde la SE10, la localidad Villa Trinidad perteneciente al departamento **San Cristóbal** registra brotes de dengue a expensas del serotipo **DEN-2**. A partir de la SE13, ingresa a fase de alerta temprana.

Tucumán: desde la SE50 se registran conglomerados de casos de dengue en las localidades **Aguilares y Los Sarmientos**, pertenecientes al departamento **Río Chico** cuyo serotipo detectado es **DEN-1**. En la SE7, Río Chico ingresó en la fase de alerta temprana pasando en la SE9 a la fase de respuesta a epidemia.

Por otra parte, desde la SE11, el departamento **Chicligasta** ingresó en la fase de alerta temprana cuyo epicentro se encuentra en la localidad **Concepción**. Durante la SE13, pasó a fase de respuesta a epidemia. El serotipo detectado con mayor frecuencia es DEN-1.

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

La Pampa: Desde la SE2, se registra un aumento progresivo de casos sin antecedente de viaje en el departamento de **Maracó**, localidad **General Pico**, ingresando a fase de alerta temprana en la SE7. A partir de la SE13, se registra el pase a respuesta a epidemia. Desde la SE16, el departamento Maracó ingreso en fase de recuperación. El serotipo detectado es **DEN-1**.

La Rioja: Desde la SE9, las localidades Ulapes, Aguayo y Solano pertenecientes al departamento Gral. San Martín registran brotes de dengue a expensas del serotipo **DEN-1**. Cabe destacar que en Aguayo se encuentra el primer registro de la presencia del vector. En la SE10, el departamento **Rosario Vera Peñaloza** ingresó a fase de alerta temprana cuyo epicentro se encuentra en la localidad de **Chepes**.

San Luis: Desde la SE9, la localidad Tilisrao perteneciente al departamento Chacabuco registra conglomerados de casos de dengue. El serotipo detectado es **DEN-1**. Otros departamentos con registro de casos son: **General Pedernera, Junín y Ayacucho**.

Buenos Aires: Se han identificado brotes de dengue por los serotipos DEN-1 y DEN-2 en al menos 7 localidades de municipios: Lanús (DEN-1), Ituzaingó (DEN-1), General San Martín (DEN-1), Tres de Febrero (DEN-1), La Plata, Vicente López (DEN-2) y en La Matanza (DEN-2). Por el momento todos los brotes son de escasa magnitud²¹.

De acuerdo a los indicadores para determinar fases epidemiológicas, Lanús, Vicente López, Ituzaingó y General San Martín se encuentran en fase de alerta temprana.

Salta: Desde la SE10, el departamento de Salta Capital ingresó a fase de alerta temprana. El serotipo detectado es **DEN-1**.

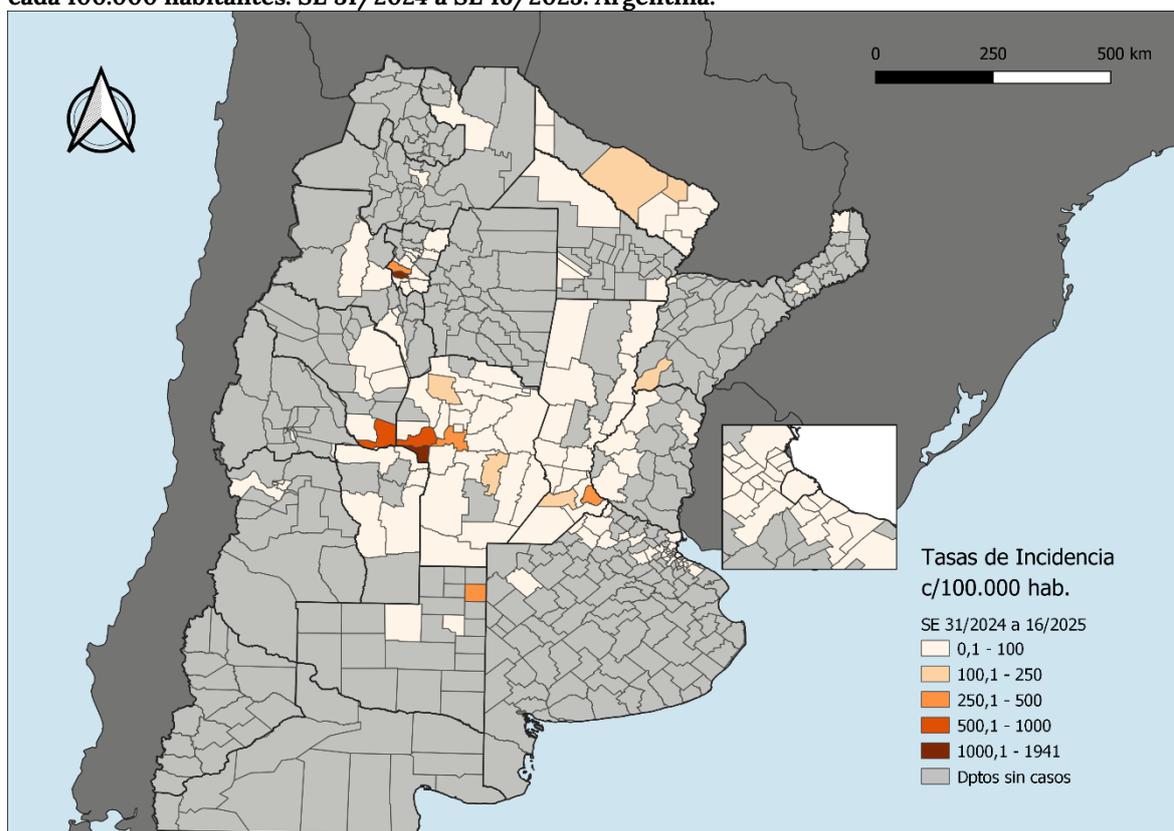
Otras jurisdicciones que notificaron casos aislados sin antecedente de viaje son: **Mendoza** (Luján

²¹ Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Provincial SE 12. [Boletines Epidemiológicos | Provincia de Buenos Aires](#)

de Cuyo, Maipú, Guaymallén y Godoy Cruz), **CABA** (Comuna 1, 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 14 y 15), **Entre Ríos** (Concordia, La Paz, Nogoyá, Paraná y Victoria), **Catamarca** (Capital, Belén y Andalgalá), **Misiones** (L.N. Alem e Iguazú), y **Corrientes** (Capital y Esquina). Los casos de dengue se distribuyen de manera dispersa en diversas localizaciones.

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 16/2025. Argentina.



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

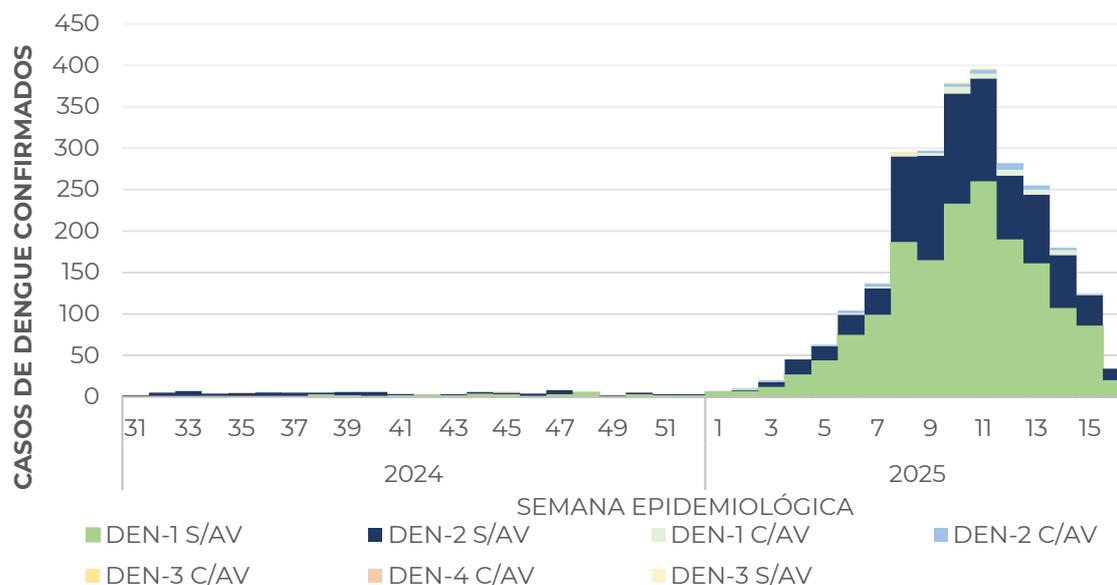
IV.2.E. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (64%). Los casos a DEN-2 alcanzan un 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 8. Dengue: número de casos según serotipo y antecedente de viaje por semana epidemiológica. SE31/2024 a SE16/2025. 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=2736) según provincia. SE31/2024 a SE16/2025. Argentina.



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

IV.2.F. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL EVENTO “DENGUE DURANTE EL EMBARAZO”

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

Desde su creación, se han notificado 311 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de los cuales, 74 casos ha sido confirmados, 8 casos probables, 201 cuentan con laboratorio negativo y 28 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 41 casos confirmados en la Ciudad de Rosario. En 19 de ellos, se detectó el serotipo DEN-2.

En la provincia de Córdoba se han registrado 27 casos confirmados, 9 con residencia en el departamento San Javier (DEN-1), 2 pertenecientes al departamento Colón (DEN-2), y 4 correspondiente a Capital (DEN-1), un caso en Santa María (DEN-2), 3 casos correspondientes a San Alberto y dos casos pertenecientes a Marcos Juárez (DEN-1).

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

Además, se registraron un caso en Corrientes (departamento Esquina; DEN-2), un caso en CABA (Comuna 14; DEN-1) y tres en la Provincia de Buenos Aires. De estos últimos, uno se detectó en La Matanza (DEN-1), otro Vicente López (DEN-2) y el último en Almirante Brown (DEN-1).

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

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

A partir de abril de 2024, desde la Dirección de Epidemiología en conjunto con distintas direcciones intra ministeriales y consultores externos²², 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”²³ y la “Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus”²⁴

Entre la SE 31/2024 y la SE 16/2025 se registraron 25 casos confirmados de dengue grave en las jurisdicciones de Buenos Aires (San Martín, Lanús, Moreno), CABA (Comuna 11 y 12), Córdoba

²² 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 INEVHANLIS

²³ Disponible en: [circular de vigilancia dengue mortalidad - junio 2024.pdf](#)

²⁴ Disponible en: [guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf](#)

(Capital, Colón, Ischilín, San Alberto y Santa María), La Pampa (Maracó), La Rioja (Capital) y Santa Fe (Rosario y Caseros). Del total de los casos graves, 10 ya recibieron el alta y 9 no cuentan con información de alta por lo que continúan en investigación.

Con respecto a los casos fatales, desde la SE 31/2024 a la SE 16/2025 se han registrado 5 fallecimientos de los cuales:

- **Dos** casos fatales se consideraron causados por el evento y ocurrieron en la SE 13 (CABA)¹⁵ y SE15 (Santa Fe). Con respecto a este último, corresponde a una adulta joven que no presentaba comorbilidades, consultó por síntomas de alarma y gravedad y evolucionó desfavorablemente.
- En **2** 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. Estos casos se dieron en las jurisdicciones de La Pampa (General Pico) y Santa Fe (Casilda)²⁵ y ocurrieron en la SE12 y en la SE13 respectivamente.
- En la SE14, se recibió la notificación de **un** caso confirmado de dengue correspondiente a la provincia de Córdoba, departamento de San Alberto, quien presenta diabetes e hipertensión como comorbilidades y se interna a principio del mes de abril con signos de alarma requiriendo cuidados intensivos. Su evolución clínica fue tórpida, con acetonuria, oligoanuria, alteración de la conciencia, shock cardiogénico y fallece a los dos días de su internación. Al momento de la edición de este boletín, se encuentra en investigación la causa de su deceso

IV.2.H. FAVORABILIDAD PARA BROTES DE DENGUE

Con el objetivo de fortalecer la capacidad de respuesta ante brotes de dengue, y utilizando como base el trabajo realizado por el Ministerio de Salud de Brasil²⁶ 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 GIS²⁷ (QGIS), mediante la integración de capas ráster que representan distintas variables relevantes para la transmisión del dengue. Cada una de estas variables fue ponderada según su aporte relativo al riesgo y posteriormente sumada para obtener un índice total, que clasifica el territorio en cuatro niveles de favorabilidad: baja, media, alta y muy alta.

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

Para la elaboración de este producto, se analizaron factores sociodemográficos, ambientales y epidemiológicos. Entre ellos, la densidad poblacional, las ecorregiones ubicadas por debajo de los 2.500 msnm, la presencia histórica del vector *Aedes aegypti* en cada jurisdicción y el riesgo

²⁵ 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

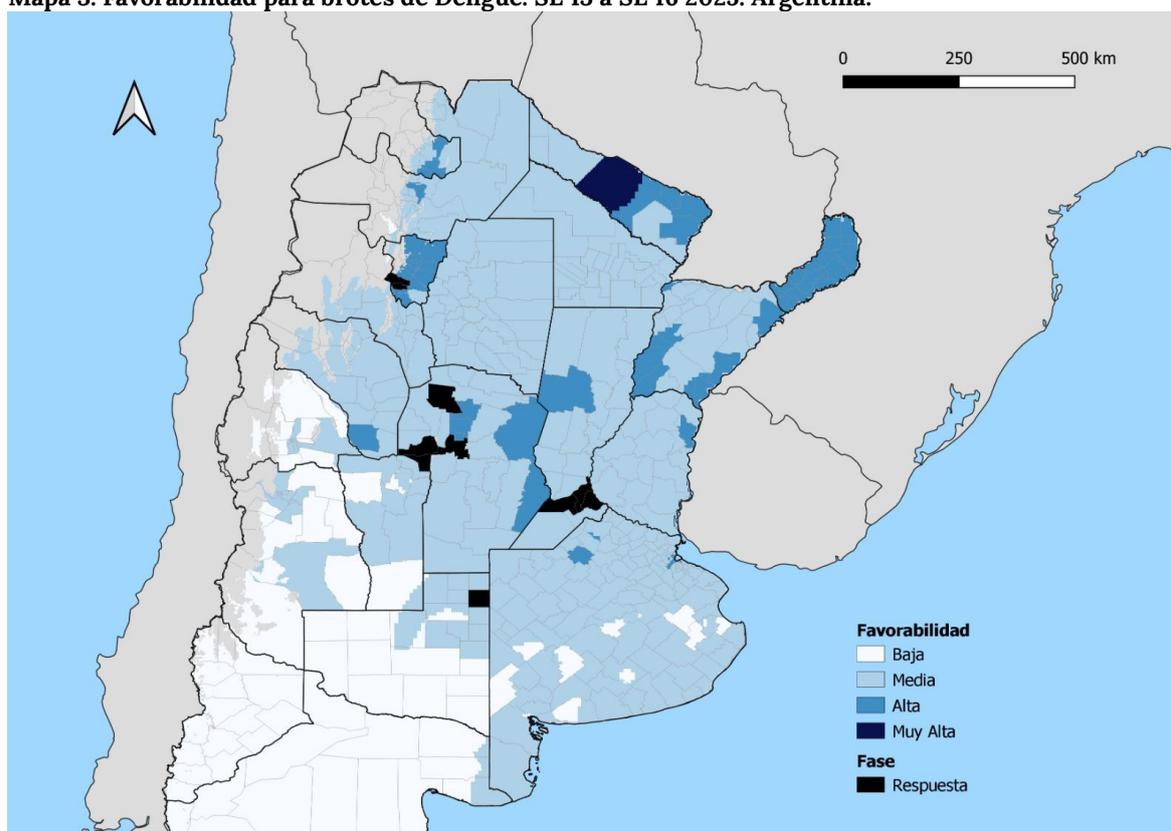
²⁶ Ministério da Saúde Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - Nota Informativa N° 35/2024-CGAR/DEDT/SVSA/MS. Brasília: Saude; 2025. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2024/nota-informativa-no-35-2024.pdf>

²⁷ Versión de QGIS 3.24.1-Tisler

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 arbovirosis²⁸.

De acuerdo con la sumatoria de estas variables, al cierre de la SE 16/2025, la región noroeste del departamento de Patiño (provincia de Formosa), presenta una favorabilidad muy alta para la ocurrencia de brotes de dengue.

Mapa 3. Favorabilidad para brotes de Dengue. SE 13 a SE 16 2025. Argentina.



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

IV.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de Fiebre Chikungunya, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2024-2025 (SE31/2024 a SE16/2025).

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 2222 casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

Tabla 2. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para Otros arbovirus. SE31/2024 a SE16/2025. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre amarilla	
	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	142	0	48	0	101	3	32	2	7
CABA	0	5	0	2	0	1	0	3	0	3
Córdoba	0	169	0	54	0	125	5	253	0	0
Entre Ríos	6	67	0	1	0	16	4	33	0	1
Santa Fe	0	1295	0	77	0	63	0	10	0	18
Total Centro	6	1678	0	182	0	306	12	331	2	29
Mendoza	0	305	0	82	0	62	0	2	0	0
San Juan	0	1	0	1	0	2	0	2	0	1
San Luis	0	0	0	2	0	2	0	8	0	0
Total Cuyo	0	306	0	85	0	66	0	12	0	1
Chaco	17	784	0	398	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	50	0	26	0	29	0	0	0	19
Total NEA	17	882	0	439	0	140	0	3	0	20
Catamarca	0	16	0	13	0	1	0	0	0	13
Jujuy	0	37	0	18	0	1	0	3	0	1
La Rioja	0	84	0	82	0	5	0	1	0	61
Salta	0	415	0	236	0	152	0	0	0	1
Santiago del Estero	0	37	0	19	0	6	0	3	0	4
Tucumán	1	11	0	12	0	100	0	0	0	1
Total NOA	1	600	0	380	0	265	0	7	0	81
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	24	3466	0	1086	0	785	12	353	2	131

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 6 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 han detectado un caso positivo en Tucumán con antecedente de viaje a Brasil.

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

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

En los últimos meses del 2024 y el comienzo del 2025 hubo un aumento de casos humanos por fiebre amarilla en los países de la Región de las Américas por lo cual el 3 de febrero la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emite un Alerta Epidemiológica²⁹. 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 SE16/2025 se han estudiado 131 casos con sospecha de Fiebre Amarilla en humanos, 20 de esos en las provincias con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla (Misiones y Salta). Todos los casos presentaron pruebas de laboratorio negativas. Durante el mismo período se reportaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), dos epizootias en PNH en la provincia de Misiones y una en la provincia de Corrientes, que fueron estudiadas para fiebre amarilla: un ejemplar de *Allouatta carayá* (Paso de los Libres, Corrientes) y dos ejemplares de *Sapajus nigrurus* (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.

IV.4. Vigilancia entomológica

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

²⁹ Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 3 de febrero del 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americas-3-febrero-2025>

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

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

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

IV.4.B. EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32 (2024) –SE17 (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. Si bien los valores generales mostraron un descenso marcado durante la SE 16, por demoras en la carga retrospectiva es probable que el valor del índice se eleve en los próximos días, similar a lo que ocurrió la semana previa (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 desde la SE 10.

Gráfico 1. Evolución del IPO (línea azul) y el IDH (barras grises) en Argentina, SE 31 (2024)- SE 17 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

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 esta 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 lo cual volvió a aumentar hasta la SE14 (Gráfico 2). La región presenta actualmente niveles asociados a riesgo entomológico bajo. Los datos en esta región se presentan hasta la SE 14 por demoras en las cargas de datos.

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



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En el caso de la región **NOA**, el inicio de la positividad se detectó a partir de la SE 37 2024, con un ascenso oscilante a partir de la SE 42 y superando, por primera vez en la temporada, el umbral de riesgo entomológico moderado (valores de IPO superiores al 40%) (Gráfico 3). De conjunto, los datos de la región muestran un patrón de distintos picos en el IPO seguidos de períodos de brusco descenso en el mismo, asociados a la oportunidad de las medidas de control implementadas y a variaciones en las variables climáticas. A partir de la SE 47, el IPO de la región oscila entre valores que indican riesgo entomológico moderado o alto. Durante la SE14, el IPO volvió a situarse dentro del rango de riesgo entomológico alto con valores del 79,27% mientras que en la SE 15 el valor descendió pero continuó manteniéndose dentro de ese nivel de riesgo.

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 17 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En 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. Durante las últimas tres semanas, el IPO de la región descendió nuevamente y mantuvo valores cercanos menores al 20%, correspondientes a riesgo entomológico bajo (Gráfico 4).

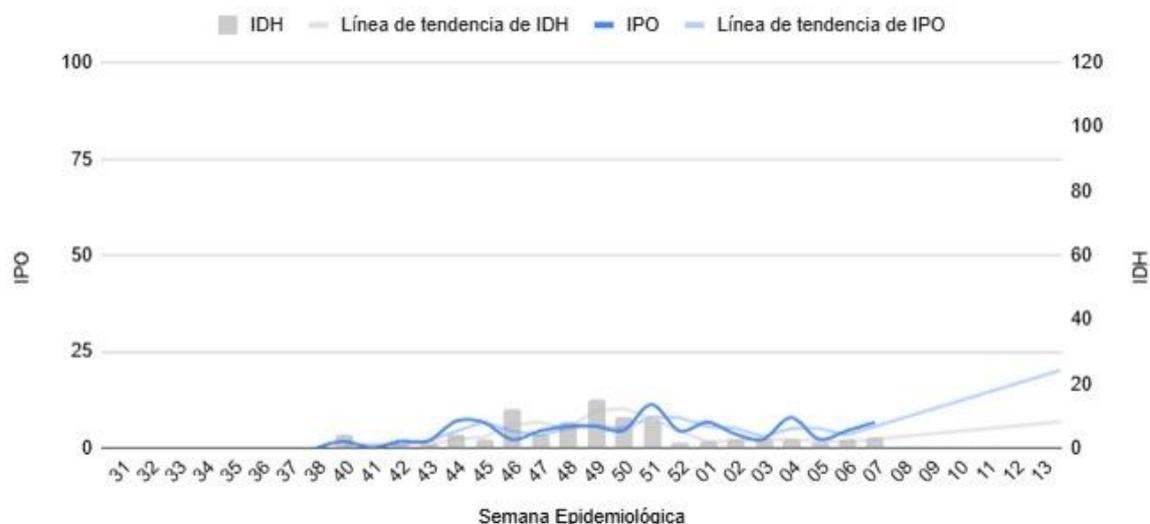
Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 17 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En el caso de la región **Cuyo**, se observaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 5), aunque el patrón en este caso es oscilante, intercalando períodos de positividad y negatividad característicos de la región. En términos generales, se observa un riesgo entomológico asociado bajo, aunque evidenciando una tendencia ascendente desde la SE05. Para esta región se presentan los datos hasta la SE07 inclusive por demoras en la interoperatividad con los sistemas jurisdiccionales y la modificación del número de sensores desplegados para este momento de la temporada en la región.

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



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región SUR, se hallaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 6), aunque no en todas las jurisdicciones monitoreadas. La tendencia observada muestra un ascenso sostenido 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 cuatro semanas se aprecia una tendencia descendente en el IPO, con dos0 jurisdicciones presentando valores negativos en todos sus sensores. La región se mantuvo en un contexto de riesgo entomológico bajo con un IPO = 2,63%.

Gráfico 6. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barra grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 17 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

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

capacidad del país para anticiparse a los desafíos sanitarios asociados a las enfermedades transmitidas por vectores. Sin embargo, los datos actuales presentan limitaciones debido a la ausencia de vigilancia entomológica en algunos distritos y a la no adherencia de algunas jurisdicciones a la RNVE.

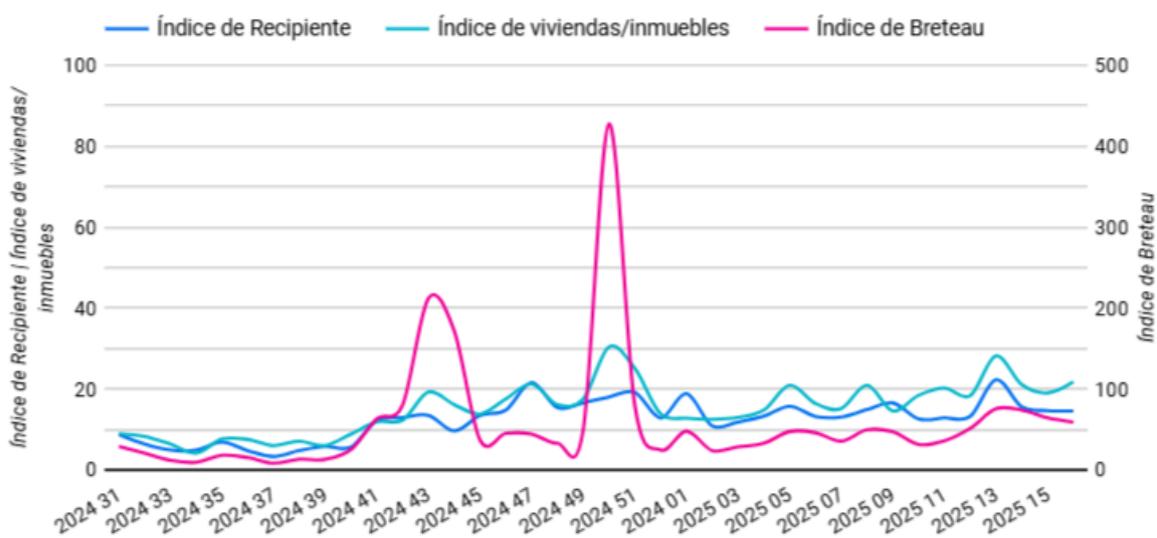
Con el objetivo de ampliar y consolidar esta iniciativa, se invita a las jurisdicciones que aún no forman parte de la Red Nacional a incorporarse, promoviendo la vigilancia entomológica en todo el territorio nacional. Para más información, pueden contactarse a través del correo electrónico: etm.vectores@msal.gov.ar.

IV.4.C. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR ÍNDICES LARVIARIOS

La vigilancia entomológica de *Aedes aegypti* se realiza también mediante la construcción de índices larviarios 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 larviarios 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 16 (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. Los valores elevados del Índice de Breteau evidencian la concentración de un alto número de criaderos de *Aedes aegypti* en un número bajo de viviendas. Durante la última semana, el IR y el IV continúan dentro del rango de riesgo entomológico moderado mientras que el IB se mantiene por encima del límite de riesgo entomológico alto (IB=59,06).

Cuando se realiza la desagregación por región, se observa que la región NEA presenta índices larvarios elevados (Tabla 1), arrojando un 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. Durante las últimas dos semanas se registró una disminución leve de los índices registrados. 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 SE17 2025. Argentina.

Región	Índice de Vivienda	Índice de Recipiente	Índice de Breteau
NEA	20,79	16,04	51,84
NOA	9,25	5,78	61,05

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

V.1. Nota Metodológica

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

V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios³⁰

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 mantiene su tendencia a la disminución en América del Norte, no obstante, se observa un incremento en el Caribe. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja en Norte América, mientras que en el Caribe aumenta su circulación. En América Central, la circulación de influenza A(H1N1)pmd09 continua su aumento de su actividad. La actividad de VRS y SARS-CoV-2 se mantiene baja con respecto a la semana epidemiológica (SE) anterior. La Subregión Andina se mantiene estable en la circulación de SARS-CoV-2 e Influenza A(H3N2), mientras que VRS mantiene una curva ascendente en su detección. Brasil/Cono Sur mantiene un aumento en la detección de influenza A(H1N1)pmd09. En el caso de SARS-CoV-2 continúa su disminución. El VRS se mantiene respecto a la SE anterior. En la región existe un alto porcentaje de detección de otros virus respiratorios, destacando Rinovirus en Norte América, la región Andina y Brasil y el Cono sur. En el Caribe se ha detectado además circulación de parainfluenza y adenovirus

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 bajo el umbral epidémico. Influenza A(H1N1)pdm09 es la cepa predominante. 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

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 se mantienen bajos con un leve incremento en la última SE. SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos.

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

³⁰ Extraído de “Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas- OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud”. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

Países Andinos: Los casos de IRAG se mantiene bajos en la mayoría de los países, no obstante, se reporta un incremento en la detección de ETI en comparación a SE previas. La actividad de influenza se mantuvo en comparación a SE previas, con circulación tanto de influenza A(H3N2) como A(H1N1)pmd09. La circulación del VRS aumenta en la última semana. La positividad de SARS-CoV-2 se mantiene 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 asocia principalmente a SARS-CoV-2, que disminuyen en la última semana y a influenza A(H1N1)pmd09 que tiene tendencia al aumento. La circulación de VRS se mantiene respecto de la SE anterior. Para los casos de IRAG, la detección de influenza muestra una tendencia al aumento y los casos de SARS-CoV-2 y VRS disminuyen

V.3. Síntesis de la información nacional destacada

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

- Entre la semana epidemiológica 1 y 15 de 2025 se notificaron 174.549 casos de ETI, 28.235 casos de Neumonía y 14.812 casos de Bronquiolititis en menores de dos años, representando un descenso de las notificaciones de ETI del 23,2%, de neumonías del 2,9% y de bronquiolititis 25,2%, respecto al mismo período del 2024.

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

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de influenza, si bien en las últimas semanas se verifica una ligera tendencia ascendente, las detecciones permanecen en valores bajos en relación al máximo alcanzado durante 2024. Se detectaron 42 casos de influenza entre las 128 muestras estudiadas en las SE15 y 16/2025.
- Para VSR, se registraron 2 casos positivos entre las 81 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 15 y 16).
- 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 SE16/2025 no se registraron casos positivos para SARS COV 2 entre las 45 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE16 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 1306 internaciones con diagnóstico de IRAG y 529 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.
- En relación a las notificaciones de IRAG, se observa un ascenso en los desde SE12. En las últimas 4 semanas, entre 406 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, 61 detecciones de influenza, 4 casos de SARS-CoV-2 y 12 casos de VSR.³¹

Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios

- En las primeras 15 semanas de 2025 se verifica circulación de influenza, VSR y otros virus respiratorios. Desde la SE11 se observa un ascenso 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.
- 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 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, con un promedio de 123 casos semanales en las últimas 5 semanas.
- Durante la SE15/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, SARS-CoV-2, VSR, adenovirus y parainfluenza.

Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos

- Con respecto a las detecciones de influenza, desde SE 12 se registra un ligero ascenso de los casos en personas internadas, con 26 detecciones en la última semana (SE 16). En lo que va de 2025, se registran 8 fallecidos con este diagnóstico.
- En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados permanecen bajas, con 4 casos de VSR en personas hospitalizadas en la SE 16/2025.
- En cuanto a los casos de COVID-19, las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas permanecen en valores bajos. En la SE 16/2025 se registraron 17 casos positivos con este diagnóstico, sin casos fallecidos en esta semana.

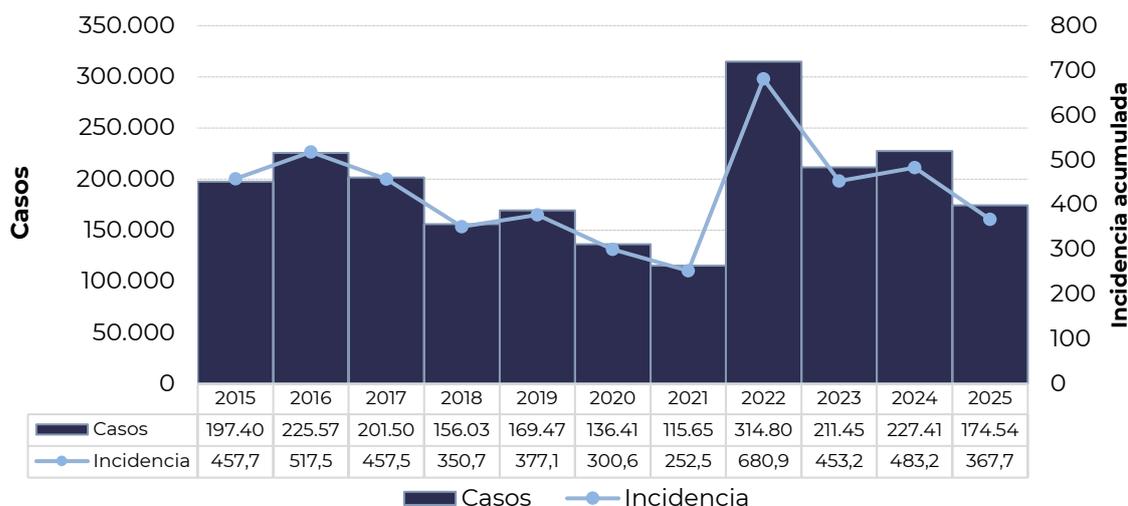
V.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

Entre las SE 1 y 15 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 174.549 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 367,7 casos/ 100.000 habitantes.

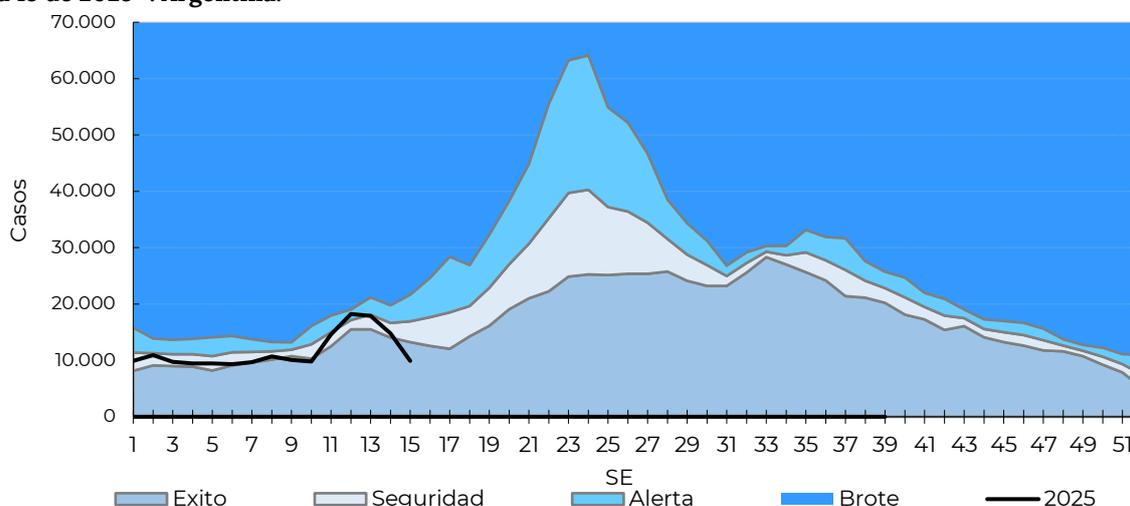
Para el mismo periodo de los años 2015 - 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registró durante 2022 (314.800 casos), mientras que en 2021 se reportó un nivel de casos inferior en comparación con los años previos. En el corriente año se registra un menor número de casos que la mayoría de los años analizados, siendo superado por las notificaciones de los años 2015 a 2017 y 2022 a 2024.

³¹ Se consideran estudiados aquellos casos de IRAG con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG. Para más información, consultar la *Guía Operativa de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)*, en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE15. Argentina.

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

Las notificaciones de ETI registradas en el SNVS correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, permanecieron entre las SE1 a 8 de 2025 en niveles de seguridad, ubicándose en SE 9 y 10 en niveles esperados. Posteriormente, se registra un ascenso de casos, que alcanza en SE12 niveles de alerta, con un descenso posterior.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 15 de 2025³². Argentina.

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

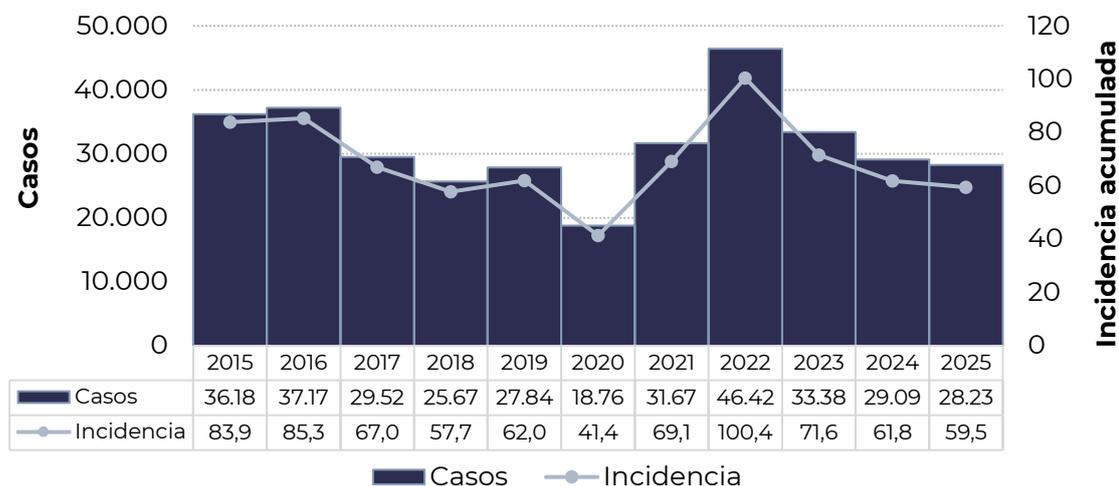
V.4.B. NEUMONÍA

Hasta la SE15 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 28.235 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 59,5 casos/ 100.000 habitantes.

³² Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

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

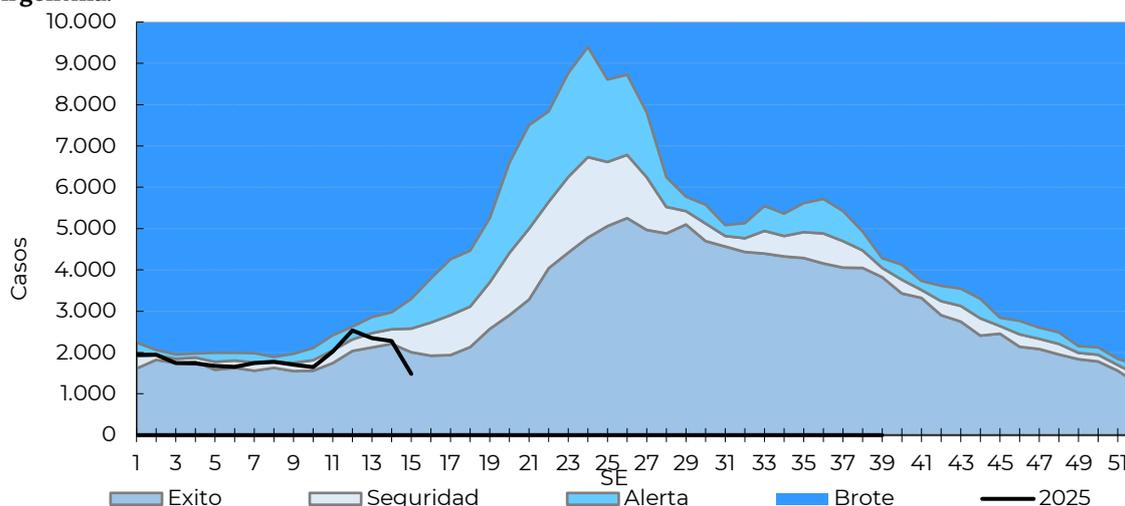
Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE15. Argentina.



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

Las notificaciones de neumonía en 2025 a nivel país, respecto al comportamiento en años históricos, se ubican en SE1 y 2 en niveles de alerta, y oscilan entre niveles de éxito y seguridad las siguientes semanas. A partir de la SE11 se registra un ascenso de los casos, que alcanza niveles de alerta en SE12 con un descenso posterior.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 15 de 2025³³. 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}.

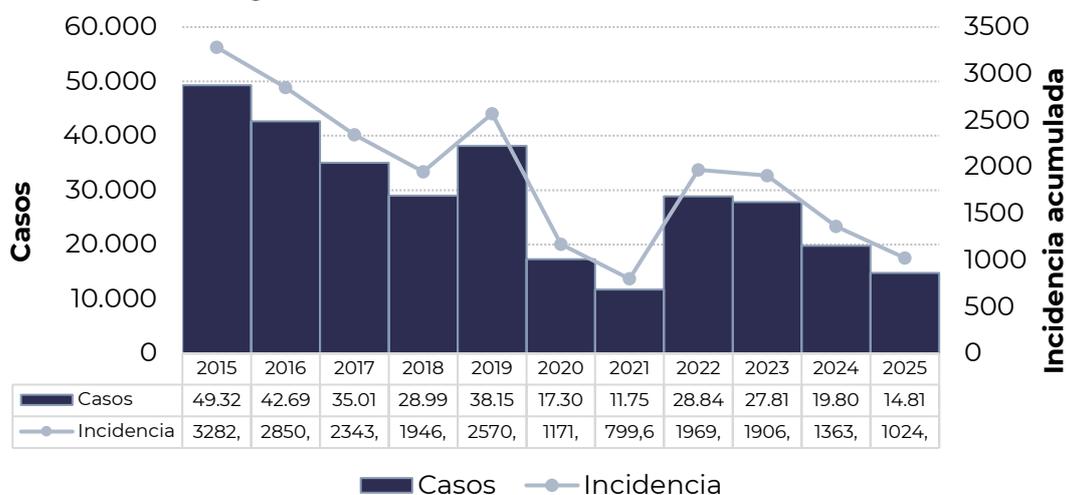
³³ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

V.4.C. BRONQUIOLITIS

Para las primeras 15 semanas epidemiológicas de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 14.812 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 1024,1 casos/100.000 habitantes.

En relación a los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 15 alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso a partir de 2016. En 2019, presentaron un ligero incremento, con un nuevo descenso en 2020 y 2021, cuando se registró el menor número de notificaciones. Para los años 2022 a 2024 se verifica un aumento en las notificaciones de bronquiolitis, mientras que en las primeras semanas de 2025 las notificaciones fueron menores en comparación con la mayoría de los años históricos, con excepción del año 2021.

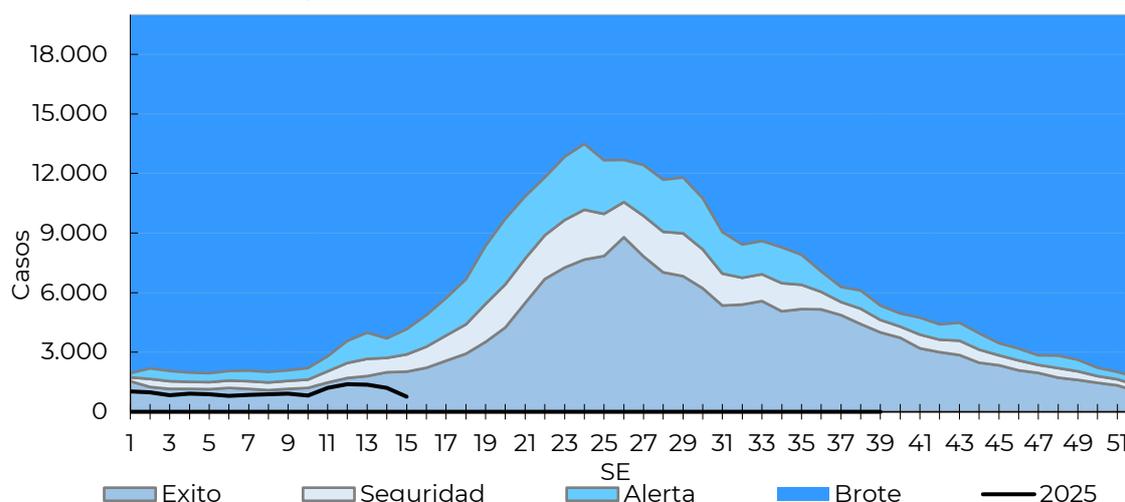
Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE15. Argentina.



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}.

Para las 15 primeras semanas del año 2025, las notificaciones de bronquiolitis por semana se encontraron dentro de los límites esperados.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 15 de 2025³⁴. Argentina.



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

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

En las últimas 5 SE se observa un ascenso 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 relación a VSR y SARS-CoV-2 las detecciones permanecen en niveles bajos.

Durante 2024, aun cuando el número de casos de SARS-CoV-2 por SE fue menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 80% de los casos entre las SE1 y SE12, con el mayor número de casos registrado entre las SE03 y SE06. Posteriormente, las detecciones semanales disminuyeron y, a partir de la SE32, los casos volvieron a incrementarse, alcanzando un nuevo pico en la SE44, aunque con una magnitud menor al ascenso previo. En las primeras semanas de 2025 los casos de COVID-19 se mantuvieron en valores bajos, con un promedio de 123 casos semanales en las últimas 5 semanas.

En cuanto a influenza, en 2024 se destacó un aumento pronunciado de las notificaciones entre las SE16 y SE23, con predominio de influenza A (sin subtipificar y A H3N2). A partir de la SE31, los casos empezaron a disminuir, y hacia las últimas semanas del año, se observó un cambio en el tipo de influenza identificado, con aumento de las detecciones de influenza B (linaje Victoria), que alcanzó su pico en SE42. En lo que va de 2025, se registraron casos todas las semanas, comenzando un ascenso progresivo desde la SE11 de las detecciones de influenza A no subtipificado y H1N1. La tendencia ascendente de casos se concentra principalmente en la región noroeste del país (NOA). Además, se verifica un ligero aumento de las detecciones en la región Sur (Gráfico 10).

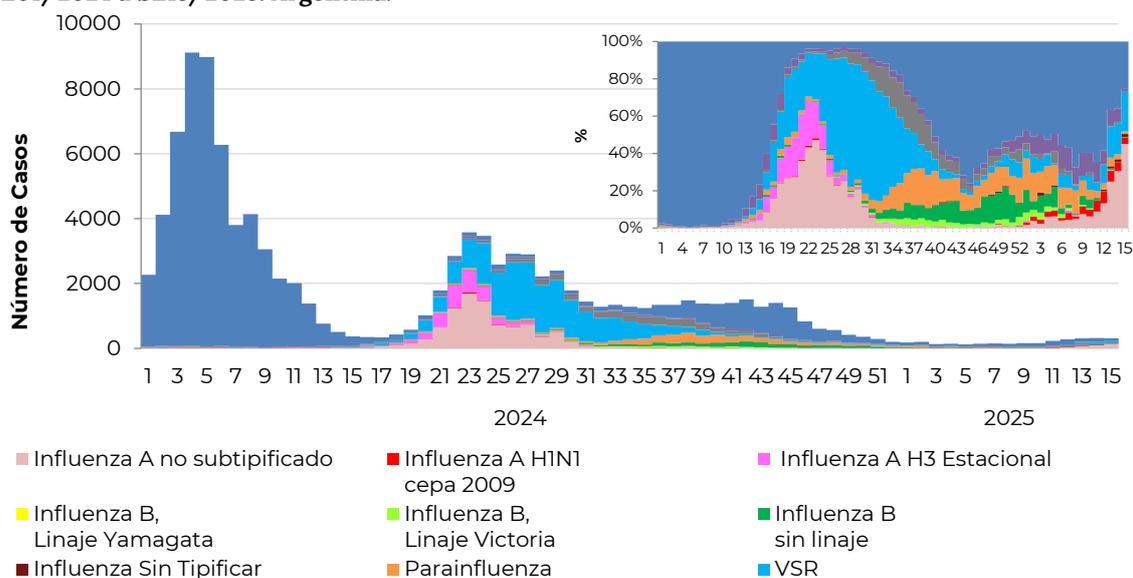
³⁴ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

En relación al VSR, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16/2024, alcanzando su máximo en la SE26, y tendencia descendente posterior, permaneciendo en valores bajos en lo que va de 2025.

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

Durante la SE15/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, SARS-CoV-2, VSR, adenovirus y parainfluenza.

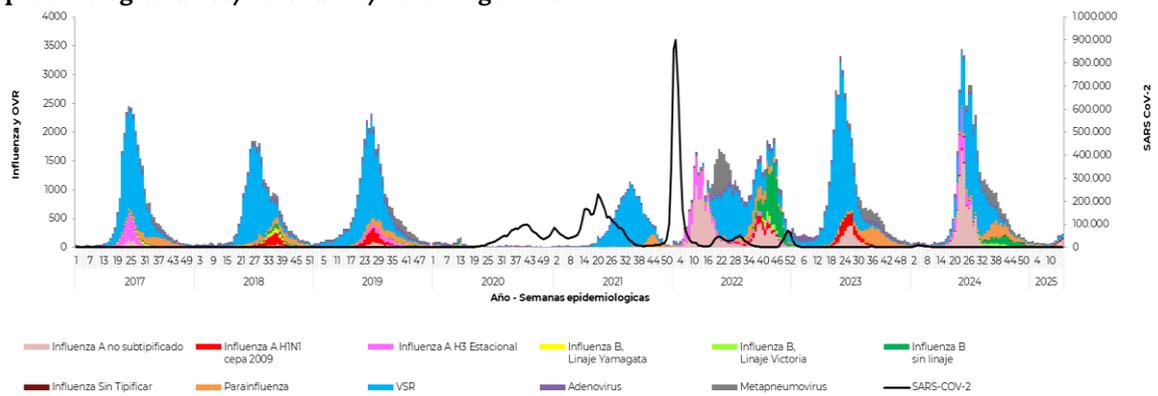
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE15/2025. Argentina.



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

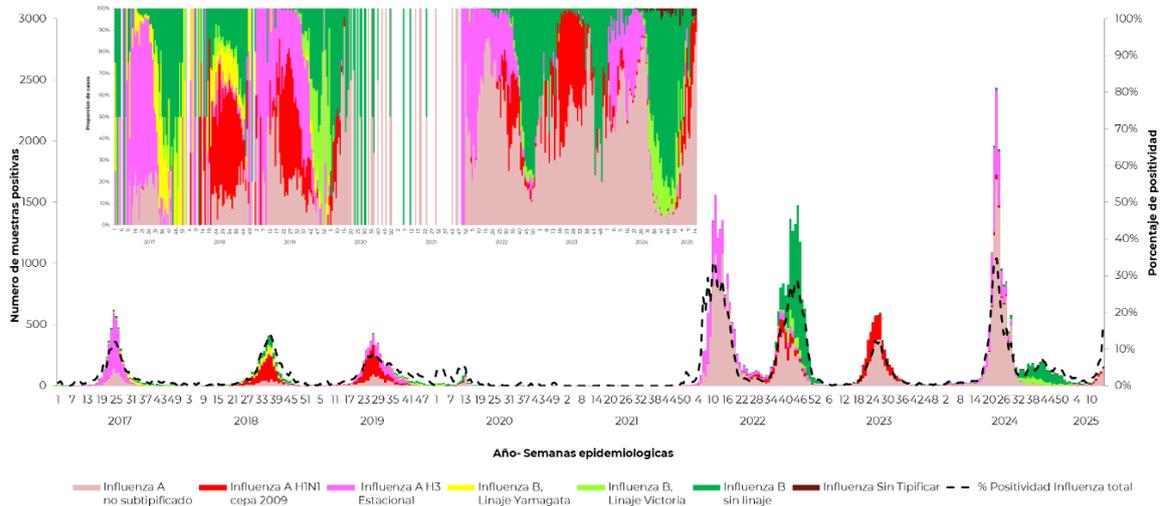
La curva histórica de casos positivos de virus respiratorios por semana muestra un marcado descenso para el año 2020 en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios. Durante el año 2022 se ha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

Gráfico 8. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE15/2025. Argentina.



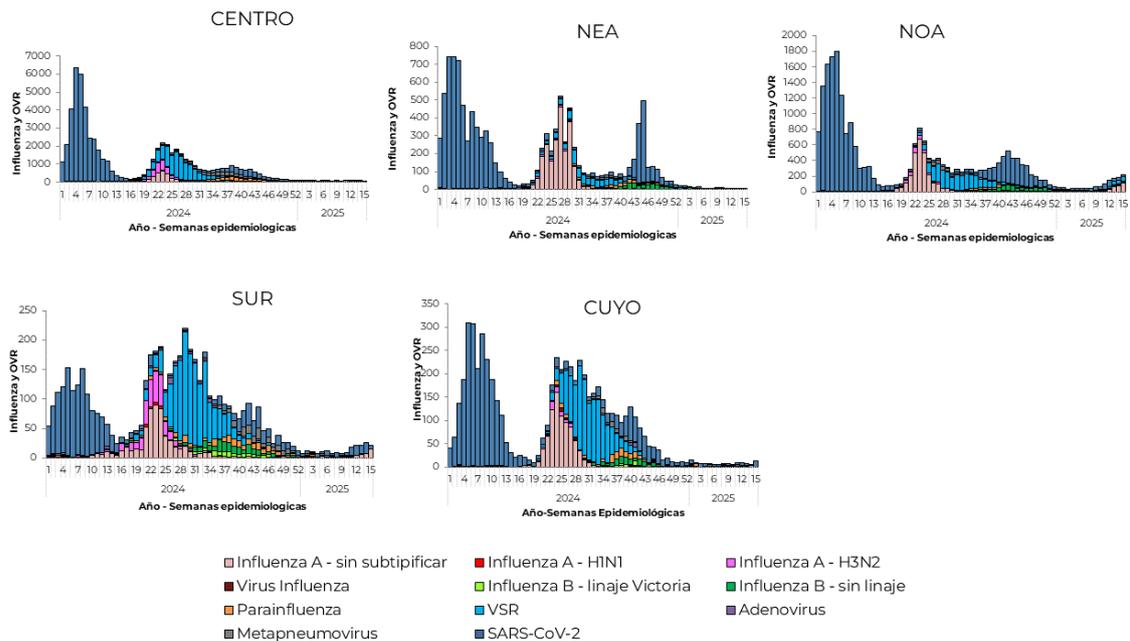
Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Gráfico 9. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE15/2025. Argentina.



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

Gráfico 10. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2024 a SE15/2025. Argentina.



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

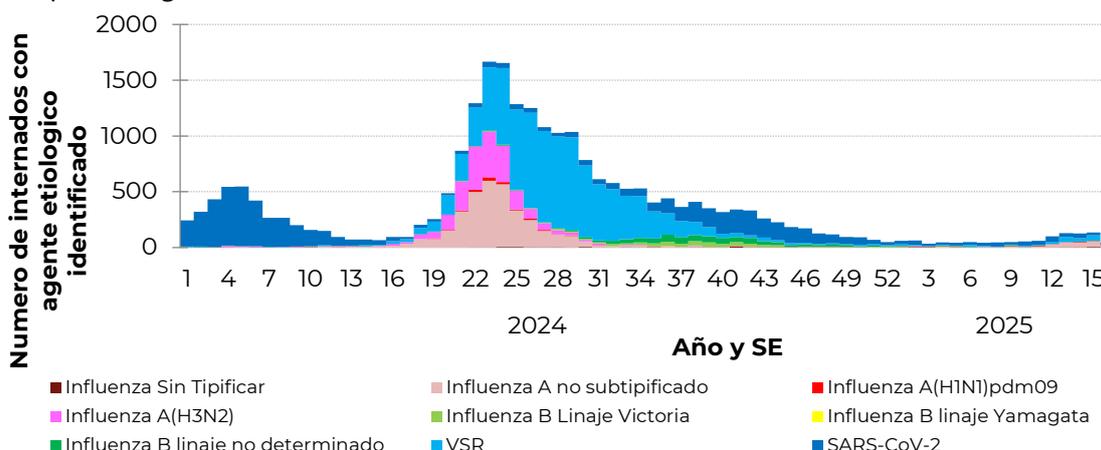
V.5.A. VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PERSONAS INTERNADAS Y FALLECIDAS

Entre SE01 y SE15 de 2025, se notificaron 502 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 86,4% menos casos. Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y valores estables en lo que va de 2025. Para la SE15/2025 se registraron 17 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, entre las SE1 y 15 de 2025 se registraron un total de 362 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12, se verifica un ligero ascenso en los casos, con 26 detecciones de influenza en hospitalizados en la última SE. Asimismo, se registra un ascenso del 102,2% para los casos acumulados entre las SE1-15 de 2025 respecto de las notificaciones registradas en el mismo periodo de 2024.

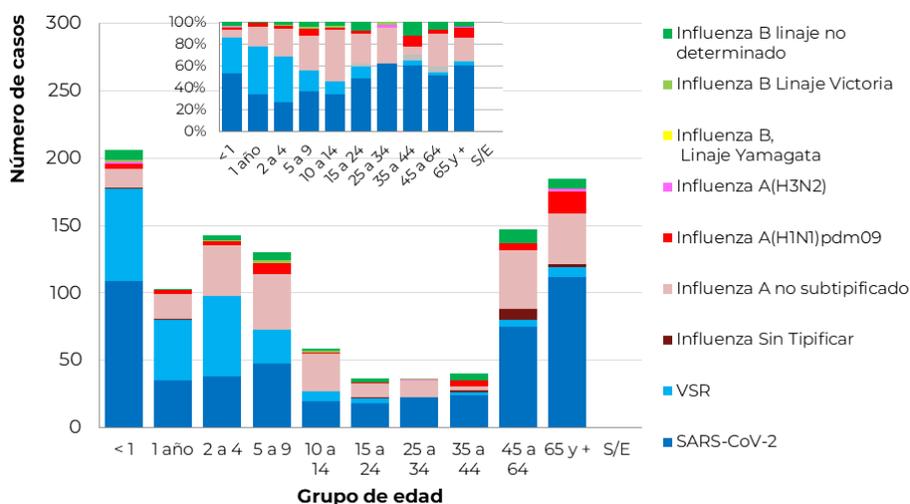
Entre los 362 casos de influenza notificados durante 2025, se registraron predominantemente detecciones de influenza A (n= 294), con menor detección de influenza B (n= 53). De los casos de influenza A, 49 cuentan con subtipificación, correspondiendo 45 a influenza A (H1N1) pdm09 y 4 a influenza A (H3N2). En relación a influenza B, 7 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. 15 casos de influenza permanecen a la fecha sin tipificar.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 223 casos hospitalizados positivos para VSR. Durante 2024, a partir de la SE16 se registra tendencia ascendente de las detecciones semanales de VSR, que alcanza su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En la última semana analizada (SE15/2025), se registran 4 casos de VSR en hospitalizados.

Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE15/2025. Argentina.

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

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE15/2025, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en personas de 45 a 64 años y de 65 años y más, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, menores de 1 año y personas de 45 a 64 años.

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE15/2025.

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}

A la fecha de elaboración de este informe, en lo que va de 2025, se registran 8 fallecidos con diagnóstico de influenza³⁵.

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

³⁵ Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

**ACTUALIZACION
PERIÓDICA DE
EVENTOS**

VI. Coqueluche- Informe Epidemiológico

VI.1. Introducción

La tos convulsa, tos ferina o coqueluche es una enfermedad respiratoria aguda prevenible por vacunación, que puede afectar a personas de todas las edades, aunque presenta mayores tasas de morbilidad y mortalidad en lactantes y niños pequeños. Los adolescentes y adultos jóvenes pueden presentar la enfermedad de forma leve, atípica e inclusive con las manifestaciones clásicas, y representan una fuente importante de transmisión hacia los menores. Dado su alto grado de contagiosidad —especialmente en contextos de contacto estrecho y prolongado como el hogar, jardines maternos, jardines de infantes o escuelas—, resulta fundamental el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar la propagación entre personas susceptibles.

El principal agente etiológico es *B. pertussis*, y en menor grado, *B. parapertussis*. Existen vacunas disponibles actualmente, que solo protegen contra *B. pertussis*.

En Argentina, además de la vacunación a los 2, 4, 6, 15-18 meses y al ingreso escolar con componente pertussis, desde 2009 se inició la vacunación en adolescentes (11 años) con el objeto de disminuir los reservorios. En el año 2012 se recomendó la vacunación contra tos convulsa para todas las personas gestantes a partir de la semana 20 de gestación y se incorporó al CNV en el año 2013. El propósito de la vacunación es lograr el pasaje transplacentario de anticuerpos que protege al lactante durante los primeros meses de vida contra la tos convulsa, con el objetivo de disminuir la morbi-mortalidad por coqueluche en lactantes pequeños. Las recomendaciones actuales de vacunación contra tos convulsa durante el embarazo es vacunar con dTpa (triple bacteriana acelular) luego de la semana 20 de gestación, en cada embarazo, independientemente de la edad, antecedente de vacunación con dTpa u otras vacunas con componente antitetánico y del tiempo transcurrido desde el embarazo anterior.

La introducción de las vacunas antipertussis ha contribuido a la disminución de la incidencia global de la enfermedad. En este contexto, la vigilancia epidemiológica de coqueluche cumple un rol clave al permitir evaluar el impacto de la vacunación, monitorear tendencias nacionales, identificar poblaciones en riesgo y orientar estrategias de prevención y control.

Desde el punto de vista clínico, coqueluche se desarrolla en tres fases (catarral, paroxística y de convalecencia), con formas clínicas que pueden variar desde leves hasta graves, especialmente en lactantes menores de seis meses. La enfermedad presenta un patrón cíclico con picos epidémicos cada 3 a 5 años.

VI.2. Nota Metodológica

Para el presente informe se analizó la información registrada en el Sistema Nacional de Vigilancia (SNVS2.0) al 07/04/2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 de 2019 a la SE 14 de 2025, en el evento “Coqueluche”. Se excluyeron casos invalidados por epidemiología y duplicados.

Se definieron como casos confirmados de coqueluche aquellos en los que se consignó la detección de *B. pertussis*, *B. parapertussis* por cultivo o PCR, IgG anti toxina pertussis positiva (específica para para *B. pertussis*) o bien la detección de Bordetella sp. por PCR, sin identificación de especie. También se consideraron confirmados para coqueluche aquellos casos clasificados como tales en clasificación manual, sin resultado de laboratorio.

En relación a los casos probables (a partir de la clasificación manual y sin confirmación de laboratorio), se observó que su curva sigue tendencia de notificaciones del evento, sin corresponderse con la curva epidémica de casos confirmados. Es por esto que se definió incluir a estos casos probables en el grupo de "casos con sospecha de coqueluche".

Para el parámetro temporal, se analizan los casos según la variable "Fecha Mínima del Caso", construida a partir de la selección de datos en el siguiente orden jerárquico: "Fecha de Inicio de Síntomas", "Fecha de consulta", "Fecha de toma de muestra" o "Fecha de notificación del caso". Para la jurisdicción de asignación del caso, se consideró la provincia de residencia o, en caso de no disponer del mismo, la jurisdicción del establecimiento notificador.

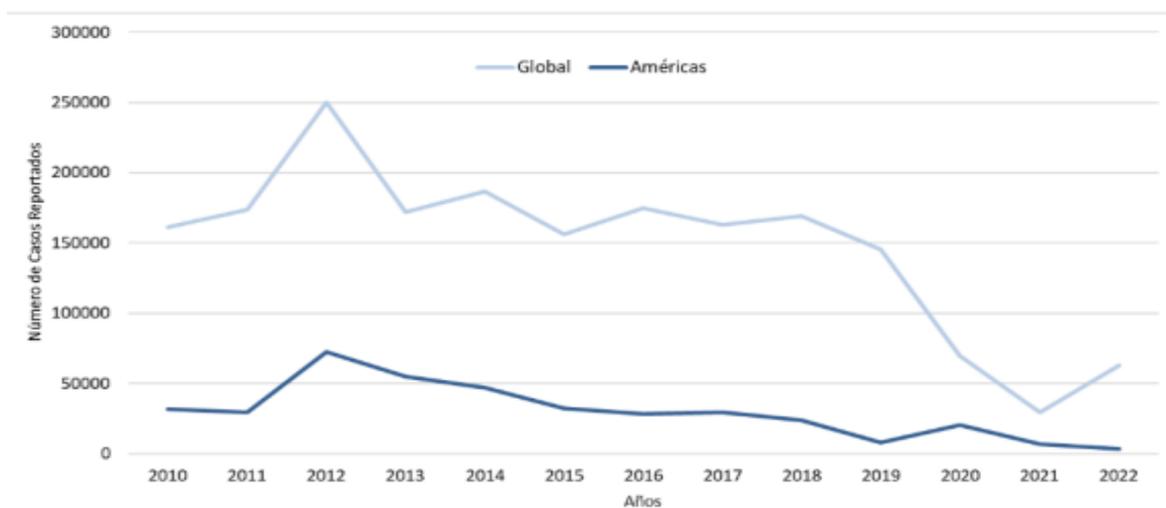
Las tasas de notificación fueron calculadas utilizando las proyecciones poblacionales publicadas por INDEC, a partir de datos del Censo de Población, Hogares y Viviendas del año 2010.

VI.3. Situación Internacional/Regional

El 22 de julio de 2024, la Organización Panamericana de la Salud emitió un alerta epidemiológica en el que informó un aumento de casos de coqueluche, instando a los países a fortalecer las coberturas de vacunación y la vigilancia epidemiológica³⁶.

Según dicho informe, tras el descenso global de aproximadamente tres veces en el número de casos anuales durante la pandemia de COVID-19 —en comparación con la década previa—, Europa registró un aumento en las notificaciones de casos durante la segunda mitad de 2023 y los primeros meses de 2024. En la Región de las Américas, por su parte, las notificaciones mostraron un descenso progresivo desde el pico alcanzado en 2012 hasta llegar a un mínimo en 2022. Sin embargo, al igual que en Europa, algunos países de la región reportaron un incremento de casos de tos ferina en 2024 en comparación con 2023.

Gráfico 1: Casos de Tos ferina reportados a nivel global y en la Región de las Américas, durante 2010 al 2022.

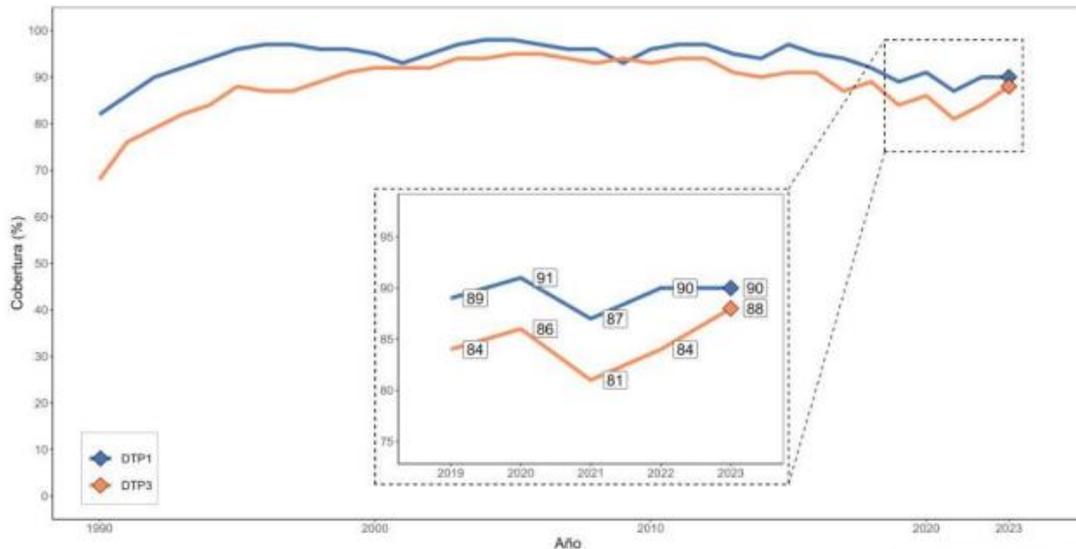


Fuente: Organización Panamericana de la Salud-Alerta epidemiológica Tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas 22 de julio del 2024. Adaptado de la Organización Mundial de la Salud, The Global Health Observatory, Pertussis - number of reported cases. Ginebra: OMS; 2024.

³⁶ Organización Panamericana de la Salud-Alerta epidemiológica Tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas 22 de julio del 2024. <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-07/2024-jul-22-phe-alerta-epidemiologica-pertussis-esp-final2.pdf>

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud advirtió sobre un descenso en las coberturas de vacunación, principalmente durante la pandemia de COVID-19. El año 2021 representó el nivel más bajo de cobertura de vacunación en la Región de las Américas en comparación con las dos décadas anteriores, registrándose coberturas de 87% para la primera dosis de la vacuna DTP (DTP1) y 81% para la tercera dosis (DTP3). Los datos más recientes, correspondientes a 2023, indican una recuperación en las coberturas, alcanzando el 90% para DTP1 y el 88% para DTP3. No obstante, persisten variaciones significativas entre países y dentro de cada país, a nivel subnacional.

Gráfico 2: Cobertura para DTP1 y DTP3 en la Región de las Américas, periodo 1990 al 2023.

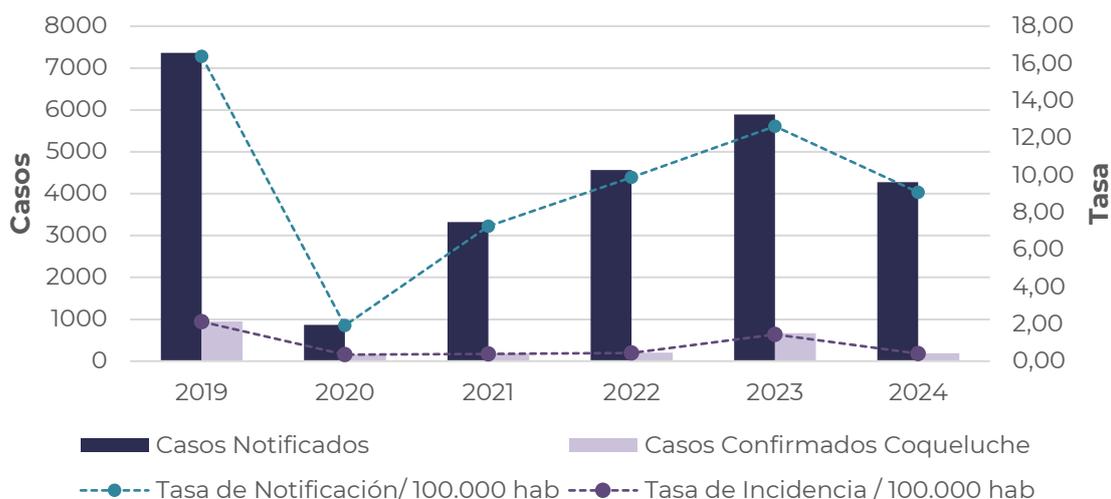


Fuente: Organización Panamericana de la Salud-Alerta epidemiológica Tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas 22 de julio del 2024. Datos oficiales de coberturas reportados por países en el Formulario conjunto para la notificación sobre la inmunización de la OPS/OMS y UNICEF.

VI.4. Situación epidemiológica en Argentina

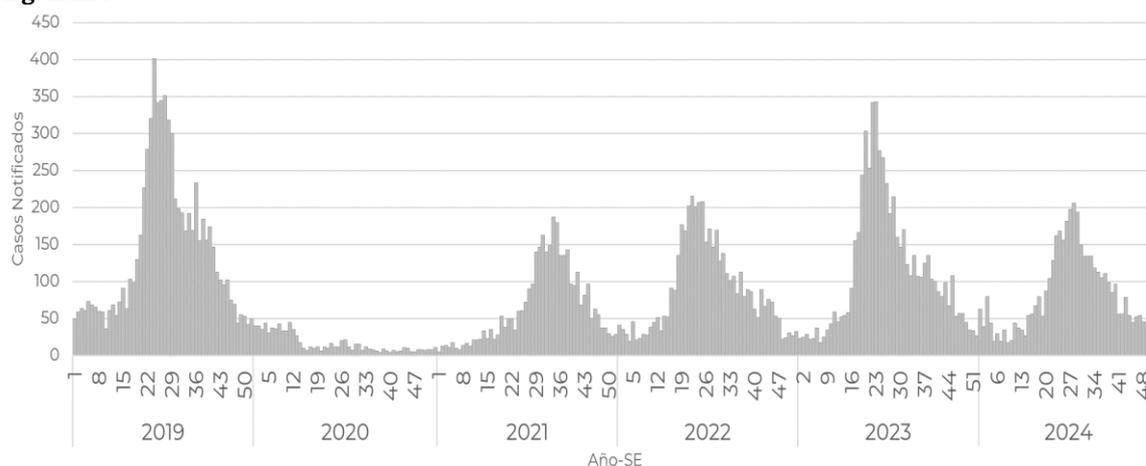
VI.4.A. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2019-2024

Entre SE1/2019 y SE52/2024, se notificaron un total de 26.285 casos son sospecha de coqueluche, de los cuales se confirmaron 2.352 y 4205 fueron clasificados como casos probables. Entre los casos confirmados, 2.130 (90,6%) cuentan con resultado de laboratorio registrado en SNVS. En 2.049 casos se identificó la especie, correspondiendo el 91,4% (n=1.872) a *B. pertussis*, y el 8,6% (n=177) a *B. paraptussis*. Los restantes 81 casos confirmados con resultado de laboratorio registrado permanecen sin identificación de especie, como *Bordetella sp.*

Gráfico 3. Coqueluche: casos y tasas de sospechosos y confirmados según año. Periodo 2019 a 2024. Argentina.

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

El mayor registro de casos con sospecha de coqueluche se observó durante 2019. Ese mismo año presentó el mayor número de casos confirmados de coqueluche. Posteriormente, durante la pandemia de COVID-19, se observó un importante descenso, tanto de los casos notificados como confirmados, seguido de una recuperación paulatina de la notificación en 2021 y 2022. En el año 2023, se registró el mayor número de casos con sospecha y confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de *B. pertussis*, sin registrarse el mismo patrón en el resto del país (otras provincias como Mendoza, Córdoba o Santa Fe registraron predominantemente casos de *B. parapertussis*). Luego, durante 2024, se registró un número total de casos confirmados similar a los años 2021 y 2022.

Gráfico 4: Coqueluche: número de notificaciones por semana epidemiológica. SE 1/2019 a SE52/2024. Argentina.

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

En el análisis por jurisdicción, se observa heterogeneidad en las tasas de notificación tanto entre provincias, como en los diferentes años analizados. En cuanto a los casos confirmados, en 2019 se registraron casos en 23 de las 24 provincias, mientras en los siguientes años, los casos confirmados se restringieron a un menor número de jurisdicciones. En este sentido, durante 2024, solo 10 jurisdicciones tuvieron casos confirmados, con el 88,5% de los mismos

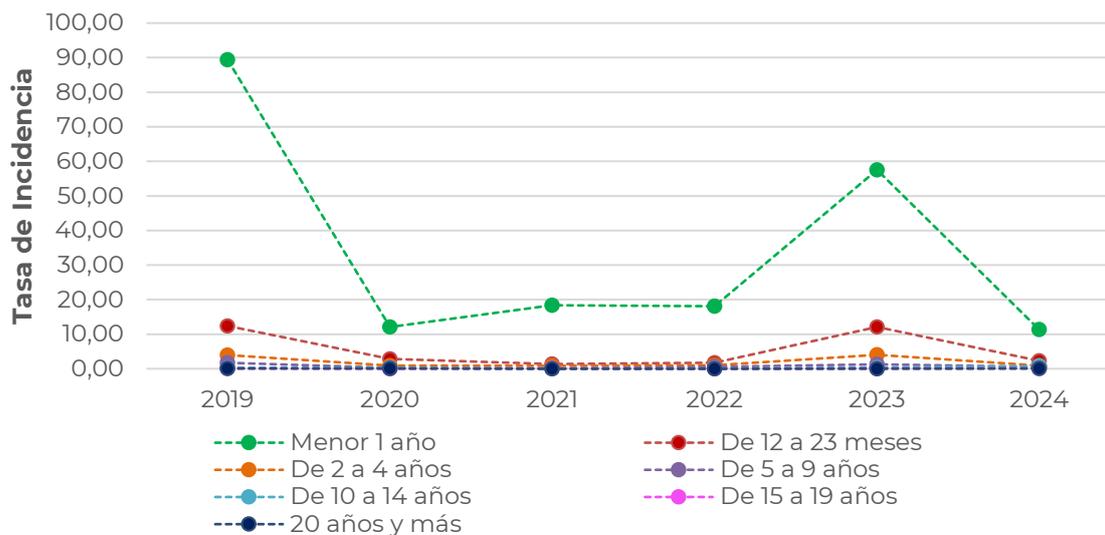
concentrados en Buenos Aires, CABA y Salta. Particularmente, la provincia de Salta presenta las mayores tasas de incidencia entre 2020 y 2024.

Tabla 1: Casos confirmados de coqueluche notificados y tasas de incidencia acumulada por año y jurisdicción y total país. Años 2019 a 2024.

	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Casos Confirmados	Tasa de Incidencia										
Buenos Aires	216	1,2	49	0,3	45	0,3	58	0,3	47	0,3	74	0,4
CABA	21	0,7	11	0,4	0	0,0	3	0,1	2	0,1	53	1,7
Catamarca	6	1,5	0	0,0	0	0,0	11	2,6	2	0,5	0	0,0
Chaco	5	0,4	3	0,2	0	0,0	2	0,2	0	0,0	0	0,0
Chubut	12	2,0	6	1,0	3	0,5	1	0,2	2	0,3	0	0,0
Córdoba	192	5,2	31	0,8	37	1,0	5	0,1	81	2,1	11	0,3
Corrientes	2	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Entre Ríos	42	3,1	1	0,1	1	0,1	0	0,0	1	0,1	2	0,1
Formosa	2	0,3	2	0,3	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Jujuy	2	0,3	0	0,0	3	0,4	0	0,0	2	0,3	0	0,0
La Pampa	8	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
La Rioja	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	6,1	1	0,2
Mendoza	241	12,2	12	0,6	17	0,8	13	0,6	25	1,2	1	0,0
Misiones	10	0,8	1	0,1	5	0,4	5	0,4	9	0,7	1	0,1
Neuquén	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0
Río Negro	5	0,7	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Salta	146	10,4	23	1,6	68	4,7	93	6,4	423	28,6	43	2,9
San Juan	3	0,4	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
San Luis	8	1,6	5	1,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Santa Cruz	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Santa Fe	14	0,4	5	0,1	0	0,0	7	0,2	43	1,2	5	0,1
Sgo del Estero	2	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tierra del Fuego	7	4,1	2	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tucumán	7	0,4	4	0,2	1	0,1	0	0,0	2	0,1	0	0,0
Total Nacional	953	2,1	159	0,4	181	0,4	200	0,4	667	1,4	192	0,4

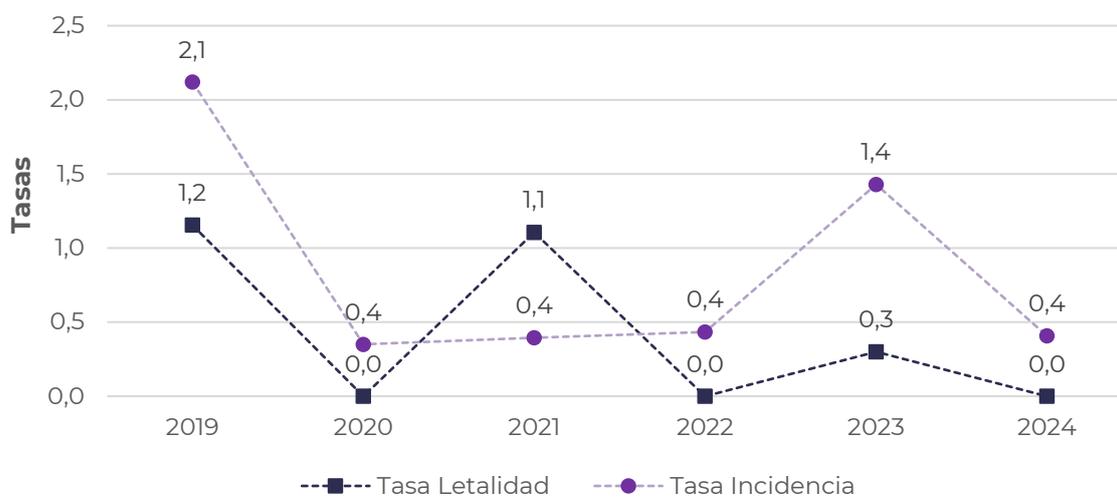
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

En relación a la distribución de los casos confirmados por grupos de edad, se identifica que el mayor número de casos fueron detectados en menores de 1 año para todos los años analizados, con tasa de incidencia que alcanzó los 89,4 casos cada 100.000 habitantes en 2019. Particularmente, en el subgrupo de menores de 6 meses se registró el mayor número de casos notificados (n= 15.708 casos con sospecha de coqueluche) y confirmados (n=1.162 casos) entre 2019 y 2024.

Gráfico 5: Tasas de Incidencia de coqueluche por año y grupo de edad. Años 2019 a 2024. Argentina.

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Con respecto a la evolución clínica de la enfermedad, se observa que el año con mayor número de fallecimientos fue 2019, con un total de 11 fallecidos entre los casos confirmados. Las tasas de letalidad en el periodo oscilaron entre el máximo de 1,2% en ese año y 0%.

Gráfico 6: Tasa de Incidencia de coqueluche cada 100.000 habitantes y tasa de letalidad (%). Argentina. Años 2019-2024.

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

VI.4.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL

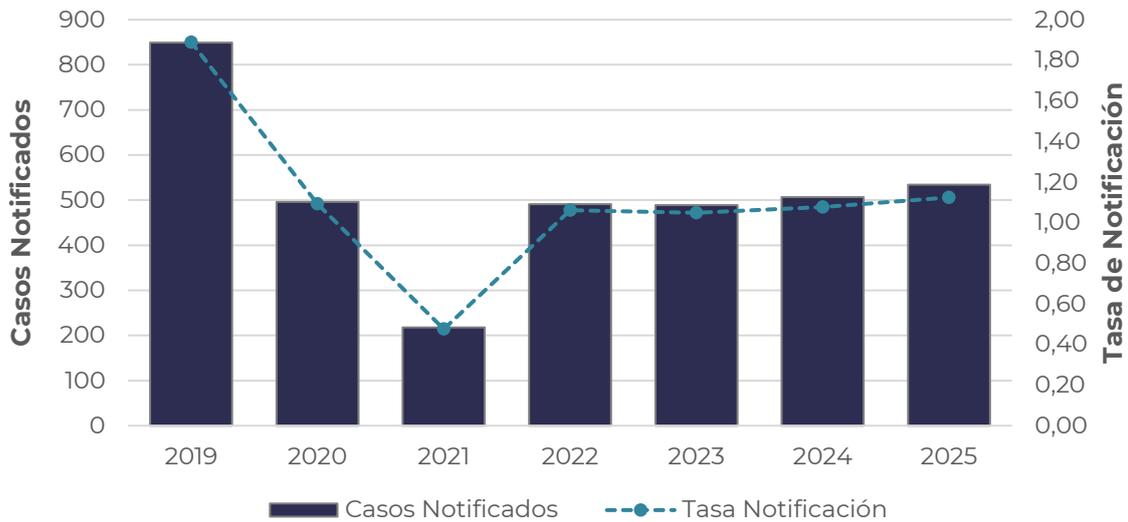
Entre la SE1 y 14 de 2025, se registraron un total de 534 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales se confirmaron 95. Además, 24 casos fueron identificados como probables. En 74 de los casos confirmados se registró la confirmación de laboratorio³⁷, con identificación en un

³⁷ Los restantes casos confirmados no cuentan con información de estudios de laboratorio en SNVS2.0. Estos casos, se contabilizan como confirmados de acuerdo a la clasificación manual del caso, y no es posible definir si se trata de casos confirmados por laboratorio o bien de acuerdo a criterio clínico-epidemiológico

94,6% (n=70) de *B. pertussis* (los casos restantes no cuentan con identificación de especie y permanecen como *Bordetella* sp).

En relación a las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche, se observa que, considerando las SE1 a 14, el año 2025 presenta una tasa ligeramente superior a los años 2020-2022-2023 y 2024 y solo es superada por las notificaciones registradas en el mismo periodo para el año 2019.

Gráfico 7: Notificaciones y Tasa de notificación de casos sospechosos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. SE 1-14, años 2019-2025. Argentina.



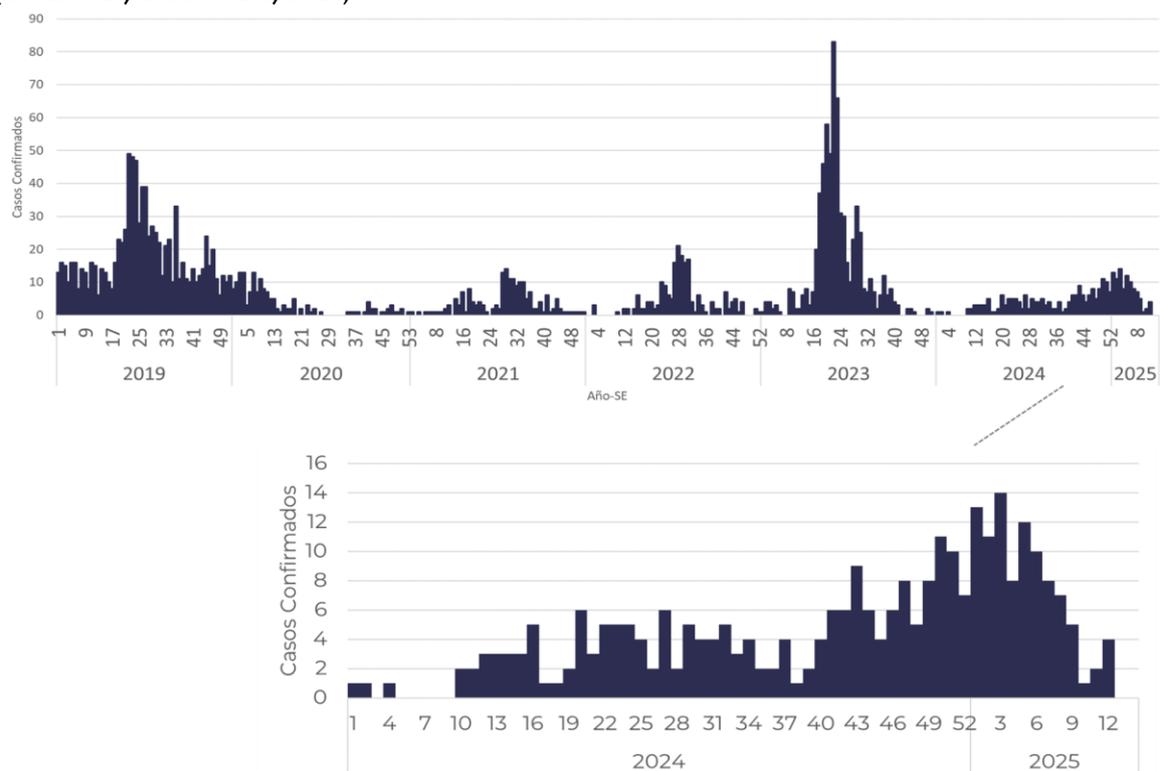
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche durante 2025 corresponden principalmente a establecimientos de CABA (n=169) y Salta (n=123), seguidos de establecimientos de la provincia de Córdoba (n=69), Buenos Aires (n=57), Santa Fe (n=54) y Mendoza (n=46). En otras provincias se registraron 5 o menos casos sospechosos, mientras que en 10 de las 24 jurisdicciones no se registró ninguna notificación en el evento hasta la SE14 de 2025³⁸.

En cuanto a los casos confirmados, se identifica un ligero ascenso de los casos de coqueluche a partir de la SE43/2024, que alcanzó su máximo en SE3/2025. Asimismo, los casos de coqueluche registrados entre SE1 y 14 de 2025 superan las confirmaciones para el mismo periodo de los años 2021 a 2023, con una incidencia acumulada de 0,2 casos cada 100.00 habitantes en lo que va del año.

³⁸ Las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche según jurisdicción se analizan de acuerdo a la variable "Establecimiento de Carga" y "Provincia de Carga".

Gráfico 8: Curva epidémica de casos confirmados de coqueluche. Argentina. SE1/2019 a SE14/2025 (detalle SE1/2024 a SE14/2025).



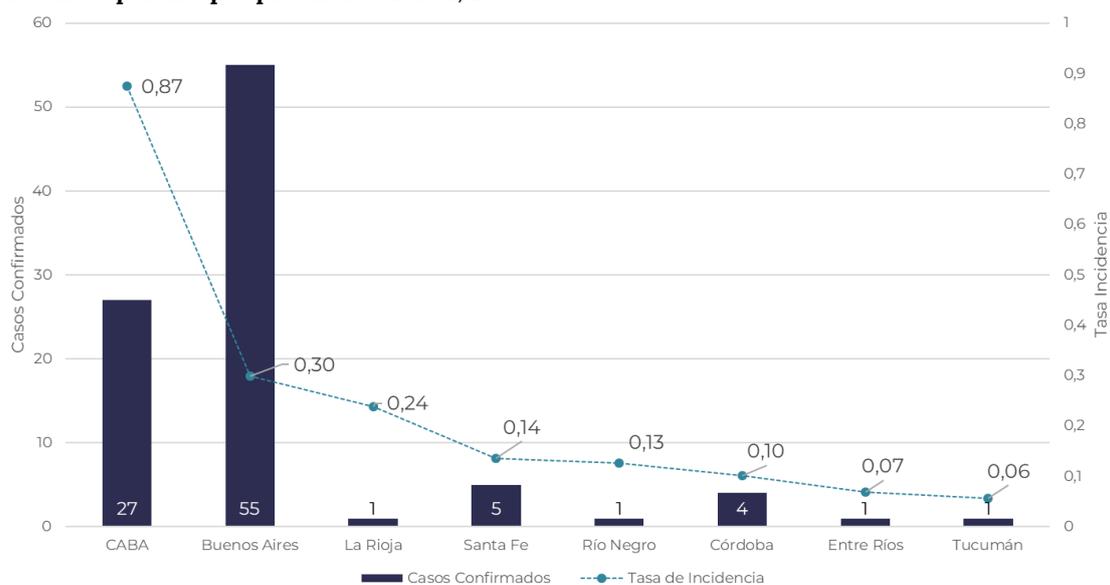
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Gráfico 9: Coqueluche: número de casos confirmados y tasa de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes por año. SE 1-14. Años 2019-2025. Argentina.



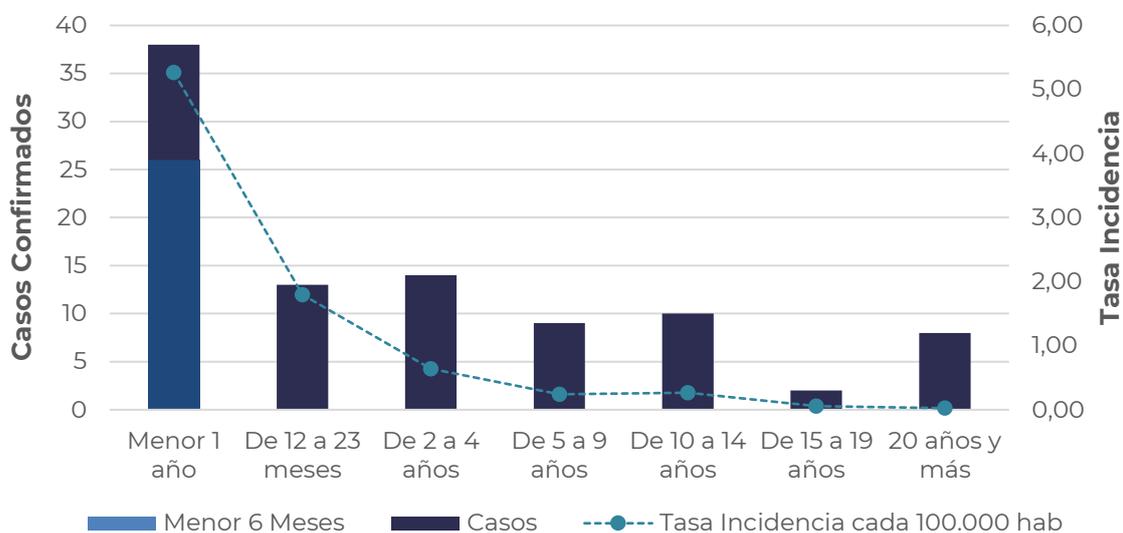
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Los casos confirmados fueron registrados principalmente en jurisdicciones de la Región Centro del país, con la mayor tasa de incidencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mientras que el mayor número de casos corresponde a la provincia de Buenos Aires.

Gráfico 10: Casos confirmados y Tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. SE 1-14, 2025.

Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

De manera similar a lo descrito para el periodo 2019-2024, las mayores incidencias acumuladas se observan en el grupo de 0 a 5 años, particularmente en menores de 1 año. Este grupo concentra el 40% de los casos confirmados (n=38), predominantemente en el subgrupo de menores de 6 meses.

Gráfico 11: Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por grupos de edad. SE 1-14, 2025. Argentina.

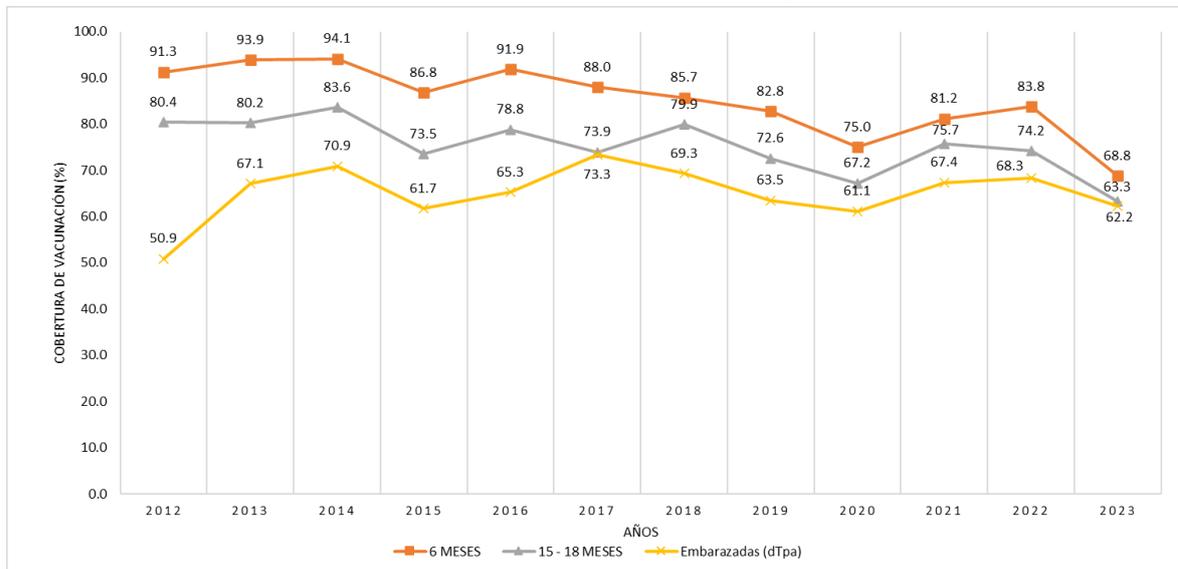
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

En relación a la gravedad de la enfermedad, entre las SE1 y 14 de 2025, se notificó el fallecimiento de 1 caso confirmado con detección de *B. pertussis*, menor de 6 meses.

VI.5. Coberturas de Vacunación

El gráfico analiza las coberturas de vacunación para tres grupos objetivo a lo largo de 12 años en Argentina:

- lactantes de 6 meses (vacunados con tercera dosis de quintuple o pentavalente)
- niños de 15-18 meses (vacunados con primer refuerzo de quintuple o pentavalente)
- embarazadas (vacunadas con dTpa – triple bacteriana acelular para embarazadas)

Gráfico 12. Coberturas de vacunación con componente pertussis. Argentina 2012 - 2023

Fuente: elaboración por la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Entre 2012 y 2016, las coberturas de vacunación en lactantes de 6 meses y en niños de 15-18 meses se mantuvieron en niveles superiores al 90% y el 80% respectivamente, mientras que las embarazadas mostraban coberturas más bajas, pero en ascenso, acercándose al 70%. Sin embargo, a partir de 2017 comienza a observarse una tendencia de descenso progresivo en todos los grupos, con un quiebre más abrupto en 2020, coincidiendo con el inicio de la pandemia de COVID-19 y, probablemente asociado con las medidas de aislamiento social.

En el caso de los **lactantes de 6 meses**, luego de 2020 se observó un aumento de 6,2 puntos porcentuales en 2021 y 2,6 puntos porcentuales en 2022 para la tercera dosis de vacuna quintuple. Sin embargo, se registró una fuerte caída en 2023 alcanzando el valor más bajo de toda la serie (68,8%) implicando un descenso de más de 20 puntos porcentuales respecto de los valores de 2012.

Para el caso del **primer refuerzo** de quintuple, se presentó una caída de 5,4 puntos porcentuales en el primer año de la pandemia (2020), pero en 2021 se registró una franca recuperación que permitió alcanzar una cobertura de 75,7%, significando 3,1 puntos por encima de los valores de 2019. Sin embargo, esta tendencia en ascenso se detuvo y en 2023 la cobertura nacional mostró una caída de 12,4 puntos porcentuales respecto a 2021, alcanzando valores mínimos en los últimos 12 años (63,3%).

Por su parte, las **embarazadas**, que nunca alcanzaron coberturas óptimas de vacunación, muestran fuertes fluctuaciones a lo largo del período, con caídas importantes post-pandemia, llegando a 62,2% en el último año analizado.

Estas tendencias reflejan una disminución sostenida de las coberturas vacunales alcanzando niveles entre el 60 y el 70% en los grupos de mayor vulnerabilidad, con posibles implicancias en la pérdida de la inmunidad individual y colectiva y el aumento del riesgo de brotes de enfermedades prevenibles por vacunas.

Para realizar un análisis completo de la situación de las coberturas de vacunación, es necesario hacer referencia a que descenso observado de coberturas es global y multicausal, y se acentuó con posterioridad a la pandemia de COVID-19.

Entre las variables que es necesario evaluar se encuentran la complejidad del CNV, la extensión territorial, la presencia de falsas contraindicaciones, las oportunidades perdidas de vacunación, la presencia de grupos antivacunas, la reticencia, las *fake news*, la falta de percepción de riesgo, las dificultades en producción y suministro, la rotación del personal de salud, la insuficiente estrategia de comunicación, etc.

Sin embargo, otro de los factores a tener en cuenta es el sistema de registro y las posibles diferencias entre la cobertura administrativa y la real. Por este motivo, se avanzó con un análisis sobre el cambio en la manera de registrar que se realizó en 2023: a diferencia de años anteriores, donde la fuente de información era netamente numérica y administrativa y se realizaba de manera agrupada, durante el año 2023 se comenzó a utilizar como única fuente datos, lo informado en el Registro Nominal de Vacunación electrónico (RNVe). De esta manera se sostuvo y fortaleció el cálculo de coberturas de calendario nacional, siendo la fuente de información los datos cargados de manera nominal únicamente.

La implementación del RNVe permite sistematizar las bases de datos y el circuito de información para el cálculo de las coberturas de vacunación, con la implementación de un modelo de gestión informatizada a través de un registro nominalizado que brinda a todos los niveles sanitarios la posibilidad de contar con datos actualizados, consistentes y confiables para la toma de decisiones. Esto implica un gran salto de calidad en la gestión de datos.

Sin embargo, cabe destacar que la adecuación de los sistemas de RNVe con la inclusión de todas las vacunas del calendario nacional, implicó cierto atraso en la carga y diferencias con algunos sistemas provinciales por lo que es posible que existan registros de dosis aplicadas que aún no hubieran impactado en el sistema nacional para la publicación de las coberturas del año 2023.

Además, también existe un universo de personas vacunadas que no han sido registradas en ningún sistema (ya sea provincial, nacional, institucional, del subsector público o privado).

Estas dos últimas consideraciones implican que existe a la fecha subregistro de dosis aplicadas. Por este motivo, se trabaja diariamente en la mejora de los sistemas de registro tanto del nivel jurisdiccional como desde el nivel nacional a través del apoyo a las jurisdicciones y de la implementación de nuevas y mejores tecnologías con el objetivo de contar con datos de mayor calidad para apoyar la toma de decisiones en materia de política de inmunizaciones.

VI.6. Vigilancia Epidemiológica

VI.6.A. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

- Lograr la detección oportuna de casos sospechosos para realizar las acciones de control correspondientes, que contribuyan a disminuir la transmisión y la morbimortalidad en los grupos de mayor riesgo.
- Monitorear el comportamiento de la enfermedad, así como el impacto de las acciones de vacunación, esenciales para la toma de decisiones adecuadas y oportunas en la población.

VI.6.B. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso: toda persona con clínica compatible según los siguientes criterios por grupo etario:

- Menores de 6 meses: toda infección respiratoria aguda, con al menos uno de los siguientes síntomas: apnea, cianosis, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o tos paroxística.
- Mayores de 6 meses hasta 11 años: tos de 14 o más días de duración acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos después de la tos.
- Mayores de 11 años: tos persistente de 14 o más días de duración, sin otra sintomatología acompañante. sin otra causa aparente.

O bien que un trabajador de la salud sospeche coqueluche independientemente de la edad y del antecedente vacunal.

Caso confirmado:

- Caso sospechoso con cultivo positivo para el agente causal y/o resultados positivos del ensayo de PCR específicos para el agente causal y/o resultados positivos para detección de IgG anti toxina pertussis (estandarizado con el testigo de referencia internacional de la OMS)³⁹
- Caso sospechoso con nexo epidemiológico con caso de coqueluche confirmado por laboratorio entre 3 y 21 días antes del inicio de los síntomas.

Caso probable:

- paciente con clínica compatible (según criterios clínicos estratificados por edad) y sin confirmación por laboratorio (sin muestra para estudio o resultados negativos de laboratorio)

Caso descartado por diagnóstico diferencial:

- Caso sospechoso descartado que presenta diagnóstico de otra enfermedad de presentación similar.

Caso descartado:

- clínica incompleta o con datos insuficientes, resultado de laboratorio negativo y sin nexo epidemiológico con un caso confirmado.

³⁹ En adolescentes y adultos, requiere una sola muestra de suero y está indicado en casos con más de 14 días de tos y que hayan recibido la vacunación con componente pertussis al menos un año o más antes de la toma de muestra.

VI.6.C. NOTIFICACIÓN

Evento SNVS	Modalidad	Estrategia Componente /	Periodicidad
Coqueluche (tos convulsa)	Nominal	Universal / Clínica- Laboratorio- Epidemiología	Inmediata

VI.7. Medidas de Prevención

El esquema de vacunación contra coqueluche incluye un esquema primario de tres dosis durante el primer año de vida (2, 4 y 6 meses) en forma de vacuna quintuple celular, y refuerzos a los 15-18 meses (quintuple celular), 5-6 años (triple bacteriana celular), 11 años (triple bacteriana acelular) y en cada embarazo (triple bacteriana acelular).

En el personal de salud en contacto con niños menores de un año está indicada una dosis de triple bacteriana acelular cada 5 años.

Se calcula que la eficacia de la vacuna en personas que han recibido como mínimo cuatro dosis es de 80%; la protección es mayor contra la enfermedad grave. La inmunización activa que se inicia después de la exposición no protegerá contra la enfermedad que surja por tal exposición, pero tampoco está contraindicada. La inmunización pasiva es ineficaz. La vacuna contra B. pertussis no protege de la infección por B. parapertussis.

Los casos confirmados deberán continuar con el esquema de vacunación según corresponda ya que la infección natural no confiere inmunidad duradera, pudiendo existir reinfección.

VI.8. Medidas ante casos

Medidas ante un caso sospechoso:

- Todos los casos sospechosos de coqueluche identificados que se encuentren sintomáticos deben aislarse al momento de la consulta bajo medidas de aislamiento de gota (colocar un barbijo quirúrgico al paciente en la medida de ser posible hasta realizar el aislamiento efectivo), debe tomarse una muestra de aspirado o hisopado nasofaríngeo y/o suero e iniciar tratamiento antibiótico específico. Los macrólidos acortan el período de transmisibilidad y pueden modificar la evolución clínica si se los administra durante el período de incubación o en los comienzos de la fase catarral de la enfermedad, pero no aplacan los síntomas cuando se administran durante la fase paroxística.
- En caso de permanecer internados, el aislamiento se debe mantener hasta completar 5 días de terapia antibiótica con macrólidos (todas las dosis correspondientes a 5 días) o hasta 21 días desde el diagnóstico si la terapia antimicrobiana no fue realizada con macrólidos.
- En caso de manejo ambulatorio, los casos sospechosos deben aislarse de los lugares habituales donde desarrollan sus actividades hasta completados los 5 días de terapia antibiótica con macrólidos (todas las dosis correspondientes a 5 días) o hasta los 21 días desde el diagnóstico si la terapia antimicrobiana no fue realizada con macrólidos. Se debe indicar mantener hábitos de higiene respiratoria de acuerdo a la edad del caso durante ese tiempo: desechar materiales descartables que puedan tener secreciones respiratorias en el cesto de basura y limpiar los ambientes con frecuencia; cubrirse la

nariz y la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar y desecharlos rápidamente en el cesto de la basura; cubrirse la tos o los estornudos con la parte superior del brazo o el codo si no tiene un pañuelo desechable; lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón por al menos 20 segundos; usar un desinfectante de manos a base de alcohol si no se dispone de agua y jabón. En caso de trasladarse en ámbitos públicos, utilizar barbijo quirúrgico en la medida de lo posible.

Las precauciones de aislamiento se tomarán ante la sospecha del caso, sin aguardar a la confirmación, para evitar exponer inadvertidamente a otros pacientes.

Definición de Contacto estrecho:

- Toda persona con contacto directo cara a cara por un período no definido con el caso sintomático.
- Haber compartido un espacio reducido (la misma habitación) por más de una hora con el caso sintomático.
- Haber tenido contacto directo (sin protección) con secreciones respiratorias orales o nasales de un caso sintomático.

Contacto de alto riesgo de enfermedad severa:

- Menores de 1 año o convivientes de menores de 1 año
- Personas con inmunodeficiencias o con enfermedad pulmonar.
- Personas gestantes y personal de salud.

Medidas ante un contacto:

- Realizar toma de aspirado o hisopado nasofaríngeo y/o suero, para confirmación de la enfermedad ante la sospecha diagnóstica en los contactos.
- Aislar de escuelas, guarderías o jardines a los contactos estrechos del caso que tengan menos de 7 años de edad con inmunización incompleta, hasta que hayan cumplido 5 días de tratamiento antibiótico quimioproláctico efectivo.
- Controlar esquemas de vacunación de los contactos y administrar una dosis de vacuna con componente pertussis lo antes posible después de la exposición a los contactos estrechos menores de 7 años de edad que no hayan recibido cuatro dosis de vacuna o una dosis de ella en los últimos tres años.
- En situaciones en que esté o puede estar expuesto al riesgo un lactante o un niño de corta edad no inmune, conviene identificar los casos tempranos o inadvertidos y atípicos.
- En los contactos institucionales deberá hacerse control estricto de ausentismo para detectar posibles casos sospechosos.
- La quimioprolaxis con macrólidos está indicada en todos los contactos estrechos, especialmente los de alto riesgo, ante la sospecha independientemente del antecedente de vacunación. Los macrólidos (eritromicina, claritromicina o azitromicina) acortan el período de transmisibilidad, pero no aplacan los síntomas, excepto cuando se administran durante el período de incubación o en los comienzos de la fase catarral de la enfermedad.

Antibióticos recomendados para el tratamiento y la profilaxis postexposición de B. Pertussis en lactantes, niños, adolescentes y adultos.

Edad	Azitromicina	Eritromicina	Claritromicina	Trimetoprima-Sulfametoxazol TMP-SMZ **
Menor de 1 mes	10 mg/kg/día dosis única por 5 días De primera elección.	40-50 mg/kg/día en 4 dosis por 14 días. No de primera elección*	No recomendado (no hay datos de seguridad)	Contraindicado en menores de 2 meses (riesgo de kernicterus)
1-5 meses	10 mg/kg/día dosis única por 5 días	40-50 mg/kg/día dividido en 4 dosis por 14 días	15 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 7 días	En >2 meses: TMP 8 mg/kg/día y SMZ 40 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 14 días
Infantes (≥ 6 meses) y niños	10 mg/kg como dosis única el primer día (máximo 500 mg); luego 5 mg/kg como dosis única desde el día 2 al 5 (máximo 250 mg/día).	40-50 mg/kg/día (máximo 2 gr/día) dividido en 4 dosis por 14 días	15 mg/kg/día (máximo 1 gr/día) dividido en 2 dosis por 7 días	TMP 8 mg/kg/día y SMZ 40 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 14 días
Adolescentes y Adultos	500 mg como dosis única el primer día; luego 250 mg como dosis única desde el día 2 al 5	2 gramos /día dividido en 4 dosis por 14 días	1 gramo/día dividido en 2 dosis por 7 días	TMP 320 mg/día y SMZ 1600 mg/día dividido en 2 dosis por 14 días

*La azitromicina es el macrólido de elección en los menores de 1 mes por el riesgo de hipertrofia pilórica asociado a eritromicina.

** TMP-SMZ puede ser utilizado como alternativa a los macrólidos en personas de ≥2 meses de edad alérgicos o intolerantes a macrólidos o que estén infectados por una cepa rara de B. pertussis resistente a macrólidos.

El embarazo no es una contraindicación para el uso de macrólidos (eritromicina, azitromicina o claritromicina) pero la FDA ha catalogado la eritromicina y azitromicina como categoría B y la claritromicina como C.

VI.9. Consideraciones sobre el diagnóstico

El diagnóstico de Coqueluche se basa en la **sospecha oportuna** de la enfermedad y la utilización de las **pruebas de laboratorio adecuadas**. Para el diagnóstico de laboratorio puede realizarse cultivo, PCR y/o serología. La prueba serológica internacionalmente aceptada es la detección de IgG anti toxina pertussis mediante ELISA validado contra el “Standard de Referencia de la OMS (06/140)”⁴⁰. Para el cultivo y la PCR la muestra apropiada es el aspirado nasofaríngeo o el hisopado nasofaríngeo recolectado con hisopo de dacrón, nylon o rayón.

La sensibilidad del cultivo, la PCR y la serología varían según el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la toma de muestra, la edad del paciente, el estado de inmunización, entre otros factores.

⁴⁰ Guiso N, Berbers G, Fry NK, He Q, Riffelmann M, Wirsing von König CH; EU Pertstrain group. What to do and what not to do in serological diagnosis of pertussis: recommendations from EU reference laboratories. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2011 Mar;30(3):307-12. doi: 10.1007/s10096-010-1104-y. Epub 2010 Nov 11. PMID: 21069406; PMCID: PMC3034915.

El cultivo presenta 100% de especificidad y puede utilizarse durante las dos primeras semanas luego del inicio de la tos, ya que en dicho momento presenta la mayor sensibilidad. También presenta mayor sensibilidad en casos severos, en pacientes no vacunados y en menores de un año.

La PCR presenta elevada especificidad y notable mayor sensibilidad que el cultivo. Puede utilizarse durante las cuatro semanas siguientes al inicio de la tos, aunque la mayor sensibilidad es durante las dos primeras semanas.

Finalmente, la toma de muestra de suero para la detección de anticuerpos IgG anti toxina pertussis debe realizarse luego de 14 días de tos y antes de que finalice la duodécima semana luego del inicio de los síntomas y resulta de utilidad en adolescentes y adultos.

Puntos críticos en el diagnóstico de Coqueluche:

- Si bien la PCR es la prueba de elección dado la elevada sensibilidad, especificidad y rapidez de los resultados, es importante realizar el cultivo, ya que esto permite la caracterización molecular de los aislados clínicos locales y la vigilancia de la sensibilidad a los antimicrobianos de primera elección para el tratamiento.
- Para las pruebas de **PCR**, existen diversos blancos de amplificación descritos en la literatura para *B. pertussis*, *B. parapertussis* y *B. holmesii*. El LNR recomienda utilizar para la detección y confirmación de *B. pertussis* los blancos de amplificación: IS481+ promotor del gen de la toxina pertussis (*ptxP*). Se desaconseja totalmente emplear una sola prueba. La utilización exclusiva de la secuencia de inserción IS481 no resulta una prueba específica dado que también está presente en *B. holmesii* y algunas *B. bronchiseptica*⁴¹. Por otro lado, *ptxP* es de copia única, a diferencia de la secuencia de inserción IS481 que posee entre 50 y 238 copias en el genoma completo de *B. pertussis*⁴², por lo tanto, la PCR que usa como blanco de amplificación al promotor del gen de la toxina pertussis resulta de menor sensibilidad que la antes mencionada.
- Para la confirmación de *B. parapertussis* y *B. holmesii* también es necesario utilizar más de un blanco de amplificación. En caso de no poder estudiar todos ellos se solicita remitir la muestra clínica y/o el aislado al LNR-Servicio Bacteriología Clínica – INEI-ANLIS-“Dr. Carlos G. Malbrán” para la confirmación de estas especies de *Bordetella*.
- Ante casos identificados como *Bordetella* sp contactar al LNR-Servicio Bacteriología Clínica –INEI-ANLIS-“Dr. Carlos G. Malbrán” para evaluar el estudio de *targets* adicionales que permitan confirmar la especie.
- Para el diagnóstico serológico mediante la detección de **IgG anti toxina pertussis** es importante recordar que dicha metodología no resulta útil en infantes ya que su sistema inmune es inmaduro y además existe la posibilidad de interferencia de los anticuerpos maternos. En adolescentes y adultos que recibieron una dosis de la vacuna triple bacteriana acelular, la serología puede emplearse si transcurrió un año desde la recepción de la misma.

⁴¹ Reischl U, Lehn N, Sanden GN, Loeffelholz MJ. Real-time PCR assay targeting IS481 of *Bordetella pertussis* and molecular basis for detecting *Bordetella holmesii*. J Clin Microbiol. 2001;39(5):1963–6. pmid:11326023)

⁴² Loeffelholz M. Towards improved accuracy of *Bordetella pertussis* nucleic acid amplification tests. J Clin Microbiol. 2012;50(7):2186–2190. doi:10.1128/JCM.00612-12

Parkhill J., et al. 2003. Comparative analysis of the genome sequences of *Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis* and *Bordetella bronchiseptica*. Nat. Genet. 35:32–40)

INFORMES ESPECIALES

VII. Comunicación epidemiológica: Brote de Fiebre Tifoidea, Ciudadela, Provincia de Buenos Aires

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

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

VII.1. Situación actual y antecedentes

La Gerencia de Epidemiología de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) notifica la ocurrencia de un brote de cuadros invasivos febriles y gastrointestinales en un conglomerado de pacientes atendidos en diferentes hospitales de CABA, residentes en una misma zona en dos edificios vecinos, en la localidad de Ciudadela, del partido de Tres de Febrero de la provincia de Buenos Aires (PBA).

En dos casos el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) confirmó el aislamiento de *S. Typhi* y en tres nuevos casos los aislamientos estudiados resultaron confirmados fenotípicamente como *S. Typhi*.

Al momento del presente informe se identificaron 10 personas atendidas entre el 9 de marzo y el 22 de abril en dos establecimientos de CABA, todos residentes en la PBA. La presentación clínica ha sido muy variada entre los casos, requiriendo algunos pacientes internación por compromiso sistémico y otros, atención médica ambulatoria. Además, se está investigando un caso asistido en un establecimiento privado de PBA, fallecido el 17 de abril, familiar de dos casos afectados. El rango de edad es entre 6 y 53 años, la mediana de edad es de 22 años, siendo 7 casos pacientes de sexo masculino.

La investigación se encuentra en curso y se están realizando entrevistas dirigidas a convivientes y familiares de los casos. Por otro lado, se planifican búsquedas activas para identificar posibles casos entre los vecinos de la zona afectada y realizar las acciones para identificar la fuente de infección y realizar el control del brote.

El primer caso consultó el 9 de marzo con los siguientes síntomas: fiebre, dolor abdominal, diarrea persistente, deshidratación que hizo necesaria su internación. Se descarta dengue (antígeno NS1 negativo) y se aísla en dos hemocultivos *S. Typhi* sensible a ceftriaxona.

El último caso notificado comienza con síntomas el 20 de abril, y consulta 48 horas después en un establecimiento público de CABA. Se presenta con fiebre, hepatoesplenomegalia, dolor abdominal, diarrea, náuseas y vómitos.

Al momento de la presente comunicación, cuatro de los pacientes afectados permanecen internados, aunque con evolución clínica favorable. A los que no fue necesario hospitalizar, se les indicó tratamiento antibiótico con ciprofloxacina.

El día 22/4 Epidemiología de Tres de Febrero realizó una visita domiciliar a los casos con el fin de llevar a cabo la correspondiente investigación epidemiológica. A partir de la información recabada se constató que en el edificio a fines de enero/principio de febrero, tuvieron un corte de provisión de agua durante dos semanas aproximadamente, por lo que se sospecha como posible fuente de contaminación, el agua de consumo de los edificios, ya que ambos se abastecen de un mismo tanque, el cual es provisto con agua de pozo. Con el fin de ampliar la investigación sobre posibles fuentes de exposición, concurren al barrio técnicos de Bromatología y Epidemiología del municipio en conjunto con el Instituto Biológico de La Plata y la Región Sanitaria VII para recolectar muestras de agua y de alimentos sospechados el día 24/4 por la mañana. También se realizaron búsquedas activas de casos sospechosos y se dieron pautas de alarma y recomendaciones para la manipulación de alimentos y uso de agua segura a los vecinos de los edificios.

VII.2. Antecedentes en Argentina

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

VII.2.A. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

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

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

VII.3. Vigilancia epidemiológica de Fiebre Tifoidea

VII.3.A. OBJETIVOS:

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

VII.3.B. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIONES DE CASO

- Caso sospechoso:

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

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

- Caso probable:

Todo caso sospechoso y:

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

- Caso confirmado:

Todo caso sospechoso o probable con:

- Hemocultivos y/o urocultivo POSITIVO para *Salmonella Typhi* (*S. Typhi*) o *Paratyphi* (*S. Paratyphi*).
- Coprocultivo positivo para *S. Typhi* o *Paratyphi*.
- Todo caso probable con nexo con un caso confirmado de fiebre tifoidea o paratifoidea con hemocultivo o coprocultivo con aislamiento de *Salmonella* spp.

- Caso descartado

- Caso sospechoso en el que se confirmó otro diagnóstico.

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

VII.3.C. NOTIFICACIÓN

Los casos confirmados de fiebre tifoidea y paratifoidea constituyen eventos de notificación obligatoria al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) en el marco de la ley 15.465 y la res. 2827/2024⁴³.

Evento: Fiebre tifoidea y paratifoidea.

Estrategias de vigilancia: Clínica, Laboratorio y Epidemiología.

Modalidad de notificación: Individual (Nominal).

Periodicidad de notificación: Inmediata de casos confirmados.

⁴³ Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/eventos-de-notificacion-obligatoria>

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

VII.4. Medidas ante casos

- Todos los casos sospechosos deben contar con diagnóstico bacteriológico y estudios de sensibilidad a los antibióticos para orientar el tratamiento adecuado.
- Notificar ante caso confirmado⁴⁴ al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS2.0) en forma inmediata.
- Realizar la investigación epidemiológica de todos los casos para identificar e interrumpir la posible fuente y vehículo de transmisión. La investigación incluye siempre un componente epidemiológico, bromatológico y ambiental por lo cual es importante la articulación de todos los actores involucrados para su abordaje.
- Es importante que los pacientes tratados de forma ambulatoria completen el tratamiento antibiótico prescrito, y sean informados adecuadamente acerca de las medidas de prevención: lavado de manos después de ir al baño, no preparar ni servir alimentos a otras personas hasta obtener el alta.
- Se recomienda la toma de muestra para hemocultivo en el pico de fiebre y de materia fecal (u otras infecciones extraintestinales) en el periodo agudo antes de iniciar el tratamiento con antimicrobianos.
- En el marco de la vigilancia nacional, los laboratorios que forman de la Red Nacional de Diarreas deberían derivar todos los aislamientos como *Salmonella* spp. -recuperados de diarreas y/o hemocultivos- y el 20% de las muestras en el caso que alcancen la serotipificación de la *Salmonella* y de los casos que no tengan residencia o antecedente de viaje a un lugar en el que estén sucediendo casos de fiebre paratifoidea, para subtipificación molecular y vigilancia genómica.
- El Ministerio de Salud se encuentra trabajando para actualizar las recomendaciones para el abordaje de portadores asintomáticos.

VII.5. Monitoreo salud ambiental

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

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

- Fortalecer las acciones de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano.
- Desarrollar acciones de búsqueda de otros posibles factores de riesgo ambiental que puedan aportar elementos a la caracterización, comprensión y control del brote.

⁴⁴ En contexto de brotes o situaciones de transmisión continua se evaluarán medidas adicionales como la notificación desde la sospecha con el propósito de mejorar la oportunidad de la información para la búsqueda de la fuente de infección.

- Gestionar con las empresas de servicios públicos mejoras en el abastecimiento de agua de consumo y reparaciones de la red en caso de ser necesario.
- Promover la mejora de las redes de eliminación de aguas servidas e intensificar los monitoreos de los parámetros luego de su tratamiento en los efluentes.

VII.6. Recomendaciones para la población

- **Usar agua segura:** para actividades como el lavado de manos, los dientes; preparación y cocción de alimentos, cocinar o lavar las verduras y frutas.; limpieza de superficies y utensilios; para beber o elaborar hielo, helados, jugos e infusiones; reconstitución de fórmulas lácteas, entre otros.
- **Agua de pozo:** Hervir 2-3 minutos o desinfectar con lavandina que indique en el rótulo “apta para desinfectar agua” y registrada en ANMAT, teniendo en cuenta las gotas de lavandina indicadas en el envase y dejarla reposar 30 minutos antes de utilizarla. Por ejemplo, para lavandina (55 gr Cl/l), colocar 2 gotas por cada litro de agua.
- **Reservorios de agua:** Limpiar con frecuencia los tanques, cisternas, etc. y verificar su estado (tapados, sin grietas).
- **Aguas de recreación:**
 - Clarar el agua de las piletas hogareñas.
 - Evitar el ingreso a piletas de personas con síntomas gastrointestinales y controlar si hay niños/as con pañales, que los mismos no contaminen el agua (recambio seguido de los mismos, recambio de agua inmediato ante la presencia de materia fecal).
 - Antes de ingresar a aguas recreativas verificar las características del agua. Esta debe ser transparente y debe estar libre de materias flotantes, espuma y no debe existir suciedad en el fondo de la pileta.
 - Evite nadar después de una lluvia fuerte.

Lavarse las manos: con agua y jabón, después de ir al baño, cambiar pañales o estar en contacto con animales o sus heces, y antes de preparar y/o consumir alimentos.

Lavado de frutas y verduras: Lavar cuidadosamente frutas y verduras con abundante agua segura, especialmente si se consumen crudas. En el caso de verduras de hoja, lavar hoja por hoja. Desinfectar con solución de agua segura y lavandina, teniendo en cuenta las siguientes pautas:

- I. Utilizar lavandina que indique en el rótulo “apta para desinfectar agua” y registrada en ANMAT.
- II. Utilizar la cantidad indicada en el envase y dejar actuar el tiempo que allí se menciona.
- III. Cantidad sugerida por litro de agua a utilizar:
 - * Lavandina 25 gr Cl/litro: 5 ml. (medido con jeringa o tapa medidora de jarabe).
 - * Lavandina 35 gr Cl/litro: 4 ml. (medido con jeringa o tapa medidora de jarabe)
 - * Lavandina concentrada 55 gr Cl/litro: 2,5 ml. (medido con jeringa o tapa medidora de jarabe).

Esta etapa de desinfección es especialmente importante en cocinas de instituciones educativas, hospitales, lugares de residencia, restaurantes, comedores de entornos laborales, etc. También,

durante la preparación de alimentos destinados a niños/as menores de 5 años, adultos mayores, personas gestantes y quienes tengan el sistema inmune debilitado. Dejar actuar por 10 minutos y enjuagar con abundante agua segura.

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

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

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

Cocinar adecuadamente pescados y mariscos.

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

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

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

VII.7. Recomendaciones para personas en tratamiento por Fiebre Tifoidea

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

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

Recomendaciones para personas que manipulan alimentos:

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

Participaron en la elaboración de este documento:

Ministerio de Salud de CABA, Gerencia Operativa de Epidemiología

Ministerio de Salud de Buenos Aires Dirección de Epidemiología

Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Epidemiología

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

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

ALERTAS Y
COMUNICACIONES
INTERNACIONALES

VIII. Introducción

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

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

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

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

A continuación, se reproducen los informes de los eventos de mayor relevancia que han sido elaborados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 17 y el 23 de abril del 2025.

VIII.1. Influenza aviar A(H5N1)

Recibido a través del CNE el 17/04/2025.

El 2 de abril de 2025, el Punto Focal Nacional (PFN) del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de México notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) una infección humana confirmada en laboratorio por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en el estado de Durango.

Este caso representa la segunda infección humana notificada por influenza aviar A(H5) en México y el primer caso confirmado de infección por el virus de influenza A(H5N1) en el país.

El caso corresponde a un menor de 10 años, residente del estado de Durango, que dio positivo para influenza A(H5N1) en el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE). El menor no tenía condiciones médicas preexistentes, no había recibido la vacuna contra la influenza estacional y no tenía antecedentes de viaje.

Los síntomas comenzaron el 7 de marzo de 2025 con fiebre, malestar general y vómitos. El 13 de marzo fue hospitalizado por insuficiencia respiratoria y al día siguiente se inició tratamiento antiviral. El 16 de marzo fue trasladado a un hospital de tercer nivel y falleció el 8 de abril debido a complicaciones respiratorias.

El 18 de marzo se recolectó una muestra de hisopado nasofaríngeo, que fue procesada mediante reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR). El resultado fue influenza A, no subtipificable. La muestra fue enviada al Centro de Investigación Biomédica del Noroeste (CIBIN), IMSS Monterrey, donde se confirmó el resultado como influenza A no subtipificable, junto con la detección simultánea del virus de parainfluenza tipo 3. El 31 de marzo, la muestra fue enviada al Laboratorio Central de Epidemiología (LCE) "La Raza", donde se identificó molecularmente como influenza A(H5). El 1 de abril, la muestra fue recibida por el InDRE, donde se confirmó el resultado positivo para influenza A(H5N1) mediante RT-PCR. Posteriormente, la muestra fue caracterizada como influenza aviar A(H5N1), clado 2.3.4.4b, genotipo D1.1.

La fuente de la infección sigue bajo investigación. Durante el rastreo de contactos, se identificaron 91 personas, incluyendo 21 contactos domiciliarios, 60 trabajadores de la salud y 10 personas de un centro de cuidado infantil. Se recolectaron muestras de hisopado faríngeo y nasofaríngeo de 49 contactos, todas las cuales dieron negativo para influenza A(H5N1). Hasta la fecha, no se han identificado más casos de infección humana por influenza A(H5N1) relacionados con este caso.

Según información del Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria (SENASICA), entre enero de 2022 y agosto de 2024 se notificaron 75 brotes de A(H5N1) en aves de corral en diversas regiones de México, incluyendo: Aguascalientes (5), Baja California (4), Chiapas (1), Chihuahua (3), Guanajuato (2), Jalisco (17), Ciudad de México (7), Michoacán (1), Nuevo León (1), Oaxaca (2), Puebla (2), Sonora (8), Tamaulipas (1), Veracruz (1), Yucatán (20). A finales de enero de 2025, SENASICA confirmó un nuevo caso de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) A(H5N1) en un buitre enfermo en el Zoológico Sahuatoba en Durango, estado donde residía el caso humano. Posteriormente, se informó la muerte de un ganso canadiense con síntomas neurológicos y hemorrágicos en la presa Peña del Águila, también en Durango. Se notificaron un total de 25 aves enfermas y se confirmó la presencia de IAAP A(H5) en un laboratorio en Gómez Palacio, Durango. También se registró un caso positivo de influenza aviar A(H5) en un ave del Parque Las Auras.

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON564>

VIII.2. Alerta epidemiológica: Influenza estacional y otros virus respiratorios en el hemisferio sur

Recibido a través del CNE el 17/04/2025.

I.1.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Durante la semana epidemiológica (SE) 13 del 2025, en general, la subregión de América del Norte y partes del Caribe mantienen un nivel alto, pero en descenso, para la actividad de influenza principalmente asociado a influenza A(H1N1)pmd09 e influenza B, mientras que la actividad del virus sincicial respiratorio (VRS) mantiene su tendencia a la disminución. La actividad de SARS-CoV2 se mantiene baja en América del Norte, mientras que el Caribe² ha mostrado aumentos en la circulación. En la subregión de Centroamérica³, la circulación de influenza A(H1N1)pmd09 luego de disminuir por algunas semanas, presenta un nuevo aumento en su actividad. La actividad de VRS se mantiene con respecto a la SE 12 del 2025, y la circulación de SARS-CoV-2 disminuye. La subregión Andina⁴ se mantiene estable en la circulación de SARS-CoV-2 y VRS respecto de semanas anteriores, sumándose un aumento en la detección de influenza. En la subregión de Brasil y el Cono Sur⁵, Brasil presenta un aumento en la detección de influenza y VRS. Con respecto al SARS-CoV-2, se observa una disminución (Figuras 1-3).

VIII.2.A. SUBREGIÓN ANDINA

En la SE 13 del 2025, los casos de enfermedad tipo influenza (ETI) e infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) se mantienen bajos en la mayoría de los países de la subregión Andina. La actividad de influenza mantiene tendencia al ascenso, con circulación tanto de influenza A(H3N2) como A(H1N1)pmd09. La circulación del VRS aumenta en las últimas semanas. La positividad de SARSCoV-2 se mantiene en la SE 13 del 2025.

En **Colombia**, en la SE 13 del 2025, la actividad de IRAG se mantiene por debajo del umbral epidémico, no obstante, la actividad de infecciones respiratoria agudas (IRA) se encuentra en niveles extraordinarios, pero con tendencia a la disminución. La circulación de influenza, principalmente influenza A(H3N2), ha aumentado con respecto a la semana anterior y su positividad se sitúa sobre el umbral epidémico. SARS-CoV-2 experimenta un aumento respecto a semanas anteriores. VRS se mantiene en niveles bajos, pero con tendencia al aumento. Se observa una tendencia al aumento en la positividad de otros virus respiratorios como rinovirus y parainfluenza.

En **Ecuador**, en la SE 13 del 2025, la actividad de IRAG se mantiene en niveles epidémicos y la actividad de neumonía mantiene una tendencia ascendente y en nivel moderado. Los casos positivos de IRAG se asocian principalmente a VRS e influenza A(H3N2) en las últimas semanas. La circulación de VRS, luego de un importante aumento en las últimas semanas, presenta una disminución. SARS-CoV-2 mantiene niveles bajos de detección y con tendencia a la disminución.

En **Perú**, en la SE 13 del 2025, se muestra una importante disminución de la detección de casos de SARS-CoV-2 y un aumento en la detección de casos de influenza A y VRS.

VIII.2.B. SUBREGIÓN DE BRASIL Y EL CONO SUR

Los casos de ETI y de IRAG en la subregión de Brasil y el Cono Sur experimentan un aumento en las últimas dos semanas (SE 12 y SE 13 del 2025). Con respecto al ETI se asocia principalmente a SARSCoV-2, que disminuye en la última semana y en menor cantidad a influenza que tiene tendencia al aumento, con influenza B como cepa predominante, seguida de A(H1N1)pdm09. La circulación de VRS mantiene su tendencia al aumento. Para los casos de IRAG la detección de influenza se mantiene estable y los casos de SARS-CoV-2 disminuyen.

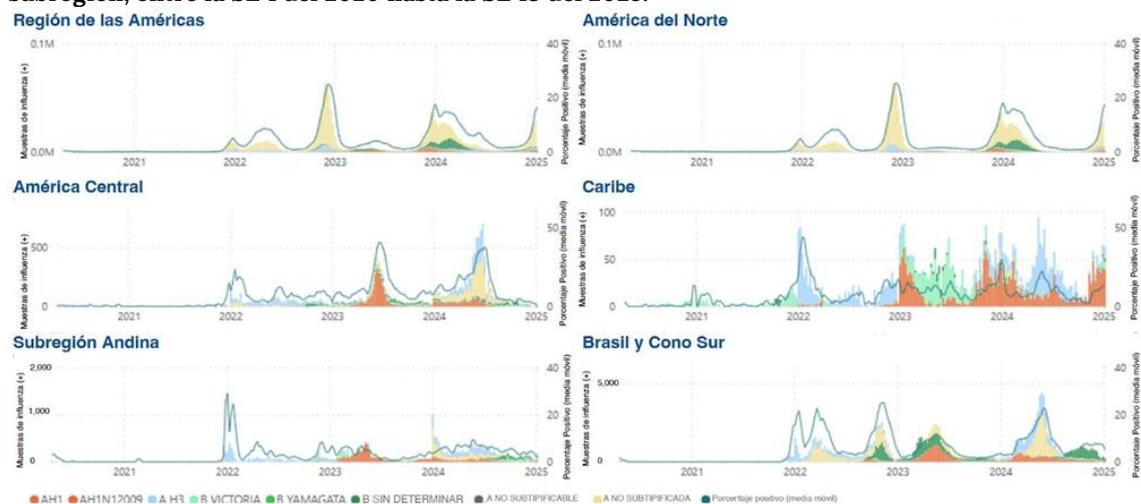
En **Argentina**, en la SE 13 del 2025, la actividad de ETI y de IRAG se mantiene por debajo del umbral epidémico. La positividad de influenza supera el límite del umbral epidémico y al alza con detección de influenza A. La actividad del VRS sigue baja, mientras que el SARS-CoV-2, se observa con tendencia al aumento.

En **Brasil**, en la SE 13 del 2025, la actividad de IRAG se observa con tendencia a la disminución situándose en niveles epidémicos. Los casos están asociados principalmente a VRS y SARS-CoV-2, donde su positividad disminuye con respecto a semanas previas. En ETI también disminuye la detección de SARS-CoV-2. La circulación de influenza (principalmente influenza B) sigue siendo baja. VRS experimenta un aumento en su tendencia en comparación a las dos semanas previas. Se observa un aumento en la detección de otros virus respiratorios (OVR) como rinovirus y adenovirus.

En **Chile**, en la SE 13 del 2025, la actividad de ETI se mantiene por encima de los niveles esperados y con tendencia al aumento. Los casos están asociados principalmente a SARS-CoV-2 e influenza A(H1N1)pmd09 que se encuentra sobre el umbral epidémico. La actividad del VRS sigue siendo baja y la positividad del SARS-CoV-2 disminuye en la última semana. Los casos de IRAG se observan con tendencia al aumento y sobre los umbrales epidémicos. Se observa un incremento de casos IRAG asociados a influenza.

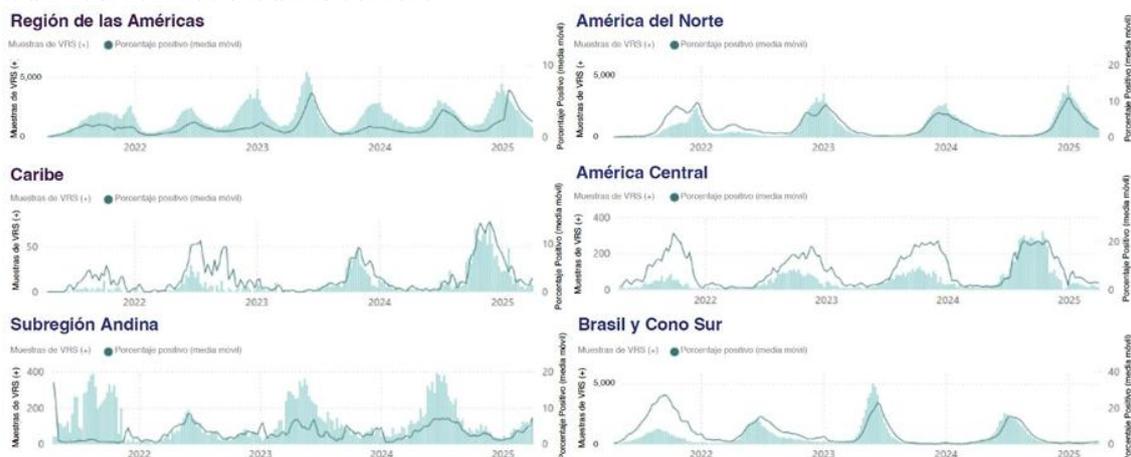
En **Paraguay**, en la SE 13 del 2025, los casos de ETI se mantiene por debajo del umbral epidémico y estables respecto a la SE 12 del 2025. Los casos positivos de ETI se atribuyen principalmente a la influenza B e influenza A(H1N1)pmd09, los casos de IRAG se atribuyen principalmente a SARS-CoV2 y se observan sobre el umbral epidémico. La circulación del SARS-CoV-2 se ha mantenido alta en las últimas dos semanas. Adicionalmente, se observa alta detección de OVR, principalmente rinovirus.

Figura 1. Distribución virus de influenza y porcentaje de positividad en la Región de las Américas, por subregión, entre la SE 1 del 2020 hasta la SE 13 del 2025.



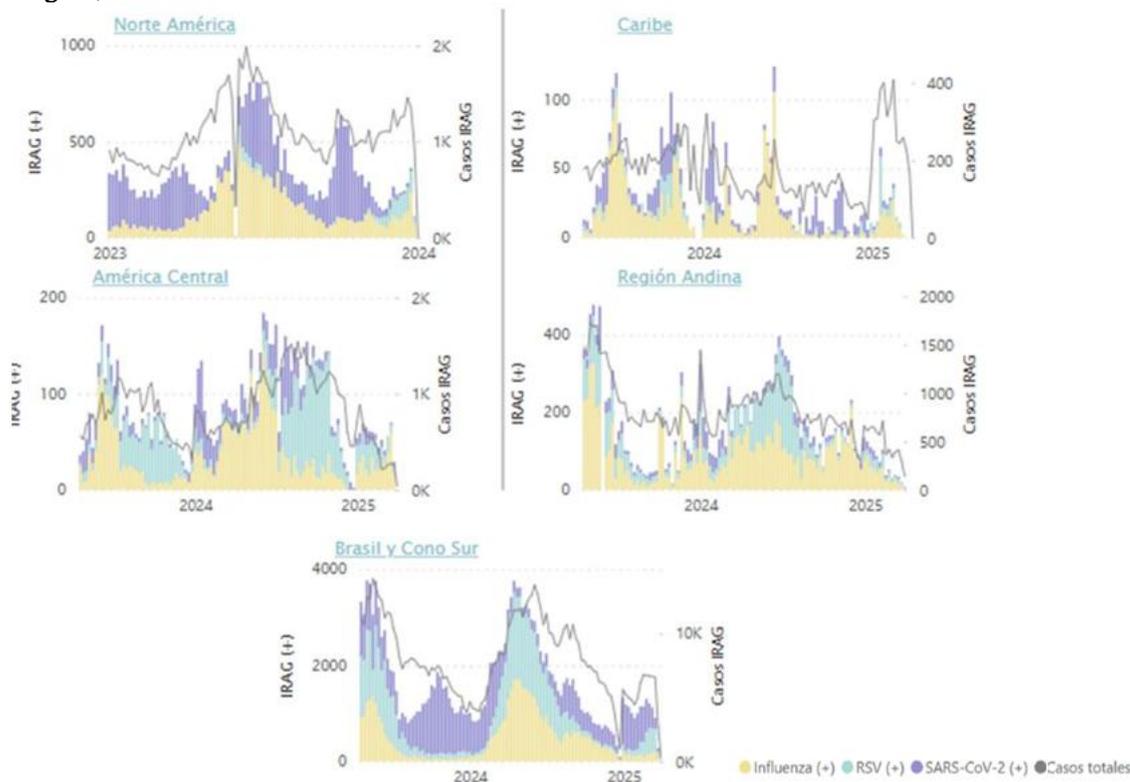
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas - Semana Epidemiológica: 2025 - 13. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 [consultado el 14 de abril]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informesituacion-influenza>

Figura 2. Distribución del VRS y porcentaje de positividad Región de las Américas, por subregión, entre la SE 1 del 2021 hasta la SE 13 del 2025.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Situación de Virus Sincitial Respiratorio (RSV) - Región de las Américas - Semana Epidemiológica: 2025 - 13. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 [consultado el 14 de abril del 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/situacion-virus-sincitialrespiratorio-rsv-region-americas>

Figura 3. Distribución de IRAG totales y por agente etiológico por SE, Región de las Américas, por subregión, entre la SE 1 del 2023 hasta la SE 13 del 2025.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas - Semana Epidemiológica: 2025 - 13. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 [consultado el 14 de abril]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informesituacion-influenza>

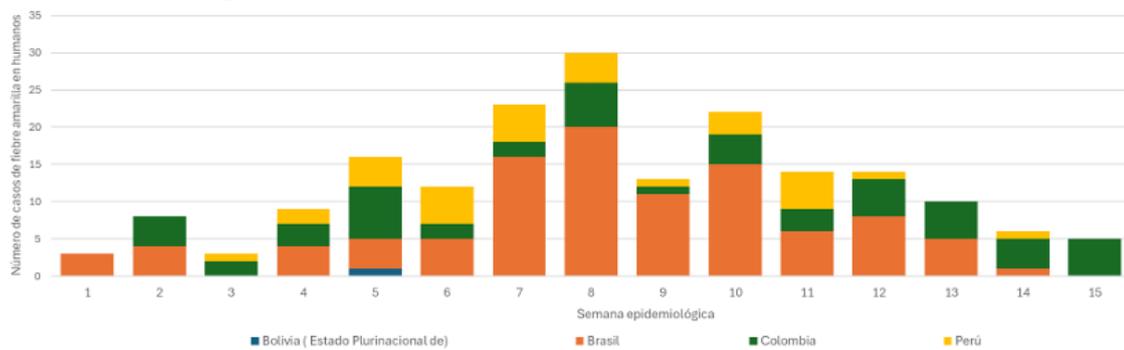
VIII.3. Actualización Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 24/04/2025.

VIII.3.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 15 del 2025, se han notificado 189 casos humanos confirmados de fiebre amarilla en cuatro países de la Región de las Américas, de los cuales 74 han resultado fatales. Estos casos de fiebre amarilla han sido reportados en: el Estado Plurinacional de Bolivia, con dos casos incluyendo un caso fatal; Brasil con 102 casos, incluyendo 41 casos fatales; Colombia con 53 casos, incluyendo 21 casos fatales; y Perú con 32 casos, incluyendo 11 casos fatales.

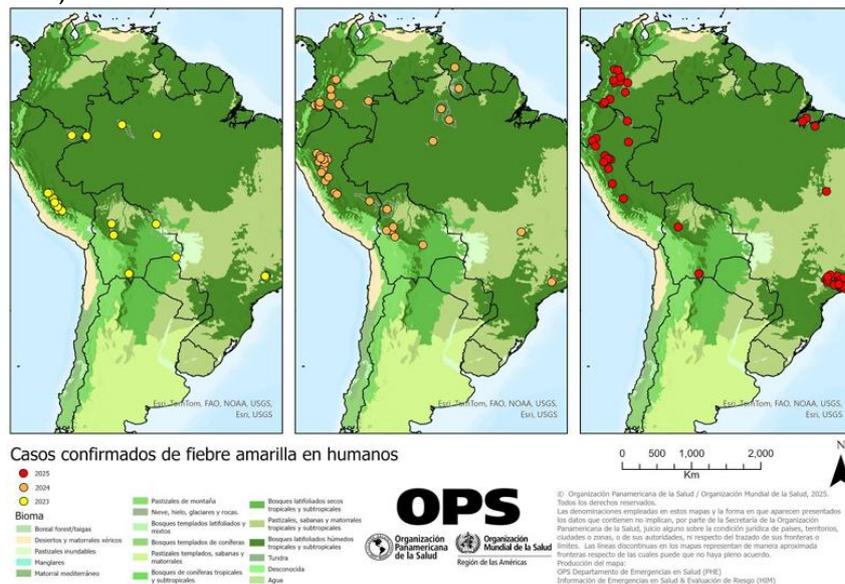
Figura 1. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos por país, y semana epidemiológica de inicio de síntomas en la Región de las Américas*, SE 1 a SE 15 del 2025.



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerios de Salud.

En 2024, los casos de fiebre amarilla en humanos se registraron principalmente a lo largo de la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. En 2025, sin embargo, los casos se han detectado principalmente en el estado de São Paulo, en Brasil, y el departamento de Tolima, en Colombia, regiones que se encuentran fuera de la región amazónica de ambos países (Figura 2).

Figura 2. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos por año en la Región de las Américas, 2023 a 2025 (hasta SE 15).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerio de Salud (1-4).

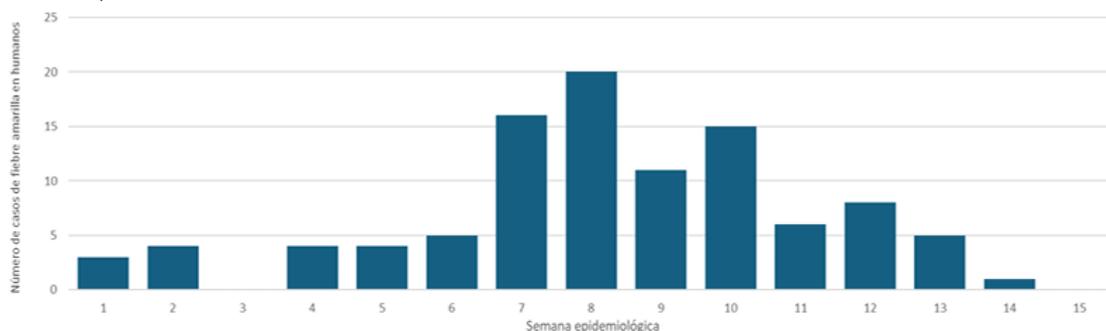
A continuación, se presenta la situación epidemiológica de fiebre amarilla en los países, por orden alfabético, que han notificado casos confirmados en 2025.

En **Bolivia**, en 2025, hasta la SE 15 se notificaron dos casos confirmados de fiebre amarilla en humanos, incluyendo un caso fatal (tasa de letalidad 50 %). Los casos se notificaron en los departamentos de la Paz (n= 1 caso fatal) y Tarija (n= 1 caso). El caso fatal notificado en el departamento de La Paz, municipio de Palos Blancos, no tiene antecedente de vacunación contra fiebre amarilla; mientras que el caso notificado en el departamento de Tarija, municipio de Tarija, si contaba con antecedente de vacunación. Ambos casos tienen antecedente de ingreso a zonas boscosas. Adicionalmente, se confirmó una epizootia en el municipio de San Buenaventura en el departamento de La Paz.

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 15 del 2025, se notificaron 102 casos confirmados de fiebre amarilla en humanos, incluyendo 41 casos fatales (tasa de letalidad 40,2%) (**Figura 3**). Los casos se notificaron en los estados de São Paulo (n= 50 casos, incluyendo 28 casos fatales), Pará (n= 42 casos, incluyendo siete casos fatales), Minas Gerais (n= 9 casos, incluyendo cinco casos fatales) y Tocantins (n= 1 caso fatal) (**Figura 4**). El 89,2 % de los casos corresponden a hombres (n= 91). Los casos se encuentran en edades entre los 10 y 75 años e iniciaron síntomas entre el 2 de enero y el 2 de abril del 2025. Solo uno de los casos presentó antecedente de vacunación contra fiebre amarilla.

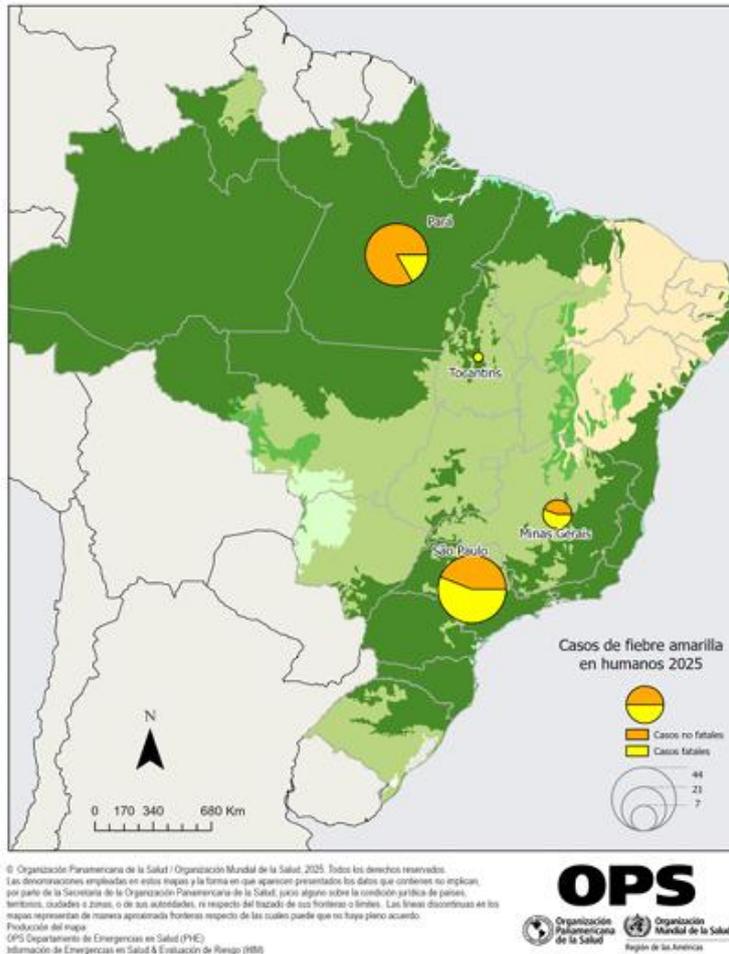
Los casos tuvieron lugar probable de exposición en el estado de Pará, municipios de Breves (n= 40 casos), Cametá (n= 1 caso) y Melgaço (n= 1 caso)(**Figura 5**); el estado de Minas Gerais, municipios Cambuí (n= 1 caso), Extrema (n= 1 caso), Maria da Fé (n= 1 caso), Monte Sião (n= 1 caso), Poços de Caldas (n= 1 caso), Pouso Alegre (n= 1 caso), Sapucaí Mirim (n= 1 caso) y Silvianópolis (n= 1 caso), mientras que para un caso el municipio probable de exposición se encuentra en investigación (**Figura 6**); el estado de São Paulo, municipios de Águas de Lindoia (n= 1 caso), Águas de São Pedro (n= 1 caso), Amparo (n= 1 caso), Bragança Paulista (n= 2 casos), Brotas (n= 2 casos), Caçapava (n= 6 casos), Campinas (n= 3 casos), Itirapina (n= 1 caso), Jambuí (n= 2 casos), Joanópolis (n= 9 casos), Nazaré Paulista (n= 4 casos), Paraibuna (n= 1 caso), Pedra Bela (n= 2 casos), Pedreira (n= 2 casos), Piracaia (n= 3 casos), Santa Rita do Passa Quatro (n= 1 caso), São Carlos (n= 1 caso), São José dos Campos (n= 1 caso), Socorro (n= 3 casos), Tuiuti (n= 1 caso), Valinhos (n= 1 caso) y Vargem (n= 1 caso), mientras que para un caso el municipio probable de exposición se encuentra en investigación (**Figura 6**); y el estado de Tocantins, municipio de Monte do Carmo (n= 1) (**Figura 4**). Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales o recreacionales, y fueron confirmados por laboratorio.

Figura 3. Casos de fiebre amarilla en humanos por año y semana epidemiológica de inicio de síntomas en Brasil, SE 1 a SE 15 del 2025.



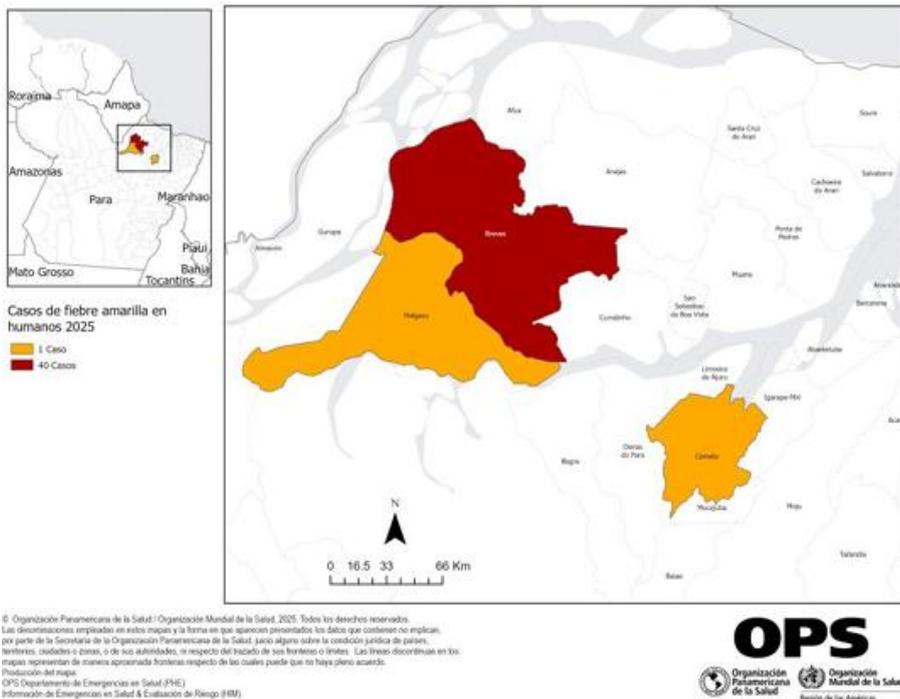
Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil.

Figura 4. Casos de fiebre amarilla en humanos por estado. Brasil, SE 1 a SE 15 del 2025.



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil.

Figura 5. Casos de fiebre amarilla en humanos. Estado de Pará, Brasil, SE 1 a SE 15 del 2025.

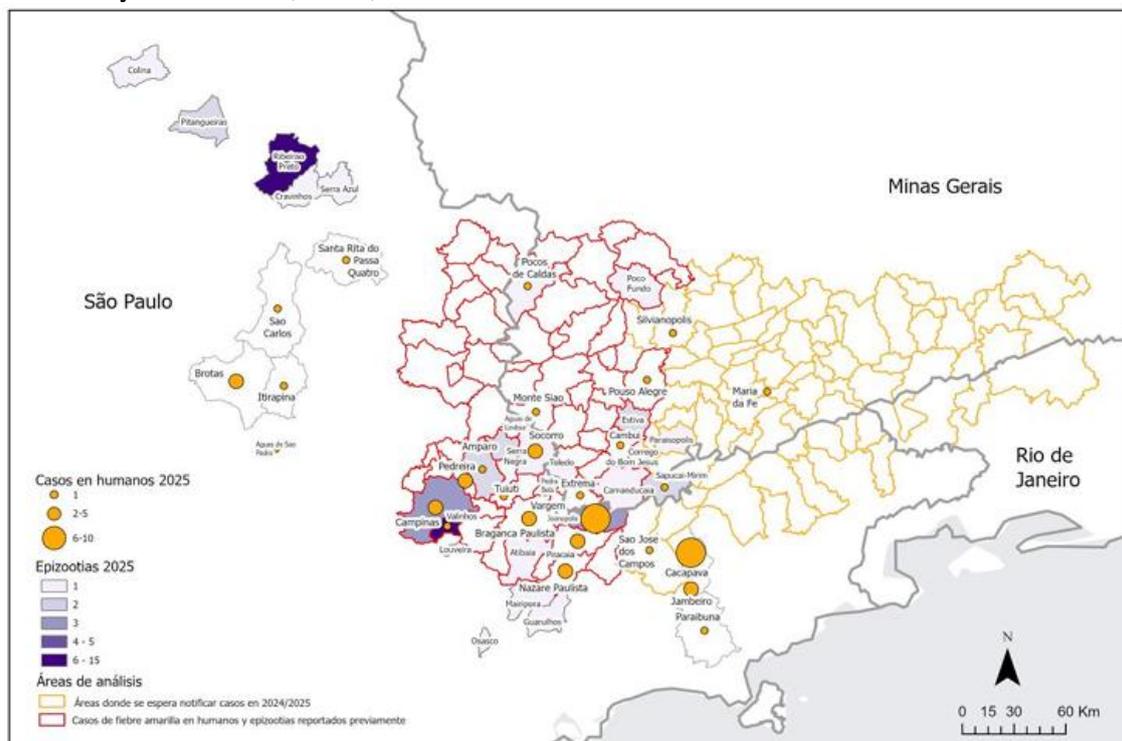


Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace de Brasil.

Durante el 2025 (SE 1 a SE 15), en Brasil, se informaron 518 eventos que involucraron primates no humanos muertos (epizootias). De este total, 53 (10,2 %) fueron confirmados para fiebre amarilla por criterios de laboratorio ($n=36$) y por vínculo epidemiológico ($n=17$), 43 en el estado de São Paulo y 10 en el estado de Minas Gerais (**Figuras 6**).

Todos los casos de fiebre amarilla en humanos registrados en Sao Paulo y Minas Gerais provienen de áreas, donde según lo anticipado por el Modelo de los Corredores Ecológicos, se había previsto la ocurrencia de casos para el periodo 2024/2025 o bien de zonas previamente afectadas tanto por casos humanos como epizootias por fiebre amarilla (**Figura 6**). Esta distribución se refleja en el Modelo de los Corredores Ecológicos, ilustrados en la figura 4 de la Alerta Epidemiológica: Fiebre amarilla en la Región de las Américas, 3 de febrero del 2025 de la OPS/OMS.

Figura 6. Casos de fiebre amarilla en humanos y epizootias confirmadas de fiebre amarilla. Estados de Sao Paulo y Minas Gerais, Brasil, SE 1 a SE 15 del 2025.



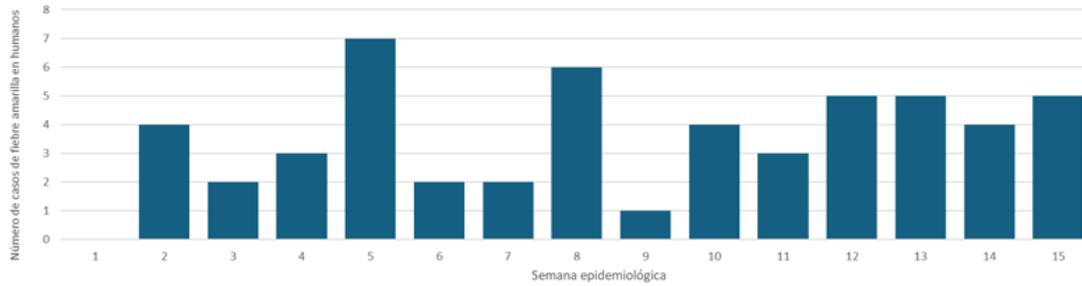
© Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2025. Todos los derechos reservados.
Las denominaciones empleadas en estos mapas y la forma en que aparecen presentados los datos que contienen no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.
Producción del mapa:
OPS Departamento de Emergencias en Salud (PHE)
Información de Emergencias en Salud & Evaluación de Riesgo (IHIM)



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil.

En **Colombia**, desde el inicio del brote en 2024 se han reportado un total de 76 casos, incluyendo 34 casos fatales. En el periodo comprendido entre la SE 1 y la SE 15 del 2025 se ha registrado un total de 53 casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 21 defunciones (**Figura 7**). Los casos corresponden a personas residentes en los departamentos de Caldas ($n=1$ caso fatal), Caquetá ($n=1$ caso fatal), Meta ($n=2$ casos, incluyendo un caso fatal), Putumayo ($n=3$ casos, incluyendo un caso fatal) y Tolima ($n=46$ casos, incluyendo 17 casos fatales) (**Figura 8**). Los casos corresponden a personas con edad entre 15 y 84 años, quienes iniciaron síntomas entre el 6 enero y el 17 de abril del 2025. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en zonas de riesgo para fiebre amarilla, en el contexto de actividades laborales que incluyeron agricultura, y no tenían antecedente documentado de vacunación contra la fiebre amarilla.

Figura 7. Casos de fiebre amarilla en humanos por año y semana epidemiológica de inicio de síntomas en Colombia, SE 1 a SE 15 del 2025.

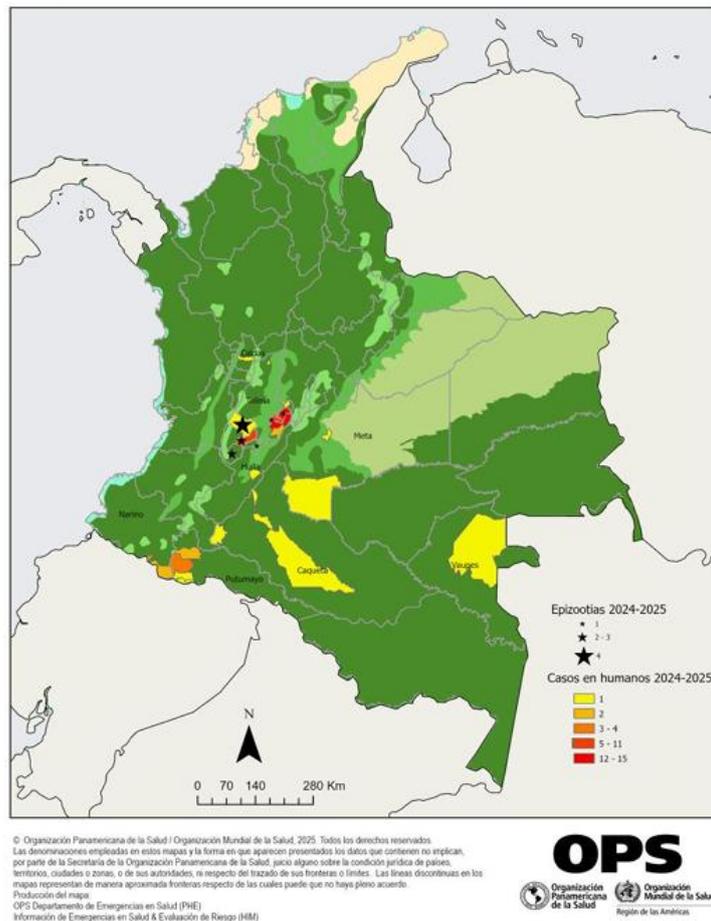


Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Colombia.

El brote registrado en el departamento del Tolima que inicio a finales del año 2024 y continua durante el 2025, inició en la zona rural colindante a la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea y actualmente afecta a nueve municipios que son identificados de alto riesgo: Ataco (n= 9 casos, incluyendo cuatro casos fatales), Chaparral (n= 1 caso), Cunday (n= 15 casos, incluyendo cinco casos fatales), Dolores (n= 2 casos, incluyendo un caso fatal), Melgar (n= 1 caso fatal), Palo Cabildo (n= 1 caso), Prado (n= 13 casos, incluyendo cinco casos fatales), Purificación (n= 5 casos, incluyendo tres casos fatales) y Villarrica (n= 12 casos, incluyendo, cinco casos fatales). Del total de casos confirmados el 79,6% corresponde a hombres (n= 47 casos), los casos presentan edades entre edad entre 11 y 89 años. La fecha de inicio de síntomas de los casos oscila entre el 8 de septiembre del 2024 al 17 de abril del 2025. En este brote se han registrado para el departamento del Tolima 23 defunciones con una letalidad preliminar del 38,9 %.

Durante el 2025 entre la SE 1 a SE 15, en Colombia, se confirmaron 13 eventos que involucraron primates no humanos muertos (epizootias) para fiebre amarilla por criterios de laboratorio, 12 en el departamento del Tolima y uno en el departamento del Huila (**Figura 8**).

Figura 8. Casos de fiebre amarilla en humanos y epizootias confirmadas de fiebre amarilla por departamento. Colombia, 2024 hasta SE 15 del 2025.



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Colombia.

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 15 del 2025, se han confirmado 32 casos de fiebre amarilla en humanos, incluyendo once casos fatales. Los casos fueron confirmados en los departamentos de Amazonas, distritos de Imaza (n= 12 casos, incluyendo, tres casos fatales), El Cenepa (n= 2 casos), Nieva (n= 2 casos, incluyendo un caso fatal), Rio Santiago (n= 3 casos, incluyendo dos casos fatales); departamento de Huánuco, distrito de Chaglla (n= 1 caso fatal); departamento de Junín, distrito Mazamari (n= 2 casos), Pangoa (n= 1 caso); departamento de Loreto distrito San Juan Bautista (n= 1 caso), Rosa Panduro (n= 1 caso fatal); departamento San Martín distrito Chazuta (n= 1 caso fatal), Soritor (n= 1 caso fatal), Alto Biavo (n= 1 caso), Saposoá (n= 1 caso), Pinto Recodo (n= 2 casos, incluyendo un caso fatal), La Banda de Shilcayo (n= 1 caso). 29 de los casos confirmados corresponden a hombres (90,6%) de entre 6 y 57 años, que iniciaron síntomas entre el 15 de enero y el 4 de abril del 2025. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales agrícolas y 71,8% de los casos no registran antecedente de vacunación contra fiebre amarilla.

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americas-24-abril-2025>

VIII.4. Emergencia Sanitaria por fiebre amarilla en Colombia. (recomendación no restrictiva para viaje)

VIII.4.A. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 691 DE 2025.

CONSIDERANDO

[...] Que desde la semana epidemiológica 1 del 2024 y hasta la semana epidemiológica 15 del 2025, en Colombia se han confirmado 75 casos de fiebre amarilla, distribuidos en siete departamentos: Caquetá (3), Hulla (1), Nariño (2), Putumayo (7), Vaupés (1), Caldas (1), Meta (1) y Tolima (59). Del total de casos confirmados, 34 han fallecido, lo que corresponde a una letalidad acumulada del 45,3% (34/75). En 2024 se notificaron 23 casos con 13 fallecimientos, y desde enero hasta el 16 de abril de 2025, se han confirmado 52 casos, con 21 fallecimientos. Los casos reportados corresponden a personas con edades entre los 11 y los 89 años. [...]

Que se han generado condiciones para la expansión del virus, relacionadas con el componente ambiental e incrementado por los aspectos climáticos, que afecten los ecosistemas (variabilidad y cambio climático) y conllevan a modificaciones en los micro hábitats para las especies de reservorios no humanos. Asimismo, se presentan acciones antropogénicas deliberadas relacionadas con las actividades de minería, cultivos lícitos e ilícitos, dificultades de orden público, entre otros, que propician el movimiento de población y el incremento de áreas en riesgo, generando escenario de circulación del virus entre el bosque natural y el hábitat de las personas.

Que existe un riesgo potencial debido al ingreso de la población a áreas enzoóticas con transmisión del ciclo silvestre de fiebre amarilla (cuyas principales especies involucradas en la transmisión pertenecen a los géneros Sabetes y Haemagogus) y su posterior movilización a áreas urbanizadas ubicadas a una altitud menor a los 2.200 msnm, donde históricamente se ha documentado la presencia de potenciales especies involucradas en la transmisión en el ciclo urbano: *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. En el seguimiento y verificación de casos, se han observado presencia de casos en centros poblados y en periferia de cascos urbanos de municipios de pequeña población asociados todavía al ciclo silvestre, no obstante, existe el riesgo potencial de la urbanización que constituye una de las razones principales para la declaratoria de la emergencia sanitaria nacional.

Que en consideración de todo lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Circular Externa No. 018 de 2024 con la cual se estableció como medida transitoria la vacunación contra fiebre amarilla a partir de los 9 meses en los municipios del corredor endémico [...].

Que el Ministerio de Salud y Protección Social ha realizado seguimiento a la situación de fiebre amarilla en la región de las Américas y en el país, realizando evaluaciones de riesgo frente a la ocurrencia de casos, las cuales clasificaron el riesgo como moderado hasta la presentación del primer caso del año 2024.

Que en sucesivas evaluaciones se encontró que la extensión a otros municipios y departamentos ameritaba la calificación de riesgo alto. Que, pese a las acciones adelantadas para controlar el virus de la Fiebre Amarilla, la situación epidemiológica de las dos últimas semanas (14 y 15) muestra la identificación de casos en nuevos departamentos, así como de epizootias en municipios en donde no se han identificado casos en humanos, con lo que la última evaluación realizada en la semana 16, se escala la situación del país, de manera general, de riesgo Alto a Riesgo Muy Alto [...].

Que en Colombia se tiene la indicación para vacunación contra fiebre amarilla desde hace varias décadas en zonas de riesgo. El Programa Ampliado de Inmunizaciones del país, cuenta con reportes administrativos de dosis aplicadas desde 1996 a diciembre de 2024 por parte de las entidades territoriales, de un total de 1.122 municipios, de los cuales 751 tuvieron una cobertura acumulada contra la Fiebre Amarilla inferior al 95% en el grupo de edad de 1 a 59 años.

Que a pesar del incremento progresivo en la estrategia de vacunación contra la fiebre amarilla desde 1996, existe población susceptible que aumenta si se considera el rango de edad desde los 9 meses de edad hasta los mayores de 59 años, por lo cual se hace necesario implementar una estrategia masiva de vacunación en todo el país.

Que debido a la velocidad de transmisión de la Fiebre Amarilla puede darse una alta demanda de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), Servicios de Traslado Asistencial Terrestre, Aéreo, Marítimo y Fluvial y atenciones relacionadas con Hepatología y plasmaféresis e intercambio plasmático de alto volumen, por lo que es necesario fortalecer y reorganizar los servicios de salud con el fin de garantizar los derechos fundamentales a la vida y a la salud.

Que en virtud de la necesidad de contener la circulación activa del virus de la fiebre amarilla en todo el territorio hasta que haya transcurrido al menos ocho semanas epidemiológicas sin casos humanos ni epizootias y el deber Estatal de garantizar el derecho a la salud de toda la población en el territorio Colombiano, se declarará la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional y se tomarán medidas sanitarias. [...]

RESUELVE

ARTÍCULO 1. DECLARATORIA DE EMERGENCIA SANITARIA. Declárese la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional con ocasión a la circulación activa del virus de la fiebre amarilla, hasta que haya transcurrido al menos ocho semanas epidemiológicas sin casos humanos ni epizootias.

ARTÍCULO 2. MEDIDAS SANITARIAS. Las autoridades competentes en todo el territorio nacional deberán adoptar las medidas sanitarias establecidas en la presente resolución, las cuales complementan y modifican lo dispuesto en las circulares externas 012 y 014 de 2025, expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social; cuyo objetivo es prevenir y controlar la propagación de la fiebre amarilla en el territorio nacional y mitigar sus efectos sobre la vida de las personas, estas son:

2.1 Estrategia de Movilización e Intensificación de la Vacunación. La vacunación contra fiebre amarilla se realizará mediante la implementación de estrategias de movilización, intensificación y seguimiento de la siguiente manera:

2.1.1. Municipios de Muy Alto Riesgo. Estos municipios son los que presentan circulación activa del virus de fiebre amarilla, hay ocurrencia de casos humanos o hay epizootias, los municipios aledaños y/o que hagan parte del corredor ecoepidemiológico; según la clasificación que se actualizará periódicamente en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social. En estos municipios se realizarán las siguientes acciones:

a. Verificar el antecedente vacunal contra la fiebre amarilla de toda la población para identificar los susceptibles.

b. Vacunar a todas las personas susceptibles en el municipio desde los 9 meses de edad en adelante, incluidos los mayores de 59 años, la población extranjera y migrante, independiente de su estatus migratorio; ofertando vacunas en puestos fijos y móviles, incluyendo puestos de control sanitarios y realizando la vacunación de bloqueo mediante barrido documentado en el

territorio del municipio, siguiendo los lineamientos que emita el Ministerio de Salud y Protección Social.

c. Vacunar prioritariamente al personal que labore en las instituciones prestadoras de servicios de salud, secretarías de salud y EAPB, sin distingo de ocupación o tipo de vinculación. Lo anterior también aplica para los miembros de las instituciones que conforman los comités de gestión de emergencias y desastres y otros según lineamiento emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

d. Implementar tácticas de vacunación masiva para alcanzar rápidamente la cobertura de vacunación superior al 95%.

2.1.2. Municipios de Alto Riesgo. Estos municipios son aquellos que cuentan con condiciones ambientales para la posible aparición de casos de fiebre amarilla; según la clasificación que se actualizará periódicamente en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social. En estos municipios se realizarán las siguientes acciones:

a. Verificar el antecedente vacunal contra fiebre amarilla de toda la población para identificar los susceptibles.

b. Vacunar a todas las personas susceptibles en el municipio desde los 9 meses de edad en adelante, incluidos los mayores de 59 años, la población extranjera y migrante, independiente de su estatus migratorio. Implementar tácticas de vacunación masiva para alcanzar rápidamente la cobertura de vacunación de al menos 95%.

c. Vacunar prioritariamente al personal que labore en las instituciones prestadoras de servicios de salud, secretarías de salud y EAPB, sin distingo de ocupación o tipo de vinculación. Lo anterior también aplica para los miembros de las instituciones que conforman los comités de gestión de emergencias y desastres y otros según lineamiento emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

d. Vacunar a todos los viajeros de 9 meses y más de edad, incluidas personas mayores de 59 años, que se desplacen a municipios de Muy Alto Riesgo.

2.1.3. Municipios de Bajo Riesgo. Estos municipios son aquellos que no cuentan con condiciones actuales para la aparición de brotes de fiebre amarilla; según la clasificación que se actualizará periódicamente en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social. En estos municipios se realizarán las siguientes acciones:

a. Verificación de antecedente vacunal contra fiebre amarilla.

b. Mantener el programa permanente vacunación desde los 9 meses de edad hasta los 19 años.

c. Vacunar a todos los viajeros de 9 meses y más de edad, incluyendo las personas mayores de 59 años, que se desplacen a municipios de Muy Alto Riesgo y Alto Riesgo.

d. Vacunar a libre demanda a la población de municipio a partir de 9 meses y más de edad, incluida la población extranjera y migrante, independiente de su estatus migratorio. [...]

2.3. Certificado Internacional de Vacunación o de Profilaxis. En el marco de la vacunación de fiebre Amarilla, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005), indica que se podrá exigir a los viajeros procedentes de zonas con riesgo de transmisión de fiebre amarilla, el certificado de vacunación correspondiente, como condición para su entrada en un Estado Parte. La indicación mencionada, Colombia la asumirá como recomendación no restrictiva para las personas que ingresan al País y que se trasladen a los municipios a riesgo establecidos en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social; se recomienda que la vacunación certificada sea por lo menos 10 días previos al ingreso al país o a los municipios a riesgo, sin embargo, se dispondrá de puestos de vacunación para los viajeros que lo requieran. [...] *Fuente:* https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/Todos%20los%20documentos%20Filtros.aspx. Resolución NO 691 de 2025.

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

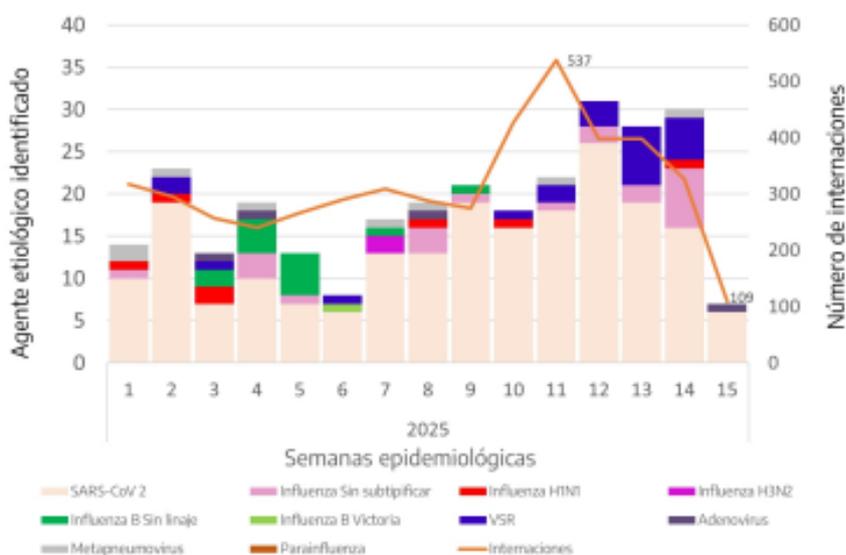
IX. Boletines Jurisdiccionales

IX.1. Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA)

Se observa un aumento en las internaciones por IRA en las primeras semanas de marzo alcanzando un total de 537 en la segunda semana (SE 11). Los principales virus detectados son SARS-CoV-2, influenza A y VSR.



Internaciones por IRA y agentes etiológicos hallados. PBA, año 2025.



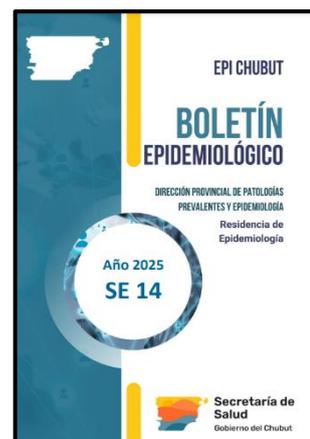
Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA

Para más información:

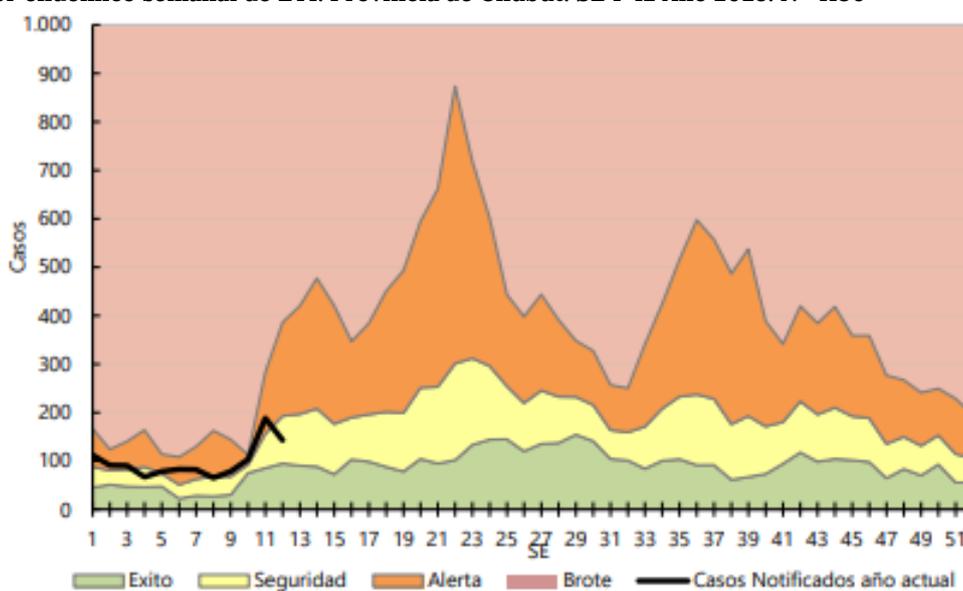
https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

IX.2. Chubut: Enfermedad tipo influenza (ETI)

El corredor endémico de ETI en las últimas 4 semanas del 2025 se ubica entre zona de alerta y seguridad.



Corredor endémico semanal de ETI. Provincia de Chubut. SE 1-12 Año 2025. N= 1180



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

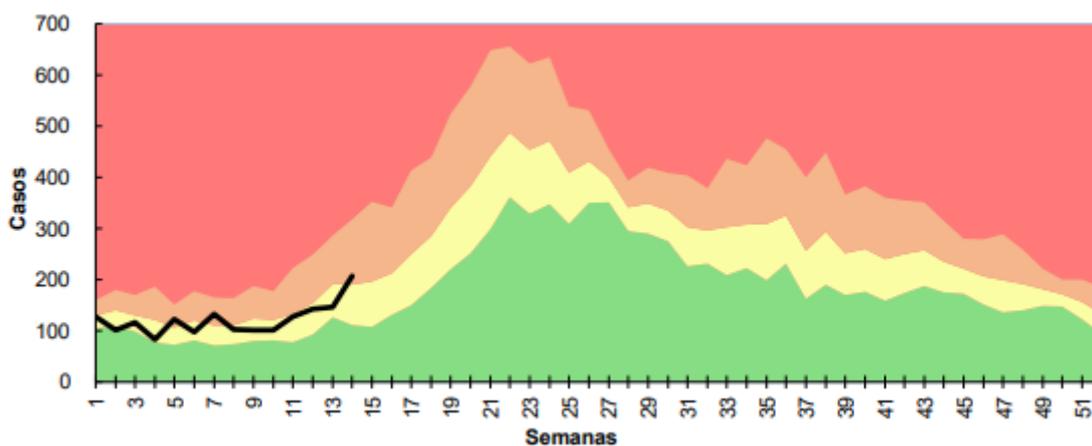
Para más información: <http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

IX.3. Salta: Bronquiolitis

Se observa un aumento en las notificaciones de Bronquiolitis en la SE 14, en el corredor endémico se ubica en zona de alerta.



Corredor endémico semanal de Bronquiolitis en menores de 2 años años: 2018 a 2024. SE 14 de 2025. provincia de Salta. (n=1712*)



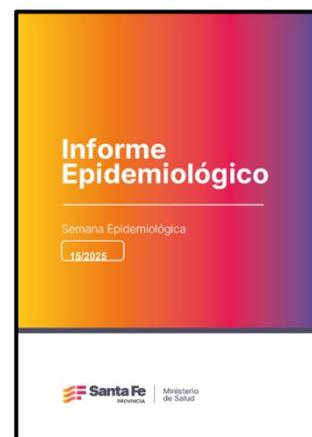
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). () Nota: Los datos presentados en este grafico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante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

Para más información:

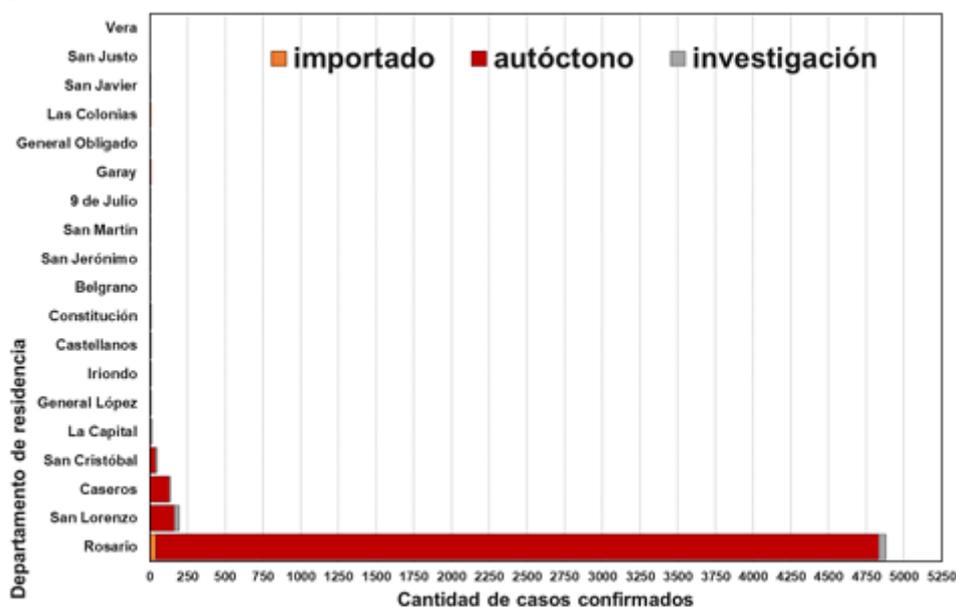
[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802)

IX.4. Santa Fe: Dengue

En la provincia de Santa Fe, en lo que va de la temporada 2024-2025 (SE 31/2024 hasta la SE 15/2025), se notificaron un total de 9124 casos al evento “dengue” y “dengue en embarazadas”. Se confirmaron 4790 casos para el evento “dengue” y 38 casos en el evento de “Dengue en embarazadas”, haciendo un total de 4828 casos confirmados (1798 casos confirmados por laboratorio y 3030 casos confirmados por criterio clínico epidemiológico), 1445 casos más que lo informado en el boletín de SE14/2025.



Dengue: Casos de Dengue “importados” y “autóctonos” desde SE 31/2024 hasta a SE 16/2025 según departamento de residencia. Provincia de Santa Fe. N= 5326.



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 19/04/2025.

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)

IX.5. Tierra del Fuego: Diarreas

Hasta la SE 16 se notificaron 2.140 casos de diarreas aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2024, se observa un aumento del 5,8% de los casos registrados a nivel provincial.



Diarreas agrupadas, año 2024 y 2025. Tierra del Fuego.

	SE 16 / Año 2024	SE 16 / Año 2025	% Variación interanual
Río Grande	882	919	↑ 4.2
Tolhuin	60	74	↑ 23.3
Ushuaia	1081	1147	↑ 6.1
Tierra del Fuego	2023	2140	↑ 5.8

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

Para más información:

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

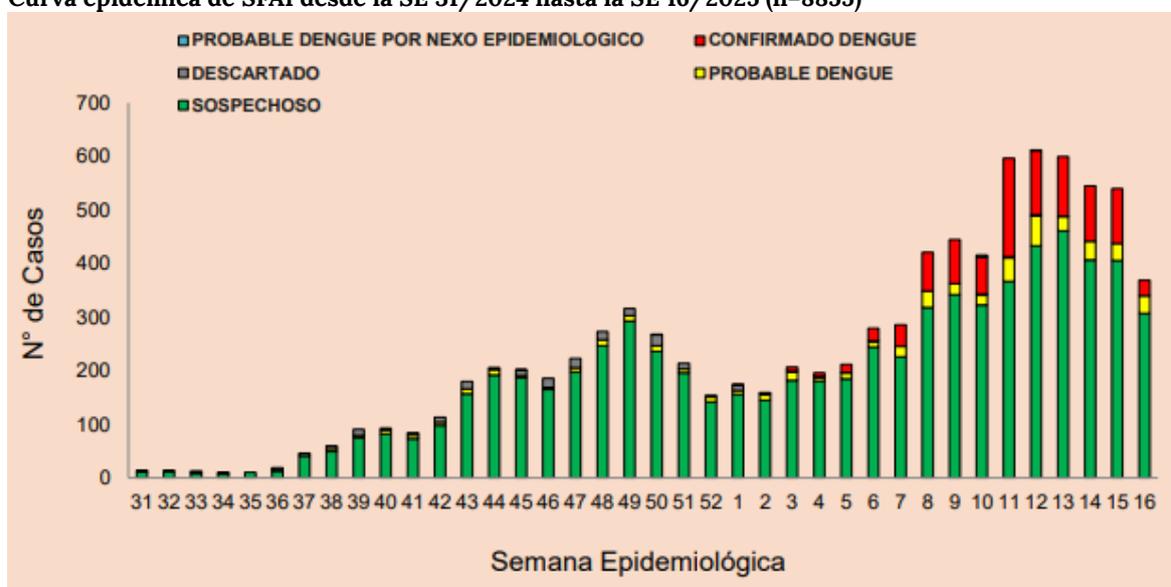
IX.6. Tucumán: Síndrome febril inespecífico

Entre la SE 31 del 2024 y la SE 16 del 2025 se notificaron 8855 casos de SFAI, de los cuales 67176 son sospechosos (entre los cuales hay 32 casos sospechosos de dengue con antecedente de vacunación menor o igual a 30 días y 227 sospechosos no conclusivos) 971 confirmados, 498 son probables, 5 son probables por nexos, 198 descartados, 5 sospechosos de ZIKAV/ CHIKV, 1 probable flavivirus y 1 caso confirmado de CHIKV.

En la SE 16/2025 se notificaron 403 casos de SFAI en total: 331 casos sospechosos, 37 casos probables, 34 casos confirmados y 1 caso sospechoso de Zika/ChikV.



Curva epidémica de SFAI desde la SE 31/2024 hasta la SE 16/2025 (n=8855)



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS 2.0

Para más información: direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

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

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

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

Para consultar cambios que se hayan realizado en 2024 remitirse al siguiente documento:

[Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nro 737](#)

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

X.1. Información relevante: enteroparasitosis

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

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

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

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

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

XI.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.

XI.1.A. INFORMACIÓN DETALLADA SOBRE LA RESIDENCIA:

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

XI.1.B. 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.

XI.1.C. PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DEFINITIVA DEL CONCURSO UNIFICADO:

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

XII. 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

XIII. 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>

XIV.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.direpizacion@gmail.com

Duración: 30 horas

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