

**N° 452**

**BOLETÍN  
EPIDEMIOLOGICO  
SEMANTAL**

Año IX | 21 de abril de 2025  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

# AUTORIDADES

**Jefe de Gobierno**

Jorge Macri

**Vicejefa de Gobierno**

Clara Muzzio

**Ministro de Salud**

Fernán González Bernaldo de Quirós

**Subsecretario de Planificación Sanitaria y Gestión en Red**

Daniel Carlos Ferrante

**Gerente Operativo de Epidemiología**

Pablo Guillemi

# EQUIPO DE LA GERENCIA OPERATIVA DE EPIDEMIOLOGÍA

## Integrantes del Equipo de trabajo

Germán Adell  
Dr. Cristián Biscayart  
María Del Re  
Dr. Carlos Lazzarino  
Micaela López  
Dra. Verónica Lucconi Grisolia  
Rosalia Páez Pérez  
Bianca Spirito  
Sebastian Tapuaj  
Dra. Mónica Valenzuela  
Elisa Mariel Villaverde  
Lic. Hernán Zubermañ

## Integrantes de la Residencia Básica en Epidemiología

Lic. Sofía Harari  
Dra. Sofía Monteverdi  
Lic. Rocío Isabel Porro  
Prof. Franca Salerno  
Lic. Agustina Montenegro  
Lic. Mauro Bajinay

ISSN 2545-6792 (en línea)  
ISSN 2545-7004 (correo electrónico)

Gerencia Operativa de Epidemiología  
Subsecretaría de Planificación Sanitaria y Gestión en Red  
Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

<http://www.buenosaires.gob.ar/salud/epidemiologia>  
[gerenciaepicaba@buenosaires.gob.ar](mailto:gerenciaepicaba@buenosaires.gob.ar)  
Tel.: 4123-3240  
Monasterio 480, CABA

# INDICE

<b>I. REPORTE DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA</b>	<b>7</b>
I.1 INTRODUCCION.....	7
I.2 NOTIFICACION AGRUPADA POR GRUPO DE EVENTOS .....	8
I.3 NOTIFICACIÓN NOMINAL POR GRUPO DE EVENTOS.....	9
I.4 DETALLE NOTIFICACIÓN NOMINAL POR GRUPO DE EVENTOS .....	11
<i>De transmisión vertical y sexual</i> .....	11
<i>Efectos en Salud asociados a Temperaturas extremas</i> .....	11
<i>Envenenamiento por animal ponzoñoso</i> .....	11
<i>Hepatitis</i> .....	11
<i>Infecciones invasivas</i> .....	11
<i>Inmunoprevenibles</i> .....	12
<i>Intoxicaciones</i> .....	12
<i>Lesiones intencionales</i> .....	12
<i>Lesiones no intencionales</i> .....	12
<i>Meningitis y meningoencefalitis</i> .....	12
<i>Transmitidas por alimentos, agua o ruta fecal-oral</i> .....	13
<i>Tuberculosis y lepra</i> .....	13
<i>Zoonóticas y por vectores</i> .....	13
<b>II. VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS</b> .....	<b>14</b>
II.1 INTRODUCCION.....	14
II.2 SOBRE EL MONITOREO DE VIRUS RESPIRATORIOS .....	14
II.3 EVENTOS RESPIRATORIOS DE ABORDAJE AMBULATORIO.....	14
II.4 EVENTOS RESPIRATORIOS DE ABORDAJE EN INTERNACIÓN .....	17
<b>III. VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL MOSQUITO AEADES AEGYPTI</b> .....	<b>20</b>
III.1 TEMPORADA 24/25 - ETAPA 4 DEL PLAN DE ETM.....	20
III.2 INFORMACIÓN SOBRE LA NOTIFICACIÓN EN CABA .....	20
<b>IV. VIGILANCIA VIRUELA SÍMICA</b> .....	<b>23</b>
IV.1. INTRODUCCION .....	23
IV.2 ACCIONES Y RECOMENDACIONES .....	24
<b>V. VIGILANCIA - SARAMPIÓN</b> .....	<b>26</b>
V.1. RESUMEN DE SITUACION.....	26
V.2. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN ESPECÍFICAS.....	28
V.3. PROCEDIMIENTOS FRENTE A CASOS SOSPECHOSOS.....	30
V.4. APÉNDICE EPIDEMIOLÓGICO .....	36

# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

## EDITORIAL

¡Hola a todos y todas!

Cada número del boletín en estos tiempos representa más de nueve años de trabajo, crecimiento y aprendizajes.

Representa también un camino recorrido en conjunto, ya que es una herramienta que no puede construirse sin el compromiso cotidiano de los que conformamos el sistema de salud.

Los eventos epidemiológicos son, además, un emergente de los actos de cuidado que realiza el sistema sobre la población. Hay epidemiología porque hay cuidados sobre las enfermedades y eventos de salud.

Esperamos que a lo largo de este tiempo hayan encontrado respuestas o elaborado nuevas preguntas a través del material que semanalmente se recopila.

Aprovechamos especialmente para agradecer a todos los efectores que alimentan la descripción dinámica y situacional de la salud de la población; a quienes están y han pasado por la Gerencia Operativa de Epidemiología de CABA en estos años; a los que con sus aportes y comentarios nos han enseñado a crecer; a las áreas de Epidemiología Nacionales y de otras jurisdicciones; a los distintos Programas; a todas las áreas del Ministerio de la Ciudad; a las autoridades que confían cotidianamente en nuestra tarea y nos invitan a mejorarla en aras de disponer de más y mejores herramientas para el desarrollo de las políticas sanitarias.

¡Saludos de parte de la GOE!

**Pablo Francisco Guillemi**  
**Gerente Operativo de Epidemiología**  
Subsecretaría de Planificación Sanitaria  
Ministerio de Salud, CABA

# INTRODUCCIÓN

La epidemiología en la gestión tiene como uno de los pilares la recolección, sistematización y análisis de los datos de diferentes fuentes en forma sistemática, periódica y oportuna, para convertirlos en información integrada con el fin de divulgarlos y que esta información permita generar acciones por parte de las diferentes personas en el ámbito de la Salud.

El presente boletín es un producto completamente dinámico que pretende cumplir con varios objetivos. Entre ellos, hay dos primordiales.

El primero es devolver, consolidada y sistematizada, la información vertida por los servicios a través de los diferentes sistemas de información, es decir, la retroalimentación del sistema.

En segundo término, el objetivo principal del BES es dar cuenta de la situación epidemiológica actual. En especial, esto se realiza a través de los eventos de notificación obligatoria por medio de tablas y gráficos y de eventos seleccionados por su importancia estacional o de gestión.

A lo anterior, se incorporan otras fuentes de datos, consolidados y análisis especiales que pretenden dar cuenta de la situación epidemiológica desde una mirada con plazos más amplios.

Este boletín es posible gracias al compromiso de los efectores de salud públicos y privados que se involucran en la tarea de vigilancia. El equipo de la gerencia agradece los trabajos remitidos para ser difundidos a través de esta publicación e invita a continuar el envío de éstos.

## RESUMEN EJECUTIVO

Se exponen los datos comparativos hasta la Semana Epidemiológica 15 (SE 15) de los años 2024 y 2025 por grupo de eventos nominales y agrupados de notificación obligatoria. Se incluye un informe de notificaciones de eventos asociados a enfermedades respiratorias hasta SE 15 de 2025.

Se incluye un informe de Dengue actualizado hasta SE 16 2025

Se presenta informe de Viruela Símica - MPOX actualizado a SE 16 de 2025.

Se incluye actualización sobre **sarampión**, con novedades ocurridas entre la fecha de cierre y publicación.

# I. Reporte de enfermedades de notificación obligatoria

## I.1 INTRODUCCION

En las siguientes tablas se presentan el total de las notificaciones nominales y agrupadas, provenientes del SNVS2.0, correspondientes a residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Las tablas se conforman con las notificaciones que contienen datos de domicilio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, junto con los casos donde no figura esta referencia.

La información que se presenta a continuación es la acumulada hasta la SE 15 del corriente año (finalizada el 12 de abril) y se compara con el mismo período del año 2024 mostrando el aumento o descenso en las columnas “diferencia de casos” -donde se presenta la diferencia absoluta entre un año y el otro (por ser menos de 20 casos en alguno de los dos períodos)- y “variación porcentual” (para los eventos con más de 20 casos notificados en ambos períodos).

El listado de eventos informados en las tablas de este apartado es adaptado dinámicamente a las notificaciones recibidas.

## I.2 NOTIFICACION AGRUPADA POR GRUPO DE EVENTOS

Tabla 1. Notificaciones de casos acumulados agrupados hasta la SE 15. Residentes de CABA.  
Comparación 2024-2025

Notificaciones de casos acumulados agrupados hasta la SE 15 en Residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires					
Grupo de eventos	Evento	2024	2025	Dif. de casos	Variación %
De transmisión sexual	Secreción genital en mujeres	132	74		-44
	Secreción genital purulenta en varones	30	34		13
	Secreción genital sin especificar en varones	42	36		-14
	Sífilis Temprana en varones	7	0	-7	
	Sífilis sin especificar en mujeres (ITS)	5	0	-5	
	Sífilis sin especificar en varones (ITS)	11	0	-11	
	Sífilis temprana en mujeres	29	0	-29	
Efectos en salud Gastroentéricas	Efectos en salud temperaturas extremas	1	3	2	
Inmunoprevenibles	Diarreas	4457	4157		-7
	Parotiditis	0	0	0	
Internaciones por lesiones en el hogar*	Varicela	139	59		-58
	Lesiones en el hogar sin especificar	0	0	0	
	Lesiones por caídas y golpes	1	4	3	
	Lesiones por cortes y quemaduras	0	0	0	
	Lesiones por electrocución	26	0	-26	
	Otras lesiones en el hogar	0	0	0	
Internaciones por siniestros viales*	Ciclista	0	0	0	
	Conductor o pasajero de automovil	1	4	3	
	Conductor o pasajero de motocicleta	4	3	-1	
	Peatón	1	0	-1	
Lesiones por mordedura de perro (ambulatorios)*	Perro conocido en la vía pública	14	28	14	
	Perro desconocido en la vía pública	19	24	5	
	Perro en la vivienda	35	79		126
	Perro sin especificar	208	150		-28

Fuente: Elaboración propia a partir del SNVS 2.0

## I.3 NOTIFICACIÓN NOMINAL POR GRUPO DE EVENTOS

Tabla 2. Notificaciones nominales acumuladas por evento hasta la SE 15. Residentes de CABA. Comparación 2024-2025

Notificaciones acumuladas hasta la SE 15 en Residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires					
Grupo de eventos	Evento	2024	2025	Dif. de casos	variación %
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGENITO	21	18	-3	
	CHAGAS CRONICO EN EMBARAZADAS	20	14	-6	
	SIFILIS CONGENITA	29	25		-14
	SIFILIS EN EMBARAZADA	53	47		-11
Efectos asociados a	EFFECTOS EN SALUD TEMPERATURAS EXTREMAS	12	1	-11	
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	7	11	4	
	ARANEISMO	1	3	2	
	OFIDISMO	0	0	0	
Hepatitis	HEPATITIS A	3	9	6	
	HEPATITIS B	33	31		-6
	HEPATITIS B EN BANCO DE SANGRE	23	22		-4
	HEPATITIS C	39	33		-15
	HEPATITIS C EN BANCO DE SANGRE	4	8	4	
	HEPATITIS E	2	1	-1	
Infecciones invasivas	INFECCIONES INVASIVAS POR OTROS AGENTES	10	9	-1	
	INFECCIONES INVASIVAS por Haemophilus influenzae	1	1	0	
	INFECCIONES INVASIVAS por Neisseria meningitidis	2	0	-2	
	INFECCIONES INVASIVAS por Streptococcus pneumoniae	9	17	8	
	INFECCIONES INVASIVAS por Streptococcus pyogenes	22	13	-9	
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE	1	45	44	
	EFE (SARAMPION-RUBEOLA)	21	241		1048
	PAF	0	0	0	
	PAROTIDITIS	7	17	10	

Nota: La información de la tabla es parcial y sujeta a modificaciones; se incluyen casos notificados con lugar de residencia en la CABA que pueden haber presentado antecedente de viaje. Fuente: Elaboración propia a partir del SNVS 2.0

**Notificaciones acumuladas hasta la SE 15 en Residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

Grupo de eventos	Evento	2024	2025	Dif. de casos	Variación %
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	23	20		-13
	POR METALES PESADOS	5	0	-5	
	POR MONOXIDO DE CARBONO	8	4	-4	
	POR OTROS TOXICOS	1	5	4	
	POR PLAGUICIDAS	0	0	0	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMESTICO	0	0	0	
Lesiones intencionales	INTENTOS DE SUICIDIO	58	92		59
Lesiones no intencionales	LESIONES GRAVES POR MORDEDURA DE PERRO	3	1	-2	
Meningitis y Meningoencefalitis	BACTERIANA POR OTROS AGENTES	0	1	1	
	BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	2	1	-1	
	MICOTICAS Y PARASITARIAS	2	0	-2	
	POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1	1	0	
	POR NEISSERIA MENINGITIDIS	0	0	0	
	POR OTROS VIRUS	2	4	2	
	POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE	2	2	0	
	POR STREPTOCOCCUS PYOGENES	0	0	0	
	SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	10	8	-2	
	TUBERCULOSA	1	1	0	
	VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTE	8	4	-4	
	Transmitidas por alimentos, agua o ruta fecal-oral	BOTULISMO	1	1	0
DIARREAS AGUDAS SIN IDENTIFICACION DE AGENTE		1	5	4	
DIARREAS AGUDAS BACTERIANAS		27	15	-12	
DIARREAS AGUDAS SANGUINOLENTAS		34	45		32
DIARREAS AGUDAS SANGUINOLENTAS BACTERIANAS		17	7	-10	
DIARREAS AGUDAS VIRALES		1	5	4	
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA		6	1	-5	
LISTERIOSIS		2	1	-1	
SINDROME UREMICO HEMOLITICO (SUH)		12	5	-7	
TRIQUINOSIS		1	4	3	
Tuberculosis y lepra	LEPRA	1	1	0	
	TUBERCULOSIS	446	256		-43
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	0	1	1	
	DENGUE **	40084	1168		-97
	FIEBRE AMARILLA	1	2	1	
	FIEBRE CHIKUNGUNYA **	392	4	-388	
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	4	0	-4	
	FIEBRE HEMORRÁGICA ARGENTINA	1	0	-1	
	FIEBRE Q	1	0	-1	
	HANTAVIROSIS	9	10	1	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	1	0	-1	
	LEISHMANIASIS MUCOSA	0	0	0	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	4	2	-2	
	LEPTOSPIROSIS	12	5	-7	
	PALUDISMO	6	2	-4	
	PSITACOSIS	18	6	-12	
	RICKETTSIOSIS	0	0	0	
	VIRUELA SÍMICA	5	18	13	
	VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	8	1	-7	
ZIKA (TODOS LOS EVENTOS) **	328	1	-327		

Nota: La información de la tabla es parcial y sujeta a modificaciones; se incluyen casos notificados con lugar de residencia en la CABA que pueden haber presentado antecedente de viaje. (\*\*) Las notificaciones de casos de Chikungunya y Zika inician vinculadas inicialmente al evento Dengue, siendo la sospecha de estos eventos parte de algoritmo de diagnóstico en los casos correspondientes. Fuente: Elaboración propia a partir del SNVS 2.0

## I.4 DETALLE NOTIFICACIÓN NOMINAL POR GRUPO DE EVENTOS

Las tablas que se exponen a continuación corresponden al detalle de la Consolidada por Grupo de Eventos, presentando los datos ampliados según el criterio epidemiológico de clasificación del caso. Las especificaciones de metodología son las descriptas anteriormente.

En todos los casos, las referencias son: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado.

### De transmisión vertical y sexual

EVENTO	2024					2025					DI F. DE CASOS	VAR. %
	C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
CHAGAS AGUDO CONGENITO	3	0	13	5	21	1	0	17	0	18	-3	
CHAGAS CRONICO EN EMBARAZADAS	18	0	1	1	20	13	0	1	0	14	-6	
SIFILIS CONGENITA	11	0	13	5	29	7	0	18	0	25		-14
SIFILIS EN EMBARAZADA	44	8	0	1	53	32	15	0	0	47		-11

### Efectos en Salud asociados a Temperaturas extremas

EVENTO	2024					2025					DI F. DE CASOS	VAR. %
	C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
EFFECTOS EN SALUD TEMPERATURAS EXTREMAS	12	0	0	0	12	1	0	0	0	1	-11	

### Envenenamiento por animal ponzoñoso

EVENTO	2024					2025					DI F. DE CASOS	VAR. %
	C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
ALACRANISMO	4	0	3	0	7	9	0	2	0	11	4	
ARANEISMO	1	0	0	0	1	1	0	2	0	3	2	
OFIDISMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

### Hepatitis

EVENTO	2024					2025					DI F. DE CASOS	VAR. %
	C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
HEPATITIS A	2	0	1	0	3	9	0	0	0	9	6	
HEPATITIS B	21	1	6	5	33	28	1	0	2	31		-6
HEPATITIS B EN BANCO DE SANGRE	0	6	16	1	23	0	1	21	0	22		-4
HEPATITIS C	26	9	3	1	39	22	8	3	0	33		-15
HEPATITIS C EN BANCO DE SANGRE	0	2	2	0	4	0	2	6	0	8	4	
HEPATITIS E	0	0	2	0	2	0	0	1	0	1	-1	

### Infecciones invasivas

EVENTO	2024					2025					DI F. DE CASOS	VAR. %
	C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
INFECCIONES INVASIVAS POR OTROS AGENTES	9	0	1	0	10	7	0	2	0	9	1	
INFECCIONES INVASIVAS por Haemophilus influenzae	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	
INFECCIONES INVASIVAS por Neisseria meningitidis	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	-2	
INFECCIONES INVASIVAS por Streptococcus pyogenes	22	0	0	0	22	13	0	0	0	13	-9	
INFECCIONES INVASIVAS por Streptococcus pneumoniae	9	0	0	0	9	17	0	0	0	17	8	

## Inmunoprevenibles

EVENTO	2024					2025					DI F. DE CASOS	VAR. %
	C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
COQUELUCHE	0	0	0	1	1	26	0	8	11	45	44	
EFE (SARAMPION-RUBEOLA)	2	0	0	19	21	10	2	35	194	241		1048
PAF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
PAROTIDITIS	6	0	1	0	7	16	0	1	0	17	10	

## Intoxicaciones

EVENTO	2024					2025					DI F. DE CASOS	VAR. %
	C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
MEDICAMENTOSA	16	0	7	0	23	11	0	9	0	20		-13
POR METALES PESADOS	0	0	0	5	5	0	0	0	0	0	-5	
POR MONOXIDO DE CARBONO	8	0	0	0	8	4	0	0	0	4	-4	
POR OTROS TOXICOS	1	0	0	0	1	5	0	0	0	5	4	
POR PLAGUICIDAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
POR PLAGUICIDAS DE USO DOMESTICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

## Lesiones intencionales

EVENTO	2024					2025					DI F. DE CASOS	VAR. %
	C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
INTENTOS DE SUICIDIO	58	0	0	0	58	92	0	0	0	92		59

## Lesiones no intencionales

EVENTO	2024					2025					DI F. DE CASOS	VAR. %
	C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
LESIONES GRAVES POR MORDEDURA DE PERRO	3	0	0	0	3	1	0	0	0	1	2	

## Meningitis y meningoencefalitis

EVENTO	2024					2025					DI F. DE CASOS	VAR. %
	C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
BACTERIANA POR OTROS AGENTES	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	
BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	0	2	0	0	2	0	1	0	0	1	1	
MICOTICAS Y PARASITARIAS	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	-2	
POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	
POR NEISSERIA MENINGITIDIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
POR OTROS VIRUS	2	0	0	0	2	4	0	0	0	4	2	
POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE	2	0	0	0	2	2	0	0	0	2	0	
POR STREPTOCOCCUS PYOGENES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	8	0	0	1	9	6	0	0	2	8	-1	
TUBERCULOSA	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	
VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTE	0	8	0	0	8	0	4	0	0	4	-4	

## Transmitidas por alimentos, agua o ruta fecal-oral

EVENTO	2024					2025					DI F. DE CASOS	VAR. %
	C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
BOTULISMO	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	
DIARREAS AGUDAS SIN IDENTIFICACION DE AGENTE	1	0	0	0	1	5	0	0	0	5	4	
DIARREAS AGUDAS BACTERIANAS	27	0	0	0	27	15	0	0	0	15	-12	
DIARREAS AGUDAS SANGUINOLENTAS	34	0	0	0	34	45	0	0	0	45		32
DIARREAS AGUDAS SANGUINOLENTAS BACTERIANAS	17	0	0	0	17	7	0	0	0	7	-10	
DIARREAS AGUDAS VIRALES	1	0	0	0	1	5	0	0	0	5	4	
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	5	1	0	0	6	1	0	0	0	1	-5	
LISTERIOSIS	2	0	0	0	2	1	0	0	0	1	-1	
SINDROME UREMICO HEMOLITICO (SUH)	12	0	0	0	12	5	0	0	0	5	-7	
TRIQUINOSIS	0	0	1	0	1	2	0	2	0	4	3	

## Tuberculosis y lepra

EVENTO	2024					2025					DI F. DE CASOS	VAR. %
	C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
LEPRA	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	
TUBERCULOSIS	358	0	76	12	446	194	0	59	3	256		-43

## Zoonóticas y por vectores

EVENTO	2024					2025					DI F. DE CASOS	VAR. %
	C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
BRUCELOSIS	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	
DENGUE **	18896	3109	16664	1415	40084	85	59	729	295	1168		-97
FIEBRE AMARILLA	0	1	0	0	1	0	0	2	0	2	1	
FIEBRE CHIKUNGUNYA **	0	1	38	353	392	0	0	0	4	4	-388	
FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	0	2	2	4	0	0	0	0	0	-4	
FIEBRE HEMORRAGICA ARGENTINA	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	-1	
FIEBRE Q	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	-1	
HANTAVIROSIS	0	0	1	8	9	0	0	0	10	10	1	
LEISHMANIASIS CUTANEA	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	-1	
LEISHMANIASIS MUCOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	4	0	4	0	0	2	0	2	-2	
LEPTOSPIROSIS	2	0	8	2	12	0	0	5	0	5	-7	
PALUDISMO	5	0	1	0	6	1	0	1	0	2	-4	
PSITACOSIS	3	4	9	2	18	0	0	5	1	6	-12	
RICKETTSIOSIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
VIRUELA SÍMICA	0	0	1	4	5	4	0	3	11	18	13	
VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	2	0	5	1	8	0	0	1	0	1	-7	
ZIKA (TODOS LOS EVENTOS) **	0	0	27	301	328	0	0	0	1	1	-327	

(\*\*) Las notificaciones de casos de Chikungunya y Zika inician vinculadas inicialmente al evento Dengue, siendo la sospecha de estos eventos parte de algoritmo de diagnóstico en los casos correspondientes.

## II. Vigilancia de Infecciones Respiratorias

### II.1 INTRODUCCION

La vigilancia de las infecciones respiratorias, dada su alta carga de morbilidad, mortalidad y dinamismo constituye uno de los eventos notificables de salud cuya atención es imprescindible. Este apartado presenta datos hasta la SE 15 de 2025.

Para una mirada supra-jurisdiccional recomendamos la lectura del Boletín Epidemiológico Nacional.

### II.2 SOBRE EL MONITOREO DE VIRUS RESPIRATORIOS

La Ciudad cuenta con varias y simultáneas estrategias epidemiológicas de vigilancia de eventos respiratorios.

En lo que respecta a eventos de abordaje ambulatorio, se cuenta por un lado con la vigilancia general que realizan los efectores, y la otra es la vigilancia intensificada que realizan las UMA o Unidades de Monitoreo de Ambulatorios.

En lo que respecta a eventos que requieren internación, se dispone de similar esquema: una vigilancia general realizada por los efectores de la red y una vigilancia intensificada que realizan las UC o Unidades Centinela.

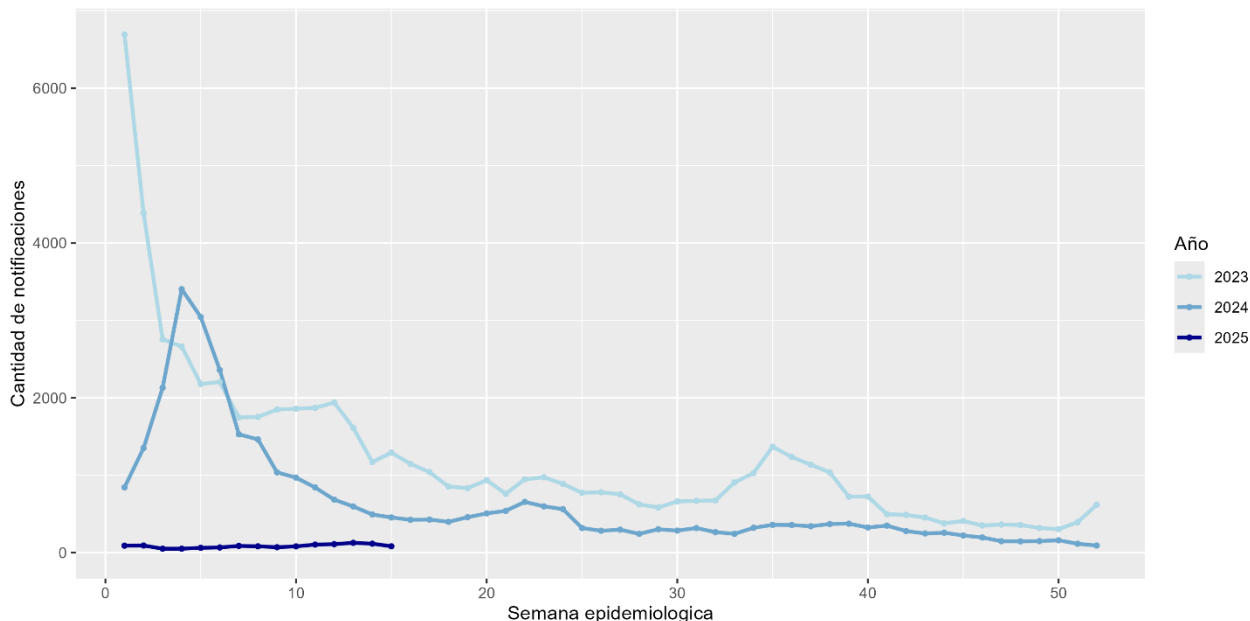
Finalmente, se encuentra el monitoreo realizado por la red laboratorial y de vigilancia genómica de la jurisdicción, que articula y genera información en profundidad sobre los agentes detectados.

### II.3 EVENTOS RESPIRATORIOS DE ABORDAJE AMBULATORIO

Para el presente apartado se ha simplificado -en aras de mayor inteligibilidad- la información disponible tanto de las estrategias de vigilancia general como de la vigilancia intensificada de pacientes ambulatorios. Se presenta en esta instancia información proveniente de eventos de notificación nominal.

La primera información refiere a la cantidad de notificaciones registradas:

**Gráfico 1. Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias nominales en eventos ambulatorios. Residentes CABA. Años 2023-24-25 (N = 97371)**



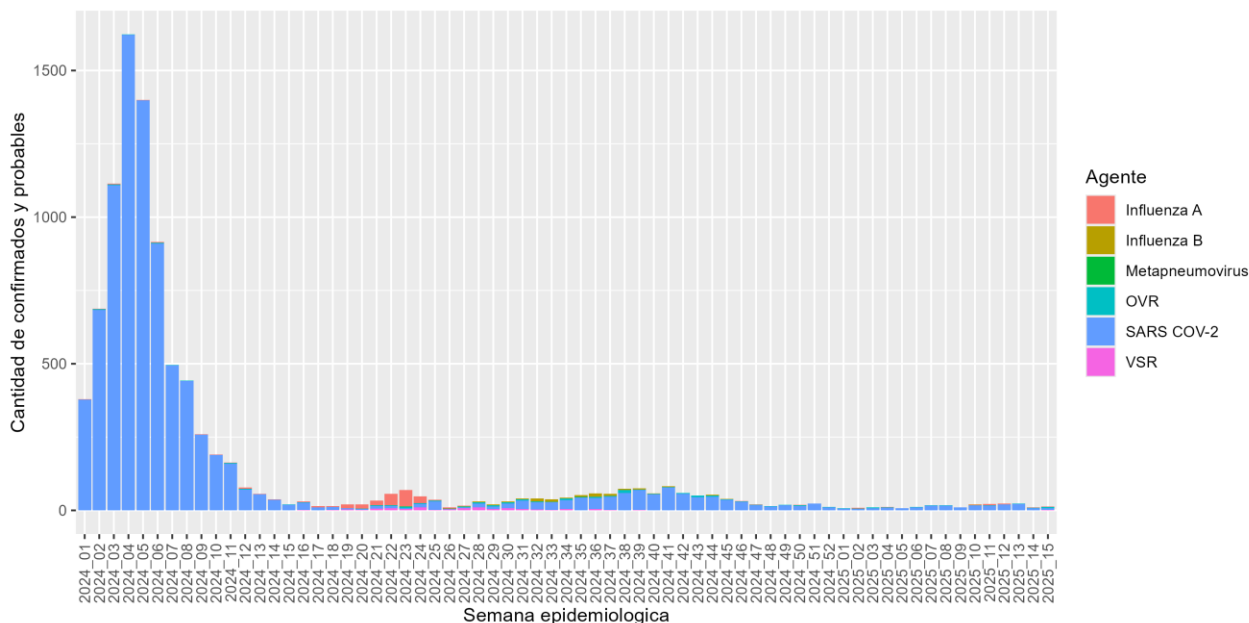
**Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0**

Se observa, tanto al inicio de 2023 como de 2024 un incremento de la notificación. En ambos casos estuvo asociado a la circulación de SARS – COV-2. Esta dinámica es mucho menos pronunciada en 2025. Por otro lado, en las últimas semanas -desde la SE 17 de 2024- se observó un incremento de las notificaciones ambulatorias, pero asociadas a otros agentes, y ubicándose en términos generales un descenso en las semanas posteriores, que se mantiene con pequeñas variaciones desde esa fecha en adelante.

Al momento de identificar el agente para eventos ambulatorios cabe apuntar que esto es en los casos en los que éste ha sido identificado, dado que se trata de cuadros con un curso clínico predominantemente benigno en donde la identificación precisa del agente etiológico, para la gran generalidad no resulta necesaria. Dada esta aclaración, en todos los casos donde se ha procedido a la identificación, se han detectado agentes virales.

Se presenta a continuación un cuadro con el detalle de estos agentes:

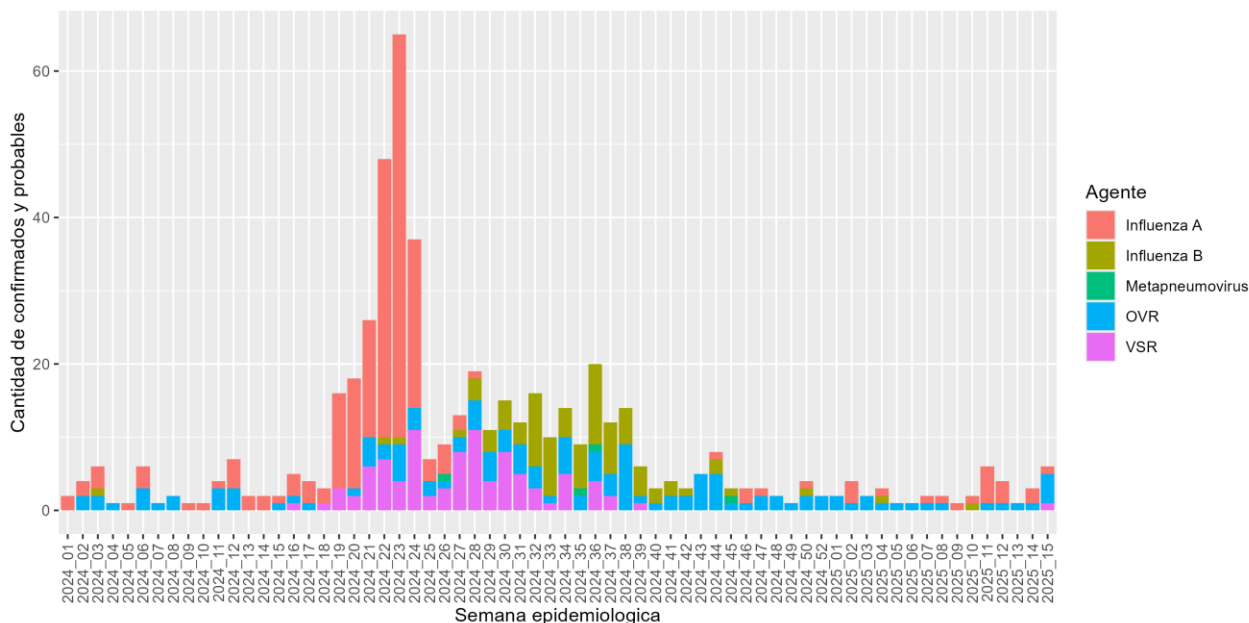
**Gráfico 2. Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias en eventos ambulatorios. Casos confirmados y probables según agente identificado Residentes CABA. Años 2024-25 (N = 9496)**



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

Se observa un marcado predominio de las detecciones de SARS COV-2 al inicio de 2024, y luego el reemplazo de la circulación por otros agentes, en particular Influenza A, aunque desde la SE 28 vuelven a registrarse detecciones de SARS COV-2 que continúan hasta la semana de cierre del presente. Con respecto a otros agentes y su circulación, se brinda mayor claridad en el siguiente detalle, que excluye SARS COV-2:

**Gráfico 3. Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias en eventos ambulatorios. Casos confirmados y probables según agente -sin SARS COV-2. Residentes CABA. Años 2024-25 (N = 532)**

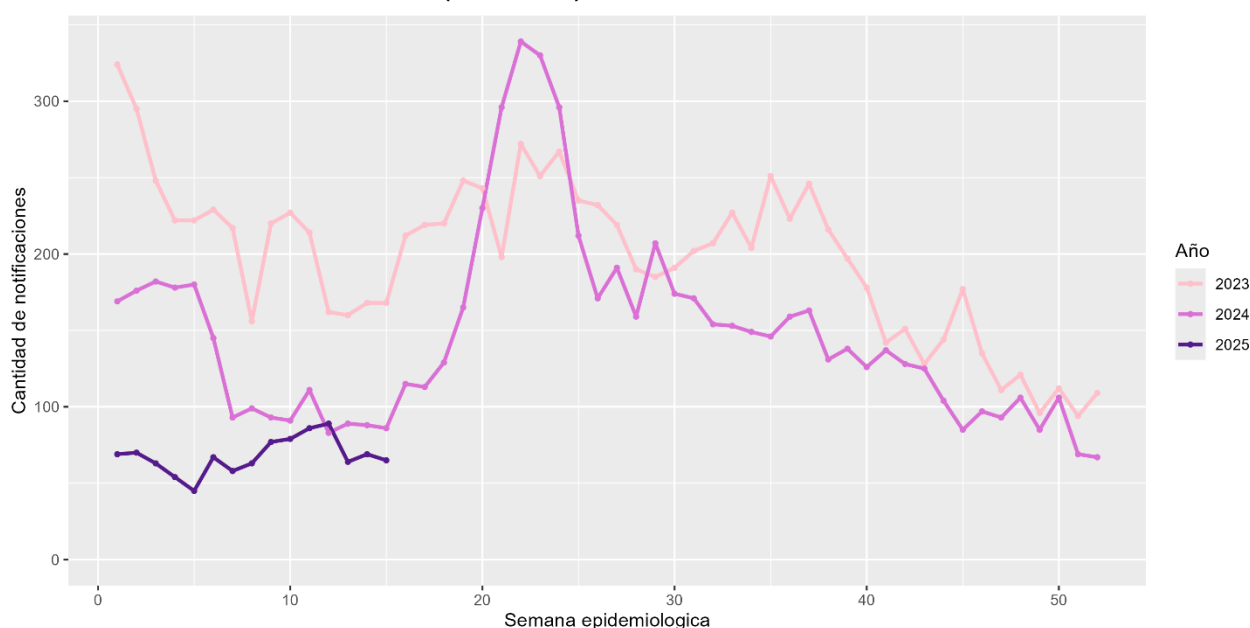


**Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0**

## II.4 EVENTOS RESPIRATORIOS DE ABORDAJE EN INTERNACIÓN

Así como para el abordaje de eventos ambulatorios, en lo que refiere a internación, se ha simplificado -en aras de mayor inteligibilidad- la información disponible tanto de las estrategias de vigilancia general como de la vigilancia intensificada de pacientes cuyo abordaje es en internación. Se presenta información proveniente de eventos de notificación nominal.

**Gráfico 4. Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias en eventos asociados a internación. Residentes CABA. Años 2023-24-25 (N = 18985)**



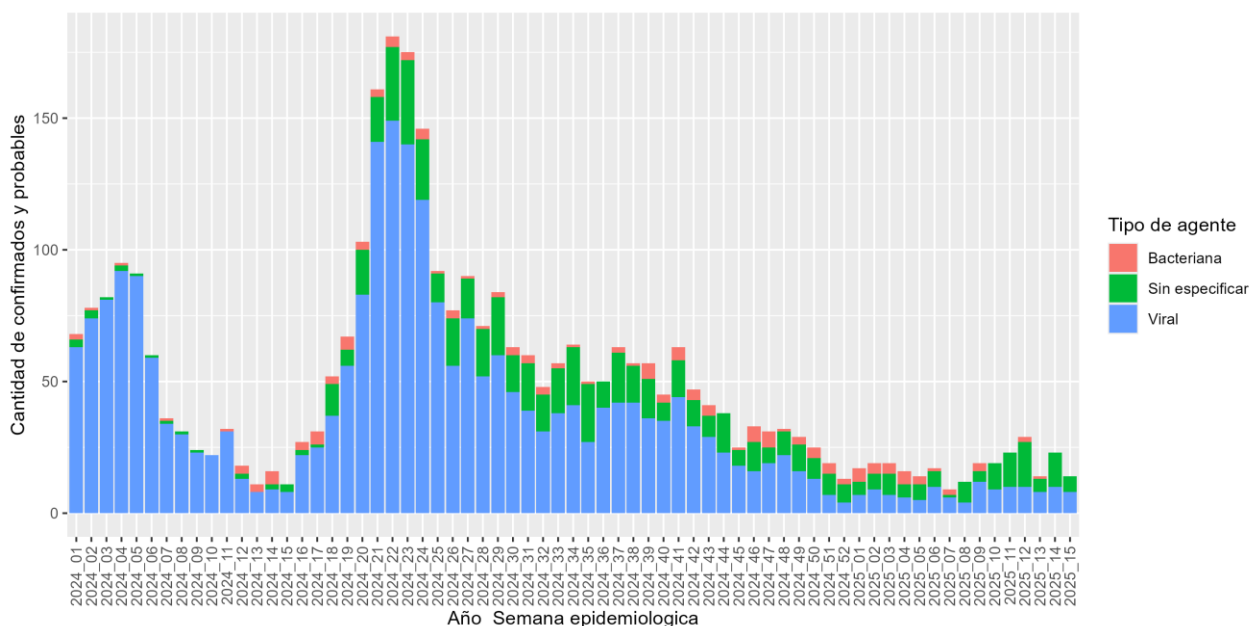
**Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0**

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

Un segundo comentario es -comparando los gráficos 1 y 4-, que la circulación de SARS COV-2 de inicios de 2024 ha sido predominantemente -en términos relativos- en el ámbito ambulatorio.

En cuanto a los casos clasificados como confirmados y probables, y observando éstos con relación al agente, se obtiene la siguiente información:

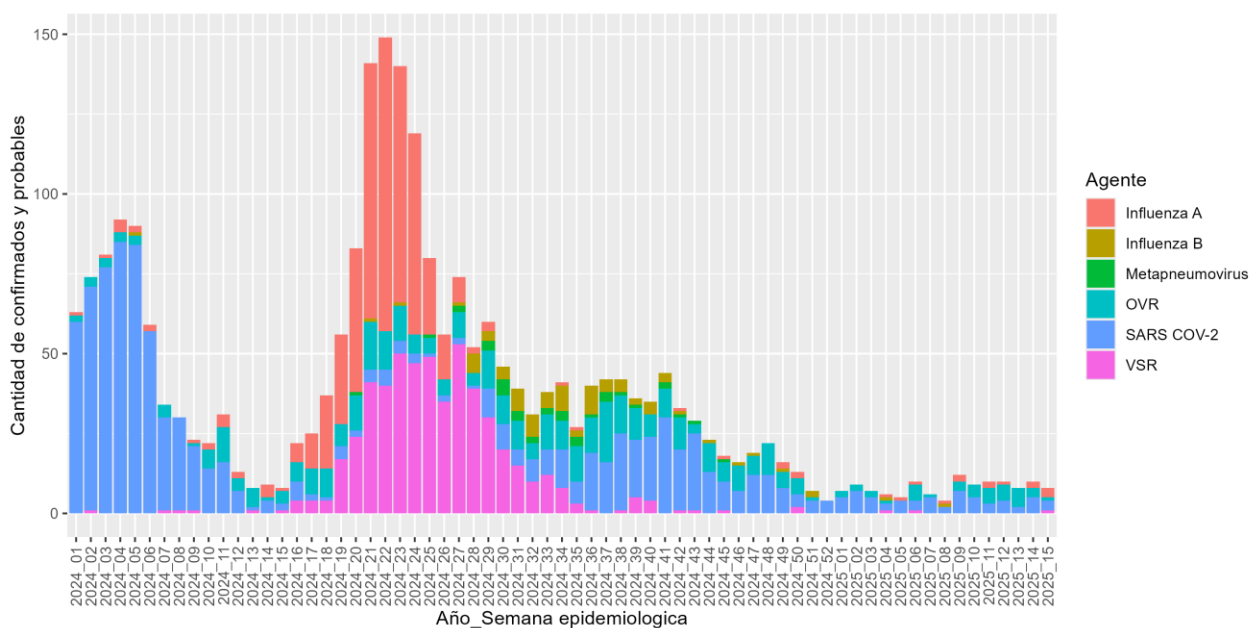
**Gráfico 5. Casos confirmados y probables notificados en SNVS de enfermedades respiratorias en eventos asociados a internación. Según tipo de agente. Residentes CABA. Año 2024-25 (N = 3306)**



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

Se observa el predominio de los agentes virales. En lo que hace al detalle de los agentes se registra la siguiente información:

**Gráfico 6. Casos confirmados y probables notificados en SNVS de enfermedades respiratorias en eventos asociados a internación. Agentes virales. Residentes CABA. Año 2024-25 (N = 2513)**

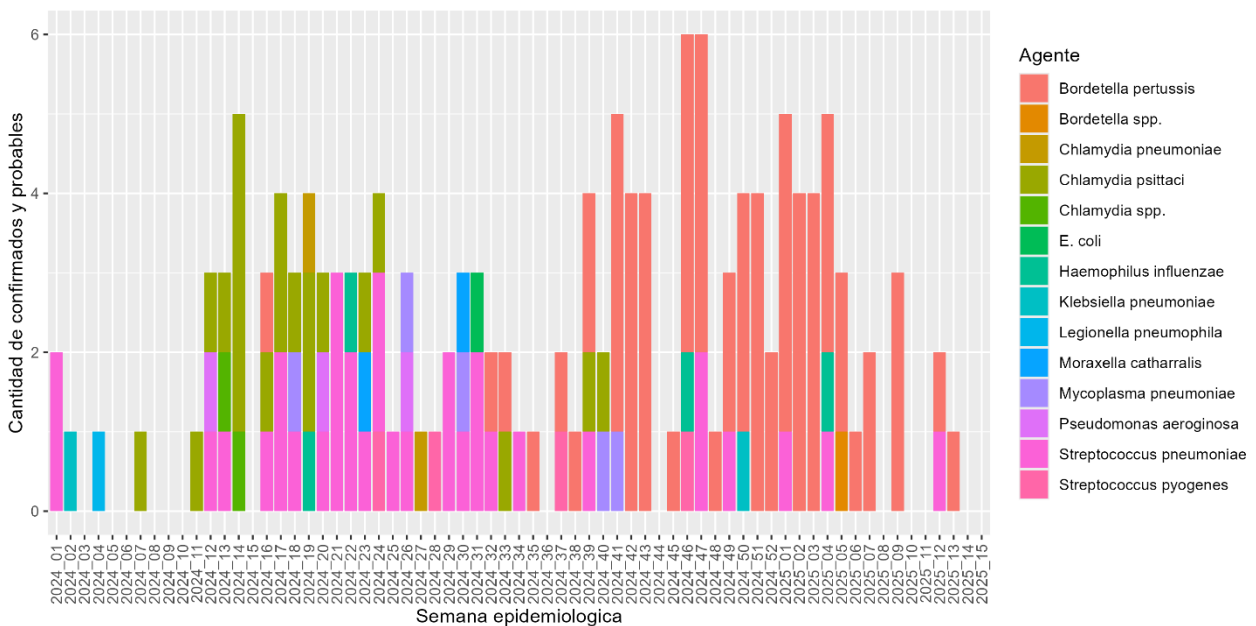


Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0

Dentro de los agentes virales se observa el predominio del SARS COV-2 al inicio del año, siendo desde la SE 17 reemplazado por la influenza A, seguido por el virus sincial respiratorio (VSR). Cabe agregar, respecto de la influenza A, que la tipificación laboratorial que se realiza de este agente arroja un predominio en la detección de la Influenza A – H3N2, que es una de las incluidas dentro de los componentes en las campañas de vacunación. Desde la SE 28 en adelante han aparecido casos en internación ligados a Influenza B, y otros virus respiratorios (OVR) junto con una cantidad de casos asociado al SARS COV-2

En lo que se refiere a agentes bacterianos, el detalle es el siguiente:

**Gráfico 7. Casos confirmados y probables notificados en SNVS de enfermedades respiratorias en eventos asociados a internación. Agentes bacterianos. Residentes CABA. Año 2024 (N = 153)**



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

No se observa ningún patrón que pueda asimilarse a una tendencia, aunque sí se menciona que la mayor cantidad de detecciones entre las SE 7 y SE 24 corresponden a Chlamydia psittaci -agente causal de la Psitacosis-, y luego Streptococcus pneumoniae y pyogenes. Asimismo, en las últimas semanas se ubicaron aislamientos de Bordetella pertussis.

A modo de cierre de este apartado se señala la importancia de una adecuada higiene respiratoria, lavado de manos; y en caso de pertenecer a grupos para los cuales haya indicada alguna vacuna (por ejemplo, vacunación antigripal, antineumocócica, virus sincial respiratorio, o con componente pertussis) el chequeo y refuerzo de la importancia de mantener estas indicaciones al día.

### III. Vigilancia de Enfermedades transmitidas por el Mosquito *Aedes aegypti*

#### III.1 TEMPORADA 24/25 – ETAPA 4 DEL PLAN DE ETM

De acuerdo a los escenarios teóricos de riesgo que históricamente presenta la Ciudad de Buenos Aires, según la presencia o no del vector y la ocurrencia de casos, actualmente nos encontramos en el Escenario 3, caracterizado por la presencia de huevos del vector, actividad larvaria y eventuales casos asociados a viaje, y también con ausencia de éste. Este escenario se asocia con la **cuarta etapa** de acciones del Plan de Dengue de la Ciudad.

A partir de la SE 42 DE 2024, hasta la SE 16 de 2025 (finalizada el 19 de abril) se detectaron 116 casos confirmados, con y sin viaje. Se está monitoreando activamente la evolución de la situación, y realizando acciones de búsqueda activa y control de focos.

#### III.2 INFORMACIÓN SOBRE LA NOTIFICACIÓN EN CABA

Se han detectado, hasta la fecha de confección del presente, 116 casos de dengue confirmado en CABA en la actual temporada, así 122 casos probables.

El siguiente gráfico muestra la evolución de casos probables y confirmados en las últimas tres temporadas:

**Gráfico 8. Casos confirmados y probables de Dengue notificados en el SNVS desde SE-31 hasta SE-16. Residentes CABA. Temporadas 2022/23 (N = 12023); 2023/24 (N = 25652) y 2024/25 (N = 238)**

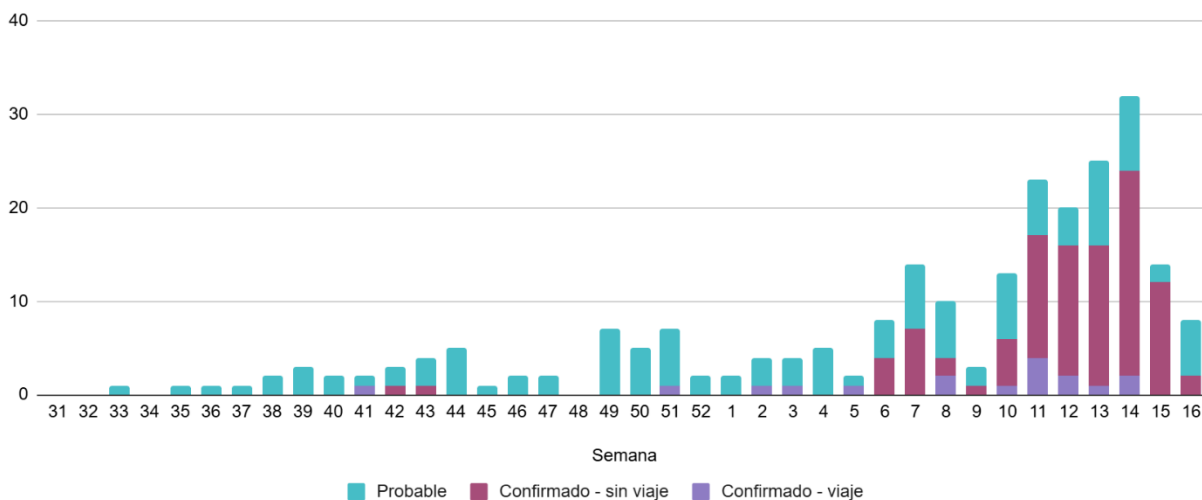


**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0

Como se puede observar, en la actual temporada la cantidad de casos probables y confirmados se encuentra hasta el momento de confección del presente, en valores inferiores a los registrados en las dos temporadas anteriores.

En lo que refiere al detalle de casos de la actual temporada, y su distribución a lo largo del tiempo, tenemos lo siguiente:

**Gráfico 9. Casos confirmados y probables notificados Dengue notificados en el SNVS desde SE-31 hasta SE-14 según FIS, detalle. Residentes CABA. Temporada 2024/25 (N = 238)**



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

A diferencia de lo ocurrido en temporadas anteriores, se ha observado un predominio, hasta la SE10/2025, de los casos probables, cuyas características generales comentaremos más abajo.

A partir de la semana 6 se han ubicado casos sin antecedentes de viaje. La mayoría de estos casos partieron de la detección inicial de dos casos cercanos -a 300 metros entre sí-, en territorio de Comuna 11. Se generaron acciones de control de foco, que incluyeron búsqueda activa de febriles en acciones territoriales, dirigidas específicamente a esa zona. Producto de estas acciones se pudieron ubicar personas sintomáticas, que no habían consultado en efectores de salud hasta el momento, y al ser derivadas evaluadas arrojaron resultados positivos para DEN-2. Se realizaron también acciones de fumigación de bloqueo en domicilios afectados y domicilios aledaños, según los protocolos vigentes. Con posterioridad a esas acciones, se evidenció una disminución de la diseminación de casos en esa zona en las semanas 8 y 9, y posterior incremento -no pronunciado- en las semanas 10 y 11, que se mantiene hasta la SE13. A la fecha de elaboración de la presente, las acciones continúan en curso, con monitoreo activo.

La generalidad de los casos ha sido de manejo ambulatorio. Se registró en la SE13, en el ámbito hospitalario, el fallecimiento de una paciente de 76 años con comorbilidades, quien tuvo una evolución rápida y tórpida en el establecimiento de atención. Presentó un cuadro atípico, con elementos como presencia de leucocitosis, lo cual tornaría menos probable que el dengue haya sido la causa directa del desenlace. Luego de la investigación epidemiológica

realizada, y sin tener al momento aislamiento de otros agentes infecciosos, se consideró que la enfermedad podría haberse hallado entre los elementos de la cadena causal, sin que puedan descartarse otros factores precipitantes o coadyuvantes dada la rápida evolución del cuadro en el establecimiento sanitario.

Se ubican casos sin antecedentes de viaje en otras comunas, sin que llegue a objetivarse a la fecha la conformación de un clúster similar al detectado en Comuna 11. Los casos sin antecedentes de viaje detectados en semanas anteriores a las descritas no han arrojado resultados en sus acciones de control que evidencien casos secundarios asociados, y se han ubicado en otras Comunas, según se ha ido detallando en ediciones anteriores de este boletín.

Por otro lado, continúa la detección esporádica de casos con antecedente de viaje. La mayoría de éstos refiere antecedente de viaje a Brasil, aunque también se han objetivado antecedentes de viaje a la India, Tailandia y más recientemente la provincia de Córdoba. Se ha detectado también dos casos con antecedentes de trasplante, en investigación.

Entre la SE31 de 2024 y SE14 de 2025 se han detectado 107 casos probables en las tareas de vigilancia, dados en su gran mayoría por resultados serológicos positivos que no permiten distinguir con absoluta certeza entre posibles infecciones de esta temporada o la anterior, y en segundo término por el uso de tests rápidos -aunque este esté desaconsejado en este momento epidemiológico-. Independientemente de la especificidad clasificatoria, para estos casos se realizan acciones de control y foco, que hasta el momento no redundaron en eventuales casos secundarios asociados.

Asimismo, se agrega a modo de comentario que se han detectado entre las SE 31 y SE 14 de 2024, catorce casos de síndromes asociados a la vacunación de Dengue, cuya presentación puede ser similar al cuadro clínico de la enfermedad habitual y también estar asociada a resultados laboratoriales positivos. Es de particular relevancia el rastreo de antecedentes de vacunación al momento de investigar los cuadros.

En cuanto al monitoreo, huelga decir que continúa siendo un momento pertinente para la particular atención de los casos asociados a la importación, y eventuales cadenas de transmisión locales. Se recuerda que continúa la vigencia de los algoritmos de detección laboratoriales, y que está desaconsejado en general el uso de tests rápidos frente a sospechas de SFAI. Los test diagnósticos a utilizar deben ser técnica PCR o Elisa.

Como cierre, en este momento epidemiológico mantienen su relevancia las medidas asociadas a la disminución de abundancia del vector, ligadas a la eliminación de criaderos donde puede haber huevos a *Aedes aegypti*, así como la atención sostenida a posibles casos importados, incluyendo en esta definición a zonas del país distintas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, así como países con circulación de dengue.

## IV. Vigilancia Viruela Símica

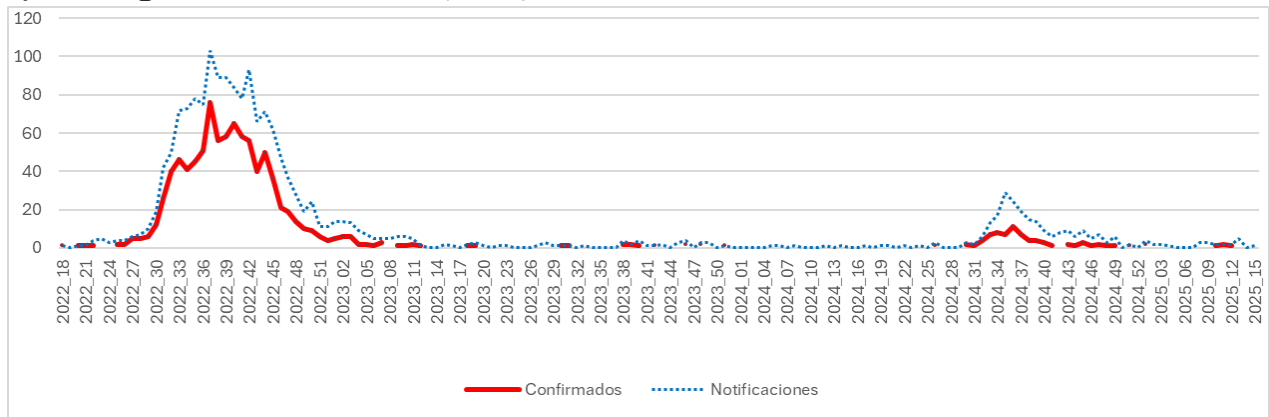
### IV.1. INTRODUCCION

En el año 2022 se detectó un brote de MPOX causado por el clado IIb en el ámbito local, el cual también repercutió en la CABA entre las SE 27 de 2022 y SE 5 de 2023. El pico de casos de ese brote fue en la SE 37 de 2022, después de lo cual comenzaron a disminuir las notificaciones.

En 2024-25, en el período comprendido entre la SE 1 de 2024 y las SE 16 de 2025 fueron notificados en total 252 residentes, que se distribuyeron de la siguiente manera: 78 casos confirmados, 132 descartados y 42 casos que se encuentran en investigación. De los 78 casos confirmados, un caso requirió internación, la cual transcurrió con resolución favorable. Del total de casos notificados en residentes, las notificaciones se distribuyeron equitativamente entre el subsector público y privado. Hasta la fecha no se han informado casos relacionados con el clado Ib.

El caso de la SE 26 se ha determinado como asociado a la importación, pero en los notificados hasta la SE 16 de 2025 inclusive, no se han podido ubicar antecedentes inmediatos de viaje. En cuanto a la vía de transmisión, la investigación epidemiológica ha registrado contactos de riesgo, asociados predominantemente a prácticas sexuales. Se han registrado tres confirmaciones en las semanas 10, 11 y 12/2025 luego de un intervalo sin casos confirmados de ocho semanas.

**Gráfico 10. Notificaciones y casos confirmados viruela símica. Residentes CABA - por año y semana epidemiológica Abr-2022 / Abr-2025 (SE 16). N notificaciones = 1756 / N casos = 986**



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

Como se puede observar, tanto los niveles de notificaciones, como de casos no han llegado a la magnitud registrada en 2022, pero sí se observó una continuidad de detecciones en las últimas semanas que no tiene antecedentes cercanos en el tiempo, lo que implica procurar sostener una alta sensibilidad para la vigilancia, habida cuenta de la posibilidad de la introducción local del clado Ib que ha motivado la nueva declaración de emergencia internacional de esta patología.

## IV.2 ACCIONES Y RECOMENDACIONES

### Recomendaciones para personal de la salud:

Las principales medidas de salud pública para el control de la viruela símica consisten en la detección temprana de los casos, el aislamiento y la atención de éstos, así como la identificación y seguimiento de contactos durante 21 días desde la última exposición de riesgo:

- Identificar de forma temprana casos sospechosos, asegurando el diagnóstico oportuno y la atención médica adecuada.
- Implementar de forma inmediata las acciones de control
- Aislar los casos para prevenir transmisión a otras personas
- Identificar, gestionar y realizar seguimiento de contactos para reconocer tempranamente signos o síntomas.
- Caracterizar epidemiológicamente los casos.
- Evaluar el impacto de la enfermedad en diferentes poblaciones.
- Orientar las necesidades de adaptación de las medidas de prevención y control.

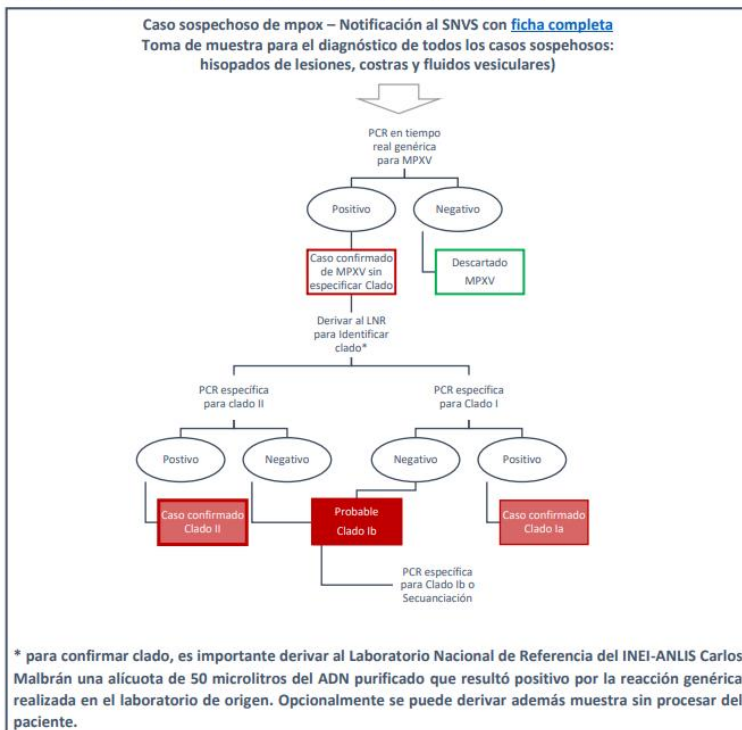
## Notificación:

Todo caso que cumpla con los criterios de la definición de caso sospechoso o confirmado constituye un evento de notificación obligatoria en los términos de la Ley 15465 y debe ser por tanto notificado al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) dentro de las 24hs de la identificación éste (desde la sospecha), con datos completos según la ficha de notificación, pedido de estudios de laboratorio e investigación epidemiológica disponible.

## Sobre las muestras y algoritmo de derivación:

El tipo de muestra recomendada para confirmar en laboratorio la viruela símica es material tomado de la lesión cutánea, en particular hisopados de la superficie o del exudado de las lesiones, los bordes superiores (techos) de más de una lesión o las costras de las lesiones. Se derivarán al Laboratorio Nacional de Referencia (Instituto Malbrán) las muestras que resultaren positivas, para determinación de clado. A su vez, se debe derivar una alícuota de la misma muestra que haya arrojado resultado positivo en la PCR genérica. con la correspondiente ficha e identificación de efector y paciente, carga del caso en el SNVS y derivación electrónica de la muestra realizada, según se observa en el siguiente diagrama generado por el Ministerio de Salud Nacional:

### ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y NOTIFICACIÓN DE MPOX



Fuente: Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) 718. Ministerio de Salud de la Nación<sup>1</sup>

<sup>1</sup> [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/ben\\_718\\_se\\_33.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/ben_718_se_33.pdf)

### Recomendaciones para la población general:

- En caso de síntomas compatibles con lo descrito en la introducción, y especialmente frente a la aparición de lesiones en la piel, buscar atención médica inmediatamente.
- Evitar el contacto físico cercano con otras personas si se presentan síntomas. Las lesiones son contagiosas hasta que todas las costras se resuelven en cicatriz.
- No compartir elementos personales como sábanas, toallas, ropa y utensilios.
- Seguir las recomendaciones de los profesionales de salud y las medidas preventivas establecidas.

## V. Vigilancia - Sarampión

Dada la detección de casos recientes de sarampión en el territorio de la Ciudad, se han extremado las medidas de vigilancia y control para la patología.

Se refuerza la importancia de la vacunación con componente triple Viral, según calendario de vacunación vigente.

### V.1. RESUMEN DE SITUACION

A la fecha del 21/04/2025, han sido confirmados diez casos de sarampión en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) desde el día 29 de enero del 2025. También se han registrado once casos en la Provincia de Buenos Aires, totalizando de esa manera 21 casos a la fecha de cierre en ambas jurisdicciones. Para la consideración de la situación completa se recomienda la consulta del Boletín Epidemiológico Nacional<sup>2</sup>: <https://www.argentina.gob.ar/salud/boletin-epidemiologico-nacional/boletines-2025>

Se detalla información de los siete casos detectados en la investigación y monitoreo de residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires hasta la fecha:

- Casos 1 y 2: El día 29 de enero de 2025 en la Ciudad autónoma de Buenos Aires se confirma un caso de sarampión en paciente de nacionalidad ruso-argentina, mujer de

---

<sup>2</sup> [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben\\_751\\_se\\_14.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_751_se_14.pdf)

6 años de edad. En el curso de la investigación epidemiológica es detectada su hermana de 20 meses con síndrome febril y luego exantema confirmándose sarampión. Ambas habían regresado de viaje junto a padre y madre, cuyo derrotero fue Rusia-Vietnam- Dubái, escala en Río de Janeiro y arriban a Argentina el 22 de enero de 2025. El síndrome febril en el primer caso inicia el 23 de enero (al día siguiente de su llegada).

- Caso 3: Se trató de un paciente de 40 años con residencia cercana a los casos anteriores, inicio de síntomas el 8 de febrero y exantema el 12. Sin antecedentes de viaje.
- Casos 4 y 6: Dos hermanas de 18 y 16 años, con inicio de síntomas 19 de febrero y exantema 24 y 25 de febrero respectivamente. Sin antecedentes de viaje. Residencia en el mismo complejo de viviendas que Casos 1 y 2.
- Caso 5: Mujer de 19 años con inicio de síntomas el 19 de febrero y exantema el 23. Residencia en el mismo complejo de viviendas que Casos 1 y 2.
- Caso 7\_CABA (o Caso 11 según la secuencia a nivel Nacional): Se trata de un niño de 9 años, que ya estaba en la red de contactos se venía monitoreando en la jurisdicción y presenta exantema el día 12/3. Tuvo contacto con uno de los casos del brote de la localidad de Florencio Varela – Provincia de Buenos Aires, cuando éste aún no había presentado exantema. El niño es residente de la Comuna 1. Tiene antecedente vacunal referido -no constatado-. No asistió a la escuela durante el periodo de transmisibilidad y nos encontramos en período de seguimiento de contactos al momento del cierre de la presente. La evolución del cuadro ha sido ambulatoria.
- Caso 8\_CABA (o Caso 13 según la secuencia a nivel Nacional): se trata de un caso de sexo femenino, de 38 años de edad, detectado retrospectivamente a partir de la investigación epidemiológica. Es una mujer con residencia en Comuna 12, que trabaja en un comercio de cercanía en la zona de los casos 1 a 6 de CABA, dentro de la Comuna 14. Su confirmación ha sido a partir de un test de IgM+ el cual agregó la presencia de clínica compatible durante el mes de febrero, con referencia de inicio de exantema el día 9/2. En la investigación no se han detectado hasta el momento nuevos casos sospechosos desde los contactos de este último caso.
- Caso 9\_CABA (o Caso 17 según la secuencia a nivel Nacional): Se trata de un niño de 5 meses, no vacunado -dada su edad- con residencia transitoria en Comuna 1. Se hallaba dentro de los contactos identificados bajo monitoreo. Inició exantema el día 25/3.

- Caso 10\_CABA (o caso 18 según la secuencia Nacional). Se trata de una adolescente de 16 años, con esquema de vacunación completo para su edad, con residencia en Comuna 3. Se pudo objetivar el resultado laboratorial positivo, pero la investigación epidemiológica no ha podido ubicar hasta el momento de cierre del presente, conexión con cadenas de transmisión ya identificadas.

Tres de los casos fueron estudiados por laboratorio frente a incremento de la curva febril y el antecedente epidemiológico antes de la aparición del exantema (casos 2, 4 y 6).

Respecto de la evolución clínica y complicaciones, uno de los casos presentó neumonía y requirió internación por 48 horas. Dos casos presentaron odinofagia intensa requirieron 24 horas de internación para hidratación parenteral por poca ingesta de líquidos debido a la odinofagia. Más allá de esto, a la fecha de este informe la evolución general es favorable en todos los casos. El laboratorio nacional de referencia ha identificado el mismo genotipo y linaje en los casos 1 a 7 confirmados por laboratorio: Genotipo B3 linaje MVs/Buenos Aires.ARG/5.25.

En lo que refiere a antecedentes vacunales, por referencia verbal, todos los casos estaban vacunados. Sin embargo, en los casos 1, 2, 3, 5 y 7 no se pudo verificar en la investigación epidemiológica el registro de vacunas (carnet ni otro tipo de registros informatizados), y los casos 4 y 6 con cuentan registro referido general por profesional en carnet y en historia clínica que relatan: “Vacunas Completas”, sin detalle de fecha de aplicación de triple viral o número de dosis.

Los casos 1 a 6 residen de forma temporaria o permanente en Comuna 14 de esta Ciudad, y tal como fue señalado, los casos 1, 2, 4, 5 y 6 lo hacen en el mismo complejo de viviendas, que estuvo bajo vigilancia y monitoreo desde la detección de los primeros casos, lo cual ha facilitado su pronta identificación, evaluación. El caso 3 reside en otro edificio de la misma comuna, a 100 metros en distancia lineal de los otros casos. El caso 7 y 9 residen en Comuna 1. El caso 8, identificado retrospectivamente, tiene residencia en Comuna 12, y lugar de trabajo en la Comuna 14, en cercanía a los casos 1 a 6. El caso 10 reside en Comuna 3.

Adicionalmente a los casos descritos, a la fecha de publicación de la presente se han confirmado nueve casos con residencia en la Provincia de Buenos Aires. Para el relato de estos casos se sugiere la consulta del Boletín Epidemiológico de la Jurisdicción o el Boletín Epidemiológico Nacional.

## V.2. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN ESPECÍFICAS

Desde el Ministerio de Salud de la CABA se procedió con una serie de medidas sanitarias suplementarias, frente a la situación descrita, las cuales incluyen:

- Para cada uno de los seis casos hasta la fecha, la identificación de escenarios de transmisión y de contactos. Esto implicó determinar posibles expuestos y la realización de seguimientos personales, incluyendo indicaciones de vacunación suplementaria o indicación de gammaglobulina, según corresponda. Los escenarios generados por cada caso están siendo monitoreados activamente, y se han identificado nuevos casos sospechosos, emergentes de estas actividades y en proceso de evaluación y seguimiento.
- Refuerzo de vacunatorios abiertos durante los fines de semana: Hospital Durand y Hospital Santojanni.
- Acciones de sensibilización y recorridas territoriales en la zona con mayor posible exposición frente a los escenarios recabados para cada uno de los casos.
- Refuerzo de insumos: actualización de stocks de gammaglobulina e incremento disponibilidad de stock de triple viral en vacunatorios de efectores cercanos.
- Comunicación a efectores de salud de la ciudad sobre la situación para elevación del nivel de alerta y sensibilidad frente a la patología.
- Actualización y difusión sistemática de procedimiento jurisdiccional tanto en lo referente a las medidas iniciales en las consultas como acciones frente a casos sospechosos y confirmados de EFE.
- Comunicación a guardias para elevación de nivel de alerta y sensibilidad frente a presentaciones sintomáticas compatibles.
- Acciones de vacunación en territorio adicionales. Acciones preventivas del CeSAC en la zona en territorio e instituciones.
- Desarrollo, entre Ministerios de Educación y Salud de la CABA, un plan de control de la vacunación y refuerzo de la vacunación de los no vacunados al ingreso escolar; con el objetivo de aumentar la cobertura de vacuna triple viral. Este plan incluye 3 acciones concretas:
  - La comunicación masiva y difusión tanto sobre la importancia de la vacunación como sobre signos de alarma y lugares de atención.
  - La revisión del estado de vacunación de los alumnos ingresantes, desde los primeros días de clase, con el objetivo de detectar aquellos no vacunados.

- Despliegue territorial de dispositivos para facilitar el acceso a la vacunación desde la escuela, y más allá de los vacunatorios habituales.
- En conjunto con las autoridades comunales correspondientes al domicilio de los casos, se ha trabajado en acciones de difusión, detección y derivación de personas con síntomas compatibles para su diagnóstico y seguimiento correspondiente.
- La Unidad Sanitaria Móvil está presente en espacios clave a disposición para la administración de vacuna, en caso de corresponder.
- Articulación permanente con los niveles nacionales y de otras jurisdicciones para monitoreo y actualización de la situación epidemiológica.

### V.3. PROCEDIMIENTOS FRENTE A CASOS SOSPECHOSOS

Se reproducen aquí puntos desarrollados en la actualización de procedimientos de febrero 2025, para facilitar su consulta y difusión.

#### INFORMACION GENERAL

Toda persona que presente los siguientes síntomas: fiebre de 38 grados o mayor, lesiones exantemáticas (maculopapulares), que se inician en la cara y detrás de las orejas y que se extienden al resto del cuerpo, acompañada por tos, catarro, secreción nasal y/o conjuntivitis, debe asistir al centro de salud más cercano (Hospital o CeSAC).

El traslado debe realizarse, de ser posible, con barbijo y evitando medios de transporte públicos para evitar la posible diseminación del virus a otras personas. La persona acompañante también deberá seguir estas medidas de prevención.

#### PROCESOS DE ADMISIÓN Y TRIAGE EN INSTITUCIONES

La admisión deberá realizarse en el lugar más cercano posible al ingreso a la institución, donde se pueda indagar acerca de la sintomatología y corroborar datos de contacto del paciente y su acompañante (teléfono, correo, domicilio).

En el triage, los pacientes que presenten fiebre alta y exantema, (que también puede estar acompañada de tos, rinorrea, conjuntivitis), o que refieran contacto con casos sospechosos de sarampión, deben ser rápidamente identificados y se les debe suministrar al paciente y al o los acompañantes, un doble barbijo quirúrgico (si no lo trajeran puesto).

En los casos de efectores pediátricos, en el escenario actual, se recomienda procurar barbijo ante la sola presencia de fiebre, a fin de minimizar riesgos de dispersión.

Es necesario disponer un lugar de aislamiento o consultorio separado para alejar el caso sospechoso del resto de los asistentes en la sala de espera o lugar de consulta. Ese

espacio deberá estar previsto para evitar circulación innecesaria de pacientes sospechosos -no hace falta que esté vacío, sino solamente previsto-, y tener la posibilidad de ventilación al exterior.

## EVALUACION DIAGNÓSTICA Y ABORDAJE INICIAL

### 1. Examen clínico

- Fechas de inicio de síntomas, con especial atención al exantema si está presente.
- Examen clínico general: incluyendo observación ocular, de fauces, auscultación.
- Evaluar fiebre y deshidratación para su eventual manejo.
- Frente a la presencia de tos, oximetría de pulso y eventual indicación de radiología de tórax.
- Evaluar signos de neumonía: insuficiencia respiratoria, saturación, cianosis.
- Evaluación neurológica frente a sospecha de encefalitis (definida por la presencia de fiebre, cefalea y alteraciones del estado de conciencia).

#### *Formas de Presentación*

##### Típica

- Fiebre alta
- Exantema maculo-papuloso con descamación fina, que se presenta en cabeza y cuello y progresa hacia el tronco y extremidades (progresión centrífuga).
- Secreción nasal, conjuntivitis y tos (“tres catarrros”)
- Enantema en cara interior de mejillas (manchas de Koplik).
- Complicaciones a considerar: otitis media, neumonitis / neumonía, laringotraqueítis, encefalitis y, sobre todo en niños pequeños, diarrea.
- 

##### Atípica

- Fiebre que no supere los 37,5°
- Exantema atípico en cuanto a su presentación y progresión.
- Presentación de alguna de las secreciones (no todos los catarrros juntos)
- Ausencia de Manchas de Koplik

Es importante señalar que las presentaciones atípicas pueden presentarse con mayor frecuencia en personas con antecedentes de vacunación.

### 2. Toma de Muestras

- Recolectar las muestras para el diagnóstico: sangre, orina e hisopado nasofaríngeo.
  - Muestra de sangre: se debe tomar siempre. Enviar 1-2 ml de sangre en tubo seco. Si el envío no se realiza en el día, separar el suero y guardar a 4°C.
  - Muestra de orina: hasta 14 días posteriores a la aparición de exantema en el caso (preferentemente hasta el día 7). Obtener entre 10 y 50 ml., de preferencia la primera orina de la mañana.
    - La muestra debe ser centrifugada lo antes posible y el sedimento colocado en tubo Eppendorf con 0.5-1 ml de solución fisiológica.
  - Hisopado nasofaríngeo (HNF): hasta 7 días posteriores al exantema. Deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y colocarse en tubo con 2 ml de Medio de Transporte Viral o en su defecto, con 0.5-1 ml de solución fisiológica.
- Todas las muestras deben conservarse a 4°C (no congeladas) y transportarse de manera refrigerada dentro de las 24 hs. posteriores a la toma.
- La derivación debe realizarse en primera instancia al laboratorio de referencia para sarampión en el ámbito de la Ciudad, el cual es el *Laboratorio de Virología del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez*. La derivación debe realizarse tanto física como electrónicamente (en el SNVS 2.0).
- El laboratorio de referencia local derivará las muestras *positivas* y *dudosas* al laboratorio de referencia nacional Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) Dr. [Carlos Malbrán](#).

### 3. Manejo, seguimiento y notificación de los casos sospechosos

#### *Informar de manera inmediata a la autoridad sanitaria*

El aviso debe ser ante la sospecha clínica del caso y sin esperar resultados de laboratorio. Esto implica, además del registro clínico, reportar los datos en el SNVS 2.0 bajo el grupo de evento “Enfermedad Febril Exantemática-EFE”, evento “Enfermedad Febril Exantemática-EFE (Sarampión/ Rubéola)”. Asimismo, se debe articular a través de los servicios de Promoción y Protección del Hospital, o el área correspondiente, el aviso a la Gerencia Operativa de Epidemiología a través de los medios habituales.

#### *Dar a paciente y sus acompañantes pautas de aislamiento*

El aislamiento se indica por 7 días, hasta confirmar o descartar diagnóstico -ya que la sospecha también abarca la posibilidad de un caso de rubéola-. El aislamiento puede indicarse de forma extensiva al grupo conviviente.

- Idealmente, el paciente no deberá viajar en transporte público; en caso impostergable, deberá utilizar barbijo, el cual también debe ser utilizado siempre que deba salir del domicilio y sin excepción en lugares cerrados, instituciones de salud u otras. No deberá concurrir a escuela, trabajo, ni reuniones sociales.
- Los contactos estrechos de casos confirmados pueden recibir indicación de realizar aislamiento según criterio médico epidemiológico, especialmente en el caso de tener elementos para suponer que pueden estar transitando período de incubación.

### ***Recabar información epidemiológica básica y suplementaria del caso.***

Puede servirse para esto de la ficha de notificación y la ficha de investigación de caso sospechoso de EFE (Sarampión / Rubéola) que se facilita en el Anexo, al final del presente documento.

### ***Pautas de seguimiento clínico y alarma para el caso***

Control durante las primeras 48 / 72 horas de acuerdo con el cuadro general del paciente, hasta los 7 días de iniciado el exantema. Puede facilitar el acompañamiento brindar un teléfono de contacto del equipo sanitario para el paciente, a fin de que pueda evacuar consultas. Teniendo en cuenta la posibilidad de complicaciones, se evaluará la necesidad de la realización de estudios complementarios acordes.

### ***Pautas con antecedente reciente de vacunación del caso***

En caso de antecedente de vacunación con vacuna triple o doble viral 5-21 días previos a la aparición de síntomas, podría tratarse de un Evento Supuestamente Atribuible a la Vacunación o Inmunización (ESAVI), debiendo notificarse por las vías habituales. En este caso, se procederá a realizar los estudios correspondientes en el laboratorio nacional de referencia, que permite diferenciar la infección vacunal de la infección por el virus salvaje. Esto incluye la toma de muestras y el seguimiento clínico siguiendo pautas similares a las de un caso no vacunado.

### ***Pautas de verificación de vacunación a contactos según calendario***

Deberá corroborarse el antecedente de vacunación de los contactos.

Se considera *constatado* el antecedente cuando la persona presenta carnet físico de vacunación, imagen digital o foto del mismo, o datos fehacientes en sistema informático donde se refleje la aplicación correspondiente de vacuna con componente antisarampión de modo tal que permita individualizar vacuna, número de dosis y fecha de aplicación. En caso

de no poder realizar la constatación, se debe proceder a vacunar dentro de las 72 horas del contacto para el cumplimiento del esquema de calendario, que se detalla nuevamente:

- De 12 meses a 4 años: deberán acreditar UNA DOSIS de vacuna triple viral (correspondiente al calendario nacional de vacunación)
- Mayores de 5 años: deberán acreditar DOS DOSIS de vacuna triple viral aplicadas después del primer año de vida o UNA DOSIS triple viral + UNA DOSIS de doble viral.

## **ABORDAJE FRENTE A UN CASO CONFIRMADO**

Las pautas de control y seguimiento clínico del paciente continúan según fue estipulado en el punto anterior, reevaluando el cuadro en cada consulta.

Serán requeridos los registros y disponibilidad ampliada de información de contactos institucionales y de la comunidad, para que puedan luego llevarse con efectividad las tareas de vigilancia y control suplementarias frente al caso, que se detallan a continuación:

### **Disponibilización inmediata de información suplementaria**

Envío de información para búsquedas activas de contactos e identificación de susceptibles. Se facilita el modelo de relevamiento en Anexo.

- Implica la identificación de las personas que hubieran estado expuestas a un caso confirmado, durante su período de transmisibilidad: 4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión, o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola. En casos atípicos que no presenten exantema se utilizará para la investigación epidemiológica la fecha de inicio de fiebre, considerando 2 días antes y 7 días después.
- Identificación de susceptibles: personas menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación, embarazadas y personas inmunosuprimidas.
- Recordar que la transmisión es más probable que ocurra en lugares cerrados e instituciones.

### **Vacunación de bloqueo dentro de las 72 horas del contacto**

Las pautas son las siguientes

- Contactos de entre 6 y 11 meses de edad deberán recibir UNA DOSIS de vacuna triple viral. Esta dosis no debe ser tomada en cuenta como parte del esquema de vacunación del calendario nacional.
- Contactos de 12 meses: se deberá asegurar UNA DOSIS de vacuna triple viral.

- Contactos de 13 meses o más (excepto personas adultas nacidas antes de 1965) se deberán asegurar DOS DOSIS de vacuna triple viral aplicadas después del primer año de vida o UNA DOSIS triple viral + UNA DOSIS de doble viral.

**Inmunoglobulina de pool en contactos** dentro de los 6 días de contacto con el caso

- Contactos menores de 6 meses de edad.
- Personas gestantes sin evidencia de inmunidad contra el sarampión.
- Personas inmunocomprometidas, independientemente del antecedente de vacunación.

La inmunoglobulina se aplica por vía intramuscular, la dosis recomendada en población general es de 0.25 ml/kg y en inmunocomprometidos la dosis es de 0,5 ml/kg (dosis máxima 15 ml).

### **Seguimiento de los contactos**

Realizar el seguimiento de todos los contactos hasta 30 días después del inicio del exantema del caso confirmado para poder identificar rápidamente la aparición de síntomas compatibles con sarampión.

### **Búsqueda de la fuente de infección**

Localizar a toda persona que hubiera sido contacto y que pueda haber sido el caso fuente del caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar situaciones o lugares posibles de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.

## V.4. APÉNDICE EPIDEMIOLÓGICO

### VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA - EQUIPOS DE SALUD

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

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

Se facilita Ficha de investigación de caso sospechoso de EFE (sarampión/rubéola)

# FICHA MODELO DE RELEVAMIENTO E INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La presente ficha, basada en la nacional<sup>3</sup>, contiene información necesaria para la notificación de los casos sospechosos de EFE. Se incorporan apartados -imprimibles por separado- para guiar la investigación epidemiológica, relevar posibles escenarios de transmisión y contactos.

## DEFINICIÓN DE CASO

Caso sospechoso: Persona de cualquier edad, con fiebre (38° o más) y exantema, o en el cual un/a profesional de salud sospeche sarampión o rubéola.

### 1. Datos personales

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Edad (años o meses): \_\_\_\_

Sexo legal: Femenino (F) / Masculino (M) / No Binario (X)

Sexo al nacer: Femenino (F) / Masculino (M) / Indeterminado (I)

Género: Mujer CIS / Varón CIS / Mujer Trans / Varón Trans / Desconocido / Otro

Dirección completa: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Dpto/Área: \_\_\_\_\_ Localidad/ Comuna: \_\_\_\_\_

Teléfono o celular de contacto: \_\_\_\_\_

Fuente/Responsable de notificación: Consulta / Laboratorio / Búsqueda activa

Fecha de notificación: \_\_\_\_\_

### 2. Antecedentes y clínica del caso: marcar con X y completar detalle

VACUNA - chequear en sistema o libreta -	SI	NO	Desco- nocida	Fecha dosis última	N° de dosis aplicadas	Referida / Constatada (documental)
Antisarampión				__/__/__		
Doble Viral (sarampión/rubéola)				__/__/__		
Triple Viral (sarampión/rubéola/paperas)				__/__/__		

#### Datos clínicos: marcar con X y completar detalle

SÍNTOMAS	SI	NO	Desco- nocida	Fecha inicio
Fiebre				__/__/__
Exantema				__/__/__

(continúa)

<sup>3</sup>[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-10/ficha\\_de\\_sarampion\\_y\\_rubiola\\_9102023.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-10/ficha_de_sarampion_y_rubiola_9102023.pdf)

SÍNTOMAS	SI	NO	Desco- nocida	
Catarro nasal				
Conjuntivitis				
Adenopatías				
Artralgia/artritis				
Persona Gestante				Edad gestacional (semanas): Lugar de parto :
Hospitalizado				Hospital: Fecha de ingreso: __/__/__
Defunción				Fecha de defunción: __/__/__

### 3. Datos de laboratorio: completar detalle

Muestra	Fecha de toma	Fecha Derivación	Laboratorio derivación
Suero	__/__/__	__/__/__	
Orina	__/__/__	__/__/__	
HNF	__/__/__	__/__/__	

### 4. Viajes: completar detalle

Viajes en los últimos 7 a 23 días: SI / NO

Destino del viaje: \_\_\_\_\_

Acompañantes: \_\_\_\_\_

Duración del viaje (fecha de salida y regreso): \_\_\_\_\_

Medio de transporte utilizado: Auto / Tren / Colectivo / Avión (especificar)

Datos del transporte:

- Empresa de transporte / Aerolínea: \_\_\_\_\_
- Número de vuelo / servicio: \_\_\_\_\_
- Terminal de arribo: \_\_\_\_\_

Transporte desde la terminal/aeropuerto hasta su domicilio: \_\_\_\_\_

Persona que completa la ficha (firma, sello, institución y contacto)

.....

## GUÍA DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La información relevada será solicitada de forma inmediata frente a la confirmación del caso.

### 5. Identificación de contactos y escenarios

**Periodo de transmisibilidad de sarampión:** 4 días antes y 4 días después de la fecha de inicio del exantema. En casos atípicos que no presenten exantema se utilizará para la investigación epidemiológica la fecha de inicio de fiebre, considerando 2 días antes y 7 días después.

**Acción:** Registrar día por día actividades, lugares visitados, horarios y personas con las que se tuvo contacto. Incluir convivientes, actividades laborales, cotidianas y recreativas, medios de transporte, consultas médicas y cualquier otra actividad realizada.

#### 5.1 Planilla de identificación de contactos y escenarios

Día (-4)	Día (-3)	Día (-2)	Día (-1)	Día 0 <i>Exantema</i>	Día (1)	Día (2)	Día (3)	Día (4)
--/---	--/---	--/---	--/---	--/---	--/---	--/---	--/---	--/---

IMPORTANTE interrogar acerca de toda actividad realizada 4 días antes y hasta 4 días después del inicio del exantema.

#### Relevamiento escenarios

Escenarios	(Día al exantema) Fecha	Hora (inicio / fin)	Dirección	Medio de transporte (detallar línea colectivo, tren, etc.)	¿A quién vió? ¿Acompañantes? (Completar detalle de datos de contacto en la siguiente planilla)
Escenario 1 Hogar	(__) --/---				
Escenario 2 Guardia / hospital	(__) --/---				
Escenario 3	(__) --/---				
Escenario 4	(__) --/---				
Escenario 5	(__) --/---				
Escenario 6	(__) --/---				





**Buenos  
Aires  
Ciudad**