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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **757**

Semana epidemiológica 20
AÑO 2025
Desde 11/05 al 17/05
Fecha de publicación
26/05/2025

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. Alejandro Alberto VILCHES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Autores de este boletín

EVENTOS PRIORIZADOS

Sarampión: Federico M. Santoro[1], Tamara Wainzinger[1], M. Agustina La Regina Coce[1], Manuel González Picasso[1], Julián Antman[1], Cecilia González Lebrero[1].

Dengue y otros arbovirus: Gabriela Fernández[1], Yasmin El Ahmed[1], Dalila Rueda[1], Federico M. Santoro[1], Silvina Moisés[1], Pilar Plantamura[1], Lucia Valenzuela Chanteford[1], Karina Chaves[1], Esteban Couto[2], Julieta Siches[3], Lucía Maffey[3], Julián Antman[1], Cintia Fabbri[4], Victoria Luppo[4], María Alejandra Morales[4], Gonzalo Díaz[5], Carolina Cerrudo[5], Gabriela Anahí Chiavetta[5], Lorena Ferreira[5].

Infecciones respiratorias agudas: Carla Voto[1], María Paz Rojas Mena[1], Dalila Rueda[1], Federico M. Santoro[1], Silvina Moisés[1], Lara Victoria Gomez[1], Andrea Pontoriero[6], Tomás Poklepovich[7].

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

Streptoccocus Pyogenes- Actualización informe epidemiológico:
Laurora Melisa[1], Cipolla Lucia[8], Gianecini Ariel[8], Giovacchini Carlos[9], Voto Carla[1], Gonzalez Lebrero Cecilia[1], Antman Julian[1], Vivaldo Silvana[10], Garcia Campos Francisco[11], Falaschi Andrea[12], Valenzuela Monica[13], Brito Mariela[14], Prieto Monica[8], Corso Alejandra[15], Ceriana Paola[15], Lucero Celeste[15], Menocal Alejandra[15].

Brote de Fiebre tifoidea y paratifoidea - Actualización de situación epidemiológica al 22 de mayo 2025
Dirección de Epidemiología Ministerio de Salud de la Nación, Gerencia Operativa de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Dirección de Prevención, Vigilancia y Coordinación Jurisdiccional del INAL-ANMAT, Laboratorio Nacional de Referencia y Coordinación de la Red Nacional de diarreas y patógenos bacterianos de transmisión alimentaria, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES

Ignacio Di Pinto[1].

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

Irene Oks[1].

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA

Antonella Vallone[1], Morena Diaz[1], Laura Bidart[1], Agustina Page[1], Martina Prina[1].

Gestión del SNVS y de los datos de vigilancia: Alexia Echenique Arregui[1], Leonardo Baldivieso[1], Estefanía Cáceres[1], Guillermina Pierre[1], Juan Pablo Ojeda[1], Julio Tapia[1].

Compilación: Sebastián Riera[1], Franco Ormeño Mazzochi[1].

Coordinación General: Cecilia González Lebrero[1], Julián Antman[1].

[1] Dirección de Epidemiología.
[2] Instituto Nacional de Medicina Tropical.
[3] Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades transmitidas por vectores.
[4] Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui", INEVH-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[5] Servicio Meteorológico Nacional.
[6] Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza y otros virus respiratorios, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[7] Centro Nacional de Genómica y Bioinformática, CeNAGeM-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[8] Servicio de Bacteriología Especial. INEI-ANLIS Dr. Carlos Malbrán. Argentina
[9] Departamento de Epidemiología y Vectores. INEI-ANLIS Dr. Carlos Malbrán. Argentina
[10] Servicio de Bacteriología, laboratorio del Hospital de la Madre y el Niño. Provincia de Formosa, Argentina.
[11] Dirección General de Coordinación Epidemiológica. Ministerio de Salud Pública de Salta. Provincia de Salta, Argentina.
[12] Dirección de Epidemiología, Calidad y Control de Gestión. Ministerio de Salud de Mendoza. Provincia de Mendoza, Argentina.
[13] Gerencia Operativa de Epidemiología, Subsecretaría de Planificación Sanitaria y Gestión en Red, Ministerio de Salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
[14] Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud de Chubut. Provincia de Chubut, Argentina.
[15] Red Nacional de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos WHONET-Argentina. Servicio Antimicrobianos, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

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:

El lavado de manos es un procedimiento crucial para la prevención de enfermedades, especialmente las enfermedades respiratorias. Foto tomada de CDC.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°757, SE 20.

I. Editorial del BEN 756

En el marco de un proceso sostenido de transformación, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) consolida una nueva etapa editorial. Desde el lanzamiento de su versión renovada en el BEN N.°740, cada edición ha buscado profundizar no sólo el acceso y la calidad de los datos, sino también el sentido estratégico de la información producida para la toma de decisiones en salud.

En esta edición, el BEN se publica en un contexto de creciente visibilidad pública. No sólo es tomado por todas las jurisdicciones del país o ámbitos académicos y referencias en espacios de formación profesional, sino que, en particular, se ha tomado en numerosas notas en medios de comunicación. Este hecho da cuenta del interés que despierta la herramienta. Desde la Dirección de Epidemiología celebramos esa expansión como un avance relevante, no sólo por el reconocimiento, sino porque reafirma el valor de una epidemiología pública, situada y comprometida con la transformación. Al mismo tiempo, esa visibilidad nos interpela sobre la forma en que circula la información y la necesidad de fortalecer narrativas rigurosas, técnicamente válidas, éticamente responsables y profesionalmente honestas.

Desde la incorporación de la nueva estética y la presentación de los ENO seleccionados con alertas frente a la mediana 2020-2024, hasta la creación de la sección "Actualización periódica de eventos", esta etapa del BEN ha permitido la publicación de 24 informes epidemiológicos específicos: 17 de ellos corresponden a eventos abordados por primera vez y 7 a actualizaciones que profundizan análisis previamente presentados. Estos informes representan una apuesta concreta por problematizar los fenómenos de manera constante, caracterizando su evolución en el tiempo y su distribución territorial, y proponiendo medidas técnicas integradas.

En esta línea, el boletín se sigue construyendo como una herramienta en tensión: entre la técnica y la política, entre la comunicación y la gestión, entre la necesidad de síntesis y la complejidad de los fenómenos. Nos interesa promover una mirada crítica sobre los problemas sanitarios, entendiendo que lo que definimos como tales surge de arduos procesos de identificación, evaluación y priorización. Estos procesos implican múltiples actores y perspectivas, y reclaman respuestas que no se reduzcan a recetas únicas ni a lecturas fragmentadas.

Frente a abordajes lineales o simplistas, el BEN aspira a tejer un entramado colectivo de conocimiento y acción. Cada edición aporta un hilo a esa trama, combinando datos, contextos y propuestas que nos permitan no sólo describir lo que sucede, sino también entender sus sentidos y orientar intervenciones con mayor profundidad, responsabilidad y compromiso. Esa tarea es la que asumimos desde la DIREPI en conjunto con todos los equipos jurisdiccionales, convencidos de que la información epidemiológica debe ser una herramienta compartida para comprender mejor y actuar con mayor eficacia sobre los procesos de salud que atraviesan a nuestras comunidades.

¡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 N.º 757, correspondiente a la Semana Epidemiológica 20 (11 al 17 de mayo de 2025), continúa consolidando la estrategia de producir información de vigilancia de manera robusta y sistemática, fortaleciendo la lectura integrada de los eventos priorizados y de aquellos que, por su evolución reciente, requieren especial atención.

Como en cada número, se actualiza la situación de los eventos priorizados: dengue, sarampión e infecciones respiratorias agudas. En esta edición, adquieren especial relevancia las recomendaciones ante el incremento sostenido de influenza en distintas regiones del país, que buscan orientar tanto a la población como a los equipos de salud en la implementación de medidas de prevención y detección oportuna, particularmente en los grupos de mayor riesgo.

En la sección de actualización periódica de eventos, se presenta un análisis detallado de la enfermedad invasiva por Streptococcus pyogenes, con énfasis en su evolución reciente, su caracterización clínica y microbiológica, y su impacto tanto en la población general como en la pediátrica. Asimismo, se incluye una nueva actualización sobre el brote de fiebre tifoidea y paratifoidea, con información sobre las acciones en curso, la secuenciación genómica y los criterios para la vigilancia activa en el territorio.

Por último, entre los informes especiales, se destaca la continuidad del seguimiento del brote de infección invasiva por Klebsiella pneumoniae productora de metalobetalactamasa (MBL) y Ralstonia spp., posiblemente asociado a la exposición a medicamentos contaminados. Este informe complementa los análisis previamente publicados y permite seguir profundizando en la caracterización del evento desde un abordaje integral de la vigilancia.

En las Alertas y Comunicaciones Internacionales, se presenta la Actualización Epidemiológica sobre Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas, así como la situación reciente de la fiebre amarilla en distintos países de la región. Además, se informa sobre la detección de poliovirus derivado de la vacuna tipo 2 (cVDPV2) en circulación en Papúa Nueva Guinea, en el marco del monitoreo global de enfermedades prevenibles por vacunación.

En el apartado de Destacados en Boletines Jurisdiccionales, se comparten aportes provenientes de Buenos Aires (hantavirus), CABA (vigilancia ambulatoria de infecciones respiratorias), Entre Ríos y Santa Fe (dengue), Salta y Tierra del Fuego (IRA) y Tucumán (eventos priorizados), fortaleciendo la visibilidad del trabajo que llevan adelante los equipos de vigilancia en todo el país.

En Herramientas para la Vigilancia, se incluye el listado de modificaciones recientes en las codificaciones auxiliares del SNVS 2.0, junto con información relevante sobre candidiasis sistémica y la actualización de la normativa nacional sobre hantavirosis.

Finalmente, se comparten novedades formativas, incluyendo la publicación del llamado 2025 a la Residencia Nacional en Epidemiología de Campo, la 1.ª edición del curso “Vigilancia y notificación de dengue”, la 4.ª edición del curso virtual “Introducción al SNVS 2.0”, y la 7.ª edición del curso sobre herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud.

Contenido

I. Editorial del BEN 756 5
II. Sobre este BEN 6

TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS 4
III. Tablas de ENO seleccionados 5
III.1. Nota metodológica 5
III.1.A. Sobre la construcción de las tablas 5
III.1.B. Notas adicionales a tener en cuenta 6
III.2. Eventos nominales confirmados 6
III.3. Eventos nominales notificados y confirmados 7
III.4. Eventos agrupados clínicos 8
III.5. Eventos agrupados laboratoriales 9
III.5.A. Sobre la construcción de esta tabla 9

EVENTOS PRIORIZADOS 11
IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión 12
IV.1. Introducción 12
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional 12
IV.3. Situación actual en Argentina 14
IV.3.A. Descripción de los casos confirmados de sarampión en Argentina - 2025 15
IV.3.B. Indicadores para la vigilancia epidemiológica 17
IV.4. Recomendaciones para la comunidad 21
IV.5. Recomendaciones para los equipos de salud 21
IV.6. Vigilancia epidemiológica 21
IV.6.A. Definición y clasificación de caso: 22
IV.7. Medidas de prevención 22
IV.8. Medidas ante casos y contactos 23
IV.8.A. Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados: 23
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus 25
V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus 25
V.1.A. Subregión Cono Sur 25
V.2. Situación de dengue en Argentina 28
V.2.A. Situación histórica 28
V.2.B. Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras arbovirosis 30
V.2.C. Temporada actual 30
V.2.D. Distribución según región, jurisdicción y departamento 32
V.2.E. Situación según serotipos circulantes 35
V.2.F. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo” 36
V.2.G. Vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue 37
V.2.H. Favorabilidad para brotes de Dengue 38
V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus 39
V.3.A. Situación epidemiológica de fiebre amarilla en argentina 41
V.4. Vigilancia entomológica 41
V.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición 42
V.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) –SE15 (2025) 42
V.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios 46
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas 48
VI.1. Nota Metodológica 48
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 48
VI.3. Síntesis de la información nacional destacada 49
VI.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 49
VI.3.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados 49
VI.3.C. Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios 50
VI.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 50
VI.4.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 50
VI.4.B. Neumonía 52
VI.4.C. Bronquiolitis 53

VI.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 55
VI.5.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 57
VI.6. Recomendaciones ante el aumento de casos de influenza y la circulación de virus respiratorios 59
VI.6.A. Recomendaciones para la población general 59
VI.7. Vacunación antigripal 60
VI.7.A. Población objetivo para vacunación antigripal: 60

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS..... 62
VII. Brote de Fiebre tifoidea y paratifoidea - Actualización de situación epidemiológica al 22 de mayo 2025 63
VII.1. Situación actual 63
VII.1.A. Caracterización y Secuenciación genómica 64
VII.1.B. Acciones en curso 64
VII.2. Antecedentes en Argentina 64
VII.2.A. Recomendaciones para la población 64
VII.3. Vigilancia epidemiológica de Fiebre Tifoidea 64
VII.3.A. Objetivos: 64
VII.3.B. Definición y clasificaciones de caso 65
VII.3.C. Notificación 65
VII.4. Medidas ante casos 66
VII.5. Monitoreo salud ambiental 66
VII.6. Recomendaciones para la población 67
VII.7. Recomendaciones para personas en tratamiento por Fiebre Tifoidea 68
VIII. Enfermedad invasiva por streptococcus pyogenes (streptococcus β - hemolítico del grupo a) – Informe Epidemiológico 70
VIII.1. Introducción 70
VIII.2. Cronología de la Vigilancia Epidemiológica de SGAI en Argentina 70
VIII.3. Situación epidemiológica de SGAI en población general (2018-2024) 71
VIII.3.A. Introducción 71
VIII.3.B. Distribución Temporal 72
VIII.3.C. Distribución Espacial 74
VIII.3.D. Distribución por Edad 74
VIII.3.E. Gravedad 76
VIII.3.F. Caracterización clínica 76
VIII.3.G. Caracterización Genómica (2018-2024) 77
VIII.4. Tendencias en los Perfiles de Sensibilidad a los Antimicrobianos de *S. pyogenes* 2020-2023 84
VIII.5. Situación epidemiológica actual en población general (2025) 84
VIII.5.A. Caracterización Genómica (2025) 85
VIII.6. Conclusión 86
VIII.7. SGAI en Pediatría (2018-2024) 87
VIII.7.A. Introducción 87
VIII.7.B. Distribución Temporal 87
VIII.7.C. Distribución Espacial 89
VIII.7.D. Distribución por Edad 90
VIII.7.E. Gravedad 91
VIII.7.F. Caracterización clínica 92
VIII.7.G. Caracterización y Vigilancia Genómica de SGAI. Revisión y Últimos Hallazgos. 93
VIII.8. Situación Epidemiológica Actual en Pediatría (2025) 96
VIII.8.A. Comparación Respecto a Períodos Previos 96
VIII.8.B. Caracterización genómica 2025 97
VIII.9. Recomendaciones para el equipo de salud 97
VIII.9.A. Medidas preventivas 97
VIII.9.B. Medidas ante casos y contactos 97
VIII.9.C. Medidas ante brotes 97
VIII.10. Vigilancia epidemiológica 97
VIII.10.A. Modalidad de Notificación 97
VIII.10.B. Definición de caso 98
VIII.10.C. Definición de brote 98

VIII.10.D. Derivación de Muestras 98

INFORMES ESPECIALES 100
IX. Actualización de estudio de brote de infección invasiva por Kpn MBL/Ralstonia spp posiblemente relacionado a exposición a medicamento contaminado 101
IX.1. Introducción 101
IX.2. Situación epidemiológica en Argentina 103
IX.3. Vigilancia epidemiológica 104
IX.3.A. Modalidad de vigilancia y nota metodológica 104
IX.3.B. Objetivos de la vigilancia 104
IX.3.C. Definiciones de caso 104

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 106
X. Introducción 107
X.1. Actualización Epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas 108
X.1.A. Contexto mundial 108
X.1.B. Resumen de la situación en la Región de las Américas 108
X.1.C. Situación por país y/o territorio de brotes en animales en 2025 109
X.1.D. Situación por país de casos humanos en 2025 113
X.2. Fiebre Amarilla – Región de las Américas 114
X.2.A. Resumen por países 115
X.3. Poliovirus derivado de la vacuna tipo 2 en circulación (cVDPV2) - Papúa Nueva Guinea 117

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 118
XI. Boletines Jurisdiccionales 119
XI.1. Buenos Aires: Hantavirus 119
XI.2. CABA: Vigilancia de infecciones respiratorias, eventos de abordaje ambulatorio 120
XI.3. Entre Ríos: Dengue 121
XI.4. Salta: Infección Respiratoria Aguda (IRA) 122
XI.5. Santa Fe: Dengue 123
XI.6. Tierra del Fuego: Respiratorias 124
XI.7. Tucumán: Eventos priorizados 125

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 126
XII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 127
XIII. Información relevante 129
XIII.1. Candidiasis sistémica 129
XIII.2. Actualización de la normativa de Hantavirosis 129
XIV. Residencia Nacional en Epidemiología y el Concurso de Ingreso 2025. 130
XIV.1. Información detallada sobre la residencia: 130
XIV.1.A. Profesiones habilitadas a concursar: 130
XIV.1.B. Publicación de información definitiva del Concurso Unificado: 130
XV. 1° Edición del Curso: "Vigilancia y notificación de dengue" 131
XVI. 4° Edición del Curso Virtual "Introducción al SNVS 2.0" 132
XVII. 7° Edición: Curso Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud 133

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 1-20. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-20	2025 Acumulados SE 1-20	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	82	73	-9	-11%
Enf. zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	3.516	6.794	3.278	93%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	177	228	51	29%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	67	77	10	15%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	4	4	0	0%
	Cisticercosis	3	4	1	33%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.441	4.062	1.621	66%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	254	460	206	81%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	16	30	14	88%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	5	13	8	160%
	Brucelosis	45	44	-1	-2%
	Hantavirosis	26	30	4	15%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	11	8	267%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	560	587	27	5%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	5	6	1	20%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	1	14	13	1300%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	0	20	20	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	0	0	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	4.186	4.186	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	326	326	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	233	233	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	0	0	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	5.045	6.473	1.428	28%

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 1-20. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-20		2025 Acumulados SE 1-20		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enf. prevenibles por vacunas	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	396	1	3.722	29	3.326	840%	28	2800%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	396	0	3.722	0	3.326	840%	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	807	331	1.064	344	257	32%	13	4%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	48	0	43	0	-5	-10%	0	N/A
Enf. Transmisibles por vectores	Dengue	67.334	48.089	50.373	16.436	-16.961	-25%	-31.653	-66%
	Encefalitis de San Luis	138	4	152	0	14	10%	-4	-100%
	Fiebre amarilla humana	95	0	122	0	27	28%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	23	0	44	0	21	91%	0	N/A
	Zika	1.186	0	688	0	-498	-42%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	136	39	105	30	-31	-23%	-9	-23%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.142	35	1.152	102	10	1%	67	191%
	Psitacosis	144	29	397	89	253	176%	60	207%
ETMI - Enf. del niño	Chagas agudo congénito	524	25	532	22	8	2%	-3	-12%
	Sífilis Congénita	1.213	320	356	346	-857	-71%	26	8%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	1	0	1	N/A	0	N/A
ETMI - Enf. en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	978	938	731	606	-247	-25%	-332	-35%
	Sífilis en embarazadas	3.773	3.584	4.238	4.231	465	12%	647	18%
	Hepatitis B en embarazadas	0	24	48	11	48	N/A	-13	-54%
Hepatitis virales	Hepatitis A	58	13	120	61	62	107%	48	369%
	Hepatitis B	1.003	261	1.089	263	86	9%	2	1%
	Hepatitis C	889	443	814	505	-75	-8%	62	14%
	Hepatitis E	16	2	9	1	-7	-44%	-1	-50%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	11.475	9.359	17.998	16.466	6.523	57%	7.107	76%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	131	85	279	216	148	113%	131	154%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	0	0	92	22	92	N/A	22	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.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 1-20. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-20	2025 Acumulados SE 1-20	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmitidas por alimentos	Diarrea	311.933	301.454	-10.479	-3%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	777	719	-58	-7%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	227	230	3	1%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin	21.903	15.353	-6.550	-30%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	340.662	282.332	-58.330	-17%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	19.342	17.340	-2.002	-10%
	Neumonía (sin especificar)	23.431	20.155	-3.276	-14%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	0	2.006	2.006	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	0	1.459	1.459	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	10.466	10.466	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	0	705	705	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	0	2.532	2.532	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	2	2.417	2.415	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	32	12.633	12.601	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	1	2.515	2.514	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	3	1.046	1.043	N/A
	Lesiones por electrocución	0	271	271	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	335	335	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	0	27.734	27.734	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	0	10.120	10.120	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	4	13.994	13.990	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	265	265	N/A
	Otras lesiones en el hogar	2	9.982	9.980	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 1-20. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-20		2025 Acumulados SE 1-20		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	1.561	86	1.154	68	-407	-26%	-18	-21%
	Infección por Mycoplasma genitalium	254	5	278	6	24	9%	1	20%
	Infección por Mycoplasma hominis	940	93	933	136	-7	-1%	43	46%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	6.350	230	1.721	145	-4.629	-73%	-85	-37%
	Infección por Trichomonas vaginalis	9.820	1.034	4.766	662	-5.054	-51%	-372	-36%

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**.

IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional

En los años 2023 y 2024 se observa un aumento de casos de sarampión a nivel mundial, respecto al año 2022. En 2025, entre la SE 1 y la SE 16, en la Región de las Américas, 2.325 casos han sido confirmados, incluyendo cuatro defunciones[5].

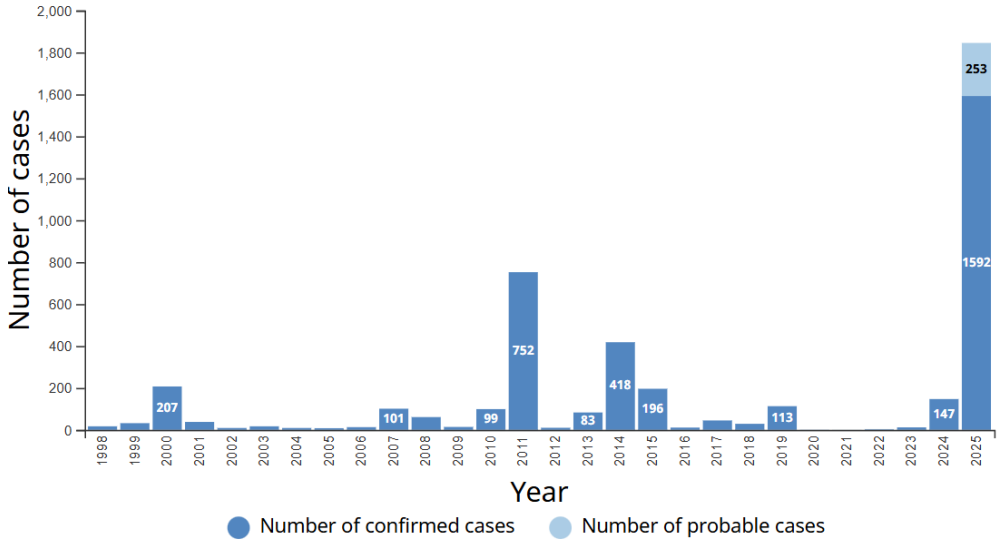
Canadá[6]

En 2025, se han notificado un total de 1.846 casos de sarampión (**1.593 confirmados**, 253 probables) en 9 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el **3 de mayo de 2025**.

En la semana 18 (del 27 de abril al 3 de mayo de 2025), se notificaron 346 nuevos casos de sarampión (293 confirmados y 53 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Saskatchewan).

[5] https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sarampion-region-americas-2-mayo-2025
[6] *https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/*

Figura 1. Número de casos de sarampión notificados en Canadá por año de inicio del exantema, desde la eliminación del sarampión (1998) hasta el 03 de mayo de 2025.



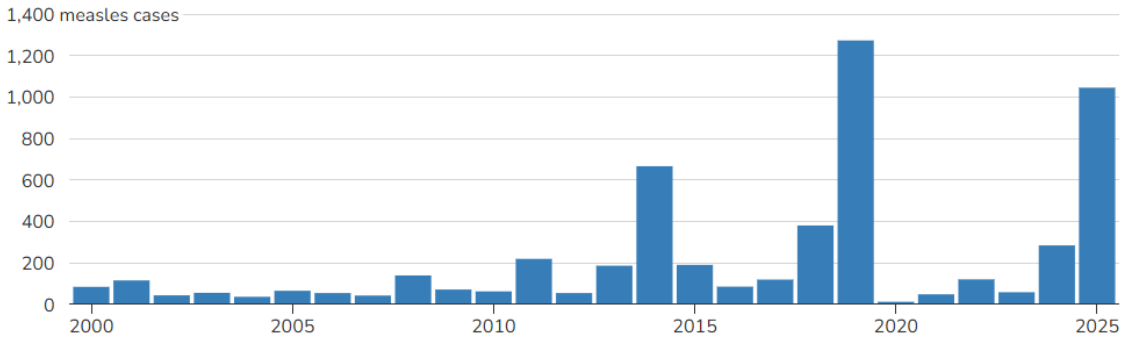
Estados Unidos de América[7]

Hasta el 15 de mayo del 2025, 31 jurisdicciones (Alaska, Arkansas, California, Colorado, Dakota del Norte, Florida, Georgia, Hawaii, Illinois, Indiana, Kansas, Kentucky, el estado de Nueva York, la Ciudad de Nueva York, Louisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nueva Jersey, Nuevo México, Ohio, Oklahoma, Pensilvania, Rhode Island, Tennessee, Texas, Vermont, Virginia y Washington) han confirmado un total de **1.024 casos de sarampión**.

En el 2025, se han notificado 14 brotes (definidos como 3 o más casos relacionados) y el 92 % de los casos (947 of 1024) están asociados a un brote. En comparación, durante el 2024, se notificaron 16 brotes y el 69% de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a un brote.

En el 2025 ha habido 3 muertes confirmadas por sarampión.

Figura 2. Casos anuales de sarampión. Estados Unidos de América. 2000-2025 (hasta 22/05/25).



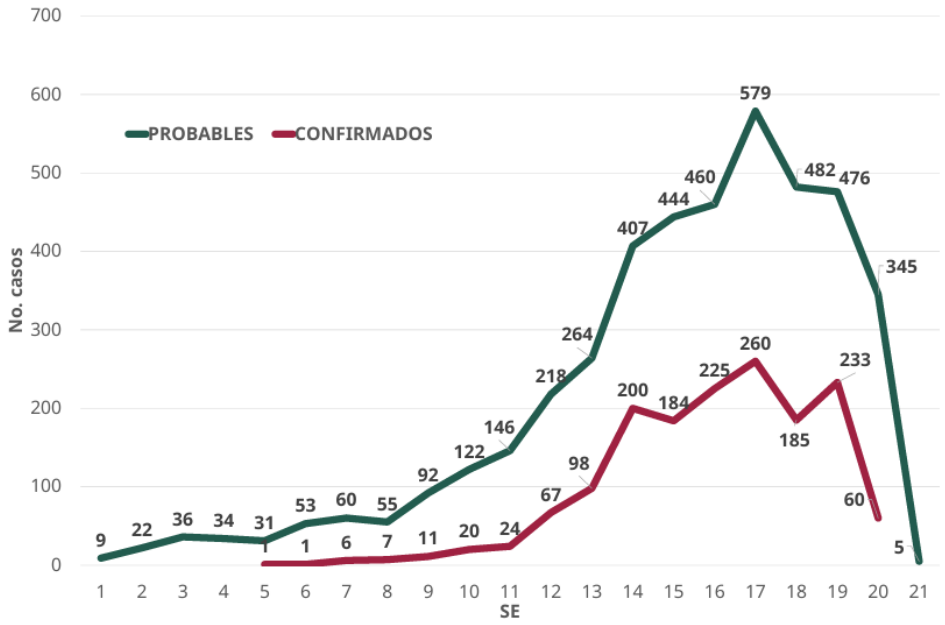
[7] https://www.cdc.gov/measles/data-research/index.html

México[8]

Al 20 de mayo, se han reportado **1.582 casos confirmados** de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 62 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 17 estados y 55 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 4 fallecimientos.

Gráfica 1. Casos probables y confirmados de sarampión por semana epidemiológica y fecha de inicio de exantema, México 2025.



IV.3. Situación actual en Argentina

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 1899 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el país (Gráfico 1). A partir de la Semana Epidemiológica (SE) 6, coincidiendo con la emisión del alerta epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, se evidencia un aumento progresivo en la notificación de casos, alcanzando su punto máximo en las semanas 12 y 13.

A la fecha, se han confirmado 31 casos de sarampión en el país, de los cuales 17 corresponden a la provincia de Buenos Aires, 13 a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 1 caso a la provincia de San Luis.

De los 31 casos confirmados, 6 fueron importados: 2 provenientes de Rusia (Genotipo B3 DSID 9240), 1 de Tailandia (Genotipo D8 DSID 5963 linaje Patán), 1 de México (Genotipo D8 DSID 9171 linaje Ontario) y 2 de Inglaterra (genotipo B3 DSID 6418 linaje Quetta).

De los 25 casos restantes, en el momento actual de la investigación, la situación es la siguiente:

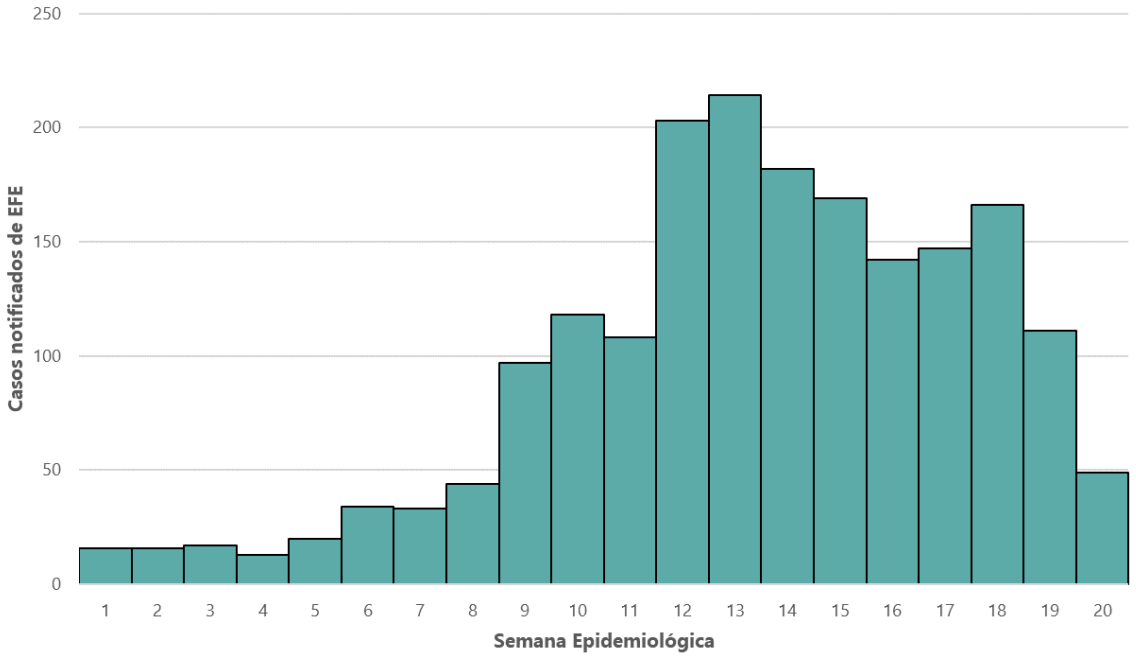
En 3 de ellos existe un vínculo estrecho con los casos importados provenientes de Rusia, ya que vivían en el mismo lugar, 2 trabajaban en un comercio de cercanía y 1 reside a pocos metros del edificio.

[8] *https://shorturl.at/KUEqZ*

En 16 casos, la investigación epidemiológica y/o la genotipificación del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR), permitió inferir que pertenecen a la misma cadena de transmisión de los casos importados de Rusia, considerándolos entonces relacionados con la importación.

Por último, 3 casos continúan en investigación para determinar su posible relación con las cadenas vinculadas a casos confirmados.

Gráfico 1. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE20 de 2025. N= 1899



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

IV.3.A. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN EN ARGENTINA - 2025

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA):

Se han confirmado un total de 13 casos. Hay cuatro casos importados, dos de los cuales fueron detectados en febrero de este año, y 8 relacionados con los mismos, ya sea por vínculo directo (tres de los casos residen en un mismo edificio ubicado en la Comuna 14, y uno en un edificio a pocos metros) o por transmisión comunitaria ocurrida en la zona o en una sala de espera hospitalaria. De los dos casos importados restantes, detectados en mayo de este año, se encuentra pendiente la genotipificación. De acuerdo con la investigación epidemiológica, los otros casos pertenecen a las comunas 1, 2, 4 y 12.

En uno de los casos confirmados no se pudo establecer vínculo epidemiológico con el resto y no se pudo obtener secuencias genómicas para establecer algún vínculo con las cadenas de transmisión conocidas relacionadas a la importación.

Los casos se distribuyen en un rango de edad de 5 meses a 40 años, con una mayor frecuencia en el sexo femenino (9 mujeres y 4 varones).

Provincia de Buenos Aires (PBA):

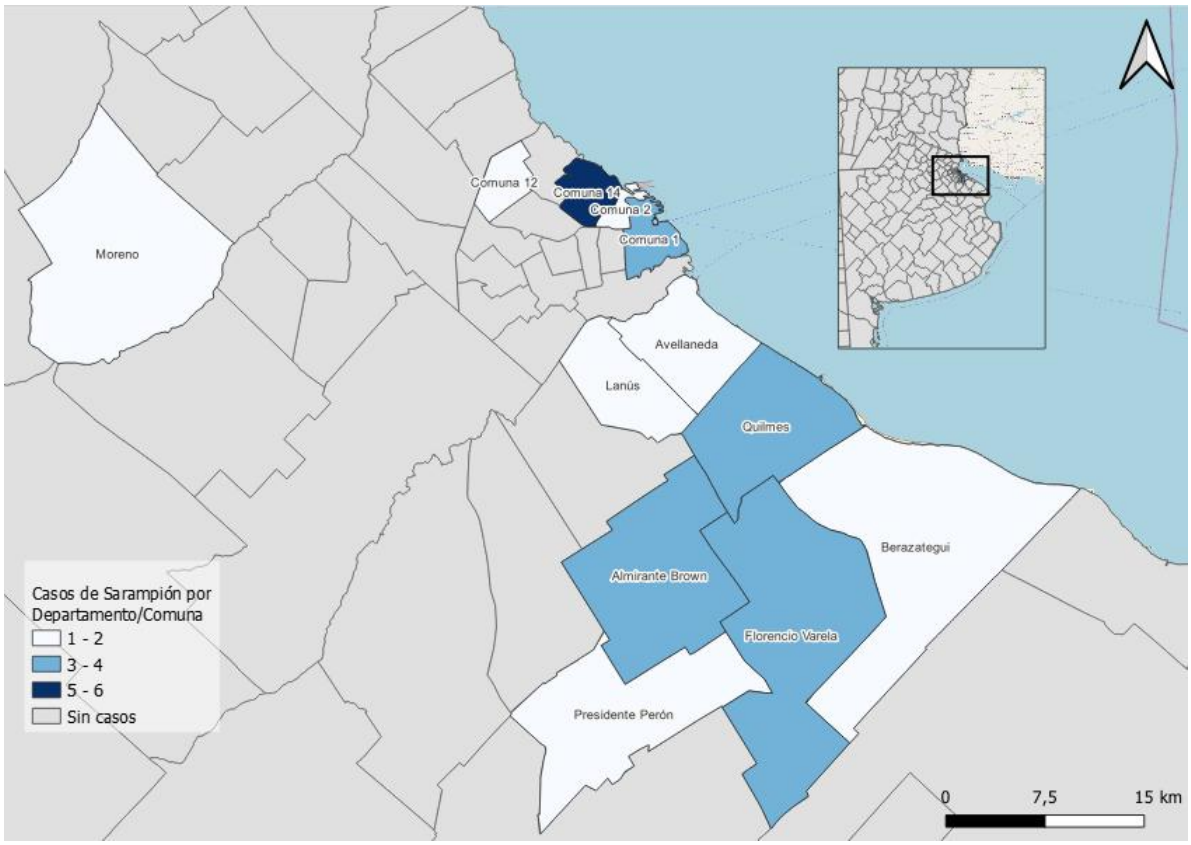
Se han confirmado 17 casos. De éstos, 14 presentan vínculos epidemiológicos con los casos de CABA o entre sí y/o el LNR ha permitido constatar que corresponden a la misma cadena de transmisión a partir de la genotipificación.

Un caso presenta antecedente de viaje a Tailandia, con genotipificación que descarta relación epidemiológica con el resto de los casos y plantea una nueva cadena de transmisión.

En dos de los casos, aún no ha sido posible determinar el nexo con las cadenas de transmisión conocidas por lo que aún permanecen en investigación.

Los casos se distribuyen en un rango etario de 9 meses a 37 años, con predominio del sexo masculino (2 mujeres y 15 varones).

Mapa 1. Distribución espacial de los casos confirmados de Sarampión durante el 2025. AMBA. Argentina. N= 30

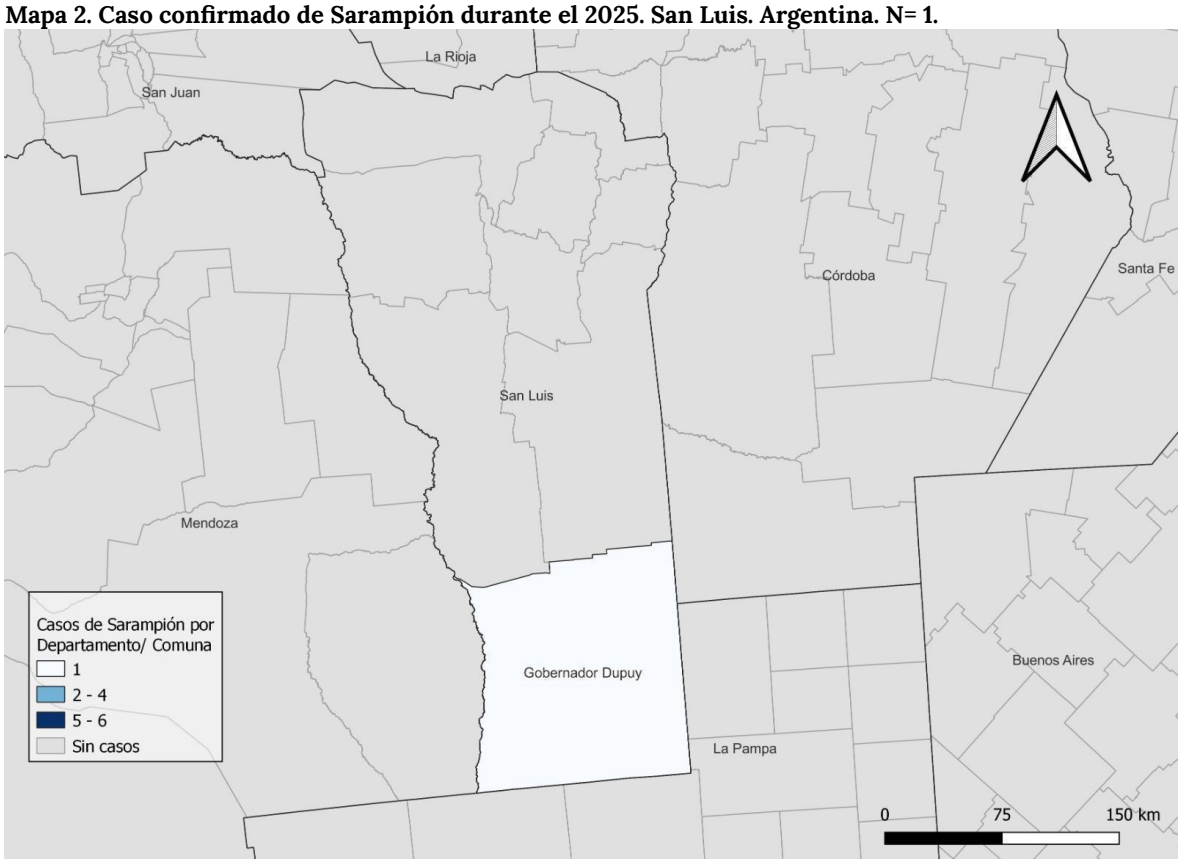


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Provincia de San Luis:

Se ha confirmado 1 caso importado en una beba de ocho meses, que no contaba con vacunación para el evento por no corresponder por la edad. Presenta antecedente de viaje a México, al Estado de Chihuahua.

Mapa 2. Caso confirmado de Sarampión durante el 2025. San Luis. Argentina. N= 1.



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

IV.3.B. INDICADORES PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

En el *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita 2018–2023* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se establece como línea estratégica de acción N.º 2 el fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica para estas enfermedades.

En el marco de esta línea, se define el Objetivo 2.1, orientado a *monitorear la calidad y la sensibilidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita*. Para su evaluación, se proponen los siguientes indicadores:

2.1.1: Número de países que cumplen con la **tasa mínima anual esperada** de casos sospechosos de sarampión/rubéola (al menos 2 casos por cada 100.000 habitantes), y que además cumplan con al menos tres de los siguientes cinco indicadores:

1. Al menos el 80% de los casos sospechosos reciben una investigación adecuada.
2. En al menos el 80% de los casos sospechosos se obtienen muestras de suero adecuadas.
3. Al menos el 80% de las muestras llegan al laboratorio en un plazo máximo de cinco días.
4. Al menos el 80% de los resultados de laboratorio se notifican en un plazo máximo de cuatro días.
5. Se alcanza una tasa anual de casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita de al menos 1 por cada 10.000 nacidos vivos.

A continuación, se presenta una tabla con la distribución de casos confirmados y sospechosos por provincia, la tasa esperada por jurisdicción y el grado de cumplimiento de cada una hasta la fecha de 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 SE20 de 2025[9].

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	17	1109	6,0	138	367
CABA	13	484	15,7	23	62
Catamarca		11	2,5	3	9
Chaco		18	1,4	9	25
Chubut		17	2,5	5	13
Córdoba		48	1,2	30	79
Corrientes		5	0,4	9	23
Entre Ríos		27	1,9	11	29
Formosa		1	0,2	5	13
Jujuy		26	3,2	6	16
La Pampa		17	4,6	3	7
La Rioja		1	0,2	3	8
Mendoza		44	2,1	16	42
Misiones		6	0,5	10	27
Neuquén		2	0,3	5	14
Río Negro		6	0,8	6	16
Salta		8	0,5	11	30
San Juan		10	1,2	6	16
San Luis	1	5	0,9	4	11
Santa Cruz		5	1,2	3	8
Santa Fe		32	0,9	28	73
Santiago del Estero		3	0,3	8	21
Tierra del Fuego		1	0,5	1	4
Tucumán		13	0,7	13	36
Total	**31**	**1899**	**4,0**	**356**	**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).

En la tabla precedente se observan 3 situaciones. En primer lugar, las jurisdicciones que presentan notificaciones por encima de lo esperado para la fecha, esto se tiene en cuenta en virtud de las notificaciones esperadas al 17 de mayo a partir de la tasa anual de 2 x 100.000. Así, la provincia de Buenos Aires, en todo el año debería alcanzar las 367 notificaciones y en la actualidad cumplir con al menos 138. Por este motivo, las 1109 que se constatan en esta jurisdicción (en verde) están por encima de lo esperado. De hecho, al igual que CABA, ambas jurisdicciones superaron las notificaciones de todo el año. Por encima de lo esperado también se encuentran: Catamarca, Chaco, Chubut, Córdoba, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santa Cruz y Santa Fe. Las provincias de Rio Negro, Tierra del Fuego y Tucumán presentan la misma cantidad de notificaciones que las esperadas (verde más claro).

[9] Los casos notificados corresponden a los reportados hasta la SE20, mientras que la información sobre los casos confirmados refleja la más reciente disponible al momento de la elaboración de este boletín epidemiológico.

En rosado se muestra la tercera situación posible: aquellas jurisdicciones que presentan menos notificaciones que las esperadas, pero al menos una. Aquí se encuentran Corrientes, Formosa, La Rioja, Misiones, Neuquén, Salta y Santiago del Estero.

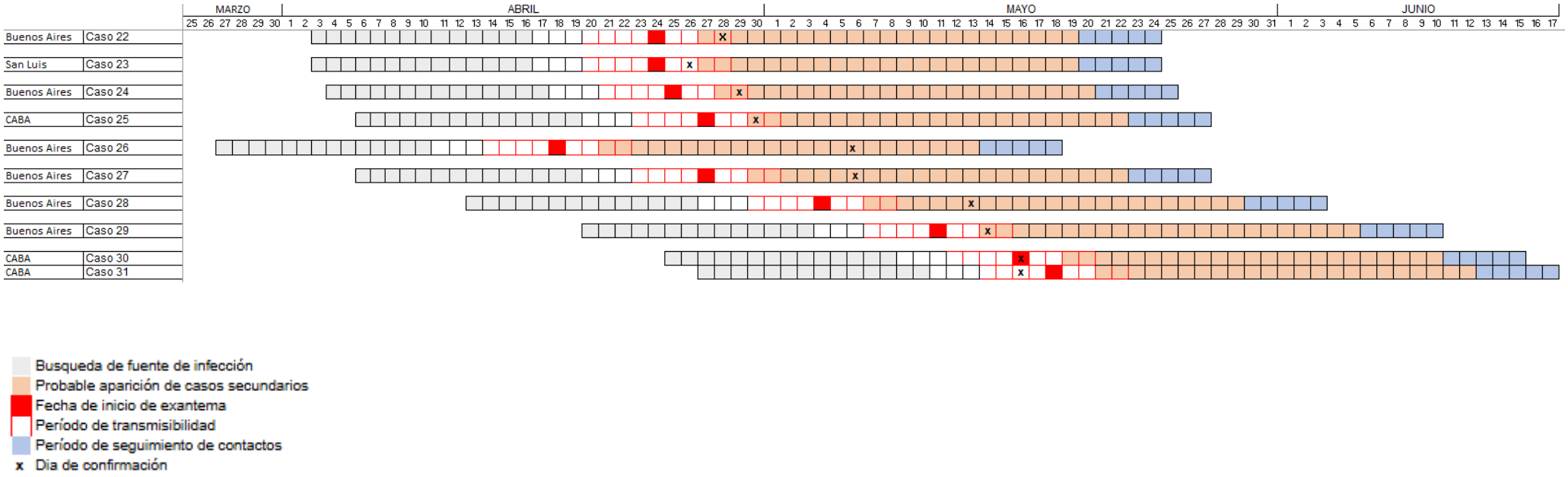
A continuación, se presentan las líneas temporales de los casos confirmados a partir del caso 22, detectado durante el mes de abril[10]. Las líneas temporales que se presentan juntas corresponden a la misma cadena de transmisión, mientras que las que están separadas corresponden a nuevas cadenas de transmisión.

Al cierre de este informe, 2 casos permanecen en investigación para determinar su posible fuente de infección, y los últimos 2 casos confirmados se encuentran en estudio en el Laboratorio Nacional de Referencia para identificar genotipo. Ocho casos permanecen en la fase de probable aparición de casos secundarios y seguimiento de contactos.

Veintiún casos fueron confirmados en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS "Carlos G. Malbrán" con identificación del **genotipo B3 DSID 9240**, mientras que el caso con antecedente de viaje a Tailandia fue confirmado con identificación del **genotipo D8 DSID 5963, linaje Patán** y el caso notificado con antecedente de viaje a México se identificó el **genotipo D8 DSID 9171, linaje Ontario** coincidente con la circulación en el estado de Chihuahua. Los últimos dos casos con antecedentes de viaje a Londres se identificaron con el **genotipo B3 DSID 6418, Quetta.**

[10] Para mayor información de los casos previos se pueden consultar los boletines epidemiológicos anteriores.

Figura 1. Líneas temporales de los últimos casos de sarampión que aún pueden dar casos secundarios.



Fuente: Elaboración propia en base a datos brindados por los Ministerios de Salud CABA y PBA

Medidas ante brotes

Las acciones de control de brote se deben realizar dentro de las primeras 48hs., ante todo caso sospechoso sin esperar la confirmación diagnóstica. Todas las instituciones, tanto públicas como privadas, deben notificar al SNVS 2.0 dentro de las 24hs. Se deben realizar las acciones de bloqueo con vacuna triple o doble viral según indicación dentro de las 72hs. o gammaglobulina dentro de los 6 días del contacto.

IV.4. 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.5. 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.6. 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[11] .

Todo caso sospechoso de EFE deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)[12] al grupo de eventos Enfermedad Febril Exantemática, con datos completos tanto de identificación, clínicos, epidemiológicos y por laboratorio.

[11] Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-05/2022-Manual_normas_y_procedimientos_vigilancia_y_control_ENO_22_05_2023_2.pdf

[12] Para consultas sobre cómo obtener permisos y capacitación para operar en el SNVS 2.0, comunicarse con la autoridad epidemiológica de la jurisdicción o por correo electrónico a epidemologia@msal.gov.ar

IV.6.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.7. 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 brote activo de sarampión en el AMBA y 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.8. Medidas ante casos y contactos

IV.8.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, gestantes 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

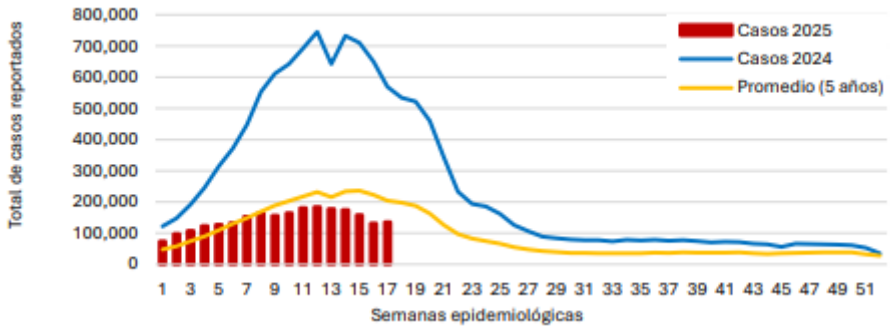
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional 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 15 de mayo.

A la semana epidemiológica (SE) 17 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 2,436,812 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 240 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 71% en comparación al mismo periodo del 2024 y de 12% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 17 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 2,436,812 casos de dengue reportados en las Américas, 961,365 casos (39%) fueron confirmados por laboratorio y 2,935 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,005 muertes por dengue, para una letalidad del 0.041%.

Catorce países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 17. Estos países registran en conjunto 135,699 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 17.

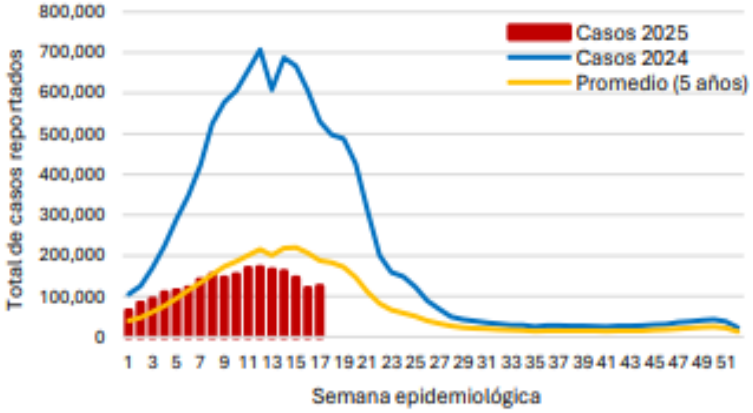
Del total de casos registrados en la SE 17, 121 fueron casos de dengue grave (0.1%) y se reportaron 24 muertes para una letalidad de 0.017%.

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

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 124,634 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 17. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 72% en comparación con la misma semana del 2024 y de 12% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

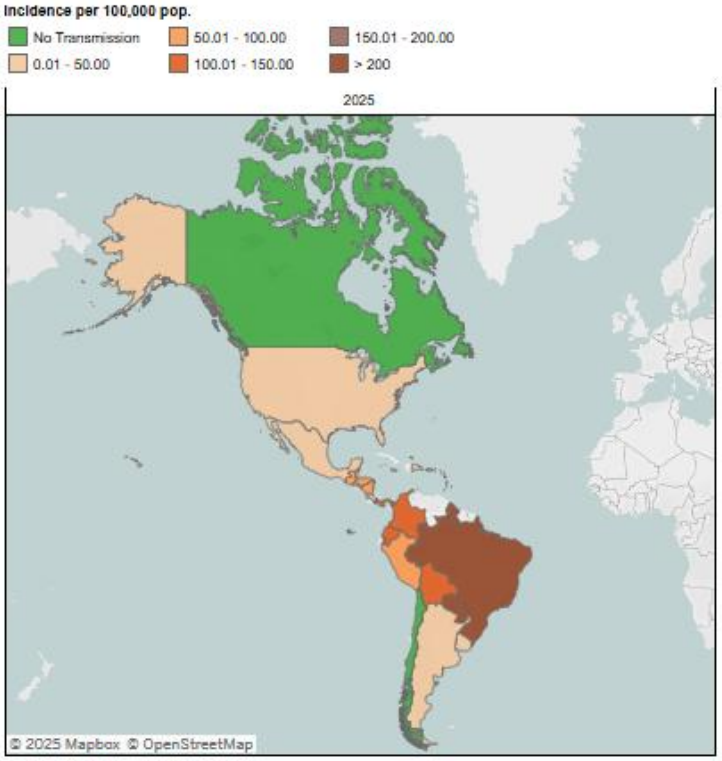
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 17, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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.[13]

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.

13 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)[14] y el ARBO-portal[15] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 22/05/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 20/2025, se han reportado 2.453.184 casos de dengue, con 940 fallecimientos asociados, lo que representa un 71% menos que lo registrado en la misma semana de 2024. Respecto a chikungunya, hasta la misma semana, se notificaron 141.436 casos, un 59% menos que lo registrado durante el mismo período de 2024, con 75 fallecidos para este evento. En cuanto a zika, hasta la SE 19/2025 se reportaron 11.592 casos, un 63% menos en comparación a la misma semana de 2024, sin fallecimientos registrados. Acerca de Oropouche, hasta la SE 19/2025 se han confirmado 10.076 casos, un 57% más que lo registrado en el mismo período de 2024, sin fallecimientos por este evento.

Bolivia: hasta la SE 17/2025, se han reportado 16.686 casos de dengue, con 2 fallecimientos asociados, lo que representa una disminución del 47% en comparación con el mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, hasta la misma semana, se registraron 605 casos, lo que representa un aumento del 87% en comparación con el año previo. Asimismo, hasta la misma semana se notificaron 231 casos de zika, un 43% más que lo registrado durante el mismo período de 2024. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos. En lo que respecta a Oropouche, durante 2025 no se han registrado casos para este evento.

Paraguay: hasta la SE 18/2025, se han reportado 16.033 casos de dengue, un 94% menos que a la misma semana de 2024, sin fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, hasta la misma semana se notificaron 13 casos, un 100% menos comparado con el año anterior, sin defunciones por este evento. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que hasta la SE 18/2024 se habían reportado 3 casos.

Perú: hasta la SE 19/2025, se han notificado 33.778 casos de dengue, un 85% menos que el mismo periodo de 2024, con 41 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 14/2025 se registraron 46 casos, un valor similar al año anterior, sin defunciones para este evento. Asimismo, a la SE 14/2025 se han registrado 3 casos de zika, mientras a la misma semana de 2024 se había notificado un caso. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos. En relación con Oropouche, hasta la SE 18/2025, se confirmaron 233 casos para este evento, un 98% 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. En cuanto a la chikungunya, se observa un descenso en Paraguay y Brasil, mientras que en Bolivia se ha reportado un aumento de casos. Con respecto al virus del Zika, se registra una disminución en Brasil, un incremento en Bolivia y, hasta la fecha, no se han notificado casos en Paraguay.

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).

Por otro lado, se ha registrado un brote de Oropouche en la Región de las Américas que este año afecta a Brasil y Perú.

[14] 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

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

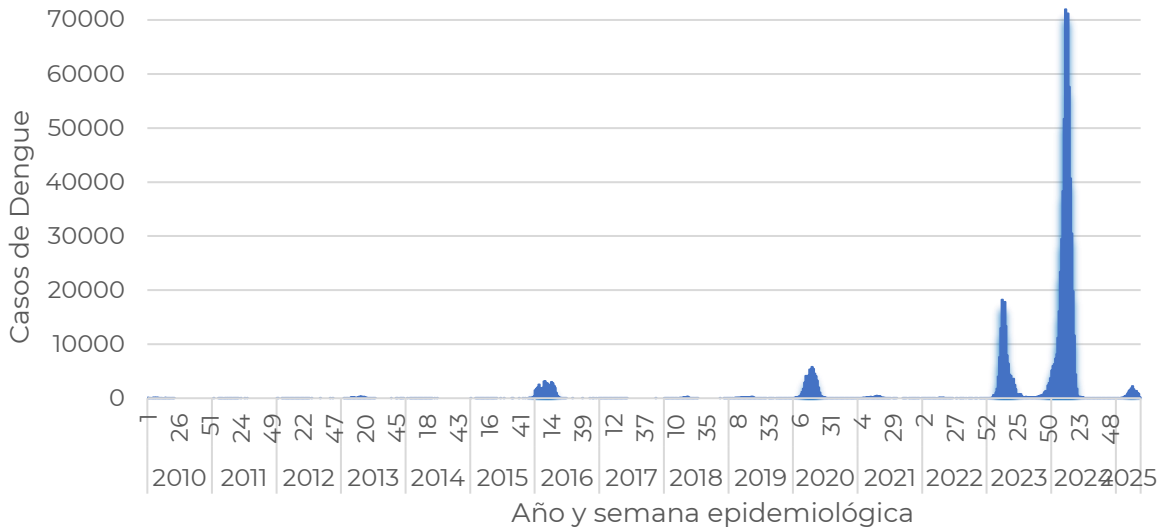
V.2. Situación de dengue en Argentina

V.2.A. SITUACIÓN HISTÓRICA

Realizando un análisis histórico de la situación de Dengue se observa en el gráfico 4 que desde el año 2010 se evidencia una disminución en los intervalos Inter epidémicos, tendencia que se ha acentuado en los últimos cinco años.

Desde la reemergencia del dengue en Argentina en 1997, se evidencia que los años 2023 y 2024 han sido escenario de dos epidemias de magnitud sin precedentes, concentrando el 82% del total de casos históricos registrados en el país hasta el momento.

Gráfico 3. Dengue: Casos por semana epidemiológica. SE01/2010-SE20/2025. Argentina. N=861.371

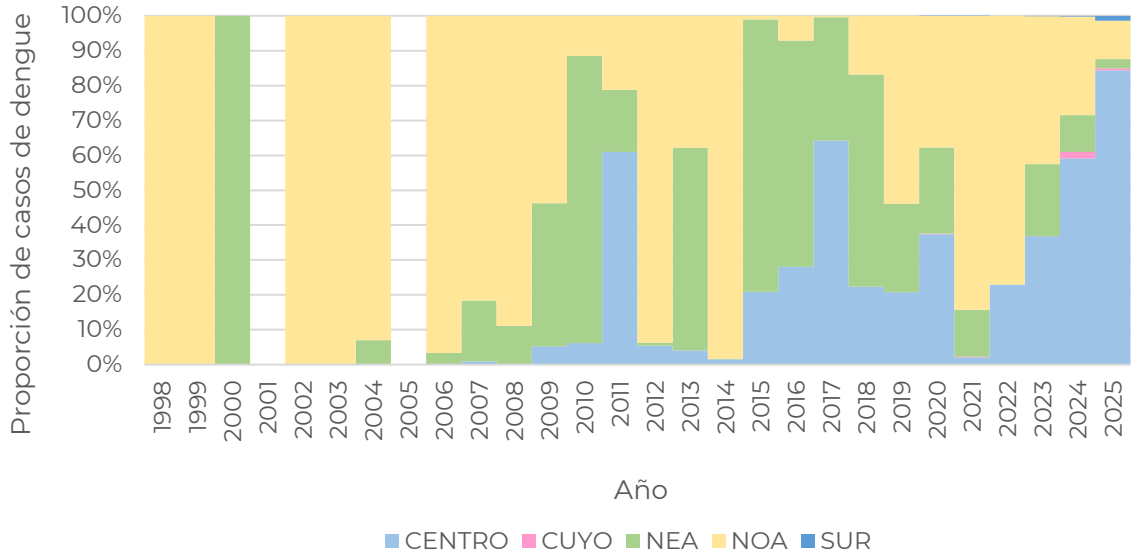


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

La contribución de casos aportado por cada región al total nacional ha experimentado variaciones a lo largo de los años. Hasta el año 2008, las regiones del NOA, y en menor medida del NEA, aportaron la mayoría de los casos registrados. Sin embargo, a partir del año 2009, la región Centro comenzó a mostrar un incremento en su participación durante los años epidémicos. Desde entonces, esta región ha concentrado, en diversos períodos, una proporción considerable de los casos notificados, llegando a representar más del 50% del total nacional durante la epidemia de 2024.

Por su parte, la región de Cuyo ha reportado casos desde 2021, con una participación más destacada en los últimos dos años epidémicos. En la región Sur, durante los últimos dos años, se identificaron casos autóctonos en La Pampa, marcando un hito en la expansión territorial de la enfermedad.

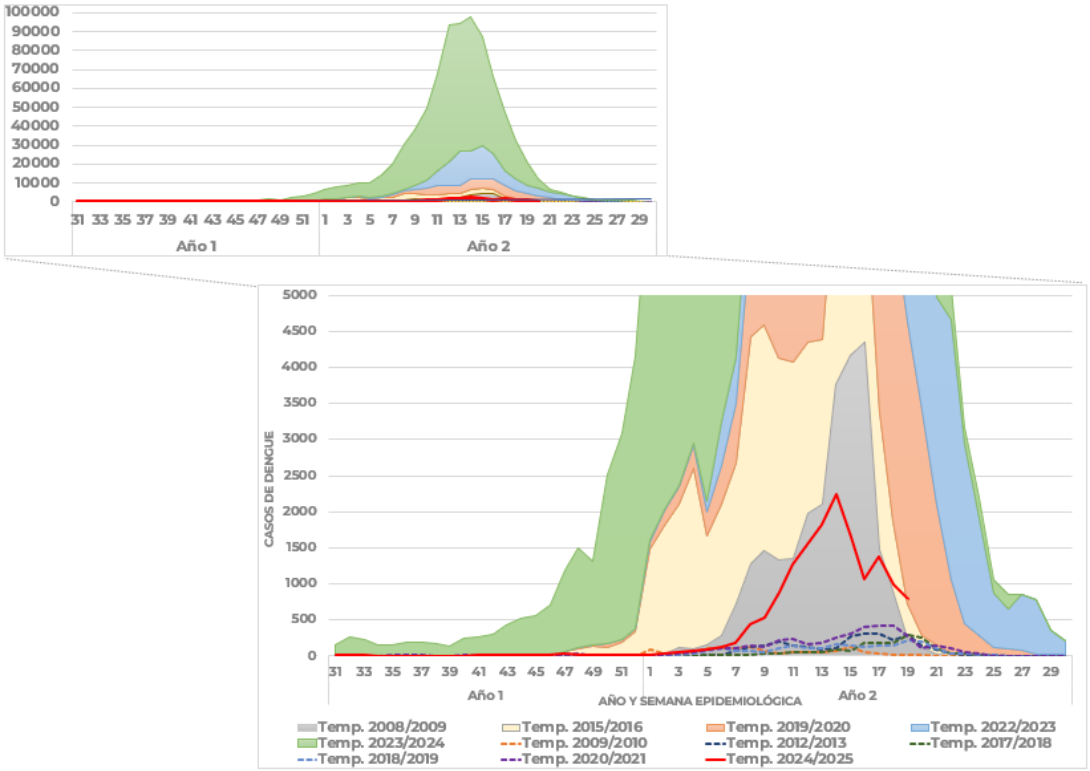
Gráfico 4. Dengue: distribución porcentual por región de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998-2025.



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

En los últimos cinco años, Argentina ha experimentado un incremento sostenido en el número de casos de dengue, con la aparición de brotes en departamentos sin antecedentes de transmisión. A partir de 2023, se constató la persistencia de la circulación viral durante la temporada invernal en la región del NEA y adelantamiento de los casos, evidenciando un cambio en la temporalidad.

Gráfico 5. Dengue: casos totales por semana epidemiológica. Comparación entre temporada actual, temporadas epidémicas (áreas) y no epidémicas (líneas punteadas). 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).

En el Gráfico 5 se presenta una comparación de la temporada actual (línea continua roja), con los datos históricos de temporadas epidémicas (áreas sombreadas) y no epidémicas (líneas punteadas). Este análisis refleja los casos de dengue notificados según semana epidemiológica (SE), abarcando el período comprendido entre SE31/2008 y la SE19/2025. Con el fin de que se visualice con mayor claridad la temporada actual y su comparación con el resto, se seleccionaron para el análisis las temporadas no epidémicas con más de 1000 casos.

Aunque los casos reportados en la temporada actual se encuentran por debajo de los niveles observados en temporadas epidémicas, superan los valores correspondientes a las temporadas no epidémicas, prácticamente en todas las semanas epidemiológicas desde la SE 41. Hasta la SE 4, la curva actual (roja) sigue una tendencia muy similar a la temporada 2020/2021 (n=4.157) teniendo en cuenta que esta última fue la de mayor magnitud dentro de las no epidémicas. A partir de la SE5, la temporada actual muestra un aumento progresivo, fundamentalmente a partir de la SE8, ubicándose en un escenario intermedio, cercano a la temporada 2008/2009 (el área gris del gráfico precedente, n=25.945).

En este contexto, si bien la situación epidemiológica actual no se asemeja a la elevada magnitud de casos registrada en las últimas dos temporadas epidémicas, su posición por encima de las temporadas no epidémicas subraya la necesidad de monitorear su evolución en las próximas semanas para determinar la tendencia definitiva de la temporada actual. Concomitantemente con esta descripción, es preciso tener en cuenta que se están comparando SE actuales con las de años cerrados, es por ello que se hace necesario reforzar aún más la importancia del análisis y el monitoreo de la situación 2025.

Por lo dicho, se insta a los equipos de salud a fortalecer las estrategias de vigilancia, incluyendo la sospecha clínica, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de los casos.

V.2.B. PLAN DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA A EPIDEMIAS DE DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSIS

Puede descargarse en forma completa desde: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/08/plan_de_preparacion_arbovirus_2782024.pdf o visualizarse en los BEN previos al actual.

V.2.C. TEMPORADA ACTUAL

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE20/2025), se notificaron en Argentina 70727 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 7769 fueron confirmados por laboratorio y 7824 por nexo clínico epidemiológico, con un **total de 15.593 casos de dengue**. Como se puede observar también en la Tabla 1, un total de 7547 casos no registraron antecedentes de viaje (97%). Se confirmaron además 4 casos asociados a trasplante de órganos en Buenos Aires, CABA y Santa Fe. Se registraron 142 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas[16]. Se confirmaron 207 casos con antecedente de viaje a Brasil, China, Colombia, Cuba, México,

[16] En los casos que cuentan con antecedente de vacunación reciente, un resultado positivo por métodos confirmatorios puede deberse a una transmisión vectorial (infección aguda) o infección por virus salvaje o vacunal. Por lo tanto, aquellos casos vacunados de menos de 30 días se deberán considerar como sospechosos a los efectos de la vigilancia epidemiológica, y por lo tanto desencadenar las medidas de prevención y control pertinentes, pero no se recomienda realizar en ellos pruebas para el estudio etiológico, excepto en casos graves y fatales. Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus. Dirección de Epidemiología. Noviembre 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

Venezuela, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Republica Dominicana.

Durante la SE20/2025 (según fecha de notificación al SNVS[17]), se notificaron 2137 casos sospechosos[18] de los cuales 252 se confirmaron y 145 fueron clasificados como casos probables donde la totalidad se encuentra en investigación con respecto al antecedente epidemiológico. Cabe destacar que estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

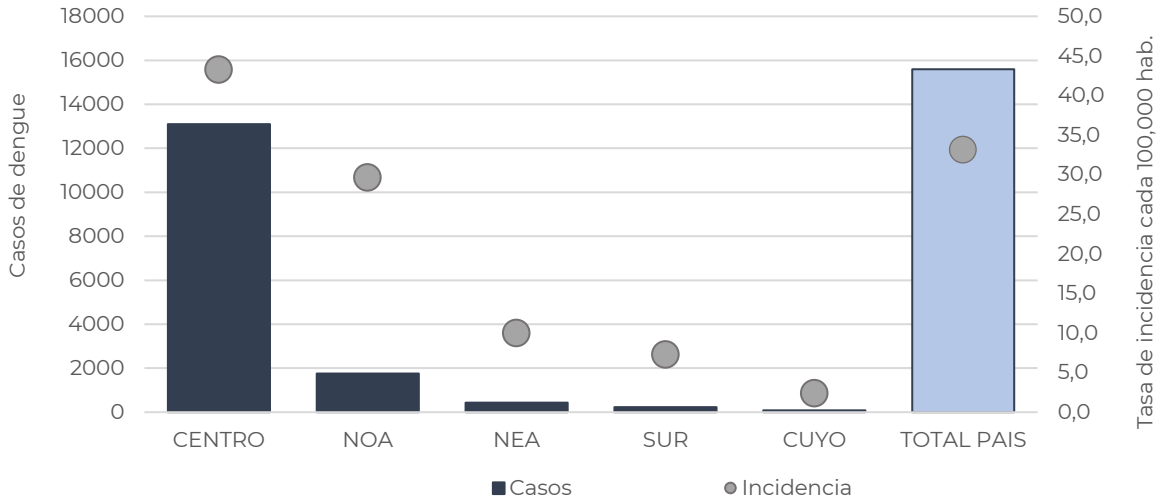
La incidencia acumulada a nivel país para la temporada actual es de 33 casos cada 100.000 habitantes[19]. En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada fue la de la región Centro con 43 casos cada 100.000 habitantes, seguida por NOA con 30, NEA con 10, Sur con 7 y Cuyo con 2. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 84% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las Regiones NOA con el 11%, NEA con el 3%, Sur con el 1% y Cuyo con el 1%.

De acuerdo con la curva epidémica de la temporada 2024-2025.

- Hasta la SE52 se notificaron 13 casos en promedio por semana, cuyo rango oscila entre 5 y 28. Si bien se observan sutiles oscilaciones asociadas al aumento/descenso de casos, la curva mantiene una tendencia estable sin variaciones sustanciales en el comportamiento epidemiológico.
- A partir de la SE1, y considerando la carga retrospectiva de casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), se observa un aumento progresivo en la incidencia de casos, alcanzando su punto máximo en la SE14. A partir de la SE15 se evidencia un cambio en la tendencia, con un descenso progresivo en el número de casos notificados. El promedio de casos hasta la SE20 es 767.
- Es relevante señalar que durante la última semana epidemiológica puede observarse un aparente descenso en el número de casos, lo cual podría estar relacionado con retrasos en la notificación. Esta variabilidad, causada por la carga retrospectiva, podría modificar la dinámica previamente observada. Sin embargo, este fenómeno se corregirá y reflejará adecuadamente en los análisis posteriores, una vez que los registros sean actualizados.

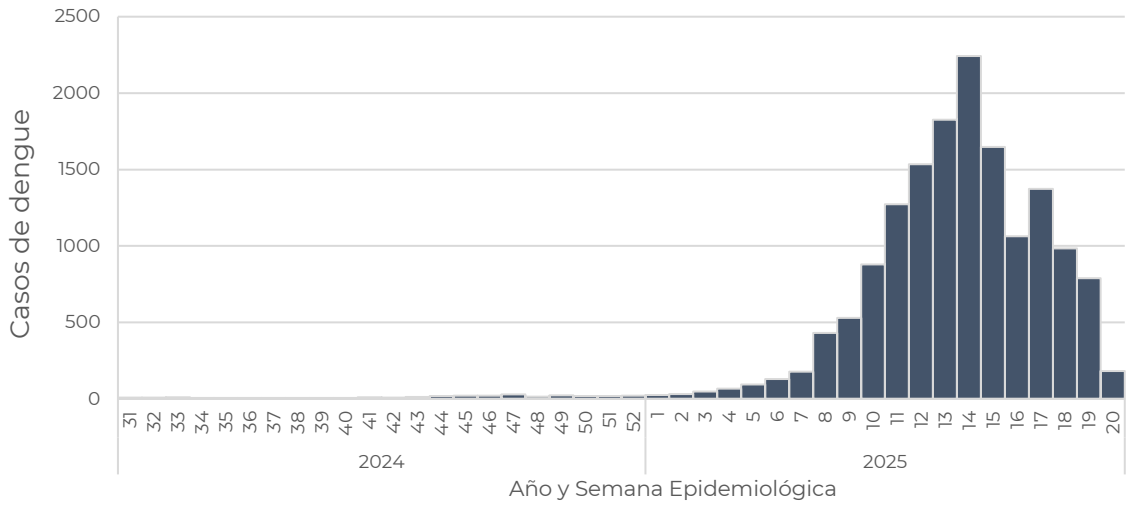
[17] Fecha de apertura
[18] Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.
[19] Para el cálculo de la incidencia, se utiliza como referencia la población proyectada para 2024, basada en el Censo de 2010.

Gráfico 6. Dengue: Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab. según Región. SE31/2024 a SE20/2025. 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).

Gráfico 7. Dengue: Casos de dengue[20] por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE20/2025. 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)

V.2.D. DISTRIBUCIÓN SEGÚN REGIÓN, JURISDICCIÓN Y DEPARTAMENTO

En la siguiente tabla se presentan los casos de Dengue y Dengue en embarazadas según clasificación, jurisdicción y región. Se excluyen de la presentación los casos relacionados con la vacunación y trasplantados.

[20]Incluye casos de dengue autóctonos, importados y no vectoriales. 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).

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE20/2025. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Casos de dengue por criterio C-E*	Total casos de dengue	Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	421	522	23	13	0	444	5380	1117	7476
CABA	143	130	17	2	0	160	2155	735	3182
Córdoba	2328	1220	8	3	952	3288	8508	1082	14101
Entre Ríos	104	104	9	9	6	119	828	12	1072
Santa Fe	2695	493	112	11	6277	9084	3315	1303	14206
Total Centro	**5691**	**2469**	**169**	**38**	**7235**	**13095**	**20186**	**4249**	**40037**
Mendoza	11	35	5	3	0	16	1658	101	1813
San Juan	1	4	1	1	0	2	350	9	366
San Luis	56	19	7	4	0	63	270	35	391
Total Cuyo	**68**	**58**	**13**	**8**	**0**	**81**	**2278**	**145**	**2570**
Chaco	6	209	1	0	0	7	2383	106	2705
Corrientes	53	30	1	0	0	54	454	78	616
Formosa	368	4	0	0	0	368	6063	58	6493
Misiones	3	19	1	4	0	4	1162	3	1192
Total NEA	**430**	**262**	**3**	**4**	**0**	**433**	**10062**	**245**	**11006**
Catamarca	9	11	8	5	1	18	862	3	899
Jujuy	0	0	0	0	0	0	1121	13	1134
La Rioja	111	49	0	0	0	111	1287	11	1458
Salta	18	58	6	12	2	26	2137	85	2318
Santiago del Estero	0	37	2	2	0	2	1039	315	1395
Tucumán	1053	382	0	1	548	1601	6216	640	8840
Total NOA	**1191**	**537**	**16**	**20**	**551**	**1758**	**12662**	**1067**	**16044**
Chubut	0	0	7	3	0	7	29	2	41
La Pampa	167	33	9	2	38	214	599	52	900
Neuquén	0	1	4	1	0	4	38	5	49
Río Negro	0	0	0	1	0	0	3	0	4
Santa Cruz	0	0	1	1	0	1	51	5	58
Tierra del Fuego	0	0	0	2	0	0	14	2	18
Total Sur	**167**	**34**	**21**	**10**	**38**	**226**	**734**	**66**	**1070**
Total País	**7547**	**3360**	**222**	**80**	**7824**	**15593**	**45922**	**5772**	**70727**

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación
****C-E: Clínico-epidemiológico***

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).

A partir del ajuste realizado en los indicadores, se actualiza la situación epidemiológica jurisdiccional según las fases propuestas.

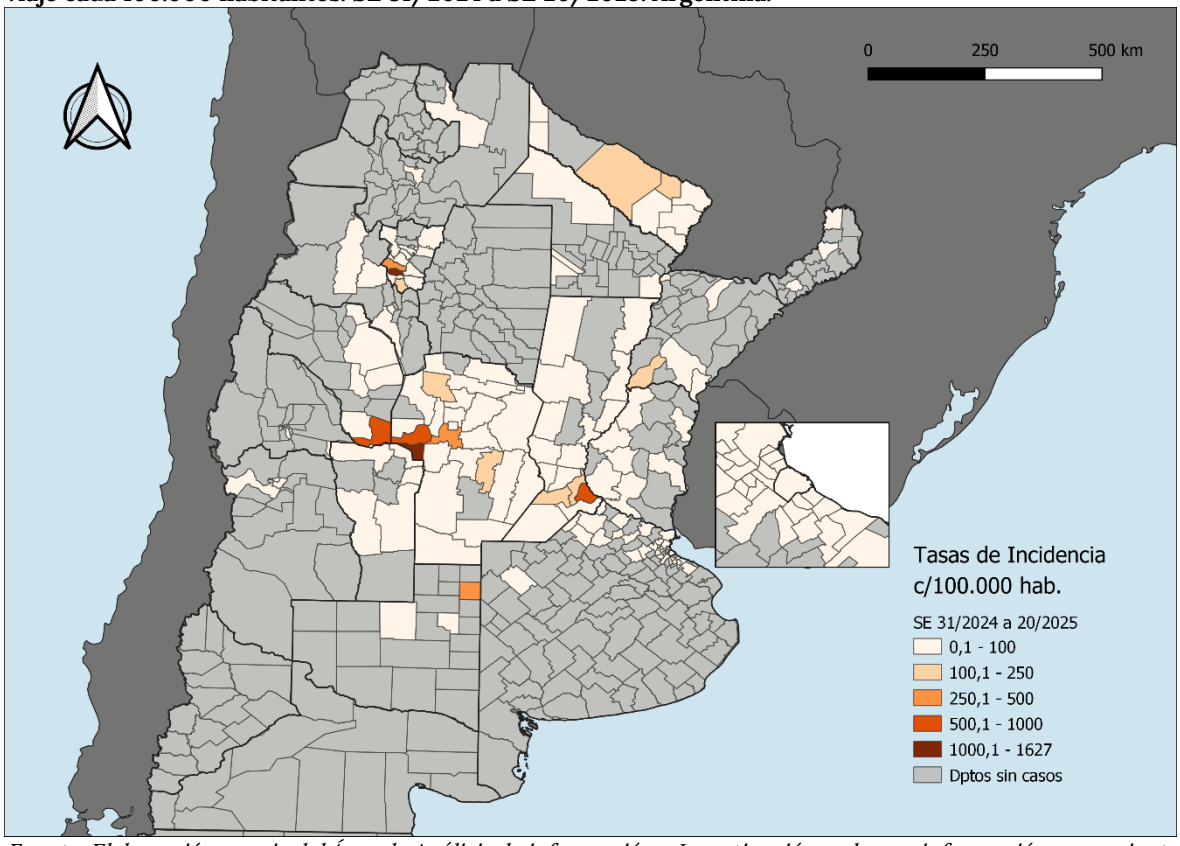
Tabla 2. Dengue: Cambios de Fase según Indicadores Epidemiológicos por Semana Epidemiológica, en Jurisdicciones a Nivel Departamental. Temporada 2024/2025. SE31 a SE20/2025. Argentina.

Jurisdicción	Fases					
	Alerta temprana		Respuesta a epidemia		Recuperación	
	Departamento	SE	Departamento	SE	Departamento	SE
Buenos Aires	General San Martín	9				
	Vicente López	11				
	Ituzaingó	11				
	Lanús	11				
	Tres de Febrero	12				
	La Matanza	13				
	Malvinas Argentinas	15				
Córdoba	Capital	4				
	San Javier	5	San Javier	7	San Javier	16
	Gral. San Martin	5	Gral. San Martin	9	Gral. San Martin	11
	Colón	5				
	San Alberto	8	San Alberto	11	San Alberto	14
	Santa María	8	Santa María	11	Santa María	11
	Ischilín	11	Ischilín	13	Ischilín	14
	Marcos Juarez	11				
	San Justo	11				
	Tortoral	13				
Formosa	Patiño	34				
	Capital	46				
	Pilcomayo	50				
La Pampa	Maracó	7	Maracó	13	Maracó	16
La Rioja	Rosario Vera Peñaloza	10				
Salta	Capital	10				
Santa Fe	Rosario	1	Rosario	11		
	San Lorenzo	7	San Lorenzo	13		
	Caseros	10	Caseros	12	Caseros	14
	San Cristóbal	13				
Tucumán	Río Chico	7	Río Chico	9		
	Chicligasta	11	Chicligasta	13		

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).

A partir de la SE10, el mapa de los departamentos afectados se realizará utilizando la tasa de incidencia por cada 100,000 habitantes, en lugar de basarse en el número absoluto de casos.

Mapa 2. Dengue: Incidencia acumulada por departamento con casos de dengue sin antecedente de viaje cada 100.000 habitantes. SE 31/2024 a SE 20/2025. Argentina.



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

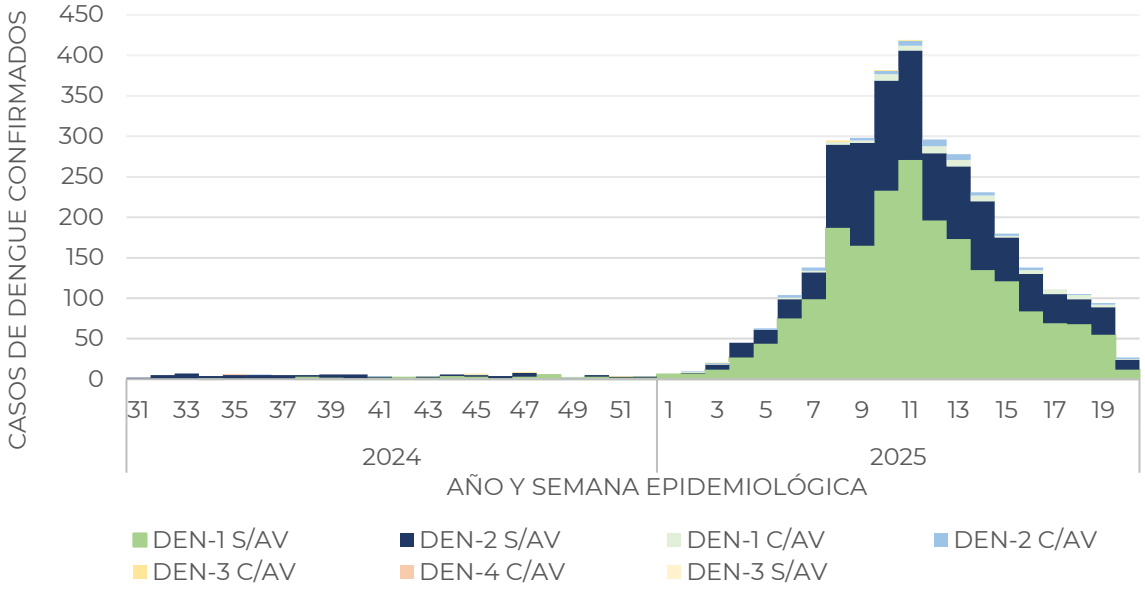
V.2.E. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (64,2%). Los casos a DEN-2 alcanzan un 35,5%, sobre todo a expensas de la notificación de las provincias de Córdoba, Formosa y Santa Fe. Menos del 1% corresponden a serotipos DEN-3 y DEN-4.

Durante la SE4 se ha notificado el primer caso de dengue con serotipo DEN-3, sin antecedente de viaje, en el departamento de Rosario, Santa Fe.

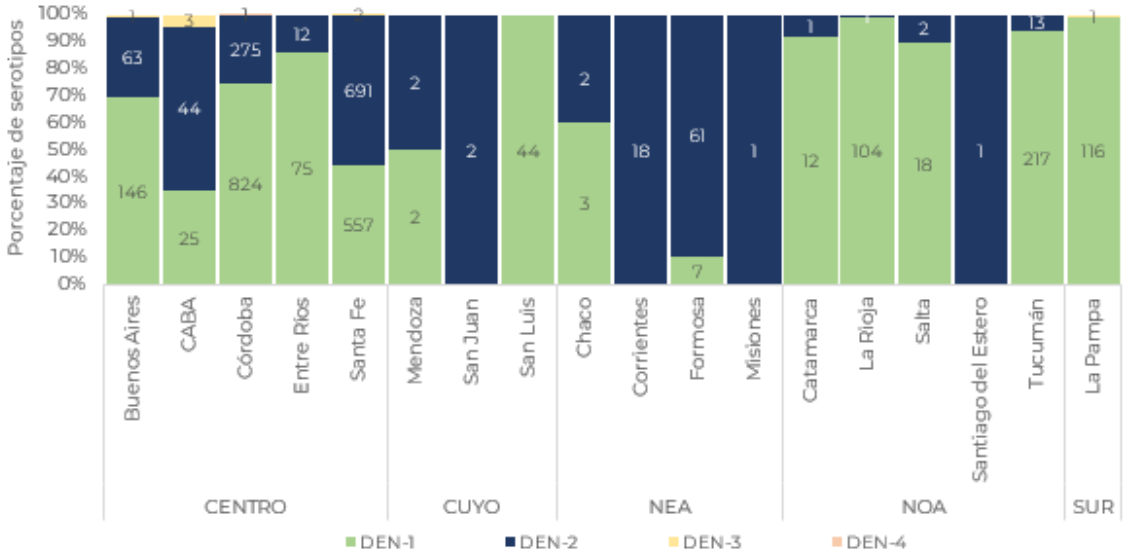
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país (México, Venezuela, Brasil, Tailandia y Cuba).

Gráfico 7. Dengue: número de casos según serotipo y antecedente de viaje por semana epidemiológica. SE31/2024 a SE20/2025. 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).

Gráfico 9. Dengue: distribución proporcional y número de casos de dengue con identificación de serotipo (n=3348) según provincia. SE31/2024 a SE20/2025. 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).

V.2.F. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL EVENTO "DENGUE DURANTE EL EMBARAZO"

En Argentina, durante la última temporada (2023-2024), se notificaron 2.380 casos de dengue en embarazadas, con una mediana de edad de 27 años, 21 casos se notificaron como dengue grave y 4 casos fallecieron. Por lo tanto, ha sido creado en octubre 2024 el evento "Dengue durante el embarazo" para garantizar la correcta notificación de los casos de dengue asociados a dicha condición clínica y poder registrar los mortinatos, las muertes fetales y los abortos si correspondiera.

Desde su creación, se han notificado 392 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de

los cuales, 104 casos ha sido confirmados, 10 casos probables, 243 cuentan con laboratorio negativo y 35 no cuentan con laboratorio.

El primer caso confirmado se registró en la jurisdicción de Tucumán (departamento Río Chico) y correspondió al serotipo DEN-1.

En la provincia de Santa Fe se notificaron 64 casos confirmados de dengue; de los cuales 31 correspondieron al serotipo DEN-1, 22 al serotipo DEN-2, mientras que los restantes no cuentan con serotipificación. El 97% corresponden a la Ciudad de Rosario.

En la provincia de Córdoba se han registrado 33 casos confirmados con residencia en los siguientes departamentos San Javier (DEN-1), Colón (DEN-2), Capital (DEN-1), General San Martin (DEN-1), María (DEN-2), San Alberto, Marcos Juárez (DEN-1) y Villa Dolores (DEN-1).

En uno de los casos del departamento Colón, se arribó al diagnóstico a las pocas horas del nacimiento, dado que su madre se encontraba sintomática. Se detectó el serotipo DEN-2, interpretándose como Dengue asociado a transmisión vertical. Las manifestaciones clínicas registradas en el recién nacido fueron: exantema y trombocitopenia. Permaneció internado en el área de neonatología, con buena evolución. Se encuentra de alta médica, sin complicaciones asociadas.

Además, se registraron un caso en Corrientes (departamento Esquina; DEN-2), un caso en CABA (Comuna 14; DEN-1) y cuatro en la Provincia de Buenos Aires.

Todas las pacientes embarazadas no presentan antecedentes de viaje ni vacunación y han mostrado una evolución clínica favorable.

V.2.G. VIGILANCIA DE GRAVEDAD Y MORTALIDAD POR DENGUE

A partir de abril de 2024, desde la Dirección de Epidemiología en conjunto con distintas direcciones intra ministeriales y consultores externos[21], implementó el *"Comité de vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue"* que tiene como función asesorar a los comités jurisdiccionales y colaborar en la evaluación exhaustiva de la mortalidad por dengue y sus determinantes. La investigación retrospectiva de los decesos por dengue brinda información clave del funcionamiento de la red de atención a partir de la evaluación exhaustiva de aspectos como el manejo clínico en los distintos niveles de atención, tiempos de respuesta, accesibilidad al sistema de salud, etc. Por ende, se recomienda el desarrollo de **comités jurisdiccionales** que trabajen en red con el comité nacional. La definición de caso de muerte por dengue y la guía operativa para el análisis de la gravedad y mortalidad se encuentra en "*Circular de vigilancia epidemiológica: vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue*"[22] y la "*Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus*"[23]

Entre la SE 31/2024 y la SE 20/2025 se notificaron 31 casos de dengue grave de los cuales 7 fallecieron. Las jurisdicciones que reportaron casos fueron: Buenos Aires (San Martín, Lanús, Moreno, Merlo), CABA (Comuna 11 y 12), Córdoba (Capital, Ischilín, San Alberto y Santa María), La Rioja (Capital), Mendoza (Las Heras), y Santa Fe (Rosario y Caseros). Se registró en el SNVS

[21] Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Dirección de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Dirección de Salud Perinatal y Niñez, Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud comunitaria, Dirección de Adolescencias y Juventudes y el Centro Nacional de Referencia de Dengue y Otros Arbovirus del INEVH-ANLIS.

[22] Disponible en: circular_de_vigilancia_dengue_mortalidad_-_junio_2024.pdf

[23] Disponible en: guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf

2.0 la recuperación con alta médica en 15 casos con criterio de gravedad. A partir de la implementación de los Comités jurisdiccionales de Vigilancia de Gravedad y Mortalidad por Dengue, el total de casos clasificados como graves o fatales puede estar sujeto a modificaciones, en función de la revisión y dictamen final emitido por dichos comités. Esto aplica en aquellos casos en que la autoridad jurisdiccional determine que el evento no presenta una asociación causal con el caso grave o fallecido reportado.

Con respecto a los casos fatales, desde la SE 31/2024 a la SE 20/2025 se han registrado 12 fallecimientos de los cuales:

- **Se notificaron siete casos fatales vinculados al evento.** Cuatro de los casos correspondieron a residentes del departamento Rosario y uno al departamento San Lorenzo, ambos pertenecientes a la provincia de Santa Fe. Los otros dos casos correspondieron a un residente de CABA y a un residente de la provincia de Córdoba. Los fallecimientos ocurrieron entre las semanas epidemiológicas 13 y 16. Cuatro de los casos correspondieron a personas adultas mayores, con edades comprendidas entre 68 y 75 años. Los tres restantes tenían 14 meses, 25 años y 57 años de edad, respectivamente. Excepto el caso de 25 años, quien no presentaba antecedentes patológicos relevantes, el resto de los fallecidos tenía comorbilidades o condiciones clínicas preexistentes que contribuyeron al desarrollo de complicaciones asociadas a la infección por virus dengue, las cuales derivaron en un desenlace fatal.
- En **cinco** de ellos la causa del deceso no se encuentra vinculada directamente a la infección por dengue, sino a la progresión de su enfermedad de base y/u otro diagnóstico diferencial (e: neumonía). Estos casos se dieron en las jurisdicciones de La Pampa (General Pico), Santa Fe (Casilda)[24] y San Luis (Junín)

V.2.H. 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[25] 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[26] (QGIS), mediante la integración de capas ráster que representan distintas variables relevantes para la transmisión del dengue. Cada una de estas variables fue 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.

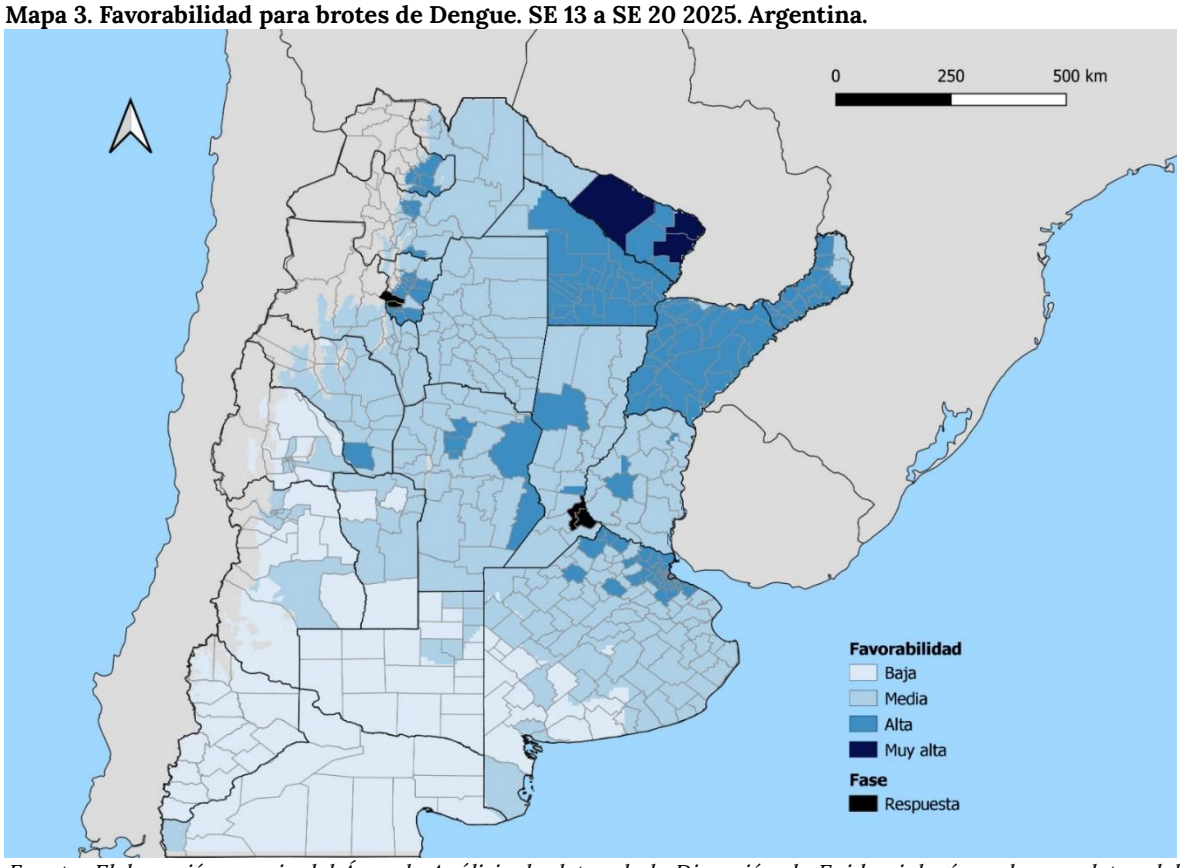
Las fuentes de datos utilizadas fueron el Censo 2022 (INDEC), Instituto Geográfico Nacional (IGN), Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (DZYCETV), Servicio Meteorológico Nacional (SMN) y el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 2.0 (SNVS 2.0).

[24] Para una mayor información de los casos se recomienda consultar el BEN 752 SE N°15. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_752_se_15.pdf
[25] 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
[26] Versión de QGIS 3.24.1-Tisler

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[27].

De acuerdo con la sumatoria de estas variables, al cierre de la SE 20/2025, los departamentos de Patiño, Capital y Pilcomayo (provincia de Formosa), presenta una favorabilidad muy alta para la ocurrencia de brotes de dengue.

Mapa 3. Favorabilidad para brotes de Dengue. SE 13 a SE 20 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)

V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de Fiebre Chikungunya, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2024-2025 (SE31/2024 a SE20/2025).

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

La vigilancia de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y estudios en personas con antecedentes de viaje a zonas donde se está registrando transmisión; desde el inicio de la vigilancia de Oropouche, se han investigado hasta el momento **2415** casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para Otros arbovirus. SE31/2024 a SE20/2025. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	173	0	70	0	135	3	39	2	10
CABA	0	11	0	4	0	1	0	3	0	3
Córdoba	0	209	0	76	0	156	6	349	0	0
Entre Ríos	12	179	0	1	0	25	4	36	0	1
Santa Fe	0	1480	0	92	0	122	0	13	0	18
Total Centro	**12**	**2052**	**0**	**243**	**0**	**439**	**13**	**440**	**2**	**32**
Mendoza	0	336	0	88	0	68	0	2	0	0
San Juan	0	1	0	2	0	2	0	2	0	1
San Luis	0	0	0	2	0	5	0	8	0	0
Total Cuyo	**0**	**337**	**0**	**92**	**0**	**75**	**0**	**12**	**0**	**1**
Chaco	17	817	0	407	0	24	0	2	0	1
Corrientes	0	31	0	10	0	10	0	1	0	0
Formosa	0	17	0	5	0	77	0	0	0	0
Misiones	0	63	0	38	0	29	0	0	0	20
Total NEA	**17**	**928**	**0**	**460**	**0**	**140**	**0**	**3**	**0**	**21**
Catamarca	0	16	0	13	0	1	0	0	0	13
Jujuy	0	42	0	22	0	1	0	3	0	1
La Rioja	0	122	0	120	0	7	0	1	0	70
Salta	0	521	0	282	0	176	0	0	0	1
Santiago del Estero	0	44	0	24	0	8	0	4	0	4
Tucumán	1	13	0	14	0	178	0	0	0	1
Total NOA	**1**	**758**	**0**	**475**	**0**	**371**	**0**	**8**	**0**	**90**
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**8**	**0**	**0**	**0**	**0**
Total País	**30**	**4075**	**0**	**1270**	**0**	**1033**	**13**	**463**	**2**	**144**

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

Los 17 casos positivos de Fiebre Chikungunya de la provincia del Chaco corresponden a casos probables por IgM positiva; casos aislados desde la SE35 hasta la SE48/2024 y 4 casos en las SE2 y SE8 del 2025, en los departamentos Quitilipi y San Fernando.

Entre Ríos notificó 12 casos probables de Fiebre Chikungunya en la localidad Federal con IgM positivas. Las muestras fueron enviadas al Laboratorio Nacional de Referencia-Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio Maiztegui” para corroborar dicho diagnóstico.

Se ha detectado un caso positivo en Tucumán con antecedente de viaje a Brasil.

Con respecto a los 2 casos positivos de Fiebre Amarilla corresponden a personas que han sido recientemente vacunadas.

V.3.A. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE AMARILLA EN ARGENTINA

En los últimos meses del 2024 y el comienzo del 2025 hubo un aumento de casos humanos por fiebre amarilla en los países de la Región de las Américas por lo cual el 3 de febrero la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emite un Alerta Epidemiológica[28]. La evaluación rápida de riesgo determinó un alto riesgo de propagación, con un nivel de certeza igualmente alto. El registro de casos humanos y epizootias en primates no humanos en el Estado de São Paulo (Brasil) proyecta una posible propagación hacia el sur de Brasil, Paraguay y las provincias argentinas de Corrientes y Misiones.

En Argentina **no se registran** casos en viajeros desde el 2018 y transmisión autóctona desde 2009. Se contempla una zona con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla selvática que incluye a las provincias de Formosa, Misiones, Corrientes, Jujuy (departamentos de Ledesma, Santa Bárbara, San Pedro, Valle Grande), Salta (departamentos de General José de San Martín, Orán, Rivadavia, Anta) y Chaco (departamento de Bermejo) donde se encuentra contemplada la vacunación para todas las personas residentes.

Desde la SE 31/2024 a la SE20/2025 se han estudiado 144 casos con sospecha de Fiebre Amarilla en humanos, 22 de esos en las provincias con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla (Misiones, Jujuy y Salta). Todos los casos presentaron pruebas de laboratorio negativas. Durante el mismo período se reportaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), dos epizootias en PNH en la provincia de Misiones y una en la provincia de Corrientes, que fueron estudiadas para fiebre amarilla: un ejemplar de *Allouatta carayá* (Paso de los Libres, Corrientes) y dos ejemplares de *Sapajus nigritus* (Puerto Iguazú, Misiones). Todos fueron descartados para FA por el laboratorio nacional de referencia (INEVH).

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.4. 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.

[28] Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 3 de febrero del 2025. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americas-3-febrero-2025

V.4.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.4.B. EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32 (2024) –SE15 (2025)

Desde la semana epidemiológica (SE) 37 de 2024, los datos sistematizados en el Tablero Nacional muestran un aumento gradual en la positividad de los sensores de oviposición (IPO) hasta la SE48 (Gráfico 1). A partir de entonces, el IPO se mantuvo, con ciertas fluctuaciones por debajo del 25% hasta la SE 08 donde volvió a superar este valor. Durante las últimas semanas, se observa picos aislados seguidos de semanas con valores descendentes (Gráfico 1). Hasta el momento, las temperaturas registradas en las regiones NEA, NOA y Centro del país aún se encuentran dentro del rango que permite la reproducción y la actividad del mosquito *Aedes aegypti*, por lo que, aunque pueda observarse un descenso en algunas jurisdicciones, no se espera aún la interrupción total de la reproducción del vector y la negativización de los sensores. En la región Sur,se observó un descenso del IPO con negativización en algunas jurisdicciones asociado al descenso de las temperaturas mínimas durante las últimas semanas. Luego de aumento registrado durante la SE 18, en la SE19 se detectó un descenso en el IPO (Gráfico 1). El IDH presentó inicialmente un aumento más paulatino, con una recuperación en el número de huevos registrado desde la SE06 y un descenso relativo desde la SE 10. Durante la actual SE se evidencia una caída en el IPO a nivel nacional, aunque estos datos podrían verse afectados por la carga retrospectiva de datos.

Gráfico 1. Evolución del IPO (línea azul) y el IDH (barras grises) en Argentina, SE 31 (2024)- SE 20 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Al desagregar por región, se observa que la región NEA presentó SO positivos desde la SE 39, con un ascenso posterior, con algunas fluctuaciones, hasta la SE 02 de 2025 (Gráfico 2). A partir de dicha semana, se observa un descenso en los valores generales de la región hasta la SE07 donde nuevamente se detectó un incremento en el IPO. A partir de la SE10 se observó un

descenso hasta la SE12 a partir de los cual volvió a aumentar hasta la SE14 (Gráfico 2). Durante la última semana se aprecia un descenso pronunciado del IPO que mantiene a la región en riesgo entomológico bajo.

Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 20 (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 se detectó a partir de la SE 37 2024, con un ascenso oscilante a partir de la SE 42 y superando, por primera vez en la temporada, el umbral de riesgo entomológico moderado (valores de IPO superiores al 40%) (Gráfico 3). De conjunto, los datos de la región muestran un patrón de distintos picos en el IPO seguidos de períodos de brusco descenso en el mismo, asociados a la oportunidad de las medidas de control implementadas y a variaciones en las variables climáticas. A partir de la SE 47, el IPO de la región oscila entre valores que indican riesgo entomológico moderado o alto. Durante la SE14, el IPO volvió a situarse dentro del rango de riesgo entomológico alto con valores del 79,27%, situación que se mantuvo durante las SE subsiguientes hasta la actualidad.

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 20 (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**, el inicio de la positividad se estableció a partir de la SE 41 (Gráfico 4), mostrando un ascenso del IPO más lento que las regiones de NOA y NEA, coincidente con las diferencias climáticas y ambientales de la región Centro. Durante la SE08 el IPO de la región muestra un pico, superando el límite correspondiente a riesgo entomológico moderado. Posteriormente, se registra un descenso del índice y un nuevo aumento a partir de la SE12, tendencia coincidente con un aumento en las semanas previas de las precipitaciones en la zona. En el último período, el IPO de la región descendió con valores menores al 20%, correspondientes a riesgo entomológico bajo, pero durante las últimas tres semanas se registró un nuevo aumento coincidente con el aumento de las temperaturas (Gráfico 4). A pesar de este aumento relativo, la región continúa en una situación de riesgo entomológico bajo.

Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 20 (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 **Cuyo**, se observaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 5), aunque el patrón en este caso es oscilante, intercalando períodos de positividad y negatividad característicos de la región. En términos generales, se observa un riesgo entomológico asociado bajo, aunque evidenciando una tendencia ascendente con ciertas fluctuaciones desde la SE05. Para esta región se presentan los datos hasta la SE10 inclusive.

Gráfico 5. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 10 (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 SUR, se hallaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 6), aunque no en todas las jurisdicciones monitoreadas. La tendencia observada muestra un ascenso sostenido inicial con algunas intermitencias y luego valores más estables. Desde la SE03 se observa un descenso hasta un nuevo pico en la SE08 y un nuevo descenso durante las SE09 y 10. Durante las últimas siete semanas, se aprecia una tendencia descendente en el IPO que culminó con una negativización sostenida de los sensores desde la SE 18 hasta la actualidad (Gráfico 6).

Gráfico 6. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 20 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

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.4.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)

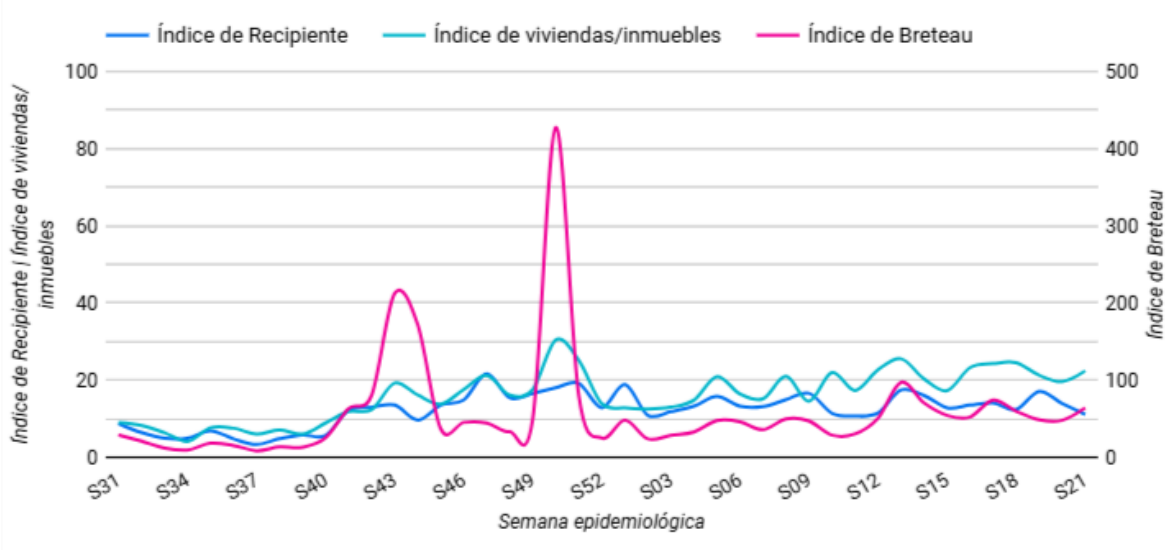
- **Índice de recipiente:(**recipientes positivos para Aedes aegypti / total de recipientes) * 100

  (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)

Gráfico 7. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en Argentina SE 31 (2024)- SE 21 (2025).



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

A nivel nacional, los índices larvarios aédicos presentaron un ascenso a partir de la SE40 (Gráfico 7), mostrando un retraso temporal respecto de la tendencia observada en los índices calculados a partir de sensores de oviposición. Este retraso se debe a que los sensores de oviposición presentan una mayor sensibilidad para la detección de presencia y actividad reproductiva de *Aedes aegypti* con tamaños poblacionales bajos en relación a los índices larvarios. Durante las SE 19 y 20, se registró un descenso en el IB, colocándose por primera vez desde la SE 11 en un nivel de riesgo entomológico medio. Durante la última SE, el IB sufrió un aumento debido a la inclusión de datos de control focal en sitios críticos de la región NOA que presentan históricamente valores aédicos altos. Los IV e IR, por su parte, sufrieron pequeñas variaciones pero se mantuvieron dentro del rango de riesgo entomológico moderado (Gráfico 7).

Cuando se realiza la desagregación por región, se observan pocas variaciones en los índices relevados para las regiones de NOA y NEA (Tabla 1), manteniendo la tendencia previa. La región NEA presenta mayores IV e IR en relación a NOA aunque su IB es menor (Tabla 1). La región evidencia riesgo entomológico alto de acuerdo al IB y riesgo moderado de acuerdo a los índices IR IV. La región NOA, por su parte, muestra una tendencia similar en términos de riesgo entomológico (Tabla 1), aunque con IV e IR menores y un IB mayor a los detectados en NEA. Hasta el momento, el volumen de las intervenciones territoriales registradas en las regiones de Cuyo y Centro no permiten aún realizar cálculos robustos de índices larvarios.

Tabla 1. Índices larvarios aédicos por región SE21 2025. Argentina.

Región	Índice de Vivienda	Índice de Recipiente	Índice de Breteau
NEA	21,00	15,87	53,44
NOA	10,47	6,14	59,77

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

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

VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios

Situación Regional: En general, América del Norte y partes del Caribe continúan en el descenso de la actividad de influenza principalmente asociado a influenza A(H1N1)pmdo9 e influenza B. La actividad del VRS se encuentra en niveles interestacionales en América del Norte, y en el Caribe, continúa su descenso. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja en América del Norte, sin embargo, en el Caribe muestra un leve incremento. En América Central, la circulación de influenza A(H1N1)pmd09 mantiene su tendencia a la disminución en las últimas semanas epidemiológicas (SE), registrando una positividad del 18,4%. La actividad de VRS muestra un cambio de tendencia hacia el incremento y SARS-CoV-2 se mantiene en baja circulación. La Subregión Andina presenta una disminución en la circulación de SARS-CoV-2 y un aumento en detección de Influenza A(H3N2), también se mantuvo el incremento en la circulación de VRS presentando una positividad del 11,9%. En Brasil/Cono Sur continúa el ascenso de influenza A(H1N1)pmd09 presentando una positividad del 22,2%. En el caso de SARS-CoV-2 se mantiene su baja detección. El VRS presenta una tendencia ascendente y con una positividad del 4,3%. En la región existe un alto porcentaje (9,6%) de detección de otros virus respiratorios (OVR), destacando Rinovirus en Norte América, así como en la región Andina, Brasil y el Cono sur. En el Caribe se ha detectado circulación de parainfluenza.

América del Norte: Los casos de ETI y las hospitalizaciones relacionadas con virus respiratorios mantienen su tendencia al descenso. La actividad de la influenza se mantiene en niveles epidémicos en Canadá, mientras que México desciende a niveles interestacionales. Influenza A(H1N1)pdm09 es la cepa predominante en México y en Canadá circula concurrentemente con Influenza B. La actividad del VRS, después de alcanzar máximos estacionales en SE previas, continúa disminuyendo. La circulación del SARS-CoV-2 se mantiene baja y con tendencia al aumento en Canadá (positividad del 2,6%), mientras que, en México, mantiene una tendencia ascendente y con una positividad del 18,7%.

Caribe: La actividad de influenza disminuye para ETI e IRAG. Se informó que el subtipo predominante de influenza era A(H1N1)pdm09. Los casos de VRS se mantienen bajos y SARS-CoV-2 presenta un incremento para algunos países de la subregión. Los casos asociados a SARS-CoV-2 son principalmente ETI.

Centroamérica: La actividad de influenza, con A(H1N1)pdm09 como la cepa predominante, desciende en comparación a semanas anteriores. La actividad de VRS se ha mantenido estable en las últimas semanas. SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos de detección, tanto para ETI como IRAG.

Países Andinos: La actividad de influenza aumenta en comparación a SE anterior, con circulación concurrente de influenza A(H3N2) e influenza A(H1N1)pmd09. La circulación del VRS aumenta en las últimas semanas alcanzando una positividad del 11,9%. La positividad de SARS-CoV-2 (3,5%) aumenta en comparación a SE anterior.

Brasil y Cono Sur: Los casos de ETI y de IRAG aumentan en las últimas semanas. Los casos de ETI se asocian principalmente a influenza A(H1N1)pmd09 que presenta una tendencia al aumento. La circulación de VRS aumenta en las últimas dos semanas. Para los casos de IRAG, la detección de influenza muestra una tendencia a la estabilización y los casos asociados a SARS-CoV-2 y VRS disminuyen.

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 19 de 2025 se notificaron 285.800 casos de ETI, 41.940 casos de Neumonía y 25.129 casos de Bronquiolitis en menores de dos años. Las notificaciones de ETI y neumonía presentan tendencia ascendente desde SE11, ubicándose en SE12 en niveles de brote.

VI.3.B. VIGILANCIA CENTINELA DE VIRUS RESPIRATORIOS PRIORIZADOS

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de influenza, en las últimas semanas se verifica tendencia ascendente sostenida tanto del porcentaje de positividad como de las detecciones, con predominio de influenza A/H1N1. En este sentido, en la última semana (SE20/2025), la positividad en UMA para virus influenza alcanza el 30,61%.

- Para VSR, se registraron 3 casos positivos entre las 125 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 19 y 20).

- En relación a SARS-CoV-2, luego del ascenso de casos registrado desde la SE34 de 2024, las detecciones en UMA presentaron tendencia descendente a partir de la SE45, con valores bajos en las últimas semanas. En la SE20/2025 no se registraron casos positivos para SARS COV 2 entre las 89 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE20 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 1783 internaciones con diagnóstico de IRAG y 703 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.

- Las notificaciones de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), presentan un aumento sostenido desde la SE12, con un ascenso en las detecciones de virus influenza, principalmente influenza A/H1N1. En las últimas 4 semanas, entre 469 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 2

codetecciones de influenza y VSR, 138 detecciones de influenza, 5 casos de SARS-CoV-2 y 20 casos de VSR.[29]

VI.3.C. VIGILANCIA UNIVERSAL A TRAVÉS DE LA RED DE LABORATORIOS DE VIRUS RESPIRATORIOS

- Desde la SE11 se observa un ascenso sostenido en el número de casos de Influenza, con predominio de Influenza A (H1N1), con un total de 1198 detecciones de Influenza en las últimas 2 SE (18 y 19). Además, durante el año en curso se verifica un adelanto en el ascenso de casos de influenza en relación a lo observado en años anteriores.

- Con respecto a VSR, se registra un aumento en el número de casos desde la SE12, con 295 detecciones en las últimas 2 SE (18 y 19).

- 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. En las primeras 19 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, con un promedio de 71 casos semanales en las últimas 5 semanas.

- Durante la SE19/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, VSR, SARS-CoV-2, adenovirus, parainfluenza y metapneumovirus.

Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos

- Con respecto a las detecciones de influenza, desde SE 12 se registra un ascenso de los casos en personas internadas, con 357 detecciones en las últimas dos SE (19 y 20). En las primeras 20 semanas del 2025 se registran 26 fallecidos con este diagnóstico.

- En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados permanecen bajas en relación al máximo alcanzado en 2024, aunque con un aumento desde la SE 12. En las SE 19 y 20/2025 se detectaron 112 casos de VSR en personas hospitalizadas.

- En cuanto a los casos de COVID-19, las detecciones de SARS-CoV-2 en personas hospitalizadas permanecen en valores bajos. En la SE 20/2025 se registraron 10 casos positivos con este diagnóstico, sin casos fallecidos en esta semana.

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

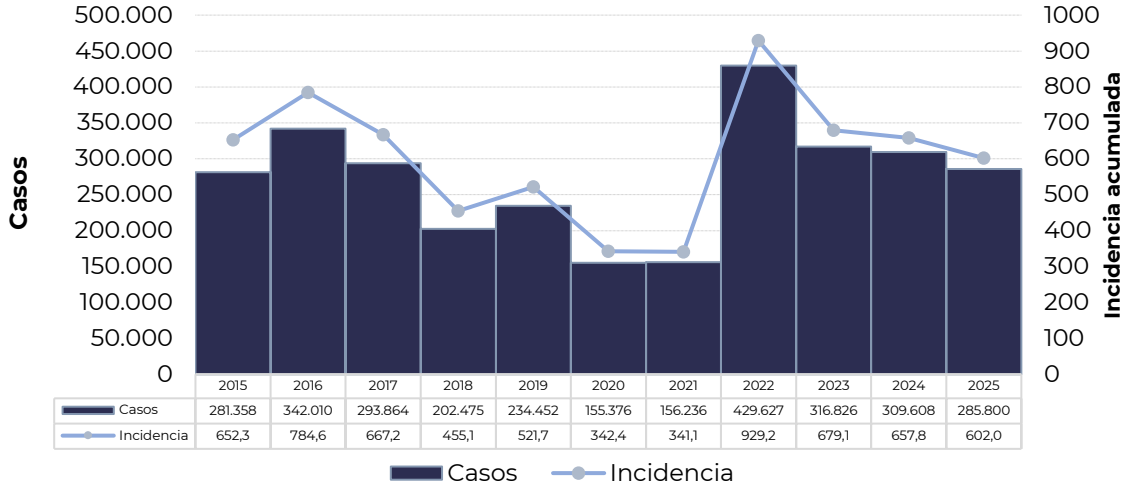
VI.4.A. ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre las SE 1 y 19 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 285.800 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 602,0 casos/ 100.000 habitantes.

[29] 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

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registró durante 2022 (429.627 casos), mientras que en 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. SE19. Argentina.

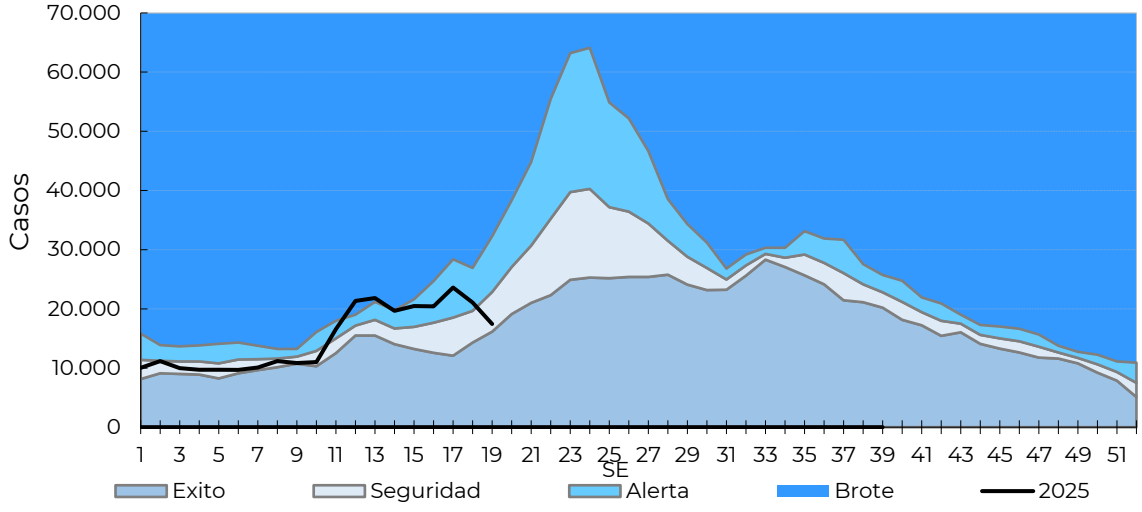


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	281.358	342.010	293.864	202.475	234.452	155.376	156.236	429.627	316.826	309.608	285.800
Incidencia	652,3	784,6	667,2	455,1	521,7	342,4	341,1	929,2	679,1	657,8	602,0

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.

Las notificaciones de ETI registradas en el SNVS correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, permanecieron entre las SE1 a 10 de 2025 en niveles de seguridad, con algunas oscilaciones. Posteriormente, se registra un ascenso de casos, que alcanza en SE12 y 13 niveles de brote, permaneciendo las semanas siguientes, hasta SE18, en niveles de alerta.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 19 de 2025[30]. 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.

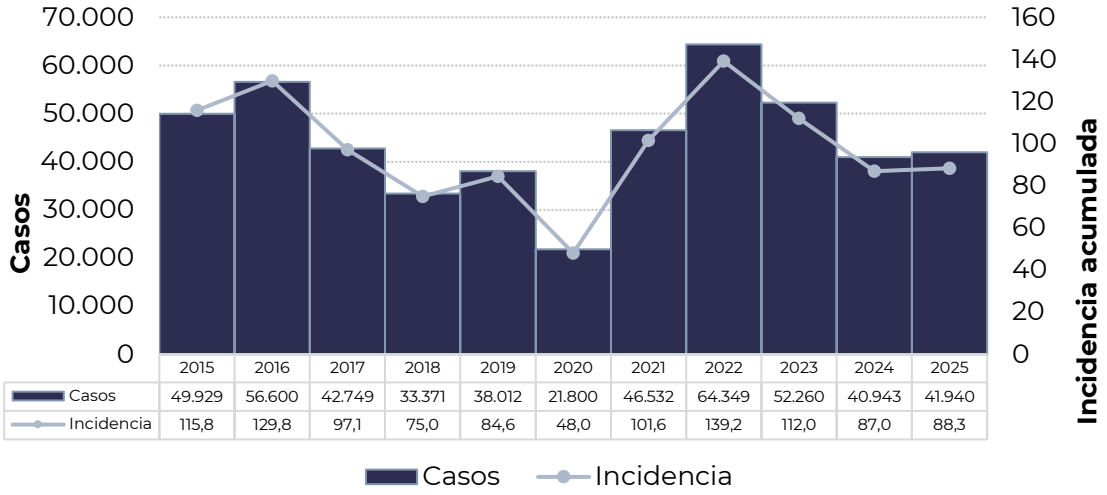
[30] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

VI.4.B. NEUMONÍA

Hasta la SE19 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 41.940 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 88,3 casos/ 100.000 habitantes.

Entre 2015 y 2025, las notificaciones de neumonía mostraron el mayor número de casos en 2022. Las notificaciones presentan una disminución sostenida entre 2016 y 2018, con un ligero ascenso en 2019 respecto del año anterior. En 2020 se registró un nuevo descenso de casos, volviendo a incrementarse durante los años 2021-2022, y mostrando una disminución en 2023-2024. Para 2025, se verifica un ligero ascenso de casos respecto a los registros del mismo periodo del año previo, si bien permanecen en valores menores a las notificaciones de los años 2021 a 2023.

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE19. Argentina.

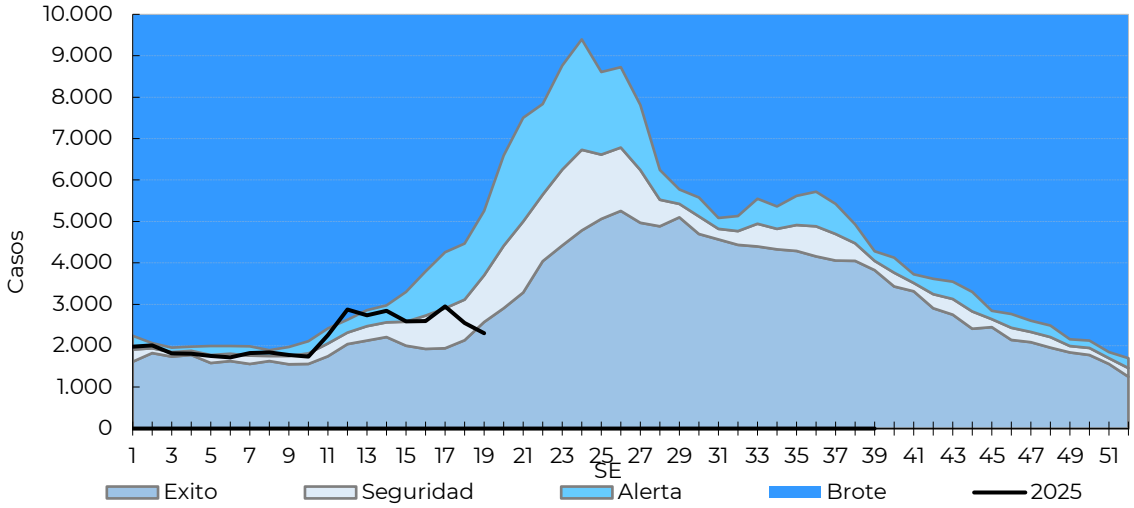


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	49.929	56.600	42.749	33.371	38.012	21.800	46.532	64.349	52.260	40.943	41.940
Incidencia	115,8	129,8	97,1	75,0	84,6	48,0	101,6	139,2	112,0	87,0	88,3

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].

Las notificaciones de neumonía en 2025 a nivel país, respecto al comportamiento en años históricos, se ubican en SE1 y 2 en niveles de alerta, y posteriormente se ubican 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 en SE12, con un descenso desde la SE 17.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 19 de 2025[31]. 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.

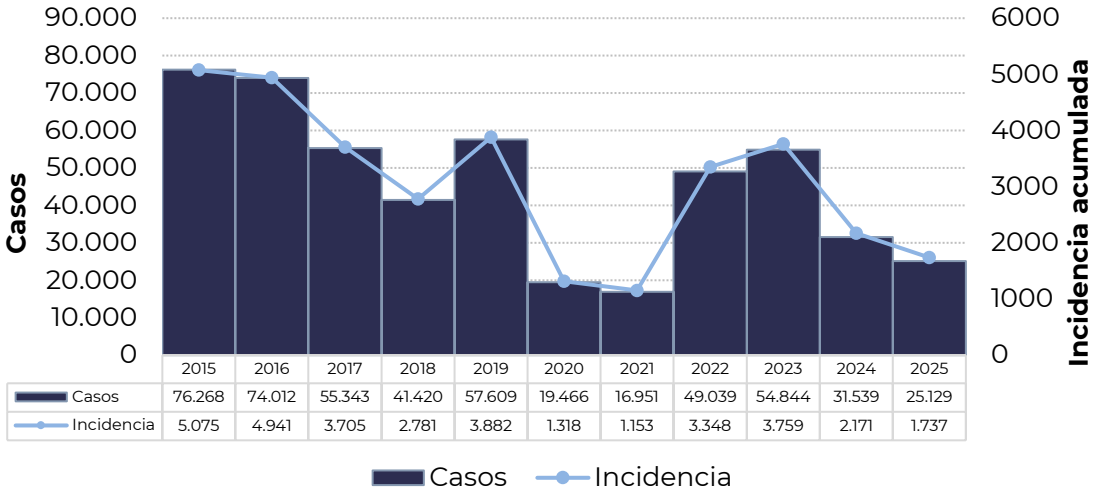
VI.4.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 19 semanas epidemiológicas de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 25.129 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 1737,4 casos/100.000 habitantes.

En relación a los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 19 alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso a partir de 2016. En 2019, presentaron un incremento respecto al año anterior, con un nuevo descenso en 2020 y 2021, cuando se registró el menor número de notificaciones. 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 para las primeras 19 semanas. En relación al corriente 2025, los casos permanecen en valores menores en comparación con la mayoría de los años históricos, con excepción de los años 2020 y 2021.

[31] 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. SE19. Argentina.

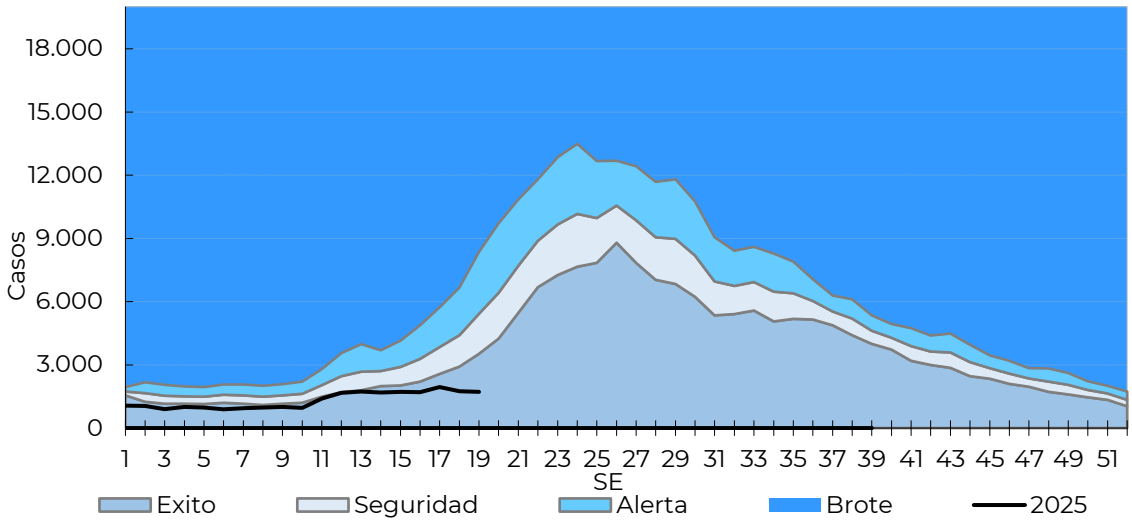


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	76.268	74.012	55.343	41.420	57.609	19.466	16.951	49.039	54.844	31.539	25.129
Incidencia	5.075	4.941	3.705	2.781	3.882	1.318	1.153	3.348	3.759	2.171	1.737

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 19 primeras semanas del año 2025, las notificaciones de bronquiolitis por semana se encontraron dentro de los límites esperados.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 19 de 2025[32]. Argentina.



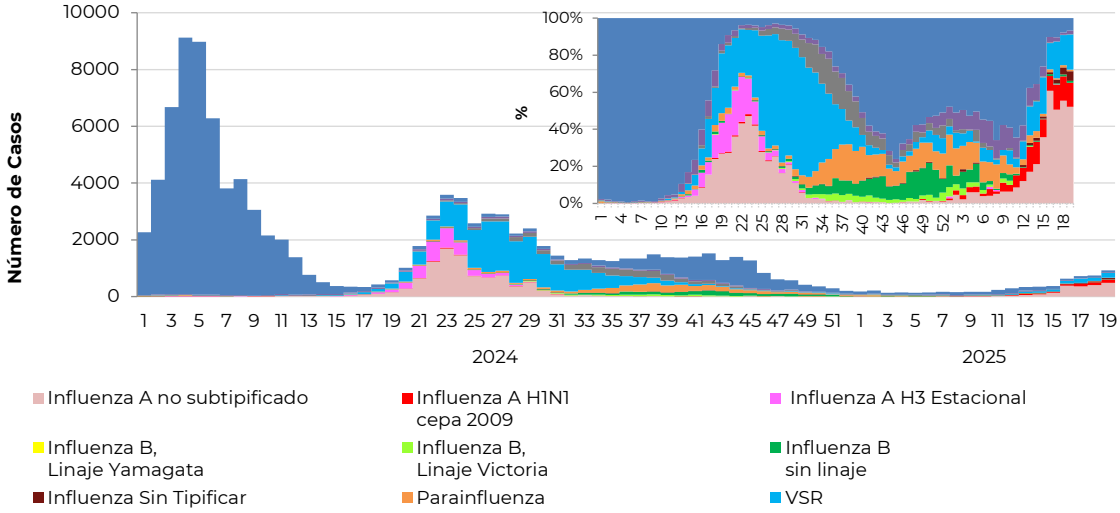
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0

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

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

Desde la SE11 se observa un aumento sostenido en el número de casos de Influenza, con predominio de Influenza A (H1N1), con un adelanto del ascenso estacional respecto de lo registrado en años anteriores. Además, en relación a VSR se registra un aumento en las detecciones a partir de SE12.

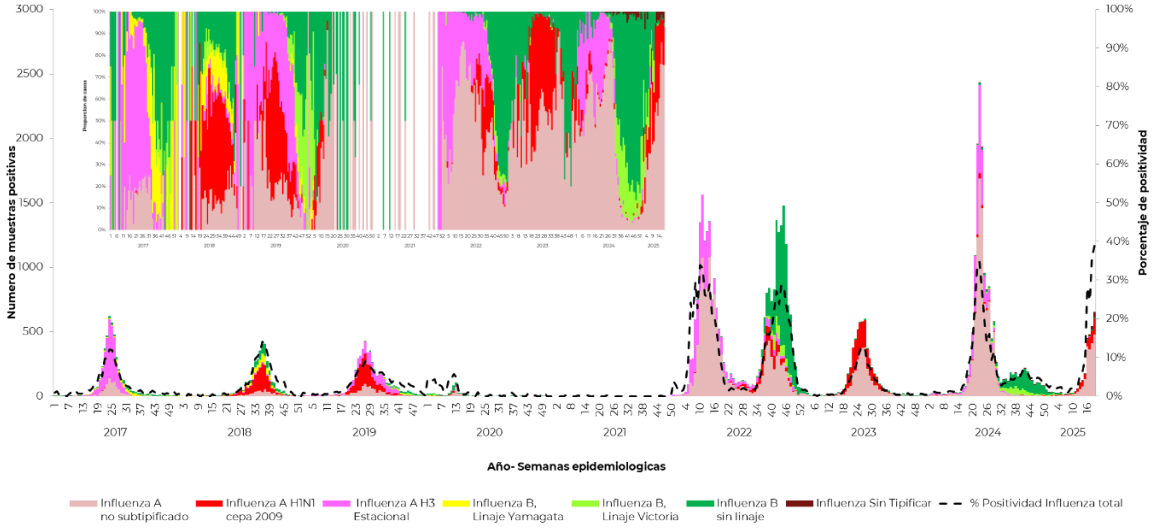
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE19/2025. Argentina.



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 SNVS2.0.

En relación a virus influenza, en lo que va de 2025, se registraron casos todas las semanas y, desde la SE11, se verifica un ascenso de las detecciones de influenza, con predominio de influenza A no subtipificado y H1N1. En las últimas 2 SE (18 y 19) se notificaron un total de 1198 detecciones de Influenza.

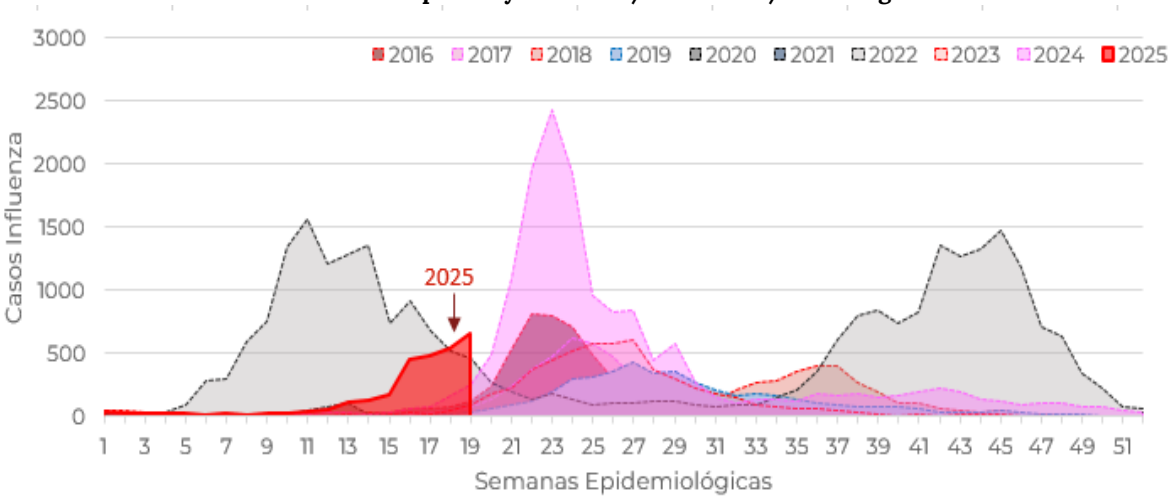
Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE19/2025. Argentina.



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

Se destaca que durante la temporada en curso la circulación viral de influenza presenta 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 presenta en niveles elevados desde SE13. Como se observa en el siguiente gráfico, las temporadas de mayor circulación de virus influenza en el periodo 2016-2024 tuvieron un inicio posterior a lo observada 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.

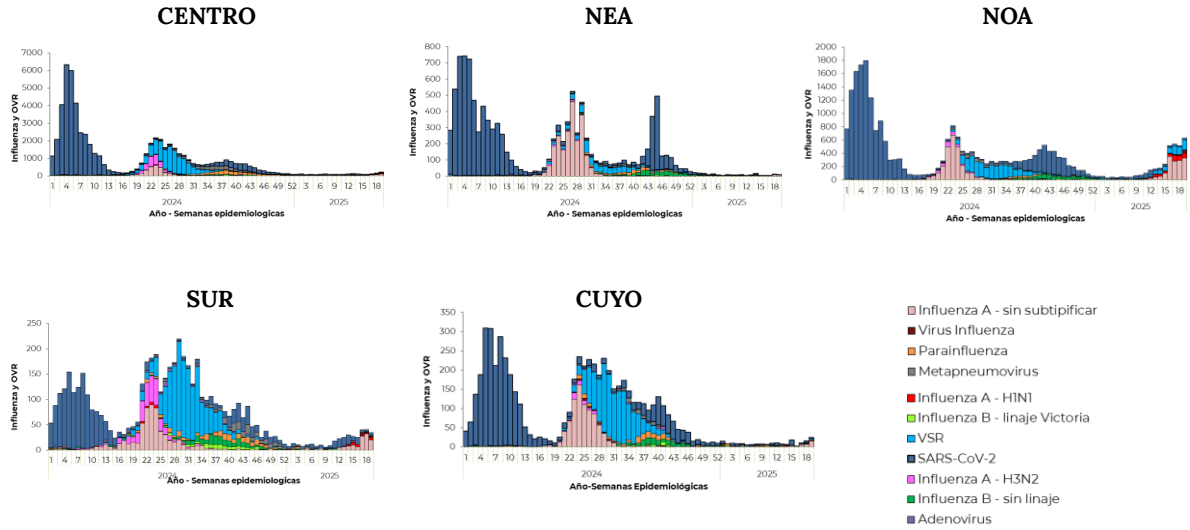
Gráfico 9: Casos de influenza totales por SE y año. SE01/2016- SE19/2025. Argentina



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

Si bien, esta tendencia ascendente de casos de influenza se observa principalmente en las regiones noroeste del país (NOA) y Sur, también se verifica un aumento de casos en las últimas semanas en las regiones Centro y Cuyo (Gráfico 10).

Gráfico 10. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2024 a SE19/2025. Argentina.



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

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

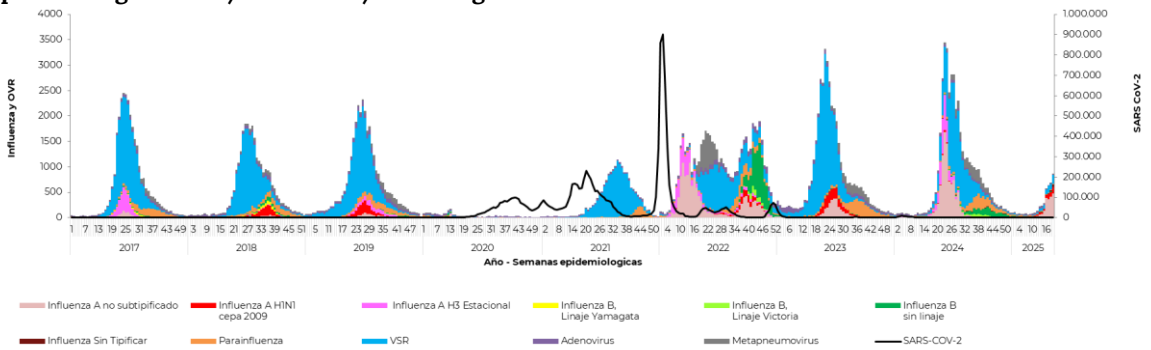
del año, concentrándose el 80% de los casos entre las SE1 y SE12, con el mayor número de casos registrado entre las SE03 y SE06. Posteriormente, las detecciones semanales disminuyeron y, a partir de la SE32, los casos volvieron a incrementarse, alcanzando un nuevo pico en la SE44, aunque con una magnitud menor al ascenso previo. En las primeras semanas de 2025 los casos de COVID-19 se mantuvieron en valores bajos, con un promedio de 71 casos semanales en las últimas 5 semanas.

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, si bien los casos permanecen en valores bajos, se registra un ascenso de las detecciones desde la SE12, con 295 detecciones en las últimas 2 SE (18 y 19).

Respecto a otros virus respiratorios, se observó un aumento en las detecciones de metapneumovirus a partir de la SE23, alcanzando su pico en la SE38 de 2024. Asimismo, entre las SE30 y SE38, se registró un incremento en los casos de parainfluenza, seguido de un descenso posterior.

Durante la SE 19/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, VSR, SARS-CoV-2, adenovirus, parainfluenza y metapneumovirus.

Gráfico 11. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE19/2025. 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 SNVS2.0.

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 SE20 de 2025, se notificaron 616 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 83,7% menos casos**.** Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de

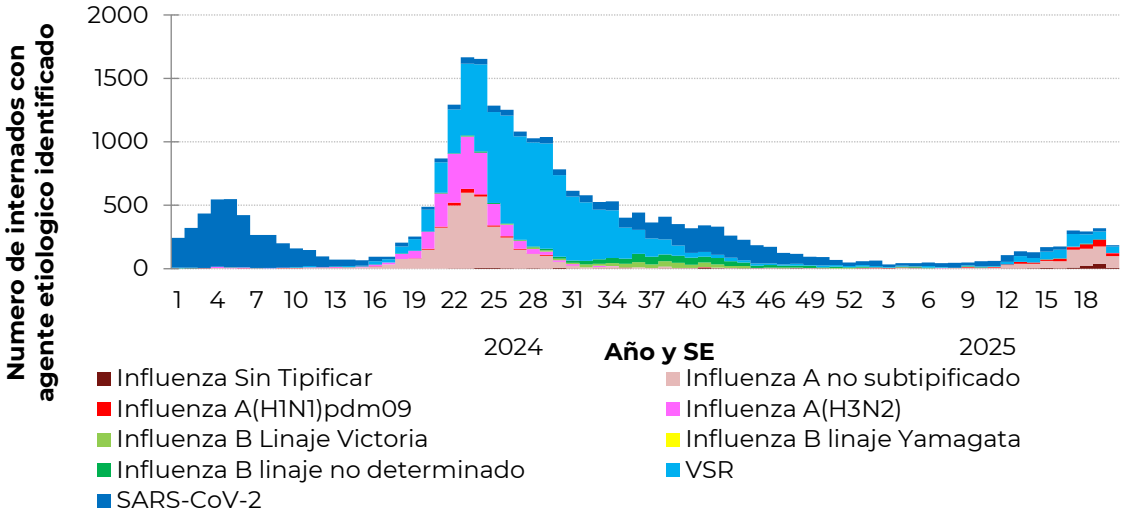
una disminución posterior y valores estables en lo que va de 2025. Para la SE20/2025 se registraron 10 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, entre las SE1 y 20 de 2025 se registraron un total de 1163 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12, se verifica un ascenso sostenido en los casos, con 125 detecciones de influenza en hospitalizados en la última SE. Asimismo, los casos acumulados durante 2025 registran un ascenso del 48,0% respecto de las notificaciones registradas en el mismo periodo de 2024.

Entre los 1163 casos de influenza notificados durante 2025, se notificaron predominantemente detecciones de influenza A (n= 1003), con menor detección de influenza B (n= 63). De los casos de influenza A, 229 cuentan con subtipificación, correspondiendo 223 a influenza A (H1N1) pdm09 y 6 a influenza A (H3N2). En relación a influenza B, 12 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. 97 casos de influenza permanecen a la fecha sin tipificar.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 594 casos hospitalizados positivos para VSR, con tendencia ascendente de los casos a partir de la SE12**.** Durante 2024, a partir de la SE16 se registra tendencia ascendente de las detecciones semanales de VSR, que alcanza su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En la última semana analizada (SE20/2025), se registran 51 casos de VSR en hospitalizados.

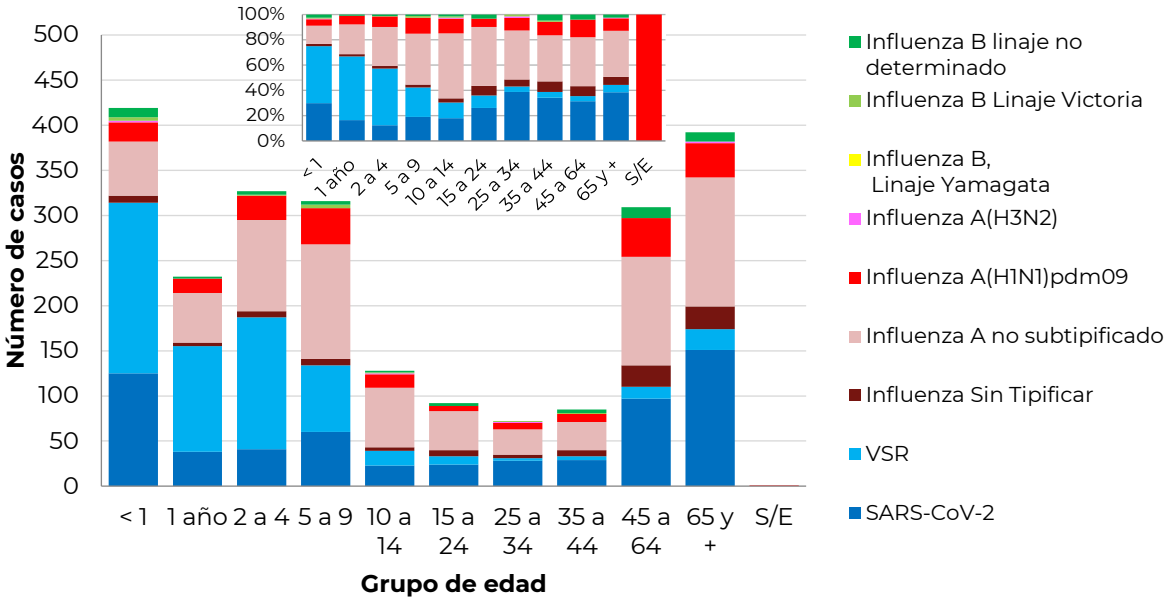
Gráfico 12. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE20/2025. Argentina.



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 SNVS2.0.

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE20/2025, 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, menores de 1 año y personas mayores de 45 años.

Gráfico 13. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE20/2025.



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 26 fallecidos con diagnóstico de influenza [33] . 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 el aumento de casos de influenza en el país, con co-circulación del virus influenza tipo A —predominantemente A(H1N1)—, SARS-CoV-2, virus sincicial respiratorio (VSR) y otros virus respiratorios en distintas jurisdicciones, 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.

[33] 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.

- 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.
- 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 [34]

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.**

VI.7.A. 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.

[34] 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

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS

VII. Brote de Fiebre tifoidea y paratifoidea - Actualización de situación epidemiológica al 22 de mayo 2025

La fiebre tifoidea es una enfermedad bacteriana sistémica, potencialmente mortal causada por la bacteria del género Salmonella entérica serovariedad Typhi (*S. Typhi*), la cual suele transmitirse a través del agua o alimentos contaminados. Una vez ingerida, *S. Typhi* se multiplica y pasa al torrente circulatorio. El cuadro clínico se caracteriza en la fase inicial por la aparición insidiosa de fiebre continua, cefalea intensa, malestar general, anorexia, bradicardia relativa, esplenomegalia, manchas rosadas en el tronco en el 25% de los enfermos de piel blanca y estreñimiento o diarrea. En los casos graves y sin tratamiento adecuado, la enfermedad se puede complicar y causar la muerte. La fiebre tifoidea puede confirmarse mediante estudios de hemocultivo y/o de otros sitios de infección invasiva.

La urbanización y el cambio climático podrían incrementar la carga mundial de fiebre tifoidea. Además, las crecientes resistencias a los antibióticos están facilitando la propagación de esta enfermedad en los grupos humanos sin acceso a agua potable o a sistemas adecuados de saneamiento.

VII.1. Situación actual

La Gerencia de Epidemiología de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) notificó el 21 de abril, un brote de fiebre tifoidea en la localidad bonaerense de Tres de Febrero, Provincia de Buenos Aires (PBA). Desde el Ministerio de Salud de la Nación, se confirmó la ocurrencia del brote y se iniciaron en forma conjunta las acciones con las jurisdicciones involucradas para identificar la fuente del mismo e interrumpir la transmisión.

Hasta el 22 de mayo, se han notificado 35 casos sospechosos de fiebre tifoidea residentes en esta localidad vinculados a un complejo habitacional. Las presentaciones clínicas varían desde cuadros leves a severos.

El Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) INEI-ANLIS “Dr Carlos G. Malbrán” confirmó fenogenotípicamente en 16 casos, los aislamientos de *S. typhi*. Los primeros 5 casos se estudiaron por secuenciación genómica y se continúa en estudio los nuevos casos, siendo convivientes y /o procedentes de los mismos edificios. Además, los aislamientos de *Salmonella* derivados como parte de la vigilancia nacional y otros brotes de ETA fuera de esta localidad resultaron *Salmonella* no tifoidal.

El brote de fiebre tifoidea continúa en curso. Se están realizando búsquedas activas tanto a nivel comunitario, como institucional. A la fecha, cinco nuevos pacientes permanecen internados, lo que evidencia la persistencia de la transmisión. Ante esta situación, se mantienen y refuerzan las acciones intensivas de prevención y control, con el objetivo de contener la propagación de la enfermedad y garantizar una pronta atención a los afectados.

Se obtuvieron resultados de las muestras de agua, procesadas en el Instituto Biológico “Dr. Tomás Perón”, en INAL y en el Instituto Malbrán, para identificar la fuente del brote. En una muestra de agua se detectó presencia de Salmonella serovariedad Typhi. Se deriva al Servicio de Fisiopatogenia INEI – ANLIS Dr. Carlos G Malbrán para estudios moleculares y caracterización genómica. A partir de estos resultados continúa la investigación de la fuente de exposición, y se sospecha además la transmisión fecal-oral.

VII.1.A. CARACTERIZACIÓN Y SECUENCIACIÓN GENÓMICA

A partir del primer estudio genómico, los cinco aislamientos estudiados asociados al brote fueron confirmados como *S. Typhi* por genómica. Además, se determinó que las secuencias estudiadas tuvieron entre 1 y 2 SNPs de diferencia entre sí, mostrando alta relación genómica entre sí, confirmando el nexo entre los pacientes (Informe SGC 06-25). En el estudio genómico no se encontraron genes de resistencia de relevancia. Se continúa el estudio como parte de la vigilancia genómica a nivel nacional y regional.

VII.1.B. ACCIONES EN CURSO

Se continúan realizando acciones intensivas con visitas domiciliarias en cada unidad, con equipos médicos y de epidemiología.

Se realizan búsquedas activas institucionales y comunitarias para la identificación de nuevos casos en el municipio y en establecimientos de CABA y de PBA. También se investigan contactos asintomáticos con seguimiento laboratorial.

Se intensifican las medidas de prevención, control y tratamiento de los afectados.

Desde PBA se emiten boletines epidemiológicos semanales con información actualizada.

Se tomaron medidas para interrumpir el uso de agua proveniente del tanque y la provisión de agua segura y se refuerzan las recomendaciones preventivas a los vecinos, incluyendo medidas para el uso seguro del agua y la manipulación segura de alimentos.

VII.2. Antecedentes en Argentina

En Argentina, se detectan casos esporádicos por *S. typhi* y en baja frecuencia en el marco de la vigilancia nacional del laboratorio, a partir de aislamientos obtenidos de hemocultivos positivos para *Salmonella spp*. El último brote confirmado registrado en el país fue en el año 2004.

VII.2.A. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

Ante la situación actual se recomienda a todos los equipos de salud **mantener elevado el nivel de alerta ante la presencia de síntomas compatibles con la definición de caso de fiebre tifoidea**, fortalecer la sospecha clínico-epidemiológica en personas que cumplan con la definición de caso, el diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de los casos, las acciones de investigación tendientes a identificar y controlar las posibles fuentes y sensibilizar a la población sobre las medidas para prevenir la enfermedad así como para la alerta temprana y consulta ante la aparición de los síntomas.

Por otro lado, se recomienda intensificar la sospecha y notificación de pacientes con sintomatología compatible tanto en establecimientos públicos como en privados.

VII.3. Vigilancia epidemiológica de Fiebre Tifoidea

VII.3.A. OBJETIVOS:

- Detectar de manera temprana los casos para implementar el diagnóstico, tratamiento y las acciones de control.
- Permitir y direccionar la investigación epidemiológica tendiente a interrumpir la transmisión de la enfermedad

VII.3.B. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIONES DE CASO

- **Caso sospechoso:**

Toda persona que presente fiebre alta (>38°) continua de al menos tres días de evolución, con compromiso del estado general -puede estar acompañada por diarrea, dolor abdominal, períodos de constipación- sin otro foco aparente y sin otra etiología definida.

Todo caso sospechoso debe estudiarse por laboratorio para confirmar o descartar la infección por *S. typhi* o *S. paratyphi*.

- **Caso probable:**

Todo caso sospechoso y:

  - contacto con un caso confirmado, o
  - expuesto a una fuente común,
  - resida o haya viajado a un lugar en el que estén sucediendo casos de fiebre tifoidea o paratifoidea,
  - seroconversión con 4 títulos superiores en la segunda muestra pareada Reacción de Widal.

- **Caso confirmado:**

Todo caso sospechoso o probable con:

  - Hemocultivos y/o urocultivo POSITIVO para *Salmonella* Typhi (S. Typhi) o Paratyphi (S. Paratyphi).
  - Coprocultivo positivo para S. Typhi o Paratyphi.
  - Todo caso probable con nexo con un caso confirmado de fiebre tifoidea o paratifoidea con hemocultivo y/o coprocultivo con aislamiento de *Salmonella* spp.

- **Caso descartado**
  - Caso sospechoso en el que se confirmó otro diagnóstico.
  - Caso sospechoso con hemocultivos negativos con muestras tomadas en el momento febril o coprocultivo negativo en pacientes con más de siete días de evolución. La portación asintomática no debe ser notificada como caso.

VII.3.C. NOTIFICACIÓN

Los casos confirmados de fiebre tifoidea y paratifoidea constituyen eventos de notificación obligatoria al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) en el marco de la ley 15.465 y la res. 2827/2024[35].

Evento: Fiebre tifoidea y paratifoidea.

Estrategias de vigilancia: Clínica, Laboratorio y Epidemiología.

Modalidad de notificación: Individual (Nominal).

Periodicidad de notificación: Inmediata de casos confirmados.

Asimismo, las muestras de alimentos o agua que se analicen asociadas a brotes o casos deberán ser notificadas en la sección de laboratorio del caso al que esté asociado junto con sus resultados.

[35] Disponible en https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/eventos-de-notificacion-obligatoria

VII.4. Medidas ante casos

- Todos los casos sospechosos deben contar con diagnóstico bacteriológico y estudios de sensibilidad a los antibióticos para orientar el tratamiento adecuado.
- Notificar ante caso confirmado[36] al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) en forma inmediata.
- Realizar la investigación epidemiológica de todos los casos para identificar e interrumpir la posible fuente y vehículo de transmisión. La investigación incluye siempre un componente epidemiológico, bromatológico y ambiental por lo cual es importante la articulación de todos los actores involucrados para su abordaje.
- Es importante que los pacientes tratados de forma ambulatoria completen el tratamiento antibiótico prescripto, y sean informados adecuadamente acerca de las medidas de prevención: lavado de manos después de ir al baño, no preparar ni servir alimentos a otras personas hasta obtener el alta.
- Se recomienda la toma de muestra para hemocultivo en el pico de fiebre y de materia fecal (u otras infecciones extraintestinales) en el periodo agudo antes de iniciar el tratamiento con antimicrobianos.
- En el marco de la vigilancia nacional, los laboratorios que forman de la Red Nacional de Diarreas deberían derivar todos los aislamientos como *Salmonella spp*. -recuperados de diarreas y/o hemocultivos- y el 20% de las muestras en el caso que alcancen la serotipificación de la *Salmonella* y de los casos que no tengan residencia o antecedente de viaje a un lugar en el que estén sucediendo casos de fiebre paratifoidea, para subtipificación molecular y vigilancia genómica.
- El Ministerio de Salud se encuentra trabajando para actualizar las recomendaciones para el abordaje de portadores asintomáticos.

VII.5. Monitoreo salud ambiental

El acceso de la población al agua segura y la adecuada disposición de excretas son las principales medidas de salud pública para prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos y agua.

Intensificar las acciones orientadas al mejoramiento del saneamiento básico, la vigilancia de la calidad del agua para consumo humano, tanto en las fuentes, como en plantas de tratamiento y en el domicilio, atendiendo a:

- Fortalecer las acciones de vigilancia de la calidad del agua para consumo humano.
- Desarrollar acciones de búsqueda de otros posibles factores de riesgo ambiental que puedan aportar elementos a la caracterización, comprensión y control del brote.
- Gestionar con las empresas de servicios públicos mejoras en el abastecimiento de agua de consumo y reparaciones de la red en caso de ser necesario.
- Promover la mejora de las redes de eliminación de aguas servidas e intensificar los monitoreos de los parámetros luego de su tratamiento en los efluentes.

[36] En contexto de brotes o situaciones de transmisión continua se evaluarán medidas adicionales como la notificación desde la sospecha con el propósito de mejorar la oportunidad de la información para la búsqueda de la fuente de infección.

VII.6. Recomendaciones para la población

- **Usar agua segura**: para actividades como el lavado de manos, los dientes; preparación y cocción de alimentos, cocinar o lavar las verduras y frutas.; limpieza de superficies y utensilios; para beber o elaborar hielo, helados, jugos e infusiones; reconstitución de fórmulas lácteas, entre otros.
- **Agua de pozo:** Hervir 2-3 minutos o desinfectar con lavandina que indique en el rótulo "apta para desinfectar agua" y registrada en ANMAT, teniendo en cuenta las gotas de lavandina indicadas en el envase y dejarla reposar 30 minutos antes de utilizarla. Por ejemplo, para lavandina (55 gr Cl/l), colocar 2 gotas por cada litro de agua.
- **Reservorios de agua**: Limpiar con frecuencia los tanques, cisternas, etc. y verificar su estado (tapados, sin grietas).
- **Aguas de recreación:**

  • Clorar el agua de las piletas hogareñas.

  • Evitar el ingreso a piletas de personas con síntomas gastrointestinales y controlar si hay niños/as con pañales, que los mismos no contaminen el agua (recambio seguido de los mismos, recambio de agua inmediato ante la presencia de materia fecal).

  • Antes de ingresar a aguas recreativas verificar las características del agua. Esta debe ser transparente y debe estar libre de materias flotantes, espuma y no debe existir suciedad en el fondo de la pileta.

  • Evite nadar después de una lluvia fuerte.

- **Lavarse las manos:** con agua y jabón, después de ir al baño, cambiar pañales o estar en contacto con animales o sus heces, y antes de preparar y/o consumir alimentos.
- **Lavado de frutas y verduras:** Lavar cuidadosamente frutas y verduras con abundante agua segura, especialmente si se consumen crudas. En el caso de verduras de hoja, lavar hoja por hoja. Desinfectar con solución de agua segura y lavandina, teniendo en cuenta las siguientes pautas:
  I. Utilizar lavandina que indique en el rótulo "apta para desinfectar agua" y registrada en ANMAT.
  II. Utilizar la cantidad indicada en el envase y dejar actuar el tiempo que allí se menciona.
  III. Cantidad sugerida por litro de agua a utilizar:
  * Lavandina 25 gr Cl/litro: 5 ml. (medido con jeringa o tapa medidora de jarabe).

  * Lavandina 35 gr Cl/litro: 4 ml. (medido con jeringa o tapa medidora de jarabe)

  * Lavandina concentrada 55 gr Cl/litro: 2,5 ml. (medido con jeringa o tapa medidora de jarabe).

Esta etapa de desinfección es especialmente importante en cocinas de instituciones educativas, hospitales, lugares de residencia, restaurantes, comedores de entornos laborales, etc. También, durante la preparación de alimentos destinados a niños/as menores de 5 años, adultos mayores, personas gestantes y quienes tengan el sistema inmune debilitado. Dejar actuar por 10 minutos y enjuagar con abundante agua segura.

Alimentos listos para el consumo: Adquirir alimentos de este tipo en comercios habilitados y extremar los cuidados en la manipulación de los mismos ya que no serán sometidos a un proceso posterior de cocción antes de ser consumidos.

- Elija alimentos seguros. Consuma leche y derivados pasteurizados.
- Evite consumir alimentos que contengan el huevo crudo o poco cocido. Especialmente si se encuentra entre los grupos de mayor riesgo (niños, mujeres embarazadas, personas de la tercera edad e inmunosuprimidos).
- Separe carnes crudas (vacuna, ave o pescado) de otros alimentos en todo momento: cuando realiza las compras, al almacenar en heladera y durante la preparación de las comidas/platos.
- No lave pollo crudo o carne cruda antes de cocinarlos ya que esto propaga gérmenes en la cocina: sólo la cocción destruirá las bacterias presentes.
- Cocine completamente (por encima de 71°C en el centro del alimento) las carnes rojas, de ave, huevo y las preparaciones que los contengan.
- Una vez cocidos los alimentos deben mantenerse a una temperatura por encima de los 60°C, de lo contrario llevarlos a la heladera hasta el momento de su consumo.
- No deje las preparaciones por más de una hora a temperatura ambiente.
- Mantenga los alimentos elaborados con huevo crudo como la mayonesa, salsas, helados, cremas, masas de pastelería a temperaturas seguras (calientes por encima de 60ºC o refrigerados en la heladera) hasta su consumo. Tras su consumo, refrigerar los excedentes inmediatamente y desecharlos transcurridas las 24 horas

Control de plagas: evitar la presencia de vectores en las áreas de elaboración y consumo de alimentos, mediante la utilización de barreras físicas (telas mosquiteras, rejillas en desagües, etc.) y el adecuado manejo de residuos.

Cocinar adecuadamente pescados y mariscos.

Disponer de un adecuado tratamiento de excretas: Desechar los pañales descartables en bolsas bien cerradas. Desechar la materia fecal de los pañales de tela en baños o letrinas, y lavar bien los pañales con agua y jabón.

Consultar en forma temprana ante la presencia de síntomas: Ante la aparición de fiebre alta (>38°) de al menos tres días de evolución, mal estado general con o sin diarrea, dolor abdominal, constipación, consultar al servicio de salud**.**

Colaborar con la investigación epidemiológica: es necesario entrevistar a las personas con síntomas y antecedentes epidemiológicos para investigar la posible fuente de infección y poder controlarla para que no se produzcan nuevos casos, por lo cual es muy importante que las personas afectadas colaboren con la entrevista epidemiológica.

VII.7. Recomendaciones para personas en tratamiento por Fiebre Tifoidea

Los pacientes pueden seguir siendo portadores de la bacteria después de la desaparición de los síntomas, y por lo tanto pueden transmitirla a otras personas a través de las heces.

- Completar el tratamiento antibiótico indicado.
- Evitar preparar y servir alimentos hasta tener la confirmación de no portar más la bacteria, con lo que se reduce la probabilidad de transmisión.
- Lavarse minuciosamente las manos con agua y jabón después de ir al baño, y con mayor frecuencia.

- Someterse a pruebas de laboratorio para comprobar que no siguen siendo portadores de la bacteria cuando sea indicado.

Recomendaciones para personas que manipulan alimentos:

- Deben recibir capacitación en manipulación segura de alimentos y contar con el carnet habilitante para realizar dicha actividad.
- En caso de presentar alguno de los siguientes síntomas: fiebre continua, dolor de cabeza, malestar general, pérdida de apetito, decaimiento, diarrea, constipación, consultar de forma inmediata al sistema de salud y evitar realizar actividades de manipulación de alimentos hasta obtener el alta médica.

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha_de_notificacion_de_fiebre_tifoidea_y_paratifoidea.pdf

---

VIII. Enfermedad invasiva por Streptococcus *pyogenes* (Streptococcus β - hemolítico del grupo a) – Informe Epidemiológico

VIII.1. Introducción

Streptococcus pyogenes, también conocido como *Streptococcus* del grupo A (SGA), es una bacteria Gram positiva responsable de más de 500.000 muertes anuales en todo el mundo. El reservorio es el humano, formando parte de su flora normal de la piel y faringe, por lo que las personas pueden ser portadoras asintomáticas. La infección por estreptococos del grupo A causa generalmente patologías leves como amigdalitis, faringitis, impétigo, celulitis y escarlatina, pero en raras ocasiones puede provocar enfermedades invasivas (SGAI), potencialmente mortales como fascitis necrosante, síndrome de shock tóxico estreptocócico y otras infecciones graves, así como enfermedades posinmunes, como glomerulonefritis post estreptocócica, fiebre reumática aguda y cardiopatía reumática.

La transmisión ocurre por contacto directo con una herida en una persona infectada o a través de gotitas eliminadas con la tos, los estornudos o al hablar. El período de incubación para la enfermedad varía de acuerdo a la presentación clínica, entre 1 a 3 días. La faringitis se diagnostica mediante cultivos bacterianos y se trata con antibióticos. El tratamiento de elección es la penicilina. Su eficacia clínica se basa en la excelente sensibilidad que presentan a este antibiótico todas las cepas del agente causal. El tratamiento adecuado con antibiótico transcurridas las primeras 24 horas elimina la capacidad de propagación, permitiendo la reincorporación a las actividades habituales. La higiene de las manos y la higiene personal pueden ayudar a controlar la transmisión.

En menor medida, existe posibilidad de transmisión a partir del contacto con superficies contaminadas o de la ingesta de alimentos contaminados.[37] En el ambiente puede sobrevivir en superficies secas de 3 días a 6 meses y en alimentos como: la leche cruda y pasteurizada, unas 96 horas; la manteca, unas 48 horas y las ensaladas y helados, varios días.

El reservorio incluye la piel, lesiones y mucosa orofaríngea, genital y anal de humanos.

El objetivo de la vigilancia es reconocer y monitorear la frecuencia y distribución de la enfermedad en la población, las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de las infecciones invasivas por *S. pyogenes*, en Argentina.

VIII.2. Cronología de la Vigilancia Epidemiológica de SGAI en Argentina

La vigilancia epidemiológica de estas infecciones comenzó a partir del año 2017 en Argentina, mediante la estrategia de redes de laboratorio, a partir de la Red Nacional de Infecciones Bacterianas del SNC, Respiratorias y Sistémicas. Posteriormente, a raíz de la presentación en 2018 de casos en población pediátrica con evolución tórpida y concentrados en mismo lugar y tiempo, se implementó en la SE37 de ese año una vigilancia nominalizada mediante el Sistema

[37] https://www.health.ny.gov/es/diseases/communicable/streptococcal/group_a/fact_sheet.htm#:~:text=Estas%20bacterias%20se%20contagian%20por,o%20en%20una%20herida%20infectada.

Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), y se publicaron recomendaciones ante la aparición de casos graves[38].

El siguiente hito fue en diciembre de 2022, cuando la OMS[39] notificó del aumento en la incidencia de escarlatina, así como de infecciones invasivas por SGA (SGAI) en al menos cinco países de la región europea, y la OPS notificó de un aumento de casos en Uruguay[40], recomendando a todos los países fortalecer la vigilancia epidemiológica de este evento. En consecuencia, el Ministerio de Salud de la Nación intensificó y sensibilizó la vigilancia a partir de la publicación de un alerta epidemiológica[41] y de la inclusión de las infecciones invasivas por SGA dentro del listado de Eventos de Notificación Obligatoria.

Desde la Semana Epidemiológica 26 de 2023[42,43], se publica de manera periódica una actualización epidemiológica en el Boletín Epidemiológico Nacional.

Teniendo en cuenta la importancia de este evento en población pediátrica, se presenta en este informe la situación en población general y en menores de 20 años.

Se presenta a continuación el resultado de un análisis descriptivo en base a los datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Los objetivos del mismo fueron describir la frecuencia, las características clínicas, epidemiológicas, así como microbiológicas de las SGAI en Argentina, entre 2018 y 2025, en población general y en menores de 20 años.

VIII.3. Situación epidemiológica de SGAI en población general (2018-2024)

Para el presente análisis se consideraron los casos confirmados por laboratorio o por clasificación manual en acuerdo con la normativa de vigilancia, en población general entre 2018 y 2024.

VIII.3.A. INTRODUCCIÓN

Entre el año 2018 y 2024 se notificaron en Argentina 1833 casos de infección invasiva por *Streptococcus pyogenes* (SGAI) de los cuales 214 (11,7%) corresponden a casos fallecidos. La tasa de incidencia fue de 4 casos cada 100.000 habitantes y la tasa de mortalidad de 4,6 por millón de habitantes.

[38] Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones ante la aparición de casos graves provocados por una bacteria [Internet]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/noticias/recomendaciones-ante-la-aparicion-de-casos-graves-provocados-por-una-bacteria

[39] Organización Mundial de la Salud. Aumento de la incidencia de la escarlatina y de infecciones invasivas por estreptococos del grupo A en varios países [Internet]. Ginebra; 2022 dic [citado 17 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON429

[40] Organización Panamericana de la Salud. Nota Informativa: Casos de enfermedades causadas por estreptococo del grupo A en Uruguay [Internet]. 2022 dic. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/nota-informativa-casos-enfermedades-causadas-por-estreptococo-grupo-uruguay

[41] Ministerio de Salud de la Nación. Casos de enfermedad invasiva por estreptococo del Grupo A (Streptococcus pyogenes) [Internet]. Argentina; 2022 dic. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-informa-la-situacion-epidemiologica-de-streptococcus-pyogenes-0

[42] Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Integrado de Vigilancia N 423 SE 38 | 2018. septiembre de 2018;31-5. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_423_se38.pdf

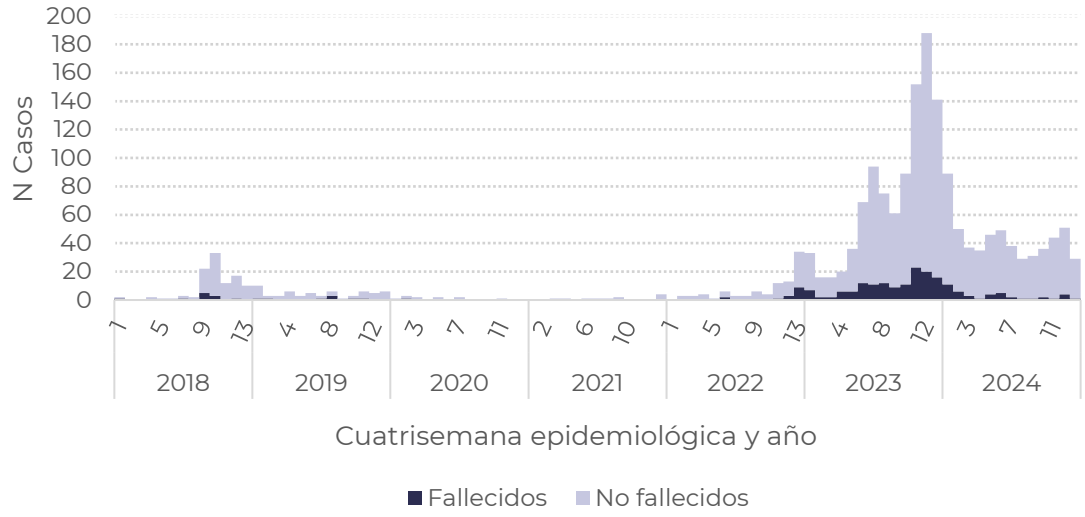
[43] Salud informa la situación epidemiológica de Streptococcus pyogenes. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-informa-la-situacion-epidemiologica-de-streptococcus-pyogenes

Respecto a la notificación según evento, el 3% de los casos entre 2018 y 2024 fueron registrados en el evento "Meningoencefalitis", el 13% como "Infección respiratoria aguda bacteriana" y el 84% restante, en "Otras infecciones invasivas".

VIII.3.B. DISTRIBUCIÓN TEMPORAL

Considerando el período comprendido entre SE01/2018[44] y SE52/2024 la curva de casos permite observar un aumento con un primer pico en cuatrisemana (CSE) 10 de 2018, coincidiendo con la incorporación a la vigilancia a través del SNVS en SE37/2018 referida más arriba. Posteriormente, se observa un bajo número de casos hasta 2020-2021 donde solo se registran casos esporádicos (coincidiendo con los primeros dos años de la pandemia por COVID-19). Hacia fines de 2022 se registra un aumento del número de casos, alcanzando un pico en noviembre-diciembre de 2023, y notificándose casos durante todas las CSE desde entonces. Desde 2024 se observa una notificación estable en un rango entre 29 y 89 casos por CSE a nivel nacional.

Gráfico 1. Casos de SGAI según cuatrisemana epidemiológica y año. Argentina. Periodo 2018 a 2024. (N=1.833)

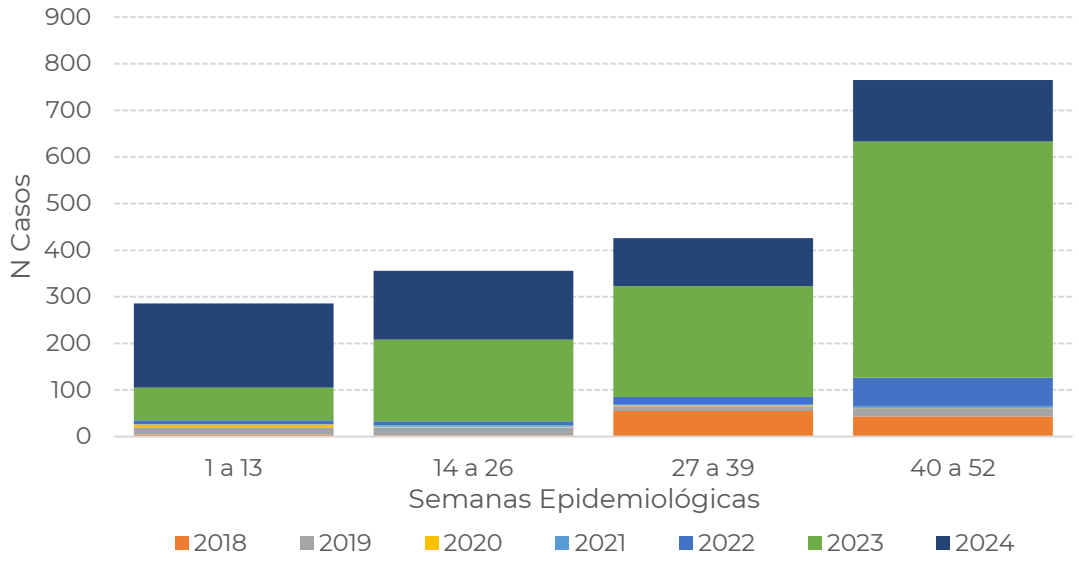


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

En lo que refiere a la estacionalidad, se observa que el mayor número de casos entre los años 2018 y 2023 se concentró entre las semanas 40 y 52 de cada año, sin embargo, puede identificarse en la curva de casos (Gráfico 1) un cambio notorio en este patrón de estacionalidad durante el año 2024, período en el cual no se observa una mayor cantidad de casos durante la primavera (Gráfico 2).

[44] El SNVS2.0 comenzó a funcionar como sistema oficial de notificacion en la SE18 de 2018. Los casos registrados con fechas previas fueron aportados de manera retrospectiva.

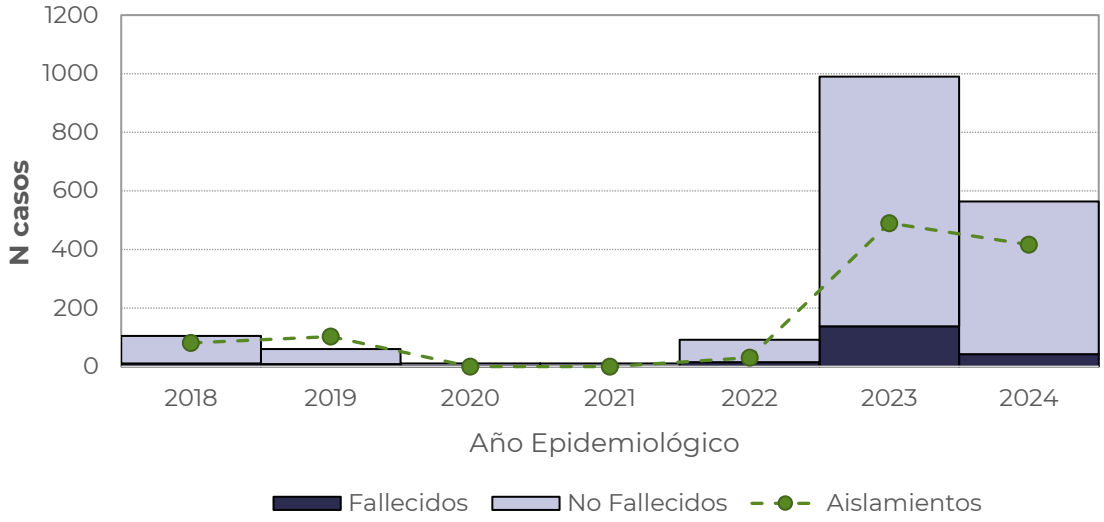
Gráfico 2. Estacionalidad de casos de SGAI según semana epidemiológica y año. Argentina, 2018 a 2024. (N=1.833)



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

En cuanto a la cantidad de casos por año, como puede observarse en el gráfico 3, el mayor número de casos se presentó en 2023 (990) seguido de 2024 (564). Durante el período comprendido entre 2018 y 2024, el LNR llevó a cabo la subtipificación molecular de 1120 aislamientos de SGAI. Es importante destacar que, durante los años 2020 y 2021, las actividades de vigilancia genómica de SGAI fueron suspendidas debido a la emergencia sanitaria ocasionada por la COVID-19. Por lo tanto, la ausencia de datos en ese período no refleja la situación epidemiológica real (Gráfico 3).

Gráfico 3. Casos notificados y aislamientos derivados para subtipificación de SGAI, según año. Argentina. 2018 a 2024. (N=1.833)

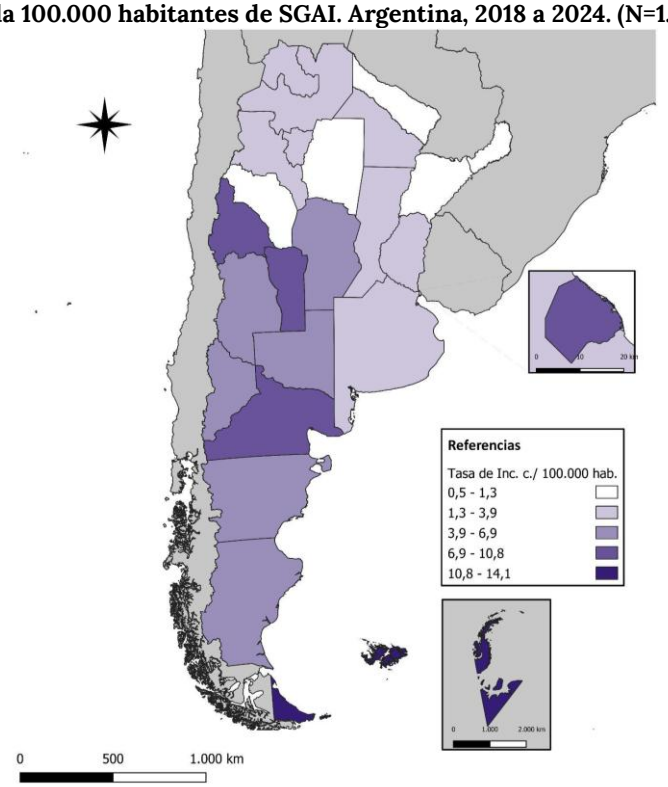


Fuente: LNR (Servicio Bacteriología Especial, Departamento de Bacteriología, INEI ANLIS Malbrán) y Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

VIII.3.C.DISTRIBUCIÓN ESPACIAL

Respecto a la distribución territorial, se observaron incidencias acumuladas de notificación diferenciales por jurisdicción, que van desde 0,5 a 14,1 casos por 100.000 habitantes en el período analizado. Si bien en el período analizado todas las jurisdicciones del país registraron casos, es posible que parte de los diferenciales se deban a la sensibilidad de los sistemas de vigilancia.

Mapa 1. Incidencia cada 100.000 habitantes de SGAI. Argentina, 2018 a 2024. (N=1.833)

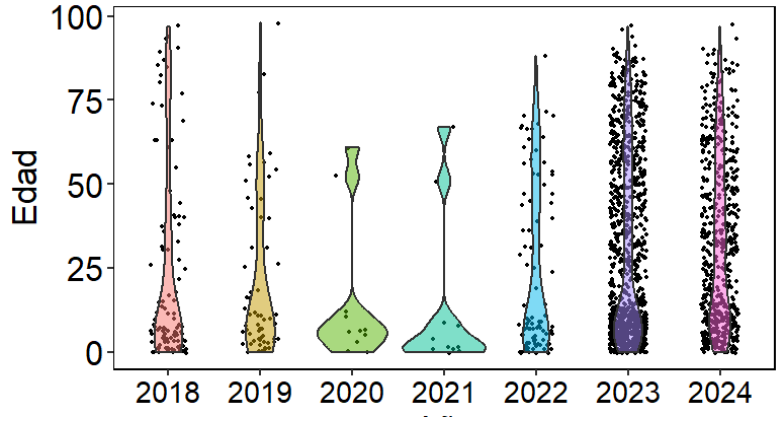


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

VIII.3.D. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

Entre 2018 y 2024, en lo que respecta a la distribución por edad, se notificaron casos en todos los grupos con diferencias en magnitud y según año, tal cual se observa en los gráficos 4 y 5.

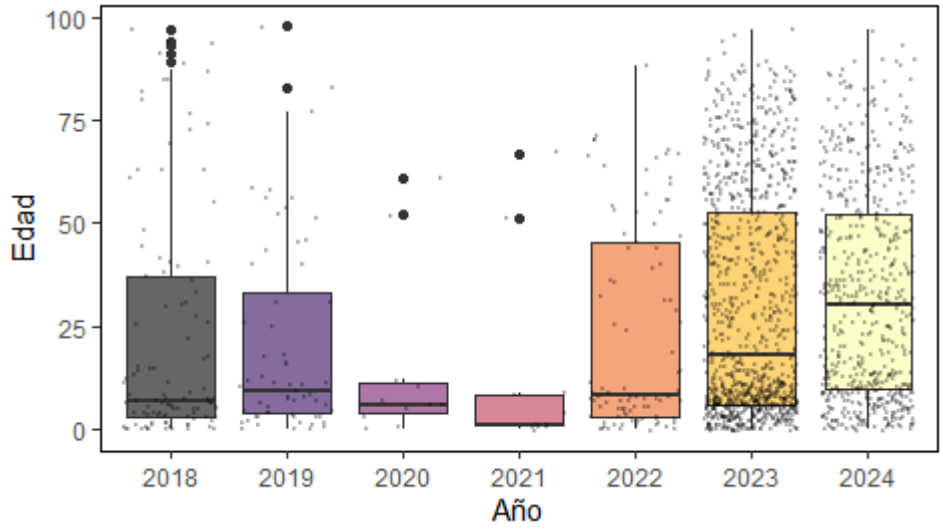
Gráfico 4. SGAI: gráfico de violines de casos, según edad y año. Argentina. Periodo 2018 a 2024. (N=1.833)



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

La mediana de edad pasó de 7 años en 2018 (con 105 casos notificados) (RIC:3-37) a 30 años en 2024 (con 564 casos notificados) (RIC:10-52), como se observa en el gráfico 5.

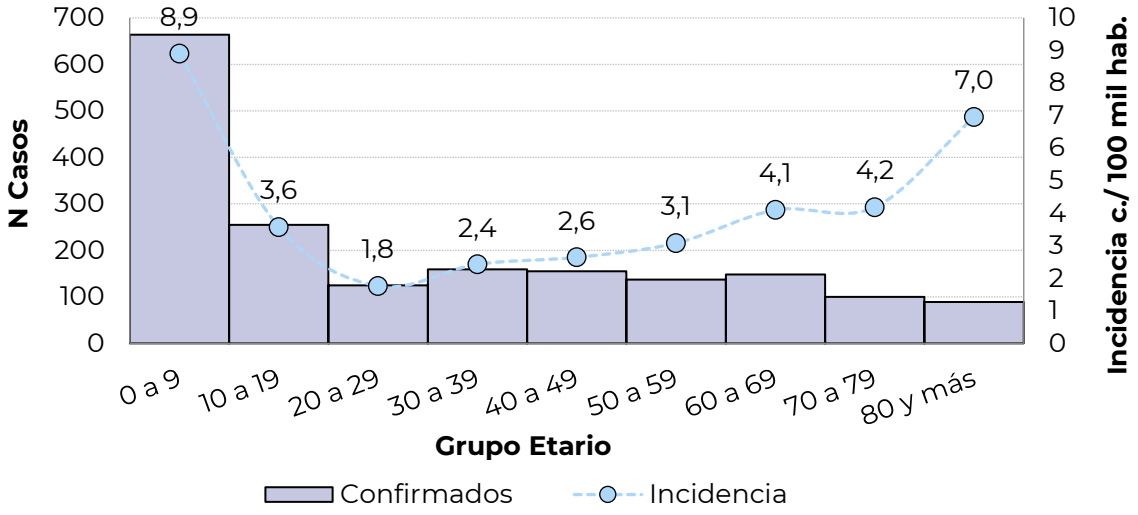
Gráfico 5. Boxplot de casos de SGAI según edad y año. Argentina. Periodo 2018 a 2024. (N=1.833)



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

Entre 2018 y 2024, las tasas de incidencia por grupo de edad muestran que las poblaciones más afectadas corresponden a los extremos de la vida, con 8,9 casos cada 100.000 habitantes en el grupo de 0 a 9 años seguida por el grupo de 80 años y más con 7 casos cada 100.000 habitantes. El mayor número de casos confirmados se registró entre los 0 y 9 años (664), seguido del grupo de 10 a 19 años (255).

Gráfico 6. Casos confirmados y tasa de incidencia de infección invasiva por *S. pyogenes*, según grupo etario. Argentina. Periodo 2018 a 2024. (N=1.833)*

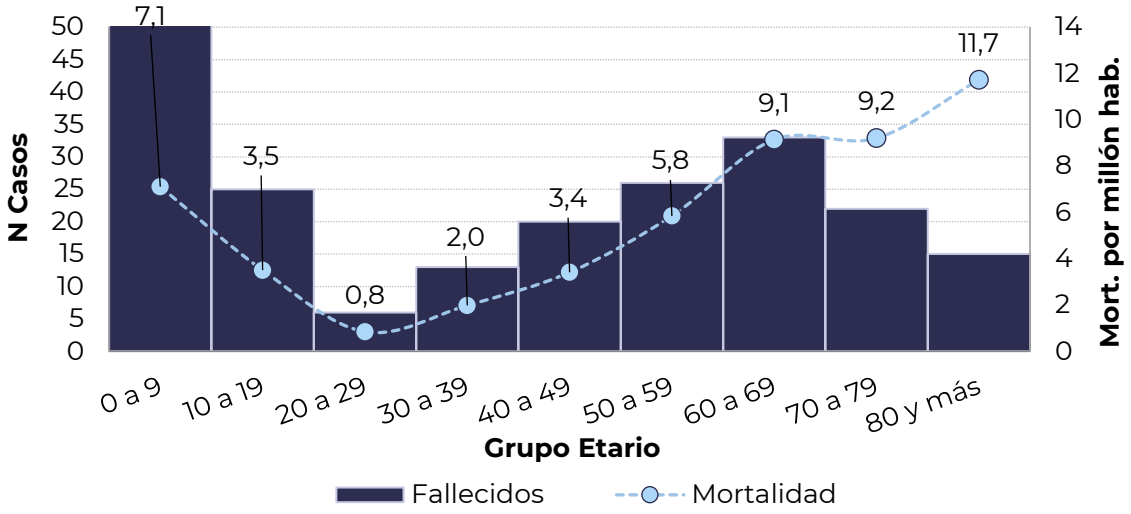


* Uno de los casos no presenta información sobre edad.

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

Hubo casos fallecidos en todos los grupos etarios, con una mayor mortalidad por millón de habitantes en mayores de 60 años (entre 9,1 y 11,7), seguidos por el grupo de menores de 10 años (7,1) y con la menor mortalidad en los adultos jóvenes.

Gráfico 7. Casos fallecidos y tasa de mortalidad por millón de habitantes por infección invasiva por *S. pyogenes*, según grupo etario. Argentina, 2018 a 2024. (n=213)*



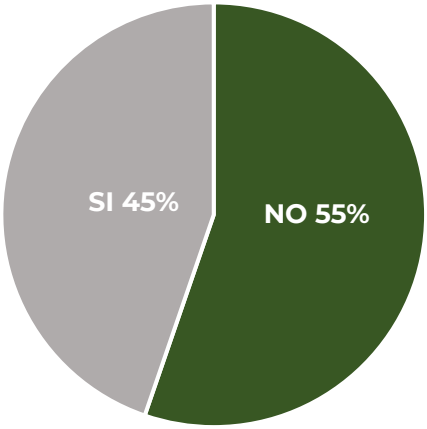
* Uno de los casos no presenta información sobre edad.

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

VIII.3.E. GRAVEDAD

Entre 939 casos que contaron con registro de información de ingreso a UCI, 420 (45%) requirieron cuidados intensivos.

Gráfico 8. Casos confirmados con información de ingreso a UCI, según ingreso. SGAI. Argentina, 2018 a 2024. (n=939)

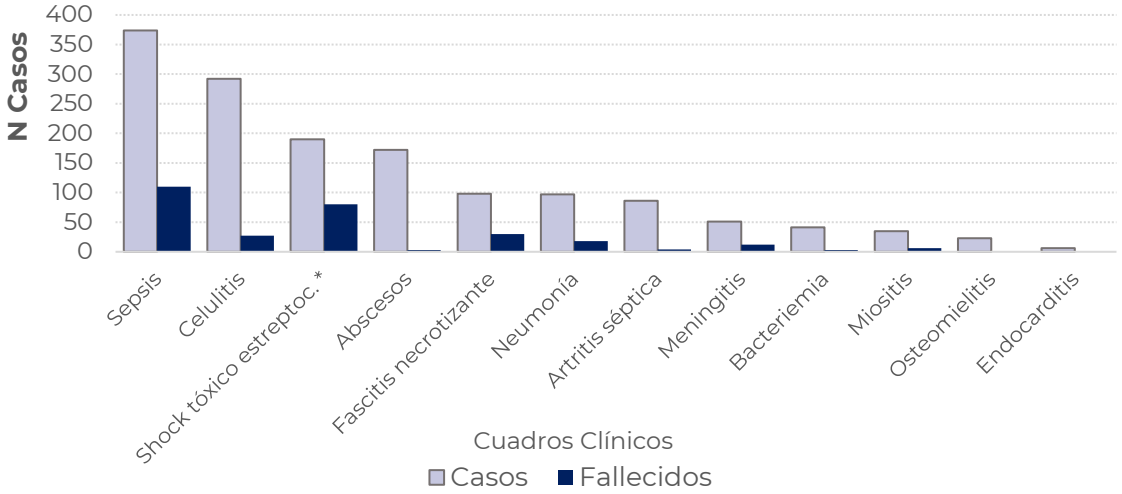


Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

VIII.3.F. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA

Las presentaciones clínicas más frecuentes fueron sepsis, shock tóxico estreptocóccico e infección severa de piel y partes blandas, agrupando estas tres el 79,3% de los casos.

Gráfico 9. Cuadros clínicos más frecuentes en casos confirmados y fallecidos por SGAI. Argentina. Periodo 2018 a 2024. (n=1.079)

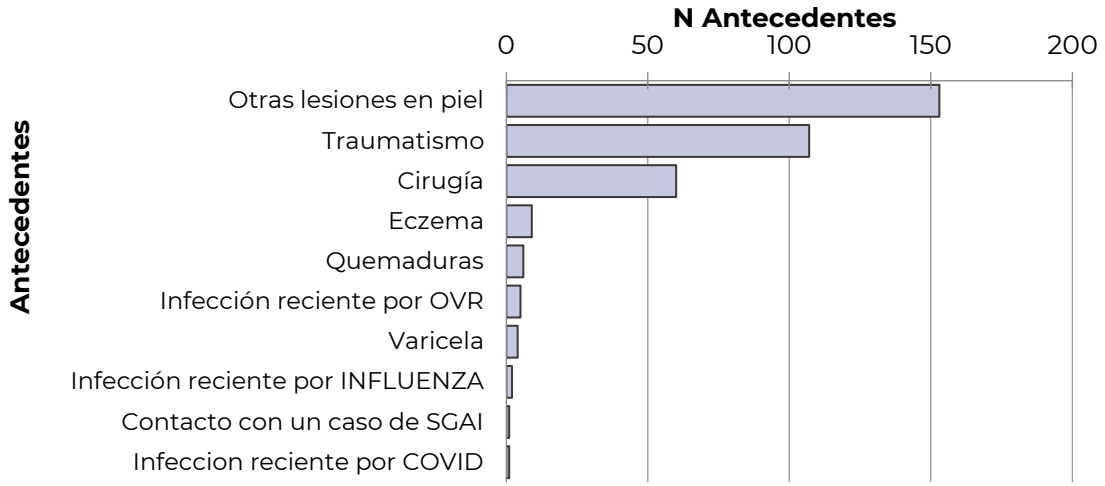


** Se incluyeron dentro de la categoría shock tóxico estreptocócico aquellos que tenían referido ese cuadro clínico o quienes tenían referido shock séptico y aislamiento de SGA en sitio estéril.*

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

Los antecedentes más frecuentes registrados en casos confirmados de SGAI en población general entre 2018 y 2024 fueron lesiones en piel, traumatismos o cirugía. Hubo información consignada para 310 casos. Cada caso puede presentar uno o más antecedentes.

Gráfico 10. Número de antecedentes más frecuentes en casos confirmados. SGAI. Argentina. Periodo 2018 a 2024. (n=310)

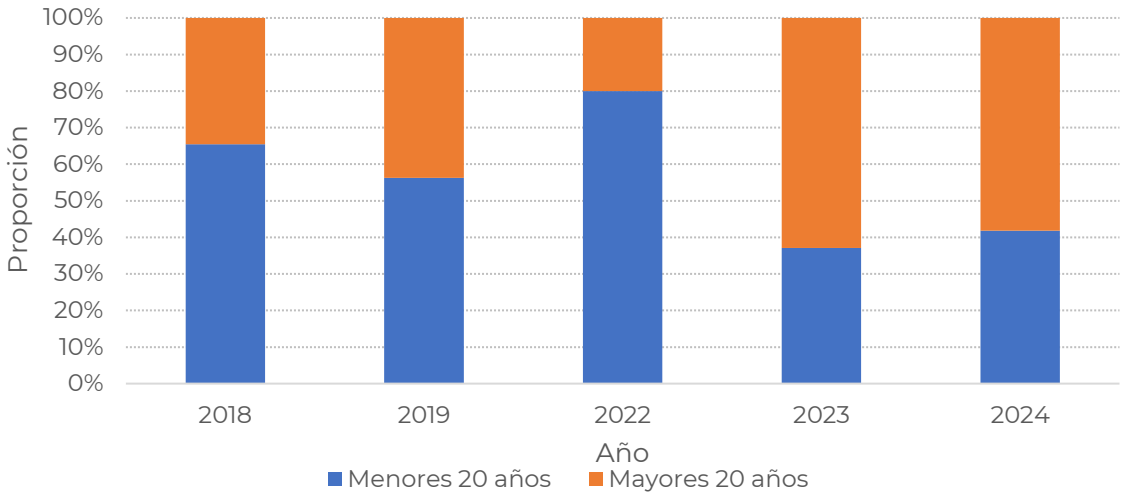


Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

VIII.3.G. CARACTERIZACIÓN GENÓMICA (2018-2024)

El porcentaje de aislamientos analizados según grupo etario varió a lo largo del período estudiado, como se muestra en el gráfico 11.

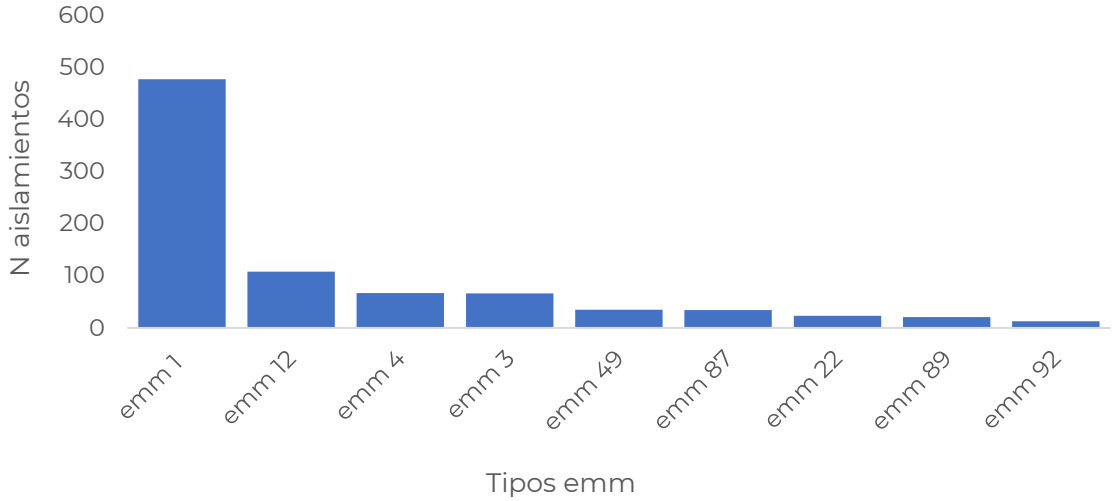
Gráfico 11. Distribución porcentual de aislamientos de SGAI analizados según grupo etario y año. Argentina. Periodo 2018 a 2024.



Fuente: LNR (Servicio Bacteriología Especial, Departamento de Bacteriología, INEI ANLIS Malbrán) y Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

El clon M1, (incluido todos sus linajes), se identificó como el más frecuente durante el período estudiado, representando el 42,5% de los aislamientos analizados, según se observa en el gráfico 12.

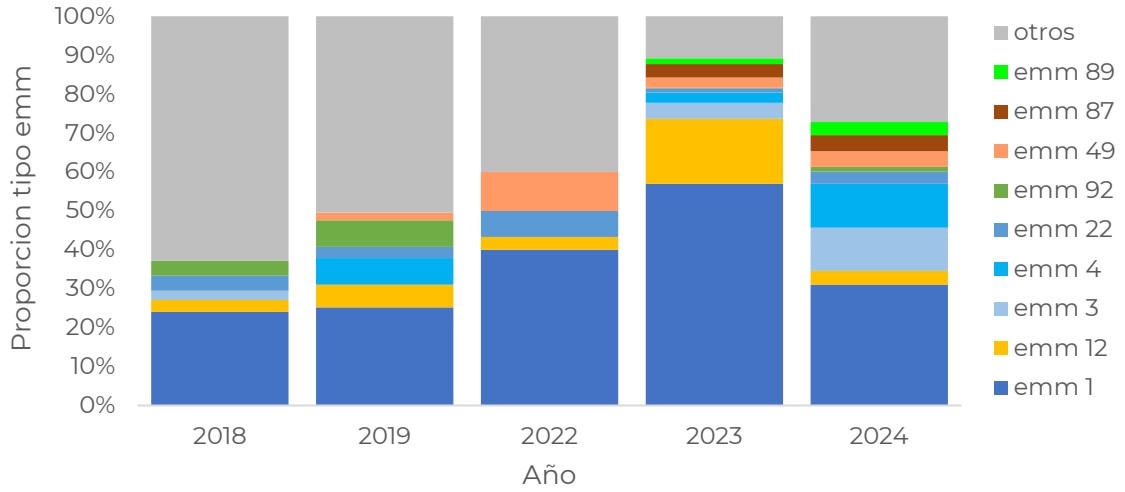
Gráfico 12. Número de aislamientos de tipos emm. Argentina. Periodo 2018 a 2024.



Fuente: LNR (Servicio Bacteriología Especial, Departamento de Bacteriología, INEI ANLIS Malbrán) y Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

Este clon es particularmente relevante en el ámbito clínico, ya que se asocia frecuentemente con infecciones invasivas graves, como la fascitis necrotizante y el síndrome de shock tóxico. No obstante, la frecuencia de otros tipos emm no permaneció constante, mostrando una dinámica variable a lo largo de los años, como se detalla en el Gráfico 13.

Gráfico 13. Distribución de tipos emm por año. Argentina. Periodo 2018 a 2024.

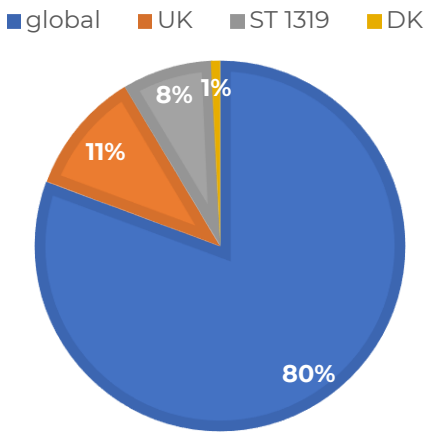


Fuente: LNR (Servicio Bacteriología Especial, Departamento de Bacteriología, INEI ANLIS Malbrán) y Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

En 2023, se observó una disminución en la heterogeneidad de los tipos emm en la población de aislamientos estudiados, lo que refleja un cambio significativo en la dinámica epidemiológica de las infecciones por SGA. De un total de 490 aislamientos analizados, se identificaron 23 tipos emm diferentes, con una marcada predominancia de los clones M1 y M12, que agruparon al 74% de los aislamientos. Esta concentración en un número reducido de tipos emm sugiere una posible presión selectiva o una mayor capacidad de diseminación de estos clones en el contexto epidemiológico de ese año. (Gráfico 13)

El LNR (Laboratorio Nacional de Referencia, Servicio Bacteriología Especial, Departamento de Bacteriología, INEI-ANLIS Malbrán*)* identificó la emergencia de dos linajes distintos del clon M1 durante 2023. El primero, conocido como linaje hipervirulento internacional M1-UK, caracterizado por mutaciones que aumentan la producción de SpeA, ha mostrado una ventaja de aptitud en patogenicidad, permitiendo persistir a través de cuellos de botella poblacionales y conducir a epidemias en regiones con inmunidad decreciente. El segundo linaje, denominado M1-ST1319, es un clon local que emergió inicialmente en la provincia de Tierra del Fuego y que posteriormente se dispersó a otras jurisdicciones del país. Este clon se distingue por la adquisición del gen del superantígeno SpeC, lo que le otorga una ventaja adaptativa en términos de patogenicidad y capacidad de colonización. (Gráfico 14)

Gráfico 14. Distribución de linajes M1. Argentina. Año 2023.



Fuente: LNR (Servicio Bacteriología Especial, Departamento de Bacteriología, INEI ANLIS Malbrán) y Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

En 2024, la heterogeneidad de tipos emm de SGAI en Argentina volvió a niveles similares al período prepandemia, con 416 aislamientos distribuidos en 45 tipos emm. (Gráfico 13)

La prevalencia del tipo emm 1 disminuyó significativamente, del 46% en 2023 al 31% en 2024. Además, el tipo emm 12, que fue prominente en 2023, fue desplazado por emm3, emm4, emm49 y emm87. Este cambio sugiere una dinámica competitiva entre linajes, posiblemente influenciada por la inmunidad poblacional adquirida tras la exposición a emm1 y emm12 en años anteriores.

La recuperación de la diversidad en 2024 probablemente refleja la normalización de las interacciones sociales tras el levantamiento de las restricciones pandémicas, lo que permitió una mayor circulación y mezcla de linajes bacterianos. Este fenómeno es consistente con observaciones globales, donde la diversidad de emm está influenciada por factores como la densidad poblacional y el acceso a la atención médica (Cuadro 1).

Cuadro 1. Comparación de la Distribución de Tipos emm en Argentina (2023 vs. 2024)

Tipo emm	Prevalencia 2023 (%)	Prevalencia 2024 (%)	Notas
emm1	46	31	Disminución significativa; linajes hipervirulentos (emm1-UK, emm1-ST1319) también reducidos.
emm12	28	Desplazado	Reemplazado por emm3, emm4, emm49, emm87.
emm3	Menor	Aumentado	Emergente en 2024; asociado a infecciones invasivas.
emm4	Menor	Aumentado	Emergente en 2024; frecuente en faringitis.
emm49	Menor	Aumentado	Emergente en 2024; reportado en infecciones invasivas en otras regiones.
emm87	Menor	Aumentado	Emergente en 2024; asociado a infecciones diversas.

Fuente: LNR (Servicio Bacteriología Especial, Departamento de Bacteriología, INEI ANLIS Malbrán) y Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

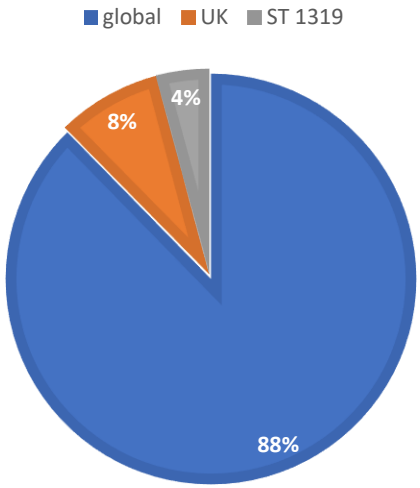
La reducción en la incidencia de emm12 en 2024 podría estar relacionada con el descenso observado en los casos de SGAI en la población pediátrica. En 2023, emm12 estuvo particularmente asociado con infecciones en este grupo etario, contribuyendo a un aumento en los casos de SGAI. La disminución de este serotipo en 2024 podría haber contribuido a una menor carga de enfermedad invasiva en niños, aunque se necesitan más estudios para confirmar esta relación.

Clones hipervirulentos

Linajes intra-M1

Se observó una disminución en la circulación de M1-UK y M1-ST 1319 en 2024 respecto a lo observado en 2023 (Gráfico 15). Este hallazgo es consistente con los ciclos naturales de expansión y declive de *S. pyogenes*, donde ciertos clones predominan temporalmente y luego son reemplazados debido a la presión inmunológica o la competencia entre linajes.

Gráfico 15. Distribución de linajes M1. Argentina, 2024.



Fuente: LNR (Servicio Bacteriología Especial, Departamento de Bacteriología, INEI ANLIS Malbrán) y Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

A diferencia de otros países, los linajes hipervirulentos M1-UK y M1-DK no fueron exitosos en su expansión y no reemplazaron aún al clon M1-global. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Comparación Global: Éxito de M1-UK en otros países.

Región	Prevalencia M1-global	Prevalencia M1-UK	Prevalencia M1-ST1319	Notas
Argentina	Alta (dominante)	Baja (<10 %)	Baja (<5%)	
Reino Unido[45]	Baja (reemplazada)	Alta (dominante)	No detectada	M1-UK dominante en el brote de 2022; expansión rápida post-COVID.
Australia[46]	Baja (minoritaria)	Alta (mayoritaria)	No detectada	M1-UK predominante en infecciones graves; repertorio tóxico novedoso.
EEUU[47]	Moderada	En aumento	No detectada	Expansión observada entre 2019-2021; aún no dominante.

Clon M3

En el informe incluido en el BEN N°695, 2024, se hizo referencia al resurgimiento del clon M3, el cual fue responsable de conglomerados de casos asociados a enfermedad invasiva grave en niños que ocurrieron en las provincias de Neuquén y Rio Negro durante el último semestre de 2017 (BIV N° 423) y luego su circulación disminuyó y fue desplazado por el clon M12. Desde la SE 49 de 2023 se observó una tendencia de cambio de frecuencia del clon M12 y el clon M3. Notablemente, se ha identificado una mayor prevalencia del clon M3 en los aislamientos provenientes de casos de neumonía grave. Los aislamientos del tipo emm 3 analizados se agrupan en los ST15 y ST315, que muestran diferencias en su viruloma, específicamente en la presencia o ausencia de las exotoxinas SpeA. Los clones M3 deben ser monitoreados ya que son altamente virulentos, y forman parte de los serotipos de SGAI más comunes de enfermedades estreptocócicas invasivas y tóxicas.

Clon M4

El tipo emm 4 de *S. pyogenes* se ha asociado históricamente con enfermedades leves, como la faringitis. Sin embargo, durante la alerta global de 2022, se identificó un clon emm 4 hipervirulento asociado a enfermedad invasiva que reemplazó progresivamente a las cepas históricas de este tipo en Estados Unidos y Canadá[1]. Este mismo fenómeno de desplazamiento fue observado posteriormente en los Países Bajos[2]. Este nuevo linaje, denominado M4NL22, se distingue por ser acapsular y exhibir una mayor virulencia, la cual está determinada por pequeñas variaciones endógenas en su genoma, en lugar de la adquisición de ADN exógeno, como ocurre en otros tipos emm. Aunque presenta un repertorio reducido de superantígenos, este clon ha demostrado una mayor capacidad patogénica en modelos animales y en humanos, lo que pone de manifiesto la complejidad de los factores que pueden contribuir al éxito de un linaje bacteriano.

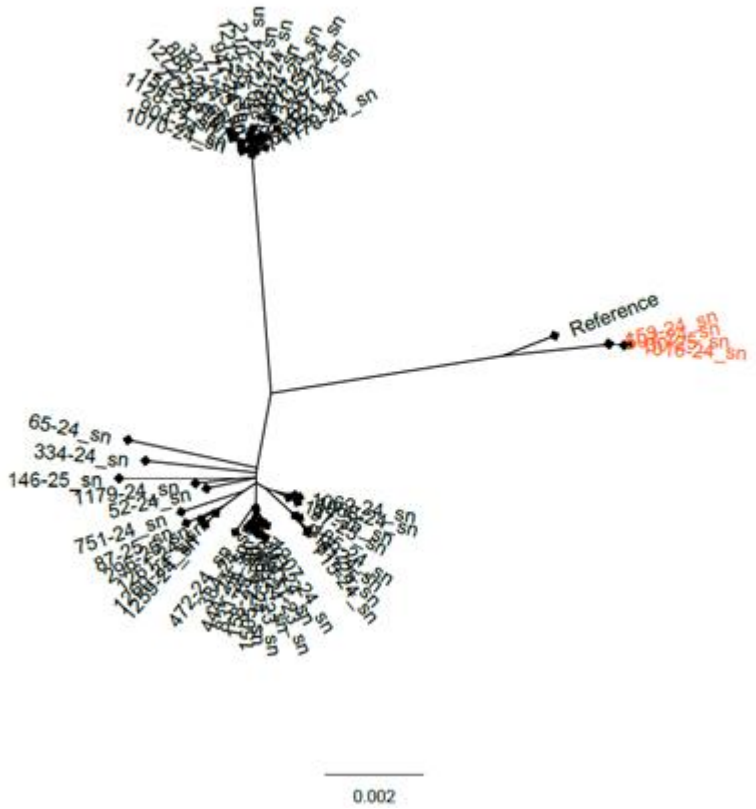
Debido a estos hallazgos internacionales, en el LNR se llevó a cabo una búsqueda específica de aislamientos invasivos de *S. pyogenes* del tipo emm4 entre las muestras recibidas durante los años 2023-2025. Mediante el uso de herramientas de genómica poblacional, fueron caracterizados los linajes circulantes en el ámbito local y se evaluó su relación con los patrones

[45] Vieira y col. (2024) Nat Commun 10;15(1):3916.
[46] Davies y col. (2023) Nat Commun 24;14(1):1051.
[47] Berbel y col. (2022) Microorganisms 10.12: 2316.

descritos a nivel global. Este análisis permitió generar datos propios y actualizados sobre la situación en Argentina. Todos los aislamientos de M4 estuvieron caracterizados por la presencia de los factores de virulencia smeZ, speB, speC y ssa. Y la ausencia del operón hasABC, lo que le confiere su característica de acapsularidad y se identificaron 4 aislamientos correspondientes al linaje hipervirulento M4NL22 durante este período (Figura 1).

Estos aislados estuvieron asociados a infección de piel y partes blandas post cirugía (1), absceso periamigdalino (1), bacteriemia con foco en piel y partes blandas (1) y fascitis necrotizante (1). Los casos ocurrieron en las provincias de Rio Negro, Neuquén y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Figura 1. Árbol filogenético de máxima verosimilitud construido a partir de SNPSs de los aislamientos de emm 4 contra la cepa de referencia Duke, utilizada para el mapeo. El clado naranja correponde al linaje hipervirulento M4NL22.



Fuente: LNR (Servicio Bacteriología Especial, Departamento de Bacteriología, INEI ANLIS Malbrán) y Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

VIII.4. Tendencias en los Perfiles de Sensibilidad a los Antimicrobianos de *S. pyogenes* 2020-2023

Programa Nacional de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos, Red WHONET – Argentina

S. pyogenes puede causar diversas infecciones, como faringitis, fascitis necrotizante y síndrome de shock tóxico. Los antimicrobianos de primera elección para su tratamiento son penicilina o ampicilina. En pacientes alérgicos a penicilina, los macrólidos, como eritromicina y clindamicina, representan una alternativa terapéutica efectiva.

Durante el período 2020-2023, se evaluó el perfil de sensibilidad a los antimicrobianos de 4,742 aislamientos de *S. pyogenes* causantes de infección, procedentes de la Red Nacional de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos (WHONET – Argentina). Los aislamientos se recuperaron de episodios de infección (uno por paciente) en 93 instituciones hospitalarias distribuidas en las 24 jurisdicciones del país. La sensibilidad a los antimicrobianos se evaluó mediante métodos de difusión con discos y/o sistemas automatizados, interpretándose según CLSI 2025. Los datos se analizaron con los softwares WHONET 5.6 y ATBExpert 1.2, considerando cambios estadísticamente significativos cuando $p < 0,05$ (Test de Fisher).

De los 4.742 aislamientos, el 88,1% provino de muestras de faringe, el 4,1% de sangre, el 4,1% de piel y partes blandas, y el 3,7% de otros sitios. El 89,2% correspondió a pacientes entre 1 y 20 años.

Al comparar los períodos 2020-2021 y 2022-2023, se observó:

1. Aumento en el número de aislamientos, de 572 a 4.160.
2. Incremento en los aislamientos de sangre, de 47 a 149.
3. Mejora en la sensibilidad a eritromicina, de 92,4% a 95,2%, y a clindamicina, de 94,2% a 97%.
4. Sin cambios en la sensibilidad a levofloxacina, que se mantuvo en 97,3%.
5. 100% de sensibilidad a penicilina.

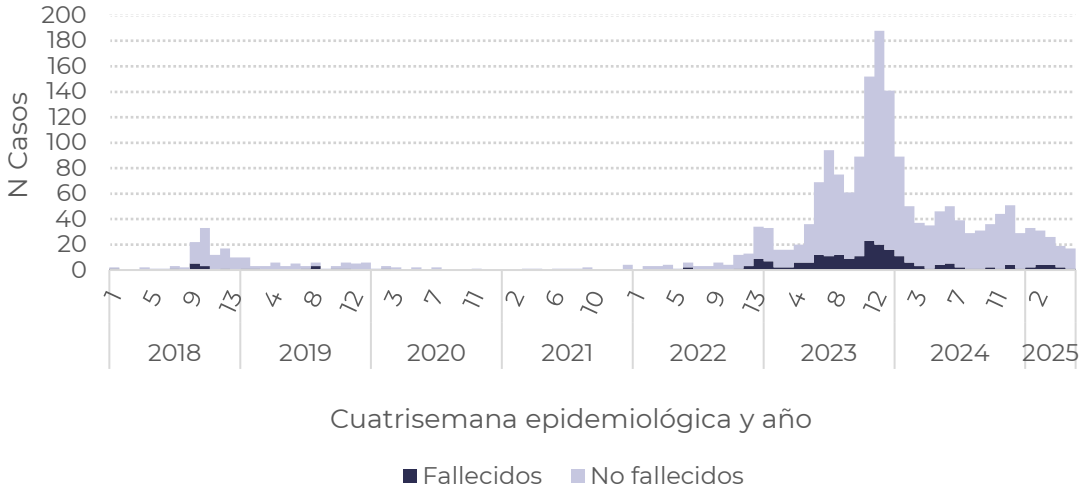
El aumento en el número de aislamientos de *S. pyogenes* en 2022-2023 podría deberse, en parte, al menor número de casos en 2020-2021 debido a las restricciones por COVID-19 (ASPO/DISPO), así como, en menor medida, al incremento en casos de enfermedad invasiva en 2023. En cuanto al perfil de sensibilidad, *S. pyogenes* continúa siendo altamente sensible a macrólidos, lincosamidas y fluoroquinolonas, con porcentajes de sensibilidad superiores al 97%. Las penicilinas mantienen su eficacia en esta especie, conservando su invariable sensibilidad, similar a lo reportado a nivel global.

VIII.5. Situación epidemiológica actual en población general (2025)

Entre SE01/2025 y SE20/2025 se notificaron en Argentina 126 casos de infección invasiva por *Streptococcus pyogenes* (SGAI) de los cuales 13 (10,3%) corresponden a casos fallecidos.

Se observa en la curva de casos un descenso en 2025 respecto a los casos de 2024 y 2023.

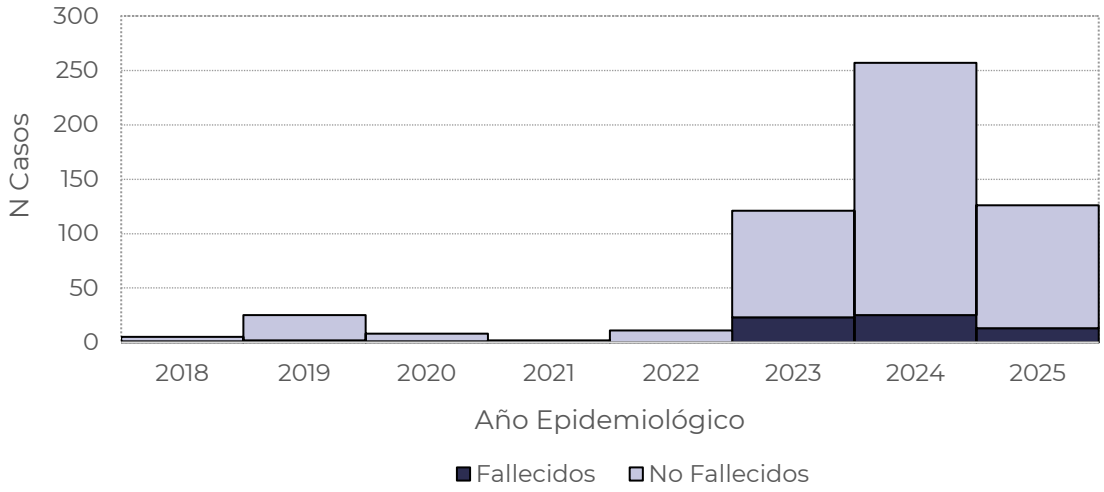
Gráfico 16. Número de casos de SGAI por cuatrisemana epidemiológica y año. Argentina, SE01/2018 a SE20/2025. (N=1.961)



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

Considerando el período comprendido entre SE01 y SE20 de cada año, se puede observar en 2025 una marcada disminución en los casos respecto a 2024, y una cantidad similar a 2023.

Gráfico 17. Número de casos notificados de SGAI según año. Argentina. SE01 a SE20 de los años 2018 a 2025. (n=555)

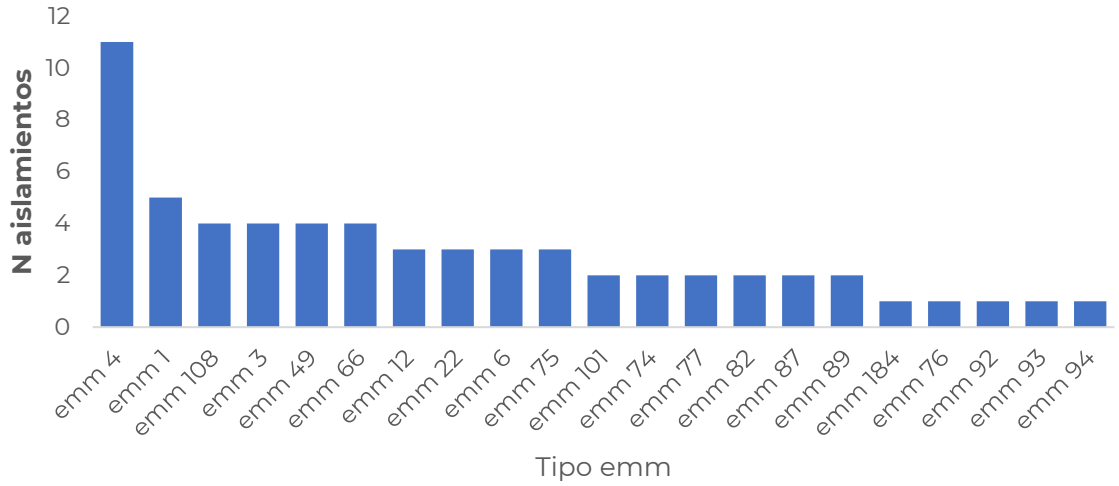


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

VIII.5.A. CARACTERIZACIÓN GENÓMICA (2025)

Desde la SE 1 a SE 21 de 2025, el LNR recibió 96 aislamientos de SGAI, de los cuales se secuenció y analizó el genoma del 63% (n=61) de los mismos. El tipo emm 4 es el prevalente hasta el momento, desplazando al tipo emm 1 (Gráfico 18).

Gráfico 18. Número de aislamientos de tipos emm. Argentina, SE01 a SE21/2025.



Fuente: LNR (Servicio Bacteriología Especial, Departamento de Bacteriología, INEI ANLIS Malbrán) y Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

Los aislamientos estuvieron asociados a bacteriemia (36%), piel y partes blandas (21%), sepsis/shock séptico (18%), infección osteoarticular (11%), fascitis necrotizante (3%) y un caso de neumonía y de peritonitis

El tipo emm 4, que domina hasta el momento, estuvo asociado a shock séptico (2), bacteriemia con foco en piel y partes blandas (2), bacteriemia oculta (1), artritis séptica asociada a cirugía (1), fascitis necrotizante (1) y a 4 abscesos, de los cuales 2 fueron periamigdalinos. El 50% de los casos ocurrieron en menores de 13 años.

VIII.6. Conclusión

La vigilancia genómica de SGAI se ha consolidado como una herramienta clave para comprender la dinámica de las infecciones invasivas por este patógeno, tanto a nivel global como regional. Por su parte, la secuenciación del genoma completo (SGC) ha posibilitado la identificación de factores de virulencia y eventos de transferencia génica que explican la emergencia de clones con potencial epidémico, aportando evidencia crucial para optimizar las acciones de control. Este enfoque integral no solo mejora la respuesta frente a infecciones invasivas, sino que también fortalece la preparación ante amenazas emergentes, contribuyendo al desarrollo de vacunas más eficaces y alineadas con las dinámicas epidemiológicas locales.

Los hallazgos obtenidos mediante esta tecnología en los últimos dos años subrayan la necesidad de sostener la vigilancia genómica como parte del monitoreo continuo de linajes con potencial epidémico. Además, permiten estimar la cobertura de eventuales vacunas basadas en tipos emm, contribuyendo a proyectar su impacto real en nuestra población.

Resulta especialmente interesante la revisión de Smeesters y col. [3], que vincula determinantes sociales de la salud con la diversidad de tipos emm. Durante 2024 se observó una mayor diversidad de estos tipos en SGAI, un patrón compatible con lo descripto en países de ingresos bajos y medios. Factores como la pobreza, el hacinamiento y el acceso desigual a los servicios de salud pueden favorecer la circulación simultánea de múltiples linajes bacterianos, lo que plantea un desafío adicional para el control de las infecciones invasivas. Esta realidad refuerza la importancia de contar con estrategias de vigilancia genómica sostenidas y adaptadas al contexto local, así como de considerar esta diversidad en el desarrollo de vacunas futuras.

Finalmente, la participación activa de los laboratorios clínicos —tanto públicos como privados— y de las redes nacionales de vigilancia ha sido, y sigue siendo, esencial para sostener un sistema robusto y sensible de monitoreo genómico.

Agradecemos a todos los laboratorios que activamente siguen realizando las derivaciones.

VIII.7. SGAI en Pediatría (2018-2024)

La presente sección del análisis fue presentada como trabajo libre en el XIV Congreso Internacional de la Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica, con lugar en Buenos Aires en 2025. Se extiende una especial felicitación a todas las jurisdicciones, instituciones de salud, laboratorios y personal, tanto profesional como no profesional, quienes gracias a la participación activa en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud fue posible generar la información que sustenta esta investigación, y otras por venir.

Se consideraron los casos confirmados por laboratorio o por clasificación manual en acuerdo con la normativa de vigilancia, en menores de 20 años, entre 2018 y 2024.

VIII.7.A. INTRODUCCIÓN

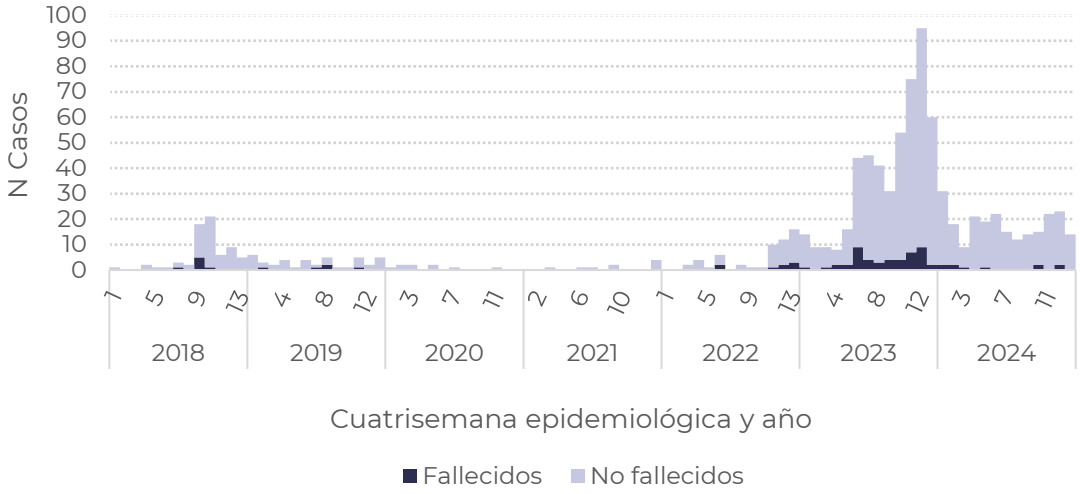
Entre el año 2018 y 2024 se notificaron en menores de 20 años en Argentina 919 casos de infección invasiva por *Streptococcus pyogenes* (SGAI) de los cuales 78 (8,5%) corresponden a casos fallecidos. La tasa de incidencia fue de 6,3 casos cada 100.000 habitantes y la tasa de mortalidad de 5,35 por millón de habitantes.

Respecto a la notificación según evento, el 4% de los casos en menores de 20 años entre 2018 y 2024 fueron registrados en el evento “Meningoencefalitis”, el 19% como “Infección respiratoria aguda bacteriana” y el 76% restante, en “Otras infecciones invasivas”.

VIII.7.B. DISTRIBUCIÓN TEMPORAL

Considerando el período comprendido entre SE01/2018 y SE52/2024, en menores de 20 años, la curva de casos permite observar un aumento de casos con un primer pico en cuatrisemana (CSE) 10 de 2018. Posteriormente, no se observa un número importante de notificaciones durante el período pandémico. La curva comienza a elevarse por encima de años previos desde fines de 2022, alcanzando un pico en noviembre-diciembre de 2023. A partir de este momento, muestra un descenso sostenido, estabilizándose en 2024 con entre 9 y 23 casos por CSE a nivel nacional.

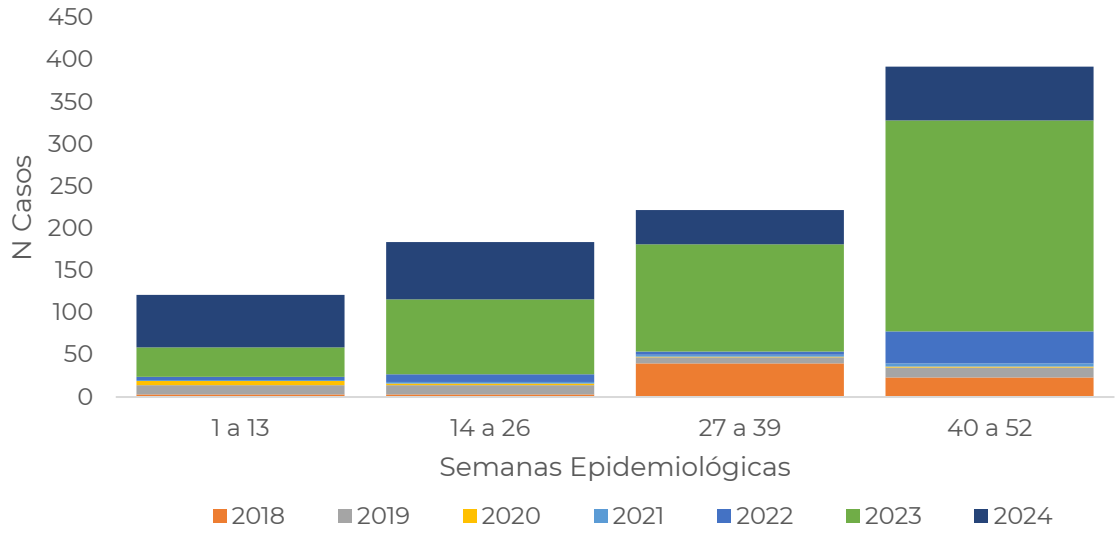
Gráfico 19. Casos de SGAI según cuatrisemana epidemiológica y año. Menores de 20 años. Argentina, 2018 a 2024. (N=919)



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

En lo que refiere a la estacionalidad, se observa que el mayor número de casos se concentró entre las semanas 40 y 52 de cada año, sin embargo, puede identificarse en la curva de casos (Gráfico 19) un cambio notorio en este patrón de estacionalidad durante el año 2024, período en el cual no se observa una mayor cantidad de casos durante la primavera.

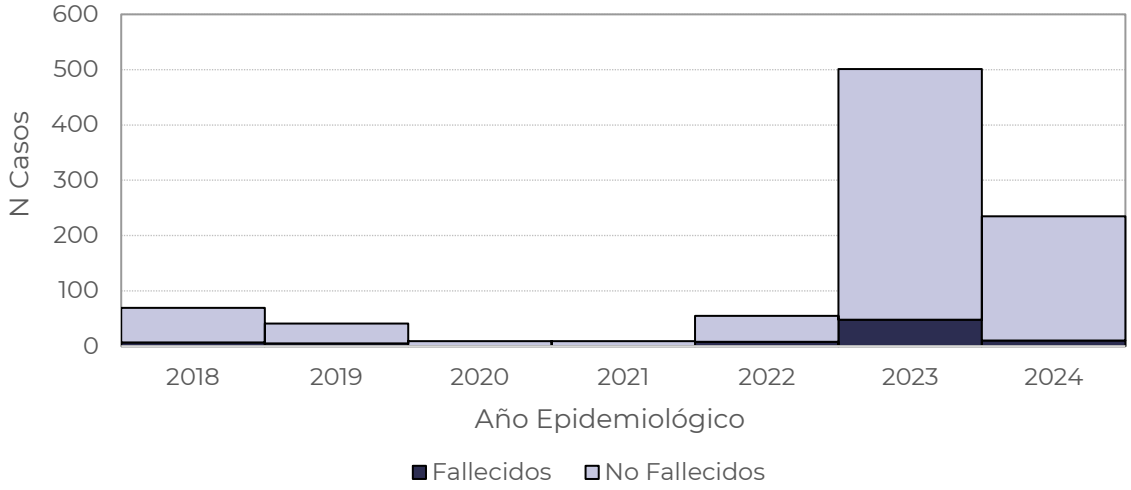
Gráfico 20. Número de casos de SGAI según estacionalidad de semana epidemiológica y año. Menores de 20 años. Argentina, 2018 a 2024. (N=919)



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

En el gráfico 21, se puede ver una importante cantidad de casos en 2023, con un descenso en 2024.

Gráfico 21. Número de casos notificados de SGAI en menores de 20 años según año. Argentina. Periodo 2018 a 2024. (N=919)

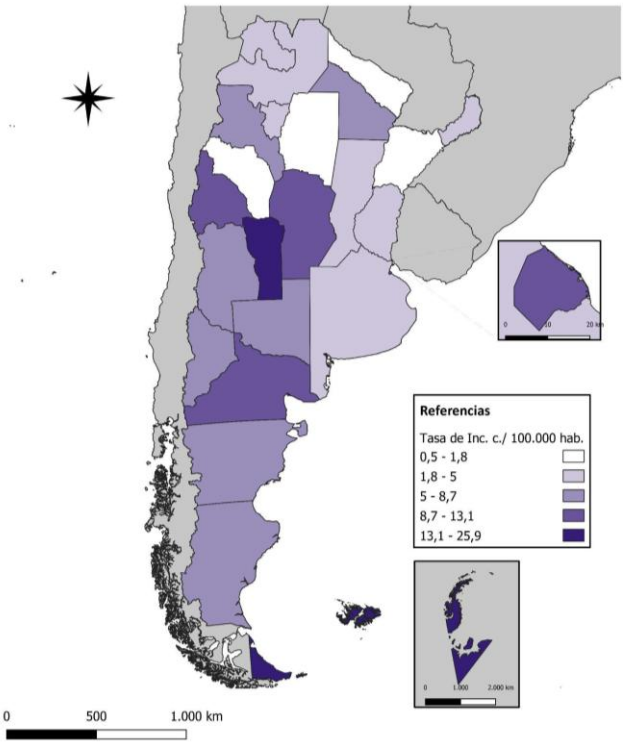


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

VIII.7.C. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL

Respecto a la distribución territorial, se observaron tasas de notificación diferenciales por región, con entre 3,7 y 11,2 casos por 100.000 habitantes en el período analizado. Si bien en el período analizado todas las jurisdicciones del país registraron casos, es posible que parte de los diferenciales se deban a la sensibilidad de los sistemas de vigilancia.

Mapa 2. Incidencia cada 100.000 habitantes de SGAI en menores de 20 años. Argentina. Periodo 2018 a 2024. (N=919)

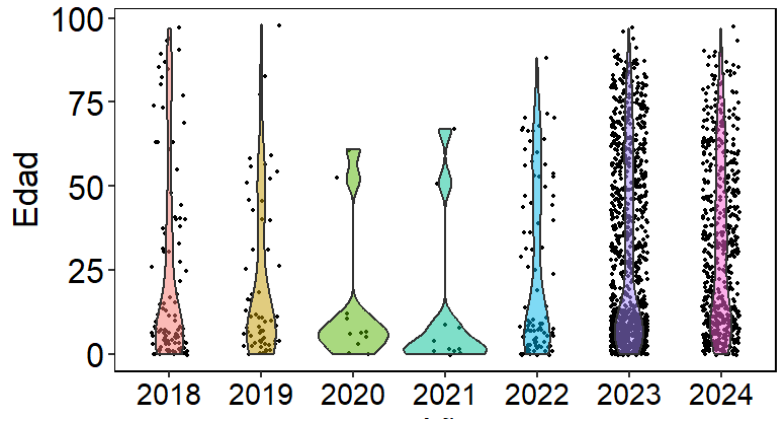


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

VIII.7.D. DISTRIBUCIÓN POR EDAD

Entre 2018 y 2024, en lo que respecta a la distribución por edad, se notificaron casos en todos los grupos de edad, tal cual se observa en el gráfico de violines, que incluye a la población general.

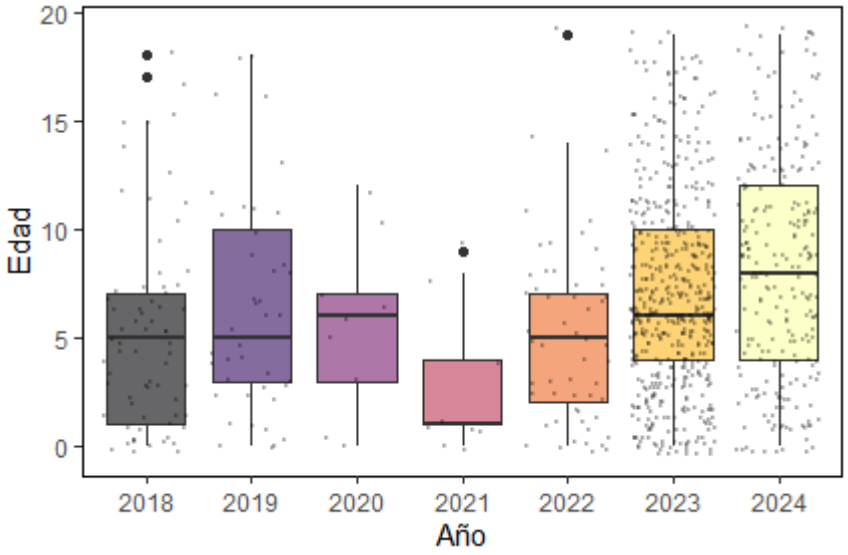
Gráfico 22. Gráfico de violines de casos de SGAI, según edad y año. Población general. Argentina. Periodo 2018 a 2024. (N=1.833)



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

Considerando a los menores de 20 años, la mediana de edad pasó de 5 años en 2018 (RIC:1-7) a 8 años en 2024 (RIC:4-12), como se observa en el gráfico de cajas.

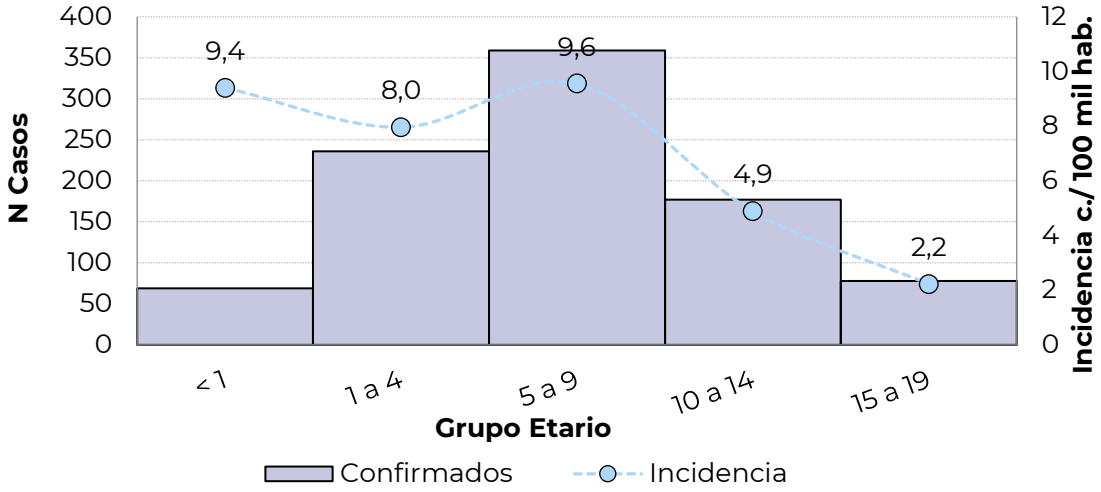
Gráfico 23. Boxplot de casos de SGAI según edad y año. Menores de 20 años. Argentina. Periodo 2018 a 2024. (N=919)



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

Entre 2018 y 2024, en menores de 20 años, las tasas de incidencia por grupo de edad más elevadas se observaron en población pediátrica en el grupo de 5-9 años (9,6 casos cada 100.000 habitantes) en primer lugar, seguida por el grupo de menores de 1 año (9,4 cada 100.000 habitantes). Mientras que el mayor número de casos confirmados también se registró entre 5 y 9 años (359), seguido del grupo de 1 a 4 años (268).

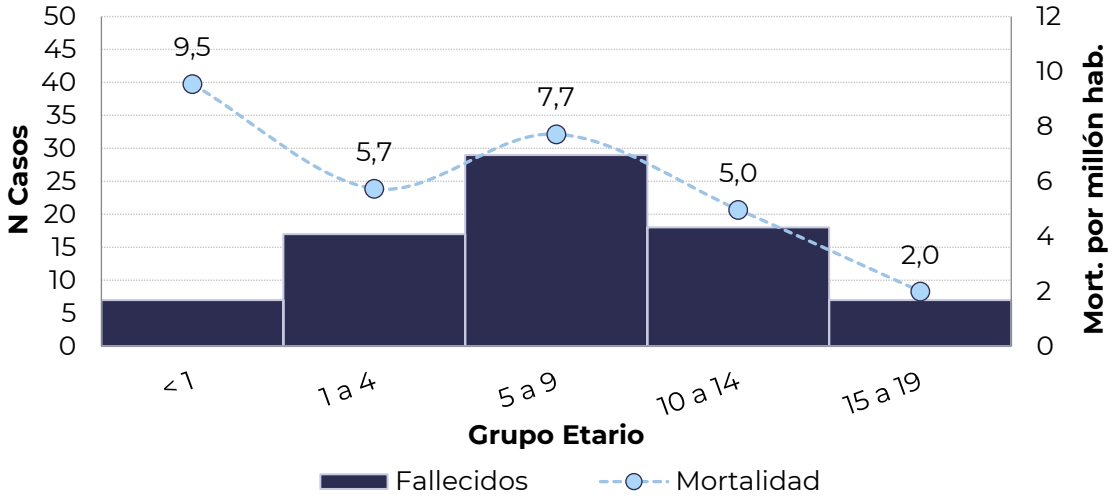
Gráfico 24. Casos confirmados y tasa de incidencia de infección invasiva por S. pyogenes, según grupo etario. Menores de 20 años. Argentina. Periodo 2018 a 2024. (N=916)



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

Hubo casos fallecidos en todos los grupos etarios, con una mayor mortalidad en menores de un año, pero mayor cantidad de muertes en el grupo entre 5 y 9 años.

Gráfico 25. Número de casos fallecidos y tasa de mortalidad por millón de habitantes por infección invasiva por *S. pyogenes*, según grupo etario. Menores de 20 años. Argentina. Periodo 2018 a 2024. (n=78)

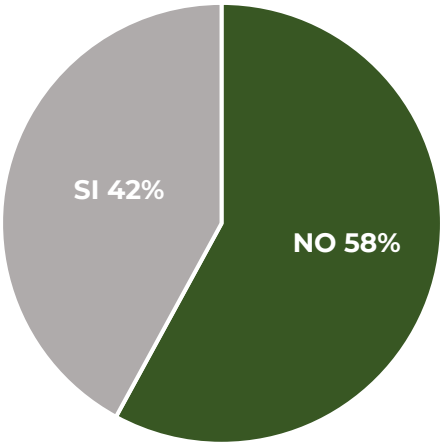


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

VIII.7.E.GRAVEDAD

Entre 478 casos que contaron con registro de información de ingreso a UCI, 201 (42%) requirieron cuidados intensivos.

Gráfico 26. Casos confirmados con información de ingreso a UCI, según ingreso. SGAI. Menores de 20 años. Argentina. Periodo 2018 a 2024. (n=478)

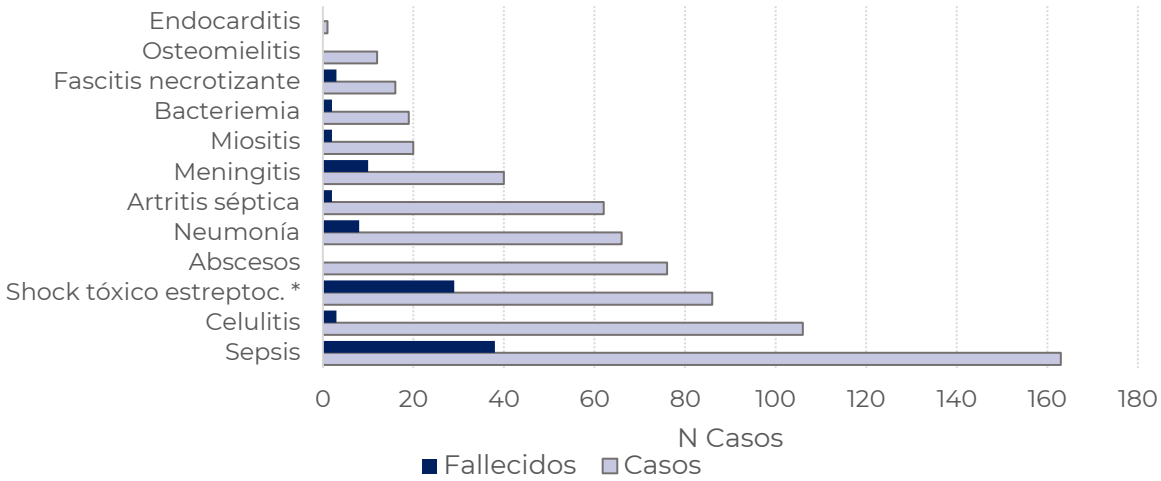


Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

VIII.7.F. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA

Las presentaciones clínicas más frecuentes fueron sepsis, shock tóxico estreptocóccico e infección severa de piel y partes blandas, agrupando estas tres el 66,7% de los casos.

Gráfico 27. Cuadros clínicos más frecuentes en casos confirmados y fallecidos por SGAI. Menores de 20 años. Argentina. Periodo 2018 a 2024. (n=532)

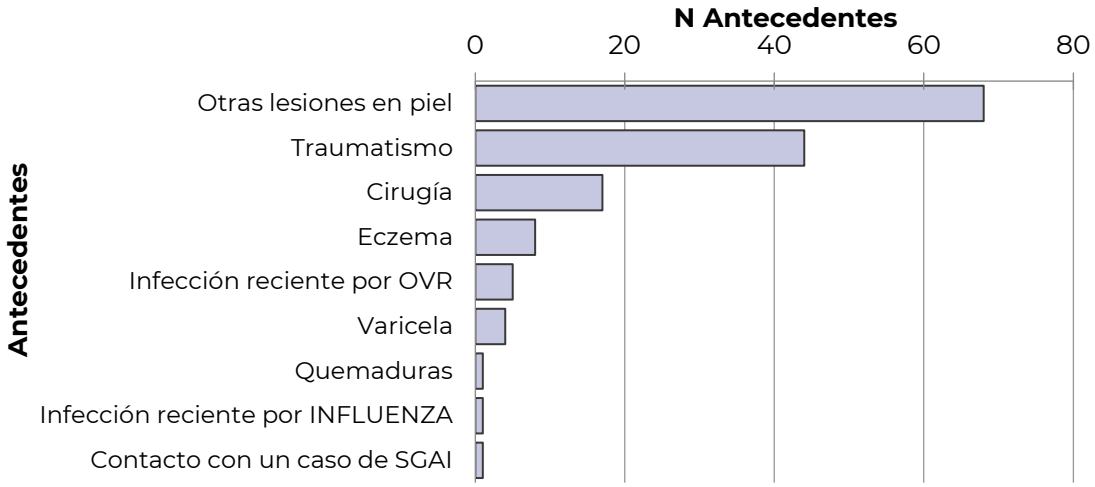


** Se incluyeron dentro de la categoría shock tóxico estreptocócico aquellos que tenían referido ese cuadro clínico o quienes tenían referido shock séptico y aislamiento de SGA en sitio estéril.*

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

Los antecedentes más frecuentes registrados en casos confirmados de SGAI en menores de 20 años entre 2018 y 2024 fueron lesiones en piel, traumatismos o cirugía. Hubo información consignada para 138 casos. Cada caso puede presentar uno o más antecedentes.

Gráfico 28. Antecedentes más frecuentes en casos confirmados. SGAI. Menores de 20 años. Argentina Periodo 2018 a 2024. (n=138)

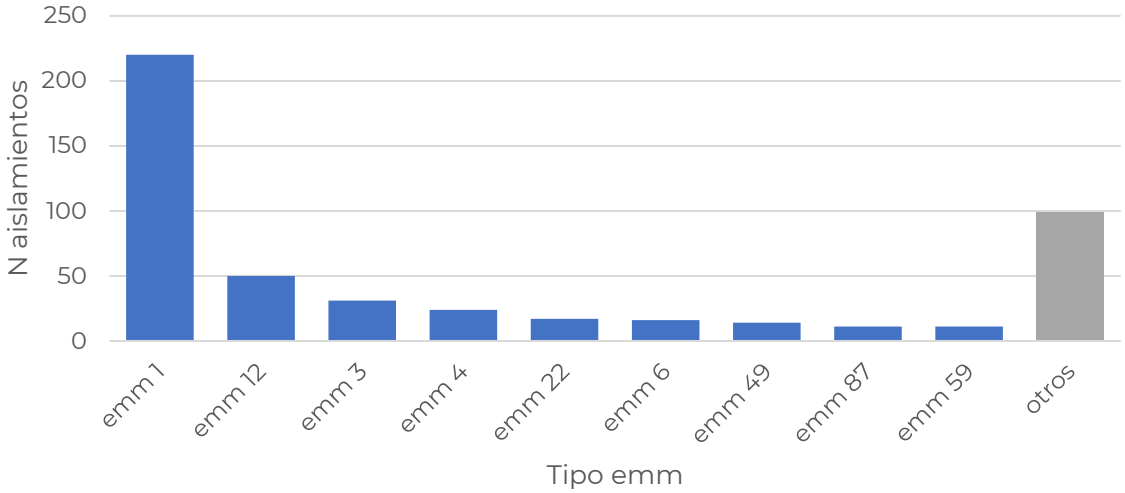


Fuente: Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

VIII.7.G. CARACTERIZACIÓN Y VIGILANCIA GENÓMICA DE SGAI. REVISIÓN Y ÚLTIMOS HALLAZGOS.

Entre 2018 y 2024, el LNR secuenció el genoma de 492 aislamientos de SGAI provenientes de la población menor de 20 años. Los aislamientos fueron clasificados en 43 tipos *emm*. La frecuencia de los tipos *emm* que agrupan más de 10 aislamientos en esta población se presenta en el gráfico 29.

Gráfico 29. Frecuencia de tipos *emm*. SGAI. Menores de 20 años. Argentina. Periodo 2018 a 2024.



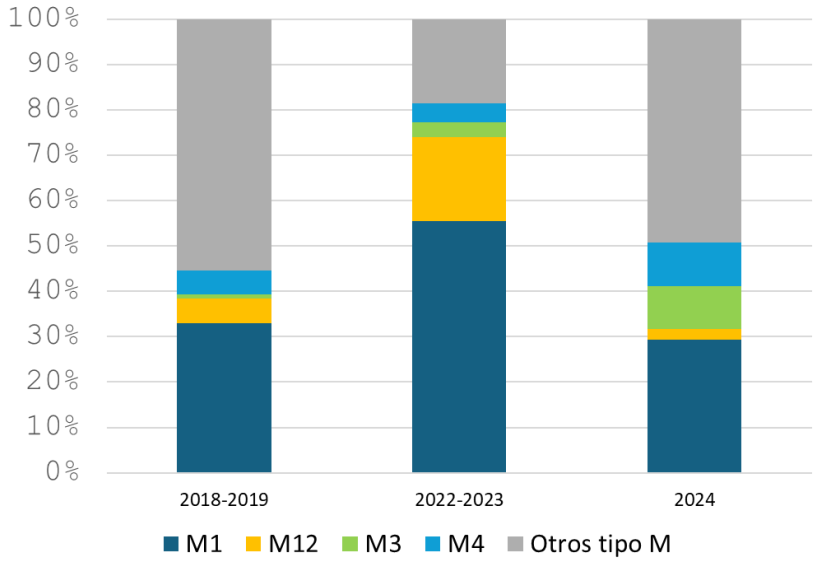
*Otros: Tipos emm que agrupan menos de 10 aislamientos

Fuente: LNR (Servicio Bacteriología Especial, Departamento de Bacteriología, INEI ANLIS Malbrán) y Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

Desde 2018, el clon M1 (tipo *emm* 1) ha sido predominante. Sin embargo, la frecuencia de otros tipos *emm* ha mostrado una dinámica variable. Durante el período pospandemia (2022-2023), se observó una menor diversidad de tipos *emm*, con un claro predominio de los clones M1 y M12.

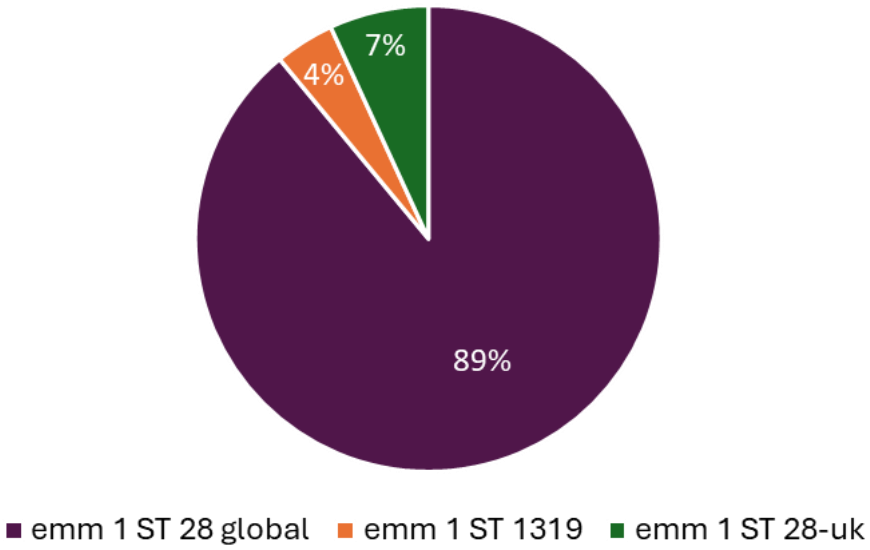
En 2024, aunque el número de aislamientos recibidos superó al del período prepandemia (2018-2019), se registró nuevamente una alta diversidad, pero el clon M12 dejó de ser el segundo tipo más frecuente. (gráfico 30). Los linajes intra-M1 hipervirulentos, clon M1-UK y M1-ST 1319 no desplazaron al Clon M1 global. (gráfico 31)

Gráfico 30. Resultados de genotipificación: tipos emm según período temporal. SGAI. Menores de 20 años. Argentina. Periodo 2018 a 2024.



Fuente: LNR (Servicio Bacteriología Especial, Departamento de Bacteriología, INEI ANLIS Malbrán) y Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 31. Linajes intra-M1. Menores de 20 años. Argentina. Periodo 2018 a 2024.



Fuente: LNR (Servicio Bacteriología Especial, Departamento de Bacteriología, INEI ANLIS Malbrán) y Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

En 2018, se analizaron 53 aislamientos de SGAI provenientes de la población pediátrica. El 43% correspondió al tipo *emm* 1, mientras que el 57% restante se distribuyó entre 17 tipos *emm* diferentes. De las presentaciones clínicas más graves (SSTS, sepsis y fascitis necrotizante, n=10), el 50% se asoció al clon M1, y el 50% restante se relaciona con los tipos M12, M22, M95 y M255.

En 2019, se analizaron 58 aislamientos de SGAI provenientes de la población pediátrica, los cuales se distribuyeron en 23 tipos *emm*, reflejando una alta diversidad. El clon M1 fue el predominante, representando 15 de los 58 aislamientos (26%). El 56% de las presentaciones clínicas más graves (SSTS, sepsis y fascitis necrosante) se asoció al clon M1.

Durante la pandemia de COVID-19, no se estudiaron aislamientos de SGAI. Sin embargo, en 2022, el LNR comenzó a recibir derivaciones de SGAI, principalmente a partir del último trimestre, en concordancia con el aumento de casos reportado en distintos países de Europa y la alerta emitida por la OMS. De los aislamientos recibidos (n=30), 80% correspondieron a la población menor de 20 años y se distribuyeron en 11 tipos *emm*. El clon M1 representó el 46% de estos aislamientos.

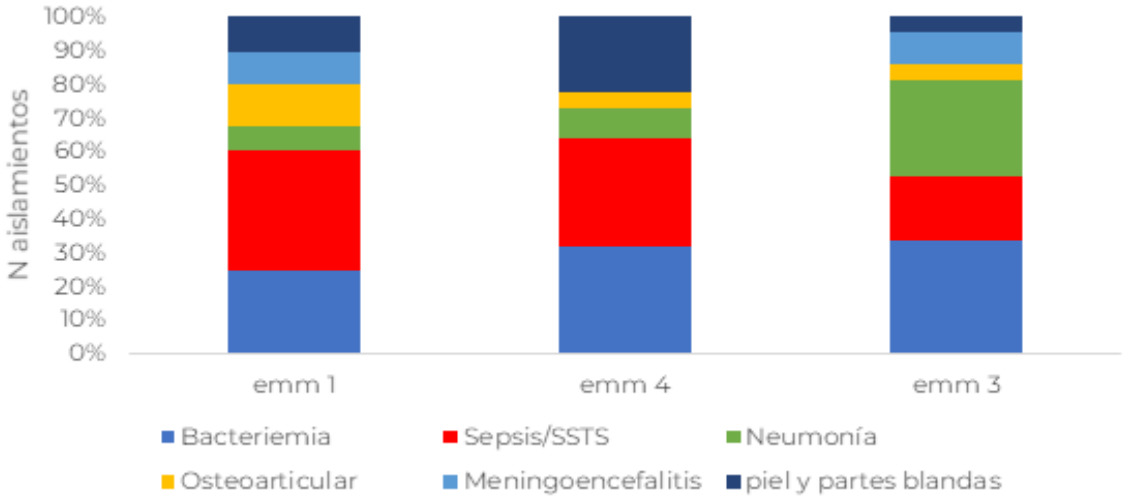
En 2023, el 37% (n=181) de los aislamientos de SGAI recibidos por el LNR (n=491) correspondieron a infecciones invasivas en la población menor de 20 años. El tipo *emm* 1 predominó, representando el 54,5% de los aislamientos, seguido por el tipo *emm* 12 con un 16%. En contraste, el clon M12 (tipo *emm* 12) representó menos del 6% de los aislamientos de SGAI entre 2018 y 2022. El resto de los aislamientos se distribuyó entre 15 tipos *emm* adicionales. A nivel genómico este análisis de esta distribución refleja que el aumento de casos de SGAI en 2023 fue producido por la expansión de emm1-global, junto a los linajes hipervirulentos emm1-UK, emm1-DK y emm1-ST1319 y una carga pediátrica de M12.

En la población menor de 20 años, se detectaron 7 casos de enfermedad invasiva por el clon M1-ST1319 (4% de los aislados M1) y 9 casos por el clon M1-UK (5% de los aislados M1). El 91% de los aislamientos M1 corresponde al clon pandémico M1-global (gráfico 13).

En 2024, el 42% de los aislamientos de SGAI recibidos por el LNR (n=416) corresponden a infecciones invasivas en menores de 20 años. El 62% de los aislados pertenecían a los tipos *emm* 1, *emm* 4 y *emm* 3. El resto de los aislados se distribuyó en 23 tipos *emm* diferentes. El clon M1 predominó, representando el 37% de los aislamientos, seguido por *emm* 4 (13%) y *emm* 3 (12%).

Las presentaciones clínicas asociadas a los tipos emm predominantes en 2024 se muestran en el gráfico 32.

Gráfico 32. Presentaciones clínicas asociadas a SGAI tipo emm 1, emm 4 y emm 3. Argentina. Año 2024.



Fuente: LNR (Servicio Bacteriología Especial, Departamento de Bacteriología, INEI ANLIS Malbrán) y Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

Agradecemos a todos los laboratorios nacionales que activamente siguen realizando las derivaciones.

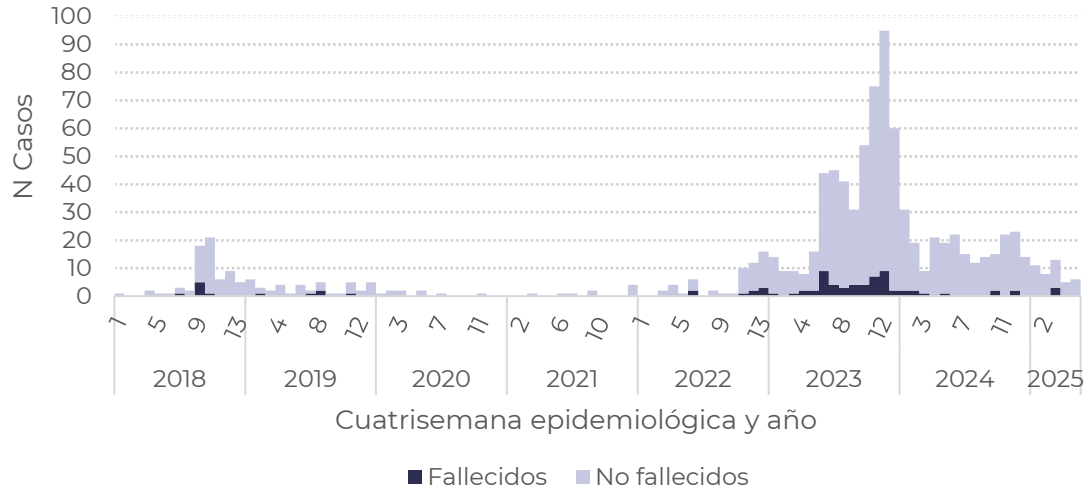
VIII.8. Situación Epidemiológica Actual en Pediatría (2025)

VIII.8.A. COMPARACIÓN RESPECTO A PERÍODOS PREVIOS

Entre SE01/2025 y SE20/2025 se notificaron en menores de 20 años en Argentina 43 casos de infección invasiva por *Streptococcus pyogenes* (SGAI) de los cuales 3 (7,0%) corresponden a casos fallecidos.

Se observa en la curva de casos un descenso en 2025 respecto a los casos de 2024 y 2023.

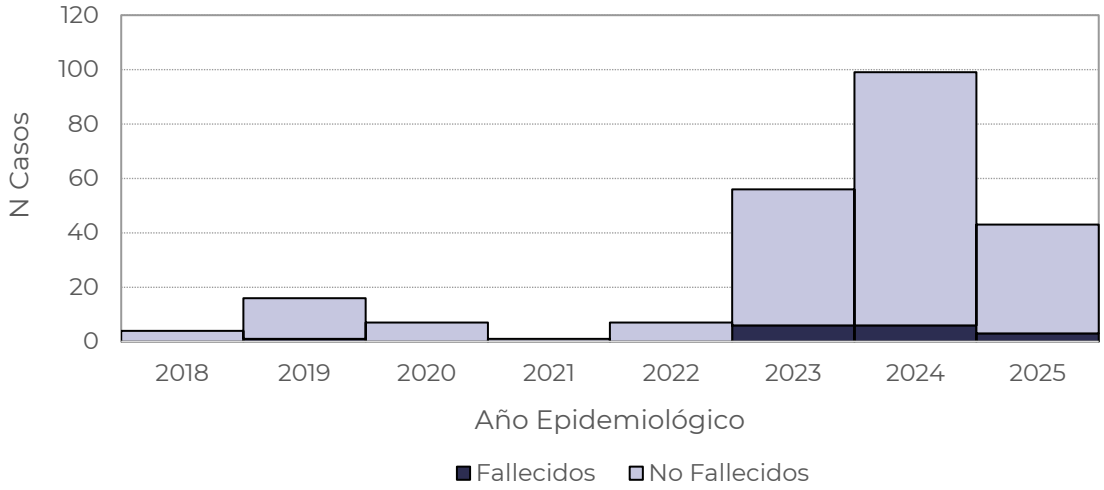
Gráfico 33. Casos de SGAI según cuatrisemana epidemiológica y año. Menores de 20 años. Argentina, SE01/2018 a SE20/2025. (N=963)



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

Considerando el período comprendido entre SE01 y SE20 de cada año, se puede observar una marcada disminución en los casos respecto tanto a 2024 como a 2023.

Gráfico 34. Casos notificados entre SE01 y SE20 de SGAI según año. Menores de 20 años. Argentina. SE01 a SE20 de los años 2018 a 2025. (n=233)



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

VIII.8.B. CARACTERIZACIÓN GENÓMICA 2025

El 58% (n=39) de los asilados de SGAI secuenciados y analizados corresponden a población menor de 20 años. Se observa una gran heterogeneidad poblacional (21 tipos emm) y hasta el momento el tipo prevalente es emm 4, seguido de emm1. Esta situación puede modificarse de acuerdo a la estacionalidad, es por este motivo que el análisis de las tendencias poblacionales de SGAI a nivel genómico, debe analizarse en forma anual.

VIII.9. Recomendaciones para el equipo de salud

VIII.9.A. MEDIDAS PREVENTIVAS

- Lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón.
- Desinfectar picaportes, puertas y canillas.
- Limpiar y ventilar los ambientes del hogar a diario
- Tener el Calendario Nacional de Vacunación al día.
- Toser o estornudar sobre el pliegue del codo o sobre un pañuelo descartable para evitar el contagio de otras personas.
- Mantener reposo si hay síntomas. No asistir al trabajo o a la escuela mientras duran los síntomas. Desinfección ambiental.
- Comunicación de riesgos.

VIII.9.B. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

- **Medidas para casos**

Tras el diagnóstico microbiológico, se debe administrar el tratamiento antibiótico apropiado, el cual elimina luego de 24 hs. la capacidad de propagación de la bacteria.

Las personas enfermas deben evitar concurrir a lugares públicos (trabajo, escuela) y restringir los contactos hogareños. Se debe promover la vacunación antigripal en la población objetivo.

- **En las instituciones de salud / instituciones para el cuidado prolongado de personas**

Desinfección ambiental. Garantizar las medidas preventivas habituales dispuestas por el equipo de control de infecciones (respiratorias y/o de contacto según corresponda) a nivel institucional, así como la adecuada higiene hospitalaria[48].

VIII.9.C. MEDIDAS ANTE BROTES

Vigilancia intensificada que incluye la búsqueda activa y retrospectiva de casos. Aislamiento de casos. Identificación y seguimiento de contactos estrechos.

VIII.10. Vigilancia epidemiológica

VIII.10.A. MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN

En nuestro país, las infecciones invasivas por *Streptococcus pyogenes* constituyen un evento de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022.

[48] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343616

La estrategia de vigilancia es universal y la modalidad es nominal e inmediata ante la confirmación del aislamiento de la bacteria en sitio estéril. La investigación de casos incluye información poblacional sobre los afectados, clínica, laboratorio e investigación epidemiológica.

VIII.10.B. DEFINICIÓN DE CASO

Caso confirmado de infección invasiva por *S. pyogenes*: todo caso de meningitis, neumonía u otra enfermedad invasiva[49] en el que se identifique *S. pyogenes* en un sitio normalmente estéril[50].

Se podrá notificar en el SNVS 2.0 bajo la clasificación "*S.pyogenes* M1 linaje global", "*S.pyogenes* M1UK ST28", "*S.pyogenes* M1 ST1319" y "*S.pyogenes* M1DK ST28."

VIII.10.C. DEFINICIÓN DE BROTE

Un brote se define como 2 o más casos de SGAI relacionados por persona, lugar y tiempo. En entornos como residencias de ancianos/infantes/etc., el intervalo entre casos puede extenderse durante varios meses, por lo que no se puede fijar un límite de tiempo determinado[51].

VIII.10.D. DERIVACIÓN DE MUESTRAS

Derivar los aislamientos de *Streptococcus pyogenes* provenientes de infecciones invasivas (no se deben remitir aislamientos de sitios no estériles como hisopados de fauces) al Servicio Bacteriología Especial del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" (y realizar la derivación virtual a través del SNVS) el cual confirmará identificación y determinación del tipo M. Los laboratorios institucionales deberán estudiar la sensibilidad a los antimicrobianos de los aislamientos invasivos con las metodologías habituales. El Servicio Antimicrobianos (INEI- ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán") realizará estudios de sensibilidad complementarios de acuerdo a los perfiles fenotípicos preliminares y el criterio que se establezca en base a los perfiles circulantes.

Instructivos para la Vigilancia Epidemiológica y Genómica:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/instructivo_para_la_notificacion_de_s_pyogenes_en_el_snvs2.0_julio_-_2023_1742024.pdf

Más recomendaciones e información en la Guía para la vigilancia epidemiológica de Infecciones respiratorias agudas y recomendaciones para la prevención y control 2024. Sección: Vigilancia epidemiológica de infecciones invasivas bacterianas

---

[49] Fascitis necrosante, síndrome de shock tóxico estreptocócico y otras infecciones graves, así como enfermedades posinmunes, como glomerulonefritis post estreptocócica, fiebre reumática aguda y cardiopatía reumática.

[50] Sitio normalmente estéril: sangre, líquido cefalorraquídeo, líquido pleural-peritoneal-pericárdico, aspirado de articulación, hueso o tejido profundo o absceso en la operación o post-mortem.

[51] UK Health Security Agency. UK guidelines for the management of contacts of invasive group A streptococcus (iGAS) infection in community settings [Internet]. 2023 [citado 11 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/64071ec5d3bf7f25fa417a91/Management-of-contacts-of-invasive-group-astreptococcus.pdf

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

Instructivo para el envío de aislamientos de Streptococcus pyogenes invasivos para vigilancia

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

Otras infecciones invasivas (bacterianas y otras). Ficha de notificación, investigación epidemiológica y solicitud de estudios de laboratorio. Actualización Septiembre 2023.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha_epidemiologica_otras_infecciones_invasivas_inmunoprevenibles_y_otras_-_julio_2023_1742024.pdf

[1] DebRoy y col. (2021) mSystems 6:e00495-21.
[2] Boas y col. (2023) Microbial Genomics; 9:001026.
[3] Smeesters y col. Lancet Microbe. 2024 Feb;5(2):e181-e193.

INFORMES **ESPECIALES**

IX. Actualización de estudio de brote de infección invasiva por Kpn MBL/Ralstonia spp posiblemente relacionado a exposición a medicamento contaminado

IX.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[52] 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[53]. 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

[52] https://www.argentina.gob.ar/noticias/anmat-alerta-sobre-el-uso-de-un-lote-de-fentanilo-inyectable-por-desvio-de-calidad

[53] 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

de Buenos y que fueron remitidas al Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS para su confirmación y caracterización.

Los esfuerzos de la investigación están centrados en dimensionar el brote en magnitud y extensión y relacionar los casos sospechosos identificados con los patógenos originalmente detectados, para establecer el vínculo que pueda asociarlos a una fuente común.

Los focos confirmados son establecimientos con casos sospechosos en los que se haya podido establecer una alta relación genómica o molecular con los aislamientos ya caracterizados como involucrados en el brote por parte del Laboratorio Nacional de Referencia.

Se consideran casos confirmados asociados al brote cuando desde el LNR se haya estudiado hasta poder identificar su alta relación con los patógenos caracterizados en este brote. Los casos asociados por nexo epidemiológico son todos los casos que cumplan con la definición de caso sospechoso en un establecimiento donde se ha podido confirmar un foco (es decir, donde hay casos en los que ya se ha establecido la alta relación con los patógenos asociados a este brote).

El análisis de la información distinguirá casos del brote (todo caso sospechoso o confirmado por laboratorio en establecimientos donde pudo confirmarse un foco) y casos sospechosos (casos que cumplen con la definición de sospechoso, pero no pudo establecerse todavía la confirmación por laboratorio de la asociación con el brote en ninguno de los casos de ese establecimiento).

Los casos descartados, no asociados al brote, son los que habiendo cumplido la definición de sospechoso se haya establecido que los aislamientos no tienen relación genómica con los patógenos asociados al brote.

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.

Con respecto a los aislamientos identificados*, la Ralstonia spp* es un bacilo gramnegativo ambiental, conocido por su capacidad para contaminar soluciones estériles y provocar infecciones nosocomiales, especialmente en pacientes inmunocomprometidos. Si bien históricamente considerada de baja virulencia, en años recientes se ha documentado su implicancia en infecciones severas como bacteriemias, meningitis y otras complicaciones graves.

Por su parte, *Klebsiella pneumoniae* metalobetalactamasa (MBL) no BLEE (betalactamasa de espectro extendido, o sea que no produce las betalactamasas que hidrolizan antibióticos de espectro extendido, como las cefalosporinas.) es un patógeno multirresistente de alta relevancia clínica.

IX.2. Situación epidemiológica en Argentina

Fe de erratas: En el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) N.° 756 – Semana Epidemiológica 19, se presentaron los casos notificados diferenciados según la clasificación de caso vigente al momento de la publicación. Posteriormente, se actualizaron las definiciones de caso, las cuales se encuentran disponibles en la Circular Epidemiológica correspondiente (acceder aquí). En función de estos nuevos criterios, la totalidad de las notificaciones publicadas en dicho boletín deben considerarse actualmente como casos sospechosos, dado que aún no se cuenta con la confirmación de asociación al brote por parte del Laboratorio Nacional de Referencia. Esta clasificación ha sido actualizada en el presente informe.

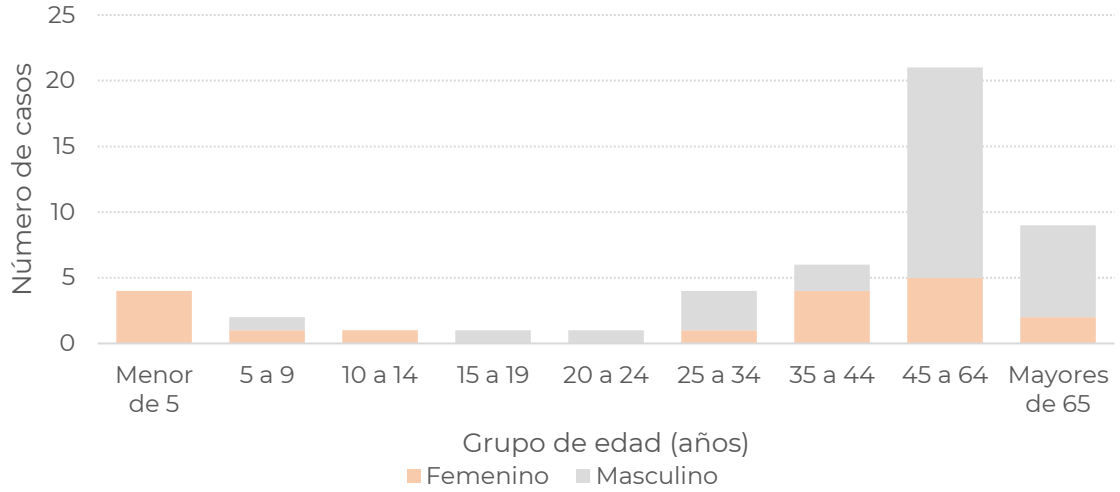
Un establecimiento del subsector privado de salud de la provincia de Buenos Aires informó sobre un brote de *Klebssiella pneumoniae* metalobetalactamasa (MBL) no betalactamasa de espectro extendido (BLEE) y Ralstonia en pacientes internados en UTI entre los meses de marzo y abril y que, en el marco de la investigación del brote, hallaron ambos patógenos en el cultivo de ampollas de Fentanilo en el establecimiento de origen.

Hasta el 23/05/2025, se reportaron 69 notificaciones de infección por exposición a medicamento contaminado al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Los casos sospechosos corresponden a pacientes atendidos en las jurisdicciones de Buenos Aires (20), Santa Fe (46), CABA (2). Por otra parte, la jurisdicción de Neuquén notificó un caso sospechoso que se encuentran en investigación.

A continuación, se presenta la distribución por grupo de edad del total de las notificaciones.

Gráfico 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: distribución de número de casos según grupo de edad y sexo. Argentina. Hasta 23/05/2025. N=69.



Fuente: *Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0*

Con respecto a la evolución clínica de los casos notificados, 33 resultaron fallecidos, siendo el grupo más afectado el sexo masculino de 45 a 64 años de edad (mediana 57 años). 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.

IX.3. Vigilancia epidemiológica

IX.3.A. MODALIDAD DE VIGILANCIA Y NOTA METODOLÓGICA

Todo caso sospechoso, identificado en cualquier institución de salud de cualquier subsector (público, privado o de la seguridad social) deberá ser notificado de manera inmediata y nominal al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Grupo de evento: Brotes asociados a fármacos[54]

Evento: Infección por Exposición a Medicamento Contaminado.

IX.3.B. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

- Realizar la detección de brotes de manera precoz y el control de eventos asociados a productos farmacológicos contaminados.
- Caracterizar y analizar los casos asociados a brotes

IX.3.C. DEFINICIONES DE CASO

Caso sospechoso: toda persona que haya recibido FENTANILO HLB / FENTANILO (CITRATO), y que presente, con posterioridad a la administración, diagnóstico de enfermedad invasiva (bacteriemia, meningitis, abscesos en sitio de punción, entre otros.) por *Ralstonia spp* y/o *Klebsiella pneumoniae* (Kpn) metalobetalactamasa (MBL) no betalactamasa de espectro extendido (BLEE); **o**
casos de enfermedad invasiva asociados a un brote por Kpn MBL no BLEE y/o *Ralstonia spp* en una institución de salud en el que se haya investigado y no encontrado una fuente común.

Caso de *Kpn MBL no BLEE* con confirmación de asociación al brote: caso sospechoso con aislamiento de *Kpn MBL* no BLEE en el que el Laboratorio Nacional de Referencia demostró la asociación del patógeno detectado en el brote o con nexo epidemiológico con casos confirmados en la institución

Caso de *Ralstonia spp.* con confirmación de asociación al brote: caso sospechoso con aislamiento de *Ralstonia spp.* en el que el Laboratorio Nacional de Referencia demostró la asociación del patógeno detectado en el brote o con nexo epidemiológico con casos confirmados en la institución

Caso de *Kpn MBL no BLEE* + *Ralstonia spp*. con confirmación de asociación al brote: caso sospechoso con aislamiento de Kpn MBL no BLEE + *Ralstonia spp.* en el que el Laboratorio Nacional de Referencia demostró la asociación del patógeno detectado en el brote o con nexo epidemiológico con casos confirmados en la institución

Caso no asociado al brote: caso sospechoso donde el LNR demostró no estar asociado al patógeno detectado en el brote ni cuenta con nexo epidemiológico con casos confirmados en la institución.

[54] La asignación de este grupo de evento a los usuarios del SNVS debe realizarse a sus referentes jurisdiccionales o al mail nuevosnvs2@gmail.com

Caso invalidado por epidemiología: no cumple con definición de caso sospechoso.

Ficha de notificación en el siguiente link:

https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

X. 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 15 el 21 de mayo del 2025.

X.1. Actualización Epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 15/05/2025.

X.1.A. CONTEXTO MUNDIAL

En 2020, el virus de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP)1 subtipo H5N1 del clado 2.3.4.4b ha ocasionado un número sin precedentes de muertes de aves silvestres y aves de corral en numerosos países de África, Asia y Europa. En 2021, este virus se extendió a través de principales las rutas migratorias de aves acuáticas a América del Norte y, en 2022 a Centroamérica y América del Sur. Para el 2023, se registraron brotes en animales, los cuales fueron notificados por 14 países y territorios, principalmente en las Américas.

En los últimos años, se ha incrementado la detección de virus A(H5N1) en especies no aviares a nivel mundial, incluyendo mamíferos terrestres y marinos, tanto silvestres como domésticos (de compañía y de producción). Desde 2022, 22 países de tres continentes, incluyendo las Américas, han notificado brotes en mamíferos a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA).

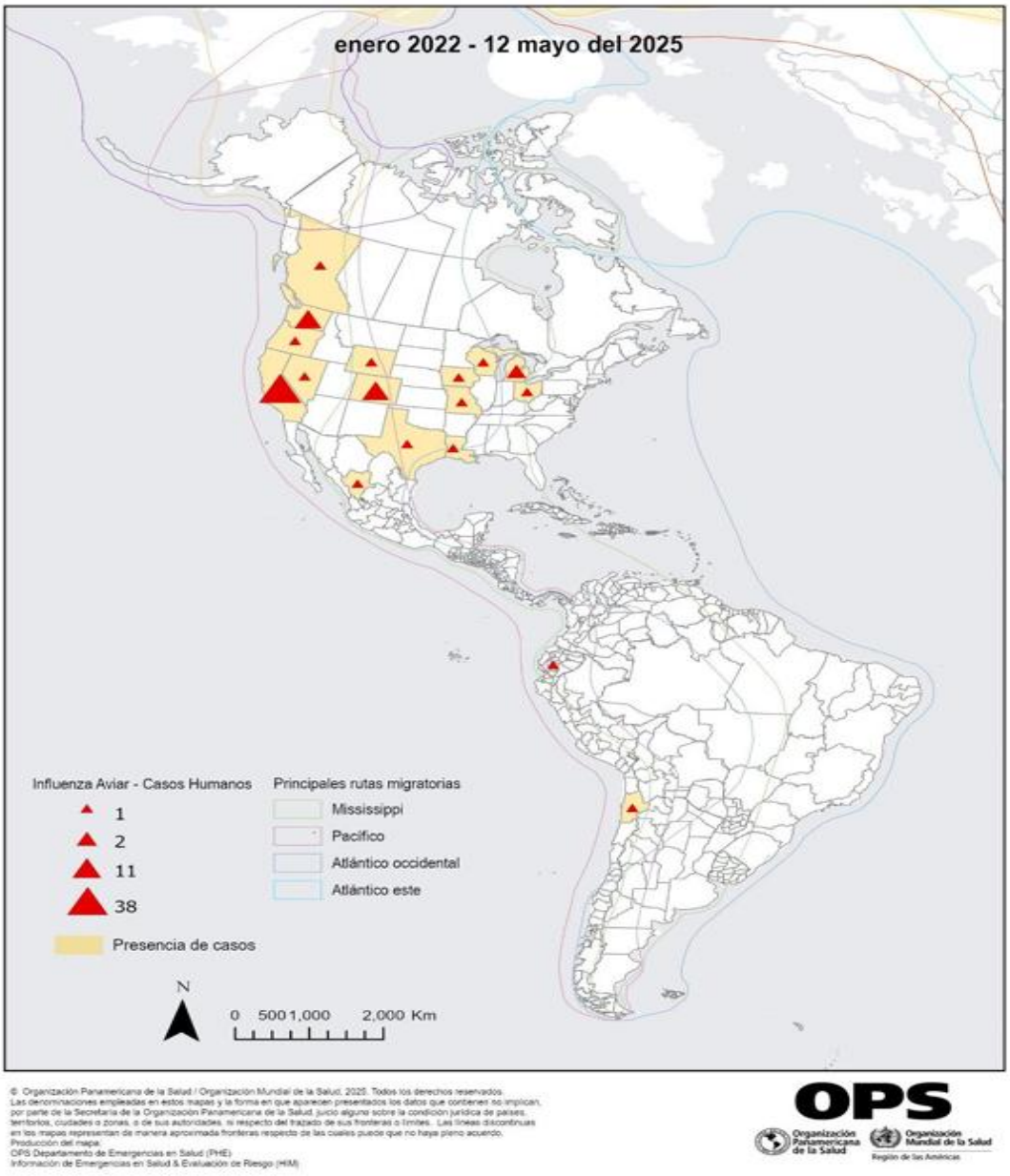
Históricamente, desde inicios de 2003 hasta el 22 de abril del 2025, se notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 973 casos humanos de influenza aviar A(H5N1), incluido 470 defunciones (letalidad del 48%), en 25 países a nivel global.

X.1.B. RESUMEN DE LA SITUACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Desde 2022 y hasta la semana epidemiológica (SE) 18 del 2025, un total de 19 países y territorios de la Región de las Américas reportaron a la OMSA 4.948 brotes animales de influenza aviar A(H5N1), lo que representa 235 brotes adicionales desde la última actualización epidemiológica sobre influenza aviar A(H5N1) publicada por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) el 4 de marzo del 2025.

Entre 2022 y el 12 de mayo del 2025, un total de 75 infecciones humanas causadas por influenza aviar A(H5) han sido notificadas en cinco países de las Américas, con un caso adicional, con respecto a la última actualización epidemiológica sobre influenza aviar A(H5N1) publicada por la OPS/OMS el 4 de marzo del 2025. El caso de infección humana más reciente de influenza aviar A(H5N1) notificado en la Región de las Américas se registró en México el 2 de abril de 2025, se notificaron 71 casos en los Estados Unidos de América -uno en 2022 y 70 desde 2024, un caso en Canadá confirmado el 13 de noviembre del 2024, un caso en Chile notificado el 29 de marzo del 2023 y un caso en Ecuador notificado el 9 de enero del 2023.

Figura 1. Casos humanos de influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas desde 2022 y hasta el 12 de mayo de 2025.



Fuente: Adaptado de la información disponible públicamente en las páginas web de los Ministerios de Salud y agencias nacionales oficiales.

X.1.C. SITUACIÓN POR PAÍS Y/O TERRITORIO DE BROTES EN ANIMALES EN 2025

En aves

En 2025, hasta la SE 18, se han notificado a la OMSA 330 brotes de influenza aviar en aves domésticas (n= 312) y/o silvestres (n= 18) en los seis siguientes países de la Región de las Américas: Argentina (n= 1), Canadá (n= 24), los Estados Unidos (n= 288), México (n= 2), Panamá (n= 1) y Perú (n= 14). Desde la Actualización Epidemiológica de la OPS/OMS sobre influenza aviar A(H5N1) del 4 de marzo del 2025, se han notificado 210 brotes adicionales en aves (5). Adicionalmente de estos brotes, en 2025, hasta el 13 de mayo, se registraron más de 1.250 detecciones de influenza aviar A(H5N1) en aves silvestres en los Estados Unidos, 154 detecciones en Canadá y ocho en las Islas Malvinas.

En mamíferos

En 2025, hasta la SE 18, se han notificado a la OMSA 75 brotes en mamíferos silvestres (n= 13) y domésticos (n= 62) en los Estados Unidos. Desde la primera notificación de influenza A(H5N1) en ganado bovino lechero en marzo del 2024 en los Estados Unidos, se han identificado brotes en 17 estados, que afectaron a 1,053 rebaños lecheros hasta el 9 de mayo del 2025. Desde la actualización epidemiológica de la OPS/OMS sobre la influenza aviar A(H5N1) del 4 de marzo de 2025, 77 rebaños lecheros adicionales han sido afectados en los Estados Unidos.

Adicionalmente, hasta el 13 de mayo, la Agencia Canadiense de Inspección de Alimentos (CFIA) ha informado de siete detecciones en mamíferos silvestres en Canadá en 2025 a través de su Tablero de Detección de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad - Fauna Silvestre.

Tabla 1. Brotes de influenza aviar o detecciones en aves y mamíferos en la Región de las Américas en 2025, hasta el 13 de mayo del 2025.

País/Territorio	En aves		En mamíferos	
	Silvestres	Domésticas	Silvestres	Domésticos
Argentina		Si		
Canadá	Si	Si	Si	
Estados Unidos	Si	Si	Si	Si
Islas Malvinas	Si			
México	Si			
Panamá		Si		
Perú	Si	Si		

Fuente: Adaptado de datos publicados por la Organización Mundial de Sanidad Animal y datos publicados en línea por Ministerios de Salud y agencias nacionales oficiales.

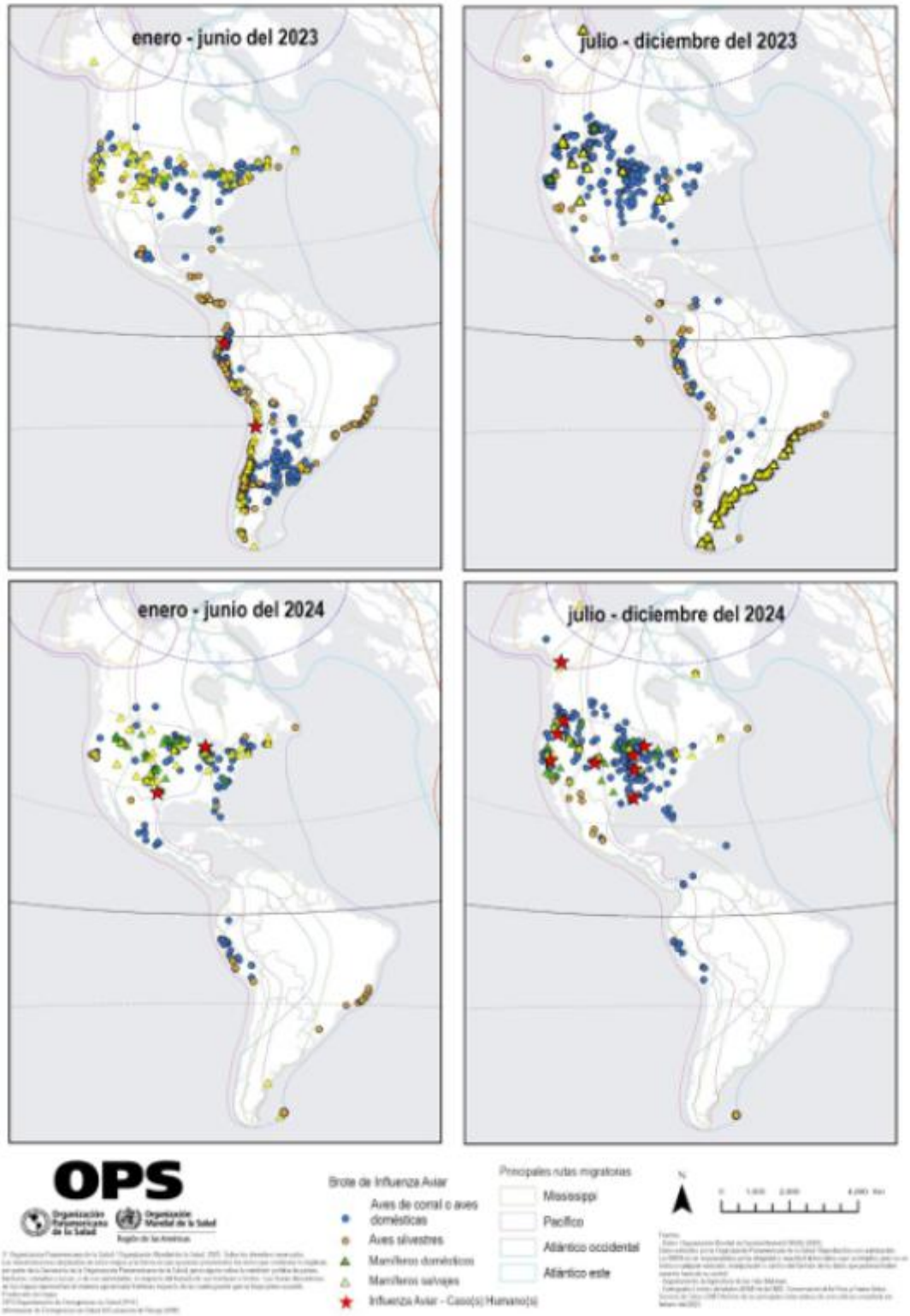
Una visualización geográfica de los brotes en animales, por tipo, en 2025, ilustrando las principales rutas migratorias en la Región de las Américas se presenta en la **Figura 2**, y los datos para el período del 2023 a 2024 se muestran en la **Figura 3**.

Figura 2. Brotes de influenza aviar por especie y principales rutas migratorias de aves silvestres según tipo de animal, en 2025 hasta el 12 de mayo en la Región de las Américas.



Fuente: Adaptado de datos publicados por la Organización Mundial de Sanidad Animal y datos publicados en línea por Ministerios de Salud y agencias nacionales oficiales.

Figura 3. Histórico de brotes de influenza aviar y principales rutas migratorias de aves silvestres por tipo de animal durante 2023 y 2024 en la Región de las Américas.



Fuente: Adaptado de datos publicados por la Organización Mundial de Sanidad Animal y datos publicados en línea por Ministerios de Salud y agencias nacionales oficiales.

X.1.D. SITUACIÓN POR PAÍS DE CASOS HUMANOS EN 2025

Desde el inicio del 2025 y hasta la SE 18, se han notificado cuatro casos humanos de influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas, en México (n= 1) y los Estados Unidos (n= 3. Desde la actualización epidemiológica de la OPS/OMS sobre la influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas del 4 de marzo del 2025, México notificó el primer caso humano de influenza aviar A(H5N1) en ese país, y no se han notificado nuevos casos humanos en otros países de la Región.

A continuación, se presenta un resumen del caso humano de influenza A(H5N1) notificado en México.

El 2 de abril del 2025, el Centro Nacional de Enlace (CNE) del RSI de México notificó a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) una infección humana confirmada por laboratorio causada por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en el estado de Durango (México), siendo el primer caso confirmado en humano en el país. El caso involucra a una niña de tres años del estado de Durango. El caso resultó positivo a influenza aviar A(H5N1) en el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE). El caso no tenía condiciones médicas subyacentes, no había recibido la vacuna contra la influenza estacional y no tenía antecedentes de viaje. El caso inició síntomas el 7 de marzo del 2025 presentando fiebre, malestar general y vómitos. El 13 de marzo fue hospitalizada por presentar somnolencia y signos de insuficiencia respiratoria. El 14 de marzo inició tratamiento con oseltamivir. El 16 de marzo se trasladó a un hospital de tercer nivel por presentar falla ventilatoria. El 1 de abril, la infección fue confirmada mediante RT-PCR por el InDRE. El virus se caracterizó como influenza aviar A(H5N1) clado 2.3.4.4b genotipo D1.1 por medio de secuenciación. Durante este tiempo la condición del paciente se deterioró gradualmente y el caso falleció debido a complicaciones respiratorias y falla multiorgánica el 8 de abril.

Debido a que no se identificó una fuente de contaminación directa, se determinó que la fuente de infección fue por contaminación indirecta. Durante las actividades de rastreo de contactos, se identificó a 91 personas. Los resultados de laboratorio de los individuos muestreados fueron negativos a influenza aviar A(H5N1). Hasta la fecha, no se han identificado más casos de infección humana por influenza aviar A(H5N1) relacionada con este caso.

Fuente: *https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-influenza-aviar-ah5n1-region-americas-15-mayo-2025*

X.2. Fiebre Amarilla – Región de las Américas

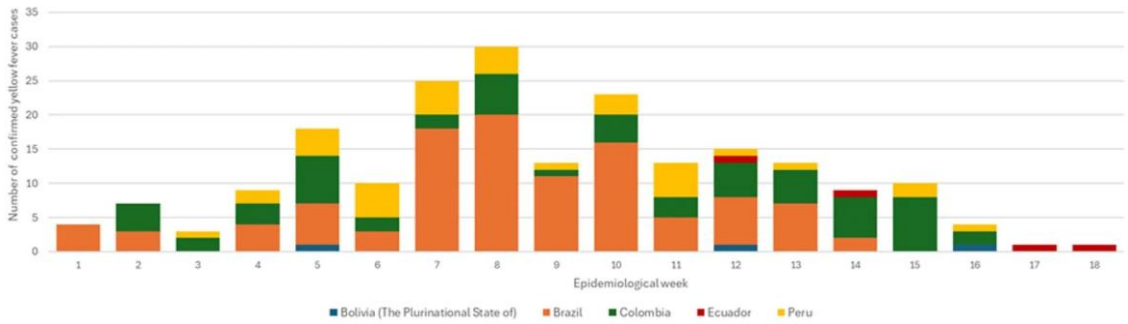
Recibido a través del CNE el 16/05/2025.

Entre el 29 de diciembre de 2024 y el 26 de abril de 2025 (con datos de Ecuador actualizados al 2 de mayo de 2025), se han notificado a la OMS un total de 212 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, incluidos 85 fallecimientos (tasa de letalidad del 40%), por parte de cinco países de la Región de las Américas. Los casos se reportaron en los siguientes países: Estado Plurinacional de Bolivia: tres casos, incluido un fallecimiento (tasa de letalidad del 33%); Brasil: 110 casos, incluidos 44 fallecimientos (tasa de letalidad del 40%); Colombia: 60 casos, incluidos 24 fallecimientos (tasa de letalidad del 40%); Ecuador: cuatro casos fatales (tasa de letalidad del 100%); Perú: 35 casos, con 12 fallecimientos (tasa de letalidad del 34%).

En 2024, los casos humanos de fiebre amarilla se notificaron principalmente en la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. Sin embargo, en 2025, los casos se han detectado principalmente en zonas fuera de la región amazónica, incluyendo el estado de São Paulo en Brasil y el departamento de Tolima en Colombia.

Los 212 casos confirmados de fiebre amarilla reportados hasta ahora en 2025 en las Américas representan un incremento de tres veces en comparación con los 61 casos confirmados reportados en 2024.

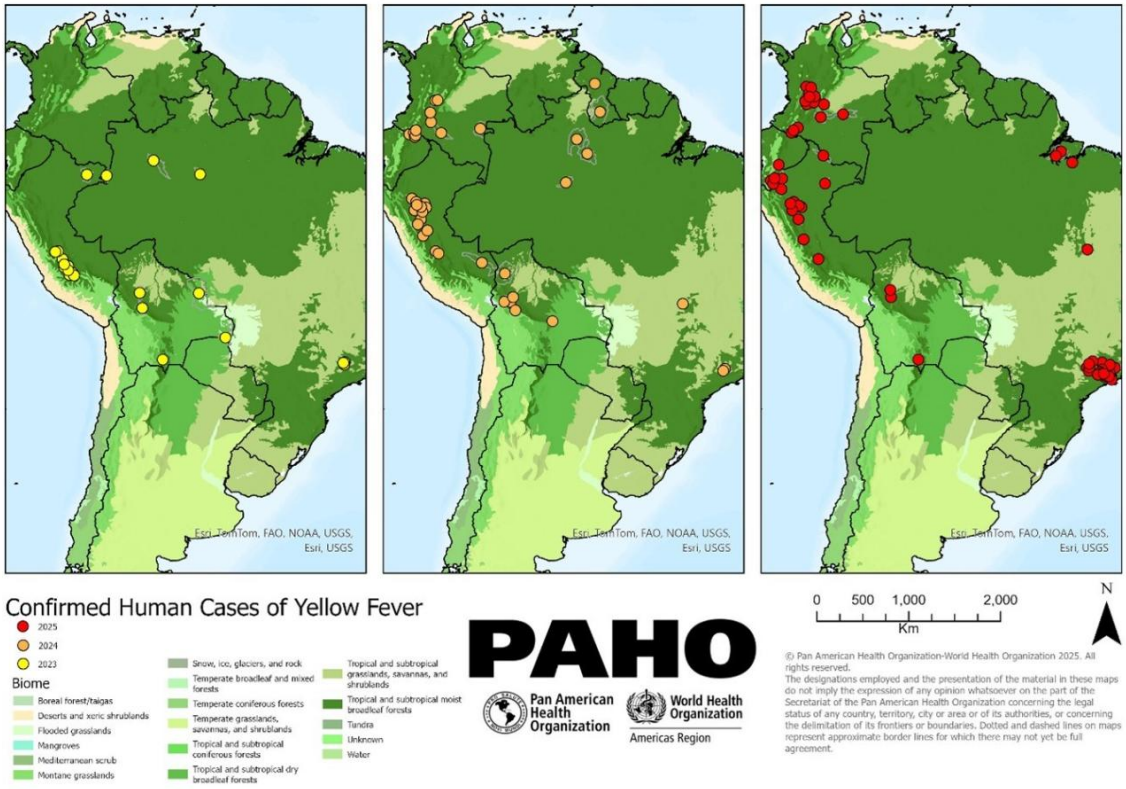
Figura 1. Casos humanos confirmados de fiebre amarilla por país y semana epidemiológica de inicio de síntomas en la Región de las Américas, al 26 de abril de 2025 *(n=212)*.



Nota: *Los datos sobre el número de casos confirmados de fiebre amarilla en Ecuador están actualizados al 2 de mayo de 2025.*

Fuente: Adaptado de datos proporcionados por los países o publicados por los Ministerios de Salud nacionales.

Figura 2: Distribución geográfica de los casos humanos confirmados de fiebre amarilla por año, Región de las Américas, 2023-2025, al 26 de abril de 2025.



Fuente: Adaptado de datos proporcionados por los países o publicados por los Ministerios de Salud nacionales.

X.2.A. RESUMEN POR PAÍSES

Bolivia (Estado Plurinacional de)

Desde el inicio de 2025 y hasta el 26 de abril de 2025, Bolivia ha notificado tres casos humanos confirmados de fiebre amarilla, incluido un fallecimiento (tasa de letalidad del 33%).

Los casos se reportaron en los departamentos de Beni (un caso), La Paz (un caso fatal), Tarija (un caso). El caso fallecido no tenía antecedente de vacunación contra la fiebre amarilla, mientras que los otros dos sí reportaron estar vacunados. Los tres casos fueron confirmados mediante RT-PCR y presentaban antecedentes de ingreso a zonas boscosas. Además, se confirmó un evento epizoótico (muerte de primates no humanos) en el municipio de San Buenaventura, departamento de La Paz.

Brasil

Desde el inicio de 2025 y hasta el 26 de abril, Brasil ha notificado 110 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, incluidos 44 fallecimientos (tasa de letalidad del 40%). Los casos se distribuyeron en los siguientes estados Minas Gerais: 10 casos (incluidos 5 fallecimientos), Pará: 44 casos (incluidos 7 fallecimientos), São Paulo: 55 casos (incluidos 31 fallecimientos), Tocantins: 1 caso fatal. La mayoría de los casos (95 casos; 89,6%) fueron varones, con edades entre 10 y 75 años. El inicio de síntomas se registró entre el 2 de enero y el 2 de abril de 2025. Solo un caso tenía antecedentes documentados de vacunación contra la fiebre amarilla.

Todos los casos reportaron exposición a zonas silvestres y/o boscosas, ya sea por actividades laborales o recreativas.

Colombia

Desde el inicio del brote de fiebre amarilla a principios de 2024 hasta el 26 de abril de 2025, Colombia ha notificado un total de 83 casos confirmados, incluidos 37 fallecimientos.

En 2025, se reportaron 60 casos confirmados, incluidos 24 fallecimientos, con residencia en los siguientes departamentos: Caldas (un caso fatal), Cauca (un caso fatal), Guaviare (un caso fatal), Meta (dos casos fatales), Putumayo (tres casos, incluido un fallecimiento), Tolima (52 casos, incluidos 18 fallecimientos). Las edades de los casos oscilaron entre 2 y 83 años, con inicio de síntomas entre el 6 de enero y el 18 de abril de 2025. Todos los casos tenían antecedentes de exposición a áreas clasificadas por el país como de riesgo de fiebre amarilla. Solo dos casos tenían antecedentes documentados de vacunación.

Hasta el 29 de abril de 2025, se han notificado 29 epizootias de fiebre amarilla en primates no humanos, 27 en el departamento de Tolima y 2 en el departamento de Huila.

Ecuador

Desde el inicio de 2025 y hasta el 2 de mayo, se han notificado cuatro casos confirmados y fatales de fiebre amarilla en las provincias de: Morona Santiago (un caso fatal), Zamora Chinchipe (tres casos fatales). Las edades de los casos oscilaron entre 25 y 55 años, con inicio de síntomas entre el 16 de marzo y el 2 de mayo de 2025. Todos presentaban antecedentes de exposición en zonas silvestres y/o boscosas, por actividades laborales, y fueron confirmados por RT-PCR.

Perú

Desde el inicio de 2025 y hasta el 26 de abril, Perú ha notificado 35 casos confirmados de fiebre amarilla, incluidos 12 fallecimientos, en los siguientes departamentos: Amazonas: 22 casos (7 fallecimientos), Huánuco: 1 caso fatal, Junín: 3 casos, Loreto: 2 casos (1 fallecimiento), San Martín: 7 casos (3 fallecimientos). De los casos confirmados, 31 (88,6%) eran varones, con edades entre 6 y 57 años, y con inicio de síntomas entre el 15 de enero y el 12 de abril de 2025. Todos los casos tenían antecedentes de exposición en zonas silvestres o boscosas, principalmente por actividades agrícolas. El 71,8% de los casos no tenía antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla.

Fuente: who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON570

X.3. Poliovirus derivado de la vacuna tipo 2 en circulación (cVDPV2) - Papúa Nueva Guinea

Recibido a través del CNE el 20/05/2025.

El 9 de mayo de 2025, el Punto Focal del RSI (Reglamento Sanitario Internacional) de Papúa Nueva Guinea (PNG) notificó a la OMS la detección de poliovirus derivado de la vacuna tipo 2 en circulación (cVDPV2) en muestras de heces de dos niños sanos de la ciudad de Lae, provincia de Morobe, Papúa Nueva Guinea. El 10 de abril de 2025, se recolectaron muestras de heces de 25 niños sanos como parte de una investigación epidemiológica exhaustiva en el área de captación del sitio de Vigilancia Ambiental (ES, por sus siglas en inglés), que había reportado cVDPV2 el 4 de abril de 2025. El 8 de mayo, el Laboratorio Regional de Referencia para Polio de la OMS en Australia, el Victorian Infectious Diseases Reference Laboratory (VIDRL), confirmó que dos de estos niños dieron positivo para poliovirus tipo 2. Los niños que resultaron positivos provienen de dos aldeas distintas dentro del área de captación del sitio de vigilancia en la ciudad de Lae, y estaban asintomáticos al momento de la recolección de muestras.

Todos los aislados fueron clasificados como cVDPV2 y estaban genéticamente vinculados a la muestra ambiental detectada el 4 de abril de 2025. La secuenciación genética reveló 18-19 diferencias de nucleótidos respecto a la cepa vacunal Sabin 2. Todos los aislados están estrechamente relacionados entre sí y genéticamente vinculados al brote INO-PAP-2, que anteriormente causó un brote en Indonesia.

La detección de poliovirus tipo 2 en circulación se clasifica como un "brote de polio", conforme a los Procedimientos Operativos Estándar de la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Polio (GPEI) para la respuesta ante un evento o brote de poliovirus.

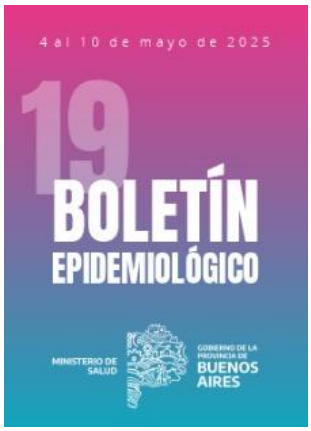
En Papúa Nueva Guinea, la cobertura de vacunación es baja, lo cual puede facilitar la propagación del cVDPV2.En 2024, la cobertura nacional para la tercera dosis de la vacuna oral contra la polio (OPV3) fue del 44%. En la provincia de Morobe, donde se ha detectado el virus, la cobertura con la vacuna oral bivalente (bOPV) se mantuvo por debajo del 40% en los últimos cinco años, con un rango entre 28% y 37%. La cobertura para la primera dosis de la vacuna inactivada contra la polio (IPV1) ha oscilado entre 52% y 54%. Sin embargo, en la ciudad de Lae, la cobertura es más alta, con 73% para bOPV y 90% para IPV1.

Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON571

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

XI. Boletines Jurisdiccionales

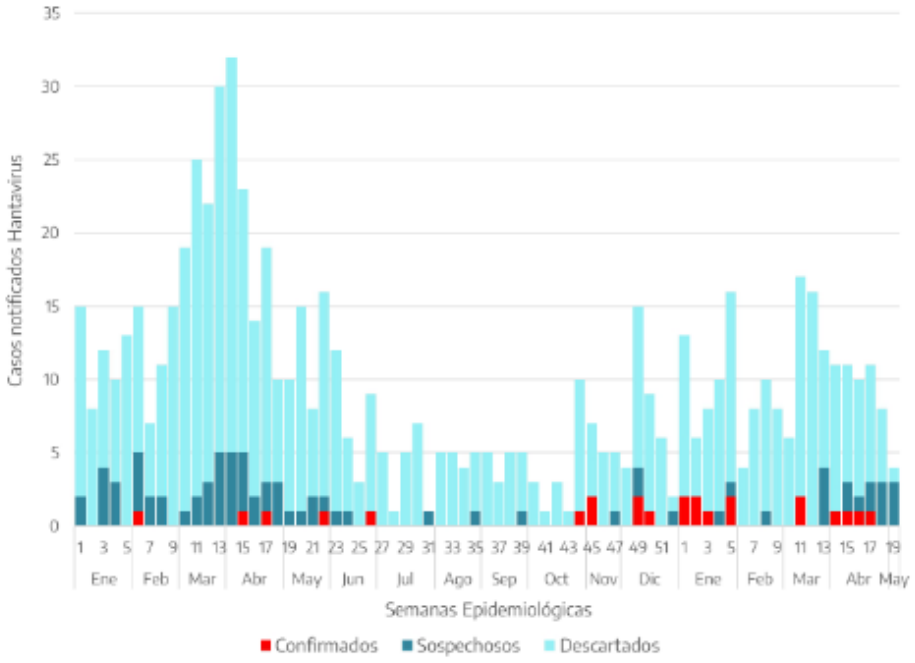
XI.1. Buenos Aires: Hantavirus



Las enfermedades causadas por hantavirus son zoonosis emergentes y en la provincia de Buenos Aires es considerada una enfermedad endémica de tipo estacional, con mayor incidencia en los meses de primavera-verano (el 70% de los casos se concentran entre noviembre y marzo).

Desde el comienzo del año epidemiológico 2025 hasta la fecha (SE 1 a 19), se notificaron 189 casos sospechosos compatibles con hantavirus, de los cuales 13 casos fueron confirmados y 18 continúan como sospechosos. Los casos confirmados pertenecen a los partidos de Arrecifes (1), Berisso (1), Castelli (1), La Plata (5), Lomas de Zamora (1), Maipú (1), Pergamino (1), Pinamar (1) y San Pedro (1).

Casos notificados de hantavirosis por semana epidemiológica. PBA, año 2024 y SE 1 a SE 52 de 2024 (N=506) y SE 1 a SE 19 de 2025 (n= 189).



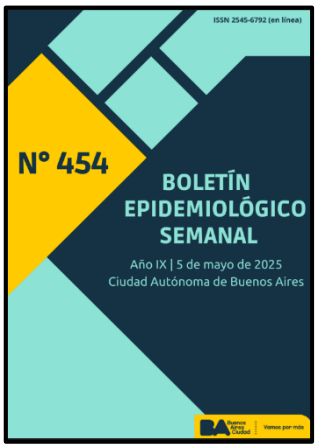
Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

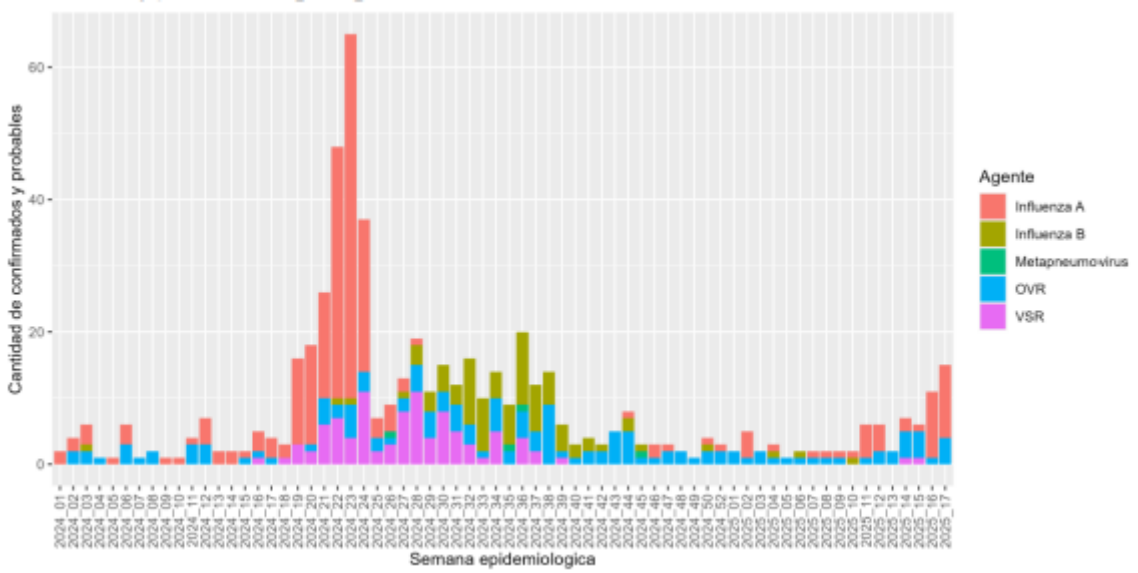
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boleti nes_epidemiologicos

XI.2. CABA: Vigilancia de infecciones respiratorias, eventos de abordaje ambulatorio

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



Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias en eventos ambulatorios. Casos confirmados y probables según agente -sin SARS COV-2. Residentes CABA. Años 2024-25 (N=569).

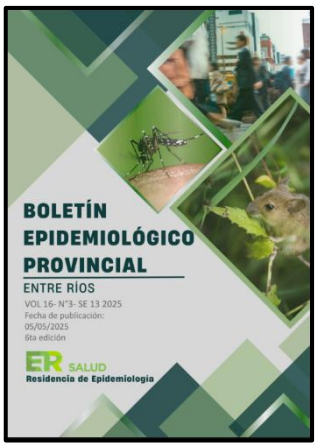


Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0

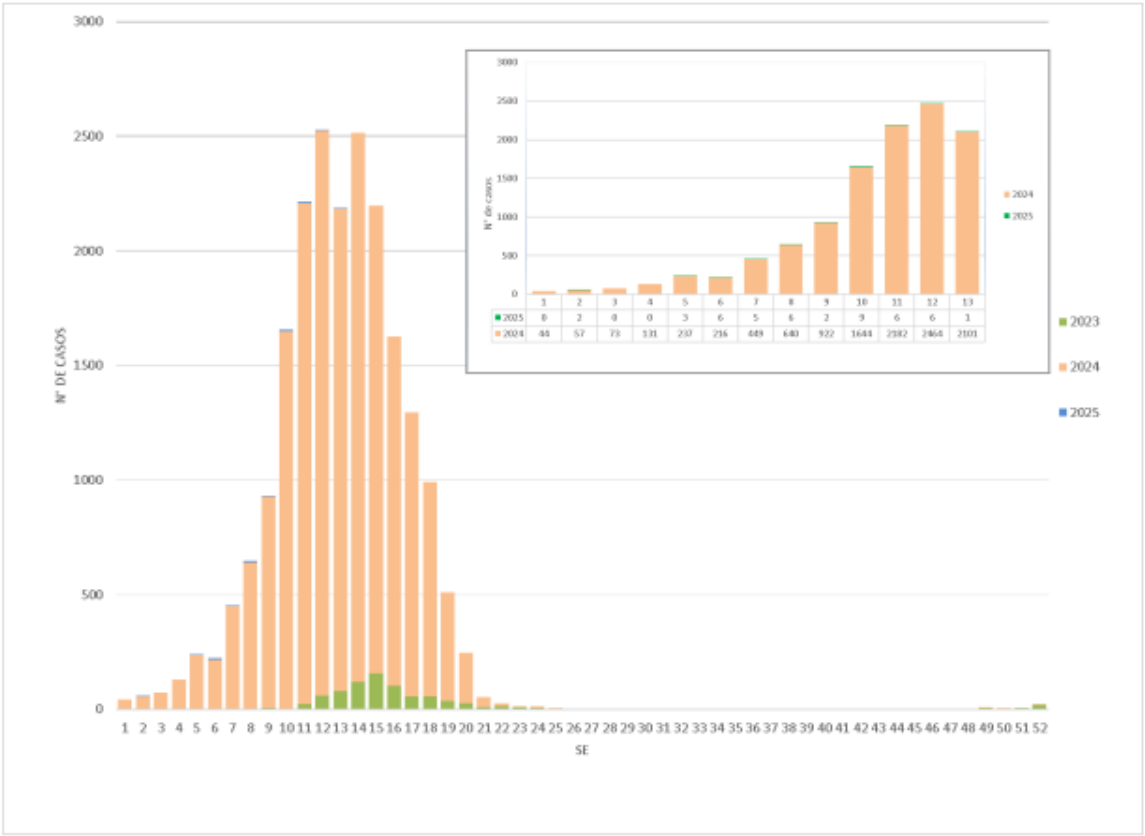
Para más información: https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2024

XI.3. Entre Ríos: Dengue

De los 53 casos confirmados de dengue en la temporada, el mayor número fue reportado en el departamento Paraná, con 34 casos confirmados, 25 en Viale con predominio de DEN-1, 5 en la localidad de Paraná con predominio DEN-1, 1 caso en Seguí, serotipo DEN-2 y el resto fue reportado en Hasenkamp y Maria Grande también con predominio DEN-1.



Casos confirmados de dengue por semana epidemiológica de FIS, años 2024 a 2025, Entre Ríos.

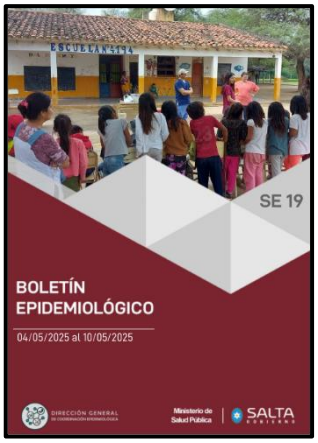


Fuente: SNVS 2.0. Notificación nominal.

Para más información:

https://portal.entrerios.gov.ar/salud/pf/deptovigilancia/9957

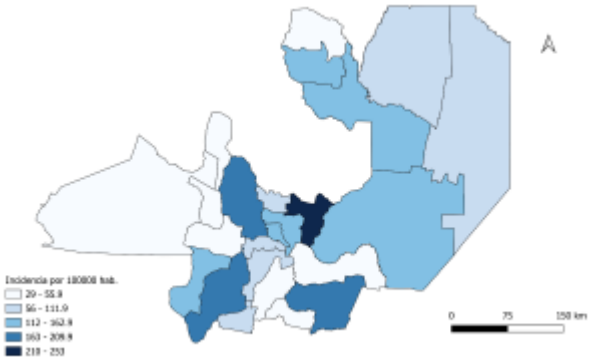
XI.4. Salta: Infección Respiratoria Aguda (IRA)



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

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

Incidencia acumulada por 100000 habitantes de internados por IRA según departamento, hasta SE 19. Provincia de Salta. Año 2025.

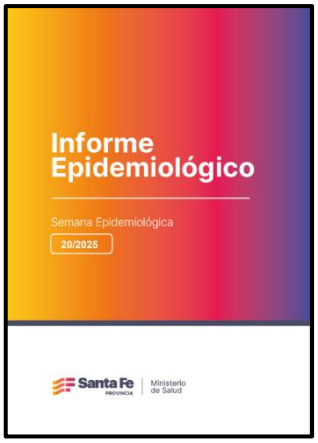


Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia nominal de casos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

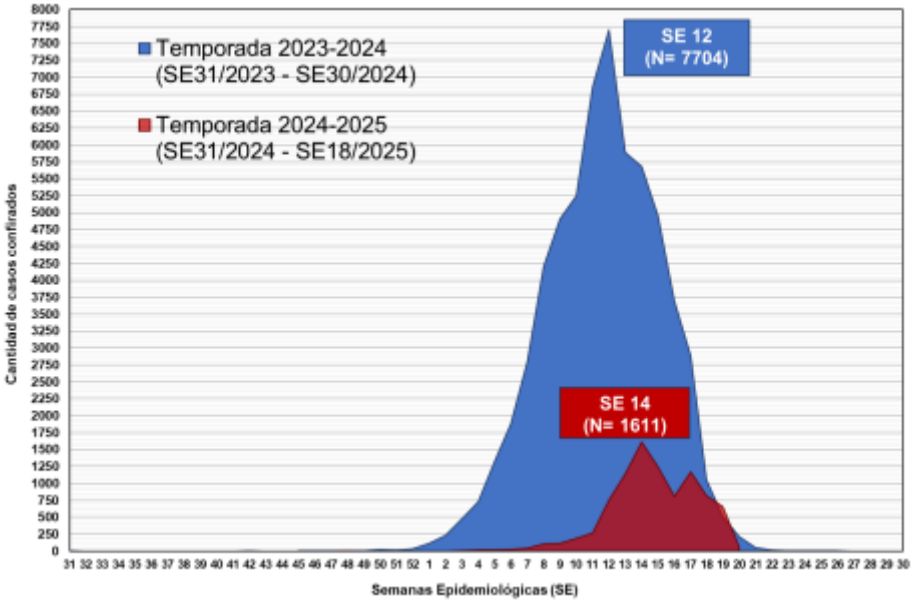
XI.5. Santa Fe: Dengue



Como se puede observar la temporada 2023/2024 es la que registró la mayor cantidad de casos confirmados respecto del resto de las temporadas cerradas. Si comparamos mencionada temporada con la actual, durante el período comprendido entre la SE31/2023 hasta la SE30/2024 el pico de los casos se presentó en la SE12/2024 (n= 7704) mientras que en la temporada actual fue en la SE14/2025 (n= 1611).

Por otra parte, si consideramos el mismo período de tiempo de lo que lleva la actual temporada, los casos acumulados desde la SE31/2023 hasta la SE20/2024 fueron en total 61532 casos confirmados, mientras que en lo que va de la actual temporada para el mismo período (SE31/2024 hasta SE20/2025) el total de los casos hasta el presente informe es de 9084 casos confirmados de dengue, lo cual refleja una curva mucho más baja de casos confirmados en la actual temporada respecto a la anterior.

Comparación de casos de dengue por semana epidemiológica entre la temporada 2023-2024 (desde SE31/2023 hasta SE30/2024) y temporada actual 2024-2025 (desde SE31/2024 hasta SE20/2025). 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) hasta el 17/05/2025.

Para más información:

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

XI.6. Tierra del Fuego: Respiratorias

Hasta la semana epidemiológica (SE) 20 en 2025 se notificaron 1.514 casos de enfermedades respiratorias en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2024, se observa un aumento del 5,4% de los casos registrados a nivel provincial.

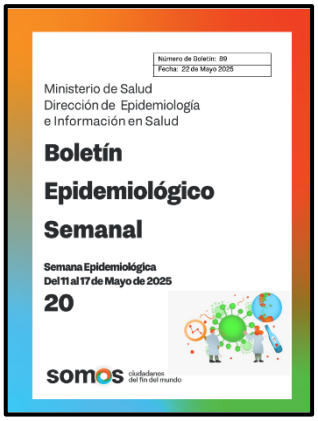


Tabla de respiratorias agrupadas. Años 2024 y 2025.

	SE 20 / Año 2024	SE 20 /Año 2025	% Variación interanual
Río Grande	676	497	-26,5
Tolhuin	314	358	14,0
Ushuaia	610	659	8,0
Tierra del Fuego	1600	1514	-5,4

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología e Información en Salud. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS con datos del SNVS 2.0.

Para más información comunicarse al mail:

https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

XI.7. Tucumán: Eventos priorizados

La vigilancia epidemiológica, tiene como objetivo monitorear el comportamiento de la ENOS (Enfermedades de Notificación Obligatoria). La siguiente tabla muestra la situación de aquellas enfermedades con mayor potencial epidémico, comparando con la situación promedio de 5 años anteriores a igual semana epidemiológica.



Casos esperados y ocurridos para la SE 19 (4 al 10 de mayo de 2025). Tucumán. Año 2025.

Patología	Esperados	Ocurridos	Diferencia %	Chi^2	*Valor de p* *	Tasa de Incidencia por 1000	IC 95 %	
Diarreas	225	264	17,4	2,59	0,1076	17,5	15,4	19,6
Varicela	8	33	316,8	15,01	0,0001	2,2	1,4	2,9
Bronquiolitis	133	137	3,0	0,01	0,9041	9,1	7,5	10,6
ETI	373	2644	609,8	1679,41	0,0000	174,9	168,3	181,6
Neumonia	39	66	68,4	6,45	0,0111	4,4	3,3	5,4
Escorpionismo	27	45	65,3	4,12	0,0423	3,0	2,1	3,8

Fuente: SNVS - Dirección de Epidemiología.

Para más información comunicarse al mail:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

XII. 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 hasta **mayo** 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**
Mayo	Enfermedad Febril Exantemática-EFE (Sarampión/Rubéola)	Laboratorio	Determinaciones /Técnicas	Se adicionó la determinación "IgM anti Dengue (Diferencial)" asociada a la técnica "ELISA"
Mayo	Fiebre tifoidea y paratifoidea	Evento	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Contacto en seguimiento en contexto de brote" **NOTA: Para ser utilizada por el equipo que realiza la investigación epidemiológica de casos y contactos asintomáticos relacionados al brote en curso.**
Mayo	Listeriosis	Evento	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Caso probable"
Mayo	Rickettsiosis	Evento	Clasificación manual de caso	Se adicionó la opción "Caso sospechoso"
Mayo	Sífilis - RN expuesto en investigación	Evento	Dispara Alerta	Se adicionó la opción para disparar alertas a pedido de las jurisdicciones
Mayo	Toxoplasmosis en gestantes	Laboratorio	Muestras	Se adicionó la opción "Líquido amniótico"
Mayo	Vigilancia genómica de SARS-COV-2	Laboratorio	Resultados	Se adicionó la opción "Omicron LP.8.1 (VUM)"

MODALIDAD AGRUPADA			
Fecha de modificación	**Grupo de eventos**	**Nombre del evento**	**Sección** **Cambio realizado**
Mayo	Diarreas Virales - Ambulatorios	Se reemplazó el nombre del evento "Adenovirus 40-41(DV)" por "Adenovirus (DV)"	
	Diarreas Virales - Internados	Se reemplazó el nombre del evento "Adenovirus 40-41(DV)" por "Adenovirus (DV)"	
Mayo	Diarreas bacterianas	Vibrio cholerae	Se adicionó el evento “Vibrio cholerae” **NOTA: Todos los aislamientos de Vibrio cholerae O1 y no-O1 deberán derivarse para la caracterización y tipificación según las normativas y en el marco de Red Nacional de Diarreas y Patógenos Bacterianos de Transmisión Alimentaria.**
		Vibrio cholerae O1	Se mantienen habilitados sin disponibilidad para la carga. **NOTA: Los datos correspondientes a Vibrio cholerae deberán notificarse en el evento homónimo.**
		Vibrio cholerae no O1	
		STEC no O 157	Se mantienen habilitados sin disponibilidad para la carga. **NOTA: Diarrea aguda o Diarrea Aguda Sanguinolenta por STEC ante la Confirmación notificar de forma inmediata en el Evento “Diarrea aguda” de modalidad nominal.**
		STEC O 157	
		Tamizaje de E. coli enteroagregativo (EAEC)	Se reemplazó el nombre del evento " E. coli enteroagregativo (EAEC)" por "Tamizaje de E. coli enteroagregativo (EAEC)"
		Tamizaje de E. coli enteroinvasivo (EIEC)	Se reemplazó el nombre del evento "E. coli enteroinvasivo (EIEC) " por "Tamizaje de E. coli enteroinvasivo (EIEC)"
		Tamizaje de E. coli enteropatógeno (EPEC)	Se reemplazó el nombre del evento "E. coli enteropatógeno (EPEC)" por "Tamizaje de E. coli enteropatógeno (EPEC)"
		Tamizaje de E. coli enterotoxigénico (ETEC)	Se reemplazó el nombre del evento “E. coli enterotoxigénico (ETEC)” por "Tamizaje de E. coli enterotoxigénico (ETEC)".

XIII. Información relevante

XIII.1. Candidiasis sistémica

En función del aumento sostenido de aislamientos de *Candida parapsilosis* resistentes al fluconazol en diferentes regiones del país, se informa que se ha **actualizado la estructura del evento "Candidiasis sistémica" en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)**.

La modificación responde a los hallazgos técnicos presentados en la **Comunicación Epidemiológica N.º 4/2024**, y tiene como objetivo fortalecer la detección, el análisis y la respuesta frente a perfiles emergentes de resistencia a antifúngicos.

A partir de esta actualización, los equipos de vigilancia podrán registrar los casos bajo la siguiente modalidad:

Grupo de eventos: Micosis sistémicas oportunistas

Evento: Candidiasis sistémica

Se destaca la importancia de la notificación oportuna y sistemática de estos casos, ya que permite fortalecer la vigilancia del evento y orientar de manera adecuada las estrategias de prevención, control y respuesta frente a infecciones fúngicas asociadas al cuidado de la salud.

El documento completo puede consultarse en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/-310404_comunicacion_epidemiologica-aumento_de_la_resistencia_al_fluconazol_en_candida_vf.pdf

XIII.2. Actualización de la normativa de Hantavirosis

Mediante la Circular "Actualización de normas para la vigilancia de hantavirosis - Mayo 2025" se actualizó la normativa para este evento. El texto completo de la norma puede consultarse en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

XIV. Residencia Nacional en Epidemiología y el Concurso de Ingreso 2025.

La Residencia en Epidemiología es un programa remunerado de formación de posgrado a tiempo completo y con dedicación exclusiva, perteneciente a las residencias del equipo de salud. Se orienta a la producción de información para describir, comprender y explicar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de la población, detectar y priorizar problemas, proponer estrategias de intervención, apoyar la toma de decisiones y contribuir al monitoreo de políticas, programas y servicios de salud.

XIV.1. Información detallada sobre la residencia:

https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/ingresoaresidencia

XIV.1.A. PROFESIONES HABILITADAS A CONCURSAR:

Medicina; Veterinaria; Lic. en Bioquímica; Bioquímica; Lic. en Ciencia y Tecnología de Alimentos; Lic. en Ciencias Biológicas; Lic. en Biotecnología; Lic. en Ciencias Matemáticas; Lic. en Ciencias Químicas; Farmacia; Lic. en Enfermería; Lic. en Fonoaudiología; Lic. en Kinesiología/Fisiatría; Lic. en Nutrición; Lic. en Obstetricia; Odontología; Lic. en Estadística; Lic. en Sociología; Lic. en Trabajo Social; Lic. en Ciencias Antropológicas; Prof. Universitario en Antropología; Lic. en Psicología; Lic. en Ciencias de la Comunicación.

XIV.1.B. PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DEFINITIVA DEL CONCURSO UNIFICADO:

https://www.argentina.gob.ar/salud/residencias/ingreso/concurso-unificado

XV. 1° Edición del Curso: “Vigilancia y notificación de dengue”

Destinado a personal de salud que realiza tareas de vigilancia epidemiológica.

Modalidad Virtual Autoadministrada

Plataforma Virtual de Salud: https://pvs.msal.gov.ar

Inicia el 2 de diciembre

Duración: 25 horas.

INSCRIPCIONES EN:

Consultas a: cursos.direpinacion@gmail.com

XVI. 4° Edición del Curso Virtual “Introducción al SNVS 2.0”



Destinado a: Personal de salud que realiza tareas de vigilancia epidemiológica o con interés en la temática.

Duración: 25 horas

Formulario de inscripción: https://forms.gle/SyywXdyd8ocSh2XU6

XVII. 7° Edición: Curso Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud



Duración: 30 horas

Formulario de inscripción: https://forms.gle/B2YKwVXmEVQZLRT1A