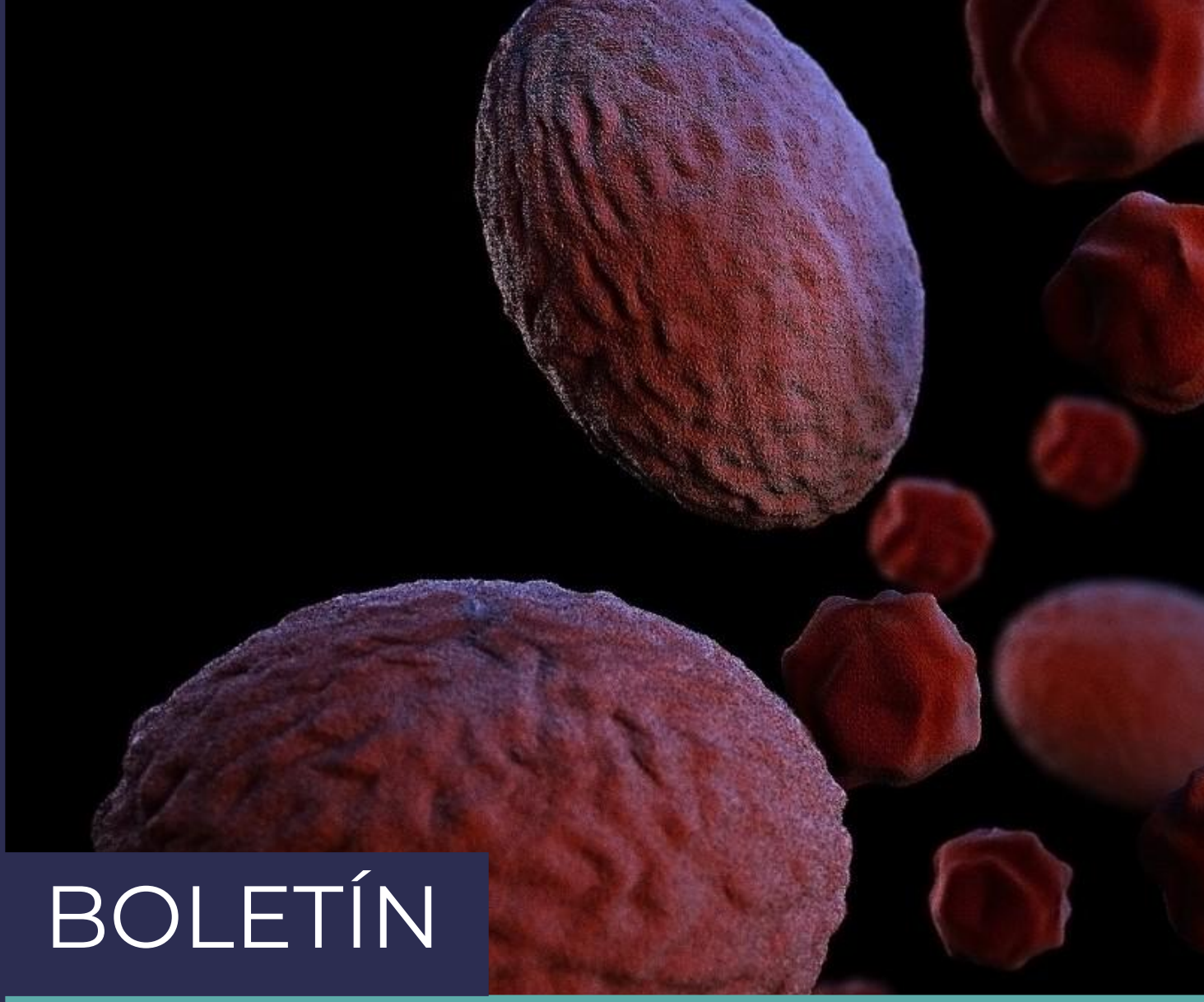
ISNN:2422-698X (en línea)
ISNN:2422-6998 (correo electrónico)



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **773**

Semana epidemiológica 36
AÑO 2025
Desde 31/08 al 06/09
Fecha de publicación
15/09/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD · REPÚBLICA ARGENTINA

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

Todos los apartados de este boletín fueron elaborados por el personal de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con otras áreas, direcciones, instituciones o servicios que se especifican a continuación, de acuerdo al informe:

Dengue y otros Arbovirosis
Del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmisibles.
El Servicio Meteorológico Nacional.
El Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui", INEVH-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

Brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado
Del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán": el Área de Epidemiología, el Servicio de Antimicrobianos y el Servicio de Bacteriología Especial.
De la ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán", la Unidad Operativa Centro Nacional de Genómica y Bioinformática.

Actualización informe epidemiológico de Psitacosis
Del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.
Del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán", el Servicio de Bacteriología Clínica, Departamento de Bacteriología y Departamento de Epidemiología.
Del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Instituto de Zoonosis "Luis Pasteur".

Informe especial Vigilancia de gravedad y mortalidad por Dengue: Art Nación- Santa Fe
Este documento contó con el trabajo conjunto de los equipos técnicos pertenecientes al Ministerio de Salud de la Nación: Dirección de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dirección de Salud Perinatal y Niñez, Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud comunitaria, Dirección de Adolescencias y Juventudes, Dirección de Estadísticas e Información de Salud y el Centro Nacional de Referencia de Dengue y Otros Arbovirus del INEVH ANLIS y consultores externos que conforman el Comité de Vigilancia de la Gravedad y Mortalidad por Dengue.
De la provincia de Santa Fe: Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud. Sala de situación epidemiológica. Programa de Epidemiología. Programa objetivo dengue.

Componen la Dirección de Epidemiología: Altschuler Ailén, Amatto María Belén, Amelotti Rina Lucía, Avalos Andrea Karina, Bidart María Laura, Bonifacio Carlos, Cáceres Estefanía, Caparelli Mariel, Casas Natalia, Castell Soledad, Chantefort Lucía Valenzuela, Chaves Karina Lorena, Couto Esteban, Di Pinto Ignacio, Diaz Morena, Echenique Arregui Alexia, El Ahmed Yasmin Dalal, Fernández Gabriela, Fernández María Susana, Fernández María Lorena, Gómez Lara, Gonzalez Lebrero Cecilia, Gonzalez Picasso Manuel, Guma Daniela Elena, Hoyos Obando Andrés, Iglesias María Marta, Joskowicz Abril, Kurten Pérez Manuel, La Regina María Agustina, Laurora Melisa, Martín Aragón María Fernanda, Martínez Karina, Moisés María Silvina, Morgenstern Agostina, Nicolau Victoria, Núñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo, Oks Irene Florencia, Ormeño Mazzochi Franco, Page María Agustina, Parenti Ana Laura, Pastrana Paula, Pierre Ganchegui Guillermina, Pisarra Florencia Magalí, Plantamura Pilar, Prina Martina, Riera Sebastián, Rojas Mena María Paz, Rosin Paula, Rueda Dalila, Santoro Federico, Caruso Stefanini Margarita, Tapia julio, Vallone Antonella, Voto Carla y Wainziger Tamara.

Coordinación y revisión general: Cecilia González Lebrero, Julián Antman.

Agradecimientos:

Este boletín es posible gracias al aporte realizado a través de la notificación al Sistema Nacional de Vigilancia por las áreas de vigilancia epidemiológica de nivel local, jurisdiccional y nacional y a todas las personas usuarias del SNVS[2.0].

Imagen de tapa:

Imagen de Chlamydia psittaci generada por IA. Imagen tomada del banco de imagenes del CDC.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°773, SE 36.

I. Editorial del BEN 770

El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) continúa consolidando su lugar como herramienta estratégica de comunicación y gestión de la vigilancia en Argentina. Desde su relanzamiento en el BEN N.°740, el boletín se ha transformado en un espacio donde la técnica, la política y la comunicación se entrelazan de manera constante, en un intento de equilibrar estos tres aspectos con una mirada constructiva y honesta. Este ejercicio busca no solo fortalecer la toma de decisiones en salud pública, sino también aportar a un debate más amplio sobre el sentido y el alcance de la información epidemiológica.

En las primeras 31 semanas de este año hemos publicado 158 informes, distribuidos en Eventos Priorizados (81), Informes especiales (10), Situaciones emergentes (23) y Actualizaciones periódicas de eventos (44). Esta última sección, creada a partir del BEN 741 en la SE 4, marca una diferencia sustantiva en relación con el mismo período del año pasado. Mientras que durante las primeras 31 semanas epidemiológicas de 2024 se habían producido 110 informes en total, este año, como dijimos, el número asciende a 158: 48 informes más en estos siete meses de mucho trabajo. Esta diferencia no sólo expresa un incremento en la productividad editorial, sino también un esfuerzo por sostener la vigilancia con una mirada dinámica, flexible y en diálogo permanente con los equipos jurisdiccionales y con la realidad sanitaria.

El BEN no es únicamente un repositorio de datos: es una narrativa colectiva que articula fenómenos sanitarios, contextos sociales y propuestas de acción. Cada informe, cada tabla, cada actualización es parte de un entramado que busca ampliar la capacidad del sistema de vigilancia para comprender mejor los procesos en curso y anticipar respuestas más efectivas. En esa tarea, la sección de Actualización periódica de eventos se ha consolidado como una innovación clave, permitiendo seguir la evolución de problemas sanitarios con mayor sensibilidad temporal y territorial.

De este modo, el boletín se reafirma como una herramienta en tensión y en movimiento, atravesada por los desafíos de comunicar con claridad sin perder profundidad, de traducir la complejidad de los fenómenos en insumos útiles para la acción, y de sostener el equilibrio entre lo técnico, lo político y lo comunicacional. Seguimos apostando a una vigilancia robusta, integrada y participativa, convencidos de que sólo desde la construcción compartida podremos fortalecer las capacidades del sistema y mejorar la salud de nuestras comunidades.

En esa dirección, invitamos a quienes integran el sistema de vigilancia a continuar aportando ideas, sugerencias y experiencias que enriquezcan este espacio. Cada contribución suma al esfuerzo colectivo por consolidar un BEN cada vez más pertinente, transparente y comprometido con la salud pública de nuestro país.

¡Hasta la próxima!

Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología

Mg. Julián Antman
Coordinador del Área de Vigilancia de la Salud

II. Sobre este BEN

El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) N° 773 presenta una actualización integral de la situación sanitaria nacional correspondiente a la Semana Epidemiológica (SE) 36, en el marco del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Como es habitual, se incluyen las tablas de eventos de notificación obligatoria seleccionados, acompañadas de notas metodológicas que permiten una mejor lectura e interpretación de los datos. Asimismo, se incorporan informes en tres de las cuatro secciones que organizan la producción del BEN: eventos priorizados, actualizaciones periódicas e informes especiales, lo que refleja la diversidad y la continuidad del trabajo de vigilancia en el país.

En este número se destaca especialmente el informe sobre la vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue, elaborado conjuntamente con la provincia de Santa Fe. El documento analiza en detalle la situación epidemiológica provincial durante la temporada 2024–2025, incluyendo la descripción de casos fatales, la articulación con el nivel nacional y las principales lecciones aprendidas para fortalecer la respuesta sanitaria. Además, recoge las acciones de capacitación clínica y las propuestas estratégicas que se impulsan como parte de la construcción federal de la vigilancia.

Dentro de la Actualización Periódica de Eventos, se presenta la tercera actualización del año sobre psitacosis, con información sobre la situación epidemiológica nacional en 2025, comparaciones respecto de períodos previos, distribución espacial y por grupos de edad y sexo, así como la caracterización de los antecedentes epidemiológicos, la gravedad y la mortalidad. Se incluyen también detalles sobre los estudios de laboratorio y la notificación del evento clamidiasis aviar, junto con medidas de prevención y control y la normativa vigente.

Junto con estos aportes centrales, el BEN 773 incluye la información habitual sobre los eventos priorizados —como sarampión, dengue, las infecciones respiratorias agudas y el brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado —, sumando la vigilancia genómica de SARS-CoV-2 y la situación internacional de influenza y otros virus respiratorios. Además, se presentan alertas epidemiológicas internacionales recientes, junto con informes destacados de boletines jurisdiccionales que reflejan la diversidad de la vigilancia en las provincias: el abordaje de la triquinosis en Buenos Aires, la evolución de la bronquiolitis en Salta, la situación de leptospirosis en Santa Fe, la caracterización de brotes de varicela en Tierra del Fuego y el análisis de neumonía en Tucumán. Finalmente, se incorporan herramientas para la vigilancia, entre ellas las últimas modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0 y la 8.ª edición de las herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud, consolidando así la producción técnica y federal del Boletín.

De este modo, el Boletín refuerza su propósito de sostener la transparencia, la oportunidad y la utilidad de la información epidemiológica, contribuyendo a la toma de decisiones en todos los niveles del sistema de salud.

Contenido

I. Editorial del BEN 770 **5**
II. Sobre este BEN **6**

TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS **9**
III. Tablas de ENO seleccionados **10**
III.1. Nota metodológica 10
III.1.A. Sobre la construcción de las tablas 10
III.1.B. Notas adicionales a tener en cuenta 11
III.2. Eventos nominales confirmados 11
III.3. Eventos nominales notificados y confirmados 13
III.4. Eventos agrupados clínicos 14
III.5. Eventos agrupados laboratoriales 16
III.5.A. Sobre la construcción de esta tabla 16

EVENTOS PRIORIZADOS **17**
IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión **18**
IV.1. Introducción 18
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional 18
IV.2.A. Bolivia0F 18
IV.2.B. Canadá1F 18
IV.2.C. Estados Unidos de América2F 19
IV.2.D. México3F 20
IV.2.E. Paraguay4F 21
IV.3. Situación actual en Argentina 21
IV.3.A. Notificación de casos 21
IV.3.B. Distribución geográfica 22
IV.4. Sobre los casos confirmados 24
IV.5. Recomendaciones para la comunidad 24
IV.6. Recomendaciones para los equipos de salud 24
IV.7. Vigilancia epidemiológica 24
IV.7.A. Definición y clasificación de caso 25
IV.8. Medidas de prevención 25
IV.9. Medidas ante casos y contactos 25
IV.9.A. Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados: 25
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **28**
V.1.A. Subregión Cono Sur 28
V.2. Situación de dengue en Argentina 31
V.2.A. Inicio de temporada 2025/2026 31
V.2.B. Favorabilidad para brotes de Dengue 33
5.1. Vigilancia entomológica 35
V.1.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición 35
V.1.B. Evolución IPO e IDH SE32–SE34 (2025) 35
V.1.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios 37
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **41**
VI.1. Nota Metodológica 41
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 41
VI.3. Síntesis de la información nacional destacada 42
VI.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 42
VI.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 44
VI.4.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 44
VI.4.B. Neumonía 46
VI.4.C. Bronquiolitis 47
VI.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 49
VI.5.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 52
VI.6. Recomendaciones ante el aumento de casos de influenza y la circulación de virus respiratorios 54
VI.6.A. Recomendaciones para la población general 54
VI.7. Vacunación antigripal 55
VII. Vigilancia Genómica de SARS-CoV-2 **56**
VII.1. Situación mundial 56
VII.2. Situación nacional 57

VIII. Actualización de estudio de brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado **60**
VIII.1. Introducción 60
VIII.2. Situación epidemiológica 62

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS **66**
IX. Psitacosis – Actualización informe epidemiológico **67**
IX.1. Introducción 67
IX.2. Nota metodológica 67
IX.3. Situación epidemiológica 2019-2024 68
IX.4. Situación epidemiológica actual - SE 1 a SE 36 de 2025 68
IX.4.A. COMPARACIÓN RESPECTO A PERÍODOS PREVIOS 68
IX.4.B. Distribución espacial 69
IX.4.C. Distribución por edad y sexo 70
IX.4.D. Antecedentes epidemiológicos 71
IX.4.E. Gravedad y mortalidad 72
IX.5. Laboratorio: tipos de muestra y ensayos para el estudio etiológico 73
IX.6. Notificación del evento clamidiasis aviar 74
IX.6.A. Definiciones de casos 74
IX.6.B. Tipo de muestra y ensayos para el estudio etiológico 75
IX.7. Medidas de Prevención y Control 76
IX.7.A. Responsabilidades de las autoridades sanitarias, médicos y veterinarios 76
IX.8. Actualización de Normativa de Vigilancia Epidemiológica 78

INFORMES ESPECIALES **83**
X. Vigilancia de gravedad y mortalidad por Dengue: Articulación nación-Santa Fe **84**
X.1. Fortalecimiento de la Vigilancia Sanitaria entre la Provincia de Santa Fe y la Nación 84
X.1.A. Situación Epidemiológica de Santa Fe 84
X.1.B. Descripción de casos fatales por dengue. Temporada 2024-2025. Provincia de Santa Fe 86
X.1.C. Síntesis de lecciones aprendidas 87
X.1.D. Análisis de acciones implementadas y principales lecciones aprendidas 87
X.1.E. Capacitaciones clínicas durante la temporada y alcance 87
X.1.F. Recomendaciones y propuestas estratégicas para fortalecer la respuesta sanitaria 88

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES **89**
XI. Alertas epidemiológicas internacionales **90**
XI.1. Introducción 90
XI.2. Enfermedad por el virus del Ébola - República Democrática del Congo 91

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES **93**
XII. Boletines Jurisdiccionales **94**
XII.1. Buenos Aires: Triquinosis 94
XII.2. Salta: Bronquiolitis 95
XII.3. Santa Fe: Leptospirosis 96
XII.4. Tierra del Fuego: Varicela 97
XII.5. Tucumán: Neumonía 98

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA **99**
XIII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 **100**
XIV. Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud 8° Edición. **101**
XV. Finalizó en La Pampa el curso Epi-Ar 2025 **102**
XVI. Fronteras Saludables y Seguras en el MERCOSUR: Capacitación Regional en Investigación de Brotes **103**
RedSur: Formación y Respuesta Coordinada 104

TABLAS DE **EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA** SELECCIONADOS

III. Tablas de ENO seleccionados

Luego de varios años y distintos formatos, las tablas de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) vuelven a formar parte del Boletín Epidemiológico Nacional. Consideramos fundamental recuperar la presentación sistemática de estos datos para lograr una comprensión más integral de la situación epidemiológica actual.

La pandemia y la complejidad del trabajo en epidemiología en los años posteriores han dificultado el seguimiento de eventos que no sean emergentes o priorizados. No obstante, entendemos que disponer de estos datos es esencial para fortalecer la vigilancia epidemiológica.

Si bien reconocemos la importancia de esta presentación, sabemos que las tablas aquí expuestas pueden contener errores, principalmente debido a la complejidad de la gestión de la vigilancia, que involucra múltiples actores en la cadena de notificación. Esto incluye desde la notificación local hasta la validación final por el laboratorio de referencia nacional, pasando por diversas áreas técnicas y equipos de análisis, siempre dependiendo del evento.

A pesar de estas posibles limitaciones, consideramos que la publicación de estas tablas es un paso clave para robustecer y optimizar el proceso de vigilancia epidemiológica y dar cuenta de la situación epidemiológica.

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

Primera tabla: Muestra **26** eventos en los que solo se presentan los **casos nominales confirmados**, ya que la notificación en sí misma no es un criterio central de vigilancia en estos casos. Es decir, para estos eventos, el enfoque está en los casos confirmados más que en los sospechosos.

Segunda tabla: Contiene **25 eventos nominales** donde se considera relevante tanto la sospecha como la notificación en general, antes de caracterizar los casos confirmados.

Tercera tabla: presenta **23 eventos agrupados clínicos**, construidos a partir del conteo de casos según grupo de edad y componente clínico.

Cuarta tabla: muestra **5 eventos agrupados laboratoriales**, basados en el conteo de casos por grupo etario, considerando muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como las que resultaron positivas.

Este esfuerzo es un proceso en evolución. A medida que recibamos sugerencias, perfeccionemos los procedimientos y consolidemos los datos, ajustaremos la presentación de las tablas para que respondan mejor a las necesidades de los distintos ámbitos que las utilizan.

III.1. Nota metodológica

III.1.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LAS TABLAS

Las tablas se elaboran con datos basados en la fecha de notificación (o fecha de apertura del caso) en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), considerando las semanas epidemiológicas (SE) seleccionadas de los años 2020 a 2025.

Para calcular la mediana de los valores acumulados entre 2020 y 2024, se ordenan los datos de menor a mayor y se toma el valor central (tercer puesto en un conjunto de cinco años).

Por ejemplo, si el evento X presentó los siguientes valores entre la SE 1-10 de cada año:

Sección	Evento	Acumulado 2020	Acumulado 2021	Acumulado 2022	Acumulado 2023	Acumulado 2024	Mediana acumulada 2020-2024	Acumulado 2025
X	X	38	40	34	139	75	40	80

Los valores ordenados serían: **34, 38, 40, 75, 139**, por lo que la mediana es **40**. En este caso, los **80 casos de 2025** se compararían con la mediana de 40, resultando en un incremento absoluto de **40 casos** y un aumento **del 100%** en términos porcentuales.

El procedimiento de cálculo es el mismo para ambas tablas, con la diferencia de que en la segunda tabla se incluye el total de notificaciones además de los casos confirmados.

III.1.B. NOTAS ADICIONALES A TENER EN CUENTA

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

- ✓ **Datos parciales y sujetos a modificación:** Se compara un año en curso (2025) con años cerrados (2020-2024), por lo que las cifras pueden cambiar.
- ✓ **Diferencias con otros informes:** Las tablas se basan en la **fecha de notificación o apertura del caso**, mientras que otros análisis pueden utilizar la **fecha de inicio de síntomas (FIS)** o una fecha ajustada para cada evento.
- ✓ **Exclusión de casos invalidados:** No se incluyen en las tablas los casos invalidados por epidemiología.
- ✓ **Clasificación de los casos confirmados:** La metodología varía según el evento, pudiendo emplearse algoritmos específicos o una **clasificación manual**.
- ✓ **Confirmaciones prolongadas en ciertos eventos:** En patologías como Chagas y Sífilis Congénita, los casos sospechosos pueden permanecer en esa categoría durante varios meses antes de su confirmación.
- ✓ **Interpretación del "N/A":** Cuando aparece "N/A" en las tablas, significa que la diferencia porcentual "**No Aplica**", generalmente porque uno de los valores en la comparación es cero.
- ✓ **Valores bajos y análisis porcentual:** Aunque se presentan los valores porcentuales para todos los eventos, en aquellos con menos de 20-30 casos, se recomienda cautela en la interpretación.

III.2. Eventos nominales confirmados

Para la siguiente tabla, se utilizaron clasificaciones manuales con el fin de determinar los casos confirmados, excepto para hantavirus, donde se aplica un algoritmo específico acordado con las áreas involucradas.

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-36. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-36	2025 Acumulados SE 1-36	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	4	4	N/A
Enfermedades zoonóticas animales	Rabia animal	116	91	-25	-22%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	6.634	12.424	5.790	87%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	199	285	86	43%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	80	101	21	26%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	5	5	0	0%
	Cisticercosis	7	7	0	0%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.823	4.872	2.049	73%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	337	595	258	77%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	20	34	14	70%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	13	7	117%
	Brucelosis	84	79	-5	-6%
	Hantavirosis	39	38	-1	-3%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	15	19	4	27%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	982	1.090	108	11%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	11	23	12	109%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	3	19	16	533%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	7	34	27	386%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	6	1	-5	-83%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	7.589	7.589	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	502	502	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	360	360	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	1	1	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	9.161	11.957	2.796	31%

Nota: La asignación de la semana epidemiológica a los casos de tuberculosis que se notifican a través del SNVS se realiza, a partir de este reporte, utilizando la fecha de carga. En las tablas de los informes previos, se asignó a los casos la semana epidemiológica de la fecha de diagnóstico del caso que no necesariamente coincide con la fecha de carga cuando la carga se realiza posteriormente.

Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

III.3. Eventos nominales notificados y confirmados

En la siguiente tabla, la mayoría de los casos se clasifica mediante algoritmos específicos definidos para cada evento, garantizando un criterio uniforme en la confirmación de los mismos. Sin embargo, existen algunas excepciones en las que se emplea una clasificación manual confirmatoria, debido a la naturaleza de la vigilancia y los procesos diagnósticos particulares. Estos casos incluyen Sarampión y Rubéola, PAF en <15 años, Trichinellosis, Chagas crónico en emb, Sífilis Congénita, Intox./Exp. a Monóxido de Carbono y mpox.

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-36. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-36		2025 Acumulados SE 1-36		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	3.182	142	2.656	226	-526	-17%	84	59%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	762	2	5.782	35	5.020	659%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	762	2	5.782	35	5.020	659%	33	1650%
	Meningitis - Meningoencefalitis	1.556	639	1.888	633	332	21%	-6	-1%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	85	0	72	0	-13	-15%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	92.123	58.289	59.460	17.650	-32.663	-35%	-40.639	-70%
	Encefalitis de San Luis	243	1	362	0	119	49%	-1	-100%
	Fiebre amarilla humana	105	0	133	0	28	27%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	38	0	83	0	45	118%	0	N/A
	Zika	1.451	0	798	0	-653	-45%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	564	307	356	122	-208	-37%	-185	-60%
Enfermedades zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.738	46	1.657	148	-81	-5%	102	222%
	Psitacosis	199	32	532	99	334	168%	67	209%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	1.003	48	1.225	35	222	22%	-13	-27%
	Sífilis Congénita	2.045	766	651	639	-1.394	-68%	-127	-17%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	2	0	6	0	4	200%	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1.767	1.670	1.280	1.097	-487	-28%	-573	-34%
	Sífilis en embarazadas	7.545	6.662	8.331	7.688	786	10%	1.026	15%
	Hepatitis B en embarazadas	62	47	88	33	26	42%	-14	-30%
Hepatitis virales	Hepatitis A	112	24	185	95	73	65%	71	296%
	Hepatitis B	2.078	491	2.479	505	401	19%	14	3%
	Hepatitis C	1.751	1.030	1.796	1.027	45	3%	-3	0%
	Hepatitis E	36	4	36	4	0	0%	0	0%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	22.867	18.111	36.256	30.924	13.389	59%	12.813	71%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	1.140	1.082	1.800	1.725	660	58%	643	59%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	235	45	240	98	5	2%	53	118%

Nota: La asignación de la semana epidemiológica a los casos de coqueluche que se notifican a través del SNVS se realiza utilizando una fecha mínima.
Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

III.4. Eventos agrupados clínicos

Para los eventos agrupados clínicos (tercera tabla), una de sus principales particularidades es que los datos se presentan tal como están registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), sin modificaciones o reclasificaciones posteriores. Esto implica que no se aplican procesos de validación adicionales ni criterios específicos de clasificación manual o por algoritmo, como ocurre en las tablas de eventos nominales.

En esta tabla, los datos se presentan agrupados según grupo etario, contabilizando los casos de eventos clínicos. Este enfoque permite analizar la distribución de ciertas condiciones en distintos grupos de edad a partir de la información reportada en el sistema, reflejando la carga de enfermedad según manifestaciones clínicas.

Dado que los datos de estas tablas reflejan directamente lo reportado en el sistema, pueden estar sujetos a inconsistencias o variaciones según la calidad del registro en cada jurisdicción. Sin embargo, su utilidad radica en proporcionar una visión agregada y operativa de la vigilancia epidemiológica, facilitando el monitoreo de tendencias y patrones en distintos contextos.

Es importante remarcar, para el caso de las diferentes lesiones que se presentan, que este evento comenzó a notificarse en 2023, a partir de su inclusión en la actualización de las normas en 2022.

Tabla 3. Tabla de agrupados clínicos. SE 1-36. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-36	2025 Acumulados SE 1-36	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmitidas por alimentos	Diarrea	468.505	499.827	31.322	7%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.211	1.415	204	17%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios	858	602	-256	-30%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	94.342	65.892	-28.450	-30%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	871.297	851.818	-19.479	-2%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	59.972	52.639	-7.333	-12%
	Neumonía (sin especificar)	66.885	54.889	-11.996	-18%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	1	4.382	4.381	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	2	2.691	2.689	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	12	19.197	19.185	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	1.184	1.183	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	4	4.940	4.936	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	3	4.172	4.169	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	74	24.774	24.700	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	12	4.697	4.685	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	4	1.987	1.983	N/A
	Lesiones por electrocución	0	490	490	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	621	621	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	2	54.943	54.941	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	1	19.022	19.021	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	6	26.051	26.045	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	362	362	N/A
	Otras lesiones en el hogar	8	19.278	19.270	N/A

Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

III.5. Eventos agrupados laboratoriales

III.5.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA TABLA

Para los eventos agrupados laboratoriales (cuarta tabla), es preciso señalar que los datos se presentan tal como están registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), sin modificaciones o reclasificaciones posteriores. Esto implica que no se aplican procesos de validación adicionales ni criterios específicos de clasificación manual o por algoritmo, como ocurre en las tablas de eventos nominales.

Esta tabla, se centra en la caracterización de eventos a partir de los datos de muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como aquellas que resultaron positivas, permitiendo evaluar el volumen de pruebas realizadas y la proporción de casos confirmados para cada patología.

Dado que los datos de estas tablas reflejan directamente lo reportado en el sistema, pueden estar sujetos a inconsistencias o variaciones según la calidad del registro en cada jurisdicción. Sin embargo, su utilidad radica en proporcionar una visión agregada y operativa de la vigilancia epidemiológica, facilitando el monitoreo de tendencias y patrones en distintos contextos.

Tabla 4. Tabla de eventos agrupados laboratoriales. SE 1-36. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-36		2025 Acumulados SE 1-36		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	3.044	164	2.492	154	-552	-18%	-10	-6%
	Infección por Mycoplasma genitalium	514	13	371	10	-143	-28%	-3	-23%
	Infección por Mycoplasma hominis	2.008	196	1.942	271	-66	-3%	75	38%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	11.107	322	5.205	326	-5.902	-53%	4	1%
	Infección por Trichomonas vaginalis	18.064	1.889	15.522	1.724	-2.542	-14%	-165	-9%

Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión

IV.1. Introducción

El sarampión es una enfermedad viral, **altamente contagiosa**, que puede presentarse en todas las edades. Su gravedad es mayor en niños menores de 5 años o desnutridos, en los cuales puede causar graves complicaciones respiratorias como neumonía y del sistema nervioso central como convulsiones, meningoencefalitis, ceguera, encefalomielitis postinfecciosa con retraso mental grave y trastornos degenerativos tardíos que no tienen tratamiento o incluso causar la muerte.

Se transmite mediante gotas de 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, solo existen medidas de sostén clínico y de sus complicaciones. Puede prevenirse con la **vacunación**.

El presente informe tiene como objetivo describir la situación epidemiológica actual del evento sarampión en el país, a partir del análisis de los casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Se busca caracterizar los casos registrados en el período reciente, identificar la circulación en nuestro país a partir de los casos importados, y brindar información útil para la toma de decisiones en materia de vigilancia, control y respuesta.

Asimismo, se presentan los principales indicadores vinculados a la oportunidad diagnóstica y sensibilidad del sistema de vigilancia, los antecedentes de vacunación y las acciones implementadas por los equipos de salud ante la detección de casos. Este informe está dirigido a los equipos técnicos de los niveles nacional, provincial y local, con el fin de fortalecer la vigilancia integrada del sarampión y contribuir a la sostenibilidad del estado de eliminación en el país.

IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional

IV.2.A. BOLIVIA[1]

Hasta el 27 de agosto, se han reportado 274 casos de sarampión en cinco departamentos: 234 en Santa Cruz, 14 en La Paz, 6 en Potosí, 4 en Beni, 4 en Chuquisaca, 7 en Cochabamba, 4 en Oruro y 1 en Pando.

El Gobierno nacional informó este miércoles de la llegada de 1.720.000 dosis de vacunas que serán distribuidas de inmediato a los nueve Servicios Departamentales de Salud (SEDES) del país. Con este lote, Bolivia ampliará el rango de edad de inmunización, alcanzando a niñas, niños, adolescentes y jóvenes hasta los 19 años, grupo donde se concentra la mayor cantidad de casos reportados.

IV.2.B. CANADÁ[2]

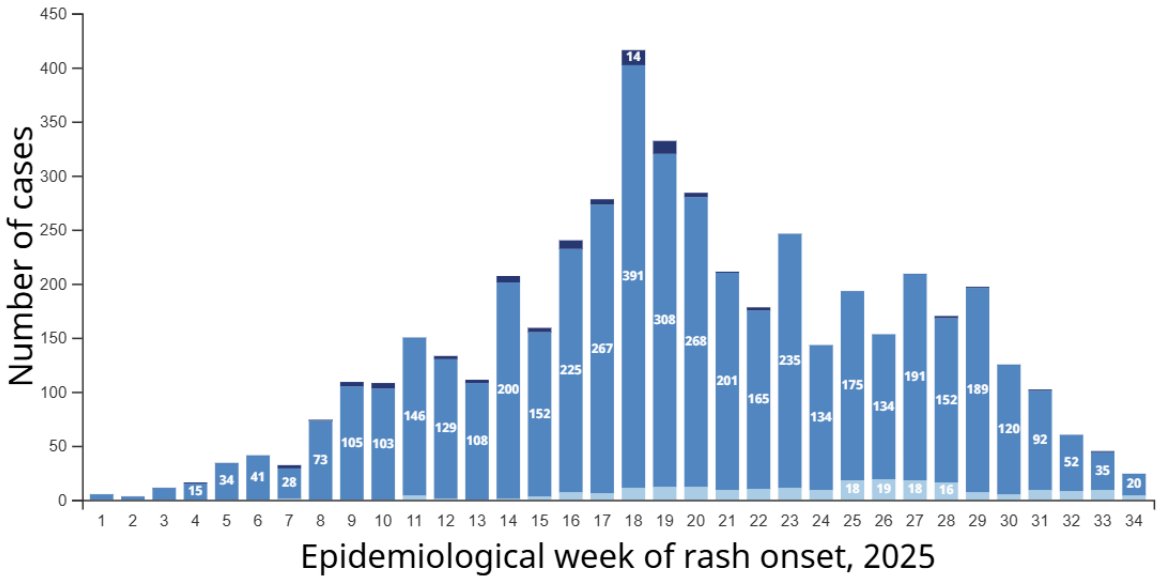
En 2025, se han notificado un total de 4.799 casos de sarampión (4.452 confirmados, 347 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick,

[1] *https://www.minsalud.gob.bo/8799-lucha-contra-el-sarampion-llegan-al-pais-1-7-millones-de-vacunas-y-se-ampliara-la-inmunizacion-hasta-los-19-anos*
[2] https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/

Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 9 de agosto de 2025.

En la semana 34 (del 17 al 23 de agosto de 2025), se notificaron 82 nuevos casos de sarampión (64 confirmados y 18 probables) en 6 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Nueva Escocia y Ontario).

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=4.799)



IV.2.C. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[3]

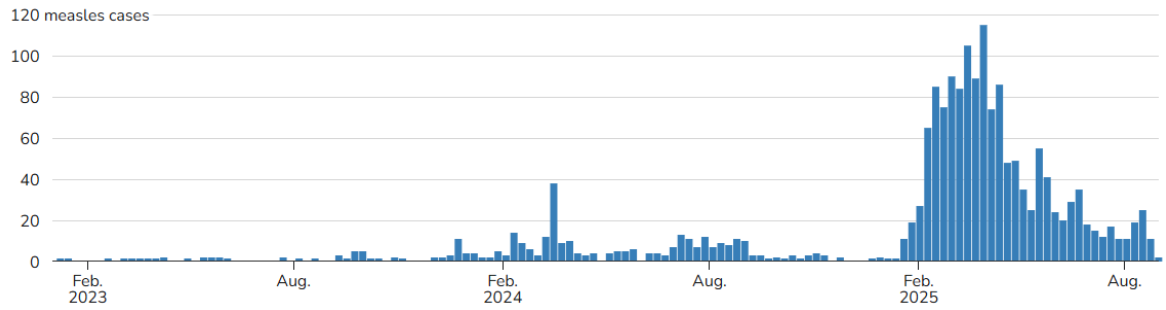
Al 2 de septiembre de 2025, se notificaron un total de 1.431 casos confirmados de sarampión en 42 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arkansas, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Míchigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming

En 2025 se han notificado 35 brotes, y el 86% de los casos confirmados (1.231 de 1.431) están asociados a brotes. En comparación, durante 2024 se notificaron 16 brotes y el 69% de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a brotes.

En el 2025 hubo 3 muertes confirmadas por sarampión.

[3] https://www.cdc.gov/measles/data-research/

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2023-2025 (hasta 26/08/25).

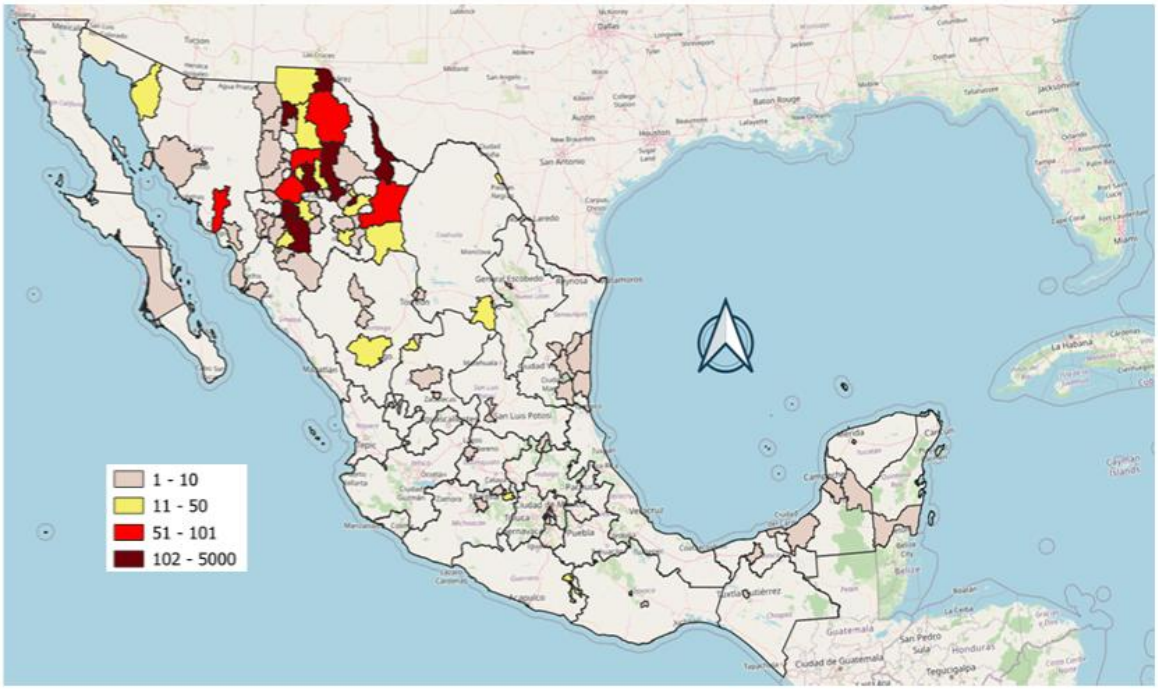


IV.2.D. MÉXICO[4]

Al 31 de julio, se han reportado 4.416 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 16 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 21 estados y 92 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 17 fallecimientos.

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios de residencia, 17 de julio de 2025, México.



Fuente: SSA/DGE/DVEET/Sistema Especial de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Febril Exantemática.

[4] www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2025?idiom=es

IV.2.E. PARAGUAY[5]

Hasta el momento, la cantidad de afectados por el virus del sarampión en Paraguay asciende a 24 casos, de los cuales, 21 asociados a importación, un caso importado y dos casos cuyos nexos epidemiológicos se encuentran en investigación.

En la última semana fueron confirmados tres casos más de sarampión en la zona del foco, que es el departamento de San Pedro.

La mayoría de los casos identificados de sarampión proceden del distrito de Nueva Germania (10), seguido de Santa Rosa del Aguaray (8) y Tacuati (6). De acuerdo al reporte, el 88 % de los casos no contaba con antecedente de vacunación contra el sarampión.

Entre los afectados por la enfermedad se encuentran niños y adultos de entre 1 y 54 años. Cuatro de ellos requirieron hospitalización, todos de alta médica.

Por otra parte, se hallan actualmente en estudio 11 personas con sospecha de sarampión, procedentes de las zonas del brote y distritos cercanos. A la fecha no se reportan fallecidos.

IV.3. Situación actual en Argentina

IV.3.A. NOTIFICACIÓN DE CASOS

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 3.044 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el país (Gráfico 1). A partir de la Semana Epidemiológica (SE) 6, coincidiendo con la emisión de la alerta epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, se evidencia un aumento progresivo en la notificación de casos, alcanzando su punto máximo en la semana 13.

La curva de notificación muestra una sensibilización del sistema de vigilancia, con una respuesta oportuna ante la comunicación de riesgo.

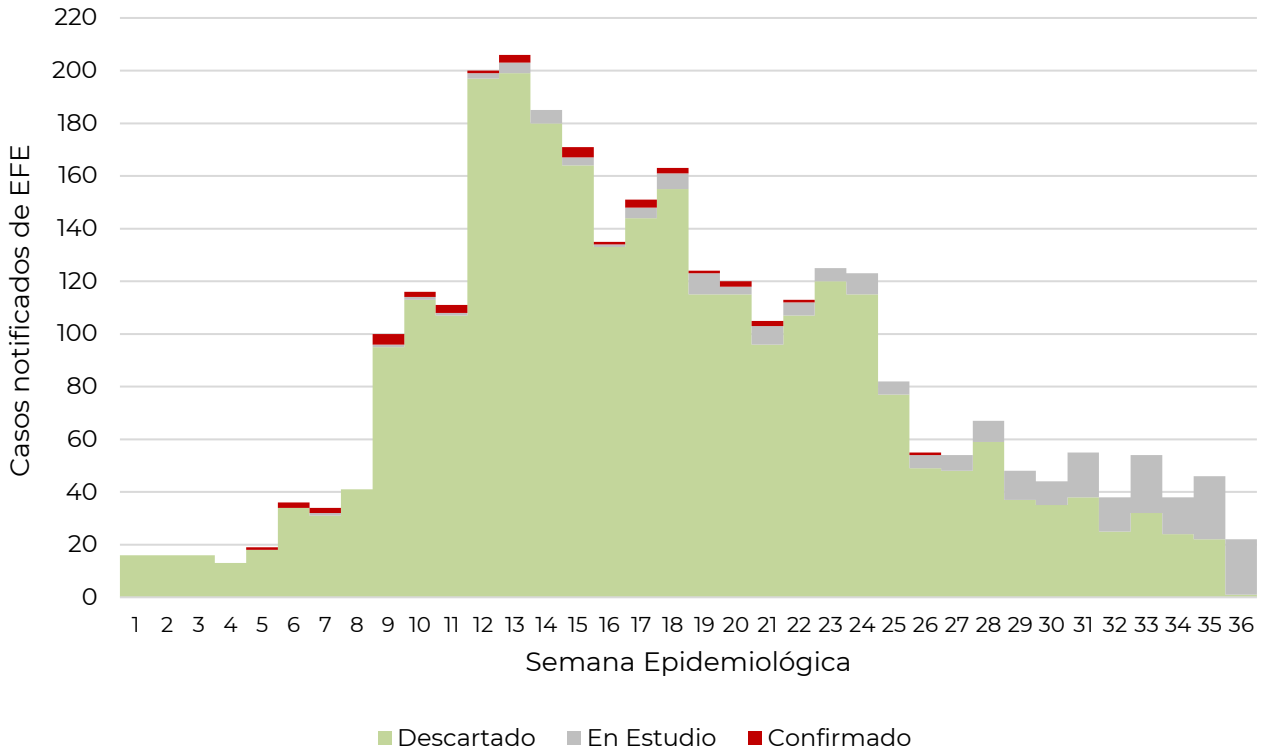
Del total de casos notificados entre la SE1 y la SE36:

- 35 casos fueron confirmados por laboratorio o nexo epidemiológico;
- 2.787 casos fueron descartados tras evaluación clínica, epidemiológica y/o laboratorial;
- 222 casos se encuentran actualmente en estudio, en proceso de investigación epidemiológica y/o diagnóstico por laboratorio.

La proporción de casos descartados sobre el total notificados es del 91%. La cifra de casos en estudio refleja la actividad continua de evaluación de los eventos notificados.

[5] https://www.mspbs.gov.py/portal/33665/identifican-nuevos-casos-de-sarampion-en-san-pedro.html

Gráfico 1. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE36 de 2025. N= 3044



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

Como se evidencia en la curva, a medida que nos alejamos de la fecha de los casos confirmados el sistema de salud disminuye las sospechas y la sensibilidad de detectar posibles casos.

IV.3.B. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Uno de los indicadores para monitorear la sensibilidad y calidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, es el cumplimiento de la tasa mínima anual esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola, fijada en al menos 2 notificaciones por cada 100.000 habitantes.

En este contexto, se presenta a continuación una tabla con la distribución de notificaciones y confirmaciones por provincia, así como la tasa esperada por jurisdicción, lo cual permite analizar el grado de cumplimiento de este umbral al momento del corte del informe.

Tabla 1. Distribución de casos notificados y confirmados por jurisdicción en Argentina. Tasa cada 100 mil habitantes y notificaciones esperadas para el período actual. SE1 a SE36 de 2025[6].

Jurisdicción	Conf.	Notif. totales actuales	Tasa c/100.000 habitantes	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	21	**1876**	10,2	252	367
CABA	13	**693**	22,5	42	62
Catamarca		**13**	3,0	6	9
Chaco		**25**	2,0	17	25
Chubut		**24**	3,6	9	13
Córdoba		73	1,9	54	79
Corrientes		4	0,3	16	23
Entre Ríos		**41**	2,8	20	29
Formosa		4	0,6	9	13
Jujuy		**35**	4,3	11	16
La Pampa		**21**	5,6	5	7
La Rioja		2	0,5	6	8
Mendoza		**64**	3,1	29	42
Misiones		8	0,6	18	27
Neuquén		9	1,3	10	14
Río Negro		8	1,0	11	16
Salta		18	1,2	21	30
San Juan		15	1,8	11	16
San Luis	1	10	1,9	7	11
Santa Cruz		**17**	4,1	6	8
Santa Fe		48	1,3	50	73
Santiago del Estero		13	1,3	14	21
Tierra del Fuego		3	1,5	3	4
Tucumán		20	1,1	25	36
Total	**35**	**3044**	**6,4**	**650**	**949**

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

Del análisis de la información notificada al 6 de septiembre se identifican tres situaciones diferenciadas entre las jurisdicciones:

1. *Jurisdicciones que tienen la misma cantidad o superaron la cantidad esperada de notificaciones para todo el año* (***en negrita en la tabla***): Este grupo incluye a Buenos Aires, CABA, Catamarca, Chaco, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza y Santa Cruz. En particular, Buenos Aires (con 1.837 notificaciones) y CABA (686) presentan cifras muy por encima de lo esperado si se

[6] Los casos notificados corresponden a los reportados hasta la SE35, mientras que la información sobre los casos confirmados refleja la más reciente disponible al momento de la elaboración de este boletín epidemiológico.

considera el total anual. La provincia de Chaco ha alcanzado las notificaciones esperadas para todo el año.

2. *Jurisdicciones que no superaron el total anual esperado, pero se encuentran igual o por encima del valor esperado para la semana epidemiológica (SE) vigente:* Aquí se encuentran Córdoba, San Juan, San Luis y Tierra del Fuego.

3. *Jurisdicciones con notificaciones por debajo del valor esperado para esta fecha:* Tal es el caso de Corrientes, Formosa, La Rioja, Misiones, Río Negro, Neuquén, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán, donde resulta clave reforzar las acciones de sensibilización y detección oportuna para alcanzar los estándares establecidos.

Este análisis permite monitorear periódicamente el desempeño del sistema de vigilancia en las distintas jurisdicciones y orientar acciones correctivas en tiempo oportuno.

IV.4. Sobre los casos confirmados

Se destaca que, del total de los 35 casos confirmados detectados en el año en curso, 21 corresponden a la provincia de Buenos Aires, 13 a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 1 caso importado pertenece a la provincia de San Luis.

La caracterización detallada de estos casos —incluyendo distribución territorial y temporal, edad, sexo, antecedente de vacunación y nexo epidemiológico—fue presentada hasta el **Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) N.º 769**, disponible en este enlace.

Actualmente, las jurisdicciones continúan realizando la investigación de contactos y la implementación de acciones sobre los casos sospechosos.

IV.5. Recomendaciones para la comunidad

Resulta fundamental garantizar el cumplimiento del esquema de vacunación contra el sarampión de acuerdo a las recomendaciones vigentes en los establecimientos con actividades educativas, deportivas, recreativas y sociales.

Las aulas y otros espacios donde se desarrollan las actividades mencionadas suponen el contacto estrecho entre niños, adolescentes y adultos, la convocatoria a reuniones y actos escolares con gran afluencia de personas y un incremento del desplazamiento de la población, constituyendo así un escenario que facilita la propagación del virus del sarampión en la comunidad.

IV.6. Recomendaciones para los equipos de salud

Hay que tener en cuenta realizar un correcto *triage* de las personas sintomáticas que concurren a los centros asistenciales de salud para poder tomar las medidas de aislamiento respiratorio para evitar la exposición de las personas que se encuentran en ese momento y la contaminación durante 2 horas de los espacios en donde se encuentre el paciente.

IV.7. 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 obligatoria.

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

IV.7.A. 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.

Ficha de investigación de caso sospechoso de EFE (sarampión/rubéola): https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-10/ficha_de_sarampion_y_rubiola_9102023.pdf

IV.8. 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.

Niños de 5 años y más, **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.

El antecedente de vacunación se deberá constatar a través del registro nominal de vacunación o por presentación del carnet de vacunación donde conste el esquema completo para sarampión y la rubéola, según Calendario Nacional de Vacunación.

*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

Ante el riesgo de propagación del virus en la comunidad, se propone la implementación de una campaña de vacunación dirigida a la población objetivo residente en esta región. Consultar en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/02/lt_vacuna_sarampion-2025.pdf

IV.9. Medidas ante casos y contactos

IV.9.A. MEDIDAS ANTE CASOS SOSPECHOSOS Y/O CONFIRMADOS:

- ✓ Instaurar medidas de aislamiento respiratorio: uso de barbijo para la persona con sintomatología y para acompañantes para la circulación y atención dentro de la institución.
- ✓ Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios.

- ✓ Asegurar la atención de manera inmediata, evitando traslados innecesarios (evitar circular en transportes públicos y dentro de las instituciones, en caso de ser necesario salir de domicilio debe utilizar doble barbijo)
- ✓ El personal de salud a cargo de su atención deberá Utilizar barbijo de Alta eficiencia (N95); y contar con carnet de vacunación que certifique al menos 2 dosis en la vida con componente de sarampión doble viral (DV) o triple viral (SRP) o el antecedente clínico/serológico que demuestre haber padecido la enfermedad o haber sido inmunizado con vacuna.
- ✓ Informar inmediatamente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso, 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 sumado a una muestra de orina dentro de los 14 días posteriores a la aparición de exantema y/o hisopado o aspirado nasofaríngeo (HNF o ANF) preferentemente dentro de los 7 días de inicio del cuadro. 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 48 hs. posteriores a la toma.

Vacunación dentro de las 48 a 72 hs.

1. Contactos entre 6 y 11 meses de edad deberán recibir UNA DOSIS de vacuna triple o doble viral. Esta dosis no debe ser tenida en cuenta como parte del esquema de vacunación del calendario nacional.
2. Contactos de 12 meses: se deberá asegurar UNA DOSIS de vacuna triple viral.
3. Contactos de 13 meses o más (excepto personas adultas nacidas antes de 1965) se deberán asegurar DOS DOSIS de vacuna con componente anti sarampionoso.
4. Contactos menores de 6 meses de edad, embarazadas sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y severamente inmunosuprimidas (independientemente del antecedente de vacunación) deberán recibir Inmunoglobulina de pool dentro de los 6 días de contacto. La inmunoglobulina se aplica por vía intramuscular, la dosis recomendada es de 0.25 ml/kg. En personas inmunocomprometidas, la dosis es de 0,5 ml/kg (dosis máxima 15 ml).

- Realizar búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación).
- 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.
- 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.

Ficha de notificación:
ficha_de_sarampion_y_rubeola_1742024.pdf
Alerta epidemiológica del 06 de marzo de 2025.

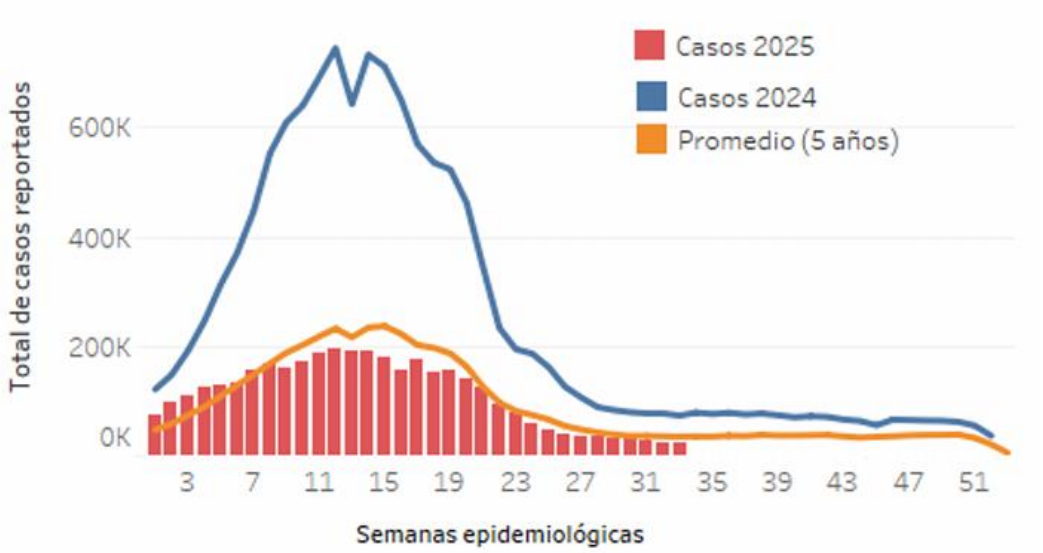
alerta_epidemiologica-sarampion_07032025_0.pdf

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento Informe de la situación epidemiológica del dengue en las Américas actualizado el 5 de septiembre.

A la semana epidemiológica (SE) 33 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,704,813 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 365 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 69% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 10% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 33.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 33 en 2025, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



Fuente: Plataforma de Información en Salud de las Américas. Datos epidemiológicos enviados a la OPS por los Ministerios e Institutos de Salud de países y territorios de las Américas

De los 3,704,813 casos de dengue reportados en las Américas, 1,495,469 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 5,834 (0.2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,865 muertes por dengue, para una letalidad del 0.050%.

17 países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 33. Estos países registran en conjunto 24,442 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 33.

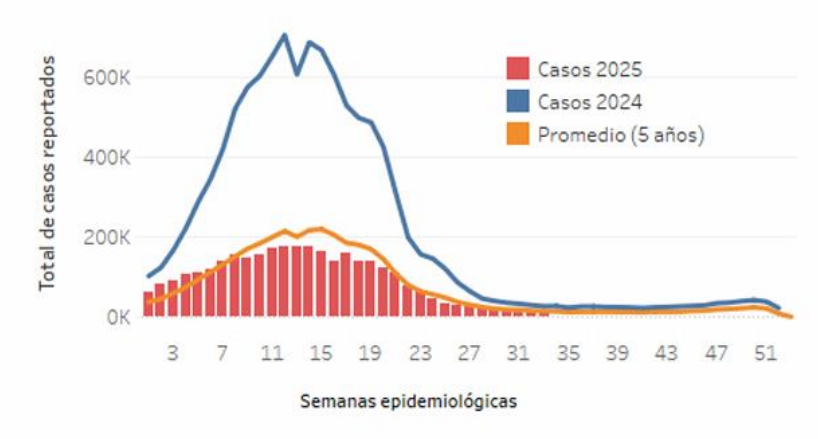
Del total de casos registrados en la SE 33, 28 fueron clasificados como dengue grave (0.2%), y se reportaron 5 muertes. para una letalidad de 0.020%.

15 países han reportado la circulación de serotipos de dengue en las Américas. Brasil, Costa Rica, El Salvador, México, Panamá, Puerto Rico con circulación simultánea de DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4.

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notifican 17,301 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 33. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 69% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 8% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

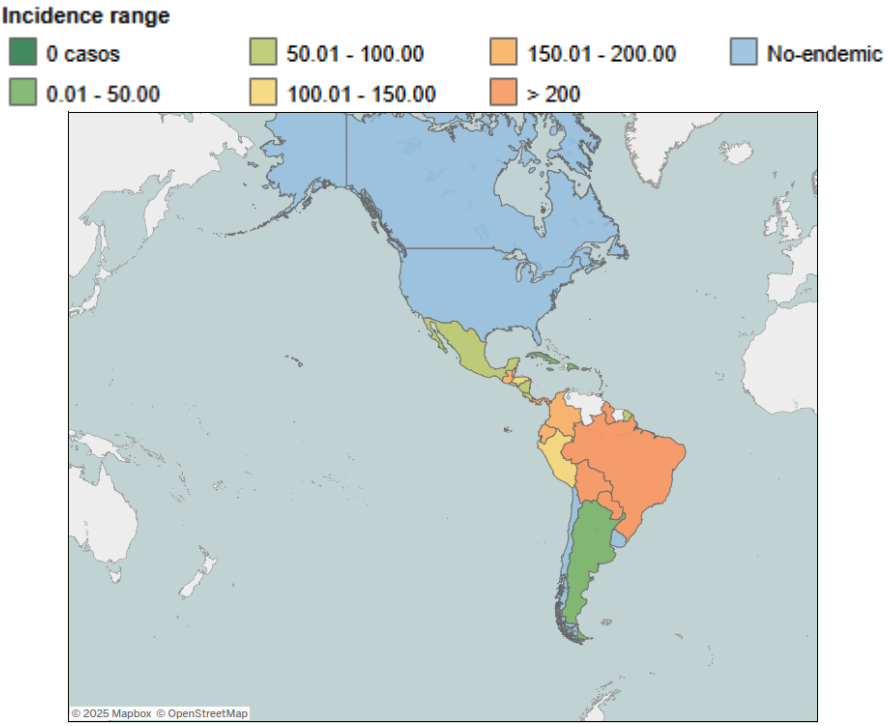
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 33, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



Fuente: Plataforma de Información en Salud de las Américas. Datos epidemiológicos enviados a la OPS por los Ministerios e Institutos de Salud de países y territorios de las Américas

En el mapa 1 se observa la incidencia acumulada de casos de dengue para el año 2025 en la región de las Américas, siendo Brasil el país que aporta el mayor número de casos.

Mapa 1. Dengue: Incidencia de casos cada 100.000 habitantes por en la Región de las Américas. Año 2025.



Fuente: Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud. Datos reportados por Ministerios e institutos de Salud de los países y territorios de la región.[7]
NOTA METODOLOGICA:
1. Números de casos reportados de fiebre por dengue. Incluye todos los casos de dengue: sospechosos, probables, confirmados, no-grave, grave y muertes.
2. Población: total de habitantes para ese País o Territorio según las proyecciones de Naciones Unidas.

[7] https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics/indicadores-dengue-en/dengue-nacional-en/254-dengue-incidencia-en.html

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[8] y el ARBO-portal[9] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 11/09/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 35/2025 se han reportado 3.923.242 casos de dengue, con 1.609 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 60% respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se notificaron 214.288 casos, un 46% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 110 muertes por este evento. Respecto al zika, hasta la SE 34/2025 se han registrado 19.958 casos, lo que representa una disminución del 48% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 34/2025, se confirmaron 11.952 casos, un 45% más que en igual período del año pasado, con 5 defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 33/2025, se han reportado 29.373 casos de dengue, con 3 fallecimientos asociados, lo que representa una disminución del 40% en comparación con el mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se registraron 5.159 casos, un aumento de 13 veces el valor del año previo, con 4 defunciones por este evento. Asimismo, se notificaron 908 casos de zika, cuatro veces más de lo notificado durante el mismo período de 2024, sin fallecimientos asociados. En lo que respecta a Oropouche, durante 2025 no se han registrado casos.

Paraguay: hasta la SE 35/2025, se han reportado 23.532 casos de dengue y un fallecimiento asociado, un 92% menos respecto a la misma semana de 2024. En relación con chikungunya, se notificaron 50 casos, lo que representa una disminución del 98% respecto al año anterior, sin registrarse defunciones asociadas. Sin embargo, los casos confirmados por laboratorio mostraron un incremento del 41%. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían notificado 5 casos.

Perú: hasta la SE 35/2025, se han notificado 34.942 casos de dengue, un 87% menos que el mismo periodo de 2024, con 50 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 34/2025 se notificaron 82 casos, similar al valor del año previo, sin defunciones para este evento. Respecto al zika, se han notificado 3 casos, igual que el año anterior, sin fallecidos para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 30/2025 se confirmaron 330 casos10, un 97% menos que a la misma semana de 2024.

Durante el año en curso, se ha registrado una disminución de los casos de dengue en todos los países mencionados. Respecto a la circulación de serotipos del virus del dengue, Bolivia presenta circulación de DEN-1 y DEN-2; mientras que Perú y Paraguay de DEN-1, DEN-2 y DEN-3. En tanto, Brasil reporta la circulación de los cuatro serotipos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4).

La Organización Panamericana de la Salud emitió una alerta epidemiológica sobre Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas3, debido a que en 2025 se han reportado brotes de chikungunya en varias regiones del mundo. En las Américas, distintos países notificaron un

[8] Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html

[9] Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-por-virus-oropouche

[10] Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas – 28 de agosto de 2025. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-chikungunya-oropouche-region-americas-28-agosto-2025

incremento de casos: en Bolivia se registró un aumento muy superior al observado en 2024, mientras que en Perú se reportó un incremento de casos y en Paraguay un alza en los casos confirmados. Asimismo, se continúan notificando casos autóctonos de Oropouche en países de la Región como Brasil y Perú.

Con respecto al virus del Zika, se registra una disminución de casos en Brasil y un aumento en la notificación en Bolivia.

V.2. Situación de dengue en Argentina

V.2.A. INICIO DE TEMPORADA 2025/2026

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. Si bien existe una alta 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 los meses más cálidos y húmedos del año, que comprenden principalmente la primavera, el verano y parte del otoño, se registra un aumento en la abundancia poblacional del vector y, consecuentemente, se generan condiciones que permiten la ocurrencia de brotes. Por el contrario, durante el invierno la actividad reproductiva del vector disminuye considerablemente, interrumpiéndose en gran parte del territorio nacional.

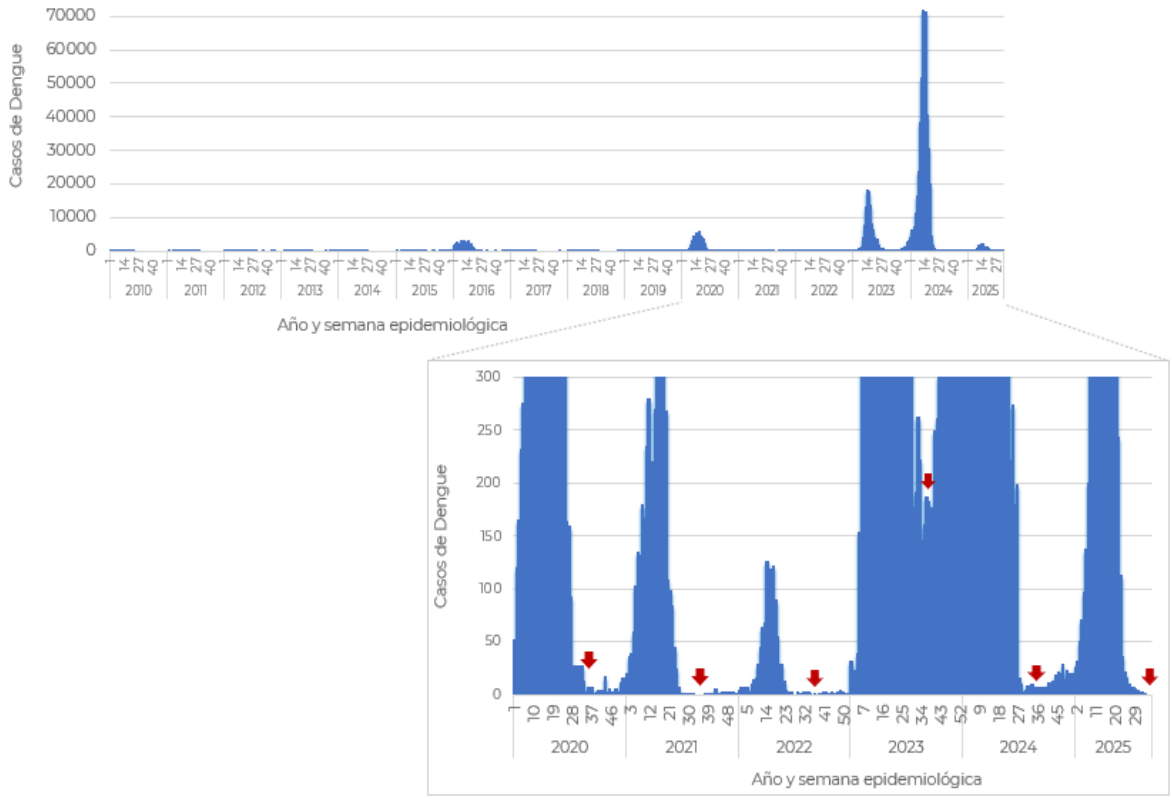
La definición operativa de temporada permite estructurar la vigilancia en un marco temporal en consonancia con la dinámica de transmisión, facilitando el análisis comparativo entre períodos y la planificación de las acciones de prevención y control. En este sentido, la temporada de dengue en Argentina 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 SE36/2025, 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.

Gráfico 3. Dengue: Casos de dengue[11] según semana epidemiológica. Años 2010-2025 y detalle 2020-2025 con referencia (flecha roja) a la SE 36. Argentina.



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

De acuerdo con la fecha mínima[12], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 863 casos sospechosos de dengue, de los cuales 5 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 que aún se encuentra en investigación en Provincia de Buenos Aires (Tres de Febrero) y dos casos con antecedente de viaje a Brasil y Sri Lanka notificados en CABA (Tabla 1).

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE36/2025 se notificaron 140 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.

[11]Incluye casos de dengue autóctonos e importados. La ubicación en las semanas epidemiológicas se realizó por la fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible o "fecha mínima" (orden de jerarquía: 1) fecha de inicio de síntomas, 2) fecha de consulta, 3) fecha de toma de muestra, y 4) fecha de notificación).

[12] Fecha mínima: fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible (orden de jerarquía: 1. fecha de inicio de síntomas, 2. fecha de consulta, 3. fecha de toma de muestra, y 4. fecha de notificación).

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE36/2025. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.			
Buenos Aires	1	2	0	1	48	15	67
CABA	0	0	2	0	16	2	20
Córdoba	0	1	0	0	48	0	49
Entre Ríos	0	0	0	0	0	1	1
Santa Fe	0	1	0	0	40	7	48
Total Centro	**1**	**4**	**2**	**1**	**152**	**25**	**185**
Mendoza	0	0	0	0	4	0	4
San Juan	0	0	0	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0	3	0	3
Total Cuyo	**0**	**0**	**0**	**0**	**7**	**0**	**7**
Chaco	0	2	0	0	45	3	50
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	2	3	0	0	505	1	511
Misiones	0	0	0	0	0	1	1
Total NEA	**2**	**5**	**0**	**0**	**550**	**5**	**562**
Catamarca	0	0	0	0	10	0	10
Jujuy	0	0	0	0	13	1	14
La Rioja	0	0	0	0	2	0	2
Salta	0	0	0	0	20	4	24
Santiago del Estero	0	0	0	0	13	0	13
Tucumán	0	1	0	1	33	0	35
Total NOA	**0**	**1**	**0**	**1**	**91**	**5**	**98**
Chubut	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	1	4	1	6
Neuquén	0	0	0	0	2	0	2
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	1	0	1
Tierra del Fuego	0	0	0	0	2	0	2
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**1**	**9**	**1**	**11**
Total País	**3**	**10**	**2**	**3**	**809**	**36**	**863**

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

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

V.2.B. FAVORABILIDAD PARA BROTES DE DENGUE

Con el objetivo de fortalecer la capacidad de respuesta ante brotes de dengue, y utilizando como base el trabajo realizado por el Ministerio de Salud de Brasil[13] en fiebre amarilla, se desarrolló un mapa de favorabilidad que permite identificar áreas geográficas con mayor predisposición a la ocurrencia de brotes. Su elaboración se realizó en un entorno de Sistemas de Información Geográfica, Quantum GIS[14] (QGIS), mediante la integración de capas ráster que representan distintas variables relevantes para la transmisión del dengue. Cada una de estas variables fue

[13] Ministério da Saúde Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - Nota Informativa Nº 35/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS. Brasilia: Saude; 2025. Disponible en: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2024/nota-informativa-no-35-2024.pdf

[14] Versión de QGIS 3.24.1-Tisler

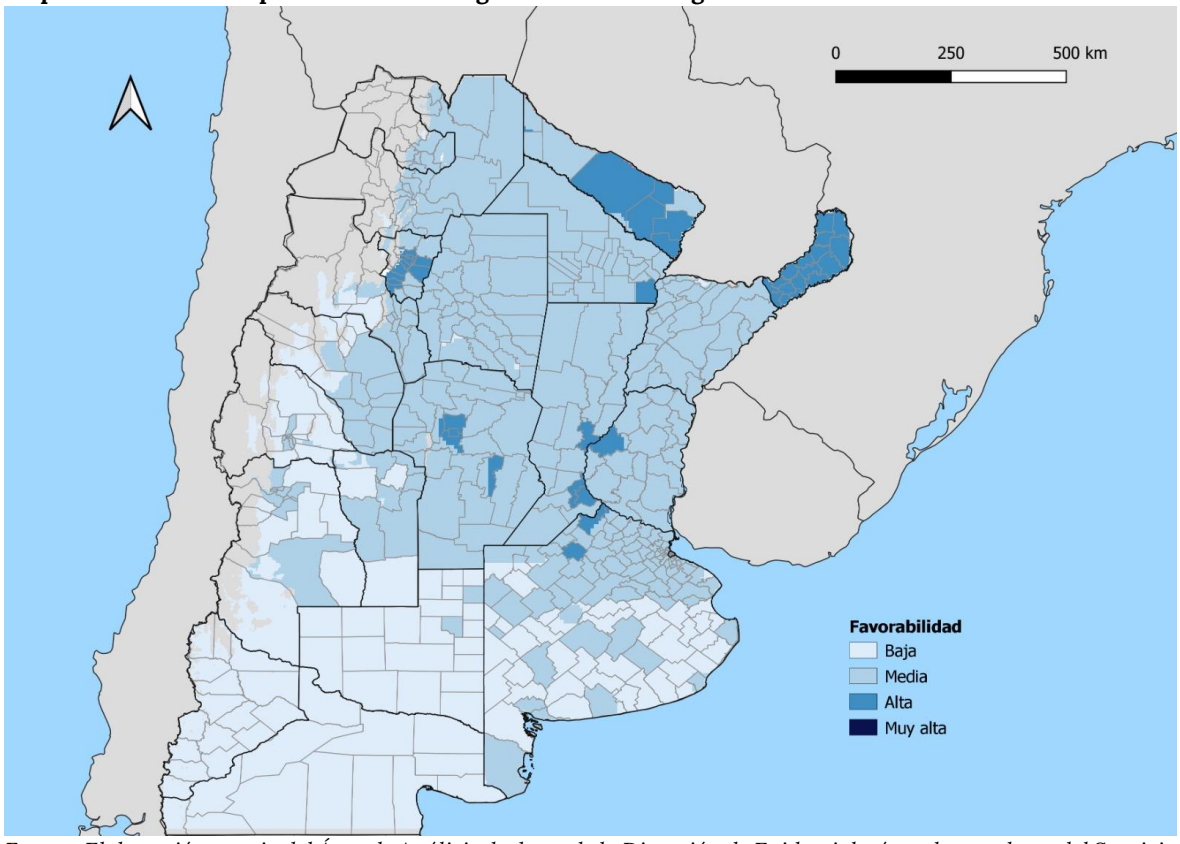
ponderada según su aporte relativo al riesgo y posteriormente sumada para obtener un índice total, que clasifica el territorio en cuatro niveles de favorabilidad: baja, media, alta y muy alta.

Las fuentes de datos utilizadas fueron el Censo 2022 (INDEC), Instituto Geográfico Nacional (IGN), Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (DZYCETV), Servicio Meteorológico Nacional (SMN) y el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 2.0 (SNVS 2.0).

Para la elaboración de este producto, se analizaron factores sociodemográficos, ambientales y epidemiológicos. Entre ellos, la densidad poblacional, las ecorregiones ubicadas por debajo de los 2.500 msnm, la presencia histórica del vector *Aedes aegypti* en cada jurisdicción y el riesgo entomológico reciente, estimado a partir de indicadores larvarios. Asimismo, se incorporaron variables climáticas, como la precipitación acumulada y las temperaturas mínima y máxima promedio de las últimas dos semanas junto con información epidemiológica como la ocurrencia histórica de casos, la tasa de notificación promedio de las últimas dos semanas y la fase de cada departamento (preparación, alerta temprana, respuesta a epidemia, recuperación), según el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante epidemias de dengue y otras arbovirosis[15].

De acuerdo con la sumatoria de estas variables, al cierre de la SE 36/2025, ninguno de los departamentos del país presenta favorabilidad muy alta.

Mapa 3. Favorabilidad para brotes de Dengue. SE 36 2025. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Análisis de datos de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Servicio Meteorológico Nacional, la Dirección de Control de enfermedades transmitidas por Vectores y Zoonosis y datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. (SNSVS 2.0)

[15] Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/08/plan_de_preparacion_arbovirus_2782024.pdf

5.1. Vigilancia entomológica

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

V.1.A. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR SENSORES DE OVIPOSICIÓN

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

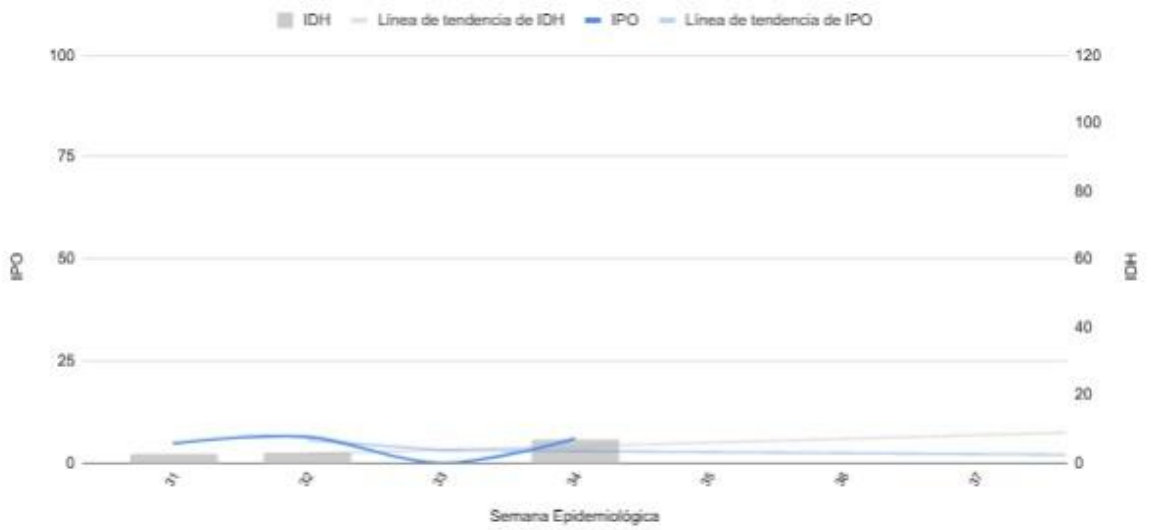
- Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO): Expresa la relación entre sensores positivos y examinados, estimando el riesgo entomológico. Este índice permite categorizar el riesgo como bajo (IPO < 40%), moderado (IPO entre 40% y 70%) o alto (IPO > 70%).
- Índice de Densidad de Huevos (IDH): Mide la relación entre la cantidad de huevos registrados y los sensores positivos, proporcionando información indirecta sobre la densidad del vector en el ambiente y permitiendo identificar temporadas de mayor y menor actividad reproductiva.

V.1.B. EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32–SE34 (2025)

Durante el período invernal, las jurisdicciones de las regiones Cuyo y Sur discontinúan la vigilancia entomológica debido a la negativización persistente de los sensores. Durante el actual período, se presentarán los resultados de la vigilancia entomológica con sensores de oviposición para las regiones NEA, NOA y Centro únicamente. Por otro lado, dado que suelen registrarse descensos significativos en la positividad de los sensores en dichas regiones, la información entomológica se publicará cada 2 semanas. Por el momento, no se publicarán gráficos a nivel nacional dado que, por lo anteriormente expuesto, el registro no resulta representativo de lo que ocurre con la dinámica de *Aedes aegypti* en nuestro país.

La región **NEA** presentó SO positivos durante las SE 31 y 32, con valores bajos del IPO correspondientes a una situación entomológica de bajo riesgo (Gráfico 1). Si bien durante la SE33 no se registró actividad reproductiva del vector, durante la SE34 se volvieron a contabilizar sensores positivos en la región, evidenciando la continuidad de la actividad reproductiva aunque con valores del IPO correspondientes a riesgo entomológico bajo (Gráfico 1).

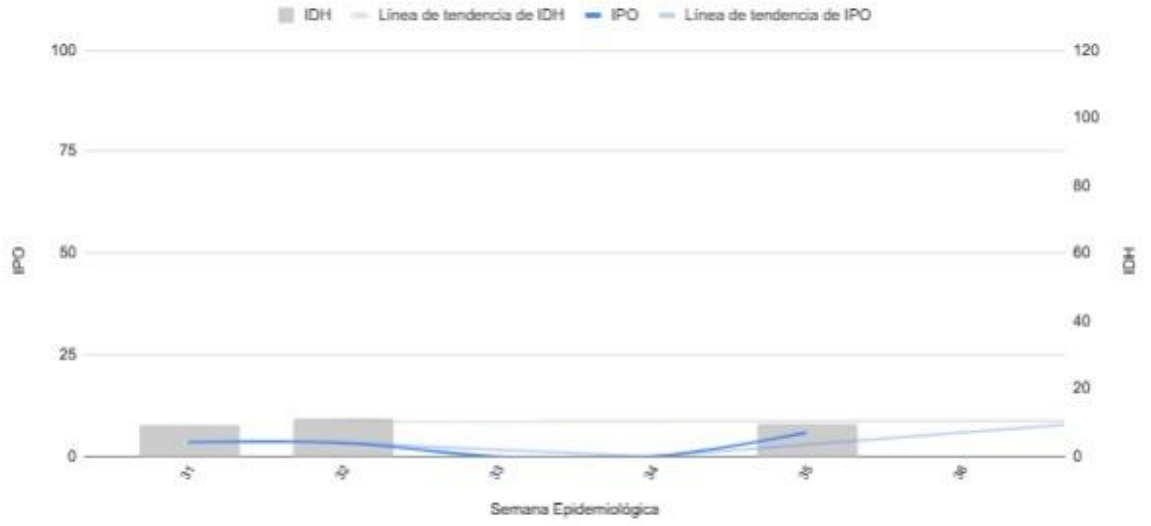
Gráfico 1. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2025)- SE 34 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En el caso de la región NOA, el inicio de la positividad de esta temporada se detectó a partir de la SE 31 con valores del IPO menores que en NEA y asociados a un riesgo entomológico bajo (Gráfico 2). En esta región, no se detectó actividad reproductiva durante las SE33 y 34, volviendo a detectarse sensores positivos durante la SE35 (Gráfico 2).

Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2025)- SE 35 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.

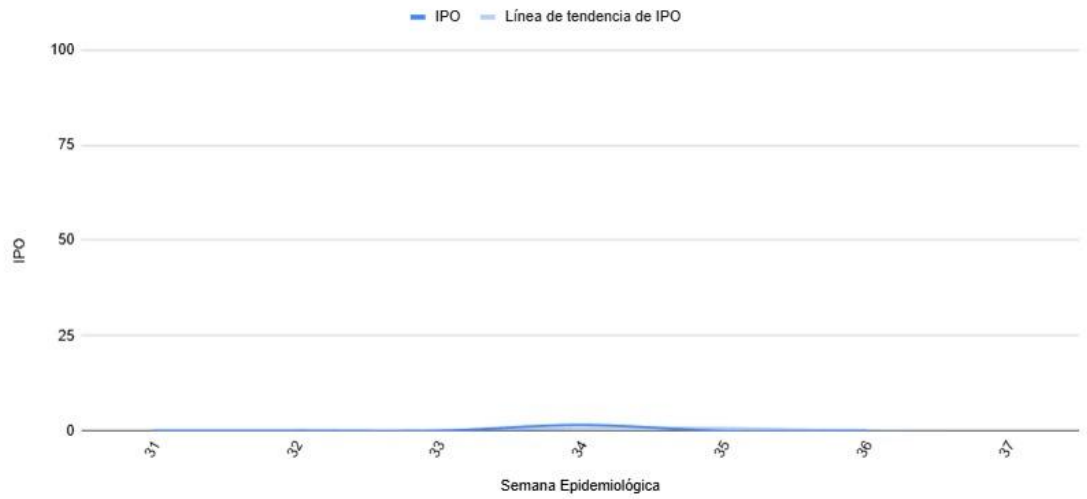


Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región **Centro**, los sensores fueron negativos desde la SE 31 aunque durante la SE34 se detectó un sensor positivo en una de las jurisdicciones (Gráfico 3). Desde entonces, los sensores fueron negativos en las jurisdicciones relevadas. Es importante destacar que la detección de actividad reproductiva del vector a esta altura de la temporada en la región Centro representa

un cambio respecto de los datos históricos de temporadas previas. Sin embargo, por tratarse hasta el momento de un único registro no se pueden elaborar aún conclusiones robustas respecto a una modificación general de la dinámica poblacional en la región.

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2025)- SE 36 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Como se detalló previamente, la vigilancia entomológica de *Ae. aegypti* se ve interrumpida durante el período invernal en diferentes jurisdicciones, algunas de las cuales presentan temperaturas invernales incompatibles con la supervivencia, el desarrollo y/o la reproducción del mosquito. Sin embargo, desde la DZyCETV se sostendrá la vigilancia entomológica en localidades centinelas elegidas para monitorear la dinámica poblacional del mosquito durante todo el año. En particular, resulta fundamental seguir estudiando el potencial endémico de algunas regiones, así como también contar con curvas anuales ininterrumpidas que puedan ser utilizadas como líneas de base para análisis de riesgo y modelos predictivos.

La implementación de esta red marca un avance significativo en la vigilancia entomológica en Argentina, ya que permite a las jurisdicciones contar con datos sistematizados que antes no existían. Esta información no solo mejora la planificación y ejecución de medidas de control y prevención, sino que también genera un registro histórico que podrá utilizarse para desarrollar herramientas predictivas y analizar tendencias en futuras temporadas. La RNVE representa un ejemplo de cómo la colaboración interjurisdiccional y el uso de tecnología pueden fortalecer la capacidad del país para anticiparse a los desafíos sanitarios asociados a las enfermedades transmitidas por vectores. Sin embargo, los datos actuales presentan limitaciones debido a la ausencia de vigilancia entomológica en algunos distritos y a la no adherencia de algunas jurisdicciones a la RNVE.
Con el objetivo de ampliar y consolidar esta iniciativa, se invita a las jurisdicciones que aún no forman parte de la Red Nacional a incorporarse, promoviendo la vigilancia entomológica en todo el territorio nacional. Para más información, pueden contactarse a través del correo electrónico: **etm.vectores@msal.gov.ar**.

V.1.C. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR ÍNDICES LARVARIOS

La vigilancia entomológica de *Aedes aegypti* se realiza también mediante la construcción de índices larvarios obtenidos a partir de los datos entomológicos relevados en las acciones de

prevención y control vectorial en viviendas y establecimientos público/privados. Dichas acciones son llevadas adelante por el personal técnico especializado de las Bases Nacionales de Control de Vectores dependientes de la DZYCETV en conjunto con personal provincial y/o local, según la jurisdicción. En dichas acciones se releva el estado de la vivienda/establecimiento y la misma presenta contenedores con estadios inmaduros de mosquito (larvas) así como también la presencia de contenedores negativos. Asimismo, se registra el tipo de contenedor y el resultado de las intervenciones realizadas (eliminación o neutralización de los mismos, según corresponda). Las acciones de prevención y control realizadas en terreno desde la DZYCETV se concentran principalmente en NEA y NOA, dado que las Bases Nacionales se encuentran ubicadas en las jurisdicciones de estas regiones.

A partir de esta información recabada en terreno, se pueden calcular tres índices larvarios que permiten evaluar la situación de la localidad y estimar el riesgo asociado a la transmisión vectorial de dengue y otras arbovirosis:

- **Índice de vivienda:**(viviendas positivas para *Aedes aegypti* / total de viviendas inspeccionadas) * 100.

  (IV<4 Riesgo bajo, 4<IV<35 Riesgo moderado, IV>35 Riesgo alto)

- **Índice de recipiente:(**recipientes positivos para Aedes aegypti / total de recipientes) * 100

  (IR<3 Riesgo bajo, 3<IR<20 Riesgo moderado, IR>20 Riesgo alto)

- **Índice de Breteau: (**recipientes positivos para Aedes aegypti / total viviendas inspeccionadas) *100

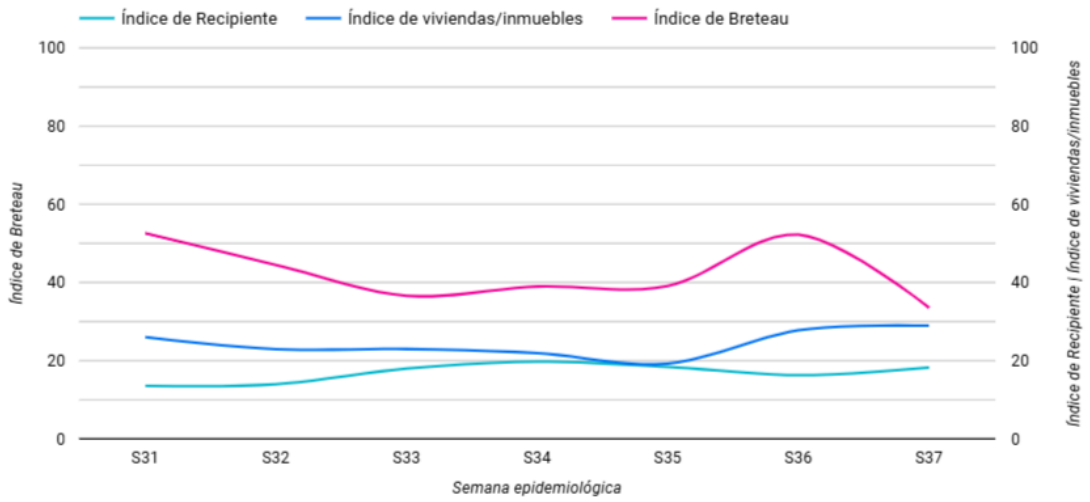
  (IB<5 Riesgo bajo, 5<IB<50 Riesgo moderado, IB>50 Riesgo alto)

Cuando se realiza la desagregación por región se observa que, para la región NEA, se registran índices entomológicos altos en las viviendas visitadas durante la SE31 de 2025, coincidente en el caso del IB con una situación de riesgo entomológico alto y moderado de acuerdo a IV e IR (Gráfico 4A). Estos valores descendieron en las siguientes cuatro semanas, mostrando un nuevo pico en la SE36. Durante la actual SE, los valores descienden aunque podrían verse modificados por la carga retrospectiva. Durante el período invernal, los equipos operativos dependientes de la DZyCETV profundizan las acciones sobre sitios críticos y predios estratégicos con el objetivo de reducir las poblaciones vectoriales previamente al aumento generalizado de las temperaturas. En el caso de los sitios críticos relevados en la región NEA, los índices entomológicos presentaron dos órdenes de magnitud más que los calculados en las viviendas (Gráfico 4B) mientras que en el caso de los predios estratégicos visitados los índices calculados fueron similares a los domiciliarios (Gráfico 4C).

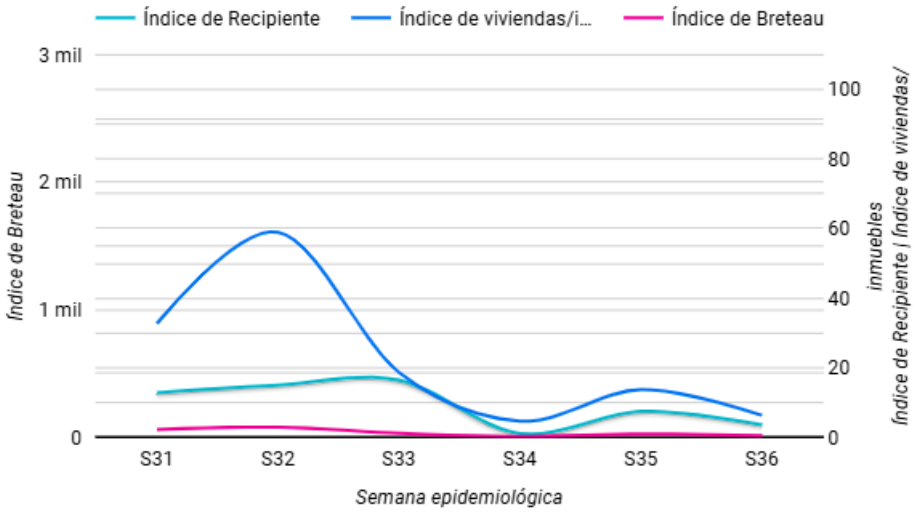
Para la región NOA, los índices larvarios registrados en viviendas mostraron valores elevados durante la SE31, correspondiente a una situación de riesgo entomológico moderado, aunque los valores de los 3 índices mostraron a partir de entonces una tendencia descendente correspondiente a una situación de riesgo entomológico bajo (Gráfico 4A). Las acciones realizadas en sitios críticos muestran índices entomológicos dos órdenes de magnitud mayor que los hallados en viviendas (Gráfico 5B), confirmando la necesidad de profundizar las acciones territoriales en este tipo de sitios. En el caso de los predios estratégicos visitados, se observaron índices entomológicos similares a los hallados en viviendas (Gráfico 5C). Es todos los casos, los valores registrados fueron menores que los hallados en la región NEA.

Gráfico 4 A. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas (A), Sitios Críticos (B) y Predios Estratégicos (C) en la región NEA SE 31 (2025)- SE 37 (2025).

A.



B.



C.

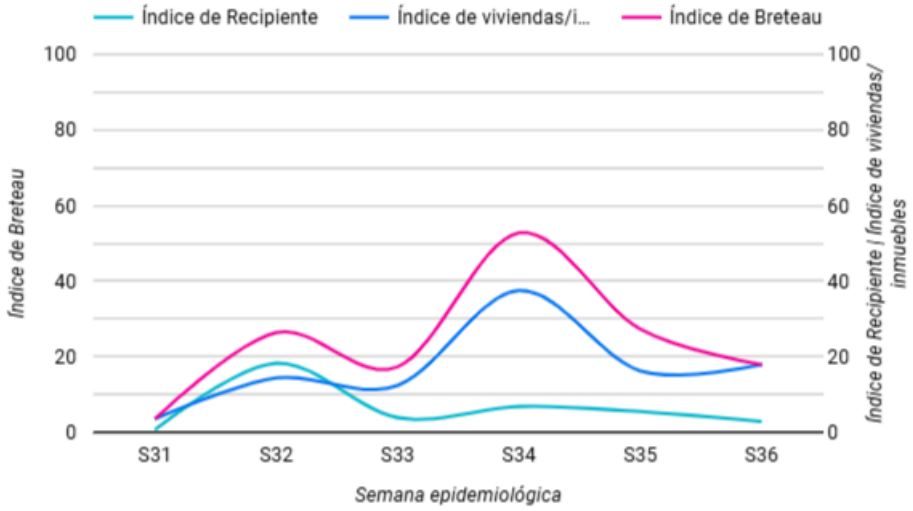
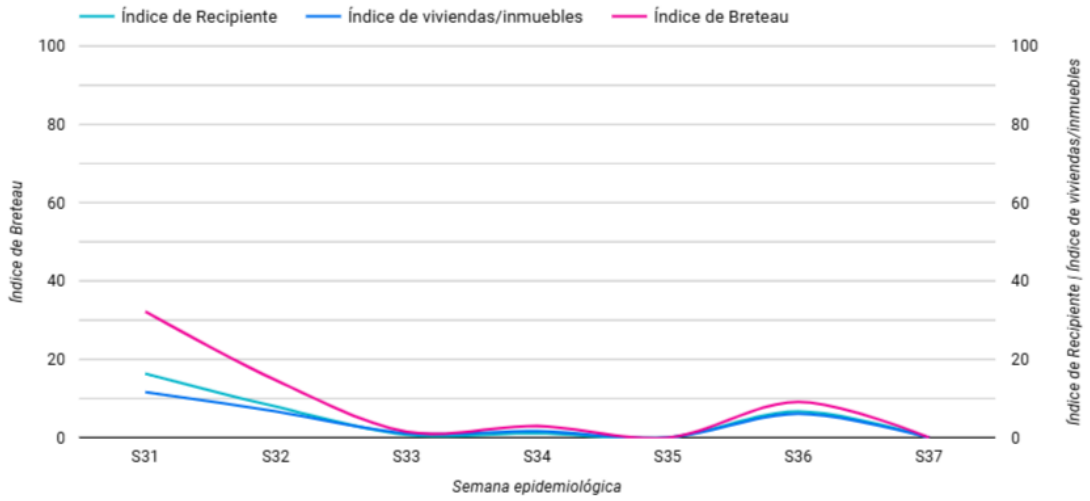
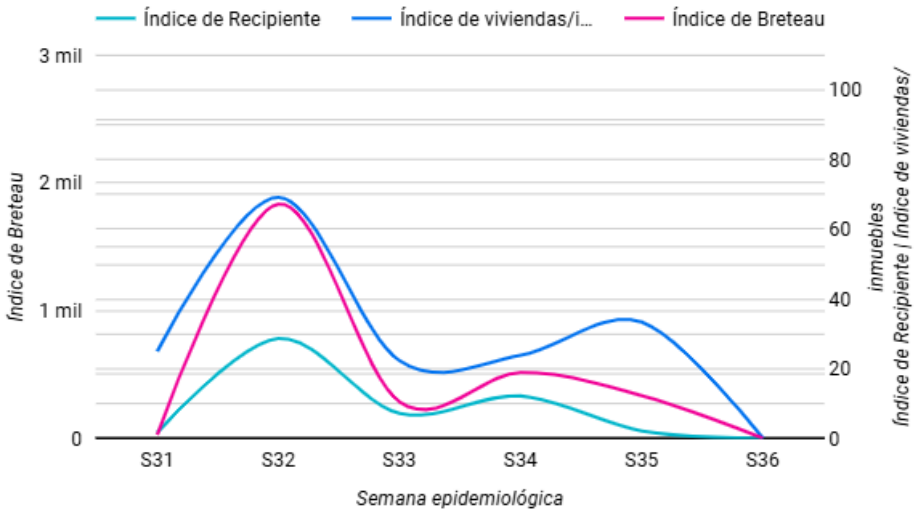


Gráfico 5. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas (A), Sitios Críticos (B) y Predios Estratégicos (C) en la región NOA SE 31 (2025)- SE 37 (2025).

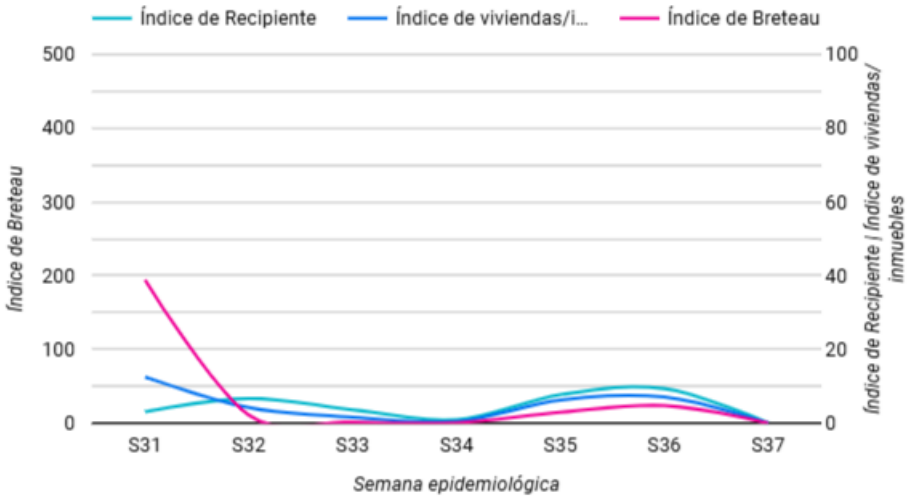
A.



B.



C.



VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

VI.1. Nota Metodológica

En el presente BEN, además de la síntesis semanal de Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas, se amplía la información de **Vigilancia de Eventos Clínicos y Vigilancia Universal de Virus Respiratorios por Redes de Laboratorio**. Para esta última, se consideran las detecciones de SARS-CoV-2 e influenza (según tipo, subtipo y linaje) notificadas con modalidad nominal en los eventos del SNVS destinados a tal fin, tanto centinela como no centinela, así como las detecciones de Virus Sincicial Respiratorio (VSR) y otros virus respiratorios notificadas con modalidad agrupada

En relación al parámetro temporal, la fecha de corte del análisis corresponde a la semana de elaboración del BEN para los eventos de notificación nominal y una semana previa para aquellos de notificación agrupada.

VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios[16]

Situación Regional: La actividad de influenza en las Américas se mantiene baja. La actividad de SARS-CoV-2 muestra un incremento en las últimas semanas epidemiológicas (SE). Para VSR la circulación a nivel regional muestra una tendencia descendente. En América del Norte, la actividad de influenza se mantiene en niveles interestacionales. En el Caribe, la circulación disminuye presentando una positividad de 8.5%. El subtipo A(H1N1)pdm09 continúa siendo el predominante. La actividad del VSR se mantiene baja y estable en América del Norte, mientras que en el Caribe disminuye alcanzando una positividad del 4.9% en la última SE. La actividad de SARS-CoV-2 aumenta en América del Norte y el Caribe, donde la positividad alcanzó un 6.6% y un 19.8% respectivamente. En Centroamérica, la actividad de influenza mantiene una tendencia al descenso, con una positividad del 6.5%. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene esta semana con una positividad del 5.7%, mientras que VSR disminuye esta SE a una positividad del 14.9%. En la subregión andina, la actividad de influenza A continúa su tendencia a la disminución con una positividad del 5.4%. La actividad del VSR disminuye a una positividad del 8.8%, mientras que la circulación de SARS-CoV-2 aumenta levemente en comparación a la última semana, con una positividad del 6.4%. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza continúa disminuyendo, con una positividad del 2.8%. La circulación del VSR disminuye con respecto a la SE anterior, con una positividad del 11.7%, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 permanece en niveles bajos, pero con una tendencia al aumento. La circulación de otros virus respiratorios (OVR) presenta niveles elevados y con una tendencia ascendente en la mayoría de las subregiones. Destaca la subregión de Brasil y el cono sur con detección de Rinovirus, Parainfluenza y Metapneumovirus.

América del Norte: La actividad de influenza se mantiene baja en la subregión, con una positividad de 0.5%, y se mantiene en niveles interestacionales en México, Canadá y Estados Unidos. La mayoría de los casos SARI positivos se han asociado con influenza y SARS-CoV-2. La actividad del VSR sigue siendo baja y estable en todos los países de la subregión. La actividad de SARS-CoV-2 aumenta en la subregión con una positividad del 6.6%. En Estados Unidos alcanza

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

un 11%, Canadá un 6.5% y México un 9.6%. Todos los países de la subregión mantienen una tendencia al ascenso.

Caribe: La actividad de influenza, impulsada principalmente por A(H1N1)pdm09, disminuye en la última SE, con una tasa de positividad subregional de 8.5%. En Haití, Belice, Santa Lucía la actividad de influenza continúa en niveles epidémicos, pero con tendencia a la disminución. En contraste, en Cuba, Jamaica, Surinam y República Dominicana se mantiene en niveles interestacionales. En Barbados y Las Islas Caimán la actividad de influenza se mantiene baja. En Guyana, la actividad aumenta respecto de la SE anterior con una positividad del 9.6%. La circulación del VSR en la subregión disminuye con respecto a la SE anterior, con una positividad del 4.9%. En Cuba, República Dominicana, Islas Caimán, San Vincent y las granadinas la circulación disminuye en comparación a la SE anterior. En Guyana la circulación aumenta la circulación en comparación a la SE anterior. La actividad de SARS-CoV-2 aumenta esta SE con respecto a la anterior, presentando positividad subregional de 19.8%. En Belice, Haití, República Dominicana, Jamaica, Guyana y San Vincent y las granadinas la actividad disminuyó. En Cuba, Santa Lucía, Barbados e Islas Caimán, la positividad aumentó.

Centroamérica: La actividad de influenza disminuye su circulación en la subregión, caracterizada por la circulación concurrente de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B/Victoria, que representa la mayoría de los casos notificados de ETI. La positividad actual es del 6.5%. La circulación del VSR se mantiene elevada, y con tendencia a la disminución, con una positividad del 14.9%, y que se ve reflejado en la detección de casos IRAG. La actividad de SARS-CoV-2 se mantuvo esta semana, alcanzando una positividad de 5.7%.

Países Andinos: La actividad de influenza disminuye respecto de la SE previa, con una positividad de 5.4%, asociada principalmente con la circulación de A(H1N1)pdm09. La circulación de VSR disminuye, presentando una positividad de 8.9%. La actividad de SARS-CoV-2 aumenta alcanzando una positividad del 6.4%. Los casos de IRAG asociados con influenza muestran una tendencia descendente y el virus más frecuentemente identificado es VSR. Para los casos ETI se observa un aumento en la proporción de casos asociados a VSR y un descenso de los casos de influenza.

Brasil y Cono Sur: La actividad de influenza en la subregión, impulsada principalmente por influenza A, mantiene su tendencia al descenso, con una positividad de 2.8%. La circulación del VSR se mantiene alta y disminuye en la última semana, indicando una positividad del 11.7%. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos, sin embargo, comienza a mostrar una tendencia al ascenso con una positividad del 3.7%. La detección de casos IRAG ha mostrado una tendencia descendente constante en las últimas semanas, asociada principalmente a VSR.

VI.3. Síntesis de la información nacional destacada

VI.3.A. VIGILANCIA CLÍNICA DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI), NEUMONÍA Y BRONQUIOLITIS

- Entre la semana epidemiológica 1 y 35 de 2025 se notificaron 853.072 casos de ETI, 117.397 casos de Neumonía y 109.373 casos de Bronquiolitis en menores de dos años. Las notificaciones de ETI y neumonía presentan tendencia ascendente entre las SE11 y 24, ubicándose en niveles elevados en relación con años previos. Las notificaciones de ETI se encuentran en niveles de brote entre las SE12 y 18, mientras que en neumonía se puede observaron niveles de brote en las SE12 y 14.

Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de **influenza** en ambulatorios, desde la SE12 se verificó un ascenso tanto del porcentaje de positividad como de las detecciones, con predominio de influenza A/H1N1, alcanzando los mayores niveles entre las SE 22 y 25. En las últimas semanas se observó un descenso, tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad. En este sentido, en las últimas dos semanas (SE35 y 36) se registraron 4 casos de influenza entre 160 muestras estudiadas.

- Para **VSR**, se registraron 5 casos positivos entre las 141 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 35 y 36). A partir de la SE23 se verifica un ascenso tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad de VSR en ambulatorios con un promedio del 6,5% de positividad semanal en las últimas 4 semanas.

- En relación a **SARS-CoV-2**, luego del último ascenso de casos registrado durante 2024, las detecciones en UMA permanecen en valores bajos y estables. En la SE36/2025 se notificaron 5 casos positivos para SARS COV 2 entre las 71 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE36 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 5.676 internaciones con diagnóstico de IRAG y 2.635 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.

- Las notificaciones de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), presentaron un aumento desde la SE12, acompañado de un aumento en las detecciones de virus influenza, principalmente el subtipo A(H1N1). El mayor número de casos de IRAG con diagnóstico de influenza se registró entre las SE24 y SE27, seguido de una tendencia descendente en las semanas posteriores. Asimismo, desde la SE20 se observa un incremento en las detecciones de VSR.

- En las últimas 4 semanas, entre 935 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 4 detecciones de influenza, 17 casos de SARS-CoV-2 y 373 casos de VSR.[17]

Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios

- Desde la SE11 se observó un incremento en el número de casos de **Influenza**, con predominio de Influenza A (H1N1), con un adelanto en el ascenso de casos en relación con lo observado en años anteriores. El mayor número de notificaciones se observó entre las SE22 y 26, con más de 1.000 detecciones semanales. En las últimas dos semanas (SE34 y 35) se observó un total de 69 detecciones de influenza.

[17] Se consideran estudiados aquellos casos de IRAG con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG. Para más información, consultar la *Guía Operativa de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave* (IRAG), en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf

- Con respecto a **VSR**, se registra un aumento en el número de casos desde la SE12, con inicio de la actividad estacional en SE20 y 1.639 detecciones en las últimas 2 SE (34 y 35).
- Durante 2024, se registraron dos ascensos en el número de casos de COVID-19, el primero de ellos entre las SE 1 y 12, y, el segundo ascenso entre las SE29 y 51, de menor magnitud que el previo. Durante las primeras 35 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, si bien se registra un ligero ascenso en las detecciones en las últimas 2 SE (34 y 35).
- Durante la SE35/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: VSR, SARS-CoV-2, metapneumovirus, parainfluenza, Influenza y adenovirus.

Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos

- Con respecto a las detecciones de influenza, desde SE 12 se registró un ascenso de los casos en personas internadas. El mayor número de casos se observó entre las SE22 y 26. En las últimas 2 SE (35 y 36) se detectaron 27 casos. En el año 2025 se registraron al momento 204 fallecidos con este diagnóstico.
- En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados presentan un aumento desde la SE12. En las SE 35 y 36 se registraron 709 personas internadas con este diagnóstico.
- Asimismo, en cuanto a los casos de COVID-19, las detecciones de SARS-CoV-2 en personas internadas permanecen en valores bajos. En la SE 36/2025 se registraron 42 casos positivos con este diagnóstico, sin registro de fallecimientos.

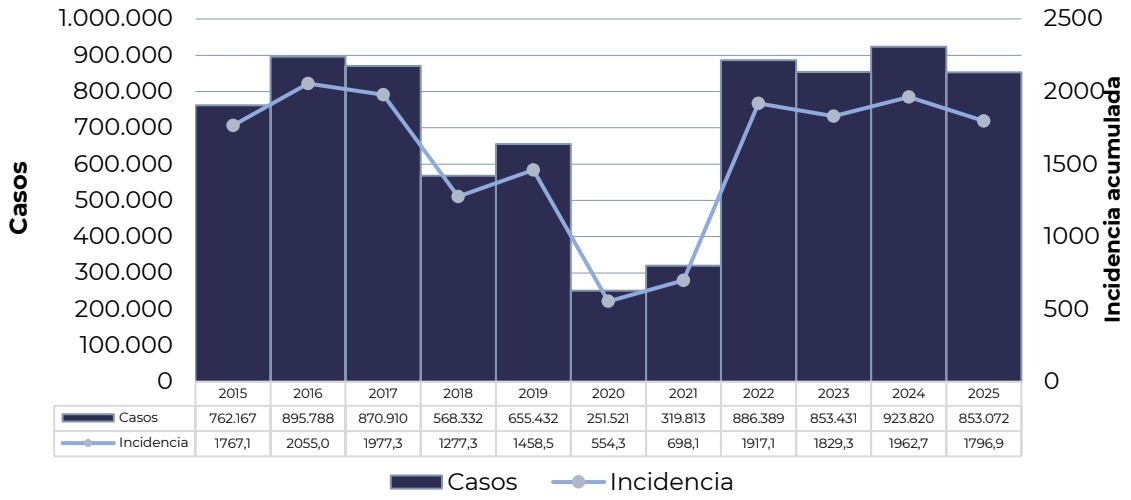
VI.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

VI.4.A. ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre las SE 1 y 35 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 853.072 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1.796,9 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registraron en 2024 (923.820 casos) y 2016 (895.788 casos), mientras que en 2020 y 2021 se reportó un nivel de casos inferior en comparación con los años previos. En el corriente año se registra un menor número de casos que los 3 años anteriores, siendo superado además por las notificaciones de los años 2016 y 2017.

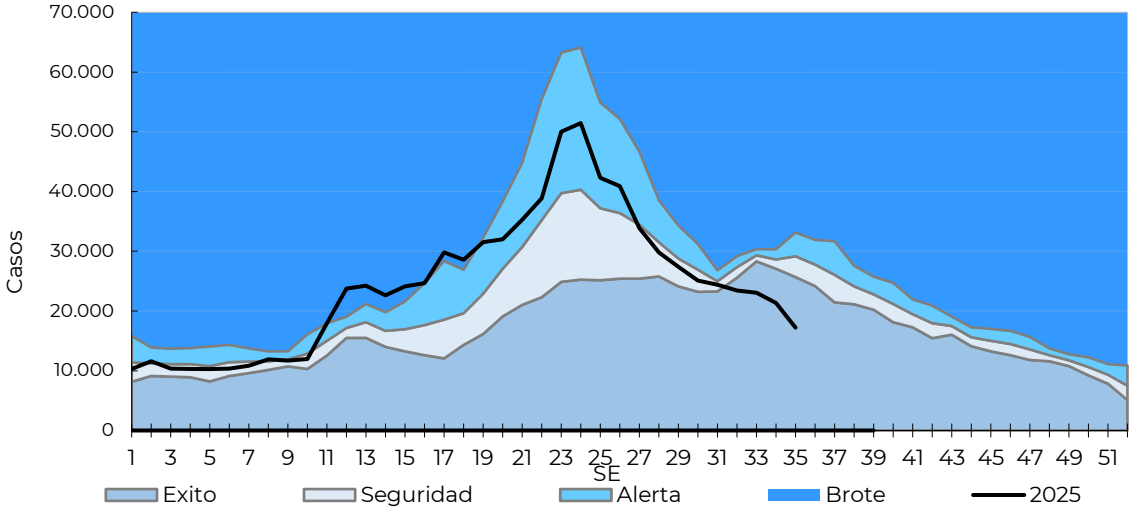
Gráfico 1. Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE35. Argentina[18].



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 a 10 de 2025, las notificaciones de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) registradas en el SNVS, correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, se mantuvieron dentro de niveles de seguridad, con algunas oscilaciones. A partir de la SE 11 se observa un aumento progresivo de casos, alcanzando niveles de brote entre las SE 12 y 18. Posteriormente, la tendencia ascendente se sostiene hasta la SE 24, ubicándose en niveles de alerta hasta la SE 26.

Gráfico 2. Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 35 de 2025[19]. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

[18] Para el cálculo de la tasa de incidencia se utiliza como denominador las proyecciones de población calculadas por INDEC a partir del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010

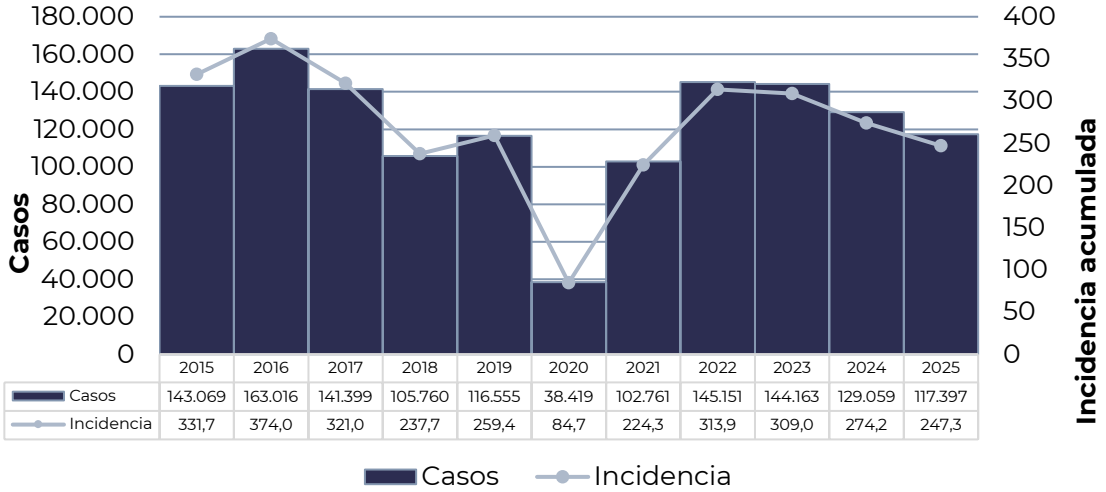
[19] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

VI.4.B. NEUMONÍA

Hasta la SE35 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 117.397 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 247,3 casos/ 100.000 habitantes.

Entre 2015 y 2025, las notificaciones de neumonía mostraron el mayor número de casos en 2016. Posteriormente se observó una disminución sostenida entre 2017 y 2018, seguida de un ligero ascenso en 2019. En 2020 se registró un nuevo descenso de casos, volviendo a incrementarse durante los años 2021-2022, y mostrando una tendencia descendente entre 2023-2025.

Gráfico 3. Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE35. Argentina.

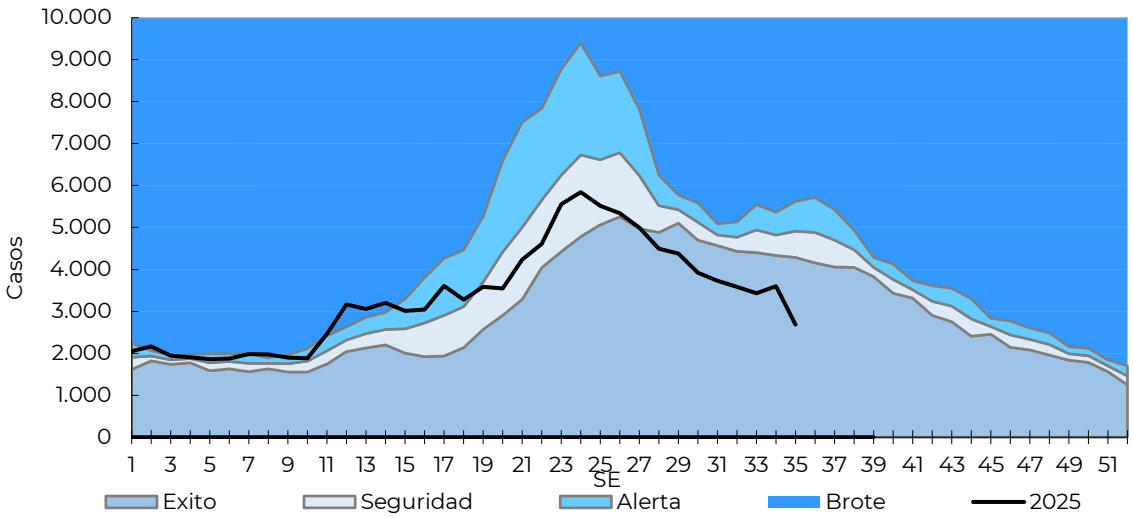


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	143.069	163.016	141.399	105.760	116.555	38.419	102.761	145.151	144.163	129.059	117.397
Incidencia	331,7	374,0	321,0	237,7	259,4	84,7	224,3	313,9	309,0	274,2	247,3

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

En 2025, las notificaciones de neumonía a nivel país, en comparación con años históricos, se ubican en niveles de alerta durante las SE1 y 2, y posteriormente permanecen en niveles de seguridad, con algunas oscilaciones. A partir de la SE11 se registra un ascenso de los casos semanales de neumonía, que alcanza niveles de brote hasta SE14 y niveles de alerta hasta la SE18.

Gráfico 4. Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 35 de 2025[20]. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

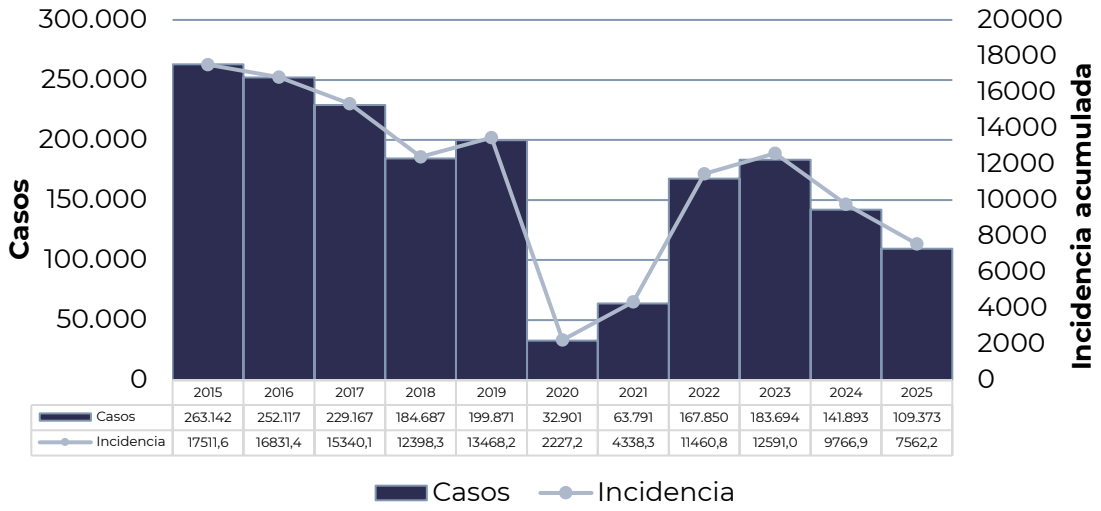
VI.4.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 35 SE de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 109.373 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 7562,2 casos/100.000 habitantes.

En relación a los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 35 alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso sostenido hasta 2018. En 2019, se registró un incremento respecto al año anterior, con un nuevo descenso en 2020 y 2021. Para los años 2022 a 2023 se verifica un aumento en las notificaciones de bronquiolitis, mientras que en 2024 las notificaciones presentaron un nuevo descenso. En 2025, los casos se mantienen en valores inferiores a la mayoría de los años previos, con excepción de los años 2020 y 2021.

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

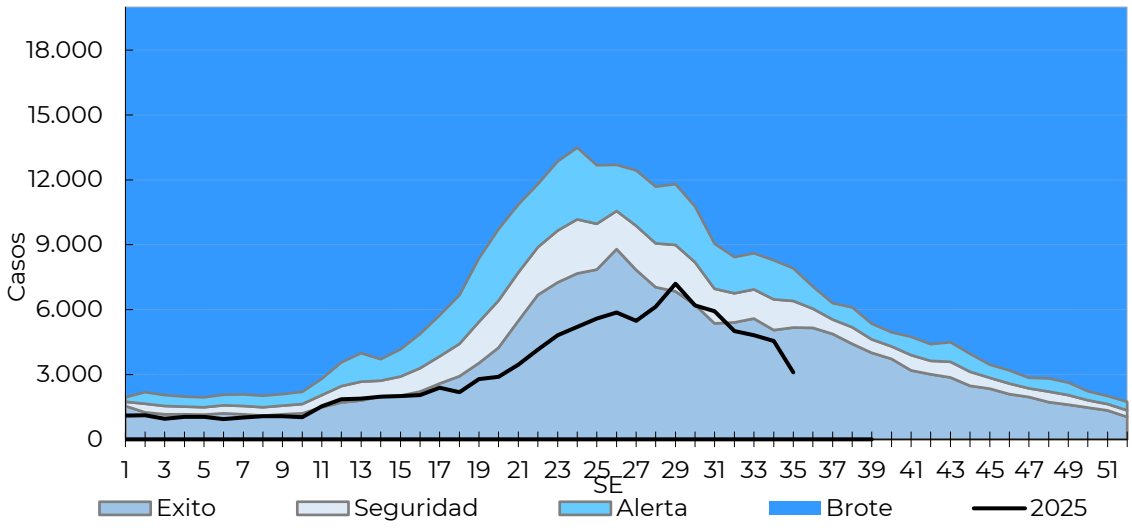
Gráfico 5. Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE35. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En las primeras semanas del año 2025, las notificaciones semanales de bronquiolitis se mantuvieron dentro de los límites esperados. Entre las SE 11 y 13 alcanzaron niveles de seguridad y posteriormente se ubicaron nuevamente en niveles esperados, con una tendencia ascendente en las notificaciones semanales entre las SE11 y 29.

Gráfico 6. Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 35 de 2025[21]. Argentina.



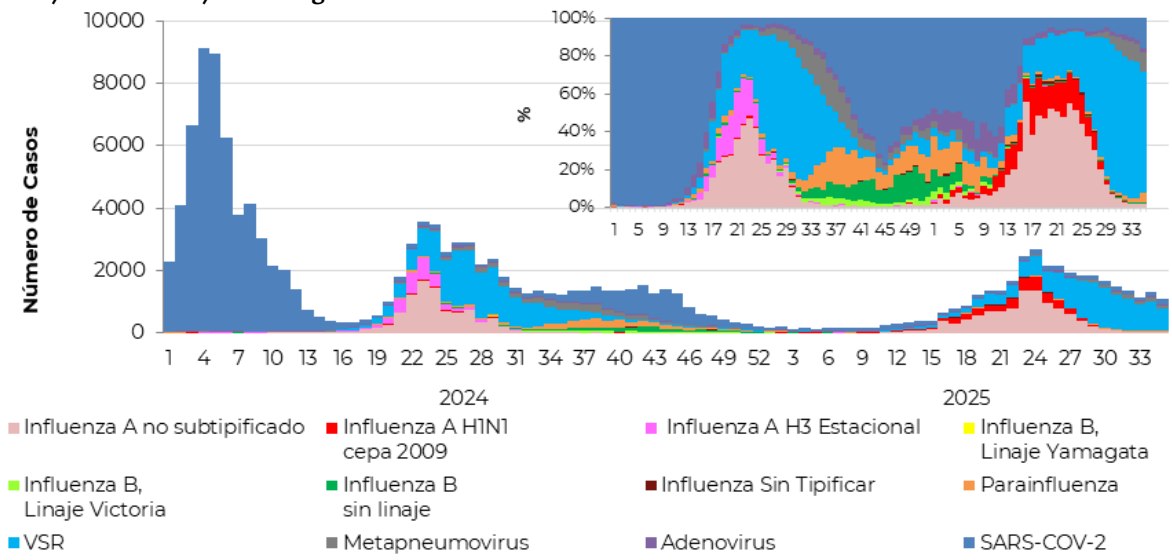
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0

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

VI.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios

A partir de la SE11 se observa un aumento en el número de casos de **Influenza**, con predominio de Influenza A (H1N1), con un adelanto del ascenso estacional respecto de años anteriores. En las últimas semanas se registra un descenso de las notificaciones. En cuanto a **VSR** se verifica un aumento en las detecciones a partir de SE12, con inicio de actividad estacional a partir de la SE20. Las detecciones de **SARS-CoV-2** permanecen en niveles bajos, si bien se verifica un ligero ascenso en el número de casos en las últimas 2 SE (34 y 35).

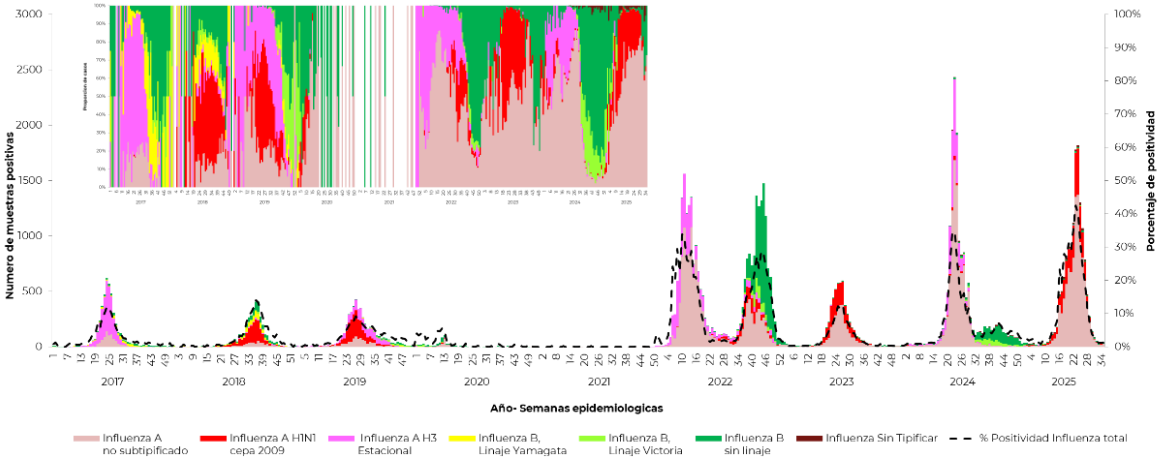
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE35/2025. Argentina.



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

En lo que va de 2025, se registraron casos de **influenza** todas las semanas. A partir de la SE11 se observó un incremento sostenido en las detecciones, con predominio de influenza A no subtipificado y del subtipo A(H1N1). El número máximo de notificaciones semanales se alcanzó entre las SE22 a 26, seguido de una tendencia descendente. En las últimas dos semanas epidemiológicas (SE34 y SE35) se notificaron un total de 69 detecciones de influenza.

Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE35/2025. Argentina.

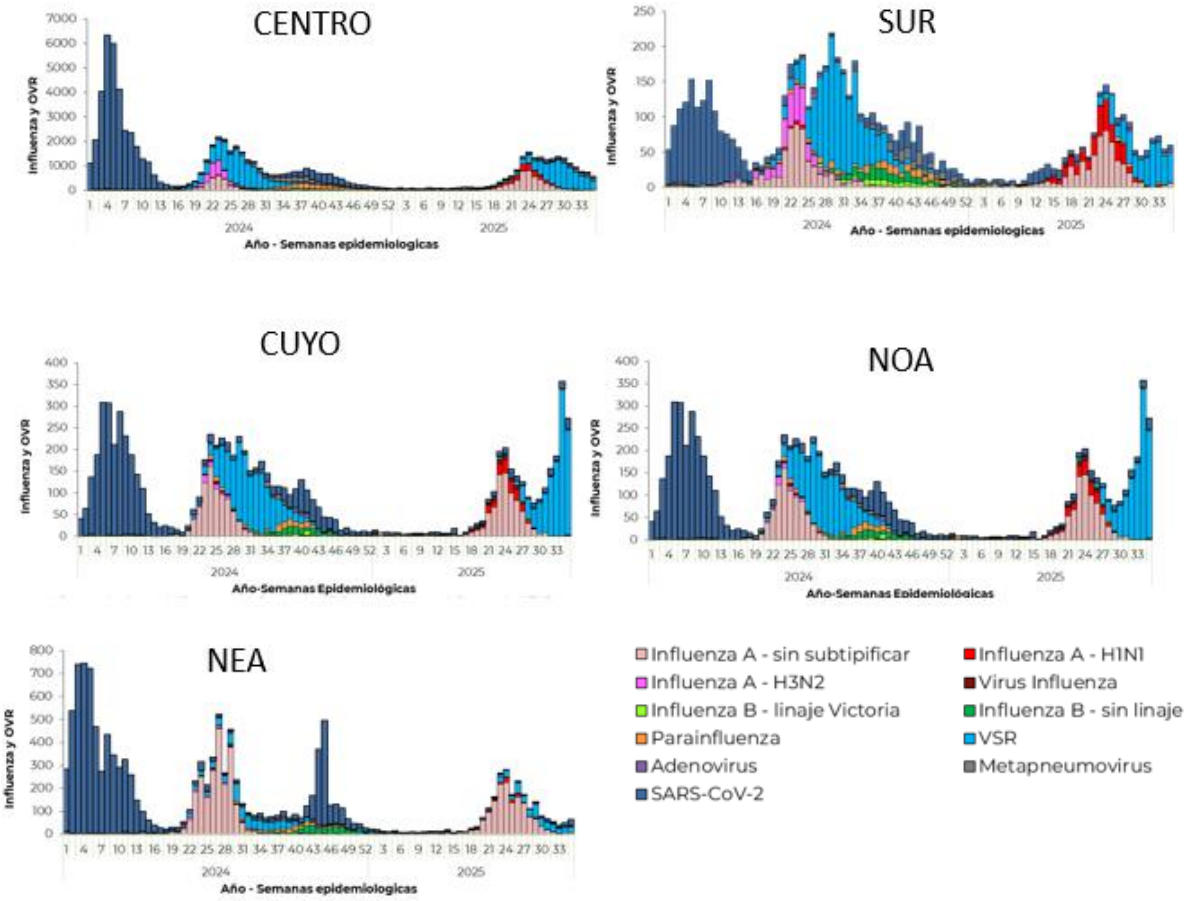


Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

Se destaca que durante la temporada en curso la circulación viral de influenza presentó un inicio adelantado en relación a lo observado en años históricos en el país. Como se mencionó previamente, los casos comenzaron su ascenso desde SE11 y, además, la positividad, se presentó en niveles elevados desde SE13. Las temporadas de mayor circulación de virus influenza en el periodo 2016-2024 tuvieron un inicio posterior a lo observado en la temporada actual, excepto por el año 2022 en el que el comportamiento fue inusual tanto en el número de casos como en la estacionalidad.

En el análisis regional, se observa que los casos de influenza en la temporada actual comenzaron con un ascenso en el Noroeste (NOA) y en la región Sur. En las semanas posteriores, se evidenció una tendencia ascendente en las detecciones en el resto de las regiones del país. Actualmente, los casos se encuentran en descenso en todas las regiones.

Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2024 a SE35/2025. Argentina.



Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

Además, en cuanto a **SARS-CoV-2**, durante 2024, aun cuando el número de casos por SE fue menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 80% de los casos entre las SE1 y SE12, con el mayor número de casos registrado entre las SE03 y SE06. Posteriormente, las detecciones semanales disminuyeron y, a partir de la SE32, los casos volvieron a incrementarse, alcanzando un nuevo pico en la SE44, aunque con una magnitud menor al ascenso previo.

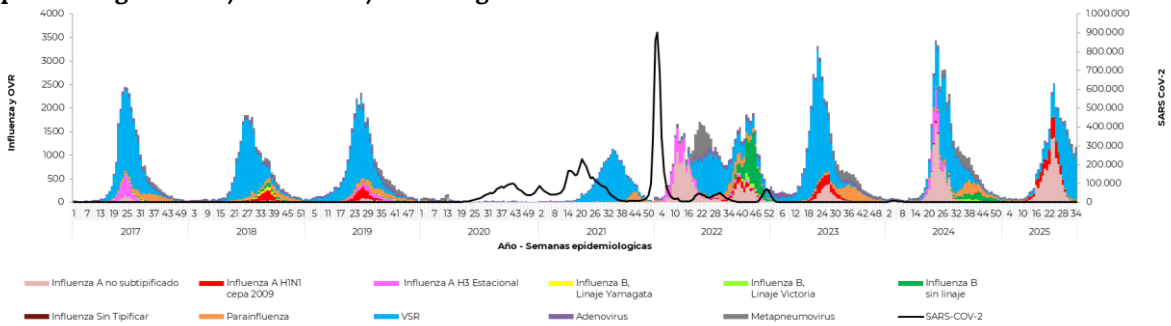
Durante las primeras 35 semanas de 2025, los casos se mantuvieron en valores bajos, si bien se registra un ligero aumento en las detecciones en las últimas 2 SE (34 y 35).

En relación al **VSR**, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16/2024, alcanzando su máximo en la SE26, y tendencia descendente posterior. En lo que va de 2025, se registra un ascenso de las detecciones desde la SE12, con inicio de actividad estacional a partir de la SE20. En las últimas 2 SE (34 y 35), se notificaron 1.639 casos de VSR.

Respecto a otros virus respiratorios, durante 2024, se observó un aumento en las detecciones de metapneumovirus a partir de la SE23, alcanzando su pico en la SE38. Asimismo, entre las SE30 y SE38, se registró un incremento en los casos de parainfluenza, seguido de un descenso posterior. En lo que va de 2025, se observa un ligero ascenso en las detecciones de metapneumovirus desde la SE 27.

Durante la SE 35/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: VSR, SARS-CoV-2, metapneumovirus, parainfluenza, Influenza y adenovirus.

Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE35/2025. Argentina.



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

La curva histórica de casos positivos de virus respiratorios por semana muestra un marcado descenso para el año 2020 en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios. Durante el año 2022 se ha registrado un comportamiento inusual tanto en la estacionalidad y número de casos registrados de Influenza con un ascenso entre las SE3-14 y SE34-45 -este último a expensas fundamentalmente de Influenza A (H1N1) e Influenza B; así como también por la frecuencia y distribución de OVR, fundamentalmente de metapneumovirus para el cual se registró una elevada frecuencia absoluta y relativa entre las semanas 16 y hasta la 26. Además, durante el año 2023, VSR presentó actividad estacional adelantada en comparación con la mayoría de los años pre-pandémicos y años 2021-2022, con un rápido ascenso de notificaciones entre SE 13 y 22.

VI.5.A. VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PERSONAS INTERNADAS Y FALLECIDAS

Entre SE01 y SE36 de 2025, se notificaron 1.617 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 65,3% menos casos**.** Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y valores estables en lo que va de 2025. Para la SE36/2025 se registraron 42 casos hospitalizados con este diagnóstico.

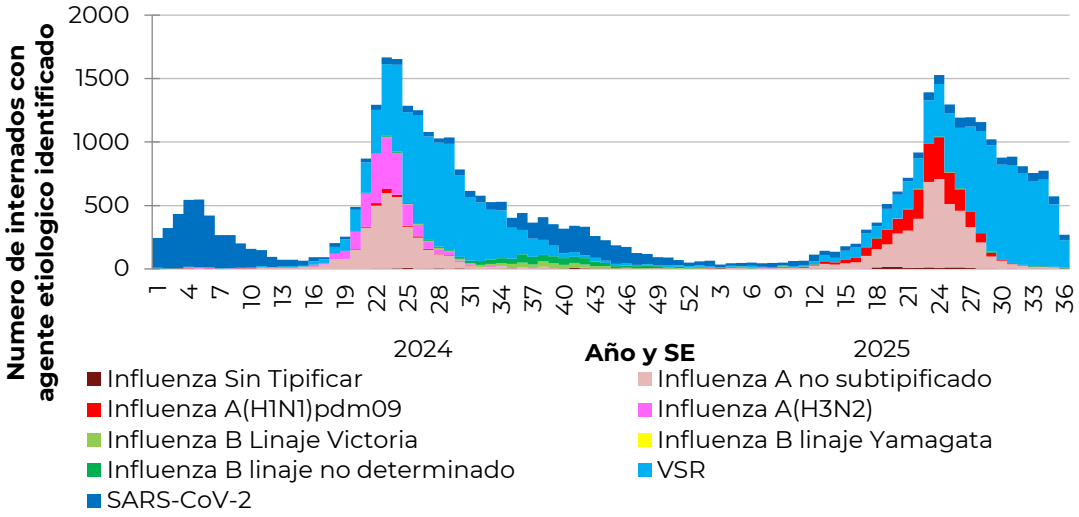
Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, entre las SE1 y 36 de 2025 se registraron un total de 7.239 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12, se verifica un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzaron el máximo en SE24, con tendencia descendente en las detecciones entre hospitalizados en las siguientes semanas. En la última SE, se detectaron 10 casos positivos para influenza en internados.

Entre los 7.239 casos de influenza notificados durante 2025, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 6.690), con menor detección de influenza B (n= 147). De los casos de influenza A, 2.221 cuentan con subtipificación, correspondiendo 2.209 a influenza A (H1N1) pdm09 y 12 a influenza A (H3N2). En relación a influenza B, 16 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. A la fecha, 132 casos de influenza permanecen sin tipificar.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 9.643 casos hospitalizados positivos para VSR, con tendencia ascendente de los casos a partir de la SE12**.** Durante 2024, a partir de la SE16

se registró un ascenso de las detecciones semanales de VSR, que alcanzaron su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En la última semana analizada (SE36/2025), se registran 217 casos de VSR en hospitalizados.

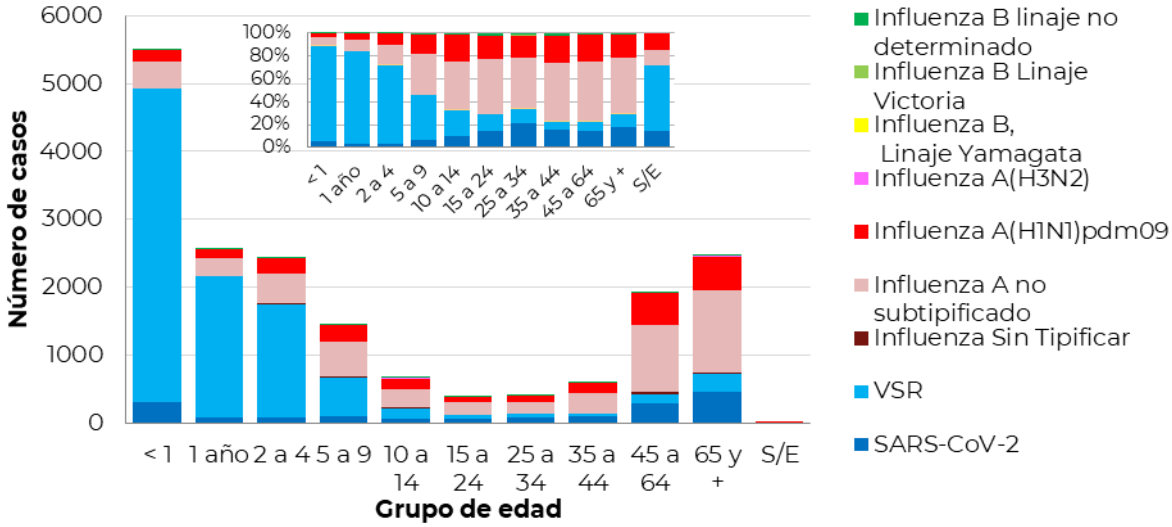
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE36/2025. Argentina.



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

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE36/2025, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en adultos mayores y personas de 45 a 64 años, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, personas mayores de 45 años y menores de 1 año.

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE36/2025.



Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

A la fecha de elaboración de este informe, en lo que va de 2025, se registran 204 fallecidos con diagnóstico de influenza [22] . Respecto a SARS-CoV-2, no se registran fallecimientos con este diagnóstico en la última SE.

VI.6. Recomendaciones ante el aumento de casos de influenza y la circulación de virus respiratorios

Ante la circulación de virus respiratorios -VSR, influenza —predominantemente A(H1N1)—, SARS-CoV-2, y otros virus respiratorios- en distintas jurisdicciones del país, el Ministerio de Salud de la Nación insta a los equipos de salud a fortalecer las siguientes acciones fundamentales:

- Reforzar la vigilancia epidemiológica de infecciones respiratorias agudas.
- Sostener un alto nivel de sospecha clínica para facilitar la detección precoz de casos.
- Aplicar y mantener medidas eficaces de prevención y control de infecciones.

VI.6.A. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN GENERAL

- Garantizar la actualización de los esquemas de vacunación contra influenza, SARS-CoV-2, neumococo, Haemophilus influenzae tipo B, Bordetella pertussis y virus sincicial respiratorio, de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud.
- Realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón.
- Cubrirse la boca y la nariz con el pliegue del codo al toser o estornudar.
- Evitar compartir objetos personales, como vasos, cubiertos u otros utensilios.
- Limpiar y desinfectar regularmente las superficies en contacto con personas enfermas, utilizando agua y detergente, jabón o soluciones con alcohol al 70%.
- Ventilar adecuadamente los ambientes, especialmente en espacios cerrados.

[22] Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

- Las personas con síntomas respiratorios deben evitar el contacto con otras personas y restringir las interacciones lo más posible hasta presentar mejoría clínica y haber transcurrido al menos 24 horas sin fiebre (sin uso de antitérmicos).

Para mayor información consultar:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf [23]

VI.7. Vacunación antigripal

La vacunación antigripal incorporada al Calendario Nacional de vacunación a partir del año 2011 tiene como objetivo reducir las complicaciones, hospitalizaciones, muertes y secuelas de la infección por virus influenza en los grupos poblacionales de alto riesgo para el desarrollo de enfermedad complicada.

En el actual contexto epidemiológico, se insta a los equipos de salud a fortalecer la vacunación antigripal a las personas de los grupos poblacionales que se detallan a continuación, que no hayan recibido la vacuna este año. **Recordar que la vacunación antigripal administrada en forma oportuna es una medida preventiva sustancial para evitar el desarrollo de complicaciones relacionadas con la influenza.**

Población objetivo para vacunación antigripal:

- Personal de salud.
- Personas embarazadas: en cada embarazo y en cualquier trimestre
- Personas puérperas: hasta el egreso de la maternidad –máximo 10 días-, si no recibiera la vacuna durante el embarazo.
- Entre los 6 a 24 meses de edad: Esquema de dos dosis, si no las recibieron anteriormente.
- Entre los 2 y 64 años que tengan factores de riesgo: con documentación que acredite la existencia de enfermedades preexistentes incluidas entre los factores de riesgo.
- 65 años y mayores: no se requiere indicación médica para recibir la VACUNA ANTIGRIPAL. Como oportunidad, evaluar VACUNA CONTRA NEUMOCOCO y aplicar si corresponde.
- Personal Estratégico, cuyo desempeño es clave para mantener las funciones esenciales (ej. fuerzas de seguridad del Estado).

* Las condiciones clínicas que aumentan el riesgo de formas graves de influenza incluyen enfermedades respiratorias y cardíacas crónicas, inmunodeficiencias, enfermedades oncohematológicas, trasplantes, diabetes, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica, y otras condiciones específicas.

[23] Última versión vigente. Se encuentra en proceso de actualización para el año 2025.

Para mayor información consultar:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/guia_rapida_antigripal_2025_1732025.pdf

VII. Vigilancia Genómica de SARS-CoV-2

VII.1. Situación mundial

Actualmente, se designaron 1 variante de interés (VOI), JN.1, y 6 variantes bajo monitoreo (VUM): KP.3, KP.3.1.1, XEC, LP.8.1, NB.1.8.1 y XFG[24],[25];[26] .

A nivel mundial, JN.1 representó el 15,3 % de las secuencias en la semana 22 de 2025, con una tendencia ascendente respecto a las semanas anteriores. La última evaluación de riesgo de JN.1 se publicó el 15 de abril de 2024, con una evaluación general de bajo riesgo para la salud pública a nivel mundial basada en la evidencia disponible [27].

Las seis variantes bajo monitoreo enumeradas son todos linajes descendientes de JN.1.

Entre ellas, NB.1.8.1, designada como VUM el 23 de mayo de 2025, presentó en la SE22 una proporción de 24,9 %, con una tendencia al leve descenso a nivel global, permaneciendo como la variante de SARS-CoV-2 más frecuentemente reportada. De acuerdo a la evaluación de riesgo publicada, el riesgo adicional para la salud pública asociado a NB.1.8.1 se considera bajo a nivel global, de acuerdo con la evidencia disponible[28].

XFG, la VUM más recientemente designada, fue reportada al 22 de junio por 38 países. Entre las SE19 y 22 presentó un incremento significativo en la proporción global, pasando del 7,4 % al 22,7%. El ascenso en las proporciones de esta variante se registró en las tres regiones que comparten secuencias consistentemente a GISAID, Región Pacífico Oriental, Región de las Américas y Región Europea.

Según la evaluación de riesgo a nivel mundial publicada el 25 de junio de 2025, considerando la evidencia disponible, el riesgo adicional para la salud pública se considera bajo[29]. **Si bien algunos países del Sudeste Asiático, que presentan las mayores proporciones de XFG, reportaron aumentos en casos y hospitalizaciones, no hay informes que sugieran que la gravedad de la enfermedad asociada sea mayor en comparación con otras variantes circulantes.**

En relación a las demás VUM, LP.8.1 mostró una leve disminución en su proporción global (39,0 % en la SE17 y 22,6 % en la SE22). XEC, la variante de SARS-CoV-2 previamente más frecuente,

[24] COVID-19 epidemiological update – 12 de marzo de 2025. Disponible en https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports
[25] OMS- Tracking SARS-CoV-2 variants-. https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants
[26] Tomado de: https://www.who.int/publications/m/item/updated-working-definitions-and-primary-actions-for--sars-cov-2-variants
[27] Updated Risk Evaluation of JN.1, 15 April 2024. Tomado de https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/15042024_jn1_ure.pdf?sfvrsn=8bd19a5c_7
[28] WHO TAG-VE Risk Evaluation for SARS-CoV-2 Variant Under NB.1.8.1 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/23052025_nb.1.8.1_ire.pdf
[29] Initial Risk Evaluation of XFG, 25 June 2025. Tomado de: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/25062025_xfg_ire.pdf?sfvrsn=260a9981_4

disminuyó en prevalencia, representando el 5,2% de las secuencias en la semana 22 de 2025 frente al 11,0 % en la semana 19 de 2025. Las otras variantes bajo monitoreo siguen con tendencias descendentes a nivel global.

Las tasas decrecientes de pruebas y secuenciación a nivel mundial hacen que sea cada vez más difícil estimar el impacto de la gravedad de las variantes emergentes del SARS-CoV-2. Actualmente no se han reportado datos de laboratorio o informes epidemiológicos que indiquen cualquier asociación entre VOI/VUM y una mayor gravedad de la enfermedad.

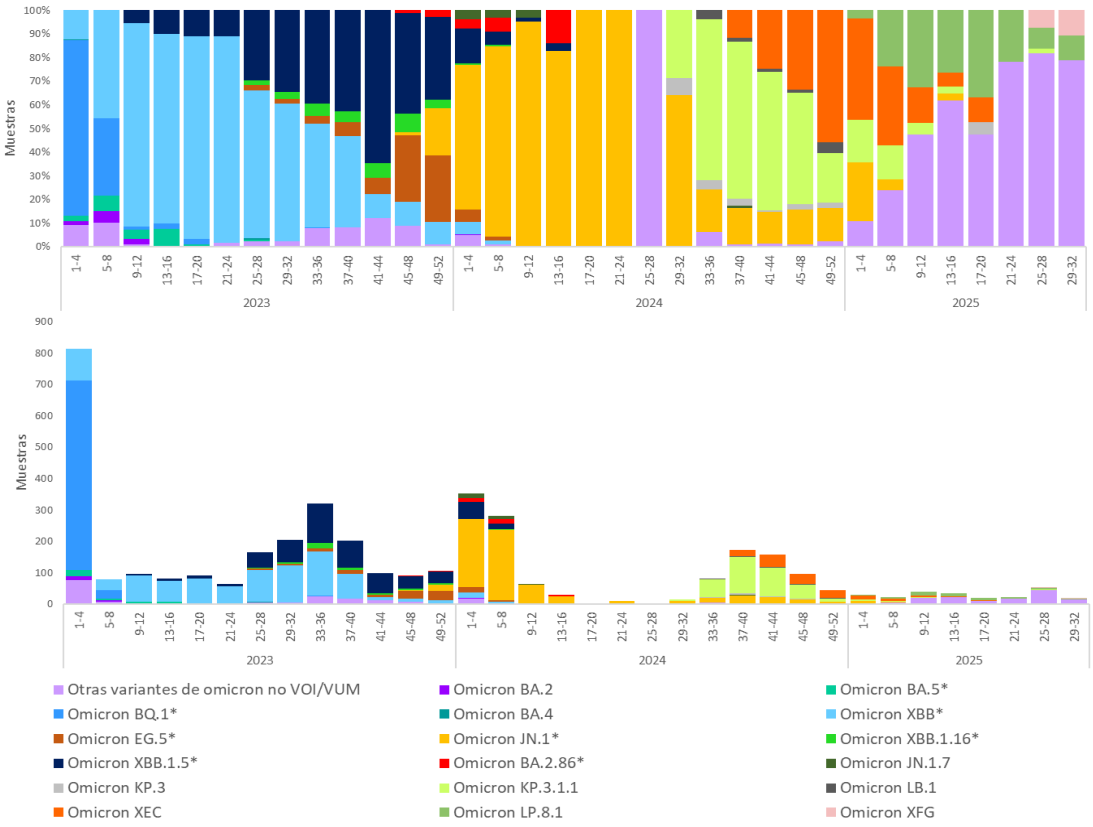
VII.2. Situación nacional

En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Ómicron. En relación a esta, se verifica un predominio de las variantes de Omicron no VOI/VUM. En cuanto a las variantes de Omicron VOI/VUM, se detectaron casos de LP.8.1, XFG y KP.3.1.1.

Durante el periodo de 8 semanas comprendidas entre la SE25 y 32 de 2025, se notificaron al SNVS 74 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales LP.8.1* se identificó en un 9,46% (n= 7), seguida de XFG en un 8,11% (n=6). Además se registró 1 caso de la variante KP.3.1.1 (*Indica la inclusión de linajes descendientes).[30] Las restantes muestras secuenciadas, correspondieron a otras variantes de Omicron (no VOI ni VUM).

[30] Información nacional actualizada el 2 de septiembre de 2025. Para la interpretación de la información se debe considerar que durante las últimas semanas se registra un escaso número de muestras.

Gráfico 1. Distribución absoluta y relativa de variantes identificadas según fecha de toma de muestra por cuatrisemanas. SE01/2023- SE32/2025. Total país[31].



Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

Durante el período mencionado, de acuerdo a la información actualizada al 31 de agosto de 2025, el Laboratorio Nacional de Referencia de SARS-CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios — Servicio Virosis Respiratorias del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"— realizó la secuenciación de 327 virus detectados a partir de muestras recolectadas por los laboratorios integrantes de la Red Nacional de Virus Respiratorios, provenientes de 20 jurisdicciones: CABA, Tucumán, Entre Ríos, La Rioja, Buenos Aires, Santa Cruz, Chaco, Corrientes, Formosa, Mendoza, Salta, La Pampa, Santa Fe , Catamarca, Córdoba, Jujuy, Neuquén, San Juan, San Luis y Santiago del Estero. Del total analizado, el 70,4% (n=171) correspondió a variantes no clasificadas como VOI/VUM, seguido por la variante LP.8.1* con un 16,5% (n=40), XEC con un 9,9% (n=24), 2% de KP.3* (n=5) y 1,6% de XFG (n=4).

[31] Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.

Notificación de Variantes de Interés al Sistema Nacional de Vigilancia SNVS2.0

La Variante de Interés (VOI) y las 6 Variantes bajo monitoreo (VUM) se encuentran incorporadas a las categorías en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, dentro del listado de resultados de laboratorio en el **Evento "Vigilancia genómica de SARS-CoV-2":**

- Omicron JN.1*
- Omicron KP.3 (VUM)
- Omicron KP.3.1.1 (VUM)
- Omicron XEC (VUM)
- Omicron LP.8.1 (VUM)
- Omicron NB.1.8.1 (VUM)
- Omicron XFG (VUM)

VIII. Actualización de estudio de brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado

VIII.1. Introducción

El 7 de mayo de 2025 un establecimiento del subsector privado de salud de la provincia de Buenos Aires informa sobre un brote de *Klebsiella pneumoniae* (Kpn) metalobetalactamasa (MBL) no betalactamasa de espectro extendido (BLEE) y *Ralstonia spp* en pacientes internados en UTI entre los meses de abril y mayo y que, en el marco de la investigación del brote, hallaron ambos patógenos en el cultivo de ampollas de Fentanilo en el establecimiento de origen.

A partir de ese momento se tomaron acciones de investigación y control y en virtud de estos datos el 8 de mayo ANMAT emite un alerta[32] sobre el uso de un lote de fentanilo, indicando que NO deberá utilizarse en todo el territorio nacional el producto: "FENTANILO HLB / FENTANILO (CITRATO), concentración 0,05 mg/ml, en la forma farmacéutica solución inyectable, lote 31202,vto. SEP-26, presentación por 100 ampollas por 5 ml, Certificado N°53.100" por encontrarse en investigación por desvío de calidad.

El 10 de mayo la Dirección de Epidemiología y el ANLIS-Malbrán del Ministerio de Salud de la Nación emitió un comunicado y alerta a los Establecimientos de Salud para medidas de control, vigilancia, definiciones de caso, derivaciones de muestras y notificación al SNVS: "BROTE EN INVESTIGACIÓN POSIBLEMENTE RELACIONADO A EXPOSICIÓN DE FENTANILO CONTAMINADO".

El 13 de mayo se publicó en el Boletín Oficial la Disposición N°3156/25 de la ANMAT, por la cual se prohibió el uso, la comercialización y la distribución en todo el territorio nacional del producto[33]. También se publicó el mismo día la Disposición N°3158/25, de la ANMAT, por la cual se inhiben las actividades productivas de la firma HLB PHARMA GROUP S.A. con planta sita en la provincia de Buenos Aires, por las razones expuestas en la Disposición, donde se prohíbe el uso, distribución y comercialización en todo el territorio de la República Argentina, de todos los productos registrados a nombre de la firma, hasta que se hallen las condiciones técnicas y sanitarias para levantar la presente medida. Además, en la misma Disposición, se inhibe las actividades productivas de la firma LABORATORIOS RAMALLO S.A. en la provincia de Buenos Aires, debido a que las ampollas habrían sido elaboradas en las instalaciones de esta firma.

Paralelamente a lo actuado por la ANMAT, la Región Sanitaria XI del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires reportó el mismo día la ocurrencia de un brote de infecciones invasivas por *Klebsiella pneumoniae* productora de metalo beta lactamasa y *Ralstonia spp*, identificadas en el laboratorio de una institución de salud del subsistema privado de la provincia de Buenos y que fueron remitidas al Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS para su confirmación y caracterización.

[32] https://www.argentina.gob.ar/noticias/anmat-alerta-sobre-el-uso-de-un-lote-de-fentanilo-inyectable-por-desvio-de-calidad
[33] https://www.argentina.gob.ar/noticias/anmat-prohibe-el-uso-de-fentanilo-hlb-citrato-de-fentanilo-concentracion-005-mgml-solucion
https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/325221/2025051
https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/325222/2025051

A partir de la recepción de los aislamientos enviados por el establecimiento de origen, el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) confirmó la identificación de *Klebsiella pneumoniae* productora de metalo-betalactamasa NDM-5, no productora de betalactamasa de espectro extendido (BLEE) y *Ralstonia mannitolilytica.*

Los estudios fenotípicos, moleculares y genómicos de los aislamientos derivados al LNR, procedentes de muestras del producto Fentanilo HLB Pharma y de muestras de hemocultivos de pacientes, permitieron identificar clones únicos relacionados al brote de: *Klebsiella pneumoniae* (Kpn) metalobetalactamasa (MBL) - no productora de betalactamasa de espectro extendido (BLEE) secuenciotipo 307 y de *Ralstonia mannitolilytica*. Adicionalmente, a partir de aislamientos provenientes del producto Fentanilo HLB Pharma y de un paciente, se detectó *Klebsiella variicola* (Kva) productora de metalo-betalactamasa (MBL) NDM-5 y betalactamasa de espectro extendido (BLEE) CTXM-15, de secuenciotipo 971.

La vigilancia epidemiológica constituye una herramienta fundamental para la detección precoz, el análisis y el control de eventos adversos relacionados con la atención sanitaria. En este contexto, la aparición de brotes nosocomiales asociados a productos farmacológicos contaminados representa un desafío clave para la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica.

Para conocer más información sobre los aislamientos identificados, el desempeño de plataformas MALDITOF-MS para la identificación de Klebsiella variicola y Klebsiella pneumoniaea y las definiciones de caso se recomienda consultar el ***Boletín Epidemiológico Nacional N° 767***.

VIII.2. Situación epidemiológica

Los datos presentados en este informe provienen de las notificaciones registradas en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). La inclusión de casos se realiza únicamente cuando cumplen con las definiciones de caso establecidas[34], considerándose confirmados aquellos validados por el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) o vinculados a un foco confirmado.
De igual modo, los fallecimientos consignados corresponden exclusivamente a personas que cumplieron con el criterio de caso, ya sea por confirmación del LNR o por nexo con un caso confirmado.

Notificaciones totales 108	**Establecimientos con notificaciones** 22	**Jurisdicciones afectadas** 6
Casos asociados al brote por el LNR o Nexos (confirmados) 69	**Casos sospechosos** 18	**Casos no asociados al brote o invalidados** 21
Casos fallecidos 51	**Focos en establecimientos confirmados por LNR** 10	

Desde el Alerta emitido el 08 de mayo y hasta el 12 de septiembre de 2025 se registraron 108 notificaciones al evento Infección por exposición a medicamento contaminado del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) en 22 establecimientos correspondientes a 6 jurisdicciones. En 10 de esos establecimientos -situados en Buenos Aires, CABA y Santa Fe- el Laboratorio Nacional de Referencia ya confirmó 63 casos asociados al brote y otras 6 notificaciones de casos sospechosos de los mismos establecimientos, se consideran asociados por nexo epidemiológico, totalizando 69 casos confirmados. Un caso notificado por la provincia de Neuquén y otro en la provincia de Río Negro se invalidaron por no cumplir con la definición de caso y otros 8 establecimientos se encuentran en investigación en Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. El resto de las provincias del país no han notificado casos sospechosos hasta el momento.

[34] Circular de vigilancia epidemiológica – Actualización de estudio de brote de infección invasiva por exposición a medicamento contaminado. 31 de mayo 2025. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/segunda-circular_vigilancia-fentanilo_3625.pdf

Tabla 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: distribución de casos según clasificación. Argentina. Hasta el 12/09/2025. N=108

Establecimientos/ Jurisdicción	Total casos asociados por LNR o Nexo	Sospechosos	No asociados o invalidados	Total notificaciones	Focos confirmados
EPBA01	19			19	SI
EPBA02	1			1	SI
EPBA03		1		1	En investigación
EPBA04			1	1	DESCARTADO
EPBA05			1	1	DESCARTADO
EPBA06		1		1	En investigación
EPBA07		1		1	En investigación
EPBA08		2		2	En investigación
Buenos Aires	20	5	2	27	2
ECABA01	2			2	SI
CABA	2	0	0	2	1
ENQN01			1	1	DESCARTADO
Neuquén	0	0	1	1	0
ESF01	15			15	SI
ESF02	6			6	SI
ESF03	7		12	19	SI
ESF04		4		4	En investigación
ESF05		4	3	7	En investigación
ESF06	3			3	SI
ESF07	1			1	SI
ESF08	1		1	2	SI
ESF09	13			13	SI
Santa Fe	46	8	16	70	7
ERN01			1	1	En investigación
Río Negro		0	1	1	0
ECB01	1	4	1	6	En investigación
ECB02		1		1	En investigación
Córdoba	1	5	1	7	0
Total general	**69**	**18**	**21**	**108**	**10**

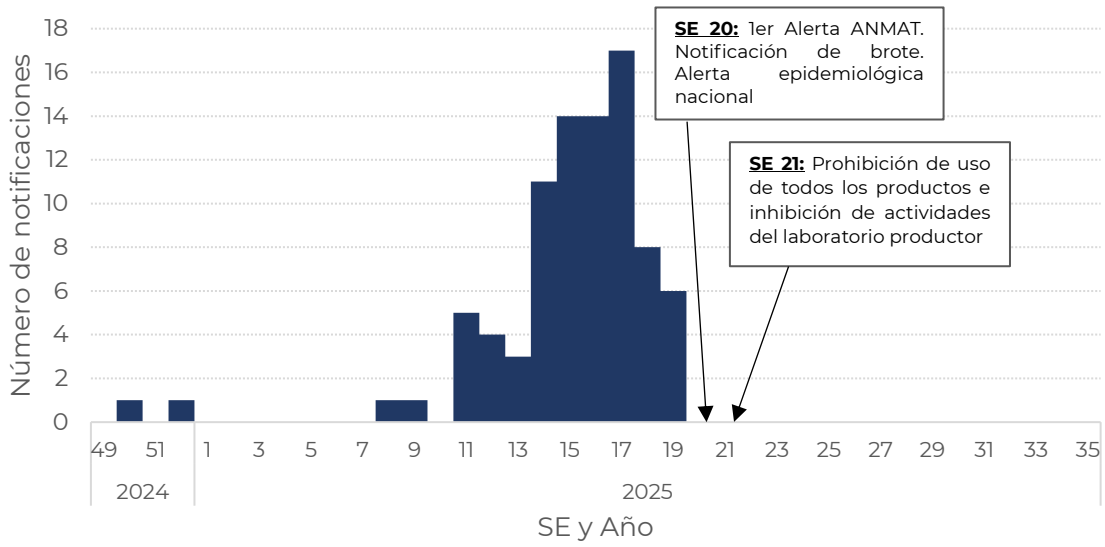
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" en base a datos provenientes del SNVS 2.0

Los casos de Córdoba se encuentran en proceso de investigación epidemiológica con el fin de recabar mayor información sobre resultados de laboratorio y antecedentes epidemiológicos.

Los casos notificados hasta el momento tienen fecha de internación (o fecha de toma de muestra, cuando no se encuentra consignada la fecha de internación) entre el 10/02 y el 09/05, con excepción de un nuevo caso notificado en la SE24 con fecha 14/12/2024. Todos los casos notificados a partir de la alerta epidemiológica fueron identificados de forma retrospectiva, no registrándose nuevas notificaciones ocurridos luego de dicha alerta.

A continuación, se presenta la distribución de casos por semana epidemiológica.

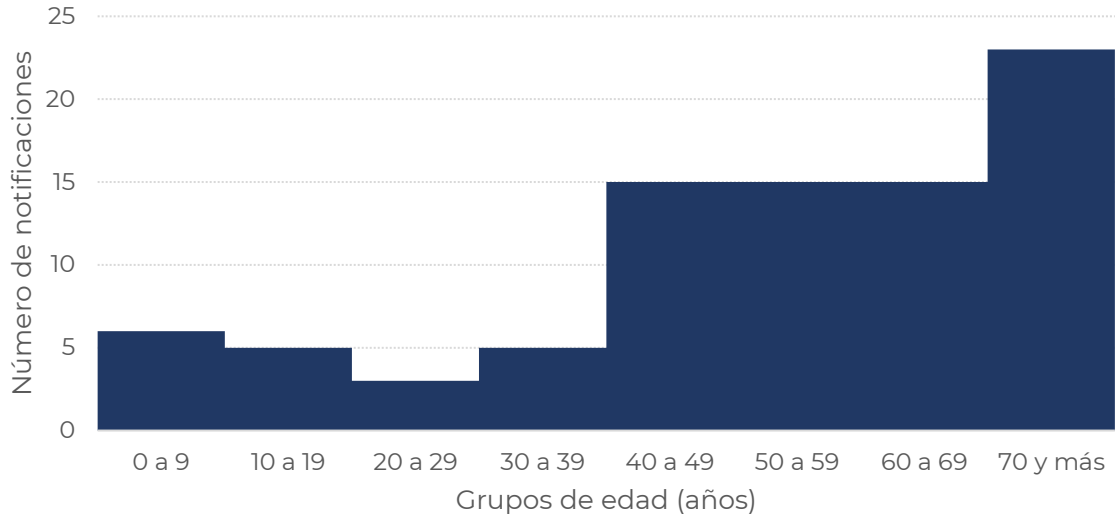
Gráfico 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: Distribución de casos asociados por LNR o nexo y sospechosos por SE y medidas sanitarias según semana epidemiológica. Argentina. Hasta el 12/09/2025. N=86*.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" en base a datos provenientes del SNVS 2.0.
** Se excluyen invalidados, no asociados al brote y un caso sin dato de internación al momento de la edición del boletín*

En relación con la edad, se presentaron casos en todos los grupos etarios, con una mediana de 58 años y un rango entre 0 y 96 años.

Gráfico 2. Infección por exposición a medicamento contaminado: distribución de número de casos asociados por LNR o nexo y sospechosos según grupo de edad. Argentina. Hasta el 12/09/2025. N=87*.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" en base a datos provenientes del SNVS 2.0
** Se excluyen invalidados y no asociados al brote*

En cuanto a la evolución clínica, 12 de los 22 establecimientos que notificaron casos hasta el momento registraron casos fallecidos en el SNVS, sumando un total de 51, siendo el sexo masculino el más afectado y el grupo etario con más fallecimientos los mayores de 70 años (mediana 63 años). En 8 de los 12 establecimientos que registraron casos fallecidos ya se ha confirmado un foco del brote (al menos un caso en el que se pudo confirmar la asociación al brote por parte del LNR), estando el restante en estudio.

A la totalidad de los casos fallecidos se les suministró previamente el lote de fentanilo mencionado siendo 12 días la mediana entre la administración y el fallecimiento. De todas maneras, aún se encuentra en investigación si la causa del fallecimiento está vinculada al evento en estudio.

Cabe destacar que, en todos los casos, eran pacientes que se encontraban previamente internados por otras causas y se les administró el medicamento en contexto de la intervención que cada uno requería por su estado clínico.

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

IX. Psitacosis – Actualización informe epidemiológico

IX.1. Introducción

La psitacosis es una zoonosis de notificación obligatoria causada por una bacteria llamada *Chlamydia psittaci*. La transmisión al hombre se produce principalmente por inhalación del agente, que es excretado por las aves portadoras en las heces, en gotitas del tracto respiratorio y/o por el contacto de plumas contaminadas. El tiempo de incubación de la enfermedad abarca de 5 a 14 días. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es la presentación más importante de psitacosis humana, no obstante, dado que el diagnóstico suele realizarse solo en casos graves, es probable que la enfermedad esté subdiagnosticada. La detección temprana de la enfermedad es fundamental para mejorar el pronóstico y evitar complicaciones y casos graves; por esto es de gran importancia en la anamnesis de casos con sintomatología compatible relevar información acerca del antecedente epidemiológico: si poseen o tuvieron contacto con aves. Las aves aparentemente sanas, pueden ser portadoras y actúan como reservorios del agente causal en todo el mundo. Las aves psitácidas (loros, cotorras y guacamayos) son las que se han asociado más frecuentemente con la transmisión de *C. psittaci* a humanos, pero también se ha evidenciado la transmisión zoonótica a partir de palomas, pavos, pollos y patos[35].

IX.2. Nota metodológica

El siguiente reporte se realizó con la información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS$^{2.0}$), registrada en el evento Psitacosis.

Para el presente informe, se consideraron como casos de psitacosis a los confirmados y probables. Se definió como caso confirmado de psitacosis a aquellos que cumplen con uno o más de los siguientes criterios: métodos directos positivos para *Chlamydia psittaci* (PCR o aislamiento), seroconversión o cuadruplicación del título de anticuerpos de clase IgG detectados por inmunofluorescencia, y casos clasificados por el notificador como "confirmado *Chlamydia psittaci*". Se consideraron casos probables a aquellos que tuvieron resultado positivo de anticuerpos IgG en una sola muestra con un título mayor a 160 y con nexo epidemiológico. Los casos descartados, son aquellos con resultados de laboratorio negativos en las siguientes pruebas: aislamiento y/o PCR específica sobre muestras clínicas y siempre acompañados de ausencia de seroconversión o cuadruplicación de títulos. Los casos sospechosos en los que no se pudo confirmar la infección por métodos directos o presenten una sola muestra estudiada por serología con valores inferiores a 1/160 y no se ha podido estudiar una segunda muestra de suero para observar la variación del título de anticuerpos, mantienen su clasificación como "Caso sospechoso".

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

Para la situación epidemiológica actual, se analizaron los datos entre la SE01/2025 y la SE36/2025. Estos se compararon con el período comprendido entre SE01/2019 y SE52/2024.

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

El corredor epidemiológico se construyó a partir de la comparación de períodos comprendidos entre la SE25 de un año, y la SE24 del siguiente (2019-2020, 2020-2021, 2021-2022, 2022-2023, 2023-2024, 2024-2025, 2025-2026) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre sí, especialmente los casos del período actual (SE25/2025 a SE36/2025, respecto a equivalentes períodos anteriores).

IX.3. Situación epidemiológica 2019-2024

La situación histórica puede encontrarse en el BEN N 741 SE04/2025 disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben-741-se-4-vff.pdf

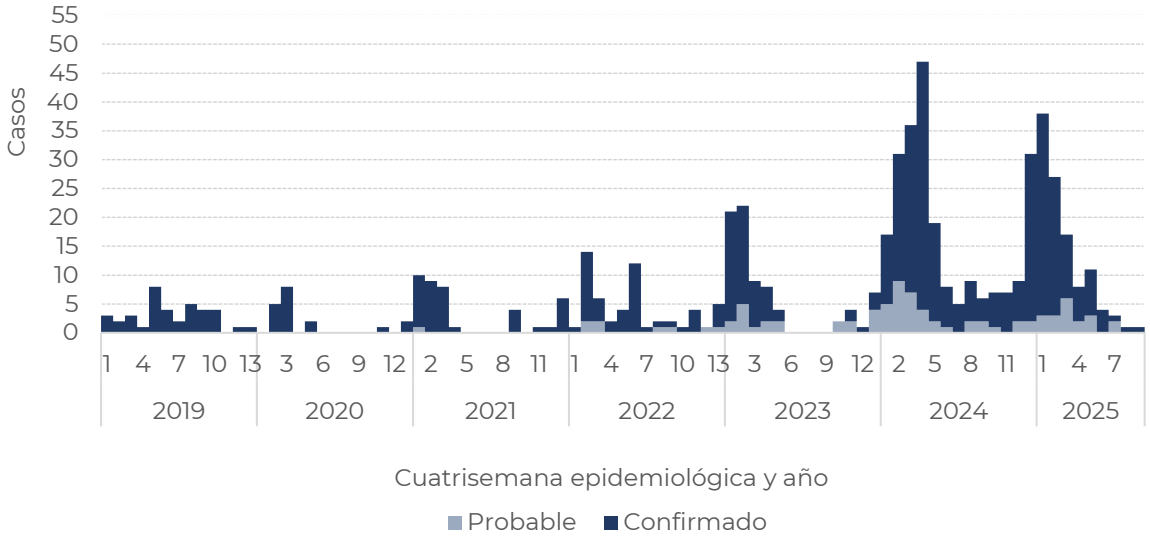
IX.4. Situación epidemiológica actual - SE 1 a SE 36 de 2025

Entre las SE 01 y 36 del año 2025, se realizaron 521 notificaciones de casos sospechosos de psitacosis al SNVS 2.0 de las cuales 91 fueron confirmados y 19 se clasificaron como casos probables.

IX.4.A. COMPARACIÓN RESPECTO A PERÍODOS PREVIOS

Considerando el período comprendido entre la SE01/2019 y la SE36/2025, en la curva de casos se observaron, a nivel nacional, aumentos en las primeras semanas epidemiológicas de cada año, los cuales corresponden a los meses más calurosos. El mayor pico se registró en la cuatrisemana 04/2024 (SE13 a SE16), con 43 confirmados y 4 probables. En 2025 se observó un pico en la cuatrisemana 01/2025 (SE01 a SE04), con 35 confirmados y 3 probables.

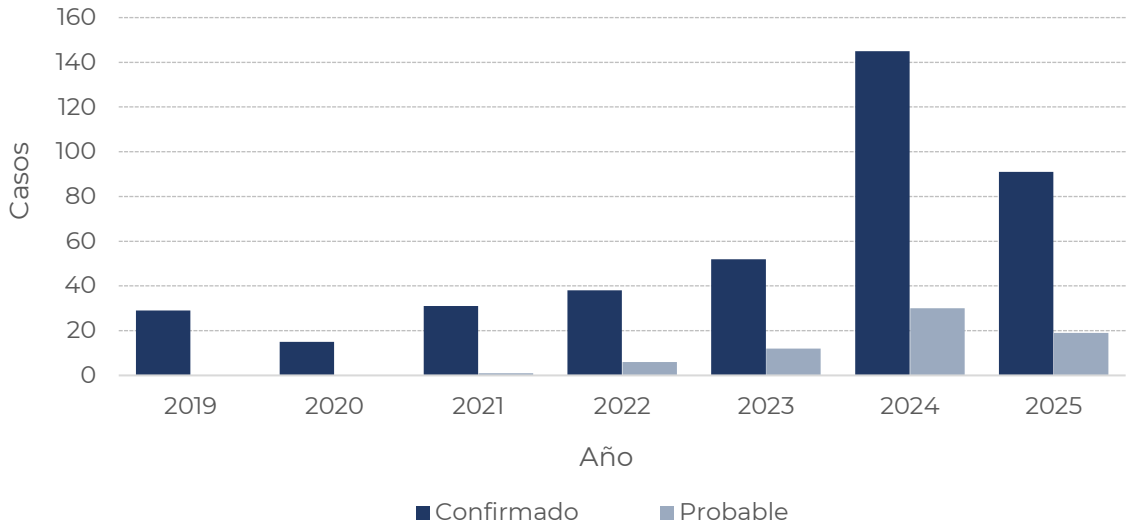
Gráfico 1. Casos de psitacosis por cuatrisemana epidemiológica y año. Argentina, SE01/2019 a SE36/2025. (N=571)



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

Al comparar los casos entre la SE01 y la SE36 de cada año, se observaron los mayores números absolutos en 2024, con 145 confirmados y 30 probables, seguidos por el año 2025. en el que se detectaron 91 confirmados y 19 probables.

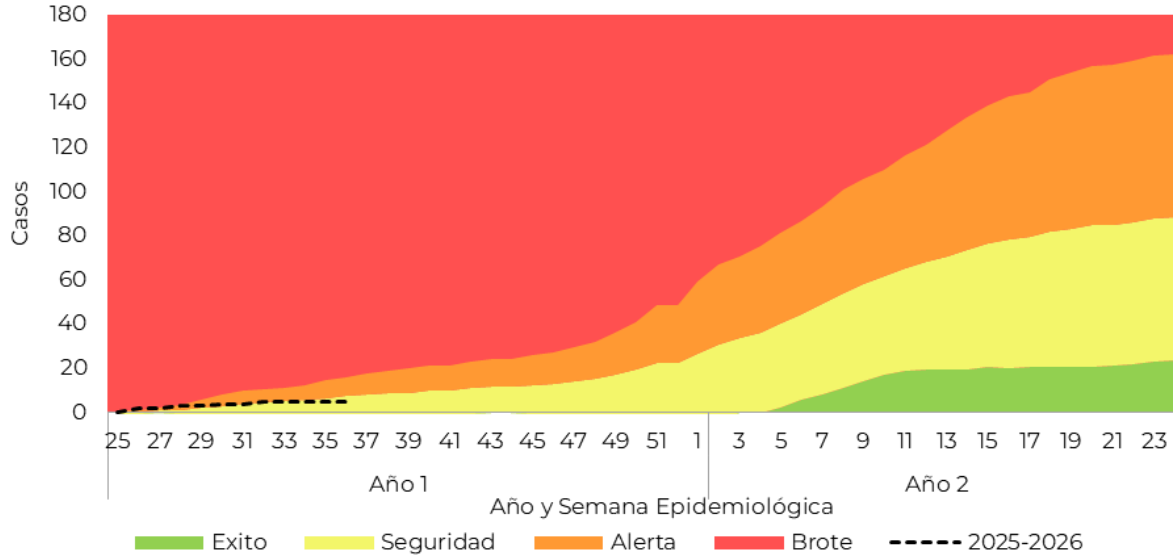
Gráfico 2. Casos de psitacosis entre SE01 y SE36 de cada año, 2019 a 2025. Argentina. (n=345)



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

Considerando los casos desde la SE25/2025, el corredor endémico acumulado indica que, no hubo una incidencia elevada de psitacosis, encontrándose los casos dentro del umbral de seguridad. Se espera que comiencen a aumentar hacia noviembre/diciembre, en coincidencia con la temporada estival en Argentina.

Gráfico 3. Corredor endémico acumulado semanal de psitacosis. Período analizado: SE25/2025 a SE36/2025 respecto a períodos equivalentes de los cinco años previos (SE25/2019 a SE24/2025). Argentina. (n=550).



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

IX.4.B. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL

Los casos comprendidos entre la SE01/2025 y la SE36/2025 se registraron en las regiones del Centro (Buenos Aires, CABA, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe), Cuyo (Mendoza, San Juan y San Luis), Sur (La Pampa y Río Negro) y NOA (Salta y Santiago del Estero).

Tabla 1. Psitacosis: Casos y tasa de incidencia por 100.000 habitantes según jurisdicción y año, Argentina. Período SE 01 a SE 36 de 2025 (N=110)

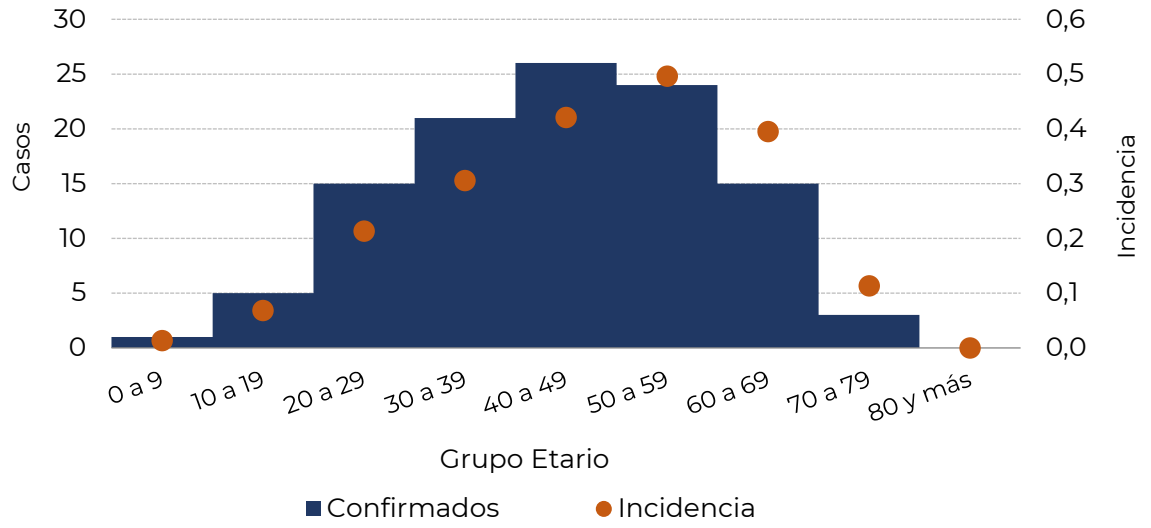
Jurisdicción	Casos	Incidencia
Buenos Aires	27	0,15
CABA	1	0,03
Córdoba	13	0,33
Entre Ríos	43	2,97
Santa Fe	11	0,30
Centro	**95**	**0,31**
Mendoza	4	0,19
San Juan	4	0,49
San Luis	1	0,19
Cuyo	**9**	**0,26**
Chaco	0	0,00
Corrientes	0	0,00
Formosa	0	0,00
Misiones	0	0,00
NEA	**0**	**0,00**
Catamarca	0	0,00
Jujuy	0	0,00
La Rioja	0	0,00
Salta	1	0,07
Santiago del Estero	2	0,19
Tucumán	0	0,00
NOA	**3**	**0,05**
Chubut	0	0,00
La Pampa	2	0,54
Neuquén	0	0,00
Río Negro	1	0,13
Santa Cruz	0	0,00
Tierra del Fuego	0	0,00
Sur	**3**	**0,10**
Total País	**110**	**0,23**

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

IX.4.C. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO

Durante 2025, se notificaron casos entre los 7 y los 74 años, con una mediana de 45 años. El 49,1% (n=54) fueron de sexo masculino.

Gráfico 4. Psitacosis: Casos y tasa de incidencia por 100.000 habitantes según grupo de edad. Argentina, SE 1 2025 a SE 36 2025. (N=110)

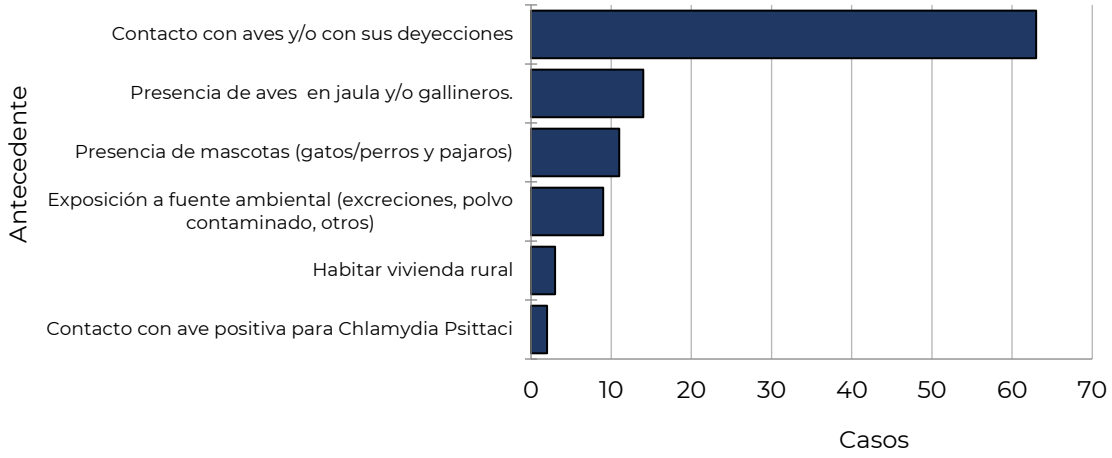


Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

IX.4.D. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

El 77% (n=85) de los casos de 2025 presentó información sobre uno o más antecedentes epidemiológicos; los más comunes fueron contacto con aves y/o sus deyecciones (74%), presencia de aves en jaula y/o gallinero (16%), presencia de mascotas (gatos/perros y pájaros) (13%) o exposición a fuente ambiental (excreciones, polvo contaminado, otros) (11%).

Gráfico 5. Número de posibles fuentes de infección de los casos de psitacosis. SE01/2025 a SE36/2025, Argentina. (n=85)

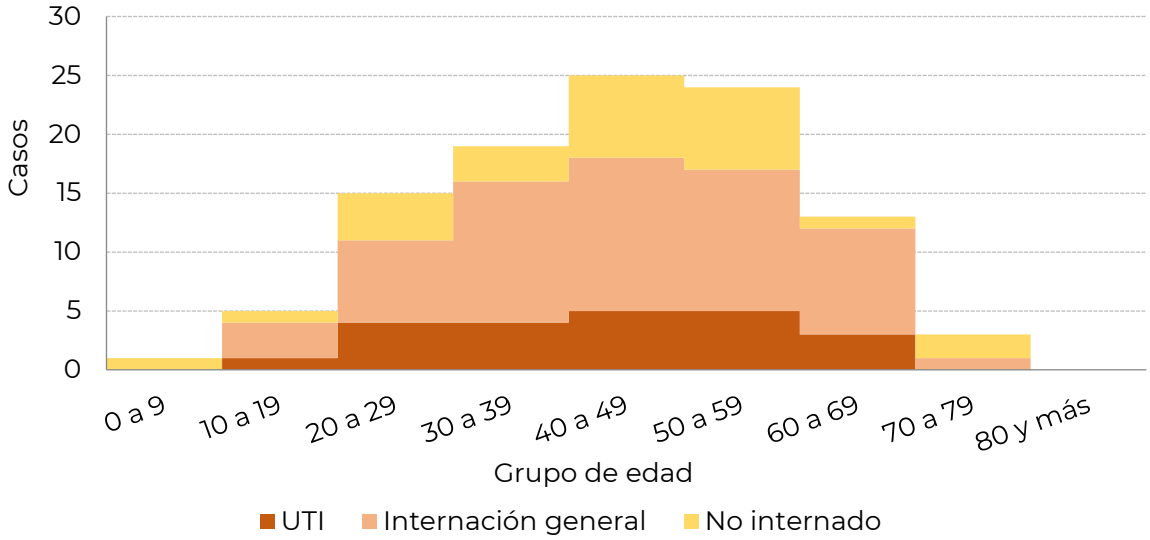


Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

IX.4.E. GRAVEDAD Y MORTALIDAD

Se contó con información sobre internación en el 96% (n=105) de los casos de 2025. Entre éstos, el 21% (n=22) requirió UTI, el 54% (n=57) internación en salas de internación y el 25% (n=26) no fue internado.

Gráfico 6. Casos de psitacosis según internación y rango etario. SE01/2025 a SE36/2025, Argentina. (N=105)



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

Hasta la SE36/2025, se consignaron tres casos fallecidos, dos provenientes de la provincia de Entre Ríos y uno de la provincia de Mendoza. una mujer y dos hombres, entre 19 y 38 años. Dos de las personas fallecidas cuentan con antecedentes de exposición a fuente ambiental o contacto con aves. Una de ellas reside en área periurbana pero no se pudo identificar un antecedente epidemiológico compatible. Los tres casos registran internación en UTI previo al fallecimiento.

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

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

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

*No es la muestra de elección.

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

· PCR Múltiple anidada: (16S rRNA)[36]

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

Para la genotipificación, las muestras positivas detectadas por las metodologías antes mencionadas, son estudiadas mediante la secuenciación génica de un fragmento del dominio variable del gen *omp*A de *C. psittaci*.[37]

Para los estudios serológicos, se estudian los anticuerpos de clase IgG anti *Chlamydia* spp. Estos estudios requieren muestras de suero de la fase aguda y de la fase convaleciente, por lo que los

[36] Messmer TO, Skelton SK, Moroney JF, Daugharty H, Fields BS. Application of a nested, multiplex PCR to psittacosis outbreaks. J Clin Microbiol. 1997 Aug;35(8):2043-6. doi: 10.1128/jcm.35.8.2043-2046.1997. Erratum in: J Clin Microbiol 1998 Jun;36(6):1821. PMID: 9230378; PMCID: PMC229899.

[37] Sachse, H. Hotzel. Detection and differentiation of *Chlamydiae* by nested PCR. Methods Mol Biol, 216 (2003), pp. 123-136.

resultados tienen valor epidemiológico y no para el tratamiento oportuno del paciente. Cabe mencionar que ocurren reacciones cruzadas entre distintas especies de *Chlamydia*.

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

Circuito de muestras

En el caso que se trate de un paciente con neumonía grave con nexo epidemiológico para psitacosis o sin nexo epidemiológico, pero con alta sospecha de neumonía atípica, y en donde la Institución o su Jurisdicción no tenga la posibilidad de realizar las técnicas moleculares y/o serológicas arriba descriptas, puede enviar las muestras al Servicio Bacteriología Clínica - INEI ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" ((Dra. Claudia Lara, (bacterioclinicamalbran@gmail.com) con su respectiva ficha de derivación (https://bacteriologiaclinica.jimdofree.com/fichas-de-derivaci%C3%B3n/psitacosis/)

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

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

IX.6. Notificación del evento clamidiasis aviar

Los veterinarios se encuentran incluidos en la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) dentro del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (Resolución Ministerial 185/2023) y tienen la responsabilidad de informar a las autoridades sanitarias locales aquellos eventos o enfermedades en animales que se encuentran bajo vigilancia incluidos en la Ley Nacional 15.465/60 para que el Sistema de Salud realice las actividades sanitarias correspondientes a fin de limitar el impacto de las mismas en la población.

IX.6.A. DEFINICIONES DE CASOS

Caso sospechoso: cualquier ave psitácida o no psitácida con signos compatibles[38] con la enfermedad ó que esté epidemiológicamente relacionada con un caso humano o animal (confirmado o probable).

Caso probable: todo caso sospechoso con resultado positivo a una prueba (citología o ELISA o IFD) en las heces, hisopado cloacal, tracto respiratorio y/o exudados oculares.

Caso confirmado: Todo caso probable con 2 pruebas positivas (IFD, test de ELISA, inmunocromatografía (IC)), ó

Caso sospechoso o probable con confirmación por pruebas diagnósticas: mediante métodos moleculares (PCR) y/o aislamiento.

[38] Enfermedad febril septicémica, letargia, anorexia, plumaje erizado, diarrea, deposiciones amarillentas, descarga óculo-nasal, sinusitis periorbitaria, disnea, deshidratación, emaciación o muerte.

Caso descartado: cualquier ave psitácida o no psitácida con pruebas de laboratorio negativas.

Con el fin de incorporar la vigilancia de clamidiasis aviar en las estrategias de prevención y control, su notificación fue incluida en la actualización 2022 del Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria (páginas 245 y 246)[39].

Clamidiasis aviar es un evento nuevo en el SNVS 2.0, por lo que las notificaciones aún no representan la situación epidemiológica del país. Entre la SE18 de 2024 y la SE36 de 2025, se reportaron 77 casos de clamidiasis aviar, de los cuales 62 fueron confirmados por laboratorio en las jurisdicciones de CABA[40] (36) y Buenos Aires (26). Otra provincia que notificó casos fue San Juan, los cuales fueron descartados (tres casos). La especie cotorra argentina (*Myiopsitta monachus*) fue la que registró mayor notificación.

Es importante que ante la sospecha de aves con clamidiasis, sobre todo ante el contacto con casos humanos de psitacosis, se tomen las muestras y sean remitidas al Laboratorio para su confirmación o descarte.

IX.6.B. TIPO DE MUESTRA Y ENSAYOS PARA EL ESTUDIO ETIOLÓGICO

Aves vivas: Hisopado cloacal

Los hisopos deben ser de dacron o viscosa (aptos biología molecular). Una vez tomada la muestra colocar el hisopo en un microtubo 1,5 ml libre de ARNasas/nucleasas para biología molecular. El tubo debe contener 500 microlitros de PBS estéril.

Aves muertas: Cadáver entero refrigerado o congelado

La muestra debe ser remitida al laboratorio en triple envase de seguridad, refrigerada y acompañada de la ficha de remisión de muestras con todos los antecedentes clínico-epidemiológicos completos del paciente.

Las muestras se utilizan para la detección de ADN de Familia *Chlamydiaceae* y *Chlamydia psittaci*.

· PCR en tiempo real (gen 23S ARNr): Flia. *Chlamydiaceae*.

· PCR en tiempo real (gen ompA): *Chlamydia psittaci*.

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

Circuito de muestras

En el caso que se trate de un ave relacionada a un caso humano en donde la Institución

[39] MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE VIGILANCIA Y CONTROL DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

[40] Estas notificaciones corresponden en parte a la vigilancia activa que se desarrolla en CABA (barrios vulnerables, bosques de Palermo, reserva ecológica), además de los casos recepcionados por la vigilancia pasiva por contacto con casos humanos de psitacosis.

o su Jurisdicción no tenga la posibilidad de realizar las técnicas moleculares arriba descriptas, contactarse con el Laboratorio de Clamidiosis Aviar (Sección Serología y Pruebas Biológicas) del Instituto de Zoonosis Luis Pasteur (chlamydiasizp@gmail.com).

IX.7. Medidas de Prevención y Control

IX.7.A. RESPONSABILIDADES DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS, MÉDICOS Y VETERINARIOS

El médico debe considerar la sospecha de psitacosis en pacientes humanos con síntomas respiratorios y debe interrogar siempre el posible antecedente epidemiológico de contacto con aves, y tomar las medidas de prevención y control necesarias, incluyendo la toma de muestra para diagnóstico laboratorial.

Tal cual se mencionó en el apartado anterior, los veterinarios deben considerar clamidiasis aviar en cualquier ave con signología compatible como fiebre, diarrea, conjuntivitis, signos respiratorios (disnea, sinusitis, rales, aerosaculitis, neumonía), pericarditis, deshidratación y poliuria. Las aves se presentan con las plumas descoloridas y desalineadas, letárgicas y anoréxicas. Las deyecciones son verde brillante o amarillentas. También son descriptos signos nerviosos centrales, que incluyen convulsiones, tremores, parálisis, tortícolis y opistótonos. Especialmente si el ave fue recientemente comprada y/o estuvo sometida a situaciones de estrés. Ante la sospecha, deberá realizar la toma de muestras de laboratorio para confirmar el diagnóstico.

A su vez, cómo se informó anteriormente, los veterinarios deben notificar a las autoridades sanitarias locales sobre la sospecha o confirmación de un ave infectada y también sobre las personas que hayan tenido contacto con las mismas. Además, deben informar a las personas en riesgo sobre el peligro para la salud pública que plantea *C. psittaci* y las precauciones necesarias que se deben tomar para evitar el contagio.

Medidas de prevención y recomendaciones

- No capturar aves silvestres, ni comprarlas en la vía pública.
- Mantener las aves en lugares ventilados y con espacio suficiente, sin hacinarlas.
- Alimentar a las aves correctamente y mantener las jaulas limpias.
- No permanecer largos periodos en habitaciones cerradas donde haya aves.
- No introducir aves recientemente capturadas o compradas sin certificado sanitario en jaulas donde ya hay otras aves.
- En caso de presentarse en personas sintomatología respiratoria habiendo estado en contacto con aves posiblemente enfermas, es preciso dirigirse al centro de salud u hospital más cercano, a fin de realizar la consulta pertinente. Si bien la enfermedad puede ser moderada, a veces puede ser grave, en cualquier persona pero, especialmente en los adultos mayores que no reciben tratamiento.
- Medidas preventivas para el mantenimiento de aves en cautiverio:
- Limpiar diariamente el piso y toda superficie de la jaula o alrededores en contacto con la materia fecal de las aves. Siempre humedecer previamente con soluciones desinfectantes (2 cucharadas de lavandina diluidas en un litro de agua) para evitar la producción de aerosoles de las deyecciones resecas. La limpieza de la jaula y manipulación del ave para la administración del tratamiento, deben realizarse utilizando equipos de protección personal: guantes, gafas protectoras y barbijo.

- Evitar todo tipo de estrés en las aves, respetar el espacio vital de cada ave, alimentarlas correctamente y ubicarlas en lugares aireados.
- No permanecer largos períodos en habitaciones cerradas donde haya aves.
- Aislar las aves recién adquiridas por 30-45 días, realizarle un diagnóstico directo o indirecto. Iniciar un tratamiento, antes de agregarlas al grupo.
- En caso de detectar un ave positiva, evitar el contacto con demás aves domésticas y/o silvestres.

En caso de adquirir aves

- Comprar aves en locales habilitados y con asesoramiento veterinario, nunca comprar en la calle a vendedores ambulantes.
- Exigir certificado sanitario firmado por el profesional responsable.
- Pedir comprobante de la compra, dado que en caso de presentarse psitacosis es posible comprobar su procedencia y actuar en el comercio, ya que es probable que existan allí otras aves afectadas.
- Evitar la compra o venta de aves que presenten signos de descarga ocular o nasal, diarrea o estado de adelgazamiento.

IX.8. Actualización de Normativa de Vigilancia Epidemiológica

En nuestro país, la psitacosis constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022.

La estrategia de vigilancia de psitacosis en humanos es universal y la modalidad es nominal e inmediata ante la sospecha. La investigación de casos incluye información poblacional sobre los afectados, clínica, laboratorio e investigación epidemiológica.

Por otra parte, para la vigilancia en animales, se incorporó en la última actualización del Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria, realizada en 2022, el evento clamidiasis aviar de modalidad individual inmediata.

A continuación, se presenta la actualización de la norma de vigilancia para el evento Psitacosis, la cual formará parte de la próxima versión del Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria, en proceso de publicación. Su aplicación rige a partir de la publicación del presente Boletín Epidemiológico Nacional.

Evento: Psitacosis; Categoría: Eventos Transmisibles; Grupo: Psitacosis

Notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

Grupo/s de Evento/s	Evento (Nomenclatura SNVS 2.0)	¿Qué se vigila en este evento?	Criterio de ingreso a sistema de vigilancia (instancia de obligatoriedad)	Modalidad	Estrategia	Periodicidad	Componentes que participan en la vigilancia
Psitacosis	Psitacosis	Remitirse a la sección "definición y clasificaciones de caso"	Sospecha	Nominal	Universal	Inmediata	Clínico Laboratorio Epidemiológico
Formulario de notificación de brotes							

Configuración de eventos nominales en el SNVS

Dispara alerta inmediata	SI	Unicidad temporal (días)	60	Cierre automático de casos (días)	365

El caso SOLO se considera notificado cuando está registrado en el Sistema Nacional de Vigilancia

Código CIE-10

A70 Infección debida a Chlamydia psittaci

Descripción del problema de salud pública

La psitacosis es una zoonosis de denuncia obligatoria y que tiene como principal reservorio a las aves. Los síntomas en los seres humanos incluyen fiebre, escalofríos, cefaleas, mialgia y malestar, tos seca, dificultad respiratoria y confusión con o sin síntomas respiratorios. Con menos frecuencia puede observarse neumonía, endocarditis, miocarditis, hepatitis, artritis, conjuntivitis y encefalitis[41]. Los síntomas ocasionales suelen ser rash no específico, diarrea, vómitos y dolor abdominal.

Se la debe diferenciar de enfermedad pulmonar por Hantavirus, leptospirosis e infección con virus de la influenza aviar y otras influenzas, Legionelosis, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* y COVID-19 entre otros.

La enfermedad se manifiesta en casos aislados o en forma de brotes.

La detección y la notificación temprana es fundamental para mejorar el pronóstico de los pacientes y evitar las complicaciones es por esto que es de gran importancia incluir en la anamnesis de casos con sintomatología compatible si poseen o tuvieron contacto con aves. Además, permite evitar el aumento en el número de casos por el bloqueo temprano del brote.

Agente etiológico
Chlamydia psittaci

Modos de transmisión
Principalmente por inhalación de aerosoles contaminados, o por contacto directo con aves infectadas o sus excreciones, secreciones o plumas de éstas. De manera poco frecuente y descrito en al menos un trabajo documentado, por contacto de persona a persona.[42]

Reservorio - Vector
Las aves aparentemente sanas, pueden ser portadoras y actúan como reservorios de *Chlamydia psittaci* en todo el mundo. Es frecuente observar signos clínicos y contagio a humanos desde aves psitácidas (loros, cotorras y guacamayos). Menos frecuente es el contagio a partir de palomas y de aves de corral (gallinas, pollos, patos y gansos).[2]

La cría intensiva de aves como la de pollo, pato y pavo en la industria, frecuentemente generan brotes o un aumento en el número de contagiados por el hacinamiento y su traslado.[2] Sin embargo, en Argentina aún no hay datos publicados.[2]

Período de incubación
El tiempo de incubación de la enfermedad abarca de 5 a 14 días.

Objetivos de la vigilancia

- Identificar de manera oportuna casos sospechosos, lo que permite ejecutar las acciones para la identificación de la fuente que pueda desencadenar un brote.

[41] Ravichandran K, Anbazhagan S, Karthik K, Angappan M, Dhayananth B. A comprehensive review on avian chlamydiosis: a neglected zoonotic disease. Trop Anim Health Prod. 2021 Jul 27; 53 (4): 414.
[42] Wallensten A, Fredlund H, Runehagen A. Multiple human-to-human transmission from a severe case of psittacosis, Sweden, January–February 2013. Euro Surveill. 2014 Oct 23; 19 (42): 20937.

- Confirmar por laboratorio los casos sospechosos para su tratamiento.
- Monitorear el cumplimiento de tratamiento y seguimiento adecuados de los casos confirmados.
- Posibilitar la difusión, el uso y el análisis de la información de psitacosis relevante en tiempo real en todos los niveles y sectores con responsabilidad en la prevención, detección y control de la enfermedad.
- Facilitar la articulación con los equipos de zoonosis para la realización de acciones de bloqueo del foco.
- Efectuar la caracterización epidemiológica de los casos de psitacosis detectados.
- Identificar grupos poblacionales vulnerables o en situación de riesgo.
- Relevar los datos requeridos para la construcción de los diferentes indicadores programáticos: epidemiológicos, operacionales y de respuesta a los esquemas de tratamiento.
- Reconocer las brechas en el acceso al diagnóstico, tratamiento y seguimiento (según metodologías utilizadas).

Definición y clasificaciones de caso

Caso sospechoso: paciente con fiebre, cefalea, mialgia, tos seca, dificultad respiratoria, confusión, con o sin neumonía, con antecedente epidemiológico de exposición a aves o entornos contaminados con sus excreciones (heces, secreciones respiratorias, otros).*

***Ejemplos de antecedente epidemiológico compatible:** en los 14 días previos a iniciar con los síntomas tuvo contacto con aves silvestres, de corral, de compañía; trabajó con aves de corral, desempeñó actividades agrícolas, ganaderas; tuvo una ocupación que implique contacto con aves (veterinario/a, trabajador/a de laboratorios, empleado/a de comercio de mascotas, trabajador/a en un ecoparque); concurrió a criaderos de aves, ferias donde se comercializan aves, plazas o espacios recreativos con presencia de aves. Persona que no tuvo un antecedente claro de contacto con aves pero que haya podido inhalar polvo contaminado con plumas, secreciones o excreciones de aves (ej. jardinería, cortar el césped, trabajador/a de la construcción, trabajador/a de limpieza).

Caso probable de psitacosis: todo caso sospechoso que presente demostración de título alto (>160) de anticuerpos de clase IgG anti *Chlamydia spp.*, por inmunofluorescencia indirecta.

Caso confirmado de psitacosis por identificación del agente etiológico *Chlamydia psittaci*: todo caso con resultado positivo del cultivo y/o de los métodos moleculares que permitan definir especie.

Caso confirmado de psitacosis por criterio clínico-epidemiológico-laboratorial:

todo caso sospechoso que presente seroconversión o cuadruplicación del título de anticuerpos de clase IgG anti *Chlamydia* spp. en par de sueros (21 días de diferencia) por inmunoflorescencia indirecta, o

Todo caso sospechoso o probable que haya tenido contacto reciente (5-14 días previo al inicio de síntomas) con un caso confirmado de *Chlamydia psittaci* (por métodos directos) en aves, humanos o muestra ambiental.

Caso descartado:

Es todo caso sospechoso (por nexo y sintomatología compatible), que muestre resultados de laboratorio negativos en las siguientes pruebas: aislamiento y/o PCR específica sobre muestras clínicas y siempre acompañados de ausencia de seroconversión o cuadruplicación de títulos.

Además, se sugiere tener en cuenta la detección de otro agente en esa misma muestra.

Adicionalmente, en los casos de neumonía aguda grave de la comunidad (NAC), sin diagnóstico microbiológico causal -en el cual se descartó etiología viral o bacteriana por los métodos disponibles- y con ausencia de respuesta terapéutica a las 48 -72 horas de instaurar tratamiento empírico inicial de la NAC que incluya antibióticos betalactámicos y macrólidos también se recomienda realizar los estudios correspondientes para confirmar o descartar psitacosis.

Dado que estos pacientes no tienen un nexo epidemiológico conocido, y que la detección de anticuerpos de clase IgG por inmunofluorescencia no permite identificar la especie en clamidias, se sugiere utilizar aislamiento y/o métodos moleculares específicos para confirmar una infección con *Chlamydia psittaci*.

Para mayor información consultar:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/comunicacion_pstiacosis_vf.pdf

Definición de brote
Más de un caso expuestos a la misma fuente en un período de tiempo determinado y en un área definida.

Medidas preventivas
Hacer respetar la reglamentación vigente en aspectos de captura, transporte de aves y comercialización.

Las autoridades locales (municipalidad - zoonosis urbana) deben controlar a los sitios de venta de animales y aviarios relacionados a casos de psitacosis y también a vendedores ambulantes.

-Para aves recién obtenidas realizar cuarentena y testeo para diagnóstico de clamidiasis aviar.

-Advertir a la población sobre el peligro de compra de psitácidos u otras aves que no tengan quimioprofilaxis realizada por un médico veterinario.

-Educación para la salud.

-No capturar aves silvestres y evitar levantar aves del suelo que no puedan volar.

-Se recomienda la adquisición de aves en lugares habilitados para tal fin.

-Las aves deberán estar ubicadas en un lugar ventilado, templado y tranquilo con agua y alimentación abundante y sana. Evitar el hacinamiento de aves en la misma jaula y evitar el contacto del ave positiva con otras aves domésticas o silvestres.

-Desinfección frecuente de jaulas con soluciones de amonio cuaternario en una dilución 5% v/v, (se recomienda evitar el formol al 1%) solución de hipoclorito de sodio al 10% y dejar actuar sobre la superficie a tratar durante 30 segundos, luego cepillarla bajo un chorro de agua corriente y enjuagar).

-Tanto la limpieza de la jaula como la manipulación del ave para la administración del tratamiento deberán hacerse con guantes, gafas protectoras y barbijo. También es recomendable colocar una hoja de papel diario en la bandeja recolectora de heces, rociándola con un desinfectante previamente al reemplazo diario.

Medidas ante casos y contactos
Control del paciente:

- Notificar de forma inmediata el caso sospechoso utilizando la ficha específica.
- Realizar la toma de muestra antes de comenzar el tratamiento para su confirmación por laboratorio.
- Indicar tratamiento según recomendaciones vigentes.
- Realizar la vigilancia clínica del grupo familiar y/o personas expuestas. La utilización de quimioprofilaxis no está recomendada.

Medidas ante brotes
Ante la sospecha de brote de psitacosis:

I) Realizar la toma de muestras para la confirmación de casos sospechosos humanos y animales.

a) Humano: enviar al laboratorio para la confirmación diagnóstica, en condiciones de bioseguridad, una muestra respiratoria más un tubo con sangre entera (coágulo y suero) tomadas con elementos apropiados e indicados por el laboratorio y acompañadas de una planilla epidemiológica. Al mismo tiempo registrar el caso sospechoso en SNVS 2.0 (evento psitacosis).

b) Animal: enviar en condiciones de bioseguridad una muestra de hisopado conjuntival, y de cloaca con hisopos y en recipientes adecuados, con medio de transporte adecuado (SPG o UTM) o el cadáver del ave refrigerada y acompañado de la planilla epidemiológica. Al mismo tiempo registrar el caso sospechoso en SISA (evento Clamidiasis aviar).

II) Impartir el tratamiento antibiótico adecuado a humanos y a las aves.

III) Realizar la desinfección ambiental con hipoclorito de sodio al 10%.

IV) Proceder al bloqueo de la fuente del brote.

V) Poner en práctica todas las medidas de higiene en industrias, así como las medidas existentes para el control de comercialización (importación de aves exóticas o para consumo).

Registro y notificación:

- Todos los casos deben notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud desde la sospecha y en todos los pasos del algoritmo de diagnóstico y evolución clínica.
- Son variables críticas las relacionadas a la identificación de los casos, el sitio posible de exposición (sitio posible de adquisición de la infección) así como los datos clínicos.
- Se debe registrar el **nexo epidemiológico** en la Sección Epidemiología del SNVS, Factores de riesgo/Vías de transmisión/otros antecedentes de interés y una copia de la ficha de investigación en la sección Documentos.
- En los casos que no se pueda constatar el nexo epidemiológico y la clínica sea compatible con la enfermedad se recomienda la sospecha y derivación de muestras para estudio de psitacosis.
- La ficha de notificación se puede encontrar en el siguiente link: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ficha-psitacosis.pdf
- Comunicado neumonías atípicas SE 16/2024: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/comunicacion_pstiacosis_vf.pdf

INFORMES **ESPECIALES**

X. Vigilancia de gravedad y mortalidad por Dengue: Articulación nación-Santa Fe

X.1. Fortalecimiento de la Vigilancia Sanitaria entre la Provincia de Santa Fe y la Nación

El "*Comité de Vigilancia de la Gravedad y Mortalidad por Dengue*", implementado a partir de abril de 2024 por la Dirección de Epidemiología nacional en conjunto con direcciones ministeriales y consultores externos, constituye la base de un enfoque colaborativo para el análisis de la mortalidad por dengue y sus determinantes. Este comité tiene como función principal asesorar y fortalecer a los comités jurisdiccionales, promoviendo así una red nacional de vigilancia robusta.

La definición de caso de muerte por dengue y la guía operativa para el análisis de la gravedad y mortalidad se encuentra en la "*Circular de vigilancia epidemiológica: vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue*"[43] y en la "*Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus*"[44].

En el marco de esta iniciativa, se desarrolló un abordaje articulado con la provincia de Santa Fe, que sirvió para validar y aplicar las directrices del documento "Herramientas y estrategias para la conformación del comité local"[45].

La colaboración entre los niveles local y nacional se centró en una mesa de trabajo interinstitucional con los siguientes objetivos:

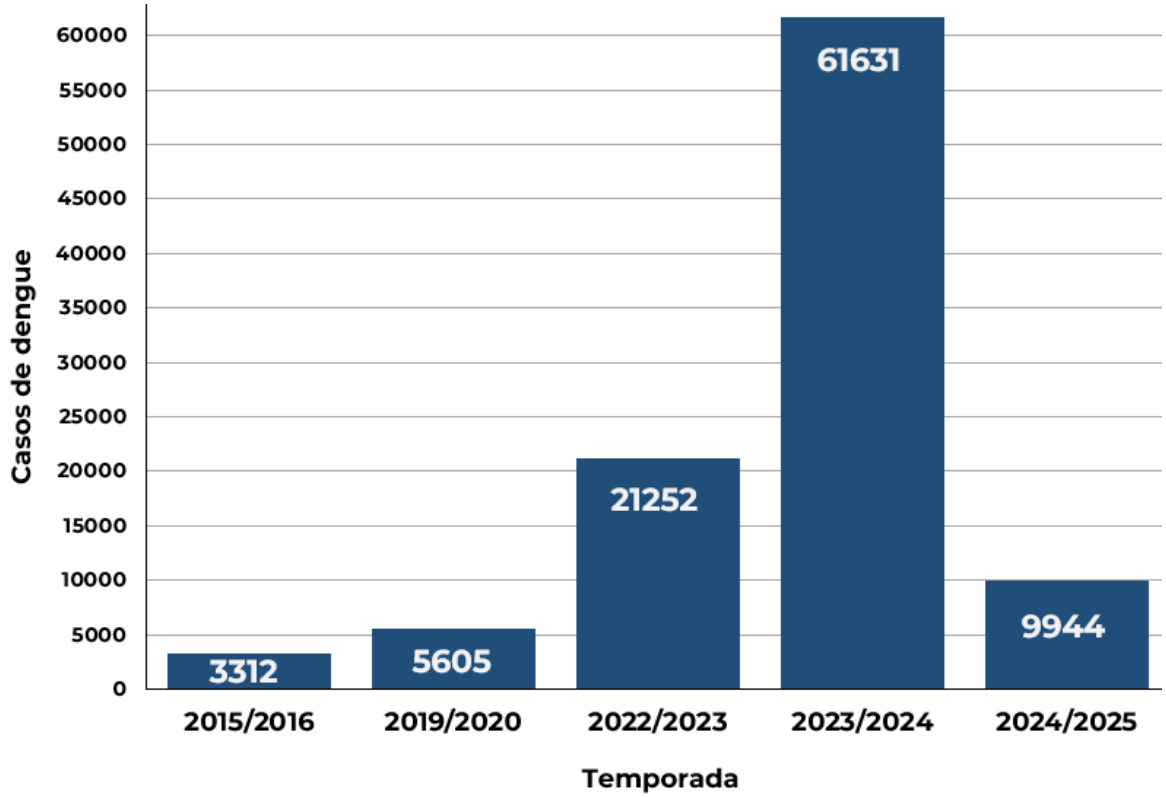
- **Análisis clínico-epidemiológico:** Revisión detallada de los 11 casos fatales registrados en la provincia de Santa Fe durante la temporada 2024-2025, para identificar puntos críticos en los procesos de atención.
- **Identificación de oportunidades de mejora:** A partir del análisis conjunto, se extrajeron lecciones aprendidas para fortalecer las capacidades de respuesta en el territorio. Se documentaron factores de vulnerabilidad social, demoras en la consulta, fallas en la detección de signos de alarma y barreras en el acceso al sistema de salud.
- **Lecciones Aprendidas y Acciones Conjuntas:** El análisis de los casos fatales permitió identificar fallas en el proceso de atención, tales como limitaciones en el seguimiento ambulatorio, demoras en la derivación y un subregistro de comorbilidades. Ante esta situación, la respuesta jurisdiccional se vio reforzada por el acompañamiento técnico del Comité Nacional, que facilitó la sistematización de las lecciones aprendidas y el desarrollo de acciones correctivas.

X.1.A. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE SANTA FE

En Argentina se notificaron temporadas epidémicas correspondientes a los períodos 2015/2016, 2019/2020, 2022/2023 y 2023/2024. A continuación, se detallan los casos confirmados en la provincia de Santa Fe para cada una de las temporadas mencionadas, incluida la 2024-2025, definidas epidemiológicamente entre la SE31 y la SE30 del año subsiguiente.

[43] Disponible en: circular_de_vigilancia_dengue_mortalidad_-_junio_2024.pdf
[44] Disponible guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf
[45] Disponible en: guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf

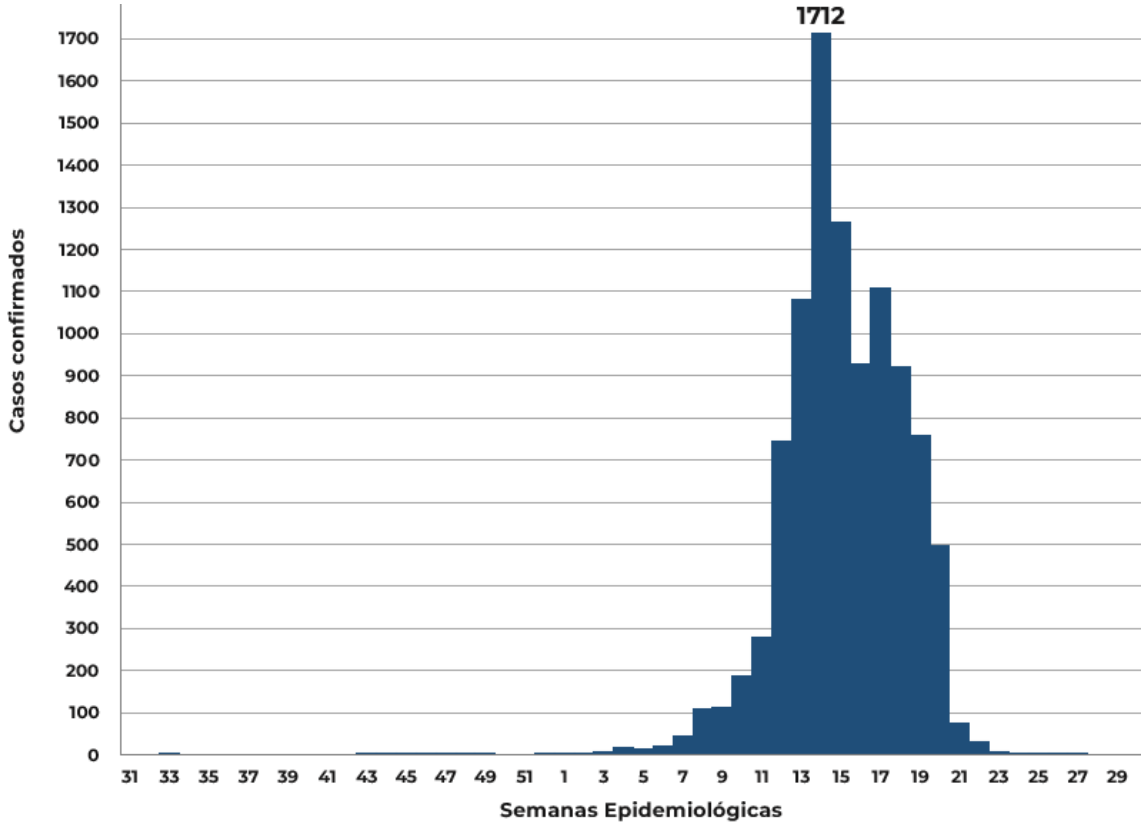
Gráfico 1. Casos acumulados de Dengue en temporadas epidémicas. Provincia de Santa Fe.



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

En la provincia de Santa Fe, en la temporada 2024-2025, se notificaron un total de 15819 casos al evento “dengue” y “dengue en la gestación”. Se confirmaron 9872 casos para el evento “dengue” y 72 casos en el evento de “Dengue durante la gestación”, alcanzando un total de 9944 casos confirmados (3022 casos confirmados por laboratorio y 6922 casos confirmados por criterio clínico epidemiológico). La SE 14 de 2025 fue la que registró la mayor cantidad de casos en esta temporada.

Gráfico 2. Casos de Dengue confirmados por laboratorio y criterio clínico epidemiológico según semana epidemiológica. Temporada 2024-2025. Provincia de Santa Fe. N= 9944.



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

X.1.B. DESCRIPCIÓN DE CASOS FATALES POR DENGUE. TEMPORADA 2024-2025. PROVINCIA DE SANTA FE

Durante la temporada 2024-2025 se notificaron 11 casos fatales por dengue en la provincia de Santa Fe. La mediana de edad fue de 61 años (rango: 1,2–79 años), con predominio de personas con comorbilidades (81,8%), incluyendo enfermedades cardiovasculares, renales, oncológicas, neurológicas y autoinmunes. Dos casos correspondieron a personas menores de 60 años sin comorbilidades previas documentadas.

En el análisis se identificaron factores de vulnerabilidad social que condicionan tanto la exposición como la capacidad de respuesta frente a la enfermedad. Entre los principales, se destacan la baja percepción del riesgo individual y comunitario, el temor a la internación debido a la necesidad de permanecer al cuidado de otras personas, así como la situación de adultos mayores que residen solos. Estos determinantes sociales representan barreras para la búsqueda oportuna de atención médica y contribuyen a la progresión desfavorable de los casos.

El tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la primera consulta tuvo una mediana de 1 día, mientras que la mediana entre el inicio de síntomas y el fallecimiento fue de 5 días y, entre la consulta y el fallecimiento de 4 días.

En relación con la distribución geográfica, la mayor concentración de casos tuvo lugar en el departamento Rosario (n=8), seguido por el departamento Caseros, con 2 casos en la localidad de Casilda, y el departamento San Lorenzo, con 1 caso en la localidad de Fuentes. Los serotipos identificados fueron DEN-2 y DEN-1, predominando el primero. La evolución clínica incluyó presentaciones graves con shock hipovolémico, falla multiorgánica, complicaciones respiratorias y, en algunos casos, descompensación secundaria de comorbilidades preexistentes.

X.1.C. SÍNTESIS DE LECCIONES APRENDIDAS

Los factores relacionados al proceso de atención que podrían haber contribuido al desenlace fatal de los casos incluyeron limitaciones en el seguimiento clínico de los pacientes bajo manejo ambulatorio, dificultades en la identificación temprana de signos de alarma durante la atención inicial y demoras en la derivación hacia niveles de mayor complejidad. Asimismo, se identificó un subregistro de comorbilidades relevantes en las historias clínicas y la utilización de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) sin la adecuada consideración del contexto clínico. Estos aspectos se acompañaron de dificultades en la clasificación de los casos y de una notificación tardía en los diferentes subsectores y niveles de atención, condicionada por la escasa información consignada en las fichas de registro, lo que limitó el estudio oportuno y exhaustivo de los episodios fatales. Finalmente, se observó una insuficiente adherencia a los protocolos estandarizados de abordaje clínico y clasificación de riesgo previamente difundidos en instancias de capacitación y formación del personal de salud.

X.1.D. ANÁLISIS DE ACCIONES IMPLEMENTADAS Y PRINCIPALES LECCIONES APRENDIDAS

La respuesta jurisdiccional frente a los fallecimientos por dengue en Santa Fe incluyó el análisis clínico-epidemiológico de cada caso, con acompañamiento técnico del Comité Nacional de Vigilancia de Gravedad y Mortalidad. Se realizaron visitas a efectores, entrevistas con equipos de salud y revisión detallada de historias clínicas para identificar puntos críticos en los procesos de atención. Se documentaron factores de vulnerabilidad social, demoras en la consulta, fallas en el reconocimiento de signos de alarma y en algunos casos barreras en el acceso al sistema de salud. A partir de ello, se promovieron instancias de capacitación clínica específicas, reuniones interdisciplinarias y retroalimentación directa con efectores de todos los niveles de atención.

La sistematización de lecciones aprendidas resultó clave para reforzar la vigilancia de casos graves y fatales, para mejorar la calidad del abordaje clínico durante brotes futuros.

X.1.E. CAPACITACIONES CLÍNICAS DURANTE LA TEMPORADA Y ALCANCE

El público objetivo incluyó a profesionales de la salud (médicos, bioquímicos, enfermeros), personal administrativo, agentes sanitarios, docentes, bomberos y veterinarios, garantizando un abordaje integral y multisectorial.

Las zonas alcanzadas abarcaron la totalidad de los departamentos de la jurisdicción, consolidando una estrategia de fortalecimiento de capacidades en todos los niveles del sistema de salud y sectores vinculados.

Entre las acciones más destacadas, resultado de este trabajo en red, se encuentran:

- **Capacitaciones clínicas:** Se realizaron 19 instancias de capacitación (presenciales y virtuales) que alcanzaron a 757 profesionales de la salud y otros actores claves, con el objetivo de mejorar el abordaje clínico y la clasificación de riesgo.
- **Revisión de procesos**: Se llevaron a cabo visitas a centros de salud y se revisaron historias clínicas, para identificar de manera colaborativa las fallas en los procesos de atención.
- **Retroalimentación directa:** Se establecieron reuniones interdisciplinarias, para ofrecer retroalimentación directa a los equipos de salud en todos los niveles, promoviendo una mejora continua.
- **Impacto y Proyecciones:** El modelo de trabajo articulado entre Santa Fe y la Nación demostró ser fundamental, para reforzar la vigilancia de casos graves y fatales y para mejorar la calidad del abordaje clínico durante los brotes. La experiencia sentó las bases para una estrategia de fortalecimiento de capacidades en todos los niveles del sistema de salud.

De cara al futuro, este enfoque colaborativo ha generado recomendaciones estratégicas que incluyen fortalecer la capacitación continua, implementar protocolos de derivación claros y estandarizados, realizar auditorías de historias clínicas y reforzar la articulación permanente entre los comités jurisdiccionales y nacionales. Esto permitirá que el aprendizaje basado en casos reales y el análisis conjunto, se convierta en herramienta clave para una respuesta sanitaria más eficaz y coordinada en todo el país.

X.1.F. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS ESTRATÉGICAS PARA FORTALECER LA RESPUESTA SANITARIA

Fortalecer la capacitación clínica continua en todos los niveles de atención, especialmente sobre el reconocimiento temprano de signos de alarma y la toma de decisiones frente a casos sospechosos de dengue. Además, se recomienda implementar protocolos claros de derivación, realizar auditorías de historias clínicas durante los brotes, mejorar la identificación y el registro de comorbilidades y reforzar la articulación entre los comités jurisdiccionales y nacionales. El aprendizaje basado en casos reales y el análisis conjunto entre subsectores, permitirá fortalecer el circuito de vigilancia y respuesta sanitaria.

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS **INTERNACIONALES**

XI. Alertas epidemiológicas internacionales

XI.1. Introducción

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

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

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

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

A continuación, se reproducen los informes de los eventos de mayor relevancia que han sido elaborados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 4 al 10 de septiembre del 2025.

XI.2. Enfermedad por el virus del Ébola - República Democrática del Congo

Recibido a través del CNE el 05/09/2025.

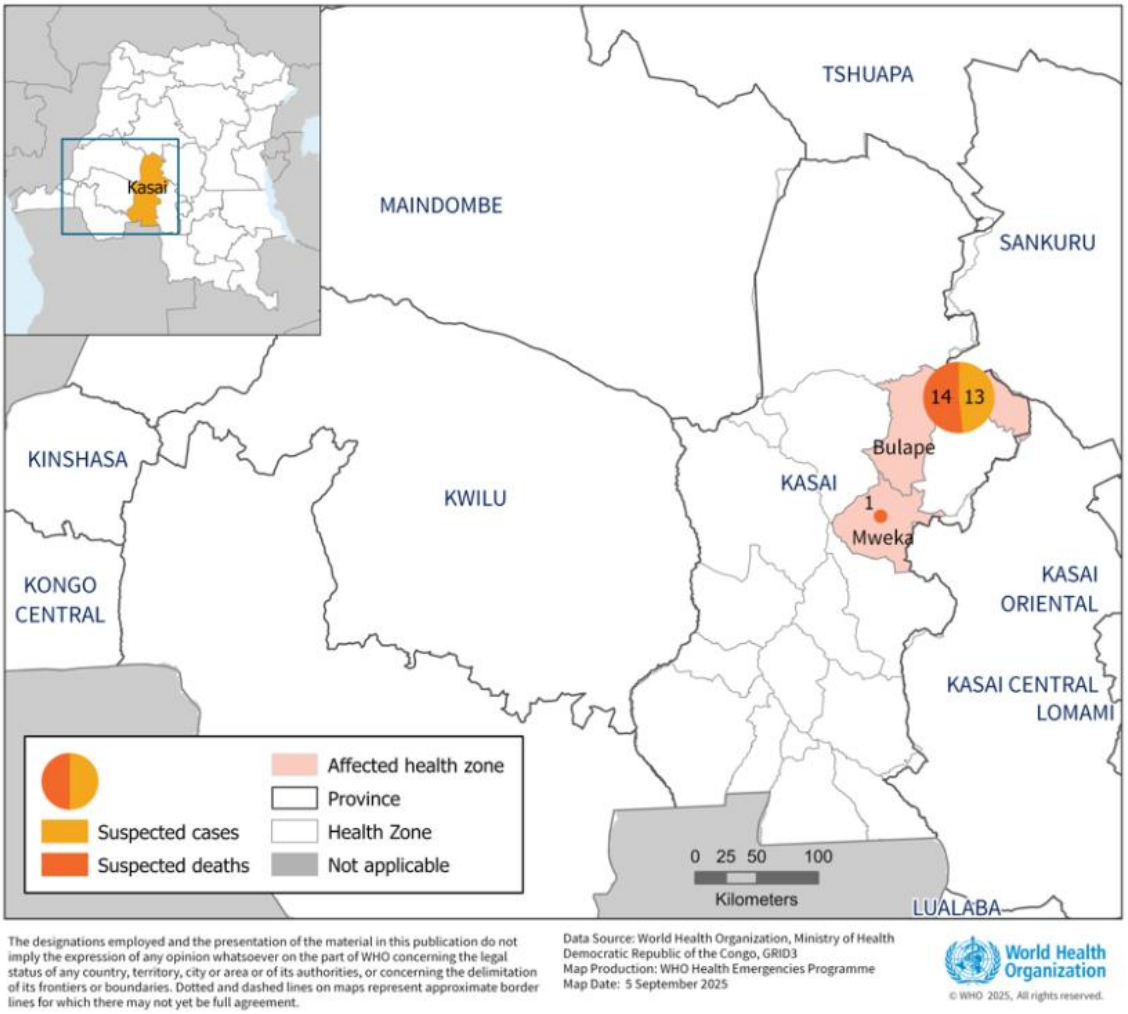
El 1 de septiembre de 2025, la OMS recibió una alerta del Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo (RDC) sobre casos sospechosos de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la Zona de Salud de Bulape, Provincia de Kasai, RDC. El primer caso índice sospechoso conocido fue ingresado en el Hospital General de Referencia de Bulape el 20 de agosto de 2025. Se trataba de una mujer embarazada de 34 semanas de gestación que presentó síntomas de fiebre, diarrea sanguinolenta, hemorragia, vómitos, astenia y posteriormente insuficiencia multiorgánica. Falleció el 25 de agosto de 2025. Dos de los trabajadores de la salud que habían estado inicialmente en contacto con este primer caso también desarrollaron síntomas similares y murieron.

Hasta el 4 de septiembre de 2025, se han notificado un total de 28 casos sospechosos, incluidos 15 fallecimientos, de los cuales cuatro son trabajadores de la salud (tasa de letalidad (TdL): 54%), en tres áreas de la zona de salud de Bulape (Bulape, Bulape Com y Dikolo) y en la zona de salud de Mweka. Aproximadamente el 80% de los casos sospechosos son personas de 15 años o más. Se recogieron cinco muestras de sangre de cinco casos sospechosos y un hisopado nasofaríngeo de una muerte probable en las tres áreas de salud, que fueron enviadas al Laboratorio Nacional de Salud Pública (INRB) en Kinshasa para su análisis.

El 3 de septiembre de 2025, las pruebas de laboratorio realizadas en el INRB confirmaron la presencia del virus del Ébola (EBOV) mediante las técnicas GeneXpert y reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Los resultados obtenidos de la secuenciación completa del genoma sugieren que el brote corresponde a un nuevo evento de transmisión zoonótica y que no está directamente vinculado a los brotes de EVE de 2007 en Luebo o de 2008/2009 en Mweka.

Figura 1. Mapa de casos sospechosos y muertes por enfermedad del virus del Ébola según zona de salud, al 4 de septiembre de 2025.



Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON580

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

XII. Boletines Jurisdiccionales

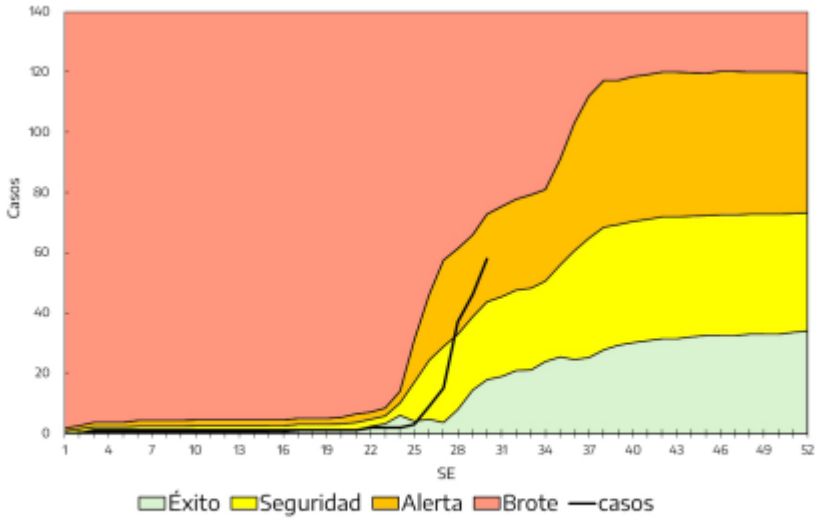
XII.1. Buenos Aires: Triquinosis



Desde la semana epidemiológica (SE) 1 hasta la cuarta semana de agosto (SE 35), en la PBA se notificaron 118 casos sospechosos de triquinosis, de los cuales se confirmaron 58 casos, 3 descartados y 57 continúan en estudio.

Considerando el corredor endémico los casos acumulados actuales se encuentran en zona de alerta. (Gráfico 1) Para el mismo período del año 2024 se habían notificado 180 casos sospechosos, 84 de los cuales se confirmaron y 3 fueron probables. Además, se habían registrado 6 brotes de triquinosis en el partido de Leandro N. Alem, General Pueyrredón (Mar del Plata), Necochea (Quequén), Guaminí, Florencio Varela y Quilmes y en sexto brote abarcó los partidos de San Nicolás, Pergamino y Ramallo.

Corredor endémico acumulativo de triquinosis. Años 2019 - 2025. Provincia de Buenos Aires.



** Se excluye el año 2023, debido a la ocurrencia del brote de gran extensión por consumo de productos de origen comercial.*

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

Para más información:

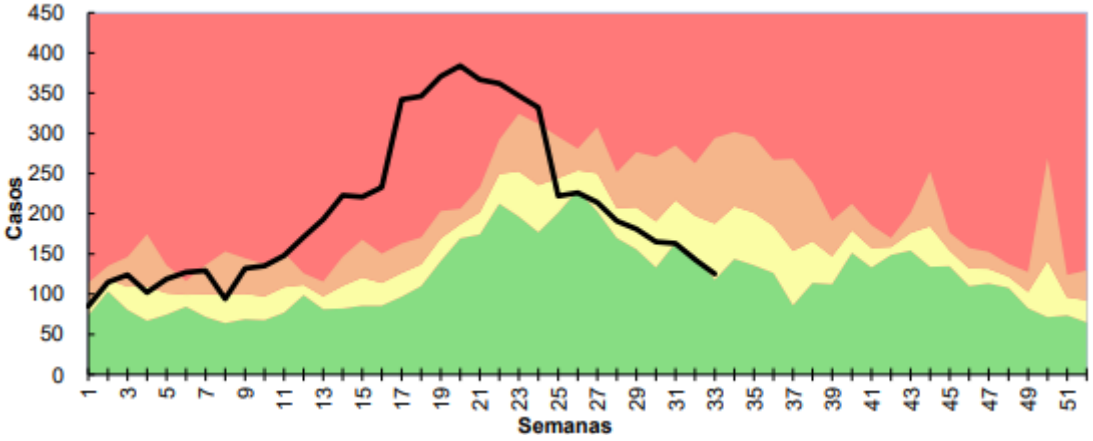
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

XII.2. Salta: Bronquiolitis

Las notificaciones de Bronquiolitis presentan un leve aumento, el corredor endémico continúa en zona de éxito. En la SE 34 se registraron 159 casos de Bronquiolitis.



Corredor endémico semanal de Neumonía años: 2018 a 2024. SE 33 de 2025. Provincia de Salta. (n=6.832*)

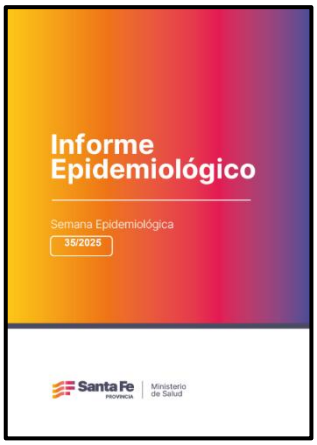


Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este grafico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante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

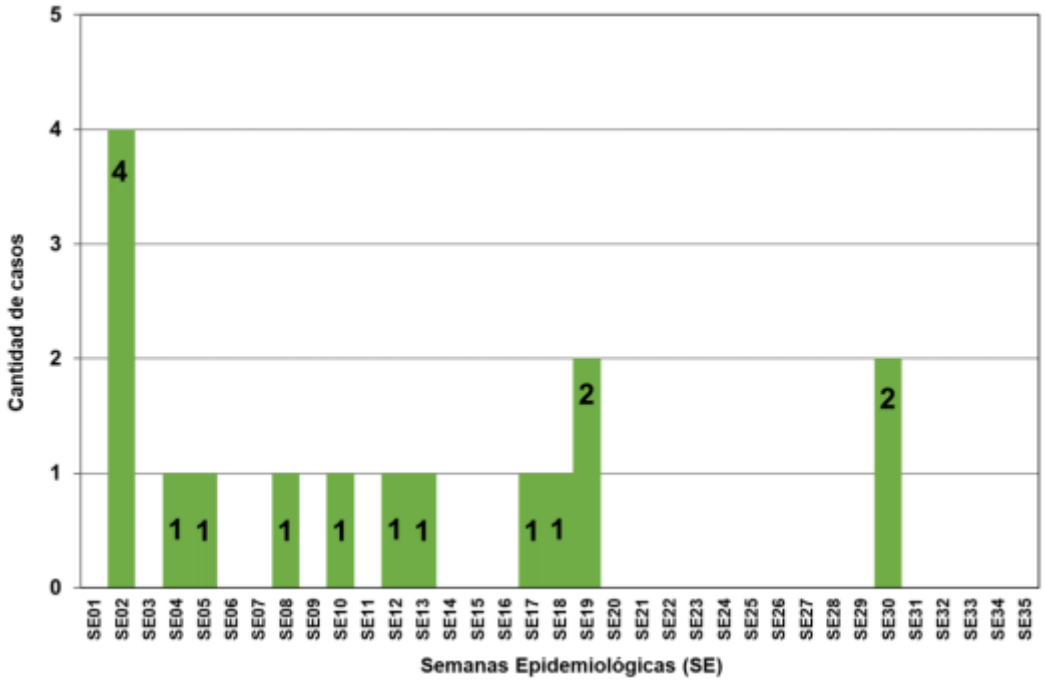
Para más información: http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

XII.3. Santa Fe: Leptospirosis

Desde la SE 01 a la SE 35 de 2025 se notificaron 673 casos al evento de Leptospirosis de los cuales 16 fueron confirmados. Entre los casos confirmados se informaron cuatro personas fallecidas: dos personas de sexo masculino (23 años y 48 años) con residencia en la zona urbana y periurbana de la localidad de Las Rosas (departamento Belgrano), una persona de sexo masculino (63 años) de la localidad de San Jorge (departamento San Martín) asociado al ámbito rural y una persona del sexo femenino (30 años) de la localidad de Rosario (departamento Rosario) con antecedentes de contacto con roedores en el ámbito urbano.



Cantidad de casos confirmados al evento de Leptospirosis por Semana Epidemiológica. Provincia de Santa Fe. Año 2025 (SE 01 hasta SE 35). N= 16.



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

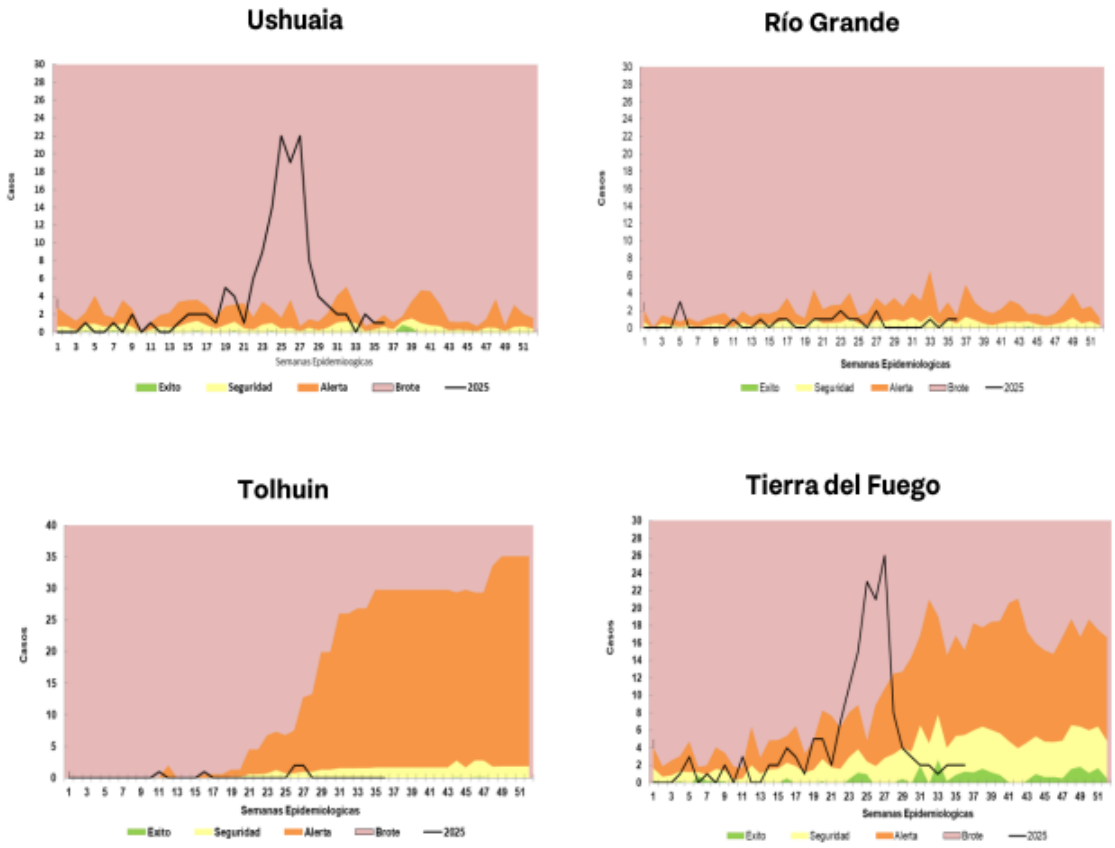
Para más información:

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

XII.4. Tierra del Fuego: Varicela

A nivel provincial con 159 casos acumulados, la incidencia se ubica en zona de seguridad. En Ushuaia con 134 casos acumulados, la incidencia se encuentra en zona de alerta. Se observa un descenso de casos a partir de la semana epidemiológica 28. En Río Grande con 19 casos acumulados, la incidencia se encuentra en zona de alerta. En Tolhuin se registraron 6 casos en lo que va del año, ubicándose la incidencia en zona de seguridad.



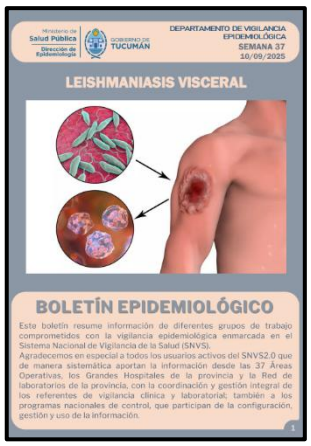


Fuente: SNVS 2.0 D.E.I.S. *Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.*

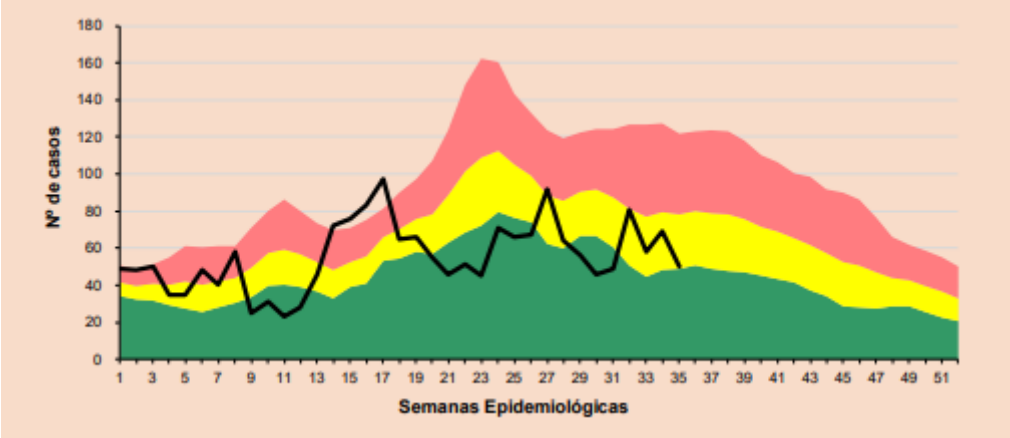
Para más información:
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

XII.5. Tucumán: Neumonía

La neumonía es una infección del parénquima pulmonar que conlleva importante morbimortalidad particularmente en niños menores de 5 años, personas adultas mayores de 65 años y aquellas con ciertas condiciones subyacentes. En la última semana se registraron 50 casos de Neumonías en la Provincia de Tucumán.



Corredor endémico de Neumonía SE 35. Provincia de Tucumán. Año 2025



Fuente: SNVS – *Dirección de Epidemiología*

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **septiembre** del corriente año, en el marco de su adecuación al Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria.

En lo sucesivo, las futuras actualizaciones de las codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 se publicarán periódicamente, proporcionando una visión detallada y oportuna de las mejoras y ajustes continuos en el sistema.

Para consultar cambios que se hayan realizado en 2024 remitirse al siguiente documento: Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nro 737

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
Septiembre	Carbunco Extracutáneo	Laboratorio	Determinaciones /Técnicas/Resultados	Se adiciona la determinación "Aislamiento e identificación de B. anthracis" asociado a la técnica "Cultivo", con posible resultado: "Positivo" y "Negativo"
				Se adiciona la determinación "Detección de toxinas de B. anthracis" asociado a la técnica "PCR", con posible resultado: "Positivo" y "Negativo"
				Se adiciona la determinación "Determinación de genoma de B. anthracis" asociado a la técnica "PCR", con posible resultado: "Positivo" y "Negativo"

XIV. Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud 8° Edición.



Destinado a: Personal de salud que realiza tareas de vigilancia epidemiológica.

Duración: 30 horas

Formulario de inscripción: https://forms.gle/kT3bxwU63PRaf9m77

XV. Finalizó en La Pampa el curso Epi-Ar 2025



Esta semana concluyó el curso de entrenamiento en epidemiología de campo Epi-Ar (Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo y Acciones en Salud Pública) en la provincia de La Pampa.

En un acto que contó con la participación de equipos de salud y autoridades locales, se realizó la entrega de certificados a **14 participantes** que completaron la formación. Las certificaciones fueron otorgadas en forma conjunta por el **Ministerio de Salud de la Nación**, el **Ministerio de Salud de La Pampa** y las instituciones colaboradoras: los **Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, a través de su FETP –Field Epidemiology Training Program–)** y **TEPHINET (Red de Programas de Capacitación en Epidemiología e Intervenciones de Salud Pública)**. Asimismo, se reconoció la labor de quienes se desempeñaron como docentes y tutores durante los tres meses que abarcó la capacitación.

El entrenamiento, adaptado al contexto local por el Área de Capacitación, Desarrollo y Fortalecimiento de RRHH en Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, tuvo una duración de tres meses e incluyó actividades de vigilancia en salud pública, investigación de brotes, métodos epidemiológicos y comunicación de la información.

El Ministerio de Salud de la Nación agradece al Ministerio de Salud de La Pampa y, en particular, a la Dirección de Epidemiología provincial por el compromiso demostrado en el fortalecimiento de las capacidades de detección, notificación, respuesta y evaluación del sistema de salud.

XVI. Fronteras Saludables y Seguras en el MERCOSUR: Capacitación Regional en Investigación de Brotes



En el marco del proyecto Fronteras Saludables y Seguras del MERCOSUR, se realizó entre el 2 y el 4 de septiembre de 2025 en Ciudad del Este, Paraguay, el **Taller de Capacitación en Investigación de Brotes.** Esta actividad forma parte del Objetivo 1 del proyecto: fortalecer la vigilancia epidemiológica y las respuestas integradas en localidades fronterizas priorizadas del bloque regional.

El encuentro reúne a referentes de salud de las ciudades fronterizas priorizadas de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, con el propósito de mejorar la capacidad de respuesta ante brotes en zonas de frontera. La capacitación está dirigida a profesionales con experiencia en vigilancia epidemiológica, conocimientos básicos en epidemiología y liderazgo en investigaciones de brotes en sus municipios o regiones fronterizas.

Durante el taller se abordan desafíos comunes entre localidades limítrofes, como la gestión coordinada de eventos de salud pública de interés internacional, el intercambio oportuno de información y el mapeo de actores. Esta iniciativa busca fortalecer competencias clave y promover mecanismos de articulación que permitan una gestión armonizada y sistémica en la región, contribuyendo al proceso de integración del MERCOSUR.

Cooperación Sur-Sur para la Salud Regional

La iniciativa es una muestra de una efectiva complementación de la cooperación Sur – Sur uniendo esfuerzos y recursos de la REDSUR, la Itaipu Binacional, la OPS/OMS y de los equipos de los Ministerios de Salud de los Estados Partes de MERCOSUR.

RedSur: Formación y Respuesta Coordinada

La actividad será la **primera capacitación local en investigación de brotes** desarrollada de manera conjunta por los equipos de los Programas de Epidemiología de Campo (FETP) a través de la **REDSUR – Red de Programas de Epidemiología de Campo en América del Sur**. Este esfuerzo representa un modelo de integración regional y pretende ser replicado en futuras capacitaciones en otras zonas fronterizas.

Ciudades Fronterizas Priorizadas

Entre las localidades participantes se encuentran:

- Argentina: Clorinda y Ciudad de Formosa (Formosa), Concordia (Entre Ríos), y Paso de los Libres (Corrientes).
- Brasil: São Borja, Santana do Livramento, Foz do Iguaçu, Uruguayana.
- Paraguay: Puerto Falcón, Alberdi, Pedro Juan Caballero, Ciudad del Este
- Uruguay: Rivera, Paysandú, Melo, Rocha.

Este tipo de iniciativas refuerza el compromiso del Ministerio de Salud con la **integración regional, la equidad sanitaria y la preparación ante emergencias epidemiológicas**, especialmente en territorios donde la cooperación transfronteriza es clave para proteger la salud de las comunidades.