

*Información para
los equipos de salud*



NÚMERO

14

DICIEMBRE 2025

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

Dirección de Epidemiología,
Calidad y Control de Gestión

MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES



> Autoridades Coordinación | Colaboración

Ministro | Rodolfo Montero

Subsecretaría de Gestión de Salud | Carina Copparoni

Directora de Epidemiología, Calidad y Control de Gestión | Andrea Falaschi

Coordinación General | Dirección de Epidemiología, Calidad y Control de Gestión

Colaboración | Dirección de Epidemiología- Sección Vigilancia de la Salud- Dpto. Coordinación, Procesamiento y Análisis de Datos -Dpto. Educación para la Salud

Contacto: direpidemiologia.mza@gmail.com

FECHA DE PUBLICACIÓN: **22/12/2025**



CONTENIDO

1. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas
 - A. Situación nacional Pág. 6
 - B. Situación provincial: Corredores Epidemiológicos ETI/Neumonías/Bronquiolitis Pág. 8
 - C. COVID 19 Pág.12
 - D. Vigilancia de virus respiratorios Pág.15
2. Influenza A (H3N2) subclado K Pág. 20
3. Diarreas Pág. 26
4. Arbovirosis: Dengue Pág.30
5. Chagas Agudo Congénito Pág.33
6. Sífilis Gestacional-Proyecto T&T Pág.41
7. Estado de notificación provincial Pág.43



EDITORIAL

Directora de Epidemiología, Calidad y Control de Gestión

| Andrea Falaschi

La eliminación de la transmisión materno infantil (ETMI) de infecciones prevenibles constituye una intervención sanitaria de alto impacto, sustentada en evidencia científica robusta y en la implementación sistemática de estrategias costoefectivas a lo largo del continuo de atención. En el marco de los compromisos asumidos por los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud, la iniciativa **ETMI-Plus** amplía el abordaje clásico de VIH y sífilis para incorporar la infección perinatal por virus de la hepatitis B y la transmisión congénita de la enfermedad de Chagas, consolidando un modelo integral de control de infecciones perinatales.

Las metas de impacto definidas —reducción de la transmisión vertical del VIH a $\leq 2\%$, disminución de la incidencia de sífilis congénita a $\leq 0,5$ casos por 1.000 nacidos vivos, prevalencia de HBsAg $\leq 0,1\%$ en niños de 4 a 6 años y curación $\geq 90\%$ de los niños con Chagas— requieren niveles elevados y sostenidos de cobertura en tamizaje, tratamiento, vacunación y seguimiento. En este sentido, las metas programáticas establecidas priorizan la detección sistemática de las infecciones durante el embarazo, el acceso oportuno a tratamientos adecuados, la inmunización neonatal efectiva y la continuidad del cuidado posgestacional.

La experiencia nacional evidencia que, pese a la disponibilidad de normas técnicas y terapéuticas, persisten brechas en la implementación, particularmente asociadas a la fragmentación de la atención, demoras diagnósticas, pérdidas en el seguimiento y heterogeneidades territoriales. Frente a este escenario, la estrategia ETMI-Plus propone un **abordaje subnacional**, con énfasis en la gestión integrada y el fortalecimiento de capacidades locales para el diseño, monitoreo y evaluación de las acciones sanitarias.

El **Primer Nivel de Atención**, en el marco de la Atención Primaria de la Salud, se posiciona como el ámbito estratégico para la operacionalización de la ETMI-Plus. Su rol en la captación temprana de personas gestantes, la realización de tamizajes oportunos, el inicio inmediato de tratamientos y la articulación con niveles de mayor complejidad resulta central para la reducción del riesgo de transmisión perinatal. Los equipos interdisciplinarios de APS cuentan con competencias clave

para la implementación de estrategias de búsqueda activa, consejería integral, seguimiento longitudinal y abordaje de determinantes sociales, culturales y de género que inciden directamente en la adherencia y en los resultados sanitarios.

Las **acciones estratégicas priorizadas** delineadas en este marco incluyen: la ampliación del cuidado pregestacional como instancia de prevención primaria; la expansión del uso de pruebas rápidas para VIH, sífilis y hepatitis B en puntos de atención, con garantía de control de calidad; el refuerzo del asesoramiento en prácticas sexuales seguras y en prevención combinada; el tratamiento inmediato de la persona gestante y su/s pareja/s sexual/es; la jerarquización del seguimiento posparto de la persona gestante; y la integración del cuidado del recién nacido expuesto, evitando la fragmentación de la asistencia.

Un componente transversal crítico de la estrategia es la **gestión de la información y la vigilancia epidemiológica**. La notificación oportuna y completa de los eventos asociados a ETMI-Plus en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS 2.0) constituye una herramienta indispensable tanto para la toma de decisiones clínicas como para la planificación programática. La disponibilidad de datos de calidad permite garantizar la trazabilidad del cuidado desde el diagnóstico materno, el tratamiento instaurado y la evaluación del recién nacido, reduciendo oportunidades perdidas y evitando intervenciones innecesarias.

La estrategia ETMI-Plus exige equipos de salud capacitados, circuitos asistenciales claros, provisión adecuada de insumos y un compromiso sostenido con la mejora continua de la calidad de la atención. Avanzar hacia la eliminación de la transmisión materno infantil no es únicamente un objetivo programático, sino una responsabilidad sanitaria colectiva que interpela a todos los niveles del sistema de salud.

1

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

La vigilancia epidemiológica de infecciones respiratorias agudas se centra especialmente en la **vigilancia de virus respiratorios con potencial epidémico y pandémico**, como SARS-CoV-2, Influenza y VSR (Virus Sincitial Respiratorio).

Permite monitorear tendencias, estimar la carga de enfermedad por virus respiratorios, planificar los servicios de salud, orientar recursos y establecer medidas de prevención adecuadas. Esta vigilancia incluye componentes de vigilancia centinela, universal y por redes de establecimientos¹.

A- Situación Nacional

INFORMACIÓN NACIONAL DESTACADA - SE 49/2025 (BEN 786-SE49)

Durante 2025, la vigilancia clínica notificó 1.173.788 casos de ETI, 170.446 casos de neumonía y 156.258 casos de bronquiolitis en menores de dos años.

En la vigilancia centinela ambulatoria, influenza registra un leve incremento, con predominio de influenza B, mientras que VSR no presenta detecciones en las últimas semanas. SARS-CoV-2 muestra un ascenso leve y sostenido desde la SE34, acentuado en las semanas 43 a 45.

En las UC-IRAG, se registraron más de 10.000 internaciones, con detecciones de los tres virus priorizados y un ligero aumento de IRAG asociada a SARS-CoV-2 desde la SE35, seguido de un descenso en las últimas 2 semanas.

¹ La **vigilancia centinela** se realiza en establecimientos seleccionados con recursos destinados a tal fin en los cuales se monitorea la patología ambulatoria y de pacientes internados con datos detallados clínicos, epidemiológicos y de laboratorio. En los casos ambulatorios se vigila la Enfermedad tipo Influenza (ETI) a partir de las Unidades de Monitoreo ambulatorio (UMA). En los casos internados se monitorean las Infecciones respiratorias Agudas Graves (IRAG) y las Infecciones Respiratorias Agudas Graves Extendidas (IRAG-E) a través de la estrategia de UC-IRAG (Unidad Centinela de IRAG). En nuestra Provincia las Instituciones que cuentan con UC-IRAG son: Hospital Schestakow, Hospital Notti y Hospital Lagomaggiore. Los Hospitales con UMA son el Hospital Notti y el Hospital Lagomaggiore.

La **vigilancia universal** consiste en la notificación inmediata y nominal y con datos mínimos de: 1) casos confirmados, tanto internados como ambulatorios, de SARS-CoV-2, Influenza y VSR; y 2) eventos inusuales.

La **vigilancia por redes de establecimientos** se basa en: 1) Vigilancia numérica y agrupada semanal de diagnósticos clínicos de neumonía, bronquiolitis y ETI; 2) Vigilancia numérica y agrupada semanal de diagnósticos de laboratorio de SARS-CoV-2, Influenza, VSR, Adenovirus, Parainfluenza, Metapneumovirus; 3) Vigilancia numérica y semanal (por corte transversal) de ocupación de camas de internación general y áreas críticas por todas las causas y causas respiratorias.

La vigilancia universal por red de laboratorios muestra predominio de influenza B, detecciones de VSR, y un aumento gradual en las detecciones de SARS-CoV-2 desde la SE34, más marcado entre SE42-46.

Durante la SE47/2025, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente SARS-CoV-2, seguido de influenza, parainfluenza, adenovirus, VSR y metapneumovirus.

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

Durante las 49 semanas epidemiológicas de 2025, en los establecimientos UMA se analizaron 5.788 muestras para la detección de SARS-CoV-2 mediante técnica molecular, de las cuales 421 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 7,27%.

Con relación a Influenza, se registraron 995 detecciones entre 5.432 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 18,32%.

En cuanto a VSR, de las 3.932 muestras estudiadas, 194 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,93%.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

Entre la SE1 de 2025 y la SE49 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 7.260 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3.604 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG.

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

En 2025, las notificaciones de IRAG experimentan un aumento desde la SE12, alcanzando su máximo en la SE35.

En las últimas semanas los casos de IRAG se mantienen en niveles elevados, aunque con tendencia descendente, con un promedio de 96 casos semanales en las últimas 4 semanas.

B- Situación provincial- Corredores Epidemiológicos

La siguiente información surge de los datos recolectados a partir de los registros de consultorios externos, internación, laboratorio y otros, que son notificados al SISA- SNVS^{2,0}. Se construyen **corredores endémicos** por evento, en base a 5 años (datos históricos 2018-2024), excluyendo los años pandémicos 2020 y 2021².

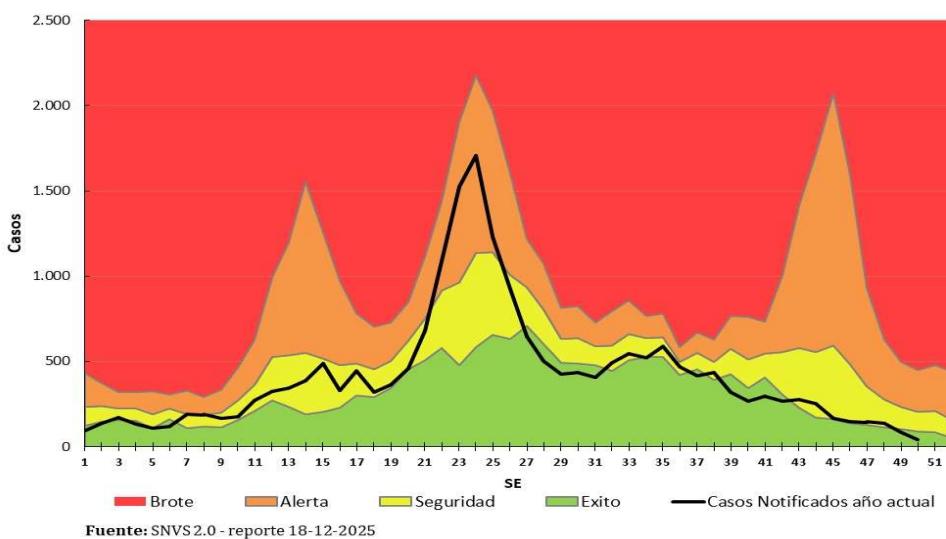
La fecha de corte utilizada para la recolección de datos, es el 18 de diciembre de 2025, e incluye SE 50 (al 13/12/25).

ETI (Enfermedad tipo influenza)

DEFINICIÓN DE CASO: Infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38 °C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días.

Gráfico N° 1: Corredor endémico semanal de ETI. Año 2025 hasta SE 50 (7 al 13 de diciembre).

Histórico 5 Años Período: 2018 a 2024-Mendoza



² Modalidad de notificación vigente a la fecha de cierre de este reporte (22/12/25): Hasta la SE 22 año 2022, componente de vigilancia clínica (C2) ante todo caso que cumpla con la definición de caso sospechoso de ETI, Neumonía y Bronquiolitis en menores de 2 años, modalidad agrupada/numérica. Periodicidad semanal.

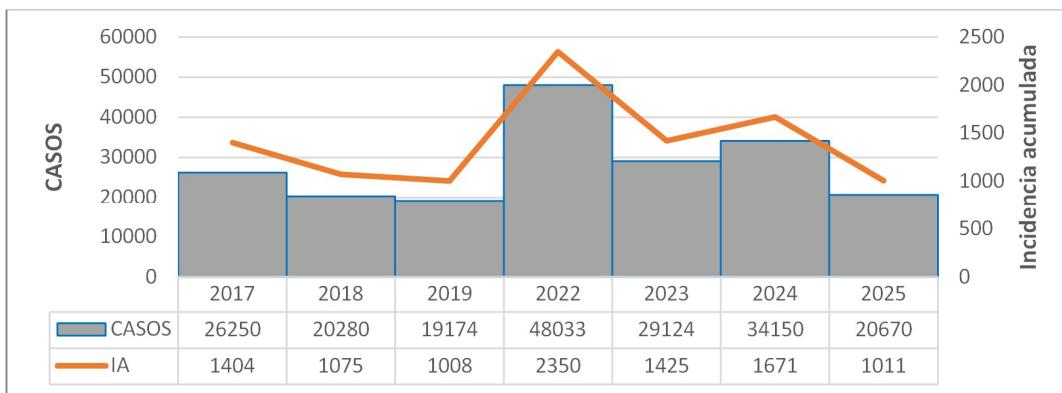
A partir de la SE 23 año 2022, en virtud de los cambios producidos por la actual estrategia de vigilancia de IRAS en Argentina, tanto para las Neumonías como para las Bronquiolitis en menores de 2 años, se contabilizan casos ambulatorios registrados con modalidad agrupada numérica y los casos hospitalizados notificados con modalidad Nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA que consignen en diagnóstico referido que se trata de una Neumonía o una Bronquiolitis.

Componente de vigilancia clínica (C2) ante todo caso que cumpla con la definición de caso confirmado de COVID-19, modalidad individual/nominal. Periodicidad diaria.

Fuente de información: notificaciones realizadas al SNVS^{2,0} a partir del año 2018, y la información anterior a ese año, proviene del registro en el Sistema Provincial INFOSALUD.

Durante el año 2025 se notificaron un total de 20.670 casos de Enfermedad Tipo Influenza. Los casos se mantuvieron en la zona de éxito hasta SE 7, cuando ingresaron a la zona de seguridad. Vuelve a zona de éxito en SE 19 (338 casos), comenzando un ascenso, con pico en SE 24 (1.709 casos), alcanzando la zona de alerta. Este comportamiento es consistente con el aumento esperado para esta época del año. Posteriormente, se observa un descenso sostenido que vuelve a ubicar los casos en la zona de éxito hasta la última semana analizada.

Gráfico N° 2: Casos e Incidencia Acumulada de ETI por 100.000 hab.- Años 2017 a 2025 *hasta SE50. Mendoza.

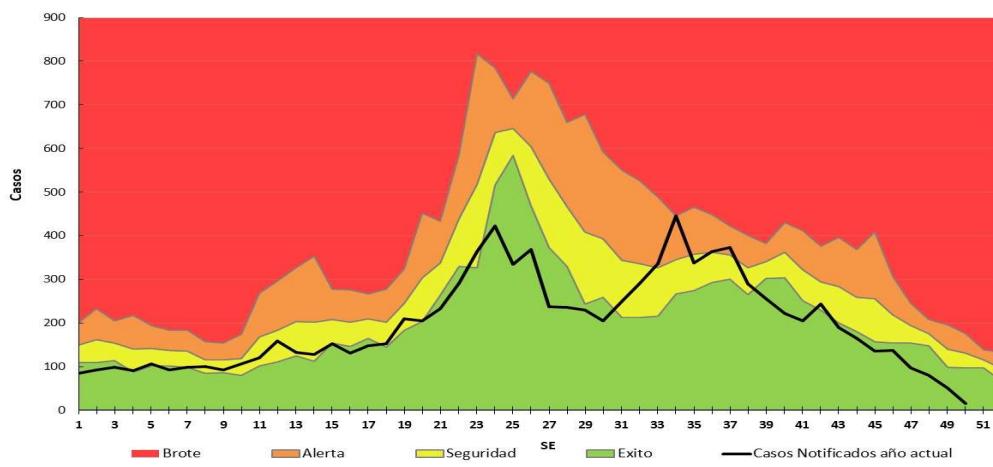


Fuente: SNVS2.0-Elaboración: Sección Vigilancia

NEUMONÍAS

DEFINICIÓN DE CASO: Enfermedad respiratoria aguda febril ($> 38^{\circ}$) con tos, dificultad respiratoria, taquipnea y radiología que muestra un infiltrado lobar o segmentario o derrame pleural.

Gráfico N° 3: Corredor endémico semanal de NEUMONIA. Año 2025 hasta SE 50 (7 al 13 de diciembre). Histórico 5 Años Período: 2018 a 2024-Mendoza

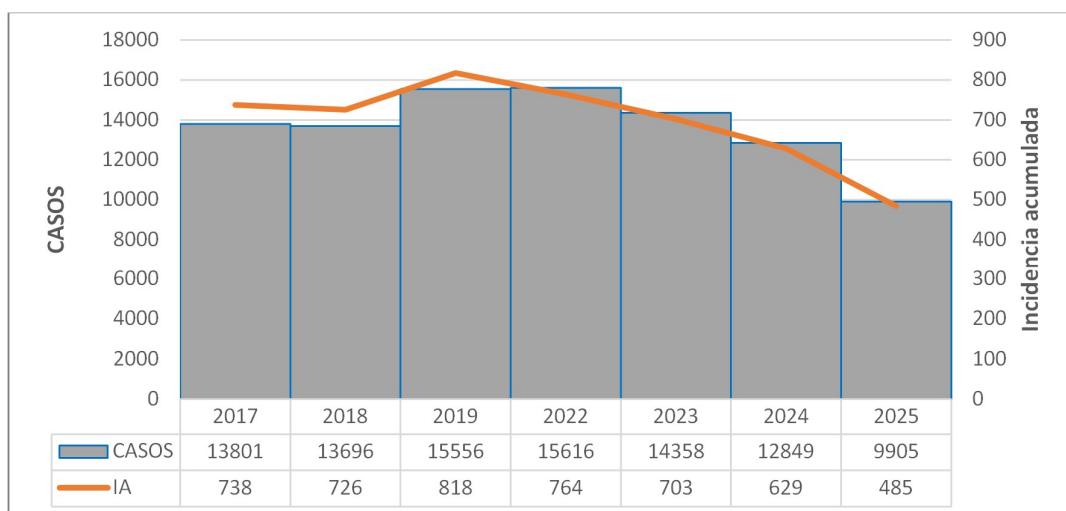


Fuente: SNVS 2.0 - reporte 18-12-2025

Durante el año 2025 se notificaron un total de 9.905 casos de neumonía en todas las edades. Los casos se mantuvieron dentro de la zona de éxito durante las primeras semanas, alcanzando la zona de seguridad en la SE 8 (100), observando un incremento que llega a 159 casos en la SE 12, seguido de un descenso hasta la zona de éxito. Posteriormente, se registra un ascenso máximo en la SE 24 (423) y en SE 31 (250) los casos ocupan la zona de seguridad.

Luego comienza un ascenso sostenido que llega a ubicar los casos al límite de zona de Brote a SE 34 (446) después de ese pico se observa un descenso fluctuante hasta la última semana analizada.

Gráfico N° 4: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonías por 100.000 hab.- Años 2017 a 2025
*hasta SE50. Mendoza.



Fuente: SNVS2.0-Elaboración: Sección Vigilancia

BRONQUIOLITIS

DEFINICIÓN DE CASO: Todo niño menor de 2 años con primer o segundo episodio de sibilancias, asociado a evidencia clínica de infección viral, con síntomas de obstrucción bronquial periférica, taquipnea, tiraje o inspiración prolongada, con o sin fiebre.

Hasta la Semana Epidemiológica (SE) 50 se notificaron 4.871 casos de bronquiolitis en menores de 2 años. Según el corredor endémico, la notificación de casos se mantuvo dentro de la zona de éxito durante la mayor parte del año, excepto en SE 8 (49 casos), cuando se alcanzó la zona de alerta.

Entre las SE 13 y SE 15 se observó un leve incremento, ubicándose transitoriamente en la zona de seguridad (72 y 79 casos, respectivamente). Posteriormente, la tendencia mostró un aumento con pico en SE 24 (154 casos), seguido de un descenso con cierta estabilidad hasta la SE 31 (171) en que los casos notificados inician un ascenso sostenido alcanzando a SE 33 la zona de Brote con pico en SE 35 (293) y posterior descenso.

Gráfico N° 5: Corredor endémico semanal de BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS. Año 2025 hasta SE 50 (7 al 13 de diciembre). Histórico 5 Años Período: 2018 a 2024-Mendoza

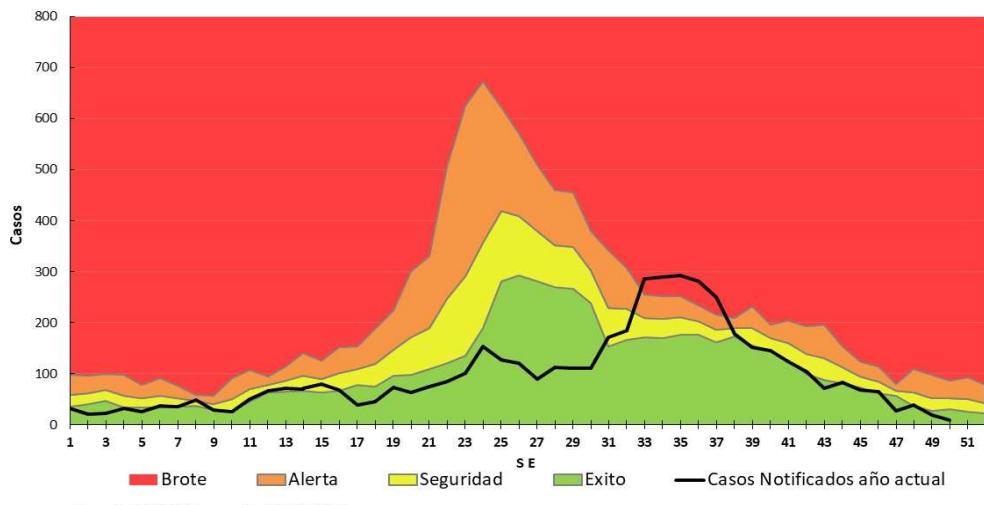
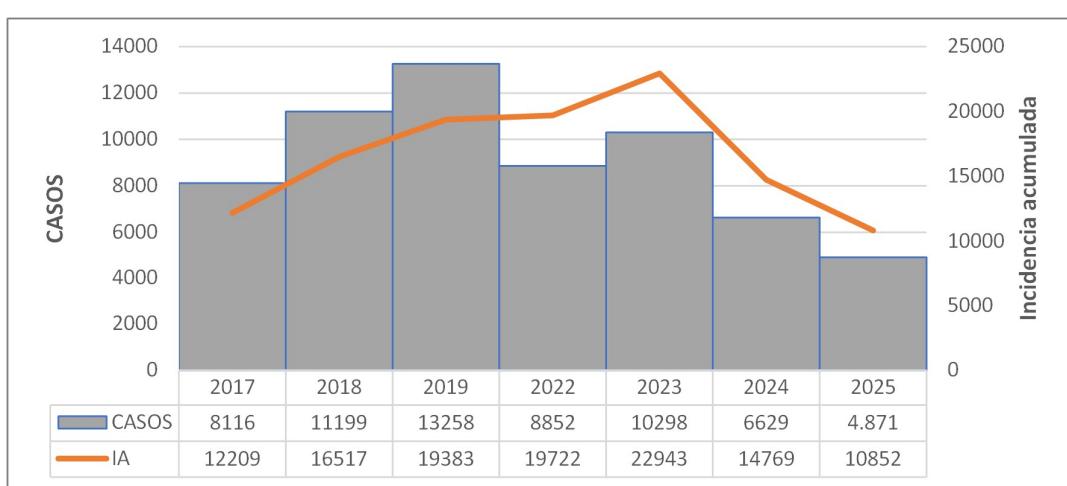


Gráfico N° 6: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis por 100.000 hab. - Años 2017 a 2025 *hasta SE50. Mendoza.



Fuente: SNVS2.0-Elaboración: Sección Vigilancia

C- COVID 19

Vigilancia de COVID 19³ – Años 2020 a 2024

En la Tabla N°1 se observa el número de casos confirmados y defunciones con sus respectivas tasas de mortalidad⁴ y letalidad durante los años 2020 a 2024.

TABLA N°1: COVID-19: Casos confirmados, Tasa de Incidencia, Mortalidad y Letalidad-Mendoza Años 2020 a 2024

| AÑO | CASOS CONFIRMADOS | *TASA INC | CASOS FALLECIDOS | **TASA MORT | LETALIDAD |
|------|-------------------|-----------|------------------|-------------|-----------|
| 2020 | 60931 | 3180,5 | 2298 | 1,2 | 3,77% |
| 2021 | 108589 | 5647,5 | 3283 | 1,7 | 3,02% |
| 2022 | 109523 | 5393,2 | 346 | 0,17 | 0,32% |
| 2023 | 4421 | 216,6 | 35 | 0,02 | 0,79% |
| 2024 | 1711 | 83,7 | 22 | 1,1 | 1,30% |

*TASA INCIDENCIA X 100.000 HAB

**TASA MORTALIDAD X 100000 HAB

Los casos confirmados notificados de COVID 19, se redujeron en un 61% durante el 2024 respecto al año 2023, con una Tasa de Incidencia de 83,7 x 100000 hab. y una tasa de mortalidad de 1,1 x 100000 hab.

Sin embargo, la letalidad tuvo un leve incremento de 1,3 defunciones por cada 100 enfermos en 2024, respecto a los 0,8 por cada 100 enfermos durante 2023.

COVID 19 –AÑO 2025⁵

Los casos de COVID 19 confirmados a la SE50 (13/12) del 2025, suman 431 en total. Los casos notificados por semana epidemiológica son escasos en comparación con los casos notificados de otras enfermedades respiratorias como las Neumonías, ETI y Bronquiolitis.

³ Desde el inicio de la pandemia hasta la SE22/22 (04/06/22), la fuente de datos ha sido la información notificada al SNVS bajo la modalidad de notificación nominal del evento "Caso sospechoso de COVID- 19, Influenza y OVR" (otros virus respiratorios). A partir de la SE23/2022, debido al cambio en la estrategia de vigilancia de COVID-19, la fuente de datos continúa siendo el SNVS, cambiando los eventos a:

- COVID-19, Influenza y OVR en ambulatorios (No UMAS)
- Monitoreo de SARS-COV-2 y OVR en ambulatorios(UMA).
- Internado y/o fallecido por COVID-19 o IRA

⁴ Nota: la mortalidad es provisoria hasta que se cuente con los datos oficiales desde el Departamento de Bioestadística de la provincia

⁵ Fuente: Exportación Ministerio Salud Nación. Descarga el 16/12/25

Gráfico N°7: COVID-19: Casos confirmados notificados por SE y defunciones por mes - Año 2025 a SE50- Mendoza



Los números de casos confirmados semanales durante el corriente año han sido bajos mostrando incrementos desde SE31, con pico en SE 35, con 22 casos; con nuevo aumento entre SE41 y 46, con pico en SE43 con 39 casos.

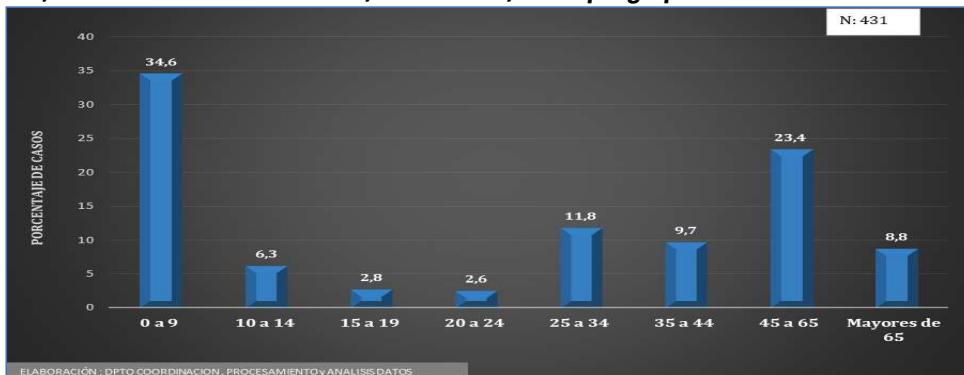
Respecto a la mortalidad se notificó 2 defunciones por COVID -19 ocurrida en junio, paciente masculino de 52 y en setiembre, paciente masculino de 74 años.

Durante el año 2024 se registraron 22 defunciones en el sistema SNVS. Recordar que los datos son provisorios y la mortalidad definitiva la elabora el Departamento de Bioestadística.

DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD

Los casos de COVID-19 por grupo de edad, a SE 50/25 presentan la mayor proporción de casos en el grupo de 0-9 años respecto de los demás grupos alcanzando el 34,6% de los casos notificados, seguido por el grupo de 45-65 años (23,4%), luego, el grupo de 25 a 34 años representa el 11,8%, los mayores de 65 años el 8,8%, el grupo de 35-44 años el 9,7% y el de 10-14 años el 6,3%.

Gráfico N°8: COVID-19: Casos confirmados notificados por grupo etario-Año 2025 a SE50-Mendoza



Al desagregar el grupo de 0-9 años, se observa que el 65,8% (98/149) de los casos notificados se presenta en menores de 1 año y el 12,8% (19/149) grupo de 5-9 años.

El incremento de casos entre las SE 41-48 (octubre-noviembre) en el 38,4% (78/203) correspondió al grupo de 0-9 años y el 24,6% (50/203) al grupo de 45 a 65 años, manteniendo el mismo peso relativo que el incremento de casos de los meses agosto -septiembre en estos grupos.

TABLA N°2: COVID-19: Casos confirmados año 2025 a SE50- Grupo etario de 0 a 9 años- Mendoza

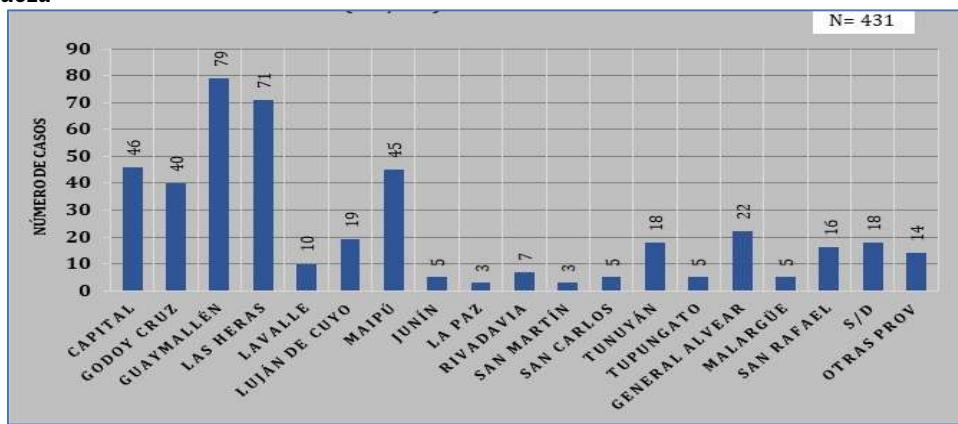
| EDAD | Nº DE CASOS | % |
|---------|-------------|-------|
| <1 a | 98 | 65,8% |
| 12-23 m | 17 | 11,4% |
| 2 a 4 a | 15 | 10,1% |
| 5 a 9 a | 19 | 12,8% |

Es de importante destacar que la vacuna Covid, no es obligatoria y que la cantidad de dosis aplicadas en los menores de 12 años ha sido muy baja. Lo mencionado, podría ser una posible causa del desplazamiento de esta patología al grupo etario de menores de 9 años.

DISTRIBUCIÓN CASOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA

A la SE 50 hay casos confirmados de COVID-19 en 17 de los 18 departamentos de la provincia. Los casos confirmados en un 72% (310/431) pertenecen a departamentos del Gran Mendoza.

Gráfico N°9: COVID-19: Casos confirmados notificados por departamento-Año 2025 a SE50- Mendoza



Fuente: SNVS2.0-Elaboración: Dpto Coordinación, procesamiento y análisis de datos

D- Vigilancia de virus respiratorios

Fuente: SISA-SNVS 2.0 - Vigilancia: Red de Virus Respiratorios Mendoza-
Elaboración: Laboratorio Núcleo.

Datos: notificación agrupada del evento "Infecciones Respiratorias Agudas Virales en Internados y Ambulatorios".

D.1. SITUACIÓN AÑO 2025 a SE50

A SE50 (13/12) de 2025, se estudiaron y notificaron en la provincia un acumulado de **6310** muestras de las cuales **2885** resultaron positivas para los virus estudiados, lo que representa un **46%** del total de las muestras estudiadas. Con respecto a la distribución proporcional de las **2885** muestras positivas, el mayor porcentaje corresponde a VSR (Tabla N°3).

TABLA N°3: Vigilancia Virus Respiratorios-Distribución proporcional de determinaciones positivas- Año 2025 a SE50- Mendoza

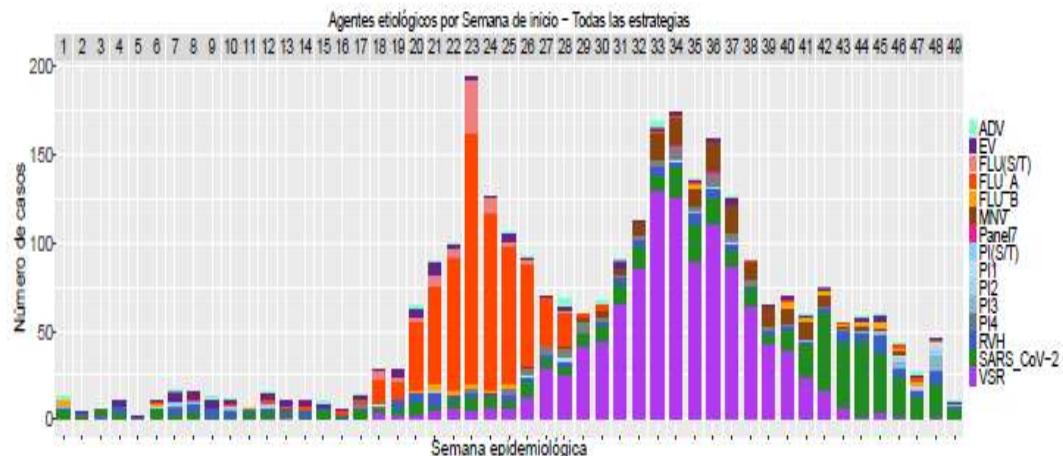
| DETERMINACIÓN | POSITIVOS | % |
|---------------|-------------|--------|
| FLU A | 653 | 22,63% |
| EV | 106 | 3,67% |
| RVH | 156 | 5,41% |
| Sars-CoV2 | 471 | 16,33% |
| ADV | 44 | 1,53% |
| PI (1,2,3,4) | 76 | 2,63% |
| FLU S/T | 67 | 2,32% |
| VSR | 1060 | 36,74% |
| MNV | 147 | 5,10% |
| FLU B | 42 | 1,46% |

Desde la SE 18 se observa un aumento de las detecciones positivas, determinado por la circulación de FLU A, con un pico a SE23 que persiste hasta SE28. Desde la SE 26 comienza a aumentar la circulación de VSR, en forma progresiva hasta la SE34, en donde comienza a descender gradualmente. Desde la SE41 y hasta la SE 49, predomina la detección de SARS-CoV 2(Gráfico N°10).

En relación a la edad, las muestras positivas corresponden en un 29,2% (843) a mayores de 15 años y el 70,6% (2037) a población pediátrica menor de 15 años. De las muestras positivas, en mayores de 15 años, la detección de FLU A fue del 39,5%

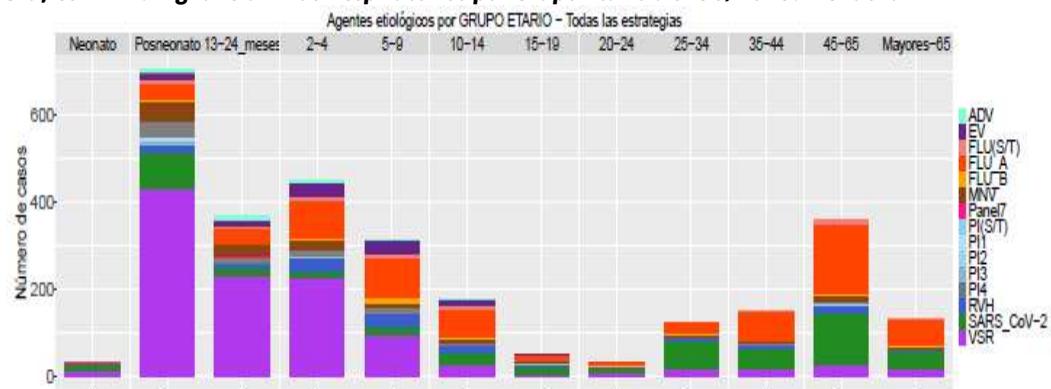
y de SARS-CoV2 fue de un 35%. Mientras que, en menores de 15 años, las muestras positivas para VSR representaron un 48,8% del total de detecciones y Flu A un 15,7% de las mismas. (Gráfico N°11).

Gráfico N°10: Vigilancia Virus Respiratorios por SE. SE 1 a SE 50/2025. Mendoza



Fuente. SNVS 2.0- Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología- DECyCG **Abreviaturas cuadro

Gráfico N°11: Vigilancia Virus Respiratorios por Grupo Etario a SE50/2025. Mendoza



Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología- DECyCG **Abreviaturas cuadro

ABREVIATURAS

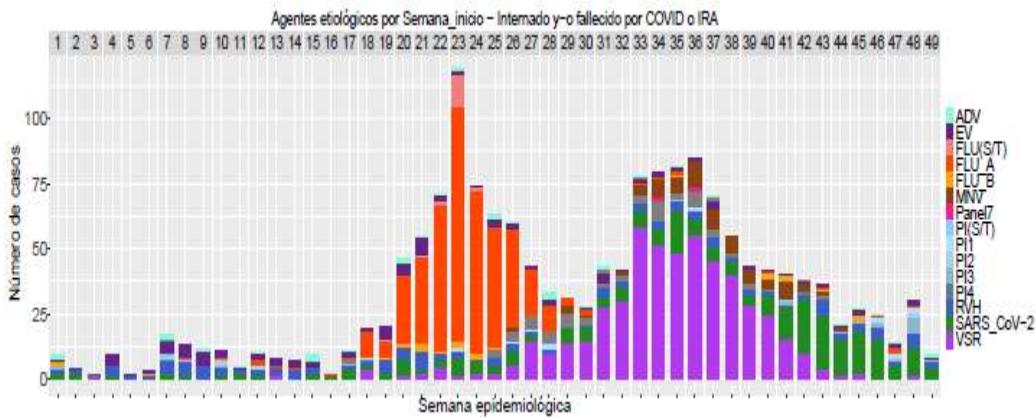
→

| | |
|-----------|-----------------|
| ADV | Adenovirus |
| EV | Enterovirus |
| FLU A | Influenza A |
| FLU B | Influenza B |
| MNV | Metapneumovirus |
| PI | Parainfluenza |
| RVH | Rhinovirus |
| SARS-Cov2 | Coronavirus |

D.1.a. Virus respiratorios, SARS CoV- 2 y OVR en internados:

El gráfico N°12, incluye la notificación agrupada de infecciones respiratorias agudas en internados y casos positivos notificados de forma individual en el evento “Internados y/o fallecidos por COVID-19 o IRA”. Hasta la SE 50 de 2025, se estudiaron 3025 muestras, de las cuales 1655 (55%) resultaron positivas. De las 1655 muestras positivas, un 25,3% fue positivo para FLU A (419 casos), un 30,6% (507) para VSR y un 15,2% (251 casos) correspondieron a SARS-CoV2.

Gráfico N°12: Virus Respiratorios- SARS CoV-2 y OVR en pacientes internados. A SE50/2025. Mendoza.

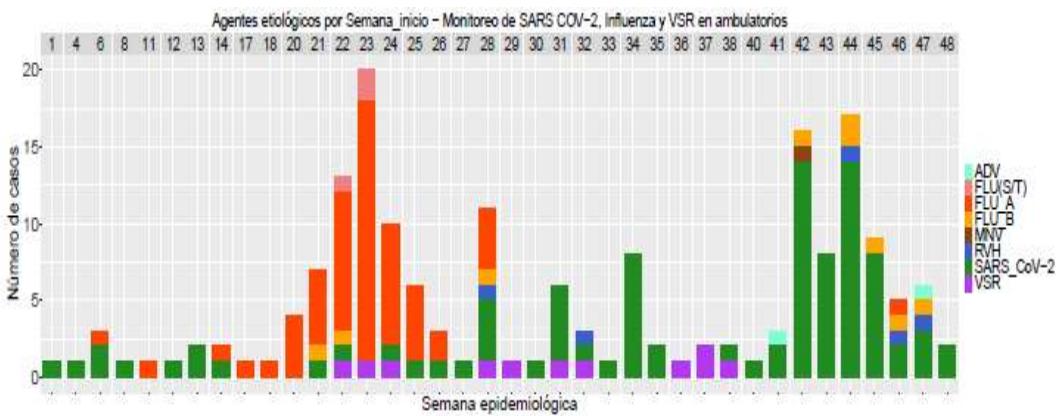


Fuente. SNVS 2.0- Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología- DECyCG

D.1.b. Virus respiratorios, SARS CoV- 2 Y OVR en UMA´s:

De las 512 muestras estudiadas en las UMA´s, durante el año 2025 a SE50, 183 (36%) resultaron positivas. De las positivas, el 32,8% (60) fueron positivas para influenza A, con un pico a SE23; y un 50% (92) resultaron positivas para SARS CoV-2, con picos a SE34, SE42 y SE44. El VSR representó el 6% (11) de las muestras positivas (Gráfico N° 13)

Gráfico N°13: UMA´s. Agentes etiológicos por SE. Mendoza. A SE50/2025



Fuente. SNVS 2.0- Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología- DECyCG

D.1.c. Virus respiratorios, SARS CoV- 2 y OVR en UCIRAG:

La estrategia centinela UCIRAG, se inicia en la provincia a partir de la SE 21/24. Desde la SE21 a la SE52, se estudiaron 4.395 muestras, de las cuales 914 (20,8%) resultaron positivas.

En el año 2025 desde SE1 a SE50, se estudiaron 1580 muestras de las cuales 798 resultaron positivas (50,5%).

De las muestras positivas, 522 (65,4%) correspondieron a VSR, un 11,4% (91) Influenza A y un 8% a MNV. (Gráfico N° 14)

En relación al grupo etario, de 798 muestras positivas, 712 (89,2%) correspondieron a menores de 15 años. (Gráfico N° 15)

Gráfico N°14: UCIRAG-Agentes etiológicos por SE. Mendoza. A SE50/2025

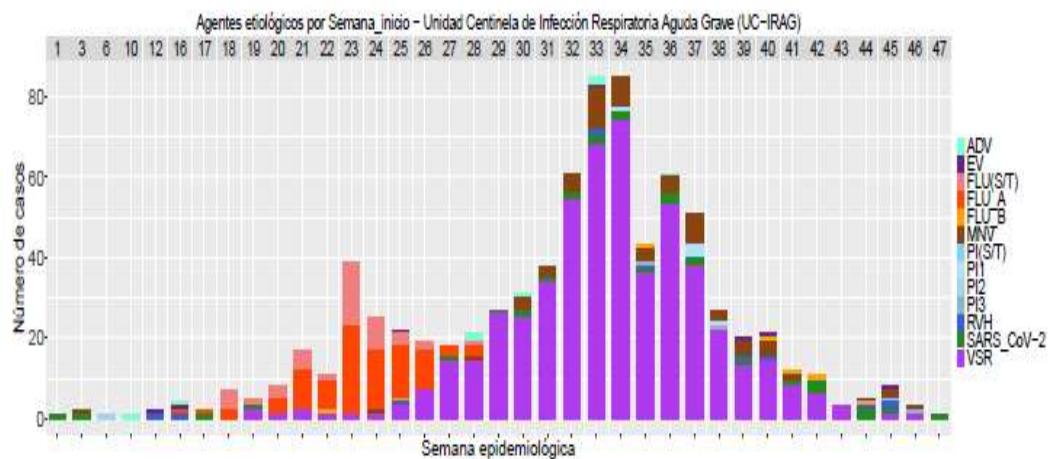
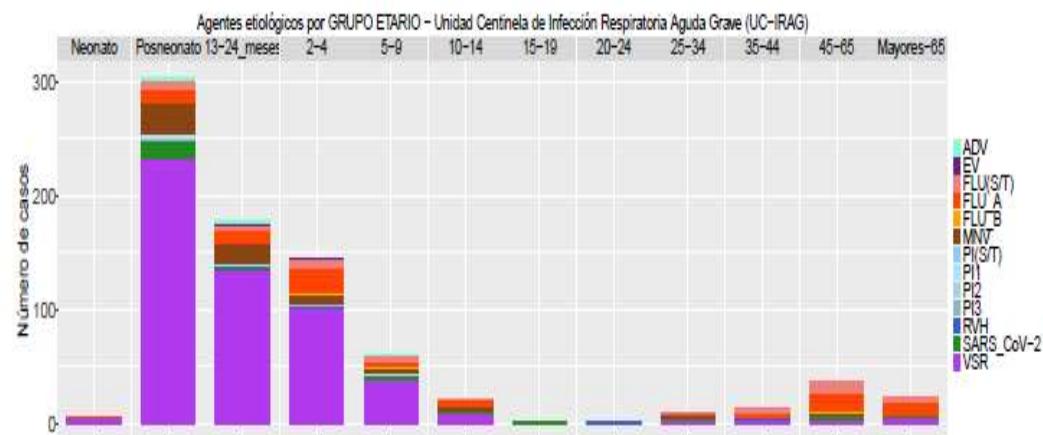


Gráfico N°15: UCIRAG-Agentes etiológicos por grupo etario. Mendoza. A SE50/2025



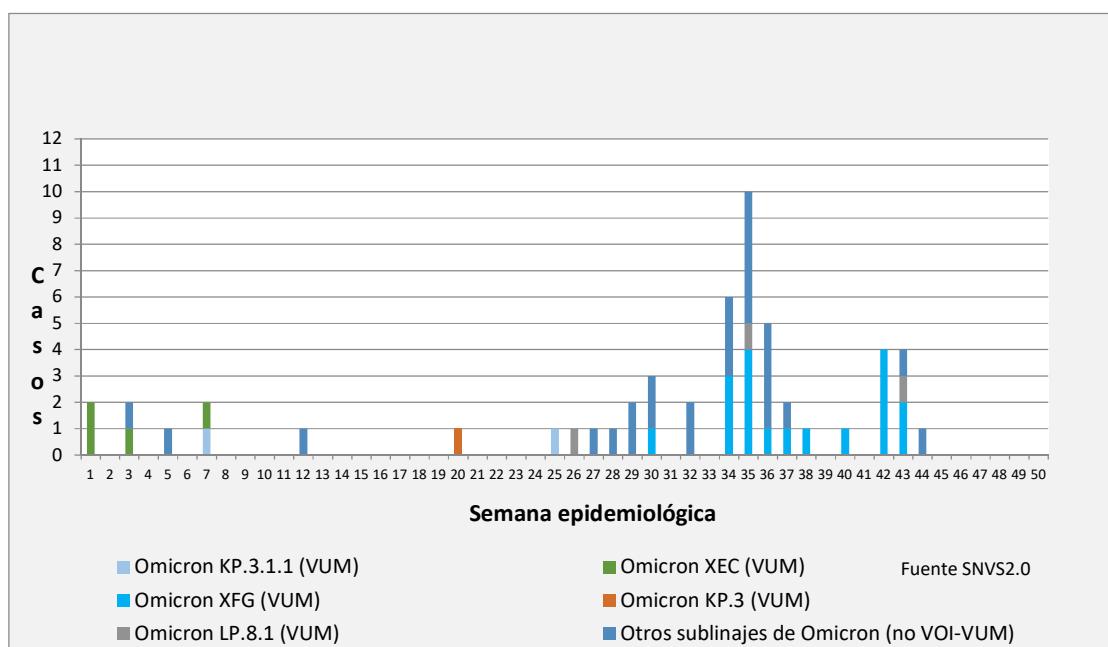
Fuente gráficos 10 y 11: SNVS 2.0- Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología- DECyCG

D.2. Vigilancia de Variantes de SARS CoV- 2 en la provincia de Mendoza

En nuestra provincia, el Nodo de Genómica comenzó a realizar el estudio de variantes de SARS Cov-2 (por secuenciación, PCR in house y PCR multiplex) a partir de la SE 12/21, contribuyendo a nivel local y nacional con la estrategia de Vigilancia Genómica de Variantes⁶.

En el gráfico N°16, podemos observar la distribución de las variantes de SARS CoV-2 detectadas en el año 2025 por SE, SE1/25 a SE50/25. De un total de 54 muestras, corresponden a subvariantes Omicron: XFG (VUM: variante bajo monitoreo), LP.8.1 (VUM) y otros sublinajes de Omicron.

Gráfico N° 16: Variantes SARS CoV-2 por SE. SE 1 a 50/25. Mendoza.



Fuente: SNVS 2.0- Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología- DECyCG

⁶ Es importante recordar que sólo se procesan las muestras con un CT inferior a 26. El CT es un valor semicuantitativo inversamente relacionado con la cantidad de ARN de la muestra, de manera que un número bajo de CT está relacionado inversamente con mayor carga viral.

INFLUENZA A (H3N2) Subclado K

ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La Influenza A (H3N2) subclado K se ha identificado como una variante altamente transmisible que está generando brotes de magnitud récord en el hemisferio norte. En Europa, la actividad de la influenza inició de manera anticipada respecto a temporadas previas, y entre mayo y noviembre de 2025 representó cerca de la mitad de las secuencias genómicas reportadas. Hasta el momento, si bien la circulación del subclado K ha incrementado el número de consultas por cuadros respiratorios, no se ha documentado un cambio significativo en la gravedad clínica, en términos de hospitalizaciones, ingresos a unidades de cuidados intensivos o defunciones.

En las Américas esta variante fue detectada en Perú, México, Costa Rica, Brasil. La OPS/OMS ha emitido directrices (11 de diciembre de 2025) ante la propagación global de Influenza A (H3N2) subclado K (J.2.4.1), el cual presenta características de derivación antigénica (cambios genéticos significativos) respecto al subclado previo J.2.4.

El 19 de diciembre la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Dr. Carlos G. Malbrán” informa la detección de tres casos de influenza A(H3N2) correspondientes al subclado K en Argentina.

Los casos fueron identificados a través de la Red Nacional de Laboratorios y de Unidades Centinela y confirmados por el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS, mediante técnicas de secuenciación genómica. Se trata de dos adolescentes, estudiados en el marco de la estrategia de Monitoreo Ambulatorio de Infecciones Respiratorias Agudas en la provincia de Santa Cruz, y de un niño que había sido internado en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los pacientes transitaron la enfermedad sin complicaciones.

Las jurisdicciones tienen la responsabilidad de realizar las investigaciones epidemiológicas pertinentes y de garantizar la atención oportuna de todos los casos detectados. La vigilancia integrada de influenza y otros virus respiratorios muestra que la circulación viral en el país se mantiene dentro de los valores esperados para la época del año.

El análisis genómico permitió clasificar a los virus dentro del subclado K, que presenta cambios genéticos asociados a una mayor transmisibilidad. Estas características podrían favorecer un aumento en el número de casos y en las consultas al sistema de salud. No obstante, *la evidencia disponible hasta el momento no indicaría que este subclado se asocie a una mayor severidad clínica en comparación con otros virus de influenza A(H3N2) que han circulado en temporadas previas.*

Situación Regional y Global

- América del Norte: incremento sostenido de influenza tipo A. En EE. UU. y Canadá, predomina el subtipo A(H3N2) con énfasis en el nuevo subclado K.
- Latinoamérica: México, Perú, Costa Rica, Brasil, Chile y Argentina ya han confirmado la identificación de este subclado.
- Evidencia genética: Datos a través de la iniciativa de Ciencia de Datos GISAID confirman un aumento mundial de notificaciones, consolidando al subclado K como una variante emergente

Los datos disponibles hasta ahora **no muestran evidencia de un aumento en la gravedad de la enfermedad atribuible específicamente al subclado K en comparación con otras variantes H3N2 circulantes en temporadas previas.**

La gravedad de la infección, como en otros casos de gripe, está relacionada con la presencia de factores de riesgo individuales en grupos de alto riesgo como niños pequeños, personas mayores, mujeres embarazadas y personas con enfermedades subyacentes.

A pesar de las diferencias antigenicas observadas en el subclado K de A(H3N2), los datos preliminares de efectividad vacunal muestran que la protección contra hospitalizaciones se mantiene en niveles similares a temporadas previas 70-75% en niños y 30-40% en adultos. La vacunación contra la influenza constituye una de las principales medidas de prevención de formas graves y hospitalizaciones durante la temporada estacional

COMUNICACIÓN DE RIESGO:

- La influenza es una infección viral aguda que se transmite fácilmente de persona a persona. Los virus de la influenza estacional circulan en todo el mundo y pueden afectar a cualquier persona de cualquier grupo de edad.

- Sin embargo, existen **grupos vulnerables con mayor riesgo de complicaciones graves, hospitalización y mortalidad**, lo que requiere especial atención en las estrategias de prevención y control, adultos mayores (≥ 60 años), niños menores de 5 años y mujeres embarazadas, así como las personas con enfermedades crónicas (cardiovasculares, respiratorias, metabólicas o inmunosupresión) y a los trabajadores de la salud.
- Las personas que recibieron la vacuna contra la influenza durante la campaña pre-invernal 2025 cuentan con protección conferida para dicha temporada, hasta el inicio del próximo periodo de vacunación estacional correspondiente al año 2026.

MODO DE TRANSMISIÓN

1. Gotitas respiratorias (Cuando una persona infectada habla, tose o estornuda, emite pequeñas gotas de saliva y secreciones nasales que contienen el virus. Estas gotas pueden viajar hasta **1 o 2 metros** de distancia. Si estas gotas entran en contacto con la boca, la nariz o son inhaladas hacia los pulmones de una persona sana, se produce el contagio.)

2. Contacto indirecto con Superficies contaminadas

El virus tiene la capacidad de sobrevivir fuera del cuerpo humano durante cierto tiempo:

- **Superficies duras (metales, plástico):** Puede vivir entre **24 y 48 horas** (ej. pomos de puertas, barandillas, teclados).
- **Tejidos y papel:** Vive entre **8 y 12 horas**.
- **Manos:** El virus suele sobrevivir menos de **5 minutos** en la piel, pero es tiempo suficiente para que, al tocarse los ojos, la nariz o la boca, el virus entre en el organismo.

3. Transmisión aérea (Aerosoles)

- En lugares cerrados, con mucha gente y poca ventilación, el virus puede permanecer suspendido en el aire en partículas aún más pequeñas que las gotitas comunes, facilitando el contagio incluso sin contacto cercano directo.
- El lavado de manos frecuente con agua y jabón es la forma más eficiente de disminuir la transmisión.

- El conocimiento sobre la "etiqueta respiratoria" también ayuda a prevenir la transmisión. Las personas con fiebre deben evitar ir a lugares de trabajo o lugares públicos hasta que la fiebre disminuya.
- Desarrollar estrategias y campañas de comunicación de riesgo que refuerzen medidas no farmacológicas universales (lavado de manos, etiqueta respiratoria, aislamiento en caso de fiebre) destacando la protección durante toda la temporada, especialmente en grupos de riesgo.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Intensificar la detección y notificación inmediata de conglomerados de IRAG, brotes de infecciones respiratorias agudas en poblaciones cerradas (penitenciarias, albergues, asilos, excursiones) y en comunidades indígenas.
- Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica: Intensificar la vigilancia sindrómica y virológica de la IRA, asegurando la toma y envío oportuno de muestras para la identificación de subtipos y la detección temprana de posibles cambios antigénicos o variantes.
- Intensificar la vigilancia de rumores y señales como parte de la vigilancia basada en eventos, para la identificación oportuna de eventos inusitados.
- Fortalecer la vigilancia centinela de las Enfermedades Tipo Influenza (ETI) y priorizar la vigilancia centinela de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) complementándola con otras estrategias de vigilancia para monitorear los cambios epidemiológicos y las tendencias de circulación viral para evaluar los patrones de transmisión, la gravedad clínica y el impacto en el sistema de salud y la sociedad, e identificar grupos de riesgo de desarrollar complicaciones respiratorias asociadas.
- Las infecciones respiratorias que son inusuales: brotes y conglomerados deben investigarse de inmediato y reportarse a través del Centro Nacional de Enlace a la OPS/OMS de acuerdo con las regulaciones del Reglamento Sanitario Internacional.
- Para la confirmación etiológica de casos inusuales, se debe obtener muestras nasofaríngeas y orofaríngeas (o lavado bronquial, en casos graves) para la detección de virus respiratorios.

- La OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes ni al comercio con los países con identificación de Influenza A (H3N2) del subclado K, basándose en la información disponible sobre el evento actual, no obstante, se debe asegurar la coordinación para la detección, evaluación y notificación entre la vigilancia y los puntos de entrada.

SERVICIOS DE SALUD

- Organización del tamizaje, el flujo de pacientes y las áreas de vigilancia clínica y de hospitalización en cada institución, en los distintos niveles de atención; captar y notificar inmediatamente los casos permite una respuesta rápida y efectiva por parte de las autoridades sanitarias.
- Manejo Clínico y Terapéutico: Garantizar el diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos confirmados o sospechosos de influenza, priorizando la disponibilidad y el uso racional de antivirales (Oseltamivir) según los protocolos clínicos establecidos.
- Preparación de la Red Asistencial: Realizar una evaluación proactiva de la capacidad operativa y logística de los servicios de salud (camas, insumos, recursos humanos) para gestionar un posible aumento de la demanda de atención de IRA, anticipando una actividad viral potencialmente más intensa o temprana.
 - Garantizar el cumplimiento de las medidas de prevención y control de infecciones en los establecimientos de salud, como ser el uso correcto de mascarilla y/o respirador en el personal de salud, pacientes y sus acompañantes.
 - Garantizar la disponibilidad de insumos, reactivos y equipos de protección personal para el cumplimiento de las normas de bioseguridad vigentes.

LABORATORIO

- Mantener el envío oportuno de muestras respiratorias para secuenciación y así monitorear e identificar clados/subclados potencialmente asociados con mayor transmisibilidad o patogenicidad, garantizar el transporte y envío de muestras biológicas durante los fines de semana y en los feriados por las fiestas de fin de año.
- Fortalecer los equipos técnicos de laboratorio encargados de la vigilancia centinela de las ETI y de las IRAG.

- Continuar con el reporte de datos de manera continua y oportuna a las plataformas.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS DE SALUD PÚBLICA EN LA POBLACIÓN

Como se evidenció recientemente durante la pandemia de COVID-19, las medidas de salud pública no farmacológicas complementan las acciones necesarias para enfrentar y minimizar la expansión de eventos respiratorios.

Junto con la inmunización contra virus respiratorios se deben aplicar medidas personales como la higiene de manos con frecuencia, el distanciamiento físico, la etiqueta respiratoria, el uso de mascarillas si presenta síntomas, consulta oportuna y posterior reposo según prescripción médica. Desinfectar las superficies de alto contacto y mantener la higiene y ventilación en el hogar, trabajo, lugares públicos. Estas medidas son eficaces para limitar la transmisión de virus respiratorios.

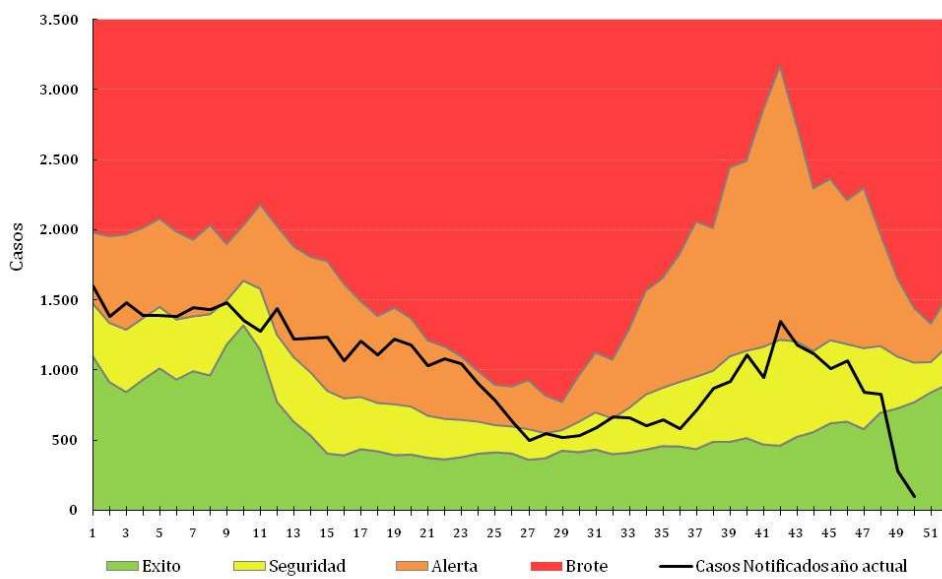
3

DIARREAS

SITUACIÓN PROVINCIAL DIARREAS- AÑO 2025 a SE50

La siguiente información surge de los datos recolectados a partir de los registros de consultorios externos, internación, laboratorio y otros, que son notificados al SISA- SNVS^{2.0}. Se construyen **corredores endémicos** por evento, en base a 5 años (datos históricos 2020-2024).

Gráfico N°17: Corredor endémico (2020-2024) por SE. SE1 a SE50- DIARREAS -Año 2025- Mendoza



Fuente: snvs 2.0 - reporte: 16/12/25 - 10:30

Fuente. SNVS 2.0- Elaboración: Dpto. de procesamiento y análisis de datos

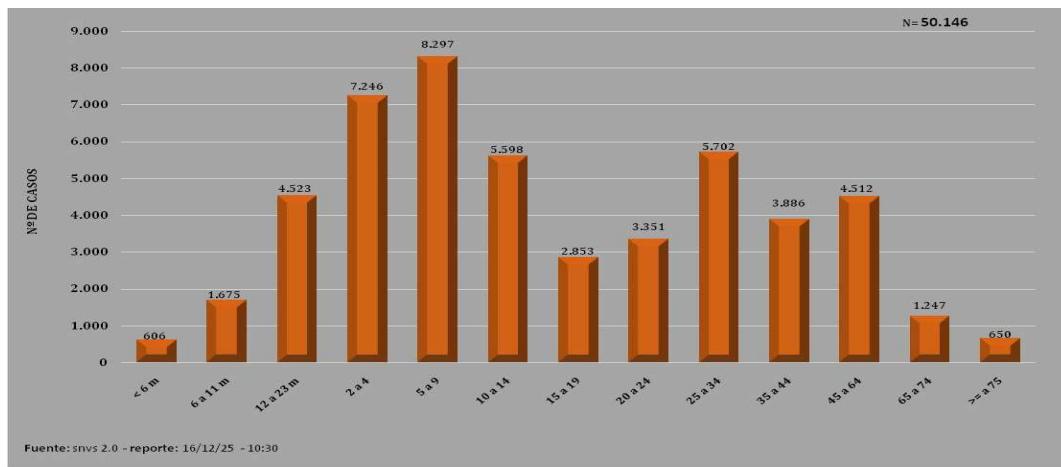
En las primeras 50 semanas epidemiológicas del año 2025 se han notificado al SNVS, un total de 50.205 casos de diarreas. En la SE01, la curva se ubicó en zona de alerta con 1.599 casos, descendiendo en la SE 5 a la zona de seguridad. En la SE 12 (1.436), retorna a la zona de alerta hasta la SE 26 (637), para retomar a zona de seguridad hasta la SE 48 en donde muestra un franco descenso probablemente debido a la demora en la carga por parte de los establecimientos notificadores.

DIARREAS NOTIFICADAS POR GRUPO DE EDAD

Hasta la SE 50, las diarreas notificadas en menores de 10 años representan el 44,6% (22.347 casos) del total. Le siguen, en orden descendente, el grupo de 25 a 34 años (5.702) 11,3% y con 11,4%, el grupo de 10 a 14 años (5.598).

Es importante mencionar que del análisis por grupo etario se excluyen **59 casos** en los que no se especificó la edad.

Gráfico N°18. Diarreas, casos notificados por grupo etario -Año 2025 a SE50- Mendoza

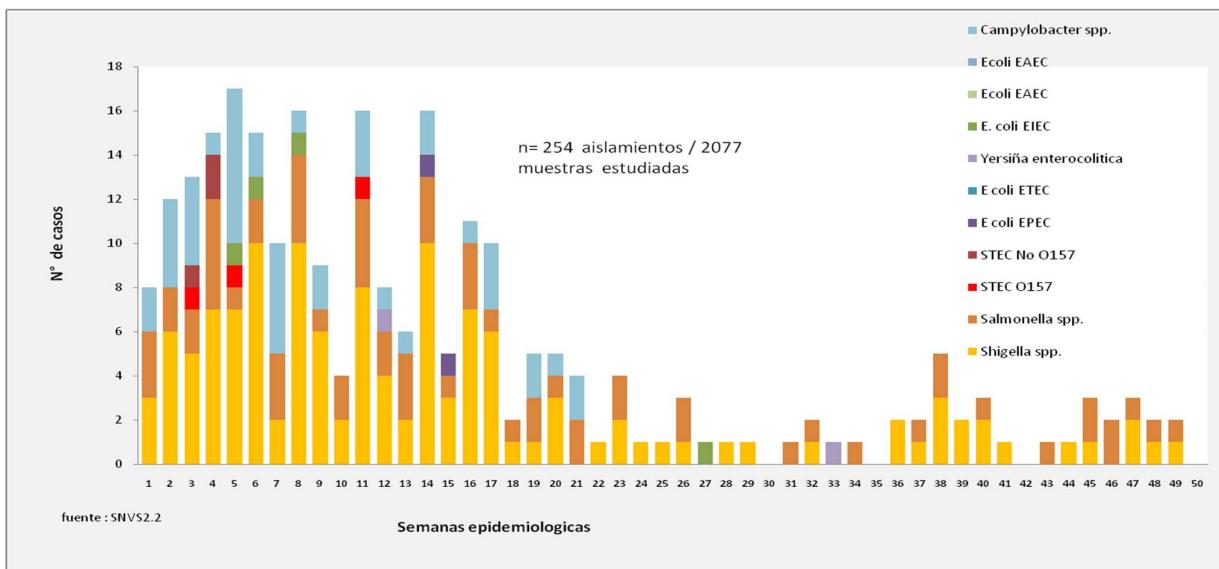


Fuente. SNVS 2.0- Elaboración: Dpto. de procesamiento y análisis de datos

DIARREAS POR LABORATORIO

Hasta la SE50/2025, se procesaron **2077** muestras de materia fecal, y se aislaron **254** muestras positivas para diarreas bacterianas (Gráfico N° 19).

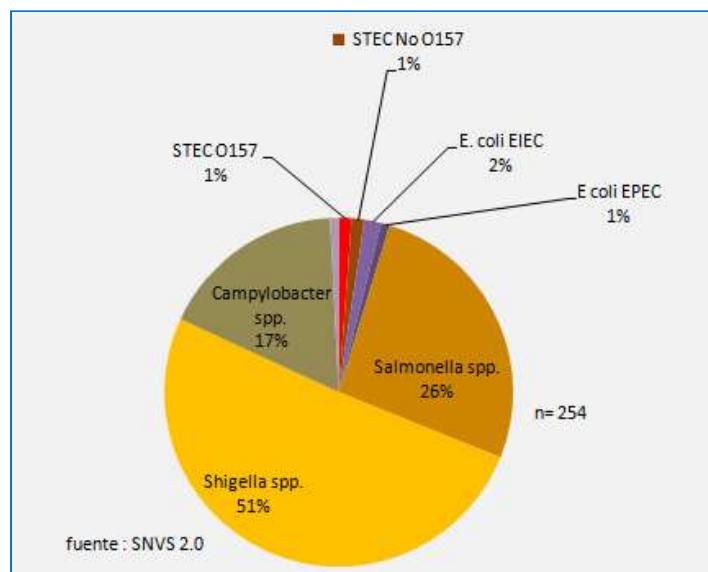
Gráfico N°19: Diarreas bacterianas, casos según agente etiológico por SE SE1 a SE50-Año 2025-Mendoza



Fuente. SNVS 2.0- Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología-DECyCG

De las diarreas bacterianas, el 51% correspondió a *Shigella spp.*, un 17% a *Campylobacter spp.* y un 26% a *Salmonella spp.* (Gráfico N° 20).

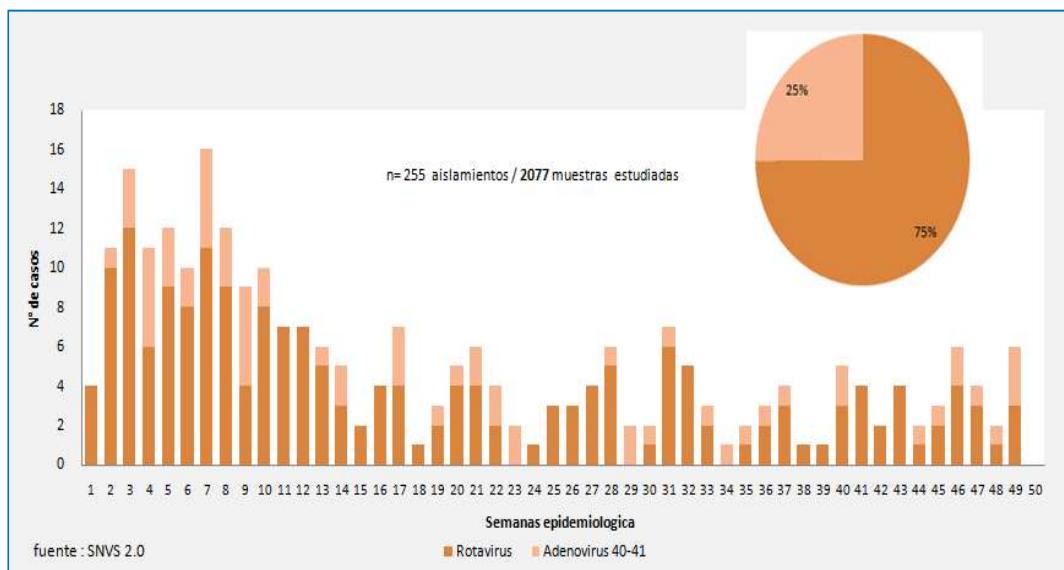
Gráfico N°20: Diarreas bacterianas, casos según agente etiológico por SE -Año 2025 a SE50- Mendoza



Fuente. SNVS 2.0- Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología-DECyCG

De las muestras procesadas, 255 aislamientos resultaron positivos para virus. (Gráfico N° 21), resultando 75% (191) positivos para rotavirus y 25% (64) para adenovirus.

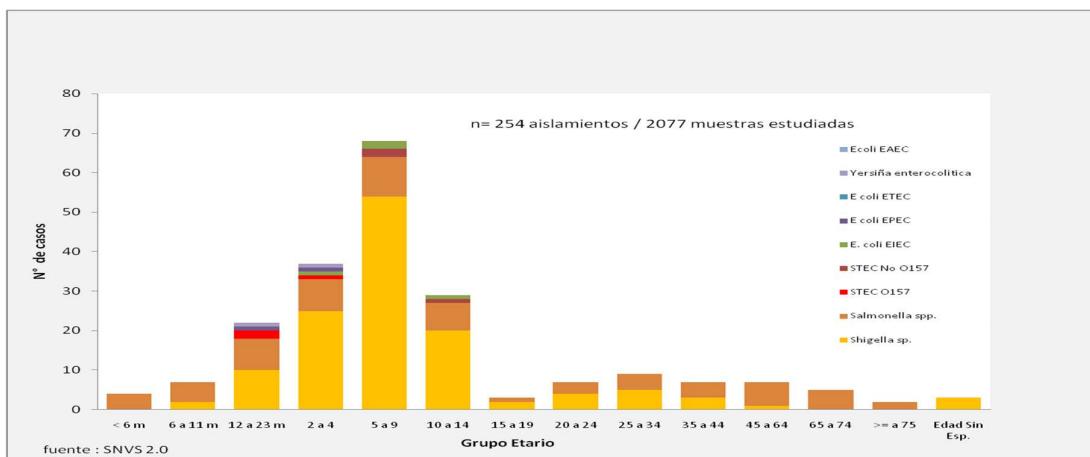
Gráfico N°21: Diarreas virales, casos según agente etiológico por SE -Año 2025 a SE50-Mendoza



Fuente. SNVS 2.0- Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología-DECyCG

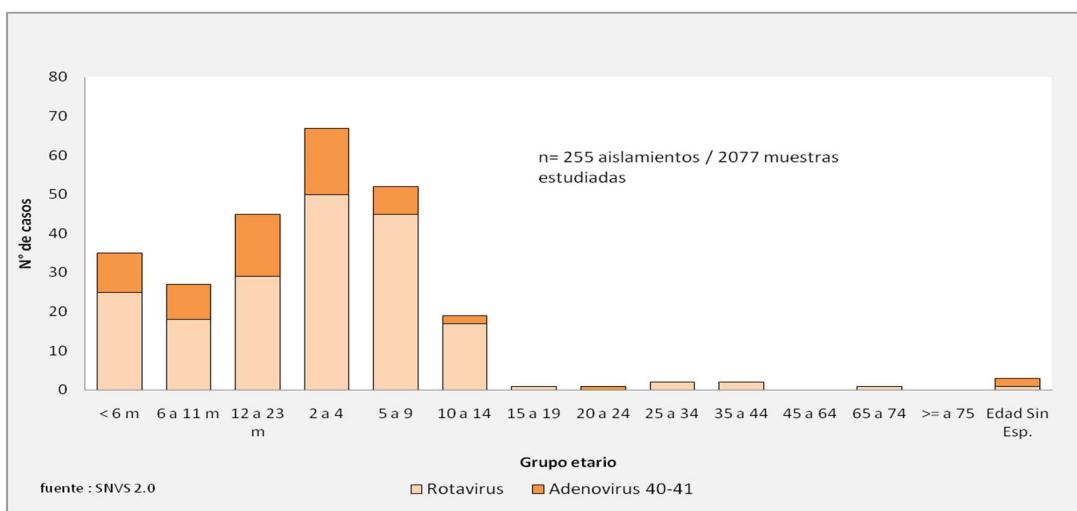
En relación a la distribución de agentes por grupo etario, los aislamientos bacterianos se efectuaron en el 83% (211 casos) y los virales en el 96% (245 casos) en menores de 15 años. (Gráficos N° 22 y 23).

Gráfico N°22: Diarreas bacterianas, agentes etiológicos según grupo etario por SE -Año 2025 a SE50- Mendoza



Fuente. SNVS 2.0- Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología- DECyCG

Gráfico N°23: Diarreas virales, agentes etiológicos según grupo etario por SE -Año 2025 a SE50- Mendoza



Fuente. SNVS 2.0- Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología- DECyCG

PARA CONSULTAR SOBRE NORMAS Y MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN AL SISA-SNVS 2.0, ENVIAR CORREO A SECCIÓN VIGILANCIA DE LA SALUD:

vigilanciadelasaludmza@gmail.com

4

ARBOVIROSIS: DENGUE

Es una enfermedad producida por arbovirus (virus transmitido por artrópodos), por el virus del dengue (DENV), perteneciente a la familia Flaviviridae y del cual se conocen cuatro serotipos que afectan al humano (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4). El mosquito *Aedes aegypti*, se considera el principal vector de cuatro arbovirosis humanas: Fiebre Amarilla, Dengue, Fiebre Chikungunya y Enfermedad por virus Zika.

Es indispensable contar con un **sistema de vigilancia sensible** que detecte los casos tempranamente para implementar de forma oportuna las medidas locales de control.

La vigilancia de las arbovirosis se realiza de forma integrada en el marco de la vigilancia de Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI).

SÍNDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO (SFAI)

Caso sospechoso: Todo paciente que presenta al momento de la consulta (o haya presentado en los últimos 45 días) fiebre aguda -de menos de siete (7) días de duración- mialgias o cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.

Ficha de notificación de SFAI:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha_epidemiologica_sfa en area no endemica de fha 13112024.pdf

CASO SOSPECHOSO DE DENGUE EN POBLACIÓN GENERAL:

Toda persona que viva o haya viajado en los últimos 14 días previos al inicio de los síntomas a zonas con transmisión de dengue o presencia del vector, y presenta fiebre aguda, habitualmente de 2 a 7 días de evolución, y dos o más de las siguientes manifestaciones: náuseas o vómitos, exantema, cefalea o dolor retro-orbitario, mialgia o artralgia, petequias o prueba de torniquete positiva (+), leucopenia con o sin cualquier signo de alarma o manifestación de gravedad.

DENGUE - Período epidémico 2024-2025⁷ y 2025-2026 a SE50

Durante la temporada 2024-2025, es decir desde el inicio de la SE31/24 (28/07/24) a la SE30 (26/07/25), se notificaron 1829 casos sospechosos, con 18 casos confirmados, de los cuales 11 casos fueron considerados autóctonos y 7 importados.

Desde la SE31 del año 2025, fecha de comienzo de la **temporada 2025-2026**, hasta la SE50, sólo se han recibido 34 notificaciones de sospecha de Dengue, 17 de ellas se descartaron, trece se clasificaron como caso sospechoso no conclusivo, tres casos sospechosos y un caso probable.

Sin embargo, Mendoza inicia la temporada 2025-2026, con condiciones de riesgo incrementado por cambio climático regional y circulación de nuevos serotipos en el país y la región. Atentos a esta situación, el control sostenido, la vigilancia activa y la conciencia comunitaria pueden minimizar el impacto y evitar brotes graves.

Es por ello que se mantiene la estrategia provincial basada en prevención, vigilancia, educación, y descacharrado continuo. Es probable que la **temporada tenga mayor actividad del vector** dada la tendencia climática, con riesgo real de **aumento de casos**, especialmente si ingresan infectados con serotipos circulantes (incluido DEN-4). La vacunación **no se considera prioritaria** actualmente en Mendoza debido a la baja incidencia registrada en esta última temporada.

Por Resolución N°1322/2024 del Ministerio de Salud y Deportes de la provincia de Mendoza, se implementa con carácter OBLIGATORIO, la realización por parte de los equipos de salud destinados a la atención de Dengue, el “Curso de Auto aprendizaje: Diagnóstico y Manejo Clínico del Dengue”.

El propósito del curso es proveer al personal de salud encargado de atender casos sospechosos de dengue la información necesaria para realizar un diagnóstico y manejo clínico oportuno, evitando la progresión a las formas graves y las muertes ocasionadas por esta enfermedad.

LINK: <https://campus.paho.org/es/node/28968>

⁷ El presente informe se elaboró con la información disponible en el SNVS²⁰ hasta el día 16/12/2025 e incluye los casos notificados de Dengue en la provincia de Mendoza durante el período epidémico 25-26 a SE 50/25
Período epidémico arbovirus: comprendido entre la SE 31 de un año a la SE 30 del año siguiente (agosto a agosto), donde se produce la mayor incidencia de casos.

Puede comenzar el curso haciendo click en el siguiente enlace:

<https://campus.paho.org/mooc/course/view.php?id=149>

Solo necesita tener una cuenta de usuario del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS-OMS o crear una en la siguiente dirección:

<https://www.campusvirtualsp.org/es/user/register>

VER TAMBIÉN:

Plan de preparación y respuesta integral a epidemias de dengue y otras enfermedades arbovirales”

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/08/plan_de_preparacion_arbovirus_2782024.pdf

Bibliografía de la Página del Ministerio de Salud Provincial. Enfermedades transmitidas por mosquitos:

<https://informacionoficial.mendoza.gob.ar/saludydeportes/alertas-enfermedades-por-mosquitos/?amp%3Bpreview=true>

Plan estratégico integral para el abordaje del dengue y otros arbovirus

<https://mza-dicaws-portal-uploads-media-prod.s3.amazonaws.com/informacion-oficial/uploads/sites/15/2025/09/PLAN-ESTRATEGICO-INTEGRAL-PARA-EL-ABORDAJE-DEL-DENGUE-Y-OTROS-ARBOVIRUS-MENDOZA-2025.pdf>

5

CHAGAS AGUDO CONGÉNITO

La enfermedad de Chagas es una afección parasitaria, sistémica, crónica, transmitida por vectores y causada por el protozoo *Trypanosoma cruzi*.

En América Latina, de acuerdo a las estimaciones publicadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002), el Chagas tiene “una incidencia anual de 30.000 casos vectoriales en la región de las Américas y 8.600 recién nacidos infectados durante el embarazo; la enfermedad de Chagas afecta a unos 6 millones de personas y provoca, en promedio, alrededor de 12.000 muertes al año”.

En Argentina, se estima que anualmente nacen alrededor de 1.500 personas infectadas (WHO; 2015). Sólo el 10-20% de las personas recién nacidas infectadas presentan sintomatología, sin embargo, si no son diagnosticadas adecuada y oportunamente, pueden progresar a la fase crónica de la enfermedad y presentar o no las manifestaciones clínicas de la enfermedad en la adolescencia o en la adultez.

En virtud de esto, se han puesto en marcha varias estrategias y planes de acción internacionales, como la iniciativa de eliminación de la transmisión materno-infantil (ETMI Plus) de la OPS.

La OMS afirma que el diagnóstico de la infección en las embarazadas, sus recién nacidos y los hermanos es esencial.

Todos los hijos de madres con enfermedad de Chagas se deben estudiar sistemáticamente, tanto en áreas rurales como urbanas.

La mayoría de las embarazadas y de los niños con infección congénita son asintomáticos.

El diagnóstico temprano en las personas recién nacidas se constituye en una oportunidad y una gran responsabilidad para el sistema de salud. Según la Guía para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad de Chagas, la efectividad del tratamiento etiológico en los primeros meses de vida es cercana al 100%, presenta menores efectos secundarios y posibilidad de negativización de la serología (OPS; 2018).

La visión de la iniciativa ETMI-Plus (OPS/OMS) es lograr que haya una generación sin infección por el VIH, sífilis congénita, hepatitis B y Chagas. Para esto se han

propuesto las siguientes metas de eliminación para cada una de las patologías de transmisión materno-infantil:

- Reducir la tasa de transmisión materno infantil del VIH a 2% o menos;
- Reducir la incidencia de la sífilis congénita (incluidos los mortinatos) a 0,5 casos o menos por 1000 nacidos vivos;
- Reducir la prevalencia de AgHBs en los niños de 4 a 6 años de edad a 0,1% o menos;
- **Lograr que al menos el 90% de los niños/as con infección por *T. cruzi* se curen y tengan un resultado serológico negativo después del tratamiento.**

Debido a que el **CHAGAS CONGÉNITO** es la forma aguda de infección más frecuente en Argentina, la captación, notificación y seguimiento de **TODOS** los RN hijos de madres positivas, debe ser priorizada en los efectores de salud de todos los niveles de nuestra provincia.

Fortalecer la vigilancia entomológica (vigilancia del vector) es un requisito importante para salir del mapa nacional donde se nos identifica como provincia con alto riesgo de transmisión vectorial y fundamentalmente es condición ineludible para realizar el tratamiento de los pacientes.

LEYES NACIONALES:

- La Ley 26.281 de Prevención y Control del Chagas declara de interés nacional y asigna carácter prioritario dentro de la política nacional del Ministerio de Salud a la prevención y control de todas las formas de transmisión de la enfermedad de Chagas, “hasta su definitiva erradicación de todo el territorio nacional”
- De acuerdo con la Ley Nacional de Pesquisa Neonatal N° 26.279, todos los/as recién nacidos/as vivos/as, hijos/as de persona/madre positiva para *T. cruzi*, **deben ser estudiados para descartar una eventual infección congénita por *T. cruzi*.**
- Además, la Ley N° 26.281 hace obligatorio el seguimiento y estudio de toda persona hija de madre con infección crónica por *T. cruzi* hasta 18 meses de vida.

El abordaje del control de la persona gestante/embrazada y de la persona recién nacida (pRN) requiere de una mirada integral, interdisciplinaria y con servicios de

salud integrados en red para garantizar una atención continua desde el diagnóstico de la persona gestante hasta el seguimiento de la pRN, hijo/a de la persona gestante reactiva al estudio de *T. cruzi*, después de los 10 meses de vida. Para esto es importante definir las responsabilidades del equipo de salud y su articulación tanto con los equipos especialistas de referencia y con los otros niveles de atención, **por lo que, desde el mes de noviembre de 2025, se puso en marcha el POE (Procedimiento Operativo Estandarizado) de “Búsqueda activa y seguimiento de niños hijos de madres con diagnóstico de Chagas”**.

DEFINICIÓN DE CASO-CHAGAS AGUDO CONGÉNITO

✓ **Caso sospechoso de Chagas agudo congénito/vertical:**

Toda persona menor de 18 meses hijo/a de una persona gestante con diagnóstico de Chagas.

✓ **Caso confirmado de Chagas agudo congénito/vertical:**

Caso sospechoso con confirmación de laboratorio por las siguientes técnicas: Técnicas parasitológicas con resultados positivos/detectable (PCR o micro hematocrito/Micrométodo) desde las 24 horas hasta los 10 meses de vida; o Dos técnicas serológicas, con diferente principio, con resultados positivos (ELISA y HAI, ELISA e IFI, HAI e IFI) entre los 10 y 18 meses de vida.

✓ **Caso descartado de Chagas agudo congénito/vertical:**

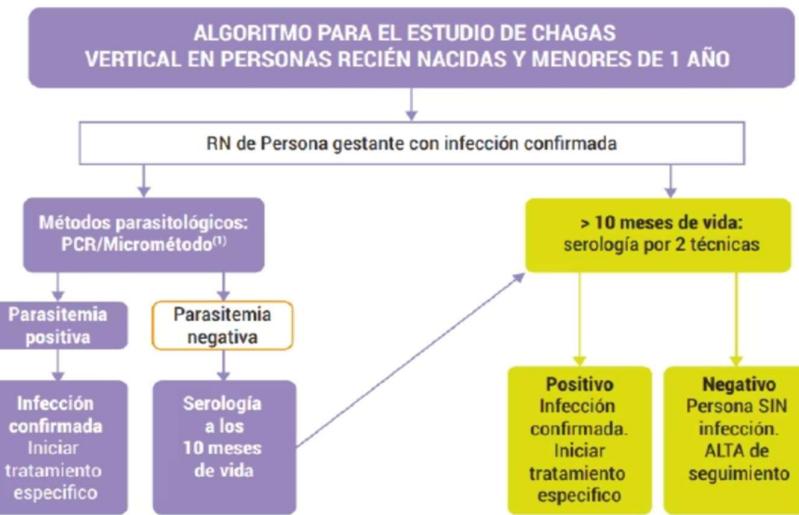
Caso sospechoso con resultados negativos por dos técnicas serológicas con diferente principio (ELISA y HAI, ELISA e IFI, HAI e IFI) a partir de los 10 meses de vida.

NOTIFICACIÓN:

Evento: Chagas agudo congénito/vertical (notificar ante caso sospechoso: RN hijo de madre con Chagas).

| Evento SNVS | Modalidad | Estrategia / Componente | Periodicidad |
|---------------------------------|----------------------|--|--------------|
| Chagas agudo congénito/vertical | Nominal / individual | Universal Clínica / Laboratorio / Investigación epidemiológica | Semanal |

ALGORITMO DIAGNÓSTICO:



Fuente: Adaptado de la Guía para la atención al paciente con Enfermedad de Chagas (2018) Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas Iniciativa ETMI-PLUS (2022)

POE (Procedimiento Operativo Estandarizado)-“Búsqueda activa y seguimiento de niños hijos de madres con diagnóstico de Chagas”

1. Objetivo

Garantizar la detección, estudio, tratamiento y seguimiento de los niños nacidos de madres con diagnóstico de Chagas, asegurando la confirmación o descarte de la infección, la notificación correspondiente en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), y la gestión del tratamiento dentro del Área de Salud correspondiente.

2. Alcance

Este procedimiento se aplica a:

- Áreas de Salud Departamentales, Coordinadores de Área, Jefes de Agentes Sanitarios, Agentes Sanitarios y Laboratorios públicos de la provincia.
- Niños identificados al nacer como hijos de madres con diagnóstico de Chagas.
- Equipos de Salud responsables de la atención pediátrica.
- Sección de vigilancia epidemiológica.

3. Antecedentes

Los niños hijos de madres con diagnóstico de Chagas deben estudiarse al nacer mediante métodos parasitológicos directos (Strout y/o PCR). Si el resultado es negativo, el estudio debe repetirse a partir de los 10 meses de edad mediante métodos serológicos (ELISA, HAI e IFI).

Sin embargo, muchos de estos niños se pierden en el seguimiento, lo que impide confirmar o descartar la infección y garantizar el tratamiento oportuno.

Este POE establece una red coordinada entre el Coordinador de Área, el Jefe de Agentes Sanitarios, los Agentes Sanitarios y los equipos locales de salud, con el fin de fortalecer la detección, seguimiento y tratamiento de los casos.

4. Responsabilidades

4.1 Coordinador de Área

- Organizar y supervisar la estrategia de búsqueda, estudio y seguimiento en su jurisdicción.
- Articular acciones con el Jefe de Agentes Sanitarios.
- Asegurar que los niños sean atendidos y tratados dentro del Área de Salud correspondiente.

4.2 Jefe de Agentes Sanitarios

- Coordinar la distribución de las nóminas de niños a los agentes en terreno.
- Supervisar la ejecución de las actividades de búsqueda y seguimiento.

4.3 Agentes Sanitarios

- Realizar la búsqueda activa en terreno.
- Verificar libreta sanitaria o documentación materna.
- Registrar información obtenida y acompañar a las familias en la gestión de turnos y estudios.
- Documentar resultados o ausencia de estudios mediante fotografía y planilla de registro.

4.4 Laboratorios

- Realizar los estudios parasitológicos y serológicos según edad y protocolo vigente.
- Emitir resultados firmados y sellados.
- Cargar los resultados de laboratorio en el SNVS con el DNI del paciente.

4.5 Equipos de Salud del Área

- Garantizar la atención médica, indicación de tratamiento antiparasitario y seguimiento clínico de los casos confirmados.
- Coordinar con el laboratorio y el equipo de vigilancia para asegurar la trazabilidad de la información.

4.6 Vigilancia Epidemiológica Provincial

- Recibir y consolidar la información remitida por las Áreas de Salud.
- Cargar los datos en el SNVS.
- Monitorear el avance, cobertura y brechas del programa.

5. Procedimiento

5.1 Identificación de la población objetivo

- Utilizar la base depurada de Chagas Congénito disponible en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA), complementada con información de laboratorios.
- Elaborar una nómina de niños mayores de 10 meses sin serología registrada en el SNVS

5.2 Estrategia de búsqueda activa

El Coordinador de Área Sanitaria entregará la nómina de niños al Jefe de Agentes Sanitarios para su distribución entre los agentes correspondientes.

Los Agentes Sanitarios deberán:

- Localizar al niño y su madre.
- Verificar en la libreta sanitaria o en otra documentación si el niño cuenta con estudios previos.

- Si existen resultados documentados, registrar los datos en la planilla y obtener evidencia fotográfica de la información.
- Si no existen estudios, gestionar turno y derivación al laboratorio público o punto de extracción más cercano.

5.3 Estudios de laboratorio

- Recién nacidos: Strout y/o PCR.
- Niños a partir de los 10 meses: serología (HAI, ELISA, IFI).

5.4 Registro y comunicación de datos

- Registrar cada niño en la planilla de notificación con los siguientes datos:
- Nombre completo y DNI del niño y de la madre.
- Fecha de nacimiento.
- Resultados de los estudios realizados.
- Fecha de toma de muestra.
- Copia o fotografía de la libreta sanitaria.

El Jefe de Agentes Sanitarios remitirá la planilla consolidada al equipo de Vigilancia Epidemiológica provincial a través del correo:
vigilanciadelasaludmza@gmail.com

5.5 Tratamiento y seguimiento

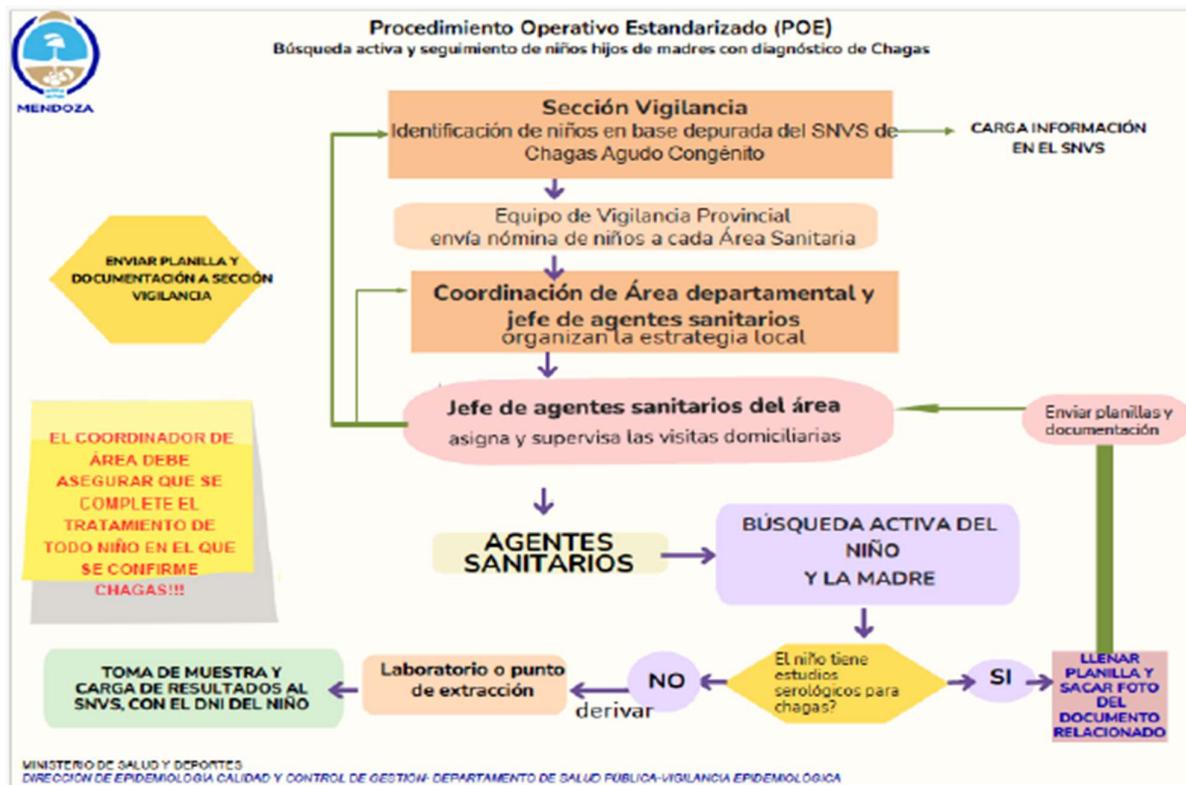
- Todo niño con diagnóstico confirmado debe recibir tratamiento antiparasitario bajo supervisión médica.
- El tratamiento y seguimiento clínico se deben realizar en el Área de Salud Departamental correspondiente al domicilio del niño, garantizando la continuidad del cuidado y el control evolutivo.

6. Consideraciones especiales

- Si no se logra ubicar al niño, el Agente Sanitario notificará al Coordinador de Área, quien reforzará la búsqueda junto con el equipo local.
- Los Coordinadores de Área deberán mantener comunicación permanente con el nivel provincial para informar avances, obstáculos y resultados.
- La información consolidada permitirá monitorear la cobertura, identificar brechas y optimizar la estrategia de seguimiento provincial.

7. Anexos

ANEXO A-Flujograma actualizado del circuito de búsqueda, estudio y seguimiento.



ANEXO B- Planilla de registro de datos

6

SÍFILIS GESTACIONAL (Proyecto T&T)

PROYECTO PILOTO: ESTRATEGIA "TESTEAR Y TRATAR" PARA SÍFILIS Y VIH EN PERSONAS GESTANTES Y PAREJAS (MENDOZA)

En la provincia de Mendoza, la situación epidemiológica de la sífilis ha mostrado un crecimiento alarmante. La tasa nacional de notificación pasó de 56,1 casos cada 100 mil habitantes en 2019 a 93 en 2024, lo que representa un incremento del 65,8% en ese período. En Cuyo la tasa pasó de 70 por 100 mil habitantes a 100. Y en Mendoza creció de 62,9 a 80,1 por 100 mil habitantes. La Provincia en el 2024 tuvo 1.123 casos de sífilis, en tanto en el 2025 fueron 1.568 para igual período epidemiológico, lo que indica un aumento del 38 por ciento. Los casos confirmados aumentaron concentrándose mayoritariamente en el grupo etario de 20 a 35 años. A pesar de los esfuerzos, persisten retrasos en el diagnóstico y tratamiento materno, lo que perpetúa el riesgo de sífilis congénita. Este proyecto se alinea con la Estrategia ETMI-PLUS, que busca reducir la tasa de transmisión materno-infantil del VIH al 2% o menos y la incidencia de sífilis congénita a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos vivos. La evidencia demuestra que el tratamiento tiene una eficacia del 100% cuando se administra oportunamente en el punto de atención, y la Atención Primaria de la Salud (APS) es el escenario ideal para garantizar este acceso equitativo.

El objetivo primario del proyecto es la implementación de la estrategia "Testear y Tratar" (T&T) para sífilis gestacional y congénita, asegurando la cobertura universal de testeo con pruebas rápidas Dúo (VIH/Sífilis) en el Primer Control Prenatal y en cada trimestre, garantizando el tratamiento inmediato (idealmente en el mismo día) para los casos de sífilis positivos.

Los objetivos específicos son:

- Validar el algoritmo diagnóstico, implementando el uso de test rápido como punto de partida para el tratamiento inmediato con Penicilina Benzatínica sin esperar confirmación para sífilis, y vinculación inmediata para la confirmación de VIH.
- Extender el testeo y tratamiento a las parejas sexuales de las personas gestantes para evitar reinfecciones. (Cobertura de parejas)

- Evaluar la aceptabilidad del test rápido combinado y optimizar el circuito de insumos y notificación entre los CAPS y los laboratorios de referencia. (Eficiencia logística)
- Generar evidencia de campo para la posterior implementación en el resto de la provincia. (Escalabilidad)

El proyecto piloto se llevará a cabo en centros seleccionados de Atención Primaria de la Salud (APS) priorizados y tendrá una fecha estimada de inicio en el mes de enero del 2026:

- **En Lavalle**, se integran áreas rurales con mayor dispersión geográfica: Centros de Salud 41 (Tres de Mayo), 40 (El Vergel), 43 (Costa de Araujo), 45 (Jocolí), 48 (San Miguel), 240 (Las Violetas), 239 (La Pega) y Hospital Sícoli.
- **En Guaymallén**, centros urbanos en áreas más pobladas: Centros de Salud 9 (Los Corralitos), 11 (Santa Elvira), 13 (Colonia Segovia), 16 (Villa Nueva), 214 (Bº Lihué), 222 (René Favaloro) y 246 (Pte. De Hierro).

7

ESTADO DE NOTIFICACIÓN AL SNVS 2.0

La oportunidad y regularidad en la notificación de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) son parte de los atributos del Sistema de Vigilancia. El cumplimiento de los mismos es fundamental si se tiene en cuenta que la Vigilancia es:

- Un proceso continuo y sistemático, es decir, no es una actividad aislada en el tiempo.
- Un proceso de observación de tendencias.
- Un proceso de comparación, entre lo que se observa y lo que se espera, para detectar o anticipar cambios en la frecuencia, distribución o determinantes de la enfermedad en la población.

Estrategia de Vigilancia Clínica

Monitoreo de la oportunidad en la notificación

La oportunidad refleja el retraso de la notificación al sistema de vigilancia.

Para evaluar el estado de la notificación, se verificó la oportunidad de la notificación para los grupos de eventos provinciales por grupo etario, en Centros de Salud (agrupados en Áreas Departamentales de Salud), de dependencia provincial y municipal, y en Hospitales adheridos al SNVS^{2.0}.

Para obtener la oportunidad en Hospitales se designa semana de corte (SE 50) y si hay casos notificados durante esa semana corresponde 0 de retraso. En caso que exista retraso en la notificación, se debe restar a la SE 50 el número de SE donde se haya notificado al menos 1 caso o haya sido notificada sin novedad.

Para los Centros de Salud se utiliza el mismo criterio: se designa también una semana de corte (SE 50) y se calcula para cada área departamental de salud el promedio en el retraso de semanas notificadas por los diferentes centros de salud que corresponden al área.

Del procedimiento mencionado, se obtienen los datos por Departamento que se detallan en la tabla N°4, donde puede observarse el promedio de la última semana

notificada en el caso de los Centros de Salud y, para los Hospitales en la tabla N°5, la última semana notificada y las semanas de atraso en la notificación.

Tabla N° 4- Monitoreo de la oportunidad en la notificación- Áreas departamentales

| Áreas Departamentales | Promedio de última semana notificada(SE16) | Promedio de última semana notificada(SE34) | Promedio de última semana notificada(SE50) |
|-------------------------------|--|--|--|
| CAPITAL | | | |
| Centros de Salud Provinciales | 16 | 30 | 30 |
| Centros de Salud Municipales | 15 | 33 | 49 |
| GUAYMALLÉN | 15 | 33 | 45 |
| LAS HERAS | | | |
| Centros de Salud Provinciales | 0 | 3 | 3 |
| Centros de Salud Municipales | 0 | 3 | 3 |
| LAVALLE | 14 | 27 | 44 |
| MAIPÚ | | | |
| Centros de Salud Provinciales | 15 | 29 | 48 |
| Centros de Salud Municipales | 13 | 30 | 47 |
| LUJÁN DE CUYO | 14 | 20 | 45 |
| GODOY CRUZ | 15 | 22 | 27 |
| JUNÍN | 13 | 34 | 49 |
| RIVADAVIA | 12 | 27 | 33 |
| SAN MARTÍN | 12 | 31 | 38 |
| LA PAZ | 9 | 29 | 50 |
| SANTA ROSA | 13 | 31 | 48 |
| SAN CARLOS | 0 | 34 | 0 |
| TUNUYÁN | 13 | 24 | 30 |
| TUPUNGATO | 13 | 32 | 48 |
| SAN RAFAEL | | | |
| Centros de Salud Provinciales | 13 | 31 | 47 |
| Centros de Salud Municipales | 14 | 30 | 47 |
| GENERAL ALVEAR | 14 | 32 | 48 |
| MALARGÜE | 16 | 34 | 50 |

Fuente: SNVS2.0

Elaboración: Sección de Vigilancia de la Salud

| | |
|--------|---------|
| 0 a 2 | Buena |
| 3 a 4 | Regular |
| > de 4 | Mala |

Tabla N° 5- Monitoreo de la oportunidad en la notificación- Hospitales

| Hospitales | Última semana notificada a SE16 | Semanas de atraso | Última semana notificada a SE34 | Semanas de atraso | Última semana notificada a SE50 | Semanas de atraso |
|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|
| HOSPITAL ENFERMEROS ARGENTINOS | 15 | 1 | 34 | 0 | 50 | 0 |
| HOSPITAL CENTRAL | 0 | 16 | 0 | 34 | 0 | 50 |
| HOSPITAL MILITAR REGIONAL | 0 | 16 | 0 | 34 | 0 | 50 |
| HOSPITAL LUIS C. LAGOMAGGIORE | 14 | 2 | 32 | 2 | 50 | 0 |
| O.S.E.P. HOSPITAL ALEXANDER FLEMING | 16 | 0 | 33 | 1 | 50 | 0 |
| HOSPITAL HUMBERTO J. NOTTI | 14 | 2 | 33 | 1 | 50 | 0 |
| HOSPITAL ARTURO U. ILLIA | 15 | 1 | 29 | 5 | 29 | 21 |
| HOSPITAL DOMINGO S. F. SICOLI | 0 | 16 | 0 | 34 | 50 | 0 |
| HOSPITAL ALFREDO METRAUX | 15 | 1 | 33 | 1 | 48 | 2 |
| HOSPITAL DIEGO PAROISSIEN | 14 | 2 | 34 | 0 | 48 | 2 |
| HOSPITAL REGIONAL MALARGÜE | 16 | 0 | 34 | 0 | 50 | 0 |
| HOSPITAL CARLOS F. SAPORITI | 16 | 0 | 34 | 0 | 50 | 0 |
| HOSPITAL VICTORINO TAGARELLI | 15 | 1 | 33 | 1 | 48 | 2 |
| HOSPITAL ALFREDO I. PERRUPATO | 10 | 6 | 21 | 13 | 25 | 25 |
| HOSPITAL TEODORO J. SCHESTAKOW | 15 | 1 | 32 | 2 | 50 | 0 |
| HOSPITAL EVA PERON | 9 | 7 | 26 | 8 | 44 | 6 |
| HOSPITAL FERNANDO ARENAS RAFFO | 12 | 4 | 12 | 22 | 12 | 38 |
| HOSPITAL ANTONIO J. SCARAVELLI | 0 | 16 | 0 | 34 | 0 | 50 |
| HOSPITAL GREGORIO LAS HERAS | 14 | 2 | 34 | 0 | 50 | 0 |
| HOSPITAL JOSÉ NESTOR LENCINAS | 4 | 12 | 4 | 30 | 4 | 46 |
| HOSPITAL CARRILLO | 16 | 0 | 33 | 1 | 49 | 1 |
| HOSPITAL DEL CARMEN | 12 | 4 | 32 | 2 | 34 | 16 |
| HOSPITAL DR. HÉCTOR ELIAS GAILHAC | 14 | 2 | 31 | 3 | 50 | 0 |
| HOSPITAL LUIS CHRABALOWSKI | 16 | 0 | 31 | 3 | 39 | 11 |

Fuente: SNVS2.0

Elaboración: Sección de Vigilancia de la Salud

| | |
|--------|---------|
| 0 a 2 | Buena |
| 3 a 4 | Regular |
| > de 4 | Mala |

Estrategia de Vigilancia de Laboratorio

Monitoreo de la oportunidad en la notificación

La oportunidad refleja el retraso de la notificación al sistema de vigilancia.

En este Boletín, se incluye el monitoreo de la notificación agrupada de laboratorio correspondientes al panel viral (infecciones respiratorias) y de la notificación agrupada de diarreas bacterianas. (Tablas 6 y 7)

Tabla N° 6- Monitoreo de la oportunidad en la notificación: Infecciones Respiratorias Virales- Agrupada de laboratorio

Fuente: SNVS2.0 Elaboración: Sección de Vigilancia de la Salud

SE notificada con casos ----- **SE sin notificar** ----- **SE notificada sin casos**

Tabla N° 7- Monitoreo de la oportunidad en la notificación: Diarreas bacterianas

Fuente: SNVS2.0 Elaboración: Sección de Vigilancia de la Salud

SE notificada con casos ----- **SE sin notificar** ----- **SE notificada sin casos**

8

Referencias Bibliográficas

Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de notificación obligatoria, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina actualización 2022.



Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia
y Control de Eventos de Notificación Obligatoria
2022

Actualización 25/07/2022

Recomendaciones para la prevención de infecciones respiratorias agudas en establecimientos de salud - Diciembre 2022, actualización mayo 2023

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-05/prevencion-infeccionesrespiratorias-establecimientos-salud-mayo-2023.pdf>

Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de las Infecciones Respiratorias Agudas 2024 disponible en

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf

Ficha epidemiológica “COVID-19, Influenza y OVR en ambulatorio (no UMAS)” (Disponible en https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2022/06/Ficha_COVID-19_Influenza_y_OVR_en_ambulatorios_No_UMAs.pdf)

Ficha epidemiológica: “Internado y/ o fallecido por COVID-19 o IRA” (Disponible en: https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2022/06/Ficha_Internado_y_o_fallecido_por_COVID-19_o IRA.pdf)

Recomendaciones para el manejo de Dengue en la provincia de Mendoza. Versión 2. Julio 2024: <https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2024/07/Recomendaciones-para-el-Manejo-de-Dengue-en-la-Provincia-de-Mendoza-V2-Julio-2024.pdf>

Algoritmo de notificación de dengue para laboratorios a través de SNVS 2.0, año 2022: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-10/afiche_Algoritmo_dengueA3_6-07-2022.pdf

Lineamientos para la reorganización de los Servicios de salud en situaciones de Brotes o Epidemias de Dengue. Ministerio de Salud de la Nación. Marzo 2024.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/2024-03-22_lineamientos_reorganizacion_servicios_en_contexto_de_epidemia_dengue.pdf

Directrices para el Diagnóstico Clínico y el Tratamiento del Dengue, el Chikungunya y el Zika. OPS-OMS. 2022.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55125/9789275324875_spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y

Circular de vigilancia epidemiológica- Vigilancia de la gravedad y mortalidad por Dengue- Junio 2024

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_de_vigilancia_dengue_mortalidad - junio 2024.pdf

Ficha de notificación de SFAI: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/sindrome-febril-agudo-inespecifico-sfai-area-no-endemica>

Plan de preparación y respuesta integral a epidemias de dengue y otras enfermedades arbovirales 2024-2025-Msal:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/08/plan_de_preparacion_arbovirus_2782024.pdf

“Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus”

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf

Circular de vigilancia Epidemiológica “Definiciones de caso de Dengue perinatal y Dengue en menores de 5 años” N°5/24- Octubre 2024

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_materno_infantil-10-10-2024.pdf

Guía de Práctica Clínica sobre diagnóstico y tratamiento del dengue. Adaptación de la Guía de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Noviembre 2024

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/09/gpc_dengue_vc_1012025.pdf

Guía de Práctica Clínica sobre diagnóstico y tratamiento del dengue Versión Breve. Noviembre 2024 https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/09/gpc_dengue_vb_1012025.pdf

Lineamientos generales para la reorganización de los servicios de salud en situaciones de brote o epidemia de Dengue https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/09/2025-03_lineamientos_reorganizacion_servicios_dengue_2024-2025_1832025.pdf

Lineamientos generales para las acciones en terreno de prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Mosquitos (ETM)

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/09/2025-02-lineamientos_generales_para_las_acciones_prevencion_y_control_de_las_etm.pdf

Atención y seguimiento de niños y adolescentes con dengue sin signos de alarma. Protocolo De Implementación Marzo, 2025. MSAL

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/09/2025-3-protocolo_ninos_y_adolescentes_dengue.pdf

Herramienta de implementación para el seguimiento de niños y adolescentes con dengue-check list. MSAL https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/09/2025-4-check_list.pdf

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°786, SE 49.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_786_se_49_vf.pdf

Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas. Edición: 2025 Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2025.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/algoritmos_vih_sifilis_hepatitis_b_y_chagas_2025_1352025.pdf