

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

BOLETÍN

EPIDEMIOLOGICO NACIONAL

N° 742

Semana epidemiológica 5
AÑO 2025
Desde 26/01 al 01/02
Fecha de publicación
10/02/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA



AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretaría de Gestión Sanitaria

Dr. Alejandro Alberto VILCHES

Subsecretaría de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dr. María Susana AZURMENDI

Dirección de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Autores de este boletín:

SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES

Mpox: Antonella Vallone¹, Silvina Moisés¹, Tamara Wainzinger¹, Carlos Giovacchini³ y María Marta Iglesias¹.

Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas: Área de vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles y recomendaciones técnico-científicas de la DiCEI.

EVENTOS PRIORIZADOS

Dengue y otros arbovirus: Gabriela Fernández¹, Yasmin El Ahmed¹, Dalila Rueda¹, Federico M. Santoro¹, Silvina Moisés¹, María Pía Buyayisqui¹, Julieta Siches², Lucía Maffey², Julián Antman¹.

Infecciones respiratorias agudas: Carla Voto¹, María Paz Rojas Mena¹, Melisa Laurora¹, Dalila Rueda¹, Federico M. Santoro¹, Silvina Moisés¹.

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

Tuberculosis: Hugo Roberto Fernández³, Natalia Mordini³.

Fibrosis Quística: Juan Carlos Bossio³, Magalí Cabral³, David Patiño³, Lucio Roldán Difilipo³.

Hepatitis A – Informe Epidemiológico 2019-2024: Federico M. Santoro¹, Tamara Wainzinger¹, Antonella Vallone¹, Karina Chaves¹, Pilar Plantamura¹, Julián Antman¹.

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

Abril Joskowicz¹.

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 Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades transmitidas por vectores.

³ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

Agradecimientos:

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

Imagen de tapa:

Imagen tridimensional de un cluster de bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, agente causal de Tuberculosis. Imagen de Centros para el Control y Prevención de Enfermedades.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°742, SE 5.

I. Editorial del BEN 740

Los Boletines semanales de Vigilancia de la Salud: Una historia de más de 20 años de política de Estado para la gestión de la epidemiología.

En los inicios de los 2000, la Residencia de Epidemiología de campo del Nivel Nacional (PRESEC) editaba el "Epinoticias", una publicación diaria vinculada con la vigilancia de rumores, tanto nacional como internacional, que se enviaba a referentes de epidemiología de todo el país.

En 2009, con la implementación del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 1.0) en todas las jurisdicciones, el Epinoticias se transformó en el "Epinoticias Semanal", editado desde la recientemente creada Área de Vigilancia de la Salud. Esta nueva versión incluía cuatro secciones principales: 1. Situación de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO), 2. Detalle de los síndromes febriles inespecíficos, 3. Evaluación de la oportunidad y regularidad y 4. Selección de noticias internacionales de interés.

En el año 2010 el Epinoticias semanal se transformó en el Boletín Semanal de Vigilancia. En este Boletín, junto con la información cuantitativa, se compartía un resumen ejecutivo de los datos más relevantes.

Al año siguiente, el Boletín Semanal se comenzó a editar como el BIV: "Boletín Integrado de Vigilancia". Fue el inicio de la presentación de informes periódicos de análisis de los ENO, realizados de manera integrada entre epidemiología y las áreas vinculadas con cada problemática. El BIV se envió a todos los receptores y se colocó en el sitio web del Ministerio de Salud, de manera regular, durante más de 10 años y el 15 de julio de 2022 el BIV pasó a ser el actual BEN: "Boletín Epidemiológico Nacional".

El BEN, resultado de la revitalización de la publicación y de los cambios epidemiológicos tras la pandemia de COVID-19, reafirmó el compromiso del Ministerio de Salud de la Nación con la mejora en la disponibilidad y difusión de información epidemiológica. Incorporó nuevas secciones, como 'Situaciones Epidemiológicas Emergentes' y la Sección Federal, que permite a las autoridades provinciales compartir información relevante. También se añadieron herramientas prácticas para fortalecer la vigilancia diaria.

Hoy el BEN se renueva, no cambia de nombre, pero sí su estética y contenidos. Tampoco cambian los objetivos: devolver la información sistematizada de los ENO a todas las personas participantes de la epidemiología nacional y constituir una herramienta de consulta integral de información oficial y oportuna para la toma de decisiones de distintos actores sociales. El nuevo BEN presentará cambios graduales. Están viendo una nueva estética. Luego, presentaremos una tabla con un conjunto de ENO seleccionados, para dar cuenta de la situación epidemiológica semanal en términos de observado y esperado, retomando una tarea que se expuso en otros momentos de esta historia y que consideramos fundamental. En los sucesivos BEN, además, se comenzarán a incluir análisis periódicos y sistemáticos de todos los eventos presentados en la tabla.



Dra. Susaña Azurmendi

Subsecretaria de vigilancia Epidemiológica,
información y Estadísticas en Salud

II. Acerca de este Boletín

En esta tercera entrega desde que renovamos nuestra serie de boletines epidemiológicos nacionales de periodicidad semanal, seguimos profundizando en la presentación y revisión sistemática de eventos clave.

En la edición pasada, introdujimos la sección de “Actualización periódica de eventos”, presentando la situación epidemiológica de la psitacosis y de la sífilis en embarazadas y congénita. Hoy, destacamos el análisis integral de la tuberculosis y la fibrosis quística, realizados en colaboración con el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Emilio Coni”. A su vez, se exhibe la situación de la vigilancia de hepatitis A.

Próximamente, definiremos y compartiremos la frecuencia con la que se actualizará cada uno de los eventos ya presentados. Este esfuerzo busca proporcionar consistencia y previsibilidad a los análisis, asegurando que la información sea útil y actualizada. Asimismo, se compartirá una tabla de eventos que serán actualizados semanalmente, donde se resumirán los casos notificados y confirmados.

Junto con los cambios que nos encontramos realizado, es muy importante mencionar que en este BEN se encontrarán, por primera vez, con la presentación de los datos de las infecciones respiratorias agudas a partir de la información provista por la RED ARGENTINA DE VIGILANCIA CENTINELA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE -IRAG. Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia.

Estos avances son parte de la evolución continua de nuestro boletín, en línea con el compromiso establecido en el BEN 740. Seguimos dedicados a brindar una herramienta integral y fiable para la toma de decisiones, reflejando la tradición y el desafío de construir una mejor salud pública para todos los equipos de salud.

Contenido

I. Editorial del BEN 740	5
II. Acerca de este Boletín.....	6
SITUACIONES EPIDEMIOLÓGICAS EMERGENTES.....	9
III. Situación epidemiológica de MPOX.....	10
III.1. Introducción	10
III.2. Situación internacional	10
III.3. Situación en África.....	11
III.4. Situación en Argentina.....	11
III.5. Recomendaciones para el equipo de salud	12
III.6. Vigilancia Epidemiológica	13
III.6.A. Definiciones y clasificaciones de caso	13
III.6.B. Notificación	14
III.7. Algoritmo de diagnóstico y notificación de Mpox	15
III.8. Medidas ante casos sospechosos	15
III.9. Medidas ante contactos	16
IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE)	18
IV.1. Situación epidemiológica hasta SE 5.....	18
IV.1.A. Situación mundial y regional	18
IV.1.B. Situación actual en argentina.....	19
IV.1.C. Confirmación de segundo caso de sarampión importado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ¡Error! Marcador no definido.	19
IV.2. Recomendaciones para los equipos de salud	20
IV.2.A. Vigilancia epidemiológica.....	20
IV.2.B. Medidas de prevención.....	20
IV.2.C. Medidas ante casos y contactos.....	21
EVENTOS PRIORIZADOS.....	23
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	24
V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus	24
V.1.A. Introducción.....	24
V.1.B. Subregión Centroamérica y México	24
V.1.C. Subregión Cono Sur.....	25
V.2. Situación de dengue en Argentina.....	27
V.2.A. Situación histórica.....	27
V.2.B. Temporada actual.....	29
V.2.C. Distribución según región, jurisdicción y departamento.....	31
V.2.D. Situación según serotipos circulantes	33
V.2.E. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo”	35
V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus.....	35
V.4. Vigilancia entomológica.....	37
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas.....	41
VI.1. Nota Metodológica.....	41
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	41
VI.3. Síntesis de la información nacional destacada a la SE05/2025.....	42
VI.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis.....	42
VI.3.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados	42
VI.3.C. Vigilancia UNIVERSAL a través de la red de laboratorios de virus respiratorios	43
VI.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados.....	43
VI.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI.....	43
VI.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG.....	46

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS.....	50
VII. Vigilancia de Tuberculosis	51
VII.1. Situación epidemiológica al 2 de febrero	51
VII.1.A. Introducción.....	51
VII.1.B. Metodología.....	51
VII.1.C. Situación mundial.....	52
VII.1.D. Región de las américas.....	53
VII.1.E. Situación epidemiológica en Argentina	54
VII.1.F. Tendencia de notificación de casos de tb.....	54
VII.1.G. Comparación de la notificación de casos de tb por jurisdicción (2023-2024).....	55
VII.1.H. Distribución de casos por edad y sexo	57
VII.1.I. Condición de tratamiento	58
VII.1.J. Conclusiones	59
VIII. Vigilancia Fibrosis Quística	60
VIII.1. Situación epidemiológica al 5 de febrero	60
VIII.1.A. Introducción.....	60
VIII.1.B. Situación epidemiológica	61
IX. Hepatitis A - Informe epidemiológico. 2019-2024.....	66
IX.1. Introducción	66
IX.1.A. Modalidad de vigilancia y Nota metodológica	66
IX.2. Situación de Hepatitis A en Argentina	67
IX.2.A. Caracterización a partir de la notificación nominal. 2019-2024	67
IX.2.B. Situación Epidemiológica de 2025	70
IX.3. Conclusiones.....	70
ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES	72
X. Introducción	73
X.1. Enfermedad por el virus de Sudán – Uganda.....	74
X.2. Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas.....	75
X.2.A. Resumen de la situación	75
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES	84
XI. Boletines jurisdiccionales.....	85
XI.1. Buenos Aires: Arbovirosis	85
XI.2. Chubut: Vigilancia de Infecciones Respiratorias	86
XI.3. Salta: Dengue.....	87
XI.4. Santa Fe: Dengue.....	88
XI.5. Tierra del fuego: Diarrea aguda	89
XI.6. Tucumán: Síndrome Urémico Hemolítico	90
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA.....	91
XII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	92
XII.1. Información relevante: enteroparasitosis	94
XIII. 1º Edición del Curso: “Vigilancia y notificación de dengue”	95
XIV. 4º Edición del Curso Virtual “Introducción al SNVS 2.0”	96

SITUACIONES
EPIDEMIOLÓGICAS
EMERGENTES

III. Situación epidemiológica de MPOX

III.1. Introducción

Ante el recrudecimiento de la mpox asociado a la aparición de un nuevo clado del virus de la mpox (clado Ib), su rápida propagación en el este de la República Democrática de Congo y la notificación de casos en varios países vecinos, la Organización Mundial de la Salud lo ha declarado como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de acuerdo Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI [2005]). A raíz de ello y en virtud de dar difusión a las medidas de prevención, vigilancia y respuesta, el Ministerio de Salud de la Nación ha emitido una Alerta Epidemiológica el 16 de agosto de 2024, incluyendo la descripción de la situación y las directrices vigentes para la vigilancia epidemiológica y las medidas ante casos y contactos –entre otros aspectos relacionados con este evento que se encuentra disponible en

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta_viruela_simica_16082_024.pdf

III.2. Situación internacional⁴

Según las mutaciones y la agrupación filogenética, MPXV se divide actualmente en dos clados principales, el clado I (uno, formalmente clado de la cuenca del Congo) y el clado II (dos, formalmente clado de África occidental). Cada uno de estos clados se subdivide a su vez en dos subclados: clado Ia y clado Ib dentro del clado I; clado IIa y clado IIb dentro del clado II. El clado Ia circula en varios países de África central y se asocia con una propagación regular desde uno o más reservorios animales con cierta transmisión de persona a persona.

El clado Ib ha surgido recientemente en las regiones orientales de la República Democrática del Congo y está sufriendo una transmisión sostenida de persona a persona. También se han detectado casos del clado Ib en **Burundi, Kenia, Ruanda, Uganda, Suecia, Tailandia, India, Alemania, Reino Unido, Zambia, Zimbabue, Estados Unidos de América, Canadá, Pakistán, China, Bélgica y Francia**. El clado IIa rara vez se ha aislado en humanos y la mayoría de las secuencias genéticas disponibles provienen de especies animales. El clado IIb ha estado circulando de manera sostenida en humanos desde al menos 2016 y ha provocado el brote multipaís en curso desde 2022 hasta la actualidad.

La OMS realizó la última evaluación rápida de riesgos globales de mpox en noviembre de 2024. En base a la información disponible, el riesgo se evalúa de la siguiente manera:

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

⁴ Brote de Mpxv 2022-24: tendencias mundiales. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

- Clado Iib MPXV: Asociado con la epidemia mundial de mpox – Moderado

III.3. Situación en África⁵

Desde el 1 de enero de 2022, 25 Estados miembros de África han notificado a la OMS casos de mpox. Hasta el 2 de febrero de 2025, notificaron 23.489 casos confirmados por laboratorio, incluidas 93 muertes.

Desde 2024, hasta el 2 de febrero de 2025, 21 países han notificado 21.085 casos confirmados, incluidas 70 muertes. Los tres países con la mayoría de los casos desde 2024 son la República Democrática del Congo (n = 14.530), Burundi (n = 3.359) y Uganda (n = 2.479).

Este indicador debe interpretarse con cautela, ya que los casos sospechosos de mpox se registran según distintas definiciones de casos nacionales. Además, no todos los países cuentan con sistemas de vigilancia sólidos para mpox, lo que significa que es probable que los recuentos de casos notificados subestimen el alcance de la transmisión comunitaria.

Respecto de la situación regional, para ver la última actualización disponible dirigirse al [Boletín Epidemiológico Nacional N°741, SE 4](#).

III.4. Situación en Argentina

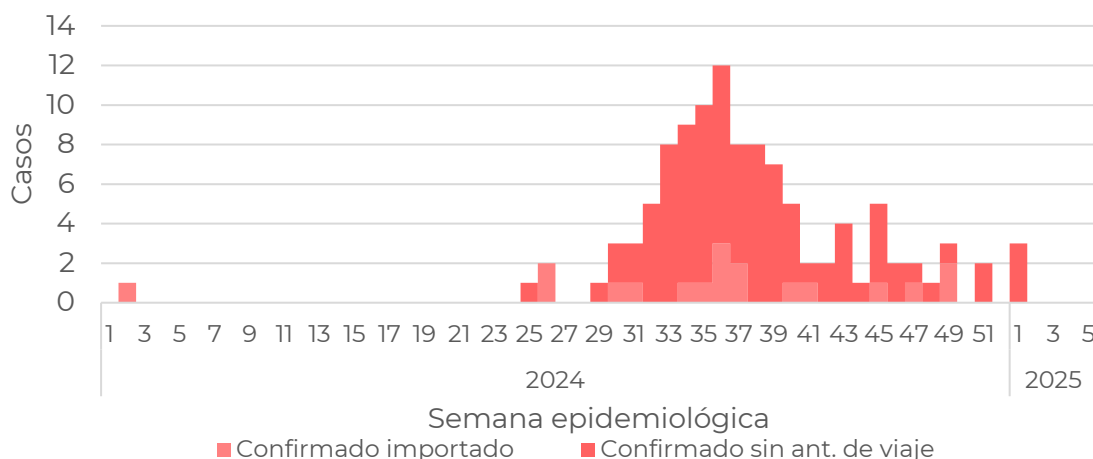
En 2024, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 52 se identificaron 107 casos confirmados de mpox de un total de 602 casos sospechosos notificados.

En la última semana epidemiológica no se encontraron nuevos casos confirmados. Entre las semanas 1 y 5 de 2025 se notificaron 27 casos, de los cuales 3 fueron confirmados. Dichos casos tienen residencia en Buenos Aires y CABA, y son personas de sexo masculino.

La curva epidémica de casos confirmados por fecha mínima⁶ muestra un ascenso en el número de casos a partir de la SE30, con el mayor número en la SE 36 con 12 casos, luego de lo cual se observó un descenso sostenido hasta registrarse un promedio de 2 casos semanales desde la SE41 en adelante. Los últimos casos confirmados corresponden a la SE 1 de 2025.

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

⁶ La fecha mínima se construye según una jerarquía que prioriza la mayor cercanía al momento de inicio de la enfermedad: con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra, y, por último, la de notificación si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.

Gráfico 1. Casos confirmados de Mpox según antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1/2024 a SE5/2025. (N=110)

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

Hasta el momento, se realizaron estudios para la identificación de clado en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS “Carlos Malbrán” en 72 de los casos confirmados, identificándose en todos ellos el clado II.

Para mayor información de los casos notificados en 2024, dirigirse al [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nro 737](#).

III.5. Recomendaciones para el equipo de salud

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

III.6. Vigilancia Epidemiológica

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

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

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

III.6.A. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

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

Ó

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

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

- Fiebre >38,5° de inicio súbito
- Linfadenopatía
- Astenia
- Cefalea

- Mialgia
- Malestar general
- Lesiones cutáneo mucosas
- Proctitis

Ó

- Toda persona que no presenta o refiere un antecedente epidemiológico claro, que presente lesiones cutáneo-mucosas características* con una evolución compatible y en el que haya una alta sospecha clínica.

* Exantema característico: lesiones profundas y bien delimitadas, a menudo con umbilicación central y progresión de la lesión a través de etapas secuenciales específicas: máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras, que pueden evolucionar a la necrosis que no correspondan a las principales causas conocidas de enfermedades exantemáticas (varicela, herpes zoster, sarampión, herpes simple, sífilis, infecciones bacterianas de la piel). No obstante, no es necesario descartar por laboratorio todas las etiologías para estudiar al caso para Mpox.

** En el caso de proctitis y/o úlceras genitales se deben investigar también en forma conjunta los diagnósticos de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Treponema pallidum*, entre otros.

*** Indagar sobre viajes o contacto con viajeros especificando la procedencia, en particular provenientes de los países de África con circulación conocida de clado Ib (en el momento de la redacción de este boletín: República Democrática del Congo, Burundi, Kenia, Ruanda, Uganda)

Caso confirmado

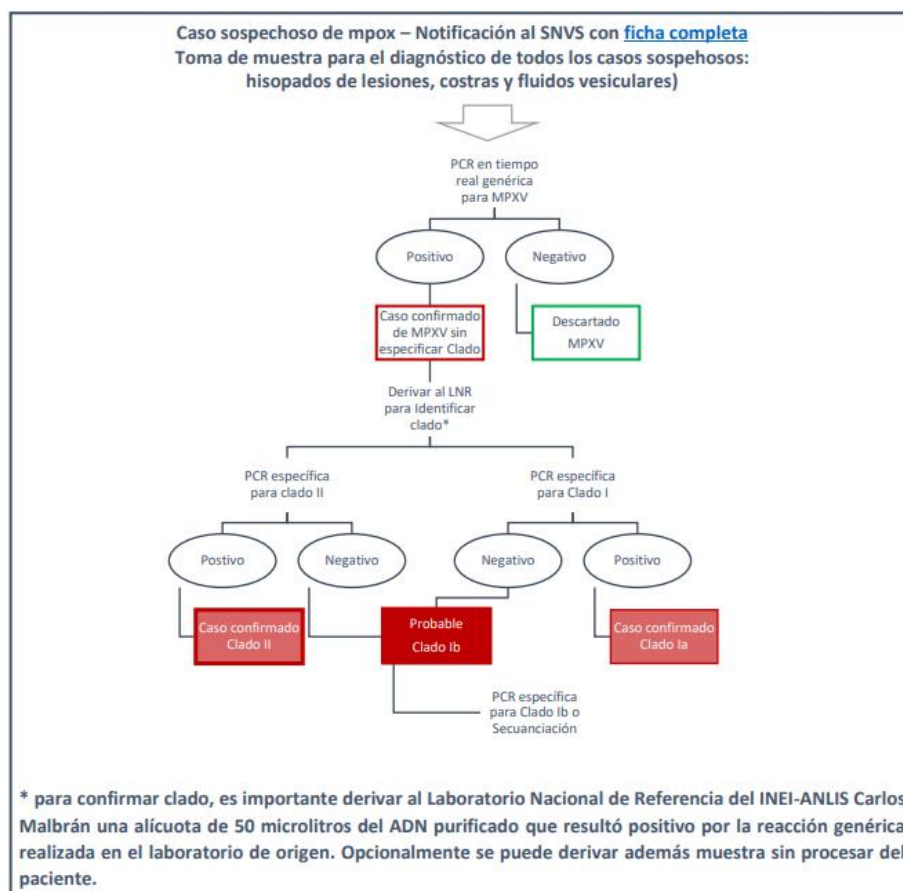
- Todo caso sospechoso con resultados detectables de PCR para Orthopox del grupo eurasiático-africano o de PCR en tiempo real para virus MPX genérica o específica de los clados.

Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión de laboratorio cuando se analizan muestras clínicas se aconseja limitar la cantidad de personal que analiza las muestras, evitar cualquier procedimiento que pueda generar aerosoles y usar el equipo de protección personal. Las normas nacionales e internacionales sobre el transporte de sustancias infecciosas deben seguirse estrictamente durante el embalaje de las muestras y el transporte al laboratorio de referencia.

III.6.B. NOTIFICACIÓN

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

III.7. Algoritmo de diagnóstico y notificación de Mpox



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

III.8. Medidas ante casos sospechosos

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

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

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

III.9. Medidas ante contactos

- La identificación de contactos debe iniciarse dentro de las 24hs.
- Verificar diariamente la posible aparición de cualquier signo o síntoma compatible, incluyendo medir la temperatura y verificar mediante autoevaluación si no han aparecido lesiones en la piel en cualquier parte del cuerpo, o si aparecen síntomas como cansancio/decaimiento, inflamación de los ganglios linfáticos, cefalea, dolores musculares, dolor de espalda.
- El contacto en seguimiento debe disponer de un teléfono para comunicarse con el equipo de seguimiento en caso de presentar síntomas y, en ese caso, una vía facilitada para su atención adecuada en un centro asistencial.

- Ante la aparición de cualquier síntoma debe considerarse un caso sospechoso y, como tal, realizar las acciones recomendadas ante casos sospechosos.
- El contacto deberá estar en seguimiento por el sistema de salud por 21 días para identificar el posible comienzo de síntomas compatibles.
- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y embarazadas.

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

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

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

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

Ficha de notificación:

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

Más recomendaciones e información en:

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

Lineamientos para el abordaje comunicacional de la Viruela Símica/mpox:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/08/recomendaciones_comunicacion_viruela_simica_30-8-2022.pdf

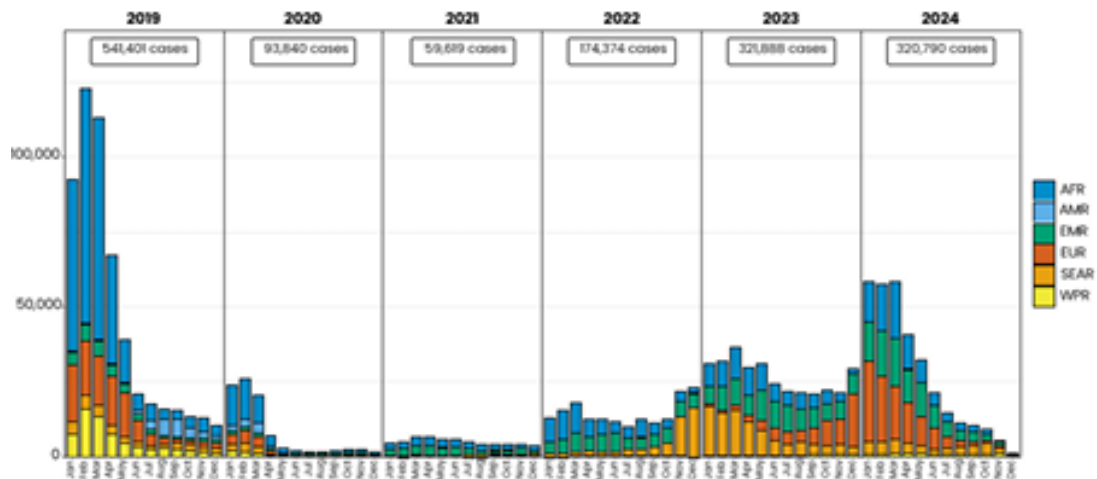
IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE)

IV.1. Situación epidemiológica hasta SE 5

IV.1.A. SITUACIÓN MUNDIAL Y REGIONAL

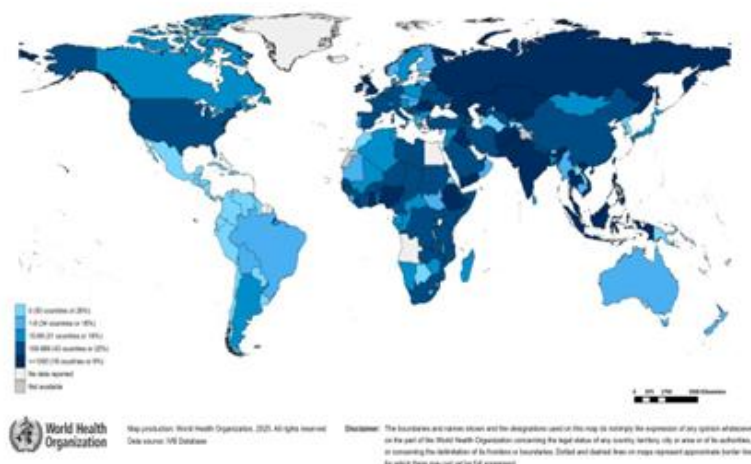
De acuerdo con los datos mensuales de vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en enero 2025, entre enero y diciembre 2024 se notificaron 582.780 casos sospechosos de sarampión en 184 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 320.790 (55%) fueron confirmados. En el año 2023, se informaron 618.160 casos sospechosos de sarampión en 176 Estados Miembros de la OMS, de los cuales 321.888 (52%) fueron confirmados. En los años 2023 y 2024 se observa un aumento de casos a nivel mundial, respecto al año 2022 (Figura 1).

Figura 1. Casos de sarampión por mes según región de la OMS. Año 2019 a 2024.



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

Figura 2. Casos de sarampión por mes según región de la OMS. Año 2019 a 2024.



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

En 2024, en la Región de las Américas, se notificaron 17.578 casos sospechosos de sarampión de los cuales 455 casos han sido confirmados, en siete países de la región y en las Islas Turcas y Caicos.

Es importante recordar que para sostener los logros de eliminación de sarampión y evitar la reintroducción del virus al país, se requiere alcanzar y sostener altas coberturas de vacunación con dos dosis de vacuna contra el sarampión (doble o triple viral) y un sistema de vigilancia sensible capaz de detectar oportunamente los casos sospechosos y así evitar su diseminación. Todos los casos sospechosos (fiebre y exantema) deben ser notificados y estudiados por laboratorio para sarampión y rubéola.

IV.1.B. SITUACIÓN ACTUAL EN ARGENTINA

El 1 de febrero el Ministerio de Salud de la Nación emitió una alerta epidemiológica⁷ ante la confirmación de un caso de sarampión en una niña de seis años de edad con residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y antecedente de viaje. Arribó al país el 22 de enero proveniente de Rusia, con escalas en Vietnam, Dubai y Río de Janeiro, al igual que el resto del grupo familiar conformado por padre, madre y hermana de 20 meses de edad. El caso índice presentó una evolución clínica favorable, con seguimiento ambulatorio.

El día 29 de enero, su hermana, niña de 20 meses de edad comenzó con fiebre y agregó el 3 de febrero exantema. Al día de la fecha, continúa bajo seguimiento clínico con buena evolución clínica. En ambos casos no fue posible constatar el antecedente de vacunación contra sarampión.

Respecto al caso índice se detectó IgM e IgG positivas para sarampión y detección de genoma viral del virus del sarampión, por RtqPCR en orina. El caso secundario (hermana del caso índice) presentó detección de genoma viral del virus del sarampión, por RtqPCR en orina y en hisopado nasofaríngeo. No fue posible la extracción de muestra de sangre por negativa de los progenitores. Ambos casos se confirmaron en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI- ANLIS “Carlos G. Malbrán” y se identificó el genotipo B3 linaje MVs/Buenos Aires.ARG/5.25.

Se trata de un brote importado, donde hasta el momento se cuenta con 2 casos confirmados. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) realizó la identificación de escenarios de transmisión y de contactos, los mismos fueron derivados a los equipos de las jurisdicciones correspondientes, CABA y Provincia de Buenos Aires, a fin de realizar seguimiento clínico, búsqueda de susceptibles, acciones de vacunación o indicación de gammaglobulina según corresponda. Las jurisdicciones mencionadas continúan dando seguimiento a la investigación epidemiológica y las acciones de control de foco correspondientes.

Durante el 2024, en Argentina se confirmaron 14 casos de sarampión. En enero de 2024 se confirmó un caso en un niño de 19 meses sin antecedente de vacunación en Salta, detectando el genotipo D8 linaje MVs/Patán.IND/16.19. No se identificó la fuente por lo que el caso se clasificó como fuente de origen desconocido. No se presentaron casos secundarios.

En febrero de 2024, se registraron dos casos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: un niño de 6 años (caso importado) y su hermano de 13 meses (relacionado a la importación).

⁷ Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta_sarampion_01022025.pdf

Los niños eran residentes de Barcelona (España) y no estaban vacunados contra el sarampión. El genotipo detectado fue B3, linaje MVs/Manchester.GBR/44.23.

En octubre de 2024 se confirmaron confirmación de 11 casos de sarampión en Lamarque provincia de Río Negro. En 3 casos, se identificó antecedente de viaje reciente a Colonia Pirai, Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) y los restantes 8 son casos secundarios en familiares convivientes. No se registraron personas sintomáticas fuera de la familia.

IV.2. Recomendaciones para los equipos de salud

IV.2.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 obligatoria⁸.

Todo caso sospechoso de EFE deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)⁹ 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

IV.2.B. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

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

- De 12 meses a 4 años: deben acreditar UNA DOSIS de vacuna triple viral
- Mayores de 5 años, adolescentes y personas adultas deben acreditar al menos DOS DOSIS de vacuna con componente contra sarampión y rubéola aplicada después del año de vida (doble o triple viral) o contar con serología IgG positiva para sarampión y rubéola.
- Las personas nacidas antes de 1965 se consideran inmunes y no necesitan vacunarse.

⁸ 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

⁹ Para consultas sobre cómo obtener permisos y capacitación para operar en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, comunicarse con la autoridad epidemiológica de la jurisdicción o por correo electrónico a epidemiologia@msal.gov.ar

Frente a la situación epidemiológica mundial 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>

IV.2.C. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Medidas ante un caso sospechoso:

- Disponer rápidamente el aislamiento respiratorio de la persona afectada que incluya la utilización de barbijo para la persona con sintomatología y para acompañantes para la circulación y atención dentro de la institución.
- Informar inmediata y fehacientemente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso y sin esperar resultados de laboratorio.
- Confeccionar de manera completa la Ficha de investigación de caso sospechoso de EFE (sarampión/rubéola) y reportar los datos en el SNVS 2.0 bajo el grupo de evento “Enfermedad Febril Exantemática-EFE”, evento “Enfermedad Febril Exantemática-EFE (Sarampión/ Rubéola)”.
- En caso de antecedente de vacunación con vacuna triple o doble viral 5-21 días previos a la aparición de síntomas, podría tratarse de un Evento Supuestamente Atribuible a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) y debe notificarse además a través del módulo ESAVI en el SISA.
- Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: Tomar siempre muestra de sangre; además, tomar muestra de orina hasta 14 días posteriores a la aparición de exantema (preferentemente hasta el día 7) y/o hisopado nasofaríngeo (HNF) hasta 7 días posteriores. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que debe realizarse dentro de las 48 hs posteriores a la toma.
- Para evitar la transmisión, mantener el aislamiento respiratorio durante los 7 días siguientes del inicio del exantema. Indicar que la persona afectada utilice barbijo al momento de circular dentro de las instituciones o en transporte público.
- Corroborar el antecedente de vacunación de los contactos y proceder a vacunar dentro de las 72 horas del contacto a fin de garantizar el siguiente esquema:
 - De 12 meses a 4 años: deberán acreditar UNA DOSIS de vacuna triple viral (correspondiente al calendario nacional de vacunación)
 - De 5 a 50 años: deberán acreditar DOS DOSIS de vacuna doble o triple viral aplicadas después del primer año de vida.

Medidas en los contactos frente al caso confirmado:

- **Búsquedas activas de contactos e identificación de susceptibles (personas menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación):** Personas que han estado expuestas a un caso confirmado, por laboratorio o con nexo epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola); la transmisión es más probable que ocurra en lugares cerrados e instituciones.

- **Vacunación de bloqueo dentro de las 72 horas del contacto:**
 - Todos los contactos entre 6 y 11 meses de edad deberán recibir UNA DOSIS de vacuna triple viral. Esta dosis no debe ser tenida en cuenta como parte del esquema de vacunación del calendario nacional.
 - En todos los contactos de 12 meses se deberá asegurar UNA DOSIS de vacuna con componente anti sarampionoso.
 - En todos los contactos con 13 meses o más (excepto personas adultas nacidas antes de 1965) se deberán asegurar DOS DOSIS de vacuna con componente anti sarampionoso.
- **Inmunoglobulina de pool dentro de los 6 días del contacto:** En personas menores de 6 meses, gestantes sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y severamente inmunosuprimidas (independientemente del antecedente de vacunación).. La inmunoglobulina se aplica por vía intramuscular, la dosis recomendada es de 0.25 ml/kg. En el caso de personas inmunocomprometidas, la dosis es de 0,5 ml/kg (dosis máxima 15 ml).
- **Seguimiento de los contactos:** Realizar el seguimiento de todos los contactos hasta 30 días después del inicio del exantema del caso confirmado para poder identificar rápidamente la aparición de síntomas compatibles con sarampión.
- **Búsqueda de la fuente de infección:** Buscar todo contacto que pueda haber sido el caso fuente del caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar situaciones o lugares posibles de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.

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.

EVENTOS
PRIORIZADOS

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

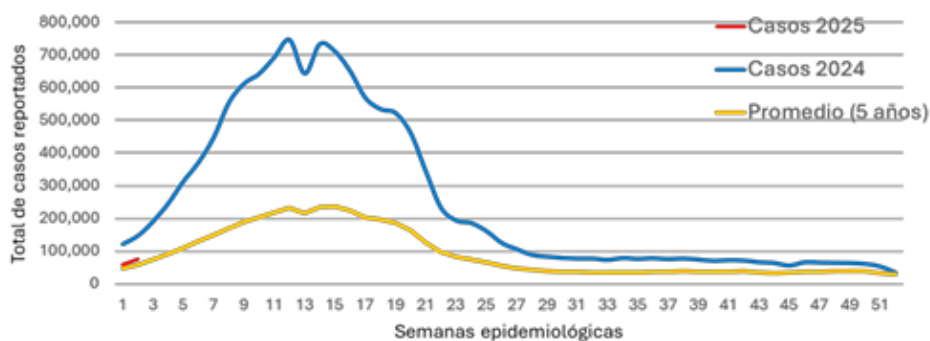
V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus

V.1.A. INTRODUCCIÓN

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Informe de situación No 54. Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 02, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 30 de enero.

En la semana epidemiológica (SE) 2 del 2025, se reportaron en la Región de las Américas un total de 134,169 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 13 casos por 100,000 hab). Esta cifra representa una disminución de 49% en comparación al mismo periodo del 2024 y un incremento de 31% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 2.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 2 en 2025, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.

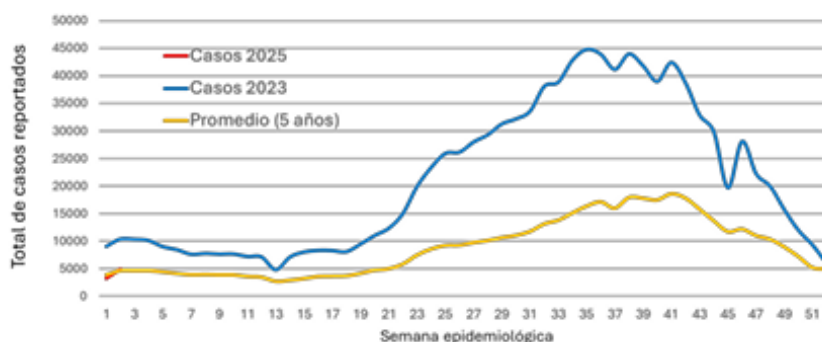


Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De los 134,169 casos de dengue reportados en las Américas, 37,819 casos (28%) fueron confirmados por laboratorio y 183 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 21 muertes por dengue, para una letalidad del 0.016%. Catorce países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 2. Estos países registran en conjunto 75,115 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 2.

V.1.B. SUBREGIÓN CENTROAMÉRICA Y MÉXICO

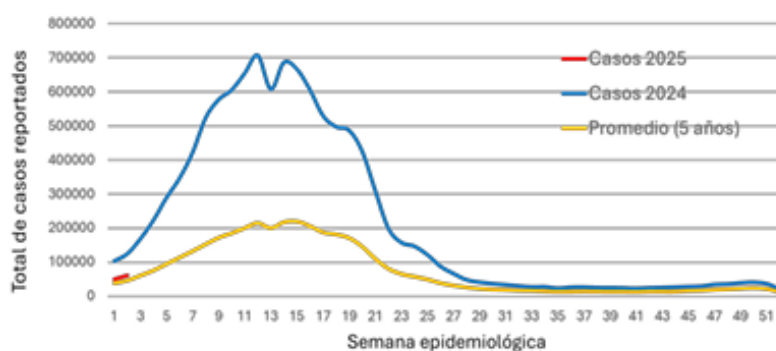
Un total de 4,872 nuevos casos sospechosos de dengue se notificaron durante la SE 2. Hasta esta semana la subregión presenta una disminución de 58% en comparación con el mismo periodo del 2024 y de 4% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

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

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

V.1.C. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 62,024 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 2. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 51% en comparación con la misma semana del 2024 y un incremento de 30% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 2, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

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 06/02/2025 en países regionales seleccionados¹⁰.

Brasil: durante el año 2024 se notificaron 10.188.219 casos de dengue, lo que representó aproximadamente 3 veces más que lo registrado en 2023. Los fallecidos para el año 2024 fueron 6.052. Para el año en curso, hasta la SE 4/2025 se reportaron 194.564 casos de dengue, un 63% menos que en la misma semana de 2024, con 21 fallecimientos registrados. Respecto a chikungunya, durante el año 2024 se notificaron 422.615 casos, un 59% más que lo reportado durante el año 2023, y 213 fallecidos. Hasta la SE 4/2025, se registraron 10.209 casos, un 75% menos que lo reportado en la misma semana del 2024, con 3 fallecidos reportados para este evento. Por último, durante el año 2024 se reportaron 42.333 casos de zika, lo que representó un incremento de 17% respecto a lo notificado durante el 2023, sin fallecidos notificados. Hasta la SE 4/2025 se reportaron 271 casos, un 91% menos que lo

¹⁰ Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html>

reportado hasta la misma semana durante el año 2024. No se registraron fallecidos para este evento.

Bolivia: en el año 2024 se registraron 50.439 casos de dengue, un 68% menos que lo reportado en 2023. El número de fallecidos registrados para este evento durante 2024 fue 29. Hasta la SE 4/2025 se reportaron 2.354 casos, un 62% menos que a la misma semana del 2024, sin fallecidos registrados para este evento. En cuanto a chikungunya, durante el año 2024 se reportaron 505 casos, un 66% menos respecto al año anterior. Hasta la SE 4/2025, fueron registrados 33 casos, lo que representa un descenso del 59% respecto de la misma SE del año anterior. Asimismo, durante el 2024 se reportaron 267 casos de zika, lo que representa una reducción de 99% en el número de casos registrados en 2023. Hasta la SE 4/2025 se notificaron 16 casos, un 62% menos respecto a 2024. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos.

Paraguay: durante el año 2024 se notificaron 295.785 casos de dengue, lo que representó aproximadamente 5 veces más de lo registrado durante el año 2023. Los fallecidos para este período fueron 129. Hasta la SE 5/2025 se reportaron 4.986 casos, un 95% menos que a la misma semana de 2024, con dos fallecidos registrados para este evento. En cuanto a chikungunya, durante el año 2024 se registraron 3.134 casos, un 98% menos respecto de lo reportado el año anterior. Hasta la SE 5/2025 se registraron 30 casos para este evento, un 97% menos comparado con la misma semana del año 2024. Con respecto al zika, durante 2024 se registraron 12 casos de este evento, mientras que en 2023 no se registraron casos. Hasta la SE 5/2025 no se han reportado casos, sin registro de fallecidos para este evento.

Perú: durante el año 2024 se notificaron 280.726 casos de dengue, un valor similar al año 2023, y 259 fallecidos. Hasta la SE 4/2025 se notificaron 7.842 casos de dengue, cifra similar a lo reportado hasta la misma semana del año 2024, con dos fallecimientos registrados en el año en curso. Con relación a chikungunya, en el año 2024 se notificaron un total de 78 casos, un 74% menos con respecto al año 2023. Hasta la SE 3/2025, se registró 1 caso para este evento. Asimismo, durante el año 2024 se notificaron 7 casos de zika, un 72% menos respecto al año 2023. Hasta la SE 3/2025, no se han registrado casos para este evento.

En relación con los serotipos de dengue, Paraguay registra circulación de DEN 1 y DEN 2. Perú reporta circulación de DEN 1, DEN 2 y DEN 3. Bolivia presenta circulación de los serotipos DEN 1, DEN 2 y DEN 4. Brasil, por su parte, registra circulación del serotipo DEN 4, además de los otros tres serotipos mencionados anteriormente.

Durante 2024, se observó un aumento en los casos de dengue en Brasil y Paraguay en comparación con el año anterior. En cuanto a chikungunya, Bolivia, Paraguay y Perú reportaron un descenso en el número de casos. Respecto a zika, se detectaron casos en Paraguay, un incremento en Brasil, mientras que en Bolivia y Perú los casos disminuyeron. Para el año en curso, se registra en general una disminución de casos para estos eventos en relación al mismo período del año previo.

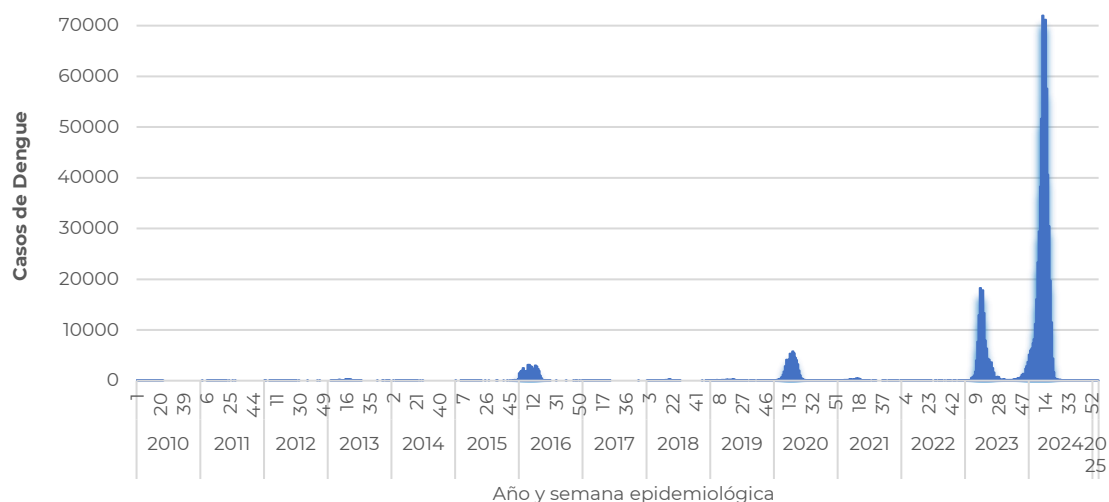
V.2. Situación de dengue en Argentina

V.2.A. SITUACIÓN HISTÓRICA

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

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

Gráfico 4. Dengue: Casos por semana epidemiológica. SE01/2010-SE5/2025. Argentina. N=845.397.

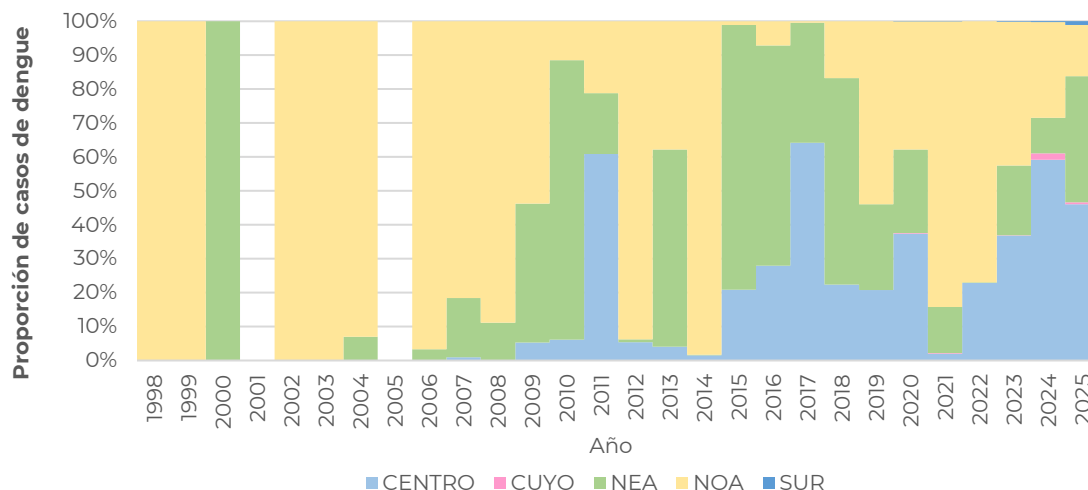


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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

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

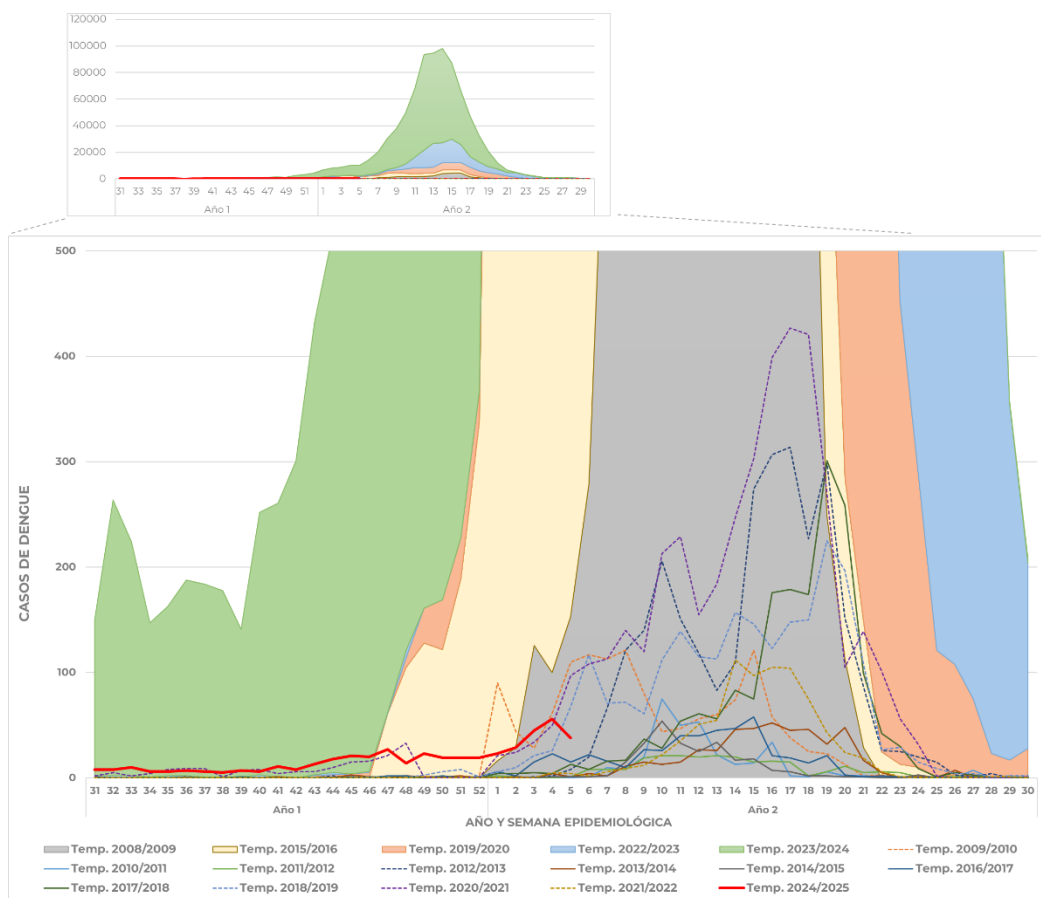
Gráfico 5. Dengue: Distribución regional de casos de dengue desde la reemergencia. Año 1998- 2025.



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

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

Gráfico 6. Dengue: Casos totales por semana epidemiológica. Comparación entre temporada actual, temporadas epidémicas y no epidémicas. Argentina.



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

En el Gráfico 6 se presenta una comparación de la temporada actual (línea continua roja), con los datos históricos de temporadas epidémicas (áreas sombreadas) y no epidémicas (líneas punteadas). Este análisis refleja los casos de dengue notificados según semana epidemiológica (SE), abarcando el período comprendido entre SE31/2008 y la SE5/2025.

Aunque los casos reportados en la temporada actual se encuentran por debajo de los niveles observados en temporadas epidémicas, superan los valores correspondientes a la mayoría de las temporadas no epidémicas, prácticamente en todas las semanas epidemiológicas desde las SE 41 y hasta las SE 1 de cada año. 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 de años cerrados, es por ello que es preciso reforzar aún más la importancia del análisis y el monitoreo de la situación actual.

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

V.2.B. TEMPORADA ACTUAL

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE5/2025), se notificaron en Argentina 28.815 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 467 fueron confirmados. Como se puede observar en la Tabla 1, un total de 443 casos no registraron antecedentes de viaje (94,9%). Se confirmaron además 4 casos asociados a trasplante de órganos en Buenos Aires, CABA y Santa Fe. Un caso de Salta, que figuraba en informes anteriores, fue descartado por la jurisdicción. Se registraron 113 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas¹¹. Se confirmaron 24 casos con antecedente de viaje a Brasil, Cuba, México, Maldivas, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Colombia¹².

Durante la SE5/2025 (según fecha de notificación al SNVS), se notificaron 1660 casos sospechosos¹³ de los cuales 61 se confirmaron y 61 fueron clasificados como casos probables, aún en investigación. Cabe destacar que estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

¹¹En 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

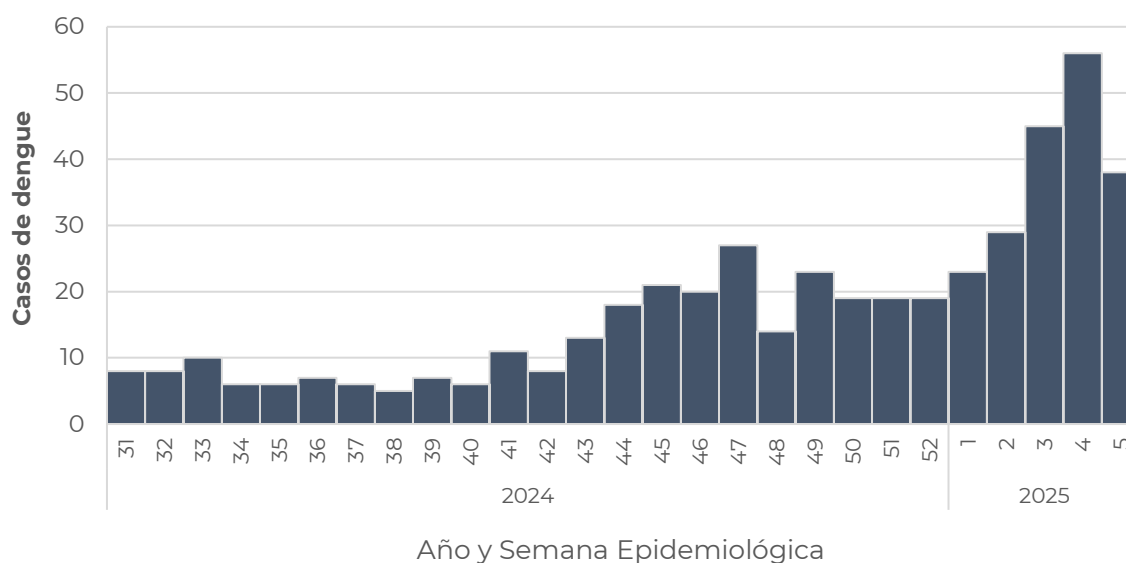
¹² **Casos importados:** Hasta la semana epidemiológica (SE) 1, se habían registrado 19 casos con antecedente de viaje. Sin embargo, durante la SE 2, tras un proceso de reclasificación de cuatro casos, el total ajustado de casos con antecedente de viaje corresponde a 15.

¹³ Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

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

- Hasta la SE42 se registraron entre 6 y 11 casos (promedio de 7 casos por semana), observándose una tendencia estable en la curva.
- Desde la SE42 hasta la SE52, se distinguen sutiles oscilaciones en el aumento/descenso en la detección de casos confirmados de dengue, con una tendencia estable y cuyo rango fluctúa entre 13 y 27 (19 casos promedio por SE) sin variaciones sustanciales en el comportamiento epidemiológico.
- A partir de la SE1, y considerando la carga retrospectiva de casos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), se evidencia un aumento progresivo de casos con una curva que tiende al ascenso, cuyo rango de casos fluctúa entre 23 y 56 (38 casos promedio por SE). Es importante considerar que durante la última semana epidemiológica puede observarse un descenso aparente en el número de casos, el cual podría ser atribuible a retrasos en la notificación. Este fenómeno se corregirá y reflejará adecuadamente en los análisis subsiguientes, una vez que se actualicen los registros.

Gráfico 7. Dengue: Casos confirmados¹⁴ por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE5/2025. 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).

¹⁴Incluye 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)

V.2.C. DISTRIBUCIÓN SEGÚN REGIÓN, JURISDICCIÓN Y DEPARTAMENTO

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

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE5/2025. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificaciones
	Conf.	Prob.	Conf.	Prob.			
Buenos Aires	12	169	7	5	2828	627	3648
CABA	2	55	4	1	1338	435	1835
Córdoba	56	294	4	3	3636	281	4274
Entre Ríos	8	22	0	4	469	6	509
Santa Fe	39	35	3	0	1673	228	1978
Total Centro	117	575	18	13	9944	1577	12244
Mendoza	9	40	2	2	1317	85	1455
San Juan	0	3	0	1	221	10	235
San Luis	0	0	0	0	95	12	107
Total Cuyo	9	43	2	3	1633	107	1797
Chaco	2	176	0	0	1763	91	2032
Corrientes	0	41	1	0	309	76	427
Formosa	278	4	0	0	3473	4	3759
Misiones	1	12	0	2	815	3	833
Total NEA	281	233	1	2	6360	174	7051
Catamarca	1	10	1	1	576	3	592
Jujuy	0	0	0	0	726	6	732
La Rioja	4	24	0	0	280	12	320
Salta	4	30	0	5	1297	87	1423
Santiago del Estero	0	29	0	1	727	235	992
Tucumán	26	190	0	0	2761	427	3404
Total NOA	35	283	1	7	6367	770	7463
Chubut	0	0	2	1	15	3	21
La Pampa	1	2	0	0	151	9	163
Neuquén	0	0	0	3	23	4	30
Río Negro	0	0	0	1	2	0	3
Santa Cruz	0	0	0	1	32	2	35
Tierra del Fuego	0	0	0	0	8	0	8
Total Sur	1	2	2	6	231	18	260
Total País	443	1136	24	31	24535	2646	28815

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

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).

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.

En las últimas 4 semanas, se observa un aumento de casos en dichos departamentos. El serotipo que circula con mayor frecuencia es DEN-2.

A partir de la SE2, el departamento de **Formosa (Capital)** se encuentra en la fase de alerta temprana, la cual comienza luego de la finalización del período inter epidémico, cuando se evidencia un aumento en el registro de los casos. En el caso de la jurisdicción mencionada, se constata un aumento de casos confirmados y probables por tres semanas consecutivas, el cual es una de las señales de alarma consideradas en el [Plan de preparación y respuesta integral a epidemias de dengue y otras enfermedades arbovirales](#).

Es importante continuar confirmando casos todas las semanas para asegurar que los casos probables puedan estar relacionados al virus del dengue y no a otros posibles flavivirus o arbovirus circulantes. Por lo tanto, para considerar aumento de casos de dengue se considerarán todas las semanas con casos confirmados y probables, debiendo tener al menos un confirmado por laboratorio en cada semana¹⁵.

Córdoba: Desde la SE42, se notificaron los primeros casos de dengue sin antecedente de viaje en el departamento Capital. Córdoba se convirtió así en la primera jurisdicción de la región Centro en registrar casos de dengue durante la temporada 2024/2025. Durante las semanas subsiguientes se notificaron casos aislados además en Colón, General San Martín, Río Primero y Unión.

Desde la SE3 se verifica un aumento de casos de dengue a expensas de conglomerados localizados en los departamentos Capital (Córdoba), Colón (Jesús María), San Javier (San José) y General San Martín (Villa María). El serotipo detectado principalmente es DEN-1.

A partir de la SE 5, el departamento de **San Javier** se encuentra en 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. Durante la SE1 se constata un aumento progresivo de casos, detectándose pequeños conglomerados, en Rosario a expensas del serotipo DEN-1.

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

Otras jurisdicciones que notificaron casos aislados sin antecedente de viaje son: **Mendoza** (Luján de Cuyo, Maipú, Guaymallén y Godoy Cruz), **CABA** (Comuna 1 y 3), **Buenos Aires** (San

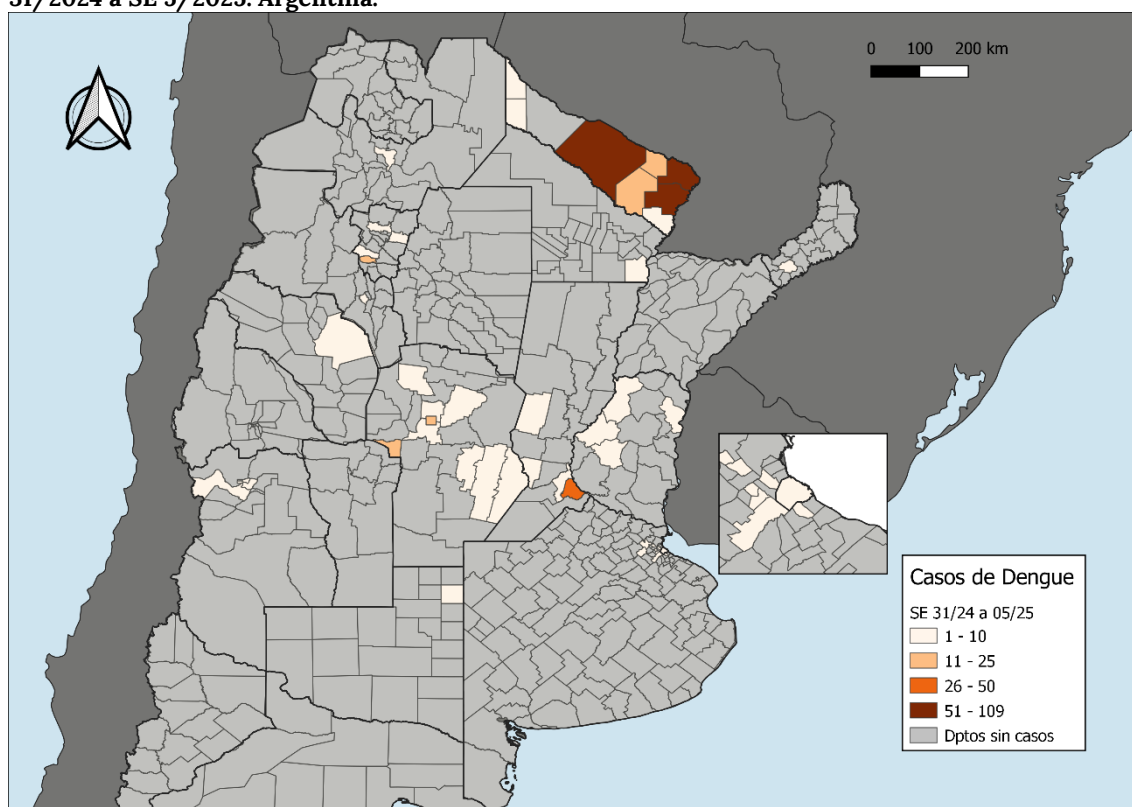
¹⁵ Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de dengue y otros arbovirus. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

Martin, Hurlingham, La Matanza, Lanús, Malvinas Argentinas, Morón y Pilar), **Entre Ríos** (Concordia, La Paz, Nogoyá y Paraná), **Salta** (Capital), **Misiones** (L.N. Alem) y **La Rioja** (Capital).

En la SE2, se notificó el primer caso confirmado sin antecedente de viaje en la provincia de **La Pampa**, el mismo corresponde al departamento de Maracó, localidad General Pico.

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

Mapa 1. Dengue: Casos de dengue por departamento con casos autóctonos y en investigación. SE 31/2024 a SE 5/2025. Argentina.



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

Con excepción de las provincias de Formosa, Tucumán, Córdoba y Santa Fe no se han identificado conglomerados de casos confirmados concentrados en localidades específicas; en el resto de las jurisdicciones, los casos se distribuyen de manera dispersa en diversas localizaciones.

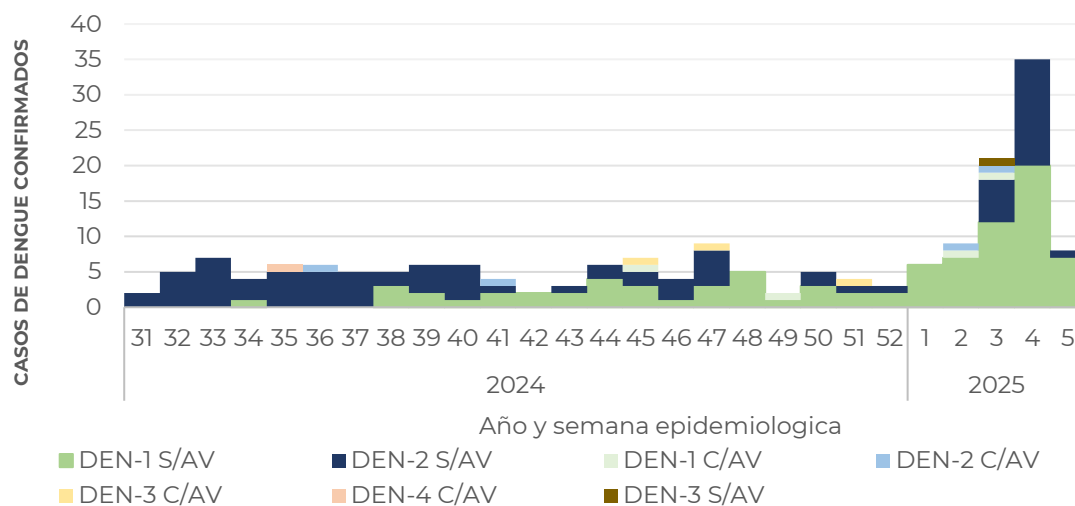
V.2.D. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (50,2%), sobre todo a expensas de la notificación de la provincia de Formosa. Los casos a DEN-2 alcanzan un 47%.

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.

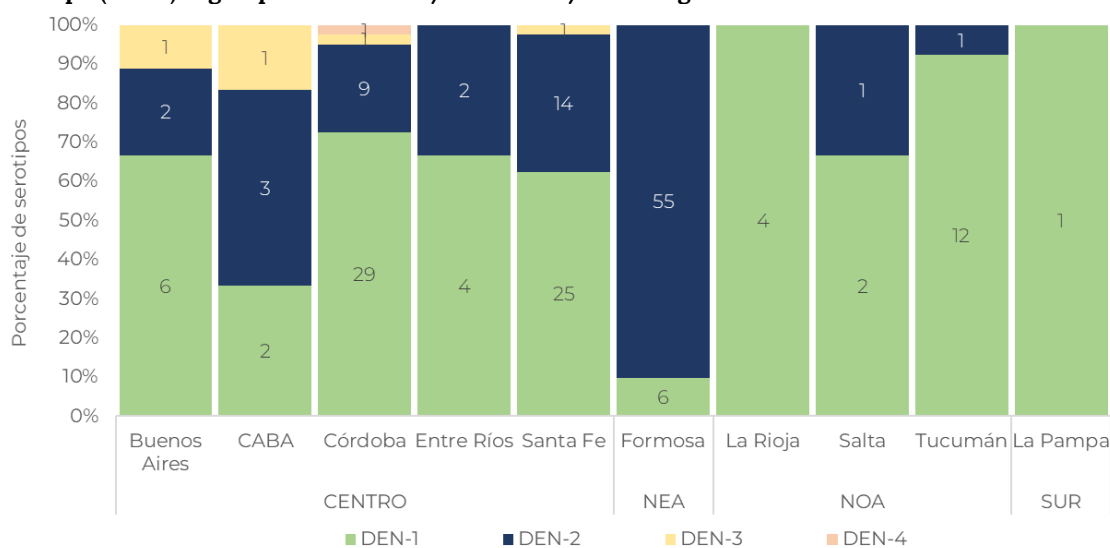
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país.

Gráfico 8. Dengue: identificación de serotipo y antecedente de viaje según semana epidemiológica según fecha mínima. SE31/2024 a SE5/2025. 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=185) según provincia. SE31/2024 a SE5/2025. Argentina.



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

V.2.E. 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 98 casos sospechosos de dengue¹⁶ durante el embarazo de los cuales, 2 casos ha sido confirmados, 1 casos probables, 88 cuentan con laboratorio negativo y 7 no cuentan con laboratorio.

El primer caso confirmado se registró en la jurisdicción de Tucumán (departamento Río Chico) y correspondió al serotipo DEN-1. El segundo caso se detectó en Santa Fe (departamento de Rosario), cuyo serotipo es DEN-2. Ambas pacientes embarazadas no presentan antecedentes de viaje ni vacunación y han mostrado una evolución clínica favorable.

V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de Fiebre Chikungunya, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2024-2025 (SE31/2024 a SE5/2025).

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 **1799** casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

¹⁶ Durante la última semana, las jurisdicciones realizaron una revisión de los casos notificados en el evento “Dengue durante en embarazadas”, resultando en un descenso en el número total publicado en la edición anterior dado que se invalidaron aquellos casos que presentaban errores de carga.

Tabla 2. Número de muestras estudiadas y positivas para Otros arbovirus. SE31/2024 a SE5/2025. 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	104	0	37	0	54	3	25	0	6
CABA	0	5	0	2	0	1	0	1	0	0
Córdoba	0	62	0	16	0	29	3	218	0	0
Entre Ríos	1	20	0	1	0	7	3	28	0	1
Santa Fe	0	638	0	43	0	28	0	9	0	10
Total Centro	1	829	0	99	0	119	9	281	0	17
Mendoza	0	235	0	69	0	39	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0
San Luis	0	0	0	2	0	2	0	7	0	0
Total Cuyo	0	235	0	71	0	42	0	9	0	0
Chaco	15	652	0	315	0	19	0	2	0	1
Corrientes	0	10	0	4	0	7	0	1	0	0
Formosa	0	16	0	2	0	77	0	0	0	0
Misiones	0	41	0	18	0	25	0	0	0	18
Total NEA	15	719	0	339	0	128	0	3	0	19
Catamarca	0	11	0	8	0	1	0	0	0	8
Jujuy	0	28	0	12	0	1	0	1	0	0
La Rioja	0	38	0	37	0	2	0	1	0	16
Salta	0	285	0	187	0	68	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	19	0	9	0	0	0	3	0	0
Tucumán	0	7	0	10	0	61	0	0	0	1
Total NOA	0	388	0	263	0	133	0	5	0	25
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0
Total País	16	2171	0	772	0	427	9	298	0	61

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

Los 15 casos positivos Chikungunya de la provincia del Chaco corresponden a casos probables por IgM positiva; casos aislados desde la SE35 hasta la SE48/2024 y dos casos en las SE2 y SE5 del 2025, en distintos departamentos de la provincia, la mayoría en Quitilipi.

Con respecto al caso positivo de Chikungunya de la provincia de Entre Ríos, el mismo corresponde a un caso sin antecedente de viaje del departamento de Gualaguaychú, el cual cuenta con una IgM positiva pero aún sin diagnóstico, al momento de esta edición, dado que se está estudiando para otros eventos por la variabilidad de síntomas que presenta.

V.4. Vigilancia entomológica

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

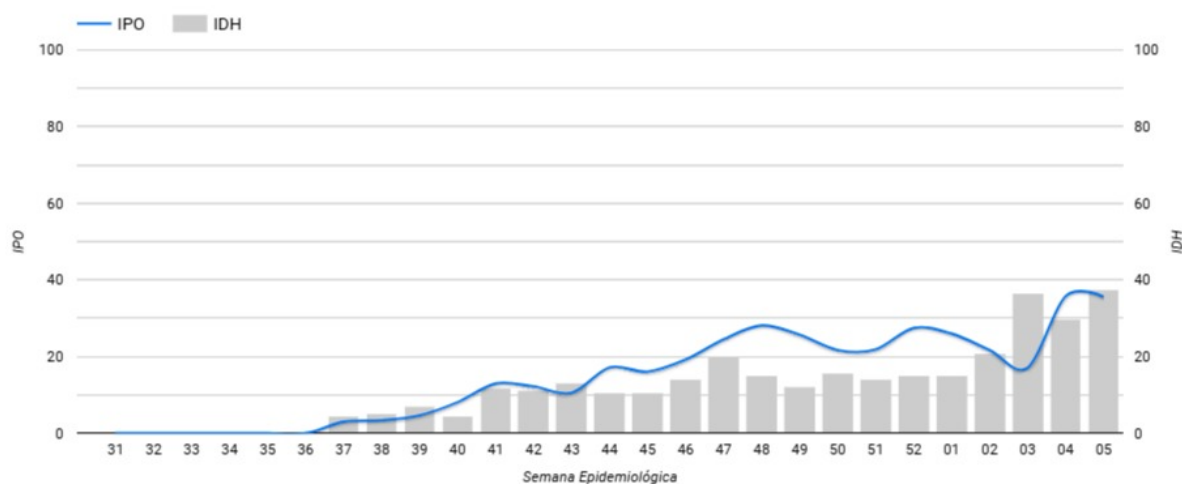
La RNVE utiliza dos indicadores principales para analizar la información recolectada:

- Índice de Positividad de Ovitrapas (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.

I.1.A. EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32 (2024) -SE04 (2025)

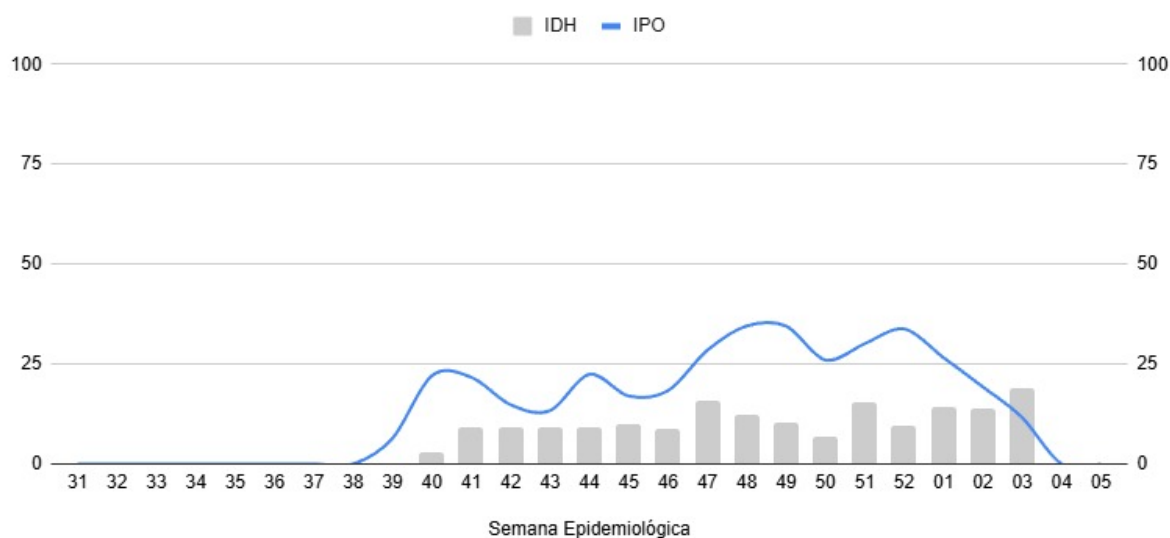
Desde la semana epidemiológica (SE) 37 de 2024 hasta la SE 05 de 2025, los datos sistematizados en el Tablero Nacional muestran un aumento gradual en la positividad de los sensores de oviposición (IPO). El IDH presenta una tendencia similar, aunque más retrasada en el tiempo (Gráfico 1).

Gráfico 1. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en Argentina, SE 31 (2024)- SE 05 (2025).

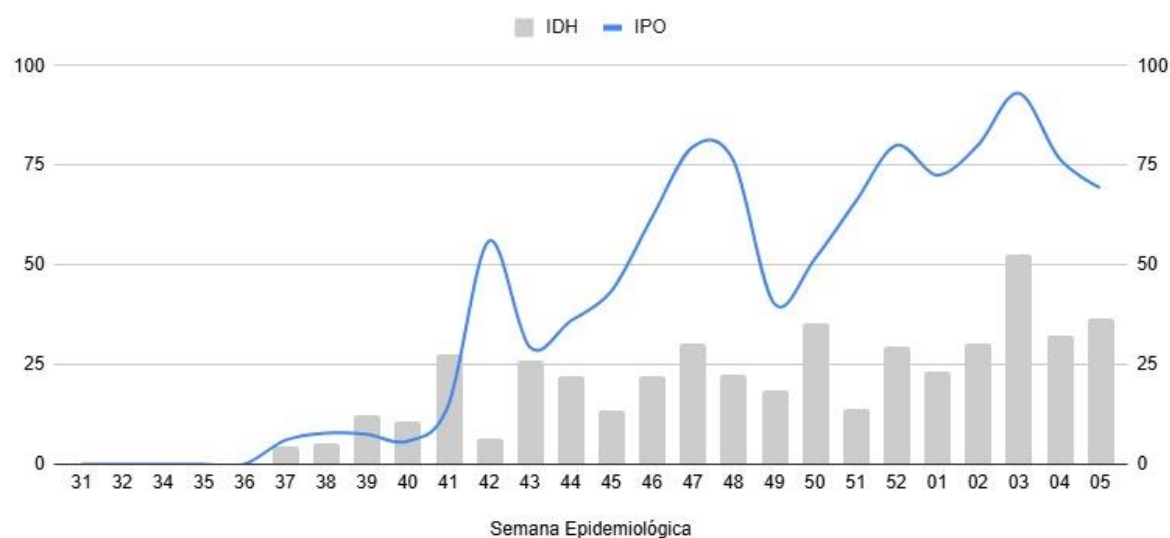


Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Al desagregar por región, se observa que la región NEA presentó SO positivos desde la SE 39, con un ascenso posterior sostenido hasta la SE 52 (Gráfico 2). Las tendencias oscilantes que se aprecian están relacionadas con las variaciones en las condiciones ambientales y las medidas de control aplicadas. A partir de la SE 01, se observa un descenso en los valores generales de la región, con tendencias particulares en cada jurisdicción vigilada. Para esta región se presentan los datos hasta la SE04.

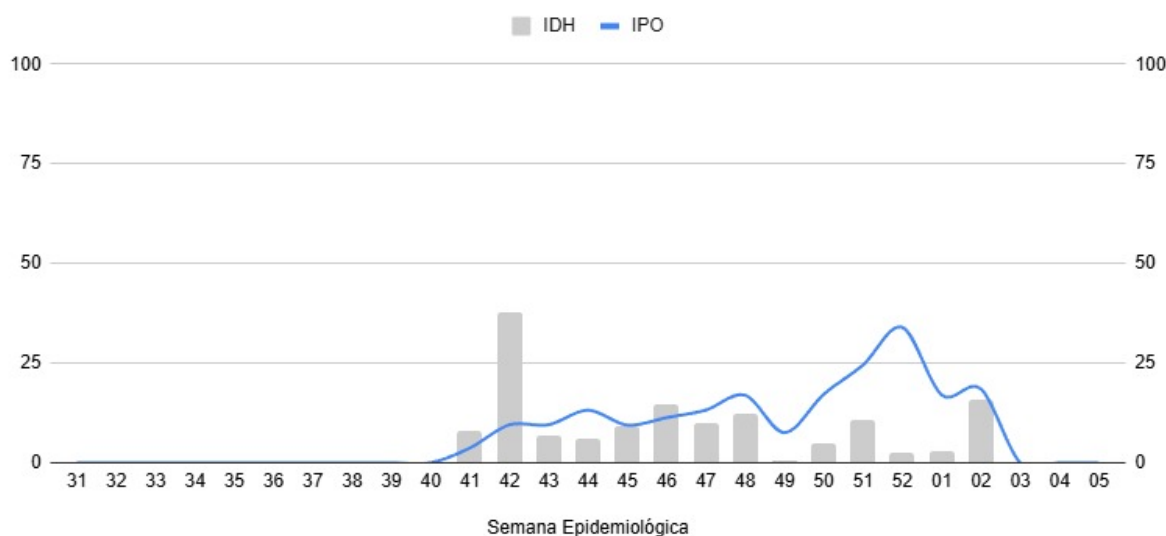
Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 04 (2025).

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 05 (2025).

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la RNVE

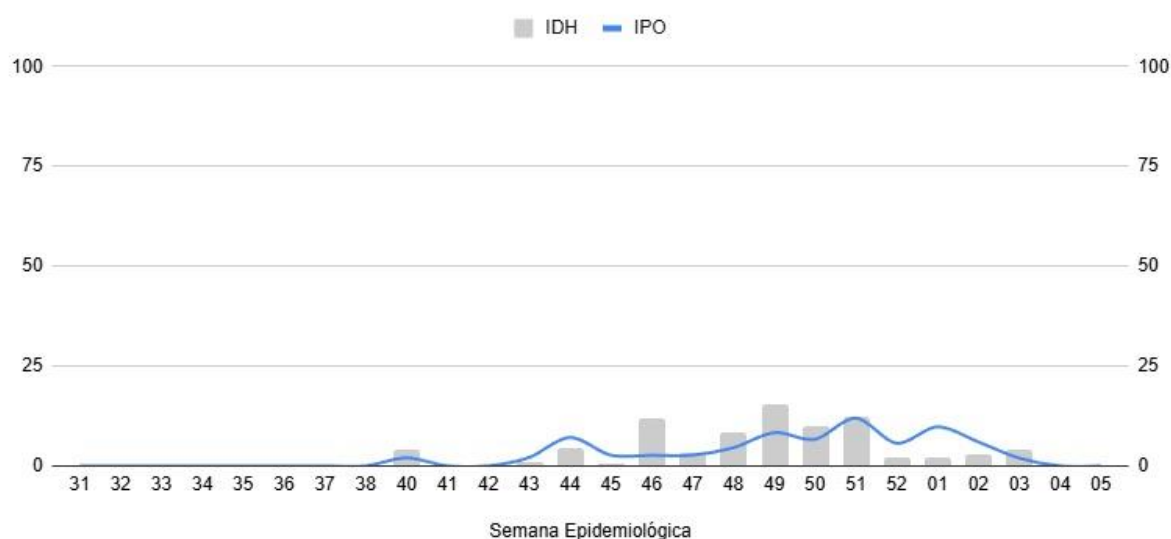
En el caso de la región NOA, el inicio de la positividad se detectó a partir de la SE 37 2024, con un ascenso oscilante a partir de la SE 42 (Gráfico 3). A partir de la SE 42, la región superó el riesgo entomológico medio y a partir de la SE 47 el riesgo alto. Actualmente, mantiene un riesgo entomológico alto.

Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 05 (2025).

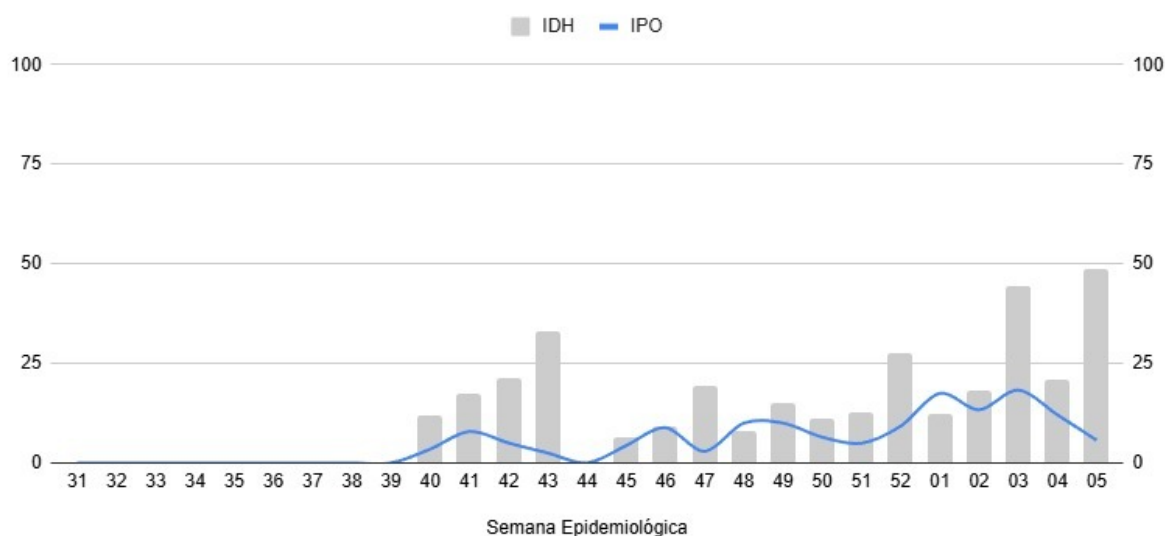
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región CENTRO, el inicio de la positividad se estableció a partir de la SE 41 (Gráfico 4), mostrando un ascenso del IPO con un patrón oscilante que depende de las intervenciones realizadas y de las condiciones climáticas. Los datos de dicha región no han superado hasta el momento los niveles correspondientes a riesgo entomológico moderado.

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

Gráfico 5. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 04 (2025).

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Gráfico 6. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 05 (2025).

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región SUR, se hallaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 6), aunque no en todas las jurisdicciones monitoreadas. La tendencia observada muestra un ascenso sostenido con intermitencias. Actualmente, se observa un nivel de riesgo entomológico bajo, aunque con diferencias marcadas entre las jurisdicciones monitoreadas.

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

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

VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

VI.1. Nota Metodológica

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

VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios¹⁷

Situación Regional: La actividad de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) ha mostrado un marcado incremento en América del Norte, asociado a la circulación de VRS e influenza. En el resto de las subregiones, se ha observado una tendencia general a la baja. En cuanto a la influenza, se ha registrado actividad epidémica en América del Norte y el Caribe, con un ligero descenso en las últimas semanas epidemiológicas (SE). La actividad del Virus Respiratorio Sincitial (VRS), tras haber alcanzado su pico en América del Norte, ha comenzado a descender, mientras que en el Caribe continúa en descenso. Finalmente, la actividad de SARS-CoV-2 sigue disminuyendo en la mayoría de las subregiones, excepto en Brasil y el Cono Sur, donde, tras un ligero aumento, se ha mantenido estable.

América del Norte: Los casos de ETI y las hospitalizaciones asociadas a virus respiratorios alcanzaron valores máximos en las últimas cuatro SE y han comenzado a descender. La mayoría de los casos positivos de ETI se asocian a influenza, mientras que los de IRAG y hospitalizaciones se vinculan tanto a influenza como a VRS. La actividad de influenza ha registrado niveles epidémicos en todos los países, y en Canadá y Estados Unidos se mantiene en ascenso. Durante este período, los virus de influenza predominantes han sido del tipo A(H3N2) y A(H1N1)pdm09. La actividad del VRS, tras alcanzar niveles similares a los máximos observados en temporadas previas, se mantiene en descenso. En contraste, la actividad de SARS-CoV-2 continúa en niveles bajos en comparación con olas anteriores.

Caribe: Los casos de ETI e IRAG han presentado en las últimas cuatro SE un ligero repunte, aunque con niveles inferiores a los de olas previas. La actividad de influenza ha mostrado un incremento en este mismo período, predominando el subtipo A(H1N1)pdm09. En cuanto al VRS, su actividad ha continuado en descenso. Asimismo, la actividad de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos.

Centroamérica: Se ha observado un descenso en la actividad de ETI e IRAG en las últimas cuatro SE. La actividad de influenza se mantiene en niveles bajos, por debajo del umbral epidémico en la mayoría de los países. Durante este período, los virus de influenza predominantes han sido del tipo A(H3N2), seguido de B/Victoria. La actividad del VRS y de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos.

¹⁷ 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: La actividad de ETI e IRAG se ha mantenido en niveles bajos en la mayoría de los países durante las últimas cuatro SE. La actividad de influenza se mantiene en niveles bajos. Durante este período, ha predominado la influenza B/Victoria, seguida de A(H3N2). La actividad del VRS permanece en niveles bajos. En cuanto a SARS-CoV-2, tras el marcado aumento en la positividad observado en semanas previas, se ha registrado un descenso en las últimas tres SE.

Brasil y Cono Sur: La actividad de ETI e IRAG se ha mantenido en niveles bajos durante las últimas cuatro SE. La actividad de influenza, tras un leve ascenso en SE previas, ha comenzado a descender. Durante este período, los virus de influenza predominantes han sido del tipo B/Victoria. La actividad del VRS continúa en niveles bajos, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 ha registrado un aumento, aunque sigue siendo inferior a los niveles máximos observados en olas previas.

VI.3. Síntesis de la información nacional destacada a la SE05/2025

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

- Entre la semana epidemiológica 1 y 4 de 2025 se notificaron 25.422 casos de ETI, 5.098 casos de Neumonía y 2.479 casos de Bronquiolititis en menores de dos años, representando un descenso de las notificaciones de ETI del 54,4%, de neumonías del 35,1% y de bronquiolititis 53,5%, respecto al mismo período del 2024.

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

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- Las notificaciones de influenza y VSR permanecen en valores bajos. En las SE4 y 5/2025 se notificaron 6 casos de influenza entre las 56 muestras estudiadas. Para VSR, no se registraron casos positivos entre las 56 muestras analizadas en las últimas dos semanas.
- En relación a SARS-CoV-2, luego del ascenso de casos registrado entre las SE 34 y SE44 de 2024, las detecciones en UMA se mantienen en valores bajos. En la SE5/2025 se registran 3 casos positivos para SARS COV 2 entre las 28 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE18 de 2024 y la SE5 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 6048 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3358 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.
- En lo que va de 2025, las notificaciones de IRAG permanecen en niveles bajos, con bajos niveles de detección de SARS-CoV-2, influenza y VSR.
- En las últimas 4 semanas, entre 130 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 1 codetección de influenza y VSR, 3 detecciones de influenza, 3 casos de SARS-CoV-2 y 4 casos de VSR.¹⁸

¹⁸ Se consideran IRAG estudiadas aquellos casos 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.

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

- En las primeras 4 semanas de 2025, aunque se registran casos de influenza, VSR y otros virus respiratorios, los niveles de detección permanecen bajos.
- Desde la SE29 de 2024 se presentó un ascenso de las detecciones semanales de SARS-CoV-2, aunque los casos permanecen en valores bajos, con el máximo registrado en SE44 (1000 casos) y tendencia descendente posterior.
- Durante la SE4/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, parainfluenza, adenovirus, VSR y metapneumovirus.

Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos

- En las primeras semanas del año 2025, las detecciones de influenza y VSR se mantienen en valores bajos. En la SE05/2025, se detectaron 6 casos de influenza y 1 caso de VSR en personas hospitalizadas
- Durante 2024, se notificaron 189 casos fallecidos con diagnóstico de influenza. En lo que va de 2025, se registran 3 fallecidos con este diagnóstico.
- Para SARS-CoV-2, luego del ascenso de casos registrado entre las SE34 y SE42, las detecciones permanecen en valores bajos. En la SE5/2025 se registraron 11 casos positivos internados con este diagnóstico. No se registraron personas fallecidas en la última SE.

VI.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

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

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios (UMA) son dispositivos de vigilancia centinela que permiten el monitoreo de la circulación de SARS-CoV-2, Influenza y VSR en casos leves ambulatorios. El objetivo de las UMA es describir la tendencia de las consultas ambulatorias por casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), así como la proporción atribuible a SARS-CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año en las 24 jurisdicciones del país.¹⁹

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

Durante el año 2024, el porcentaje de positividad para **SARS-CoV-2**, se mantuvo por encima del 10% entre las SE1 a 9, relacionado con el ascenso de casos registrado entre las SE1 y 12. Luego del máximo alcanzado en SE2 (33,19%), el porcentaje de positividad presentó tendencia descendente. Las siguientes semanas se mantuvo en valores bajos, con un nuevo ascenso en las últimas semanas del año permaneciendo, con oscilaciones, en valores por encima del 10% entre las SE44 y 49. En las primeras 5 semanas de 2025 en establecimientos UMA, se analizaron 348 muestras para SARS-CoV-2, de las que 25 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 7,18%. Además, en la última semana analizada,

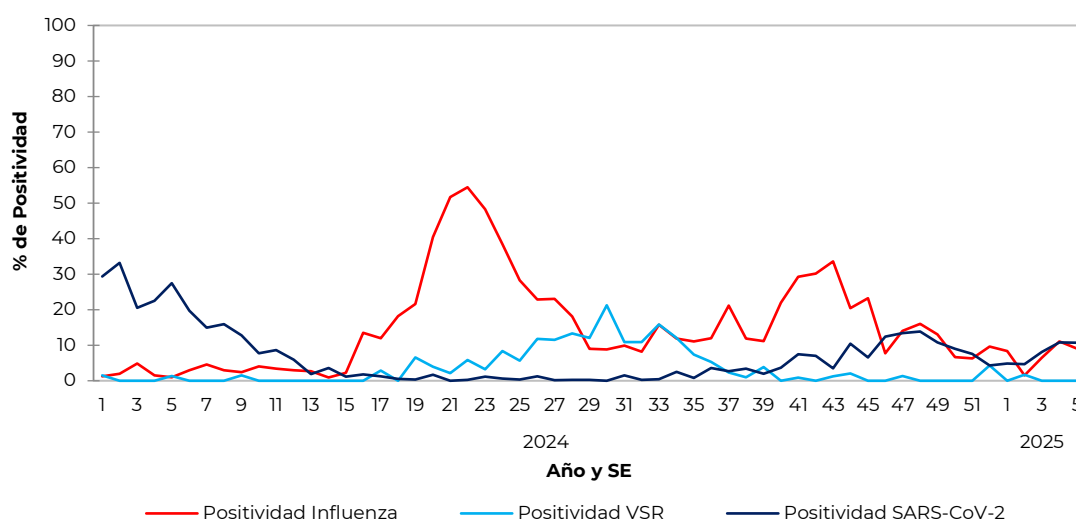
¹⁹ Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevenccion_y_control_ira-2024.pdf

SE5 del año 2025, se registraron 3 casos confirmados de SARS-COV-2 entre las 28 muestras estudiadas por PCR.

En relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16, superando el 50% en las SE 21 y 22, asociado al aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 (ver gráfico 2). Posteriormente, si bien presentó un descenso, permaneció en valores elevados con oscilaciones, asociados a la circulación de influenza B, con un valor máximo de 33,55% en SE43. En lo que va de 2025, se registraron 15 detecciones entre 230 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 6,52% y, en las últimas dos semanas, se detectaron 6 casos entre 56 muestras.

En cuanto a **VSR**, se verifica un ascenso de las detecciones a partir de la SE19 de 2024, con aproximadamente el 74% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. En relación a este ascenso de casos, la positividad en UMA permaneció por encima del 10% entre las SE 26 Y 34. Entre las SE1 y 5 de 2025, de las 209 muestras estudiadas, 1 resultó positiva, con un porcentaje de positividad acumulado de 0,48%. No se notificaron casos de VSR entre las 56 muestras estudiadas en las dos últimas semanas analizadas (SE4 y 5).

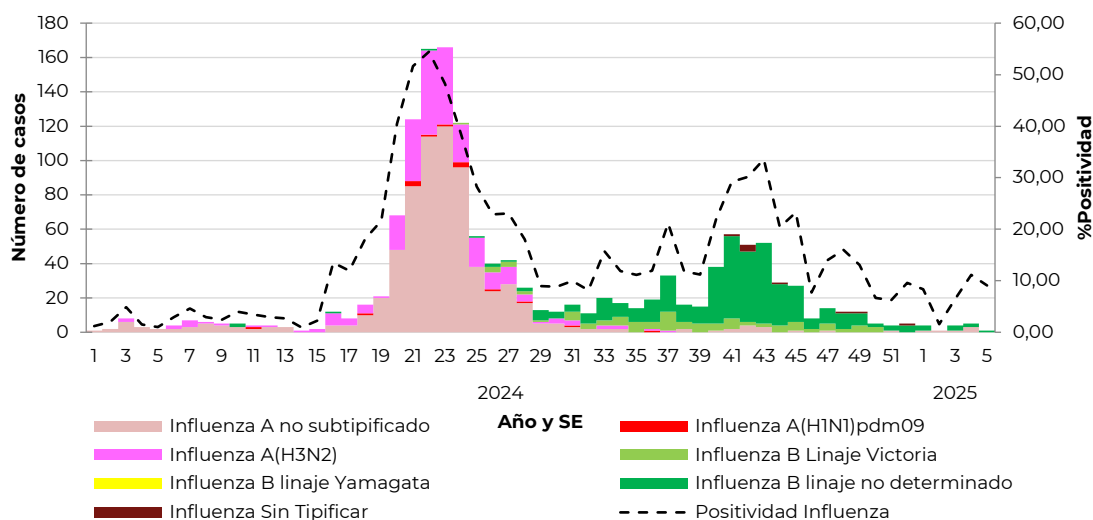
Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE5/2025



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

Aun cuando desde el inicio de 2024 se registraron casos de influenza durante todas las semanas del año, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24. Como se mencionó previamente, este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. En lo que va de 2025 se detectan casos tanto de influenza A (n=6) como influenza B (n=9).

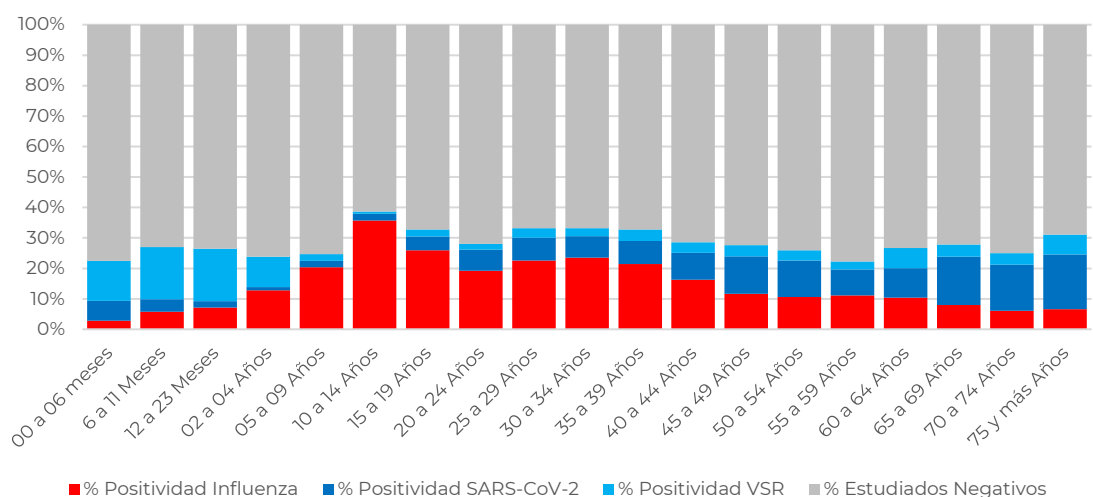
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE5/2025. Estrategia UMA. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS²⁰.

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

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE5/2025. Estrategia UMA. Argentina²⁰.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS²⁰.

²⁰ Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de ETI en UMA.

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

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la SE 5 de 2025, 39 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país.²¹

Definiciones de caso Vigentes:

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

- Fiebre referida o constatada $\geq 38^{\circ}\text{C}$; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico²².

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

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico²³.

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia²⁴ y shock²⁵ y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE18 de 2024 y la SE5 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 6048 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3358 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG²⁶.

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

²¹ Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guía Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

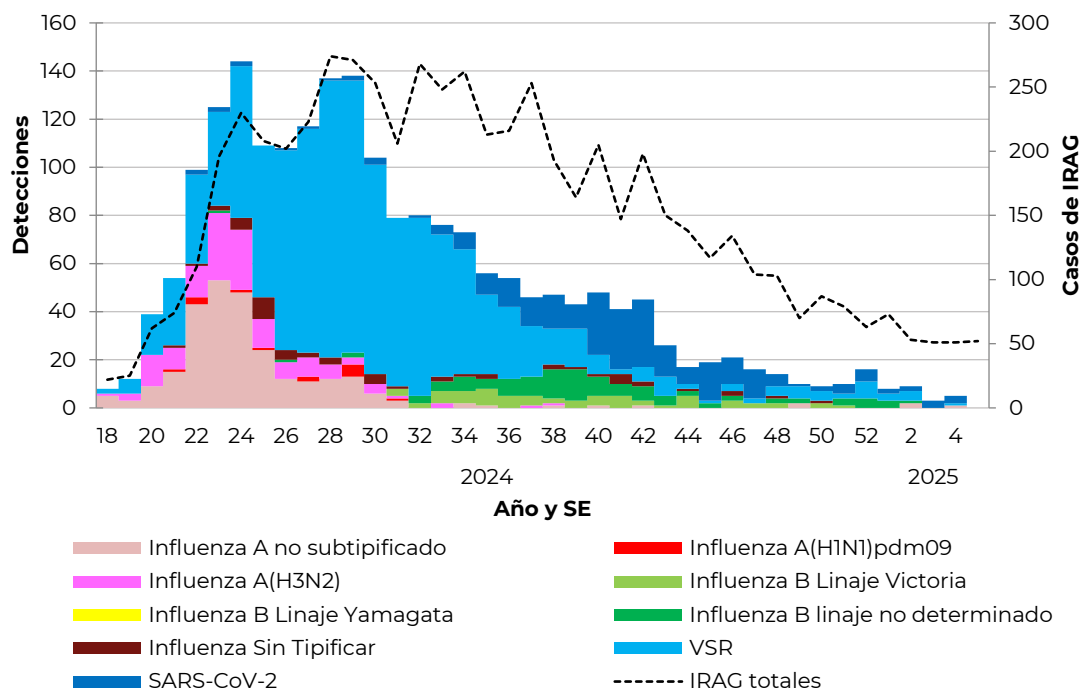
²² Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.

²³ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

²⁴ La fiebre se define como una temperatura $\geq 37,5$ C. La hipotermia se define como una temperatura

²⁵ El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.

²⁶ De acuerdo a la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

Gráfico 4: Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a 5/2025

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}

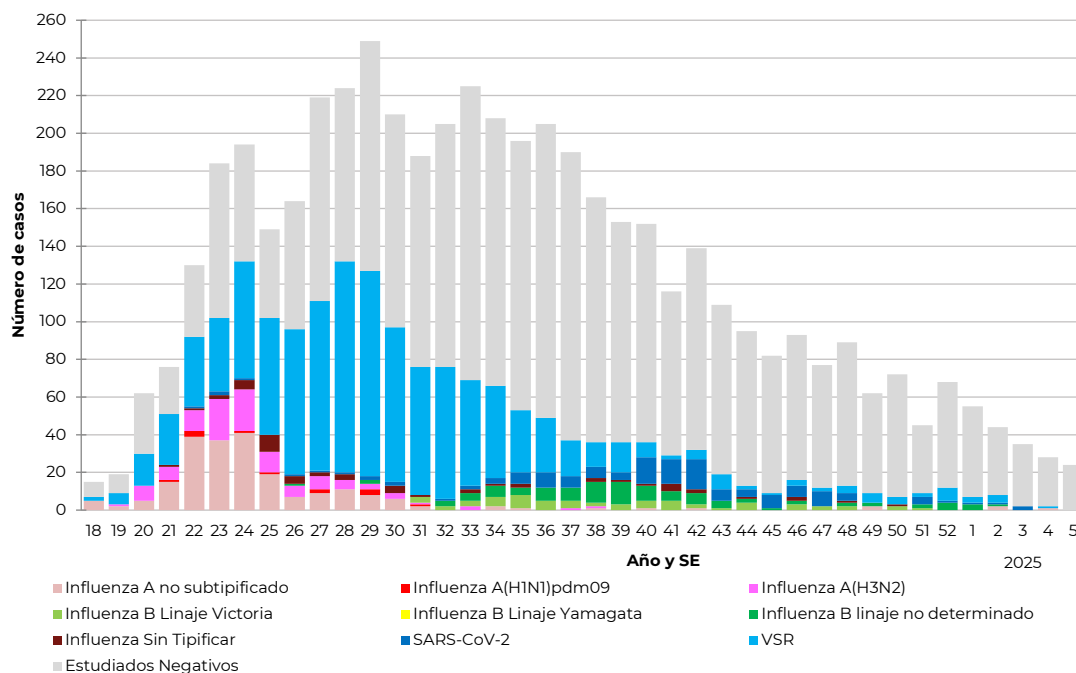
En relación a los casos de IRAG por **SARS-CoV-2**, si bien los casos se mantuvieron en niveles bajos desde SE18 de 2024, se registró un ligero ascenso desde SE35 de 2024, que alcanzó su máximo en SE 40 a 42 con descenso posterior.

Si bien se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todo el periodo, entre la SE18 y la SE26 se observó el ascenso estacional de influenza A/H3N2, que alcanzó sus valores máximos entre SE 22 y 24. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de SE32 un cambio en el tipo predominante, con un ascenso de casos de influenza B/linaje Victoria, que con el mayor número de casos detectados entre las SE 34 y 41. En lo que va de 2025, se registran casos de IRAG con detección tanto de influenza A como B.

En cuanto a IRAG con diagnóstico de **VSR**, desde SE18/2024 se registró tendencia ascendente tanto de casos como del porcentaje de positividad, que alcanzaron valores máximos en SE28/2024, con descenso posterior, permaneciendo estable y en valores bajos desde SE40/2024 hasta la actualidad.

En las últimas 4 semanas, entre 130 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 1 codetección de influenza y VSR, 3 detecciones de influenza, 3 casos de SARS-CoV-2 y 4 casos de VSR. Los restantes 119 casos resultaron negativos para estos agentes etiológicos.

Gráfico 5: Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR de acuerdo al resultado, por SE. SE18/2024 a 5/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina ²⁷.

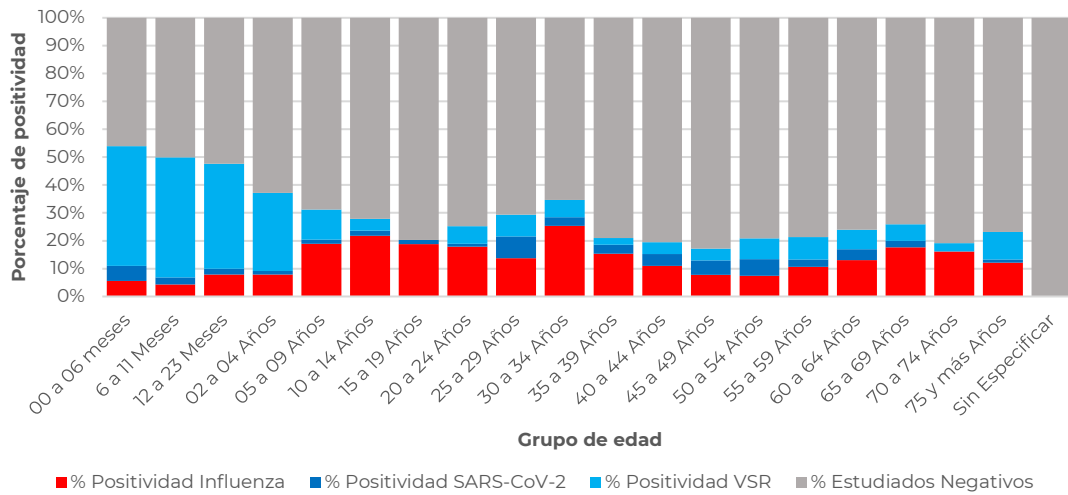


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

En relación a la distribución por grupos de edad, entre los casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados por técnica molecular desde SE18/2024, se registra la mayor positividad para influenza en los grupos de edad comprendidos entre 5 y 39 años (máximo entre 30 y 34 años) y en adultos mayores. Para SARS-CoV-2, el porcentaje de positividad fue más alto en adultos de edad media y niños menores de 1 año, particularmente menores de 6 meses. En relación a las IRAG por VSR, los porcentajes de positividad más elevados se registran en menores de 1 año, 1 año y 2 a 4 años.

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

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE18/2024 a 5/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina²⁸.



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}

²⁸ Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de de IRAG.

ACTUALIZACIÓN
PERIÓDICA DE
EVENTOS

VII. Vigilancia de Tuberculosis

VII.1. Situación epidemiológica al 2 de febrero

VII.1.A. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad prevenible y curable que es causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que se propaga cuando las personas enfermas de TB expulsan bacterias en el aire (por ejemplo, al toser). Se estima que aproximadamente una cuarta parte de la población mundial ha sido infectada con TB. Después de la infección, el riesgo de desarrollar la enfermedad de TB es más alto en los primeros 2 años (aproximadamente 5%), después de lo cual es mucho menor y algunas personas eliminarán también la infección. De la cantidad total de personas que desarrollan la enfermedad de TB cada año, alrededor del 90% son adultos, con más casos entre hombres que entre mujeres. La enfermedad generalmente afecta los pulmones (TB pulmonar), pero también puede afectar otros sitios.

Sin tratamiento, la tasa de mortalidad por la enfermedad de TB es alta (cerca del 50%). Con los tratamientos actualmente recomendados por la OMS (un curso de medicamentos anti-TB durante 4-6 meses), alrededor del 85% de las personas con TB pueden ser curadas. Se debe asegurar que todas las personas que necesitan tratamiento para la enfermedad o la infección de TB puedan acceder a estos.

Los estudios de impacto económicos sobre el porcentaje de hogares afectados por la tuberculosis que se enfrentan a costos catastróficos (más del 20% de los ingresos anuales del hogar) apuntan a que la mitad de los hogares afectados por la tuberculosis se enfrentan a tales costos catastróficos

El número de personas que adquieren la infección y desarrollan la enfermedad (y a su vez el número de muertes causadas por la TB) también puede reducirse mediante una acción multisectorial para abordar los determinantes de la TB como la pobreza, la desnutrición, la infección por VIH, el tabaquismo y la diabetes.

VII.1.B. METODOLOGÍA

El presente informe tiene por objetivo presentar una actualización de algunos aspectos de la notificación de casos de Tuberculosis (TB) en Argentina durante el año 2024. La información utilizada es resultante de la notificación de casos que se realiza a través del evento Tuberculosis del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), que permite el reporte individual de los casos por parte de los servicios de salud a lo largo de todo el país, de manera remota e inmediata. Para el presente documento se utilizó la información exportada el 02 de febrero de 2025 del SNVS 2.0, el cual contiene los casos registrados de 24 jurisdicciones del país para el año 2024.

Para la comparación anual de la notificación 2024 con el año 2023 se utilizó la base 2023 descargada el 05 de febrero de 2024 que permite, además de la comparación de la magnitud del problema, analizar la oportunidad de la carga de datos para cada año aproximadamente a la misma fecha. Esta información se utilizó para la comparación por jurisdicción de residencia y la notificación mensual de casos para ambos años.

Para el análisis contenido en este informe se utilizó el número total de caso de TB notificados en el SNVS 2.0 que incluyen los casos incidentes (Nuevos, Recaídas y Sin información de antecedentes de tratamiento) y los con tratamiento previo (Fracasos, Reingreso de pérdida

de seguimiento, Otros pacientes previamente tratados y Traslados). Solo para el análisis de tendencia se utilizaron los casos incidentes.

Para el análisis de las diferencias en la notificación de casos según grupos de edad, sexo y jurisdicción de residencia, se calcularon tasas específicas por 100.000 habitantes utilizando las estimaciones de población por grupos de edad y sexo, por jurisdicción de residencia, del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Para el análisis de la tendencia, se calculó el coeficiente de regresión lineal del logaritmo natural de la tasa de notificación y se expresó como Variación Anual Promedio Porcentual (VAP), el valor central y su intervalo de confianza del 95%.

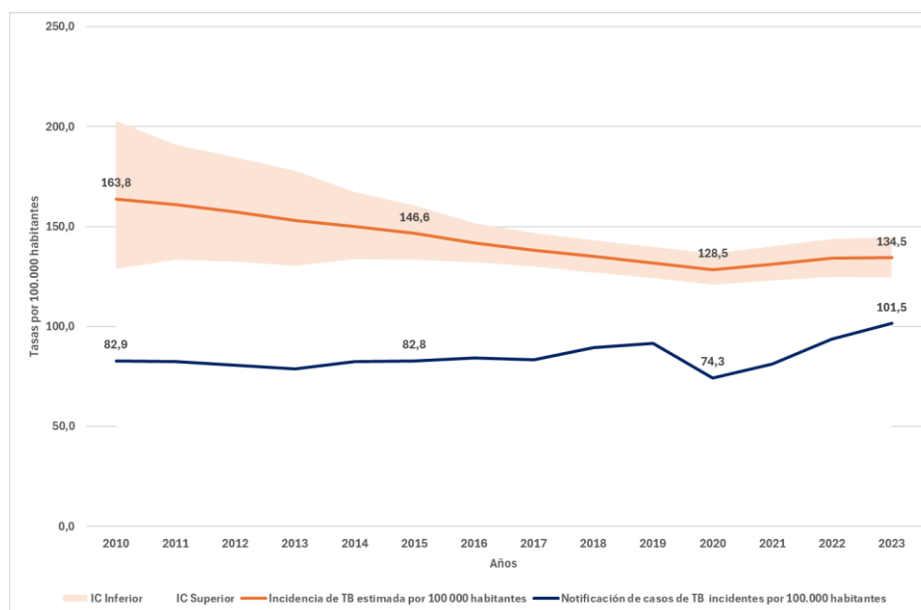
Los datos son provisionales y sujetos a cambios. Los totales mensuales/anuales pueden diferir de los reportados en los informes finales anuales.

La información que se expone a continuación se procesó y analizó en el Departamento Programas de Salud del INER “Dr. Emilio Coni”, responsable de la vigilancia de la TB en el país.

VII.1.C. SITUACIÓN MUNDIAL²⁹

En 2023, se estimó que 10,8 millones de personas (95% IC: 10,1-11,7 millones) enfermaron de tuberculosis (TB) en todo el mundo, de las cuales el 55% eran hombres, el 33% eran mujeres y el 12% eran niños y adolescentes jóvenes. Las personas que viven con el VIH representaron el 6,1% del total. La tasa de incidencia de TB (por 100 000 habitantes) se estima que ha aumentado un 4,6% entre 2020 y 2023, revirtiendo las disminuciones de alrededor del 2% por año entre 2010 y 2020 (Gráfico 1).

Gráfico 1. Tendencia global de la tasa de incidencia estimada de TB y tasa de notificación de casos TB nuevos y recaídas, 2010-2023.



Fuente: *Global Tuberculosis Report 2024. World Health Organization 2024.*
<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>.

²⁹ Global tuberculosis report 2024. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Ocho países representaron más de dos tercios de la carga de TB total: India, Indonesia, China, Filipinas, Pakistán, Nigeria, Bangladés y la República Democrática del Congo.

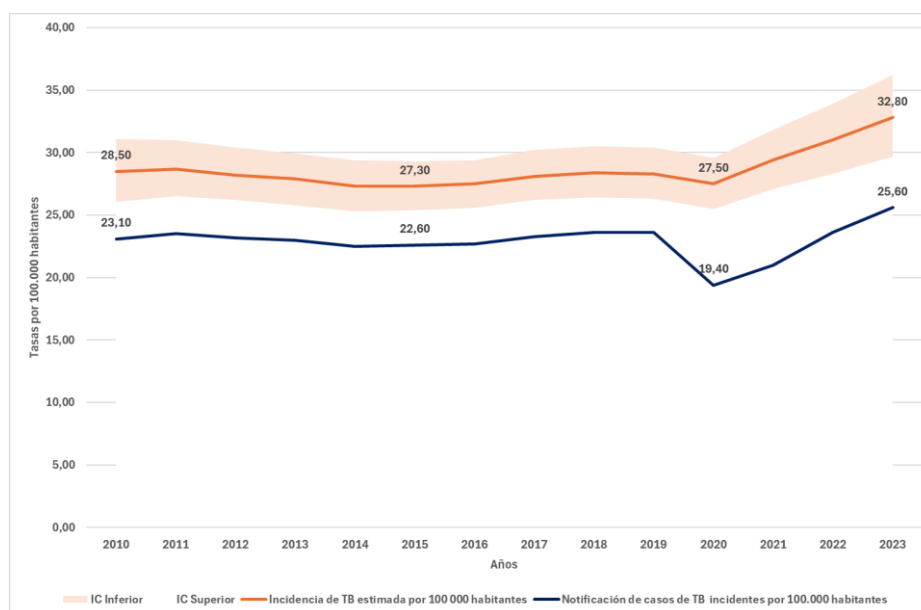
A nivel mundial, en 2023, la TB causó aproximadamente 1,25 millones de muertes (95% IC: 1,13-1,37 millones), incluidas 161 000 personas con VIH y, además, la TB volvió a ser la principal causa de muerte por enfermedades infecciosas en el mundo, superando al COVID-19. También fue la principal causa de muerte en personas con VIH y una causa importante de muertes relacionadas con la resistencia a los antimicrobianos.

Con relación a la notificación, en 2023, el número de personas recién diagnosticadas con TB en el mundo fue de 8,2 millones, superior a los 7,5 millones en 2022 y fue el número de casos más alto desde que la OMS inició la vigilancia mundial de la tuberculosis en 1995, por encima de la línea de base anterior a la COVID (2019) y muy encima de los niveles de 5,8 millones en 2020 y 6,4 millones en 2021. Los casos recién diagnosticados en 2022 y 2023 probablemente incluyeron una acumulación considerable de personas que desarrollaron TB en años anteriores, pero cuyo diagnóstico y tratamiento se retrasó por las interrupciones relacionadas con la COVID.

VII.1.D. REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

La OMS estimó un total de 342,000 (95% IC:309,000-376,000) casos de TB para los países de América, lo que significó un incremento de 6.6% en comparación con el año previo y al comparar con la tasa de 2015 (línea de base de la estrategia Fin a la TB), el incremento fue del 20% (Gráfico 2).

Gráfico 2. Tendencia de la tasa de incidencia estimada de TB y tasa de notificación de casos de TB nuevos y recaídas en la región de las Américas, 2010-2023.



Fuente: *Global Tuberculosis Report 2024. World Health Organization 2024.*
<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>.

El 80% de los casos se concentran en ocho países, con tasas que van entre los 58 y 173 casos por 100,000 habitantes: Brasil, Perú, México, Colombia, Haití, Argentina, el Estado Plurinacional de Bolivia y la República Bolivariana de Venezuela. Esta situación coexiste al mismo tiempo con otros diecisiete países y territorios, particularmente en la región de El Caribe, que tienen tasas de incidencia menores a 10 casos por 100,000 habitantes, lo que los

ubica dentro del grupo con baja incidencia, cerca de los umbrales para avanzar hacia la eliminación de la TB.

VII.1.E. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN ARGENTINA

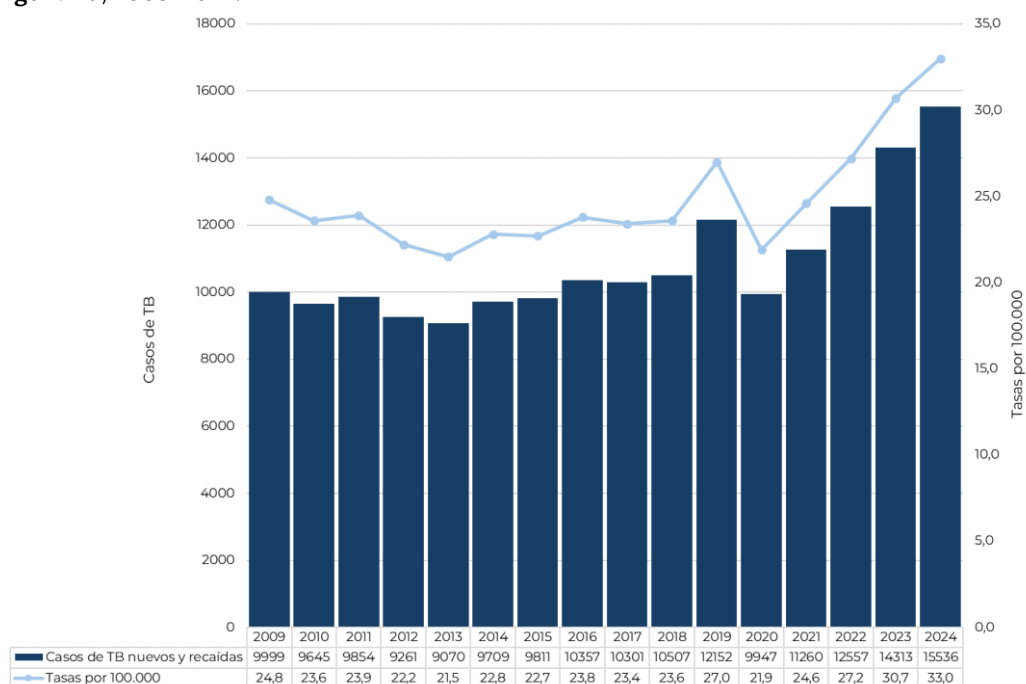
La información utilizada es resultante de la notificación de casos que se realiza a través del evento TB del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) que está vigente desde el año 2019, que permite el reporte individual de los casos por parte de los servicios de salud a lo largo de todo el país. Para el presente documento se utilizó la información exportada al 02 de febrero de 2025 del SNVS 2.0, el cual contiene los casos registrados de las 24 jurisdicciones del país para los años 2023 y 2024.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 52 de 2024 se registraron en el SNSV 2.0, 16.563 casos de TB, de estos 15.536 (93.8%) fueron casos incidentes (casos nuevos, recaídas o sin información de clasificación al inicio del tratamiento) y 1027 (6.2%) casos no nuevos (reingresos de pérdida de seguimiento, fracasos, traslados y otros). Dentro de los casos incidentes, los casos con clasificación Nuevo aportaron el 85.4% y dentro de los casos no nuevos, Pérdida del seguimiento recuperado fue la clasificación más frecuente, con el 59.9% de los mismos.

VII.1.F. TENDENCIA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS DE TB

La tendencia de la notificación de casos nuevos y recaídas mostró un aumento por cuarto año consecutivo en Argentina en 2024, siendo la primera vez desde 1980 que hay un aumento durante un período de cuatro años. Tras el descenso del 18,1% entre 2019 y 2020 debido a la pandemia de COVID-19, las tasas de notificación aumentaron hasta 2024 con una variación anual promedio del 11,0% (IC 95%: 9,5-12,5), representando el mayor número de casos, la tasa más alta y la velocidad de aumento más pronunciada en el período de 16 años analizado (Gráfico 3).

Gráfico 3. Tasas de notificación y número de casos de TB nuevos y recaídas hasta la semana 52. Argentina, 2009-2024.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

VII.1.G. COMPARACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE CASOS DE TB POR JURISDICCIÓN (2023-2024)

Al comparar la notificación de total de casos en 2024 con el mismo período de 2023, se observó un aumento de las notificaciones totales de TB del 11,5% para el total del país (tabla 1). En todas las regiones se observó un aumento de casos y tasas entre 2023 y 2024 y en solo 4 jurisdicciones hubo un descenso de casos entre ambos años, pero sin impacto sobre la magnitud de la región.

En la región centro el aumento fue de 13,6%, lo que representó 1477 casos de TB más en 2024, el mayor incremento dentro de la esta región se observó en CABA con el 26.7% de aumento entre ambos años. La región sur también registró un aumento superior al 13%, con un aporte de casos mucho menor (50 caso totales de TB), destacándose Tierra del Fuego con el mayor aumento observado entre las jurisdicciones que fue del 71,4%.

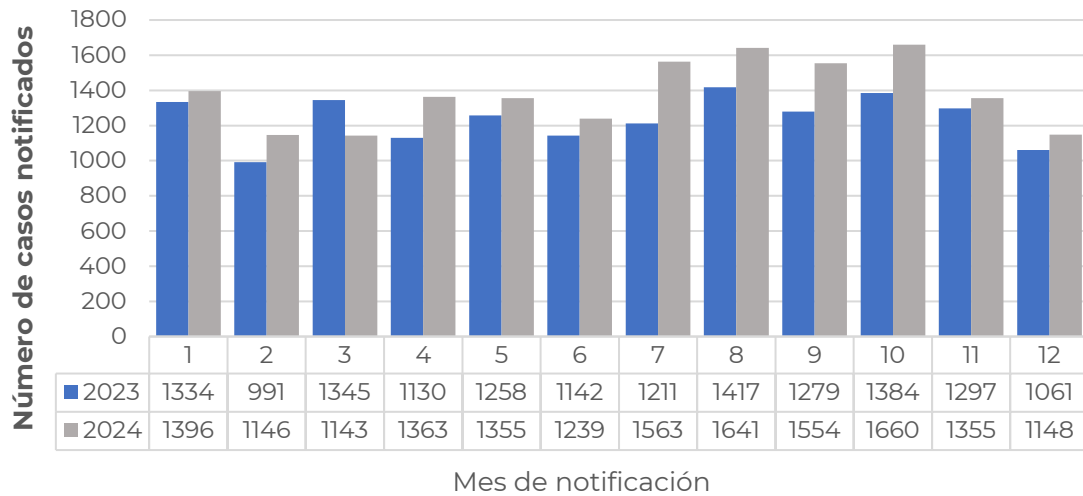
En ambos años los casos residentes en la provincia de Buenos Aires y CABA, representan más del 60% del total de casos de TB del país. Las 5 provincias con tasas de notificación más altas registradas en 2024 fueron, en orden de frecuencia, Jujuy, Salta, CABA, Provincia de Buenos Aires y Formosa que, junto con Chaco, superaron 45 casos totales de TB por 100.000 habitantes; 10 puntos porcentuales superior al promedio nacional. En el otro extremo, Catamarca, registró la tasa más baja, que fue de 5,1 por 100.000 habitantes.

Tabla 1. Notificación de casos de TB totales por jurisdicción de residencia hasta la semana 52. Argentina, 2023-2024.

Jurisdicción	2023		2024		Variación porcentual de los casos
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	
Buenos Aires	7882	43,7	8797	48,3	11,60%
CABA	1426	46,2	1810	58,7	26,90%
Córdoba	520	13,4	608	15,6	16,90%
Entre Ríos	263	18,5	298	20,8	13,30%
Santa Fe	809	22,4	864	23,7	6,80%
Total Centro	10900	36,3	12377	40,9	13,60%
Mendoza	165	8,1	151	7,3	-8,50%
San Juan	58	7,2	70	8,6	20,70%
San Luis	31	5,9	43	8,1	38,70%
Total Cuyo	254	7,5	264	7,7	3,90%
Chaco	558	45	579	46,3	3,80%
Corrientes	259	22,5	280	24,2	8,10%
Formosa	278	44,9	301	48,3	8,30%
Misiones	221	17	244	18,6	10,40%
Total NEA	1316	30,5	1404	32,3	6,70%
Catamarca	36	8,5	22	5,1	-38,90%
Jujuy	471	59,2	534	66,5	13,40%
La Rioja	30	7,3	31	7,5	3,30%
Salta	881	59,7	948	63,5	7,60%
Sgo. del Estero	92	9,1	91	8,9	-1,10%
Tucumán	288	16,4	362	20,4	25,70%
Total NOA	1798	30,6	1988	33,5	10,60%
Chubut	137	21,1	111	16,8	-19,00%
La Pampa	36	9,8	52	14,1	44,40%
Neuquén	54	7,8	74	10,6	37,00%
Río Negro	82	10,6	96	12,2	17,10%
Santa Cruz	49	12,5	60	14,9	22,40%
T. del Fuego	21	11,3	36	18,9	71,40%
Total SUR	379	12,4	429	13,8	13,20%
Sin info	202		101		
Total	14849	31,8	16563	35,2	11,50%

Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

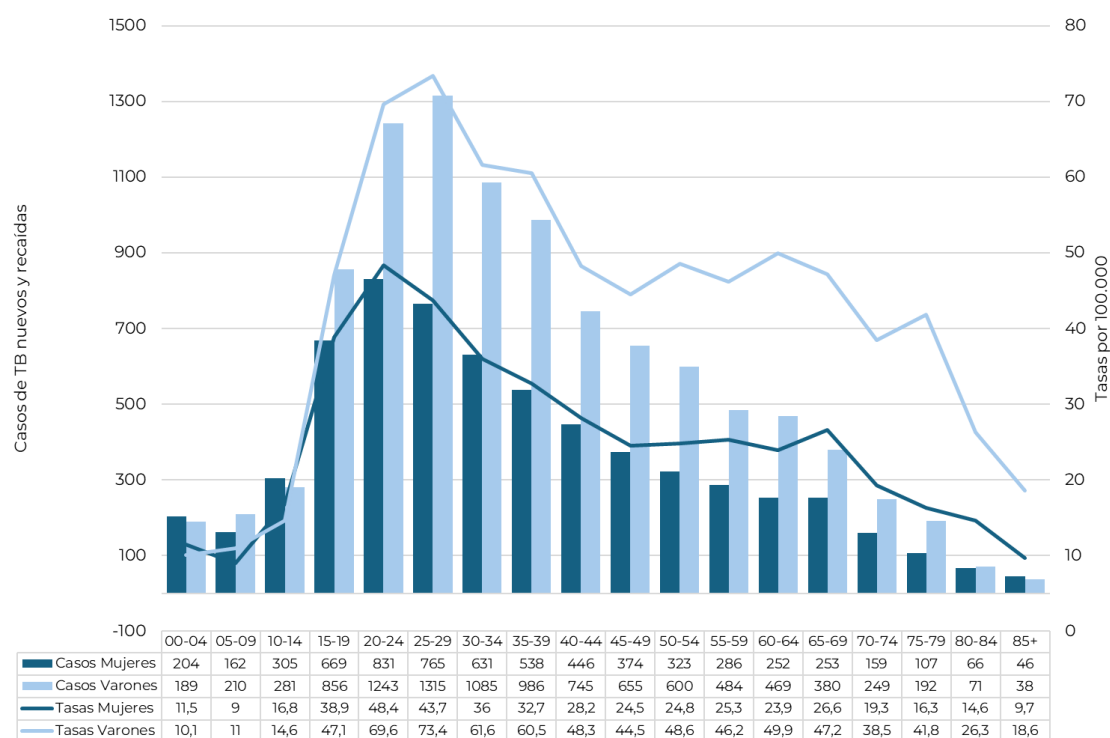
En todos los meses de 2024, excepto el de marzo, se notificó un mayor número de casos de TB que en el mismo mes del año anterior. Las mayores diferencias entre años se observaron, en orden de frecuencia, en los meses de julio (29,9%), abril (22,2%), setiembre (22,2%) y octubre (21,1%) (Gráfico 4).

Gráfico 4. Notificación de casos de TB totales por mes de notificación hasta la semana 52. Argentina, 2023-2024.

Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

VII.1.H. DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR EDAD Y SEXO

El 61,0% de los casos notificados en 2024 fueron varones y solo en los grupos de edad de 00-04, 10-14 y mayores de 85 años se notificó un mayor número de casos en mujeres. El 61,4% de los casos se distribuyeron en la población joven de 15 a 44 años y se registraron 1.363 casos en menores de 15, representando el 8,2% del total de casos de TB reportados. La mayor notificación de casos de TB se observó en el grupo de 25 a 29 años, con una tasa promedio para ambos sexos superior a 55 por 100.000 habitantes (Gráfico 5).

Gráfico 5. Tasas de notificación y número de casos totales de TB por grupos de edad y sexo hasta la semana 52. Argentina, 2024.

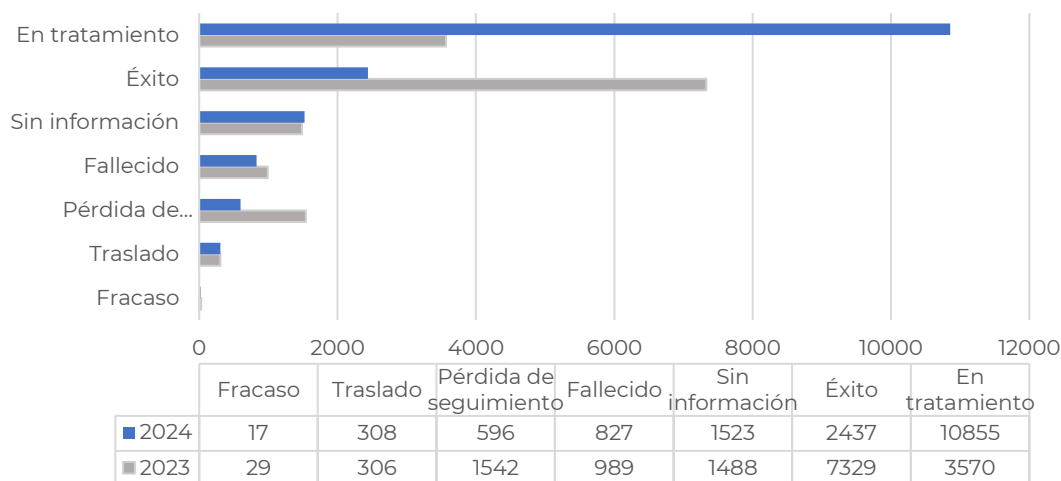
Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

VII.1.I. CONDICIÓN DE TRATAMIENTO

El tratamiento anti-TB es la base de todo programa de lucha antituberculosa. No solo brinda beneficios al paciente, evitando su sufrimiento y muerte, sino que además permite interrumpir la transmisión de la enfermedad en la comunidad. El tratamiento específico, consiste en regímenes estandarizados de quimioterapia antituberculosa.

Para poder conocer el impacto de las intervenciones, es fundamental disponer de un registro adecuado que permita la consolidación y transferencia de datos sobre cada paciente con TB. Además, el sistema de información permite que desde el inicio del tratamiento se registre la situación del tratamiento del paciente; por lo tanto, todos los casos tendrían que estar incluidos en alguna categoría de esa variable.

Para los casos notificados en 2023 al 02-02-2025, que ya tienen más de 12 meses desde el inicio del tratamiento, el 9,8% (1488 casos) no tienen registrada información sobre su situación del tratamiento y 23,4% (3.570 casos) figuran aún en el sistema como en tratamiento. En 2024, los casos sin información de la condición de tratamiento se redujeron a 9,2% de los casos notificados. El alto porcentaje de casos en tratamiento en 2024 se relaciona con que muchos de los casos notificados ese año aún están dentro del período de duración de los distintos esquemas de tratamiento (Gráfico 6).

Gráfico 6. Resultado de la evaluación del tratamiento de los casos de TB totales hasta la semana 52. Argentina, 2023 y 2024.

Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

VII.1.J. CONCLUSIONES

A partir de la información analizada se observa que se mantiene para 2024 una tendencia creciente en la notificación de casos desde 2020, luego del impacto de la pandemia COVID-19, con una velocidad de más del 10% anual, lo que indica una situación de alarma con relación a la carga de TB en el país. Si bien la distribución geográfica es heterogénea, entre las jurisdicciones con mayor tasa de notificación se encuentran grandes conglomerados urbanos y que además presenta una proporción alta de casos en personas jóvenes lo que conforma una situación de transmisión continua de la enfermedad en la comunidad. Esto requiere implementar estrategias focalizadas de intervención en escenarios atravesados por fuertes desigualdades.

La vigilancia es crucial para seguir las acciones de control, medir su impacto y ajustar las estrategias si es necesario. Actualmente se ha implementado un seguimiento de la calidad de los datos, priorizando inicialmente las variables relacionadas con el tratamiento. Este seguimiento tiene el objetivo de asegurar que todos los casos diagnosticados iniciaron el tratamiento; pero, tiene también un objetivo más amplio, que es lograr un registro que permita un monitoreo y evaluación real de la situación de la TB en el país.

VIII. Vigilancia Fibrosis Quística

VIII.1. Situación epidemiológica al 5 de febrero

VIII.1.A. INTRODUCCIÓN

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética en la que las mutaciones en el gen que codifica para la proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la FQ dan lugar a una enfermedad multisistémica dominada por manifestaciones digestivas y respiratorias³⁰. A mediados del siglo XX, la fibrosis quística causaba la muerte en los primeros años de vida. En las últimas décadas, los avances en el tratamiento de la enfermedad, que incluyen el cribado neonatal sistemático, la atención multidisciplinaria de la FQ sintomática, el trasplante de pulmón y, más recientemente, los moduladores reguladores de la conductancia transmembrana de la FQ altamente eficaces, han transformado notablemente el pronóstico de las personas con FQ.

En Argentina, la fibrosis quística fue incluida entre las enfermedades contempladas en la Ley Nacional 26279, Régimen para la detección y posterior tratamiento de determinadas patologías en el recién nacido, sancionada en 2007. En 2020, la Ley Nacional 27552, lucha contra la enfermedad de fibrosis quística de páncreas o mucoviscidosis, incorporó “la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico, tratamiento, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también la educación de la población”.

La ley 27552, estableció con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones que sean indicadas por los médicos profesionales, incluyendo los moduladores; y, la elaboración de un registro estadístico unificado de las personas con fibrosis quística. El Ministerio de Salud de la Nación, autoridad de aplicación de la ley, estableció los datos mínimos del REGISTRO NACIONAL DE FIBROSIS QUÍSTICA y que la inclusión en el Registro será requerida para la cobertura pública definida para la patología en el programa nacional de enfermedades poco frecuentes.

El Registro Nacional de Fibrosis Quística (ReNaFQ) se elaboró sobre la base del registro existente en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Emilio Coni” de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Carlos G. Malbrán, que se había elaborado en conjunto con la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) en el marco de un convenio entre ambas instituciones y que ya estaba en funcionamiento desde 2012. La actualización del registro original se hizo en coordinación con el programa nacional de enfermedades poco frecuentes del Ministerio de Salud de la Nación y con la participación del Consejo Asesor para el Abordaje de Fibrosis Quística (CAPAFIQ), creado por la resolución 2957 del Ministerio de Salud de la Nación.

El ReNaFQ es coordinado en conjunto entre el INER “Emilio Coni” de la ANLIS “Carlos G. Malbrán” y el programa nacional de enfermedades poco frecuentes y es el registro oficial establecido por el decreto reglamentario de la Ley Nacional 27552 para el seguimiento de la fibrosis quística en el país y para acceder a la cobertura establecida en dicha ley. El ReNaFQ está vinculado con el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y la carga de las

³⁰ Pierre-Régis Burgel, Espérie Burnet, Lucile Regard, Clémence Martin, The Changing Epidemiology of Cystic Fibrosis: The Implications for Adult Care, Chest, Volume 163, Issue 1, 2023, Pages 89-99, ISSN 0012-3692, <https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.07.004>.

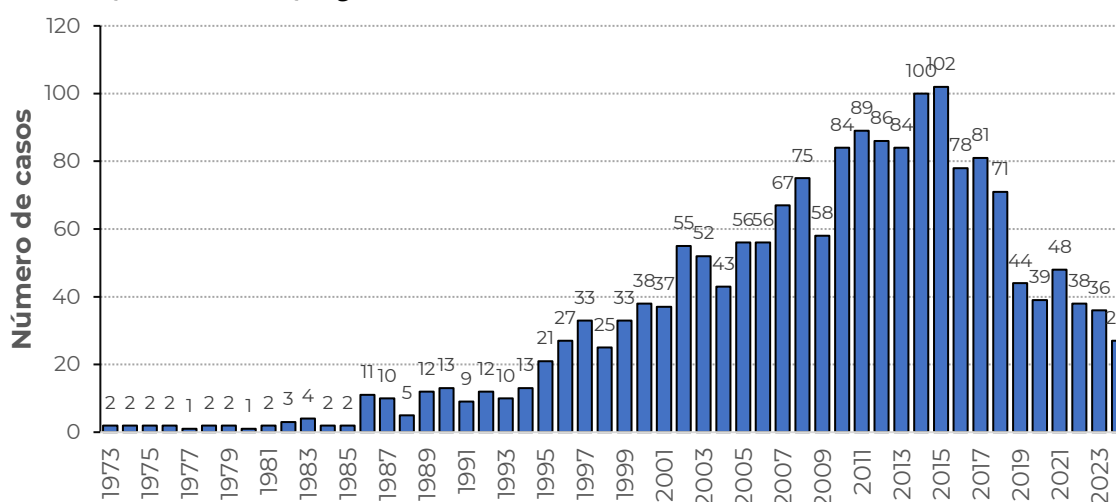
personas con fibrosis quística en el ReNaFQ realiza automáticamente la notificación a ese sistema.

El INER “Emilio Coni” elabora un resumen de un conjunto de datos del ReNaFQ, así como un reporte mensual que es remitido a todos los usuarios; y, que puede ser consultado en el sitio <https://inerconi.anlis.gob.ar/shiny/Reporte-renafq>

VIII.1.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

En 2024 se notificaron 27 casos de fibrosis quística al Registro Nacional de Fibrosis Quística (ReNaFQ) con diagnóstico ese año, hasta el 5 de febrero de 2025. En total, hay registradas 1865 personas con fibrosis quística en el ReNaFQ; y, los casos registrados con diagnóstico en 2024 son inferiores a los de los años anteriores, similares a los que se registraron con diagnóstico en 1998 o en 1995.

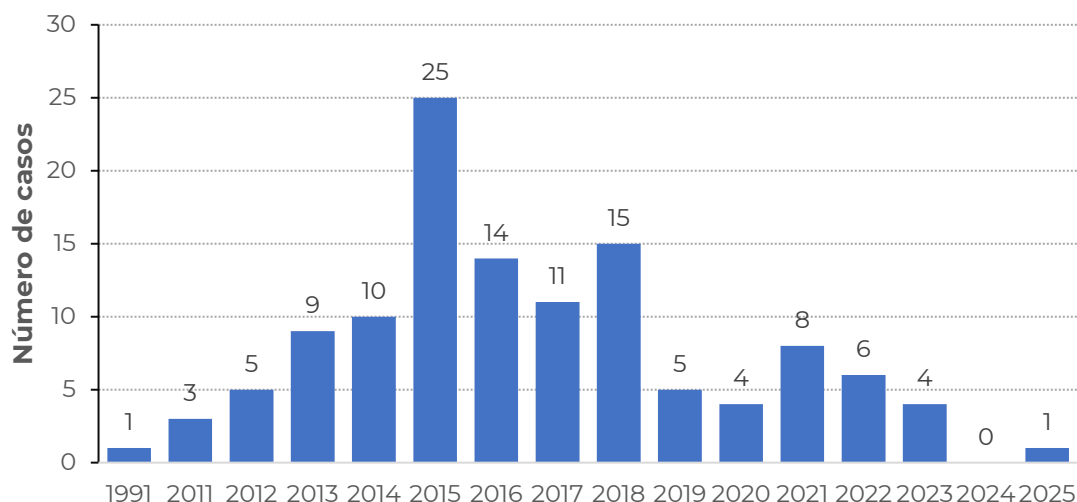
Gráfico 1. Casos de fibrosis quística por año de diagnóstico al 05/02/2025. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Emilio Coni”, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Carlos G. Malbrán”, Ministerio de Salud de la Nación.

Del total de los casos notificados, 1059 (59,7%) fueron diagnosticados hasta los seis meses de edad; y, el 78,3% se diagnosticó antes de los 5 años: 1461 casos.

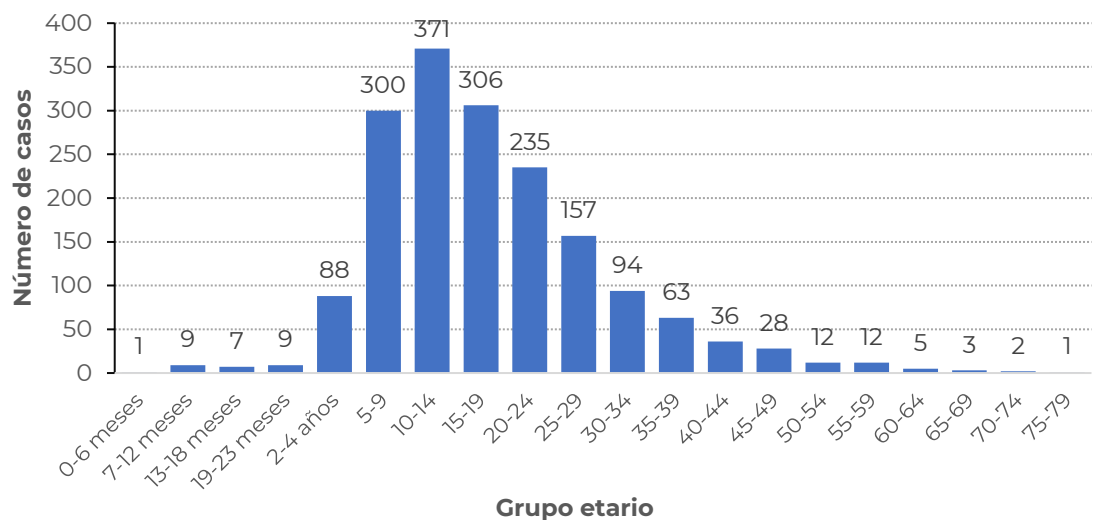
Hasta el 05/02/2025 se registró una muerte en 2025; no se registraron muertes en 2024; y hay cuatro muertes registradas en 2023. Entre todos los casos registrados en el ReNaFQ, 126 tienen registro de haber fallecido.

Gráfico 2. Casos de fibrosis quística fallecidos por año al 05/02/2025. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina.

Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

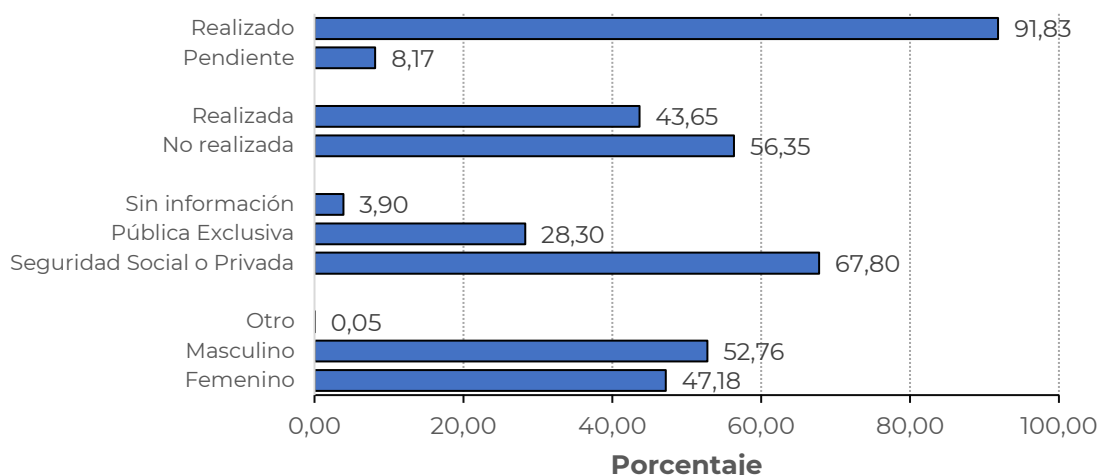
El promedio de muertes registrado entre 2020 y 2024 fue 4,4, una cifra 68,6% más baja que la del promedio de los cinco años anteriores (2015-2019), que fue 14,0.

Del total de 1736 casos de fibrosis quística sin registro de haber fallecido, 76,2% (1323 casos) tienen menos de 25 años; y, 2,0% (35 casos) tienen 50 años o más.

Gráfico 3. Casos de fibrosis quística por edad actual al 05/02/2025. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina.

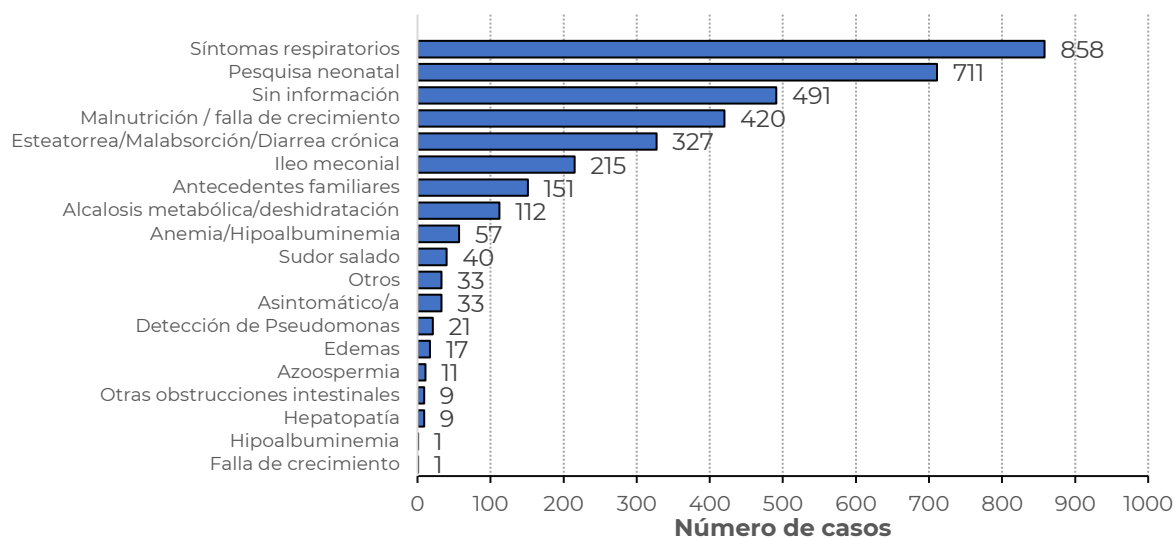
Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

Del total de casos registrados, el sexo masculino representa el 52,8% (984 casos); 28,3% (426 casos) cuenta con cobertura pública exclusiva; 56,4% (1051 casos) no tienen registrada información sobre la pesquisa neonatal y 8,2% (142 casos) tienen pendiente el estudio genético.

Gráfico 4. Casos de fibrosis quística por sexo, cobertura de salud, según pesquisa neonatal y según estudio genético al 05/02/2025. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina.

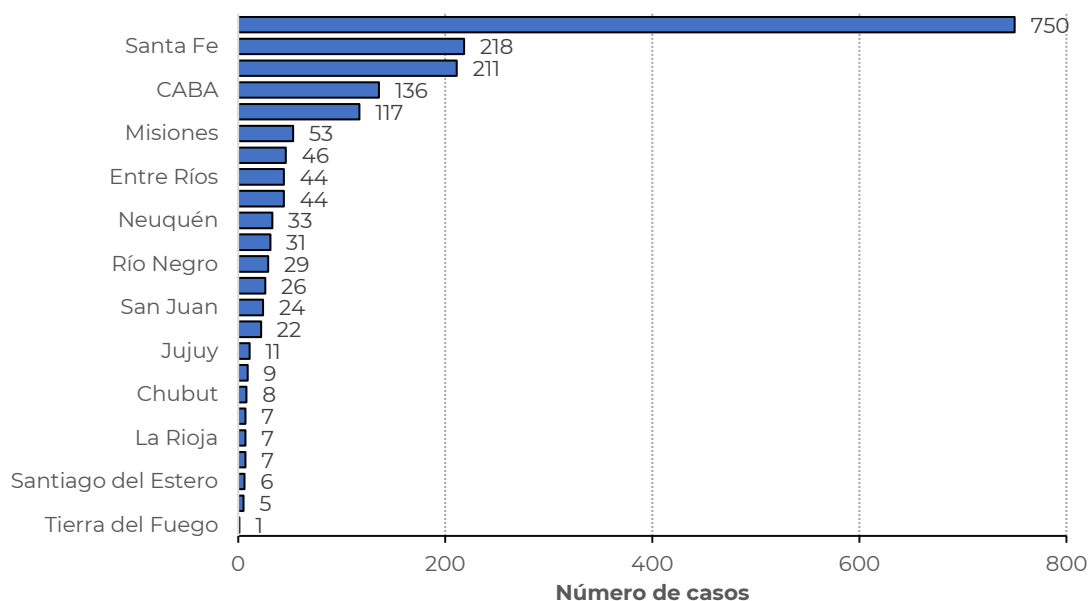
Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

El signo que se registró con mayor frecuencia como motivo de sospecha diagnóstica fueron los síntomas respiratorios: 858 casos (46,0%); seguido de la pesquisa neonatal: 711 casos (38.1%).

Gráfico 5. Casos de fibrosis quística por motivos de sospecha al diagnóstico al 05/02/2025. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina.

Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

Los casos de fibrosis quística se registraron en todas las jurisdicciones; pero, se concentraron principalmente en seis de ellas: Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba, CABA, Mendoza y Misiones; en las que reside el 80,5% de los casos registrados: 1485 de los 1845 casos con registro de la provincia de residencia. Estas seis jurisdicciones concentraron el 60,2% de la población del total del país en 2024 y registraron el 65,3% de los nacidos vivos de 2023.

Gráfico 6. Casos de fibrosis quística por jurisdicción de residencia al 05/02/2025. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina.

Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

Los 27 casos registrados en 2024 correspondieron a 12 de las veinticuatro jurisdicciones del país, dos menos de las que tuvieron registro de casos en 2023 y una menos que en 2022. En el último período de cinco años (2020-2024) hubo seis jurisdicciones que no tuvieron ningún caso registrado: Formosa, La Pampa, La Rioja, Río Negro, Santiago del Estero y Tierra del Fuego.

Tabla 2. Casos de fibrosis quística por jurisdicción de residencia y año de diagnóstico, al 05/02/2025. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina.

Provincia de residencia	Año de diagnóstico				
	2020	2021	2022	2023	2024
Buenos Aires	11	15	7	10	5
CABA	1	2	3	2	1
Catamarca	1	0	0	1	1
Córdoba	4	7	4	2	6
Chaco	2	1	1	0	1
Chubut	0	1	0	0	0
Corrientes	0	0	1	2	1
Entre Ríos	1	1	3	1	0
Formosa	0	0	0	0	0
Jujuy	1	0	0	1	0
La Pampa	0	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0
Mendoza	2	2	2	3	1
Misiones	3	3	1	3	0
Neuquén	0	3	0	1	0
Río Negro	0	0	0	0	0
Salta	1	5	2	0	2
Santa Fe	5	5	10	5	3
Santiago del Estero	0	0	0	0	0
San Juan	2	0	1	2	1
San Luis	0	3	1	1	0
Santa Cruz	0	0	0	0	1
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0
Tucumán	5	0	2	2	4
Total	39	48	38	36	27

Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

Del total de 1739 casos sin registro de haber fallecido, 13.8% (240 casos) no tienen registrado ningún seguimiento desde que fueron notificados (está contemplada la carga de por lo menos un seguimiento anual en el ReNaFQ). El total de seguimientos registrados desde 2008 hasta el 05/02/2025 fue 3759, que se realizaron a 1604 casos de fibrosis quística, incluyendo casos actualmente fallecidos.

En 2025 ya se registraron 101 seguimientos a 98 casos; y, en 2024, se registraron 1052 seguimientos a 541 casos. En 2024, los seguimientos fueron 6,6 veces más que en el promedio del período 2008-2022.

IX. Hepatitis A - Informe epidemiológico. 2019-2024

IX.1. Introducción

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

A diferencia de las hepatitis B y C, la hepatitis A no evoluciona hacia la enfermedad hepática crónica. Sin embargo, puede generar síntomas incapacitantes y, en casos raros, provocar hepatitis fulminante (insuficiencia hepática aguda), una condición potencialmente mortal. En Argentina, antes de la introducción de la vacunación sistemática, la hepatitis A fue la principal causa de insuficiencia hepática fulminante en niños menores de 10 años, requiriendo en algunos casos trasplante hepático, con el último registrado en 2007.

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

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

Este informe analiza la situación epidemiológica de la hepatitis A en Argentina, resaltando la importancia de fortalecer las estrategias de prevención, control y eliminación de la enfermedad. El objetivo principal es caracterizar el patrón de notificación de casos registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) durante el período 2019-2024.

IX.1.A. MODALIDAD DE VIGILANCIA Y NOTA METODOLÓGICA

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

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

Con la actualización de las normas y procedimientos de vigilancia y control de Eventos de Notificación Obligatoria en el año 2022, cambió la modalidad de notificación de la hepatitis

A. Previamente se notificaba ante el caso sospechoso de hepatitis viral³¹. Actualmente la notificación se hace de forma inmediata ante caso positivo con identificación del agente. Se encuentran vigente las siguientes definiciones de caso:

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

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

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

IX.2. Situación de Hepatitis A en Argentina

IX.2.A. CARACTERIZACIÓN A PARTIR DE LA NOTIFICACIÓN NOMINAL. 2019-2024

Entre los años 2019 y 2024, se notificó al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud un total de 787 casos de hepatitis A, de los cuales 225 cumplen los criterios de caso confirmado. La región Centro se destaca por registrar la mayor cantidad de casos en 2024 con un pico de 46 casos, seguido en 2022 con 42. Las regiones del NOA, Cuyo y Sur presentan un patrón similar, con un aumento en la notificación de casos durante el último año. En cambio, la región del NEA muestra una baja constante en la cantidad de casos a lo largo del período estudiado. A nivel nacional, la tendencia general es ascendente, con un notable incremento en 2024.

³¹ Toda persona que presente ictericia o elevación de las transaminasas a más de 2,5 veces el valor normal no atribuible a otras causas, y al menos uno de los siguientes síntomas: malestar general, dolores musculares o articulares, astenia, hiporexia, náuseas, vómitos o fiebre.

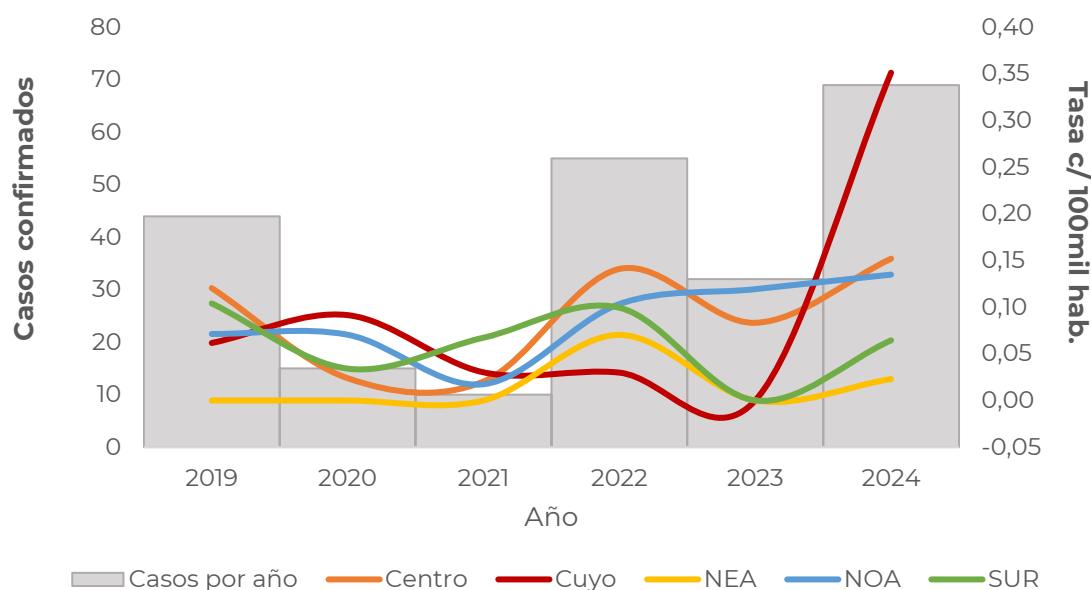
Tabla 1. Casos de hepatitis A, según jurisdicción, región y año. Argentina, 2019-2024 (n=225).

Jurisdicción	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Buenos Aires	9	0	1	15	13	11
CABA	14	4	2	13	5	24
Córdoba	11	1	3	10	3	5
Entre Ríos	0	0	0	0	0	1
Santa Fe	1	2	0	4	4	5
Total Centro	35	7	6	42	25	46
Mendoza	1	3	0	1	0	11
San Juan	1	0	0	0	0	1
San Luis	0	0	1	0	0	0
Total Cuyo	2	3	1	1	0	12
Chaco	0	0	0	1	0	0
Corrientes	0	0	0	1	0	0
Formosa	0	0	0	1	0	0
Misiones	0	0	0	0	0	1
Total NEA	0	0	0	3	0	1
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	2	1	3
La Rioja	1	0	0	0	0	0
Salta	2	4	1	4	2	5
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0
Tucumán	1	0	0	0	4	0
Total NOA	4	4	1	6	7	8
Chubut	1	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	1	2	0	1
Río Negro	1	1	0	1	0	1
Santa Cruz	1	0	1	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Total Sur	3	1	2	3	0	2
Total País	44	15	10	55	32	69

Fuente: elaboración propia del Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS^{2.0}.

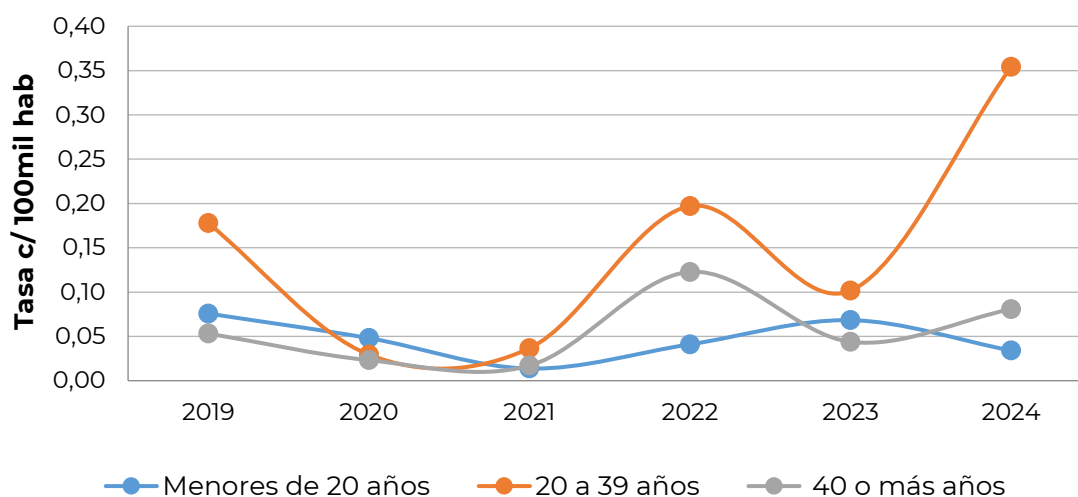
En el análisis a nivel país, las tasas de notificación de hepatitis A aguda muestran una baja incidencia de casos confirmados en el período analizado que va de 0,02 a 0,15 casos cada 100.000 hab. según el año.

En el marco general de baja incidencia, pueden distinguirse, sobre todo en el análisis por regiones, una tendencia leve al ascenso durante todo período analizado, diferenciando un pico (gráfico 1) en la Región Cuyo en 2024 (a expensas fundamentalmente de casos en la provincia de Mendoza).

Gráfico 1: Casos de hepatitis A y tasas de hepatitis A c/ 100 mil hab. según región y año. Argentina, 2019-2024 (n= 225).

Fuente: elaboración propia del Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS^{2.0}.

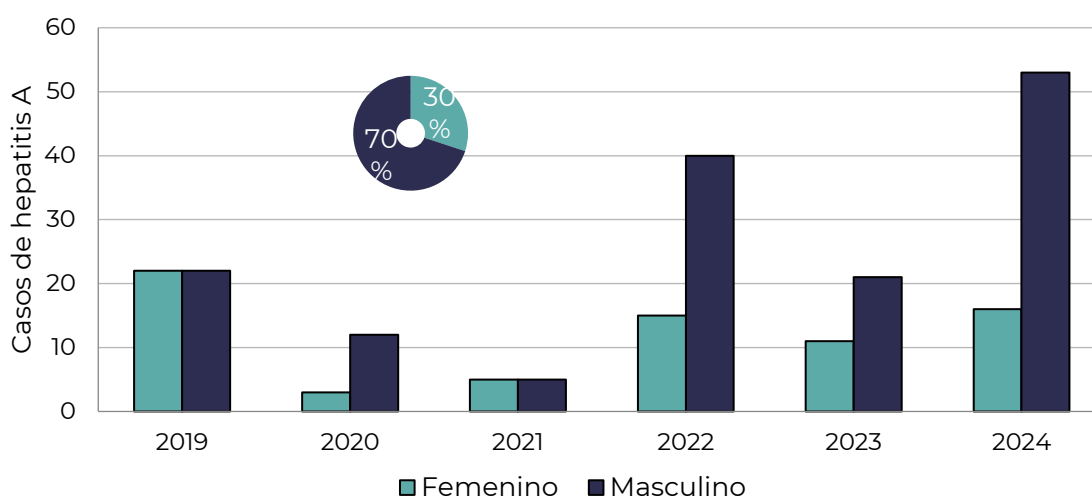
Respecto de la distribución por grupos etarios, durante todo el periodo, se observó mayor afectación en el grupo de 20 a 39 años con el 55% de los casos (123), seguido en el grupo de mayores de 40 años con el 27% (61). Posterior al periodo de la pandemia de Covid-19, se observa un aumento de las tasas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

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

Fuente: elaboración propia del Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS 2.0

En cuanto a la afectación por sexo asignado al nacer (Gráfico 3), durante todo el periodo analizado hay un predominio del sexo masculino con el 70% de los casos. Con respecto a años anteriores, el año 2024 fue el de mayor diferencia en la distribución por sexo, seguido por el año 2022.

Gráfico 3: Casos de hepatitis A según sexo, y proporción de sexo de los casos totales. Argentina, 2019-2024 (n=225).



Fuente: elaboración propia del Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS^{2.0}.

IX.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE 2025

Hasta la SE 5 de 2025 se notificaron 17 casos de hepatitis A en el SNVS^{2.0}, de los cuales 8 cumplen con los criterios de caso confirmado de hepatitis A. Si comparamos este valor con la mediana de los últimos 5 años, presenta un índice epidémico de 3, superior a lo esperado. De los 8 casos, 6 se encuentran en región Centro (CABA, Córdoba y Santa Fe). Respecto de la edad, 6 corresponden al grupo etario de 20 a 39 años y los 2 restantes en menores de 20. La distribución por sexo, al igual que años anteriores, presenta una mayor afectación masculina (6).

IX.3. Conclusiones

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

En los últimos años, se ha observado un aumento sostenido de casos de hepatitis A, principalmente en forma de brotes, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y detección temprana. La tendencia creciente en la población adulta joven,

particularmente en el grupo de 20 a 39 años tras la incorporación de la vacuna al calendario nacional, resalta la importancia de mantener altas coberturas vacunales y de desarrollar estrategias complementarias para la población afectada.

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

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

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

Ficha de notificación:

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

ALERTAS Y
COMUNICACIONES
INTERNACIONALES

X. Introducción

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

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

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

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

A continuación, se reproducen los informes de los eventos de mayor relevancia que han sido elaborados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 30 de enero al 5 de febrero del 2025.

X.1. Enfermedad por el virus de Sudán – Uganda

Informe recibido el 1 de febrero de 2025 en el CNE de Argentina.

El 30 de enero de 2025, el Ministerio de Salud de Uganda declaró un brote de la enfermedad por el virus de Sudán (SVD, por sus siglas en inglés) tras la confirmación de tres laboratorios nacionales de referencia.

El caso confirmado fue un enfermero adulto que inicialmente presentó síntomas similares a la fiebre y buscó tratamiento tanto con un curandero tradicional como en múltiples centros de salud.

El paciente tenía antecedentes de fiebre alta, dolor en el pecho y dificultad para respirar, con inicio de síntomas entre el 20 y 21 de enero, los cuales luego evolucionaron a sangrado inexplicable en múltiples partes del cuerpo. El paciente sufrió una falla multiorgánica y falleció en el Hospital Nacional de Referencia el 29 de enero.

Las muestras tomadas post mortem confirmaron la presencia del virus de Sudán (SUDV).

Hasta el momento, se han identificado 45 contactos, incluidos 34 trabajadores de la salud y 11 familiares.

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON555>

X.2. Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas

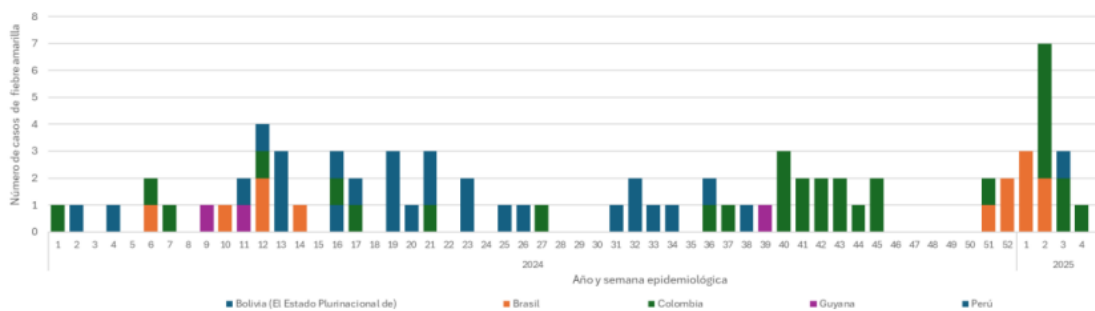
Informe recibido el 4 de febrero de 2025 en el CNE de Argentina.

X.2.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN

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

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

Figura 1. Casos de fiebre amarilla por país, año y semana epidemiológica de inicio de síntomas en la Región de las Américas*. 2024- hasta la SE 4 del 2025.

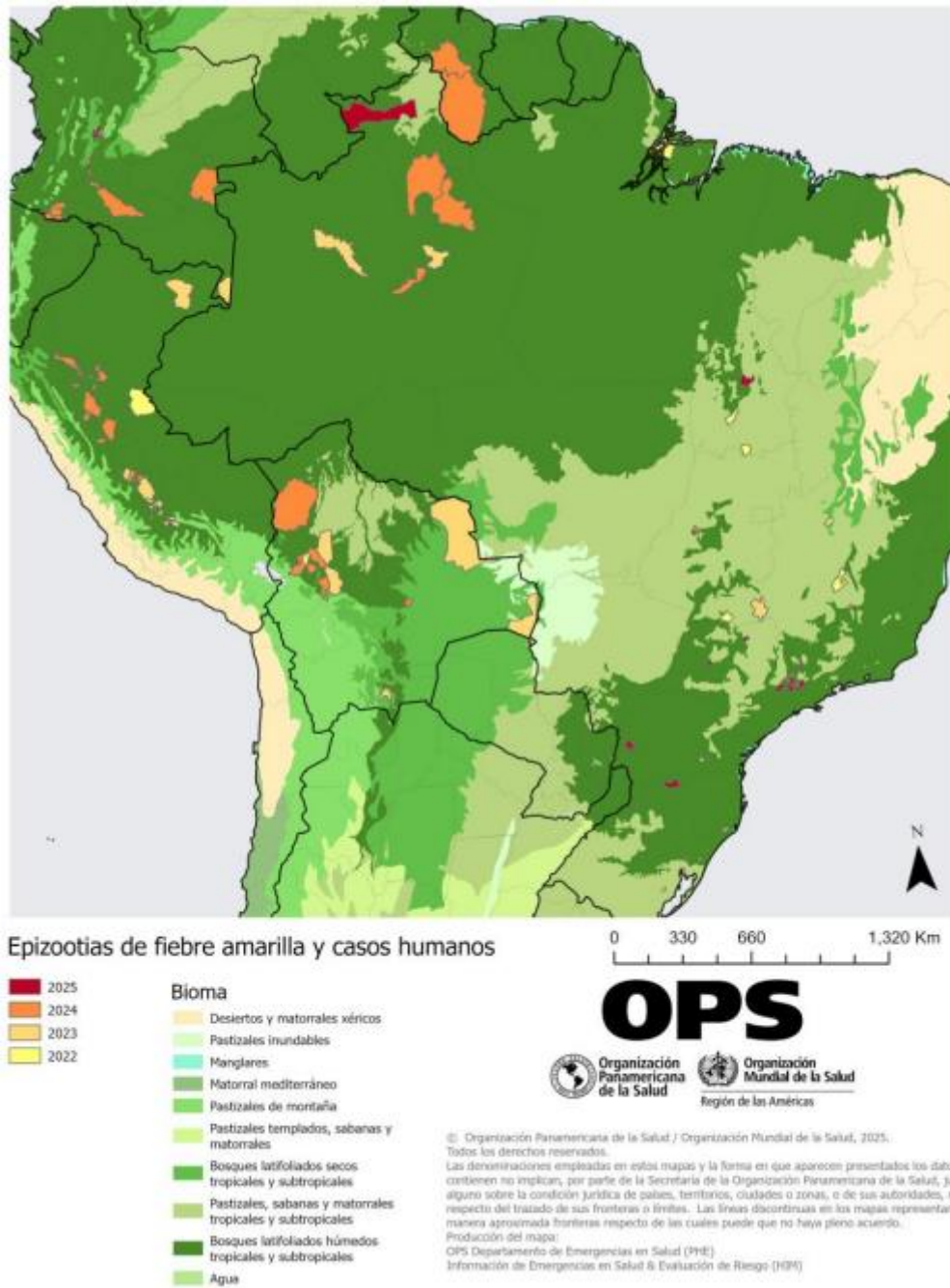


*Nota: Incluye únicamente los casos para los cuales se dispone de información de inicio de síntomas por semana epidemiológica.

Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerio de Salud y reproducidos por la OPS/OMS.

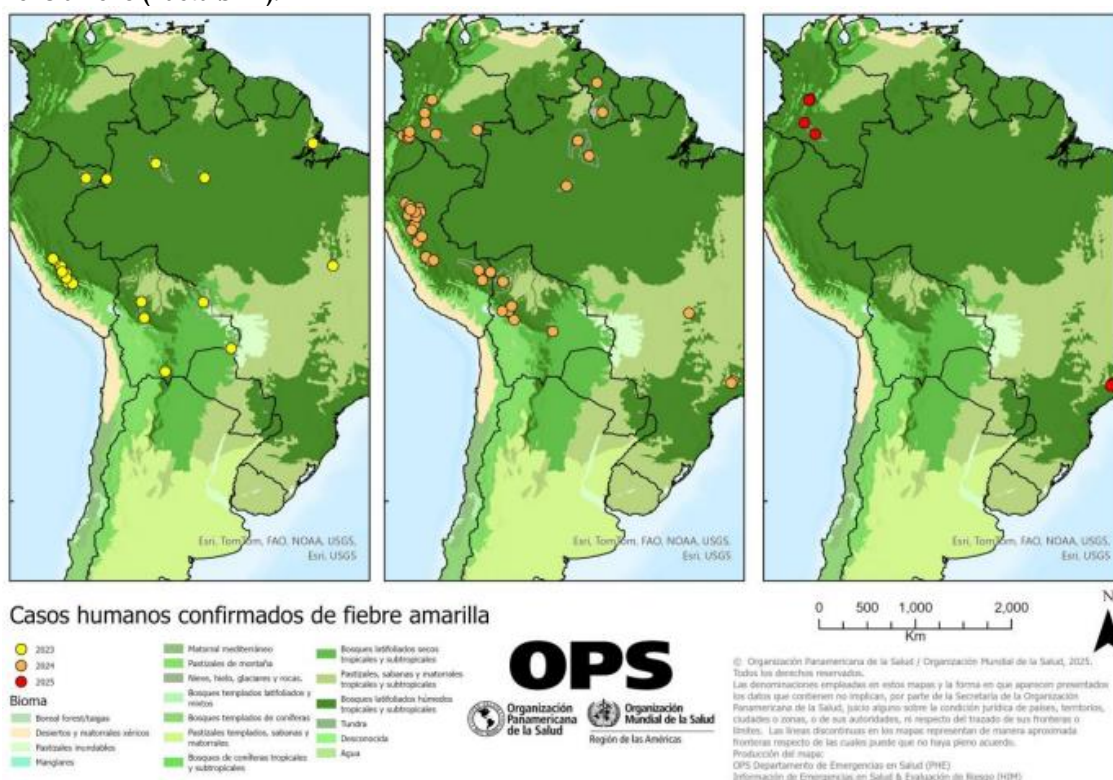
En 2024, los casos de fiebre amarilla se registraron principalmente a lo largo de la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. En 2025, sin embargo, los casos se han concentrado principalmente en el estado de São Paulo, en Brasil, y el departamento de Tolima, en Colombia, regiones que se encuentran fuera de la región amazónica de ambos países (Figura 2 y Figura 3).

Figura 2. Municipios con ocurrencia de casos confirmados de fiebre amarilla en humanos y epizootias* en Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú, años 2022 a 2025 (hasta SE 4).



*Nota: Información de epizootias solo incluyen datos de Brasil. Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerio de Salud y reproducidos por la OPS/OMS.

Figura 3. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos por año en la Región de las Américas, 2023 a 2025 (hasta SE 4).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerio de Salud y reproducidos por la OPS/OMS.

El estudio y modelo de proyección conocido como modelo de corredores ecológicos, desarrollados de manera colaborativa en Brasil, estimó que, para el periodo estacional 2024/2025 existe la posibilidad de propagación del virus en la región de Campinas/São Paulo, el sur del estado de Minas Gerais y la Serra da Mantiqueira (Figura 4). Por otro lado, el modelo combinado de favorabilidad indicó que los estados con mayores probabilidades para la ocurrencia de fiebre amarilla son, en orden de mayor a menor probabilidad, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Paraná, Distrito Federal, Goiás, São Paulo, Mato Grosso do Sul y Minas Gerais (Figura 51). Si se cumplen las proyecciones de este modelo, es posible que países como **Argentina** y **Paraguay** también se vean afectados.

Es importante destacar que la extensión territorial de estas proyecciones está limitada por los datos de ocurrencia disponibles y las incertidumbres inherentes a la modelación. A medida que se disponga de datos más actualizados, será posible ajustar el modelo con mayor precisión.

A pesar de estas limitaciones, estos modelos predictivos resultan ser una herramienta invaluable para evaluar el riesgo y definir estrategias de prevención focalizadas en las áreas con mayor probabilidad de ocurrencia.

Figura 4. Distribución de los municipios que componen las áreas de influencia de los corredores ecológicos en 2024, Brasil.

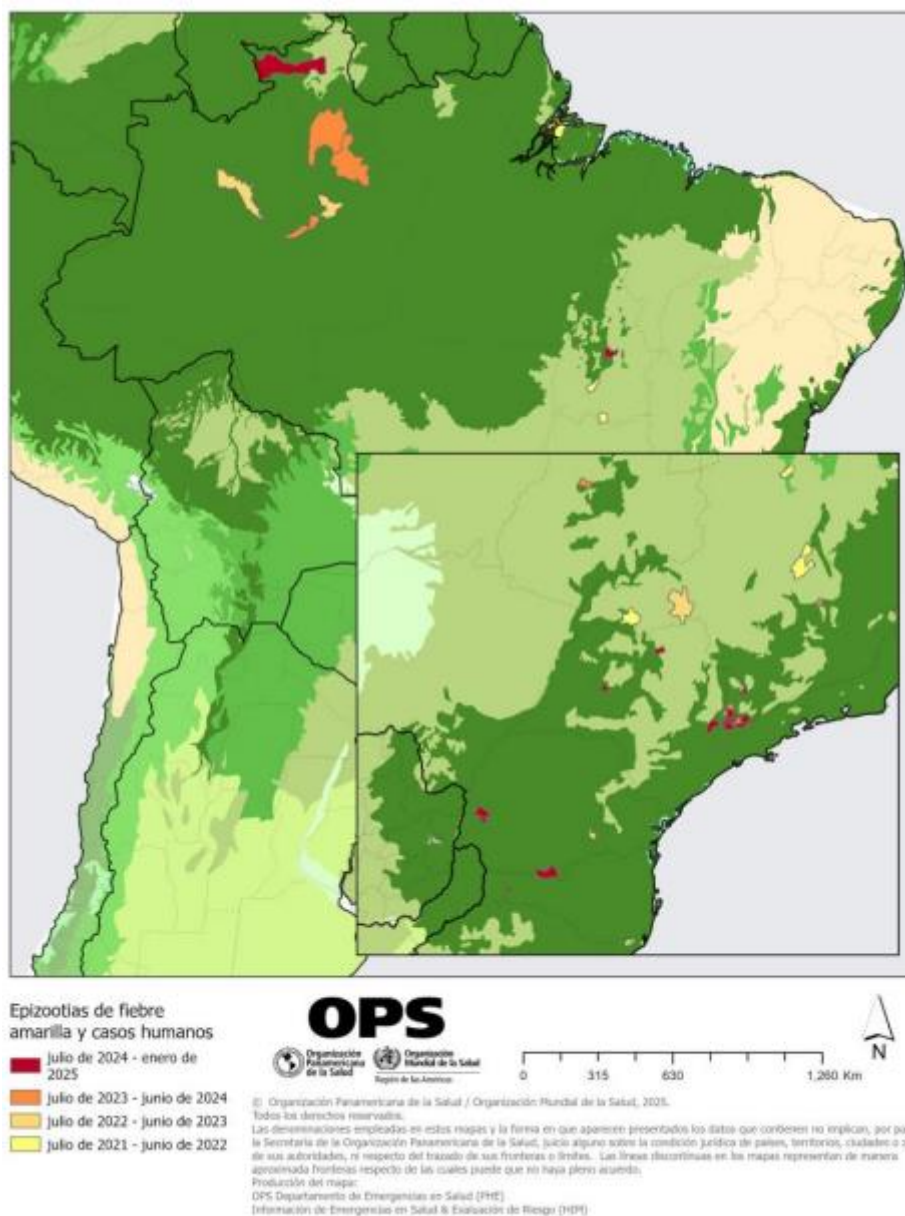


Fuente: Adaptado del Ministério da Saúde Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - Nota Informativa N° 35/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS. Brasília: Saude; 2025. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2024/notainformativa-no-35-2024.pdf>.

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 52 del 2024 se notificaron ocho casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo cuatro casos fatales. Los casos se notificaron en los estados de Amazonas (n= 2 casos fatales), Pará (n= 1 caso), Minas Gerais (n= 2 casos, incluyendo un caso fatal) y en el estado de Sao Paulo (n= 3 casos, incluyendo un caso fatal). Los casos corresponden a hombres, con edades entre los 21 y 73 años, que iniciaron síntomas entre el 5 de febrero y el 26 de diciembre del 2024. Solo uno de los casos presentó antecedente vacunal contra fiebre amarilla. Los casos tuvieron lugar probable de exposición en el estado de Amazonas, municipio Presidente Figueiredo (n= 1 caso fatal) y Anori (n= 1 caso fatal); el estado de Pará, municipio Novo Brasil (n= 1 caso), el estado de São Paulo, municipio de Serra Negra (n= 1 caso), Joanópolis (n = 1 caso) y Socorro (n= 1 caso fatal); y el estado de Minas Gerais, municipio Monte Sião (n= 1 caso fatal) y Camanducaia (n= 1 caso). Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales, y fueron confirmados por laboratorio mediante técnica RT-PCR.

Durante el inicio del 2025, en Brasil, entre la SE 1 y la SE 4 se han notificado siete casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo cuatro casos fatales, todos en el estado de Sao Paulo. El 62% de los casos corresponde a hombres, con edades comprendidas entre los 21 y los 73 años. Los casos tuvieron como lugar probable de exposición los municipios de Socorro (n= 4 casos), Tujuti (n= 1 caso) y Joanópolis (n= 2 casos). Ninguno de los casos tenía antecedente de vacunación contra fiebre amarilla. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales o ecoturismo, y fueron confirmados por laboratorio mediante técnica RT-PCR. Durante el 2024 (SE 1 a SE 52), en Brasil, se informaron 1.731 eventos que involucraron primates no humanos muertos (epizootias). De este total, 22 (1,3%) fueron confirmados para fiebre amarilla por criterios de laboratorio (n= 19) y por vínculo epidemiológico (n= 3), un en el estado de Roraima, dos en el estado de Tocantins, siete en el estado de Minas Gerais y 12 en el estado de São Paulo. Entre las SE 1 y SE 4 del 2025, se han informado 30 epizootias, de estas, 16 (53,3%) fueron confirmados para fiebre amarilla por criterios de laboratorio (n= 7) y por vínculo epidemiológico (n= 9), 15 en el estado de São Paulo y una en el estado de Minas Gerais (Figura 6).

Figura 6. Casos de fiebre amarilla en humanos y epizootias. Brasil, julio 2021 a enero 2025.



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerios de Salud y reproducidos por la OPS/OMS.

En **Colombia**, en el periodo comprendido entre la SE 1 de 2024 y la SE 4 del 2025 se ha registrado un total de 31 casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 15 casos fatales.

En 2024, se identificaron 23 casos de fiebre amarilla, incluyendo 13 casos fatales. Siete casos fueron reportados como probables de fiebre amarilla y diez fueron detectados como resultado del diagnóstico diferencial por laboratorio de los casos con resultado negativo para dengue o con sospecha de leptospirosis, y confirmados a través de RT-PCR y/o inmunohistoquímica (en casos fallecidos). Los casos se han registrado en seis departamentos, Caquetá (n= 2 casos, incluyendo un caso fatal), Huila (n= 1 caso fatal), Nariño (n= 3 casos, incluyendo un caso fatal), Putumayo (n= 4 casos fatales), Tolima (n = 12 casos, incluyendo 6 casos fatales) y Vaupés (n= 1 caso fatal). Los casos corresponden a personas con edad entre 11 y 89 años, quienes iniciaron síntomas entre el 3 de enero y el 21 de diciembre del 2024. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en zonas de riesgo para fiebre amarilla, como áreas silvestres y boscosas, en el contexto de actividades laborales que

incluyeron agricultura (n= 15 casos), estudiante femenino de centro poblado (n=1 caso) y extracción de piedra (n= 1 caso). De este total, 15 casos no tenían antecedente documentado de vacunación contra la fiebre amarilla.

Durante el inicio del 2025, entre la SE 1 y la SE 4 se notificaron ocho casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo dos casos fatales, estos casos corresponden a personas residentes en el departamento del Tolima, en los municipios de Cunday (n= 5 casos, incluido un caso fatal), Prado (n= 2 casos) y Purificación (n= 1 caso fatal). Los casos corresponden a personas con edad entre 28 y 66 años, quienes iniciaron síntomas entre el 6 y el 21 de enero 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.

El brote registrado en el departamento del Tolima a finales del año 2024 e inicio del 2025, ocurrió en la zona rural colindante a la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea en cuatro municipios que son identificados de alto riesgo: Cunday (n= 9 casos), Prado (n= 4 casos), Purificación (n= 3 casos) y Villarrica (n= 5 casos). Del total de casos confirmados el 80% corresponde a hombres (n= 16 casos) y el 95% se encuentra en edades entre 25 y 89 años y se ha registrado un caso en una niña de 11 años. La fecha de inicio de síntomas de los casos oscila entre el 8 de septiembre del 2024 al 22 de enero del 2025. En este brote se ha reportado ocho casos fatales.

En **Guyana**, entre la SE 1 y la SE 52 del 2024, se identificaron tres casos confirmados por laboratorio. El primer caso se identificó en Boa Vista en la SE 11, en el estado de Roraima, Brasil; se trata de un joven de 17 años, residente en la comunidad de Massara, Guyana, a 100 kilómetros de Lethem, Guyana que limita con Bonfim, Roraima, Brasil, con antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla de más de 10 años. El caso trabaja en una zona rural de Siparuni (Zona boscosa en la Región 10 – Alto Demerara-Berbice), extrayendo árboles y presentó inicio de síntomas el 29 de febrero del 2024. El 12 de marzo, la prueba RT-PCR confirmó la identificación del virus selvático fiebre amarilla por parte del Laboratorio Central de Salud Pública de Roraima. El segundo caso fue identificado en la SE 11, durante el proceso de investigación y la realización de pruebas de detección tras la identificación del caso índice. Se trata de una mujer de 21 años, con antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla de más de 10 años, residente en Siparuni, en el mismo campamento maderero de donde procede el primer caso. Inició síntomas el 13 de marzo del 2024, con un resultado positivo para fiebre amarilla por prueba RT-PCR el 16 de marzo. El tercer caso fue identificado en la SE 41, que corresponde a un niño de 14 años, residente la villa Awareanau, Región N° 9; el caso tenía antecedentes de vacunación de hace más de 10 años contra la fiebre amarilla. El 7 de octubre, se tomó una muestra serológica y se confirmó la presencia de fiebre amarilla por test RT-PCR. Todos los casos se recuperaron. Durante el 2025 no se han registrado casos confirmados en Guyana.

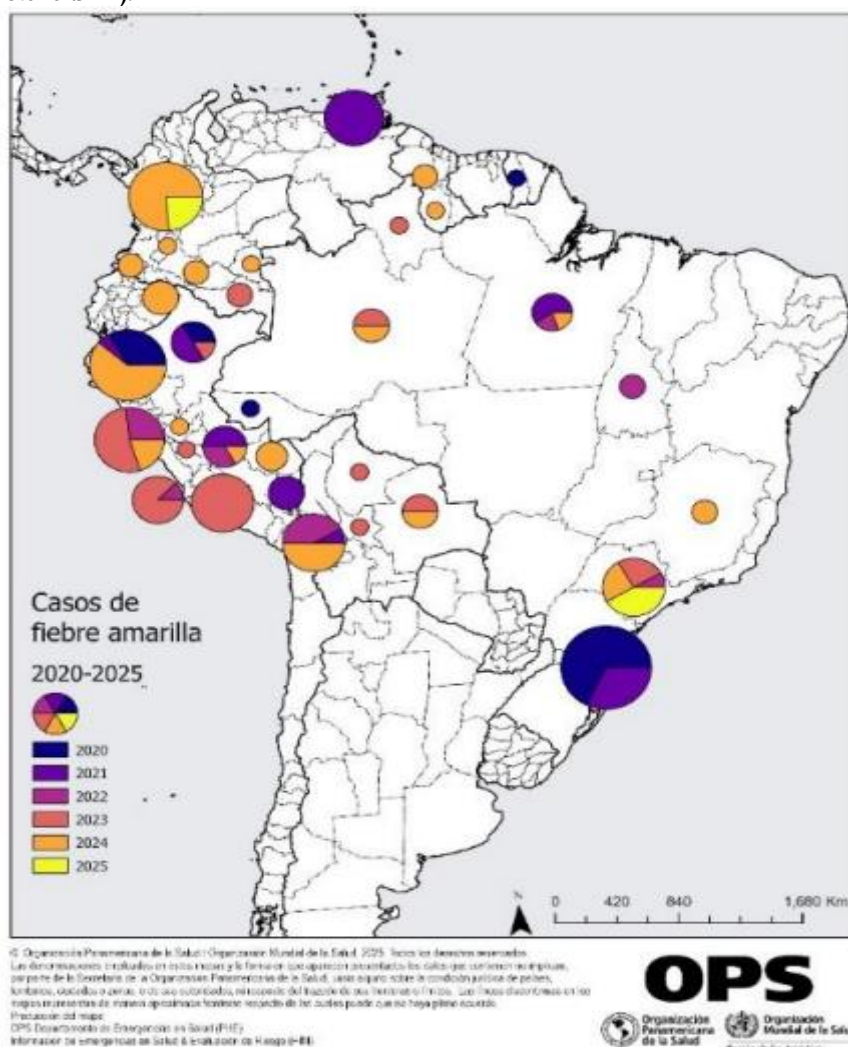
En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 52 del 2024, se han confirmado 19 casos de fiebre amarilla, incluyendo nueve casos fatales. Los casos fueron confirmados en los departamentos de Huánuco, distrito de Mariano Damaso Beraún (n= 1 caso fatal); departamento de Junín, distritos Pichanaqui (n= 2 casos) y Satipo (n= 1 caso fatal); departamento de Madre de Dios, distrito de Tambopata (n= 3 casos); departamento de Ucayali, distrito Padre Abad (n= 1 caso) y en el departamento de San Martín, distritos de Alto Biavo (n= 1 caso fatal), El Porvenir (n= 1 caso fatal), Shapaja (n= 1 caso fatal), distrito Huimbayoc (n= 1 caso), distrito Lamas (n= 1 caso fatal), distrito Pinto recodo (n= 1 caso), del distrito de Tabalosos (n= 1 caso fatal), distrito Moyobamba (n= 1 caso fatal), distrito de Shamboyacu (n= 1 caso), distrito de Saposoa (n= 1 caso fatal) y distrito de Tocache (n= 1 caso). Los 19 casos confirmados corresponden todos a

hombres entre 18 y 83 años, que iniciaron síntomas entre el 11 de enero y 1 de septiembre del 2024. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales agrícolas y no registran antecedente de vacunación contra fiebre amarilla.

Durante el inicio del 2025, en Perú, entre la SE 1 y la SE 4 se ha notificado un caso fatal confirmado de fiebre amarilla, en el departamento de Huánuco, distrito de Chaglla. Se trata de un hombre de 29 años, sin antecedente de vacunación; inicio síntomas el 15 de enero del 2025 (SE 3) y falleció el 22 de enero. El caso tuvo antecedente de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades agrícolas, y fue confirmado por laboratorio mediante técnica RT-PCR, existiendo coinfección con leptospirosis.

Entre 2020 y 2023, todos los países mencionados tuvieron casos de fiebre amarilla en al menos uno de los años, excepto Guyana, que identificó casos únicamente en 2024 (Figura 7).

Figura 7. Casos de fiebre amarilla en humanos en la Región de las Américas, de enero del 2020 a enero del 2025 (hasta la SE 4).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerios de Salud y reproducidos por la OPS/OMS.

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-america-3-febrero-2025>

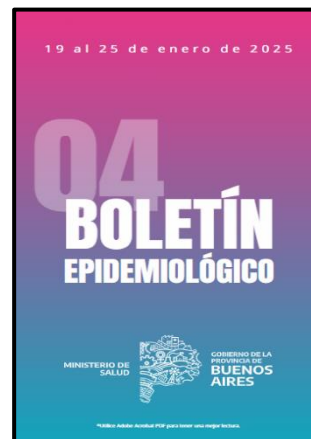
DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

XI. Boletines jurisdiccionales

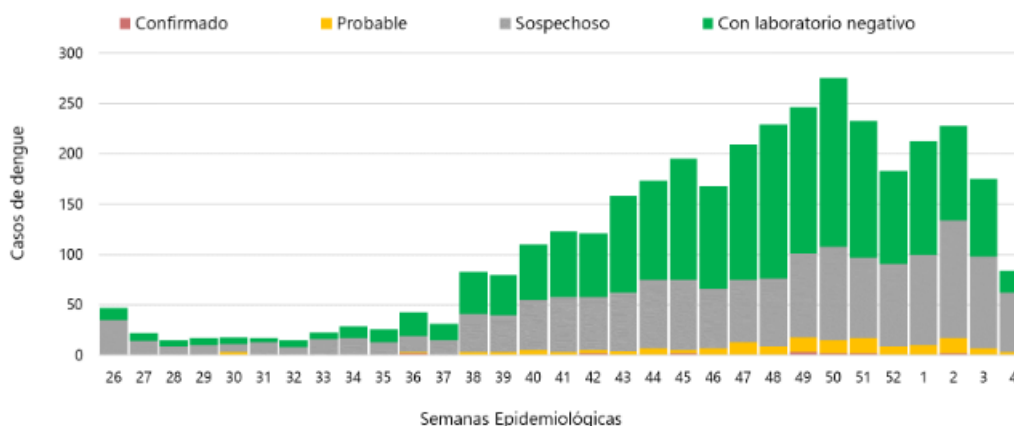
XI.1. Buenos Aires: Arbovirosis

No se registran brotes en la PBA desde la semana del 23 de junio de 2024 (SE 26). Entre octubre de 2024 y enero de 2025 se identificaron 8 casos confirmados de dengue autóctonos en forma aislada. Estos casos se registraron en La Matanza en la tercera semana de octubre (SE 42) y en la segunda semana de diciembre (SE 50), en Lanús en la última semana de noviembre (SE 48), en Morón en la primera semana de diciembre (SE 49), en Hurlingham en la primera y segunda semana de diciembre (SE 49 y 50), en Gral. San Martín en la tercera semana de diciembre (SE 51) y en la segunda semana de enero en Malvinas Argentinas (SE 2). En 4 de ellos el serotipo identificado fue DEN 1 y en los restantes no se identificó el serotipo.

Entre el 23 de junio de 2024 y el 25 de enero de 2025 (SE 26/2024 a 4/2025) se notificaron 3.589 casos compatibles con dengue, de los cuales 19 fueron confirmados por laboratorio, 151 son probables, 1.482 en estudio y 1.937 con muestras de laboratorio negativas.



Casos notificados de dengue por semana epidemiológica. PBA, SE 26/2024 -SE 4/2025. n= 3.589



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

Para más información:

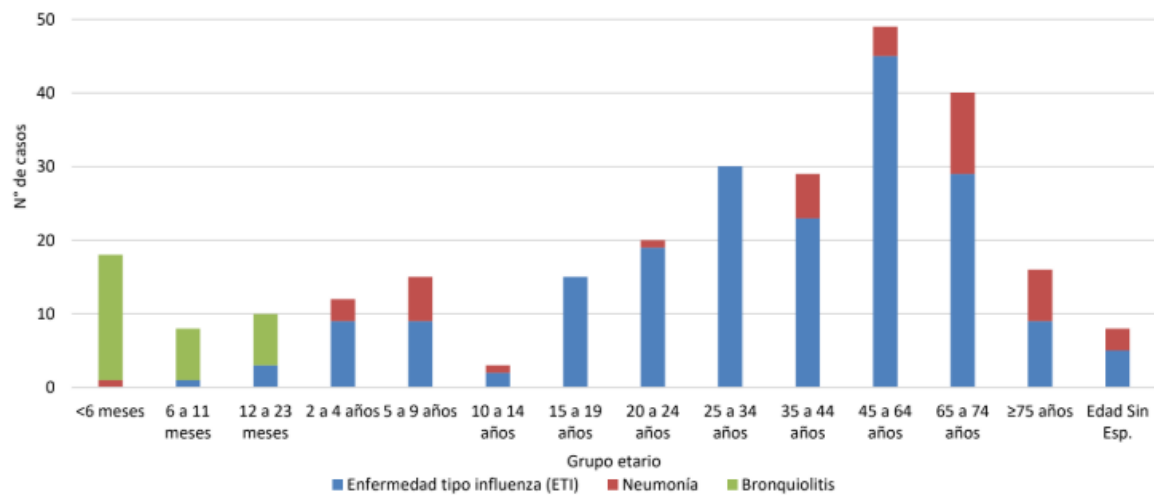
https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

XI.2. Chubut: Vigilancia de Infecciones Respiratorias

A la SE 3 del año 2025 el mayor número de casos de ETI se registra en el grupo etario de 45 a 64 años con el 23% (45/199*100) de los casos; el mayor número de casos de Neumonía, se ubica en el grupo de personas de 65 a 74 años, con el 26% (11/43*100) y de Bronquiolitis, en el grupo de niños menores de 6 meses, con el 55% (17/31*100).



Casos de ETI, Neumonía y bronquiolitis por grupo etario. Provincia de Chubut. SE 1-3. Año 2025. N=273



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

Para más información:

https://ministeriodesalud.chubut.gov.ar/epidemiological_releases

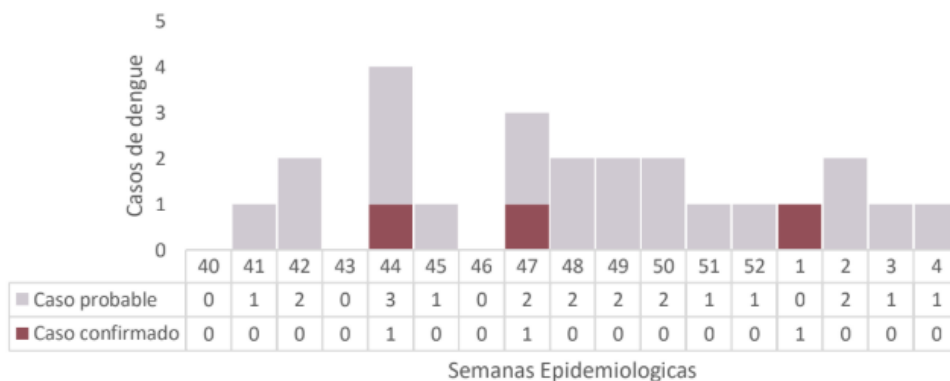
XI.3. Salta: Dengue

En la provincia de Salta se inicia el periodo de vigilancia intensificada de Enfermedades Transmitidas por Mosquitos (ETM), que se extiende desde el 1 de octubre (SE40) hasta el 30 de mayo aproximadamente del siguiente año teniendo en cuenta la dinámica epidemiológica de las ETM. Hasta la SE 4/2025 se confirmaron 3 casos de dengue para la provincia de Salta (tasa de incidencia 0.20 casos cada 100.000 hab.).

En la SE 44 se presentó el primer caso confirmado de dengue de la temporada, con residencia en el departamento de Capital y sin antecedentes de viaje por lo que se lo clasifico como autóctono, con serotipo DEN-2. En la SE 47 se confirmó un nuevo caso de Dengue, paciente con residencia en Capital, sin antecedente de viaje, no se pudo establecer el serotipo. En la semana epidemiológica 1 del 2025 se reportó un nuevo caso confirmado de dengue sin antecedentes de viaje y con identificación de serotipo DEN-1. La tasa de incidencia para el departamento Capital hasta la SE4/2025 es de 0.45 casos de dengue por 100.000 hab.



Dengue: curva de casos confirmados y probables por semana epidemiológica. SE 40/2024 a SE 4/2025. Provincia de Salta.

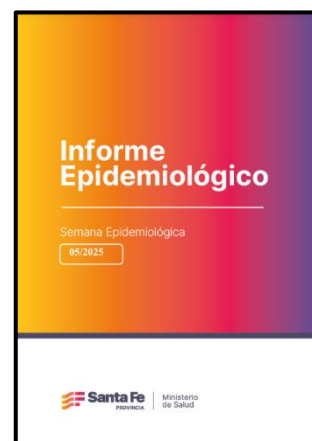


Fuente: Elaboración propia de la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

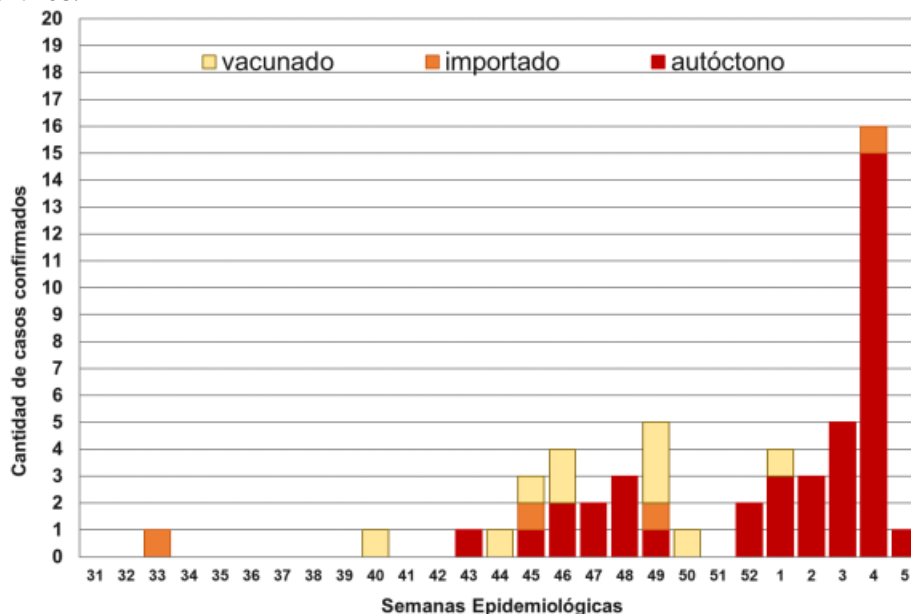
Para más información: <http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

XI.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 05/2025), se notificaron al evento de “Dengue” y “Dengue durante en embarazadas” un total de 204 casos de los cuales 43 se confirman, 39 casos “sin antecedente de viaje” y 4 “con antecedente de viaje” (India, Maldivas, Colombia, otra provincia de Argentina). Dentro de los 20 casos notificados al evento de “Dengue en embarazadas”, se informó la confirmación de 1 caso autóctono de DEN-2 en el departamento Rosario, no informándose en la última semana nuevos casos bajo esta clasificación. Por otra parte, se notificaron 10 casos con “antecedente de vacunación en los últimos 30 días”, no registrándose nuevos casos bajo esta denominación.



Casos de Dengue desde SE 31/2024 hasta a SE 05/2025 según semana epidemiológica. Provincia de Santa Fe. N= 53.



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 01/02/2025.

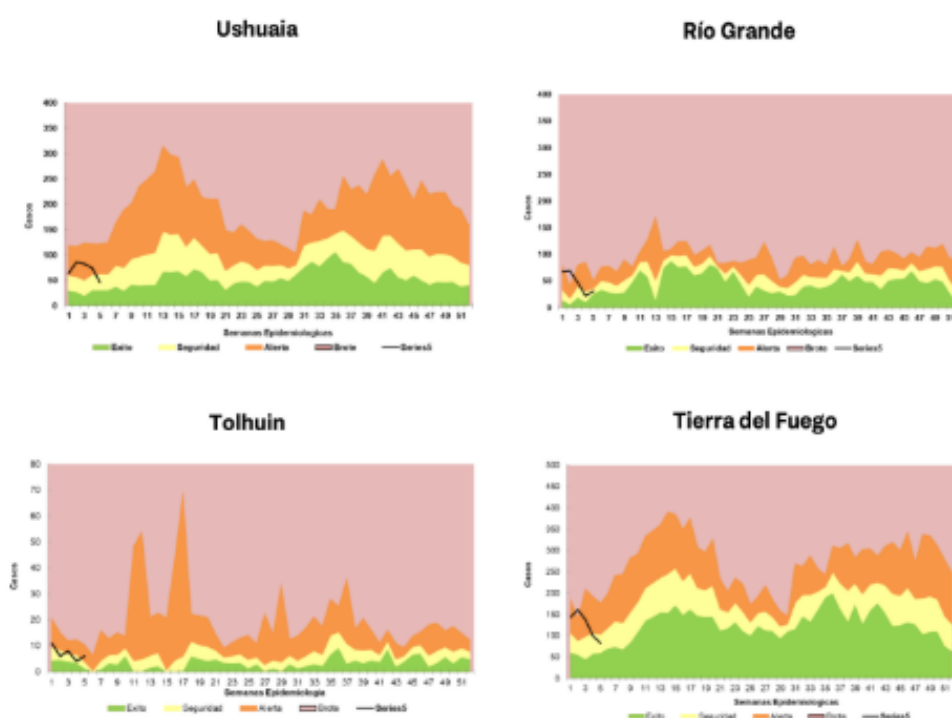
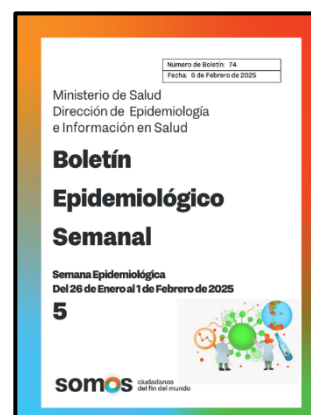
Para más información:

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

XI.5. Tierra del fuego: Diarrea aguda

Hasta la semana epidemiológica (SE) 5 en 2025 se notificaron 659 casos de diarrea aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2024, se observa un aumento del 67.7% de los casos registrados a nivel provincial.

A nivel provincial, la incidencia se ubica en zona de seguridad, con un total de 659 casos acumulados. En Ushuaia, la incidencia se ubica en zona de seguridad, alcanzando un total de 367 casos. En Río Grande, la incidencia se ubica en zona de seguridad, con un total de 255 casos acumulados. En Tolhuin la incidencia se ubica en zona de alerta, con un total de 37 casos acumulados.



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

Para más información:

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

XI.6. Tucumán: Síndrome Urémico Hemolítico

El Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) es una entidad clínica y anatomopatológica caracterizada por insuficiencia renal aguda, trombocitopenia y anemia hemolítica microangiopática que afecta fundamentalmente el riñón, y además otros parénquimas como intestino, sistema nervioso central, corazón y páncreas. Es una enfermedad severa que hasta el momento no tiene tratamiento específico eficaz. Afecta principalmente a niños entre 2 meses y 5 años, y a adultos mayores de 65 años. Observándose, una mayor frecuencia en los meses de verano.

En Tucumán, en los últimos 5 años se notificaron 26 casos, de los cuales fueron confirmados 25. Se observa una tendencia descendente similar al reportado a nivel nacional en el periodo 2019-2024.



Casos notificados de SUH. Tucumán. Periodo 2019 - 2024.



Fuente: Elaboración propia en base a SNVS 2.0

Para más información: direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **enero** 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
Enero	Encefalitis Equina del Oeste	Evento	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción: "Caso descartado por diagnóstico diferencial"
Enero	Intento de Suicidio	Clínica	Signo/Síntoma	Se modificó la opción: "Establecimiento de salud" por "Lugar de ocurrencia: establecimiento de salud"
				Se modificó la opción: "Establecimiento educativo" por "Lugar de ocurrencia: Establecimiento educativo"
				Se modificó la opción: "Institución residencial" por "Lugar de ocurrencia: Institución residencial"
				Se modificó la opción: "Lugar de trabajo" por "Lugar de ocurrencia: Lugar de trabajo"
				Se modificó la opción: "Otro lugar de ocurrencia del evento" por "Lugar de ocurrencia: otro"
				Se modificó la opción: "Otro mecanismo o modalidad" por "Mecanismo: otro"

MODALIDAD AGRUPADA			
Fecha de modificación	Grupo de eventos	Nombre del evento	Sección Cambio realizado
Enero	Enteroparasitosis	Pacientes estudiados para el diagnóstico de enteroparásitos	Clasificación manual de caso Se adicionó la opción: "Caso descartado por diagnóstico diferencial"
		Blastocystis	Se reemplazó el nombre del evento "Blastocystis sp." por "Blastocystis"
		Giardia duodenalis	Se reemplazó el nombre del evento "Giardia lamblia" por "Giardia duodenalis"
		Entamoeba histolytica por métodos moleculares	Se reemplazó el nombre del evento "Entamoeba histolytica por PCR" por "Entamoeba histolytica por métodos moleculares"
		Cryptosporidium sp. (por coloración o métodos moleculares)	Se reemplazó el nombre del evento "Cryptosporidium sp." por "Cryptosporidium sp. (por coloración o métodos moleculares)"
		Cyclospora cayetanensis (por coloración o métodos moleculares)	Se reemplazó el nombre del evento "Cyclospora cayetanensis" por "Cyclospora cayetanensis (por coloración o métodos moleculares)"
		Microsporidios (por coloración o métodos moleculares)	Se reemplazó el nombre del evento "Microsporidios" por "Microsporidios (por coloración o métodos moleculares)"
		<p>Se mantienen habilitados los siguientes eventos sin disponibilidad para la carga. Esto permite mantener el registro en las bases de datos de lo cargado previamente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blastocystis hominis • Cyclospora cayetanensis • Subfamilia Anisakinae (incluye los géneros Anisakis y Pseudoterranova) • Cryptosporidium sp. • Microsporidio • Cyclospora sp. <p>En caso de necesitar la información notificada previamente, desde la sección de REPORTE aparecen todos los eventos: los nuevos habilitados a partir de la SE 3 de 2023 y los eventos que ya no se pueden cargar casos desde la SE4.</p> <p>Eventos históricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blastocystis hominis habilitado hasta la SE 38 de 2023 • Cyclospora cayetanensis habilitado hasta la SE 38 de 2023 • Subfamilia Anisakinae (incluye los géneros Anisakis y Pseudoterranova) habilitado hasta la SE 38 de 2023 • Cryptosporidium sp. habilitado hasta la SE 3 de 2025 • Microsporidio habilitado hasta la SE 3 de 2025 • Cyclospora sp. habilitado hasta la SE 3 de 2025 	

XII.1. Información relevante: enteroparasitosis

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

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

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

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

Modalidad Virtual Autoadministrada

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

Inicia el 2 de diciembre

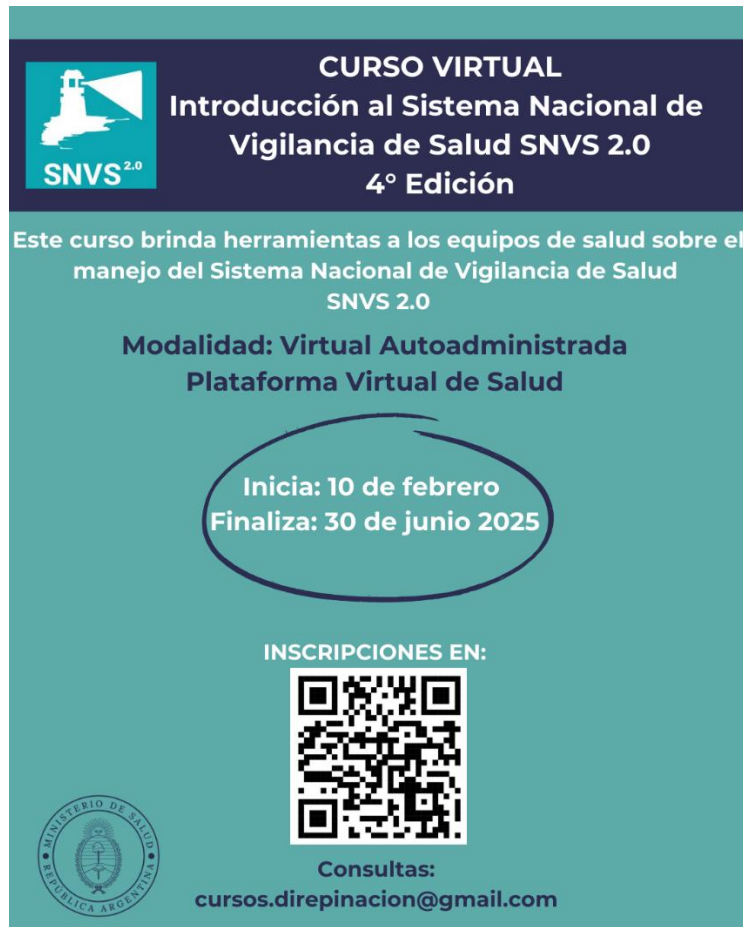
Duración: 25 horas.

INSCRIPCIONES EN:



Consultas a: cursos.direpinacion@gmail.com

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




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

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


Modalidad: Virtual Autoadministrada
Plataforma Virtual de Salud

Inicia: 10 de febrero
Finaliza: 30 de junio 2025

INSCRIPCIONES EN:



Consultas:
cursos.direpizacion@gmail.com



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

Duración: 25 horas

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