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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **764**

Semana epidemiológica 27
AÑO 2025
Desde 29/06 al 05/07
Fecha de publicación
14/07/2025

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

Sobre la autoría del boletín

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

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

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

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

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

Agradecimientos:

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

Imagen de tapa:

Las lesiones por mordedura de perro pueden variar desde heridas leves hasta lesiones graves que requieren atención médica inmediata. Foto tomada de banco de imágenes libres de derechos.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°764, SE 27.

I. Editorial del BEN 761

En el marco de un proceso sostenido y constante de transformación, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) consolida una nueva etapa editorial, orientada a continuar fortaleciendo la vigilancia como herramienta pública, técnica y colectiva. Desde la publicación de su versión renovada en el BEN N° 740, cada edición ha buscado no sólo mejorar el acceso y la calidad de los datos, sino también reforzar el sentido estratégico de la información producida para la toma de decisiones en salud.

La creciente visibilidad del BEN —tanto en medios de comunicación como en ámbitos académicos, jurisdiccionales y de formación profesional— confirma el interés que despierta esta herramienta. Valoramos esa expansión como una oportunidad para seguir construyendo una epidemiología comprometida con los procesos sociales, rigurosa en sus métodos y honesta en sus narrativas. Pero también como un llamado a seguir consolidando criterios de comunicación técnicamente sólidos, éticamente responsables y políticamente conscientes.

Desde la incorporación de la nueva estética y las tablas de ENO seleccionados, hasta la creación de la sección “Actualización periódica de eventos”, esta etapa ha permitido la publicación de 34 informes específicos: 22 corresponden a eventos abordados por primera vez y 12 a actualizaciones que profundizan análisis previos. Estos informes buscan caracterizar fenómenos complejos desde una perspectiva integral, articulando temporalidad, territorio y recomendaciones técnicas.

En cada entrega, el BEN se reafirma como una herramienta en tensión: entre técnica y política, entre comunicación y gestión, entre necesidad de síntesis y profundidad analítica. Apostamos a una vigilancia robusta, integrada, en diálogo constante con los equipos jurisdiccionales, que promueva la formación continua, la mejora de procesos y el fortalecimiento de las capacidades del sistema.

Porque más que describir lo que sucede, nos interesa comprender sus sentidos y contribuir a transformarlos. Apostamos a seguir profundizando este camino, de manera cada vez más robusta, significativa y compartida.

En esa línea, invitamos a quienes forman parte del sistema de vigilancia a proponer mejoras, intercambiar ideas y fortalecer juntos este espacio editorial. Cada sugerencia es bienvenida, y cada aporte suma a construir una vigilancia más integrada, oportuna y comprometida con la salud de nuestras poblaciones.

¡Hasta la próxima!

Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología

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

II. Sobre este BEN

El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) N° 764 ofrece una actualización integral de la situación sanitaria del país, fortaleciendo el monitoreo y la toma de decisiones basadas en evidencia en el marco del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). En esta edición se presentan los eventos de notificación obligatoria seleccionados, con sus correspondientes tablas nominales y agrupadas, así como notas metodológicas que facilitan su lectura y utilización.

Se presenta de manera actualizada la situación de la vigilancia de las enfermedades febriles exantemáticas, en particular el brote en curso de sarampión, con nuevos indicadores, y se destaca también la actualización del contexto regional. Se incluyen datos de circulación viral, caracterización de casos y recomendaciones dirigidas tanto a la comunidad como a los equipos de salud.

La vigilancia de dengue y otros arbovirus continúa presentándose, ya en el final de la temporada, con un análisis detallado de la situación nacional e internacional, y el seguimiento de indicadores clave como los serotipos circulantes y la vigilancia entomológica.

En cuanto a las infecciones respiratorias agudas, se continúa sintetizando la información nacional sobre ETI, neumonía y bronquiolitis, junto con los datos de vigilancia centinela y recomendaciones actualizadas ante el aumento de casos de influenza y otros virus respiratorios.

Este número también presenta una actualización sobre el brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado, incluyendo definiciones de caso, situación epidemiológica y el desempeño de tecnologías de laboratorio para su abordaje.

En la sección de actualización periódica de eventos, se incluye un informe epidemiológico sobre Mpox y otro sobre lesiones por mordedura de perro, abordando la implementación de su vigilancia, los antecedentes jurisdiccionales y la caracterización epidemiológica de estos eventos. Este análisis representa un hito importante en la sección propuesta a principios de año, ya que corresponde, al igual que ocurrió con el evento “intento de suicidio”, a una problemática que se presenta por primera vez en el BEN.

Además, se incorporan alertas y comunicaciones internacionales relevantes, como la situación de influenza aviar A(H5N1) en Camboya. Se destacan experiencias recientes publicadas en boletines jurisdiccionales y se incluyen herramientas de utilidad para la vigilancia, como la actualización de codificaciones auxiliares del SNVS 2.0, el anuncio de la 7.ª edición del curso sobre salas de situación, y un informe sobre el trabajo conjunto en control vectorial entre ciudades fronterizas de Argentina y Paraguay.

Este BEN continúa promoviendo el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en todo el país, consolidando su rol como insumo técnico clave para la acción sanitaria.

Contenido

I. Editorial del BEN 761 5
II. Sobre este BEN 6
Contenido 7

TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS 9
III. Tablas de ENO seleccionados 10
III.1. Nota metodológica 10
III.1.A. Sobre la construcción de las tablas 10
III.1.B. Notas adicionales a tener en cuenta 11
III.1. Eventos nominales confirmados 11
III.2. Eventos nominales notificados y confirmados 12
III.3. Eventos agrupados clínicos 13
III.4. Eventos agrupados laboratoriales 14
III.4.A. Sobre la construcción de esta tabla 14

EVENTOS PRIORIZADOS 16
IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión 17
IV.1. Introducción 17
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional 17
IV.2.A. Canadá 17
IV.2.B. Estados Unidos de América 18
IV.2.C. México 19
IV.2.D. Bolivia 19
IV.3. Situación actual en Argentina 19
IV.3.A. Notificación de casos 19
IV.3.B. Distribución geográfica 20
IV.4. Caracterización de los casos confirmados 22
IV.4.A. Clasificación de los casos 22
IV.4.B. Sobre el seguimiento de los casos confirmados 24
IV.5. Recomendaciones para la comunidad 24
IV.6. Recomendaciones para los equipos de salud 24
IV.7. Vigilancia epidemiológica 25
IV.7.A. Definición y clasificación de caso 25
IV.8. Medidas de prevención 25
IV.9. Medidas ante casos y contactos 26
IV.9.A. Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados: 26
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus 28
V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus 28
V.1.A. Subregión Cono Sur 28
V.2. Situación de dengue en Argentina 31
V.2.A. Situación histórica 31
V.2.B. Indicadores basados en la vigilancia para determinar fases epidemiológicas. Actualización 33
V.2.C. Casos de dengue según fase 35
V.2.D. Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras arbovirosis 35
V.2.E. Temporada actual 35
V.2.F. Distribución según región, jurisdicción y departamento 38
V.2.G. Situación según serotipos circulantes 40
V.2.H. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo” 41
V.2.I. Vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue 42
V.2.J. Favorabilidad para brotes de Dengue 43
V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus 45
V.4. Vigilancia entomológica 46
V.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición 46
V.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) –SE15 (2025) 46
V.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios 50
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas 54
VI.1. Nota Metodológica 54
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 54
VI.3. Síntesis de la información nacional destacada 55
VI.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 55
VI.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 57
VI.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 57
VI.5. Recomendaciones ante el aumento de casos de influenza y la circulación de virus respiratorios 63
VI.6. Recomendaciones para la población general 63
VI.7. Vacunación antigripal 64
VII. Actualización de estudio de brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado 65
VII.1. Introducción 65
VII.1.A. Sobre los aislamientos identificados y las definiciones de caso 66
VII.2. Situación epidemiológica 67

VII.3. Desempeño de plataformas MALDITOF-MS para la identificación de Klebsiella variicola y Klebsiella pneumoniae 69
VII.4. Vigilancia epidemiológica 70
VII.4.A. Modalidad de vigilancia y nota metodológica 70
VII.4.B. Objetivos de la vigilancia 70
VII.4.C. Definiciones de caso 70

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS 72
VIII. Mpox – Actualización Informe epidemiológico 73
VIII.1. Introducción 73
VIII.2. Situación internacional 73
VIII.2.A. Situación en África 74
VIII.2.B. Situación en las Américas 74
VIII.3. Situación en Argentina 75
VIII.4. Recomendaciones para el equipo de salud 77
VIII.5. Vigilancia Epidemiológica 77
VIII.5.A. Definiciones y clasificaciones de caso 78
VIII.5.B. Notificación 79
VIII.6. Algoritmo de diagnóstico y notificación de Mpox 79
VIII.7. Medidas ante casos sospechosos 80
VIII.8. Medidas ante contactos 81
IX. Lesiones por mordedura de perro - Informe epidemiológico 82
IX.1. Introducción 82
IX.2. Sobre la implementación de la vigilancia de las lesiones por mordedura de perro 82
IX.2.A. Antecedentes 82
IX.2.B. Jurisdicciones y establecimientos participantes 83
IX.2.C. Total de notificaciones en el período de implementación 84
IX.2.D. Síntesis de la implementación 85
IX.3. Situación de Lesiones leves y moderadas por mordedura de perro en Argentina 85
IX.3.A. Nota metodológica 85
IX.3.B. Situación Epidemiológica Histórica (2023-2024) 85
IX.3.C. Situación Epidemiológica Actual (2025) 88
IX.4. Situación de Lesiones graves por mordedura de perro en Argentina 91
IX.4.A. Nota metodológica 91
IX.4.B. Situación Epidemiológica Histórica (2023-2024) 91
IX.4.C. Situación Epidemiológica Actual (2025) 93
IX.5. Recomendaciones para el equipo de salud 96
IX.5.A. Medidas preventivas 96
IX.5.B. Medidas ante casos y contactos 97
IX.6. Conclusiones 97
IX.7. Vigilancia epidemiológica 97
IX.7.A. Definiciones de caso 97

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 99
X. Introducción 100
X.1. Influenza Aviar A(H5N1) – Camboya 101

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 103
XI. Boletines Jurisdiccionales 104
XI.1. Buenos Aires: Campaña de vacunación de Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) 104
XI.2. CABA: Eventos respiratorios de abordaje en internación 105
XI.3. Salta: Hepatitis A 106
XI.4. Santa Fe: Influenza en ambulatorios 107
XI.5. Tierra del Fuego: Respiratorias agrupadas 108
XI.6. Tucumán: Enfermedad tipo Influenza 109

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 110
XII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 111
XIII. 7° Edición: Curso Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud 114
XIV. Control vectorial y vigilancia epidemiológica conjunta de Arbovirus entre las ciudades fronterizas de Argentina y Paraguay 115

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.1. 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 1-27. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-27	2025 Acumulados SE 1-27	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	3	3	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	96	82	-14	-15%
Enf. zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	4.672	9.121	4.449	95%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	191	270	79	41%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	74	89	15	20%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o	5	4	-1	-20%
	Cisticercosis	4	5	1	25%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.635	4.546	1.911	73%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	295	530	235	80%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	18	30	12	67%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	13	7	117%
	Brucelosis	59	64	5	8%
	Hantavirosis	32	33	1	3%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	16	13	433%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	817	829	12	1%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	6	11	5	83%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	3	15	12	400%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	0	24	24	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	1	1	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	5.553	5.553	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	369	369	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	288	288	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	6.777	8.893	2.116	31%

Nota: La asignación de la semana epidemiológica a los casos de tuberculosis que se notifican a través del SNVS se realiza, a partir de este reporte, utilizando la fecha de carga. En las tablas de los informes previos, se asignó a los casos la semana epidemiológica de la fecha de diagnóstico del caso que no necesariamente coincide con la fecha de carga cuando la carga se realiza posteriormente.
Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

III.2. 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 1-27. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-27		2025 Acumulados SE 1-27		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enf. prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	2.001	79	1.529	135	-472	-24%	56	71%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	480	2	4.992	35	4.512	940%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	480	0	4.992	0	4.512	940%	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	1.123	464	1.424	464	301	27%	0	0%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	60	0	58	0	-2	-3%	0	N/A
Enf. Transmisibles por vectores	Dengue	86.240	55.457	57.844	17.415	-28.396	-33%	-38.042	-69%
	Encefalitis de San Luis	185	5	271	0	86	46%	-5	-100%
	Fiebre amarilla humana	104	0	128	0	24	23%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	33	0	56	0	23	70%	0	N/A
	Zika	1.440	0	771	0	-669	-46%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	259	83	158	39	-101	-39%	-44	-53%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.478	39	1.439	123	-39	-3%	84	215%
	Psitacosis	185	33	485	98	300	162%	65	197%
ETMI - Enf. del niño	Chagas agudo congénito	780	33	835	27	55	7%	-6	-18%
	Sífilis Congénita	1.606	509	502	487	-1.104	-69%	-22	-4%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	4	0	4	N/A	0	N/A
ETMI - Enf. en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1.273	1.211	989	823	-284	-22%	-388	-32%
	Sífilis en embarazadas	5.522	4.899	6.048	5.626	526	10%	727	15%
	Hepatitis B en embarazadas	0	28	62	17	62	N/A	-11	-39%
Hepatitis virales	Hepatitis A	80	23	156	80	76	95%	57	248%
	Hepatitis B	1.466	349	1.699	371	233	16%	22	6%
	Hepatitis C	1.307	643	1.213	721	-94	-7%	78	12%
	Hepatitis E	27	2	18	1	-9	-33%	-1	-50%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	16.773	13.311	26.425	22.684	9.652	58%	9.373	70%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	596	431	1.017	823	421	71%	392	91%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	31	3	164	58	133	429%	55	1833%

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

III.3. 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 1-27. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-27	2025 Acumulados SE 1-27	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmitidas por alimentos	Diarrea	346.548	401.871	55.323	16%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	998	999	1	0%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	657	427	-230	-35%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	56.225	32.992	-23.233	-41%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	615.276	566.715	-48.561	-8%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	40.005	33.166	-6.839	-17%
	Neumonía (sin especificar)	45.422	35.538	-9.884	-22%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	0	3.001	3.001	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	1	2.026	2.025	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	14.238	14.238	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	903	902	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	3	3.648	3.645	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	3	3.196	3.193	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	53	17.830	17.777	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	12	3.515	3.503	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	3	1.447	1.444	N/A
	Lesiones por electrocución	0	392	392	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	458	458	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	1	40.155	40.154	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	0	13.690	13.690	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	6	19.357	19.351	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	297	297	N/A
	Otras lesiones en el hogar	4	14.372	14.368	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 laboratoriales

III.4.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 1-27. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-27		2025 Acumulados SE 1-27		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	2.247	131	1.752	104	-495	-22%	-27	-21%
	Infección por Mycoplasma genitalium	390	7	286	8	-104	-27%	1	14%
	Infección por Mycoplasma hominis	1.497	142	1.407	190	-90	-6%	48	34%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	8.161	265	3.210	205	-4.951	-61%	-60	-23%
	Infección por Trichomonas vaginalis	13.277	1.419	10.210	1.197	-3.067	-23%	-222	-16%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

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

IV.1. Introducción

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

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

No existe ningún tratamiento antiviral específico contra el virus del sarampión, solo existen medidas de sostén clínico y de sus complicaciones. Puede prevenirse con la **vacunación**.

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

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

IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional

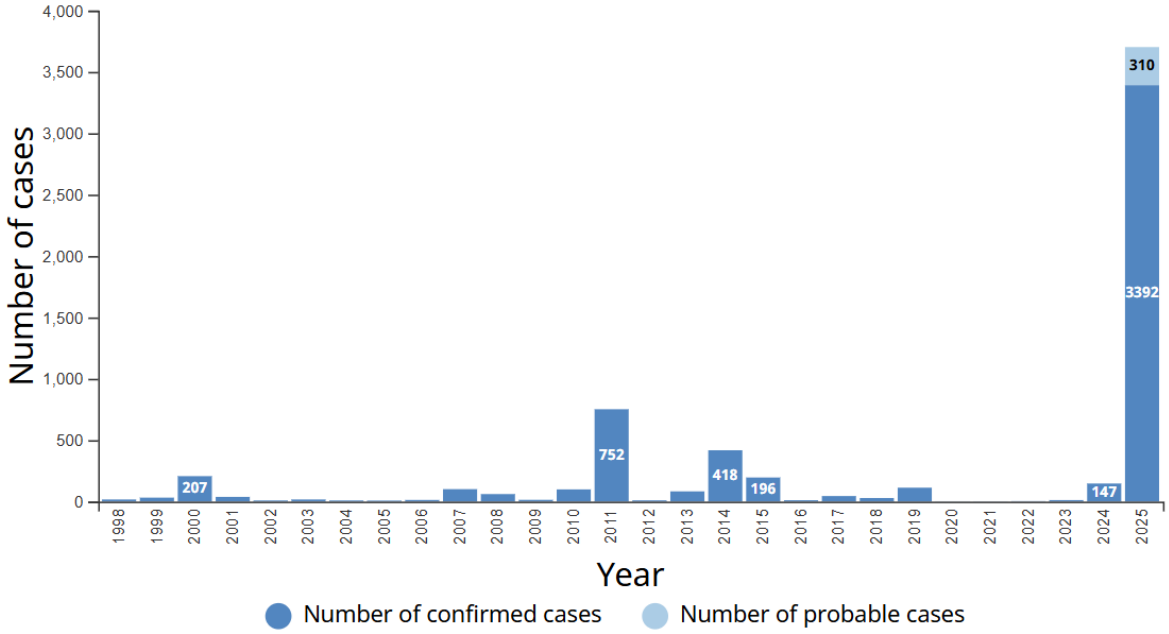
IV.2.A. CANADÁ[1]

En 2025, se han notificado un total de 3.703 casos de sarampión (3.393 confirmados, 310 probables) en 9 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta **el 28 de junio de 2025.**

En la semana 26 (del 22 al 28 de junio de 2025), se notificaron 178 nuevos casos de sarampión (178 confirmados y 0 probables) en 5 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Ontario e Isla Príncipe Eduardo).

[1] 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 28 de junio de 2025.



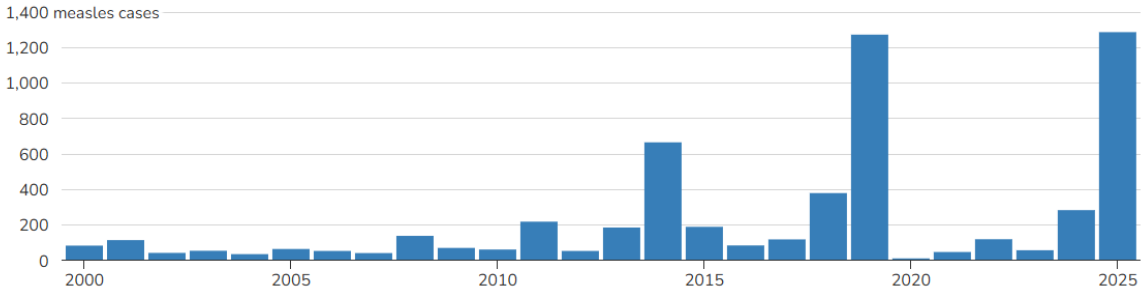
IV.2.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[2]

Al 9 de julio de 2025, se notificaron un total de 1.288 casos confirmados de sarampión en 39 jurisdicciones: Alaska, Arkansas, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Missouri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington y Wyoming.

En 2025 se han notificado 27 brotes, y el 88% de los casos confirmados (1.130 de 1.288) están asociados a brotes. En comparación, durante 2024 se notificaron 16 brotes y el 69% de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a brotes.

En el 2025 ha habido 3 muertes confirmadas por sarampión.

Figura 2. Casos anuales de sarampión. Estados Unidos de América. 2023-2025 (hasta 8/07/25).



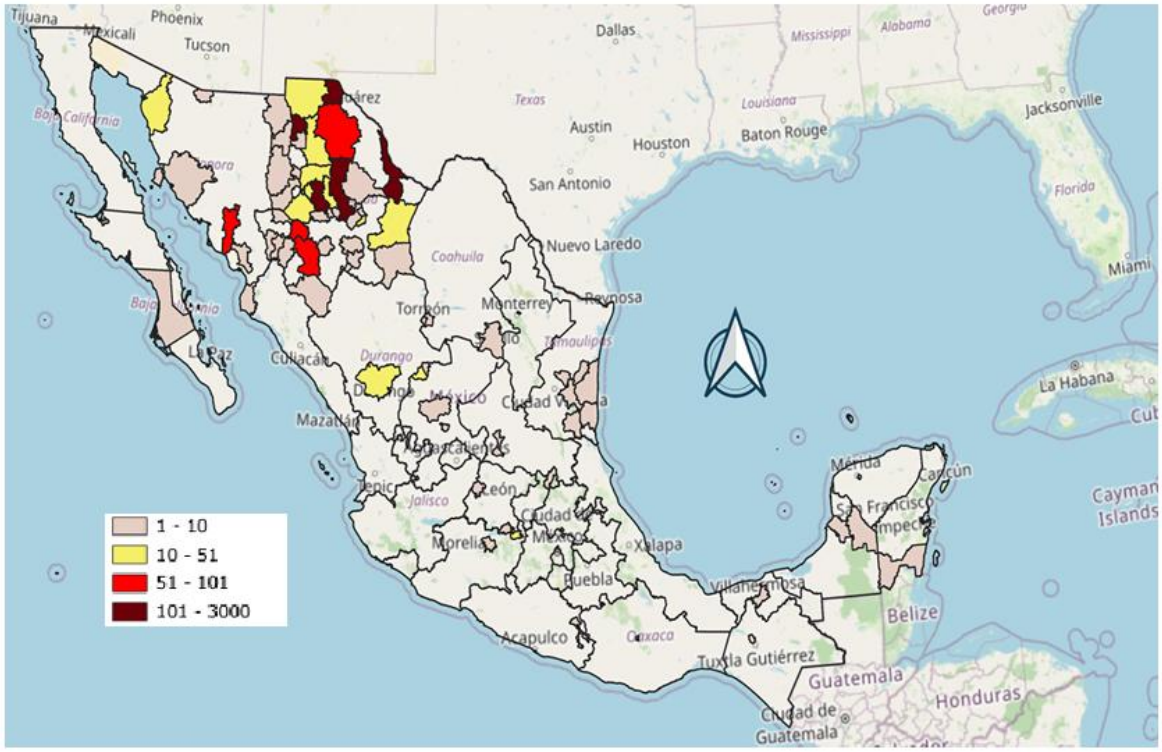
[2] https://www.cdc.gov/measles/data-research/index.html.

IV.2.C. MÉXICO[3]

Al 10 de julio, se han reportado 3.261 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 45 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 20 estados y 79 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 9 fallecimientos.

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios de residencia, 10 de julio de 2025, México.



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

IV.2.D. BOLIVIA[4]

Hasta el 4 de julio, se han reportado 80 casos de sarampión en cinco departamentos: Santa Cruz, La Paz, Potosí, Beni y Oruro; esto representa un aumento de seis casos y dos departamentos adicionales en comparación con la actualización del 30 de junio. Las campañas de vacunación están en marcha, priorizando los niños y niñas de 0 a 9 años.

IV.3. Situación actual en Argentina

IV.3.A. NOTIFICACIÓN DE CASOS

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 2.598 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el país (Gráfico 1). A partir de la Semana Epidemiológica (SE) 6, coincidiendo con la

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

[4] https://www.minsalud.gob.bo/8727-salud-reporta-80-casos-confirmados-de-sarampion-en-cinco-departamentos-del-pais

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.

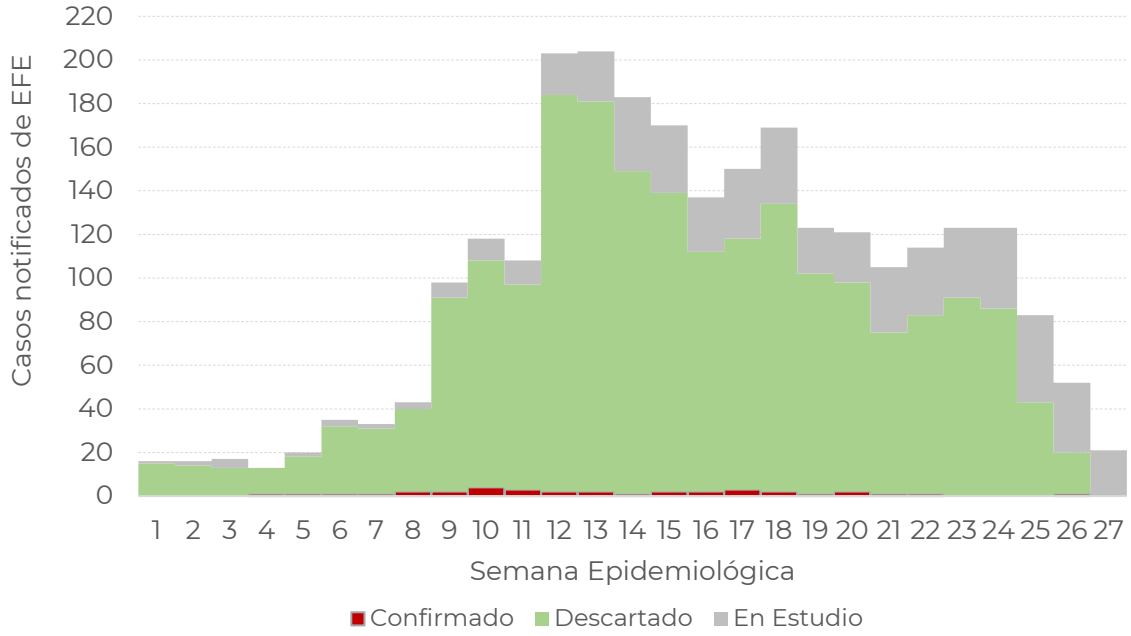
La curva de notificación muestra una sensibilización del sistema de vigilancia, con una respuesta oportuna ante la comunicación de riesgo.

Del total de casos notificados entre la SE1 y la SE27:

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

La proporción de casos descartados sobre el total notificado es del 79%. La cifra de casos en estudio refleja la actividad continua de evaluación de los eventos notificados.

Gráfico 1. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE27 de 2025. N= 2.598



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. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Con el objetivo de monitorear la sensibilidad y calidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció una serie de indicadores en el marco del *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación* 2018–2023. Entre ellos, se destaca el indicador 2.1.1, que evalúa el cumplimiento de la tasa mínima anual esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola, fijada en al menos 2 notificaciones por cada 100.000 habitantes.

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

Tabla 1. Distribución de casos notificados y confirmados por jurisdicción en Argentina. Tasa cada 100 mil habitantes y notificaciones esperadas para el período actual. SE1 a SE27 de 2025[5].

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	21	1583	8,6	188	367
CABA	13	606	19,6	32	62
Catamarca		11	2,5	4	9
Chaco		25	2,0	13	25
Chubut		20	3,0	7	13
Córdoba		62	1,6	40	79
Corrientes		6	0,5	12	23
Entre Ríos		38	2,6	15	29
Formosa		2	0,3	6	13
Jujuy		32	3,9	8	16
La Pampa		19	5,1	4	7
La Rioja		1	0,2	4	8
Mendoza		59	2,8	21	42
Misiones		7	0,5	14	27
Neuquén		4	0,6	7	14
Río Negro		6	0,8	8	16
Salta		13	0,9	15	30
San Juan		11	1,3	8	16
San Luis	1	8	1,5	6	11
Santa Cruz		9	2,2	4	8
Santa Fe		47	1,3	38	73
Santiago del Estero		13	1,3	11	21
Tierra del Fuego		2	1,0	2	4
Tucumán		14	0,8	18	36
Total	**35**	**2598**	**5,5**	**486**	**949**

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

Del análisis de la información notificada al 5 de julio se identifican tres situaciones diferenciadas entre las jurisdicciones:

1. *Jurisdicciones que ya superaron la cantidad esperada de notificaciones para todo el año:* Este grupo incluye a Buenos Aires, CABA, Catamarca, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza

[5] Los casos notificados corresponden a los reportados hasta la SE26, mientras que la información sobre los casos confirmados refleja la más reciente disponible al momento de la elaboración de este boletín epidemiológico.

y Santa Cruz. En particular, Buenos Aires (con 1.583 notificaciones) y CABA presentan cifras muy por encima de lo esperado si se considera el total anual.

2. *Jurisdicciones que no superaron el total anual esperado, pero se encuentran por encima del valor esperado para la semana epidemiológica (SE) vigente:* Aquí se encuentran Córdoba, San Juan, San Luis, Santa Fe y Santiago del Estero. La provincia de Tierra del Fuego alcanzó las notificaciones esperadas para la SE actual, y Chaco duplicó las notificaciones esperadas para esta SE, alcanzando el valor anual proyectado.

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

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

IV.4. Caracterización de los casos confirmados

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

IV.4.A. CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS

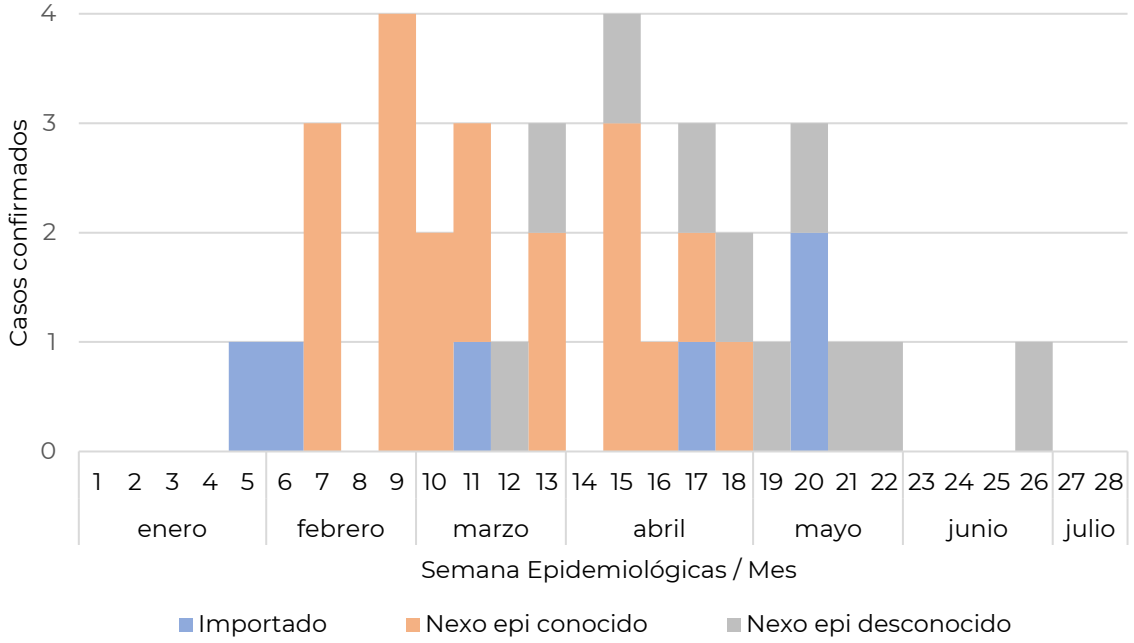
En cuanto a la distribución de los casos confirmados de sarampión según semana de ocurrencia (de acuerdo a la fecha de inicio del exantema) y el nexo epidemiológico (conocido o desconocido), se observa que desde la SE 5 (fines de enero) hasta la SE 22 (fin de mayo), se presentaron casos todas las semanas con excepción de la 8 y la 14.

Hubo 3 semanas donde no se notificaron casos en el SNVS (23, 24 y 25, correspondiente a los inicios del mes de junio) y en la SE 26 se notificó el último hasta la fecha.

Este último hecho demuestra que existen casos no detectados por el Sistema de Salud o el Sistema de Vigilancia, ya que a la fecha de aparición del caso 35 no se esperaban casos secundarios de los casos confirmados anteriormente. Por ello, además de no contar con nexo con ninguno de los casos anteriores se puede asumir la pérdida de detección de casos.

En relación con el nexo, la mayoría de los casos se presentan con nexo epidemiológico conocido, especialmente en los inicios del brote, correspondiente a los meses de febrero, marzo y abril. Los casos con nexo epidemiológico desconocido se presentan mayormente hacia fines de abril. Los últimos 5 casos de trasmisión comunitaria presentan nexo desconocido, aunque en alguno de ellos se pudo identificar por laboratorio genético que se trata del mismo linaje que los primeros casos importados.

Gráfico 2. Número de casos confirmados de Sarampión según clasificación epidemiológica y semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE28 de 2025. N= 35



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 lo que respecta a la distribución por grupo de edad, la mayor cantidad de casos confirmados se presenta en los menores de 5 años (17 casos, 49%).

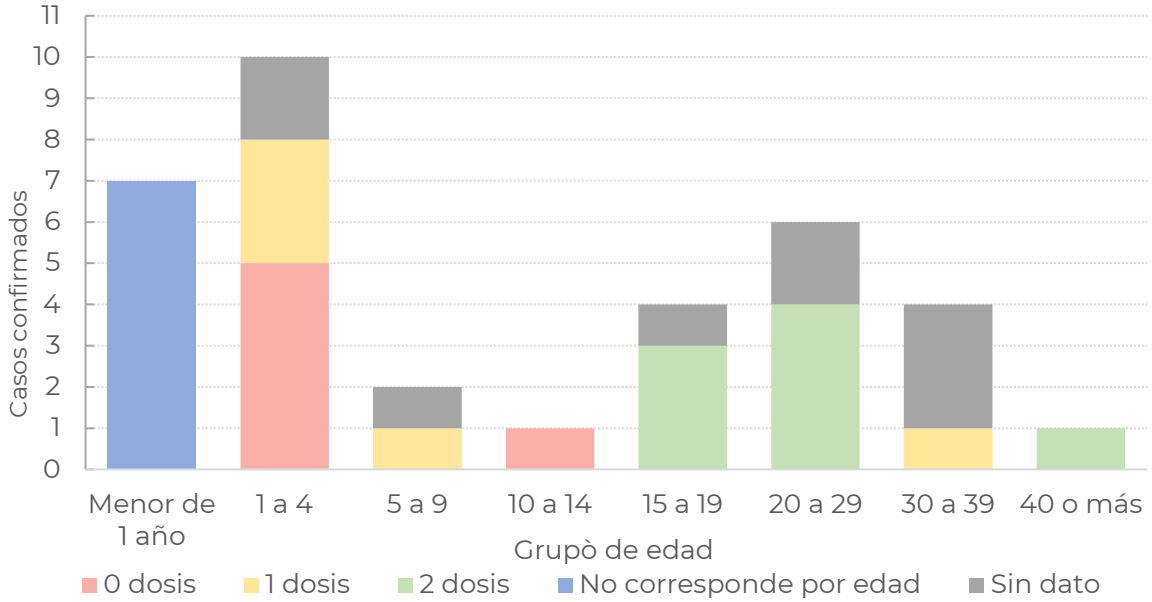
Del total de casos confirmados, aquellos sin vacunación (ya sea por no corresponder para la edad o porque tienen 0 dosis) representan un 45,7% del total (16 casos). Y dentro de los casos mayores a 1 año y que no han recibido dosis de vacuna antisarampionosa la mayor proporción se encuentra en la población de 1 a 4 años (62%). Este alto porcentaje resalta una brecha importante en la cobertura de vacunación, especialmente en los grupos más vulnerables como los menores de 1 año y los niños en el rango de 1 a 4 años. La falta de inmunización en estos grupos podría ser un factor clave en la propagación del sarampión.

No obstante, la proporción de casos que han recibido al menos 1 dosis de vacuna, considerando los 28 casos mayores de 1 año, es del 50%, siendo mayor en los grupos de edad de 15 a 29 años.

La categoría de "sin dato" es elevada en algunos grupos (20 a 29 y 30 a 39 años), lo que indica una falta de registro sobre el estado de vacunación que dificulta un análisis completo de la situación.

En lo que respecta al sexo de aparición, se observa que el 57% fueron varones, mientras que el 43% mujeres.

Gráfico 3. Número de casos confirmados de Sarampión según grupo etario y antecedente de vacunación. Argentina. SE1 a SE28 de 2025. N= 35



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 indicación de vacunación se explica en el siguiente apartado de este informe.

IV.4.B. SOBRE EL SEGUIMIENTO DE LOS CASOS CONFIRMADOS

A la fecha de publicación del presente boletín (7 de julio de 2025), se encuentran realizándose las acciones de control y seguimiento vinculadas al último caso notificado (caso 35). El último caso confirmado presenta fecha de exantema el 25 de junio de 2025.

Las acciones de control las está realizando la jurisdicción, y se contemplarán los tiempos de posible aparición de casos secundarios y seguimiento de contactos.

IV.5. Recomendaciones para la comunidad

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

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

IV.6. Recomendaciones para los equipos de salud

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

IV.7. Vigilancia epidemiológica

Los casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) constituyen eventos de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación que actualiza las normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria.

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

IV.7.A. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASO

Definición de Caso de EFE (caso sospechoso de sarampión/rubéola):

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

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

IV.8. Medidas de prevención

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

De **12 meses a 4 años**: deben acreditar UNA DOSIS de vacuna triple viral.

Niños de 5 años y más, **adolescentes** y **personas adultas** deben acreditar al menos DOS DOSIS de vacuna con componente contra sarampión y rubéola aplicada después del año de vida (doble o triple viral) o contar con serología IgG positiva para sarampión y rubéola.

Las personas nacidas antes de 1965 se consideran inmunes y no necesitan vacunarse.

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

Se recomienda contar con esquema de vacunación adecuado antes de realizar un ***viaje****.*

Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:

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

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

Ante el 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.9. Medidas ante casos y contactos

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

Instaurar medidas de aislamiento respiratorio: uso de barbijo para la persona con sintomatología y para acompañantes para la circulación y atención dentro de la institución.

Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios.

Asegurar la atención de manera inmediata, evitando traslados innecesarios (evitar circular en transportes públicos y dentro de las instituciones, en caso de ser necesario salir de domicilio debe utilizar doble barbijo)

El personal de salud a cargo de su atención deberá Utilizar barbijo de Alta eficiencia (N95); y contar con carnet de vacunación que certifique al menos 2 dosis en la vida con componente de sarampión doble viral (DV) o triple viral (SRP) o el antecedente clínico/serológico que demuestre haber padecido la enfermedad o haber sido inmunizado con vacuna.

Informar inmediatamente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso, sin esperar resultados de laboratorio.

Confeccionar la ficha de investigación epidemiológica y reportar los datos de la misma en el SNVS 2.0, evento “Enfermedad Febril Exantemática”.

Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: tomar siempre muestra de sangre sumado a una muestra de orina dentro de los 14 días posteriores a la aparición de exantema y/o hisopado o aspirado nasofaríngeo (HNF o ANF) preferentemente dentro de los 7 días de inicio del cuadro. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que debe realizarse dentro de las 48 hs. posteriores a la toma.

Vacunación dentro de las 48 a 72 hs.

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

- Realizar búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación).
- Localización y seguimiento de los contactos: Personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con vínculo epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión, o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola). Realizar el seguimiento de los potenciales susceptibles hasta 21 días después del inicio del exantema del caso.
- Búsqueda de la fuente de infección: Se buscará todo posible contacto con un caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar posibles

situaciones o lugares de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.

Ficha de notificación:
ficha_de_sarampion_y_rubeola_1742024.pdf

Alerta epidemiológica del 06 de marzo de 2025.
alerta_epidemiologica-sarampion_07032025_0.pdf

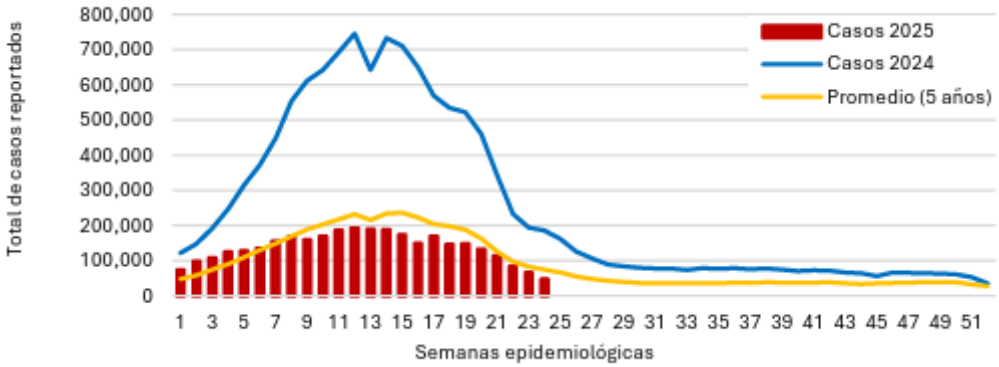
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 24, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud actualizado el 3 de julio.

Ala semana epidemiológica (SE) 24 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,291,538 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 324 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 70% en comparación al mismo periodo del 2024 y de 11% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 24 en 2025, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



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

De los 3,291,538 casos de dengue reportados en las Américas, 1,322,446 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 4,241 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,541 muertes por dengue, para una letalidad del 0.047%.

Veinte países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 24. Estos países registran en conjunto 47,057 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 24.

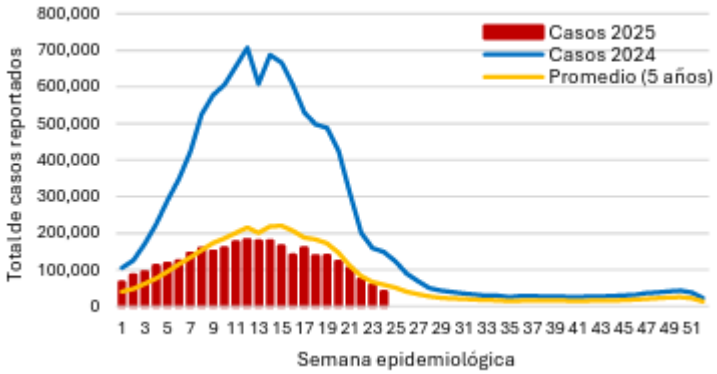
Del total de casos registrados en la SE 24, 60 fueron casos de dengue grave (0.1%) y se reportaron 15muertesparauna letalidad de 0.032%.

Catorce 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 37,676 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 24. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 70% en comparación con la misma semana del 2024 y de 10% con respecto al promedio de los últimos 5 años

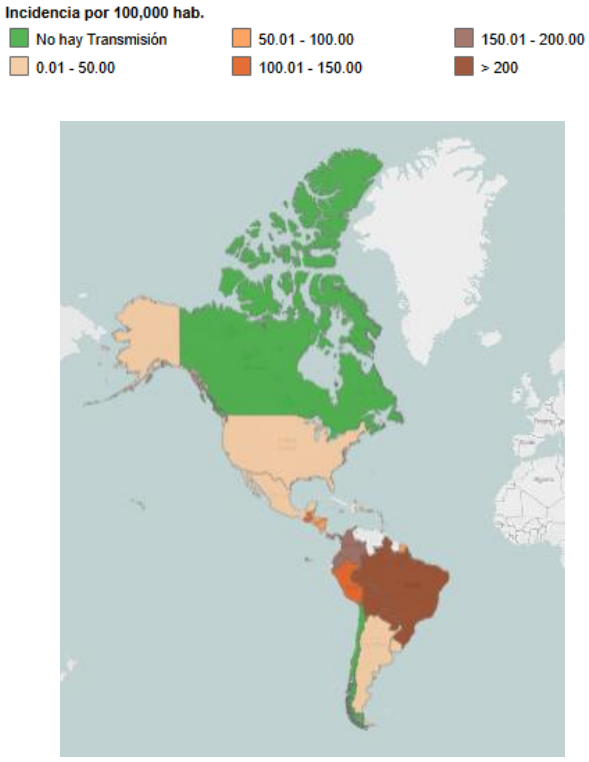
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 24, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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.[6]
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.

[6] 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)[7] y el ARBO-portal[8] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 10/07/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 27/2025 se han reportado 3.036.889 casos de dengue, con 1.401 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 68% respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, hasta la SE 27/2025 se notificaron 185.553 casos, un 51% menos que lo informado para esa semana el año anterior, con 98 muertes asociadas. Respecto a zika, se registraron 16.379 casos hasta la SE 26/2025, lo que representa una disminución del 54% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 25/2025 se confirmaron 11.744 casos, un 66% más que en igual período del año pasado, con 4 defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 24/2025, se han reportado 26.105 casos de dengue, con 2 fallecimientos asociados, lo que representa una disminución del 35% en comparación con el mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se registraron 3.863 casos, un aumento de casi 10 veces el valor del año previo, con una defunción. Asimismo, hasta la misma semana se notificaron 601 casos de zika, tres veces más de 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.

Paraguay: hasta la SE 24/2025, se han reportado 20.956 casos de dengue y un fallecimiento asociado, un 92% menos respecto a la misma semana de 2024. En cuanto a chikungunya, hasta la SE 24/2025 se notificaron 39 casos, un 99% menos comparado con el año anterior, sin defunciones por este evento. Respecto al zika, hasta la SE 24/2025 no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían reportado 4 casos.

Perú: hasta la SE 26/2025, se han notificado 35.423 casos de dengue, un 86% menos que el mismo periodo de 2024, con 47 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 24/2025 se registraron 55 casos, un valor similar al año anterior, sin defunciones para este evento. Asimismo, a la SE 24/2025 se han registrado 2 casos de zika, mientras a la misma semana de 2024 se habían notificado 4 casos. 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 marcado 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. Por otro lado, se ha registrado un brote de Oropouche en la Región de las Américas que este año afecta a Brasil y Perú.

[7] 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

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

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).

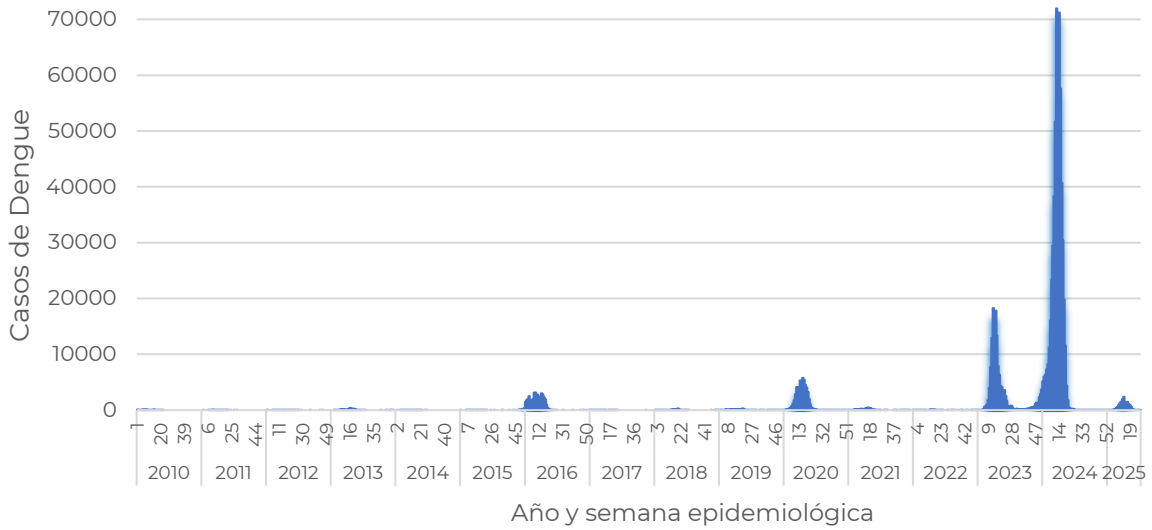
V.2. Situación de dengue en Argentina

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-SE27/2025. Argentina. N=862.792

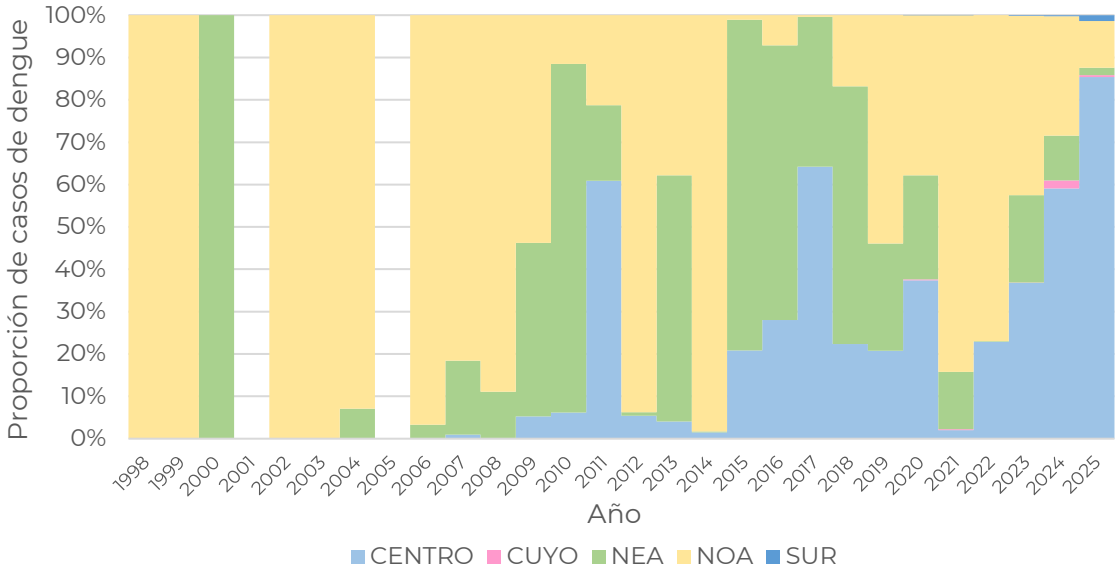


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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.

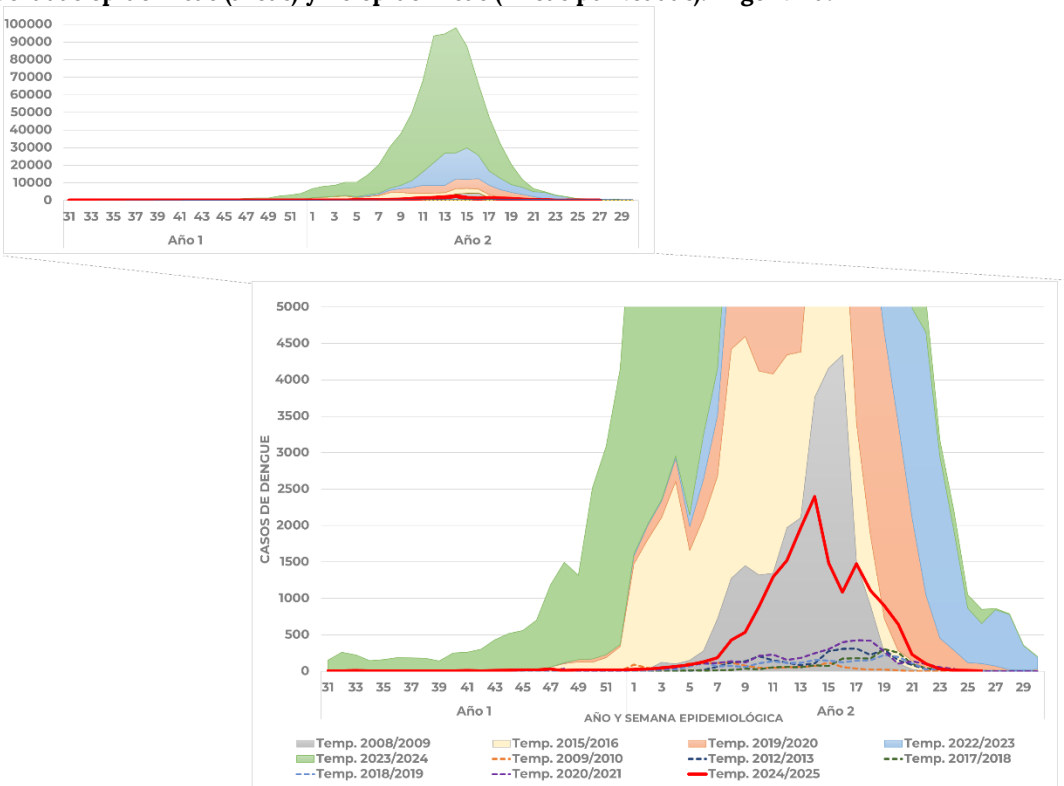
Gráfico 4. Dengue: distribución porcentual por región de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998-2025.



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 SE26/2025. 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 SE4, 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). A partir de la SE15, se registra un descenso sostenido en el número de casos, manteniéndose por debajo del pico observado en la temporada 2008/2009, aunque aún por encima de los casos correspondientes a todas las temporadas no epidémicas.

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. INDICADORES BASADOS EN LA VIGILANCIA PARA DETERMINAR FASES EPIDEMIOLÓGICAS. ACTUALIZACIÓN

Para el segundo pilar del plan denominado “Vigilancia, investigación epidemiológica integrada y ajustes a medidas de salud pública” se han consensuado los siguientes indicadores de cambio de fase a nivel de departamento.

A partir de un ajuste implementado desde la puesta en marcha y considerando la naturaleza dinámica del análisis epidemiológico, se presenta una actualización de los indicadores publicados en marzo 2025.

Por un lado, para la transición de la *fase de alerta temprana* a la *fase de recuperación*, en aquellos departamentos que no hayan cumplido con los criterios para ingresar a la *fase de respuesta a epidemia* durante la temporada, se establecerá como criterio de salida la ausencia de casos confirmados durante al menos cuatro semanas consecutivas.

En relación con la *fase de respuesta a epidemia*, se modifica el tercer criterio: se considerará como umbral la notificación de **≥10 casos confirmados**, en lugar de ≥10 casos confirmados y probables.

Estos ajustes permiten una detección más oportuna de cambios en la situación epidemiológica reportada por las jurisdicciones, optimizando la respuesta sanitaria.

- Cambio de fase de preparación a fase de alerta temprana: aumento de casos confirmados y probables por **dos semanas consecutivas.**

  Es importante continuar confirmando casos todas las semanas para asegurar que los casos probables puedan estar relacionados al virus del dengue y no a otros posibles flavivirus/arbovirus circulantes. Por lo tanto, para considerar aumento de casos de dengue se considerarán todas las semanas con casos confirmados y probables, debiendo tener al menos un confirmado por laboratorio en cada semana.

- Cambio de fase de alerta temprana a respuesta a epidemias: resulta de la sumatoria por semana de las siguientes condiciones que se mantengan por al menos **dos semanas consecutivas:**

  a) Tasa de notificación cada 1.000 habitantes mayor o igual a 0,5 **o** Tasa de confirmados o probables mayor o igual a 0,1 cada 1.000 habitantes, y;

  b) Porcentaje de positividad por técnicas directas o indirectas mayor o igual al 50%, y;

  c) **Casos confirmados mayores o iguales a 10**.

  Para considerar cambio de fase se considerarán todas las semanas con casos confirmados y probables, debiendo tener al menos un confirmado por laboratorio en cada semana.

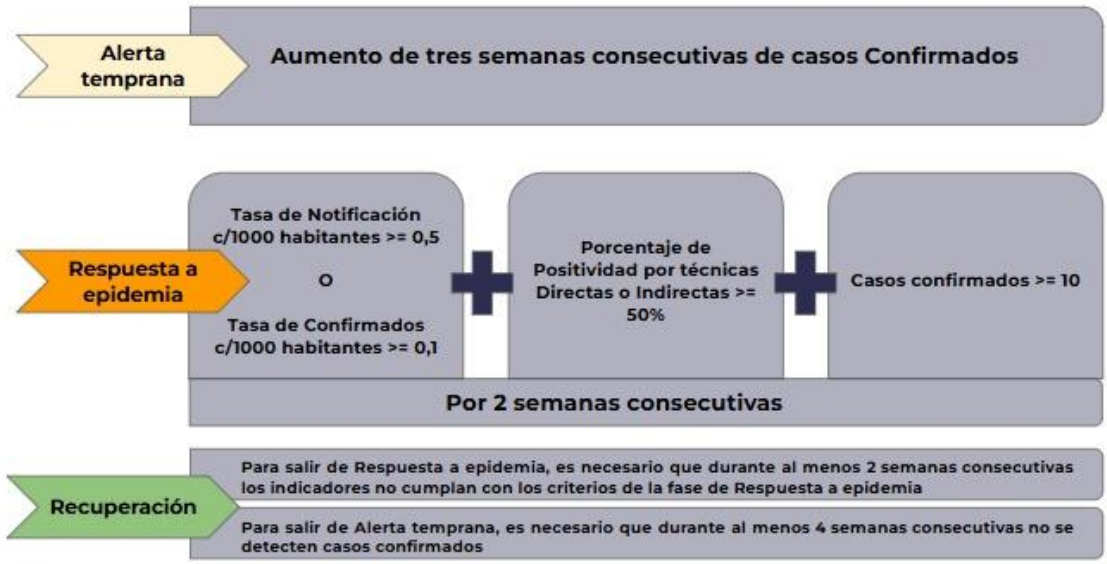
- Cambio de fase de alerta temprana/ respuesta a epidemias a recuperación. Se presentan dos escenarios posibles:

  - Para pasar desde la fase de respuesta se requiere al menos 2 semanas de descenso de casos notificados o que se notifiquen menos de 0,5 casos cada 1.000 habitantes o el porcentaje de positividad no sea mayor a 50%.

  - Para pasar desde la fase de alerta temprana se establecerá como criterio de salida la ausencia de casos confirmados durante al menos cuatro semanas consecutivas.

  En esta fase se implementará el desescalado de las acciones de vigilancia en fase de respuesta, volviendo al estudio etiológico del 100% de los casos. Se considerará el fin de la fase de respuesta hasta la semana que se cumplen las condiciones antes mencionadas.

Figura 1. Actualización de los indicadores de cambio de fase a nivel departamental en las jurisdicciones.



Fuente: Elaboración propia del Área de Análisis de información e Investigación. Ministerio de Salud de la Nación.

V.2.C. CASOS DE DENGUE SEGÚN FASE

En **fase de preparación**, **alerta temprana** y **recuperación**, todos los casos sospechosos de dengue deben ser estudiados por laboratorio para confirmar o descartar la infección, de preferencia a través de métodos directos en muestras tempranas.

Se considerarán casos de dengue de manera diferencial en cada fase para cada departamento. Los criterios para la consideración según la fase se listan a continuación:

- En los departamentos que se encuentran en **fase de preparación,** en **fase de alerta temprana** o en fase de **recuperación** se considerarán casos de dengue a los **casos confirmados por laboratorio**. Los casos probables deben ser confirmados o descartados antes de considerarse casos de dengue. Durante estas fases, los **casos probables por nexo epidemiológico** se considerarán únicamente si el caso evidencia un nexo comprobable con un caso confirmado. El mismo deberá registrarse en la solapa *epidemiología* en la sección factores de riesgo como "Nexo con caso de dengue confirmado".
- En los departamentos que se encuentran en **fase de respuesta a epidemias** se considerarán casos de dengue a los confirmados, probables por laboratorio o nexo y a todo caso sospechoso no descartado por otro diagnóstico o pruebas de laboratorio negativas.
- Independientemente de la fase se denominarán los casos descartados y no conclusivos como casos "con resultado negativo".

V.2.D. 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.E. TEMPORADA ACTUAL

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE27/2025), se notificaron en Argentina 76.624 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 8332 fueron confirmados por laboratorio y 8687 por nexo clínico epidemiológico, con un **total de 17.019 casos de dengue**[9]. Como se puede observar también en la Tabla 1, un total de 8086 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 157 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas[10]. Se confirmaron 246 casos con antecedente de viaje a Brasil, China, Colombia, Cuba, México, Venezuela, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Republica Dominicana.

[9] En esta edición, el total de casos de dengue según criterio clínico-epidemiológico es inferior al reportado en la edición anterior (BEN SE24/N°761), debido a reclasificación de casos por parte de las jurisdicciones.

[10] 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

Durante la SE27/2025 (según fecha de notificación al SNVS[11]), se notificaron 232 casos sospechosos[12] de los cuales 12 se confirmaron y 4 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.

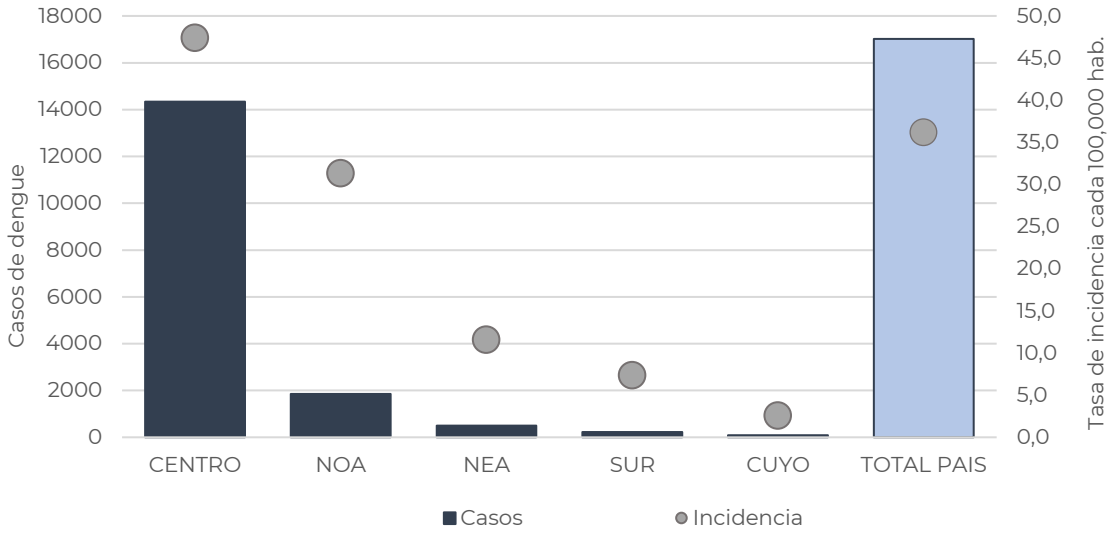
La incidencia acumulada a nivel país para la temporada actual es de 36 casos cada 100.000 habitantes[13]. En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada fue la de la región Centro con 47 casos cada 100.000 habitantes, seguida por NOA con 31, NEA con 12, Sur con 7 y Cuyo con 3. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 84,3% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las Regiones NOA con el 10,9%, NEA con el 2,9%, Sur con el 1,3% y Cuyo con el 0,5%.

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 SE27 es 620.
- 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.

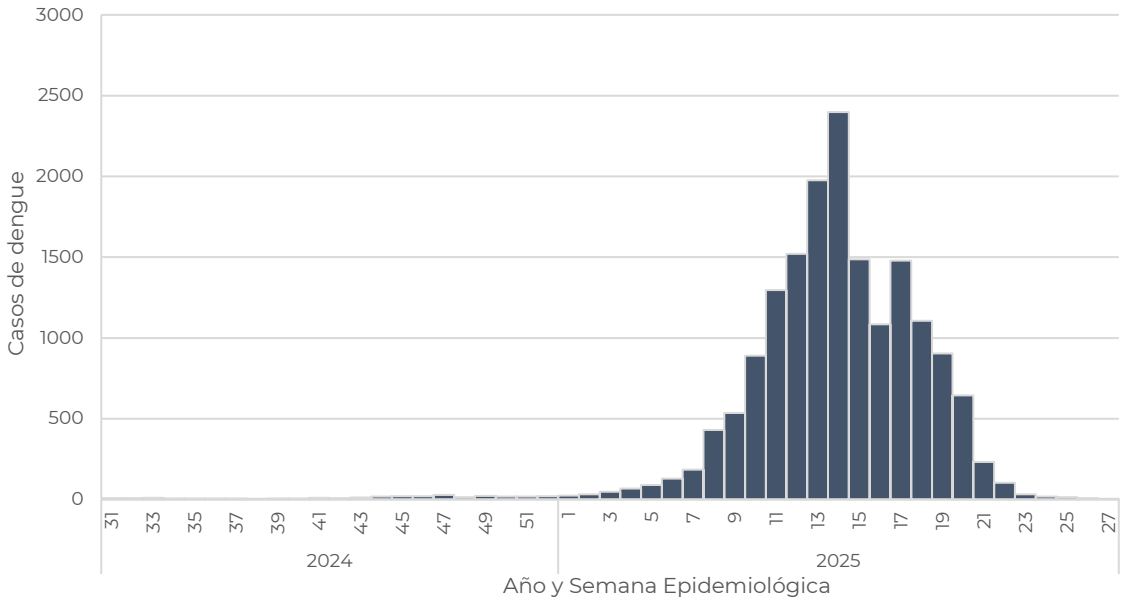
[11] Fecha de apertura
[12] Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.
[13] Para el cálculo de la incidencia, se utiliza como referencia la población proyectada para 2024, basada en el Censo de 2010.

Gráfico 6. Dengue: Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab. según Región. SE31/2024 a SE27/2025. 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[14] por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE27/2025. 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)

[14]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).

V.2.F. 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.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE27/2025. 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	459	564	24	15	55	538	5736	1035	7888
CABA	156	142	18	2	0	174	2268	759	3345
Córdoba	2415	1556	8	3	1153	3576	9428	712	15275
Entre Ríos	107	101	12	10	8	127	887	3	1128
Santa Fe	2895	615	125	11	6910	9930	3866	1289	15711
Total Centro	**6032**	**2978**	**187**	**41**	**8126**	**14345**	**22185**	**3798**	**43347**
Mendoza	11	35	7	3	0	18	1668	97	1821
San Juan	1	1	1	1	0	2	359	9	372
San Luis	59	22	8	5	0	67	290	33	417
Total Cuyo	**71**	**58**	**16**	**9**	**0**	**87**	**2317**	**139**	**2610**
Chaco	15	212	1	0	0	16	2653	102	2983
Corrientes	58	8	1	0	0	59	477	19	563
Formosa	422	5	0	0	0	422	7476	67	7970
Misiones	2	20	3	5	0	5	1273	3	1306
Total NEA	**497**	**245**	**5**	**5**	**0**	**502**	**11879**	**191**	**12822**
Catamarca	10	12	8	6	1	19	885	4	926
Jujuy	0	0	0	0	0	0	1201	2	1203
La Rioja	117	49	0	0	0	117	1346	6	1518
Salta	18	62	6	12	2	26	2213	84	2397
Santiago del Estero	0	37	2	2	0	2	1136	300	1477
Tucumán	1172	429	0	1	521	1693	6412	657	9192
Total NOA	**1317**	**589**	**16**	**21**	**524**	**1857**	**13193**	**1053**	**16713**
Chubut	0	0	6	3	0	6	30	2	41
La Pampa	169	34	9	2	37	215	640	56	947
Neuquén	0	2	4	1	0	4	40	3	50
Río Negro	0	0	0	1	0	0	5	0	6
Santa Cruz	0	0	1	1	0	1	57	4	63
Tierra del Fuego	0	0	2	2	0	2	17	4	25
Total Sur	**169**	**36**	**22**	**10**	**37**	**228**	**789**	**69**	**1132**
Total País	**8086**	**3906**	**246**	**86**	**8687**	**17019**	**50363**	**5250**	**76624**

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).

Durante las últimas cuatro semanas, se registraron principalmente casos de dengue en los departamentos Río Chico, Chicligasta, La Cocha y Graneros, en la provincia de Tucumán, y en los departamentos Patiño, Pilcomayo, Pilagás, Pirané y Capital, en la provincia de Formosa.

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

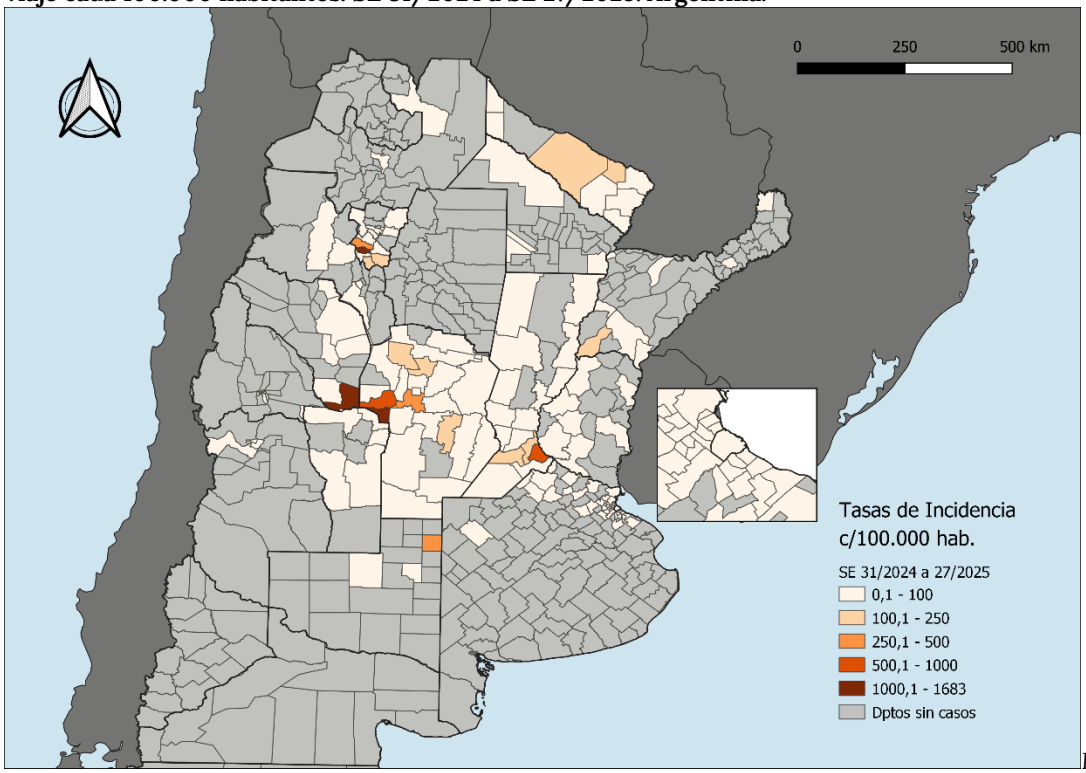
Tabla 2. Dengue: Cambios de Fase según Indicadores Epidemiológicos por Semana Epidemiológica, en Jurisdicciones a Nivel Departamental. Temporada 2024/2025. SE31 a SE27/2025. Argentina.

Jurisdicción	Fases					
	Alerta temprana		Respuesta a epidemia		Recuperación	
	Departamento	SE	Departamento	SE	Departamento	SE
Buenos Aires	General San Martín	9			General San Martín	24
	Vicente López	11			Vicente López	25
	Ituzaingó	11			Ituzaingó	25
	Lanús	11			Lanús	24
	Tres de Febrero	12			Tres de Febrero	22
	La Matanza	13			La Matanza	25
	Malvinas Argentinas	15				
Córdoba	Capital	4			Capital	26
	San Javier	5	San Javier	7	San Javier	14
	Gral. San Martin	5	Gral. San Martin	9	Gral. San Martin	11
	Colón	5			Colón	24
	San Alberto	8	San Alberto	11	San Alberto	14
	Santa María	8	Santa María	11	Santa María	13
	Ischilín	11			Ischilín	24
	Marcos Juarez	11			Marcos Juarez	25
	San Justo	11			San Justo	25
	Tortoral	13			Tortoral	20
Formosa	Patiño	34				
	Capital	46				
	Pilcomayo	50				
La Pampa	Maracó	7	Maracó	13	Maracó	16
La Rioja	Rosario Vera Peñaloza	10			Rosario Vera Peñaloza	19
Salta	Capital	10			Capital	22
Santa Fe	Rosario	1	Rosario	11	Caseros	14
	San Lorenzo	7	San Lorenzo	13	San Lorenzo	16
	Caseros	10	Caseros	12	Rosario	19
	San Cristobal	13			San Cristobal	19
Tucumán	Río Chico	7	Río Chico	9	Río Chico	21
	Chicligasta	11	Chicligasta	13	Chicligasta	22

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 27/2025. 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).

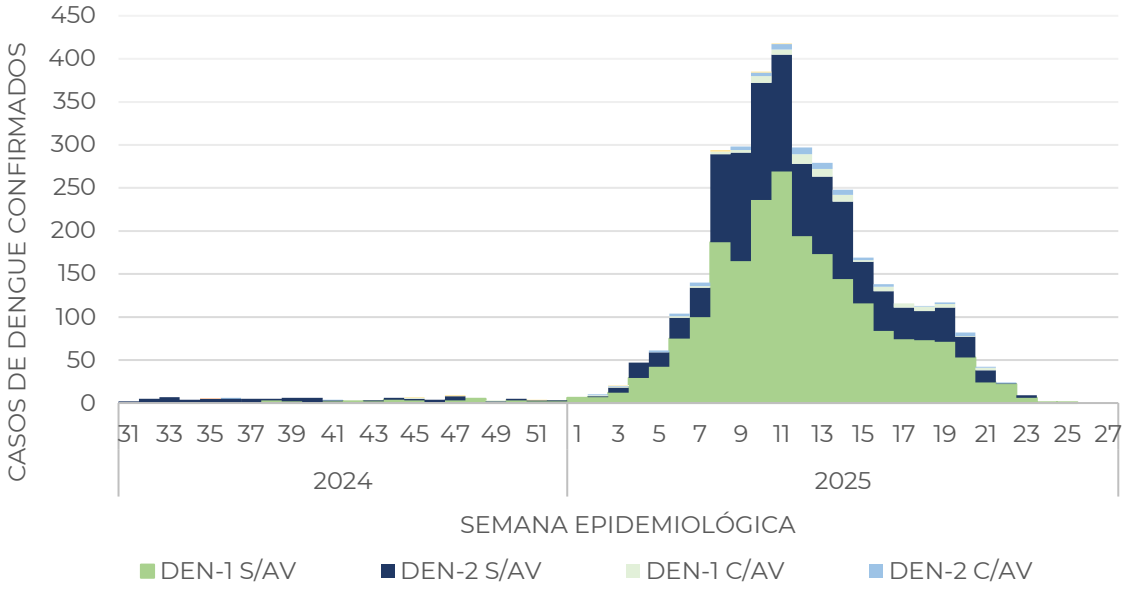
V.2.G. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (64,68%). Los casos a DEN-2 alcanzan un 35,06%, 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.

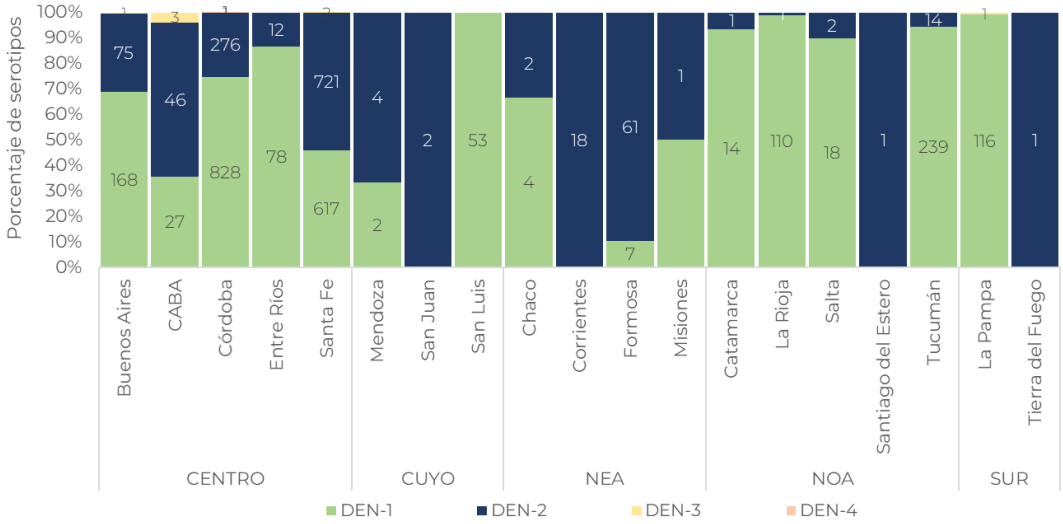
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país (México, Venezuela, Brasil, Tailandia y Cuba).

Gráfico 8. Dengue: número de casos según serotipo y antecedente de viaje por semana epidemiológica. SE31/2024 a SE27/2025. 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=3529) según provincia. SE31/2024 a SE27/2025. 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).

Cabe destacar, que el caso confirmado serotipo DEN-2 correspondiente a Tierra del Fuego cuenta con antecedente de viaje.

V.2.H. 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 434 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de los cuales, 115 casos ha sido confirmados, 15 casos probables, 267 cuentan con laboratorio negativo y 37 no cuentan con laboratorio.

El primer caso confirmado se registró en la jurisdicción de Tucumán (departamento Río Chico) y correspondió al serotipo DEN-1. Retrospectivamente, se notificaron un caso en Río Chico (SE11) y otro en Chicligasta (SE10).

En la provincia de Santa Fe se notificaron 70 casos confirmados de dengue; de los cuales 34 correspondieron al serotipo DEN-1, 25 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.I. 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[15], 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*

[15] 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.

epidemiológica: vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue"[16] y la "*Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus*"[17]

Entre la SE 31/2024 y la SE 27/2025 se notificaron 35 casos de dengue grave de los cuales 12 fallecieron. Las jurisdicciones que reportaron casos graves fueron: Buenos Aires (San Martín, Lanús, Moreno, Merlo), CABA (Comuna 11 y 12), Córdoba (Capital, Ischilín, San Alberto y Santa María), La Rioja (Capital), Entre Ríos (Nogoyá), Mendoza (Las Heras), y Santa Fe (Rosario y San Lorenzo). Se registró en el SNVS 2.0 la recuperación con alta médica en 16 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 fallecidos, desde la SE 31/2024 a la SE 27/2025 se han registrado **doce óbitos vinculados al evento.** Diez de los casos correspondieron a residentes de la provincia de Santa Fe, de los departamentos Rosario (8), San Lorenzo (1) y Caseros (1). Los otros dos casos correspondieron a residentes de CABA (Comuna 11) y Córdoba (San Alberto). Los fallecimientos ocurrieron entre las SE 11 y 20 (considerando la fecha de inicio de síntomas). La mediana de edad es de 65 años, con un rango de edades entre 14 meses y 79 años. Nueve de los doce casos presentaban comorbilidades o condiciones clínicas preexistentes que contribuyeron al desarrollo de complicaciones asociadas a la infección por virus dengue y, por tanto, al fallecimiento: obesidad mórbida, diabetes, hipertensión, cardiopatía, enfermedad neurológica crónica y/o inmunocompromiso. Dos de los casos fallecidos correspondieron a personas adultas jóvenes (25 y 47 años) sin comorbilidades identificadas al momento del análisis. Ambos eventos continúan en proceso de evaluación por parte de los comités de vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue, tanto a nivel jurisdiccional como nacional.

V.2.J. 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[18] 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[19] (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

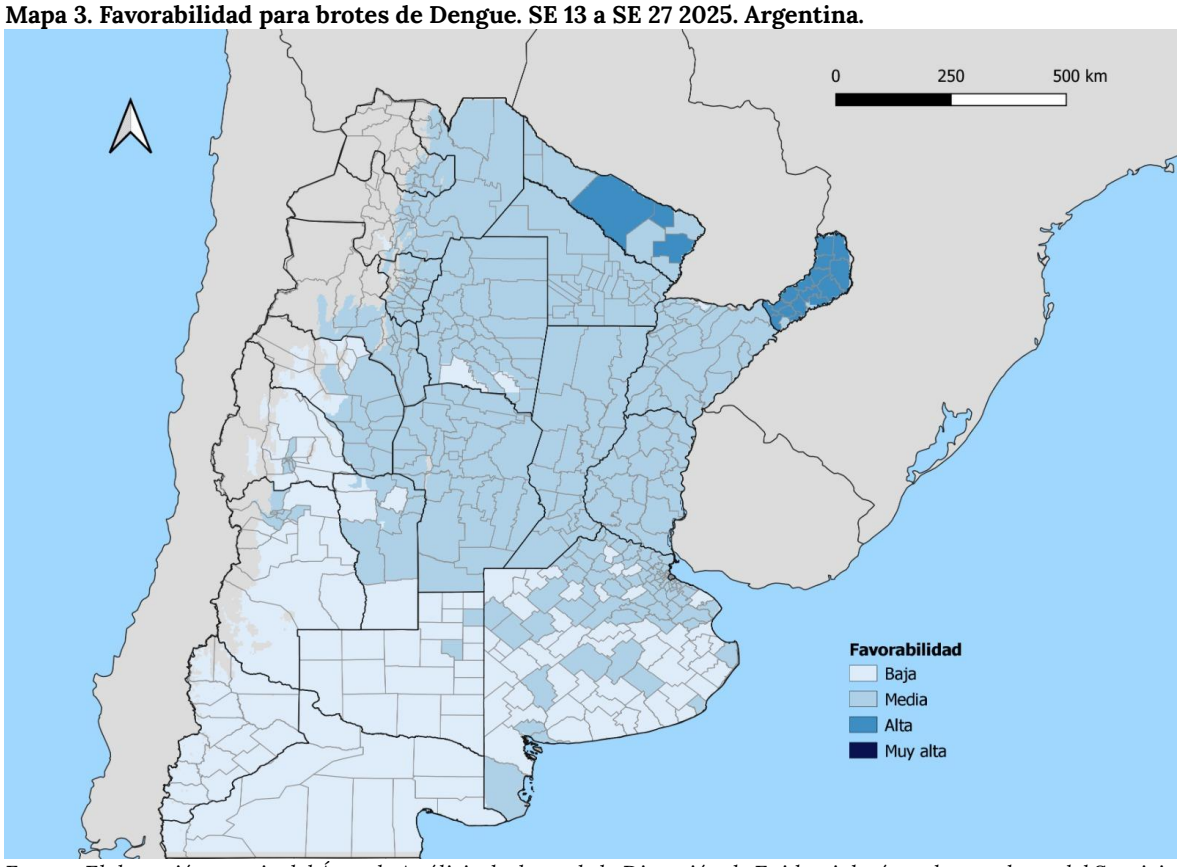
[16] Disponible en: circular_de_vigilancia_dengue_mortalidad_-_junio_2024.pdf
[17] Disponible en: guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf
[18] Ministério da Saúde Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - Nota Informativa Nº 35/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS. Brasilia: 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
[19] Versión de QGIS 3.24.1-Tisler

2.0).

Para la elaboración de este producto, se analizaron factores sociodemográficos, ambientales y epidemiológicos. Entre ellos, la densidad poblacional, las ecorregiones ubicadas por debajo de los 2.500 msnm, la presencia histórica del vector *Aedes aegypti* en cada jurisdicción y el riesgo entomológico reciente, estimado a partir de indicadores larvarios. Asimismo, se incorporaron variables climáticas, como la precipitación acumulada y las temperaturas mínima y máxima promedio de las últimas dos semanas junto con información epidemiológica como la ocurrencia histórica de casos, la tasa de notificación promedio de las últimas dos semanas y la fase de cada departamento (preparación, alerta temprana, respuesta a epidemia, recuperación), según el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante epidemias de dengue y otras arbovirosis[20].

De acuerdo con la sumatoria de estas variables, al cierre de la SE 27/2025, ningún departamento presenta una favorabilidad muy alta para la ocurrencia de brotes de dengue.

Mapa 3. Favorabilidad para brotes de Dengue. SE 13 a SE 27 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)

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

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 SE27/2025).

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 **2542** 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 SE27/2025. 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	182	0	76	0	155	4	42	2	11
CABA	0	11	0	4	0	1	0	4	0	3
Córdoba	0	215	0	82	0	206	6	400	0	0
Entre Ríos	12	230	0	1	0	30	4	38	0	1
Santa Fe	0	1519	0	96	0	135	0	15	0	19
Total Centro	**12**	**2157**	**0**	**259**	**0**	**527**	**14**	**499**	**2**	**34**
Mendoza	0	336	0	88	0	69	0	2	0	0
San Juan	0	1	0	2	0	2	0	2	0	1
San Luis	0	0	0	2	0	8	0	9	0	0
Total Cuyo	**0**	**337**	**0**	**92**	**0**	**79**	**0**	**13**	**0**	**1**
Chaco	18	836	0	415	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	69	0	44	0	29	0	0	0	20
Total NEA	**18**	**953**	**0**	**474**	**0**	**140**	**0**	**3**	**0**	**21**
Catamarca	0	16	0	13	0	1	0	0	0	13
Jujuy	0	43	0	23	0	1	0	3	0	2
La Rioja	0	127	0	125	0	8	0	2	0	70
Salta	0	531	0	287	0	179	0	0	0	2
Santiago del Estero	0	45	0	26	0	9	0	4	0	4
Tucumán	1	17	0	14	0	207	0	0	0	1
Total NOA	**1**	**779**	**0**	**488**	**0**	**405**	**0**	**9**	**0**	**92**
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	3	0	3	0	1	0	3	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**	**3**	**0**	**3**	**0**	**9**	**0**	**3**	**0**	**0**
Total País	**31**	**4229**	**0**	**1316**	**0**	**1160**	**14**	**527**	**2**	**148**

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 18 casos positivos de Fiebre Chikungunya de la provincia del Chaco corresponden a casos probables por IgM positiva; 13 casos aislados desde la SE35 hasta la SE48/2024 y 5 casos en las SE2,3,7,15 y 22 del 2025, en los departamentos Quitilipi y San Fernando.

Entre Ríos notificó 12 casos probables[21] 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.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.

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 mayoritariamente por debajo del 25% hasta la SE08 de 2025 donde superó este valor hasta la semana SE21. Durante las últimas semanas, se observa picos aislados seguidos de semanas con valores descendentes (Gráfico 1). Luego del aumento registrado durante la SE 18, a partir de la SE19 se detectó un descenso en el IPO hasta la actualidad (con un leve ascenso en la SE23). Durante las últimas dos semanas se calcularon un IPO de 0,85 en la SE26 y un IPO=0 para la actual (Gráfico 1), lo que confirma la tendencia a la negativización de los sensores en las regiones monitoreadas. Es importante destacar que actualmente los datos incluidos en el gráfico nacional corresponden a los registrados en las regiones NEA, NOA y Centro dado que la vigilancia entomológica en las jurisdicciones correspondientes a las regiones Sur y Cuyo se interrumpió luego de la negativización sostenida de los sensores. El IDH presentó inicialmente un aumento paulatino, alcanzando sus valores máximos entre la SE01 de 2025 y la SE05, con un

[21] En esta edición, el total de casos de chikungunya en Entre Ríos es inferior al reportado en la edición N°762, debido a reclasificación de casos por parte de las jurisdicciones.

amesetamiento del indicador desde la SE06 y un descenso relativo desde la SE10. Luego de algunas fluctuaciones, se observa una disminución del IDH desde la SE19 hasta la actualidad.

Gráfico 1. Evolución del IPO (línea azul) y el IDH (barras grises) en Argentina (regiones NOA, NEA y Centro, SE 31 (2024)- SE 27 (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, donde volvió a aumentar hasta la SE16 (Gráfico 2). Durante las últimas 11 semanas se observa una tendencia descendente del IPO con algunas variaciones. En la SE25 se registró una negativización de los sensores coincidente con el descenso de las temperaturas en la región, situación que se mantiene hasta la actual SE (Gráfico 2).

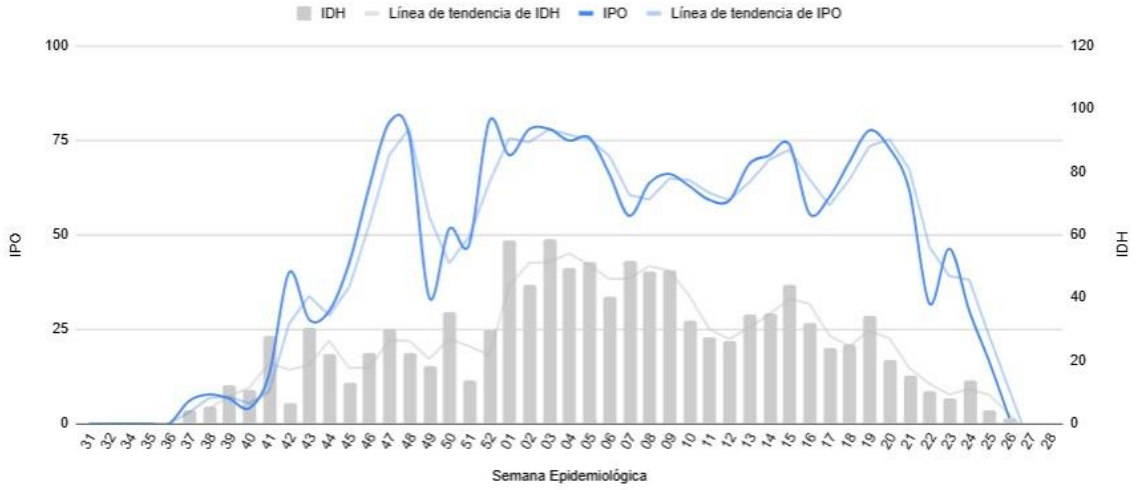
Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 27 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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 del79,27%, situación que se mantuvo hasta la SE 21 (Gráfico 3). Luego de presentar una disminución marcada durante la SE22, el IPO mostró un aumento relativo en la SE 23, consolidándose posteriormente una tendencia descendente que coloca a la región en una situación de riesgo entomológico bajo, explicada por el descenso de las temperaturas. Durante la SE26, los sensores activos presentaron un IPO= 1,46, el valor más bajo desde la SE31 de 2024, cuando los sensores comenzaron a evidenciar la actividad reproductiva del vector en la región.

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 26 (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. Durante la SE08 el IPO 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. Durante las últimas 8 semanas, el IPO de la región mostró un descenso sostenido (Gráfico 4), correspondientes a riesgo entomológico bajo. Durante las últimas dos semanas, se registró nuevamente la negativización de los sensores (Gráfico 4).

Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 27 (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.

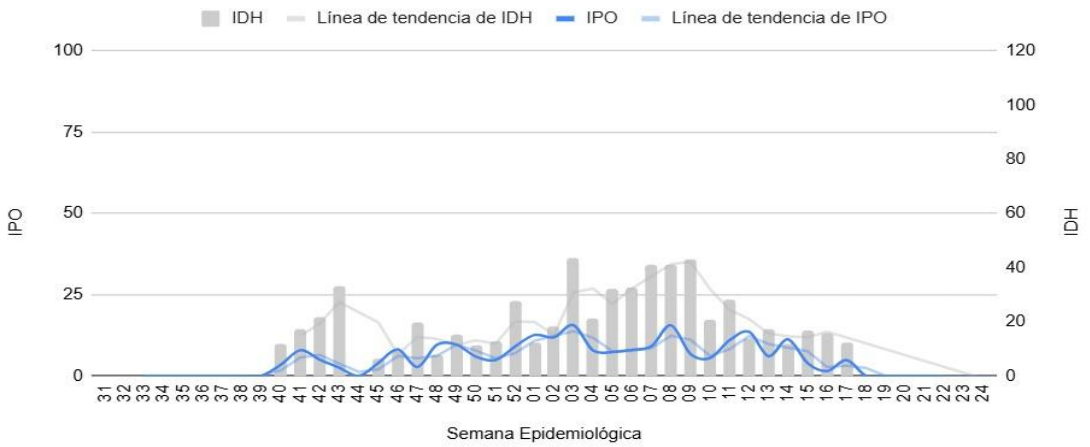
Gráfico 5. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 10 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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. Desde la SE17 se aprecia una tendencia descendente en el IPO que culminó con una negativización sostenida de los sensores desde la SE 18 (Gráfico 6). Para esta región los datos se presentan hasta la SE 23 inclusive.

Gráfico 6. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 23 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

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

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

V.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)(

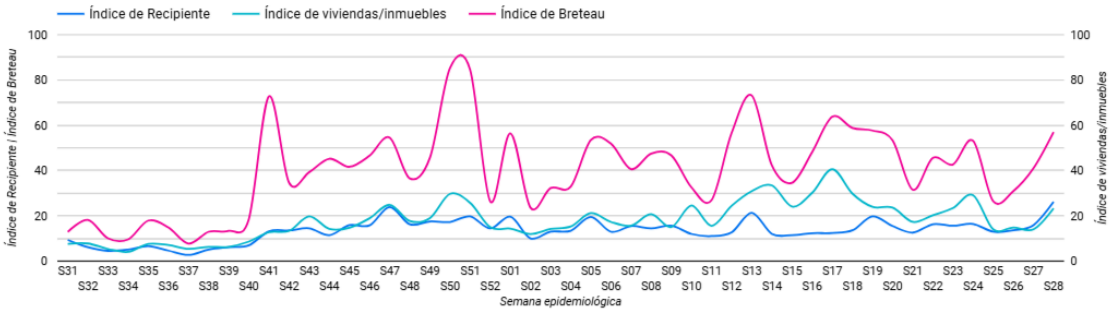
- **Índice de recipiente:(**recipientes positivos para Aedes aegypti / total de recipientes) * 100

  (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

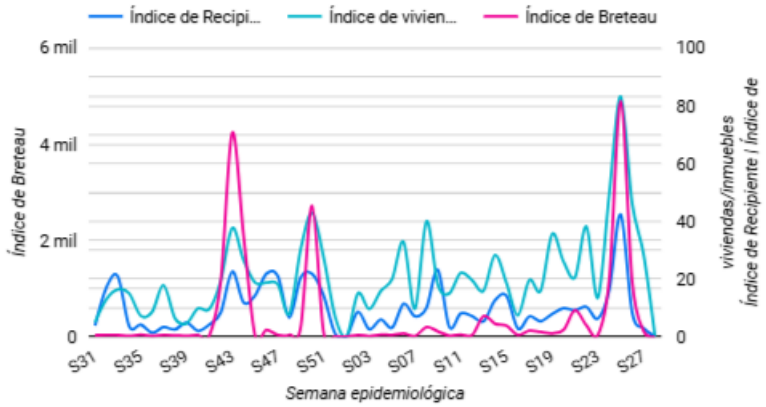
  (IB<5 Riesgo bajo, 5<IB<50 Riesgo moderado, IB>50 Riesgo alto)

Gráfico 7. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en Argentina SE 31 (2024)- SE 28 (2025).

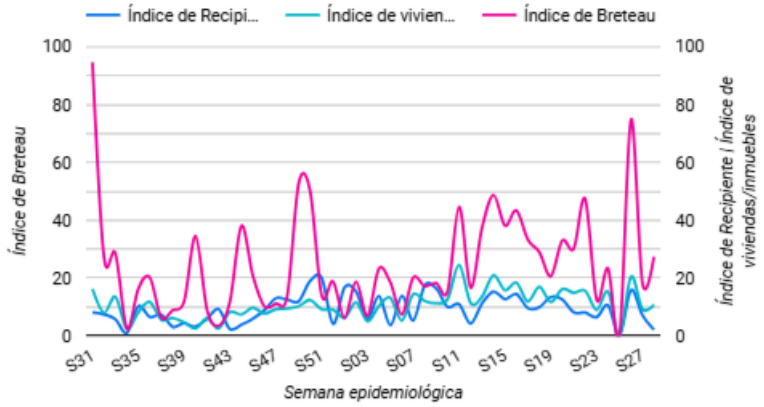


Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Gráfico 8. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en: A. Sitios críticos y B. Predios estratégicos en Argentina SE 31 (2024)- SE 26 (2025).
A.



B.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

A nivel nacional, los índices larvarios aédicos para las viviendas 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. Desde la SE18, se registró una tendencia descendente, con algunas fluctuaciones (Gráfico 7) que permitió que, durante las SE 19 y 20, se registrara un descenso en el IB, colocándose por primera vez desde la SE 11 en un nivel de riesgo entomológico medio. Sin embargo, desde la SE26 se observó un nuevo ascenso de los índices, aunque el mismo no modificó por el momento el nivel de riesgo asociado (Gráfico 7).

En el caso de los sitios críticos (SC), se observa al menos un orden de magnitud mayor en los índices registrados cuando se lo compara con los datos obtenidos en viviendas (Gráfico 8A), incluso en períodos en los cuales la abundancia del vector desciende en las localidades relevadas. Estos hallazgos confirman la relevancia de poder evaluar y realizar acciones de prevención en los sitios críticos. Por otro lado, los valores hallados a partir del relevamiento de predios estratégicos (PE) no mostraron variaciones tan marcadas en relación a los datos provenientes de viviendas (Gráfico 8B).

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 mostró un leve descenso de todos los índices larvarios (Tabla 1). En NEA se mantiene en riesgo entomológico alto de acuerdo al IB total y riesgo moderado de acuerdo a los índices IR e IV totales. En este caso, incluimos también los valores de los tres índices larvarios excluyendo los valores obtenidos en las tareas de control focal realizadas en SC y PE que históricamente presentan una mayor abundancia de criaderos y potenciales criaderos para *Aedes aegypti*. Cuando no se incluyen los SC, se observa que el IB cae y sitúa a la región en el límite superior del rango correspondiente a riesgo entomológico moderado (Tabla 1).

Por su parte, la región NOA muestra un leve aumento en relación a los índices previamente registrados (Tabla 1), permaneciendo la región en una situación de riesgo entomológico alto según el IB y moderado según IV e IR. Al excluir de los cálculos los datos obtenidos en SC y PE se observa un patrón similar a lo hallado para la región NEA, con un descenso significativo del IB ($p<0,05$) y variaciones menores en los demás parámetros.

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. Media de índices larvarios aédicos por región acumulados a SE28 2025. Argentina.
Se presentan los valores totales y excluyendo los sitios críticos (SC) y predios estratégicos (PE).

REGIÓN	Índice de Vivienda TOTAL	Índice de Vivienda sin SC y PE	Índice de Recipiente TOTAL	Índice de Recipiente sin SC y PE	Índice de Breteau TOTAL	Índice de Breteau sin SC y PE
NEA	21,50	21,40	19,14	20,09	55,26	48,18
NOA	12,63	13,25	7,63	7,57	70,13	32,24

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

VI.1. Nota Metodológica

En el presente Boletín, se presenta la síntesis semanal de situación epidemiológica de infecciones respiratorias agudas, incluyendo la información epidemiológica obtenida a partir de la Vigilancia Centinela, a través de las **Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Enfermedad Tipo Influenza –UMA-** y de la **Red Argentina de Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave –UC IRAG-**.

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

VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios[22]

Situación Regional: La actividad de influenza continúa disminuyendo en las Américas, aunque a un ritmo más lento que a principios de año. La circulación del VSR ha mostrado una tendencia sostenida al alza durante las últimas dos semanas epidemiológicas (SE), mientras que la actividad del SARS-CoV-2 se mantiene baja y estable en general. En América del Norte, la actividad de influenza alcanzó niveles interestacionales. En el Caribe, el aumento previamente reportado en la circulación de influenza se ha estabilizado, con una disminución en la positividad en comparación con la semana epidemiológica anterior. El subtipo A(H1N1)pdm09 sigue siendo el predominante. La actividad de VSR se mantiene baja y estable tanto en América del Norte como en el Caribe. La actividad de SARS-CoV-2 se ha estabilizado en América del Norte con una tasa de positividad del 4.0% después de varias semanas de aumento sostenido, pero sigue siendo elevada y continúa en ascenso en el Caribe, donde la positividad alcanzó el 12.7%. En Centroamérica, la actividad de influenza sigue siendo elevada, pero muestra una tendencia descendente en las últimas dos semanas, con una tasa de positividad de 22.9%. La actividad de VSR se mantiene estable y baja, con una positividad del 1.8%, y la circulación de SARS-CoV-2 sigue siendo elevada, con una positividad del 7.9%. En la subregión andina, la influenza A ha mostrado un descenso constante en la positividad durante las últimas cuatro semanas, con una tasa de 11.6%, mientras que la actividad del VSR se ha estabilizado en 8.7%. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja y estable. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza sigue siendo alta, pero continúa disminuyendo, principalmente debido a la reducción en la circulación de A(H1N1)pdm09, con una positividad del 13.1%. La circulación del VSR ha aumentado ligeramente en comparación con la semana anterior, alcanzando una positividad del 4.2%, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja en niveles interestacionales. En todas las subregiones, se ha observado un aumento en la circulación de otros virus respiratorios (ORV), con una positividad global del 7.5%, impulsada principalmente por la actividad de rinovirus, particularmente en América del Norte, Brasil y el Cono Sur.

América del Norte: La actividad de influenza en la subregión continúa en descenso, con una positividad del 1.4% y niveles interestacionales en México, Canadá y Estados Unidos. Los casos

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

de IRAG positivos se han asociado principalmente a influenza y VSR. La actividad de VSR es baja y estable, tras un descenso constante en semanas anteriores, con una positividad actual de 0.3%, consistente con niveles interestacionales. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene relativamente baja en Estados Unidos y Canadá. En contraste, en México se mantiene elevada con una positividad del 18.9%, aunque ha mostrado una leve disminución en las últimas dos semanas. Los ORV continúan aumentando en Canadá, con una positividad de 11.6%, impulsada principalmente por rinovirus.

Caribe: La actividad de influenza, impulsada principalmente por A(H1N1)pdm09, disminuyó en comparación con la semana anterior, con una positividad del 9.8%. En Haití, la actividad de influenza se mantiene en niveles moderados y continúa al alza, mientras que en Belice, Jamaica y República Dominicana se mantiene en niveles interestacionales. Sin embargo, en esta última, la positividad aumentó respecto a la semana anterior. La positividad de VSR se mantiene baja en toda la subregión. La actividad de SARS-CoV-2 sigue siendo elevada, aunque estable en general, con una positividad del 9.0%. En Belice, Santa Lucía y Surinam, la actividad de SARS-CoV-2 ha aumentado en las últimas semanas, alcanzando tasas de positividad de 23.2% y 25.0%, respectivamente, y se mantiene elevada en Jamaica, Santa Lucía, Barbados, Guyana y las Islas Caimán. En República Dominicana, la actividad del SARS-CoV-2 disminuyó en comparación con la semana anterior, alcanzando una positividad del 6.0%.

Centroamérica: La actividad de influenza sigue siendo elevada en la subregión, impulsada principalmente por A(H1N1)pdm09, que representa la mayoría de los casos reportados de ETI e IRAG. Sin embargo, se ha observado una tendencia descendente en las últimas dos SE, con una positividad actual de 22.9%. La circulación del VSR se mantiene baja y estable, y la actividad de SARS-CoV-2 permanece estable con una positividad del 7.9%.

Países Andinos: La actividad de influenza ha continuado disminuyendo durante las últimas cuatro SE, con una positividad del 11.6%, atribuida principalmente a A(H1N1)pdm09. La circulación del VSR ha disminuido ligeramente, con una positividad del 8.7%. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja y estable, con una positividad del 1.5%. Las detecciones de ETI e IRAG asociadas a influenza siguen mostrando una tendencia descendente.

Brasil y Cono Sur: Las detecciones de casos de ETI e IRAG han mostrado una tendencia descendente constante en semanas recientes. Los casos de ETI están principalmente asociados a influenza, mientras que los de IRAG están relacionados tanto con influenza como con VSR. La circulación de VSR ha aumentado respecto a la SE anterior. La actividad de SARS-CoV-2 permanece en niveles interestacionales.

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 26 de 2025 se notificaron 568.036 casos de ETI, 75.602 casos de Neumonía y 54.542 casos de Bronquiolitis en menores de dos años. Las notificaciones de ETI y neumonía presentan tendencia ascendente desde SE11, ubicándose en niveles elevados en relación con años previos. Las notificaciones de ETI se encuentran en niveles de brote entre las SE12 y 17, mientras que en neumonía se puede observaron niveles de brote en las SE12 y 14.

Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de influenza en ambulatorios, desde la SE12 se verifica un ascenso tanto del porcentaje de positividad como de las detecciones, con predominio de influenza A/H1N1. En este sentido, en las últimas dos semanas (SE26 y 27) se registraron 83 casos de influenza entre 279 muestras estudiadas.

- Para VSR, se registraron 17 casos positivos entre las 145 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 26 y 27). En las últimas semanas se verifica un ascenso del porcentaje de positividad de VSR, así como un aumento en las detecciones.

- 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 SE27/2025 se registraron 6 casos positivos para SARS COV 2 entre las 112 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE27 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 3496 internaciones con diagnóstico de IRAG y 1286 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.

- Las notificaciones de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), presentan un aumento desde la SE12, con un ascenso en las detecciones de virus influenza, principalmente influenza A/H1N1. Además, en las últimas semanas se registra un ascenso de las detecciones de VSR.

- En las últimas 4 semanas, entre 814 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 12 codetecciones de influenza y VSR, 1 codetección de SARS-CoV-2 y VSR, 188 detecciones de influenza, 2 casos de SARS-CoV-2 y 247 casos de VSR.[23]

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 2120 detecciones de Influenza en las últimas 2 SE (25 y 26). 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 inicio de actividad estacional a partir de la SE20. En las últimas 2 SE (25 y 26), se notificaron 819 detecciones positivas para VSR.

- 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

[23] 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

el previo. En las primeras 26 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, con 245 detecciones en las últimas 2 SE (25 y 26).

- Durante la SE26/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, VSR, SARS-CoV-2, adenovirus, metapneumovirus y parainfluenza.

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 792 detecciones en las últimas 2SE (26 y 27). En el año 2025 se registraron al momento 128 fallecidos con este diagnóstico.
- En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados presentan un aumento desde la SE12. En las SE 26 y 27 se registraron 616 personas internadas con este diagnóstico.
- Asimismo, en cuanto a los casos de COVID-19, las detecciones de SARS-CoV-2 en personas internadas permanecen en valores bajos. En la SE 27/2025 se registraron 40 casos positivos con este diagnóstico y 2 casos fallecidos.

VI.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

VI.4.A. UNIDADES DE MONITOREO AMBULATORIO DE ETI

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios (UMA) son dispositivos de vigilancia centinela que permiten el monitoreo de la circulación de SARS-CoV-2, Influenza y VSR en casos leves ambulatorios. El objetivo de las UMA es describir la tendencia de las consultas ambulatorias por casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), así como la proporción atribuible a SARS-CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año en las 24 jurisdicciones del país.[24]

Definición de caso Enfermedad Tipo Influenza (ETI): *infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días.*

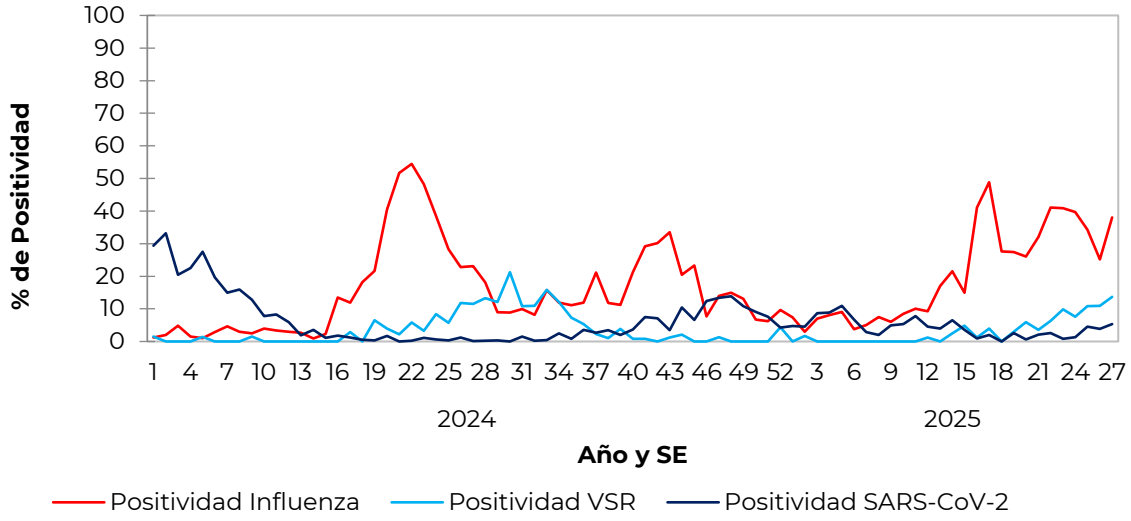
Durante el año 2024, el porcentaje de positividad para **SARS-CoV-2**, se mantuvo por encima del 10% entre las SE1 a 9, relacionado con el ascenso de casos registrado entre las SE1 y 12. Luego del máximo alcanzado en SE2 (33,19%), el porcentaje de positividad presentó tendencia descendente y se mantuvo en valores bajos las siguientes semanas. A partir de la SE34/2024, se registró un ligero aumento de casos, que se acompañó de un nuevo ascenso en el porcentaje de positividad, alcanzando, con oscilaciones, valores por encima del 10% entre las SE44 y 49. En las primeras 27 semanas de 2025 en establecimientos UMA, se analizaron 3.304 muestras para SARS-CoV-2, de las cuales 122 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 3,69%. Además, en la última semana analizada, SE 27 del año 2025, se registraron 6 casos confirmados de SARS-COV-2 entre las 112 muestras estudiadas por PCR.

[24] Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf

En relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16 de 2024, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 (ver gráfico 2). Posteriormente, si bien registró un descenso, permaneció en valores elevados, con oscilaciones, asociados a la circulación de influenza B, alcanzando una positividad máxima de 33,55% en SE43. En las primeras 27 semanas de 2025, se registraron 788 detecciones entre 2.991 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 26,35%. En las últimas semanas, a partir de la SE11, se verifica tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad. En las SE26 y 27/2025 se notificaron 83 casos de influenza entre las 279 muestras estudiadas en UMA.

En cuanto a **VSR**, se verifica un ascenso de las detecciones a partir de la SE19 de 2024, con aproximadamente el 73% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. En relación a este ascenso de casos, la positividad en UMA permaneció por encima del 10% entre las SE 26 Y 34. Entre las SE1 y 27 de 2025, de las 2.139 muestras estudiadas, 91 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,25%. En las últimas semanas se verifica un ligero ascenso del porcentaje de positividad de VSR, con 17 casos entre las 145 muestras estudiadas en las SE26 y 27.

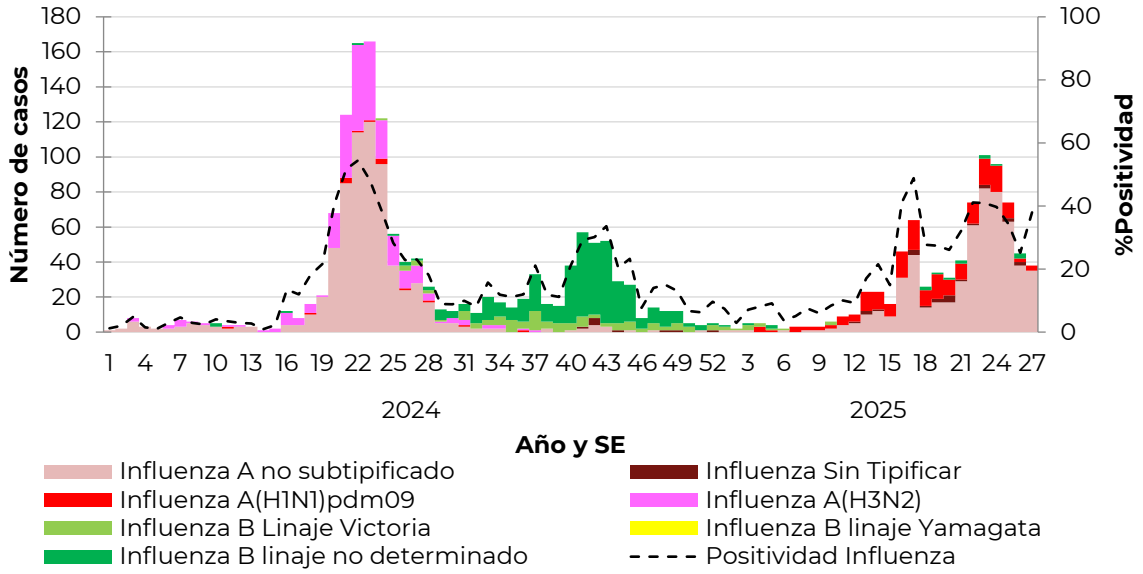
Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE27/2025



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 SNVS[2.0].

Aun cuando desde el inicio de 2024 se registraron casos de influenza durante todas las semanas del año, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24. Como se mencionó previamente, este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. En las 27 SE transcurridas de 2025 se detectan predominantemente casos de influenza A (n= 738), con un menor número de detecciones de influenza B (n=28). Entre los casos de influenza A, 179 detecciones corresponden a influenza A (H1N1), el resto permanece sin subtipificar. Además, se detectó el linaje Victoria en 12 de los casos de influenza B (las detecciones restantes permanecen sin identificación de linaje). Se registran 22 casos de influenza que permanecen sin tipificar en lo que va del año.

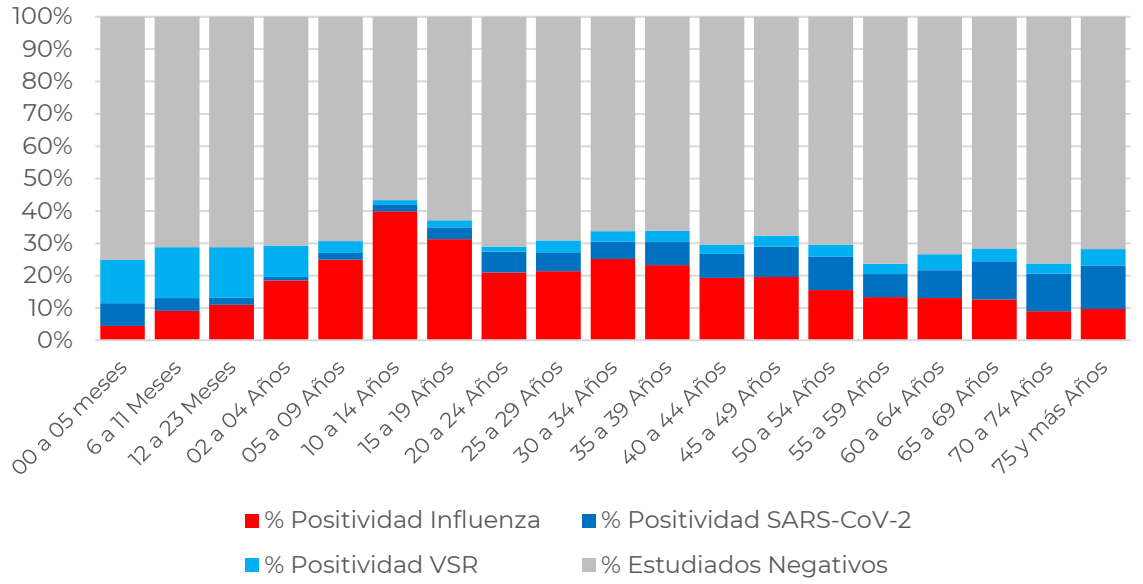
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE27/2025. Estrategia UMA. Argentina.



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 la distribución por grupos de edad, si bien los casos de influenza acumulados desde inicio de 2024 en UMA corresponden a todos los grupos, los mayores porcentajes de positividad se observan en adolescentes y adultos jóvenes, seguidos de niños mayores de 5 años y adultos de edad media (grupos de 5 a 39 años). En cuanto a SARS-CoV-2, la positividad fue mayor para adultos y adultos mayores. En relación a los casos de VSR, los grupos de edad con mayor positividad fueron 0 a 4 años y adultos mayores.

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE27/2025. Estrategia UMA. Argentina[25].



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

[25] Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de ETI en UMA.

Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 40 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país. [26]

Definiciones de caso Vigentes

IRAG: Paciente de cualquier edad con infección respiratoria aguda con:

- Fiebre referida o constatada >= 38°C; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[27].

IRAG Extendida en < 2 años y >= 60 años: Infección respiratoria: definida por tos o dificultad respiratoria; e

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[28].

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia[29] y shock[30] y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE1 de 2025 y la SE27 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 3496 internaciones con diagnóstico de IRAG y 1286 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[31].

La curva de casos de IRAG presentó tendencia ascendente entre las SE 18 y 28 de 2024, asociada al aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 y, posteriormente, al ascenso de casos de VSR, permaneciendo por encima de los 200 casos semanales de IRAG entre las SE24 y 37. En 2025, las notificaciones de IRAG experimentan un aumento desde la SE12, con un promedio de 300 casos semanales en las últimas 4 semanas.

[26] Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guia Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf

[27] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.

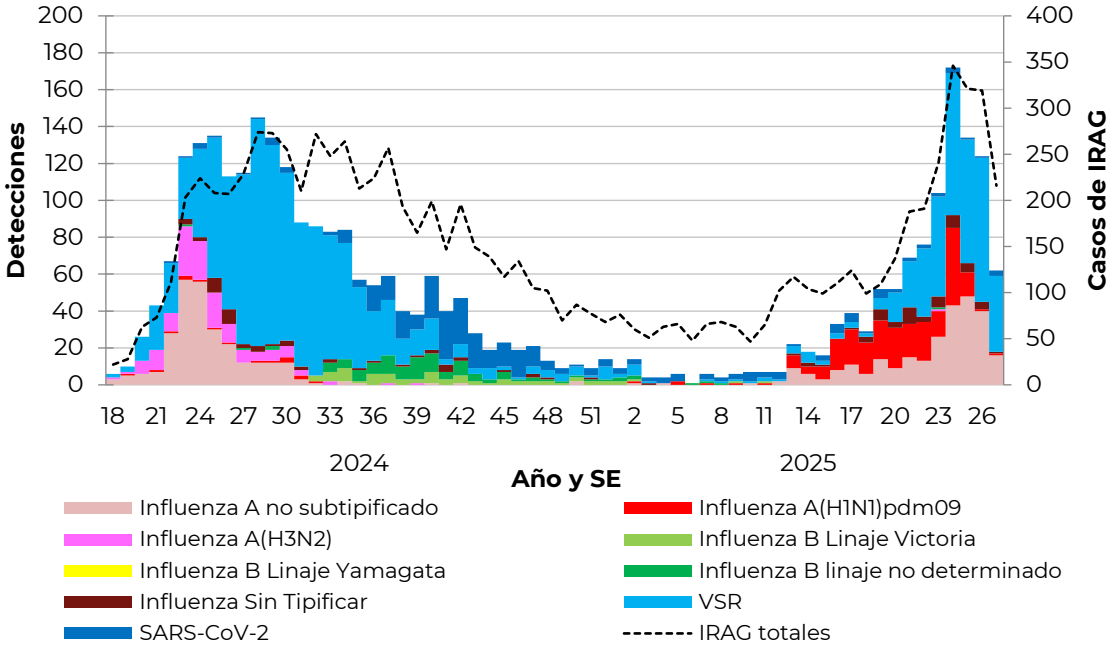
[28] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

[29] La fiebre se define como una temperatura ≥37,5 C. La hipotermia se define como una temperatura

[30] El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.

[31] Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

Gráfico 4: Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a 27/2025



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 SNVS[2.0]

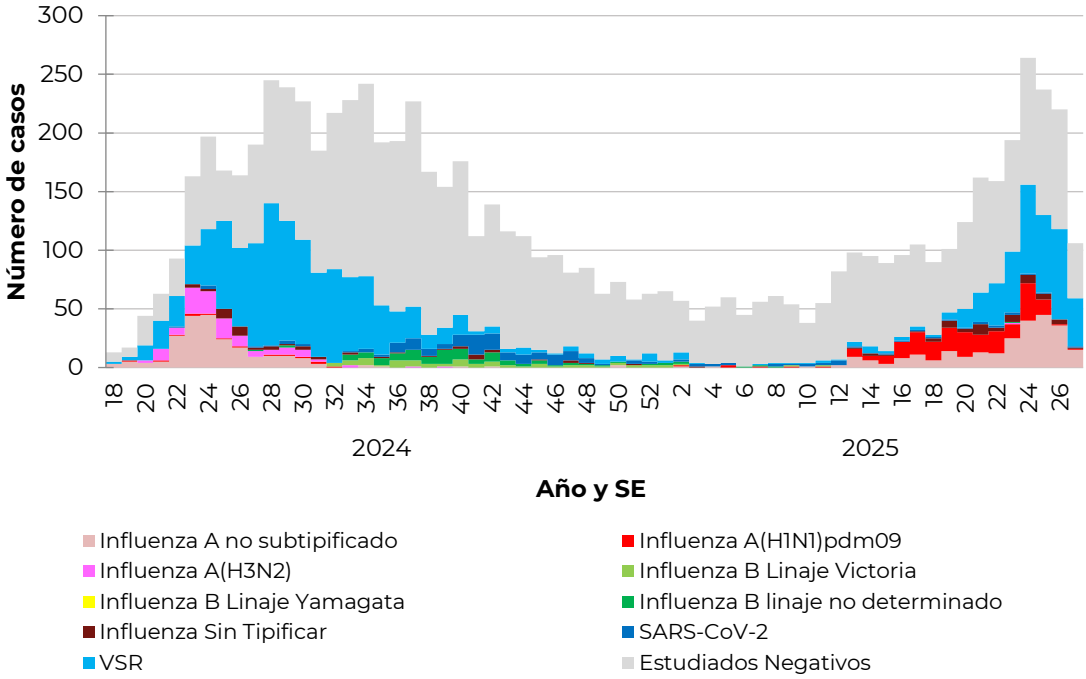
En relación a los casos de IRAG por **SARS-CoV-2,** si bien los casos se mantuvieron en niveles bajos desde SE18 de 2024, se registró un ligero ascenso desde SE36 de 2024, que alcanzó su máximo en SE 41 y 42 con descenso posterior.

Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todo el periodo, entre la SE18 y la SE31 de 2024 se observó un ascenso de detecciones influenza A/H3N2, que alcanzó sus valores máximos entre SE 23/2024 y 24/2024. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de SE32/2024 un cambio en el tipo predominante, con un aumento de casos de influenza B/linaje Victoria, con el mayor número de casos detectados entre las SE 33/2024 y 42/2024.

En lo que va de 2025, se verifica un ascenso de detecciones de influenza desde la SE13. Los casos corresponden predominantemente a influenza A, con un total de 503 detecciones en lo que va de 2025, y un menor número de casos de influenza B (n=13). En relación a los casos de Influenza A, se registraron 230 detecciones de H1N1 y 1 detección de H3N2 (el resto permanece sin subtipificar) y, entre los casos de influenza B, se registraron 5 detecciones del linaje Victoria. Además, 53 detecciones de influenza permanecen sin tipificar a la fecha.

En cuanto a IRAG con diagnóstico de **VSR**, desde SE18/2024 se registró tendencia ascendente tanto de casos como del porcentaje de positividad, que alcanzaron valores máximos en SE28/2024, con descenso posterior, permaneciendo estable y en valores bajos desde SE41/2024. Desde la SE20/2025 se registra un nuevo ascenso de las detecciones de VSR entre los casos de IRAG, con un promedio de 65 casos semanales en las últimas 4 semanas.

Gráfico 5: Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR de acuerdo al resultado, por SE. SE18/2024 a 27/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina [32].



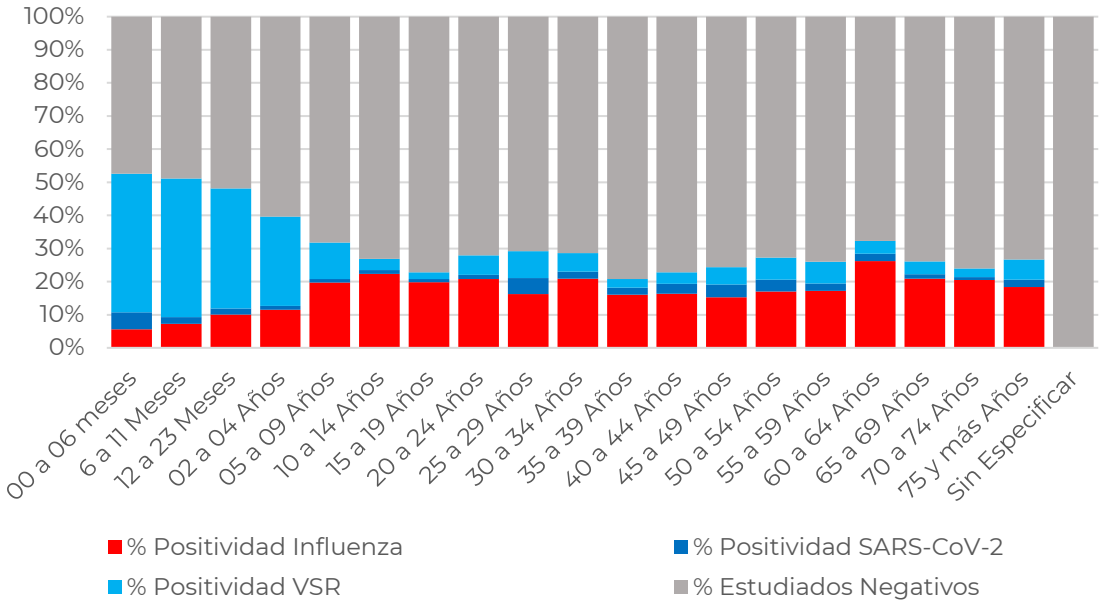
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

En las últimas 4 semanas, entre 814 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 12 codetecciones de influenza y VSR, 1 codetección de SARS-CoV2 y VSR, 188 detecciones de influenza, 2 casos de SARS-CoV-2 y 247 casos de VSR. Los restantes 364 casos resultaron negativos para estos agentes etiológicos.

En relación a la distribución por grupos de edad, entre los casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados por técnica molecular desde la SE18/2024, se registra la mayor positividad para influenza en adultos mayores y los grupos de edad comprendidos entre 5 y 34 años. Para SARS-CoV-2, el porcentaje de positividad fue más alto en menores de 6 meses, adultos y niños menores de 2 años. En relación a las IRAG por VSR, los porcentajes de positividad más elevados se registran en menores de 1 año, 1 año y 2 a 4 años.

[32] Solo se incluyen en el gráfico los casos estudiados y 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.

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a 27/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina[33].



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.5. 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. Recomendaciones para la población general

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

[33] Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de de IRAG.

- 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.**

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.

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

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

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

VII.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[35] 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[36]. También se publicó el mismo día la Disposición N°3158/25, de la ANMAT, por la cual se inhiben las actividades productivas de la firma HLB PHARMA GROUP S.A. con planta sita en la provincia de Buenos Aires, por las razones expuestas en la Disposición, donde se prohíbe el uso, distribución y comercialización en todo el territorio de la República Argentina, de todos los productos registrados a nombre de la firma, hasta que se hallen las condiciones técnicas y sanitarias para levantar la presente medida. Además, en la misma Disposición, se inhibe las actividades productivas de la firma LABORATORIOS RAMALLO S.A. en la provincia de Buenos Aires, debido a que las ampollas habrían sido elaboradas en las instalaciones de esta firma.

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

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

[36] https://www.argentina.gob.ar/noticias/anmat-prohibe-el-uso-de-fentanilo-hlb-citrato-de-fentanilo-concentracion-005-mgml-solucion
https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/325221/2025051
https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/325222/2025051

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

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

VII.1.A. SOBRE LOS AISLAMIENTOS IDENTIFICADOS Y LAS DEFINICIONES DE CASO

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. La especie *Klebsiella variicola* forma parte del Complejo *Klebsiella pneumoniae* (CKP), y su diferenciación con otras especies de este Complejo no es posible mediante los sistemas automatizados. La identificación a nivel de especie de *Klebsiella variicola* deberá realizarse mediante la metodología de MALDI-TOF en la Jurisdicción correspondiente. En el caso de no disponer de esta tecnología, los aislamientos con sospecha de asociación al brote podrán ser identificados a nivel de especie en el LNR.

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 molecular o 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.

VII.2.Situación epidemiológica

Desde el Alerta emitido el 08 de mayo y hasta el 11 de julio de 2025 se registraron 98 notificaciones al evento Infección por exposición a medicamento contaminado del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) en 19 establecimientos correspondientes a 4 jurisdicciones. En 10 de esos establecimientos -situados en Buenos Aires, CABA y Santa Fe- el Laboratorio Nacional de Referencia ya confirmó 39 casos asociados al brote y otras 37 notificaciones de casos sospechosos de los mismos establecimientos, se consideran asociados por nexo epidemiológico, totalizando 76 casos confirmados. Un caso notificado por la provincia de Neuquén se invalidó por no cumplir con la definición de caso y otros 7 establecimientos se encuentran en investigación en Buenos Aires y Santa Fe. El resto de las provincias del país no han notificado casos sospechosos hasta el momento.

Tabla 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: distribución de casos según clasificación. Argentina. Hasta el 11/07/2025. N=98

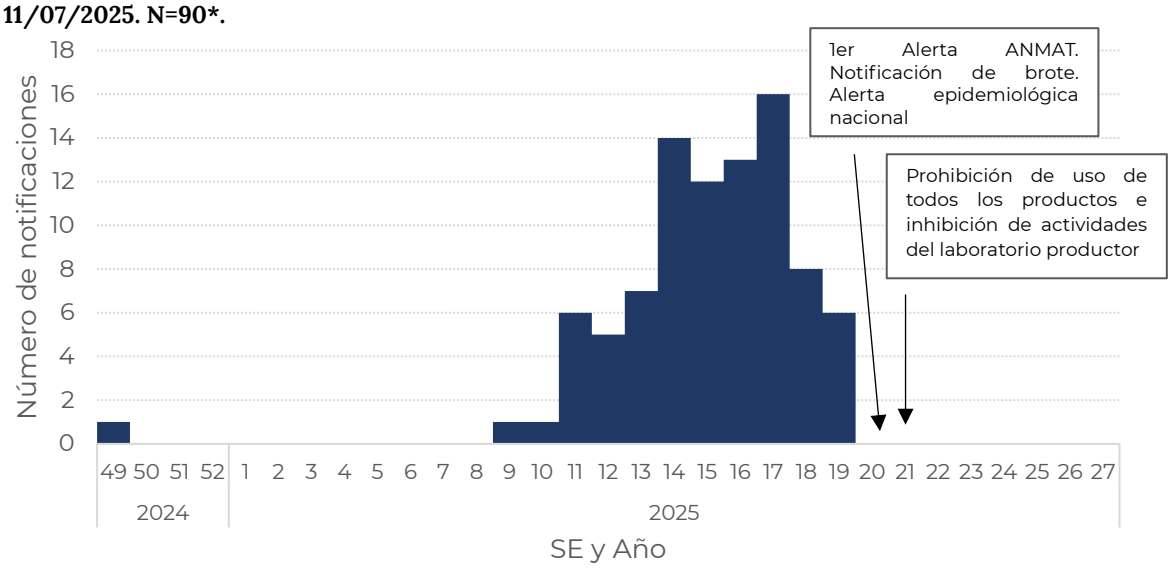
Establecimientos Jurisdicción	Total casos asociados por LNR o Nexo	Sospechosos	No asociados o invalidados	Total notificaciones	Focos confirmados
EPBA01	18			18	SI
EPBA02	1			1	SI
EPBA03		1		1	En investigación
EPBA04			1	1	DESCARTADO
EPBA05			1	1	DESCARTADO
EPBA06		1		1	En investigación
EPBA07		1		1	En investigación
EPBA08		2		2	En investigación
Buenos Aires	19	5	2	26	2
ECABA01	2			2	SI
CABA	2	0	0	2	1
ENQN01			1	1	DESCARTADO
Neuquén	0	0	1	1	0
ESF01	15			15	SI
ESF02	6			6	SI
ESF03	16		3	19	SI
ESF04		4		4	En investigación
ESF05		5	1	6	En investigación
ESF06	3			3	SI
ESF07	1			1	SI
ESF08	1		1	2	SI
ESF09	13			13	SI
Santa Fe	55	9	5	69	7
Total general	**76**	**14**	**8**	**98**	**10**

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

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

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

Gráfico 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: Distribución de casos asociados por LNR o nexo y sospechosos por SE y medidas sanitarias según semana epidemiológica. Argentina. Hasta el 11/07/2025. N=90*.

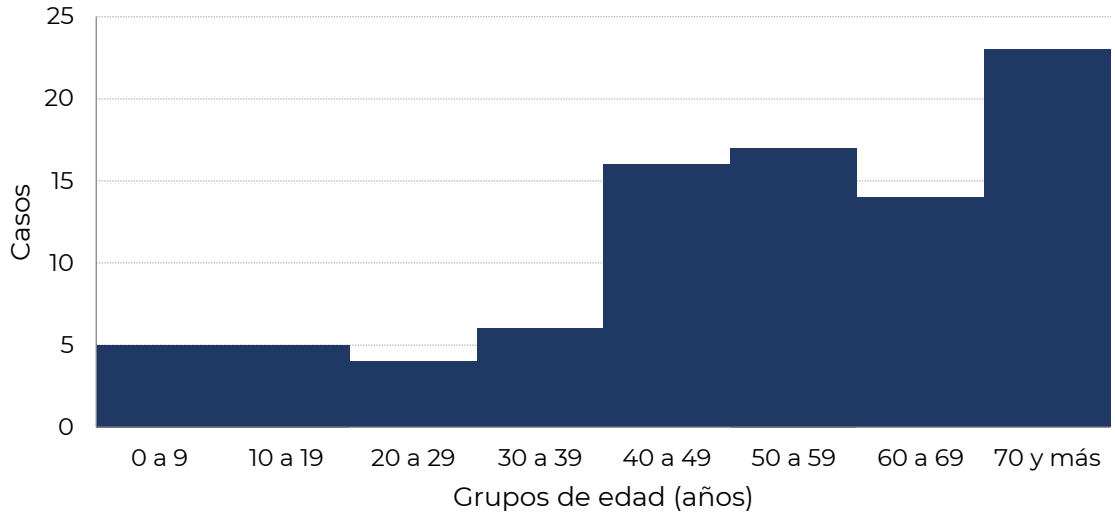


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

** Se excluyen descartados*

En relación con la edad, se presentaron casos en todos los grupos etarios, con una mediana de 57 años y un rango entre 0 y 96 años.

Gráfico 2. Infección por exposición a medicamento contaminado: distribución de número de casos asociados por LNR o nexo y sospechosos según grupo de edad. Argentina. Hasta el 11/07/2025. N=90*.



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

** Se excluyen descartados*

En cuanto a la evolución clínica, 11 de los 19 establecimientos que notificaron casos hasta el momento registraron casos fallecidos en el SNVS, sumando un total de 53, siendo el sexo masculino el más afectado y el grupo etario con más fallecimientos los mayores de 70 años (mediana 59 años). En 8 de los 11 establecimientos que registraron casos fallecidos ya se ha confirmado un foco del brote (al menos un caso en el que se pudo confirmar la asociación al brote por parte del LNR), estando el restante en estudio.

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

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

VII.3.Desempeño de plataformas MALDITOF-MS para la identificación de Klebsiella variicola y Klebsiella pneumoniae

K. variicola es una especie del complejo *K. pneumoniae*. La identificación de esta especie por métodos fenotípicos convencionales, miniaturizados y automatizados, arrojará como resultado: *K. pneumoniae*.

Sin embargo, la diferenciación entre estas dos especies podría ser posible mediante MALDITOF-EM. Es importante tener en cuenta que dependerá de la plataforma y la versión de base de datos actualizada. Los resultados pueden expresarse como *K. variicola* o como *K. pneumoniae*/*K. variicola*

El desempeño de las plataformas MALDITOF-MS ha sido evaluado por el LNR, siguiendo los criterios recomendados.

Evaluación del desempeño de dos plataformas MALDITOF EM por el LNR

Especie	Plataforma	Identificación	Observaciones
K. variicola	Biotyper v 13.0[37]	*Klebsiella variicola*	*K. variicola* con score > 2.00 y 10% de divergencia entre especies
	Vitek-MS Prime IVD[38]	*Klebsiella pneumoniae* 50%/*K. variicola* 50%	El grupo de especies se muestra como un resultado de baja discriminación.
K. pneumoniae	Biotyper V 13.0	*Klebsiella pneumoniae*	*K. pneumoniae* con score > 2.00 y 10% de divergencia entre especies
	Vitek-MS Prime IVD	*Klebsiella pneumoniae* 99.9%	Alto nivel de confianza

Fuente: Laboratorio Nacional de Referencia, Servicio de Bacteriología Especial, INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

[37] La versión 13.0 está disponible en Microbenet
[38] Knowledge base IVD 3.3

VII.4. Vigilancia epidemiológica

Teniendo en cuenta los hallazgos mencionados, **se amplía la definición de Caso Sospechoso** a: **"*Klebsiella variicola* productora de metalobetalactamasa (MBL) y betalactamasa de espectro extendido (BLEE)".**

VII.4.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: Otros eventos de importancia para la salud pública; o Brotes asociados a fármacos[39]

Evento: Infección por Exposición a Medicamento Contaminado.

VII.4.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

VII.4.C. DEFINICIONES DE CASO

Caso sospechoso:

Toda persona que:

1. Haya recibido FENTANILO HLB / FENTANILO (CITRATO) entre noviembre de 2024 y el 15 de mayo de 2025[40] y que presente, con posterioridad a la administración:
2. 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); y/ **ó**
    - *Klebsiella variicola* (Kva) productora de metalobetalactamasa (MBL) y betalactamasa de espectro extendido (BLEE).

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 o exposición a fuente contaminada.

Caso de *Ralstonia mannitolilytica* con confirmación de asociación al brote: caso sospechoso con aislamiento de *Ralstonia spp.* en el que el Laboratorio Nacional de Referencia demostró la

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

[40] El período abarca desde dos meses posteriores a la fabricación del primer lote identificado como contaminado y hasta dos días posteriores a la prohibición de uso del medicamento sospechado. Esta definición temporal puede modificarse, si es necesario, de acuerdo a los resultados de la investigación.

asociación del patógeno detectado en el brote o con nexo epidemiológico con casos o fuentes confirmadas en la institución.

Caso de *Klebsiella varicola (Kva) MBL y BLEE* con confirmación de asociación al brote: caso sospechoso con aislamiento de *Klebsiella variicola (Kva) MBL y BLEE* en el que el Laboratorio Nacional de Referencia demostró la asociación del patógeno detectado en el brote o con nexo epidemiológico con casos o fuente confirmadas en la institución.

Caso no asociado al brote: caso sospechoso donde el LNR demostró no estar asociado a los patógenos detectados en el brote.

Caso invalidado por epidemiología: Toda notificación que no cumpla con los criterios establecidos por la definición de caso sospechoso.

Ficha de notificación en el siguiente link:

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

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS

VIII. Mpox – Actualización Informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

Ante el recrudecimiento de la mpox asociado a la aparición de un nuevo clado del virus de la mpox (clado Ib), su rápida propagación en el este de la República Democrática de Congo y la notificación de casos en varios países vecinos, la Organización Mundial de la Salud lo ha declarado como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de acuerdo Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI [2005]). A raíz de ello y en virtud de dar difusión a las medidas de prevención, vigilancia y respuesta, el Ministerio de Salud de la Nación ha emitido una Alerta Epidemiológica el 16 de agosto de 2024, incluyendo la descripción de la situación y las directrices vigentes para la vigilancia epidemiológica y las medidas ante casos y contactos –entre otros aspectos relacionados con este evento que se encuentra disponible en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta_viruela_simica_16082024.pdf

La OMS emitió "recomendaciones permanentes", en las cuales insta a los Estados Miembros a elaborar un "Plan estratégico de preparación y respuesta para Mpox 2024-202520", a fin de dar una orientación general y una respuesta coordinada. Este Plan, llevado a cabo por el Ministerio de Salud de la Nación, es clave para guiar las actividades de preparación y respuesta de salud pública a nivel nacional, jurisdiccional y local, con el objetivo principal de detener los brotes de transmisión de Mpox de persona a persona y mitigar su impacto en salud humana a través de medidas coordinadas a nivel nacional. Para facilitar el abordaje de este plan, se han estipulado tres escenarios epidemiológicos frente al ingreso y transmisión de casos de Mpox en Argentina:

1. Sin transmisión autóctona pero con casos importados del Clado II
2. Con casos esporádicos de transmisión autóctona del Clado II y sin Clado I
3. Con introducción del Clado I

El Manual se encuentra en el siguiente link;

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/250407_plan_mpox_2025.pdf

VIII.2. Situación internacional[41]

Según el análisis filogenético, el virus de la mpox (MPXV) se divide en dos clados principales: el clado I (uno, anteriormente clado de la Cuenca del Congo) y el clado II (dos, anteriormente clado de África Occidental). Cada uno de estos clados se subdivide a su vez en dos subclados: el clado Ia y el clado Ib dentro del clado I; el clado IIa y el clado IIb dentro del clado II.

El clado Ia circula en varios países de África central y se asocia con una propagación regular desde uno o más reservorios animales con cierta transmisión de persona a persona. El clado Ib surgió en 2023 en las regiones orientales de la República Democrática del Congo y está sufriendo una transmisión sostenida de persona a persona.

[41] Tendencias globales de Mpox. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

El clado IIa se ha detectado principalmente en especies animales, con solo un número limitado de casos humanos. Sin embargo, recientemente se ha notificado un número creciente de casos en varios países de África Occidental. El clado IIb ha estado circulando de manera sostenida en humanos desde al menos 2016 y ha provocado el brote multipaís en curso desde 2022 hasta la actualidad.

La OMS realizó la última evaluación rápida de riesgos globales de mpox en junio de 2025. Con base en la información disponible, el riesgo se evalúa de la siguiente manera:

- Clado Ib MPXV: Afecta predominantemente áreas no endémicas de mpox en la República Democrática del Congo y países vecinos — Alto
- Clado Ia MPXV: Afecta principalmente a las zonas endémicas de mpox en la República Democrática del Congo — Moderado
- Clado II MPXV: Observado en Nigeria y otros países endémicos de África Occidental y Central — Moderado
- Clado IIb MPXV: Asociado con la epidemia mundial de mpox a partir de 2022 — Moderado

Respecto del **clado Ib**, en las últimas 6 semanas fueron detectados casos confirmados con transmisión comunitaria en **República Democrática del Congo, Uganda, Burundi, Ruanda, Kenia, Congo, Zambia, Tanzania, Etiopía, Sudán del Sur y Malawi**, casos relacionados con viajes a zonas endémicas en **Reino Unido, Estados Unidos de América e Italia,** y casos con transmisión en investigación en **China.**

VIII.2.A. SITUACIÓN EN ÁFRICA

En los últimos doce meses, hasta el 29 de junio de 2025, 26 países notificaron 38.642 casos confirmados, incluidas 133 muertes. Los tres países con más casos son la República Democrática del Congo (21.139 casos), Uganda (7.231) y Sierra Leona (4.481).

Este indicador debe interpretarse con cautela, ya que los casos sospechosos de mpox se registran según distintas definiciones de casos nacionales. Además, no todos los países cuentan con sistemas de vigilancia sólidos para mpox, lo que significa que es probable que los recuentos de casos notificados subestimen el alcance de la transmisión comunitaria.

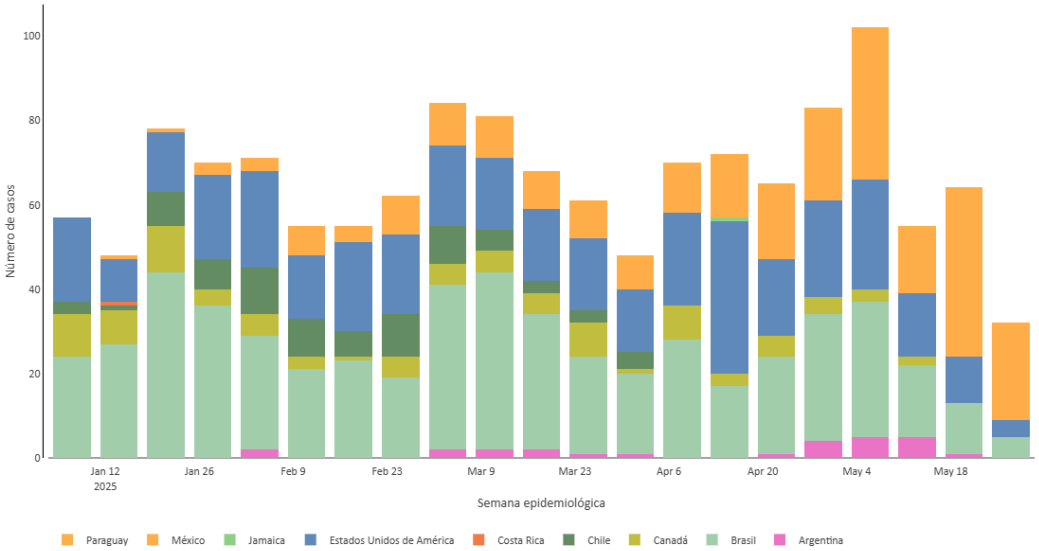
VIII.2.B. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS[42]

Respecto de la situación regional, según la última actualización epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 22 de 2025 fueron notificados en la Región de las Américas 1.381 casos de mpox.

Los países de la región que detectaron casos de mpox durante 2025 son los siguientes: Brasil (540 casos), Estados Unidos (382), México (252), Canadá (96), Chile (79), Paraguay (4), Costa Rica (1) y Jamaica (1).

[42] Casos de mpox - Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: https://shiny.paho-phe.org/mpox/

Gráfico 1. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según país. Región de las Américas, SE1 a SE22 2025.



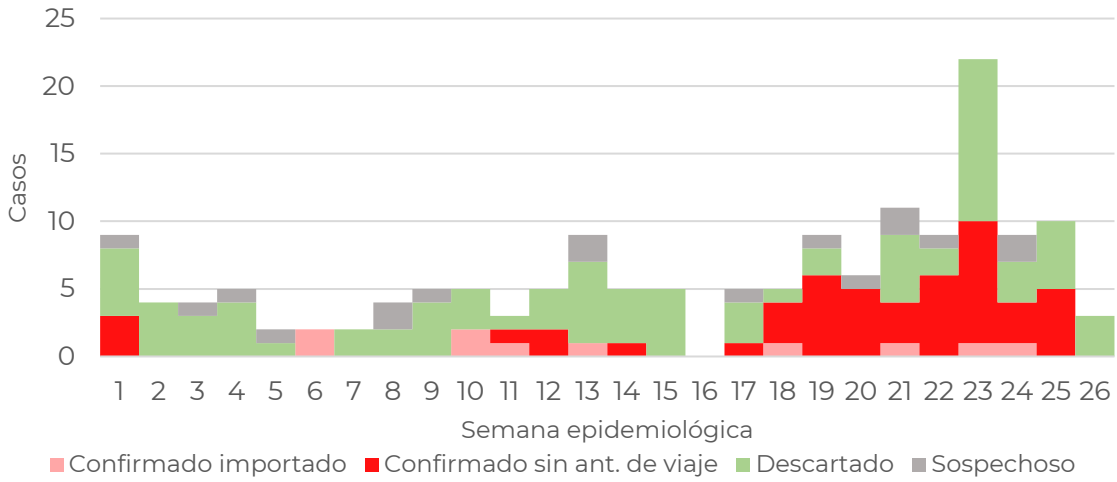
Fuente: https://shiny.paho-phe.org/mpox/

VIII.3. Situación en Argentina

Entre las SE 1 y 27 de 2025 se notificaron 164 casos, de los cuales 58 fueron confirmados. Desde la última actualización (SE22/2025) se detectaron 28 casos nuevos, correspondientes a Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Mendoza.

Se observa un incremento de casos desde la SE 18, con un promedio de 6 casos semanales confirmados, y un pico de 10 en la SE23. En dicha semana se detectaron en Mendoza cinco casos correspondientes a un clúster de transmisión intrafamiliar.

Gráfico 2. Casos notificados de mpox según clasificación por semana epidemiológica de fecha mínima[43]. Argentina, SE1 a SE27/2025. (N=158[44])



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

[43] La fecha mínima se construye según una jerarquía que prioriza la mayor cercanía al momento de inicio de la enfermedad: con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra, y, por último, la de notificación si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.
[44] Seis de los casos notificados en 2025 corresponden a 2024 según fecha mínima del caso.

De los 58 casos de 2025, 55 corresponden a personas de sexo masculino, con una mediana de edad de 36 años, y 10 casos consignan antecedente de viaje al exterior o contacto con viajeros (Brasil y Chile). En aquellos casos que consignan información (n=19), el principal antecedente epidemiológico son las relaciones sexuales con hombres (12 casos).

La mayor proporción de casos tiene residencia en CABA y Buenos Aires, seguidos por Mendoza, Córdoba y Corrientes.

Tabla 1. Casos notificados y confirmados de mpox según jurisdicción de residencia. Argentina, SE1 a SE27/2025.

Provincia	Confirmados SE 1 a 27 2025	Confirmados notificados en la última semana	Confirmados notificados en las últimas 4 semanas	Total de notificaciones 2025
Buenos Aires	15	3	8	52
CABA	35	1	10	70
Córdoba	2	0	0	8
Entre Ríos	0	0	0	2
Santa Fe	0	0	0	4
Centro	**52**	**4**	**18**	**136**
Mendoza	5	0	0	19
San Juan	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0
Cuyo	**5**	**0**	**0**	**19**
Chaco	0	0	0	0
Corrientes	1	0	0	2
Formosa	0	0	0	2
Misiones	0	0	0	1
NEA	**1**	**0**	**0**	**5**
Catamarca	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0
Salta	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	1
NOA	**0**	**0**	**0**	**1**
Chubut	0	0	0	1
La Pampa	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	1
Río Negro	0	0	0	1
Santa Cruz	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0
SUR	**0**	**0**	**0**	**3**
Total PAIS	**58**	**4**	**18**	**164**

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

Hasta el momento, se realizaron estudios para la identificación de clado en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS “Carlos Malbrán” en 29 de los casos confirmados, identificándose en todos ellos el clado II.

VIII.4. Recomendaciones para el equipo de salud

- Las principales medidas para disminuir el riesgo de propagación de la enfermedad consisten en la identificación temprana de los casos, las medidas aislamiento de casos y rastreo de contactos.
- En el marco de la prevención combinada del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual, la evaluación de una persona con sospecha o confirmación de mpox debe ser una oportunidad para ofrecer en forma sistemática servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y otras ITS, y para articular el manejo de la mpox en las personas con diagnóstico de VIH conocido a servicios de atención de enfermedad avanzada por VIH.
- El grupo técnico asesor de OMS actualmente NO recomienda la vacunación masiva ni de la población general. La vigilancia epidemiológica debe intensificarse para proveer la información suficiente para identificar a las personas con mayor riesgo de infección y, por lo tanto, la prioridad si se lleva a cabo la vacunación. Actualmente la principal medida de salud pública para interrumpir la transmisión de la enfermedad es la identificación efectiva de casos, implementando medidas de control de la transmisión, aislamiento, y el rastreo de contactos para su seguimiento en caso de desarrollar clínica compatible.
- Una vigilancia epidemiológica sensible y de calidad es indispensable para lograrlo. Los equipos de salud de todo el país deben estar preparados para sospechar la enfermedad, asistir de manera adecuada a las personas afectadas -incluyendo las medidas de protección del personal de salud-, recabar la información necesaria para caracterizar epidemiológicamente los casos e implementar las medidas de aislamiento y rastreo de contactos de forma inmediata (ante la sospecha).

VIII.5. Vigilancia Epidemiológica

Una vigilancia epidemiológica sensible y de calidad es indispensable para lograr la identificación temprana de los casos, una correcta anamnesis, registro y notificación que permita las acciones de control. Para ello los equipos de salud de todo el país deben estar preparados para sospechar la enfermedad, asistir de manera adecuada a las personas afectadas -incluyendo las medidas de protección del personal de salud-, con foco en el manejo de las complicaciones potenciales; recabar la información necesaria para caracterizar epidemiológicamente los casos e implementar las medidas de aislamiento y rastreo de contactos de forma inmediata ante la sospecha.

Es importante tener en cuenta que una vigilancia sensible incluye facilitar la accesibilidad de la población a la atención oportuna y de calidad, eliminando todas las posibles barreras de acceso, principalmente las que puedan relacionarse con cualquier tipo de discriminación o estigma relacionado con la enfermedad, con las poblaciones que son desproporcionadamente afectadas por la mpox o con las prácticas potencialmente asociadas a su transmisión.

En vistas a la potencial introducción del clado Ib a través de viajeros infectados, resulta de suma importancia indagar al momento de realizar la entrevista epidemiológica a las personas que resulten tener síntomas compatibles con la enfermedad acerca de antecedente de viaje a África o contacto con viajeros a países donde está circulando el virus.

VIII.5.A. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

- Toda persona que presente exantema característico*, sin etiología definida, de aparición reciente (menor a 7 días) y que se localiza en cualquier parte del cuerpo (incluyendo lesiones genitales, perianales, orales o en cualquier otra localización) aisladas o múltiples; o que presente proctitis (dolor anorrectal, sangrado) sin etiología definida**. Y al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos*** dentro de los 21 días previos al inicio de los síntomas:
  - Contacto físico directo, incluido el contacto sexual, con un caso sospechoso o confirmado.
  - Contacto con materiales contaminados -como ropa o ropa de cama-, por un caso sospechoso o confirmado.
  - Contacto estrecho sin protección respiratoria con un caso sospechoso o confirmado.
  - Relaciones sexuales con una o más parejas sexuales nuevas, múltiples u ocasionales,

Ó

- Toda persona que haya estado en contacto directo con un caso de mpox sospechoso o confirmado,

  Y presente, entre 5 y 21 días del contacto de riesgo, uno o más de los siguientes signos o síntomas:

  - Fiebre >38,5° de inicio súbito
  - Linfoadenopatía
  - Astenia
  - Cefalea
  - Mialgia
  - Malestar general
  - Lesiones cutáneo mucosas
  - Proctitis

Ó

- Toda persona que no presenta o refiere un antecedente epidemiológico claro, que presente lesiones cutáneo-mucosas características* con una evolución compatible y en el que haya una alta sospecha clínica.

* Exantema característico: lesiones profundas y bien delimitadas, a menudo con umbilicación central y progresión de la lesión a través de etapas secuenciales específicas: máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras, que pueden evolucionar a la necrosis que no correspondan a las principales causas conocidas de enfermedades exantemáticas (varicela, herpes zoster, sarampión, herpes simple, sífilis, infecciones bacterianas de la piel). No obstante, no es necesario descartar por laboratorio todas las etiologías para estudiar al caso para mpox.

** En el caso de proctitis y/o úlceras genitales se deben investigar también en forma conjunta los diagnósticos de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Treponema pallidum*, entre otros.

*** Indagar sobre viajes o contacto con viajeros especificando la procedencia, en particular provenientes de los países de África con circulación conocida de clado Ib.

Caso confirmado

- Todo caso sospechoso con resultados detectables de PCR para Orthopox del grupo eurasiático-africano o de PCR en tiempo real para virus MPX genérica o específica de los clados.

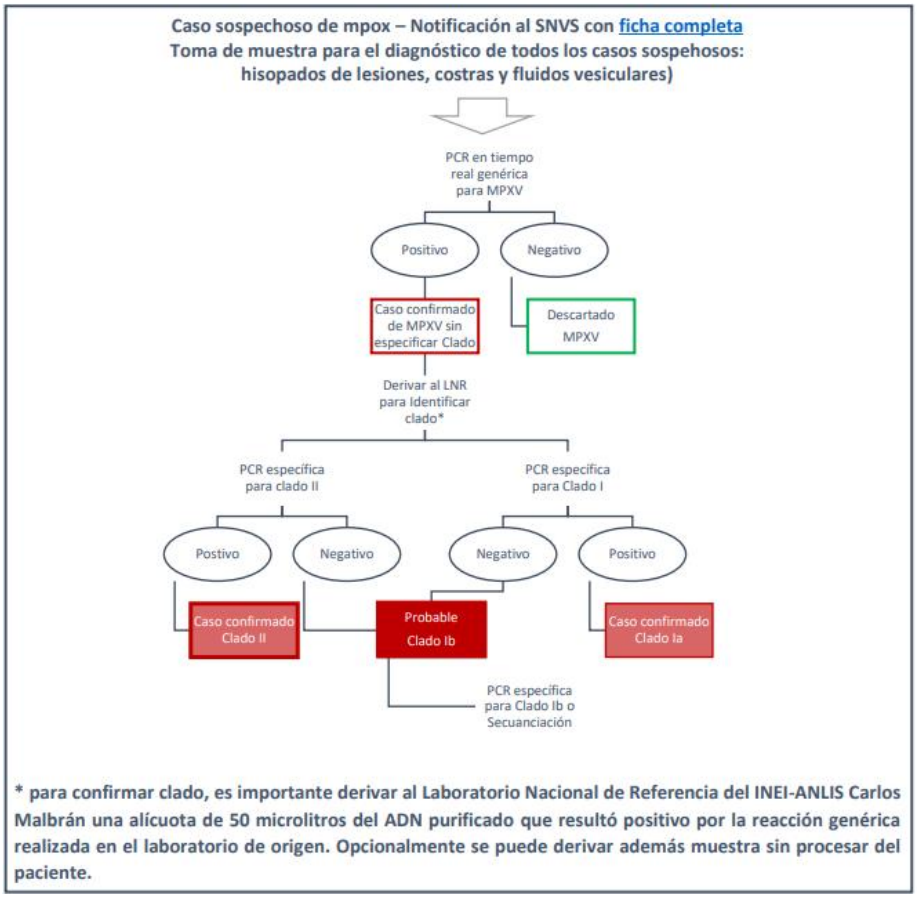
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión de laboratorio cuando se analizan muestras clínicas se aconseja limitar la cantidad de personal que analiza las muestras, evitar cualquier procedimiento que pueda generar aerosoles y usar el equipo de protección personal. Las normas nacionales e internacionales sobre el transporte de sustancias infecciosas deben seguirse estrictamente durante el embalaje de las muestras y el transporte al laboratorio de referencia.

VIII.5.B. NOTIFICACIÓN

Los casos deben notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, al evento Viruela Símica (mpox) de forma inmediata ante la sospecha.

VIII.6. Algoritmo de diagnóstico y notificación de Mpox

- Se debe notificar el caso al SNVS dentro de las 24hs. Grupo de evento: Viruela / Evento: mpox (ex viruela símica).



VIII.7. Medidas ante casos sospechosos

- Se recomienda el aislamiento de todo caso sospechoso hasta la obtención del resultado de laboratorio (confirmado o descartado); en caso de confirmarse, continuar el aislamiento hasta que todas las costras de las lesiones se hayan caído y haya formado una nueva capa de piel.
- Si no se puede realizar aislamiento permanente se deberá implementar medidas para la minimizar el riesgo de la transmisión (cubrir las lesiones, utilizar barbijo quirúrgico bien ajustado, cubriendo nariz, boca y mentón, evitar contacto con personas vulnerables, evitar el contacto estrecho con otras personas, ventilar los ambientes).
- Realizar la investigación epidemiológica correspondiente, incluyendo los antecedentes epidemiológicos, características clínicas e información sobre contactos estrechos, garantizando la privacidad, el trato digno y la completitud de la información.
- Realizar la notificación dentro de las 24 horas.
- En caso de que se necesite hospitalización, debe realizarse en una habitación individual con baño privado y eventualmente internación por cohortes.
- Si el paciente precisa moverse por fuera de la habitación, debe hacerlo siempre con barbijo quirúrgico y cubriéndose las heridas.
- La movilidad del paciente fuera de su habitación debe limitarse a lo esencial para realizar procedimientos o métodos diagnósticos que no puedan llevarse a cabo en ella. Durante el transporte, el paciente debe utilizar barbijo quirúrgico y las lesiones cutáneas deben estar cubiertas.
- Se debe establecer el correcto manejo de casos para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo desde el triaje hasta las salas de aislamiento, en cualquier nivel de atención, evitando el contacto con otras personas en salas de espera y/o salas de hospitalización de personas internadas por otras causas.
- El personal de salud que atienda casos sospechosos o confirmados debe utilizar protección para los ojos (gafas protectoras o un protector facial que cubra el frente y los lados de la cara), barbijo quirúrgico, camisolín y guantes desechables.
- Durante la realización de procedimientos generadores de aerosoles deben utilizarse barbijos tipo máscaras N95 o equivalentes.
- El aislamiento domiciliario debe realizarse en una habitación o área separada de otros convivientes durante todas las etapas de la enfermedad hasta que todas las lesiones hayan desaparecido, se hayan caído todas las costras y surja piel sana debajo.
- Si durante el aislamiento domiciliario el paciente requiere atención médica debe comunicarse con el sistema de salud.
- Las personas convivientes deben evitar el contacto con el caso sospechoso o confirmado, especialmente contacto de piel con piel.
- No se debe compartir ropa, sábanas, toallas, cubiertos, vasos, platos, mate, etc.
- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y embarazadas durante el período de transmisión.
- Ante el riesgo potencial de transmisión del virus de las personas enfermas a los animales, se recomienda que las personas con diagnóstico sospechoso o confirmado de mpox eviten el contacto directo con animales, incluidos los domésticos (como gatos, perros, hámsters, hurones, jerbos, cobayos), el ganado y otros animales en cautividad, así como la fauna silvestre. Las personas deben estar especialmente atentas a los animales que se sabe que son susceptibles, como los roedores, los primates no humanos, etc.
- Debe también evitarse el contacto de los residuos infecciosos con animales, especialmente roedores.

La sospecha o confirmación de mpox debe ser una oportunidad para ofrecer en forma sistemática el testeo para VIH y otras ITS.

VIII.8. Medidas ante contactos

- La identificación de contactos debe iniciarse dentro de las 24hs.
- Verificar diariamente la posible aparición de cualquier signo o síntoma compatible, incluyendo medir la temperatura y verificar mediante autoevaluación si no han aparecido lesiones en la piel en cualquier parte del cuerpo, o si aparecen síntomas como cansancio/decaimiento, inflamación de los ganglios linfáticos, cefalea, dolores musculares, dolor de espalda.
- El contacto en seguimiento debe disponer de un teléfono para comunicarse con el equipo de seguimiento en caso de presentar síntomas y, en ese caso, una vía facilitada para su atención adecuada en un centro asistencial.
- Ante la aparición de cualquier síntoma debe considerarse un caso sospechoso y, como tal, realizar las acciones recomendadas ante casos sospechosos.
- El contacto deberá estar en seguimiento por el sistema de salud por 21 días para identificar el posible comienzo de síntomas compatibles.
- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y embarazadas.

Para más información, consultar el Manual para la vigilancia epidemiológica y control disponible en Argentina

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

Manual para la vigilancia epidemiológica y control de la viruela símica en Argentina:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Manual_viruela_simica_10-08-2022.pdf

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Nueva_ficha_viruela_simica_11_08_2022.pdf

---

Más recomendaciones e información en:

https://www.argentina.gob.ar/salud/viruela-simica-mpox

IX. Lesiones por mordedura de perro - Informe epidemiológico

IX.1. Introducción

Las lesiones por mordedura de perro constituyen un evento de relevancia para la salud pública por el daño físico, psicológico y social que pueden generar, además del riesgo de transmisión de enfermedades zoonóticas como la rabia. Estas agresiones representan la forma más frecuente de ataque de un animal al ser humano, con variabilidad en su gravedad, desde excoriaciones leves hasta politraumatismos que requieren internación y atención especializada.

El incremento de la población canina, la tenencia irresponsable y la urbanización sin regulación adecuada han contribuido a la diversificación de los vínculos entre personas y animales, generando contextos de riesgo en ámbitos domiciliarios, comunitarios y públicos. Estudios nacionales e internacionales destacan que la mayor proporción de personas afectadas corresponde a niñas y niños entre 5 y 9 años, y que en un porcentaje significativo los casos requieren intervención quirúrgica, tratamiento prolongado, internación y en casos excepcionales, la muerte.

La vigilancia epidemiológica de este evento permite estimar su magnitud, identificar a las poblaciones más expuestas, caracterizar las circunstancias en que ocurren las agresiones y fortalecer las estrategias de prevención, abordaje intersectorial y atención integral de las personas lesionadas.

Dado el carácter no intencional del evento, la multiplicidad de factores involucrados y la complejidad del problema, los datos presentados pueden estar sujetos a revisión. No obstante, son fundamentales para dimensionar su comportamiento y mejorar las acciones de respuesta sanitaria y comunitaria.

IX.2. Sobre la implementación de la vigilancia de las lesiones por mordedura de perro

IX.2.A. ANTECEDENTES

Las lesiones graves y las lesiones leves y moderadas por mordedura de perro son un evento de notificación obligatoria en la República Argentina, conforme a lo establecido por la Ley N.º15.465 y la Resolución N.º 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación.

Según lo estipulado en el Manual de Normas y Procedimientos para la Vigilancia y el Control de los Eventos de Notificación Obligatoria, la vigilancia de las Lesiones Graves que requieren internación debe notificarse al SNVS 2.0 bajo modalidad individual inmediata, incluyendo el registro de datos clínicos y epidemiológicos. La notificación de las lesiones leves y moderadas por mordedura de perro, de manejo ambulatorio, debe realizarse bajo modalidad agrupada.

En mayo de 2023 se implementa formalmente la notificación obligatoria de Lesiones por mordedura de perro al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS 2.0).

Los objetivos de la vigilancia epidemiológica de estos eventos son:

- Estimar la magnitud del evento e identificar a poblaciones afectadas.

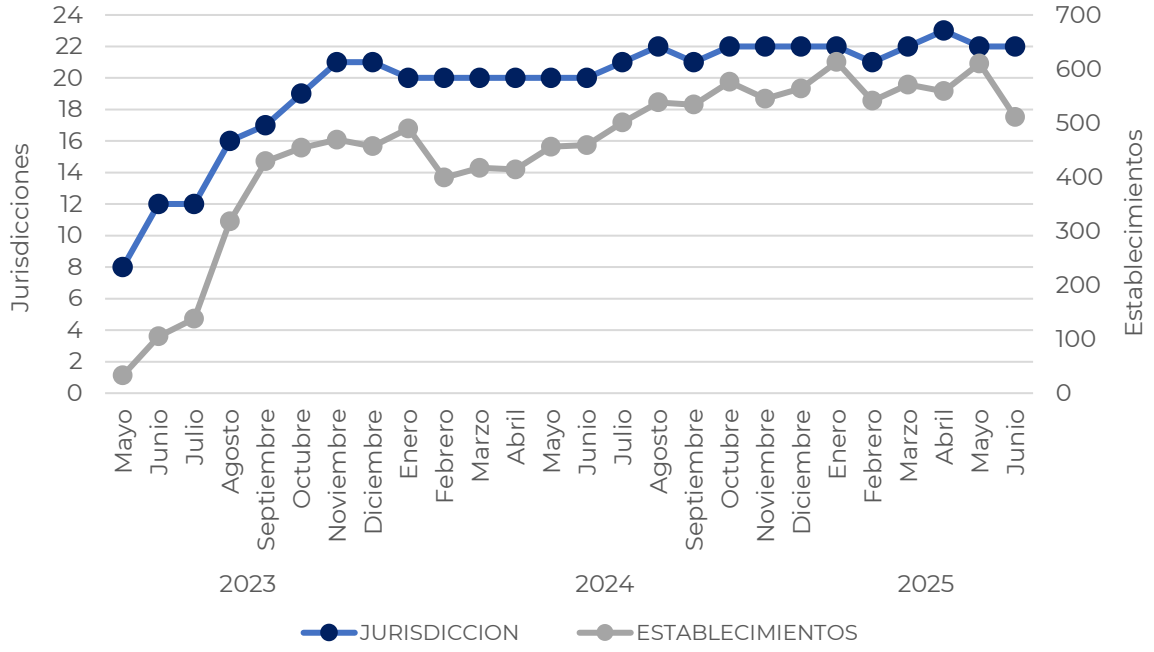
- Caracterizar epidemiológicamente los casos graves y muertes como consecuencia de las lesiones por mordedura de perro.
- Caracterizar al agente agresor y las circunstancias en las que se da la agresión.
- Identificar las poblaciones o grupos de riesgo para fortalecer las actividades de control y prevención.
- Gestionar la información para llevar adelante las acciones de seguimiento para las personas que presenten lesiones por mordeduras de perro y el agente agresor.

En la actualidad, la vigilancia está en implementación en 23 de las 24 jurisdicciones del país.

IX.2.B. JURISDICCIONES Y ESTABLECIMIENTOS PARTICIPANTES

El Gráfico 1 muestra la evolución mensual de las jurisdicciones y los establecimientos que notificaron lesiones por mordedura de perro al SNVS 2.0, desde la incorporación como evento de notificación obligatoria en mayo de 2023, si bien, se realizaron notificaciones retrospectivas para el mes de enero del mismo.

Gráfico 1. Evolución mensual de jurisdicciones y establecimientos que notificaron lesiones por mordedura de perro. Argentina, mayo 2023 a junio 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 el mes de mayo de 2023 8 jurisdicciones realizaron notificaciones. A partir de entonces, se observó un crecimiento sostenido en la incorporación de jurisdicciones notificantes, alcanzando 21 en noviembre de 2023 y llegando a un máximo de 23 jurisdicciones en abril de 2025. La tendencia general indica una ampliación progresiva de la cobertura territorial de la vigilancia de lesiones por mordedura de perros, lo que constituye un avance relevante en términos de fortalecimiento del sistema de información y monitoreo a nivel nacional. Durante 2024, el número de provincias que notificaron se mantuvo relativamente estable, con leves oscilaciones mensuales.

En cuanto a los establecimientos notificadores, al igual que las jurisdicciones, el registro comienza en el mes de mayo de 2023 con 33 establecimientos. Desde entonces, se evidenció una tendencia general y constante al aumento, con oscilaciones mensuales. El número de

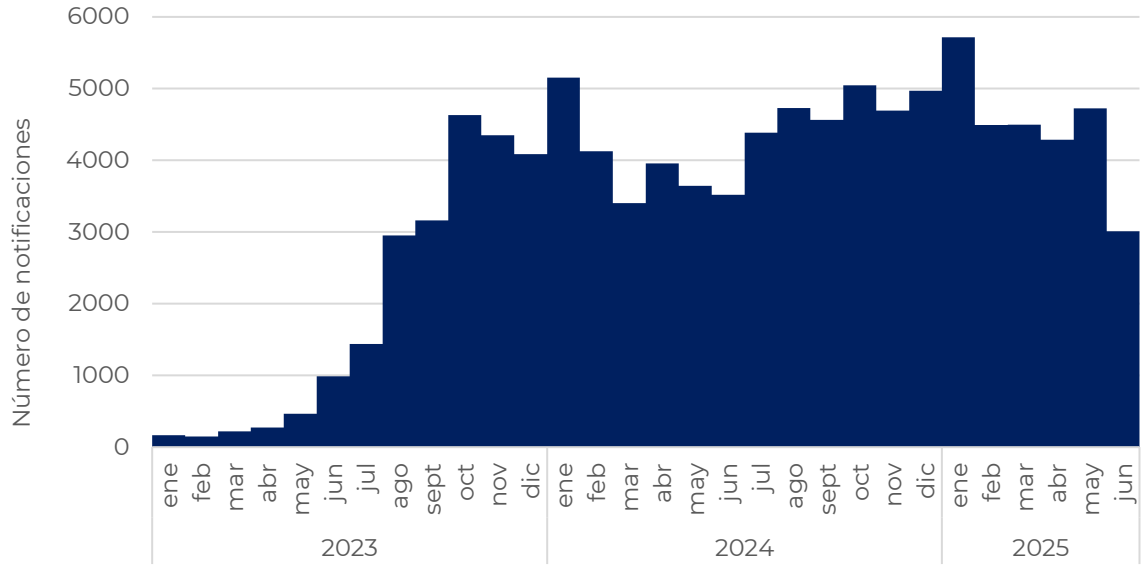
efectores alcanzó su punto máximo en enero de 2025, con 613 establecimientos notificadores, seguido de una leve disminución en los meses siguientes. Este comportamiento será evaluado durante el transcurso del año, ya que es posible que se realicen cargas retrospectivas y el número varíe.

Analizado en conjunto y a medida que más servicios de salud integran el registro del evento en sus prácticas de notificación, se refleja la expansión progresiva de la red de vigilancia. En conclusión, se destaca la existencia de una estabilización en la participación de las jurisdicciones y establecimientos notificadores, resaltando la importancia de continuar trabajando en la implementación de las estrategias de vigilancia, así como su monitoreo y evaluación.

IX.2.C. TOTAL DE NOTIFICACIONES EN EL PERÍODO DE IMPLEMENTACIÓN

El total de los casos notificados no puede ser tomado, aún, de manera representativa de la realidad de las lesiones por mordedura de perro en el país. Lo que se observa a continuación da cuenta del proceso de implementación y aumento de la adherencia a la vigilancia y a la ley de notificación obligatoria y no necesariamente a un incremento de casos del evento en el período descripto. **En el siguiente gráfico se presenta la notificación de lesiones por mordedura de perro, tanto de modalidad nominal como agrupada, en todo el período de implementación. Es importante destacar que, si bien la estrategia se implementó en el mes de mayo de 2023, se consignaron en el sistema casos retrospectivos ocurridos desde el mes de enero de ese mismo año que se contemplaron para este análisis.**

Gráfico 2. Evolución mensual de casos notificados de lesiones por mordedura de perro. Enero 2023 - junio 2025. Argentina. (n=101.812)



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

El análisis de los eventos notificados muestra un incremento sostenido mensual desde mayo de 2024. Si bien se observaron algunas fluctuaciones a lo largo del periodo, la tendencia general fue ascendente. El valor más alto se registró en enero de 2025, con 5.716 eventos notificados. Este patrón de crecimiento progresivo puede vincularse tanto a una mayor consolidación del sistema de vigilancia como a un fortalecimiento en la capacidad de notificación por parte de los efectores de salud.

IX.2.D. SÍNTESIS DE LA IMPLEMENTACIÓN

Desde la incorporación del evento “Lesión por mordedura de perros” como notificación obligatoria en el SNVS 2.0 en mayo de 2023, se observa una tendencia general sostenida al crecimiento en tres dimensiones clave: número de jurisdicciones notificantes, cantidad de establecimientos que registran el evento y volumen mensual de casos informados.

Desde mayo de 2023 hasta junio de 2025, se observó una expansión gradual del alcance territorial del sistema de vigilancia, impulsada por la incorporación de nuevas provincias y efectores. Este crecimiento y el aumento constante en el número de notificaciones, sugieren una mejora tanto en los mecanismos de registro como en la percepción del sistema de salud sobre la importancia de este tipo de eventos. Aunque hubo fluctuaciones mensuales en los datos, probablemente vinculadas a cuestiones operativas o contextuales, la evolución general indica un fortalecimiento sostenido del sistema. Esta consolidación proporciona una base más firme para orientar las intervenciones en prevención, atención y seguimiento dentro del sistema sanitario.

IX.3. Situación de Lesiones leves y moderadas por mordedura de perro en Argentina

IX.3.A. NOTA METODOLÓGICA

Para el análisis de las **notificaciones agrupadas**, se utilizó el Grupo de eventos “Lesiones por mordedura de perro (ambulatorios)” que contiene los siguientes eventos: “Lesiones por mordedura de perro sin especificar”, “Lesiones por mordedura de perro sin especificar”, “Lesiones por perro desconocido en vía pública u otros espacios” y “Lesiones por mordedura de perro en la vivienda” del SNVS 2.0. Para determinar el año de ocurrencia del evento, se utilizó la fecha de registro de ocurrencia del evento, presente en todos los casos notificados. En cuanto a la procedencia de los casos, se utilizó la variable “Provincia de carga" que nos permitió consignar la región correspondiente.

Para el cálculo de las tasas de incidencia se utilizaron las proyecciones de población por sexo y grupo de edad elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), correspondientes al período intercensal basado en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Estas proyecciones permiten una comparación homogénea de las notificaciones entre años y regiones.

Se realizó un análisis de los datos contenidos en el SNVS 2.0, de la notificación agrupada, entre el 1 de enero de 2023 y el 7 de junio de 2025 con información actualizada hasta el día 21 de junio de 2025.

IX.3.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA HISTÓRICA (2023-2024)

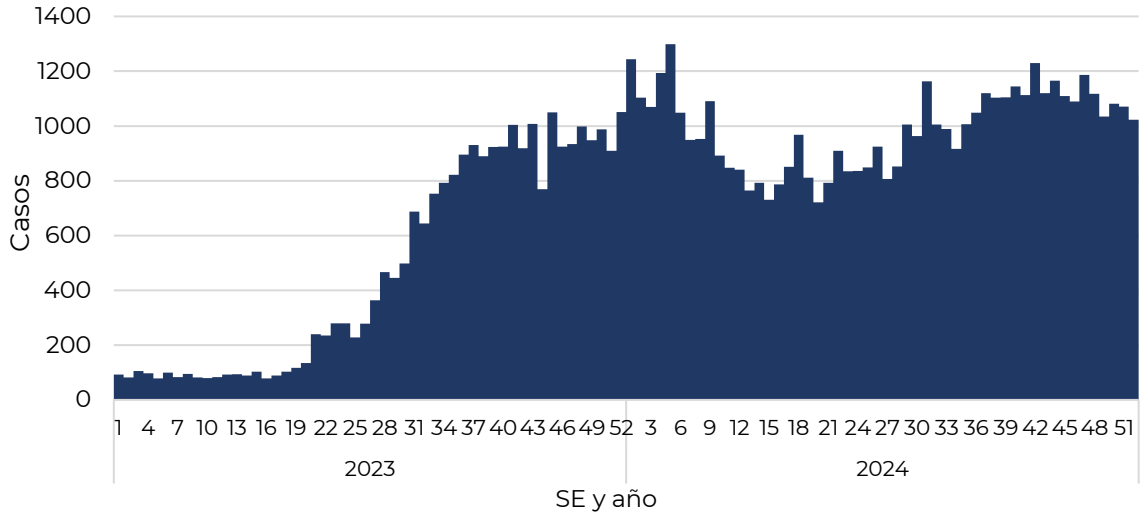
Entre 2023 y 2024 se notificaron un total de **76.631 casos** de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro en el país, de acuerdo con los registros del SNVS 2.0.

Durante 2023 se notificaron 24.958 casos, mientras que en 2024 la cifra ascendió a 51.673, el doble de lo reportado en el año anterior. Este aumento podría explicarse tanto por una mayor captación de los casos como por el fortalecimiento progresivo de la implementación de la estrategia de vigilancia en las distintas jurisdicciones del país como se relata en el apartado anterior.

Evolución temporal de los casos notificados

El Gráfico 3 muestra la evolución semanal de los casos notificados de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro en Argentina entre las semanas epidemiológicas 1 a 52 de los años 2023 y 2024. A lo largo de 2023 se observa un incremento sostenido en la cantidad de notificaciones, con una pendiente ascendente especialmente marcada entre las semanas 10 y 35. A partir de 2024, los registros semanales se mantienen elevados, con oscilaciones, pero sin retornar a los niveles observados al inicio del período.

Gráfico 3. Casos de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro por semana epidemiológica. Argentina, 2023–2024 (SE 1-52). (n= 76.631)



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

Distribución geográfica y tasas de notificación

A nivel regional, se observa que todas las **regiones** realizaron notificaciones durante los años 2023 y 2024.

Como ya se explicitó, dada la reciente implementación de la notificación de este evento, no puede considerarse que las tasas puedan compararse en términos de magnitud de la realidad de la situación epidemiológica sino en virtud de una mayor o menor notificación. Sin embargo, se presentan con los fines de dar cuenta de la comparabilidad y de la presentación de datos en contexto. En sucesivos informes, con la mejora de la vigilancia y robustez del evento, se podrá caracterizar aún mejor la situación.

Tabla 1. Casos y tasas cada 100.000 habitantes de lesiones leves por mordedura de perro según región y año de ocurrencia. Argentina, 2023–2024 (SE 1-52). (n= 76.631)

Región	2023		2024	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Total Centro	11.326	37,7	24.318	80,3
Total Cuyo	3.188	94,3	5.780	169,2
Total NEA	154	3,6	1.139	26,2
Total NOA	6.184	105,4	12.902	217,6
Total Sur	4.106	134,2	7.534	242,8
Total País	**24.958**	**53,5**	**51.673**	**109,8**

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

Durante todo el período analizado, la región **Sur** presentó las **tasas** cada 100.000 habitantes más elevadas de todo el país, con 134,2 casos para 2023 y 242,8 casos para 2024. Respecto de los **casos** notificados, esta región presentó el 15% de las notificaciones del total del país (11.640 casos), alcanzando el valor más alto en 2024 con 7.534 notificaciones.

Por otro lado, la región del **NOA** se ubicó en segundo lugar con 105,4 casos por 100.000 habitantes para 2023 y 217,6 para 2024. En términos de **casos** notificados, esta región notificó el 25% del total del país durante el periodo analizado (19.086 casos), alcanzando el valor más alto en 2024 con 12.902 casos notificados.

La región de **Cuyo** se encuentra en tercer lugar con 94,4 casos por 100.000 habitantes para 2023 y 169,2 para 2024. En cuanto a los **casos** notificados, esta región concentra el 12% del total nacional en el período descrito (8.968 casos), presentando el valor más alto en 2024 con 5.780.

La región **Centro** presenta una tasa de 37,7 para 2023 y de 80,3 para 2024. En cuanto a los **casos** notificados de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro del país, entre 2023 y 2024, esta región notificó el 47% del total nacional (35.644), alcanzando el valor más alto en 2024 con 24.318 casos.

Finalmente, la región **NEA** presenta las tasas más bajas de todo el país, que fue de 3,6 para 2023 y de 26,2 para 2024. Esta región concentra el 2% de las notificaciones totales del país (1.293 casos).

El aumento progresivo en la cantidad de casos puede indicar una mejora en la estrategia de vigilancia y el proceso de notificación a nivel local. En esta línea, las tasas más bajas pueden estar indicando la necesidad de fortalecer los procesos de vigilancia activa y notificación.

Distribución de los casos por tipo de exposición y localización

De acuerdo con la clasificación de los casos, en los dos años analizados, predomina la notificación en el evento **"Lesiones por mordedura de perro sin especificar"** en todas las regiones del país. Este concentra el 68% de las notificaciones totales del país (52.208 casos). Esto puede indicar una persistente dificultad para detallar el contexto del evento, lo cual representa un obstáculo a la hora de caracterizar en mayor profundidad la situación epidemiológica de este tipo de lesiones en el país.

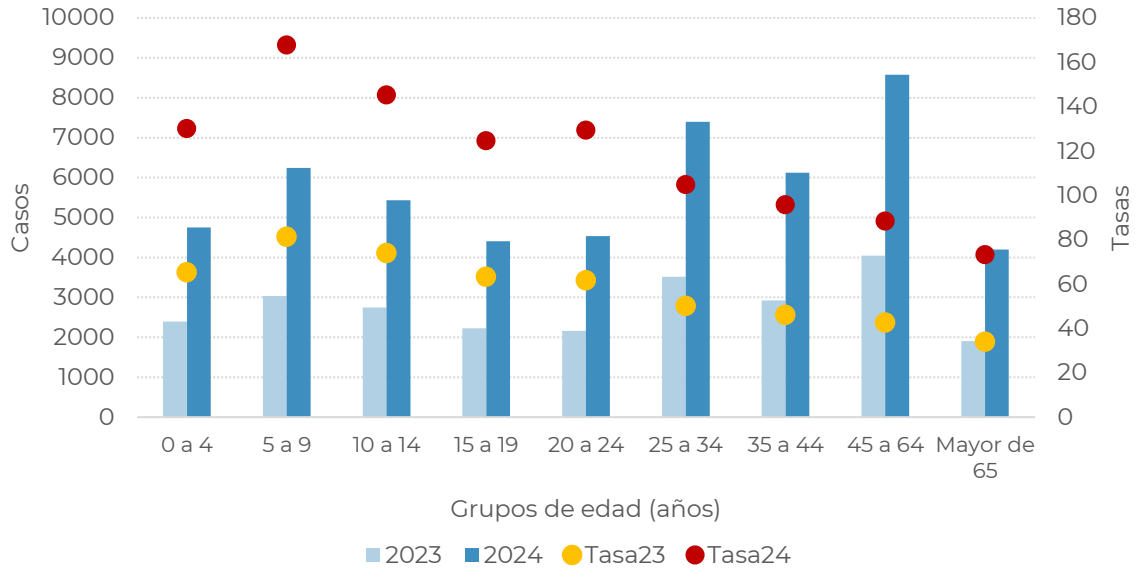
En segundo lugar, se encuentra el evento **"Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública"**, con 11.572 casos, lo cual representa el 15% del total de las notificaciones de todo el país, seguido por **"Lesiones por mordedura de perro en la vivienda"** que concentra el 12% de las notificaciones, con 9.018 casos. Finalmente, el evento que menor cantidad de notificaciones presenta es **"Lesiones por mordedura perro conocido en la vía pública"**, con el 5% de los casos del país (3.833).

A pesar del incremento general en la notificación, la proporción de registros con información precisa de la identificación del perro (conocido o desconocido), y sobre el lugar de ocurrencia de la mordedura (en la vivienda o en el espacio público), sigue siendo baja en relación con el total. Esto limita el análisis más detallado sobre los ámbitos de ocurrencia y los tipos de exposición, y resalta la necesidad de seguir trabajando en la calidad de carga de los datos.

Análisis según grupos de edad

En cuanto a la distribución por edad, para ambos años, los grupos de edad que mayor cantidad de notificaciones concentra son los mayores de 25 años.

Gráfico 4. Casos y tasas de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro por grupo etario. Argentina, 2023–2024 (SE 1-52). (n= 76.631)



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

Si bien los menores de 14 años no concentran la mayor cantidad de casos, se trata de los grupos más afectados. Para 2023 y 2024, el rango etario con la tasa cada 100.000 habitantes más elevada fue el de 5 a 9 años (81,2 y 167,7 respectivamente), seguido del grupo etario de 10 a 14 años (73,9 y 145,2 respectivamente), y por último el grupo de 0 a 4 años (65,3 y 130,1). En 2024, además, el grupo etario de 20 a 24 presentó una tasa cada 100.000 habitantes de 129,3.

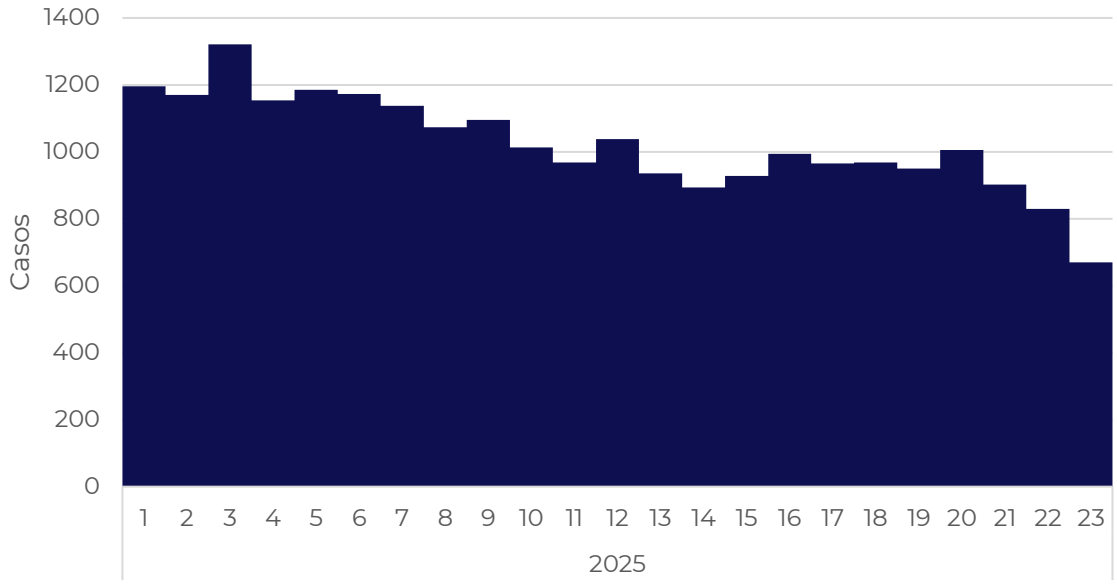
IX.3.C. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL (2025)

Durante el año 2025, hasta la SE 23, se notificaron un total de **23.567** casos de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro.

Evolución temporal de los casos notificados

El Gráfico 5 muestra la **evolución semanal de los casos** notificados de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro en Argentina entre las semanas epidemiológicas 1 y 23 de 2025. Se observa un leve descenso progresivo en la cantidad de notificaciones para este evento desde inicio del año hasta la actualidad.

Gráfico 5. Distribución temporal de notificaciones agrupadas de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro según semana epidemiológica. Argentina, 2025 (SE 1 a 23). (n= 23.567)



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

Distribución geográfica y tasas de notificación

A nivel regional, se observa que todas las regiones realizaron notificaciones hasta la SE 23 del año 2025.

Tabla 2. Casos y tasas por 100.000 habitantes de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro según región. Argentina. SE 1-23. 2024-2025 (45.063)

Región	Casos notificados					
	2024		2025		Casos	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Diferencia absoluta	Diferencia porcentual
Total Centro	9955	33,1	11376	37,9	1421	14%
Total Cuyo	2551	75,4	2337	69,1	-214	-8%
Total NEA	275	6,4	794	18,4	519	189%
Total NOA	5430	92,5	5957	101,5	527	10%
Total Sur	3285	107,3	3103	101,4	-182	-6%
Total País	**21.496**	**46**	**23.567**	**51**	**2071**	**10%**

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 notificación entre los años presentados fue levemente superior para el 2025, con un incremento global del 10% en los casos.

Las tasas más elevadas se presentaron, en general, en la región **Sur** y en el **NOA**, con valores que superaron los 100 casos cada 100.000 habitantes.

La región de **Cuyo** se encuentra en tercer lugar de notificación, presentando una tasa de 68,4 cada 100.000 habitantes en el año 2025.

La región **Centro** presenta una tasa de 37,6 casos cada 100.000 habitantes. En relación con el total de los casos notificados del país, esta región notificó el 48% del total nacional (11.376 casos).

Finalmente, la región **NEA** presenta las tasas más bajas de todo el país, sin embargo, es de destacar, que prácticamente triplicó sus casos de un año a otro, dando cuenta de una posible mejora sustancial en la notificación.

Distribución de los casos por tipo de exposición y localización

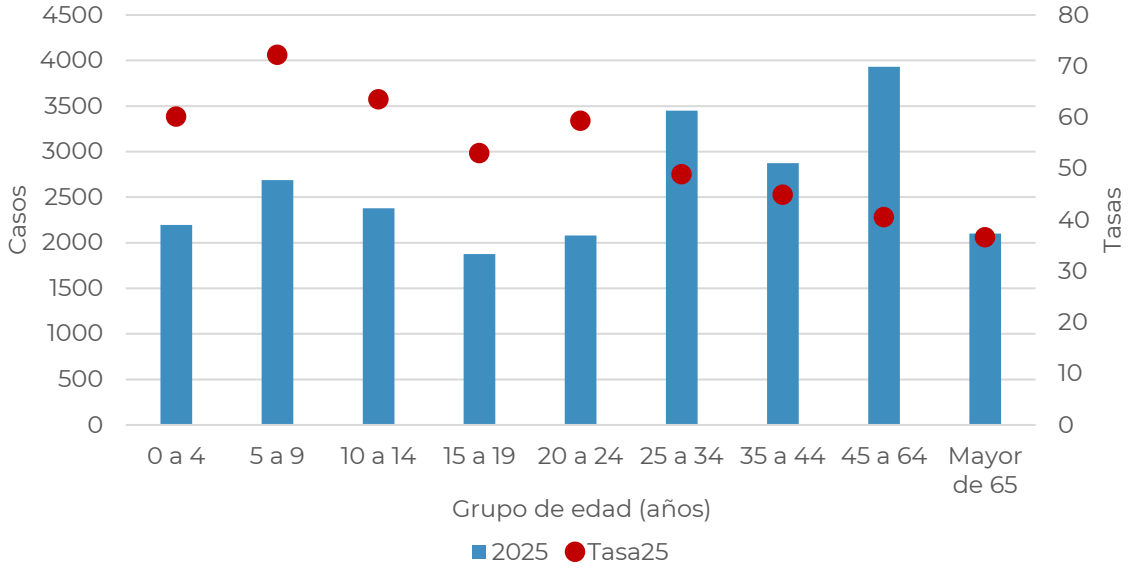
De acuerdo con la clasificación de los casos, durante el período analizado, en la mayor cantidad de notificaciones no se especifica la procedencia del perro (68%, 16.126 casos de **"Lesiones por mordedura de perro sin especificar"**). En segundo lugar, se encuentran las **"Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública"** (13%, 3.165), seguido por "**Lesiones por mordedura de perro en la vivienda"** (12%, 2.916 casos). Finalmente, 1.360 casos fueron ocasionados por **"Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública"** (6%). Esta distribución de las notificaciones según la clasificación de caso es similar a la de los años 2023 y 2024.

Se observa que persiste la limitación en relación con la caracterización más detallada de este evento en cuanto al origen del perro y lugar de ocurrencia del mismo. Como se mencionó anteriormente esto dificulta el análisis más exhaustivo sobre este tipo de lesiones. Se resalta la necesidad de continuar trabajando en la calidad de los datos notificados.

Análisis según grupo de edad

Como se puede observar en el Gráfico 6, la distribución de los casos según grupo de edad muestra las mismas características que los años precedentes, donde el grupo con más notificaciones fueron las personas adultas mayores de 24 años.

Gráfico 6. Casos y tasas por 100.000 habitantes de lesiones leves y moderadas por mordedura de perro según sexo y edad. Argentina, 2025 (SE 1-23). (n=23.567).



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 relación a los grupos más afectados, al igual que en 2023 y 2024, fueron nuevamente los menores quienes presentan tasas más altas por 100.000 habitantes. El grupo de 5 a 9 años presenta una notificación de 72,2 casos por 100.000 habitantes, seguido del grupo de edad de 10 a 14 años (63,5), y por finalmente, el grupo de 0 a 4 años (60,1).

IX.4. Situación de Lesiones graves por mordedura de perro en Argentina

IX.4.A. NOTA METODOLÓGICA

Para el análisis de las **notificaciones nominales**, se utilizó el evento “Lesiones graves por mordedura de perro” del SNVS 2.0. Para determinar el año de diagnóstico, se estableció una fecha final utilizando la “Fecha de inicio de síntomas”. En los casos en que esta información no estaba disponible, se tomó la “Fecha de consulta” o, en su defecto, la “Fecha de internación”. Si ninguna de estas fechas estaba consignada, se utilizó la “Fecha de apertura”. En cuanto a la procedencia de los casos, se prioriza la variable “Provincia de residencia"; cuando ésta no estaba consignada, se utilizó como alternativa la variable “Provincia de carga".

Para el cálculo de las tasas de incidencia se utilizaron las proyecciones de población por sexo y grupo de edad elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), correspondientes al período intercensal basado en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Estas proyecciones permiten una comparación homogénea de las notificaciones entre años y regiones.

Se realizó un análisis de los datos contenidos en el SNVS 2.0, de la notificación nominal, entre el 1 de enero de 2023 y 14 de junio de 2025 con información notificada hasta el día 17 de junio de 2025.

IX.4.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA HISTÓRICA (2023-2024)

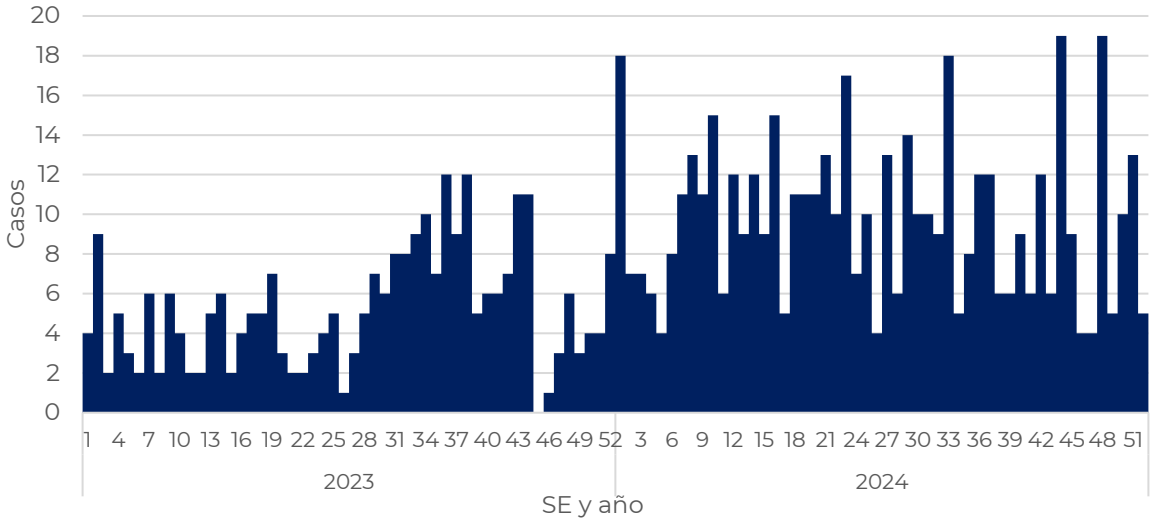
Entre 2023 y 2024 se notificaron **784 casos** a nivel nacional de **lesiones graves** por mordedura de perro (casos que requirieron internación). El valor más bajo se registró en 2023, con 272 casos, mientras que el mayor volumen anual se alcanzó en 2024, con 512 notificaciones, lo que representa un aumento del 88% respecto de 2023.

En cuanto a la cobertura de notificación, en 2023 se identificaron 41 establecimientos de salud que registraron casos en este evento, mientras que en 2024 el número ascendió a 62 establecimientos. Este incremento sugiere una mayor adopción de la estrategia de vigilancia a nivel local y un fortalecimiento progresivo del proceso de registro.

Evolución temporal de los casos notificados

Tal como se observa en el Gráfico 7, la distribución de los casos de lesiones graves por mordedura de perro no presenta un patrón estacional claro, evidenciando una dispersión heterogénea a lo largo del período analizado. En 2023 se registraron casos en todas las semanas, excepto en la SE 45, mientras que en 2024 se notificaron casos de forma continua, lo cual podría sugerir una mejora sostenida en la consolidación del evento dentro del sistema de vigilancia de modalidad nominal.

Gráfico 7. Casos de lesiones graves por mordedura de perro por semana epidemiológica. Argentina, 2023–2024 (SE 1-52). (n= 784)



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

Distribución geográfica y tasas de notificación

A nivel regional, en 2023 todas las regiones del país realizaron notificaciones, con excepción de la región NEA. En 2024, dicha región se incorporó al proceso de notificación, alcanzando así la cobertura regional completa.

Se puede observar que del 2023 al 2024 los casos se incrementaron casi en un 90%, pasando de 272 a 512.

Tabla 3. Casos y tasas cada 100.000 habitantes de lesiones graves por mordedura de perro según región y año de ocurrencia. Argentina, 2023–2024 (SE 1-52). (n= 784)

Jurisdicción	2023		2024	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Total Centro	73	0,2	304	1,13
Total Cuyo	24	0,7	44	1,29
Total NEA	-	-	2	0,05
Total NOA	163	2,8	117	1,97
Total Sur	12	0,4	45	1,45
Total País	**272**	**0,6**	**512**	**1,1**

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

A diferencia del 2023 y sólo con excepción del NEA, las tasas para el 2024 fueron más homogéneas, presentando un rango entre 1,97 y 1,13 casos cada 100.000 habitantes.

Distribución de los casos por tipo de exposición y localización

Para el **período analizado**, la mayor cantidad de casos notificados presentaron lesiones que fueron ocasionadas por mordeduras de perro desconocido en la vía pública o en otros espacios (54%, 424 casos), seguido por mordedura de perro en la vivienda (31%, 246 casos). En tercer lugar, se encuentran las lesiones graves por mordedura de perro conocido en la vía pública (13%,

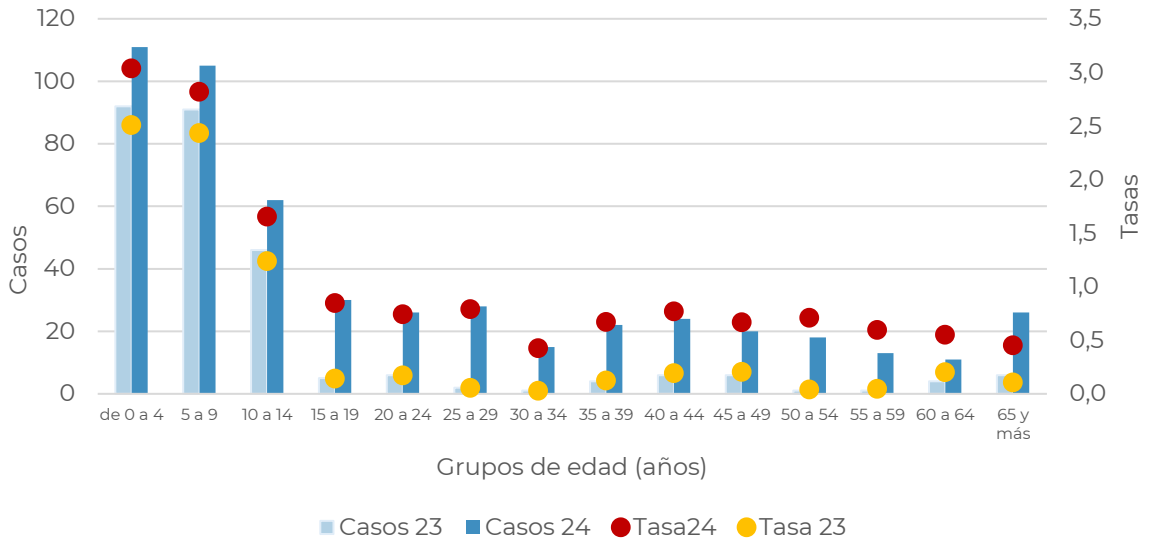
105 casos) y, finalmente, 9 casos fueron ocasionados por mordedura de más de un perro en la vía pública (1%).

Los casos notificados en 2024 aumentaron en un 88% respecto de las notificaciones para 2023, manteniéndose las proporciones según clasificación de caso para ambos años.

Análisis según sexo y grupo de edad

En relación con la distribución de los casos según **sexo**, en 2023 se registraron 116 casos correspondientes a mujeres (43%) y 156 casos en varones (57%). Asimismo, la misma tendencia se observa en 2024, 233 notificaciones corresponden a mujeres (46%) y 279 casos corresponden a varones (54%).

Gráfico 8. Casos de lesiones graves por mordedura de perro y tasas cada 100.000 habitantes, según grupo etario. Argentina, 2023–2024 (SE 1-52). (n=782)*



*Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). *Se excluyeron 2 casos cuya edad no fue identificada.*

Respecto de la magnitud de los casos, la mayor cantidad de notificaciones se encuentran en los menores de 15 años.

En relación a los grupos más afectados, para ambos años analizados los niños de 0 a 9 años presentaron las tasas más elevadas por 100.000 habitantes.

Caracterización clínica de los casos

Desde el punto de vista clínico, 324 casos notificaron signos y síntomas durante el período analizado. Entre ellos, se destacan formas de presentación con mayor gravedad: el 54% (175) presentó lesiones en cabeza y/o cuello (incluyendo lesiones en boca), mientras que el 6% (20) evidenció compromiso óseo o fracturas. Asimismo, se registró un caso de amputación, ocurrido en una persona del grupo etario de 10 a 14 años, residente en la región Sur.

Al momento de realizar el presente informe, no se notificó ningún fallecimiento asociado a lesiones graves por mordedura de perro.

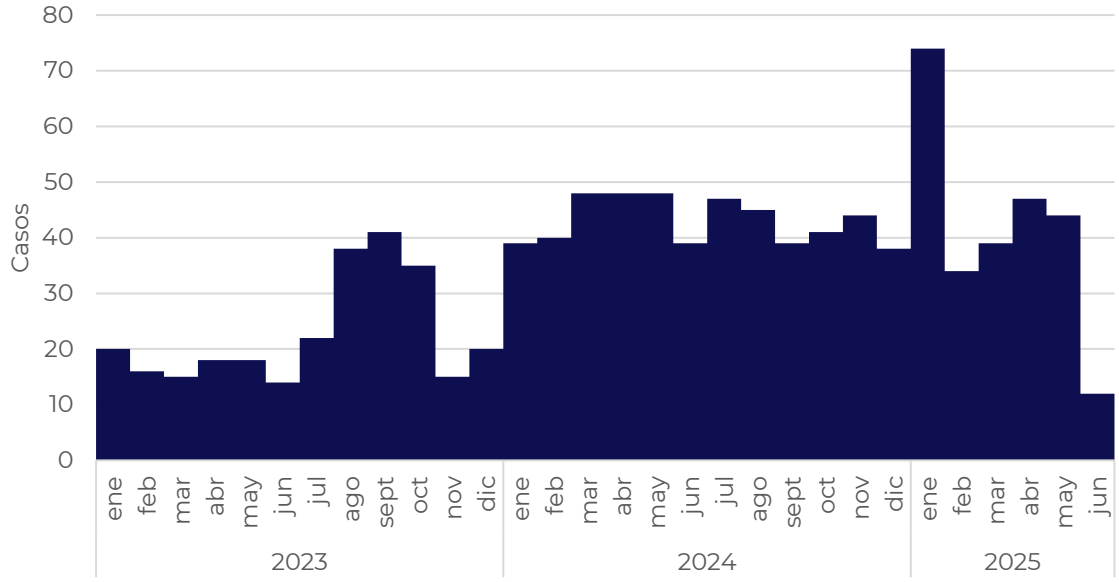
IX.4.C. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL (2025)

Hasta la semana epidemiológica 24 del año 2025, se notificaron **254** casos de lesiones graves por mordedura de perro. Hasta la misma semana del año 2024 se notificó una cantidad similar de

casos (248). Durante el mismo periodo del año 2023 se notificaron 95 casos, 1,7 veces menos de lo notificado en 2025 hasta la misma semana.

En cuanto a la cobertura de notificación, hasta la semana 24 del año 25 se identificaron 40 establecimientos que registraron casos. 7 veces más que en 2023 (5) y un 8% más que 2024 (37) Este incremento sugiere una mayor adopción de la estrategia de vigilancia a nivel local y un fortalecimiento progresivo del proceso de registro.

Gráfico 9. Distribución temporal de casos notificados de lesiones graves por mordedura de perro por mes. Argentina, 2025 (junio). (n= 254).



*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 no se visualiza una estacionalidad clara para el periodo analizado debido a su distribución heterogénea, compatible con lo observado en años anteriores. Sin embargo, determinar la estacionalidad no es posible con los datos con los que se cuenta actualmente. Se espera poder realizar interpretaciones más detalladas en informes futuros. Es importante destacar que el pico del mes de enero se encuentra vinculado al comportamiento de la vigilancia epidemiológica y la carga retrospectiva de casos. No es representativo del comportamiento del evento y puede mejorarse a través de ajustes en el proceso de vigilancia y notificación de casos.

Distribución geográfica y tasas de notificación

A nivel regional, se observa que todas las regiones realizaron notificaciones durante el año 2025.

Tabla 4. Casos y tasas cada 100.000 habitantes de lesiones graves por mordedura de perro según jurisdicción, provincia y año de ocurrencia. Argentina, 2025 (SE 1-24). (n= 254)

Jurisdicción	2025	
	Casos	Tasas
Total Centro	175	0,58
Total Cuyo	18	0,53
Total NOA	30	0,51
Total Sur	15	0,48
Total NEA	16	0,37
Total País	**254**	**0,54**

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

Hasta la semana epidemiológica 24 del año 2025, la región **Centro** presentó las **tasas** cada 100.000 habitantes más elevadas de todo el país, con 0,58 casos por 100.000 habitantes. Respecto de los **casos** notificados, esta región presentó el 69% de las notificaciones del total del país (175 casos).

Por otro lado, la región del **Cuyo** se ubicó en segundo lugar en cuanto a las **tasas** cada 100.000 habitantes del país, con 0,53. En términos de **casos** notificados, esta región notificó el 7% del total del país durante el periodo analizado (18 casos).

La región de **NOA** se encuentra en tercer lugar. Presenta una tasa cada 100.000 habitantes de 0,51. En cuanto a los **casos** notificados, esta región concentra el 12% del total nacional en el período descrito (30 casos).

La región **Sur** presenta una tasa de 0,48 casos cada 100.000 habitantes. En cuanto a los **casos** notificados, esta región notificó el 6% del total nacional (15).

Finalmente, la región **NEA** presenta las tasas más bajas de todo el país, que fue de 0,37 casos por cada 100.000 habitantes. Esta región concentra el 6% de las notificaciones totales del país (16 casos).

Distribución de los casos por tipo de exposición y localización

Respecto de la clasificación de casos y la relación con el lugar de ocurrencia del evento, para el **período analizado** la mayor cantidad de casos notificados presentaron lesiones que fueron ocasionadas por mordeduras de perro desconocido en la vía pública o en otros espacios (62%, 158 casos), seguido por mordedura de perro en la vivienda (24%, 61 casos). En tercer lugar, se encuentran las lesiones graves por mordedura de perro conocido en la vía pública (13%, 33 casos) y, finalmente, 2 casos fueron ocasionados por mordedura de más de un perro en la vía pública (1%).

La distribución de casos por exposición y localización hasta la semana 24 de 2025 es similar a lo observado históricamente desde que se vigila este evento de modalidad nominal.

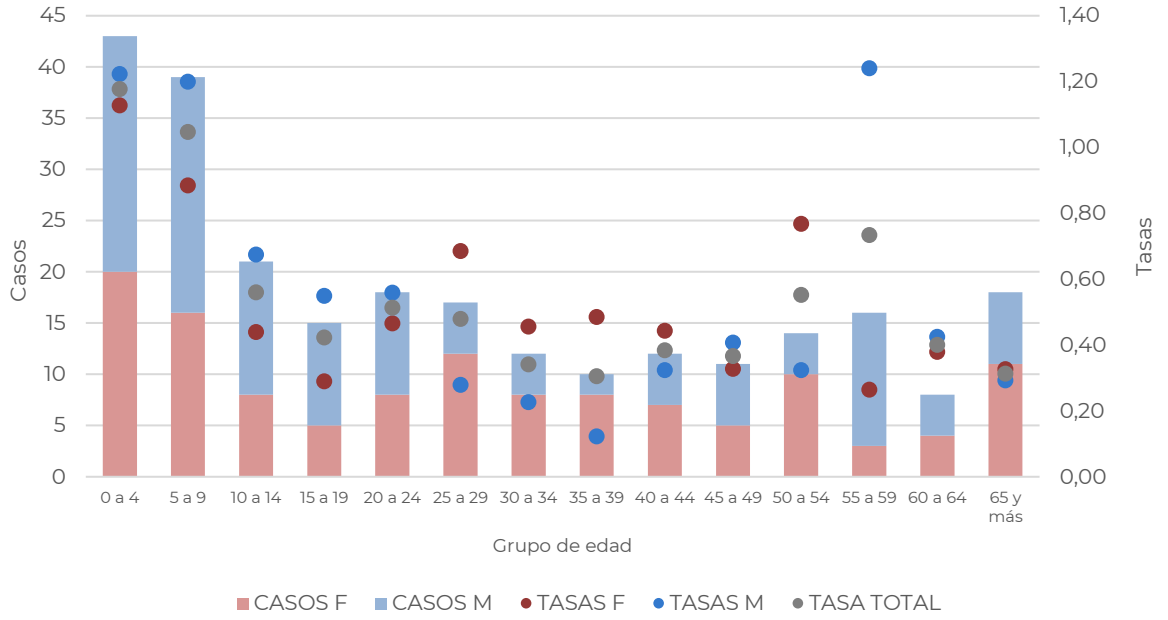
Análisis según sexo y grupo etario

El 51% de los casos correspondió a personas de sexo masculino (129) y el 49% a personas de sexo femenino (125).

La distribución según grupo de edad muestra que los casos registrados ocurrieron predominantemente en menores de 0 a 9 años, concentrando el 32% de las notificaciones (82 casos). 41 casos (16%) en personas de 1 a 4 años y 39 (15%) en personas de 5 a 9 años. Dentro de este grupo etario, se notificaron dos casos en menores de 1 año (0,7%). Se excluye del análisis un caso que no tiene consignada la edad.

Por otro lado, considerando las tasas de incidencia, se observa que los grupos etarios más afectados no se corresponden necesariamente con aquellos que presentaron mayor cantidad de casos. Los grupos etarios más afectados fueron mayormente en varones pertenecientes a los grupos etarios de 0 a 4 (1,2 casos cada 100.000 habitantes), 5 a 9 (1,2 casos cada 100.000 habitantes) y 55 a 59 años (1,2 casos cada 100.000 habitantes). En cuanto a las mujeres, la tasa más alta se registra en el grupo etario de 0 a 4 años (1,1 casos cada 100.000) y de 5 a 9 años (0,9 casos cada 100.000 habitantes).

Gráfico 10. Casos y tasas por 100.000 habitantes de lesiones graves por mordedura de perro según sexo y edad. Argentina, 2025 (SE 1-24). (n=253) *



*Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). *Se excluyó 1 caso cuya edad no fue identificada.*

Caracterización clínica de los casos

Durante el período analizado, 90 casos incluyeron la consignación de signos y síntomas en la notificación. Entre ellos, se destacan manifestaciones clínicas de mayor gravedad: el 62% (56) presentó lesiones en cabeza y/o cuello, y el 14% (13) registró compromiso óseo o fracturas. No se reportaron casos con amputaciones. Estos datos refuerzan la importancia de la notificación nominal de lesiones graves, dado que permite visibilizar dimensiones clínicas de riesgo elevado y orientar acciones de prevención, atención y seguimiento.

Al momento de realizar el presente informe, para el año 2025, no se notificó ningún fallecimiento asociado a lesiones graves por mordedura de perro.

IX.5. Recomendaciones para el equipo de salud

IX.5.A. MEDIDAS PREVENTIVAS

- Educación a la comunidad en relación a la vinculación y tenencia responsable de animales.
- Identificación de los animales y vinculación con sus dueños.
- Control poblacional quirúrgico.

- Captura de animales en situación de calle articulado con mecanismos de adopción por tenedores responsables.
- Identificar grupos de riesgo y realizar tareas específicas de capacitación y prevención.

IX.5.B. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Coordinar las acciones de seguimiento de la persona lesionada y del agente agresor.

IX.6. Conclusiones

La inclusión de este evento al Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria y la subsiguiente integración de datos, tanto agrupados como nominales al SNVS 2.0, ha permitido tener un conocimiento preliminar de cómo se comportan estos eventos en el país y cómo se están implementando las estrategias de vigilancia y notificación de los mismos.

Desde la incorporación de estas lesiones a los Eventos de Notificación Obligatoria, las jurisdicciones han ido adoptando progresivamente la estrategia de vigilancia y la notificación de casos, llegando a consolidarse en el año 2024, con 23 jurisdicciones notificando casos para estos eventos. En cuanto a los establecimientos, se observa, también, una tendencia general y constante al aumento.

Respecto de la temporalidad de este evento, no se observa una estacionalidad clara en ninguno de los años analizados, tanto para lesiones leves y moderadas como graves. Es posible que las oscilaciones mensuales que presentan las notificaciones estén relacionadas con cuestiones operativas o contextuales. Se destaca, a este respecto, que la evolución general de las notificaciones a lo largo de los años analizados indica un fortalecimiento sostenido del sistema de vigilancia.

Considerando que la distribución espacial de los animales que provocan este tipo de lesiones no se limita a áreas específicas del país, sino que se encuentran en todo el territorio, se resalta la importancia de notificar este evento en todas las jurisdicciones. En este sentido, se destaca que, según el análisis realizado, todas las regiones han logrado implementar con el correr de los años y con mayor o menor exhaustividad, estrategias de vigilancia activa y notificación de casos de lesiones por mordedura de perro, en sus dos modalidades (agrupada y nominal).

Sin embargo, es importante mencionar que a la hora de caracterizar el evento en cuanto a origen del perro, lugar de ocurrencia y características de la lesión, los datos recabados no permiten ampliar los conocimientos a este respecto ya que, como se indicó anteriormente, la mayoría de los casos no consignan estas variables fundamentales para obtener un conocimiento más exhaustivo y tomar las medidas de prevención y control pertinentes.

Esta primera aproximación a los eventos ocasionados por mordeduras de perro permitió alcanzar conclusiones preliminares sobre la notificación, temporalidad y población afectada. Se espera poder complejizar el análisis a medida que se consoliden los procesos de vigilancia y notificación.

IX.7. Vigilancia epidemiológica

IX.7.A. DEFINICIONES DE CASO

Toda persona que presenta una lesión por mordedura de perro en cualquier parte del cuerpo.

A esta definición general de caso se le aplica una clasificación que va a determinar la modalidad de notificación:

- Deberán notificarse todas las lesiones leves y moderadas en la modalidad numérica semanal, del componente de vigilancia clínica.
- Deberán notificarse en la modalidad nominal toda lesión por mordedura de perro grave (que requiera internación).

Se clasifica a la lesión, al momento del primer examen médico, según el tipo de servicio provisto en:

- Leve a moderada: toda lesión por mordedura de perro, tratada de manera ambulatoria.
- Grave: toda lesión por mordedura de perro que requiera internación hospitalaria.

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/20230515_ficha_epidemiologica_lesiones_por_mordedura_de_perro_1742024.pdf

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 3 al 9 de julio del 2025.

X.1. Influenza Aviar A(H5N1) – Camboya

Recibido a través del CNE el 05/07/2025.

Entre el 1 de enero y el 1 de julio de 2025, el Punto Focal del RSI Nacional del Reino de Camboya notificó a la OMS 11 casos confirmados por laboratorio de infección humana por el virus de la gripe aviar A(H5N1) (clado 2.3.2.1e – anteriormente clasificado como 2.3.2.1c; según las secuencias virales disponibles hasta la fecha), incluyendo seis muertes [Tasa de letalidad (TL): 54 %].

Estos casos se notificaron en las provincias de Siem Reap (4), Takeo (2), Kampong Cham (1), Kampong Speu (1), Kratie (1), Prey Veng (1), Svay Rieng (1).

De los casos totales notificados en 2025, siete se reportaron en junio de 2025.

El 63 % de los casos fueron varones. De los 11 casos, tres se reportaron en menores de cinco años, dos casos tenían entre 5 y 18 años, y seis casos se registraron en el grupo de edad de 18 a 65 años.

Todos los casos estuvieron expuestos a aves de corral enfermas, ya sea por manipulación o sacrificio, muchas veces criadas en patios traseros.

La gripe aviar A(H5N1) se detectó por primera vez en Camboya en diciembre de 2003, afectando inicialmente a aves silvestres.

Entre 2014 y 2022 no se notificaron infecciones humanas por virus A(H5N1).

Sin embargo, la reaparición de infecciones humanas por A(H5N1) en Camboya se notificó en febrero de 2023.

Desde esta reemergencia, Camboya ha reportado 27 casos de infección humana confirmada por laboratorio con gripe aviar A(H5N1), incluyendo 12 muertes (TL: 44 %).

Los casos se notificaron en ocho provincias: Kampong Cham (1), Kampong Speu (1), Kampot (3), Kratie (3), Prey Veng (6), Svay Rieng (4), Siem Reap (5), Takeo (4).

Figura 1: Curva epidémica de los casos de gripe aviar A(H5N1) notificados en Camboya por año, desde 2003 hasta el 1 de julio de 2025.

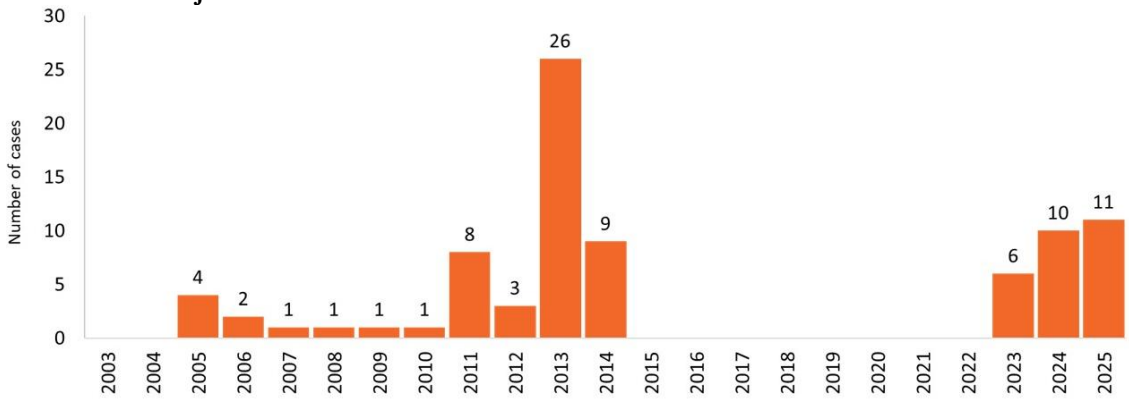
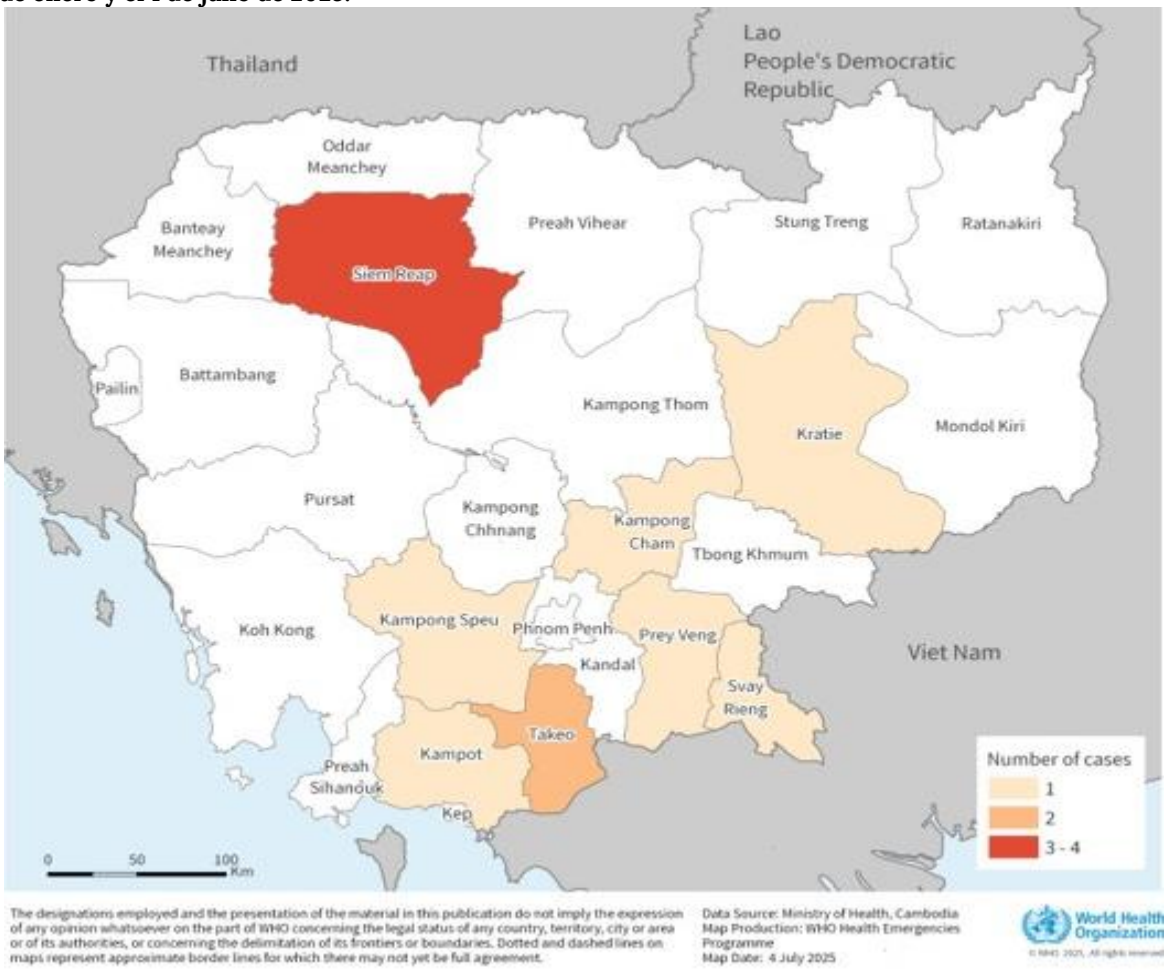


Figura 2: Distribución geográfica de los casos de gripe aviar A(H5N1) notificados en Camboya entre el 1 de enero y el 1 de julio de 2025.



Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON575

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

XI. Boletines Jurisdiccionales

XI.1. Buenos Aires: Campaña de vacunación de Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)



El propósito de la estrategia de vacunación con Candid #1 es reducir la morbilidad y la letalidad de la FHA en la población que reside o transita en el área endémica de esta enfermedad.

La población objetivo en la provincia de Buenos Aires son las personas mayores de 15 años que residan o desarrollen actividades en:

Regiones sanitarias III y IV: todos los municipios

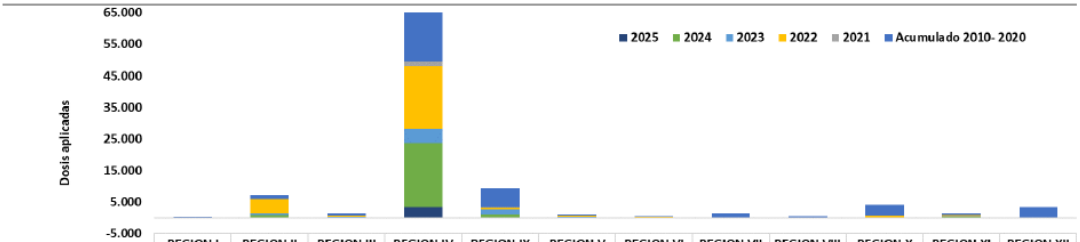
Región sanitaria II: Carlos Casares, Carlos Tejedor, General Villegas, Pehuajó y 9 de Julio

Región sanitaria VIII: Balcarce y General Pueyrredón

Región Sanitaria IX: Azul, Las Flores, Olavarría, Rauch y Tapalqué

Región Sanitaria X: Alberti, Bragado y 25 de Mayo

Dosis aplicadas de vacuna contra FHA a población del área endémica, por región sanitaria de residencia. Años 2010-2025



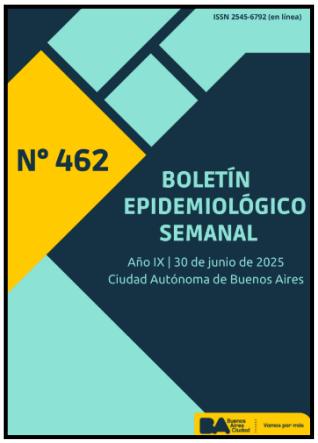
	REGION I	REGION II	REGION III	REGION IV	REGION IX	REGION V	REGION VI	REGION VII	REGION VIII	REGION X	REGION XI	REGION XII
Acumulado 2010- 2020	221	1.435	717	17.353	5.972	423	242	1.161	317	3.302	454	3.339
2021	12	3	8	1.191	174	18	5	7		49	36	1
2022	50	4.476	437	20.115	436	382	158	124	87	521	507	47
2023	39	606	137	4.497	1.569	48	44	31	70	119	170	6
2024	33	674	110	20.174	972	185	96	83	88	90	240	48
2025	6	197	82	3.458	234	44	22	21	16	12	64	8

Fuente: Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Vacunas aplicadas y registradas en CIPRES hasta el 03/07/2025.

Para más información:

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

XI.2. CABA: Eventos respiratorios de abordaje en internación

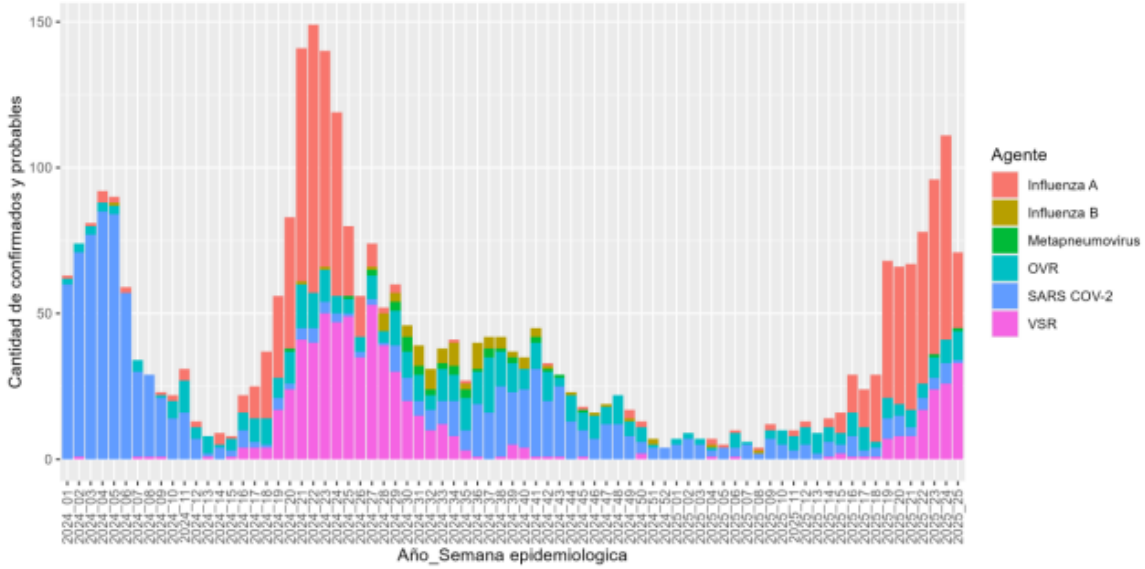


Así como para el abordaje de eventos ambulatorios, en lo que refiere a internación, se ha simplificado -en aras de mayor inteligibilidad- la información disponible tanto de las estrategias de vigilancia general como de la vigilancia intensificada de pacientes cuyo abordaje es en internación. Se presenta información proveniente de eventos de notificación nominal.

Se observa el predominio de los agentes virales. En lo que hace al detalle de los agentes se registra la siguiente información.

Dentro de los agentes virales se observa el predominio del SARS COV-2 al inicio del año 2024, siendo desde la SE 17 reemplazado por la influenza A, seguido por el virus sincicial respiratorio (VSR). En el año 2025 se ubican casos en todas las semanas asociados a SARS COV-2, y un incremento de las detecciones de Influenza A, en detrimento de otros virus respiratorios, a partir de la SE 14, registrando un incremento a partir de SE19 de 2025. A esto se agregan, a partir de la SE19 de 2025 detecciones de Virus Sincicial Respiratorio (VSR) crecientes al momento del cierre de este boletín.

Casos confirmados y probables notificados en el SNVS de enfermedades respiratorias asociadas a internación. Agentes virales. Residentes CABA. Año 2024-25 (N= 3173)

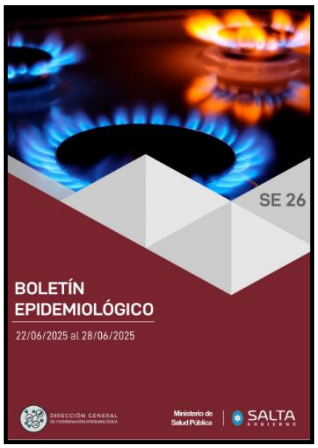


Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en el SNVS 2.0

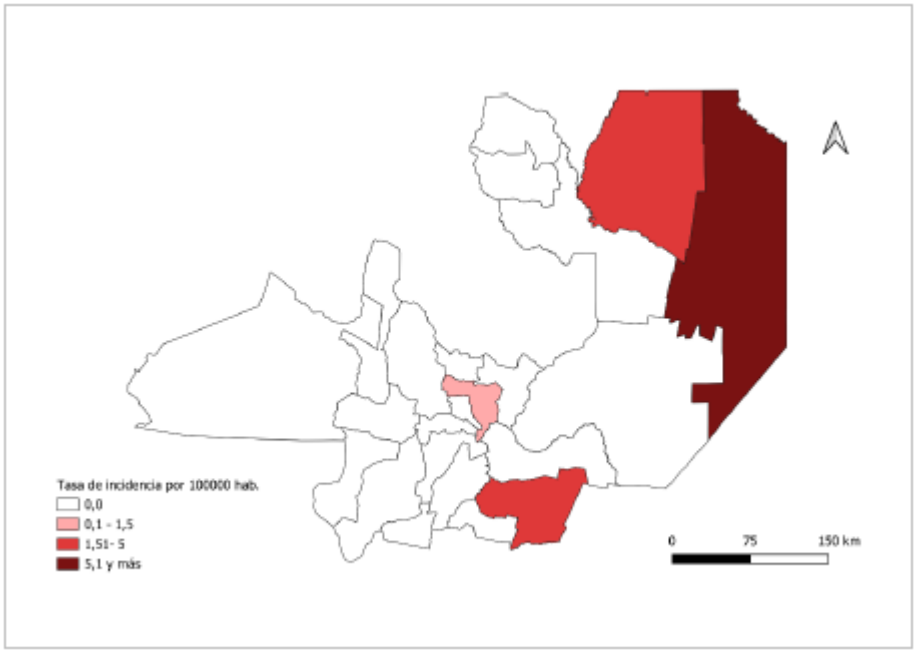
Para más información: https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2025

XI.3. Salta: Hepatitis A

Hasta la semana epidemiológica (SE) Nº 26 del año 2025, se notificaron un total de 51 casos sospechosos de hepatitis A, de los cuales se confirmaron 12 por laboratorio y 3 por nexo epidemiológico. A continuación, se muestra la evolución del número de casos y tasa de incidencia por 100.000 mil habitantes durante el periodo 2010 hasta SE 26 del año 2025.



Tasa de incidencia de Hepatitis A por 100.000 habitantes según departamento de residencia. Acumulado hasta SE 26/2025. Provincia de Salta.

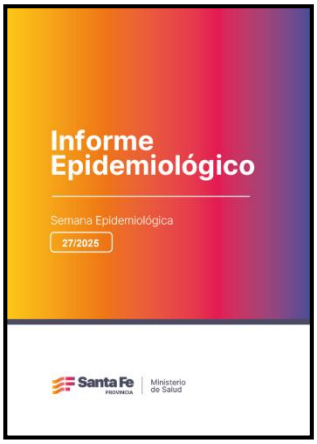


Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

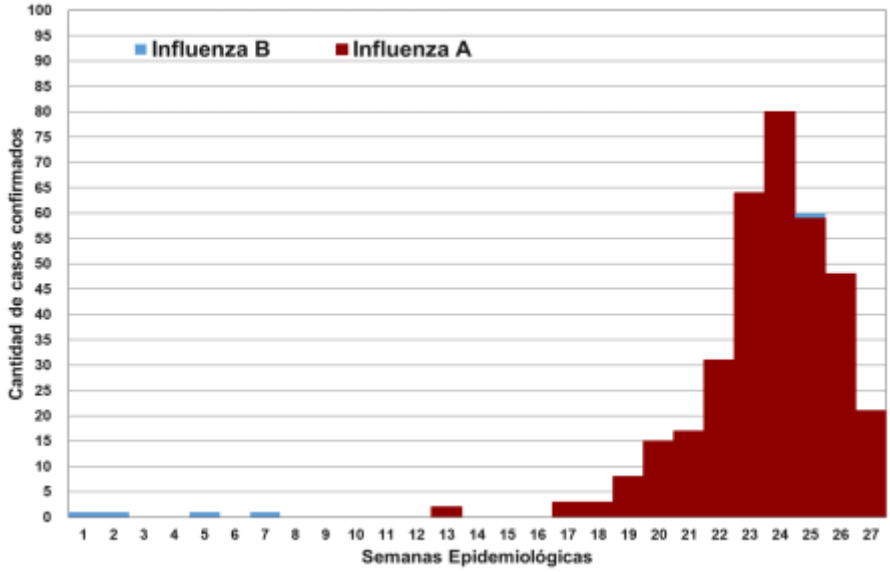
Para más información: http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

XI.4. Santa Fe: Influenza en ambulatorios

Desde la SE 01 hasta la SE 27 del 2025 se confirmaron en la provincia de Santa Fe 356 casos de Influenza en pacientes ambulatorios, de los cuales 5 fueron por "Influenza B" y 351 por "Influenza A". En el gráfico 3 se presenta la distribución de los casos por semana epidemiológica.



Distribución de casos positivos de Influenza en ambulatorios según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 27 del 2025. N = 356.



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

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

XI.5. Tierra del Fuego: Respiratorias agrupadas

Hasta la semana epidemiológica (SE) 27 se notificaron 2.189 casos de enfermedades respiratorias en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2024, se observa una disminución del 7,4% de los casos registrados, a nivel provincial.



Respiratorias agrupadas, año 2024 y 2025.

	SE 27 / Año 2024	SE 27 /Año 2025	% Variación interanual
Río Grande	1038	853	-17.8
Tolhuin	468	428	-8.5
Ushuaia	857	908	6.0
Tierra del Fuego	2363	2189	-7.4

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

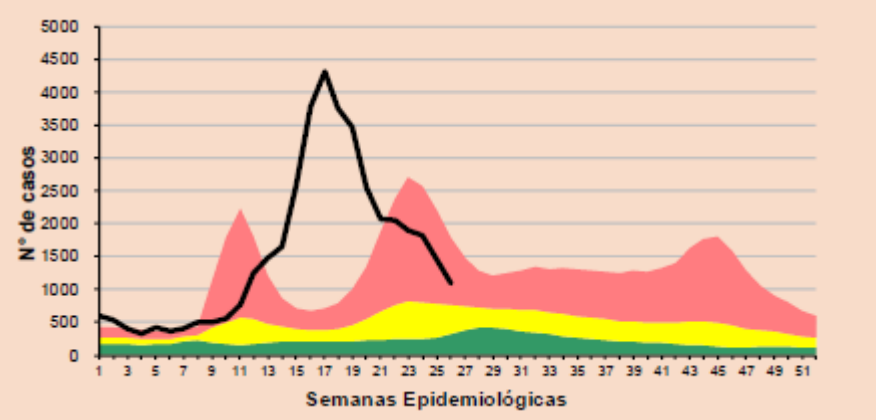
Para más información comunicarse al mail: https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

XI.6. Tucumán: Enfermedad tipo Influenza

Las infecciones respiratorias agudas son comúnmente causadas por influenza y otros virus respiratorios, ocurren durante todo el año con picos epidémicos. Debido a su morbilidad, se han establecido estrategias para el monitoreo permanente. En la semana epidemiológica 26 se registraron 1049 casos para este evento.



Corredor endémico de Enfermedad tipo Influenza. SE 26. Provincia de Tucumán. Año 2025.



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 en **junio** 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**
Junio	Araneismo-Envenenamiento por Latrodectus (Latrodectismo)	Clínica	Signos y síntomas	Se adicionaron las siguientes opciones: "Lesión en miembro superior (no manos)", "Lesión en miembro inferior", "Lesión en cara y/o cuello", "Lesión en tronco (tórax/abdomen/dorso)", "Lesión en cabeza", "Lesión en mano/s", "Lesión en región glútea" y "Lesión genital"
	Araneismo-Envenenamiento por Loxosceles (Loxoscelismo)			
	Araneismo-Envenenamiento por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)			
	Escorpionismo o Alacranismo			
Junio	Diarrea aguda	Laboratorio	Determinaciones/Técnicas	Se adicionó la opción "Detección de categoría de E coli" asociada a la técnica "PCR de aislamiento"
			Resultados	Se adicionó la opción “E. coli enteropatogeno (EPEC)”
Junio	Fiebre tifoidea y paratifoidea	Laboratorio	Muestras	Se modificó el tipo de muestra de la opción "Agua de red", de "Ambientales" a "Agua".
				Se adicionó la opción '"Agua de pozo", asociada al tipo de muestra "Agua"
Junio	Sospecha de Brote de ETA	Laboratorio	Determinaciones/Técnicas	Se adicionó la opción "Detección de categoría de E coli" asociada a la técnica "PCR de aislamiento"
Junio	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	Clínica	Signos y síntomas	Se adicionaron las siguientes opciones: "Lesión en miembro superior (no manos)", "Lesión en miembro inferior", "Lesión en cara y/o cuello", "Lesión en tronco (tórax/abdomen/dorso)", "Lesión en cabeza", "Lesión

				en mano/s", "Lesión en región glútea" y "Lesión genital"
			Resultado de tratamiento	Se adicionó la opción: "Tratamiento incompleto por efecto adverso"
			Secuelas	Se adicionaron las opciones: "Amputación", "Parálisis total o parcial de miembro/s afectado/s" y "Neuropatía del paciente crítico"
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	Epidemiología	Ocupación	Se adicionaron las opciones: “Militar”, “Otro trabajo con exposición al agua”, “Personal de la fuerza de seguridad”, “Tareas de desmalezado”, “Trabajador agropecuario y/o silvícola”, “Trabajador de laboratorio”, “Trabajador de parques”, “Trabajador de reservas”, “Trabajador de zoológicos”, “Trabajador en contacto con animales silvestres”, “Veterinario o auxiliar veterinario”
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)		Antecedentes epidemiológicos	Se adicionaron las opciones: “Circunstancia de exposición: Accidental”, “Circunstancia de Exposición: Desconocida”, “Circunstancia de exposición: Laboral”, “Circunstancia de exposición:Ambiental/exterior”, “Habitar o haber habitado una vivienda rural”, “Residente o viajero de zonas endémicas”

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



Duración: 30 horas

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

XIV. Control vectorial y vigilancia epidemiológica conjunta de Arbovirus entre las ciudades fronterizas de Argentina y Paraguay



La Dirección de Epidemiología en articulación con la Dirección de Control de Enfermedad Transmitidas por Vectores del Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, dieron inicio a la implementación del proyecto de Cooperación Internacional FOAR: "Control vectorial y vigilancia epidemiológica conjunta de Arbovirus entre las ciudades fronterizas de Argentina y Paraguay"

El objetivo principal de este proyecto de cooperación técnica es fortalecer la respuesta oportuna frente a brotes de dengue y otras arbovirosis de importancia sanitaria, construyendo un plan de manejo conjunto de dichos eventos entre ciudades fronterizas vinculadas de ambos países.

En este contexto, los días 2 y 3 de julio integrantes de la Dirección de Epidemiología y de la Dirección de Control de Enfermedad Transmitidas por Vectores del Ministerio de Salud de Nación junto a sus contrapartes de la provincia de Formosa realizaron un trabajo en las ciudades de Clorinda (Argentina) y de Nanawa y Puerto Falcón (Paraguay) para relevar experiencias y capacidades de detección, vigilancia y respuesta epidemiológica y entomológica de arbovirosis.

En esta primer etapa el objetivo de la visita, consistió, en tomar contacto con los equipos de salud locales y provinciales (epidemiología, vectores, laboratorio, hospitales de referencia, personal que trabaja en fronteras) de ambas ciudades fronterizas entre Argentina y Paraguay, con el fin de aplicar un instrumento específico para recabar información: demográfica, recursos de salud (servicios médicos y de salud pública), capacidades específicas del área de vigilancia

epidemiológica, vigilancia entomológica, prevención y control vectorial, intercambio de información binacional y características de la frontera entre ambos países.

Esta información es necesaria para identificar y fortalecer las capacidades de vigilancia epidemiológica y control vectorial en estas localidades priorizadas con frontera internacional, dado que el trabajo epidemiológico y entomológico requiere ser integral y articulado entre los territorios a fin de prevenir, detectar y responder a las amenazas de salud pública, relacionando a distintos actores a uno y otro lado de las fronteras.

Así mismo se acordó impulsar la realización de acciones de prevención vectorial simultáneas en las ciudades espejo y elaborar un protocolo para el intercambio de información epidemiológica y entomológica que permita generar alertas de riesgo de forma temprana. También se planificó continuar el trabajo conjunto con una segunda etapa en las localidades de Alberdi (Paraguay) y Formosa (Argentina).

El fortalecimiento y la integración de las regiones fronterizas, incluidos los cruces terrestres, en los sistemas nacionales ayudarán a mejorar la capacidad de los niveles nacional, provincial, local y de puntos de entrada, a fin de prevenir, detectar y responder a las amenazas de salud pública.