



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Nº 741

Semana epidemiológica 4
AÑO 2025
Desde 19/01 al 25/01
Fecha de publicación
03/02/2025

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.

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

Psitacosis: Yasmin El Ahmed¹, Carlos Giovacchini³, Gabriela Vilar⁴, Estela Cadario⁴, Claudia Lara⁴, Melisa Laurora¹, Julián Antman¹, Celeste Castillo², Virginia Sciarreta², Alejandra Piazza², Soledad Castell¹, Natalia Casas².

Sífilis en embarazadas y Sífilis congénita: Carlos Giovacchini³, Antonella Vallone¹, Tamara Wainzinger¹, Federico M. Santoro¹, María Cristina Cipolla⁸, Vanesa Kaynar⁵, Sebastián Aquila¹⁰, Patricia Galarza⁶, Julián Antman¹.

INFORMES ESPECIALES

Vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue: Gabriela Fernández¹, Yasmin El Ahmed¹, Cecilia González Lebrero¹, Rocío Barrios⁷, Susana Lloveras², Carla Tabachi², Gabriela Codarini⁸, Josefina Pino⁸, Mariana Vazquez⁸, Alejandra Morales⁹, Victoria Luppo⁹, Anabel Sinchi⁹, Andrea Villalba. Como consultores expertos externos participaron Tomás Orduna¹⁰ y Silvina Ruvinsky¹¹.

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

Soledad Castell¹.

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 Antman.

¹ Dirección de Epidemiología.

² Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades transmitidas por vectores.

³ Departamento de Epidemiología, INEI-ANLIS "Carlos G. Malbrán".

⁴ Laboratorio Nacional de Referencia de psitacosis, Servicio de Bacteriología Clínica, Departamento de Bacteriología Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas INEI-ANLIS Carlos G. Malbrán.

⁵ Dirección de respuesta al VIH, ITS, Hepatitis y Tuberculosis.

⁶ Laboratorio Nacional de Referencia de sífilis, Servicio de ETS, Departamento de Bacteriología Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas INEI-ANLIS Carlos G. Malbrán.

⁷ Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

⁸ Dirección de Salud Perinatal, Niñez y Adolescencias.

⁹ Centro Nacional de Referencia de Dengue y Otros Arbovirus del INEVH ANLIS.

¹⁰ Médico Infectólogo tropicalista. Ex-jefe del Servicio de Medicina Tropical y Medicina del Viajero en Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz de Buenos Aires. Miembro Fundador y Ex presidente de SLAMVI. Subdirector de la Carrera de Médico Especialista en Infectología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Profesor de la Universidad Favaloro; de la Universidad del Salvador y de la Universidad Austral.

¹¹ Médica Infectóloga. Coordinadora de Investigación Clínica y Sanitaria en Hospital de Pediatría J. P. Garrahan de Buenos Aires. Magister en Efectividad Clínica (UBA-IECS). Integrante del Programa Nacional de Leishmaniasis Visceral del Ministerio de Salud de la Nación Integrante de la comisión de Evaluación de Tecnología Sanitaria del Hospital Garrahan. Integrante del Comité Revisor de Investigación del Hospital de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan.

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 de microscopía electrónica de la bacteria *Treponema pallidum* causante de Sífilis, enfermedad infecciosa de transmisión sexual (ITS). 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°741, SE 4.

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. Susaïa Azurmendi
Subsecretaria de vigilancia Epidemiológica,
información y Estadísticas en Salud

II. Acerca de este Boletín

En el BEN 740 iniciamos la renovación de esta publicación. Como dijimos, comenzamos con cambios en el formato y en el resumen de algunas de las secciones.

En esta ocasión, y en línea con lo expuesto en el boletín precedente, estamos introduciendo una nueva sección que creemos será fundamental para profundizar nuestra comprensión de la situación epidemiológica en Argentina. Con la inclusión de la “Actualización periódica de eventos”, aspiramos a ofrecer una caracterización más completa y sistemática de las diversas y complejas problemáticas asociadas con la vigilancia de los eventos de notificación obligatoria (ENO).

En efecto, con el análisis de la situación epidemiológica de la psitacosis y de la Sífilis en embarazadas y Sífilis congénita, iniciamos la presentación sistemática de los ENO. En los diferentes boletines incluiremos informes que serán actualizados en forma periódica durante todo el año.

En estos más de 20 años de trayectoria, los boletines han fortalecido progresivamente la legitimidad del uso de la información para la acción, proporcionando datos válidos, confiables, sistemáticos y oportunos que se aplican en una variedad de ámbitos y para propósitos tan diversos como la difusión en medios de comunicación, la capacitación de equipos de salud, acciones de prevención y control a nivel jurisdiccional, y diversas actividades en el ámbito asistencial. Esperamos que la inclusión de esta sección continúe con esta tradición y contribuya significativamente a enriquecer nuestra capacidad de respuesta frente a los desafíos de salud pública.

FE DE ERRATAS BEN 740

En el BEN 740 se presentó el informe especial de “Brotos de Enfermedades transmitidas por alimentos, agua y ruta feca-oral y otras etiologías”. Dicho informe, como se especificó en la nota metodológica de la página 42, utilizó como única fuente para el análisis los datos registrados en el Formulario de Notificación de Brote desde la SE 01 del 2023 hasta SE 52 del 2024.

En la tabla resumen de la página 44, se exhibieron los brotes sistematizados presentes en el formulario citado. Como sabemos todas las fuentes de la vigilancia son parciales y sujetas a modificación y uno de los objetivos de este boletín es poder presentar la mejor información posible para mejorar estas fuentes y presentar cada vez datos, información y conocimiento más válidos y robustos. En este marco, se pudo comprobar que el formulario no había captado en forma acabada los brotes de Legionelosis que efectivamente ocurrieron en los años 2023 (4 brotes) y 2024 (2 brotes) -esta información había sido consignada, además en el BEN 737, en el informe especial de ese evento-.

Por otro lado, en la tabla se especificó de manera errónea e involuntaria al complejo *Mycobacterium abscessus* dentro de la categoría “Micosis”.

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 las Américas	11
III.5. Situación en Argentina.....	13
III.6. Recomendaciones para el equipo de salud	13
III.7. Vigilancia Epidemiológica	14
III.7.A. Definiciones y clasificaciones de caso	14
III.7.B. Notificación	16
III.8. Algoritmo de diagnóstico y notificación de Mpox	16
III.9. Medidas ante casos sospechosos	16
III.10. Medidas ante contactos	18
EVENTOS PRIORIZADOS.....	19
IV. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	20
IV.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus	20
IV.1.A. Introducción	20
IV.1.B. Subregión Centroamérica y México	20
IV.1.C. Subregión Cono Sur	21
IV.2. Situación de dengue en Argentina.....	23
IV.2.A. Situación histórica	23
IV.2.B. Temporada actual.....	26
IV.2.C. Distribución según región, jurisdicción y departamento	28
IV.2.D. Situación según serotipos circulantes	30
IV.2.E. Situación epidemiológica del evento “dengue en embarazadas”	32
IV.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus.....	32
IV.4. Vigilancia entomológica.....	34
IV.4.A. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) -SE04 (2025).....	34
V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas.....	38
V.1. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	38
V.2. Síntesis de la información nacional destacada a la SE04/2025	39
V.2.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	39
V.2.B. Vigilancia de virus respiratorios priorizados en Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA)	39
V.2.C. Vigilancia de virus respiratorios priorizados en pacientes internados	39
V.2.D. Vigilancia a través de la red de laboratorios de virus respiratorios	39
V.2.E. Vigilancia universal de COVID-19	40
V.3. Vigilancia Clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	40
V.3.A. Enfermedad tipo influenza (ETI)	40
V.3.B. Neumonía.....	41
V.3.C. Bronquiolitis.....	42
V.4. Detalle: vigilancia universal de virus respiratorios - red de laboratorios	44
ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS.....	47
VI. Situación epidemiológica de psitacosis. 2019-2025.....	48
VI.1. Introducción	48

VI.2.	Metodología.....	48
VI.3.	Situación epidemiológica histórica (2019-2024)	48
VI.4.	Situación epidemiológica SE 1 a SE 4 de 2025.....	52
VI.5.	Laboratorio: tipos de muestra y ensayos para el estudio etiológico	52
VI.6.	Circuito de muestras	53
VII.	Situación epidemiológica de Sífilis en embarazadas y Sífilis congénita. 2019-2024.....	54
VII.1.	Introducción.....	54
VII.2.	Sífilis en embarazadas	55
VII.2.A.	Modalidad de vigilancia y nota metodológica	55
VII.2.B.	Situación de Sífilis en embarazadas en Argentina	56
VII.3.	Sífilis congénita	61
VII.3.A.	Modalidad de vigilancia y nota metodológica	61
VII.3.B.	Situación de Sífilis congénita en Argentina	61
VII.4.	Conclusiones	63
	INFORMES ESPECIALES.....	65
VIII.	Posicionamiento sobre gravedad asociado a segunda infección por dengue	66
	Vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue.....	66
VIII.1.	Introducción.....	66
VIII.2.	Discusión	67
VIII.3.	Conclusión.....	67
VIII.4.	Recomendaciones	68
VIII.5.	Bibliografía	68
	ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES	70
IX.	Introducción	71
IX.1.	Enfermedad por el virus del Zika – India.....	72
IX.2.	Actualización Epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas	73
IX.2.A.	Contexto mundial.....	73
IX.2.B.	Resumen de la situación en la Región de las Américas	73
	DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES	82
X.	Boletines jurisdiccionales.....	83
X.1.	Buenos Aires: Arbovirosis	83
X.2.	Chubut: Intoxicación por monóxido de carbono (CO)	84
X.3.	Mendoza: Diarreas.....	85
X.4.	Neuquén: Internaciones por siniestros viales.....	86
X.5.	Salta: Enfermedades zoonóticas humanas	87
X.6.	Santa Fe: Dengue.....	88
X.7.	Tierra del fuego: Respiratorias.....	89
X.8.	Tucumán: Psitacosis	90
	HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA.....	91
XI.	Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	92
XI.1.	Información relevante: enteroparasitosis	94
XII.	1º Edición del Curso: “Vigilancia y notificación de dengue”	95
XIII.	4º Edición del Curso Virtual “Introducción al SNVS 2.0”	96

SITUACIONES
EPIDEMIOOLÓGICAS
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_16082024.pdf

III.2. Situación internacional¹²

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

¹² Brote de Mpox 2022-24: tendencias mundiales. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

- Clado IIb MPXV: Asociado con la epidemia mundial de mpox — Moderado

III.3. Situación en África¹³

Desde el 1 de enero de 2022, 25 Estados miembros de África han notificado a la OMS casos de mpox. Hasta el 26 de enero de 2025, notificaron 22.241 casos confirmados por laboratorio, incluidas 93 muertes.

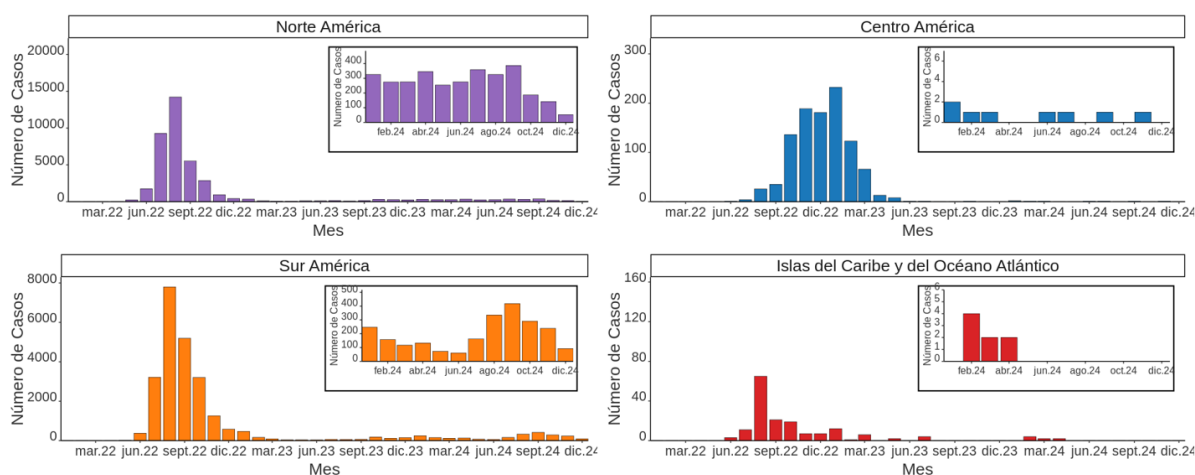
Desde 2024, hasta el 26 de enero de 2025, 21 países han notificado 19.837 casos confirmados, incluidas 70 muertes. Los tres países con la mayoría de los casos desde 2024 son la República Democrática del Congo (n = 13.459), Burundi (n = 3.242) y Uganda (n = 2.450).

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.

III.4. Situación en las Américas¹⁴

Respecto de la situación regional, según la última actualización epidemiológica de Organización Panamericana de la Salud, entre las SE 1 de 2024 y la 1 de 2025 fueron notificados en la Región de las Américas 5.548 casos de mpox y 8 defunciones.

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

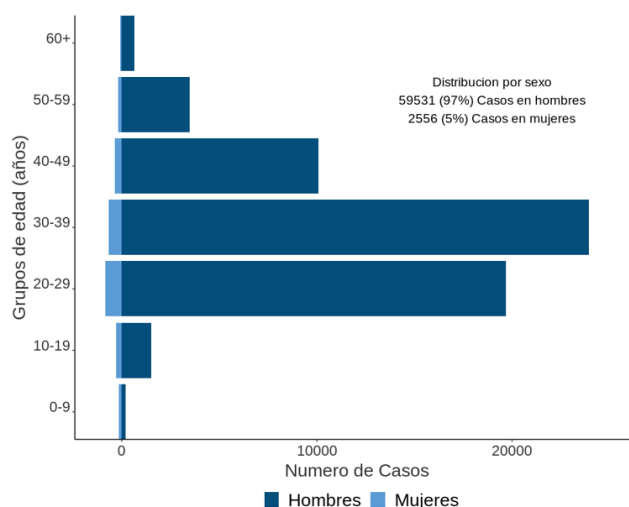


Fuente: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/>

¹³ Brote de Mpox 2022-24: tendencias mundiales. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpox_global/

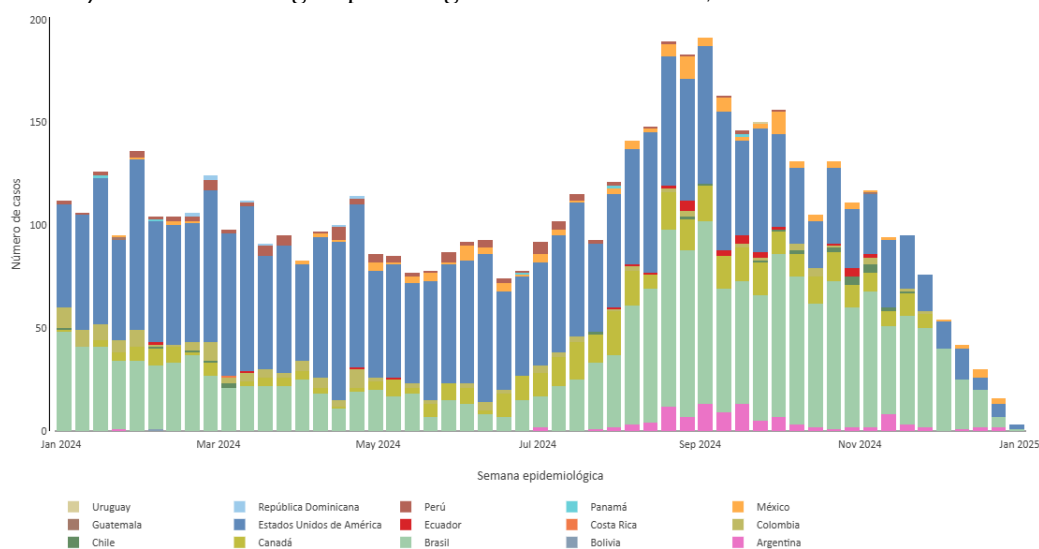
¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. Casos de mpox - Región de las Américas. Disponible en: <https://shiny.pahophe.org/mpox/>

Gráfico 2. Casos confirmados de mpox según edad y sexo. Región de las Américas, abril 2022 a enero 2025.



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

Gráfico 3. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según país. Región de las Américas, SE1 2024 a SE1 2025.



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

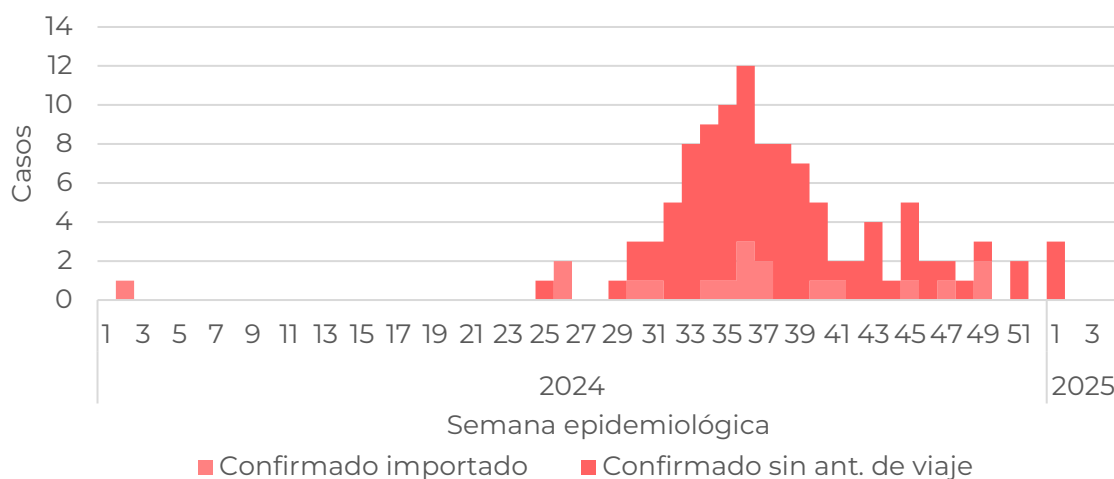
III.5. Situación en Argentina

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 4 de 2025 se notificaron 25 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 mínima 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.

Gráfico 4. Casos confirmados de Mpox según antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1/2024 a SE4/2025. (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.6. Recomendaciones para el equipo de salud

- Las principales medidas para disminuir el riesgo de propagación de la enfermedad consisten en la identificación temprana de los casos, las medidas aislamiento de casos y rastreo de contactos.
- En el marco de la prevención combinada del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual, la evaluación de una persona con sospecha o confirmación de mpox debe ser una oportunidad para ofrecer en forma sistemática servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y otras ITS, y para articular el manejo de la mpox en las personas con diagnóstico de VIH conocido a servicios de atención de enfermedad avanzada por VIH.

- El grupo técnico asesor de OMS actualmente NO recomienda la vacunación masiva ni de la población general. La vigilancia epidemiológica debe intensificarse para proveer la información suficiente para identificar a las personas con mayor riesgo de infección y, por lo tanto, la prioridad si se lleva a cabo la vacunación. Actualmente la principal medida de salud pública para interrumpir la transmisión de la enfermedad es la identificación efectiva de casos, implementando medidas de control de la transmisión, aislamiento, y el rastreo de contactos para su seguimiento en caso de desarrollar clínica compatible.
- Una vigilancia epidemiológica sensible y de calidad es indispensable para lograrlo. Los equipos de salud de todo el país deben estar preparados para sospechar la enfermedad, asistir de manera adecuada a las personas afectadas-incluyendo las medidas de protección del personal de salud-, recabar la información necesaria para caracterizar epidemiológicamente los casos e implementar las medidas de aislamiento y rastreo de contactos de forma inmediata (ante la sospecha).

III.7. Vigilancia Epidemiológica

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

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

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

III.7.A. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

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

- Contacto con materiales contaminados -como ropa o ropa de cama-, por un caso sospechoso o confirmado.
- Contacto estrecho sin protección respiratoria con un caso sospechoso o confirmado.
- Relaciones sexuales con una o más parejas sexuales nuevas, múltiples u ocasionales,

Ó

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

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

- Fiebre >38,5° de inicio súbito
- 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.

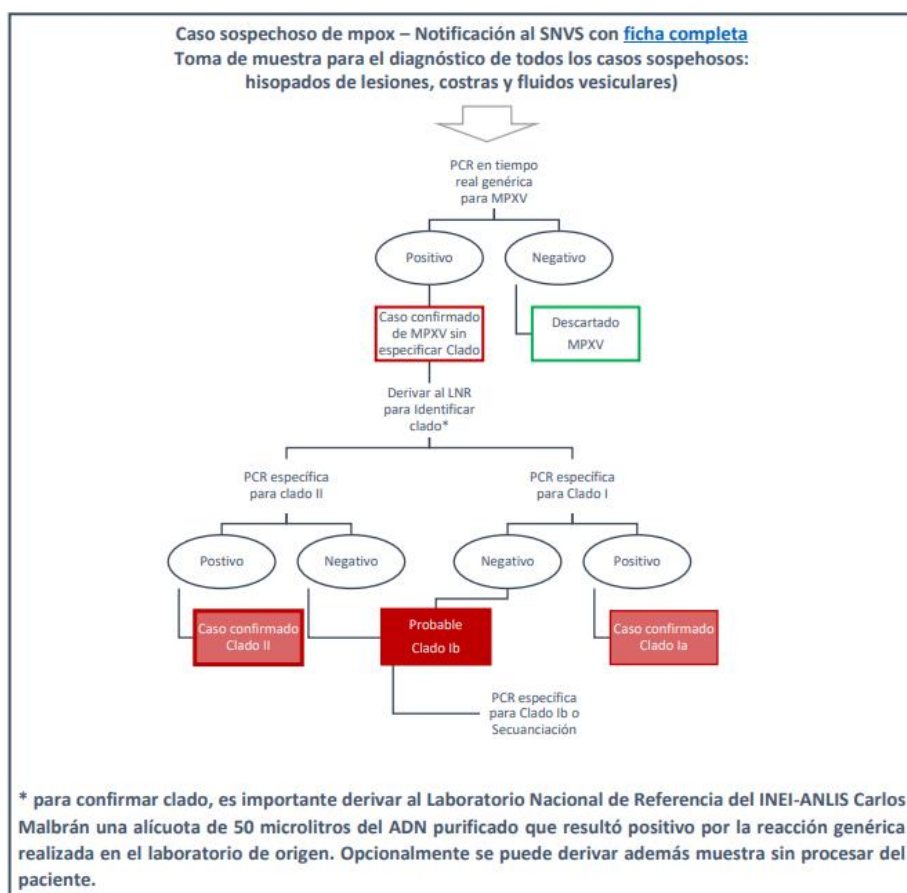
*** Indagar sobre viajes o contacto con viajeros especificando la procedencia, en particular provenientes de los países de África con circulación conocida de clado Ib (en el momento de la redacción de este boletín: República Democrática del Congo, Burundi, Kenia, Ruanda, Uganda)

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.7.B. NOTIFICACIÓN

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

III.8. Algoritmo de diagnóstico y notificación de Mpox

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

III.9. Medidas ante casos sospechosos

- Se recomienda el aislamiento de todo caso sospechoso hasta la obtención del resultado de laboratorio (confirmado o descartado); en caso de confirmarse, continuar el aislamiento hasta que todas las costras de las lesiones se hayan caído y haya formado una nueva capa de piel.

- Si no se puede realizar aislamiento permanente se deberá implementar medidas para la minimizar el riesgo de la transmisión (cubrir las lesiones, utilizar barbijo quirúrgico bien ajustado, cubriendo nariz, boca y mentón, evitar contacto con personas vulnerables, evitar el contacto estrecho con otras personas, ventilar los ambientes).
- Realizar la investigación epidemiológica correspondiente, incluyendo los antecedentes epidemiológicos, características clínicas, e información sobre contactos estrechos, garantizando la privacidad, el trato digno y la completitud de la información.
- Realizar la notificación dentro de las 24 horas.
- En caso 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 y las 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, niños y 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.10. Medidas ante contactos

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

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

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

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

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

Ficha de notificación:

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

Más recomendaciones e información en:

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

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

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

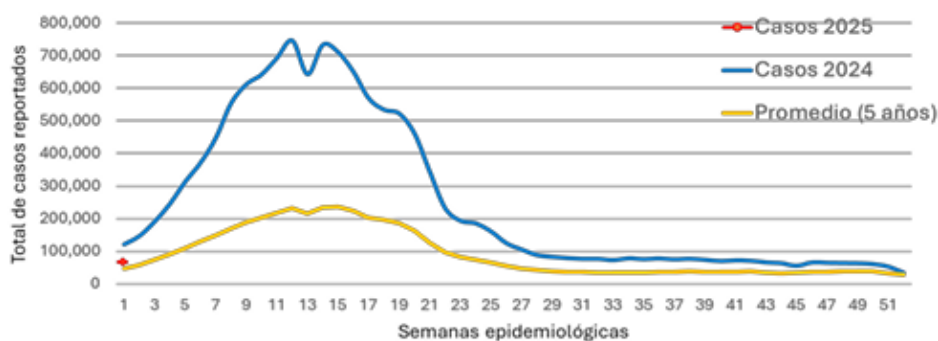
IV.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus

IV.1.A. INTRODUCCIÓN

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Informe de situación No 53. Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 01, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 23 de enero.

En la semana epidemiológica (SE) 1 del 2025, se reportaron en la Región de las Américas un total de 51,248 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 5 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 58% en comparación al mismo periodo del 2024 y un incremento de 7% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 1.

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



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

De los 51,248 casos de dengue reportados en las Américas, 13,909 casos (27%) fueron confirmados por laboratorio y 61 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total 6 muertes por dengue, para una letalidad del 0.012%. Doce países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 1. Estos países registran en conjunto 51,248 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 1.

IV.1.B. SUBREGIÓN CENTROAMÉRICA Y MÉXICO

Un total de 1,768 nuevos casos sospechosos de dengue se notificaron durante la SE 1. Hasta esta semana la subregión presenta una disminución de 80% en comparación con el mismo periodo del 2024 y de 54% con respecto al promedio de los últimos 5 años

Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 1, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión de Centroamérica y México.

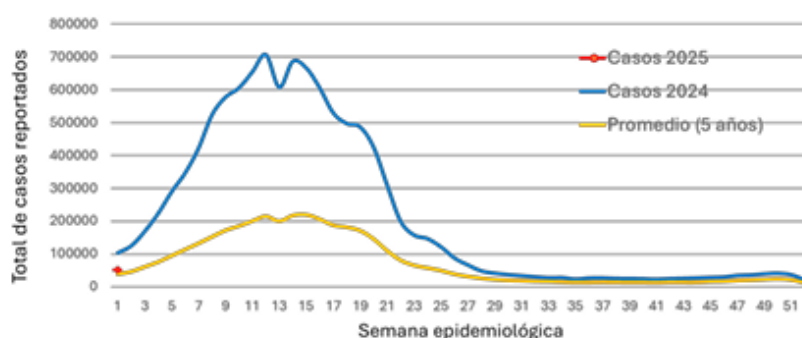


Fuente: Organización Panamericana de la Salud

IV.1.C. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 44,675 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 1. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 57% en comparación con la misma semana del 2024 y un incremento de 14% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 3. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 1, 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 30/01/2025 en países regionales seleccionados¹⁵.

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 a 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

¹⁵ Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html>

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 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. En cuanto a chikungunya, durante el año 2024 se reportaron 505 casos, un 66% menos respecto al 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. 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 2/2025 se reportaron 1.908 casos, un 94% menos que a la misma semana de 2024, sin 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 2/2025 se registraron 11 casos para este evento. Con respecto al zika, durante 2024 se registraron 12 casos de este evento, mientras que en 2023 no se registraron casos. Hasta la SE 2/2025 se han reportado 3 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 3/2025 se notificaron 5.735 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 2/2025, no se han registrado casos para este evento. Asimismo, durante el año 2024 se notificaron 7 casos de zika, un 72% menos respecto al año 2023. Hasta la SE 2/2025, 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 los casos de estos eventos en relación al mismo período del año previo.

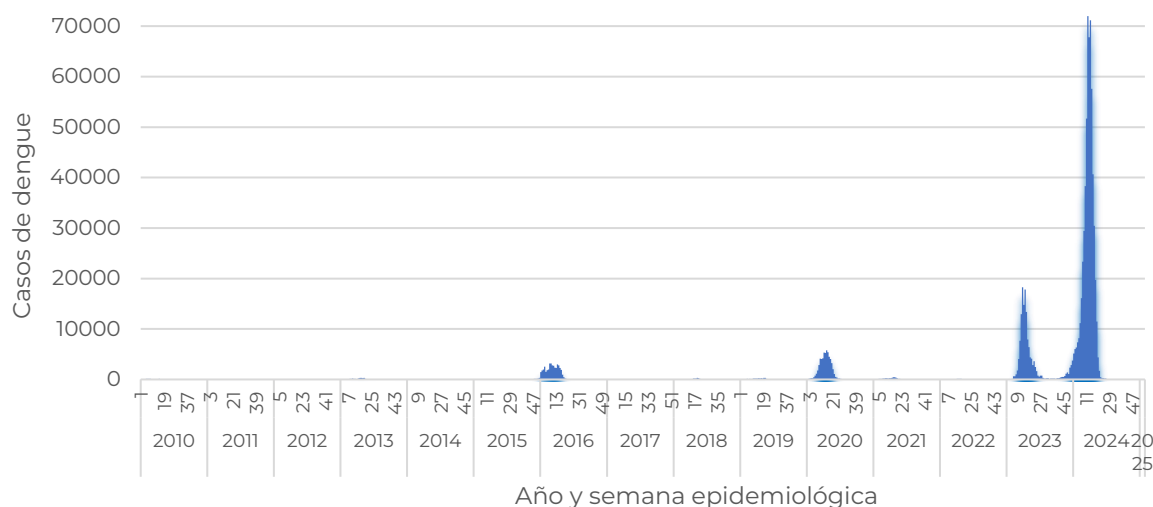
IV.2. Situación de dengue en Argentina

IV.2.A. SITUACIÓN HISTÓRICA

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

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

Gráfico 4. Dengue: Casos por semana epidemiológica. SE01/2010-SE4/2025. Argentina. N=845.349

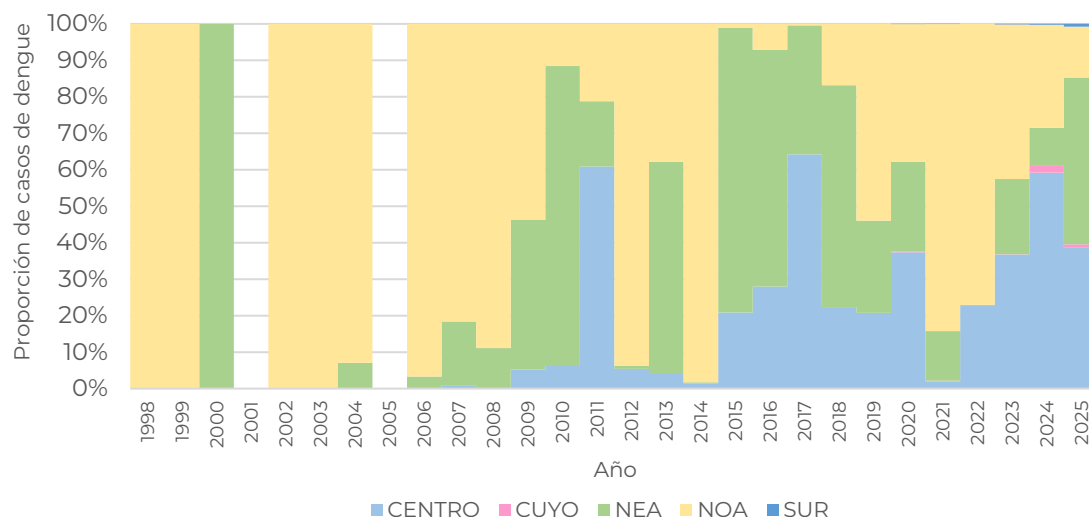


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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.

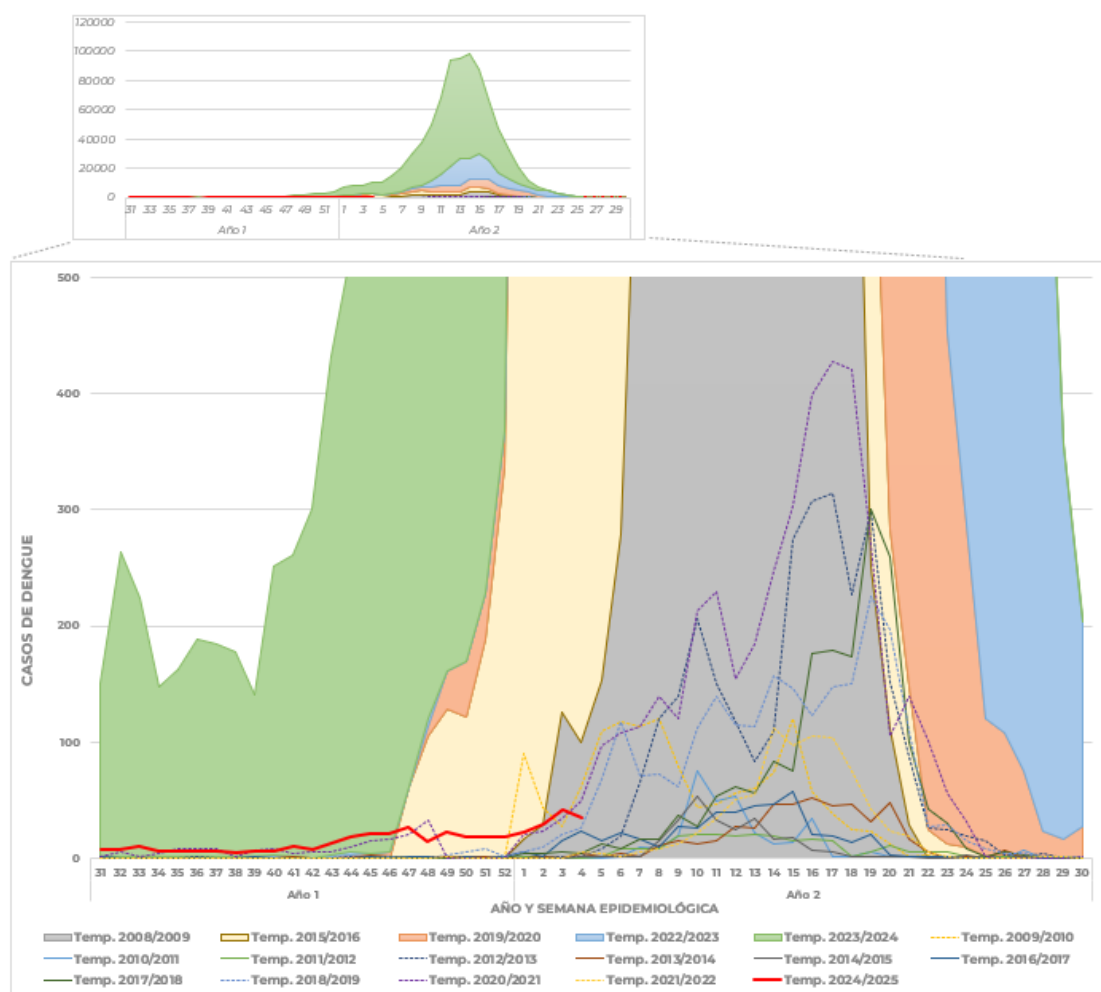
Gráfico 5. Dengue: Distribución regional de casos de dengue desde la reemergencia. Año 1998- 2025.



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 SE4/2025.

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.

IV.2.B. TEMPORADA ACTUAL

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE4/2025), se notificaron en Argentina 27.173 casos sospechosos de dengue y dengue en embarazadas en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 404 fueron confirmados. Como se puede observar en la Tabla 1, un total de 384 casos no registraron antecedentes de viaje (94,6%). 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 111 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas¹⁶. Se confirmaron 20 casos con antecedente de viaje a Brasil, Cuba, México, Maldivas, Tailandia, India, Perú y Paraguay¹⁷.

Durante la SE4/2024 (según fecha de notificación al SNVS), se notificaron 1791 casos sospechosos¹⁸ de los cuales 62 se confirmaron y 64 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.

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 42 (32 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.

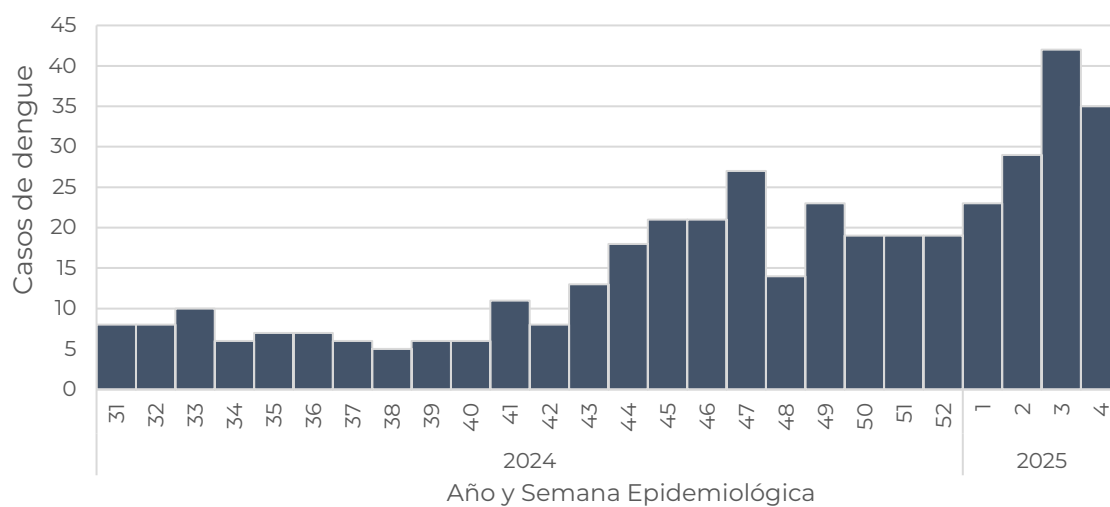
¹⁶En los casos que cuentan con antecedente de vacunación reciente, un resultado positivo por métodos confirmatorios puede deberse a una transmisión vectorial (infección aguda) o infección por virus salvaje o vacunal. Por lo tanto, aquellos casos vacunados de menos de 30 días se deberán considerar como sospechosos a los efectos de la vigilancia epidemiológica, y por lo tanto desencadenar las medidas de prevención y control pertinentes, pero no se recomienda realizar en ellos pruebas para el estudio etiológico, excepto en casos graves y fatales. Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorio de Dengue y otros Arbovirus. Dirección de Epidemiología. Noviembre 2024. Disponible en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

¹⁷ 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.

¹⁸ Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

Gráfico 7. Dengue: Casos confirmados¹⁹ por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE4/2025. 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).

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

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

En la siguiente tabla se presentan los casos de Dengue y Dengue en el embarazo 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 SE4/2025. Argentina

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total sospechosos notificados
	Conf.	Prob.	Conf.	Prob.			
Buenos Aires	10	163	6	3	2565	687	3434
CABA	2	55	4	1	1265	419	1746
Córdoba	28	272	4	0	3388	267	3959
Entre Ríos	8	23	0	3	436	15	485
Santa Fe	31	32	2	0	1539	210	1814
Total Centro	79	545	16	7	9193	1598	11438
Mendoza	9	39	2	3	1251	82	1386
San Juan	0	2	0	0	206	11	219
San Luis	0	0	0	0	84	10	94
Total Cuyo	9	41	2	3	1541	103	1699
Chaco ²⁰	2	174	0	0	1688	97	1961
Corrientes	0	31	0	0	292	73	396
Formosa	268	4	0	0	3283	3	3558
Misiones	1	12	0	2	788	2	805
Total NEA	271	221	0	2	6051	175	6720
Catamarca	0	9	0	2	549	3	563
Jujuy	0	0	0	0	693	4	697
La Rioja	2	24	0	0	246	10	282
Salta	3	21	0	5	1243	67	1339
Santiago del Estero	0	28	0	1	703	230	962
Tucumán	19	182	0	0	2614	422	3237
Total NOA	24	264	0	8	6048	736	7080
Chubut	0	0	2	1	14	1	18
La Pampa	1	2	0	0	141	5	149
Neuquén	0	1	0	1	19	4	25
Río Negro	0	0	0	1	1	0	2
Santa Cruz	0	0	0	0	31	3	34
Tierra del Fuego	0	0	0	0	8	0	8
Total Sur	1	3	2	3	214	13	236
Total País	384	1074	20	23	23047	2625	27173

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).

²⁰ En el informe correspondiente a la semana previa, la jurisdicción de Chaco notificó tres casos confirmados de dengue. Sin embargo, tras la realización de nuevas determinaciones diagnósticas, se concluyó que uno de los resultados correspondía a un falso positivo. En consecuencia, se ajusta el número total de casos, restándose uno de la tabla presentada en la edición del Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) N°740, correspondiente a la SE 3/2025

Formosa: Los casos 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.

No obstante, 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 (en el departamento Capital) 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 semana²¹.

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 registra 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.

Santa Fe: Se registraron 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 registra 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 Martín, Hurlingham, La Matanza, Lanús, Malvinas Argentinas, Morón y Pilar), Entre Ríos

²¹ Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorio 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

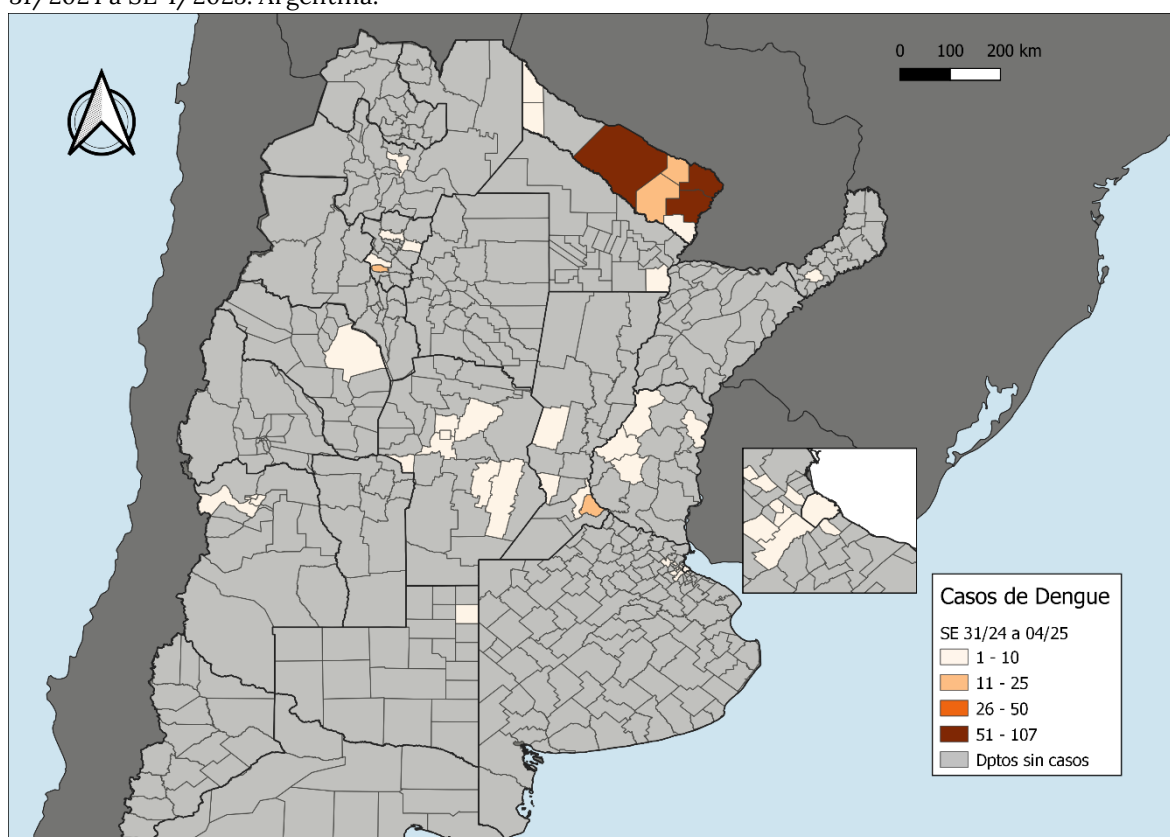
(Concordia, La Paz, Nogoyá y Paraná), Salta (Capital), Misiones (L.N. Alem) y La Rioja (Capital).

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.

El caso probable correspondiente a la provincia de Neuquén continúa en investigación epidemiológica con respecto al antecedente de viaje.

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 4/2025. 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.

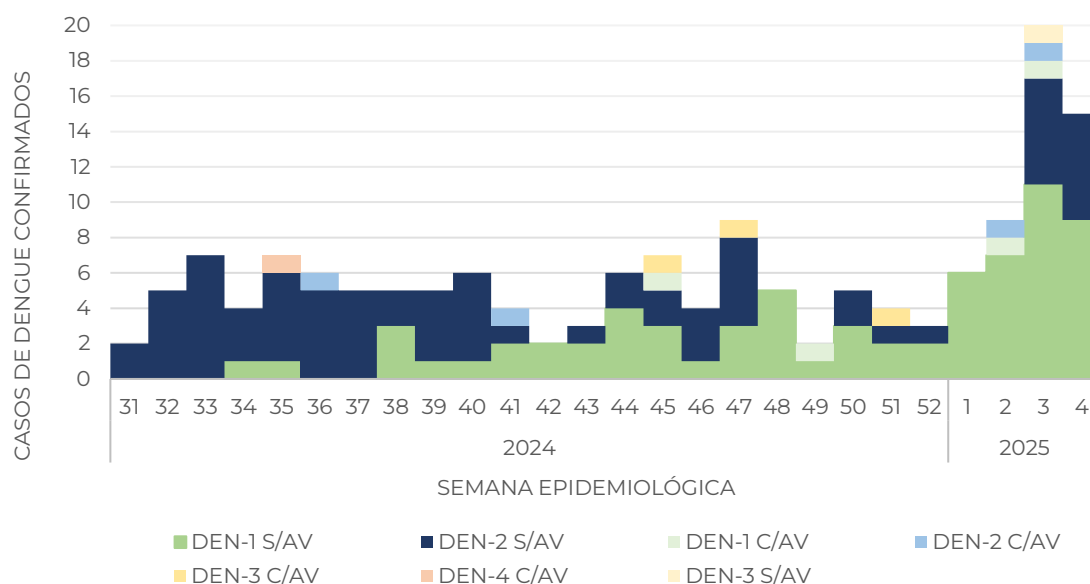
IV.2.D. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-2 (49%), sobre todo a expensas de la notificación de la provincia de Formosa. Los casos a DEN-1 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.

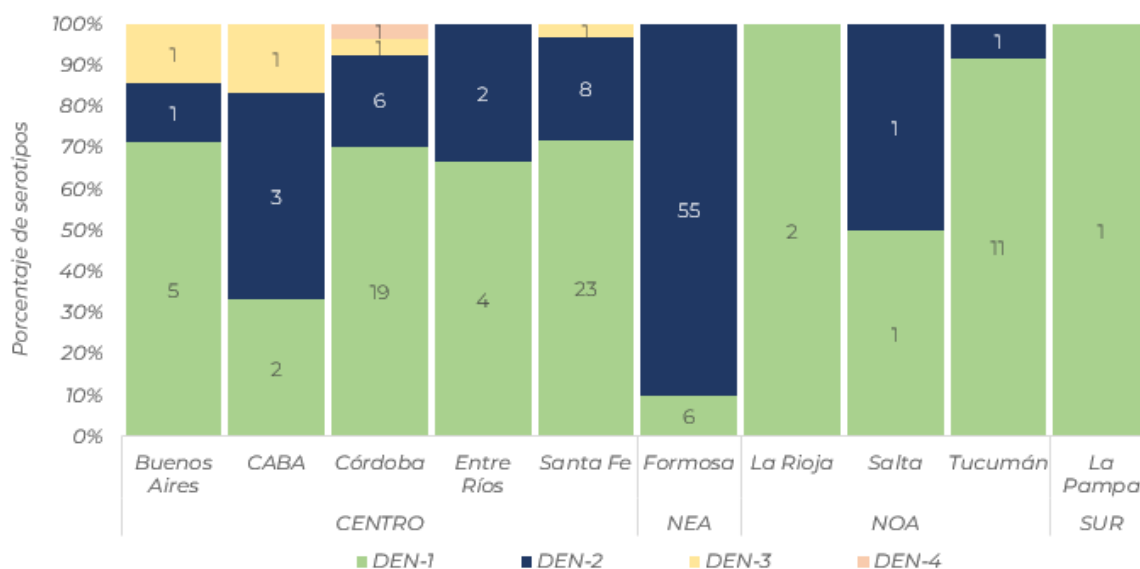
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país.

Gráfico 8. Dengue: identificación de serotipo y antecedente de viaje según semana epidemiológica según fecha mínima. SE31/2024 a SE4/2025. 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=156) según provincia. SE31/2024 a SE4/2025. Argentina.



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

IV.2.E. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL EVENTO “DENGUE EN EMBARAZADAS”

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 en embarazadas” 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 dengue²² en embarazadas de los cuales, 2 casos ha sido confirmados, 1 casos probables, 86 cuentan con laboratorio negativo y 9 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.

IV.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de Fiebre Chikungunya, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2024-2025 (SE31/2024 a SE4/2025).

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; durante el 2024 se han investigado hasta el momento 1691 casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

22 Durante la última semana, las jurisdicciones realizaron una revisión de los casos notificados en el evento “Dengue 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 SE4/2025. 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	102	0	23	0	39	3	20	0	3
CABA	0	5	0	1	0	1	0	1	0	0
Córdoba	0	55	0	11	0	12	3	195	0	0
Entre Ríos	0	19	0	1	0	6	3	25	0	1
Santa Fe	0	565	0	27	0	14	0	8	0	6
Total Centro	0	746	0	63	0	72	9	249	0	10
Mendoza	0	215	0	65	0	34	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0
San Luis	0	0	0	1	0	2	0	6	0	0
Total Cuyo	0	215	0	66	0	37	0	8	0	0
Chaco	14	615	0	229	0	14	0	1	0	1
Corrientes	0	10	0	1	0	7	0	1	0	0
Formosa	0	16	0	2	0	76	0	0	0	0
Misiones	0	40	0	17	0	24	0	0	0	16
Total NEA	14	681	0	249	0	121	0	2	0	17
Catamarca	0	11	0	7	0	1	0	0	0	7
Jujuy	0	25	0	5	0	1	0	1	0	0
La Rioja	0	30	0	21	0	1	0	1	0	1
Salta	0	267	0	146	0	53	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	18	0	6	0	0	0	2	0	0
Tucumán	0	7	0	8	0	59	0	0	0	1
Total NOA	0	358	0	193	0	115	0	4	0	9
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	14	2000	0	571	0	350	9	263	0	36

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 14 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 un caso en la SE2/2025, en distintos departamentos de la provincia, la mayoría en Quitilipi.

IV.4. Vigilancia entomológica

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

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

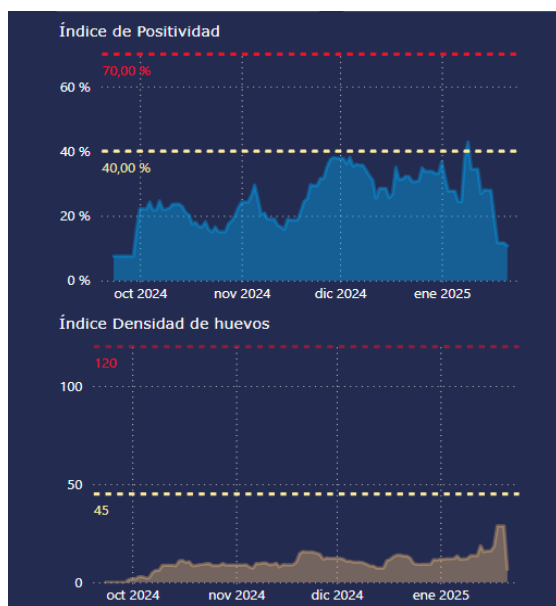
- Índice de Positividad de Ovitrapas (IPO): Expresa la relación entre sensores positivos y examinados, estimando el riesgo entomológico. Este índice permite categorizar el riesgo como bajo (IPO < 40%), moderado (IPO entre 40% y 70%) o alto (IPO > 70%).
- Índice de Densidad de Huevos (IDH): Mide la relación 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.

IV.4.A. EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32 (2024) -SE04 (2025)

Desde la semana epidemiológica (SE) 32 de 2024 hasta la SE 04 de 2025, los datos sistematizados en el Tablero Nacional mantienen un aumento gradual en la positividad (IPO) y, en menor medida, en el IDH.

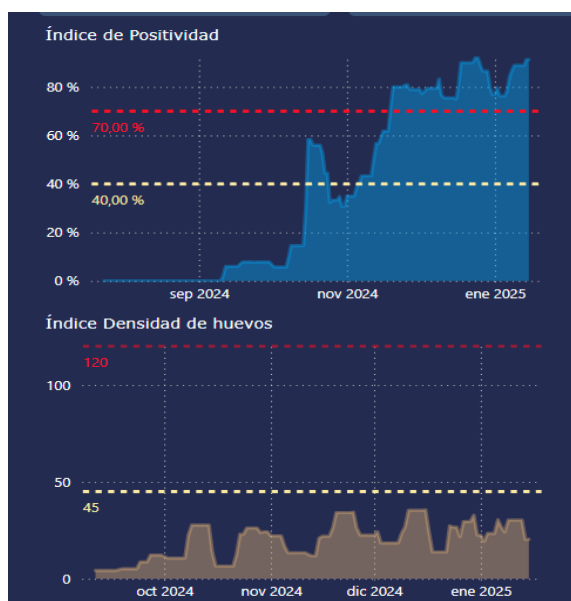
Al desagregar por región, se observa que la región NEA presentó SO positivos desde al menos septiembre de 2024, con un ascenso posterior sostenido hasta enero de 2025, con algunas tendencias oscilantes la última semana. Actualmente, presenta un nivel de riesgo medio.

Gráfico 10. Evolución de IPO e IDH en la región NEA SE 37 (2024)- SE 04 (2025).



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

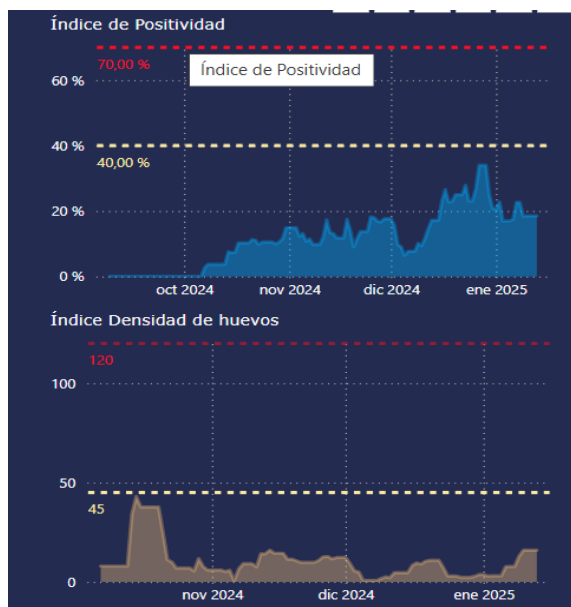
Gráfico 11. Evolución de IPO e IDH en la región NOA SE 37 (2024)- SE 04 (2025).



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En el caso de la región NOA, se observa una tendencia similar a NEA pero con una demora en el inicio de la positividad, que se detectó a partir de octubre de 2024. En este caso, el riesgo entomológico alto se observa a partir de la SE 47 y se sostiene hasta el momento.

Gráfico 12. Evolución de IPO e IDH en la región Centro SE 37 (2024)- SE 04 (2025).



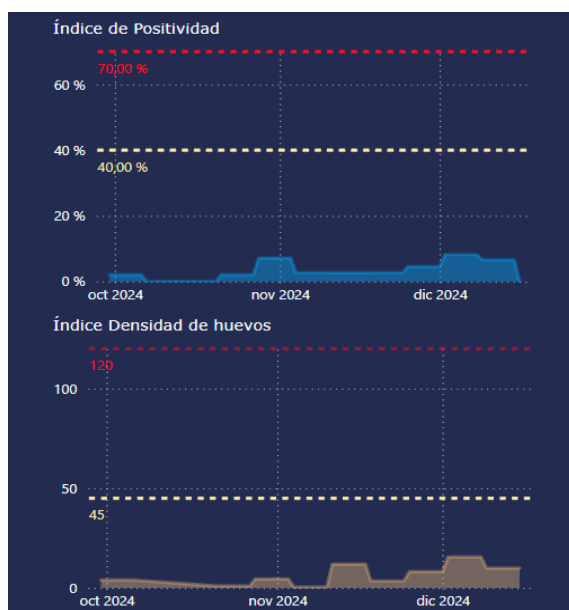
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región CENTRO, el inicio de la positividad se estableció a partir de la SE 41, 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, aunque el

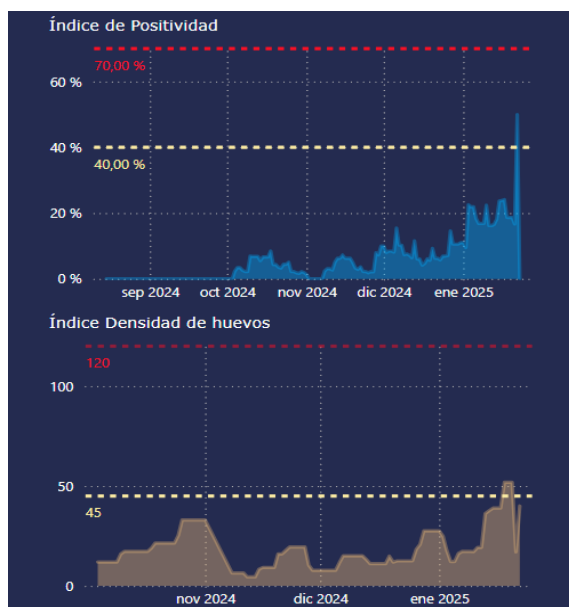
patrón en este caso es oscilante, intercalando períodos de positividad y negatividad. La región CUYO continúa mostrando en términos generales un riesgo asociado bajo.

Gráfico 13. Evolución de IPO e IDH en la región Cuyo SE 37 (2024)- SE 04 (2025).



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Gráfico 14. Evolución de IPO e IDH en la región Sur SE 37 (2024)- SE 04 (2025).



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región SUR, se hallaron sensores positivos a partir de la SE 49, aunque no en todas las jurisdicciones monitoreadas. La tendencia observada muestra un ascenso sostenido con intermitencias, superando en la última semana el nivel de riesgo entomológico moderado.

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.

V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

V.1. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios²³

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 un aumento en América del Norte y el Caribe, alcanzando niveles epidémicos. La actividad del Virus Respiratorio Sincicial (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 en descenso en la mayoría de las subregiones, excepto en Brasil y el Cono Sur, donde, tras un ligero ascenso, 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 un incremento, situándose en niveles epidémicos en todos los países. Durante este período, los virus de influenza predominantes han sido del tipo A(H3N2) y A(H1N1)pdm09. La actividad del VRS ha alcanzado niveles similares a los máximos observados en temporadas previas y ha comenzado un descenso. En contraste, la actividad de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos en comparación con olas anteriores.

Caribe: Los casos de ETI e IRAG han mantenido un descenso en las cuatro últimas SE. La actividad de influenza tras el aumento registrado en semanas previas, ha comenzado a descender en la última SE, predominando el subtipo A(H1N1)pdm09. En cuanto al VRS, su actividad ha mantenido un descenso en las cuatro últimas SE. Asimismo, la actividad de SARS-CoV-2 continúa 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). La actividad del VRS, tras alcanzar niveles similares a los máximos registrados en temporadas previas, continúa en descenso y se encuentra en niveles bajos en las últimas semanas. Por su parte, la actividad de SARS-CoV-2 se ha mantenido en niveles bajos.

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 influenza 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.

²³ Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas- OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

Brasil y Cono Sur: 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 SARSCoV-2 ha registrado un aumento, aunque sigue siendo inferior a los niveles máximos observados en olas previas.

V.2. Síntesis de la información nacional destacada a la SE04/2025

V.2.A. VIGILANCIA CLÍNICA DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI), NEUMONÍA Y BRONQUIOLITIS

- En la semana epidemiológica 3 de 2025 se notificaron 17.715 casos de ETI, 3.589 casos de Neumonía y 1.774 casos de Bronquiolitis en menores de dos años, representando un descenso de las notificaciones de ETI del 57,1% y una disminución de neumonías de 39,3% y de bronquiolitis 57,7%, respecto al mismo período del 2024.

V.2.B. VIGILANCIA DE VIRUS RESPIRATORIOS PRIORIZADOS EN UNIDADES DE MONITOREO AMBULATORIO (UMA)

- Las notificaciones de influenza y VSR permanecen en valores bajos. En las SE3 y 4/2025 se notificaron 8 casos de influenza entre las 67 muestras estudiadas. Para VSR, no se registraron casos positivos entre las 67 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 SE4/2025 se registran 4 casos positivos para SARS COV 2 entre las 38 muestras estudiadas por PCR.

V.2.C. VIGILANCIA DE VIRUS RESPIRATORIOS PRIORIZADOS EN PACIENTES INTERNADOS

- En las primeras semanas del año 2025, las detecciones de influenza y VSR se mantienen en valores bajos. En la SE04/2025, se detectaron 7 casos de influenza y 1 caso de VSR en personas hospitalizadas
- Durante 2024, se notificaron 187 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 SE4/2025 se registraron 11 casos positivos con este diagnóstico.

V.2.D. VIGILANCIA A TRAVÉS DE LA RED DE LABORATORIOS DE VIRUS RESPIRATORIOS

- En las primeras 3 semanas de 2025, aunque se registran casos de influenza, VSR y otros virus respiratorios, los niveles de detección permanecen bajos.
- Posterior al incremento en el número de casos verificado entre las SE32 y SE44 de 2024, se registró un descenso en los casos de SARS-CoV-2.
- Durante la SE3/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, parainfluenza, VSR, adenovirus y metapneumovirus.

V.2.E. VIGILANCIA UNIVERSAL DE COVID-19

- 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. En la SE04 de 2025 se registraron 46 casos confirmados y 1 persona fallecida con este diagnóstico.²⁴

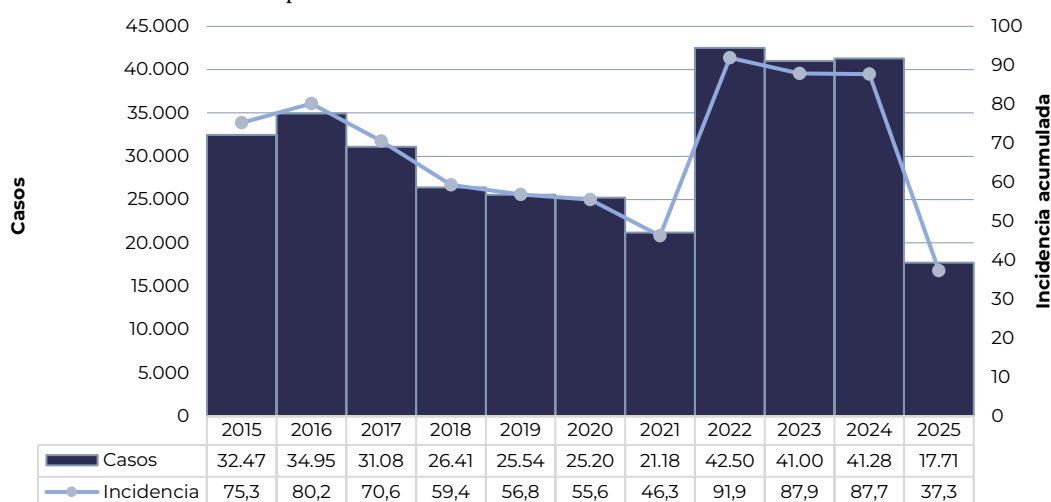
V.3. Vigilancia Clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

V.3.A. ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre las SE1 y 3 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 17.715 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 37,3 casos/ 100.000 habitantes.

Para el periodo 2015 – 2025, el año 2022 registro el mayor número de notificaciones de ETI (42.504 casos), mientras que en la SE3 de 2025 se reportó un nivel de casos inferior en comparación con los años previos.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE3. Total país.

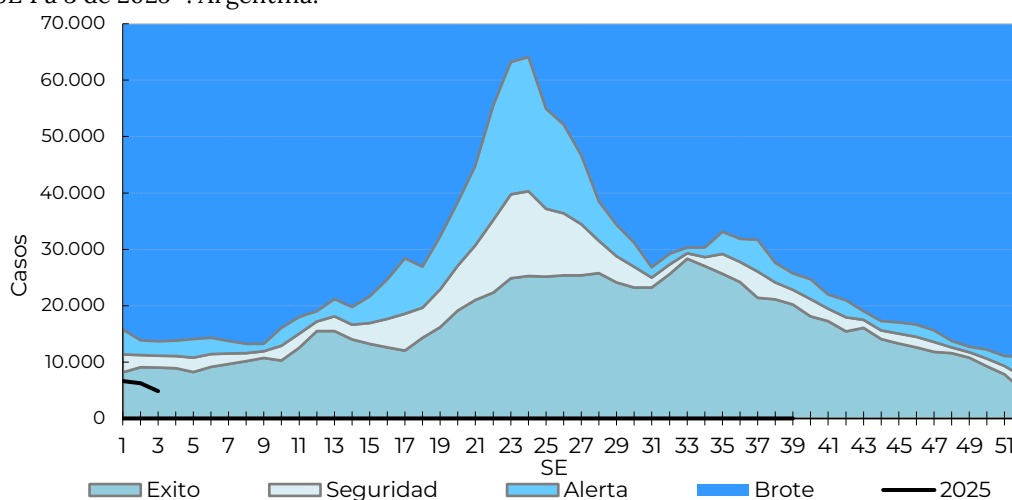


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS²⁰.

Para la SE03 de 2025, las notificaciones de ETI registradas en el SNVS correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, se encuentran dentro de los niveles esperados.

²⁴ Como parámetro temporal, para los casos confirmados de COVID-19 se considera la fecha de inicio del caso construida a partir de la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 3 de 2025²⁵. Argentina.



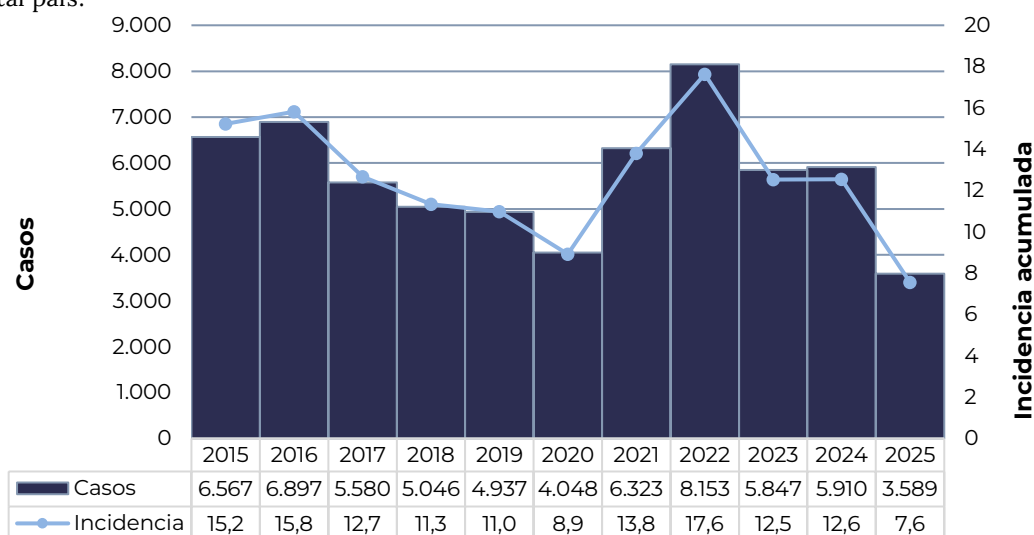
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

V.3.B. NEUMONÍA

Hasta la SE3 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 3.589 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 7,6 casos/ 100.000 habitantes.

Entre 2015 y 2025, las notificaciones de neumonía mostraron el mayor número de casos en 2022 y 2016. Las notificaciones presentan una disminución sostenida desde 2016 hasta 2020, volviendo a incrementarse durante los años 2021-2022, y mostrando una ligera disminución en 2023-2024. Para la SE3/2025, se verifica un menor número de registros en relación a años previos.

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE3. Total país.

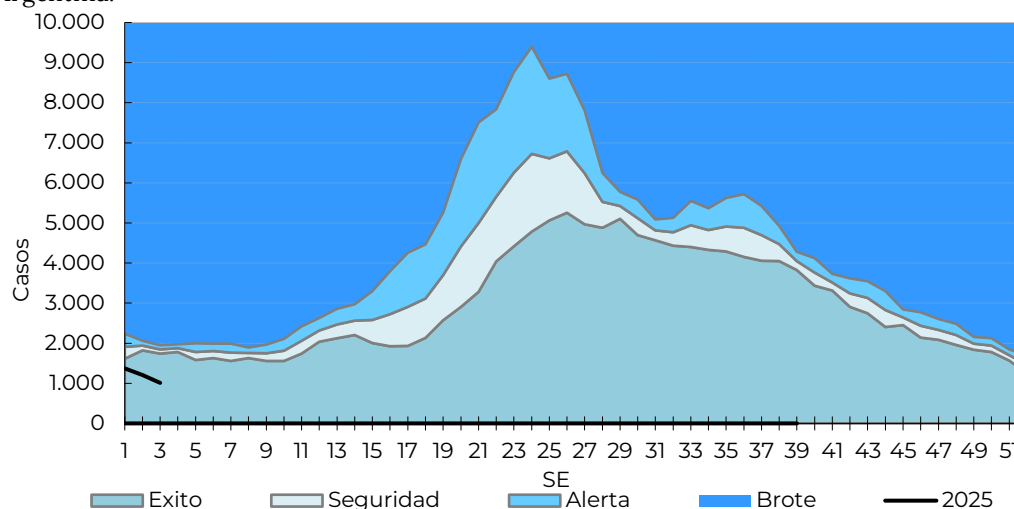


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

²⁵ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

En las primeras 3 semanas de 2025, las notificaciones de neumonía a nivel país se ubican, respecto al comportamiento en años históricos, dentro de los límites esperados.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 3 de 2025²⁶. Argentina.



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

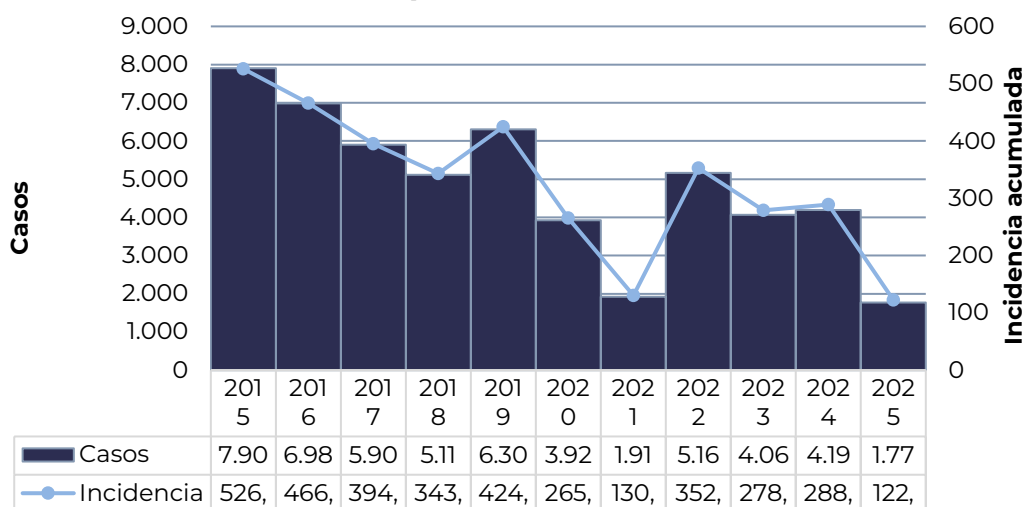
V.3.C. BRONQUIOLITIS

Para las primeras 3 semanas epidemiológicas de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.774 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 122,7 casos/100.000 habitantes.

Entre 2015 y 2025, las notificaciones de bronquiolitis alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso continuo en los años posteriores. A partir de 2019, se observa un ligero incremento, descendiendo nuevamente en 2020 y 2021. Para los años 2022 a 2024 se registra un aumento en las notificaciones de bronquiolitis, mientras que en las primeras dos semanas de 2025 las notificaciones fueron menores en comparación con los registros históricos.

²⁶ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

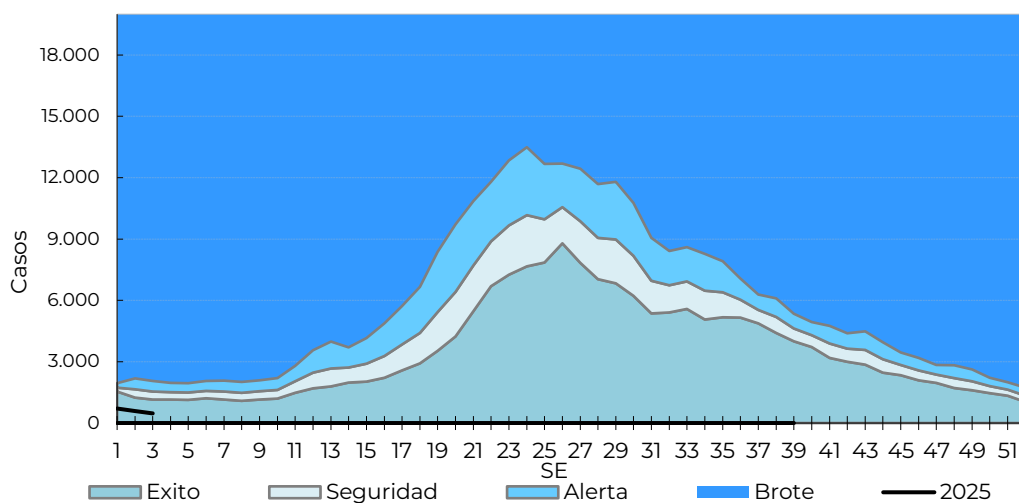
Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE3. Total país.



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.

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

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 3 de 2025²⁷. Argentina.



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

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

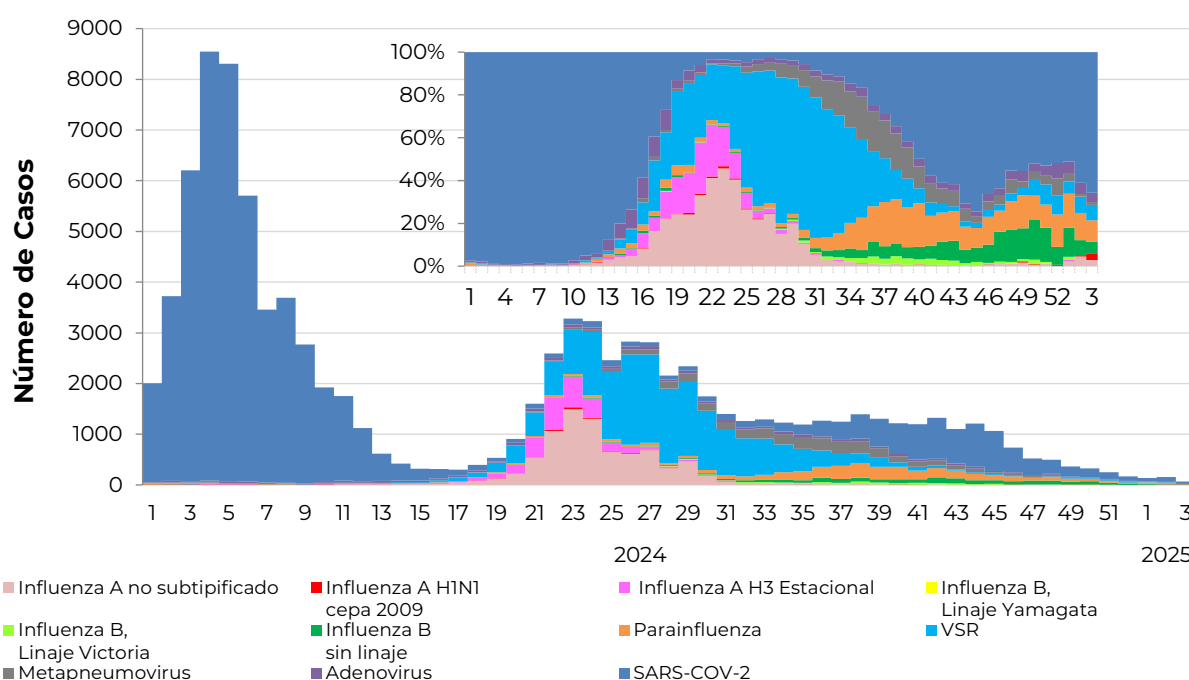
V.4. Detalle: vigilancia universal de virus respiratorios - red de laboratorios

A partir de la SE32 de 2024, se verificó un incremento de los casos de SARS-CoV-2 alcanzando el mayor número de detecciones en SE44, seguido de un descenso posterior. Las detecciones de influenza y VSR se encuentran en niveles bajos.

En 2024, si bien el número de casos de SARS-CoV-2 por SE es menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 81% de los casos entre las SE1 y SE12, con el mayor número de casos registrado entre las SE03 y SE06. Posteriormente, las detecciones semanales disminuyeron y, a partir de la SE32, los casos volvieron a incrementarse, alcanzando un nuevo pico en la SE44, aunque con una magnitud menor al ascenso previo. En cuanto a la influenza, se destacó un aumento pronunciado de las notificaciones entre las SE16 y SE23, con predominio de influenza A (sin subtipificar y A H3N2), concentrándose el 81% de los casos entre las SE18 y SE30. A partir de la SE31, los casos empezaron a disminuir, y hacia las últimas semanas del año, se observó un cambio en el tipo de influenza identificado, con predominio de influenza B (linaje Victoria), que experimentó un aumento. En relación al VSR, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16, alcanzando su máximo en la SE26, con el 91% de las detecciones concentradas entre las SE20 y SE36, y tendencia descendente después del pico alcanzado en la SE26. Respecto a otros virus respiratorios, se observó un aumento en las detecciones de metapneumovirus a partir de la SE23, alcanzando su pico en la SE38. Asimismo, entre las SE30 y SE38, se registró un incremento en los casos de parainfluenza, seguido de un descenso posterior.

Durante la SE3/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, parainfluenza, VSR, adenovirus y metapneumovirus.

Gráfico 1. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE3/2025. Argentina.



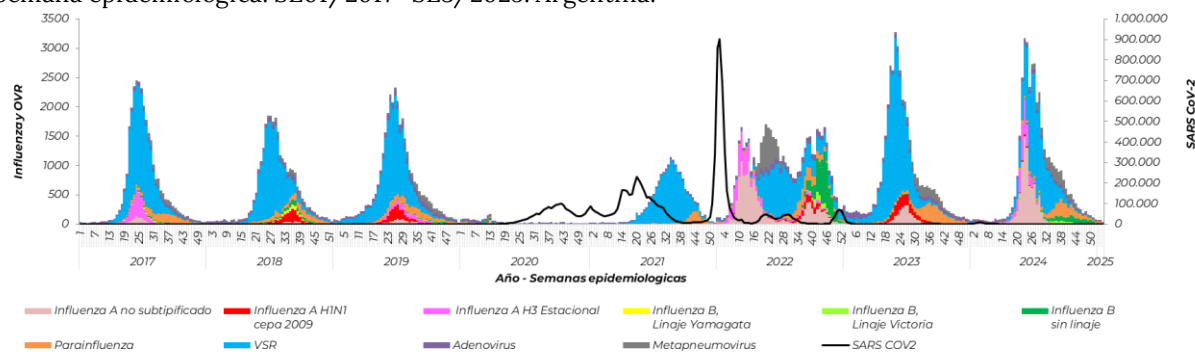
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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

Durante el año 2023, el VSR presentó una actividad estacional adelantada en comparación con la mayoría de los años pre-pandémicos y años 2021-2022, con un rápido ascenso de notificaciones entre SE 13 y 22. El número de detecciones positivas para parainfluenza fue mayor al de todos los años históricos del periodo analizado, con un comportamiento estacional similar al registrado para los años 2017 y 2018.

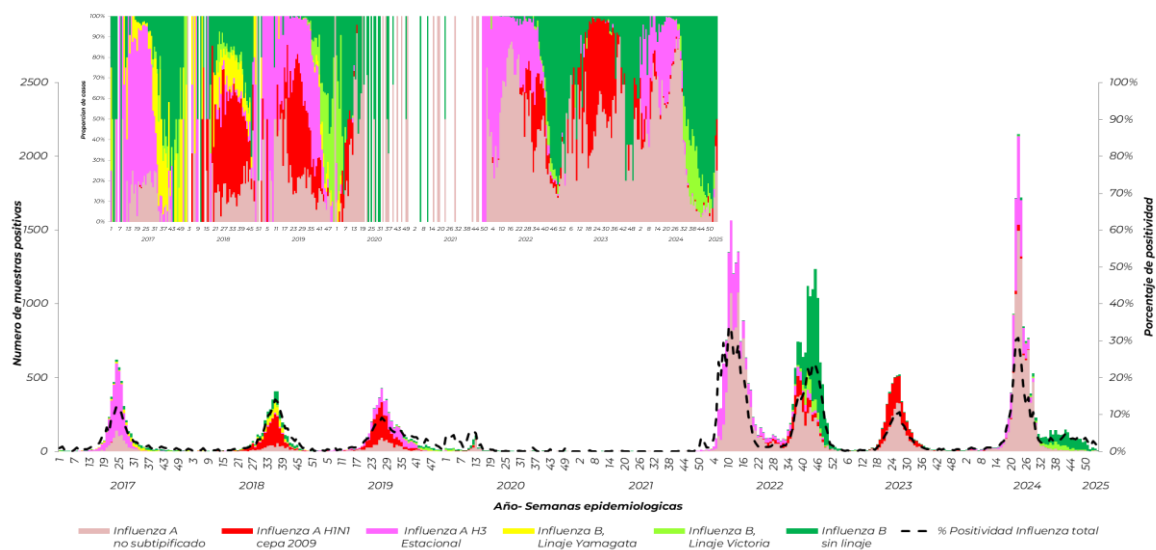
Los casos positivos para adenovirus se identificaron durante todas las semanas del año 2023, con el mayor número de casos notificado en la SE5 -a diferencia del pico de casos entre las SE30 y 37 para los años 2017-2019- y una tendencia descendente de las detecciones semanales durante todo el 2023 luego del mayor número de muestras positivas observadas durante 2022. En cuanto a metapneumovirus, se verificó un descenso de las notificaciones en 2023 respecto a las muestras positivas del año 2022, con un 43,32% menos detecciones en el 2023 y un comportamiento estacional similar al observado en el periodo 2017-2019. En relación a influenza, durante el año 2023 se observó un ascenso de casos entre las SE18-27 de 2023, similar a lo registrado para los años 2017 y 2019.

Gráfico 2. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE3/2025. Argentina.



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

Gráfico 3. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE3/2025. Argentina.



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

ACTUALIZACIÓN **PERIÓDICA DE** EVENTOS

VI. Situación epidemiológica de psitacosis. 2019-2025.

VI.1. Introducción

La psitacosis es una zoonosis causada por la bacteria *Chlamydia psittaci*. La transmisión al hombre se produce principalmente por inhalación del agente, que es excretado por las aves en las heces y en gotitas del tracto respiratorio. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es la presentación más importante de psitacosis humana, no obstante, dado que el diagnóstico suele realizarse solo en casos graves, es probable que la enfermedad esté subdiagnosticada. Las aves aparentemente sanas, pueden ser portadoras y actúan como reservorios del agente causal en todo el mundo. Las aves psitácidas (loros, cotorras y guacamayos) son las que se han asociado más frecuentemente con la transmisión de *C. psittaci* a humanos, pero también se ha evidenciado la transmisión zoonótica a partir de palomas, pavos, pollos y patos²⁸.

VI.2. Metodología

El siguiente informe se realizó con información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) con datos registrados en el evento Psitacosis.

Se consideraron como casos confirmados de psitacosis a aquellos que cumplen con uno o más de los siguientes criterios: métodos directos positivos para *Chlamydia psittaci* (PCR o aislamiento), seroconversión de anticuerpos IgG y nexos epidemiológico, y casos clasificados por el notificador como “confirmado *Chlamydia psittaci*”. Se consideraron casos probables a aquellos que tuvieron resultado positivo de anticuerpos IgG en una sola muestra con un valor título mayor a 1/160 y nexos epidemiológico. Los casos que no quedaron clasificados en alguna de las categorías precedentes se consignaron como “en estudio”²⁹.

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

En una primera instancia, se analizaron los datos entre la SE 01 2019 hasta SE 4 2025. Luego, para un análisis más exhaustivo, se analizaron los datos entre la SE1/2024 hasta la SE4/2025.

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

Entre la SE 01/2019 y la SE 52/2024, en Argentina se notificaron un total de 378 casos confirmados y 67 probables de psitacosis.

Con respecto a los casos acumulados por año en el período analizado, el año con mayor número de casos confirmados y probables fue el 2024 (216) donde se observó un incremento del 307% con respecto al 2023. El menor número de casos confirmados y probables ocurrió

²⁸ Hogerwerf, L., Roof, I., de Jong, MJK et al. Fuentes animales de transmisión zoonótica de psitacosis: una revisión sistemática. BMC Infect Dis 20, 192 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12879-020-4918-y>

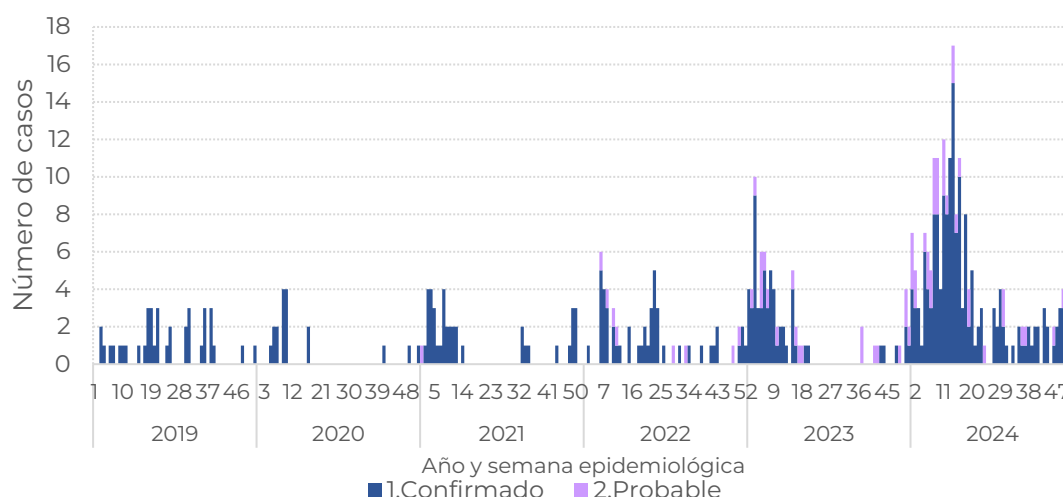
²⁹ Incluye caso descartados, negativos por PCR o por serología en una única muestra aguda, confirmados para otro diagnóstico y casos sin muestra adecuada o aún no reportado el resultado.

en el año 2020 (18), coincidente éste último con el año de inicio de la pandemia por SARS-CoV-2.

En la curva de casos confirmados y probables se observan, a nivel nacional, aumentos en las primeras semanas epidemiológicas de cada año que corresponden a los meses más calurosos del año, con un pico máximo en la SE14 de 2024 (15 confirmados y 2 probables).

Luego la curva desciende, sin registrar casos en las SE 24-26, 32, 34 y 42 de 2024. Desde SE 43 de 2024 se registran casos en todas las semanas epidemiológicas, comenzando a aumentar a partir de SE 48, coincidente con el aumento en las temperaturas del período estival.

Gráfico 1. Casos confirmados y probables de psitacosis según semana epidemiológica y año. Argentina, SE 1 2019 a SE 52 2024. (N=445)



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

En la siguiente tabla se presenta la distribución geográfica por regiones del país de los casos confirmados y probables para el período 01/2019 y la SE 52/2024.

Tabla 1. Casos de psitacosis confirmados y probables e incidencia acumuladas según región y total país. Argentina, Acumulados SE 01 2019 a SE 52 2024. (n=445)

Región	Casos	Incidencia acumulada c./ 100.000 hab.
CENTRO	388	1,31
CUYO	23	0,69
NEA	1	0,02
NOA	24	0,42
SUR	9	0,30
Total país	445	0,97

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

Puede observarse que el 85% de los casos (confirmados o probables) se concentraron en la región Centro. En la siguiente tabla se muestran los casos desagregados por jurisdicción.

Tabla 2. Psitacosis: Casos confirmados por jurisdicción y región según año, Argentina. Período SE 01 2019 a SE 52 2024 (n=445)

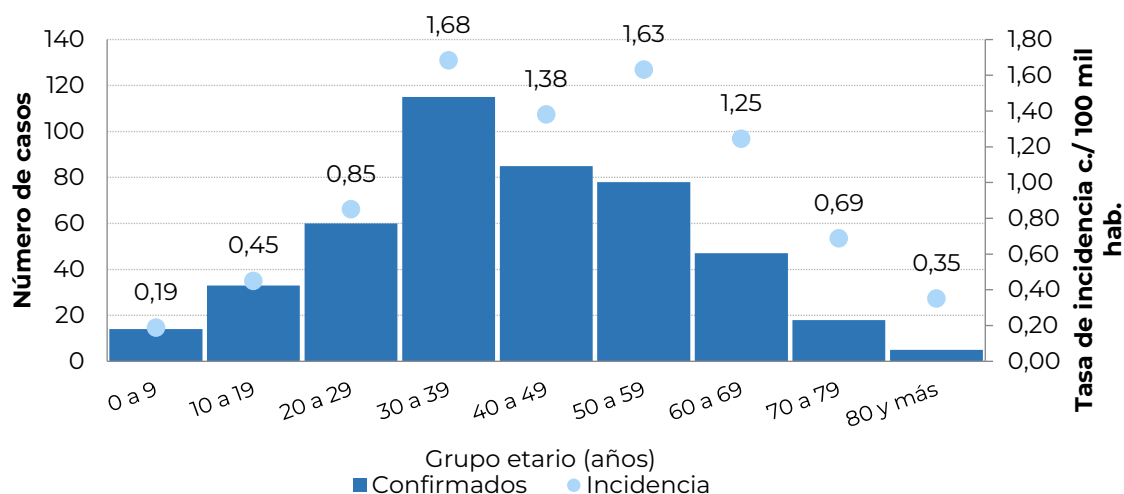
Provincia	Casos					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Buenos Aires	16	2	5	22	25	103
CABA	2	3	1	3	8	7
Córdoba	2	1	13	2	4	7
Entre Ríos	4	7	11	15	16	54
Santa Fe	0	3	7	8	19	18
Centro	24	16	37	50	72	189
Mendoza	1	0	0	1	0	3
San Juan	2	0	0	1	0	7
San Luis	2	0	0	0	1	5
Cuyo	5	0	0	2	1	15
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Chaco	0	0	0	0	0	1
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	0	0
NEA	0	0	0	0	0	1
Catamarca	0	1	0	0	0	2
Jujuy	6	1	0	3	0	1
La Rioja	0	0	0	0	0	0
Salta	1	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	4
Tucumán	0	0	0	0	4	1
NOA	7	2	0	3	4	8
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	3	0	1	2
Neuquén	0	0	0	0	0	0
Río Negro	2	0	0	0	0	1
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Sur	2	0	3	0	1	3
Total País	38	18	40	55	78	216

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

El 58% (260) de los casos registró información en el componente epidemiológico del SNVS, de los cuales el 39% cuenta con al menos un contacto con aves y/o con sus deyecciones. Además, se presentaron *clusters* de casos por contacto con psitácidos (loros, cotorras, etc.) que se encontraron en la calle o en el campo, y fueron adoptados por algún miembro de una familia, llevando el ave al domicilio y enfermando a varios miembros del grupo familiar que estuvieron en contacto con el ave. También se encontraron casos que tuvieron contacto con aves aparentemente sanas. Adicionalmente se registraron casos aislados de personas con exposición ambiental a secreciones de las mismas, algunos de ellos en ámbitos laborales (campo, hospital con muchas palomas, etc.), destacándose especialmente las tareas de limpieza.

Entre los casos confirmados, 9 contaron con antecedente de viaje a alguna jurisdicción distinta a la de residencia (Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Jujuy y Misiones), y a países de la región como Bolivia y Perú.

Gráfico 2. Psitacosis: Casos confirmados y probables y tasa de incidencia (c./100 mil hab.) según grupo etario. Argentina, SE 1 2029 a SE 04 2025. (N=455)

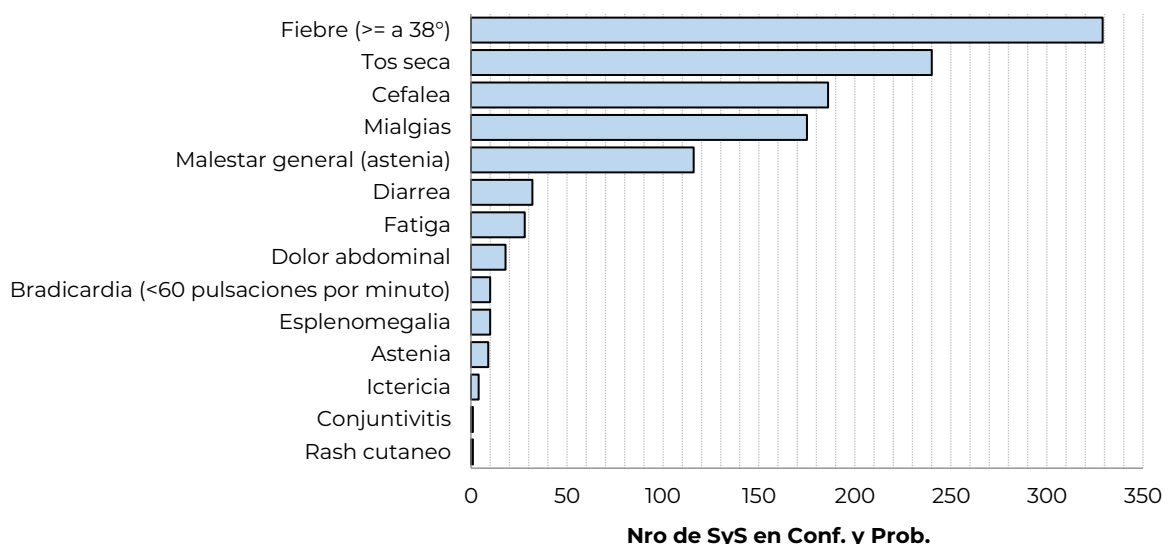


Fuente: Dirección de Epidemiología y Coordinación de Zoonosis a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En cuanto a la distribución por grupo etario y sexo, se observa que tanto la mayor cantidad de casos como el valor más alto de incidencia acumulada cada 100.000 hab. de casos se concentra en el grupo etario de 30 a 39 años. La mediana de edad de los casos es de 40 años. La distribución de los casos por sexo es similar, correspondiendo el 50,4% al sexo masculino.

Al analizar la información clínica de los casos confirmados y probables se observó que, el 93% de los casos contaron con los signos y síntomas consignados en el SNVS. De ellos, los más frecuentes fueron: fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (76%), neumonía (56%), tos seca (55%), cefalea (43%), mialgias (40%) y malestar general (27%). Cabe destacar, que el número de signos y síntomas es mayor que el número de casos dado que cada caso puede presentar más de un síntoma.

Gráfico 3. Psitacosis: Signos y síntomas más frecuentes en casos confirmados y probables Argentina. SE 1 2019 a SE 04 2025. (N=1159)



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

De los 455 casos de psitacosis, 286 (64%) consignaron la condición de internados en el SNVS, 91 (32%) requirieron cuidados intensivos y 21 fallecieron. Entre los pacientes en UTI los grupos de edad que registraron el mayor número de casos fueron 40 a 44 años (14) seguido

por 35 a 39 años (10).

La mediana de edad de los casos fallecidos fue de 40 años. Según la provincia de residencia, 10 casos eran residentes de Entre Ríos, 7 casos fallecidos de Buenos Aires, y los restantes eran residentes de CABA, Mendoza, San Luis, Santa Fe y Santiago del Estero con un caso en cada jurisdicción.

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

Durante las primeras cuatro semanas del año 2025, se realizaron 84 notificaciones al SNVS 2.0 de las cuales 9 casos fueron confirmados y 1 caso probable. Aquellos casos se registraron en las regiones del Centro (Buenos Aires, Entre Ríos y Santa Fe), Cuyo (Mendoza y San Juan) y Sur (La Pampa y Río Negro).

Los casos confirmados y probables fueron notificados en mayores de 20 años en igual proporción para el sexo femenino y el masculino.

Nueve de los casos fueron internados y sólo 4 de ellos requirieron cuidados intensivos. Hasta la SE 4/2025, se registró 1 caso fallecido en la provincia de Mendoza correspondiente a una mujer de 38 años de edad la cual contó con exposición a fuente ambiental (excreciones, polvo contaminado, otros) como antecedente epidemiológico.

VI.5. Laboratorio: tipos de muestra y ensayos para el estudio etiológico

Para la detección del agente patógeno las muestras de utilidad son:

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

*No es la muestra de elección.

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

- PCR Múltiple anidada: (16S rRNA)¹

- PCR Múltiple en tiempo real (rtPCR): *C. pneumoniae* (Arg R) y *C. psittaci* (CPSIT_RS01985)

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

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

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

VI.6. Circuito de muestras

En el caso que se trate de un paciente con neumonía grave con nexo epidemiológico para psitacosis o sin nexo epidemiológico, pero con alta sospecha de neumonía atípica, y en donde la Institución o su Jurisdicción no tenga la posibilidad de realizar las técnicas moleculares y/o serológicas arriba descritas, puede enviar las muestras al Servicio Bacteriología Clínica - INEI ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” (Tel: 11 - 3754 4012) (Dra. María Estela Cadario/Dra. Claudia Lara) con su respectiva ficha de derivación <https://bacteriologiaclinica.jimdofree.com/>

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

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

VII. Situación epidemiológica de Sífilis en embarazadas y Sífilis congénita. 2019-2024.

VII.1. Introducción

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*, cuyo principal reservorio es el humano, y que se adquiere principalmente por contacto sexual con una persona infectada (generalmente por el contacto con úlceras infecciosas presentes en la región genital, el ano, el recto, los labios o la boca); por transmisión perinatal por vía transplacentaria o durante el parto, o por transfusión de sangre. La transmisión sexual ocurre típicamente durante la sífilis primaria, secundaria o latente temprana.

La evolución natural y sin tratamiento de la sífilis se divide en etapas:

- Sífilis temprana: transcurre dentro del primer año de adquirida la infección e incluye los siguientes estadios: sífilis primaria, sífilis secundaria y sífilis latente temprana.
- Sífilis tardía: transcurre luego del primer año de adquirida la infección e incluye los siguientes estadios: sífilis latente tardía y sífilis terciaria.
- Neurosífilis: transcurre en cualquier estadio de la infección de manera sintomática o asintomática

La elección del método diagnóstico dependerá del estadio de la enfermedad, de la presentación clínica y de los antecedentes epidemiológicos.

La sífilis es considerada un problema relevante de salud pública, que dispone de medidas eficaces para su prevención, diagnóstico, tratamiento y control. El desafío sanitario es la organización integral e implementación de la respuesta para minimizar el impacto en la salud de la población.

En particular, la sífilis congénita representa una de las manifestaciones más graves de esta enfermedad, imponiendo una elevada carga de morbilidad y mortalidad. Cuando la infección en la embarazada no es detectada ni tratada en una etapa temprana del embarazo, el riesgo de transmisión vertical alcanza hasta el 80%, con consecuencias devastadoras para el feto, como aborto o muerte perinatal, que ocurren en hasta el 40% de los casos. Y en el recién nacido, con un amplio espectro de repercusiones clínicas desde leves hasta con grave compromiso.

La eliminación de la sífilis congénita es un objetivo alcanzable mediante esfuerzos concertados que incluyan la prevención, el diagnóstico oportuno —tanto preconcepcional como en cada trimestre del embarazo— y el tratamiento adecuado de todas las embarazadas infectadas, así como de sus parejas sexuales.

Este informe aborda la situación de la sífilis en embarazadas y su impacto en la sífilis congénita, destacando la importancia de fortalecer las intervenciones sanitarias para su prevención, control y eliminación. El objetivo principal es caracterizar el comportamiento de la notificación de casos de sífilis en embarazadas y de sífilis congénita notificados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud durante el período 2019-2024.

El análisis de la información se realizó considerando las modificaciones en la modalidad y estrategia de vigilancia implementadas a partir de la Actualización de las Normas de Vigilancia y Control y el Manual de Normas correspondiente, según lo establecido en la Resolución 2827/2022.

Debido a la complejidad de la vigilancia de este evento, los datos presentados pueden estar sujetos a revisión y actualización, considerando posibles ajustes en la notificación y el registro. En particular, la sífilis en embarazadas y la sífilis congénita presentan desafíos adicionales en su vigilancia, dado que la clasificación de los casos depende no solo de criterios clínicos y laboratoriales, sino también del conocimiento detallado de los antecedentes maternos. Factores como la cicatriz serológica y la evolución del seguimiento de los expuestos pueden influir en la clasificación final de los casos. Más allá de sujeta a modificaciones, la información presentada en este informe busca resaltar la importancia de la vigilancia sistemática del evento y el aumento sostenido verificado en los últimos años.

VII.2. Sífilis en embarazadas

VII.2.A. MODALIDAD DE VIGILANCIA Y NOTA METODOLÓGICA

La vigilancia epidemiológica de la sífilis en embarazadas y de la sífilis congénita forma parte de la estrategia para la eliminación de las Enfermedades de Transmisión Materno-Infantil (ETMI), un compromiso asumido por los países de la Región de las Américas con el objetivo de erradicar la transmisión vertical del VIH, las infecciones de transmisión sexual (ITS), la Hepatitis B y el Chagas congénito como problemas de salud pública (OPS, 2017).

En nuestro país, la sífilis en embarazadas y la sífilis congénita están incluidas como eventos de notificación obligatoria, según lo establecido por la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022.

La notificación implica dos modalidades de vigilancia: agrupada y nominal.

La modalidad agrupada numérica semanal de la estrategia de vigilancia por red de laboratorios consiste en la notificación semanal de dos indicadores principales: la cantidad de muestras estudiadas y positivas mediante pruebas de tamizaje y la cantidad de muestras estudiadas y positivas mediante pruebas confirmatorias. Es importante señalar que estas categorías pueden variar entre jurisdicciones debido al uso de algoritmos para el diagnóstico de la sífilis, tanto el tradicional o del reverso³⁰.

Para el análisis de las notificaciones agrupadas del período 2019-2024, se consideraron los datos de los grupos de eventos “Sífilis en embarazadas - primer control” y “Sífilis en embarazadas - controles sin especificar”. En ambos casos, se incluyeron los siguientes eventos: “Sífilis por pruebas de tamizaje (E)” y “Sífilis por pruebas confirmatorias (E)”.

Para el análisis de las notificaciones nominales, se utilizó el evento “Sífilis en embarazadas” del SNVS 2.0, del que se excluyeron los casos clasificados de forma manual como “Invalidados por Epidemiología” y “Caso Descartado”. También, se excluyeron aquellos casos que tuvieran menos de 15 años de edad y aquellos mayores de 49 años al momento del diagnóstico. Se consideraron casos confirmados de sífilis a aquellos que cumplen con los siguientes criterios: casos con método directo positivo; casos con resultado de laboratorio de prueba no treponémicas reactiva con alto título; casos con resultado de laboratorio de prueba no

³⁰ Ver algoritmos en [Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas – Iniciativa ETMI-PLUS \(Edición 2024\)](#)

treponémicas reactivas (con o sin especificar la dilución) y prueba treponémica reactiva; y casos con prueba treponémica reactiva o sin laboratorio y clasificación epidemiológica confirmada o probable. Para determinar el año de diagnóstico, se construyó una fecha final utilizando la “Fecha de toma de muestra”; en los casos donde esta información no estaba disponible, se recurrió a la “Fecha de apertura”. En cuanto a la procedencia de los casos, se priorizó la variable “Provincia de residencia”; cuando ésta no estaba consignada, se utilizó como alternativa la variable “Provincia de carga”. En relación al sexo, se empleó la variable “Sexo al Nacer” como criterio principal. Para los casos en los que esta información no estaba registrada, se utilizó como reemplazo la variable “Sexo Legal”.

Para el cálculo de los casos de sífilis en el embarazo por cada 1.000 nacidos vivos, se utilizó como referencia la información publicada por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) sobre los nacidos vivos registrados.

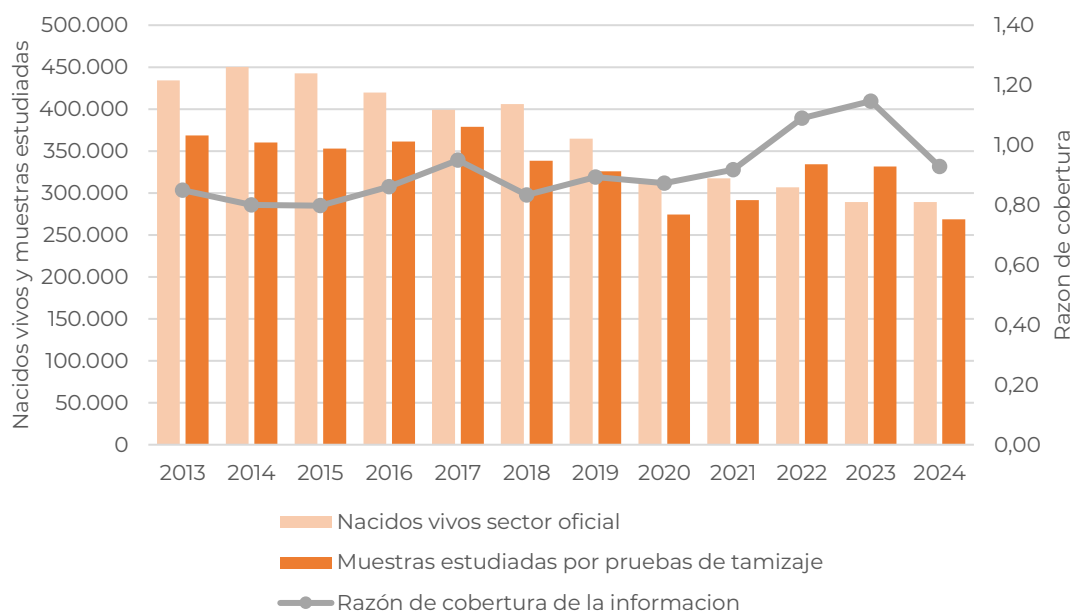
VII.2.B. SITUACIÓN DE SÍFILIS EN EMBARAZADAS EN ARGENTINA

Caracterización a partir de la notificación agrupada de laboratorio

La sífilis ha sido objeto de vigilancia epidemiológica continua debido a su impacto significativo en la salud pública. La información producida representa un importante aporte para la planificación de estrategias de prevención, control y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.

En el siguiente gráfico, se presenta la tendencia en el número de muestras estudiadas por pruebas de tamizaje para sífilis en embarazadas y la razón entre las muestras notificadas al SNVS 2.0 y los nacidos vivos del sector oficial de cada año para el total país.

Gráfico 1. Muestras de tamizaje estudiadas para sífilis en embarazadas y razón sobre nacidos vivos en el sector oficial (NVSO). Argentina. Período 2013-2024.

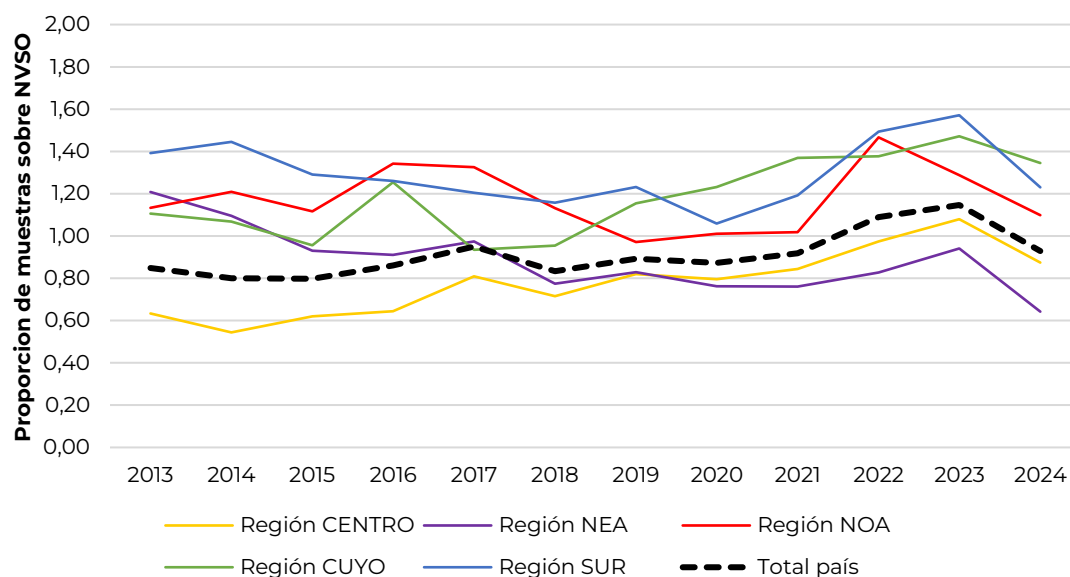


Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del SIVILA y el SNVS 2.0

Puede verificarse que entre 2013 y 2017 -cuya fuente es el SIVILA-SNVS- las muestras notificadas oscilaron entre 353.000 y 379.000 (mayor número de la serie analizada); mientras que entre 2018 y 2024 (SNVS2.0) las muestras oscilaron entre 268.711 (en 2024, probablemente asociado al retraso en la notificación y dato que está sujeto a modificación conforme las jurisdicciones completen los datos de 2024) y 334.202 (valor alcanzado en 2022, inferior a toda la serie previa). No obstante, la razón de cobertura -cuyo cálculo se basa en relacionar

la cantidad de muestras estudiadas para sífilis por pruebas de tamizaje en embarazadas en un año y los nacidos vivos del sector oficial de ese mismo año- asciende como resultado de la disminución de nacidos vivos (sobre todo a partir de 2018), a pesar de no verificarse una tendencia al aumento de las muestras notificadas. También se destaca que la cantidad de muestras notificadas en 2020 y 2021 fueron las más bajas, luego de 2024 hasta el momento, en consonancia con la afectación de la vigilancia epidemiológica relacionada con la pandemia de COVID-29.

Gráfico 2. Razón de cobertura de la información de muestras estudiadas por pruebas de tamizaje para sífilis en embarazadas sobre nacidos vivos en el sector oficial (NVSO) según región del país. Argentina. Período 2013-2024.

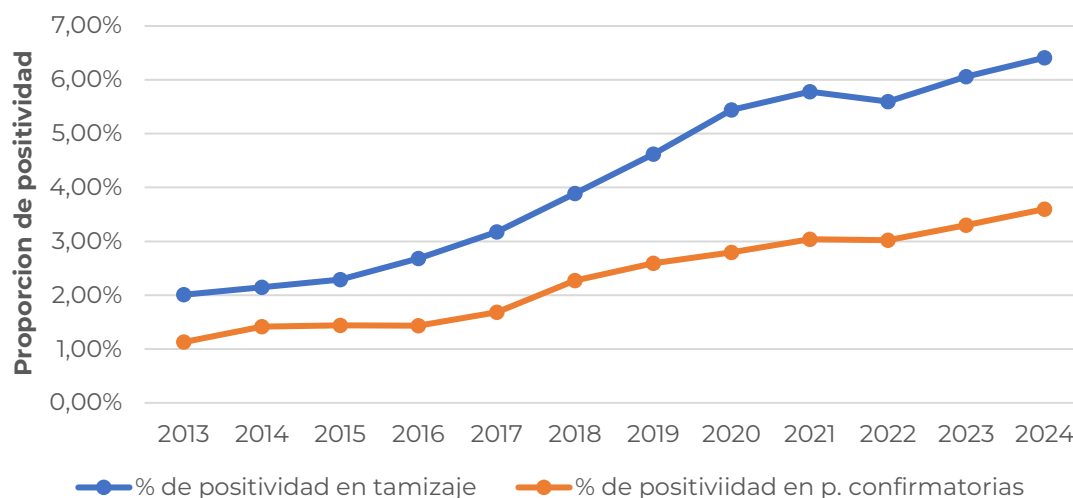


Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del SNVS 2.0

En cuanto a las diferencias regionales puede observarse en el Gráfico 2 que las regiones de Cuyo, Sur y NOA son las que presentan mayor representación de su información muestras que la región del NEA y Centro son las que han logrado una menor representación en los últimos años.

En relación con el porcentaje de positividad de las muestras estudiadas y las muestras positivas para el total país, tanto en tamizaje como en confirmatorias, se observa un aumento sostenido durante toda la serie en la carga de sífilis detectada en la población analizada.

Gráfico 3. Proporción de positividad de pruebas de tamizaje y pruebas confirmatorias en embarazadas según año. Argentina. Periodo 2013 - 2024.



Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del SNVS 2.0

Caracterización a partir de la notificación nominal

Para caracterizar la situación de la vigilancia de Sífilis en embarazadas, a continuación se analiza la frecuencia y distribución de casos de confirmados de sífilis notificados de forma nominal.

Durante el período 2019-2024, en Argentina se notificaron de forma nominal al Sistema Nacional de Vigilancia un total de 55.160 casos de sífilis en embarazadas, con un promedio anual en el período los 9193 casos, con un mínimo de 8078 en 2020 y un máximo de 9957 en el año 2023.

Para caracterizar la magnitud del evento en la población, se estimó la razón de casos de sífilis en embarazadas por cada 1.000 nacidos vivos. Este enfoque permite detectar una tendencia al aumento dado que los casos aumentan al tiempo que disminuye la cantidad de embarazadas producto de la disminución del número de nacidos vivos. A su vez se registran diferencias jurisdiccionales y regionales en estos indicadores que pueden observarse en la Tabla 1.

Tabla 1. Casos y razón de sífilis en embarazadas por 1.000 nacidos vivos. Argentina, SE 1 a SE 52, período 2019-2024 (n = 55.160).

Jurisdicción	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón
Buenos Aires	3196	14,0	2669	13,9	3000	15,8	2679	15,4	2722	16,8	2787	17,2
CABA	375	11,0	397	14,1	376	14,4	293	11,9	293	12,2	219	9,1
Córdoba	956	18,8	1025	23,1	1388	31,4	1431	34,4	1597	41,9	1682	44,1
Entre Ríos	171	8,9	163	9,6	173	10,5	304	20,1	295	21,0	216	15,3
Santa Fe	844	17,9	844	21,3	948	21,9	1135	27,4	1223	32,5	1262	33,5
Centro	5542	14,6	5098	15,9	5885	18,4	5842	19,7	6130	22,2	6166	22,3
San Luis	114	17,2	135	22,5	217	36,1	205	36,9	191	38,5	151	30,4
San Juan	169	13,5	150	13,7	174	15,6	129	12,4	69	7,0	131	13,4
Mendoza	274	10,0	170	7,2	273	11,9	282	13,3	261	13,0	331	16,5
Cuyo	557	12,0	455	11,3	664	16,6	616	16,5	521	15,0	613	17,6
Chaco	476	21,5	428	23,2	379	20,3	369	20,4	619	36,9	650	38,8
Corrientes	121	6,7	64	3,9	38	2,4	212	14,7	465	32,6	326	22,9
Formosa	280	27,3	275	29,8	281	31,9	301	35,5	356	43,2	194	23,5
Misiones	405	17,6	321	15,2	436	21,2	421	21,5	380	20,1	391	20,7
NEA	1282	17,4	1088	16,6	1134	17,8	1303	21,5	1820	31,3	1561	26,8
Catamarca	132	23,0	105	21,2	112	23,5	150	31,4	173	40,7	214	50,4
Jujuy	120	11,6	119	13,0	107	12,7	114	14,6	159	21,6	144	19,6
La Rioja	62	11,7	117	25,6	39	8,5	100	22,8	35	8,4	6	1,4
Salta	564	24,6	466	25,9	414	20,3	413	22,1	392	23,1	320	18,9
Sgo. del Estero	134	7,9	146	10,7	131	9,6	128	11,0	107	9,0	119	10,0
Tucumán	296	11,8	246	11,4	317	14,4	293	14,2	223	12,0	208	11,2
NOA	1308	15,1	1199	16,7	1120	15,2	1198	17,6	1089	17,2	1011	16,0
Chubut	72	9,2	51	7,3	45	7,0	77	12,5	78	14,4	78	14,4
La Pampa	80	18,6	80	21,4	53	14,8	83	23,7	73	22,5	65	20,1
Neuquén	51	5,4	31	3,8	48	6,2	51	6,8	70	10,2	115	16,7
Río Negro	52	5,3	38	4,4	65	8,1	106	13,1	114	15,5	91	12,3
Santa Cruz	23	4,9	17	4,1	15	4,2	31	8,5	46	14,7	35	11,2
T. del Fuego	28	11,7	21	11,1	29	16,5	15	9,7	16	11,1	15	10,4
Sur	306	7,9	238	7,1	255	8,2	363	11,9	397	14,4	399	14,5
Total País	8995	14,4	8078	15,2	9058	17,1	9322	18,9	9957	21,7	9750	21,2

Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS 2.0

La región del NEA se destaca por presentar las razones más elevadas de sífilis en embarazadas durante todo el período analizado. A partir de 2021, se observa un incremento sostenido, con un pico en 2023 de 31 casos por cada 1.000 recién nacidos vivos, seguido de un leve descenso en 2024 (26). Esta tendencia sugiere una persistente alta carga de enfermedad en la región, con valores significativamente superiores al promedio nacional.

En contraste, la región del NOA exhibe valores más estables, con oscilaciones moderadas. Si bien alcanza su punto más alto en 2022 (17), en los últimos años muestra una leve tendencia descendente, ubicándose en 16 casos por cada 1.000 recién nacidos vivos en 2024.

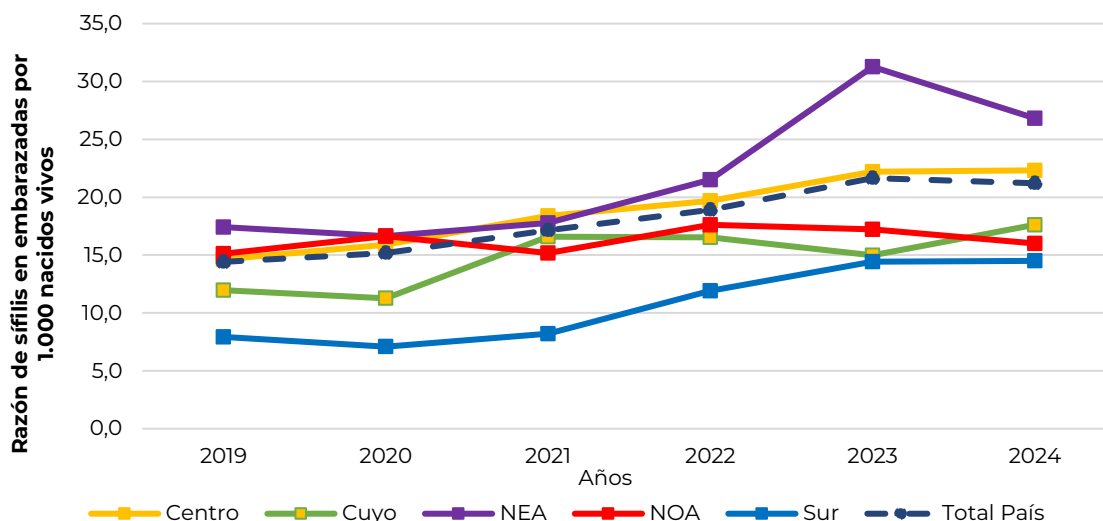
Las regiones de Centro y Cuyo presentan razones relativamente cercanas al promedio nacional, aunque con dinámicas distintas. En el Centro, se observa un crecimiento sostenido desde 2019, alcanzando su valor más alto en 2024 con 22 casos por cada 1.000 nacidos vivos. En cambio, Cuyo muestra mayor variabilidad: tras un mínimo en 2020 (11), presenta un incremento progresivo en los últimos años, llegando a 17 en 2024.

Por su parte, la región Sur mantiene las razones más bajas en todo el período, aunque con una tendencia creciente. En 2019 registra 7 casos por cada 1.000 nacidos vivos, y a partir de 2021 evidencia un aumento progresivo hasta alcanzar 14 en 2024.

A nivel nacional, la razón de sífilis en embarazadas sigue una tendencia ascendente, con incrementos constantes desde 2019 hasta su punto máximo en 2023 (21). En 2024, se observa una leve reducción, situándose en 21 casos por cada 1.000 nacidos vivos, lo que sugiere una posible estabilización de la tendencia, aunque en niveles elevados. En comparación con 2019,

cuando la razón era de 14 casos por cada 1.000 nacidos vivos, esto representa un aumento del 50 %, evidenciando un crecimiento sostenido a lo largo del período analizado.

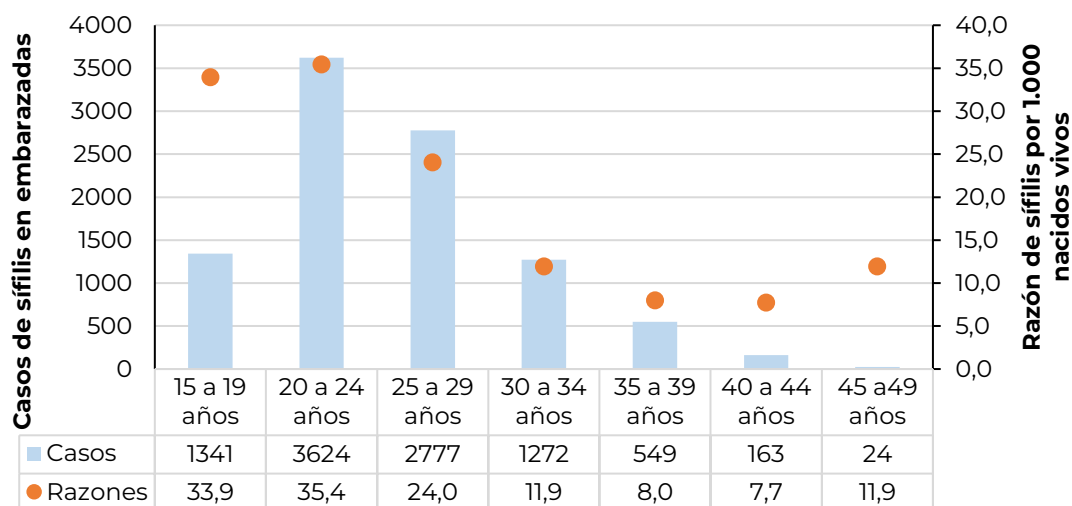
Gráfico 3: Evolución de la razón de casos notificados de sífilis confirmada en embarazadas por 1.000 nacidos vivos, según región. Argentina, período 2019-2024 (n=55.160).



Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS 2.0

En cuanto a la afectación por grupos de edad, en el año 2024 el mayor número de casos reportados corresponde al grupo de 20 a 24 años (3.624 casos), seguido de 25 a 29 años (2.777 casos) y 15 a 19 años (1.341 casos). La razón de sífilis en embarazadas en estos grupos fue de 35, 24 y 33 casos por 1.000 nacidos vivos, respectivamente (Gráfico 4).

Gráfico 4: Distribución de casos y razones de sífilis en embarazadas por grupo de edad. Argentina, período 2019-2024 (n= 9750).



Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS 2.0

En relación a los diferentes componentes del registro de información en la ficha nominal de casos de sífilis del SNVS 2.0 se destaca que, del total de 9.750 casos reportados en 2024, el 63% (6.101) consigna datos en la sección de laboratorio y el 32% (3.128) presenta registro de tratamiento.

VII.3. Sífilis congénita

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

En nuestro país, las enfermedades de transmisión vertical prevenibles constituyen un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15.465 y la resolución 2827/2022.

Con la actualización del “Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria”, de 2022, la vigilancia de la sífilis congénita se lleva a cabo bajo el evento 'Sífilis congénita', abarcando todos los casos que cumplan con uno o más de los criterios establecidos en el 'Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control 2022'. Complementariamente, para aquellas situaciones que no puedan definirse al momento del nacimiento, tanto como para confirmar o como para descartar un caso de sífilis congénita, se creó un nuevo evento: “Recién nacidos expuestos a *Treponema pallidum* en investigación”, el cual servirá para el proceso de registro y seguimiento de los mismos hasta poder confirmar o descartar el caso. En aquellos en los que se confirme finalmente la infección, deberá generarse un nuevo caso de “Sífilis congénita” en el evento correspondiente.

Se realizó un estudio retrospectivo con los datos contenidos en el SNVS 2.0, de la notificación nominal, entre el 1 de enero de 2019 y 31 de diciembre de 2024 con información notificada hasta el día 20 de enero de 2025. Para los criterios de selección de casos se consideró incluir aquellos reportes que el notificador identificó como casos en la clasificación manual de casos.

Para el período analizado se incluyó el evento “Sífilis congénita” notificado por modalidad nominal. Para el análisis de las notificaciones nominales del evento se excluyeron aquellos casos que se reportaron clasificados de forma manual como “Invalidados por Epidemiología”, “Expuesto descartado (solo casos históricos)”, “Caso sospechoso” y “Caso descartado”. Se consideraron casos confirmados de sífilis congénita a aquellos cuya clasificación manual fue: “Aborto o muerte fetal asociada a sífilis materna”, “Caso de Sífilis congénita confirmada por laboratorio”, “Caso confirmado por criterio epidemiológico”, “Caso confirmado por criterio clínico” y “Neurosífilis”. Para poder determinar el año del diagnóstico, se consideró la fecha de nacimiento. Ante el faltante en algunos registros se utilizó la fecha más temprana brindada teniendo en cuenta el siguiente orden: “Fecha de Internación”, “Fecha de Toma de Muestra”, y por último, de no contar con otra fecha se utilizó la “Fecha de Apertura” (fecha que brinda el sistema de forma automática). Para poder determinar la procedencia del caso, se consideró la variable “Provincia de residencia” y en caso de no contar con la misma se utilizó en reemplazo la “Provincia de Carga”.

Para el cálculo de las tasas, se utilizó como referencia la información publicada por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) sobre los nacidos vivos registrados según la jurisdicción de residencia de la madre.

VII.3.B. SITUACIÓN DE SÍFILIS CONGÉNITA EN ARGENTINA

Durante el periodo 2019-2024 en Argentina se notificaron al sistema nacional de vigilancia un total de 6.235 casos de sífilis congénita.

Los casos y tasas de sífilis congénita muestran una tendencia creciente entre 2019 y 2023. Si bien en 2024 se observa una aparente disminución, es importante considerar que los datos de este último año aún no están cerrados, dado que el proceso de seguimiento de recién nacidos expuestos a *Treponema pallidum* puede llevar tiempo hasta confirmar o descartar un caso.

No obstante, aunque a nivel nacional y en todas las regiones se observa un incremento en las tasas al comparar el año inicial (2019) con el final del período analizado (2024), la magnitud de dicho aumento varía considerablemente entre las regiones. Estas diferencias sugieren heterogeneidades regionales en la dinámica de transmisión, la implementación de estrategias de prevención y diagnóstico, y/o en la cobertura de los sistemas de notificación.

Tabla 2. Casos y tasas cada 1.000 nacidos vivos. Sífilis congénita. Argentina. SE 1 a SE 52. Período 2019-2024. (n=6.235)

Jurisdicción	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Buenos Aires	332	1,46	231	1,21	370	1,95	489	2,81	514	3,17	324	2,00
CABA	89	2,62	66	2,35	70	2,69	74	3,00	51	2,13	38	1,58
Córdoba	61	1,20	51	1,15	52	1,18	28	0,67	101	2,65	87	2,28
Entre Ríos	9	0,47	3	0,18	2	0,12	5	0,33	11	0,78	13	0,92
Santa Fe	16	0,34	3	0,08	5	0,12	12	0,29	28	0,74	20	0,53
Total Centro	507	1,34	354	1,10	499	1,56	608	2,05	705	2,55	482	1,75
San Luis	3	0,45	1	0,17	1	0,17	11	1,98	13	2,62	13	2,62
San Juan	58	4,62	52	4,75	116	10,41	118	11,32	134	13,68	95	9,70
Mendoza	77	2,81	9	0,38	12	0,52	61	2,87	110	5,49	88	4,39
Total Cuyo	138	2,96	62	1,54	129	3,22	190	5,10	257	7,39	196	5,63
Chaco	14	0,63	54	2,92	28	1,50	53	2,93	3	0,18	32	1,91
Corrientes	88	4,85	50	3,02	12	0,76	56	3,89	162	11,37	58	4,07
Formosa	12	1,17	79	8,57	1	0,11	10	1,18	10	1,21	0	0,00
Misiones	9	0,39	6	0,28	4	0,19	4	0,20	6	0,32	5	0,26
Total NEA	123	1,67	189	2,89	45	0,71	123	2,03	181	3,11	95	1,63
Catamarca	24	4,19	1	0,20	0	0,00	11	2,30	39	9,18	70	16,48
Jujuy	4	0,39	6	0,66	2	0,24	6	0,77	9	1,22	22	2,99
La Rioja	2	0,38	0	0,00	0	0,00	25	5,69	28	6,69	3	0,72
Salta	201	8,75	145	8,04	93	4,57	104	5,56	67	3,95	70	4,12
Sgo del Estero	5	0,29	3	0,22	14	1,03	10	0,86	6	0,51	5	0,42
Tucumán	18	0,71	3	0,14	4	0,18	37	1,79	44	2,37	35	1,89
Total NOA	254	2,94	158	2,19	113	1,53	193	2,84	193	3,05	205	3,24
Chubut	15	1,91	2	0,29	2	0,31	8	1,30	3	0,55	1	0,18
La Pampa	15	3,50	3	0,80	8	2,24	16	4,57	7	2,16	1	0,31
Neuquén	0	0,00	3	0,37	7	0,90	9	1,20	27	3,92	20	2,90
Río Negro	2	0,20	5	0,58	5	0,62	17	2,11	9	1,22	8	1,08
Santa Cruz	4	0,85	5	1,21	7	1,98	5	1,36	4	1,27	10	3,19
T. del Fuego	1	0,42	0	0,00	2	1,14	3	1,94	0	0,00	2	1,39
Total Sur	37	0,96	18	0,54	31	1,00	58	1,90	50	1,82	42	1,53
Total País	1059	1,69	781	1,46	817	1,54	1172	2,38	1386	3,01	1020	2,21

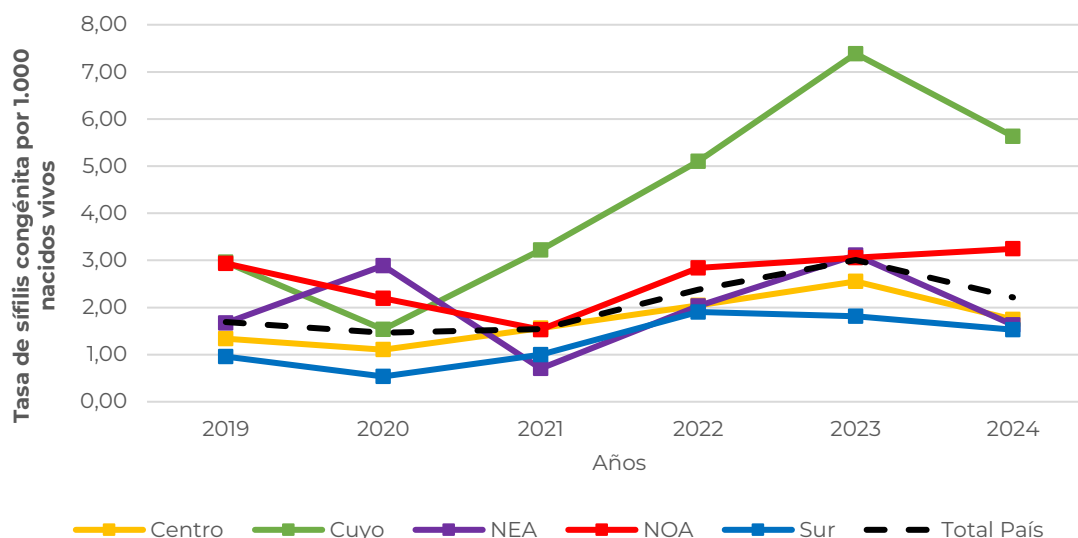
Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS 2.0

Durante el período analizado, todas las regiones registraron sus mayores tasas de notificación de sífilis congénita en el año 2023, excepto la región Sur, que presentó una tasa de notificación muy similar a la de 2022, año en el que alcanzó el valor más alto del período.

En 2023, se observa una menor dispersión en las tasas de notificación entre las distintas regiones, lo que indica una mayor homogeneidad relativa en los niveles de incidencia. Sin embargo, la región del NEA se distingue con una tasa que duplica la media nacional para ese año, consolidándose como la más afectada del país.

Para 2024, se observa una tendencia generalizada de descenso en las tasas de notificación regionales, con la excepción del NOA, donde se registra un leve incremento respecto al año previo. Pese a esta reducción, las regiones NEA y NOA continúan con valores superiores a la tasa nacional, evidenciando una mayor carga de enfermedad en estas áreas.

Gráfico 4: Evolución de las tasas de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos por región en ambos sexos. Argentina. Periodo 2019 - 2024. (n=6.235)



Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS 2.0

Del total de casos notificados en el año 2024 (1.020), el 50% (511) presentó confirmación por criterio de laboratorio, el 30% (311) por criterio epidemiológico, el 16% (164) por criterio clínico, el 3% (32) por neurosífilis y el 0,2% (2) por aborto o muerte fetal asociada a sífilis materna. A su vez, el 58% (595) de los casos presentó registro de tratamiento.

VII.4. Conclusiones

La integración de información nominal, resultado del cambio en la estrategia de notificación implementado en 2022, ha mejorado la cobertura y calidad de los datos, permitiendo una caracterización más precisa de la carga de enfermedad por sífilis. Esto no solo favorece una mayor sensibilidad y especificidad en la vigilancia epidemiológica, sino que también aporta información clave sobre el acceso al diagnóstico y tratamiento, fortaleciendo su uso como herramienta para el control de la enfermedad y la planificación de estrategias como la oferta activa de testeo.

En los últimos años, la sífilis ha mostrado una tendencia creciente, reflejada tanto en el aumento de los casos notificados como en las razones registradas en embarazadas. Este incremento sostenido pone de manifiesto la necesidad de reforzar las estrategias de prevención, detección temprana y tratamiento oportuno, con un enfoque integral que aborde los determinantes sociales y barreras de acceso a la atención. La vigilancia epidemiológica fortalecida permite monitorear esta evolución y orientar acciones específicas para contener la expansión de la enfermedad.

La sífilis continúa representando un desafío creciente para la salud pública. En este contexto, la mejora en la disponibilidad y calidad de la información epidemiológica resulta fundamental para orientar intervenciones efectivas de prevención y control. La consolidación de estrategias basadas en evidencia permitirá optimizar la respuesta de los distintos actores del sistema de salud, favoreciendo la detección temprana, el tratamiento oportuno y la reducción del impacto de la enfermedad.

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

Fichas de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha_sifilis_congenita_2024.pdf

Ficha sífilis en embarazadas

Instructivos:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/instructivo_sifilis_congenita_snvs_2_0_1642024.pdf

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/cuadro_resumen_sifilis_congenita_1642024.pdf

INFORMES ESPECIALES

VIII. Posicionamiento sobre gravedad asociado a segunda infección por dengue

COMITÉ DE VIGILANCIA DE LA GRAVEDAD Y MORTALIDAD POR DENGUE.

DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA

Vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue

28 de enero del 2025

Este documento contó con la colaboración de los equipos técnicos pertenecientes al Ministerio de Salud de la Nación: Dirección de Epidemiología, Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Dirección de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dirección de Salud Perinatal y Niñez, Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud comunitaria, Dirección de Adolescencias y Juventudes y el Centro Nacional de Referencia de Dengue y Otros Arbovirus del INEVH ANLIS. Como consultores expertos externos participaron el Dr. Tomás Orduna³¹ y la Dra. Silvina Ruvinsky³².

VIII.1. Introducción

En los últimos años, el dengue ha captado una atención significativa debido a la evolución reciente de la enfermedad a nivel mundial, regional y nacional, caracterizada por un aumento sostenido en la incidencia de casos, la expansión territorial, la persistencia de la transmisión durante todo el año en áreas que anteriormente experimentaban interrupción en la época invernal, y un aumento del número de casos fallecidos y tasas de letalidad. Diversas investigaciones han intentado responder a los múltiples interrogantes que han surgido a partir de estos cambios de los últimos años. Sin embargo, la literatura existente presenta hallazgos que, en ocasiones, resultan contradictorios o insuficientemente explorados, lo que resalta la necesidad de una revisión crítica y actualizada.

El objetivo del presente documento es analizar y sintetizar los resultados de investigaciones publicadas en los últimos cinco años sobre el dengue, con especial énfasis en la relación entre gravedad y segundas infecciones. Para ello, se llevó a cabo una revisión de 12 publicaciones, identificadas a través de búsquedas en bases de datos académicas como PUBMED, LILACS, entre otras. Los términos de búsqueda que generaron mayor número de resultados incluyeron: "secondary dengue", "severe dengue", "severe disease", "gravedad por dengue", y "segunda infección por dengue y gravedad".

³¹ Médico Infectólogo tropicalista. Ex-jefe del Servicio de Medicina Tropical y Medicina del Viajero en Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz de Buenos Aires. Miembro Fundador y Ex presidente de SLAMVI. Subdirector de la Carrera de Médico Especialista en Infectología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Profesor de la Universidad Favaloro; de la Universidad del Salvador y de la Universidad Austral

³² Médica Infectóloga. Coordinadora de Investigación Clínica y Sanitaria en Hospital de Pediatría J. P. Garrahan de Buenos Aires. Magister en Efectividad Clínica (UBA-IECS). Integrante del Programa Nacional de Leishmaniasis Visceral del Ministerio de Salud de la Nación Integrante de la comisión de Evaluación de Tecnología Sanitaria del Hospital Garrahan. Integrante del Comité Revisor de Investigación del Hospital de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan.

En el análisis de los 12 artículos, 9 de ellos permitieron identificar una mayor gravedad en casos de segundas infecciones por dengue. No obstante, también se destacan otros determinantes de peso en la mortalidad, como la demora en la consulta médica, entre otros.

VIII.2. Discusión

La presentación clínica de la infección por dengue abarca un abanico que puede ir desde infecciones asintomáticas, ser sintomática con síntomas leves, casos con signos de alarma (sangrados, dolor abdominal intenso y sostenido, intolerancia oral, etc) y signos de gravedad (hepatitis, hemorragias graves, choque, etc). Según Asish (2023) se realizó un metaanálisis de 41 estudios con 131.953 casos donde la prevalencia global agrupada de infecciones asintomáticas por dengue fue del 59,26% (IC del 95%: 43,76-74,75, I² = 99,93%), con un 65,52% (IC del 95%: 38,73-92,32, I² = 99,95%) durante los brotes y del 30,78% (IC del 95%: 21,39-40,16, I² = 98,78%) durante los periodos sin brotes. La prevalencia agrupada entre los individuos con infección aguda fue del 54,52% (IC 95%: 17,73-46,76, I² = 99,91%), mientras que, entre las infecciones primarias y secundarias asintomáticas por dengue, fue del 65,36% (IC 95%: 45,76-84,96, I² = 98,82) y del 48,99% (IC 95%: 27,85-70,13, I² = 99,08%) respectivamente.

Existen diversos estudios en países con alta transmisión que señalan una asociación entre la segunda infección por dengue y los signos de gravedad. No obstante, esta presentación clínica es de muy baja frecuencia. Según los datos brindados por la OPS para la región de las Américas se registró un total de 0.2% de casos graves sobre el total de casos sospechosos para el año 2023 y 0.17% para el 2024, tanto en una primera como en una segunda, tercera o cuarta infección³³.

VIII.3. Conclusión

De la información recabada y de la consulta realizada puede concluirse que, aunque las infecciones secundarias por dengue están asociadas con un mayor riesgo de desarrollar formas graves de la enfermedad -mediadas por la amplificación de la infección dependiente de anticuerpos (ADE)- la gran mayoría de los casos (más del 99,5%, tomando en cuenta los últimos datos de registro de casos totales y graves publicados por la OPS), no desarrollan formas graves.

La aparición de formas severas de dengue es multifactorial, e involucra tanto las condiciones del huésped como las características del virus, con o sin relación a infecciones previas. Esto significa que, aunque las infecciones secundarias constituyen un factor de riesgo para formas graves, aún ellas constituyen una baja proporción de casos. Inversamente, en infecciones primarias también pueden desarrollarse formas graves.

Las condiciones del huésped y características del virus pueden influir en la determinación de formas graves, además e independientemente de las infecciones previas. También existen otros determinantes que influyen en la evolución desfavorable de los pacientes: la edad, presencia de comorbilidades, inmunogenética, consultas tardías, baja percepción de riesgo por parte de las personas, las deficiencias en la oportunidad del diagnóstico clínico, las dificultades para acceder oportunamente a los centros de salud y la falta de controles adecuados.

³³ PLISA Health Information Platform for the Americas. [PAHO/WHO Data - Dengue](#)

VIII.4. Recomendaciones

Frente a la aparición de síntomas compatibles con dengue (fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular, malestar general, etc.), la conducta es la misma para quien haya o no padecido la enfermedad previamente: comenzar con una hidratación abundante y consultar a un servicio de salud. Esto permitirá tener una evaluación adecuada con un monitoreo más estricto en quienes lo requieran.

La consulta temprana a servicios de salud preparados para responder a una demanda que suele incrementarse en poco tiempo, resulta uno de los elementos más determinantes para disminuir las consecuencias negativas que esta enfermedad puede causar durante una epidemia.

La forma de prevenir la enfermedad también es la misma para quienes hayan o no padecido la enfermedad previamente: la eliminación domiciliar de criaderos del mosquito *Aedes aegypti* y la protección para evitar sus picaduras (mosquiteros, repelente, espirales, tabletas, ropa de manga larga, etc.).

Ninguna de las medidas de prevención es 100% eficaz por sí misma, por lo que deben complementarse para una mayor protección contra la enfermedad.

VIII.5. Bibliografía

1. Aggarwal, C., Ahmed, H., Sharma, P., Reddy, E. S., Nayak, K., Singla, M., Maheshwari, D., Chawla, Y. M., Panda, H., Rai, R. C., Gunisetty, S., Priyamvada, L., Bhaumik, S. K., Ahamed, S. F., Vivek, R., Bhatnagar, P., Singh, P., Kaur, M., Dixit, K., Kumar, S., Gottimukkala, K., Saini, K., Bajpai, P., Pillai Sreekanth, G., Mammen, S., Rajan, A., Verghese, V. P., Abraham, A. M., Shah, P., Alagarasu, K., Yu, T., Davis, C. W., Wrammert, J., Ansari, A., Antia, R., Kabra, S. K., Medigeshe, G. R., Ahmed, R., Lodha, R., Shet, A., Chande, A., & Murali-Krishna, K. (2024). Severe disease during both primary and secondary dengue virus infections in pediatric populations.
2. Ardila Pinto, F., Martínez, S., Fuentes, M., & Borrero, E. (2014). Análisis de las demoras en salud en personas que enfermaron de gravedad o fallecieron por dengue en cinco ciudades de Colombia.
3. Cáceres Munar, B. A., Castellanos Parra, J. E., & Rodríguez Panduro, M. H. (2019). Amplificación de la infección dependiente de anticuerpos en la inmunopatogénesis del dengue grave: Implicaciones para el desarrollo y uso de las vacunas.
4. Dinkar, A., Singh, J., Kumar, N., Kumar, K., Kumar Singh, S., & Arun Kumar Singh, M. (2023). Impact of secondary infections on dengue presentation: A cross-sectional study in a tertiary care hospital in Uttar Pradesh, India.
5. Dorigatti, I., & Yacoub, S. (2017). Understanding dengue pathogenesis: Insights into primary and secondary infections. *Nature Reviews Microbiology*, 15(8), 495-509.
6. Halstead, S. B. (2016). Dengue virus-mosquito interactions: A potential for secondary infection. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 95(1), 10-15.
7. Lovera, D., Martínez-Cuellar, C., Galeano, F., Amarilla, S., Vazquez, C., & Arbo, A. (2019). Clinical manifestations of primary and secondary dengue in Paraguay and its relation to virus serotype.
8. Macchia, A., Figar, S., Biscayart, C., & González Bernaldo de Quirós, F. (2024). Impact of prior dengue infection on the severity and outcomes of subsequent infections: A meta-analysis of the placebo arm of clinical trials.
9. Pardo Martínez, D., Ojeda Martínez, B., & Alonso Remedios, A. (2018). Dinámica de la respuesta inmune en la infección por virus del dengue.

10. Rajamani Asish, P., Dasgupta, S., Rachel, G., Bagepally, B. S., & Purushothaman, C. P. (2023). Global prevalence of asymptomatic dengue infections: A systematic review and meta-analysis. **Full Length Article**, 134, 292-298.
11. Santos, L. L. M., Carvalho de Aquino, E., Marinho Fernandes, S., Ternes, Y. M. F., & Feres, V. C. de R. (2023). Dengue, chikungunya, and Zika virus infections in Latin America and the Caribbean: A systematic review.
12. Sangkaew, S., Ming, D., Boonyasiri, A., Honeyford, K., Kalayanaroj, S., Yacoub, S., Dorigatti, I., Holmes, A. (2021). Risk predictors of progression to severe disease during the febrile phase of dengue: A systematic review and meta-analysis.
13. Shih, H.-I., Wang, Y.-C., Wang, Y.-P., Chi, C.-Y., & Chien, Y.-W. (2024). Risk of severe dengue during secondary infection: A population-based cohort study in Taiwan.
14. Tamayo Escobar, O. E., García Olivera, T. M., Escobar Yénde, C. N. V., González Rubio, C. D., & Castro Peraza, C. O. (2020). Caracterización clinicoepidemiológica de pacientes con dengue ingresados en el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí.
15. Tuan, N. M., Nhan, H. T., Chau, N. V. V., Hung, N. T., Tuan, H. M., Tram, T. V., Ha, N. L. D., Loi, P., Quang, H. K., & Kien, D. T. H. (2017). An evidence-based algorithm for early prognosis of severe dengue in the outpatient setting.
16. Ye, G., Xu, Z., Yang, M., Wang, J., Liang, J., Yin, J., Yang, H., & Liu, Y. (2023). Clinical features and transmission risk analysis of dengue virus infections in Shenzhen, during 2014-2019.

ALERTAS Y
COMUNICACIONES
INTERNACIONALES

IX. Introducción

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

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

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

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

A continuación, se reproducen los informes de los eventos de mayor relevancia que han sido elaborados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 23 y el 29 de enero del 2025.

IX.1. Enfermedad por el virus del Zika – India

Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024, se notificó un total acumulado de 151 casos de enfermedad por el virus del Zika (ZVD) en tres estados de India (Gujarat, Karnataka y Maharashtra). El estado de Maharashtra informó un total acumulado de 140 casos de ZVD a través del Programa Integrado de Vigilancia de Enfermedades (IDSP). Entre estos 140 casos, la mayoría (125 casos) se reportaron en el distrito de Pune, 11 en el distrito de Ahmednagar y un caso en cada uno de los distritos de Kolhapur, Sangli y Solapur, así como en el área suburbana de Mumbai. Además, el estado de Karnataka reportó diez casos en 2024, de los cuales siete fueron en el distrito urbano de Bengaluru y tres en el distrito de Shivamogga. El estado de Gujarat notificó un caso de Zika en la Corporación de Gandhinagar en 2024.

El número de casos de ZVD reportados en 2024 en el estado de Maharashtra es el más alto desde 2021, en comparación con uno, tres y 18 casos de la enfermedad por el virus del Zika notificados en 2021, 2022 y 2023, respectivamente. El número de casos reportados en el estado de Karnataka en 2024 también es el más alto desde que se notificó el primer caso en 2022.

La Unidad Estatal del IDSP no desglosa de manera rutinaria los casos de ZVD (por ejemplo, según el estado de embarazo), por lo que se desconoce el número de infecciones por el virus del Zika en mujeres embarazadas.

Al 31 de diciembre de 2024, no se han reportado casos de microcefalia y/o síndrome de Guillain-Barré (GBS) asociados con este brote.

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON549>

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

IX.2.A. CONTEXTO MUNDIAL

Desde 2020, el virus de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP)1 subtipo H5N1 del clado 2.3.4.4b ha ocasionado un número sin precedentes de muertes de aves silvestres y aves de corral en numerosos países de África, Asia y Europa. El virus Influenza A(H5N1) que circula actualmente en las Américas pertenece a un genotipo de IAAP producto de una recombinación ocurrida en aves silvestres en Europa y cepas de baja patogenicidad en aves silvestres y domésticas durante su diseminación global. En 2021, el virus se extendió a través de las rutas migratorias de aves acuáticas a América del Norte y, en 2022 a Centroamérica y América del Sur. Para 2023, se registraron brotes epidémicos en animales los cuales fueron notificados por 14 países y territorios, principalmente en las Américas.

Desde 2022, 19 países de tres continentes han notificado brotes en mamíferos a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA). En los últimos años, se ha incrementado la detección de virus A(H5N1) en especies no aviares a nivel mundial, incluyendo mamíferos terrestres y marinos, tanto silvestres como domésticos (de compañía y de producción).

Aunque los informes de transmisión de los virus del clado 2.3.4.4b entre mamíferos a nivel mundial son escasos, la situación actual de contagio en ganado bovino lechero en los Estados Unidos de América, así como muertes masivas reportadas en mamíferos marinos e infecciones en granjas de visones y zorros en Europa, apuntan a una transmisión entre mamíferos, necesitándose investigaciones adicionales para su confirmación.

Históricamente, desde inicios de 2003 hasta el 12 de diciembre del 2024, se notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 954 casos humanos de influenza aviar A(H5N1), incluido 464 defunciones (letalidad del 48,6%), en 24 países a nivel global. Entre inicios del 2021 y hasta el 12 de diciembre del 2024, se notificaron a la OMS 92 detecciones del virus de influenza A(H5N1) en personas, de los cuales 64% (n= 59) se presentaron en los Estados Unidos.

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

Desde 2022 y hasta la semana epidemiológica (SE) 52 del 2024, un total de 19 países y territorios de la Región de las Américas reportaron a la OMSA 4.388 brotes2 animales de influenza aviar H5N1, lo que representa 740 brotes adicionales, desde la última actualización epidemiológica publicada por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) el 15 de noviembre del 2024. Mayores detalles sobre las identificaciones de brotes en mamíferos y aves domésticos y silvestres en Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, el Estado Plurinacional de Bolivia, los Estados Unidos, Guatemala, Honduras, las Islas Malvinas, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela, se pueden encontrar en las Tablas 2-3 y Figuras 1-5.

Un total de 71 infecciones humanas causadas por influenza aviar A(H5) han sido registradas en cuatro países de las Américas desde 2022 y hasta el 17 de enero del 2025, es decir 22 casos adicionales con respecto a la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS. Se notificaron 68 casos en los Estados Unidos, un caso en Canadá confirmado el 13 de noviembre del 2024, un caso en Chile notificado el 29 de marzo del 2023 y un caso en Ecuador notificado el 9 de enero del 2023.

Solo durante 2024 y hasta el 17 de enero del 2025, se han notificado 68 casos humanos en Canadá y los Estados Unidos, de los cuales 54 reportaron entre octubre del 2024 y enero del 2025.

Situación por país y/o territorio en brotes en aves

Desde 2022 y hasta la SE 52 del 2024, un total de 19 países y territorios de la Región de las Américas reportaron a la OMSA 3.137 brotes de influenza aviar en aves domésticas y/o silvestres, es decir 150 brotes adicionales con respecto a la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS. De estos brotes, 2.389 ocurrieron en aves domésticas y 748 en aves silvestres. Entre la SE 1 y la SE 52 del 2024, ocho países y territorios en las Américas (Brasil, Canadá, Colombia, Ecuador, los Estados Unidos, las Islas Malvinas, México y Perú) han notificado brotes tanto en aves domésticas como en silvestres.

A continuación, se presenta en orden alfabético un resumen de la situación en países y territorios de la Región de las Américas que notificaron brotes de influenza aviar A(H5N1) en aves durante el 2024 hasta la SE 52.

En Brasil, entre la SE 1 y la SE 52 del 2024, se han confirmado 15 brotes de influenza aviar A(H5) en aves silvestres en los estados de Espírito Santo, Río de Janeiro, Río Grande do Sul y São Paulo (4).

En Canadá, entre la SE 1 y la SE 52 del 2024, se han reportado a la OMSA 120 brotes por IAAP A(H5N1) en aves de corral y en aves silvestres en 11 provincias y territorios de este país, incluyendo Alberta, British Columbia, Manitoba, New Brunswick, Newfoundland and Labrador, Nova Scotia, Nunavut, Ontario, Prince Edward Island, Québec y Saskatchewan.

En Colombia, entre la SE 1 y la SE 52 del 2024, se reportaron a la OMSA siete brotes de IAAP A(H5N1) en aves de traspatio en el departamento de Choco, municipio de Acandí (dos focos) y en el departamento de Magdalena, municipio de Remolino (cinco focos).

En Ecuador, entre la SE 1 y la SE 52 del 2024, un brote de IAAP A(H5N1) en aves domésticas de traspatio fue reportado a la OMSA. El brote se identificó en la provincia de Pastaza en el mes de febrero. Desde entonces no se han reportado nuevos brotes.

En los Estados Unidos, desde inicios del 2024, se han notificado a la OMSA 278 brotes de virus de influenza aviar A(H5) en aves silvestres, aves de corral comerciales y/o aves de traspatio, en 40 estados del país. Entre marzo del 2024 y el 17 de enero del 2025, las autoridades de los Estados Unidos también informan brotes de influenza aviar (H5) en aves de corral comerciales en 50 estados, afectando un total de 136.327.394 aves de corral. Durante este mismo periodo, se han identificado 51 jurisdicciones con influenza aviar (H5) en aves silvestres, con un total de 10.969 detecciones en estas aves. En los últimos 30 días se han identificado brotes en 52 parvadas de aves comerciales y 38 brotes en parvadas de aves de traspatio en Arkansas, California, Delaware, Georgia, Indiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Nebraska, New York, North Carolina, Ohio, South Carolina, Virginia y Wisconsin, afectando a 13,23 millones de aves.

En las Islas Malvinas, entre la SE 1 y la SE 52 del 2024, se notificaron 18 brotes de influenza aviar en aves, todos relacionados a aves silvestres. El último brote reportado fue en el mes de diciembre (4, 16).

En México, entre la SE 1 y la SE 52 del 2024, se notificaron a la OMSA 7 brotes de influenza aviar en aves silvestres y domésticas. Los brotes se registraron en seis estados del país: Aguascalientes, Chihuahua, Jalisco, México, Michoacán y Oaxaca.

En Perú, entre la SE 1 y la SE 52 del 2024, se notificaron a la OMSA 61 brotes de IAAP A(H5) mayormente en aves domésticas de traspatio en 12 departamentos: Ancash, Arequipa, Cajamarca, Cusco, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima, Moquegua, Provincia de Lima y Zona Económica Exclusiva del Perú.

Situación por país y/o territorio en brotes en mamíferos

Desde 2022 y hasta la SE 52 del 2024, ocho países y territorios han notificado 1.284 brotes de influenza aviar A(H5N1) en mamíferos en Argentina, Brasil, Canadá, Chile, los Estados Unidos, las Islas Malvinas, Perú y Uruguay. Esto representa 590 brotes adicionales desde la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS. Cuatro países y territorios de las Américas (Argentina, Canadá, los Estados Unidos y las Islas Malvinas) han notificado 982 brotes de influenza aviar en mamíferos durante 2024.

A continuación, se presenta en orden alfabético un resumen de la situación en países y territorios de la Región de las Américas que notificaron brotes de influenza aviar A(H5N1) en mamíferos durante el 2024.

En Argentina, entre la SE 1 y la SE 52 del 2024, un brote de influenza aviar H5 en un lobo marino sudamericano en la provincia de Chubut fue reportado a la OMSA. Desde entonces no se han reportado nuevos brotes.

En Canadá, entre la SE 1 y la SE 52 del 2024, las provincias de Alberta, Nova Scotia, Nunavut, Prince Edward Island y Quebec han reportado nueve brotes en mamíferos silvestres. El último brote identificado fue reportado en diciembre del 2024.

En los Estados Unidos, desde principios del 2024 hasta la SE 52, se han notificado a la OMSA 962 brotes en mamíferos silvestres y domésticos en 25 estados. Tras la primera notificación en marzo del 2024 en ganado bovino lechero de influenza A(H5N1) en el país, se han identificado brotes en 16 estados, afectando 928 rebaños lecheros hasta el 16 de enero del 2024. En los últimos 30 días, 36 casos en ganado bovino lechero fueron registrados en los estados de California (n= 35) y Michigan (n= 1) (18). Adicionalmente, se ha detectado el virus de influenza aviar A(H5N1) en 38 especies de mamíferos domésticos y silvestres en el país. Entre las detecciones se encuentran principalmente zorros rojos (21%), ratones domésticos (19%) y gatos domésticos (16%).

Entre el 30 de octubre y el 6 de noviembre de 2024, las autoridades de los Estados Unidos anunciaron la detección de influenza aviar H5N1 en dos cerdos en una granja de traspatio sin fines comerciales en Oregon, donde previamente se había identificado también el virus en aves de corral. Se reporta que la carga viral en los cerdos infectados era muy baja, y que el genotipo identificado (D1.2), coincide con el encontrado en las muestras de las aves de corral.

En las Islas Malvinas, entre la SE 1 y la SE 52 del 2024, se identificó un brote de influenza aviar en un elefante marino juvenil en octubre de 2024. El animal fue encontrado muerto en la Isla de los Leones Marinos.

Situación por país y/o territorio con casos en humanos

A continuación, se presenta un resumen de la situación en Canadá y los Estados Unidos respecto de las infecciones en humanos de influenza aviar A(H5N1). Durante el 2024 y hasta el 17 de enero del 2025, se han notificado casos en humanos de influenza aviar A(H5N1) en Canadá y los Estados Unidos. Desde la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS se han confirmado 21 nuevos casos de influenza A (H5N1), todos en los Estados Unidos.

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

En los Estados Unidos, durante el 2024 y hasta el 17 de enero del 2025, se han confirmado 67 casos humanos de influenza A(H5N1) en California (n= 38), Colorado (n= 10), Iowa (n= 1), Louisiana (n= 1), Michigan (n= 2), Missouri (n=1), Oregon (n= 1), Texas (n= 1), Washington (n= 11) y Wisconsin (n= 1). De estos casos, 40 se han relacionado con exposición a ganado bovino lechero enfermo o infectado, mientras que 23 están vinculados a la exposición a aves de corral. La fuente de exposición para dos casos en California y un caso en Missouri no pudo ser determinada y habiéndose concluido las investigaciones se descarta una posible transmisión de humano a humano. Hasta el 17 de enero del 2025, la transmisión del virus de influenza aviar A(H5N1) de persona a persona no ha sido notificada.

Desde el 24 de marzo del 2024 y hasta el 17 de enero del 2025, los esfuerzos dedicados para la vigilancia específica de influenza aviar A(H5) han monitoreado a más de 13.400 personas tras su exposición a animales infectados y más de 600 de ellas han sido sometidas a pruebas de detección.

Tabla 1. Número de brotes en aves domésticas y silvestres y mamíferos en la Región de las Américas notificados a la OMSA desde 2022 hasta la SE 52 del 2024.

País/Territorio	Número de brotes	En aves		En mamíferos	
		Silvestres	Domésticas	Silvestres	Domésticos
Argentina	146	Sí	Sí	Sí	
Bolivia	38	Sí	Sí		
Brasil	166	Sí	Sí	Sí	
Canadá	533	Sí	Sí	Sí	Sí
Chile	209	Sí	Sí	Sí	
Colombia	70	Sí	Sí		
Costa Rica	10	Sí	Sí		
Cuba	1	Sí	Sí		
Ecuador	37	Sí	Sí		
Estados Unidos	2.665	Sí	Sí	Sí	Sí
Guatemala	1	Sí			
Honduras	4	Sí			
Islas Malvinas	19	Sí		Sí	
México	77	Sí	Sí		
Panamá	9	Sí	Sí		
Paraguay	5		Sí		
Perú	371	Sí	Sí	Sí	
Uruguay	25	Sí	Sí	Sí	
Venezuela	2	Sí	Sí		
Total	4.388				

Fuente: Adaptado del Organización Mundial de Sanidad Animal. Influenza Aviar. París: OMSA; 2024 [consultado el 15 de enero del 2025]. Disponible en: <https://wahis.woah.org/#/event-management>

Tabla 2. Brotes de influenza aviar en aves y mamíferos la Región de las Américas durante 2024, hasta la SE 52.

País/Territorio	Número de brotes	En aves		En mamíferos	
		Silvestres	Domésticas	Silvestres	Domésticas
Argentina	2			Sí	
Brasil	1	Sí			
Canadá	114	Sí	Sí	Sí	
Colombia	7		Sí		
Ecuador	1		Sí		
Estados Unidos	1.240	Sí	Sí	Sí	Sí
Islas Malvinas	19	Sí		Sí	
México	6	Sí	Sí		
Perú	61	Sí	Sí		
Total	1.451				

Fuente: Adaptado del Organización Mundial de Sanidad Animal. Influenza Aviar. París: OMSA; 2024 [consultado el 15 de enero del 2025]. Disponible en: <https://wahis.woah.org/#/event-management>

Tabla 3. Registro de brotes en mamíferos en las Américas desde 2022 hasta la SE 52 de 2024.

Mamíferos	Argentina	Brasil	Canadá	Chile	Estados Unidos	Islas Malvinas	Perú	Uruguay
<i>Arctocephalus australis</i> (lobo marino de dos pelos)	Sí	Sí						Sí
Camelidae (alpaca)					Sí			
<i>Canis latrans</i> (coyote)					Sí			
<i>Canis lupus familiaris</i> (perro doméstico)			Sí					
<i>Capra hircus</i> (cabra doméstica)					Sí			
<i>Didelphis virginiana</i> (zarigüeya de Virginia)					Sí			
Felidae					Sí			
<i>Felis silvestris catus</i> (gato doméstico)			Sí		Sí			
Ganado lechero					Sí			
<i>Halichoerus grypus</i> (foca gris)			Sí		Sí			
<i>Leopardus geoffroyi</i>					Sí			
<i>Leptailurus serval</i>					Sí			
<i>Lontra canadensis</i> (nutria de río del norte)					Sí			
<i>Lontra felina</i> (nutria marina)				Sí				
<i>Lontra provocax</i> (huillín)				Sí				
<i>Lynx canadensis</i>					Sí			
<i>Lynx rufus</i> (lince rojo o gato montés)					Sí			
<i>Martes americana</i> (marta)					Sí			
Mephitidae					Sí			
<i>Mephitis mephitis</i> (mofeta)			Sí		Sí			
<i>Microtus ochrogaster</i> (topillos de la pradera)					Sí			
<i>Mirounga leonina</i> (elefante marino del sur)	Sí					Sí		
<i>Mus musculus</i> (ratón doméstico)					Sí			
<i>Nasua nasua</i> (cochí o coati sudamericano)								Sí
<i>Neogale vison</i> (visón americano)			Sí		Sí			
<i>Otaria flavescens</i> (lobo marino sudamericano)	Sí	Sí		Sí			Sí	Sí
<i>Panthera leo</i> (león)							Sí	
<i>Panthera pardus orientalis</i> (leopardo de Amur)					Sí			
<i>Panthera tigris</i> (tigre)					Sí			
<i>Pekania pennanti</i> (pescador)					Sí			
<i>Peromyscus sonoriensis</i> (ratón ciervo occidental)					Sí			
<i>Phoca vitulina</i> / <i>Halichoerus grypus</i> (foca)			Sí		Sí			
<i>Procyon lotor</i> (mapache)			Sí		Sí			
<i>Puma concolor</i> (puma)					Sí			
<i>Pusa hispida</i> (Ringed seal)					Sí			
<i>Sciurus aberti</i> (ardilla)					Sí			
Swine					Sí			
<i>Sus scropha</i> (domestica) (cerdo)					Sí			
<i>Sylvilagus audubonii</i> (conejo del desierto)					Sí			
<i>Tursiops truncatus</i> (delfín nariz de botella)					Sí			
<i>Ursus americanus</i> / <i>U. arctos</i> (hombilis) (oso)			Sí		Sí			
<i>Ursus arctos</i> (oso pardo)					Sí			
<i>Ursus maritimus</i> (oso polar)					Sí			
<i>Vulpes vulpes</i> (zorro)			Sí		Sí			

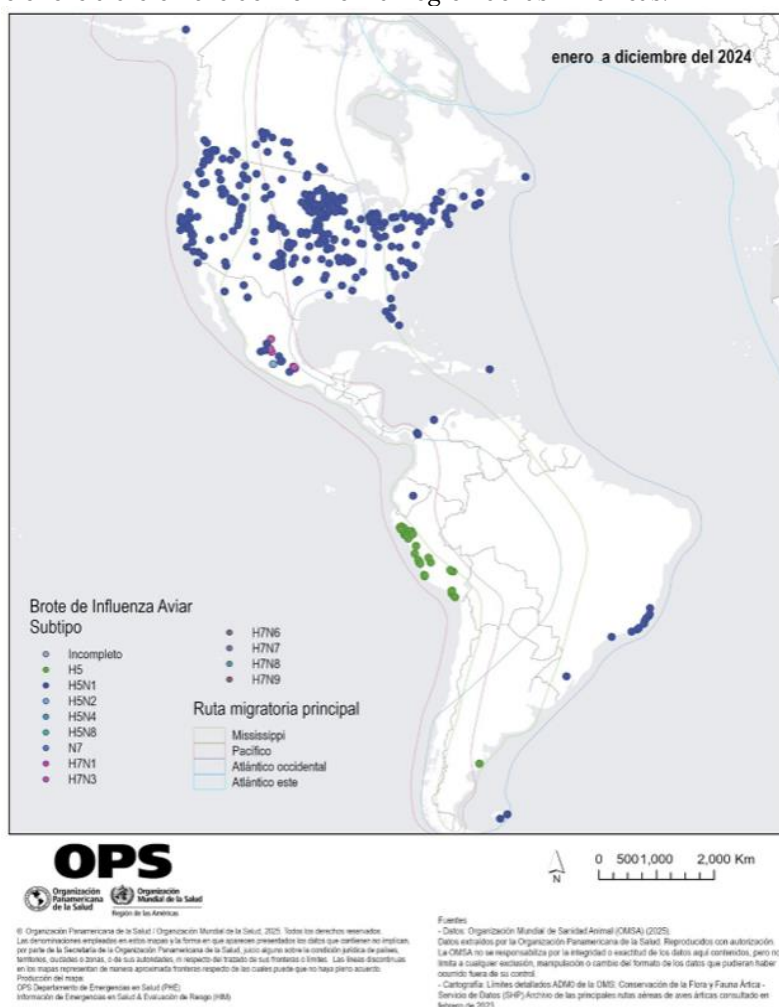
Fuente: Adaptado del Organización Mundial de Sanidad Animal. Influenza Aviar. París: OMSA; 2025 [consultado el 14 de enero del 2025]. Disponible en: <https://wahis.woah.org/#/event-management> ; y United States Department of Agriculture, Animal and Plant Health Inspection Service. USDA Animal and Plant Health Inspection Service Shares Update on H5N1 Detection in Oregon Swine, Bovine Vaccine Candidate Progression. Washington, D.C.: USDA; 2025. Disponible en: <https://www.aphis.usda.gov/news/agencyannouncements/usda-animal-plant-health-inspection-service-shares-update-h5n1-detection>

Tabla 4. Casos de infecciones por influenza aviar A(H5) en humanos en los Estados Unidos durante el 2024 hasta el 15 de enero del 2025.

Estado	Vinculado a ganado	Vinculado a aves de corral	Otras exposiciones animales	Origen Desconocido	Total por Estado
California	36	0	0	2	38
Colorado	1	9	0	0	10
Iowa	0	1	0	0	1
Louisiana	0	0	1	0	1
Michigan	2	0	0	0	2
Missouri	0	0	0	1	1
Oregon	0	1	0	0	1
Texas	1	0	0	0	1
Washington	0	11	0	0	11
Wisconsin	0	1	0	0	1
Total	40	23	1	3	67

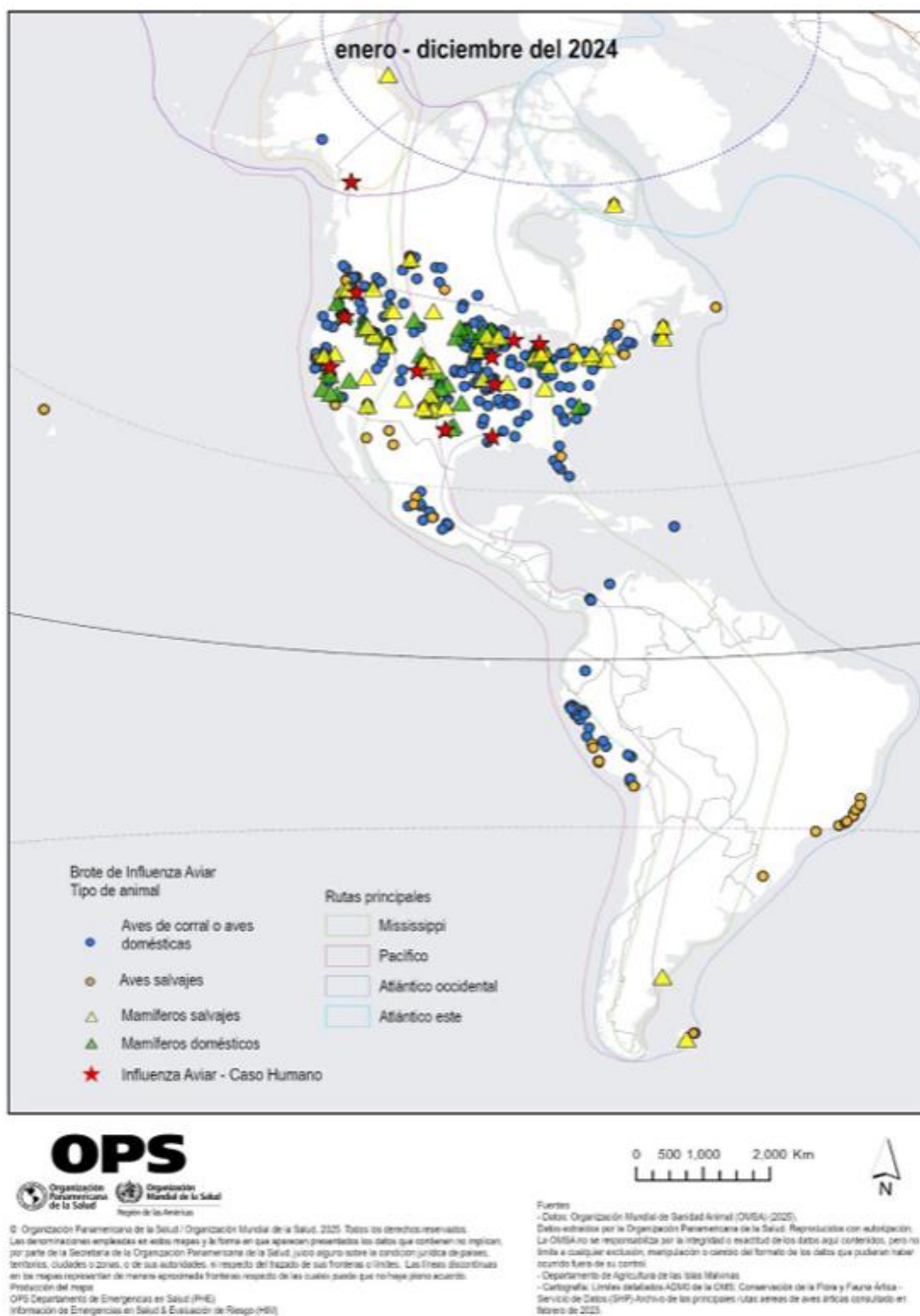
Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Influenza Aviar H5. Atlanta: CDC; 2025. [consultado el 15 de enero del 2025]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/birdflu/situation-summary/index.html>

Figura 1. Histórico de brotes de influenza aviar por subtipo y principales rutas migratorias de aves silvestres desde enero a diciembre del 2024 en la Región de las Américas.



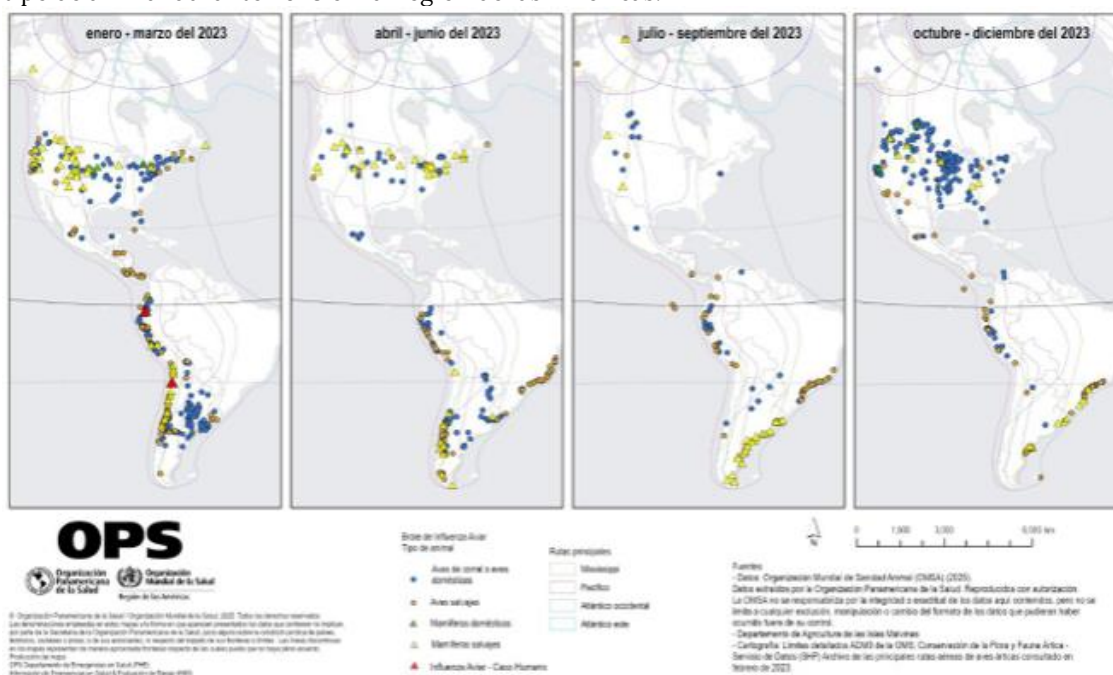
Fuente: Adaptado del Organización Mundial de Sanidad Animal. Influenza Aviar. París: OMSA; 2025 [consultado el 15 de enero del 2025]. Disponible en: <https://wahis.woah.org/#/event-management>

Figura 2. Histórico de brotes de influenza aviar desde enero hasta diciembre del 2024 por especie y principales rutas migratorias de aves silvestres, en la Región de las Américas.



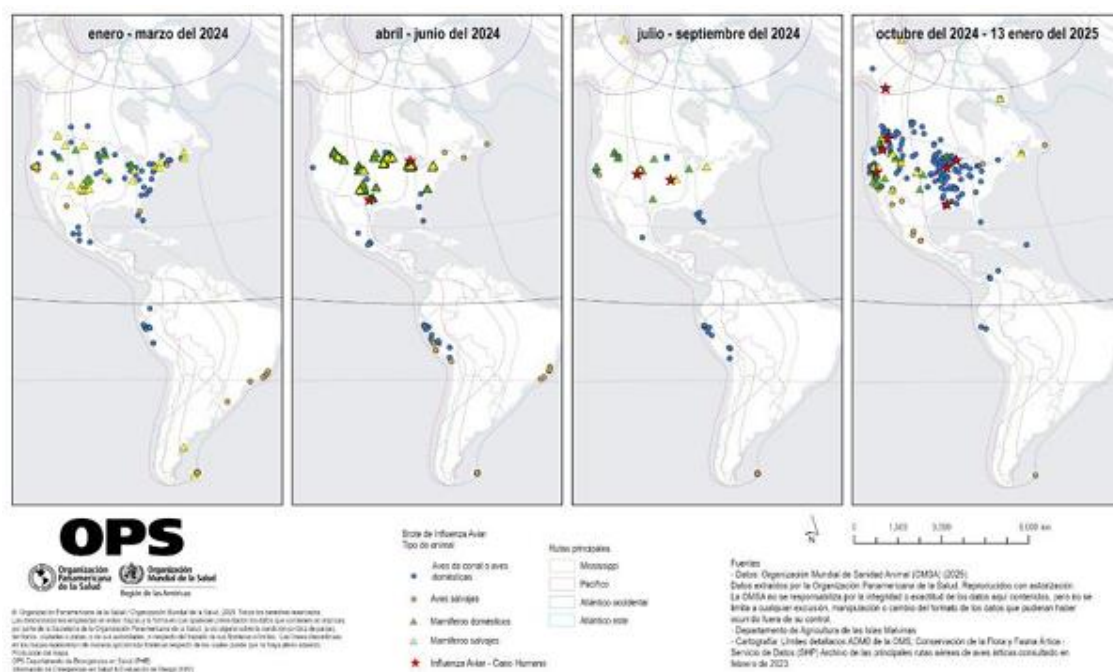
Fuente: Adaptado del Organización Mundial de Sanidad Animal. Influenza Aviar. París: OMSA; 2025 [consultado el 15 de enero del 2025]. Disponible en: <https://wahis.woah.org/#/event-management>

Figura 3. Histórico de brotes de influenza aviar y principales rutas migratorias de aves silvestres por tipo de animal durante 2023 en la Región de las Américas.



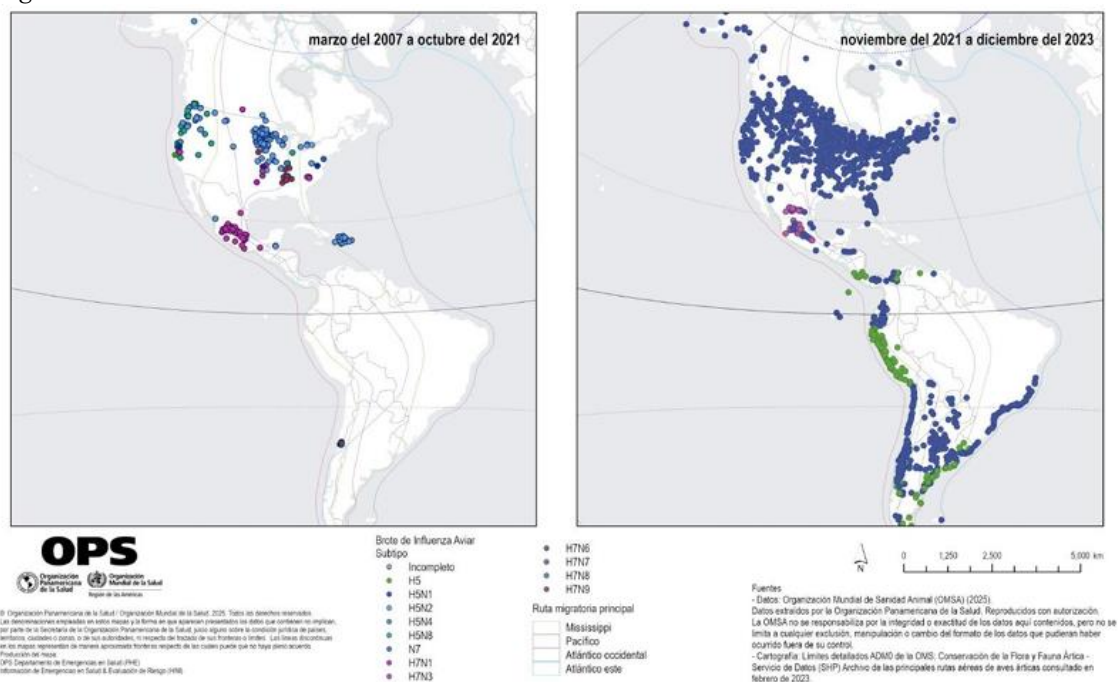
Fuente: Adaptado del Organización Mundial de Sanidad Animal. Influenza Aviar. París: OMSA; 2025 [consultado el 15 de enero del 2025]. Disponible en: <https://wahis.woah.org/#/event-management>

Figura 4. Histórico mensual de brotes de influenza aviar y principales rutas migratorias de aves silvestres por tipo de animal durante 2024 y hasta el 13 de enero del 2025 en la Región de las Américas.



Fuente: Adaptado del Organización Mundial de Sanidad Animal. Influenza Aviar. París: OMSA; 2025 [consultado el 15 de enero del 2025]. Disponible en: <https://wahis.woah.org/#/event-management>;

Figura 5. Conglomerado histórico de brotes de influenza aviar por subtipo y principales rutas migratorias de aves silvestres por tipo de animal entre marzo del 2007 y diciembre del 2023 en la Región de las Américas.



Fuente: Adaptado del Organización Mundial de Sanidad Animal. Influenza Aviar. París: OMSA; 2025 [consultado el 15 de enero del 2025]. Disponible en: <https://wahis.woah.org/#/event-management>

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-influenza-aviar-ah5n1-region-america-24-enero-2025>

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

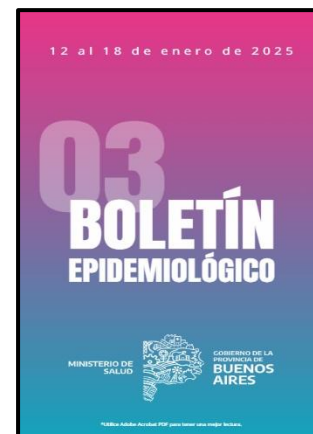
X. Boletines jurisdiccionales

X.1. Buenos Aires: Arbovirosis

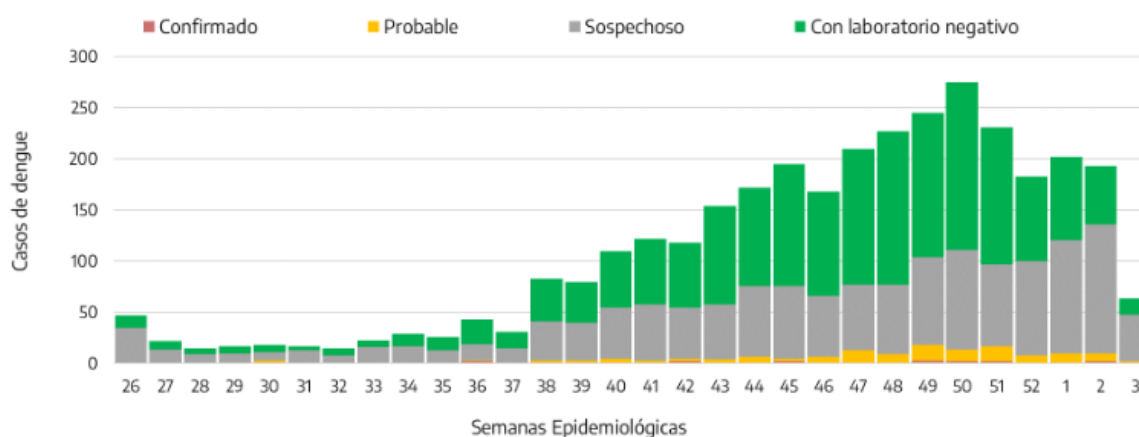
Entre el 23 de junio de 2024 y el 18 de enero de 2025 se notificaron 3.335 casos compatibles con dengue, de los cuales 18 fueron confirmados por laboratorio, 135 son probables, 1.423 en estudio y 1.759 con muestras de laboratorio negativas. Se detalla a continuación la información epidemiológica de los casos positivos.

Casos confirmados: 7 autóctonos, 9 importados y 2 en investigación.

De los 9 casos importados, 7 registraron antecedentes de viaje a otros países (México, Cuba, Brasil y Paraguay), y 2 con antecedente de viaje dentro del país (Mendoza y Entre Ríos). Entre los casos importados se identificaron los serotipos DEN 1, 2 y 3.



Casos notificados de dengue por semana epidemiológica. PBA, SE 26/2024 -SE 3/2025. n= 3335.



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

Para más información:

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

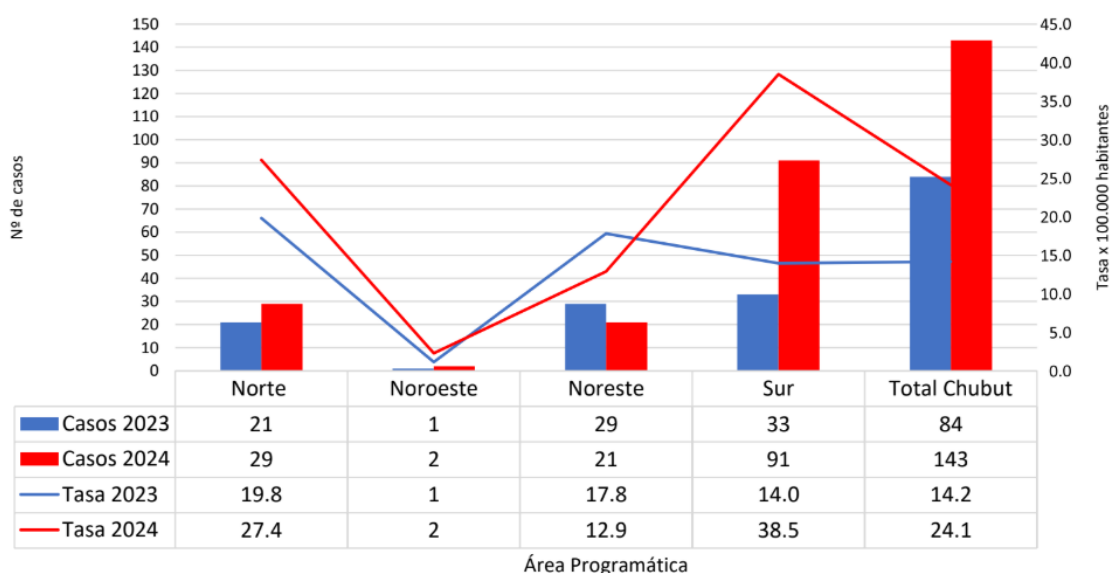
X.2. Chubut: Intoxicación por monóxido de carbono (CO)

A la SE 52 del año 2024 se notificaron 143 casos confirmados de Intoxicación por monóxido de carbono. Se observa un aumento del 70% de los casos notificados en el año 2024 comparando con 2023. La mayor tasa de incidencia la presenta UDG Comodoro Rivadavia (38,5 x100.000 hab).

Desde la SE 1 a la SE 3 se notificaron 4 casos confirmados para este evento correspondiente a la UDG Noreste, Noroeste y Sur.



Casos confirmados de intoxicación por monóxido de carbono. Provincia de Chubut. SE 1-52 Año 2024
N=143



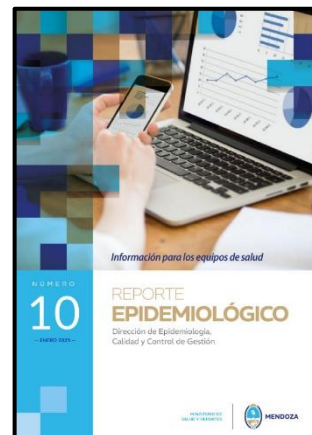
Fuente: Elaboración propia del Área de vigilancia de la Dirección General de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS.

Para más información:

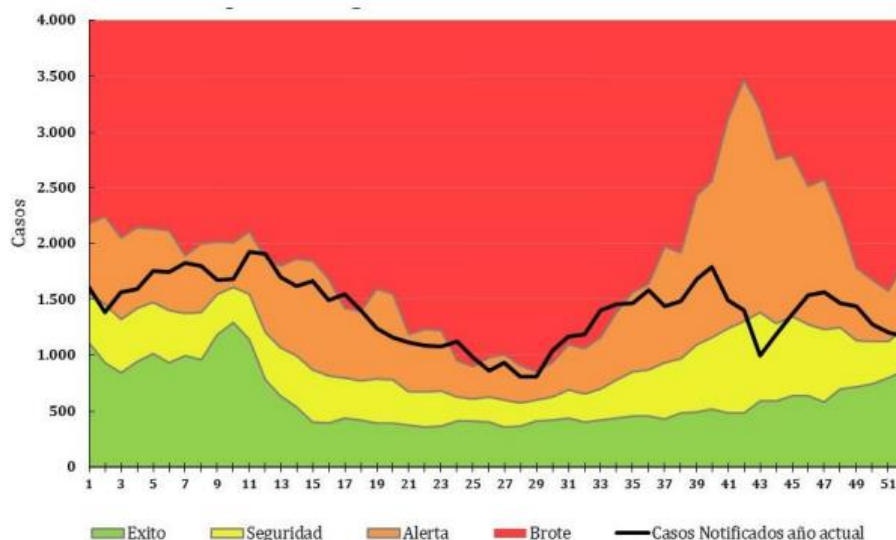
https://ministeriodesalud.chubut.gov.ar/epidemiological_releases

X.3. Mendoza: Diarreas

En 2024, se notificaron 72.758 casos de diarrea al SNVS. La curva comenzó en zona de Seguridad en SE1, aumentando hasta la zona de Alerta en SE3 y alcanzando la zona de Brote en SE17. Tras un descenso, volvió a zona de Brote en SE24 y nuevamente en SE30, manteniéndose allí hasta SE34. Luego, la tendencia ascendió hasta SE40 (1788 casos, zona de Alerta) y descendió hasta zona de Seguridad en SE43. Posteriormente, en SE46 volvió a la zona de Alerta, donde permaneció hasta SE51. La baja en SE52 podría deberse a demoras en la carga de datos.



Corredor endémico (2019-2023) por SE. SE1 a SE52- DIARREAS -Año 2024- Mendoza



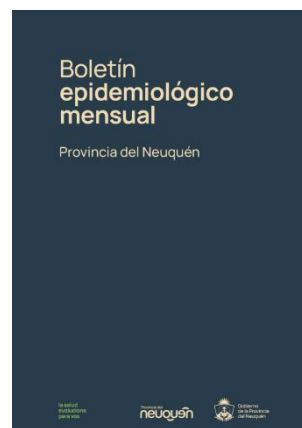
Fuente: SNVS 2.0- Elaboración: Dpto. de procesamiento y análisis de datos- 17/01/2025

Para más información:

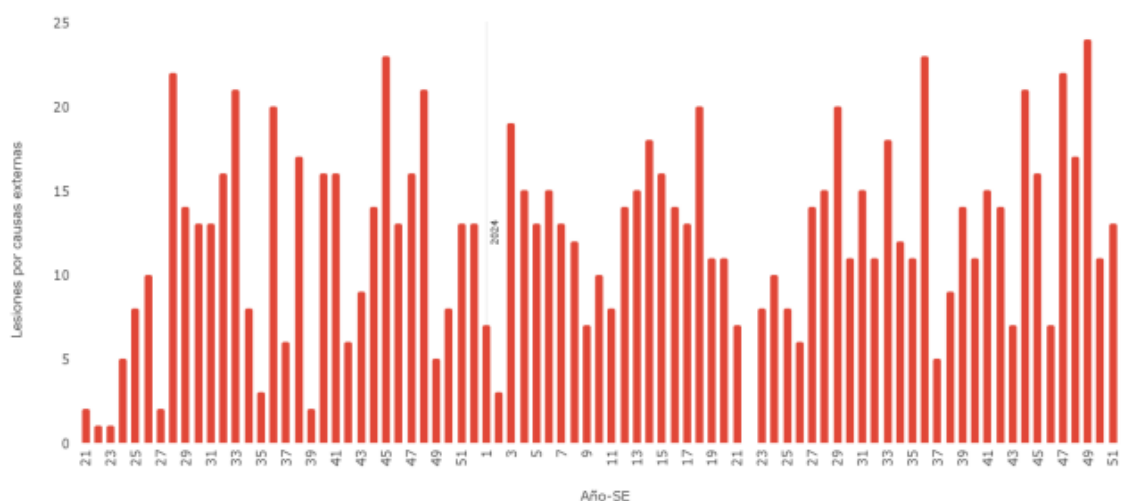
<https://www.mendoza.gov.ar/salud/boletines-epidemiologicos/>

X.4. Neuquén: Internaciones por siniestros viales

Entre la SE 48 y la SE 52 de 2024, en la provincia de Neuquén se notificaron 77 internaciones por siniestros viales. Del total de casos, 49 correspondieron a conductores o pasajeros de automóviles, 18 a motociclistas, 6 a peatones, 2 a ciclistas y 2 a pasajeros o conductores de transporte público.



Distribución temporal de internaciones por siniestros viales por semana epidemiológica. SE 21/2023 hasta SE 52/2024. Provincia del Neuquén (n = 1018)



Fuente: Boletín epidemiológico mensual, Provincia de Neuquén

Para más información:

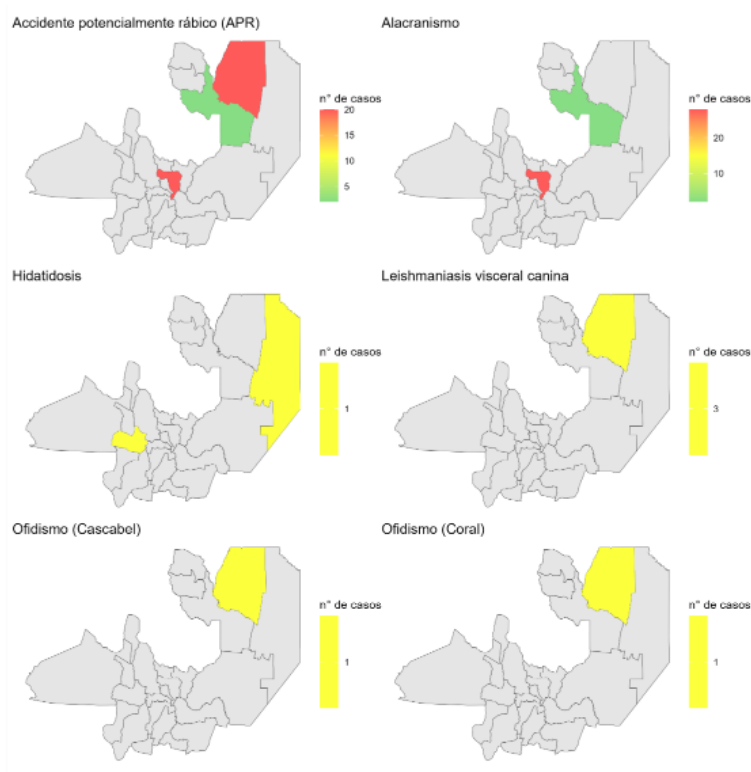
<https://salud.neuquen.gob.ar/informacion-sanitaria/epidemiologia/boletines-epidemiologicos/>

X.5. Salta: Enfermedades zoonóticas humanas

Hasta la SE 2 de 2025, a través de la vigilancia de enfermedades zoonóticas en humanos, se notificaron diversos eventos de importancia sanitaria. Se registraron 32 casos de accidentes potencialmente rábicos, distribuidos en Capital (11), General San Martín (18), General Güemes (1) y Orán (2). Además, en Capital se notificaron 19 casos de alacranismo, mientras que en General San Martín se reportó un caso de ofidismo por serpiente cascabel.



Frecuencia acumulada de casos confirmados de enfermedades zoonóticas humanas por departamento hasta SE 2/2025. Provincia de Salta.

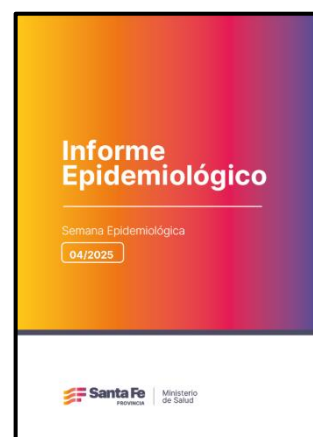


Fuente: Elaboración propia del Prog. De Sala de Situación de la D.G.C.E en base a información proveniente del Prog. De Zoonosis.

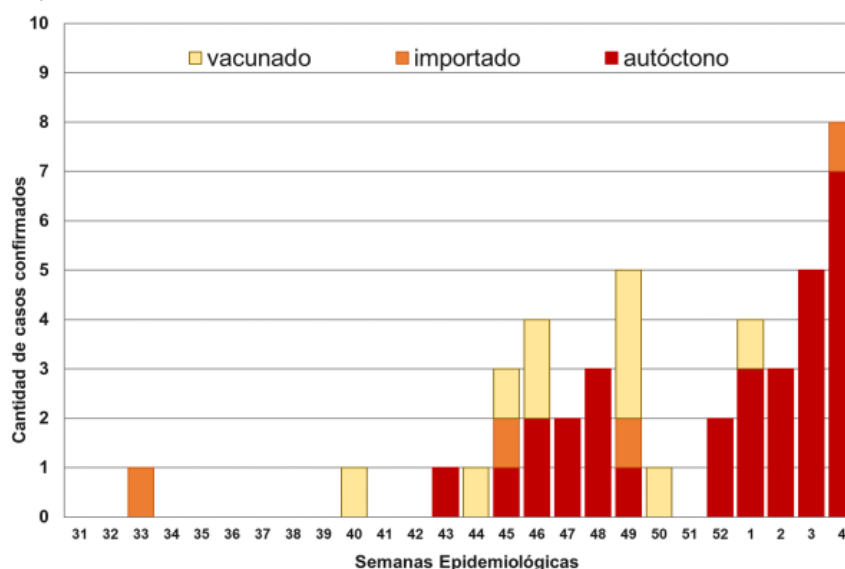
Para más información: <http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

X.6. Santa Fe: Dengue

En la provincia de Santa Fe, en lo que va de la temporada 2024-2025 (SE 31/2024 hasta la SE 04/2025), se notificaron al evento de “Dengue” y “Dengue en embarazadas” un total de 1860 casos de los cuales 34 se confirman, 30 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 el embarazo”, se informó la confirmación de 1 caso autóctono de DEN-2 en el departamento Rosario. Por otra parte, se notificaron 10 casos con “antecedente de vacunación en los últimos 30 días”, no informándose nuevos casos bajo esta clasificación en las últimas 3 semanas.



Casos de Dengue desde SE 31/2024 hasta a SE 04/2025 según semana epidemiológica. Provincia de Santa Fe. N= 44.



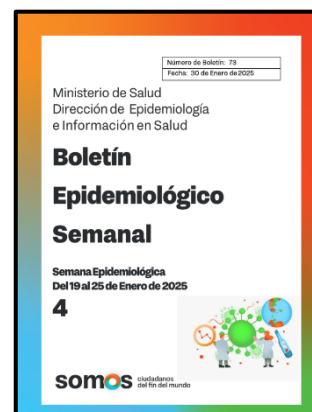
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) hasta el 25/01/2025.

Para más información:

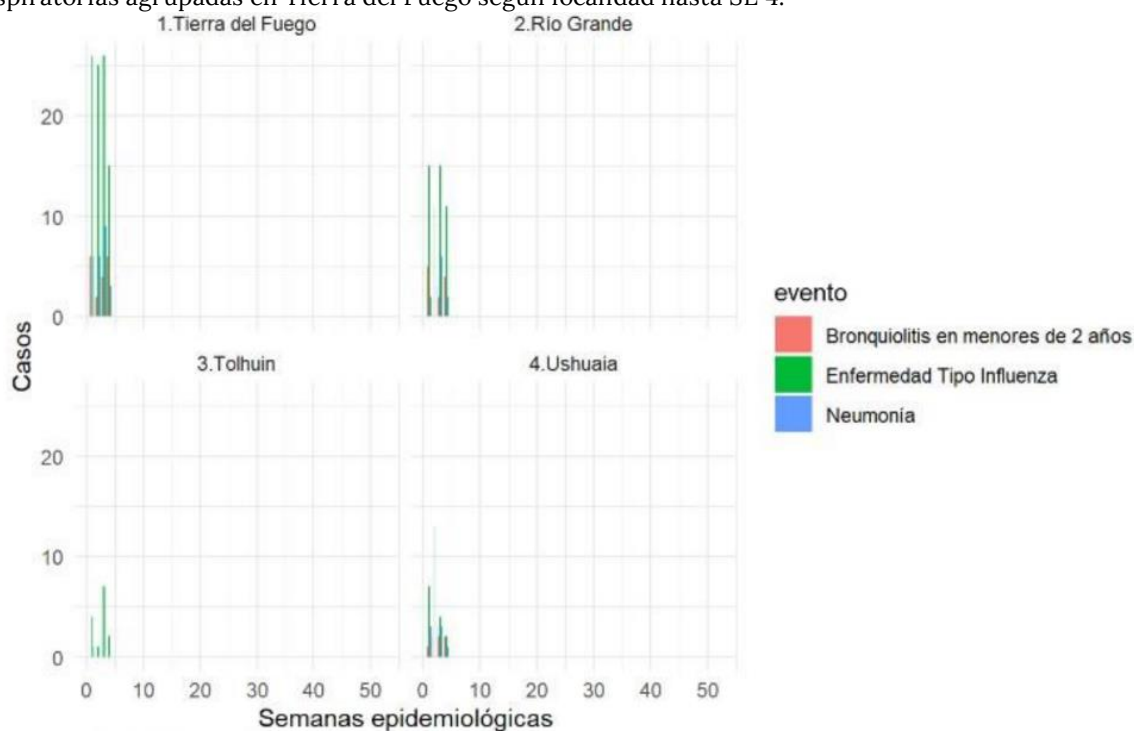
[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802)

X.7. Tierra del fuego: Respiratorias

Hasta la semana epidemiológica (SE) 3 en 2025 se notificaron 132 casos de enfermedades respiratorias en el SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo periodo del año 2024, se observa un aumento del 22,2% de los casos registrados, a nivel provincial.



Respiratorias agrupadas en Tierra del Fuego según localidad hasta SE 4.



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

Para más información:

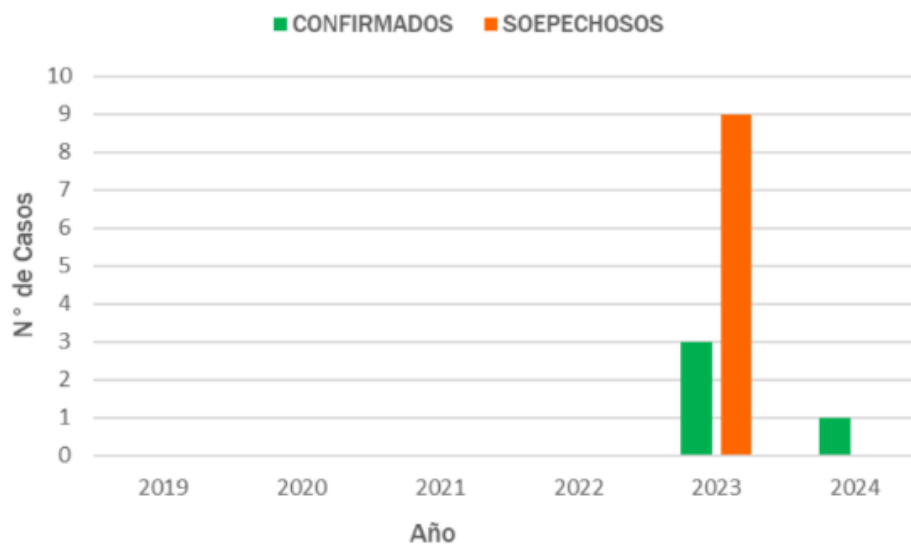
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/>

X.8. Tucumán: Psitacosis

Entre en año 2019 y 2022 no se reportaron casos (Gráfico 4). En el año 2023, en la provincia de Tucumán entre SE 7 y 13 se notificaron 3 casos confirmados por *Chlamydia psittaci*; entre la SE 13-17, se notificaron 9 casos sospechosos. Mientras que, en el 2024, en la SE 24 solo se notificó un caso confirmado de *Chlamydia psittaci*.



Casos confirmados y sospechosos de psitacosis en Tucumán entre 2019 y 2024. N=14



Fuente: Reporte SNVS 2.0 generado por División Zoonosis Tucumán

Para más información: direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

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

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

XI.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*)

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

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

Modalidad Virtual Autoadministrada

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

Inicia el 2 de diciembre

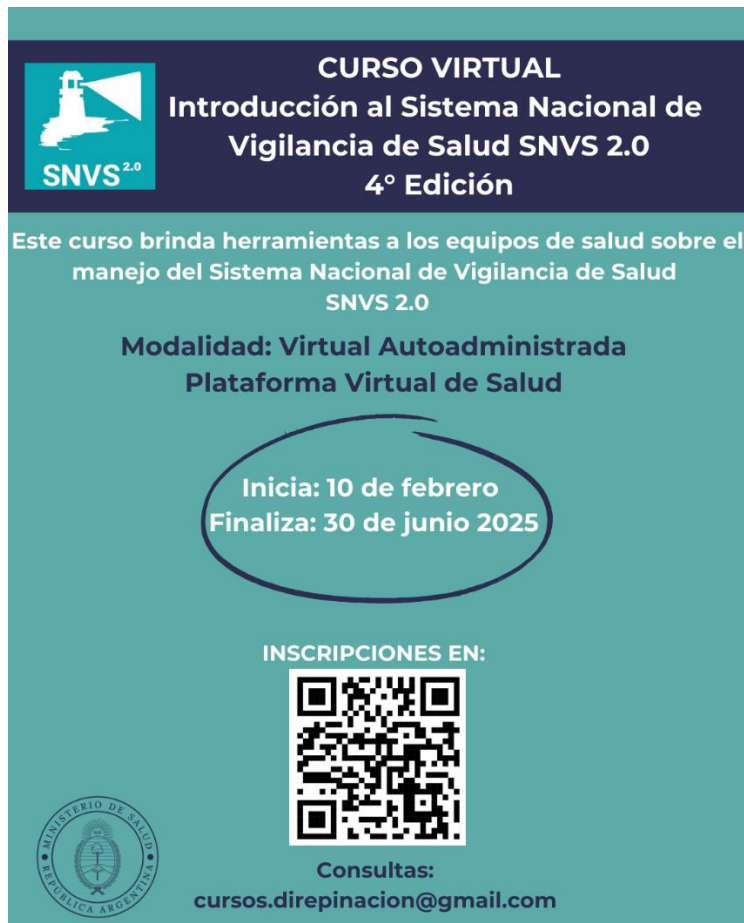
Duración: 25 horas.

INSCRIPCIONES EN:



Consultas a: cursos.direpinacion@gmail.com

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




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

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


Modalidad: Virtual Autoadministrada
Plataforma Virtual de Salud

Inicia: 10 de febrero
Finaliza: 30 de junio 2025

INSCRIPCIONES EN:



Consultas:
cursos.direpinacion@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>