

N° 460

**BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO
SEMANAL**

Año IX | 16 de junio 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

Rosalía Páez Pérez

Bianca Spirito

Sebastian Tapuaj

Dra. Mónica Valenzuela

Elisa Mariel Villaverde

Integrantes de la Residencia Básica en Epidemiología

Lic. Sofía Harari

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
Tel.: 4123-3240
Monasterio 480, CABA

INDICE

| | |
|---|-----------|
| I. REPORTE DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA | 7 |
| 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 |
| II. VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS | 14 |
| 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 |
| III. VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL MOSQUITO AEDES AEGYPTI | 20 |
| III.1 TEMPORADA 24/25 - ETAPA 4 DEL PLAN DE ETM..... | 20 |
| IV. VIGILANCIA VIRUELA SÍMICA | 20 |
| IV.1. INTRODUCCION | 20 |
| IV.2 ACCIONES Y RECOMENDACIONES | 21 |
| V. VIGILANCIA - SARAMPIÓN | 23 |
| V.1. RESUMEN DE SITUACION | 23 |
| V.2. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN ESPECÍFICAS..... | 25 |
| V.3. PROCEDIMIENTOS FRENTE A CASOS SOSPECHOSOS..... | 27 |
| V.4. APÉNDICE EPIDEMIOLÓGICO | 32 |

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 23 (SE 23) 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 23 de 2025. Se presenta informe de Viruela Símica - MPOX actualizado a SE 23 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 23 del corriente año (finalizada el 7 de junio) 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 23. Residentes de CABA. Comparación 2024-2025

| Notificaciones de casos acumulados agrupados hasta la SE 23 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 | 183 | 122 | | -33 |
| | Secreción genital purulenta en varones | 56 | 53 | | -5 |
| | Secreción genital sin especificar en varones | 57 | 52 | | -9 |
| | 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 | 4 | 3 | |
| Inmunoprevenibles | Diarreas | 6394 | 7057 | | 10 |
| | Parotiditis | 0 | 0 | 0 | |
| Internaciones por lesiones en el hogar* | Varicela | 218 | 137 | | -37 |
| | Lesiones en el hogar sin especificar | 0 | 0 | 0 | |
| | Lesiones por caídas y golpes | 1 | 5 | 4 | |
| | 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 | 5 | 4 | |
| | Conductor o pasajero de motocicleta | 5 | 5 | 0 | |
| | Peatón | 1 | 1 | 0 | |
| Lesiones por mordedura de perro (ambulatorios)* | Perro conocido en la vía pública | 17 | 28 | 11 | |
| | Perro desconocido en la vía pública | 24 | 24 | | 0 |
| | Perro en la vivienda | 52 | 94 | | 81 |
| | Perro sin especificar | 335 | 300 | | -10 |

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 23. Residentes de CABA. Comparación 2024-2025

| Notificaciones acumuladas hasta la SE 23 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 | 35 | 29 | | -17 |
| | CHAGAS CRONICO EN EMBARAZADAS | 27 | 19 | -8 | |
| | SIFILIS CONGENITA | 39 | 33 | | -15 |
| | SIFILIS EN EMBARAZADA | 80 | 79 | | -1 |
| Efectos asociados a | EFFECTOS EN SALUD TEMPERATURAS EXTREMAS | 12 | 2 | -10 | |
| Envenenamiento por animal ponzoñoso | ALACRANISMO | 8 | 12 | 4 | |
| | ARANEISMO | 1 | 3 | 2 | |
| | OFIDISMO | 0 | 0 | 0 | |
| Hepatitis | HEPATITIS A | 11 | 10 | -1 | |
| | HEPATITIS B | 52 | 42 | | -19 |
| | HEPATITIS B EN BANCO DE SANGRE | 32 | 43 | | 34 |
| | HEPATITIS C | 79 | 76 | | -4 |
| | HEPATITIS C EN BANCO DE SANGRE | 12 | 18 | 6 | |
| | HEPATITIS E | 5 | 2 | -3 | |
| Infecciones invasivas | INFECCIONES INVASIVAS POR OTROS AGENTES | 11 | 13 | 2 | |
| | INFECCIONES INVASIVAS por Haemophilus influenzae | 7 | 1 | -6 | |
| | INFECCIONES INVASIVAS por Neisseria meningitidis | 5 | 0 | -5 | |
| | INFECCIONES INVASIVAS por Streptococcus pneumoniae | 36 | 32 | | -11 |
| | INFECCIONES INVASIVAS por Streptococcus pyogenes | 34 | 20 | | -41 |
| Inmunoprevenibles | COQUELUCHE | 6 | 64 | 58 | |
| | EFE (SARAMPION-RUBEOLA) | 25 | 491 | | 1864 |
| | PAF | 3 | 2 | -1 | |
| | PAROTIDITIS | 38 | 20 | | -47 |

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 23 en Residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

| Grupo de eventos | Evento | 2024 | 2025 | Dif. de casos | Variación % | |
|--|--|--|------|---------------|-------------|--|
| Intoxicaciones | MEDICAMENTOSA | 35 | 30 | | -14 | |
| | POR METALES PESADOS | 5 | 0 | -5 | | |
| | POR MONOXIDO DE CARBONO | 25 | 36 | | 44 | |
| | POR OTROS TOXICOS | 3 | 8 | 5 | | |
| | POR PLAGUICIDAS | 0 | 0 | 0 | | |
| | POR PLAGUICIDAS DE USO DOMESTICO | 0 | 0 | 0 | | |
| Lesiones intencionales | INTENTOS DE SUICIDIO | 97 | 157 | | 62 | |
| Lesiones no intencionales | LESIONES GRAVES POR MORDEDURA DE PERRO | 3 | 1 | -2 | | |
| Meningitis y Meningoencefalitis | BACTERIANA POR OTROS AGENTES | 4 | 2 | -2 | | |
| | BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE | 3 | 3 | 0 | | |
| | MICOTICAS Y PARASITARIAS | 4 | 0 | -4 | | |
| | POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE | 1 | 1 | 0 | | |
| | POR NEISSERIA MENINGITIDIS | 0 | 0 | 0 | | |
| | POR OTROS VIRUS | 6 | 5 | -1 | | |
| | POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE | 9 | 6 | -3 | | |
| | POR STREPTOCOCCUS PYOGENES | 0 | 0 | 0 | | |
| | SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA | 13 | 15 | 2 | | |
| | TUBERCULOSA | 1 | 1 | 0 | | |
| | VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTE | 14 | 8 | -6 | | |
| | Transmitidas por alimentos, agua o ruta fecal-oral | BOTULISMO | 2 | 1 | -1 | |
| | | DIARREAS AGUDAS SIN IDENTIFICACION DE AGENTE | 2 | 7 | 5 | |
| DIARREAS AGUDAS BACTERIANAS | | 37 | 20 | | -46 | |
| DIARREAS AGUDAS SANGUINOLENTAS | | 47 | 67 | | 43 | |
| DIARREAS AGUDAS SANGUINOLENTAS BACTERIANAS | | 20 | 15 | -5 | | |
| DIARREAS AGUDAS VIRALES | | 2 | 6 | 4 | | |
| FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA | | 8 | 7 | -1 | | |
| LISTERIOSIS | | 2 | 2 | 0 | | |
| SINDROME UREMICO HEMOLITICO (SUH) | | 14 | 10 | -4 | | |
| TRIQUINOSIS | | 2 | 5 | 3 | | |
| Tuberculosis y lepra | | LEPRA | 2 | 2 | 0 | |
| | TUBERCULOSIS | 769 | 563 | | -27 | |
| Zoonóticas y por vectores | BRUCELOSIS | 1 | 4 | 3 | | |
| | DENGUE ** | 54119 | 1750 | | -97 | |
| | FIEBRE AMARILLA | 3 | 2 | -1 | | |
| | FIEBRE CHIKUNGUNYA ** | 402 | 8 | -394 | | |
| | FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL | 9 | 1 | -8 | | |
| | FIEBRE HEMORRÁGICA ARGENTINA | 1 | 1 | 0 | | |
| | FIEBRE Q | 1 | 0 | -1 | | |
| | HANTAVIROSI | 15 | 18 | 3 | | |
| | LEISHMANIASIS CUTANEA | 1 | 1 | 0 | | |
| | LEISHMANIASIS MUCOSA | 1 | 0 | -1 | | |
| | LEISHMANIASIS VISCERAL | 5 | 2 | -3 | | |
| | LEPTOSPIROSIS | 17 | 7 | -10 | | |
| | PALUDISMO | 8 | 2 | -6 | | |
| | PSITACOSIS | 48 | 15 | -33 | | |
| | RICKETTSIOSIS | 1 | 2 | 1 | | |
| | VIRUELA SIMICA | 9 | 50 | 41 | | |
| | VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS | 14 | 2 | -12 | | |
| | ZIKA (TODOS LOS EVENTOS) ** | 332 | 4 | -328 | | |

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 | | | | | DIF. DE CASOS | VAR. % |
|-------------------------------|------|----|----|----|-------|------|----|----|---|-------|---------------|--------|
| | C | P | S | D | TOTAL | C | P | S | D | TOTAL | | |
| CHAGAS AGUDO CONGENITO | 3 | 0 | 20 | 12 | 35 | 2 | 0 | 27 | 0 | 29 | | -17 |
| CHAGAS CRONICO EN EMBARAZADAS | 25 | 0 | 1 | 1 | 27 | 18 | 0 | 1 | 0 | 19 | -8 | |
| SIFILIS CONGENITA | 17 | 0 | 16 | 6 | 39 | 13 | 0 | 19 | 1 | 33 | | -15 |
| SIFILIS EN EMBARAZADA | 68 | 11 | 0 | 1 | 80 | 59 | 20 | 0 | 0 | 79 | | -1 |

Efectos en Salud asociados a Temperaturas extremas

| EVENTO | 2024 | | | | | 2025 | | | | | DIF. DE CASOS | VAR. % |
|---|------|---|---|---|-------|------|---|---|---|-------|---------------|--------|
| | C | P | S | D | TOTAL | C | P | S | D | TOTAL | | |
| EFFECTOS EN SALUD TEMPERATURAS EXTREMAS | 12 | 0 | 0 | 0 | 12 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | -10 | |

Envenenamiento por animal ponzoñoso

| EVENTO | 2024 | | | | | 2025 | | | | | DIF. DE CASOS | VAR. % |
|-------------|------|---|---|---|-------|------|---|---|---|-------|---------------|--------|
| | C | P | S | D | TOTAL | C | P | S | D | TOTAL | | |
| ALACRANISMO | 5 | 0 | 3 | 0 | 8 | 9 | 0 | 3 | 0 | 12 | 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 | | | | | DIF. DE CASOS | VAR. % |
|--------------------------------|------|----|----|---|-------|------|----|----|---|-------|---------------|--------|
| | C | P | S | D | TOTAL | C | P | S | D | TOTAL | | |
| HEPATITIS A | 10 | 0 | 1 | 0 | 11 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | -1 | |
| HEPATITIS B | 35 | 3 | 6 | 8 | 52 | 38 | 1 | 1 | 2 | 42 | -10 | -19 |
| HEPATITIS B EN BANCO DE SANGRE | 0 | 8 | 20 | 4 | 32 | 0 | 7 | 36 | 0 | 43 | 11 | 34 |
| HEPATITIS C | 54 | 17 | 4 | 4 | 79 | 55 | 16 | 5 | 0 | 76 | -3 | -4 |
| HEPATITIS C EN BANCO DE SANGRE | 0 | 2 | 10 | 0 | 12 | 0 | 6 | 12 | 0 | 18 | 6 | |
| HEPATITIS E | 1 | 0 | 4 | 0 | 5 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | -3 | |

Infecciones invasivas

| EVENTO | 2024 | | | | | 2025 | | | | | DIF. DE CASOS | VAR. % |
|--|------|---|---|---|-------|------|---|---|---|-------|---------------|--------|
| | C | P | S | D | TOTAL | C | P | S | D | TOTAL | | |
| INFECCIONES INVASIVAS POR OTROS AGENTES | 10 | 0 | 1 | 0 | 11 | 11 | 0 | 2 | 0 | 13 | 2 | |
| INFECCIONES INVASIVAS por Haemophilus influenzae | 7 | 0 | 0 | 0 | 7 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | -6 | |
| INFECCIONES INVASIVAS por Neisseria meningitidis | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -5 | |
| INFECCIONES INVASIVAS por Streptococcus pyogenes | 34 | 0 | 0 | 0 | 34 | 20 | 0 | 0 | 0 | 20 | -14 | -41 |
| INFECCIONES INVASIVAS por Streptococcus pneumoniae | 35 | 1 | 0 | 0 | 36 | 31 | 0 | 1 | 0 | 32 | -4 | -11 |

Inmunoprevenibles

| EVENTO | 2024 | | | | | 2025 | | | | | DIF. DE CASOS | VAR. % |
|-------------------------|------|---|---|----|-------|------|---|----|-----|-------|---------------|--------|
| | C | P | S | D | TOTAL | C | P | S | D | TOTAL | | |
| COQUELUCHE | 1 | 0 | 2 | 3 | 6 | 30 | 0 | 17 | 17 | 64 | 58 | |
| EFE (SARAMPION-RUBEOLA) | 2 | 0 | 0 | 23 | 25 | 12 | 3 | 29 | 447 | 491 | | 1864 |
| PAF | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | -1 | |
| PAROTIDITIS | 31 | 0 | 7 | 0 | 38 | 19 | 0 | 1 | 0 | 20 | | -47 |

Intoxicaciones

| EVENTO | 2024 | | | | | 2025 | | | | | DIF. DE CASOS | VAR. % |
|----------------------------------|------|---|----|---|-------|------|---|----|---|-------|---------------|--------|
| | C | P | S | D | TOTAL | C | P | S | D | TOTAL | | |
| MEDICAMENTOSA | 24 | 0 | 11 | 0 | 35 | 17 | 0 | 13 | 0 | 30 | | -14 |
| POR METALES PESADOS | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -5 | |
| POR MONOXIDO DE CARBONO | 20 | 0 | 5 | 0 | 25 | 34 | 0 | 2 | 0 | 36 | | 44 |
| POR OTROS TOXICOS | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 8 | 0 | 0 | 0 | 8 | 5 | |
| 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 | | | | | DIF. DE CASOS | VAR. % |
|----------------------|------|---|---|---|-------|------|---|---|---|-------|---------------|--------|
| | C | P | S | D | TOTAL | C | P | S | D | TOTAL | | |
| INTENTOS DE SUICIDIO | 97 | 0 | 0 | 0 | 97 | 157 | 0 | 0 | 0 | 157 | | 62 |

Lesiones no intencionales

| EVENTO | 2024 | | | | | 2025 | | | | | DIF. 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 | | | | | DIF. DE CASOS | VAR. % |
|-----------------------------------|------|----|---|---|-------|------|---|---|---|-------|---------------|--------|
| | C | P | S | D | TOTAL | C | P | S | D | TOTAL | | |
| BACTERIANA POR OTROS AGENTES | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | -2 | |
| BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | 0 | |
| MICOTICAS Y PARASITARIAS | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -4 | |
| 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 | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 | -1 | |
| POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE | 9 | 0 | 0 | 0 | 9 | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 | -3 | |
| POR STREPTOCOCCUS PYOGENES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA | 10 | 0 | 0 | 2 | 12 | 11 | 0 | 0 | 4 | 15 | 3 | |
| TUBERCULOSA | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTE | 0 | 14 | 0 | 0 | 14 | 0 | 8 | 0 | 0 | 8 | -6 | |

Transmitidas por alimentos, agua o ruta fecal-oral

| EVENTO | 2024 | | | | | 2025 | | | | | DIF. DE CASOS | VAR. % |
|--|------|---|---|---|-------|------|---|---|---|-------|---------------|--------|
| | C | P | S | D | TOTAL | C | P | S | D | TOTAL | | |
| BOTULISMO | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | -1 | |
| DIARREAS AGUDAS SIN IDENTIFICACION DE AGENTE | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 7 | 0 | 0 | 0 | 7 | 5 | |
| DIARREAS AGUDAS BACTERIANAS | 37 | 0 | 0 | 0 | 37 | 20 | 0 | 0 | 0 | 20 | | -46 |
| DIARREAS AGUDAS SANGUINOLENTAS | 47 | 0 | 0 | 0 | 47 | 67 | 0 | 0 | 0 | 67 | | 43 |
| DIARREAS AGUDAS SANGUINOLENTAS BACTERIANAS | 20 | 0 | 0 | 0 | 20 | 15 | 0 | 0 | 0 | 15 | -5 | |
| DIARREAS AGUDAS VIRALES | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 | 4 | |
| FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA | 7 | 1 | 0 | 0 | 8 | 3 | 0 | 2 | 2 | 7 | -1 | |
| LISTERIOSIS | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | |
| SINDROME UREMICO HEMOLITICO (SUH) | 14 | 0 | 0 | 0 | 14 | 10 | 0 | 0 | 0 | 10 | -4 | |
| TRIQUINOSIS | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 3 | 0 | 5 | 3 | |

Tuberculosis y lepra

| EVENTO | 2024 | | | | | 2025 | | | | | DIF. DE CASOS | VAR. % |
|--------------|------|---|-----|----|-------|------|---|-----|---|-------|---------------|--------|
| | C | P | S | D | TOTAL | C | P | S | D | TOTAL | | |
| LEPRA | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | |
| TUBERCULOSIS | 609 | 0 | 130 | 30 | 769 | 451 | 0 | 107 | 5 | 563 | | -27 |

Zoonóticas y por vectores

| EVENTO | 2024 | | | | | 2025 | | | | | DIF. DE CASOS | VAR. % |
|-------------------------------------|-------|------|-------|------|-------|------|----|------|-----|-------|---------------|--------|
| | C | P | S | D | TOTAL | C | P | S | D | TOTAL | | |
| BRUCELOSIS | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 | 0 | 4 | 3 | |
| DENGUE ** | 24318 | 4132 | 23926 | 1743 | 54119 | 159 | 91 | 1074 | 426 | 1750 | | -97 |
| FIEBRE AMARILLA | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | -1 | |
| FIEBRE CHIKUNGUNYA ** | 0 | 2 | 38 | 362 | 402 | 0 | 0 | 1 | 7 | 8 | -394 | |
| FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL | 0 | 1 | 5 | 3 | 9 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | -8 | |
| FIEBRE HEMORRAGICA ARGENTINA | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | |
| FIEBRE Q | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -1 | |
| HANTAVIROSIS | 1 | 0 | 2 | 12 | 15 | 0 | 0 | 1 | 17 | 18 | 3 | |
| LEISHMANIASIS CUTANEA | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | |
| LEISHMANIASIS MUCOSA | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -1 | |
| LEISHMANIASIS VISCERAL | 0 | 0 | 4 | 1 | 5 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | -3 | |
| LEPTOSPIROSIS | 2 | 0 | 13 | 2 | 17 | 1 | 0 | 6 | 0 | 7 | -10 | |
| PALUDISMO | 6 | 0 | 2 | 0 | 8 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | -6 | |
| PSITACOSIS | 5 | 5 | 34 | 4 | 48 | 1 | 3 | 9 | 2 | 15 | -33 | |
| RICKETTSIOSIS | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | |
| VIRUELA SIMICA | 0 | 0 | 1 | 8 | 9 | 24 | 0 | 8 | 18 | 50 | 41 | |
| VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS | 2 | 3 | 6 | 3 | 14 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | -12 | |
| ZIKA (TODOS LOS EVENTOS) ** | 0 | 2 | 27 | 303 | 332 | 0 | 0 | 1 | 3 | 4 | -328 | |

(**) 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 23 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.

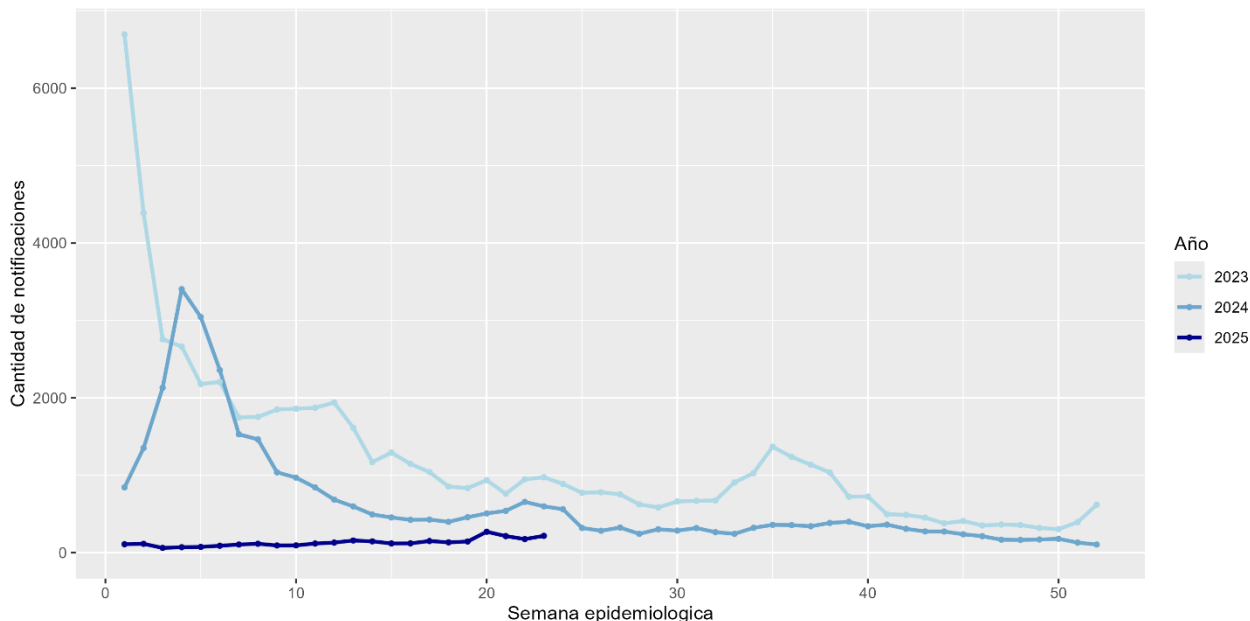
Finalmente, se encuentra el monitoreo realizado por la red laboratorial y de vigilancia genómica de la jurisdicción, que articula y genera información en profundidad sobre los agentes detectados.

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 = 99418)



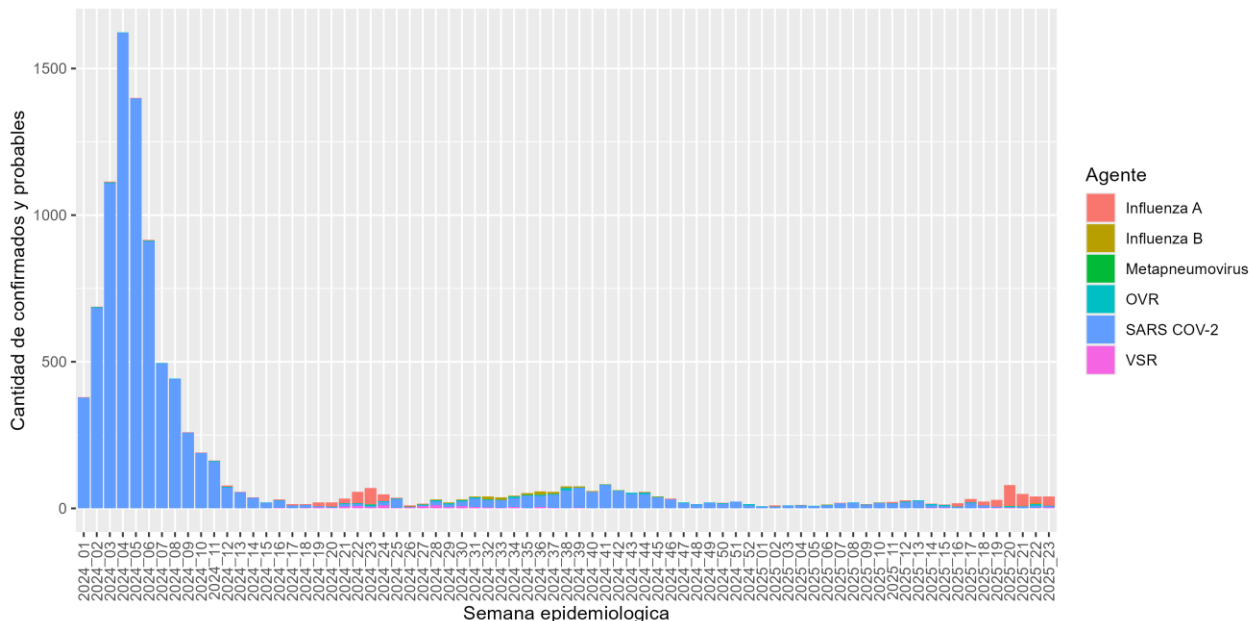
Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0

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. En 2025 se ha observado un incremento de las notificaciones a partir de la SE19, que luego ha tenido una disminución gradual a partir de la SE 20.

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:

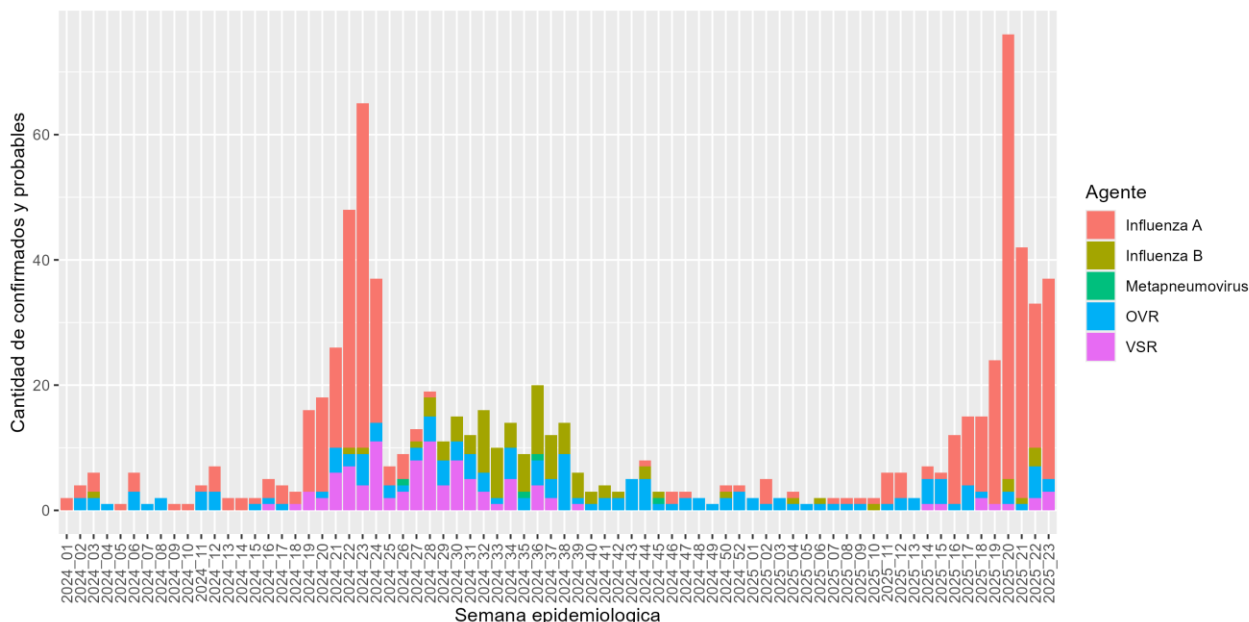
Gráfico 2. Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias en eventos ambulatorios. Casos confirmados y probables según agente identificado Residentes CABA. Años 2024-25 (N = 9849)



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 de 2024 vuelven a registrarse detecciones de SARS COV-2 que continúan. Con respecto a otros agentes y su circulación, se brinda mayor claridad en el siguiente detalle, que excluye SARS COV-2, y donde se observa el incremento de casos ambulatorios de Influenza A entre SE16 y 21 de 2025:

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 = 798)

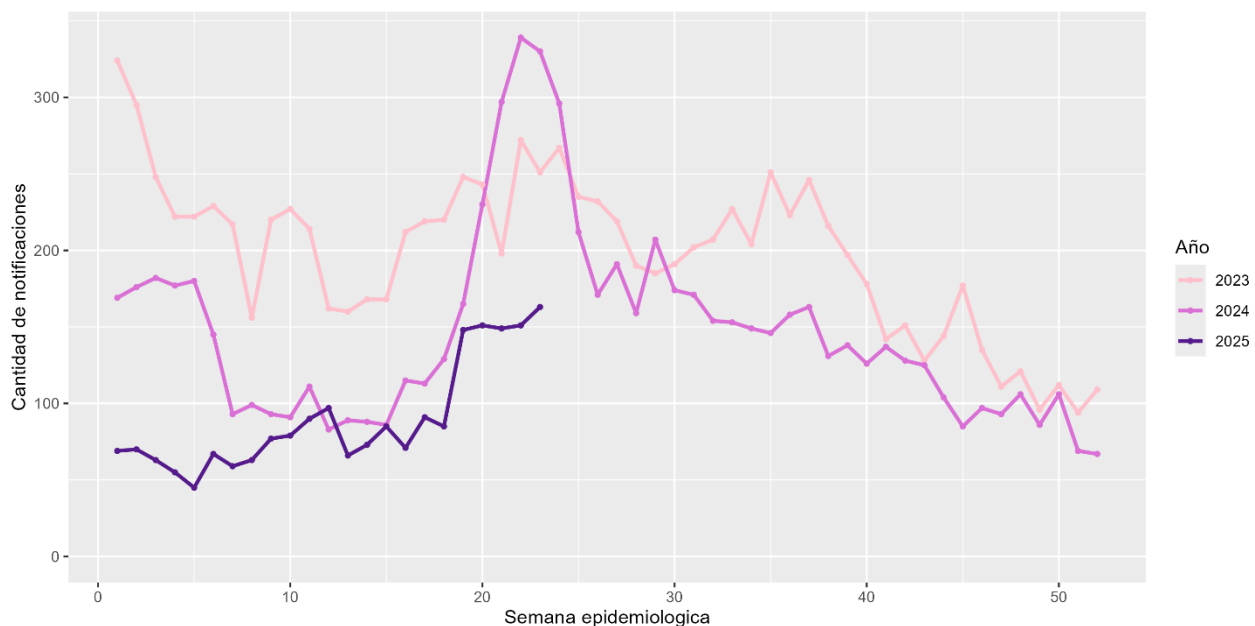


Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0

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 = 20034)



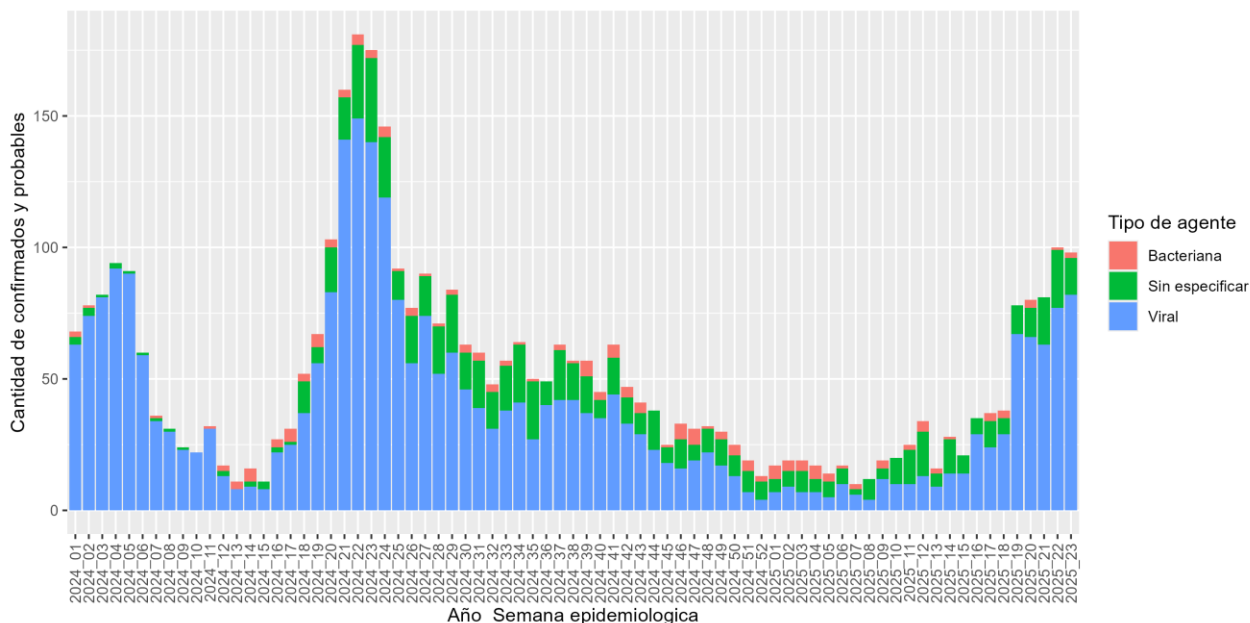
Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0

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:

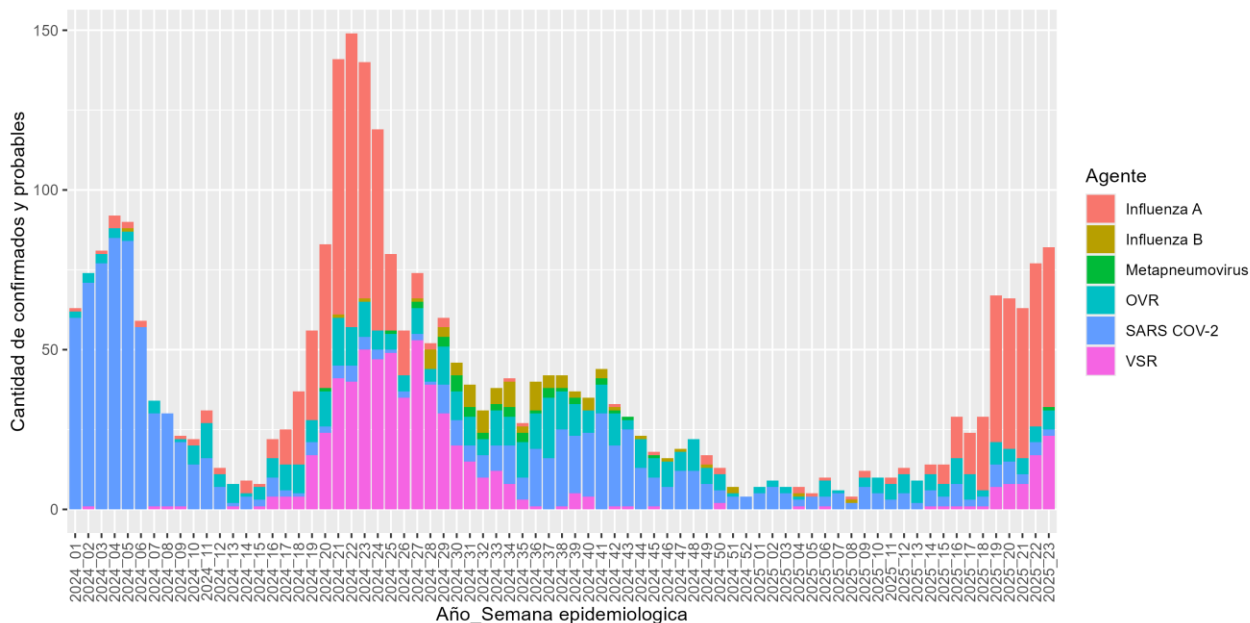
Gráfico 5. Casos confirmados y probables notificados en SNVS de enfermedades respiratorias en eventos asociados a internación. Según tipo de agente. Residentes CABA. Año 2024-25 (N = 3874)



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 = 2968)



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 2024, siendo desde la SE 17 reemplazado por la influenza A, seguido por el virus sincicial respiratorio (VSR). En el año 2025 se ubican casos en todas las semanas asociados a SARS

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

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

La próxima actualización de datos se presentará en el siguiente boletín.

IV. Vigilancia Viruela Símica

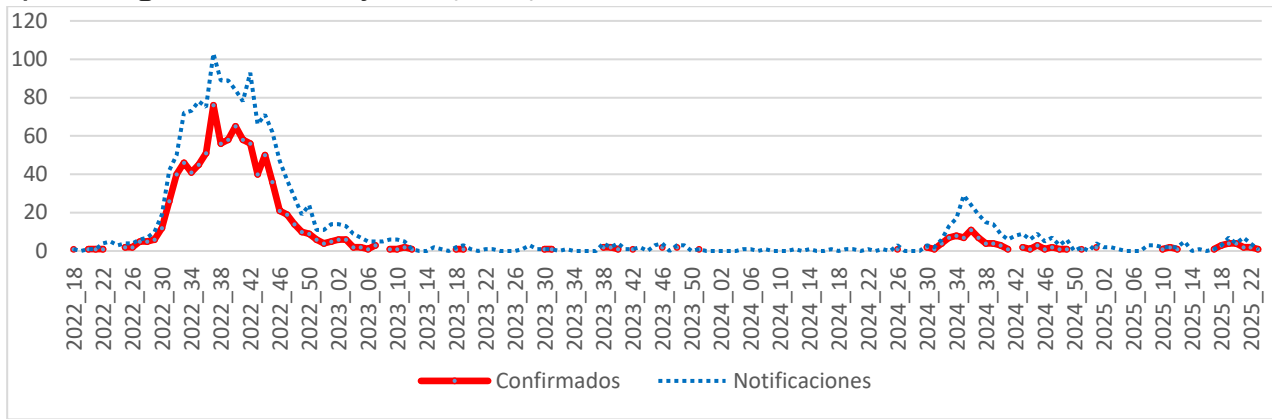
IV.1. INTRODUCCION

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 23 de 2025 fueron notificados en total 279 residentes, que se distribuyeron de la siguiente manera: 95 casos confirmados, 138 descartados y 46 casos que se encuentran en investigación. De los 94 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 23 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 confirmaciones en a partir de las semanas 10, 11 y 12/2025 luego de un intervalo sin casos confirmados de ocho semanas, y luego desde la SE17 de 2025 hasta la fecha.

Gráfico 8. Notificaciones y casos confirmados viruela símica. Residentes CABA - por año y semana epidemiológica Abr-2022 / May-2025 (SE 21). N notificaciones = 1783 / N casos = 1003



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 diagrama generado por el Ministerio de Salud Nacional¹

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.

¹ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/ben_718_se_33.pdf

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 2/6/2025, han sido confirmados trece casos de sarampión en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) desde el día 29 de enero del 2025. También se han registrado dieciocho casos en la Provincia de Buenos Aires. Finalmente, se ha registrado un caso asociado a la importación en la provincia de San Luis. De ese modo, totalizan 32 casos de sarampión confirmados en el presente año. Para la consideración de la situación completa se recomienda la consulta del Boletín Epidemiológico Nacional²: <https://www.argentina.gob.ar/salud/boletin-epidemiologico-nacional/boletines-2025>

Se detalla información de los 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 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.

² https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_751_se_14.pdf

- 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 laboratorio positivo, pero la investigación epidemiológica no ha podido ubicar hasta el momento de cierre del presente, conexión con cadenas de transmisión ya identificadas.
- Caso 11_CABA (o caso 26 según la secuencia Nacional). Se trata de una niña de 3 años, residente en Comuna 1. Esquema de vacunación de calendario completo para la edad, pero no registra dosis doble viral de campaña. La investigación epidemiológica, actualmente en curso, no ha podido ubicar hasta el momento de cierre del presente, conexión con cadenas de transmisión ya identificadas.

- Casos 12 y 13_CABA (o casos 30 y 31 según la secuencia Nacional). Se trata de un lactante de 5 meses y su madre, con residencia transitoria en Comuna 2 de la Ciudad de Buenos Aires, que han tenido detectada la exposición al virus en Londres, Reino Unido. Estos casos constituyen una nueva importación, y la secuenciación viral ha arrojado un genotipo diferente al identificado anteriormente: genotipo B3 DSID 6418,Quetta.

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 prácticamente todos los casos 1 a 11 confirmados por laboratorio.

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; el caso 11 en Comuna 1, y los casos 12 y 13 - transitoriamente- en Comuna 2.

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:

- Campaña de vacunación con triple viral: <https://buenosaires.gob.ar/noticias/sarampion-comienza-una-campana-de-vacunacion-focalizada-en-la-ciudad-por-el-brote-en-el>
- Para cada uno de los 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 o han sido monitoreados

activamente -seguimiento de 35 días desde fecha de exantema del caso índice-, 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 catarros”)
- 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 catarros 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 tenida 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 nacional³, 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)

³https://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 Exantema | 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**