



SE 46

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

09/11/2025 al 15/11/2025



DIRECCIÓN GENERAL
DE COORDINACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Ministerio de
Salud Pública



SALTA
GOBIERNO

Gobernador

Dr. Gustavo Sáenz

Ministro de Salud

Dr. Federico Alejandro Javier Mangione

Director General de Coordinación Epidemiológica

Dr. Francisco Manuel García Campos

Staff de la DGCE

PROGRAMA SALA DE SITUACIÓN

Rocío Corrales
Facundo Risso
Liliana Estrada
María Valdez

PROGRAMA DE VIGILANCIA DE ETV Y OR

Sonia Guanca
Roque Vélez
Jairo Martínez
Paulo Maldonado
Luis Miño

CENTRO CAIT

Carolina Campo

ADMINISTRACIÓN

Lorena Isaac
Belén Montenegro
Hugo Mendoza

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Vanina Galván
Horacio Kalriar
Natalia Pastrana
Cynthia Villagómez

PROGRAMA DE ZONOSIS

Nicolás Ruiz de Huidobro
José Serrat

PROGRAMA DE VIGILANCIA POR REDES DE LABORATORIO

Ruth Juárez
Nilsa Coronado
Luis Guaymas

PROGRAMA IACS

Paula Herrera

PROGRAMA BROMATOLOGÍA

Marta Chuchuy
Jorge Escalante
Roberto Pérez
Alejandra Choque
Andrea Escalante
Marcelo Chocobar
Gustavo Talevi
Verónica Casarez
Laura Beltrán
Belén Valdez
Nora Gutiérrez
Julio Agüero
Fany Cajés
María Barbagallo
Rubén Soto

PROGRAMA EDIS

Emilce Tapia

RESIDENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA

María de la Cruz Plaza
Mariel Flores
Noelia Olea
Daniela Burgos
Florescano
Miguel Choque
Desirée Díaz
Tamara García
Anahí Viberos Martínez

LABORATORIO DE ENFERMEDADES TROPICALES

Manuela Bono
Agostina Bruno
Carolina Herrero
María Barbagallo
Andrés Escalada
Viviana Álvarez



DIRECCIÓN GENERAL
DE COORDINACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Ministerio de
Salud Pública



SALTA
GOBIERNO

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	4
RESUMEN EPIDEMIOLOGICO HASTA SE 46	5
VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS	7
Dengue	8
VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	13
Vigilancia clínica	14
Enfermedad Tipo Influenza (ETI)	15
Bronquiolitis	16
Neumonía	17
IRA	17
Vigilancia por laboratorios	18
Internados y óbitos por IRAG	20
VIGILANCIA DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS	23
Enfermedades prevenibles por vacunas	24
EFE	24
Meningitis/Meningoencefalitis	25
HEPATITIS VIRALES	26
Hepatitis A	27
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS, AGUA O RUTA FECAL ORAL	31
Enfermedades transmitidas por alimentos	32
Fiebre tifoidea y paratifoidea	32
Enfermedades diarreicas agudas	35
VIGILANCIA DE VIRUELA SÍMICA	36
Viruela símica (Mpox)	37
VIGILANCIA DE ENFERMEDADES ZOOTICAS HUMANAS	38
Enfermedades zoonoticas humanas	39
VIGILANCIA DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS DE INTERÉS SANITARIO	41
Enfermedades dermatológicas de interés sanitario	42
INFORMES ESPECIALES	44
Intoxicación/exposición por monóxido de carbono	45
COMUNICACIONES EPIDEMIOLOGICAS	46
HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	46
Comunicación Epidemiológica Nacional sobre circulación de casos confirmados de Sarampión por Argentina (BEN 738 – Capítulo VIII)	47
Comunicación Epidemiológica Provincial sobre Sarampión	56
HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	80
Curso de Actualización: “Atención médica en caso de exposición a plaguicidas”	81
Diagnóstico y manejo clínico del dengue	81
Manual de normas y procedimientos de vigilancia	82
NOMINA DE VIGILANTES EPIDEMIOLOGICOS	83

INTRODUCCIÓN

El Boletín Epidemiológico de la Provincia de Salta es una herramienta estratégica elaborada por el Programa Sala de Situación, dependiente de la Dirección General de Coordinación Epidemiológica. Este documento consolida información clave generada por los diversos programas que integran esta dirección y por los vigilantes responsables de las áreas operativas y hospitales del sistema de salud provincial. Los datos provienen del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), garantizando su calidad y relevancia.

El Boletín constituye un pilar fundamental para la epidemiología provincial, ya que proporciona información oportuna y precisa que facilita la toma de decisiones informadas, el diseño de políticas públicas efectivas, así como el control y la prevención de enfermedades de notificación obligatoria. Su publicación refuerza el compromiso con la transparencia y la disponibilidad de datos al servicio de la salud pública.

Reconocemos y valoramos la labor de quienes hacen posible este esfuerzo colectivo: vigilantes epidemiológicos, bioquímicos, médicos, enfermeros y demás profesionales de salud, quienes contribuyen sistemáticamente con datos indispensables para la elaboración de este informe.

Para consultas, sugerencias o aportes, no dude en comunicarse al correo electrónico: saladesituacion.dgce@gmail.com.

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO N.º 143

Imagen de tapa: *En Yacuiba, equipos de salud de Argentina y Bolivia definieron acciones conjuntas para fortalecer la vigilancia epidemiológica ante el riesgo sanitario por sarampión.*

***ACLARACIÓN:** Las cifras volcadas en las tablas y gráficos de este boletín, rectifican los valores expresados en los boletines anteriores, debido a la actualización constante de carga en el Sistema Nacional de Vigilancia de Salud de la Argentina (SNVS 2.0), sitio del que se extrae TODA la información publicada.

RESUMEN EPIDEMIOLOGICO HASTA SE 46

1. Enfermedades Transmitidas por Mosquitos (ETM)

- Dengue: la nueva temporada de vigilancia epidemiológica de dengue se extiende desde SE 31 del año 2025 hasta SE 30 del 2026. Desde SE 31 hasta SE 46 se notificaron 179 casos sospechosos, sin casos confirmados.
- Chikungunya: seis casos sospechosos en SE 46.
- Zika: dos casos sospechosos en SE 46.
- Situación provincial: la provincia de Salta se encuentra en Fase de Preparación del Plan de Vigilancia Integrada para Respuesta Rápida de Arbovirosis 2025, lo que implica fortalecer las acciones de monitoreo, prevención y coordinación intersectorial.

2. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

Las infecciones respiratorias agudas presentan un comportamiento estacional esperado.

- Bronquiolitis (<2 años): 9.719 casos acumulados en 2025 hasta SE 45. El corredor endémico permanece en zona de seguridad.
- Neumonía: 8.571 casos acumulados hasta SE 45. El corredor se mantiene en zona de éxito.
- Enfermedad Tipo Influenza (ETI): 22.798 casos acumulados hasta SE 45. En la SE 45 se registraron 231 casos, el corredor endémico se encuentra en zona de éxito.
- IRA: 3.279 casos notificados en SE 45, manteniendo la curva en zona de éxito.
- Internados por IRAG: Se notificaron 97 internados en la SE 46, sumando 5.485 acumulados en 2025. Los grupos etarios más afectados son menores de 1 año, 13-24 meses y 2-4 años.
- Óbitos por influenza acumulados: 10 (6 por influenza, 3 por VSR y 1 por COVID-19).
- Virus circulantes más frecuentes: Se confirmaron 3.406 determinaciones positivas para virus respiratorios, predominando VSR (n=1.308), seguido de Rhinovirus/Enterovirus (n=837) e Influenza A (n=750). La positividad de COVID-19 en UMAs en SE 46 fue de 0%.

3. Enfermedades Prevenibles por Vacunas

En lo que va del 2025, no se registraron casos confirmados de sarampión, rubéola, difteria, coqueluche ni poliomielitis.

- Varicela: 466 casos acumulados (0 casos en SE 46).
- Parotiditis: 33 casos acumulados (1 caso en SE 46).
- EFE (Enfermedad Febril Exantemática): 27 casos sospechosos acumulados (sin casos sospechosos en SE 46). Sin confirmación.
- Meningitis/Meningoencefalitis: 124 casos notificados acumulados de distintas etiologías y clasificaciones hasta SE 46.
- Hepatitis A: Hasta la SE 46 se notificaron 60 casos sospechosos de hepatitis A, de los cuales 16 fueron confirmados (13 por laboratorio y 3 por nexo). Los departamentos más afectados son Rivadavia (tasa 18,37/100.000 hab.), Gral. San Martín, Capital y Rosario de la Frontera. El 63% corresponde a menores de 20 años.

4. Enfermedades Transmitidas por Alimentos, Agua o Ruta Fecal-Oral

Fiebre tifoidea/paratifoidea: 36 casos confirmados acumulados en 2025, un caso en SE 46. Se mantiene una reducción del 92 % respecto al mismo periodo de 2024.

El corredor endémico se ubica en zona de seguridad.

- Enfermedades diarreicas agudas (EDA): 58.402 casos acumulados, con 1.307 en SE 45, el corredor endémico permanece en la zona de seguridad.

5. Enfermedades Zoonóticas

- Hantavirus: 7 casos acumulados.
- Alacranismo: 500 casos acumulados.
- Ofidismo: 67 casos acumulados.
- APR (accidente potencialmente rábico): 838 acumulados.
- Leishmaniasis visceral canina: 115 casos confirmados acumulados.

6. Enfermedades Dermatológicas de Interés Sanitario

- Lepra: 2 casos confirmados acumulados en 2025.
- Leishmaniasis cutánea 34; Mucocutáneas 5; Visceral 8 casos acumulados en 2025.
- Micosis Profunda: 2 casos confirmados acumulados hasta SE 46.

7. Intoxicaciones por Monóxido de Carbono

Se acumulan 90 casos en lo que va del año 2025.



VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS

Dengue

Situación Nacional¹

En Argentina, la vigilancia epidemiológica del dengue se analiza en función de temporadas, en lugar de años calendario, debido al carácter estacional de la transmisión viral. Existe una heterogeneidad en el territorio nacional, esta estacionalidad está determinada por las condiciones climáticas que favorecen la proliferación del *Aedes aegypti*, vector responsable de la transmisión del virus. Durante la primavera, el verano y otoño, se registra un aumento en la abundancia poblacional del vector lo que generan condiciones favorables para la ocurrencia de brotes. En el invierno la actividad reproductiva del vector disminuye, interrumpiéndose en gran parte del territorio nacional.

La definición operativa de temporada permite estructurar la vigilancia en un marco temporal en consonancia con la dinámica de transmisión, facilitando el análisis comparativo entre períodos y la planificación de las acciones de prevención y control. En este sentido, la temporada de dengue en Argentina se delimita entre la SE 31 de un año y la SE 30 del año siguiente, abarcando el período de mayor riesgo para la circulación viral. Desde la reemergencia del dengue en Argentina en 1997, los años 2023 y 2024 se han constituido como las temporadas epidémicas de mayor magnitud registradas hasta la fecha, concentrando en conjunto aproximadamente el 82% del total de casos acumulados en la serie histórica.

El análisis temporal de los casos notificados para el período comprendido entre los años 2022 y 2025, evidencia que, para la SE46/2025, se observa un descenso sostenido en el número de casos en comparación con los máximos alcanzados durante las epidemias de 2023 y 2024. Esta tendencia sugiere una interrupción de la transmisión viral autóctona sostenida en el territorio nacional; no obstante, persiste la necesidad de mantener una vigilancia intensificada ante la posibilidad de circulación en áreas con condiciones sociodemográficas, ambientales y epidemiológicas favorables para la transmisión como ingreso de nuevos serotipos a partir de casos importados.

De acuerdo con la fecha mínima, desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 3956 casos sospechosos de dengue, de los cuales 10 fueron confirmados por laboratorio: dos casos autóctonos en Formosa: un caso con residencia en el departamento Pilagás (SE31) y un caso en el departamento Patiño (SE32) - un caso de la Provincia de Buenos Aires (Tres de Febrero) : uno sin antecedente de viaje

¹ Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°783, SE 46.

(SE31) y otro con antecedente de viaje a México (SE44) • tres casos con antecedente de viaje a Brasil, Sri Lanka y Pakistán notificados en CABA • un caso con antecedente de viaje a Paraguay notificado por Provincia de Buenos Aires (Escobar) • un caso con antecedente de viaje a Cuba notificado por Entre Ríos (Colón). • un caso con antecedente epidemiológico en estudio notificado por Provincia de Buenos Aires (San Isidro).

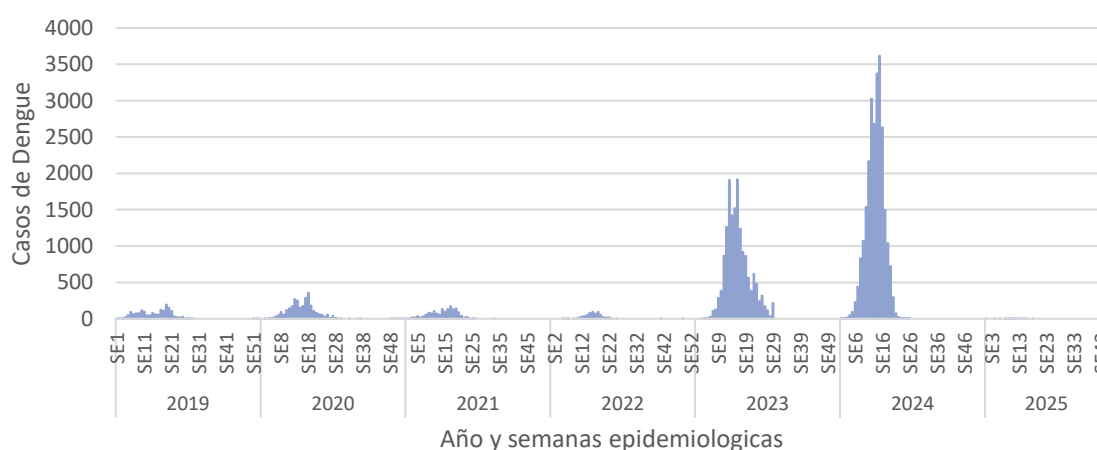
Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE46/2025 se notificaron 413 casos sospechosos de dengue. Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

Situación Provincial

En la provincia de Salta la nueva temporada de vigilancia epidemiológica de dengue se extiende desde SE 31 del año 2025 hasta SE 30 del 2026, en consonancia con las directivas a nivel nacional y de acuerdo con el carácter estacional de la transmisión viral.

Al realizar el análisis del comportamiento del Dengue desde el año 2019 hasta la actualidad, se observa un patrón estacional, con un aumento significativo de casos a principios de cada año, especialmente durante las primeras semanas epidemiológicas, que corresponden al verano y otoño. Los picos más altos de casos se observan en las temporadas epidémicas de 2023 y 2024.

GRÁFICO 1. DENGUE: CASOS CONFIRMADOS POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA.
AÑO 2019 – AÑO 2025 (HASTA SE 46). PROVINCIA DE SALTA.



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

Durante el periodo de vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Mosquitos (ETM) (SE 31/2025 a SE 46/2025) se reportaron 179 sospechosos y no se confirmaron casos de dengue.

TABLA 1. DENGUE: CASOS ACUMULADOS NOTIFICADOS SEGÚN CLASIFICACIÓN* POR DEPARTAMENTO. TEMPORADA 2025/2026. SE 31/2025 a SE 46/2025. PROVINCIA DE SALTA

Departamento	Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total sospechosos notificados
Anta	17	3	20
Cachi	0	0	0
Cafayate	0	0	0
Capital	39	4	43
Cerrillos	1	0	1
Chicoana	0	0	0
Gral. Güemes	2	1	3
Gral. San Martín	34	0	34
Guachipas	0	0	0
Iruya	1	0	1
La Caldera	1	0	1
La Candelaria	4	0	4
La Poma	0	0	0
La Viña	1	0	1
Los Andes	0	0	0
Metán	4	2	6
Molinos	0	0	0
Orán	44	0	44
Rivadavia	6	1	7
Rosario de la Frontera	7	1	8
Rosario de Lerma	3	1	4
San Carlos	0	0	0
Santa Victoria	2	0	2
Total	166	13	179

Fuente: Elaboración propia del Prog. De Vigilancia Epidemiológica de la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Para la confección del parte semanal, se usará la clasificación resumen de la base de datos precedente del SNVS 2.0.

TABLA 2. DENGUE: PRUEBAS DE LABORATORIO PARA DIAGNÓSTICO. SE 31 A 46/2025.
PROVINCIA DE SALTA.

SE	Total Notificados	NSI (Elisa)		PCR		IgM Comercial (Elisa)		MAC (Elisa)		TES RÁPIDO (TR)			
		Total	Pos	Total	Pos	Total	Pos	Total	Pos	Total	AgNSI	Total	IgM
31	9	4	0	2	0	2	0	1	0	4	0	1	0
32	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
33	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0
34	6	3	0	4	0	3	0	1	0	2	0	2	0
35	7	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0
36	5	3	0	1	0	2	0	1	0	0	0	1	0
37	7	4	0	2	0	2	0	1	0	2	0	1	0
38	5	3	0	3	0	1	0	0	0	1	0	1	0
39	9	3	0	3	0	5	0	0	0	4	0	2	0
40	16	7	0	7	0	7	0	0	0	2	0	2	0
41	17	9	0	12	0	5	0	1	0	4	0	2	0
42	14	9	0	7	0	5	0	0	0	1	0	1	0
43	19	10	0	8	0	5	0	3	0	2	0	2	0
44	13	5	0	0	0	0	0	2	0	5	0	2	0
45	26	8	0	5	0	8	0	2	0	7	0	3	0
46	25	8	0	2	0	5	0	0	0	6	0	4	0
Total	182	79	0	57	0	52	0	13	0	41	0	26	0

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

TABLA 3. DENGUE: INDICE DE POSITIVIDAD DE PRUEBAS DE LABORATORIO PARA
DIAGNÓSTICO. SE 31-46/ 2025. SALTA.

SE	NSI/PCR/IgM/MAC			TEST RAPIDO(TR)		
	Total determinaciones	Total de determinaciones Positivas	% Índice de positividad	Total determinaciones	Total de determinaciones Positivas	% Índice de positividad
31	9	0	0,00	5	0	0,00
32	2	0	0,00	0	0	#¡DIV/0!
33	1	0	0,00	2	0	0,00
34	11	0	0,00	4	0	0,00
35	4	0	0,00	1	0	0,00
36	7	0	0,00	1	0	0,00
37	9	0	0,00	3	0	0,00
38	7	0	0,00	2	0	0,00
39	11	0	0,00	6	0	0,00
40	21	0	0,00	4	0	0,00
41	27	0	0,00	6	0	0,00
42	21	0	0,00	2	0	0,00
43	26	0	0,00	4	0	0,00
44	7	0	0,00	7	0	0,00
45	23	0	0,00	10	0	0,00
46	15	0	0,00	10	0	0,00
Total	201	0	0,00	67	0	0,00

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

TABLA 4. OTROS ARBOVIRUS: CASOS NOTIFICADOS SEGÚN CLASIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.
SE 46 AÑO 2025. SALTA.

Evento	Fiebre Chikungunya	Enfermedad por virus Zika	Síndrome Congénito con sospecha de asociación con Zika	Fiebre amarilla (RSI)
Caso sospechoso	6	2	0	0
Caso sospechoso no conclusivo	0	0	0	0
Caso descartado	0	0	0	0
Caso invalidado	0	0	0	0
Caso confirmado	0	0	0	0
Total	6	2	0	0

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



VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) constituyen una importante causa de morbimortalidad, fundamentalmente entre los niños menores de cinco años, las personas mayores de 65 años y aquellas que presentan ciertas condiciones que aumentan el riesgo para desarrollar complicaciones que pueden derivar en formas graves.

La vigilancia epidemiológica de las IRAs resulta esencial para detectar precozmente el ascenso estacional del número de casos en cualquier época del año y lugar del país, o la ocurrencia de eventos inusitados; la identificación de los grupos poblacionales afectados; y la frecuencia, distribución y características de los agentes etiológicos involucrados. Dicha información permite direccionar las acciones de promoción, prevención y control, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los servicios de atención en particular, y del sector salud en su conjunto.

Los eventos bajo vigilancia universal de IRAs se agrupan bajo tres modalidades:

- Vigilancia Clínica – Modalidad agregada/numérica
- Vigilancia por Laboratorios – Modalidad agregada/numérica
- Vigilancia Nominal de Casos (Clínica, laboratorio, epidemiología)

Vigilancia clínica

TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. SE 1-46
PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2025

Evento	Cantidad
Bronquiolitis menores de 2 años	9791
Neumonía	8655
Enfermedad Tipo Influenza (ETI)	22962

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE ETI POR GRUPO DE EDAD, HASTA SE 46.
PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2025

Grupo de Edad	Nº Casos	%
< 6 meses	415	1,8
6 – 11 meses	456	2,0
12 a 23 m	824	3,6
2 a 4	2105	9,2
5 a 9	3207	14,0
10 a 14	2454	10,7
15 a 19	1724	7,5
20 a 24	1443	6,3
25 a 34	2676	11,7
35 a 44	2442	10,6
45 a 64	3144	13,7
65 a 74	833	3,6
>= a 75	328	1,4
Edad Sin Esp.	911	4,0
Total general	22962	100.0%

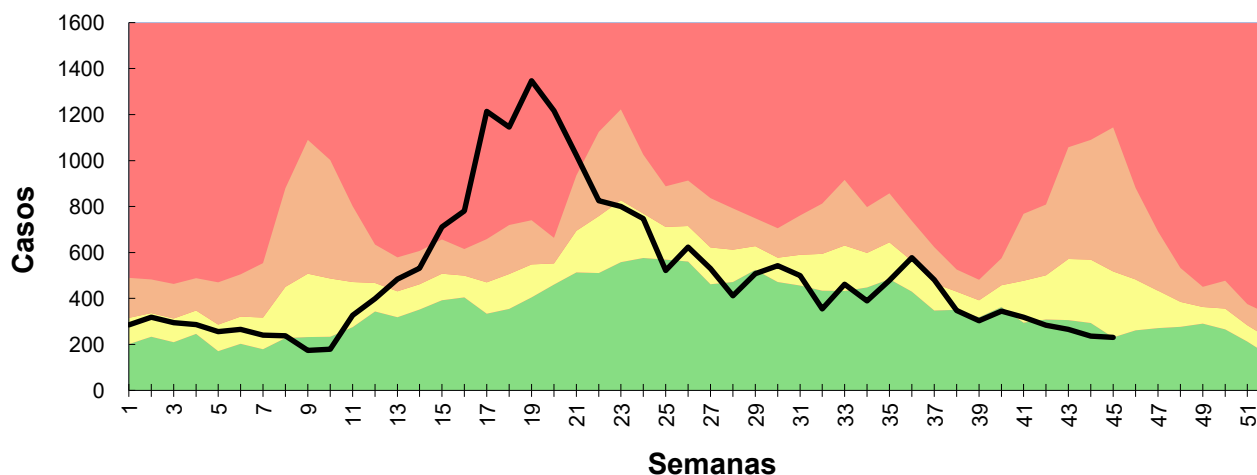
Fuente: Elaboración propia del Prog. De Vigilancia Epidemiológica de la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

CASOS SEMANA 45/2025
231

En las notificaciones de casos de ETI se observa, un descenso de casos con respecto a la semana anterior, el corredor endémico continua en zona de éxito.

GRÁFICO 2. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI) – AÑOS: 2018 A 2024. SE 45 DE 2025. PROVINCIA DE SALTA. (n=22.798*)



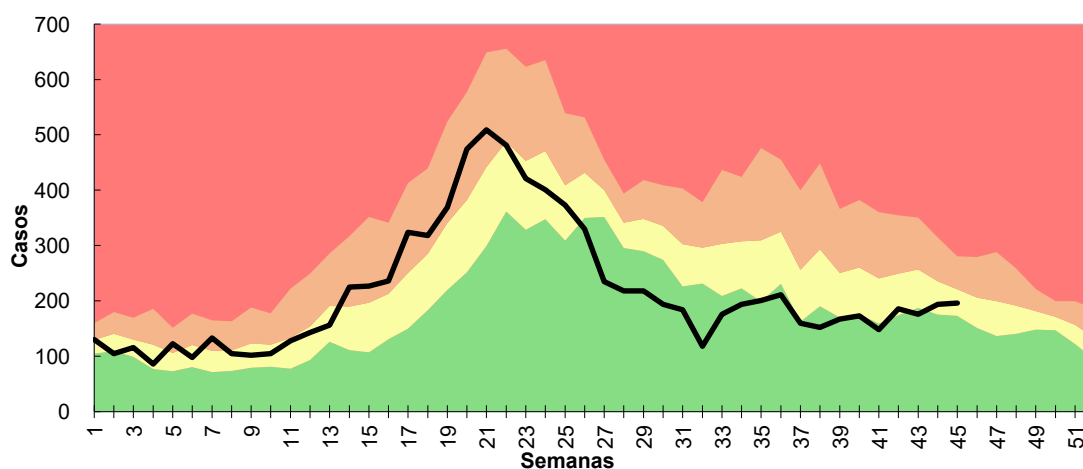
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este gráfico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante de información en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Bronquiolitis

CASOS SEMANA 45/2025
196

Las notificaciones de Bronquiolitis aumentaron con respecto a la semana anterior, el corredor endémico permanece en zona de seguridad.

GRÁFICO 3. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS AÑOS: 2018 A 2024. SE 45 DE 2025. PROVINCIA DE SALTA. (n=9.719*)



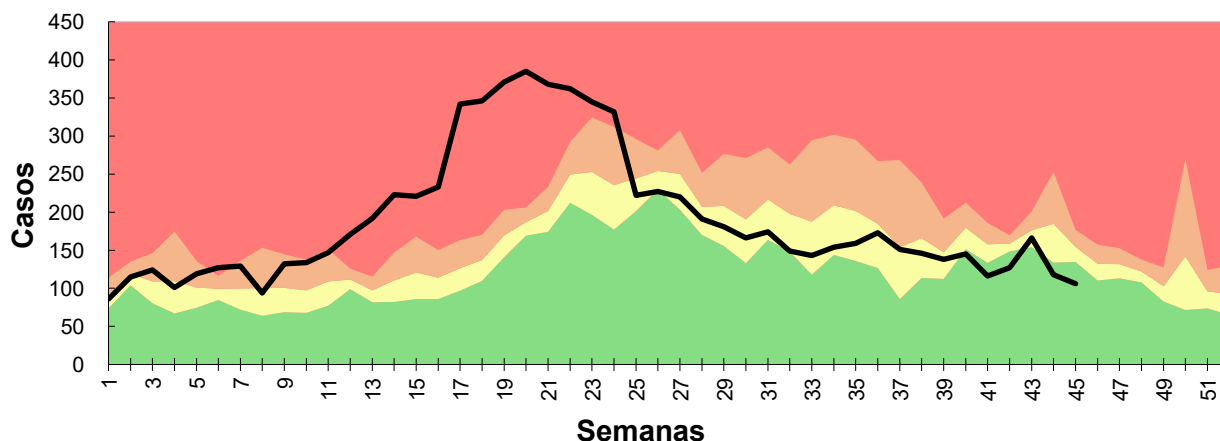
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este gráfico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante de información en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Neumonía

CASOS SEMANA 45/2025
106

En las notificaciones de neumonía, se observa una disminución con respecto a la semana anterior, el corredor endémico continua en zona de éxito.

GRÁFICO 4. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE NEUMONIA AÑOS: 2018 A 2024. SE 45 DE 2025. PROVINCIA DE SALTA. (n=8.571*)



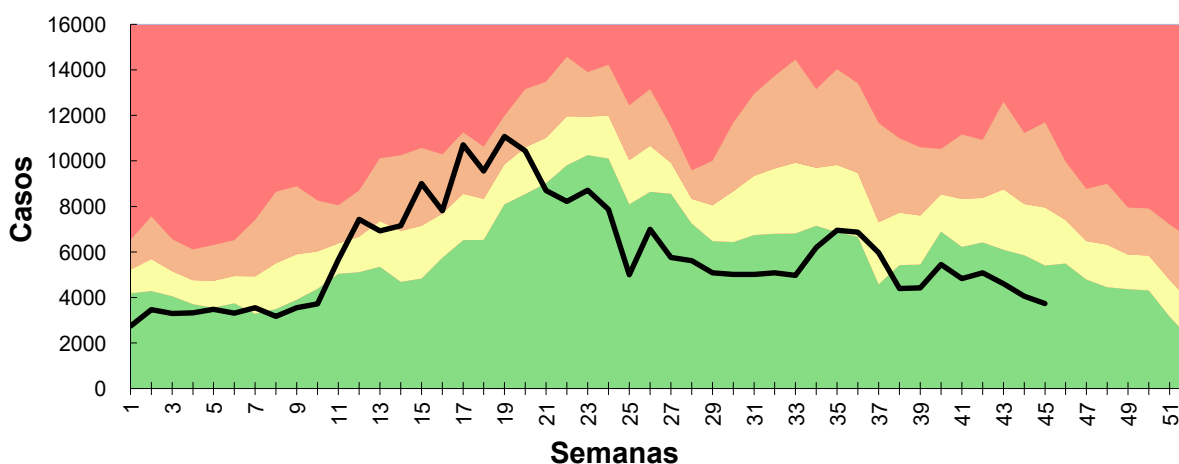
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este gráfico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante de información en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

IRA

CASOS SEMANA 45/2025
3729

En las notificaciones de IRA se observan un leve descenso, respecto a la semana anterior el corredor endémico continua en zona de éxito

GRÁFICO 5. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE IRA AÑOS: 2018 A 2024. SE 45 DE 2025. PROVINCIA DE SALTA. (n=263.989)



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Vigilancia por laboratorios

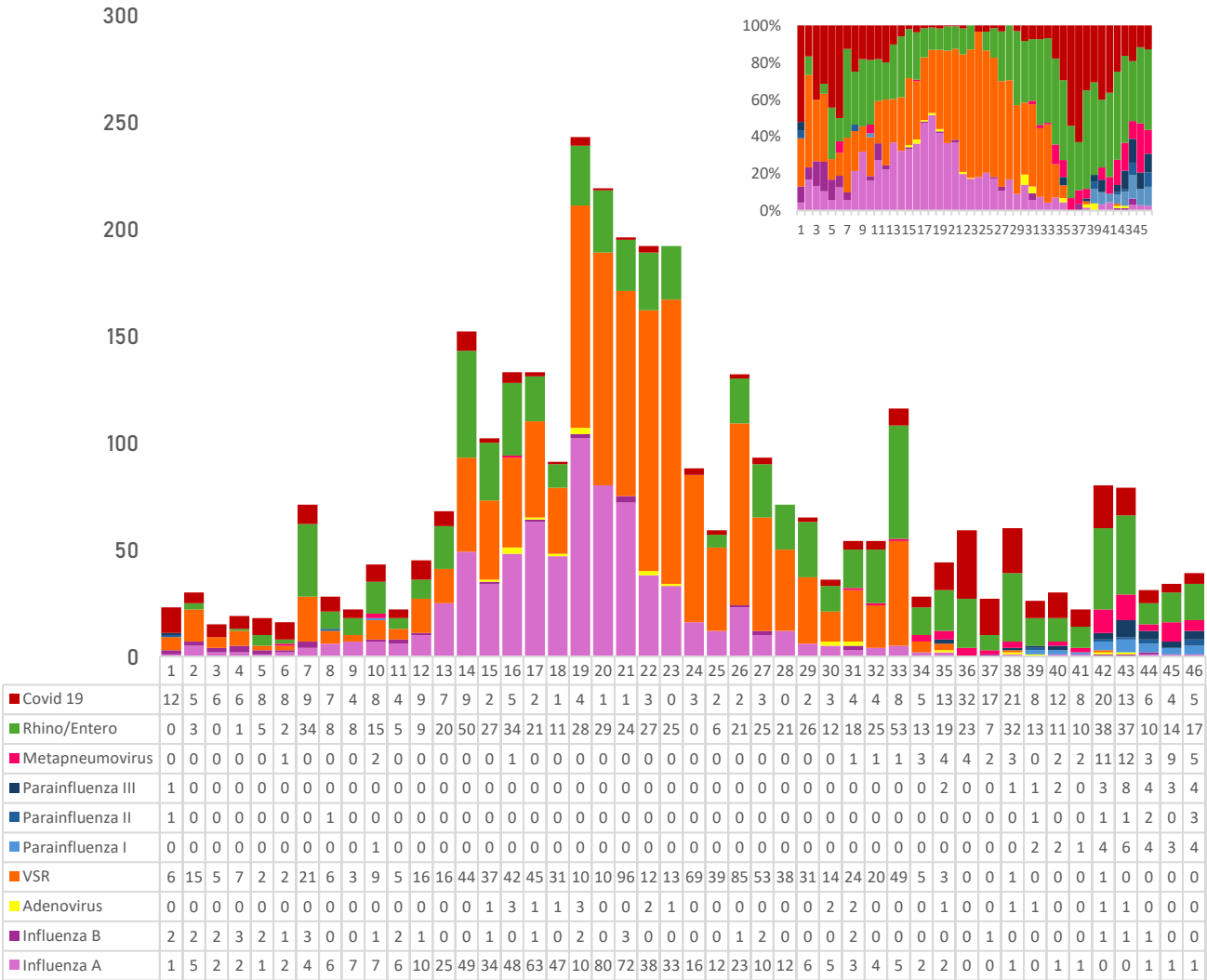
TABLA 7: FRECUENCIA ACUMULADA DE DETERMINACIONES POSITIVAS POR LABORATORIO DE VIRUS RESPIRATORIOS. HASTA SE 46. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2025. (n=3406)

Metapneumovirus	Influenza A	Influenza B	RHINO/ENTERO	VSR
69	750	35	837	1308
Parainfluenza I	Parainfluenza II	Parainfluenza III	Adenovirus	COVID 19
28	10	30	21	318

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia por Redes de Laboratorio con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Ref. VSR (Virus sincial respiratorio). OVR (otros virus respiratorios).

Obs.: a la fecha de emisión del presente boletín, de los FLU A aislados se subtipificó el genoma viral de 208 de ellos como Influenza A H1N1 pdm.

GRÁFICO 6. FRECUENCIA ABSOLUTA Y FRECUENCIA PORCENTUAL DE VIRUS INFLUENZA Y OVR. PROVINCIA DE SALTA. HASTA SE 46. AÑO 2025. (n=3406)



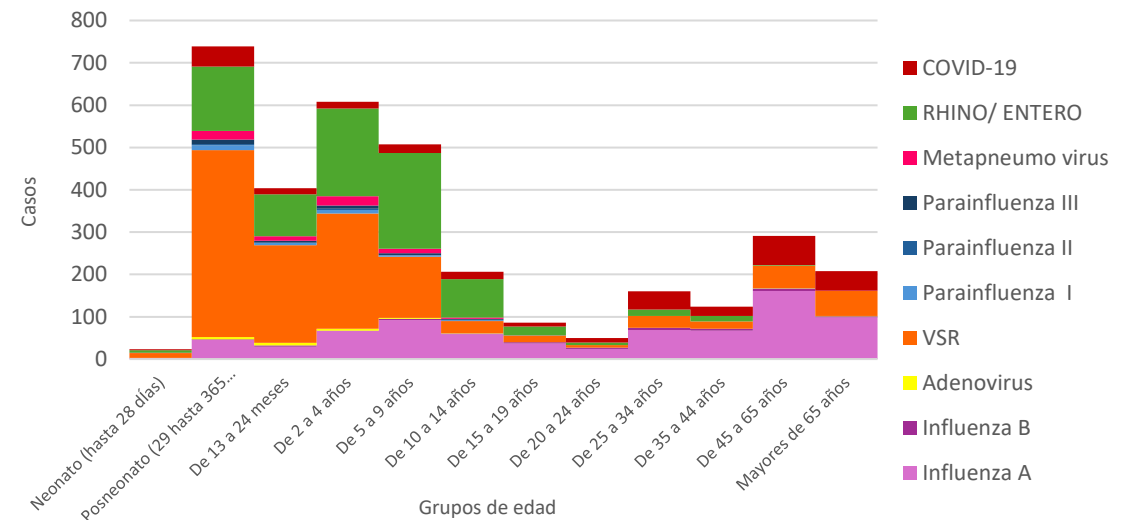
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia por Redes de Laboratorio con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Ref. VSR (Virus sincial respiratorio). OVR (otros virus respiratorios).

TABLA 8. FRECUENCIA ACUMULADA DE DETERMINACIONES POSITIVAS POR LABORATORIO DE VIRUS RESPIRATORIOS SEGÚN GRUPO DE EDAD. SE 46. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2025. (n=3406)

Grupo de Edad	Influenza A	Influenza B	Adenovirus	VSR	Parainfluenza I	Parainfluenza II	Parainfluenza III	Metapneumovirus	Rhino/Enterovirus	Covid 19
Neonato (hasta 28 días)	2	1	0	11	0	0	0	1	6	2
Posneonato (29 hasta 365 días)	45	2	5	442	11	3	11	20	152	48
13 a 24 meses	29	3	6	231	5	1	5	10	99	15
2 a 4 años	66	1	5	272	8	3	8	22	207	16
5 a 9 años	92	3	2	145	3	1	4	11	226	20
10 a 14 años	59	1	1	29	1	2	2	3	91	17
15 a 19 años	37	3	0	15	0	0	0	1	21	9
20 a 24 años	24	3	0	6	0	0	0	0	6	11
25 a 34 años	69	5	0	28	0	0	0	0	15	43
De 35 a 44 años	67	5	0	17	0	0	0	0	13	22
De 45 a 65 años	161	6	1	53	0	0	0	0	1	69
Mayores de 65 años	99	2	1	59	0	0	0	1	0	46
Total	750	35	21	1308	28	10	30	69	837	318

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia por Redes de Laboratorio con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Ref. VSR (Virus sincial respiratorio). OVR (otros virus respiratorios).

GRÁFICO 7. FRECUENCIA ACUMULADA DE DETERMINACIONES POSITIVAS POR LABORATORIO DE VIRUS RESPIRATORIOS SEGÚN GRUPO DE EDAD. SE 46. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2025. (n=3406).



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia por Redes de Laboratorio con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Ref. VSR (Virus sincial respiratorio). OVR (otros virus respiratorios).

TABLA 9. PORCENTAJE DE POSITIVIDAD EN SE 46. COMPARADO A DOS SEMANAS ANTERIORES. UNIDAD DE MONITOREO AMBULATORIO (UMA). PROVINCIA DE SALTA

SE	Total de muestras	Muestras positivas para COVID-19	% de positividad
44	4	0	0
45	1	0	0
46	4	0	0

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia por Redes de Laboratorio con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Ref. VSR (Virus sincial respiratorio). OVR (otros virus respiratorios). OBS: 2 VSR

Internados y óbitos por IRAG

Durante la SE 46, se notificaron 97 casos de internados por infección respiratoria aguda. Tres casos en unidad de cuidados intensivos.

TABLA 10: NOTIFICACIONES DE INTERNADOS POR SOSPECHA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE SEGÚN DEPARTAMENTO. SE 46. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2025

Departamento	SE 46	% SE	ACUMULADOS
Anta	6	6,2	280
Cachi	0	0,0	13
Cafayate	2	2,1	102
Capital	51	52,6	2719
Cerrillos	7	7,2	260
Chicoana	1	1,0	64
General Güemes	6	6,2	328
Gral. José de San Martín	4	4,1	355
Guachipas	0	0,0	4
Iruya	0	0,0	19
La Caldera	2	2,1	45
La Candelaria	0	0,0	14
La Poma	0	0,0	4
La Viña	1	1,0	36
Los Andes	0	0,0	14
Metán	4	4,1	75
Molinos	0	0,0	23
Orán	8	8,2	596
Rivadavia	1	1,0	118
Rosario de la Frontera	1	1,0	137
Rosario de Lerma	3	3,1	231
San Carlos	0	0,0	28
Santa Victoria	0	0,0	21
Total general	97	100	5485

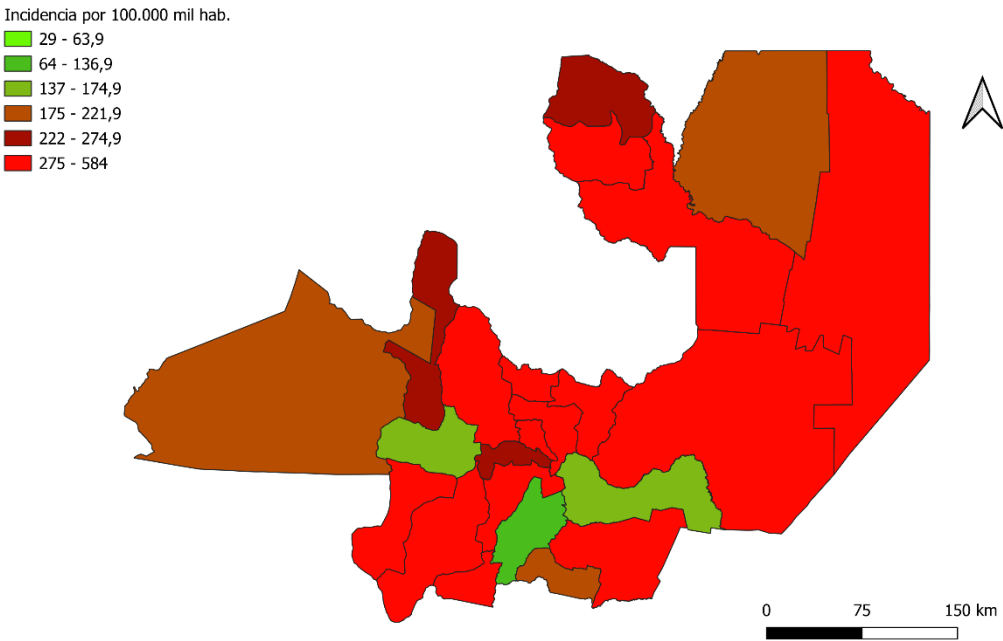
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes de la vigilancia nominal de casos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

TABLA 11: ÓBITOS CON DIAGNOSTICO DE INFLUENZA POR SEMANA EPIDEMIOLOGICA.
AÑO 2025. PROVINCIA DE SALTA

Semana epidemiológica	Número de Fallecidos con Influenza	Número de fallecidos con VSR	Número de fallecidos con Covid-19	Total de fallecidos
15	2	0	0	2
18	1	0	0	1
19	2	0	0	2
20	1	0	0	1
23	0	1	0	1
27	0	1	0	1
28	0	1	0	1
36	0	0	1	1
Total general	6	3	1	10

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes de la vigilancia nominal de casos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

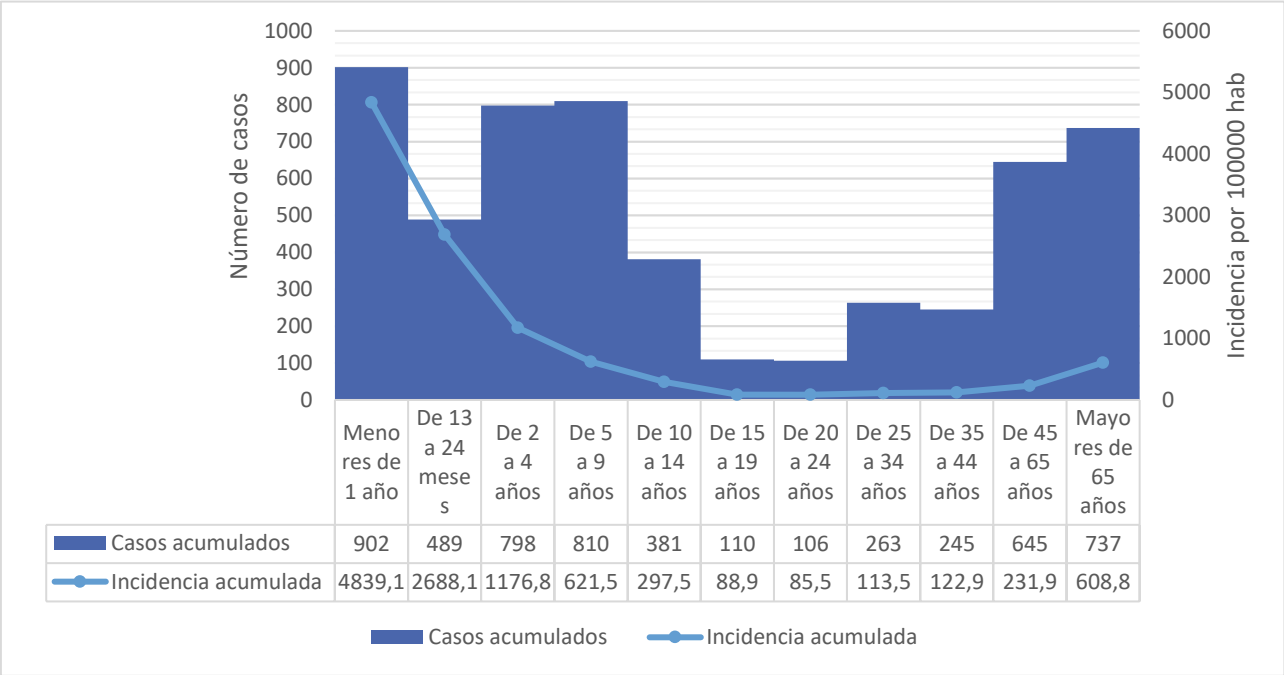
MAPA N° 1. INCIDENCIA ACUMULADA POR 100000 HAB. DE INTERNADOS POR IRAG SEGÚN DEPARTAMENTO, HASTA SE 46. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2025.



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes de la vigilancia nominal de casos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

* Se realizó un ajuste en el último intervalo de la escala de incidencia, subdividiéndolo con el fin de mejorar la representación de la situación epidemiológica entre los departamentos con mayores tasas.

GRÁFICO N° 8. DISTRIBUCIÓN DE CASOS Y TASA DE INCIDENCIA POR 100000 HAB. DE INTERNADOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE SEGÚN GRUPO DE EDAD. ACUMULADO HASTA SE 46. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2025



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes de la vigilancia nominal de casos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

En relación con la edad, los grupos etarios más afectados fueron los menores de 1 año, seguido por los de 13 a 24 meses y los de 2 a 4 años respectivamente.



VIGILANCIA DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS

Enfermedades prevenibles por vacunas

En el marco de la Ley de Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación N° 27.491, se declara de interés nacional la investigación, vigilancia epidemiológica, toma de decisiones basadas en la evidencia, adquisición, almacenamiento, distribución, provisión de vacunas.

La mencionada Ley entiende a la vacunación como una estrategia de salud pública, que permite la detección, notificación, investigación y documentación de todo caso sospechoso de enfermedad prevenible por vacunación, que se presente en cualquier nivel de la red de servicios públicos y privados, para la ejecución de medidas de prevención y control.

TABLA 12. FRECUENCIA ABSOLUTA Y ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNAS. SE 46/2025. PROVINCIA DE SALTA.

E.N.O.	Casos S.E. 46	Acumulados 2025
Difteria	0	0
Coqueluche	0	2
Caso confirmado de Sarampión	0	0
PAF	0	0
Parotiditis	1	33
Varicela *	0	466

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

*Varicela: las diferencias de casos acumulados se justifican por cargas tardías en semanas epidemiológicas anteriores.

EFE

TABLA 13. FRECUENCIA ABSOLUTA Y ACUMULADA DE CASOS SOSPECHOSOS DE EFE. SE 46/2025. PROVINCIA DE SALTA

E.N.O.	CASOS SOSPECHOSOS S.E.46	Total Notificados con sospecha año 2025
Enfermedad Febril Exantemática (EFE)	0	27

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Meningitis/Meningoencefalitis

La meningitis/meningoencefalitis es una enfermedad del sistema nervioso central (SNC) que consiste en la inflamación de las meninges (aracnoides y piamadre) sin o con (respectivamente) compromiso de sus estructuras adyacentes, como el encéfalo. Esta inflamación meníngea puede obedecer tanto a causas infecciosas como no infecciosas (lesiones traumáticas, cáncer, ciertos medicamentos y las hemorragias).

Las etiologías bacterianas y virales son las más frecuentes tanto en individuos sanos como en poblaciones de riesgo y las más importantes desde la perspectiva de salud pública, no sólo por la magnitud de casos ocurridos anualmente, sino también por su potencial para producir brotes.

TABLA 14. CASOS NOTIFICADOS ACUMULADOS DE MENINGITIS SEGÚN CLASIFICACIÓN Y ETIOLOGÍA. SE 46. AÑO 2025. PROVINCIA DE SALTA (n=124).

Clasificación manual de caso	Nº de casos
Caso confirmado de meningoencefalitis viral sin especificar agente	12
Caso confirmado de Encefalitis por herpes simple	2
Caso confirmado de meningitis fúngica	3
Caso confirmado de meningitis parasitaria	1
Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana - otros agentes	4
Caso confirmado de meningoencefalitis bacteriana s/especificar agente	1
Caso confirmado de meningoencefalitis por Haemophilus influenzae	2
Caso confirmado de meningoencefalitis por Neisseria meningitidis	1
Caso confirmado de meningoencefalitis por Streptococcus pneumoniae	6
Caso confirmado de meningoencefalitis viral - enterovirus	6
Caso confirmado de Meningoencefalitis viral - otros agentes	1
Caso invalidado por epidemiología	6
Caso probable de meningitis, meningoencefalitis o encefalitis virales	64
Caso probable de meningoencefalitis bacteriana	8
Encefalitis por arbovirus	0
Meningitis tuberculosa	0
Meningoencefalitis secundaria	0
Meningoencefalitis sin especificar etiología	7
Total	124

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

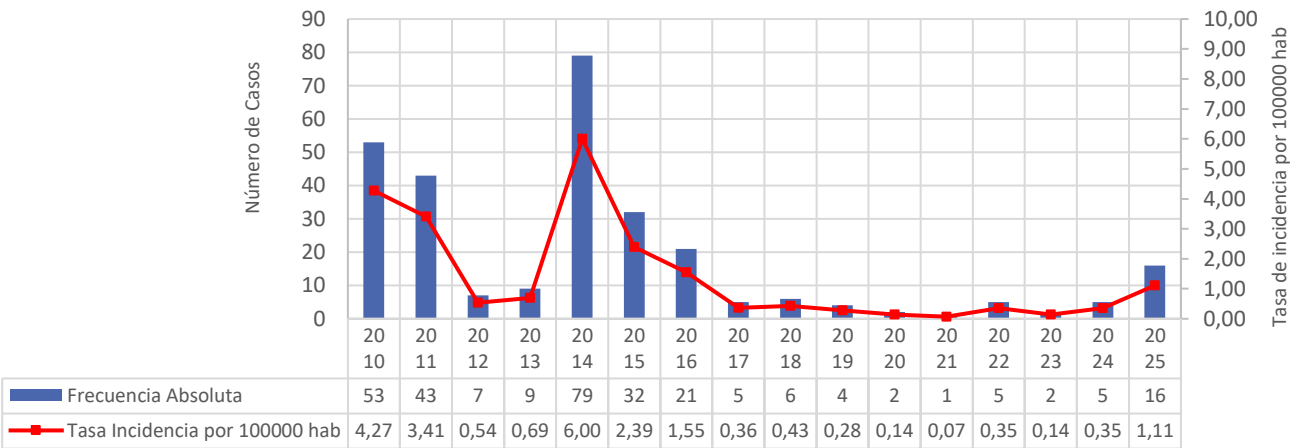


HEPATITIS VIRALES

Hepatitis A

Hasta la semana epidemiológica (SE) N°46 del año 2025, se notificaron un total de 60 casos sospechosos de hepatitis A, de los cuales se confirmaron 13 por laboratorio y 3 por nexo epidemiológico. A continuación, se muestra la evolución del número de casos y tasa de incidencia por 100.000 mil habitantes durante el periodo 2010 hasta SE 46 del año 2025.

GRÁFICO 9. CASOS CONFIRMADOS DE HEPATITIS A Y TASA CADA 100MIL HAB. PERIODO 2010 HASTA SE 46/2025. PROVINCIA DE SALTA.



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y registro de casos y tasas “Anuario estadístico Provincia de Salta, periodo 2010-2018”.

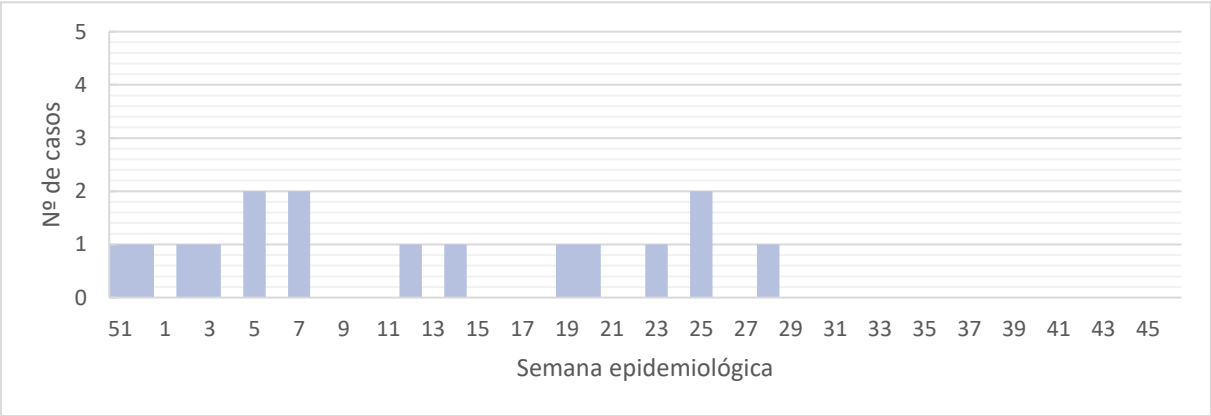
Se observa un pico epidémico en 2014, con 79 casos y una tasa de incidencia de 6,00 por 100.000 habitantes. A partir de ese año, la tendencia muestra un descenso sostenido en el número de casos. Durante el período 2017-2024, la mediana de casos fue de 4,5 con un mínimo de 1 caso en 2021 y 6 casos en 2018.

TABLA 15. NOTIFICACIONES DE HEPATITIS A SEGÚN CLASIFICACIÓN DE CASO Y DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. ACUMULADO HASTA SE 46/2025. PROVINCIA DE SALTA.

Departamentos	Caso confirmado por laboratorio	Caso confirmado por nexos epidemiológico	Caso descartado	En estudio	Total
ANTA	0	0	1	0	1
CACHI	0	0	0	0	0
CAFAYATE	0	0	0	0	0
CAPITAL	3	0	2	0	5
CERRILLOS	0	0	0	0	0
CHICOANA	0	0	0	0	0
GENERAL GÜEMES	0	0	0	0	0
GRL. JOSÉ DE SAN MARTÍN	5	0	18	2	25
GUACHIPAS	0	0	0	0	0
IRUYA	0	0	0	0	0
LA CALDERA	0	0	0	0	0
LA CANDELARIA	0	0	0	0	0
LA POMA	0	0	0	0	0
LA VIÑA	0	0	0	0	0
LOS ANDES	0	0	0	0	0
METÁN	0	0	0	0	0
MOLINOS	0	0	0	0	0
ORÁN	0	0	2	0	2
RIVADAVIA	4	3	14	3	24
ROSARIO DE LA FRONTERA	1	0	1	0	2
ROSARIO DE LERMA	0	0	1	0	1
SAN CARLOS	0	0	0	0	0
SANTA VICTORIA	0	0	0	0	0
TOTAL	13	3	39	5	60

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

GRÁFICO 10. CURVA EPIDÉMICA DE CASOS CONFIRMADOS DE HEPATITIS A POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA SEGÚN FECHA DE INICIO DE SÍNTOMAS. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2025



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

En cuanto a los 16 casos confirmados hasta la SE 46/2025, los mismos tienen residencia en los departamentos de Gral. San Martín, Rivadavia, Rosario de la Frontera y Capital.

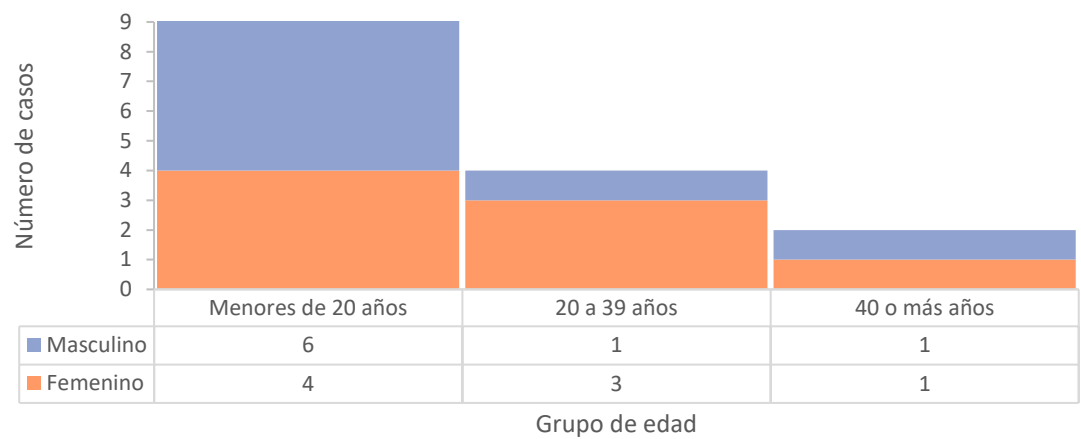
TABLA 16. CASOS CONFIRMADOS DE HEPATITIS A Y TASA DE INCIDENCIA POR 100.000 HAB. POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. ACUMULADO HASTA SE 46 2025. PROVINCIA DE SALTA

Departamentos	Casos	Incendencia por 100000 hab.
ANTA	0	0,00
CACHI	0	0,00
CAFAYATE	0	0,00
CAPITAL	3	0,48
CERRILLOS	0	0,00
CHICOANA	0	0,00
GENERAL GÜEMES	0	0,00
GRAL. JOSÉ DE SAN MARTÍN	5	2,81
GUACHIPAS	0	0,00
IRUYA	0	0,00
LA CALDERA	0	0,00
LA CANDELARIA	0	0,00
LA POMA	0	0,00
LA VIÑA	0	0,00
LOS ANDES	0	0,00
METÁN	0	0,00
MOLINOS	0	0,00
ORÁN	0	0,00
RIVADAVIA	7	18,37
ROSARIO DE LA FRONTERA	1	2,96
ROSARIO DE LERMA	0	0,00
SAN CARLOS	0	0,00
SANTA VICTORIA	0	0,00
TOTAL	16	1,11

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

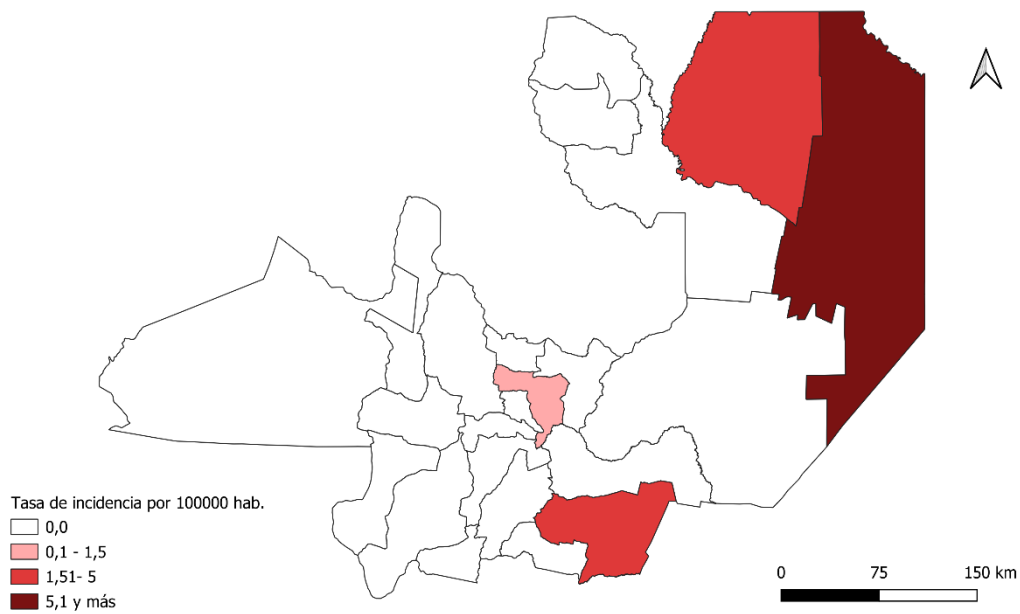
En relación con la distribución de casos por sexo el 50% (n=8) corresponde al sexo femenino y en lo que respecta a los grupos de edad, el más afectado es el de menores de 20 años representando un 63% (n=10).

GRÁFICO 11. CASOS CONFIRMADOS DE HEPATITIS A SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO. HASTA SE 46 AÑO 2025. PROVINCIA DE SALTA



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

MAPA 2. TASA DE INCIDENCIA DE HEPATITIS A POR 100.000 HAB. SEGÚN DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. ACUMULADO HASTA SE 46/2025. PROVINCIA DE SALTA



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).



ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS, AGUA O RUTA FECAL ORAL

Enfermedades transmitidas por alimentos

La vigilancia de las enfermedades transmitidas por alimentos (VETA) comprende las acciones de recolección sistemática de la información pertinente, producto de la notificación o investigación, consolidación, evaluación e interpretación de los datos, las cuales posibiliten conocer la conducta o historia natural de las enfermedades y detectar o prever cambios que puedan ocurrir debido a alteraciones en los factores condicionantes o determinantes, con el fin de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, las medidas indicadas y eficientes para su prevención y control.

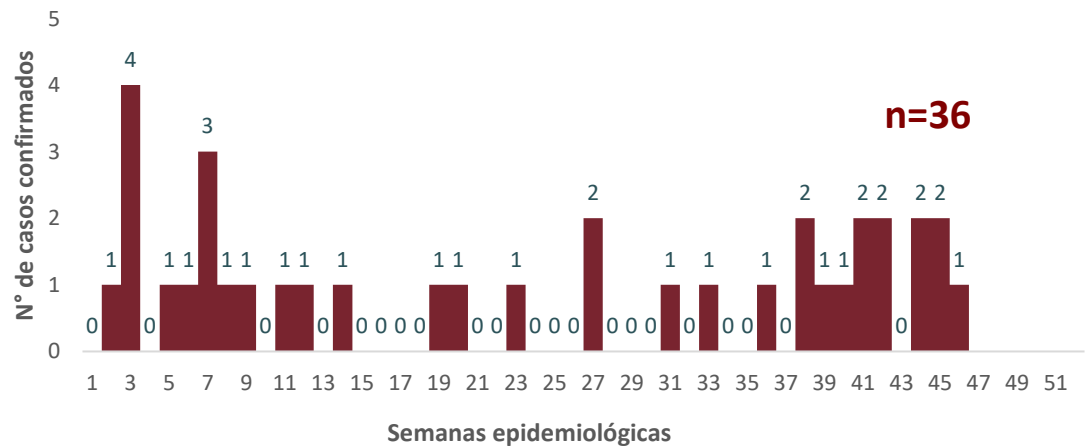
TABLA 17. FRECUENCIA ABSOLUTA Y ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES TRANSMITIDA POR ALIMENTOS, AGUA O RUTA FECAL-ORAL. SE 46/2025. PROVINCIA DE SALTA.

E.N.O.	Casos S.E. 46	Acumulados 2025
Botulismo del lactante	0	5
Botulismo	0	1
Síndrome Urémico Hemolítico	0	1
Fiebre tifoidea y paratifoidea	1	36
Brote asociado a Enfermedad Transmitida por Alimentos (ETA)	0	3
Diarrea aguda por Salmonelosis	0	6

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

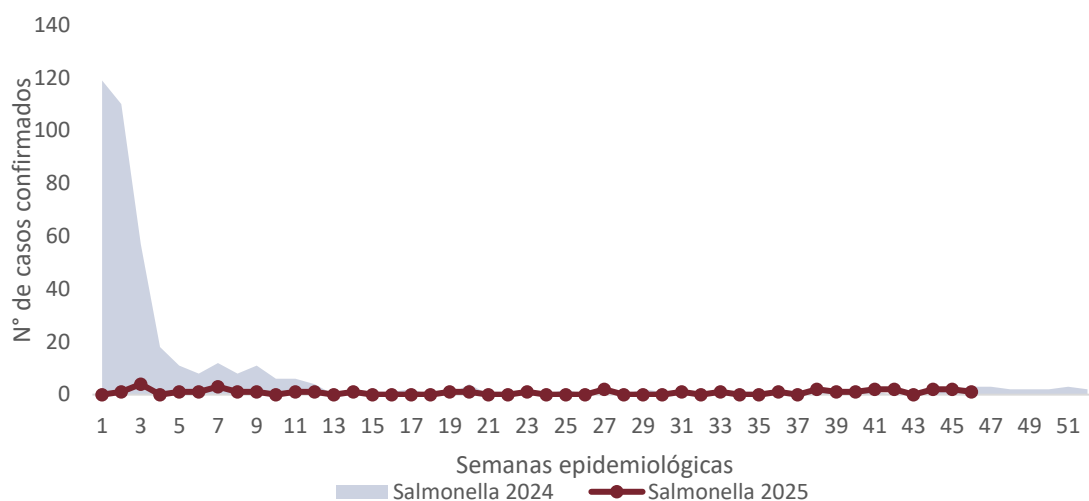
Fiebre tifoidea y paratifoidea

GRÁFICO 12. CASOS CONFIRMADOS DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA SEGÚN S.E. HASTA S.E. 46/2025. AÑO 2025. PROVINCIA DE SALTA.



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

GRÁFICO 13. CASOS CONFIRMADOS DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. COMPARACIÓN AÑOS 2024 Y HASTA SE 46/2025. PROVINCIA DE SALTA.



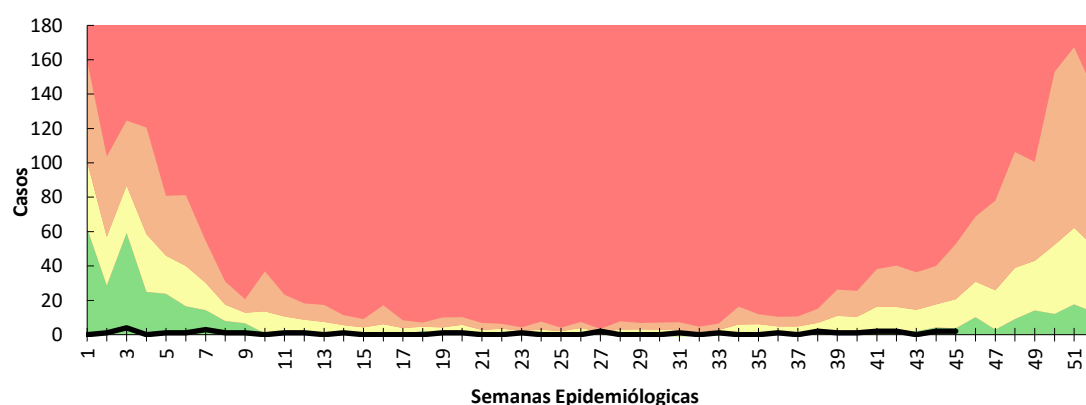
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Comparando casos acumulados hasta SE 46 entre el año 2024 y el actual, se muestra una reducción del 91 % en los casos (Grafico N° 13).

La tendencia histórica indica una disminución sostenida, lo que sugiere un resultado positivo de las estrategias de prevención y control. No se observan signos de alerta o brote inminente, pero es clave mantener la vigilancia epidemiológica y las medidas preventivas para consolidar esta reducción y evitar repuntes.

En la SE 45 se registraron 2 (dos) casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, el corredor endémico continua en zona de éxitos.

GRÁFICO 14. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA AÑOS: 2018 A 2024. SE 01- 45 DE 2025. PROVINCIA DE SALTA. (n=35)



Fuente: Elaboración propia del Programa de Sala de Situación con datos de vigilancia nominal provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

TABLA 18. CASOS CONFIRMADOS DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA ACUMULADOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA HASTA SE 46. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2025.

Departamentos	SE 46	Acumulado 2025
Anta	0	0
Cachi	0	0
Cafayate	0	0
Capital	1	26
Cerrillos	0	1
Chicoana	0	0
General Güemes	0	1
General José de San Martín	0	0
Guachipas	0	0
Iruya	0	0
La Caldera	0	2
La Candelaria	0	0
La Poma	0	0
La Viña	0	1
Los Andes	0	1
Metán	0	0
Molinos	0	0
Orán	0	1
Rivadavia	0	1
Rosario de la Frontera	0	0
Rosario de Lerma	0	1
San Carlos	0	1
Santa Victoria	0	0
Total general	1	36

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

TABLA 19. CASOS CONFIRMADOS DE FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA ACUMULADOS, POR RESIDENCIA EN OTRAS PROVINCIAS, HASTA SE 45. AÑO 2025.

Residencia	Acumulados 2025
Otras provincias	0

Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

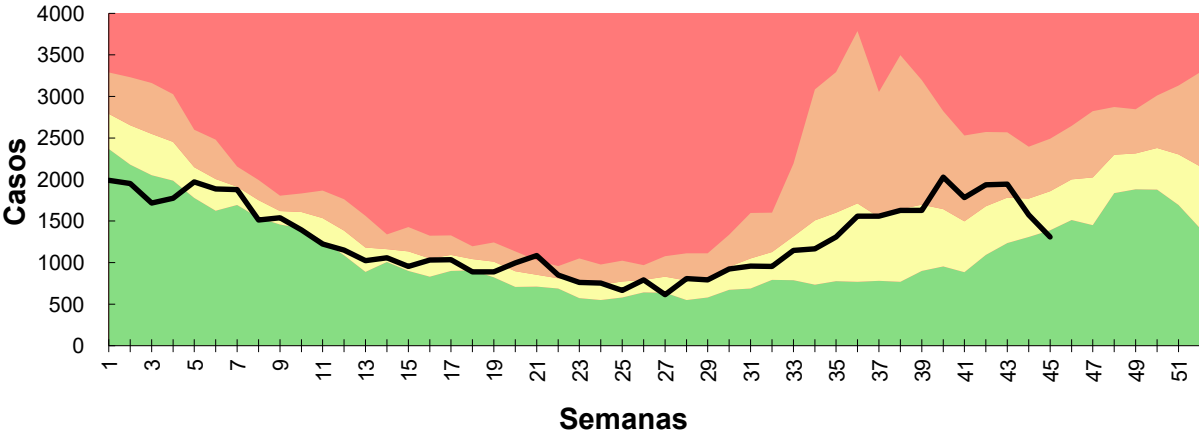
Enfermedades diarreicas agudas

CASOS SEMANA 45/2025
1307

CASOS ACUMULADOS 2025
58.402

Se evidencia un descenso de casos notificados en SE 45, el corredor endémico de enfermedades diarreicas agudas ingresa en zona de éxito.

GRÁFICO 15. CORREDOR ENDÉMICO SEMANAL DE DIARREAS
AÑOS: 2020 A 2024. SE 45 DE 2025. PROVINCIA DE SALTA. (n= 58.402*)



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este grafico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante de información en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

VIGILANCIA DE VIRUELA SÍMICA

Viruela símica (Mpox)

En 2022, se elaboró el Manual para la vigilancia epidemiológica y control de la viruela símica en Argentina², con el objetivo de reforzar la vigilancia epidemiológica de Mpox, incluyendo la notificación oportuna y completa al Sistema Nacional de Vigilancia de Salud (SNVS 2.0). Este manual también sensibiliza sobre la importancia de la sospecha clínica, la atención adecuada de los casos, la implementación de medidas de control, la investigación epidemiológica y la comunicación a la comunidad sobre prevención y cuidado.

En el mismo año, el evento fue incorporado al listado de notificación obligatoria bajo la Ley 15.465, lo que implica que debe ser reportado al SNVS dentro de las 24 horas desde la sospecha del evento. Además de la notificación al SNVS, y de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI, 2005) y las recomendaciones de la OMS sobre Mpox, los casos sospechosos y confirmados de Mpox deben notificarse a la OMS.

CASOS CONFIRMADOS DE VIRUELA SIMICA

En la semana epidemiológica 38 se confirmaron dos casos de viruela símica, ambos casos con domicilio en la ciudad de Salta Capital. De la secuenciación genómica se obtiene que ambos casos corresponden al MPXV CLADO II.

La investigación de campo reveló los siguientes hallazgos:

- Ambas personas comparten una reunión social el día 30-8-2025.
- El Caso N° 1 inició con síntomas el 4-9-2025. Las indagaciones preliminares indican que este paciente podría haberse contagiado en alguna actividad social previa (laboral o gimnasio).
- El Caso N° 2 inició con síntomas cuatro días después el 8-9-2025.

Dada la exposición común en el evento social el 30 de agosto y la diferencia en el inicio de síntomas, se sospecha que el Caso N° 1 pudo haber sido la fuente de infección para el Caso N° 2.

Cabe destacar que las sospechas en cuanto a fuentes de infección de contactos procedentes de otros países se descartaron.



VIGILANCIA DE ENFERMEDADES ZOOTICAS HUMANAS

Enfermedades zoonoticas humanas

La vigilancia de Enfermedades Zoonoticas en humanos se encuentra entre los objetivos actuales de salud pública como un pilar imprescindible para la toma acciones de prevención y control de forma oportuna a los fines de construir un ambiente sano y sustentable poniendo foco en la sanidad, el bienestar, la calidad y la seguridad alimentaria para todos los seres vivos.

TABLA 20. FRECUENCIA ABSOLUTA Y ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEADES ZOONÓTICAS HUMANAS. SE 46/2025. PROVINCIA DE SALTA.

ENO	Casos SE 46	Acumulado 2025
Accidente potencialmente rábico (APR)	21	838
Alacranismo	23	500
Araneísmo sin especificar especie	0	1
Araneísmo-Envenenamiento por Latrodectus (Latrodectismo)	0	7
Araneísmo-Envenenamiento por Loxosceles (Loxoscelismo)	0	6
Araneísmo-Envenenamiento por Phoneutria (Foneutrismo)	0	0
Brucelosis	0	6
Brucelosis en embarazadas	0	0
Hantaviriosis	1	7
Hidatidosis	1	41
Leishmaniasis visceral canina	0	115
Leptospirosis	0	0
Ofidismo sin especificar especie	0	2
Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	0	60
Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	0	4
Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	0	1
Psitacosis	0	1
Rabia animal	0	4

Fuente: Elaboración propia del Programa de Zoonosis con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

APR

- Gral San Martin: 3
- Capital: 14
- Rivadavia: 2
- Metan: 2

Alacranismo:

- Capital: 22
- Oran: 1

Hidatidosis:

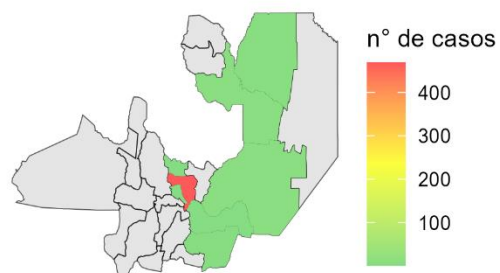
- Molinos: 1

Hantaviriosis

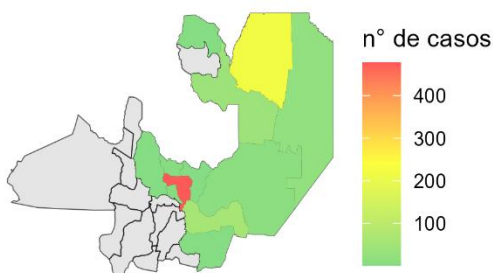
- San Martin: 1

GRÁFICO 16. FRECUENCIA ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES ZONÓTICAS HUMANAS POR DEPARTAMENTO HASTA SE 46/2025. PROVINCIA DE SALTA.

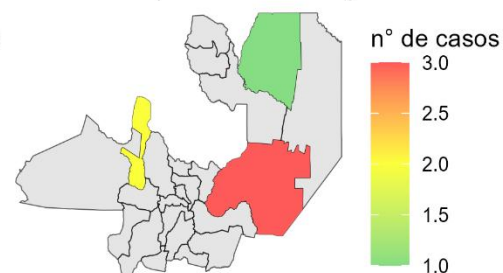
Alacranismo



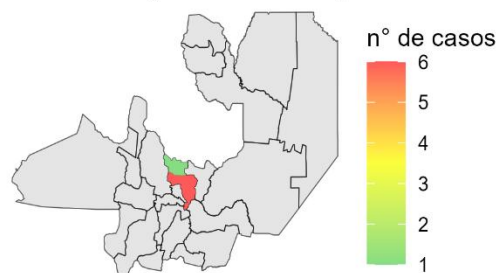
APR



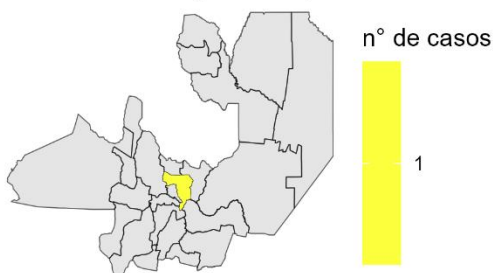
Araneísmo (Latrodectismo)



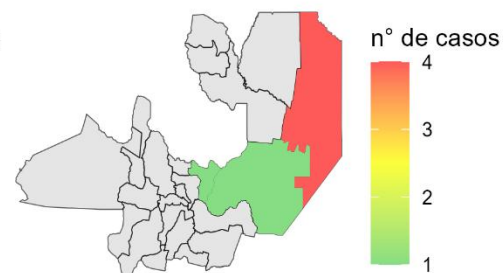
Araneísmo (Loxoscelismo)



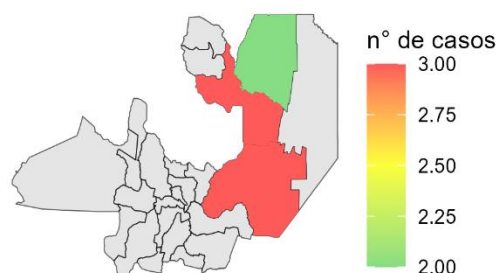
Araneísmo s/especif. especie



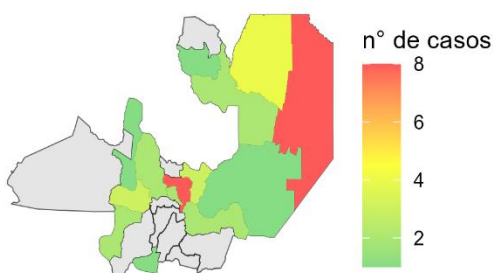
Brucelosis



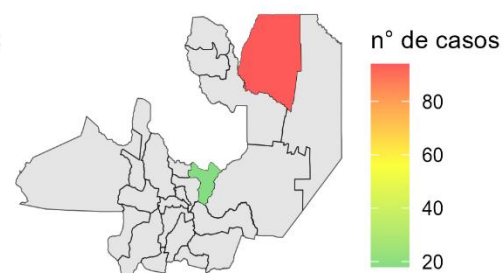
Hantavirus



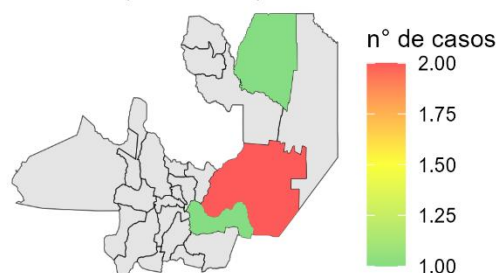
Hidatidosis



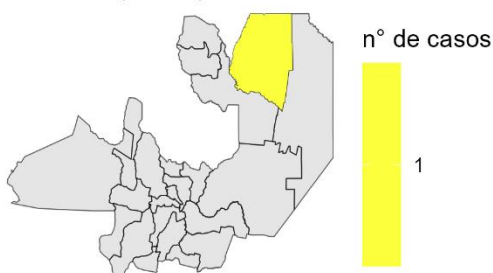
Leishmaniasis visceral canina



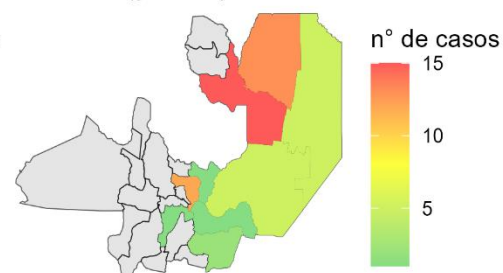
Ofidismo (Cascabel)



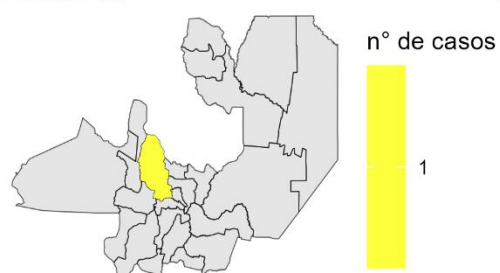
Ofidismo (Coral)



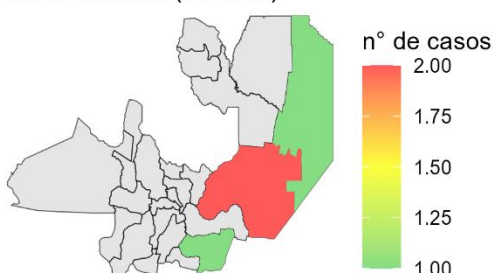
Ofidismo (yarara)




Psitacosis



Rabia animal (bovino)



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



VIGILANCIA DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS DE INTERÉS SANITARIO

Enfermedades dermatológicas de interés sanitario

En el marco de Resolución 2827/2022 NOMINA DE EVENTOS DE NOTIFICACION OBLIGATORIA las enfermedades dermatológicas persisten dentro del listado de eventos bajo vigilancia. Desde la Dirección General de Coordinación Epidemiológica se vigilan las tendencias de estos eventos posibilitando la obtención de líneas de base acerca de los cambios, impactando directamente en la implementación de medidas de control y prevención.

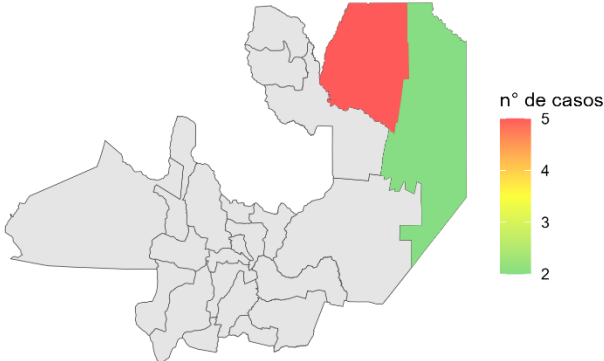
TABLA 21. FRECUENCIA ABSOLUTA Y ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS DE INTERÉS SANITARIO. SE 46/2025. PROVINCIA DE SALTA.

ENO	Casos SE 46	Acumulado 2025
Leishmaniasis cutánea humana	0	34
Leishmaniasis mucocutánea humana	0	5
Leishmaniasis visceral humana	0	8
Lepra	0	2
Micosis profunda	0	2

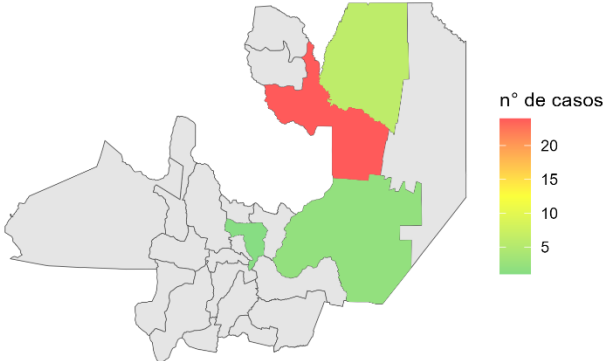
Fuente: Elaboración propia del Programa de EDIS con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

GRÁFICO 17. FRECUENCIA ACUMULADA DE CASOS CONFIRMADOS DE ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS DE INTERÉS SANITARIO POR DEPARTAMENTO HASTA SE 46. PROVINCIA DE SALTA.

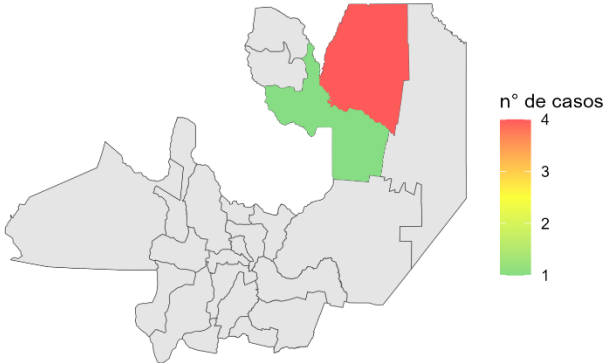
Leishmaniasis visceral humana



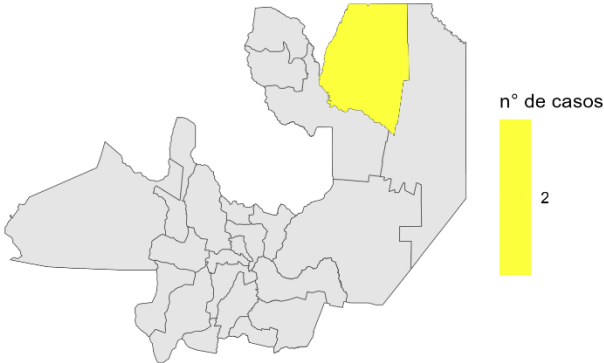
Leishmaniasis cutánea



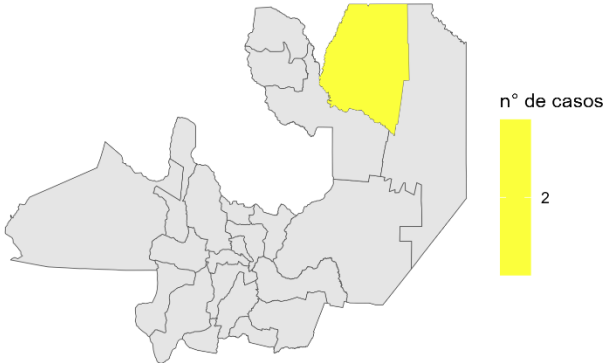
Leishmaniasis mucocutánea



Lepra



Micosis profunda



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



INFORMES ESPECIALES

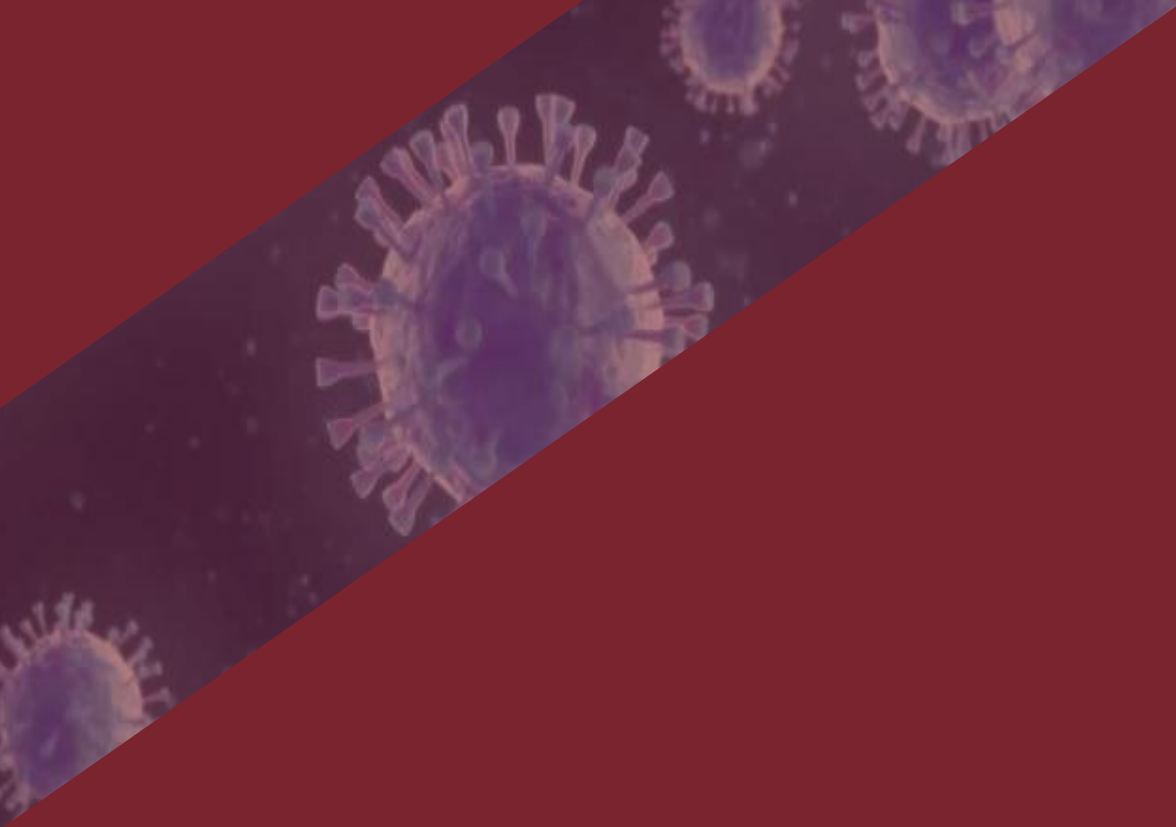
Intoxicación/exposición por monóxido de carbono

El total de casos confirmados de intoxicación/exposición por monóxido de carbono durante el año 2024 fue de 90. En lo que va del año 2025, hasta la Semana Epidemiológica (SE) 45, el total es de 87 casos, pertenecientes a los departamentos de Anta, Capital, Cerrillos, General Güemes y Metán. Cabe destacar que en la SE 46 no se presentaron casos. Hasta la SE 44 del año 2025, no se registraron óbitos en SNVS 2.0.

Tabla 22. Casos de Intoxicación/Exposición por Monóxido de Carbono por semana y acumulados. Provincia de Salta. Años 2024 y 2025 hasta SE 46.

Acumulados 2024	Casos SE 46 2025	Acumulados 2025
90	0	87

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



COMUNICACIONES EPIDEMIOLOGICAS

Comunicación Epidemiológica Nacional sobre circulación de casos confirmados de Sarampión por Argentina (*BEN 738 – Capítulo VIII*)

VIII.1. Introducción

El sarampión es una enfermedad viral, altamente contagiosa, que puede presentarse en todas las edades. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: fiebre alta, manchas rojas en la piel, secreción nasal, conjuntivitis y tos. También puede presentarse de forma grave, sobre todo en menores de 5 años y personas malnutridas, con complicaciones respiratorias como neumonía y del sistema nervioso central como convulsiones, meningoencefalitis, ceguera, encefalomiелitis postinfecciosa con retraso mental grave y trastornos degenerativos tardíos que no tienen tratamiento o incluso causar la muerte.

Se transmite mediante gotas que se liberan del aire de la nariz, boca, o garganta de una persona infectada. El virus puede persistir en el aire o sobre superficies, siendo activo y contagioso por 2 horas.

No existe ningún tratamiento antiviral específico contra el virus del sarampión, sin embargo, puede prevenirse con la vacunación.

VIII.2. Situación actual

El 20 de noviembre, el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Uruguay notificó un *clúster* de casos sospechosos de sarampión dentro de la misma familia. Los casos incluyen a tres adultos, 46, 39, 21 años, y un menor de 11 años, todos sin antecedentes de vacunación. Cuentan con viaje reciente a Bolivia, donde participaron en actividades sociales en las ciudades de San Pedro de Pinal y San Julián, en espacios cerrados con alta densidad, donde refieren que se encontraban personas sintomáticas.

Además de esta comunicación oficial por medio de OPS en el CNE, se contactan de manera informal desde Uruguay con la Dirección de Epidemiología para ponernos en conocimiento de los casos y referir que la familia se habría trasladado por tierra por Argentina. A partir de allí, desde las Direcciones de Epidemiología y de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles se comienza la investigación epidemiológica.

Los casos ingresan al país por el cruce de Yacuiba (Tarija, Bolivia)-Salvador Mazza (Salta, Argentina) el 14 de noviembre y salen hacia Uruguay el día 16 por el cruce de Colón (Entre Ríos, Argentina)-Paysandú (Uruguay) donde se dirigen a la localidad de San Javier, Departamento de Río Negro donde residen en una comunidad cerrada.

Los primeros síntomas se registraron desde el 11 al 13 de noviembre, seguida de la aparición de exantema el 15, 16 y 17 de noviembre dependiendo el caso. Los cuatro casos están clínicamente estables, con erupciones cutáneas y síntomas respiratorios persistentes, mientras que otros tres miembros de la familia informan que son asintomáticos. El 19 de noviembre de 2025, se recogieron muestras nasofaríngeas, de orina y de suero donde se le realizan pruebas de IgM/IgG donde se confirman los casos en el Laboratorio de Salud Pública de Uruguay.

El 21 de noviembre, el equipo de respuesta rápida de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles inicia la investigación de los casos.

Los casos se desplazaron en dos móviles diferentes hasta la ciudad de Buenos Aires y luego continuaron todos juntos su recorrido en ómnibus hasta la ciudad de Colón, Entre Ríos.

Se pudo identificar la siguiente información referida al itinerario y los móviles en los que realizaron el traslado:

- **“Autobuses Quirquincho S.R.L”, con origen en Santa Cruz de las Sierras, Bolivia el día jueves 13 de noviembre y llegada a la terminal de Ómnibus de Retiro, CABA, el día 15 de noviembre a las 13 hs.**

En el recorrido se pudo identificar que se realizaron 3 paradas técnicas en los siguientes lugares:

1. Parador Mosconi, en la provincia de Salta, el 14/11/25 donde realizaron un almuerzo.
 2. Parador Rosario de la Frontera, en la provincia de Santiago del Estero, donde realizaron una cena el 14/11/25.
 3. Parador San Nicolás, en la provincia de Buenos Aires, el 15/11/25 por la mañana. Los viajeros involucrados descendieron en la estación de ómnibus de Liniers, el día 15 de noviembre de 2025 a las 12:30hs. El recorrido de la empresa finalizó en la terminal de ómnibus de Retiro.
- **Empresa “Balut Hermanos S.R.L”, con origen en la terminal de ómnibus de Salvador Mazza, Salta el día 14 de noviembre de 2025 a las 11:45hs, con destino a la terminal de ómnibus de Retiro, CABA a las 19:43hs del día 15 de noviembre de 2025.**

En el recorrido de la empresa se pudieron identificar 2 paradas técnicas en los siguientes lugares:

1. Parador en Pintos, en la provincia de Santiago del Estero, la mañana del 15 de noviembre de 2025.
2. Parador en Totoras, en la provincia de Santa Fé, al mediodía del 15 de noviembre de 2025.

Además, se identificaron los siguientes puntos de ascenso y descenso de pasajeros en el recorrido:

- En la provincia de Jujuy: Terminal Salvador Mazza, Terminal de Tartagal, Terminal de Orán, Yuto, Caimancito Pueblo, Calilegua Pueblo, Terminal Libertador General San Martín, Fraile Pintado, Chalican Pueblo, Terminal San Pedro de Jujuy, Terminal San Salvador de Jujuy, Terminal de Palpalá, terminal de Perico.
- En la provincia de Salta las terminales General Güemes y Metán.
- En la provincia de Tucumán: terminal de la ciudad de San Miguel de Tucumán.
- En la provincia de Santiago del Estero: Terminal Termas de Río Hondo, Terminal de Santiago del Estero, Parador Pinto.
- En la provincia de Santa Fe: Terminal de Rafaela, Terminal de Rosario.
- En provincia de Buenos Aires: parada en San Pedro, Terminal de Campana, parada en ruta sobre Escobar, Terminal El Motivo en Pacheco. En Ciudad de Buenos Aires: Terminal de Liniers, Terminal Dellepiane, Terminal Retiro.

- Empresa “San José S.R.L” con origen en la Terminal de ómnibus de la Retiro, CABA, a las 21:40hs del día 15 de noviembre de 2025, con destino a la ciudad de Federación, Entre Ríos, el día 16 de noviembre de 2025.

En el recorrido de la empresa se identifican los siguientes puntos de ascenso y descenso de pasajeros en las siguientes localidades:

- ✓ Gualguaychú
- ✓ Concepción del Uruguay
- ✓ Colón
- ✓ Concordia
- ✓ Federación

Toda persona que haya estado en cualquiera de estos recorridos, independientemente del asiento donde estuvo sentado o la cantidad de tiempo que haya circulado en cualquiera de los micros debe estar alerta a la aparición de síntomas (fiebre alta, manchas rojas en la piel, secreción nasal, conjuntivitis y tos) y concurrir con barbijo a un establecimiento de salud aclarando ser un contacto de caso confirmado de sarampión.

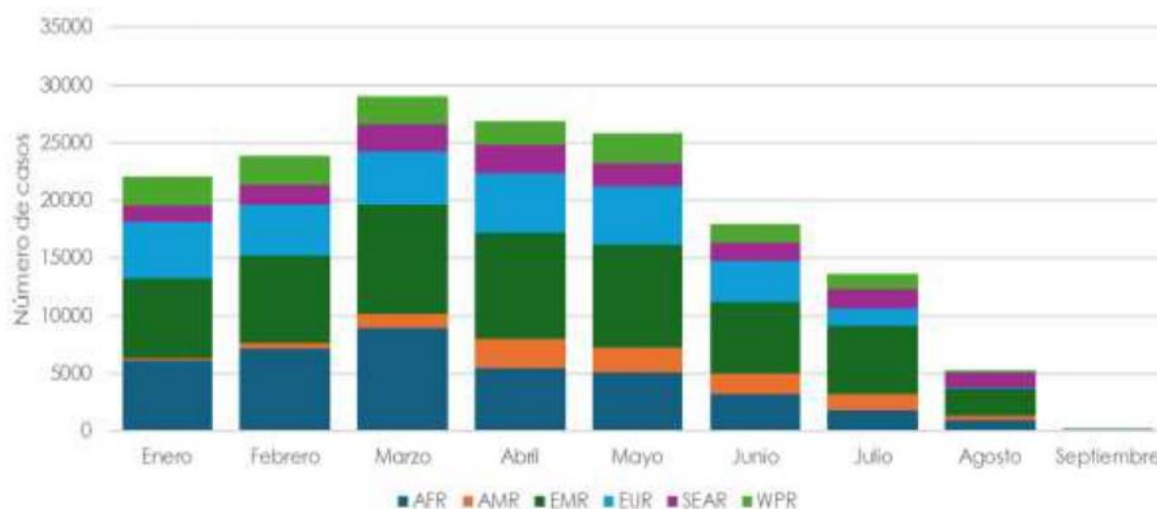
De no contar con el esquema de vacunación antisarampionosa completo deberá recibir las dosis correspondientes.

Los equipos del Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con las direcciones de Epidemiología de las jurisdicciones y los Programas Ampliados de Inmunizaciones continúan con la investigación epidemiológica incluyendo los datos de contactos potencialmente expuestos de acuerdo a los itinerarios de los casos detectados y además las acciones de control de foco correspondientes.

VIII.3. Situación epidemiológica mundial y regional

El 10 de noviembre de 2025 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) anunció que la Región de las Américas **ha perdido su estatus como región libre de transmisión endémica del sarampión**. Esto sucedió en el marco de la transmisión endémica del sarampión se ha restablecido en Canadá, donde el virus ha circulado durante al menos 12 meses. Como resultado, las Américas, que fue la primera región del mundo en eliminar el sarampión en dos ocasiones, ha perdido nuevamente su estatus de libre de sarampión. Todos los demás países de la región siguen manteniendo su estatus.

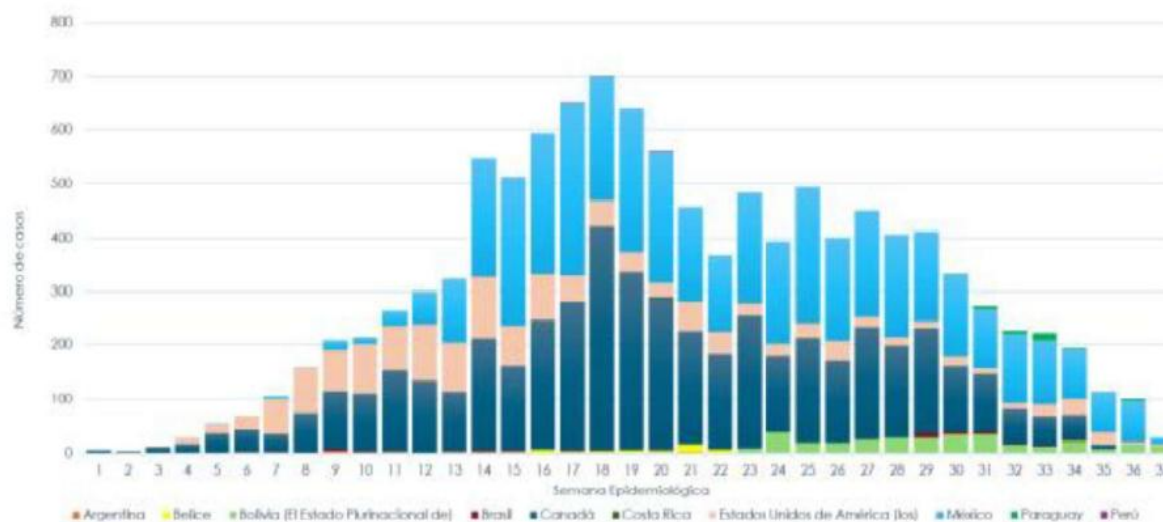
De acuerdo con los datos mensuales de vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en septiembre 2025, entre enero y septiembre se notificaron 360.321 casos sospechosos de sarampión en 173 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 164.582 (45,6%) fueron confirmados. El 34% de los casos se registra en la Región de la OMS del Mediterráneo Oriental (EMR), seguido por la Región de la OMS de África (AFR) con el 23 % de los casos y Región de la OMS de Europa (EUR) con el 18% de los casos.

Gráfico 1. Casos de sarampión por mes según región de la OMS. Año 2025 (al 9 de septiembre).

Regiones de la OMS: AFR: Región de África; AMR: Región de las Américas; EMR: Región del Mediterráneo Oriental; EUR: Región de Europa; SEAR: Región de Asia Sudoriental; WPR: Región del Pacífico Occidental.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas, 19 de septiembre del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-09/2025-septiembre-19-phe-actualizacion-epi-sarampion-esfinal-2.pdf>

De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados (n= 11.248), el grupo de edad con la mayor proporción de casos corresponde al de 10-19 años (22%), seguido por el grupo de 20-29 años (19%) y el grupo de 1-4 años (17%). No obstante, la tasa de incidencia es mayor en menores de un año (6,6 casos por 100,000 habitantes), seguido del grupo de 1 a 4 años (3,6 casos por 100,000 habitantes) y de 5 a 9 años (2,1 casos por 100,000 habitantes) (14). Con relación al antecedente de vacunación, el 71% de los casos no estaban vacunados y en el 18% dicha información era desconocida o ausente. Según la fuente de infección, el 71% de los casos fueron clasificados como asociados a importación, y el 16% como importados.

Gráfico 2. Casos de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema o de notificación y país en la Región de las Américas. Año 2025 (hasta la SE 37).

Fuente: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas, 19 de septiembre del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-09/2025-septiembre-19-phe-actualizacion-epi-sarampion-esfinal-2.pdf>

En 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 37, en la Región de las Américas, 11.313 casos de sarampión han sido confirmados, incluyendo 23 defunciones, en Argentina (n= 35 casos), Belice (n=34 casos), el Estado Plurinacional de Bolivia (n=320 casos), Brasil (n=28 casos), Canadá (n=4.849, incluyendo una defunción) 2, Costa Rica (n=1 caso), los Estados Unidos de América (n=1.454, incluyendo tres defunciones), México (n=4.553 casos, incluyendo 19 defunciones), Paraguay (n=35 casos) y Perú (n=4 casos). Este total representa un aumento de 31 veces en comparación con los 358 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2024.

VIII.4. Situación epidemiológica y antecedentes en Argentina

Argentina interrumpió la circulación endémica del sarampión en el año 2000. Desde entonces se registraron brotes limitados de menos de un año de duración, sin pérdida del estado de eliminación. El mayor brote se registró entre las SE 35 del año 2019 y la SE 12 del año 2020, con un total de 179 casos, que se circunscribieron a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 19 municipios de la provincia de Buenos Aires (PBA). En el año 2021 no se registraron casos confirmados. En 2022, se registraron dos casos de sarampión: uno en CABA y otro en Vicente López (PBA), sin relación entre ellos y sin casos secundarios.

En enero de 2024 se confirmó un caso en un niño de 19 meses no vacunado en Salta, donde no se identificó la fuente por lo que el caso se clasificó como fuente de origen desconocido. No se presentaron casos secundarios. En febrero de 2024, se notificaron dos casos de sarampión importados en un niño de 6 años y su hermano de 13 meses, residentes en Barcelona (España), sin vacunación.

En octubre del 2024, se notificaron en la Provincia de Río Negro 11 casos confirmados con infección aguda por sarampión mediante la detección de anticuerpos IgM en el Laboratorio de Referencia provincial. Los casos confirmados ocurrieron en una comunidad cerrada de la localidad de Lamarque. Se trató de un brote relacionado a la importación en personas no vacunadas.

En el 2025, hasta la SE 26, se confirmaron 35 casos en su mayoría relacionados a un caso importado identificado en enero en CABA que se extendió al AMBA. Los virus detectados pertenecen al genotipo B3 y se les fue asignado el DSID 9240. En la SE11, se detectó un caso con antecedente de viaje a Tailandia en un paciente residente de AMBA en el cual el virus identificado fue genotipo D8 linaje MVs/Patan.IND/16.9 (DSID 5963), lo que permitió poder clasificarlo como un caso importado. En la SE 17 se detectó un caso en la provincia de San Luis con antecedente de viaje a Chihuahua, México, identificándose el genotipo D8, linaje MVs/Ontario.CAN/47.24 (DSID 9171) coincidiendo con los brotes actuales de ese país. En las SE 20 y 21 se confirmaron 2 casos importados procedentes de Inglaterra que pertenecieron al genotipo B3, linaje MVs/Quetta.PAK/44.20 (DSID 6418).

VIII.5. Recomendaciones para los equipos de salud

VIII.5.A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Los casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) constituyen eventos de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022 del Ministerio de Salud de la

Nación que actualiza las normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria³².

Definición y clasificación de caso:

Definición de Caso de EFE (caso sospechoso de sarampión/rubéola): Persona de cualquier edad con fiebre (temperatura axilar > 38°C) y exantema, independientemente del antecedente vacunal, o bien que un personal de salud sospeche sarampión o rubéola.

Notificación:

Todo caso sospechoso de EFE deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS2.0)³³ al grupo de eventos Enfermedad Febril Exantemática, con datos completos tanto de identificación, clínicos y por laboratorio.

Frente a la situación epidemiológica mundial se recomienda contar con esquema de vacunación adecuado antes de realizar un viaje.

Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/sarampion/vas-a-viajar>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/sarampion>

VIII.6. Medidas de prevención

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

- De 12 meses a 4 años: deben acreditar UNA DOSIS de vacuna triple viral
- Mayores de 5 años, adolescentes y personas adultas deben acreditar al menos DOS DOSIS de vacuna con componente contra sarampión y rubéola aplicada después del año de vida (doble o triple viral) o contar con serología IgG positiva para sarampión y rubéola.
- Las personas nacidas antes de 1965 se consideran inmunes y no necesitan vacunarse.
- Personal de salud: Todas las personas que trabajan en el nivel asistencial (por ejemplo, mesa de entradas, limpieza, seguridad, laboratorio, planta médica y de enfermería, etc.) deben acreditar dos dosis de vacuna con componente contra el sarampión aplicadas después del año de vida (doble o triple viral) o contar con serología IgG positiva para sarampión.

³² Disponible en

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-11/Actualizaci%C3%B3n%20agosto%202022%20-%20Manual%20de%20normas%20y%20procedimientos%20de%20vigilancia%20y%20control%20de%20ENO.pdf>

³³ Para consultas sobre cómo obtener permisos y capacitación para operar en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, comunicarse con la autoridad epidemiológica de la jurisdicción o por correo electrónico a epidemiologia@msal.gov.ar

Recomendaciones para residentes en Argentina que viajen al exterior:

- Niños menores de 6 meses: Aplazar y/o reprogramar el viaje. La vacuna está contraindicada en este grupo etario, considerado el de mayor vulnerabilidad.
- Niños de 6 a 11 meses: Aplazar y/o reprogramar el viaje. En caso de ser imposible, deben recibir una dosis de vacuna doble viral o triple viral (“dosis cero”). Esta dosis es adicional y no debe ser considerada parte del esquema regular de vacunación del CNV.
- Niños de 12 meses: Deben recibir la primera dosis correspondiente al CNV con vacuna triple viral.
- Niños de 13 meses a 4 años inclusive: Deben acreditar al menos dos dosis de vacuna con componente contra el sarampión. La primera correspondiente al año de vida y la segunda correspondiente a dosis extra con doble o triple viral. Niños de 5 años: Deben recibir la segunda dosis correspondiente al CNV con vacuna triple viral. y Mayores de 5 años, adolescentes y adultos: Deben acreditar dos dosis de vacuna con componente contra el sarampión (doble o triple viral) aplicadas después del año de vida o demostrar inmunidad mediante serología IgG positiva.
- Embarazadas: Pueden viajar si acreditan dos dosis de vacuna con componente antisarampiñoso (doble o triple viral) aplicadas después del año de vida o demostrar inmunidad mediante serología IgG positiva. Se desaconseja viajar a las embarazadas sin antecedentes comprobables de vacunación o sin anticuerpos contra el sarampión.

De no contar con las dos dosis recomendadas, la vacuna debe ser aplicada como mínimo 15 días antes del viaje. Estas indicaciones son dinámicas y podrán sufrir modificaciones de acuerdo a la situación epidemiológica. Las eventuales modificaciones serán comunicadas a través de alertas/ memorándums.

VIII.7. Medidas ante casos y contactos**VIII.7.A. MEDIDAS ANTE UN CASO SOSPECHOSO**

- Instaurar medidas de aislamiento respiratorio: uso de barbijo para la persona con signo-sintomatología y para acompañantes para la circulación y atención dentro de la institución.
- Informar inmediata y fehacientemente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso y sin esperar resultados de laboratorio.
- Confeccionar la ficha de investigación epidemiológica y reportar los datos de la misma en el SNVS^{2.0}, evento “Enfermedad Febril Exantemática”.
- Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: tomar siempre muestra de sangre; además, tomar muestra de orina hasta 14 días posteriores a la aparición de exantema (preferentemente hasta el día 7) y/o hisopado o aspirado nasofaríngeo (HNF o ANF) hasta 7 días posteriores. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que debe realizarse dentro de las 48hs posteriores a la toma.

- Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios. Evitar circular en transportes públicos ni dentro de las instituciones.
- Tomar teléfono celular de contacto y explicar a la persona adulta responsable o paciente que será contactado por el sistema de salud para seguimiento de ser necesario y que puede ser requerida la obtención de nuevas muestras confirmatorias.

VIII.7.B. MEDIDAS EN LOS CONTACTOS

- Hacer búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación).
- Vacunación de contactos dentro de las 48hs de identificado el caso a quienes no cumplan con las indicaciones de vacunación del calendario de vacunación.
- Ante la confirmación de un caso: todos los contactos de 6 a 12 meses de edad deberán recibir una dosis de vacuna triple viral. Desde los 13 meses en adelante (excepto personas adultas nacidas antes de 1965), asegurar dos dosis de vacuna con componente antisarampionoso. La inmunoglobulina de pool está indicada dentro de los 6 días del contacto con casos confirmados de sarampión en personas severamente inmunodeprimidas (independientemente del antecedente de vacunación), personas gestantes sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y menores de 6 meses. La aplicación de inmunoglobulina es intramuscular y la dosis recomendada es de 0.25 ml/kg en población general y 0.5 mL/kg en inmunosuprimidos (dosis máxima 15mL).
- Búsqueda de la fuente de infección: Se buscará todo posible contacto con un caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar posibles situaciones o lugares de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.
- Localización y seguimiento de los contactos: Personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con vínculo epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola). Realizar el seguimiento de los potenciales susceptibles hasta 21 días después del inicio del exantema del caso.

VIII.7.C. MEDIDAS ANTE BROTES

- Las acciones de control de brote se deben realizar dentro de las primeras 48 hs, ante todo caso sospechoso sin esperar la confirmación diagnóstica.
- Todas las instituciones tanto públicas como privadas, deben notificar al SNVS 2.0 dentro de las 24 hs.

- Se deben realizar las acciones de bloqueo con vacuna triple o doble viral o gammaglobulina, según indicación dentro de las 48hs del diagnóstico del caso sospechoso.

VIII.7.D. HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA Y CONTROL DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA

Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria disponible en:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-normas-y-procedimientos-de-vigilancia-y-control-de-eventos-de-notificacion>

Ficha de recolección de notificación e investigación epidemiológica:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/enfermedad-febril-exantematica-sarampion-y-rubeola-sr>

Comunicación Epidemiológica Provincial sobre Sarampión

COMUNICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Sarampión

DIRECCIÓN GENERAL
DE COORDINACIÓN EPIDEMIOLÓGICAMinisterio de
Salud PúblicaSALTA
GOBIERNO

Salta, 18 de noviembre de 2025

SARAMPIÓN

El día 11/11/2025, el Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia notificó un caso confirmado de Sarampión autóctono en la ciudad de Yacuiba, Departamento de Tarija, con fecha de inicio de síntomas el 3/11/2025 y diagnóstico confirmado por laboratorio (detección de IgM positiva y PCR detectable). El paciente no presenta antecedente de viaje ni contacto con casos importados, lo que confirma transmisión autóctona en zona fronteriza con la localidad argentina de Prof. Salvador Mazza (Departamento Gral. José de San Martín, Provincia de Salta); teniendo en cuenta el alto tránsito diario de personas y bienes entre las localidades fronterizas, la Dirección General de Coordinación Epidemiológica y la Subsecretaría de Medicina Social emiten la presente comunicación epidemiológica con el fin de reforzar la vigilancia y las acciones de control en los servicios de salud públicos y privados en los departamentos General San Martín, Orán y Rivadavia, haciendo extensiva las medidas tomadas a todo el territorio provincial.

INTRODUCCIÓN

El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa, prevenible mediante vacunación, causada por un virus del género Morbillivirus. La circulación del virus persiste en varios países en la región de las Américas con riesgo de importación o reintroducción en zonas fronterizas.

La vacunación con doble o triple viral (SR o SRP) constituye la principal medida de prevención y control, junto con la vigilancia epidemiológica oportuna de casos febriles exantemáticos y la respuesta rápida ante la detección de casos sospechosos.

ANTECEDENTES

Situación fronteriza: Provincia de Salta - Departamento Tarija (Argentina/Bolivia)

El 8 de junio de 2025, el Centro Nacional de Enlace del Ministerio de Salud de la Nación Argentina notificó la confirmación de un caso de sarampión en una participante de una convención religiosa realizada en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. Dicho evento se llevó a cabo en dos encuentros, entre los días 9 al 11 de mayo y 23 al 25 de mayo del corriente año. Se identificó un grupo de residentes de la provincia de Salta que estuvieron expuestos al caso confirmado. En total, se registraron 39 personas expuestas, a quienes se les realizó un seguimiento clínico, sin que ninguno de ellos presentara síntomas compatibles con la enfermedad.

Hasta la Semana Epidemiológica (SE) 42, Bolivia notificó 413 casos confirmados de sarampión distribuidos en los nueve departamentos del país, concentrándose la mayor cantidad de casos en el Departamento de Santa Cruz.

En el Departamento de Tarija, se notificaron tres casos positivos: dos pertenecientes al municipio de Cercado y uno al municipio de Yacuiba. Este último corresponde a una niña de 9 años, residente del barrio San Isidro, sin dosis de vacuna aplicadas.

Hasta la SE 44, se notificaron en el país 3.152 casos sospechosos de enfermedad febril exantemática, de los cuales 35 fueron confirmados para sarampión.

En la provincia de Salta, hasta la SE 44, se notificaron 27 casos sospechosos, sin confirmaciones hasta el momento.

LÍNEA DE ACCIÓN

Ante la situación planteada la Dirección General de Coordinación Epidemiológica y la Subsecretaría de Medicina Social solicita a todos los servicios de salud de la provincia de Salta:

Conformar los Equipos locales de Respuesta Rápida (ERRA) a fin de fortalecer las acciones de vigilancia, investigación, control y bloqueo ante la aparición de casos sospechosos y/o confirmados de Sarampión/Rubeola.

Mantener la búsqueda activa de casos sospechosos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE-Sarampión/Rubéola) en todos los niveles de atención tanto en el sector público como privado.

Casos Sospechosos: Paciente con fiebre (temperatura axilar mayor a 38 °) y exantema, o cualquier caso en que el profesional de la salud sospeche Sarampión o Rubéola.

INFORMACIÓN INMEDIATA AL VIGILANTE EPIDEMIOLÓGICO DEL ÁREA OPERATIVA

Modalidad de la Vigilancia:

Notificación inmediata nominal: Todo caso SOSPECHOSO deberá notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud a través del SNVS2.0 dentro de las 24 horas de detectado, con anticipo a la Dirección General de Coordinación Epidemiológica (Guardia de Epidemiología, Teléfono, mail, WhatsApp, radiograma, etc.):

NOTIFICACIÓN INMEDIATA ANTE SOSPECHA CLÍNICA

LAS PRIMERAS ACCIONES DE BLOQUEO SE DEBEN REALIZAR EN FORMA INMEDIATA ANTE LA PRESENCIA DE UN CASO SOSPECHOSO

Actividades ante un caso sospechoso:

- ✓ Informar inmediata y fehacientemente a la autoridad sanitaria local por el medio disponible SIN ESPERAR resultados de laboratorio.
- ✓ Notificar dentro de las 24 horas al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) por parte del Vigilante Epidemiológico del Área Operativa y del laboratorio que obtenga, reciba o procese muestras ante la identificación del caso sospechoso.

- ✓ Confeccionar de manera completa la ficha de investigación epidemiológica y reportar los datos de esta en el SNVS 2.0 (componente clínico, epidemiológico y laboratorio). **ANEXO 1**
- ✓ Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: En todos los casos sospechosos notificados se deberá obtener SIEMPRE una muestra de sangre, acompañada de un hisopado nasofaríngeo o faríngeo y de orina.
- ✓ Realizar investigación epidemiológica del caso dentro de las 48 hs. de recibida la notificación del “caso sospechoso”; identificar la posible fuente de infección, censo y seguimiento de los contactos según recomendaciones. **ANEXO 2**

Investigación epidemiológica y acciones individuales ante un caso sospecho

Es responsabilidad del Nivel Operativo, arbitrar los medios que permitan desarrollar las actividades de investigación epidemiológica y control en forma oportuna, así como también reportar al nivel provincial la evolución de estas.

- ✓ Investigación epidemiológica: con el objeto de identificar la fuente de infección y el seguimiento de los contactos (Visita domiciliaria dentro de las 48 hs. de sospechado el caso).
- ✓ Realizar la vacunación de bloqueo con vacuna triple viral a los contactos del caso sospechoso que no cuenten con esquema de vacunación completo para su edad:

CIRCULAR NORMATIVA N° 11/2025. VACUNA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBEOLA – DOBLE VIRAL (DV). RADIOGRAMA 13318. 04/11/2025 (ANEXO 4)

Aislamiento del paciente:

- ✓ Disponer el aislamiento del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios.
- ✓ Evitar la circulación en transportes públicos.
- ✓ Dentro de las instituciones en el triage de emergencias, se deberá ofrecer barbijo quirúrgico a los pacientes que consulten con fiebre y exantema; en caso de internación el paciente debe ser ubicado en habitación individual, con normas de bioseguridad, con aislamiento respiratorio y de contacto.
- ✓ El personal de salud debe usar barbijo N95 siempre que tome contacto con el paciente.
- ✓ En caso de internación el paciente, preferentemente, debe ser ubicado en habitación individual con presión negativa y filtro HEPA, mientras que para circular por fuera de las habitaciones puede utilizar barbijo quirúrgico.

VIGILANCIA POR LABORATORIO MUESTRAS DE SUERO

Primera muestra: Se obtiene durante el primer contacto con el servicio de salud (NO diferir la extracción de sangre) del caso sospecho hasta un máximo de 30 días después de la aparición de la erupción. Se deben extraer de 5 – 8 ml de sangre, en un tubo estéril y sin anticoagulante (mínimo 3 ml en el caso de lactantes y niños pequeños). El tubo debe rotularse con el nombre o número de documento del paciente y la fecha de obtención de la muestra; realizar la separación del suero lo antes posible para evitar hemólisis (NO usar agujas para la separación de los coágulos).

Segunda muestra: Recitar al paciente a los 4 o 5 días de la fecha de la primera muestra para obtener la segunda muestra (siempre dentro de los 30 días posteriores a la aparición del exantema)

MUESTRAS DE ASPIRADO NASOFARINGEO (ANF) O FARINGEO (AF)

Se pueden obtener hasta 7 días posteriores a partir de la aparición del exantema.

El ANF y/o AF se coloca en un tubo estéril con medio de transporte viral (MTV) o en tubo con solución fisiológica estéril (1 a 2 ml de solución fisiológica).

MUESTRAS DE HISOPADO NASOFARÍNGEO (HNF) y/o HISOPADO FARINGEO (HF)

Se pueden tomar hasta 7 días post exantema. Se deben usar hisopos de DACRON con mango de plástico. Para obtener una muestra adecuada, se debe realizar con el hisopo, un raspado de la mucosa nasal y faríngea, ya que se requieren células por ser un virus intracelular estricto. Conservación: el HNF y/o HF se toma con hisopos de DACRON estériles y se colocan en un medio de transporte viral (MTV) o en tubo con solución fisiológica estéril (colocar en un tubo estéril el volumen necesario de solución fisiológica estéril requerido para cubrir el hisopo, el cual debe estar sumergido en su totalidad). Se aconseja por lo menos tomar dos hisopados.

MUESTRAS DE ORINA: Se puede obtener la muestra de orina hasta los 14 días posteriores a partir de la aparición del exantema, se recoge en recipiente estéril; y se puede transferir a un tubo estéril con tapa a rosca para su envío.

Las muestras de suero, orina, ANF, AF, HNF, HF, deberán enviarse refrigeradas (2 a 8 °C) y debidamente acondicionadas (Triple envase) lo más pronto posible después de su obtención, acompañadas de una copia de la Ficha Epidemiológica con notificación inmediata en el componente laboratorio del SNVS 2.0.

EL ANF, AF, HNF, HF Y ORINA, SE CONSERVAN EN HELADERA. NO CONGELAR

RECOMENDACIONES: Enviar las muestras en la medida que se van obteniendo. No diferir el envío esperando que se recolecten las tres muestras. **LAS MUESTRAS DE SUERO NUNCA DEBEN FALTAR.**

CONDICIONES DE BIOSEGURIDAD:

Se debe considerar que las muestras clínicas son potencialmente infecciosas; el personal debe conocer los lineamientos de las buenas prácticas de laboratorio y utilizar los elementos de protección personal adecuados.

RECEPCIÓN DE MUESTRAS EN EL LABORATORIO PROVINCIAL DE REFERENCIA HPMI

Las muestras pueden provenir derivadas de otros efectores públicos y privados. **CRITERIOS DE**

ACEPTACIÓN Y RECHAZO DE MUESTRAS:

Las muestras serán aceptadas si cumplen con los requisitos detallados a continuación:

1. El envío se realiza respetando las condiciones de bioseguridad apropiadas, con triple envase para envío de muestras biológicas.
2. El envase primario contenedor de la muestra tiene rótulo claro y legible, indica el tipo de muestra y la fecha de toma.
3. La/s muestra/s se mantuvieron refrigeradas durante su almacenamiento y derivación.
4. La muestra está acompañada por la ficha epidemiológica completa y se realizó la carga del caso en el SNVS2.0.
5. Los resultados emitidos por el Laboratorio Provincial de Referencia serán comunicados a través de la respuesta a la derivación en el SNVS2.0.

Las muestras no serán procesadas si no cumplen con los requisitos previamente descriptos para su aceptación. Se comunicará esta situación al efector derivante.

Muestras Clínicas que pueden recibirse: Aspirado nasofaríngeo (ANF), Hisopado Nasal-faríngeo (HNF), Hisopado Nasal(HN), Hisopado Faríngeo(HF), Orina, Suero.

Todas las muestras (Suero, Orina, ANF, AF, HNF, HF) deben ser remitidas a:

Laboratorio: Sector Inmunoserología (Laboratorio Provincial de Referencia para Sarampión-Rubéola – SRC (Laboratorio de Referencia de EFE)

Bioq. Liliana Rottigni/Bioq. Mariel Lorena Morales Hospital Público Materno Infantil

Avenida Sarmiento 1.301

4400 Salta- Capital

Teléfono: 0387- 4325000 – interno 624/140

Correo electrónico: labohmisalta@gmail.com

Lunes a viernes 7 a 19 horas Laboratorio de Inmunoserología.

Lunes a viernes 19 a 07 horas, sábados, domingos y feriados las 24 horas en el Laboratorio Central de Guardia.

REQUISITOS DEL RECIPIENTE DE TRANSPORTE:

- ✓ El envase para el transporte de muestra deberá ser el apropiado según normas internacionales para el transporte de material biológico con su interior con divisiones para tubos.
- ✓ Los embalajes deberán ser suficientemente fuertes como para resistir las incidencias propias del transporte. Deberán estar fabricados y cerrados de forma que, en las condiciones normales de transporte, no se produzcan roturas debidas a vibraciones o a cambios de temperatura, de humedad o de presión.
- ✓ El embalaje/envase deberá comprender a los menos tres componentes: un recipiente primario, un embalaje secundario y un embalaje/envase exterior o terciario:
- ✓ Uno de los dos compartimentos, el secundario o el exterior, deberá ser rígido.
- ✓ Los recipientes primarios se embalarán en los secundarios de forma tal que, en las condiciones normales de transporte, no puedan romperse, perforarse o permitir la fuga de contenido al secundario.
- ✓ Los embalajes secundarios se asegurarán en embalajes exteriores con un material amortiguador adecuado. Cualquier fuga de contenido no comprometerá la integridad del material de relleno del embalaje exterior.

Diagnóstico diferencial en el marco de la Vigilancia intensificada del Síndrome Febril Agudo

Las muestras de suero que resulten negativas para el diagnóstico de arbovirus (Dengue, Chikungunya y Zika) y que presenten "FIEBRE y EXANTEMA" deberán ser enviadas al Laboratorio Provincial de Referencia para Sarampión- Rubéola – SRC (Laboratorio de Referencia de EFE). El envío lo tiene que realizar el Laboratorio Provincial o Regional de la Red de Dengue y otros Arbovirus que tiene capacidad diagnóstica de las arbovirosis, realizando la derivación correspondiente de la muestra a través del SNVS 2.0.

En ANEXO 3 se ofrece la norma de Sarampión/Rubeola extraída del manual de Normas nacional del año 2022.

En ANEXO 4 se adjunta la Circular Normativa 11/2025 (Radiograma 13318) del Programa de Inmunizaciones.

En ANEXO 5 se comparte el protocolo provincial de monitoreo rápido de coberturas de Sarampión /Rubeola

En ANEXO 6 se encuentra el Calendario Nacional de Vacunación.

ANEXO 1

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FICHA DE INVESTIGACION DE CASO SOSPECHOSO DE ENFERMEDAD FEBRIL EXANTEMATICA (SARAMPION-RUBEOLA)										SR	
E.N.O. DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA ANTE SOSPECHA CLÍNICA. LEY N° 15465/60											
DEFINICIÓN DE CASO:		Caso sospechoso: paciente de cualquier edad, con fiebre (38° o más) y exantema, o en el cual un profesional de la salud sospeche sarampión o rubéola.									
Completar ante sospecha: Sarampión <input type="checkbox"/> Rubéola: <input type="checkbox"/> Otra E.F.E. <input type="checkbox"/>											
Establecimiento notificador: _____										Fecha de notificación ____/____/____	
Fuente de notificación:		Consulta <input type="checkbox"/>		Laboratorio <input type="checkbox"/>		Búsqueda activa <input type="checkbox"/>		Vigilancia SFA <input type="checkbox"/>			
Notificador					Profesión:						
e-mail					Tel/cel						
DATOS DE IDENTIFICACION DEL CASO											
Nombre y Apellido: _____										Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Fecha de nacimiento: _____		Edad: _____ años _____ meses		D.N.I. _____							
Provincia _____		Departamento _____		Localidad _____							
Domicilio _____		Barrio _____									
Tel/cel _____		Urbano <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>									
DATOS CLÍNICOS (marcar con X)				Fecha de Consulta		DATOS DE VACUNACIÓN (marcar con X)				Fecha de última dosis	
	Si	No	Desc.	Fecha de inicio		Vacuna	Si	No	Desc.		
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Antisarampionosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Exantema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Doble viral (SR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Trine viral (SRP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Catarro nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			DATOS EPIDEMIOLÓGICOS (marcar con X) Fecha de Investigación Tuvo contacto con un caso de sarampión/rubéola 7 a 23 días previos al comienzo del exantema? (SI/NO) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> Viajó en los 7-23 días previos al comienzo del exantema? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> Estuvo en contacto con alguna embarazada desde el comienzo de los síntomas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desc. <input type="checkbox"/> Donde? _____					
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Adenopatías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Artralgia/Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
EMBARAZADA		SI		NO							
Edad gestacional (semanas): _____		F.P.P. _____									
Donde se controla el embarazo?											
INTERNADO		SI		NO		Fecha de internación					
Hospital/Clinica _____											
DEFUNCION		SI		NO		Fecha de defunción					
ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL											
				Si		No		Fecha			
Visita domiciliaria (dentro de las 48 hs de notificación)				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Nº de contactos _____			
Otros (donde): _____				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Nº de dosis de vacunas aplicadas _____			
Vacunación de bloqueo para Sarampión/Rubéola				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Nº de personas con Gamma aplicada _____			
Se realizó búsqueda activa?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Nº de casos encontrados _____			
Se realizó monitoreo rápido de cobertura?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		% de cobertura encontrada _____			
LABORATORIO											
Muestra	Fecha de toma de muestra	Laboratorio que toma la muestra	Fecha de recepción en el Lab. De Ref.	Fecha de procesamiento	Resultado	Obs.					
Suero (1º M)											
Suero (2º M)											
Orina											
Asp. Nasofaringeo											
Hisop. Nasofaringeo											
a primera muestra de suero debe remitirse INMEDIATAMENTE al Laboratorio Provincial de Referencia para su procesamiento Laboratorio Provincial de Referencia: Laboratorio de Inmunoserología. Hospital Público Materno Infantil. Avda. Sarmiento 1301. Salta (capital) Tel.0387-4325000. Interno 624/140.											
CLASIFICACIÓN FINAL											
Sarampión		Rubéola		Descartado							
Confirmado por laboratorio		Confirmado por nexo epidemiológico		Compatible							
Todos los casos sospechosos de Sarampión y Rubéola deben ser anticipados en forma INMEDIATA a la Dirección General de Coordinación Epidemiológica por Teléfono, Fax, mail, Whatsapp, Radiograma											
INFORMAR A LA GUARDIA DE EPIDEMIOLOGIA mail: vigiepide@gmail.com											

Firma y Sello del notificador

ANEXO 2**Acciones de control ante caso SOSPECHOSO de sarampión/rubéola (Paciente con Enfermedad Febril Exantemática o EFE)**

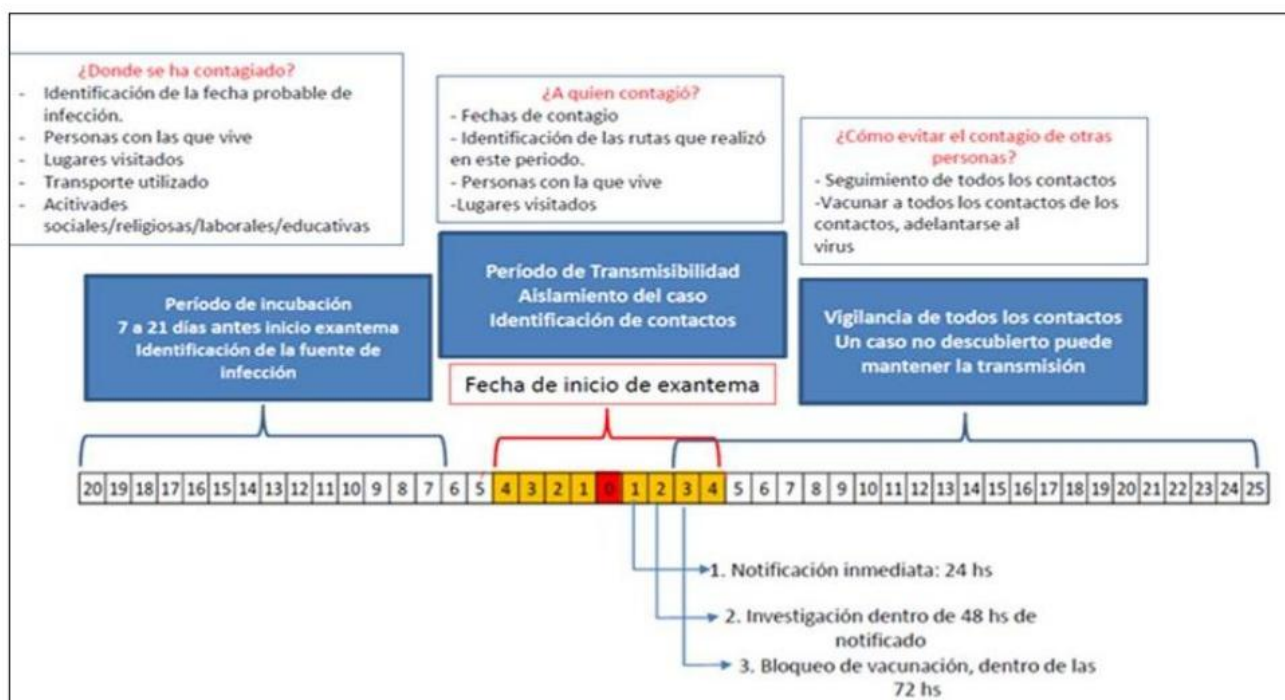
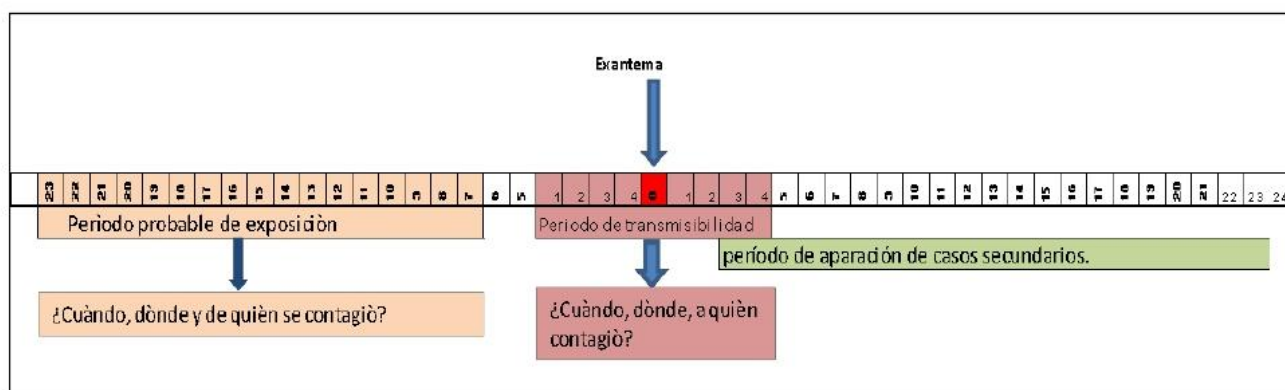
- Llenar en forma completa todos los **datos de la ficha**: edad, sexo, domicilio, especial atención a antecedentes de vacunación con vacuna con componente sarampión (antisarampionosa, doble o triple viral) detallando fecha y número de dosis, fecha de exantema, contacto con embarazadas, inmunosuprimidos y menores de un año
- **Asegurar que se hayan recolectado las muestras de** sangre, orina e hisopado nasofaríngeo.
Sólo se deben obtener muestras de los pacientes sospechosos que presenten fiebre y exantema (no tomar muestras a contactos asintomáticos).
- **Cargar en caso en el SNVS2.0, completar todas las pestañas (clínica, laboratorio y epidemiología)**
- Interrogar al paciente con orientación a realizar una **evaluación de riesgo** (búsqueda de fuente de infección)
- ¿Estuvo contacto con personas sintomáticas?
- ¿Viajó 7-21 días previos al inicio de síntomas? Asentar destino del viaje y fechas de partida y regreso.
- ¿Qué actividades realizó 7-21 días previos al inicio de síntomas? (evaluar asistencias a eventos deportivos, fiestas, servicios religiosos, etc)
- **Manejo de contactos:**
- Releva personas con las que estuvo en contacto desde 4 días antes a 4 días después del inicio del exantema (7 para rubéola).
- Es importante que la familia sepa a quién llamar si aparece un exantema en otra persona (dejar un contacto para que se comuniquen).
- Evaluar estado de vacunación en contactos (chequear el carnet de vacunación) Asegurar que todos los contactos cuenten con las dosis de vacuna contra sarampión correspondientes al calendario nacional de vacunación y estrategias adicionales (campañas). En los que no cuenten con estas dosis se completará esquemas.
- Evaluar contacto con embarazadas. Verificar el carnet de vacunación, si no se contara con 2 dosis de vacuna con componente sarampión, realizar IgG.
- Evaluar contacto con inmunosuprimidos. Solicitar IgG independientemente del estado de vacunación.
- El paciente debe mantenerse en aislamiento hasta 7 días post exantema o hasta descartar el caso, lo que sucediera primero. Durante este período no puede estar en contacto con susceptibles.

Acciones de control ante caso CONFIRMADO de sarampión/rubéola

1. **Verificar que se cuente con todos los datos previos, recolectados ante la notificación del caso sospechoso.**
2. **Evaluar la cobertura de vacunación**
3. **Construir una línea tiempo***
4. **Búsqueda de fuente de infección (cuando se contagió el paciente): ver dónde y con quien estuvo de 7 a 21 días antes del exantema:**

- Preguntar si hay otros casos sospechosos en la casa, en las casas vecinas o en los lugares frecuentados por el paciente (instituciones educativas, clubes, trabajo, etc.).
- Si se detectara un caso, debe ser localizado y estudiado por laboratorio y completar el estudio de fuente de infección y seguimiento de contactos.
 - ¿Estuvo expuesto a otro caso de sarampión confirmado por laboratorio?
 - ¿Viajó a otros países durante los 7 a 21 días anteriores al inicio del exantema?
 - ¿Cuándo se mudó a su domicilio actual?
 - ¿Dónde trabaja o estudia el paciente?
 - ¿Cómo va al trabajo o a la escuela (medio de transporte)?
 - ¿Hay otros casos en el trabajo o la escuela?
 - ¿Dónde se lleva a cabo la vida social del paciente (mercado, iglesia, club, escuela, etcétera)?
 - ¿Conoce otros casos en estos grupos sociales?

*Línea de tiempo





5. Periodo de transmisibilidad (búsqueda de casos secundarios) desde 4 días antes a

4 días después del exantema para sarampión o +/-7 para rubéola.

- Evaluar todas las personas con la que el paciente estuvo en contacto en este periodo. Detallar todas estas personas expuestas, con datos para contactarlos para el seguimiento.

Convivientes	Edad	Ocupación	Vacunación SR-SRP	Observaciones (embarazada/inmunesuprimido/etc)

Otros contactos	Edad	Ocupación	Vacunación SR-SRP	Observaciones (embarazada/inmunesuprimido/etc)	Teléfono para contacto

- Se deber realizar seguimiento de todos los contactos por 28 días posteriores evaluando aparición de síntomas. Se deben hacer visitas o llamadas telefónicas cada dos días para preguntar si se han producido nuevos casos en el hogar o en contactos.

6. Bloqueo en contactos de caso CONFIRMADO

- ☐ Asegurar DOS DOSIS de vacuna con componente sarampión (Doble o triple viral) en TODOS los contactos mayores de 1 año. Niños de 1 -5 años que cuenten con una sola dosis, se debe dar una segunda. Personas nacidas antes de 1965 se consideran inmunes y no necesitan vacunarse.

Niños de 6 a 11 meses: Indicar vacuna con componente sarampión.

Indicar gammaglobulina polivalente. La dosis recomendada es 0,25 ml/kg, administrada por vía intramuscular, dentro de los 6 días pos exposición (1).

Indicaciones especiales:

- Niño inmunocomprometido: 0.5 ml/kg (dosis máxima 15 ml)
 - Inmunosuprimidos: 0.5 ml/kg
 - Menores de 6 meses y embarazadas: 0.25 ml/kg
- ☐ El paciente debe mantenerse en **aislamiento** hasta 7 días después del exantema. En este período no puede estar en contacto con susceptibles.

La decisión de modificar la edad de vacunación en la población general dependerá del contexto epidemiológico y se tomará junto con autoridades sanitarias.

7. REMITIR INFORME DE BROTE QUE CONTEMPLE TODAS LAS ACCIONES REALIZADAS AL NIVEL CENTRAL

ANEXO 3**Enfermedad Febril Exantemática-EFE (Sarampión/Rubéola)***Categoría: Eventos Transmisibles**Grupo: Enfermedad Febril Exantemática-EFE (Sarampión/Rubéola)**Última actualización: 2021*

Código CIE-10	Sarampión (B05) Rubéola (B06)
Descripción del problema de salud pública	<p>Rubéola:</p> <p>Es una enfermedad viral que produce exantema febril, generalmente de curso benigno cuando se produce en la infancia. El virus de la rubéola puede afectar al feto cuando infecta a mujeres embarazadas, fundamentalmente en el primer trimestre de gestación y producir el síndrome de rubéola congénita (SRC). Argentina está libre de casos de casos endémicos desde el año 2009, pero ha tenido brotes asociados a la importación.</p> <p>Se manifiesta clínicamente con un periodo prodrómico de 1 a 5 días de duración generalmente en adultos, los niños suelen tener pocos síntomas previos o ninguno. Los pródromos incluyen fiebre baja, cefalea, malestar general, anorexia, conjuntivitis leve, rinitis, dolor de garganta, tos y linfadenopatías. De 5 a 10 días antes del exantema aparece la linfadenopatía retroauricular, occipital y cervical posterior, la cual es el signo más característico. Si bien estos síntomas no son específicos de la rubéola, la linfadenopatía puede ser más pronunciada y durar más tiempo (varias semanas) en la rubéola que en otras enfermedades exantemáticas.</p> <p>Después de que el virus de la rubéola infecta la nasofaringe, se multiplica en el revestimiento de las vías respiratorias y en los ganglios linfáticos locales antes de pasar al torrente sanguíneo. La viremia empieza entre 5 a 7 días después de la infección y se disemina al resto del cuerpo, incluida la piel. El exantema es mediado por una reacción inmunitaria y coincide con la aparición de anticuerpos específicos contra el virus. El virus se puede aislar de la nasofaringe desde una semana antes del comienzo del exantema hasta una semana después de su aparición.</p> <p>El exantema puede faltar en hasta el 50% de los casos, es eritematoso, no confluyente, maculopapular, progresa de cefálico a caudal, se generaliza en 24 horas y dura entre 1 y 5 días. Es indistinguible del producido por el sarampión, dengue, parvovirus B19, Coxsackie, echovirus, adenovirus o escarlatina.</p> <p>Otras manifestaciones clínicas: leucopenia y trombocitopenia, raramente hemorragias. Las mujeres adultas pueden presentar artralgias y artritis.</p> <p>Sarampión:</p> <p>Es una enfermedad viral aguda potencialmente grave, transmisible y extremadamente contagiosa. A pesar de contar con una vacuna segura y altamente eficaz, el sarampión sigue siendo una de las principales causas de mortalidad en la infancia a nivel mundial. A pesar del control de la enfermedad en muchos países y la eliminación en otros, entre 2016 y 2019 los muertos por sarampión aumentaron 50%, estimándose 207.500 en 2019. En este año, los casos notificados fueron de 869.770, el mayor número notificado desde 1996.</p> <p>La tasa de letalidad por sarampión es más alta en los niños menores de 12 meses. En los países desarrollados, la tasa de letalidad es de 0,05-0,1 por 1.000 casos, mucho más bajo que en países en desarrollo en los que puede ser de 3-6%. La</p>

desnutrición y la inmunodeficiencia severa (por ejemplo, HIV-SIDA) son factores de riesgo para presentar complicaciones, incluyendo la muerte.

Aproximadamente el 30% de los casos de sarampión presentan una o más complicaciones como otitis media (7-9%), neumonía (1.6%), diarrea (6%), ceguera y encefalitis post-infecciosa (1 por 1.000 casos). El riesgo de presentar complicaciones graves por sarampión es mayor en lactantes y adultos. Una complicación más rara pero mortal es la panencefalitis esclerosante subaguda (PEES) (1 por cada 100.000 casos), que se presenta 8-10 años después de haber cursado un cuadro agudo de sarampión, más frecuentemente cuando ocurrió antes de los dos años de vida.

La vigilancia epidemiológica de rubéola y sarampión continúa siendo un gran desafío. La Región de las Américas certificó la eliminación de ambas enfermedades en el año 2015 y 2016 respectivamente, sin embargo, debido a los brotes activos en otras regiones y a coberturas heterogéneas de vacunación, el virus de sarampión se reintrodujo en Brasil y Venezuela. Hasta el año 2021 se mantiene la eliminación de rubéola en la Región de las Américas y 33/35 países sostienen la eliminación de la circulación endémica del sarampión.

Las actuales estrategias definidas por OPS para mantener la eliminación de Sarampión, la rubéola y el SRC, son las siguientes:

- Lograr y mantener coberturas de vacunación >95% en los programas rutinarios con dos dosis de vacuna contra el sarampión, rubéola y paperas (SRP), a nivel nacional y departamental.
- Realizar campañas nacionales de vacunación (seguimiento, barrido o aceleración), según situación epidemiológica.
- Implementar una vigilancia integrada del sarampión y la rubéola, debido a las similitudes en los síntomas clínicos, investigación epidemiológica, y estudios de laboratorio.
- Reforzar la vigilancia integrada, así como la capacidad de respuesta oportuna de toda la red de vigilancia frente a la aparición de un caso sospechoso, ejecutando las acciones de bloqueo necesarias.
- Desarrollar la capacidad nacional y operativa de los países para mantener la eliminación del sarampión y la rubéola, mediante el establecimiento o el mantenimiento de las comisiones nacionales para monitorear los planes de sostenibilidad de la eliminación, así como la utilización de herramientas regionales y nacionales para actualizar y entrenar a los trabajadores de la salud de los sectores público y privado
- Establecer mecanismos estandarizados para brindar una respuesta rápida frente a los casos importados de sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica de estas enfermedades en los países, estableciendo o activando los grupos de respuesta rápida entrenados con este fin y desplegando planes nacionales de respuesta rápida frente a los casos importados.

Agente etiológico	<p>Rubéola: el virus de la rubéola es un virus ARN, único miembro del género <i>Rubivirus</i> de la familia <i>Togavirus</i>. El virus de la rubéola tiene 1 serotipo y 13 genotipos.</p> <p>El virus es relativamente termolábil, pero es más estable al calor que el virus del sarampión; se inactiva después de 30 minutos a 56°C, de 4 minutos a 70°C y de 2 minutos a 100°C. El virus se degrada rápidamente con la congelación convencional a -20°C, pero es estable a -60°C y menores temperaturas. y cuando se liofiliza con estabilizadores. Cuando el virus se estabiliza con una proteína, es posible someterlo a congelación y descongelación sin pérdida del título, por esto es importante el uso de medios de transporte para virus que contengan una proteína, al tomar muestras clínicas</p> <p>Sarampión: el virus del sarampión es un virus ARN, pertenece a la familia <i>Paramyxoviridae</i>, género <i>Morbillivirus</i>. Aunque existe un solo serotipo del virus del sarampión, los virus salvajes presentan una gran variabilidad genética, reconociéndose 24 genotipos. Esta variación del genotipo no parece tener importancia biológica, pues no modifica la eficacia de la vacuna.</p> <p>El virus del sarampión es viable durante menos de 2 horas a temperatura ambiente en las superficies y los objetos. Es muy sensible al calor y se inactiva después de 30 minutos a 56°C, así como con solventes como el éter y el cloroformo, ácidos (pH <5), bases (pH >10) y con la radiación ultravioleta y la luz visible. También es sensible a múltiples desinfectantes, como hipoclorito de sodio al 1%, alcohol al 70% y formol. El virus del sarampión puede vivir hasta dos horas en un espacio aéreo después de que una persona infectada abandona el área.</p>
Modos de transmisión	<p>Rubéola: la transmisión de rubéola es por contacto directo de secreciones nasales o faríngeas de personas infectadas, a través de gotitas de Flügge. Los lactantes con SRC excretan grandes cantidades de virus por secreciones faríngeas y orina hasta un año después del nacimiento. La transmisión se puede producir desde 7 días antes a 5-7 días después de la aparición del exantema, pero es más contagiosa mientras persiste el exantema. También puede transmitirse a partir de casos subclínicos (suponen aproximadamente entre 25-50% de todas las infecciones).</p> <p>Sarampión: la transmisión es fundamentalmente por vía respiratoria, de persona a persona, por diseminación de gotitas de Flügge (a través del aire), que entran en contacto con las vías respiratorias superiores o conjuntivas. Con menor frecuencia a través de artículos recién contaminados con secreciones nasales o faríngeas de personas infectadas.</p> <p>La presencia de aerosoles permite la transmisión aérea en lugares cerrados (consultorios e internaciones), persistiendo hasta dos horas después que la persona infectada se haya retirado.</p> <p>Es una enfermedad altamente contagiosa, con alto grado de transmisibilidad. Habitualmente se puede transmitir desde 4 días antes hasta 4 días después de aparecer el exantema.</p>
Reservorio - Vector	El único reservorio es el ser humano.
Período de incubación	<p>Rubéola: El periodo de incubación de la rubéola oscila entre 14 y 18 días, con un rango de 12 a 23 días.</p> <p>Sarampión: el período de incubación dura aproximadamente 10 días, y varía de 7 a 18 días desde la exposición hasta el comienzo de la fiebre, y unos 14 días hasta que aparece la erupción, con un rango de 7 a 21 días.</p>

Objetivos de la vigilancia	<ul style="list-style-type: none"> — Documentar la sostenibilidad de la eliminación de la circulación endémica del virus del sarampión, demostrando la ausencia de circulación viral. — Detección, investigación y clasificación final de todos los casos sospechosos. — Realización oportuna de actividades que eviten o limiten la transmisión secundaria tanto a nivel individual como comunitario. — Evaluar la presencia de zonas de alto riesgo epidemiológico (por bajas coberturas, silencio epidemiológico, fronteras, turismo, etc)
Definición y clasificaciones de caso	<p>Caso sospechoso de EFE*: paciente de cualquier edad con fiebre (temperatura axilar >38°C) y exantema.</p> <p>O bien que un trabajador de la salud sospeche sarampión o rubéola, independientemente del antecedente vacunal.</p> <p>Caso de Sarampión o Rubéola probable: caso sospechoso con algún resultado de laboratorio indeterminado o positivo, hasta que se defina su clasificación final. Esta clasificación es transitoria, hasta que se completen los estudios de laboratorio e investigación epidemiológica para confirmar o descartar el caso.</p> <p>Caso EFE descartado (para sarampión y rubéola): caso sospechoso en el que después de una investigación completa se verifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> – IgM negativa a partir del cuarto día del inicio del exantema, o – ausencia de seroconversión de IgG para sarampión o rubéola, en dos muestras pareadas de suero con 14 días entre la primera y segunda muestra O – IgM y PCR negativa antes del cuarto día de comienzo del exantema en muestras virológicas aptas para el diagnóstico. <p>Caso de Sarampión o Rubéola confirmado por laboratorio: caso sospechoso de EFE en el que los resultados de laboratorio confirman la infección por el virus del sarampión o rubéola por:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Detección de seroconversión de anticuerpos específicos de tipo IgG en muestras pareadas con un intervalo de 14 días entre la primera y segunda muestra de suero, o – Detección de genoma viral mediante técnica de reacción de la en cadena de la polimerasa (PCR), o – Aislamiento del virus sarampión o rubéola en muestras respiratorias u orina, o – Detección de anticuerpos específicos de tipo IgM contra el sarampión o rubéola en una muestra de suero, en ausencia de vacunación reciente y habiendo descartado reacción cruzada con otros virus. <p>En todos los casos confirmados por laboratorio se deben completar los estudios de genotipo y linaje.</p> <p>Caso de Sarampión o Rubéola confirmado por nexo epidemiológico: caso sospechoso con contacto directo con otro caso confirmado por laboratorio que inició exantema de 7 a 21 días antes que el caso a clasificar.</p> <p>Si durante la investigación epidemiológica del caso confirmado por laboratorio se detecta un caso de enfermedad exantemática febril, que haya comenzado el</p>

exantema de 7 a 21 días previos al caso confirmado y tenga contacto directo con él; será clasificado como caso confirmado por nexo epidemiológico.

Clasificación de los casos confirmados de sarampión según la fuente de infección:

- Casos importados: Es el caso confirmado que ha viajado a otro país donde existe circulación viral durante los 7 a 21 días anteriores al inicio del exantema. Es importante descartar la posibilidad de exposición local después de una exhaustiva investigación en la comunidad. Los estudios de epidemiología molecular de los virus aislados del paciente podrían proporcionar información adicional sobre la probable fuente de importación del sarampión; estos deben ser compatibles con los que circulan en las áreas o países visitados.
- Casos relacionados con importaciones: Caso confirmado que ha estado expuesto localmente como eslabón de una cadena de transmisión iniciada en un caso importado. Por tanto, la investigación debe demostrar que el caso relacionado con importación tuvo contacto directo con un caso importado cuyo exantema aparece 7 a 21 días antes que el del caso investigado. Los datos de secuenciación molecular del virus aislado, si se cuenta con ellos, podrían confirmar el vínculo.
- Caso con fuente de infección desconocida: Caso confirmado en el que no se hubiera podido detectar la fuente de infección, en ausencia de circulación endémica en el país.. Es posible que no pueda encontrarse un vínculo epidemiológico con un caso importado o con un caso relacionado con importación, incluso después de una investigación exhaustiva.
- Caso endémico: Un caso confirmado que, respaldado por evidencia epidemiológica y/o virológica, indica que es parte de una cadena de transmisión endémica, lo que significa que el virus aislado ha estado circulando en el país por un periodo mayor o igual a 12 meses.

Caso de Sarampión o Rubéola confirmado por clínica: caso sospechoso sin muestra adecuada y sin una investigación epidemiológica que permita descartar el caso. Esta clasificación se considera una falla del sistema de vigilancia.

*Tener en cuenta en el interrogatorio el antecedente de vacunación con vacuna triple viral 5-21 días previos a la aparición de síntomas. Al tratarse de una vacuna viral atenuada, en estos casos podría tratarse de un Evento Supuestamente **Atribuible** a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) y debe notificarse a través del módulo ESAVI en el SISA.

Caso de Sarampión o Rubéola relacionado a la vacunación Clínicos:

- Enfermedad exantemática febril, sin tos u otros síntomas respiratorios que acompañen el exantema.
- Exantema que inició de 5 a 21 días posteriores a la vacunación (teniendo en cuenta el componente rubéola).

De laboratorio:

- IgM positiva en una muestra de 8 a 56 días después de la vacunación.
- La investigación de laboratorio no pudo establecer otras causas y tampoco se pudo obtener virus salvaje mediante cultivo o PCR (determinación de genotipo vacunal)
- Recordar que las pruebas serológicas no permiten establecer la diferencia entre la respuesta inmunitaria a la infección natural y a la vacunación; esto sólo se puede conseguir con el aislamiento viral o PCR y su genotipificación.

Epidemiológicos:

- Una exhaustiva investigación en terreno no logra detectar evidencia de fuente de infección conocida ni presencia de casos secundarios en el municipio de residencia ni en los colindantes.
- El paciente no debe presentar antecedente de haber recibido la vacuna como bloqueo por contacto con un caso confirmado, ni viaje a zonas de circulación viral en los 7-21 días previos al inicio del exantema.

Todos los casos sospechosos deben contar con una clasificación final que permita descartarlos o confirmarlos.

No pueden quedar casos con clasificaciones intermedias

como "sospechoso", "probables", o "sospechoso-no conclusivo".

Definición de brote	En la fase de eliminación del sarampión y rubéola en la que se encuentra el país y la región, la ocurrencia de un solo caso confirmado se considera brote.			
Notificación	Evento SNVS	Modalidad	Estrategia / Componente	Periodicidad
	Enfermedad Febril Exantemática-EFE (Sarampión/Rubéola)	Individual /intensificada/ negativa	Universal / Clínica Laboratorio Epidemiología	Inmediata
	Formulario de notificación de brotes			

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

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

Las recomendaciones de vacunación ante situación de brote o para viajeros pueden cambiar según la situación epidemiológica. Se pueden consultar en <https://www.argentina.gob.ar/salud/sarampion/vas-a-viajar> y <https://www.argentina.gob.ar/salud/sarampion>

Medidas ante casos y contactos	Medidas ante un caso sospechoso:
	<ul style="list-style-type: none"> – Informar inmediata y fehacientemente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso y sin esperar resultados de laboratorio. – Confeccionar de manera completa la ficha de investigación epidemiológica y reportar los datos de la misma en el SNVS 2.0, evento Enfermedad Febril Exantemática. – Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: Tomar siempre muestra de sangre; además, tomar muestra de orina hasta 14 días posteriores a la aparición de exantema (preferentemente hasta el día 7) y/o hisopado nasofaríngeo (HNF) hasta 7 días posteriores. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que debe realizarse dentro de las 48hs. posteriores a la toma. – Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios. No circular en transportes públicos ni dentro de las instituciones. <p>Medidas en los contactos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hacer búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (niños menores de 1 año, niños, adolescentes y adultos con vacunación incompleta o sin vacunación). – Vacunación de contactos dentro de las 72 horas de captado el caso a quienes no cumplan con las siguientes indicaciones: <ul style="list-style-type: none"> o De 13 meses a 5 años: a quienes no pudieran acreditar UNA DOSIS de vacuna triple viral (correspondiente a calendario de vacunación) o De 5 a 50 años: quienes no pudieran acreditar DOS DOSIS de vacuna doble o triple viral aplicadas después del primer año de vida. – Inmunoglobulina de pool: indicada dentro de los 6 días del contacto con casos confirmados de sarampión en pacientes severamente inmunodeprimidos (independientemente del antecedente de vacunación), embarazadas sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y menores de 6 meses. La aplicación de inmunoglobulina es intramuscular y la dosis recomendada es de 0.5 mL/kg (dosis máxima 15 mL) – Búsqueda de la fuente de infección: Se buscará todo posible contacto con un caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar posibles situaciones o lugares de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc. – Localización y seguimiento de los contactos: Personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con vínculo

epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola); la transmisión es más probable que ocurra en lugares cerrados e instituciones. Realizar el seguimiento de los potenciales susceptibles hasta 21 días después del inicio del exantema del caso.

Medidas ante brotes	Las acciones de control de brote se deben realizar ante todo caso sospechoso sin esperar la confirmación diagnóstica. Todas las instituciones tanto públicas como privadas, deben notificar a la dirección de epidemiología local dentro de las 24 horas del diagnóstico. Se deben realizar las acciones de bloqueo con vacuna triple o doble viral o gammaglobulina, según indicación dentro de las 48 hs del diagnóstico del caso sospechoso.
----------------------------	---

ANEXO 4

Programa de
InmunizacionesSubsecretaría de
Medicina SocialMinisterio de
Salud Pública

Salta, 04 de Noviembre 2025

Radiograma N° 13318
Programa de Inmunizaciones
Circular Normativa N°/2025
Circular Normativa N° 11 - 2025

VACUNA CONTRA SARAMPIÓN Y RUBEOLA - DOBLE VIRAL (DV)

Destinatarios: Al Sr. Gerente General de cada Área Operativa y por su intermedio al **equipo de salud** de su dependencia, siendo el primer responsable del cumplimiento de esta normativa.

Implementación: A partir de Noviembre de 2025.

Fundamentación: el sarampión y la rubeola son enfermedades potencialmente erradicables, ya que el ser humano es el único reservorio y existen vacunas muy eficaces y seguras para su prevención.

Sarampión: puede causar graves complicaciones como neumonía, convulsiones, meningoencefalitis, ceguera, retraso mental grave y trastornos degenerativos tardíos del sistema nervioso central.

Rubeola: cuando una mujer embarazada contrae esta enfermedad especialmente durante el primer trimestre, en 90% de los casos, se produce infección fetal y **Síndrome de Rubeola Congénita (SRC)**, el cual provoca muertes fetales, neonatales y graves malformaciones en el recién nacido, causando sordera, ceguera y cardiopatías congénitas, así como importantes trastornos de aparición tardía.

En el 2025, la situación epidemiológica en Argentina se ha visto marcada por un brote activo de sarampión en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), que comenzó en enero y continúa bajo investigación y seguimiento hasta la fecha.

Propósito: mantener la eliminación del Sarampión, Rubeola y SRC en Argentina.

Meta: Vacunar al 100% de la población objetivo, que no presenten contraindicación para recibir la vacuna

El Programa de Inmunizaciones cuenta con las siguientes vacunas:

VACUNA TRIPLE VIRAL: Vacuna del calendario, se debe aplicar a los 12 meses y al ingreso escolar (vacunación por cohorte), por lo que todos los niños/as nacidos en 2020 ya debieran haber recibido la dosis correspondiente.

VACUNA DOBLE VIRAL

Agente Inmunizante: Es una suspensión liofilizada de virus vivos atenuados de sarampión y rubéola.

Presentación: **Multidosis Contiene 10 dosis de 0,5 ml**, Polvo Liofilizado para reconstituir exclusivamente con su diluyente. (Rotular el frasco con fecha y hora de apertura)

Duración del frasco abierto: **6 horas. ROTULAR CON FECHA Y HORA DE APERTURA**

Dosis: 0,5 ml.

Vía: Subcutánea, ángulo de 45°, usando aguja calibre 25G, X 5/8.

Lugar de aplicación: Menores de 1 año zona anterolateral del muslo. Mayores de 1 año zona deltoidea.

Conservación: Vacuna y diluyente en heladera a temperaturas de 2° A 8° C, protegida de la luz. Una vez reconstituida, debe mantenerse refrigerado y protegido de la luz, aplicar política de frascos abiertos.

Contraindicaciones:

- Reacción alérgica grave (anafilaxia) ante una dosis anterior o a componentes de la vacuna
- Inmunodeficiencia grave como enfermedades oncohematológicas, inmunodeficiencia congénita, tratamiento inmunosupresor, VIH sintomático grave o con recuento de CD4 menor de 15%
- Embarazadas
- Menores de 6 meses

Precauciones:

- Enfermedad aguda febril grave en curso.
- Púrpura trombocitopénica.

Se deben respetar los intervalos entre la administración de sangre y hemoderivados en los últimos 66 7 meses respectivamente, por la presencia de anticuerpos.

Programa de
InmunizacionesSubsecretaría de
Medicina SocialMinisterio de
Salud PúblicaSALTA
GOBIERNO

Uso simultáneo con otras vacunas: Puede administrarse junto con otras vacunas en uso. Deben aplicarse en sitios anatómicos diferentes. Además puede realizar en forma simultánea con otras vacunas de virus vivos atenuados parenterales (ej: fiebre amarilla, varicela) o dejar un intervalo mínimo de 28 días entre ellas.

Efectos postvacunales: la mayoría son leves entre ellos fiebre mayor a 39° C o exantema entre los 5 y 12 días después de aplicada la vacuna.

POBLACIÓN OBJETIVO:

- **Adultos nacidos a partir de 1965:**

Todos los adultos **nacidos desde 1965** deben certificar que tienen **dos dosis** de la vacuna contra el sarampión y la rubéola (SR) **aplicadas después del primer año de vida**.

Si no tienen dosis registradas, deben **iniciar** el esquema de vacunación.

Si solo tienen una dosis, deben **completar** el esquema con la segunda.

- **Viajeros:**

✓ Adultos que viajen a zonas de riesgo como Ciudad Autónoma de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires y países con alto riesgo epidemiológico como Bolivia, Brasil, Estados Unidos, Canadá, Paraguay

✓ Niños **menores** de 6 meses no podrán ser vacunados. Se sugiere aplazar y/o reprogramar el viaje a áreas de circulación, puesto que en ellos la vacuna doble y triple viral están contraindicadas y constituyen el grupo etario de mayor vulnerabilidad.

✓ Niños de **6 a 11 meses** que viajen a zonas de riesgo: Se debe aplicar una **Dosis Cero**; esta dosis es adicional y no debe ser tenida en cuenta como esquema de vacunación de calendario.

✓ Niños de 13 meses a 3 años 11 meses 29 días inclusive. Si acreditan una dosis de triple viral, se vacunará con doble viral como dosis extra por el viaje que realiza. Si no acreditan ninguna dosis se vacunará primero con triple viral y 28 días después con doble viral. Esto no reemplaza la vacunación del calendario

✓ Mayores de 4 años, adolescentes y adultos: deben acreditar al menos **DOS DOSIS** de vacuna con componente contra el sarampión (monovalente, doble o triple viral) aplicada después del año de vida

✓ Embarazadas: Se recomienda viajar solo si acreditan al menos dos dosis de vacuna con componente anti sarampiñoso (monovalente, doble o triple viral) aplicada después del año de vida o confirmar a través de un estudio de laboratorio la presencia de anticuerpos contra sarampión (serología IgG+ contra sarampión). Se desaconseja viajar a las embarazadas sin antecedentes comprobables de vacunación o sin anticuerpos contra el sarampión.

- **Vacunación en Personal de Salud:**

Debe acreditar al menos 2 dosis de vacuna con componente anti sarampiñoso aplicada después del año de vida.

Registro de dosis: Se registran las dosis aplicadas en forma clara y legible en:

A. Planilla Siisa Nomivac: En forma nominalizada con fecha, lote, firma y sello del vacunador

B. Certificados de vacunas aplicadas Niños y Adolescentes o Adultos: consignar vacuna DV, fecha, lote, firma y sello del vacunador. En los niños se registrará en el espacio destinado a "otros" y en el caso de 6 a 11 meses dejando constancia que corresponde a "dosis cero".

C. Todas las dosis de vacunas deberán ser cargadas en Sistema Nomivac - SIISA (Ley 27491)

Kit De Anafilaxia: cada servicio debe contar con los materiales y medicación completos y vigentes (adrenalina, descartables y rótulo con indicaciones de dosis por edad)

Dra. Gabriela Villagran
Programa de Inmunizaciones

Lic. ADRIANA MAGDALENO
Directora de Medicina Preventiva de la Salud
Ministerio de Salud Pública - Salta

Lic. María Gabriela Dorigato
Subsecretaría
Subsecretaría de Medicina Social
MSP - Salta

ANEXO 5

MONITOREO RÁPIDO DE COBERTURAS DE SARAMPIÓN /RUBEOLA

Introducción: El monitoreo rápido de vacunación sarampión / rubeola permite identificar a los grupos de población susceptibles a dichas enfermedades. Sus resultados muestran las coberturas de los sitios donde se realiza el mismo, no son generalizables al resto del área operativa.

Objetivo del monitoreo:

- ✓ Supervisar y monitorear en terreno de manera sistemática y en corto tiempo
- ✓ Identificar áreas críticas y con riesgo
- ✓ Identificar personas “no vacunadas” y sus razones para no vacunarse
- ✓ Vacunación inmediata de los no vacunados

Población objetivo de Monitoreo: Personas nacidas desde el año 1965, mayores de 1 año

- ✓ Niños/as de 13 meses a 4 años (4 años nacidos en 2021 deben certificar al menos una dosis).
- ✓ Los niños/as de 4 años nacidos en 2020 deben registrar la dosis del ingreso escolar
- ✓ Personas nacidas a partir del año 1965 deben acreditar 2 dosis

Trabajo a realizar:

- ✓ Comprobar la vacunación sarampión rubeola en la población objetivo con la certificación de la aplicación en los carnets habituales: **Certificado De Vacunas Aplicadas Niños Y Adolescentes / Certificado de Vacunas aplicadas adultos** o comprobante.
- ✓ SIISA NOMIVAC
- ✓ Registrar en planilla correspondiente
- ✓ Aplicar dosis de Vacuna Triple Viral o Doble Viral a los no vacunados.

Instrumento a utilizar: Formulario de *Monitoreo Rápido de Cobertura de Vacunación Sarampión-Rubéola (Triple – Doble viral)*

Lugares a Monitorear: Se priorizará los lugares alrededor de los contactos de los casos confirmados, zonas vulnerables o lugares en riesgo.

Metodología: En sectores urbanos con manzanas:

- Seleccionar las manzanas a monitorear, utilizando un croquis.
- Se establece una esquina de arranque para iniciar las visitas casa por casa.
- Identificarse al llegar a la vivienda y comunicar los objetivos de la visita.
- Entrevistar a las personas y certificar la vacunación con carnet formato papel o NOMIVAC
- Se visitarán **las casas** moviéndose en la dirección de las agujas del reloj y recorrer el número de casas que sea necesario hasta encontrar un mínimo de:
 - ✓ 5 niños de 1 año (Se ingresarán al monitoreo niños/as entre 13 meses y 23 meses de edad . Aquellos de 12 meses que no cuenten con TV, se vacunarán pero no ingresan al registro de monitoreo)
 - ✓ 5 niños de 2 a 3 años
 - ✓ 5 niños de la cohorte 2020
 - ✓ 10 personas de 6 a 19 años
 - ✓ 10 personas de 20 a 39 años
 - ✓ 10 personas de 40 a 60 años
- Aunque se haya alcanzado el número mínimo de un grupo etario, **se continuará registrando** a las personas de dicho grupo que se encuentren durante el recorrido, hasta alcanzar los mínimos de los otros grupos. Ejemplo: en un monitoreo pueden registrarse 30 personas de 20 a 39 años y solo 5 de 1 año.
- La edad de cada persona monitoreada debe registrarse **en números**
- Si no se encuentra la cantidad necesaria de personas en las manzanas estipuladas, se deberá continuar el recorrido por las manzanas más próximas **hasta completar los objetivos establecidos.**

- Es fundamental la inclusión de **niños/as de todas las edades comprendidas** en la población objetivo.
- Durante el monitoreo se vacunará con doble viral a adultos y triple viral a niños/as y adolescentes.
- Las personas vacunadas durante el monitoreo deberán registrarse como **esquemas incompletos**
- En áreas operativas con **sectores rurales dispersos o de difícil acceso**, se deberá monitorear **hasta alcanzar el 10%** del total de la población de los grupos seleccionados.
- Ante la detección de personas no vacunadas, se debe indagar el **motivo de la no vacunación** y registrar esta información en el **formulario de MRC, columna J**, consignando el número que corresponda (del 1 al 6, o 7 si es otro motivo, en cuyo caso se debe especificar).
- En cada vivienda se debe preguntar si **habitan más familias** y si entre ellas hay personas que pertenezcan a **los grupos etarios objetivos** del monitoreo.
- Se utilizará **ÚNICAMENTE** los formularios de registro diseñados para tal fin.
- Completar la información de siguiente cuadro luego de consolidar. **Formulario de Monitoreo Rápido de Cobertura de Vacunación Sarampión- Rubéola (Triple – Doble viral)**

Año	No. de comunidades visitadas	No. de personas entrevistadas	No. de casas visitadas	No. de instituciones comunitarias visitadas (i.e., escuelas)

ANEXO 6

Calendario Nacional de Vacunación

Las vacunas **están disponibles** en centros de salud y hospitales públicos de todo el país y no requieren una orden médica.

Vacunas Edad	Vacunas																	EXCLUSIVO ZONAS DE RIESGO	
	BCG (1)	Hepatitis B	Neumococo Conjugada (2)	Quintuple o Pentavalente (3)	IPV (4)	Rotavirus	Meningococo ACYW	Antigripal	Hepatitis A	Triple Viral (5)	Varicela	Triple Bacteriana Celular (6)	Triple Bacteriana Acelular (7)	Virus Papiloma Humano	Doble Bacteriana (8)	Virus Sincicial Respiratorio (9)	Fiebre Amarilla (*)	Fiebre Hemorrágica Argentina	
Recién nacido	única dosis (A)	dosis neonatal (B)																	
2 meses			1º dosis	1º dosis	1º dosis	1º dosis (D)													
3 meses							1º dosis												
4 meses			2º dosis	2º dosis	2º dosis	2º dosis (E)													
5 meses							2º dosis												
6 meses				3º dosis	3º dosis														
12 meses			refuerzo						única dosis	1º dosis									
15 meses						refuerzo		dosis anual (F)			1º dosis								
15-18 meses			1º refuerzo														1º dosis (O)		
18 meses																			
24 meses																			
5 años					1º refuerzo					2º dosis	2º dosis	2º refuerzo							
11 años							única dosis						refuerzo	única dosis(M)			refuerzo (P)		
A partir de los 15 años										iniciar o completar esquema (J)								única dosis (Q)	
Adultos		iniciar o completar esquema (C)	única dosis (G)					única dosis(G)							refuerzo cada 10 años				
Embarazadas								una dosis (H)					una dosis (K)			única dosis (N)			
Púerperas								una dosis (I)		iniciar o completar esquema (J)									
Personal de salud								dosis anual					una dosis (L)						

(1) Previene formas graves de tuberculosis.
(2) Previene meningitis, neumonía y sepsis por neumococo.
(3) DTP Hib-Hib: previene difteria, tétanos, tos convulsiva, hepatitis B, hemophilus influenzae b.
(4) Vacuna antipoliomielítica inactivada tipo Salk.
(5) Previene sarampión, rubéola y paperas.
(6) DTP previene difteria, tétanos y tos convulsiva.
(7) DTP previene difteria, tétanos y tos convulsiva.
(8) DTP previene difteria y tétanos.
(9) VSR: Previene la bronquiolitis y la neumonía causadas por el VSR en niños y niñas desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad mediante la vacunación de las embarazadas.
(*)

(A) Antes de agotar de la maternidad.
(B) En los primeros 12 horas de vida.
(C) Vacunación Universal: Si no hubiera recibido el esquema completo, deberá completarlo. En caso de tener que viajar, aplicar 1ª dosis, 2ª dosis al mes de la primera y 3ª dosis a los seis meses de la primera.
(D) La 1ª dosis debe administrarse antes de las cuatro semanas y seis días o tres meses y medio de vida.
(E) La 2ª dosis debe administrarse antes de las veinticuatro semanas o los seis meses de vida.
(F) Deberán recibir en la primera vacunación 2 dosis de la vacuna separadas al menos por cuatro semanas.
(G) Recomendada en adultos de 65 años o más.
(H) En cada embarazo deberán recibir la vacuna antigripal en cualquier trimestre de la gestación.
(I) Púerperas deberán recibir vacuna antigripal si no la hubieran recibido durante el embarazo, antes del egreso de la maternidad y hasta un máximo de diez días después del parto.
(J) Si no hubiera recibido dos dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, después del año de vida para los nacidos después de 1985.
(K) Aplicar a partir de la semana 32 de gestación en cada embarazo independientemente del tiempo transcurrido desde la dosis previa.
(L) Personal de salud que exista menores de 12 meses. Renovar cada 5 años.
(M) Varones y mujeres.
(N) Se aplica entre las semanas 32 y 36 del embarazo durante la temporada de circulación del VSR.
(O) Residentes en zonas de riesgo.
(P) Residentes en zona de riesgo si la 1ª dosis la recibió antes de los 2 años.
(Q) Residentes y/o trabajadores con riesgo ocupacional en zona de riesgo y que no hayan recibido anteriormente la vacuna.
(*) Toda persona entre 2 y 59 años residente en zona de riesgo debe recibir 1 dosis (consultar previamente con el equipo de salud las contraindicaciones para esta vacuna).

(*) Toda persona entre 2 y 59 años residente en zona de riesgo debe recibir 1 dosis (consultar previamente con el equipo de salud las contraindicaciones para esta vacuna).

0800 222 1002
argentina.gob.ar/
salud/vacunas



Ministerio
de Salud
República Argentina



HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Curso de Actualización: “Atención médica en caso de exposición a plaguicidas” – 2º Edición 2025

Este curso es un espacio diseñado para brindar herramientas prácticas a los profesionales de la salud que asisten a personas en potencial contacto con plaguicidas y conocer más sobre el desarrollo tecnológico de estos insumos agrícolas.

El curso está dirigido a médicos, especialistas (clínica médica, endocrinología, toxicología, pediatría, medicina laboral, oncología, emergentología), y personal de enfermería, así como a todo profesional del ámbito de la salud interesado en la temática.

Acompañan institucionalmente la Asociación Toxicológica Argentina (ATA), el Colegio de Médicos de Santa Fe 2da Circunscripción y el Centro Toxicológico, Toxicología Asesoramiento Servicios (TAS).

Fechas y horarios: del 29 de septiembre al 10 de noviembre de 2025, con dos encuentros virtuales por semana (lunes de 15:30 a 17:30 h y miércoles de 16:00 a 18:00 h).

Modalidad: Virtual y sincrónica por plataforma Zoom.

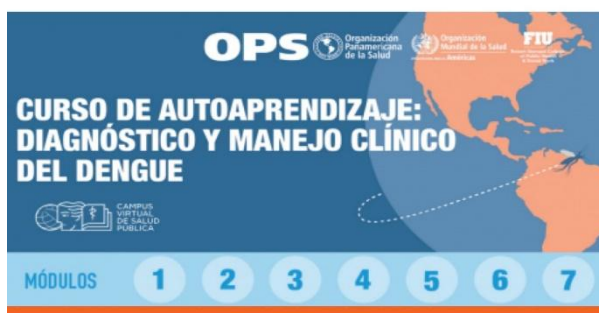
Certificación: Se otorgará certificado de asistencia o de aprobación, según corresponda.



Más información e inscripción en el código QR

Diagnóstico y manejo clínico del dengue

CURSO VIRTUAL



OPS

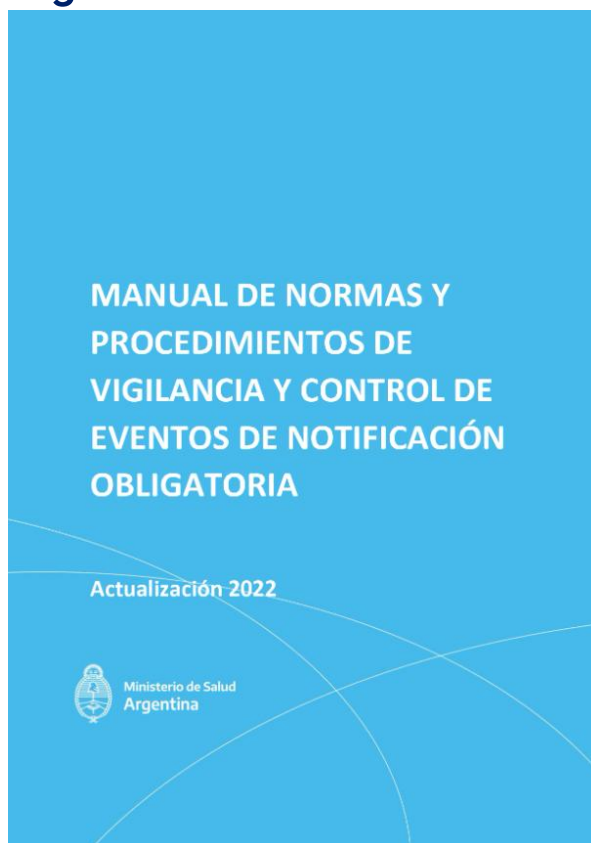


CAMPUS
VIRTUAL
DE SALUD
PÚBLICA

Reconocer y diagnosticar clínicamente la enfermedad del dengue de manera temprana y ofrecer un tratamiento oportuno y adecuado puede significar la diferencia entre la vida y la muerte para aquellos que sufren la enfermedad. Por este motivo, es necesario que el personal médico a cargo de la atención de los casos con sospecha de dengue esté debidamente capacitado y sensibilizado en el manejo de estos pacientes. Si usted forma parte del

proceso de atención de casos de dengue puede comenzar el curso en el siguiente enlace: <https://campus.paho.org/mooc/course/view.php?id=149>

Manual de normas y procedimientos de vigilancia



Este manual pretende contribuir con el fortalecimiento de las capacidades institucionales y de conducción de las autoridades de salud para garantizar una adecuada vigilancia, control, gestión y respuesta a los riesgos para la salud, incluyendo los brotes de enfermedades transmisibles, eventos relacionados con la salud ambiental, con las lesiones, la salud mental, entre otros.





NOMINA DE VIGILANTES EPIDEMIOLÓGICOS

NÓMINA DE VIGILANTES EPIDEMIOLÓGICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA

Nº	ZONA	A.O y HOSPITALES	VIGILANTE	MAIL
1	NORTE	COLONIA SANTA ROSA	LUCIANA FLORES	luciflores81@hotmail.com
2	NORTE	PICHANAL	ADELA ARAMAYO	aramayoamerica@gmail.com
3	NORTE	AGUARAY	TERESA REINAGA	reynagaortiz27@yahoo.com.ar
4	NORTE	MORILLO	EDGAR VILLAGRA	hedgar69villagra@gmail.com
5	OESTE	SANTA VICTORIA OESTE	TERESA ALEMAN	bqcaaleman@gmail.com
6	OESTE	IRUYA	JOSE LUIS MARTINEZ	joseluismartinez8024@gmail.com
7	NORTE	SALVADOR MAZZA	ELIANA CORTEZ	lilianaestercortez291@gmail.com
8	NORTE	SANTA VICTORIA ESTE	MARILYN ARROYO	arroyomarilynizabeth@gmail.com
9	NORTE	EMBARCACION	WALTER AGUILAR	waltergerardoaguilar91@gmail.com
10	OESTE	NAZARENO	UMBERTO SOCPASA	umbertosocpasa@gmail.com
11	NORTE	ORAN	GABRIELA MENDEZ	dra_gmendez@hotmail.com
12	NORTE	TARTAGAL	CARLOS LEAPLAZA	carlosleaplazaepi@gmail.com
13	NORTE	RIVADAVIA	EDUARDO ALZOGARAY	joseeduardoalzogaray4@gmail.com
14	SUR	LAS LAJITAS	SERGIO GUAYMAS GONZALEZ	serg.guaims.gonz@gmail.com
15	SUR	JOAQUIN V. GONZALEZ	JULIO USANDIVARAS	juliousandivaras63@hotmail.com
16	SUR	EL QUEBRACHAL	AMANDA ALICIA ARIAS	epivigilanciahosper20@gmail.com
17	SUR	GALPON	ALVARO MAZA	hospitalelgalpon@gmail.com
18	SUR	ROSARIO DE LA FRONTERA	GABRIELA GARCIA	gabycinia65@gmail.com
19	SUR	METAN	XIMENA IÑIGUEZ	ximeiniguez@yahoo.com.ar
21	SUR	EL TALA	DANIEL LIGORRIA	bqdanielligorria19@gmail.com
22	SUR	GRAL. GUEMES	LEANDRO ABAROA	leanabaroa@hotmail.com
23	SUR	APOLINARIO SARAIVA	SUSANA COLQUE	vigilanciahospitalao23@gmail.com
24	OESTE	CAFAYATE	ANALIA ECHAZU	echazu_analia@yahoo.com.ar
25	OESTE	SAN CARLOS	NATALIA VÁSQUEZ	hospitalsancarlos2015@gmail.com
26	OESTE	MOLINOS	FRANCISCO TAPIA	franntapia1997@gmail.com
27	OESTE	CACHI	JUAN LIMA	juancho_bioq@yahoo.com
28	NORTE	GRAL. MOSCONI	SILVIA SINGH	epimosconi28@gmail.com
29	OESTE	SAN ANTONIO DE LOS COBRES	VANESA MARTINEZ	vanesaemilceners@gmail.com

Nº	ZONA	A.O y HOSPITALES	VIGILANTE	MAIL
30	OESTE	CERRILLOS	MONICA GIMENEZ	monica_patricia99@hotmail.com
31	NORTE	HIPOLITO YRIGOYEN	RICARDO GERONIMO	geronimoricardo35@gmail.com
32	OESTE	ROSARIO DE LERMA	PAOLA MONTAÑO	paolaalejandramontano@gmail.com
33	OESTE	CHICOANA	ANABEL LOPEZ	normanabellopez@outlook.com
34	OESTE	EL CARRIL	SILVIA VILTE	silviabvilte@outlook.com
35	OESTE	CORONEL MOLDES	MARIEL GIMENEZ	drmarielgimenez@yahoo.com.ar
36	OESTE	LA VIÑA	JAVIER LOPEZ	jabelobeltran2020@gmail.com
37	OESTE	GUACHIPAS	ZAMBRANO DAVID	deividzam@yahoo.com.ar
38	SUR	EL POTRERO	LUIS APARICIO	luisapa707@outlook.com
39	OESTE	LA CALDERA	MÓNICA JUÁREZ	odmonicajuarez@gmail.com
40	CENTRO	Hosp. SAN BERNARDO	ANIBAL CASTELLI	anibal_castelli@yahoo.com.ar
41	CENTRO	Hosp. SR. DEL MILAGRO	ADRIAN EDELCOPP	epimilagro_9@hotmail.com
42	CENTRO	Hosp. RAGONE	NATALIA PEREZ RIGOS	natyperezrigos@gmail.com
43	CENTRO	Hosp. OÑATIVIA	LAURA TORREZ	lauratorrezemma@gmail.com
44	NORTE	ALTO LA SIERRA	LIVIA ARROYO	arroyoamandalivia@gmail.com
46	OESTE	CAMPO QUIJANO	ROSARIO GERONIMO	rosario_geronimo@hotmail.com
47	CENTRO	HPMI	ADRIANA FALCO	hpmiepidemiologia@gmail.com
48	OESTE	SECLANTAS	GONZALO GUAYMAS	gonzalo_guaymas@yahoo.com.ar
49	NORTE	URUNDEL	SAUL FLORES	saulf_25@hotmail.com
50	OESTE	LA MERCED	CLAUDIO BARRERA DIB	itfclaudio@hotmail.com
51	NORTE	LA UNION	ROGELIO CARABAJAL	rogelio.c.launion@gmail.com
52	OESTE	LA POMA	ANAHI REYES	romina1863@gmail.com
53	OESTE	ANGASTACO	VIVIANA ORELLANA	orelvif@yahoo.com.ar
55	CENTRO	PRIMER NIVEL A.O SUR	FACUNDO RUIZ	epi.papafrancisco@gmail.com
56	CENTRO	PRIMER NIVEL A.O NORTE	MARIA CASTILLO	epidemiologia2.aon@gmail.com
-	CENTRO	HOSP. MILITAR	RAMON VILLARREAL	ramonvillarreal84@gmail.com

