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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **766**

Semana epidemiológica 29
AÑO 2025
Desde 13/07 al 19/07
Fecha de publicación
28/07/2025

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, Caruso Stefanini Margarita, Tapia julio, Vallone Antonella, Voto Carla y Wainziger Tamara.

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

Agradecimientos:

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

Imagen de tapa:

El uso correcto del preservativo puede prevenir ETS. Foto tomada de banco libre de derechos.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°766, SE 29.

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.º 766 ofrece una actualización detallada y oportuna de la situación sanitaria del país, fortaleciendo la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones en el marco del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). En esta edición se presentan las tablas de eventos de notificación obligatoria seleccionados (ENO), tanto nominales como agrupados, con sus correspondientes notas metodológicas que permiten una mejor interpretación de los datos.

Entre los eventos priorizados, se actualiza la situación de vigilancia del sarampión y se continúa presentando el análisis, ya prácticamente final de temporada, de dengue y otros arbovirus, incluyendo vigilancia entomológica, severidad y mortalidad. Asimismo, se incluyen datos de la temporada de infecciones respiratorias agudas, con énfasis en influenza y otros virus respiratorios, sumando además información sobre vigilancia genómica de SARS-CoV-2.

En esta edición se destaca especialmente la actualización integral sobre las hepatitis virales A, B y C, a través de informes epidemiológicos exhaustivos que aportan evidencia clave para el abordaje desde la salud pública.

Para hepatitis A, se presenta un informe completo sobre la situación epidemiológica de 2025, vigilancia molecular, estrategias de control ante brotes, y recomendaciones específicas tanto para equipos de salud como para la población general.

El informe de hepatitis B ofrece una caracterización pormenorizada de su comportamiento tanto en población general como en embarazadas, incluye datos históricos desde 2009 y de los últimos dos años, y actualiza la información sobre cobertura de vacunación y prevención de la transmisión vertical.

En relación a hepatitis C, se aborda la evolución de la situación epidemiológica, la estrategia de dispensación de tratamientos y las recomendaciones para fortalecer su detección y manejo oportuno.

Además, se incluye una nueva actualización del estudio del brote de enfermedad invasiva asociado a fentanilo contaminado, y una sección dedicada a experiencias de vigilancia presentadas por distintas jurisdicciones del país.

Finalmente, este número incorpora herramientas para el trabajo en terreno, como el listado actualizado de codificaciones auxiliares del SNVS 2.0 y el resumen del reciente Taller Regional de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de Brotes en la Región Cuyo.

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. Bolivia 17
IV.2.B. Brasil 17
IV.2.C. Canadá 18
IV.2.D. Estados Unidos de América 19
IV.2.E. México 19
IV.3. Situación actual en Argentina 20
IV.3.A. Notificación de casos 20
IV.3.B. Distribución geográfica 21
IV.4. Caracterización de los casos confirmados 23
IV.4.A. Clasificación de los casos 23
IV.4.B. Sobre el seguimiento de los casos confirmados 25
IV.5. Recomendaciones para la comunidad 25
IV.6. Recomendaciones para los equipos de salud 25
IV.7. Vigilancia epidemiológica 26
IV.7.A. Definición y clasificación de caso 26
IV.8. Medidas de prevención 26
IV.9. Medidas ante casos y contactos 27
IV.9.A. Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados: 27
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **29**
V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus 29
V.1.A. Subregión Cono Sur 29
V.2. Situación de dengue en Argentina 32
V.2.A. Situación histórica 32
V.2.B. Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras arbovirosis 34
V.2.C. Temporada actual 34
V.2.D. Distribución según región, jurisdicción y departamento 36
V.2.E. Situación según serotipos circulantes 39
V.2.F. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo” 40
V.2.G. Vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue 41

V.2.H. Favorabilidad para brotes de Dengue 42
V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus 44
V.4. Vigilancia entomológica 45
V.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición 45
V.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) –SE15 (2025) 45
V.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios 49
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas 53
VI.1. Nota Metodológica 53
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 53
VI.3. Síntesis de la información nacional destacada 54
VI.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 54
VI.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 56
VI.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 56
VI.5. Recomendaciones ante el aumento de casos de influenza y la circulación de virus respiratorios 62
VI.5.A. Recomendaciones para la población general 62
VI.6. Vacunación antigripal 63
VI.7. Vigilancia Genómica de SARS-CoV-2 64
VI.7.A. Situación mundial 64
VI.7.B. Situación nacional 65
VII. Actualización de estudio de brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado 67
VII.1. Introducción 67
VII.1.A. Sobre los aislamientos identificados y las definiciones de caso 68
VII.2. Situación epidemiológica 69
VII.3. Desempeño de plataformas MALDITOF-MS para la identificación de Klebsiella variicola y Klebsiella pneumoniae 71
VII.4. Vigilancia epidemiológica 72
VII.4.A. Modalidad de vigilancia y nota metodológica 72
VII.4.B. Objetivos de la vigilancia 72
VII.4.C. Definiciones de caso 72

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 74
VIII. Boletines Jurisdiccionales 75
VIII.1. Buenos Aires: Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) 75
VIII.2. CABA: Eventos respiratorios de abordaje en internación 76
VIII.3. Entre Ríos: Infecciones respiratorias agudas (IRAs) - Neumonía 77
VIII.4. Salta: Hepatitis A 78
VIII.5. San Luis: Vigilancia de Enfermedades Febriles Exantemáticas: Sarampión 79
VIII.6. Santa Fe: SARS CoV-2 en pacientes ambulatorios 80
VIII.7. Tierra del Fuego: Bronquiolitis 81
VIII.8. Tucumán: Eventos priorizados 82

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 83
IX. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 84
X. Taller regional de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de Brotes - Región Cuyo 85

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 1-29. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-29	2025 Acumulados SE 1-29	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	3	3	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	104	81	-23	-22%
Enf. zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	5.102	9.720	4.618	91%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	195	273	78	40%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	75	90	15	20%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	5	4	-1	-20%
	Cisticercosis	4	5	1	25%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.659	4.603	1.944	73%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	299	537	238	80%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	18	30	12	67%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	13	7	117%
	Brucelosis	61	67	6	10%
	Hantavirosis	37	36	-1	-3%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	16	13	433%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	854	874	20	2%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	6	13	7	117%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	3	15	12	400%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	5	29	24	480%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	1	1	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	5.963	5.963	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	435	435	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	307	307	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	7.266	9.622	2.356	32%

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 1-29. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-29		2025 Acumulados SE 1-29		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enf. prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	2.401	118	1.767	148	-634	-26%	30	25%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	574	2	5.210	35	4.636	808%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	574	0	5.210	0	4.636	808%	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	1.209	513	1.532	501	323	27%	-12	-2%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	66	0	61	0	-5	-8%	0	N/A
Enf. Transmisibles por vectores	Dengue	86.828	55.924	58.068	17.437	-28.760	-33%	-38.487	-69%
	Encefalitis de San Luis	195	5	277	0	82	42%	-5	-100%
	Fiebre amarilla humana	104	0	128	0	24	23%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	33	0	59	0	26	79%	0	N/A
	Zika	1.444	0	774	0	-670	-46%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	389	165	214	64	-175	-45%	-101	-61%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.512	40	1.461	126	-51	-3%	86	215%
	Psitacosis	188	34	491	98	303	161%	64	188%
ETMI - Enf. del niño	Chagas agudo congénito	811	37	874	29	63	8%	-8	-22%
	Sífilis Congénita	1.711	543	554	536	-1.157	-68%	-7	-1%
	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	1.377	1.307	1.044	868	-333	-24%	-439	-34%
	Sífilis en embarazadas	5.715	5.227	6.251	5.983	536	9%	756	14%
	Hepatitis B en embarazadas	0	37	69	18	69	N/A	-19	-51%
Hepatitis virales	Hepatitis A	86	23	156	83	70	81%	60	261%
	Hepatitis B	1.562	375	1.763	391	201	13%	16	4%
	Hepatitis C	1.357	714	1.266	797	-91	-7%	83	12%
	Hepatitis E	30	2	18	2	-12	-40%	0	0%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	17.439	14.282	27.424	24.443	9.985	57%	10.161	71%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	643	721	1.254	1.346	611	95%	625	87%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	36	3	188	69	152	422%	66	2200%

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 1-29. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-29	2025 Acumulados SE 1-29	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmitidas por alimentos	Diarrea	355.279	421.635	66.356	19%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.053	1.094	41	4%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	752	525	-227	-30%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin	66.570	40.420	-26.150	-39%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	675.684	635.937	-39.747	-6%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	44.569	38.003	-6.566	-15%
	Neumonía (sin especificar)	50.426	40.312	-10.114	-20%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	0	3.324	3.324	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	1	2.166	2.165	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	15.077	15.077	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	980	979	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	3	3.975	3.972	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	3	3.385	3.382	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	56	19.235	19.179	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	12	3.783	3.771	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	3	1.575	1.572	N/A
	Lesiones por electrocución	0	406	406	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	517	517	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	1	43.502	43.501	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	0	14.822	14.822	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	6	21.091	21.085	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	319	319	N/A
	Otras lesiones en el hogar	4	15.715	15.711	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 1-29. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-29		2025 Acumulados SE 1-29		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	2.432	136	1.856	111	-576	-24%	-25	-18%
	Infección por Mycoplasma genitalium	418	7	287	8	-131	-31%	1	14%
	Infección por Mycoplasma hominis	1.569	153	1.468	197	-101	-6%	44	29%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	8.734	278	4.258	223	-4.476	-51%	-55	-20%
	Infección por Trichomonas vaginalis	14.031	1.478	11.677	1.340	-2.354	-17%	-138	-9%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

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

IV.1. Introducción

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

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

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

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

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

IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional

IV.2.A. BOLIVIA[1]

Hasta el 20 de julio, se han reportado 148 casos de sarampión en cinco departamentos: 124 en Santa Cruz, 11 en La Paz, 4 en Potosí, 3 en Beni, 2 en Chuquisaca, 2 en Cochabamba, 1 en Oruro y 1 en Pando.

Acorde al comunicado oficial, “los no vacunados, especialmente niñas y niños, son los más expuestos al virus, por lo que el Gobierno nacional coordina con municipios y departamentos acciones urgentes de contención y una vacunación masiva que abarca a la población de 1 a 14 años de edad, con el fin de frenar la propagación”.

IV.2.B. BRASIL[2]

El Ministerio de Salud ha confirmado nueve casos de sarampión en el municipio de Campos Lindos, Tocantins. Las muestras se confirmaron mediante una prueba de IgM reactiva,

[1] *https://www.minsalud.gob.bo/8757-los-no-vacunados-son-los-mas-expuestos-al-virus-del-sarampion-bolivia-reporta-148-casos-y-se-intensifican-acciones-de-contencion-en-santa-cruz*

[2] https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/julho/ministerio-da-saude-confirma-nove-casos-de-sarampo-em-campos-lindos-interior-de-tocantins

considerando también el vínculo epidemiológico y el historial de viajes a Bolivia, país que actualmente experimenta un brote de la enfermedad. Otros dos casos están bajo investigación.

Los casos pertenecen a una comunidad de aproximadamente 400 personas que, por razones culturales, no están acostumbradas a vacunarse. Todos están siendo monitoreados por técnicos del Ministerio de Salud, la Secretaría de Salud del Estado de Tocantins y el municipio de Campos Lindos, quienes están implementando medidas de confinamiento y barrido en el municipio para prevenir la propagación de la enfermedad. Las pruebas también se están enviando al Laboratorio de Referencia de Fiocruz en Río de Janeiro para su confirmación final.

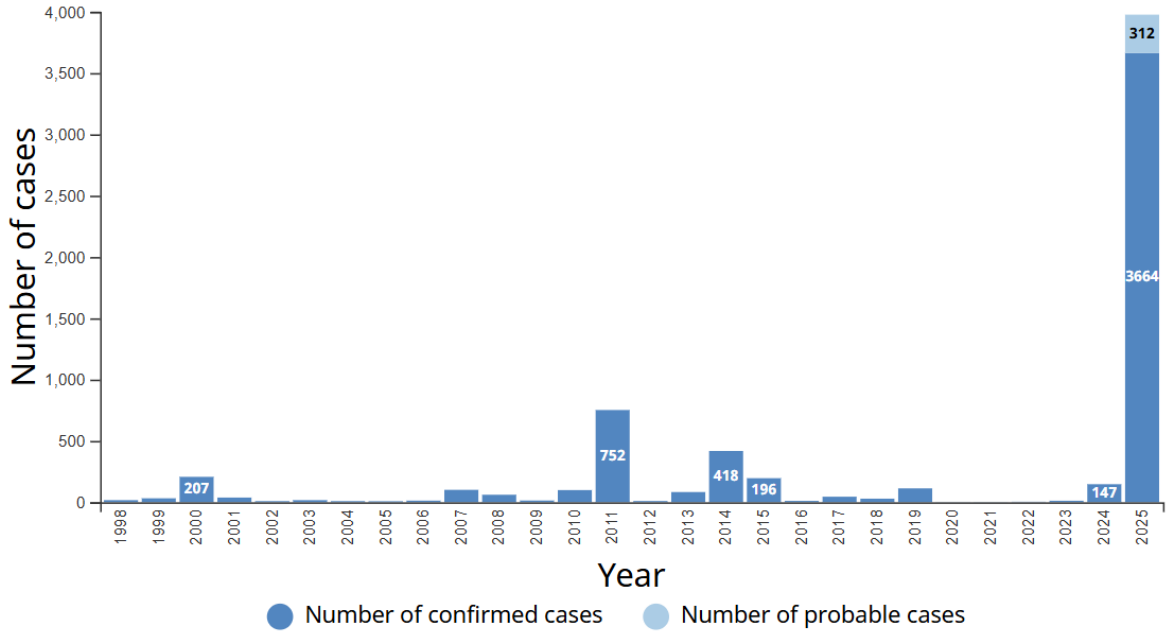
El Ministerio de Salud ha contado con un equipo permanente en el lugar desde el lunes 21 de julio. Hasta la fecha, se está monitoreando a 660 personas en el municipio, se han visitado 282 hogares y se han administrado 644 dosis de la vacuna.

IV.2.C. CANADÁ[3]

En 2025, se han notificado un total de 3.977 casos de sarampión (3.665 confirmados, 312 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta **el 5 de julio de 2025.**

En la semana 28 (del 6 al 12 de julio de 2025), se notificaron 158 nuevos casos de sarampión (153 confirmados y 5 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Nueva Escocia y Ontario).

Figura 1. Número de casos de sarampión notificados en Canadá por año de inicio del exantema, desde la eliminación del sarampión (1998) hasta el 12 de julio de 2025.



[3] https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/

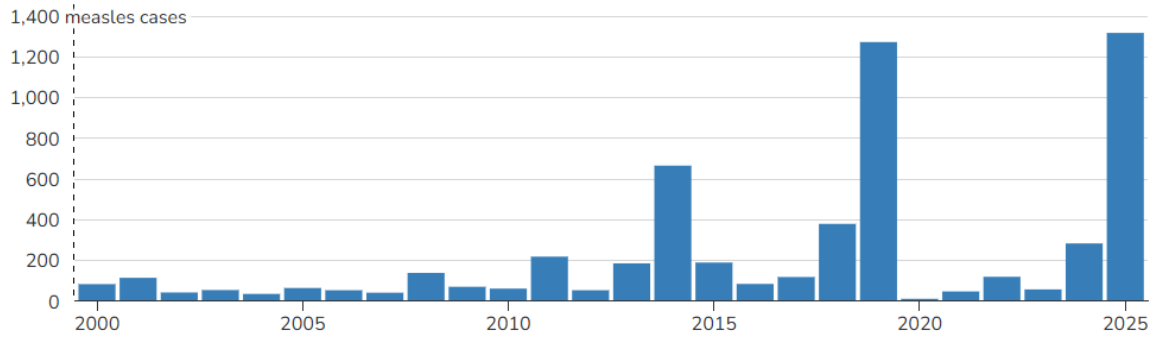
IV.2.D. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[4]

Al 22 de julio de 2025, se notificaron un total de 1.319 casos confirmados de sarampión en 40 jurisdicciones: Alaska, Arkansas, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Míchigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington y Wyoming

En 2025 se han notificado 29 brotes, y el 87% de los casos confirmados (1.154 de 1.319) 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 22/07/25).



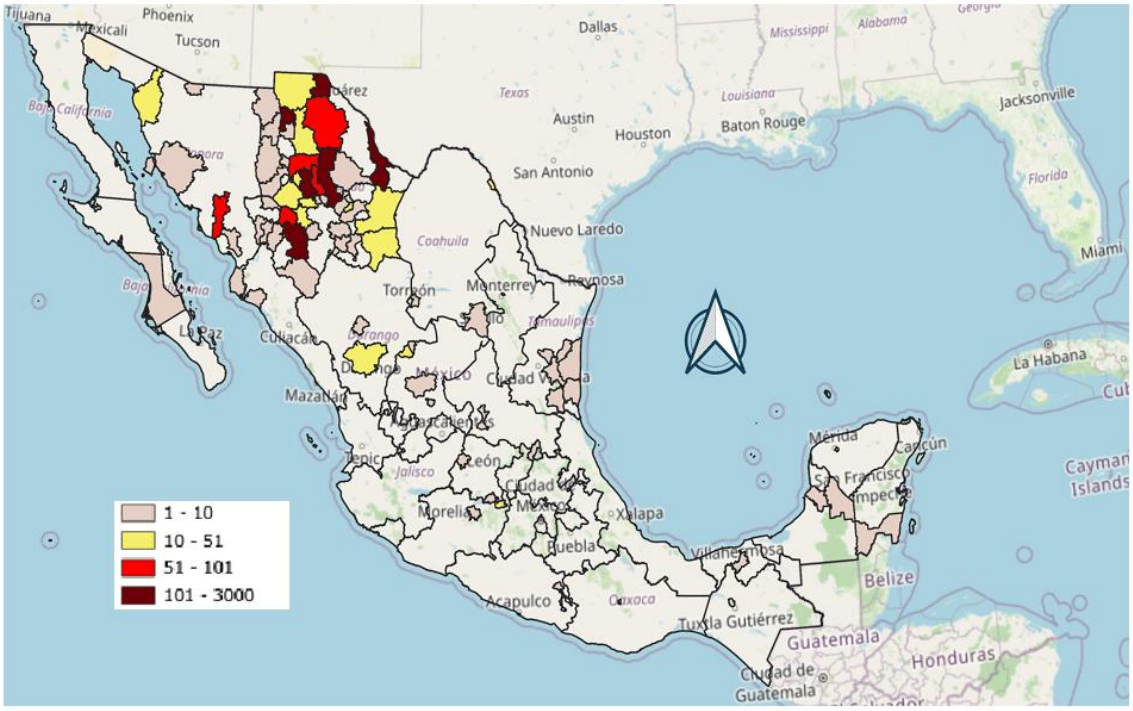
IV.2.E. MÉXICO[5]

Al 24 de julio, se han reportado 3.644 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 37 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 20 estados y 82 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 11 fallecimientos.

[4] https://www.cdc.gov/measles/data-research/
[5] *www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2025?idiom=es*

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



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

IV.3. Situación actual en Argentina

IV.3.A. NOTIFICACIÓN DE CASOS

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 2.718 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el país (Gráfico 1). A partir de la Semana Epidemiológica (SE) 6, coincidiendo con la emisión del alerta epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, se evidencia un aumento progresivo en la notificación de casos, alcanzando su punto máximo en las semanas 12 y 13.

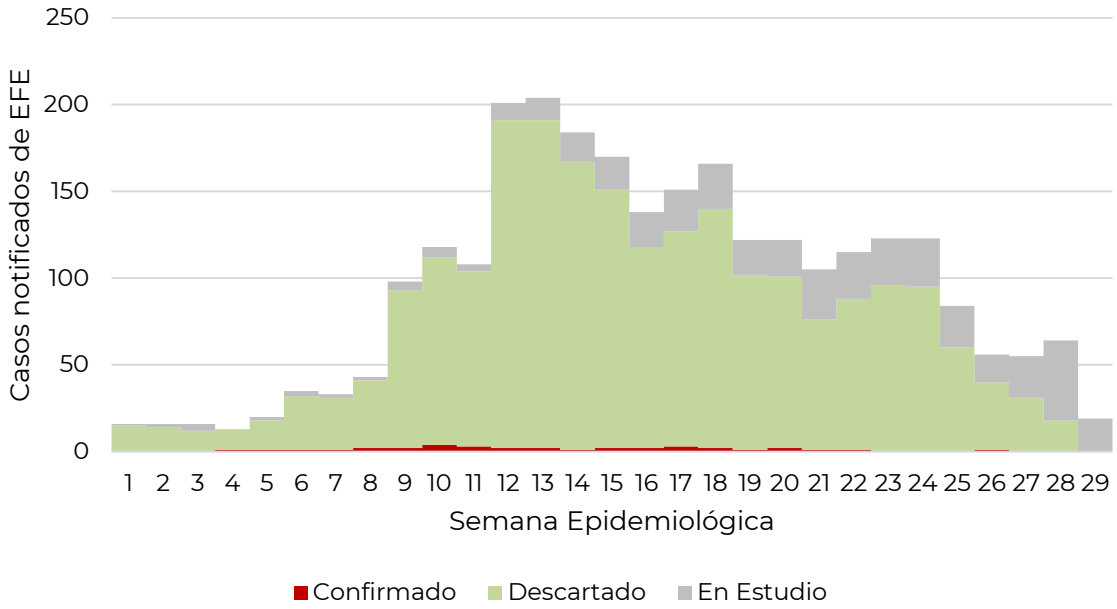
La curva de notificación muestra una sensibilización del sistema de vigilancia, con una respuesta oportuna ante la comunicación de riesgo.

Del total de casos notificados entre la SE1 y la SE29:

- 35 casos fueron confirmados por laboratorio o nexo epidemiológico;
- 2.242 casos fueron descartados tras evaluación clínica, epidemiológica y/o laboratorial;
- 441 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 80%. 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 SE29 de 2025. N= 2.718



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 SE29 de 2025[6].

Jurisdicción	Confirmados	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	21	1663	9,1	202	367
CABA	13	629	20,4	34	62
Catamarca		11	2,5	5	9
Chaco		25	2,0	14	25
Chubut		21	3,1	7	13
Córdoba		67	1,7	43	79
Corrientes		5	0,4	13	23
Entre Ríos		39	2,7	16	29
Formosa		2	0,3	7	13
Jujuy		32	3,9	9	16
La Pampa		19	5,1	4	7
La Rioja		1	0,2	5	8
Mendoza		60	2,9	23	42
Misiones		9	0,7	15	27
Neuquén		7	1,0	8	14
Río Negro		6	0,8	9	16
Salta		13	0,9	17	30
San Juan		11	1,3	9	16
San Luis	1	8	1,5	6	11
Santa Cruz		10	2,4	5	8
Santa Fe		49	1,3	40	73
Sgo. del Estero		13	1,3	11	21
Tierra del Fuego		2	1,0	2	4
Tucumán		16	0,9	20	36
Total	**35**	**2718**	**5,7**	**523**	**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 19 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 y Santa Cruz. En particular, Buenos Aires (con 1.663 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

[6] 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.

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

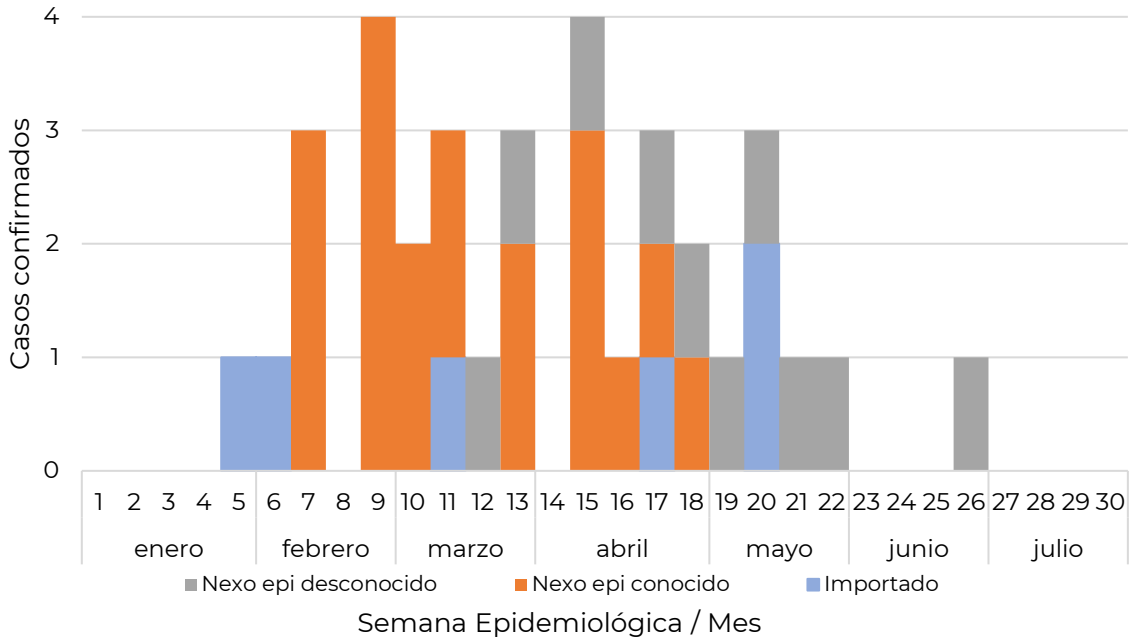
En cuanto a la distribución de los casos confirmados de sarampión según semana de ocurrencia (de acuerdo a la fecha de inicio del exantema) y el nexo epidemiológico (conocido o desconocido), se observa que desde la SE 5 (fines de enero) hasta la SE 22 (fin de mayo), se presentaron casos todas las semanas 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 SE30 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 (Grafico 3), la mayor proporción de casos confirmados se presenta en los menores de 5 años (17 casos, 49%).

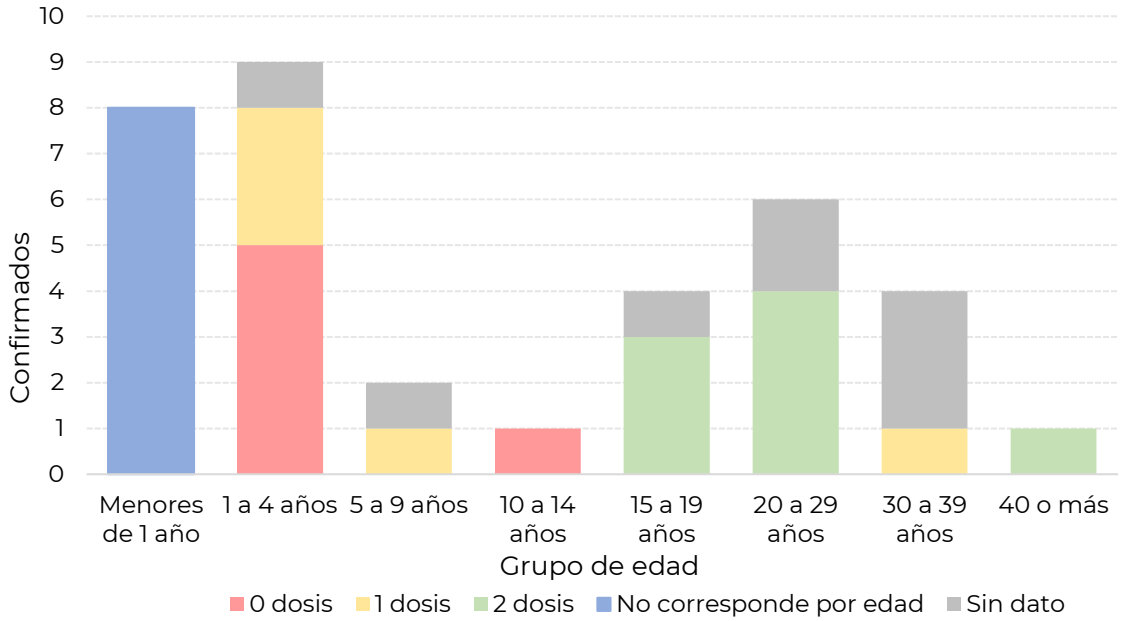
Del total de casos confirmados (35), hay 27 personas que de acuerdo al calendario de vacunación vigente, deberían haber recibido 1 o 2 dosis de vacuna con componente antisarampionoso de acuerdo a la edad. De las 27, existen 6 que no han recibido ninguna dosis, y la mayoría de estos (5) pertenecen al grupo de 1 a 4 años.

La proporción de casos que han recibido al menos 1 dosis de vacuna, considerando los 27 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. Esta limitación dificulta la evaluación completa de la situación.

En lo que respecta al sexo, 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 SE30 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 (21 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 el seguimiento de los 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

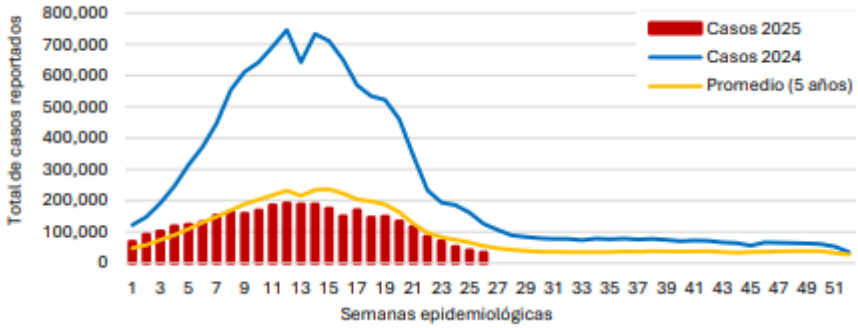
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

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 26, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud actualizado el 17 de julio.

A la semana epidemiológica (SE) 26 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,340,710 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 329 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 70% en comparación al mismo periodo del 2024 y de 13% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 26 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 3,340,710 casos de dengue reportados en las Américas, 1,351,650 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 4,492 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave.

Se registraron un total de 1,636 muertes por dengue, para una letalidad del 0.049%. Dieciséis países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 26.

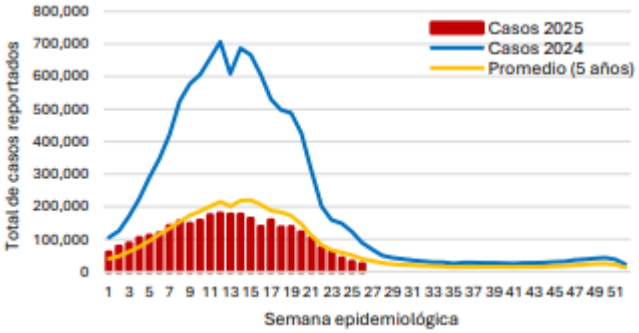
Estos países registran en conjunto 33,143 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 26. Del total de casos registrados en la SE 26, 64 fueron casos de dengue grave (0.2%) y se reportaron 7 muertes para una letalidad de 0.021%.

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 DENV1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4.

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 24,340 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 26. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 70% en comparación con la misma semana del 2024 y de 11% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

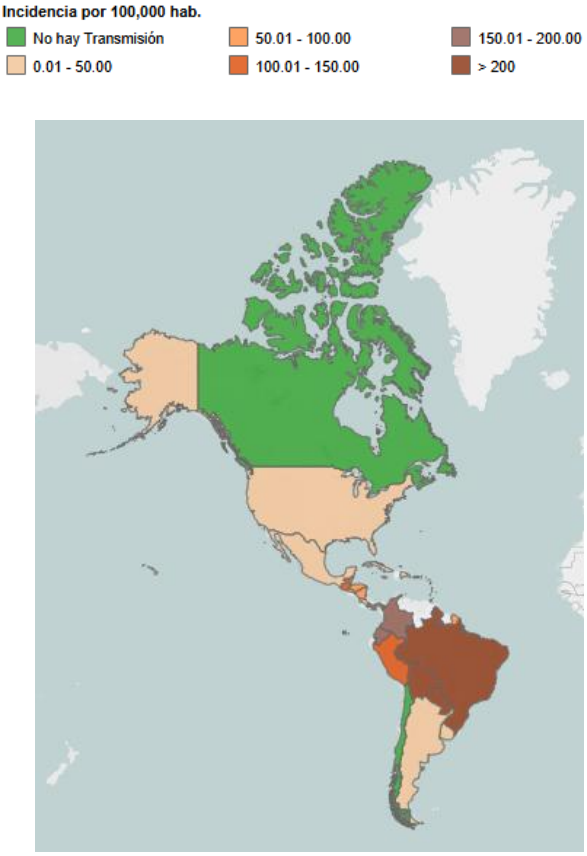
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 26, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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

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

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



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

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

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[8] y el ARBO-portal[9] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 24/07/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 29/2025 se han reportado 3.110.498 casos de dengue, con 1.479 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 68% respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, hasta la SE 29/2025 se notificaron 193.478 casos, un 50% menos que lo informado para la misma semana el año anterior, con 101 muertes asociadas. Respecto a zika, se registraron 17.542 casos para la misma semana epidemiológica, lo que representa una disminución del 52% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 27/2025 se confirmaron 11.805 casos, un 54% más que en igual período del año pasado, con 5 defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 27/2025, se han reportado 27.880 casos de dengue, con 2 fallecimientos asociados, lo que representa una disminución del 42% en comparación con el mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se registraron 4.721 casos, un aumento de 12 veces el valor del año previo, con una defunción por este evento. Asimismo, hasta la misma semana se notificaron 790 casos de zika, casi cuatro veces más de lo registrado durante el mismo período de 2024, sin fallecimientos asociados. En lo que respecta a Oropouche, durante 2025 no se han registrado casos.

Paraguay: hasta la SE 27/2025, se han reportado 21.818 casos de dengue y un fallecimiento asociado, un 92% menos respecto a la misma semana de 2024. En cuanto a chikungunya, se registraron 47 casos, un 98% menos comparado con el año anterior, sin defunciones por este evento. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían reportado 4 casos.

Perú: hasta la SE 28/2025, se han notificado 35.160 casos de dengue, un 86% menos que el mismo periodo de 2024, con 49 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, se notificaron 85 casos, un valor similar al año anterior, sin defunciones para este evento. Asimismo, se han registrado 6 casos de zika, mientras a la misma semana de 2024 se habían notificado 4 casos, sin fallecidos para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 18/2025 se confirmaron 233 casos, un 98% menos que a la misma semana de 2024.

Durante el año en curso, se ha registrado una disminución de los casos de dengue en todos los países mencionados. En cuanto a la chikungunya, se observa un descenso en Paraguay y Brasil, mientras que en Bolivia se ha reportado un aumento de casos. Con respecto al virus del Zika, se registra una disminución en Brasil, un incremento en Bolivia y, hasta la fecha, no se han notificado casos en Paraguay. Por otro lado, se ha registrado un brote de Oropouche en la Región de las Américas que este año afecta a Brasil y Perú.

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).

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

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

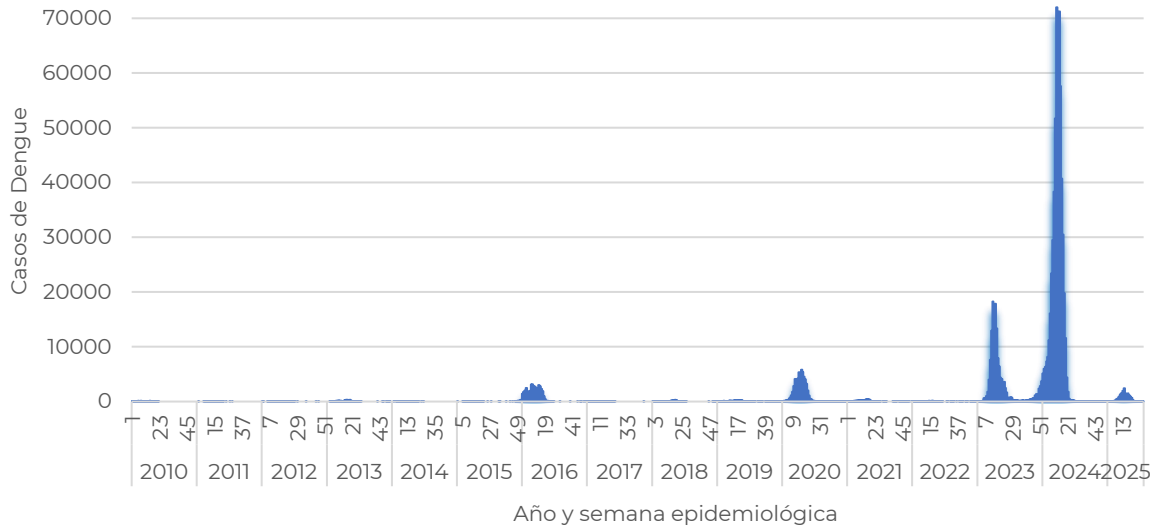
V.2. Situación de dengue en Argentina

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-SE29/2025. Argentina. N=862.813

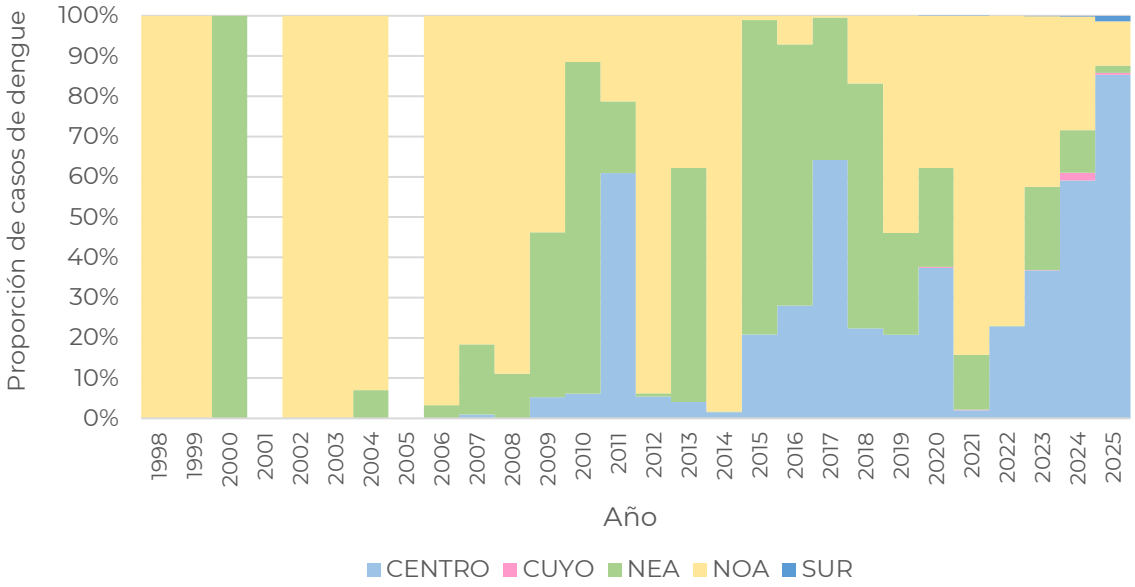


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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.

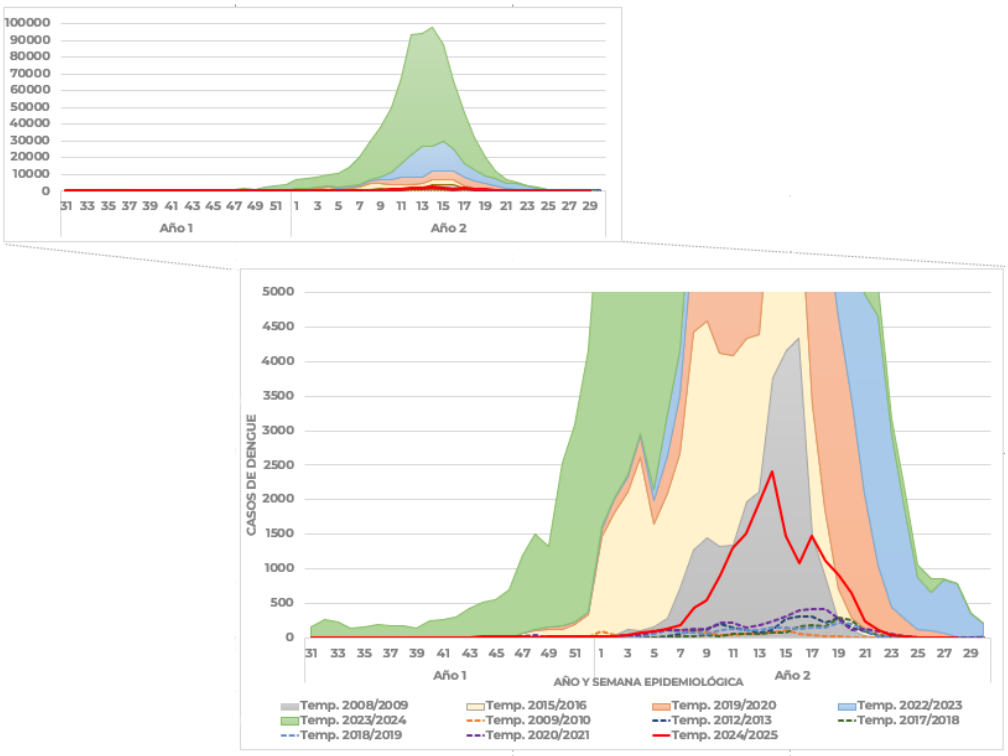
Gráfico 4. Dengue: distribución porcentual por región de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998-2025.



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 SE29/2025. 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.

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

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

V.2.C. TEMPORADA ACTUAL

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE29/2025), se notificaron en Argentina 77.045 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 8352 fueron confirmados por laboratorio y 8687 por nexo clínico epidemiológico, con un **total de 17.039 casos de dengue**[10]. Como se puede observar también en la Tabla 1, un total de 8103 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 159 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas[11]. Se confirmaron 249 casos con antecedente de viaje a Brasil, China, Colombia, Cuba, México, Venezuela, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Republica Dominicana.

Durante la SE29/2025 (según fecha de notificación al SNVS[12]), se notificaron 220 casos sospechosos[13] de los cuales 6 se confirmaron y 7 fueron clasificados como casos probables

[10] 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.
[11] 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
[12] Fecha de apertura
[13] Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

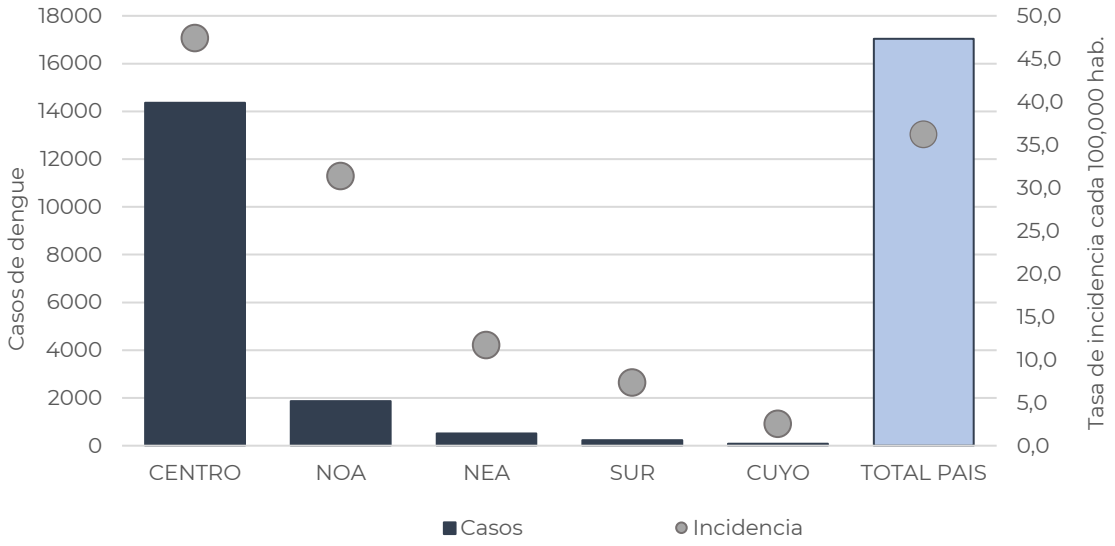
donde la totalidad se encuentra en investigación con respecto al antecedente epidemiológico. Cabe destacar que estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

La incidencia acumulada a nivel país para la temporada actual es de 36 casos cada 100.000 habitantes[14]. 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 3%, 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 SE29 es 578.
- 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.

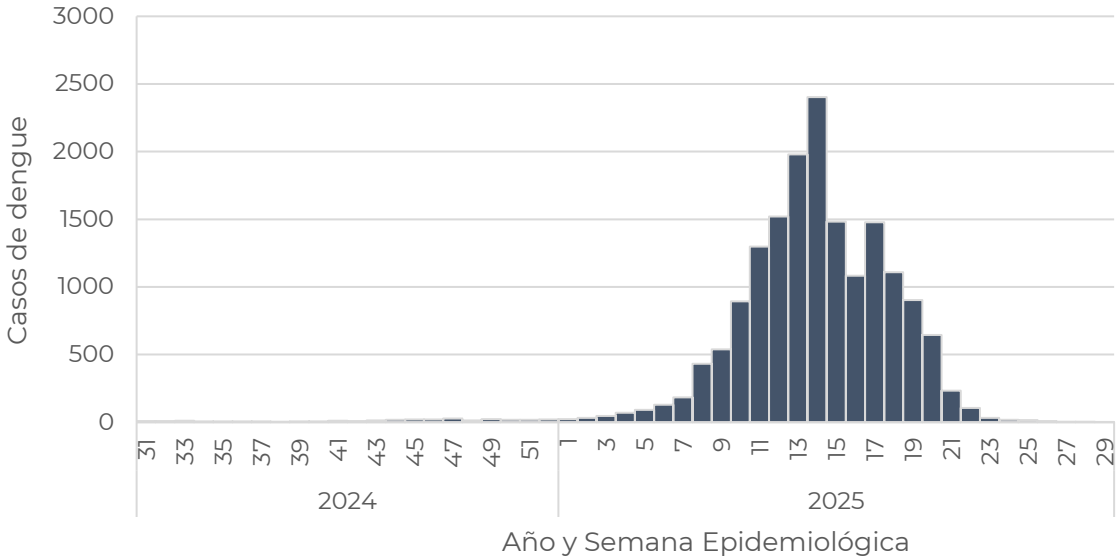
Gráfico 6. Dengue: Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab. según Región. SE31/2024 a SE29/2025. Argentina.



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] Para el cálculo de la incidencia, se utiliza como referencia la población proyectada para 2024, basada en el Censo de 2010.

Gráfico 7. Dengue: Casos de dengue[15] por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE29/2025. Argentina.



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

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

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

[15]Incluye casos de dengue autóctonos, importados y no vectoriales. La ubicación en las semanas epidemiológicas se realizó por la fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible o "fecha mínima" (orden de jerarquía: 1) fecha de inicio de síntomas, 2) fecha de consulta, 3) fecha de toma de muestra, y 4) fecha de notificación).

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE29/2025. 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	461	568	26	15	55	542	5760	1032	7917
CABA	159	142	20	2	0	179	2274	762	3359
Córdoba	2416	1553	6	3	1158	3580	9445	714	15295
Entre Ríos	107	103	12	10	8	127	888	3	1131
Santa Fe	2896	628	125	12	6907	9928	3919	1307	15794
Total Centro	**6039**	**2994**	**189**	**42**	**8128**	**14356**	**22286**	**3818**	**43496**
Mendoza	11	35	7	3	0	18	1669	97	1822
San Juan	1	2	1	1	0	2	359	9	373
San Luis	59	22	8	5	0	67	291	34	419
Total Cuyo	**71**	**59**	**16**	**9**	**0**	**87**	**2319**	**140**	**2614**
Chaco	15	215	1	0	0	16	2681	88	3000
Corrientes	58	9	1	0	0	59	481	18	567
Formosa	428	5	0	0	0	428	7677	67	8177
Misiones	2	20	3	5	0	5	1274	3	1307
Total NEA	**503**	**249**	**5**	**5**	**0**	**508**	**12113**	**176**	**13051**
Catamarca	11	12	9	5	1	21	887	4	929
Jujuy	0	0	0	0	0	0	1208	2	1210
La Rioja	117	49	0	0	0	117	1347	6	1519
Salta	18	63	6	12	2	26	2219	84	2404
Santiago del Estero	0	37	2	2	0	2	1139	301	1481
Tucumán	1175	423	0	1	519	1694	6429	657	9204
Total NOA	**1321**	**584**	**17**	**20**	**522**	**1860**	**13229**	**1054**	**16747**
Chubut	0	0	6	3	0	6	30	2	41
La Pampa	169	34	9	2	37	215	644	55	950
Neuquén	0	1	4	1	0	4	40	3	49
Río Negro	0	0	0	1	0	0	5	0	6
Santa Cruz	0	0	1	1	0	1	59	4	65
Tierra del Fuego	0	0	2	2	0	2	18	3	25
Total Sur	**169**	**35**	**22**	**10**	**37**	**228**	**796**	**67**	**1136**
Total País	**8103**	**3921**	**249**	**86**	**8687**	**17039**	**50743**	**5255**	**77044**

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 Patiño, Pilagás y Formosa Capital, en la provincia de Formosa.

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

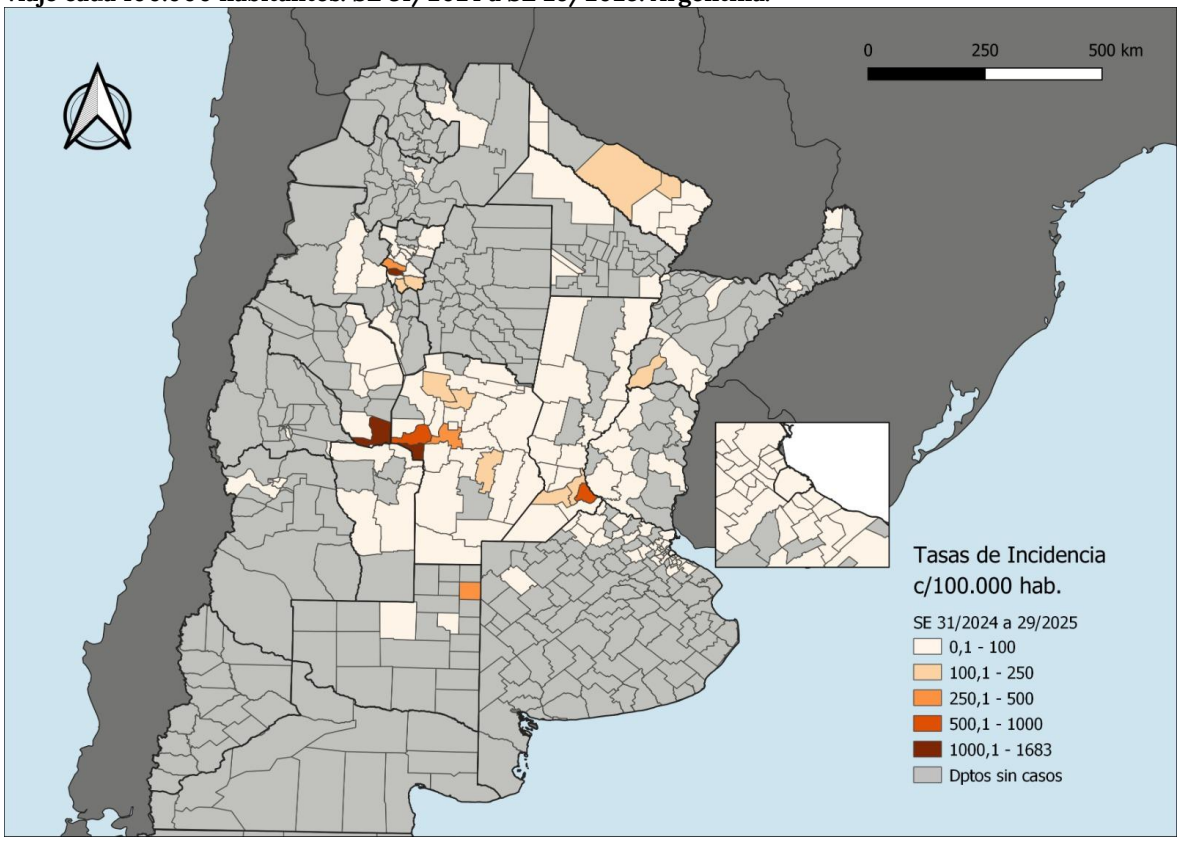
Tabla 2. Dengue: Cambios de Fase según Indicadores Epidemiológicos por Semana Epidemiológica, en Jurisdicciones a Nivel Departamental. Temporada 2024/2025. SE31 a SE29/2025. Argentina.

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			Malvinas Argentinas	24
24Córdoba	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 Juárez	11			Marcos Juárez	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 Cristóbal	13			San Cristóbal	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 29/2025. Argentina.



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

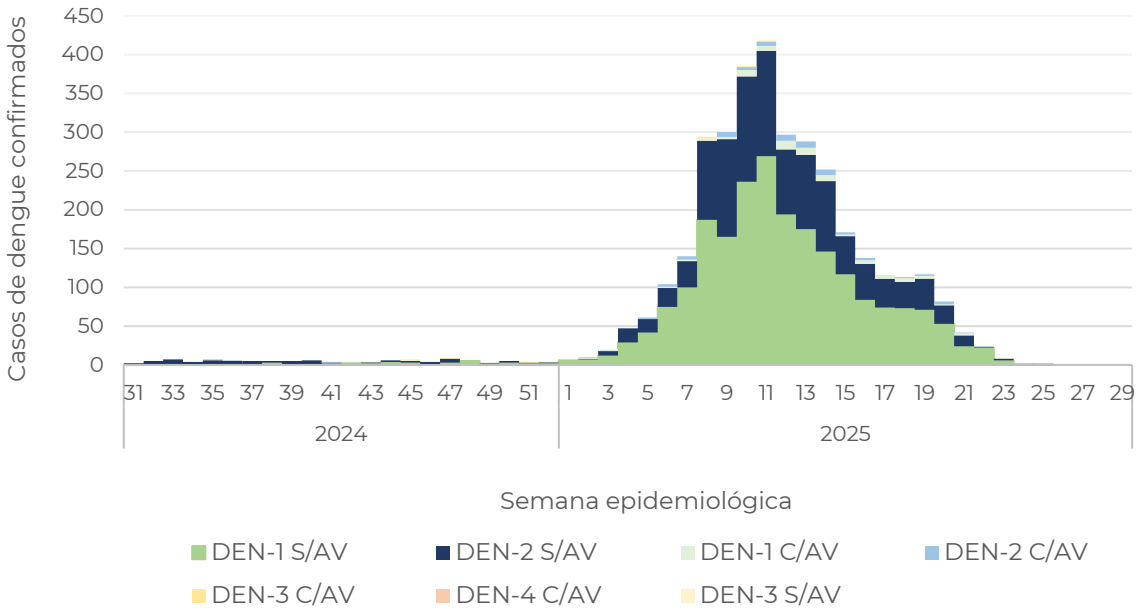
V.2.E. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (64,51%). Los casos a DEN-2 alcanzan un 35,24%, 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.

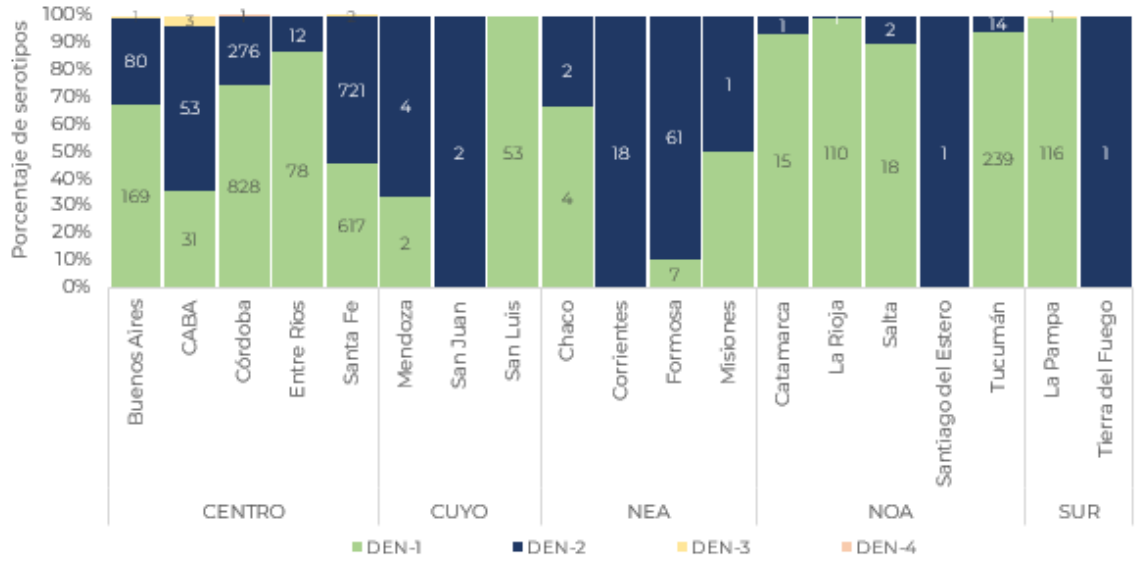
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país (México, Venezuela, Brasil, Tailandia y Cuba).

Gráfico 8. Dengue: número de casos según serotipo y antecedente de viaje por semana epidemiológica. SE31/2024 a SE29/2025. 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=3547) según provincia. SE31/2024 a SE29/2025. 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.F. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL EVENTO "DENGUE DURANTE EL EMBARAZO"

En Argentina, durante la última temporada (2023-2024), se notificaron 2.380 casos de dengue en embarazadas, con una mediana de edad de 27 años, 21 casos se notificaron como dengue grave y 4 casos fallecieron. Por lo tanto, ha sido creado en octubre 2024 el evento "Dengue durante el embarazo" para garantizar la correcta notificación de los casos de dengue asociados

a dicha condición clínica y poder registrar los mortinatos, las muertes fetales y los abortos si correspondiera.

Desde su creación, se han notificado 436 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de los cuales, 114 casos ha sido confirmados, 15 casos probables, 270 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 72 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.G. VIGILANCIA DE GRAVEDAD Y MORTALIDAD POR DENGUE

A partir de abril de 2024, desde la Dirección de Epidemiología en conjunto con distintas direcciones intra ministeriales y consultores externos[16], 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*

[16]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"[17] y la "*Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus*"[18]

Entre la SE 31/2024 y la SE 29/2025 se notificaron 38 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 29/2025 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.H. FAVORABILIDAD PARA BROTES DE DENGUE

Con el objetivo de fortalecer la capacidad de respuesta ante brotes de dengue, y utilizando como base el trabajo realizado por el Ministerio de Salud de Brasil[19] 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[20] (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

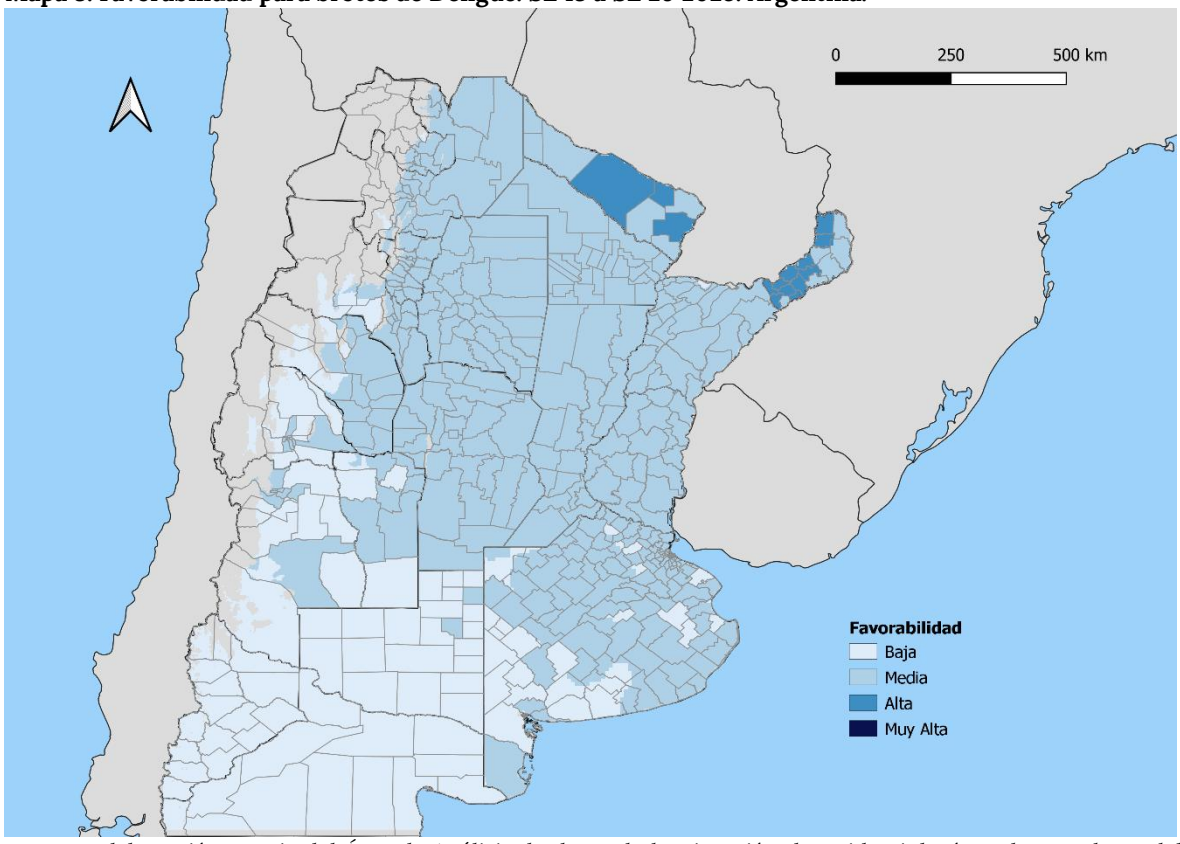
[17] Disponible en: circular_de_vigilancia_dengue_mortalidad_-_junio_2024.pdf
[18] Disponible en: guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf
[19] Ministério da Saúde Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - Nota Informativa Nº 35/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS. Brasilia: 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
[20] 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[21].

De acuerdo con la sumatoria de estas variables, al cierre de la SE 29/2025, 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 29 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)

[21] 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 SE29/2025).

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 SE29/2025. 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	184	0	77	0	155	4	42	2	11
CABA	0	11	0	4	0	1	0	4	0	3
Córdoba	0	216	0	83	0	207	7	419	0	0
Entre Ríos	12	230	0	1	0	32	4	39	0	1
Santa Fe	0	1520	0	96	0	136	0	15	0	19
Total Centro	**12**	**2161**	**0**	**261**	**0**	**531**	**15**	**519**	**2**	**34**
Mendoza	0	336	0	88	0	72	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**	**82**	**0**	**13**	**0**	**1**
Chaco	18	836	0	415	0	27	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**	**143**	**0**	**3**	**0**	**21**
Catamarca	0	16	0	13	0	1	0	0	0	13
Jujuy	0	44	0	24	0	2	0	3	0	2
La Rioja	0	127	0	125	0	9	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**	**780**	**0**	**489**	**0**	**407**	**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**	**4234**	**0**	**1319**	**0**	**1172**	**15**	**547**	**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[22] 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.

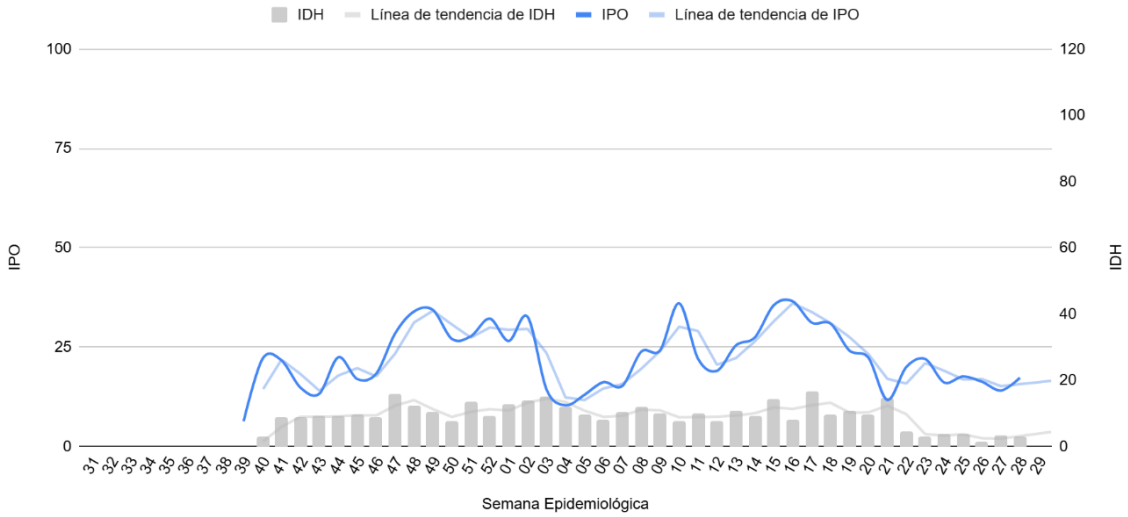
V.4.B. EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32 (2024) –SE15 (2025)

Durante el período invernal, las jurisdicciones de las regiones Cuyo y Sur discontinúan la vigilancia entomológica debido a la negativización persistente de los sensores. Por ese motivo, a partir de la actual SE se presentarán los resultados de la vigilancia entomológica con sensores de oviposición para las regiones NEA, NOA y Centro únicamente. No se publicará tampoco el gráfico a nivel nacional dado que, por la falta de datos de estas regiones, el registro no resulta representativo de lo que ocurre con la dinámica de *Aedes aegypti* en nuestro país.

Al desagregar los datos 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 1). 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 1). Durante las últimas 12 semanas se observa una tendencia descendente del IPO con algunas variaciones. Desde la SE 24, se registran valores de IPO alrededor del 20%. Si bien en la actual SE, se detectó un IPO=0, este valor podría verse modificado por la carga retrospectiva de datos.

[22] 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.

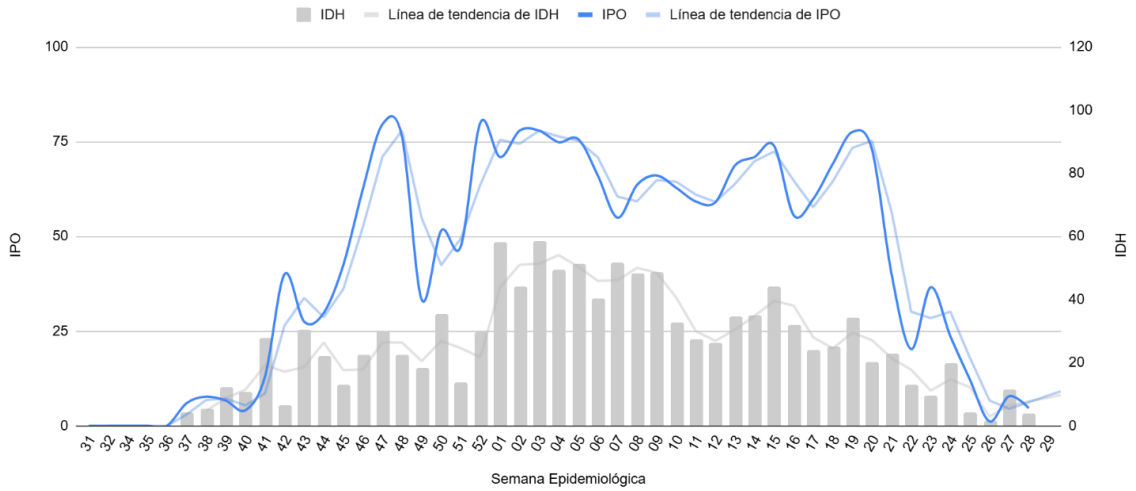
Gráfico 1. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 28 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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 2). 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 2). Desde la SE19 se observa una tendencia general descendente en la región. Durante la SE26 se detectó un IPO= 1,19, el menor valor registrado desde la SE31 de 2024, cuando los sensores comenzaron a evidenciar la actividad reproductiva del vector en la región. Si bien desde la SE27 se observa nuevamente una tendencia ascendente, los valores del IPO se encuentran en todos los casos por debajo del 13%, correspondiente a una situación con riesgo entomológico bajo.

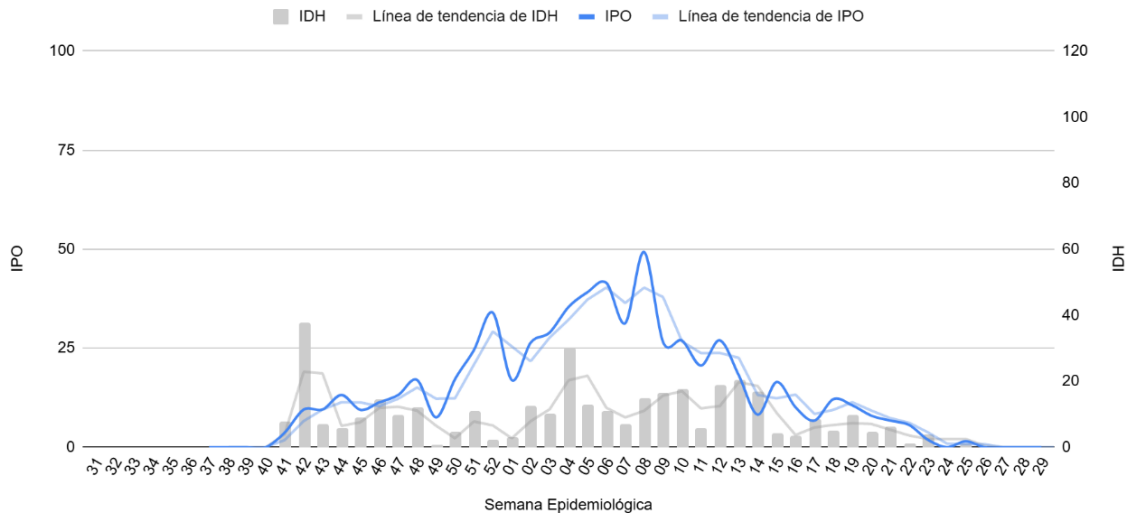
Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 29 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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 3), 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 9 semanas, el IPO de la región mostró un descenso sostenido (Gráfico 3), correspondientes a riesgo entomológico bajo. En las últimas cuatro semanas, los sensores arrojaron resultados negativos evidenciando el corte en la actividad reproductiva del vector en la región, coincidente con las temperaturas invernales (Gráfico 3).

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 29 (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 4), 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.

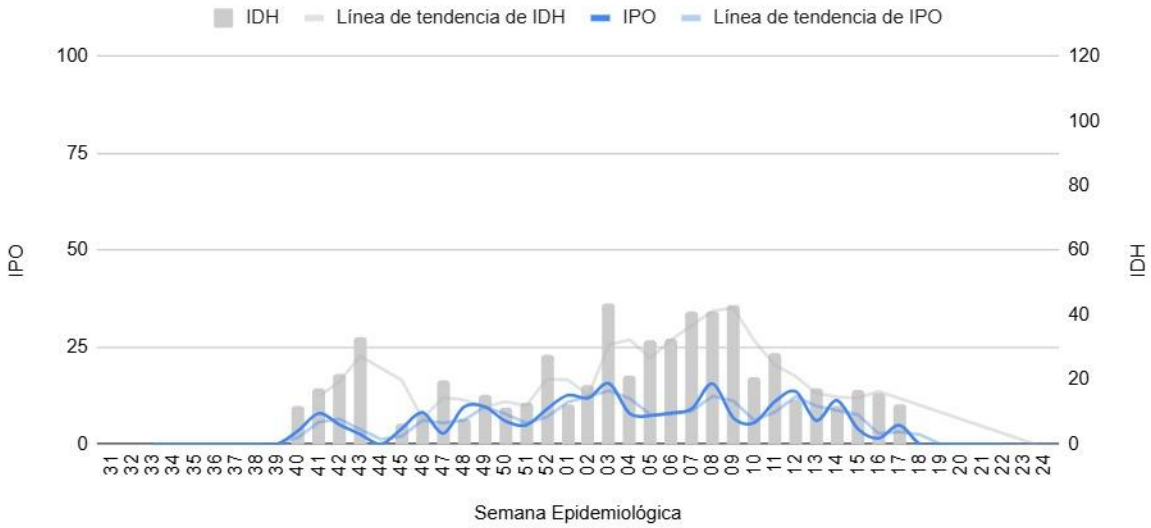
Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 10 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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 5), 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 5). Para esta región los datos se presentan hasta la SE 23 inclusive.

Gráfico 5. 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)

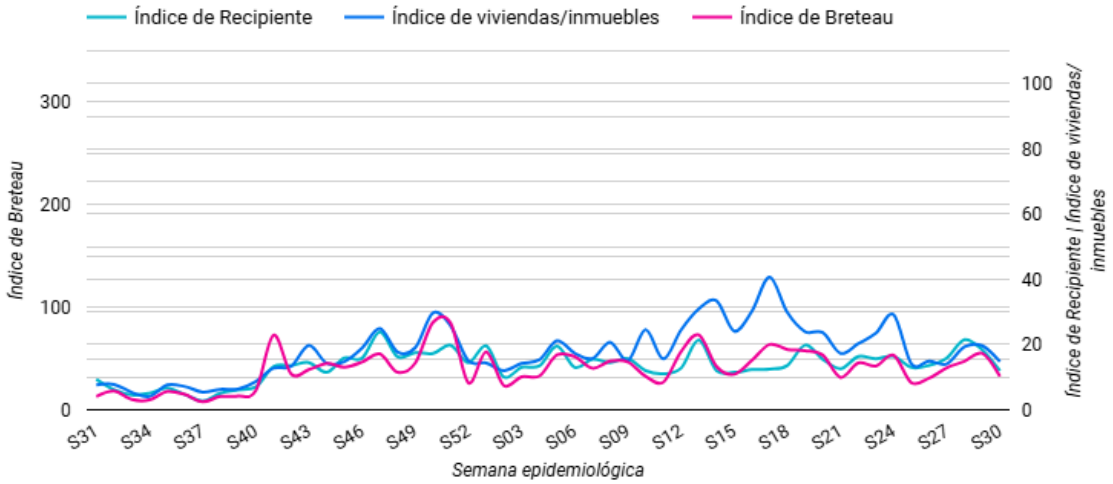
- **Índice de recipiente:(**recipientes positivos para *Aedes aegypti* / total de recipientes) * 100

  (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)

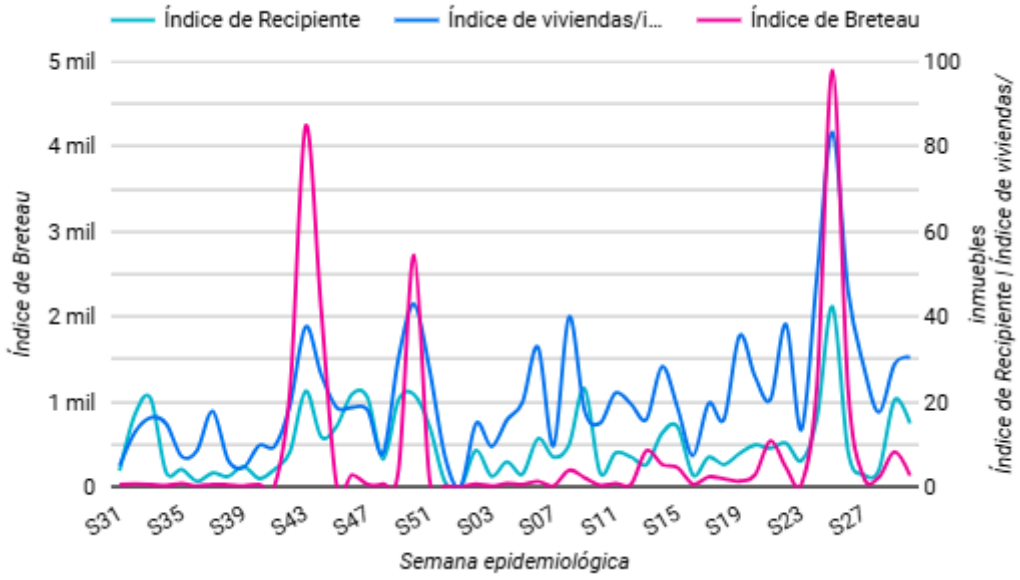
Gráfico 6. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en Argentina SE 31 (2024)- SE 30 (2025).



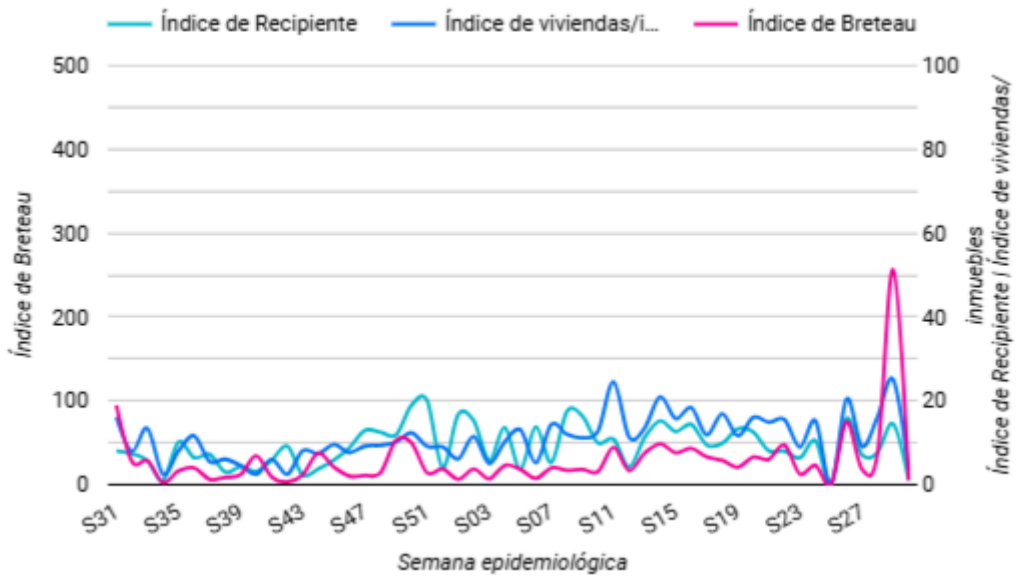
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Gráfico 7. 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 30 (2025).

A.



B.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

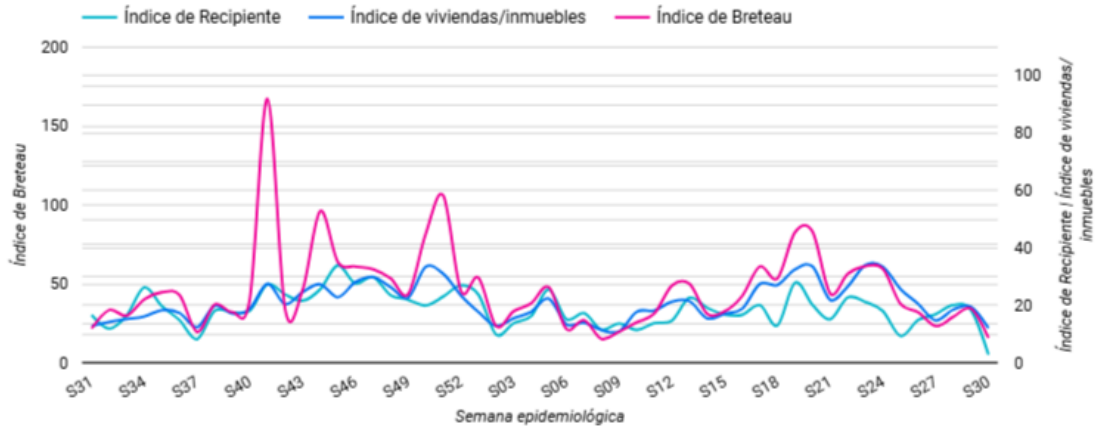
A nivel nacional, los índices larvarios aédicos para las viviendas presentaron un ascenso a partir de la SE40 (Gráfico 6), mostrando un retraso temporal respecto de la tendencia observada en los índices calculados a partir de sensores de oviposición. Este retraso se debe a que los sensores de oviposición 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 6) 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 observa un nuevo ascenso de los índices, que en la última semana modificaron el nivel de riesgo asociado pasando de riesgo entomológico moderado a alto (Gráfico 6). Cabe destacar que la carga retrospectiva de los datos podría modificar este escenario.

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 7A), 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) exceptuando la S29, la cual presenta un pico pronunciado, mostraron menores variaciones en relación a los datos provenientes de viviendas (Gráfico 7B).

Cuando se realiza la desagregación por región, se observa que, para la región NEA, ya desde la SE31 de 2024 se registraron índices larvarios elevados (Gráfico 8). La región osciló entre el riesgo entomológico alto y moderado durante la temporada de arbovirosis. Desde la SE23 se mantiene en un contexto de riesgo entomológico moderado (Gráfico 8).

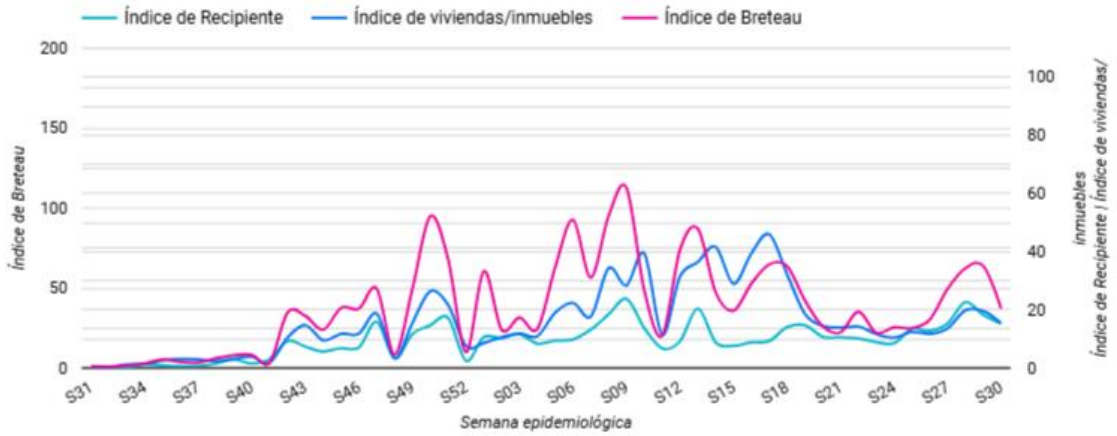
Para la región NOA, los índices larvarios empieza a aumentar a partir de la SE42 de 2024 (Gráfico 9) con bastantes oscilaciones posteriores y, en términos generales, valores del IB más elevados que en NOA. Desde la SE17 se aprecia una tendencia descendente del IV y el IB, aunque posteriormente esta tendencia se revierte a partir de la SE 23, mostrando un nuevo pico para el IB entre SE28 y SE29. Cabe destacar que la carga retrospectiva de los datos podría modificar este escenario.

Gráfico 8. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas en la región NEA SE 31 (2024)- SE 30 (2025).



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Gráfico 9. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas en la región NOA SE 31 (2024)- SE 30 (2025).



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[23]

Situación Regional: La actividad de influenza disminuyó aún más en las Américas esta semana, mientras que la circulación del VSR continuó su trayectoria ascendente. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja y estable en comparación con las semanas epidemiológicas (SE) anteriores. En América del Norte, la actividad de influenza continúa en niveles interestacionales. En el Caribe, el aumento previamente reportado en la circulación de influenza se ha estabilizado, con una tasa de positividad de 10.7%. El subtipo A(H1N1)pdm09 continúa siendo el predominante. La actividad del VSR se mantiene baja y estable en América del Norte, mientras que en el Caribe alcanzó una tasa de positividad de 10.3% tras incrementos importantes en las últimas dos SE. La actividad de SARS-CoV-2 se ha estabilizado en América del Norte y ha disminuido en el Caribe, donde la positividad alcanzó 11.1%. En Centroamérica, la actividad de influenza se mantiene elevada, con una tasa de positividad de 17.5%, aunque ha mostrado una tendencia descendente en las últimas semanas. La actividad del VSR aumentó en comparación con la semana anterior, aunque se mantiene en niveles bajos, mientras que la circulación de SARS-CoV-2 continúa en aumento. En la subregión andina, la actividad de influenza A aumentó en comparación con la semana previa, con una tasa de positividad de 12.0%. La actividad del VSR también aumentó, alcanzando una tasa de 10.1%, mientras que la circulación de SARS-CoV-2 se mantiene baja y estable. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza se mantiene elevada, pero la tendencia descendente observada persiste, con una tasa de positividad de 11.4%. La circulación del VSR continúa en aumento, aunque en niveles bajos, con una positividad de 5.9%, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 permanece en niveles bajos e interestacionales. En todas las subregiones se ha observado un aumento en la circulación de otros virus respiratorios (ORV), con una tasa de positividad global de 8.8%, impulsada principalmente por la actividad de rinovirus.

América del Norte: La actividad de influenza continúa disminuyendo en la subregión, con una tasa de positividad de 0.9%, y se mantiene en niveles interestacionales en México, Canadá y Estados Unidos. La mayoría de los casos SARI positivos se han asociado con influenza y VSR. La actividad del VSR sigue siendo baja y estable en todos los países de la subregión. La actividad de SARS-CoV-2 es relativamente baja en Estados Unidos y Canadá, aunque se observó un ligero aumento en comparación con la SE anterior. En contraste, en México la actividad se mantiene

[23] 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

alta, con una tasa de positividad de 15.2%, aunque con una tendencia descendente. La circulación de ORV en Canadá sigue elevada, impulsada principalmente por rinovirus, que alcanzó una tasa de positividad de 11.8%, aunque disminuyó por primera vez en varios meses.

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 se mantiene elevada en la subregión, impulsada principalmente por A(H1N1)pdm09, que representa la mayoría de los casos notificados de ILI y SARI. Sin embargo, la tendencia descendente continúa desde hace varias semanas, con una tasa de positividad actual de 17.5%. Tanto la circulación del VSR como la actividad de SARS-CoV-2 aumentaron esta semana, alcanzando tasas de positividad de 3.4% y 9.9%, respectivamente.

Países Andinos: La actividad de influenza ha aumentado en las últimas dos SE, con una tasa de positividad actual de 13.4%, asociada principalmente con la circulación de A(H1N1)pdm09. Tanto la circulación del VSR como la de SARS-CoV-2 también aumentaron, con tasas de positividad de 10.1% y 2.3%, respectivamente. Aunque los casos de ILI y SARI asociados con influenza muestran una tendencia descendente, una gran proporción de los casos SARI siguen asociados con VSR.

Brasil y Cono Sur: La actividad de influenza en la subregión, impulsada principalmente por A(H1N1), continúa disminuyendo, con una positividad actual de 11.4%. La detección de casos SARI ha mostrado una tendencia descendente constante en las últimas semanas, asociada principalmente con influenza y VSR. La circulación del VSR ha aumentado en las últimas dos SE, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 se mantiene 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 28 de 2025 se notificaron 637.889 casos de ETI, 86.056 casos de Neumonía y 66.669 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 verificó un ascenso tanto del porcentaje de positividad como de las detecciones, con predominio de influenza

A/H1N1. En las últimas semanas se observó un leve descenso, aunque continúan en niveles elevados. En este sentido, en las últimas dos semanas (SE28 y 29) se registraron 44 casos de influenza entre 192 muestras estudiadas.

Para VSR, se registraron 15 casos positivos entre las 112 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 28 y 29). En las últimas semanas se verifica un ascenso del porcentaje de positividad de VSR, con un promedio del 13,6% de positividad semanal en las últimas 4 semanas.

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 SE29/2025 se registraron 6 casos positivos para SARS COV 2 entre las 82 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE29 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 4.024 internaciones con diagnóstico de IRAG y 1.531 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.

Las notificaciones de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), presentaron un aumento desde la SE12, con un ascenso en las detecciones de virus influenza, principalmente influenza A/H1N1. Desde la SE 21 se registra un ascenso de las detecciones de VSR. En las últimas semanas se observó una ligera disminución en los casos de IRAG, aunque los valores se mantienen en niveles elevados.

En las últimas 4 semanas, entre 749 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 5 codetecciones de influenza y VSR, 93 detecciones de influenza, 2 casos de SARS-CoV-2 y 305 casos de VSR.[24]

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

Desde la SE11 se observó un incremento en el número de casos de Influenza, con predominio de Influenza A (H1N1), con un adelanto en el ascenso de casos en relación con lo observado en años anteriores. En las últimas semanas se registró un ligero descenso de la actividad, aunque con niveles aún elevados correspondientes con el comportamiento estacional del virus. En las SE 27 y 28 se observó un total de 1.116 detecciones de Influenza.

Con respecto a VSR, se registra un aumento en el número de casos desde la SE12, con 1400 detecciones en las últimas 2 SE (27 y 28).

Durante 2024, se registraron dos ascensos en el número de casos de COVID-19, el primero de ellos entre las SE 1 y 12, y, el segundo ascenso entre las SE29 y 51, de menor magnitud que el previo. En las primeras 28 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, con 234 detecciones en las últimas 2 SE (27 y 28).

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

[24] 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

Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos

Con respecto a las detecciones de influenza, desde SE 12 se registró un ascenso de los casos en personas internadas, con un leve descenso de la actividad en las últimas semanas, aunque con niveles aún elevados correspondientes con el comportamiento estacional del virus. En las últimas 2 SE (28 y 29) se detectaron 305 casos. En el año 2025 se registraron al momento 159 fallecidos con este diagnóstico.

En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados presentan un aumento desde la SE12. En las SE 28 y 29 se registraron 960 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 29/2025 se registraron 20 casos positivos con este diagnóstico y 1 caso fallecido.

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.[25]

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 29 semanas de 2025 en establecimientos UMA, se analizaron 3.336 muestras para SARS-CoV-2, de las cuales 136 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 3,74%. Además, en la última semana analizada, SE 29 del año 2025, se registraron 2 casos confirmados de SARS-COV-2 entre las 89 muestras estudiadas por PCR.

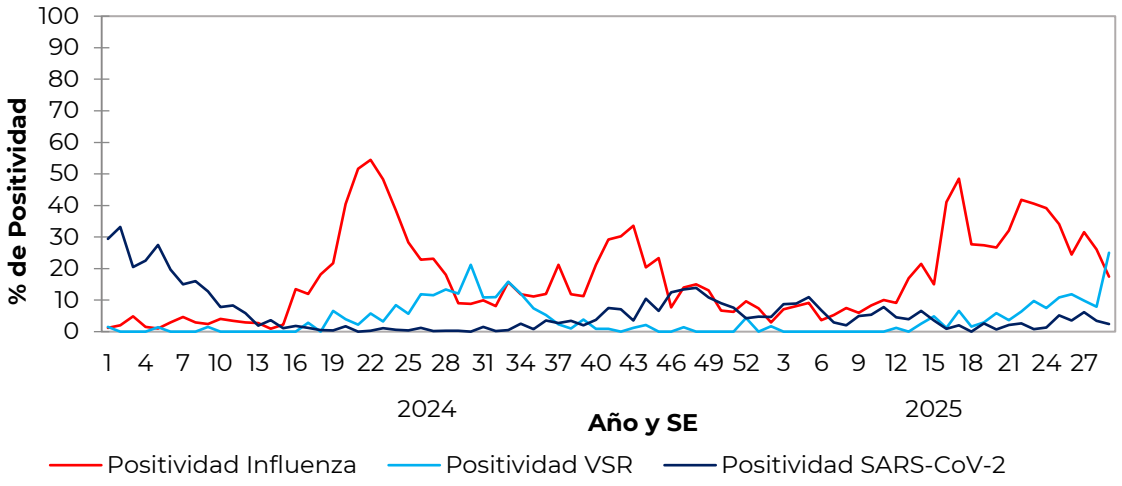
En relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16 de 2024, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 (ver gráfico 2). Posteriormente, si bien registró un descenso, permaneció en valores elevados, con oscilaciones, asociados a la circulación de influenza B, alcanzando una positividad máxima de 33,55% en SE43. En las primeras 29 semanas de 2025, se registraron 858 detecciones

[25] 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

entre 3.297 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 26,02%. A partir de la SE11, se verificó una tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad. En las últimas semanas se observó un leve descenso, aunque continúa en niveles elevados. En las SE28 y 29/2025 se notificaron 44 casos de influenza entre las 192 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 29 de 2025, de las 2.326 muestras estudiadas, 116 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,99%. En las últimas semanas se verifica un ascenso del porcentaje de positividad de VSR, con 15 casos entre las 112 muestras estudiadas en las SE28 y 29.

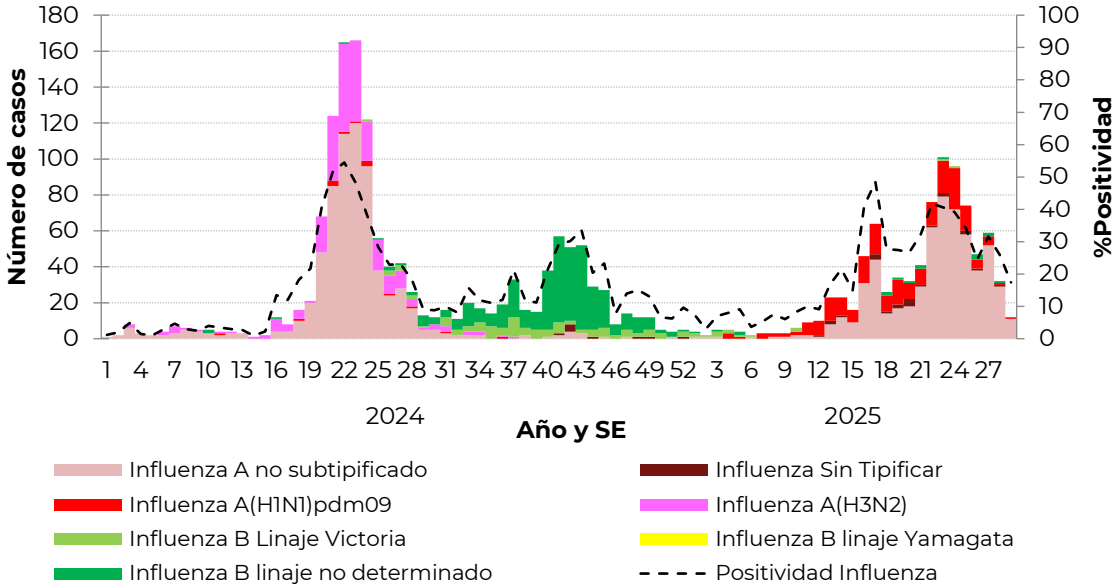
Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE29/2025



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

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 29 SE transcurridas de 2025 se detectan predominantemente casos de influenza A (n= 805), con un menor número de detecciones de influenza B (n=31). Entre los casos de influenza A, 211 detecciones corresponden a influenza A (H1N1), el resto permanece sin subtipificar. Además, se detectó el linaje Victoria en 14 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.

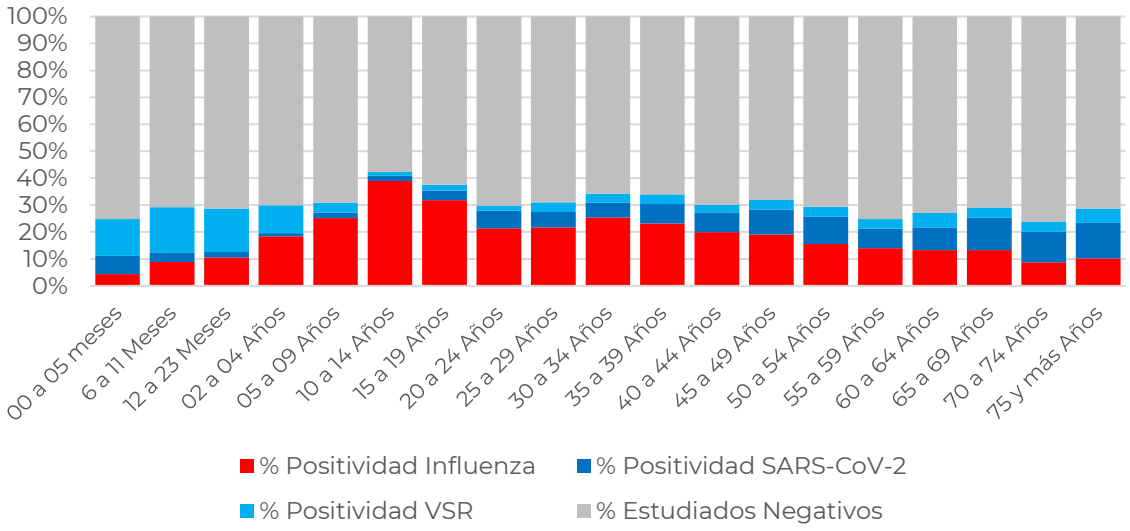
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE29/2025. Estrategia UMA. Argentina.



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[26].



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

[26] 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. [27]

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[28].

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[29].

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia[30] y shock[31] y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE1 de 2025 y la SE29 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 4.024 internaciones con diagnóstico de IRAG y 1.531 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[32].

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. En las últimas semanas se observó una ligera disminución en los casos de IRAG, aunque los valores se mantienen en niveles elevados, con un promedio de 272 casos semanales en las últimas 4 semanas.

[27] 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

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

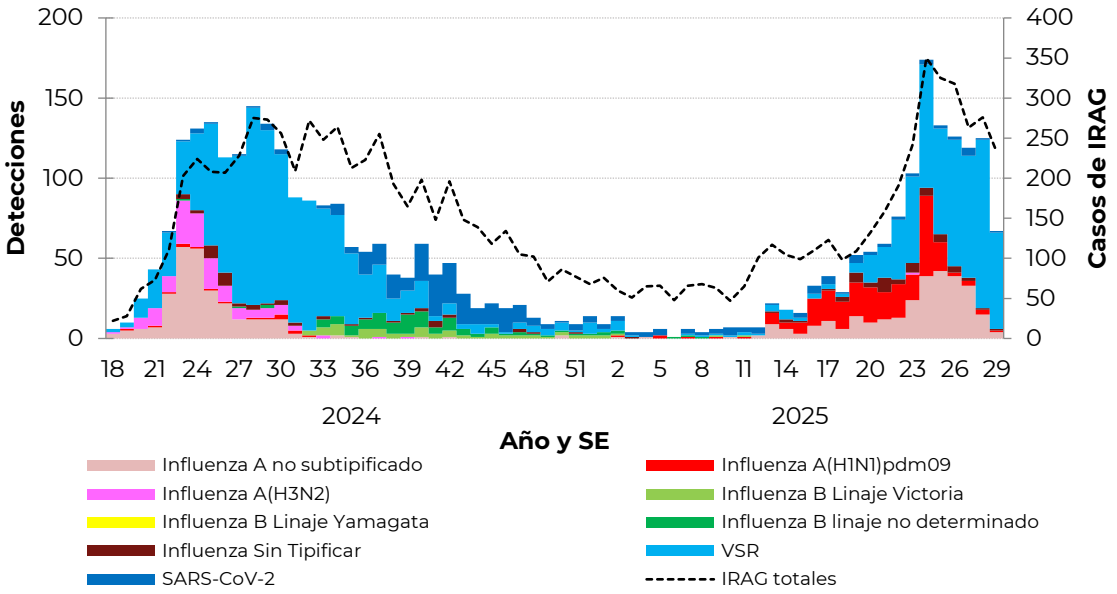
[29] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

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

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

[32] 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 29/2025



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]

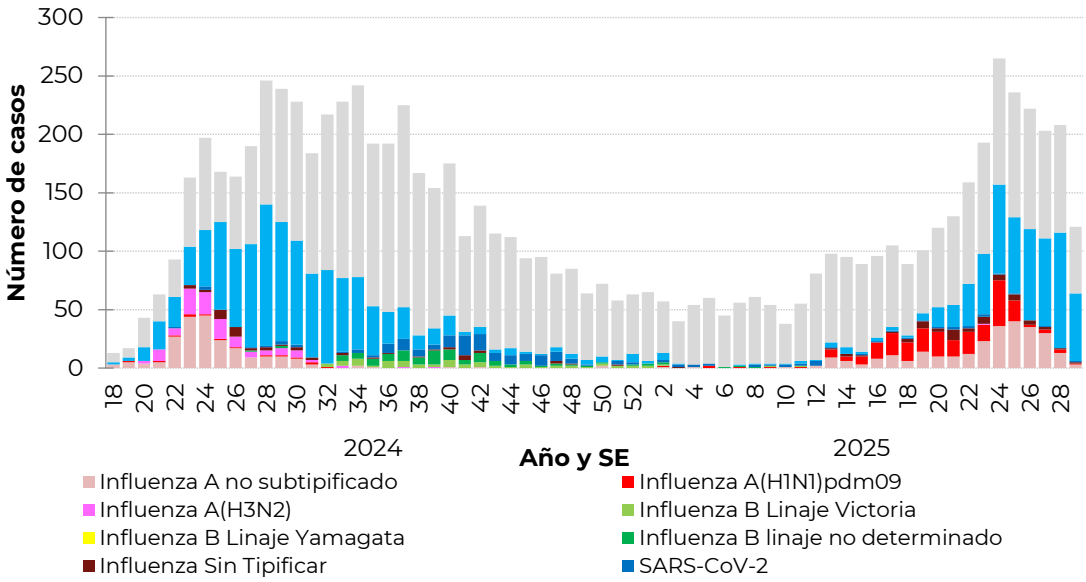
En relación a los casos de IRAG por **SARS-CoV-2,** si bien los casos se mantuvieron en niveles bajos desde SE18 de 2024, se registró un ligero ascenso desde SE36 de 2024, que alcanzó su máximo en SE 41 y 42 con descenso posterior.

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 verificó un ascenso de detecciones de influenza desde la SE13, con un pico en la SE 24 y un descenso continuo en las últimas semanas. Los casos corresponden predominantemente a influenza A, con un total de 545 detecciones en lo que va de 2025, y un menor número de casos de influenza B (n=12). En relación a los casos de Influenza A, se registraron 251 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, 54 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 80 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 29/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina [33].



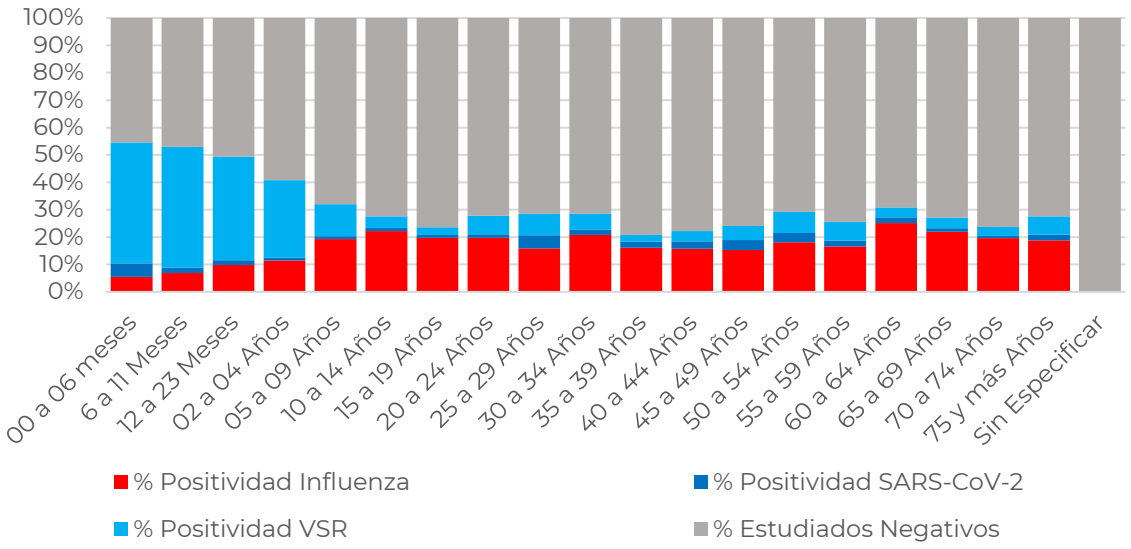
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0

En las últimas 4 semanas, entre 749 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 5 codetecciones de influenza y VSR, 93 detecciones de influenza, 2 casos de SARS-CoV-2 y 305 casos de VSR. Los restantes 344 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.

[33] 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 29/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina[34].



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.5.A. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN GENERAL

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

[34] 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 [35]

VI.6. 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

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

VI.7. Vigilancia Genómica de SARS-CoV-2

VI.7.A. SITUACIÓN MUNDIAL

Actualmente, se designaron 1 variante de interés (VOI), JN.1, y 6 variantes bajo monitoreo (VUM): KP.3, KP.3.1.1, XEC, LP.8.1, NB.1.8.1 y XFG[36],[37];[38].

A nivel mundial, JN.1 representó el 15,3 % de las secuencias en la semana 22 de 2025, con una tendencia ascendente respecto a las semanas anteriores. La última evaluación de riesgo de JN.1 se publicó el 15 de abril de 2024, con una evaluación general de bajo riesgo para la salud pública a nivel mundial basada en la evidencia disponible [39].

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

Entre ellas, NB.1.8.1, designada como VUM el 23 de mayo de 2025, presentó en la SE22 una proporción de 24,9 %, con una tendencia al leve descenso a nivel global, permaneciendo como la variante de SARS-CoV-2 más frecuentemente reportada. De acuerdo a la evaluación de riesgo publicada, el riesgo adicional para la salud pública asociado a NB.1.8.1 se considera bajo a nivel global, de acuerdo con la evidencia disponible[40].

XFG, la VUM más recientemente designada, presentó un incremento significativo en las proporciones global, pasando del 7,4 % en la SE19 al 22,7 % en la SE22, siendo reportada al 22 de junio por 38 países. El ascenso en las proporciones de esta variante se registró en las tres regiones que comparten secuencias consistentemente a GISAID, Región Pacífico Oriental, Región de las Américas y Región Europea. A pesar de que algunos países con mayor detección de XFG reportaron aumentos en casos y hospitalizaciones, no se ha asociado esta variante con mayor gravedad. Según la evaluación de riesgo publicada el 25 de junio de 2025, el riesgo adicional para la salud pública se considera bajo[41].

En relación a las demás VUM, LP.8.1 mostró una leve disminución en su proporción global (39,0 % en la SE17 y 22,6 % en la SE22). XEC, la variante de SARS-CoV-2 previamente más frecuente, disminuyó en prevalencia, representando el 5,2% de las secuencias en la semana 22 de 2025 frente al 11,0 % en la semana 19 de 2025. Las otras variantes bajo monitoreo siguen con tendencias descendentes a nivel global.

Las tasas decrecientes de pruebas y secuenciación a nivel mundial hacen que sea cada vez más difícil estimar el impacto de la gravedad de las variantes emergentes del SARS-CoV-2. Actualmente no se han reportado datos de laboratorio o informes epidemiológicos que indiquen cualquier asociación entre VOI/VUM y una mayor gravedad de la enfermedad. Los niveles bajos y no representativos de vigilancia genómica de SARS-CoV-2 continúan representando un desafío para evaluar adecuadamente el panorama de variantes.

---

[36] COVID-19 epidemiological update – 12 de marzo de 2025. Disponible en https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports

[37] OMS- Tracking SARS-CoV-2 variants-. https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants

[38] Tomado de: https://www.who.int/publications/m/item/updated-working-definitions-and-primary-actions-for--sars-cov-2-variants

[39] Updated Risk Evaluation of JN.1, 15 April 2024. Tomado de https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/15042024_jn1_ure.pdf?sfvrsn=8bd19a5c_7

[40] WHO TAG-VE Risk Evaluation for SARS-CoV-2 Variant Under NB.1.8.1 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/23052025_nb.1.8.1_ire.pdf

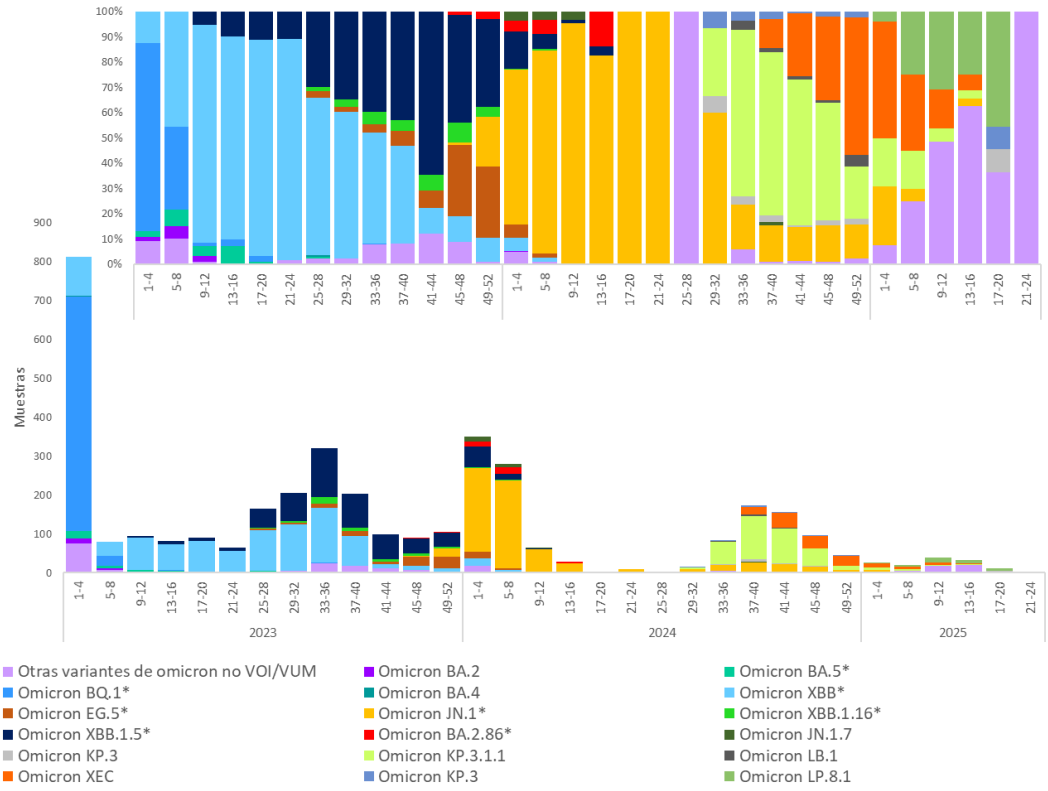
[41] Initial Risk Evaluation of XFG, 25 June 2025. Tomado de: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/25062025_xfg_ire.pdf?sfvrsn=260a9981_4

VI.7.B. SITUACIÓN NACIONAL

En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Ómicron. En relación a los linajes de Ómicron, se verifica un predominio de las variantes LP.8.1, XEC y KP.3.1.1.

Durante el periodo de 16 semanas comprendidas entre la SE9 y 24 de 2025, se notificaron al SNVS 82 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales LP.8.1* se identificó en un 30,49% (n= 25), seguida de XEC* en un 9,76% (n=8), KP.3.1.1* en un 3,66% (n=3), JN.1* en un 1,22% (n=1) y KP.3 1,22% (n=1) (*Indica la inclusión de linajes descendientes).[42]

Gráfico 1: Distribución absoluta y relativa de variantes identificadas según fecha de toma de muestra por cuatrisemanas. SE01/2023- SE24/2025. Total país[43];[44].



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

Durante el período mencionado, de acuerdo a la información actualizada al 25 de julio de 2025, el Laboratorio Nacional de Referencia de SARS-CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios — Servicio Virosis Respiratorias del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"— realizó la secuenciación de 105 virus detectados a partir de muestras recolectadas por los laboratorios integrantes de la Red Nacional de Virus Respiratorios, provenientes de 14 jurisdicciones: CABA, Tucumán, Entre Ríos, La Rioja, Buenos Aires, Santa Cruz, Chaco, Corrientes, Formosa, Mendoza, Salta, La Pampa, Santa Fe y Catamarca. Del total analizado, el 53.3% (n=56) correspondió a variantes no clasificadas como VOI/VUM, seguido por la variante LP.8.1* con un 22.9,0 % (n=24), y XEC con un 3.8 % (n=4).

[42] Información nacional actualizada el 22 de julio de 2025
[43] Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.
[44] La variante BA.2.86* fue analizada y reclasificada en VOI y VUM

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

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

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

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[45] 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[46]. 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.

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

[46] 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 25 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 62 casos asociados al brote y otras 5 notificaciones de casos sospechosos de los mismos establecimientos, se consideran asociados por nexo epidemiológico, totalizando 67 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 25/07/2025. 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	1	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	7		12	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	46	9	14	69	7
Total general	**67**	**10**	**17**	**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

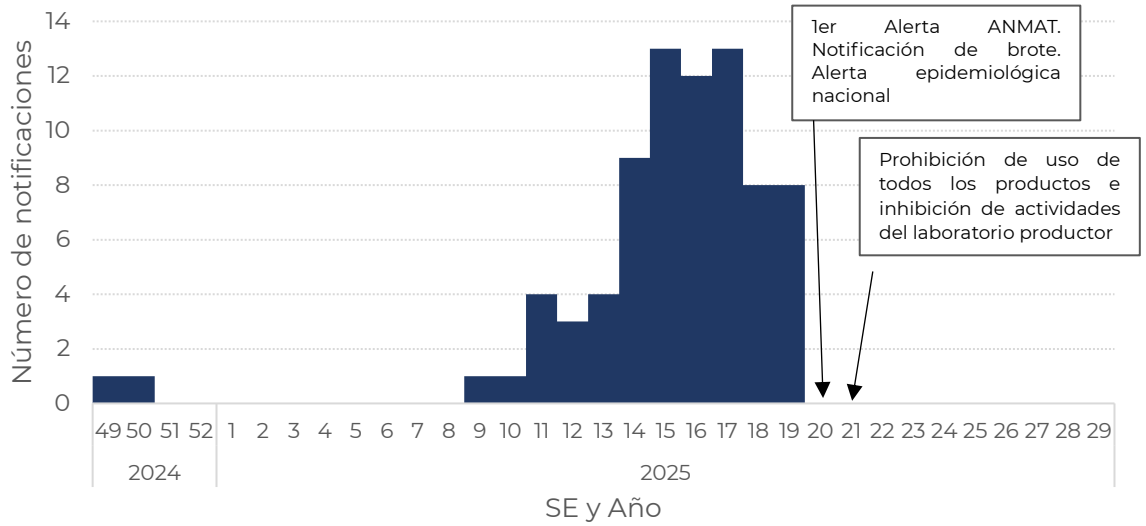
Con respecto a los casos notificados de la provincia de Santa Fe y luego de una trabajosa investigación epidemiológica realizada desde la jurisdicción, se llegó a la conclusión de

invalidar casos que no cumplían con la definición para la vigilancia del evento. Dada esta actualización, tanto el número total de casos confirmados como el número de fallecidos se han visto modificados.

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.

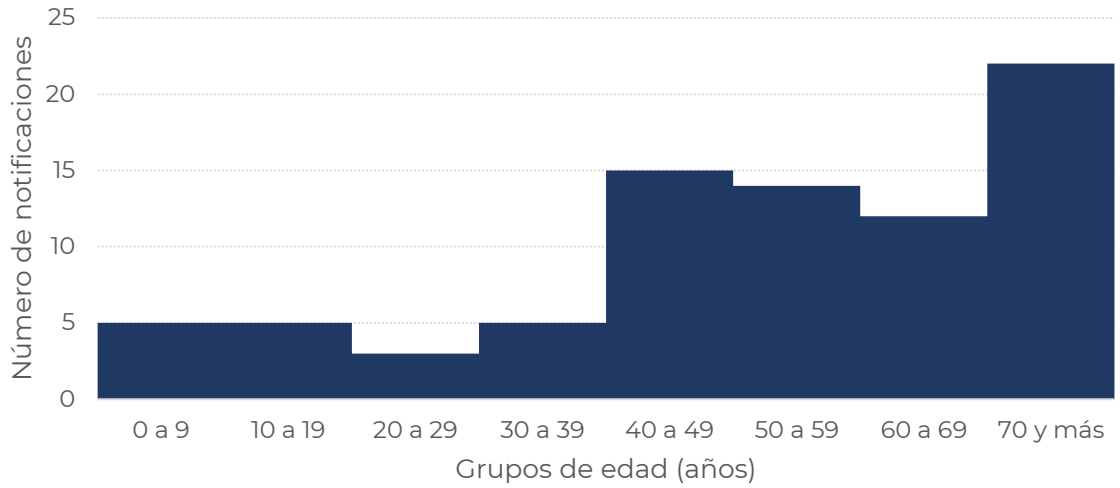
Gráfico 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: Distribución de casos asociados por LNR o nexo y sospechosos por SE y medidas sanitarias según semana epidemiológica. Argentina. Hasta el 25/07/2025. N=81*.



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 56 años y un rango entre 0 y 90 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 25/07/2025. N=81*.



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 48, 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[47]	*Klebsiella variicola*	*K. variicola* con score > 2.00 y 10% de divergencia entre especies
	Vitek-MS Prime IVD[48]	*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".

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[49]

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:

[47] La versión 13.0 está disponible en Microbenet
[48] Knowledge base IVD 3.3
[49] La asignación de este grupo de evento a los usuarios del SNVS debe realizarse a sus referentes jurisdiccionales o al mail nuevosnvs2@gmail.com

1. Haya recibido FENTANILO HLB / FENTANILO (CITRATO) entre noviembre de 2024 y el 15 de mayo de 2025[50] 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 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

[50] 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.

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

VIII. Boletines Jurisdiccionales

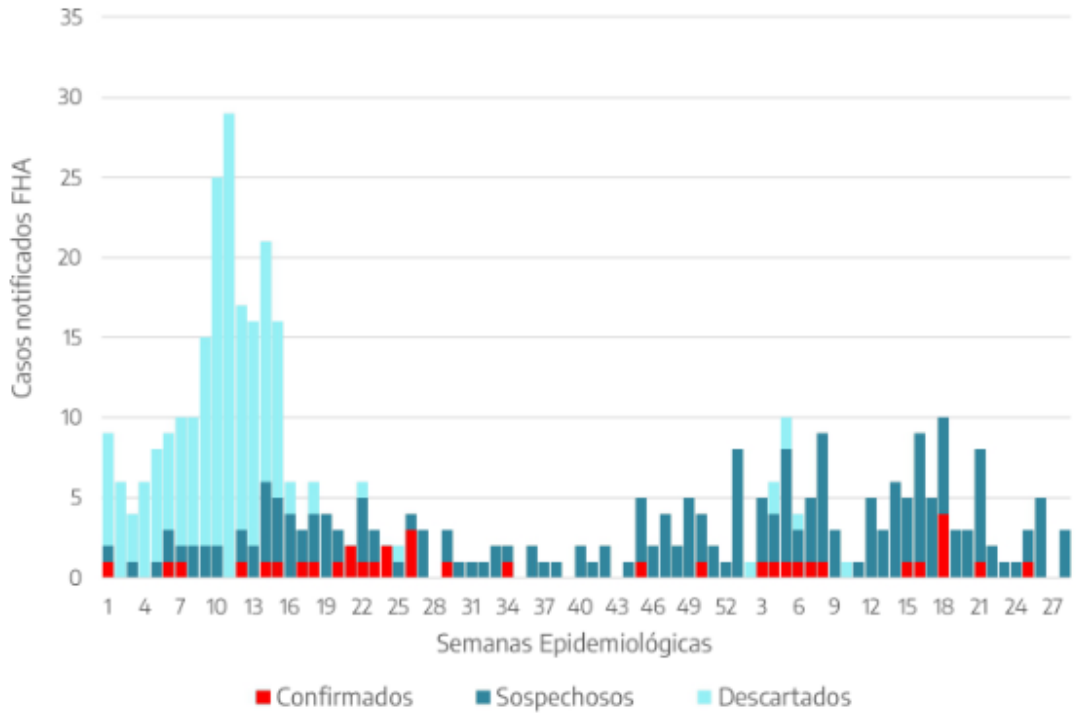
VIII.1. Buenos Aires: Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)

La FHA es una enfermedad inmunoprevenible que registra un aumento estacional de casos entre los meses de marzo a octubre en el área endémica.



En lo que va del año 2025 se notificaron en la provincia 125 casos sospechosos de FHA hasta la segunda semana de julio (SE 28), de los cuales 14 fueron confirmados por laboratorio, 7 descartados y 104 permanecen como sospechosos.

Casos notificados de Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) por semana epidemiológica. PBA, SE 1 a SE 28 de 2025. N= 125.

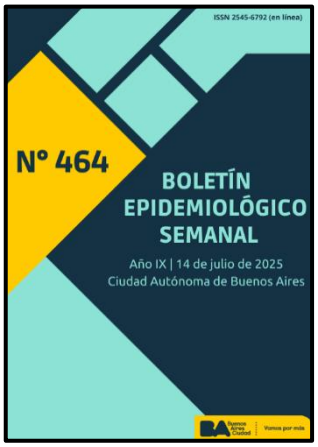


Fuente: SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

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

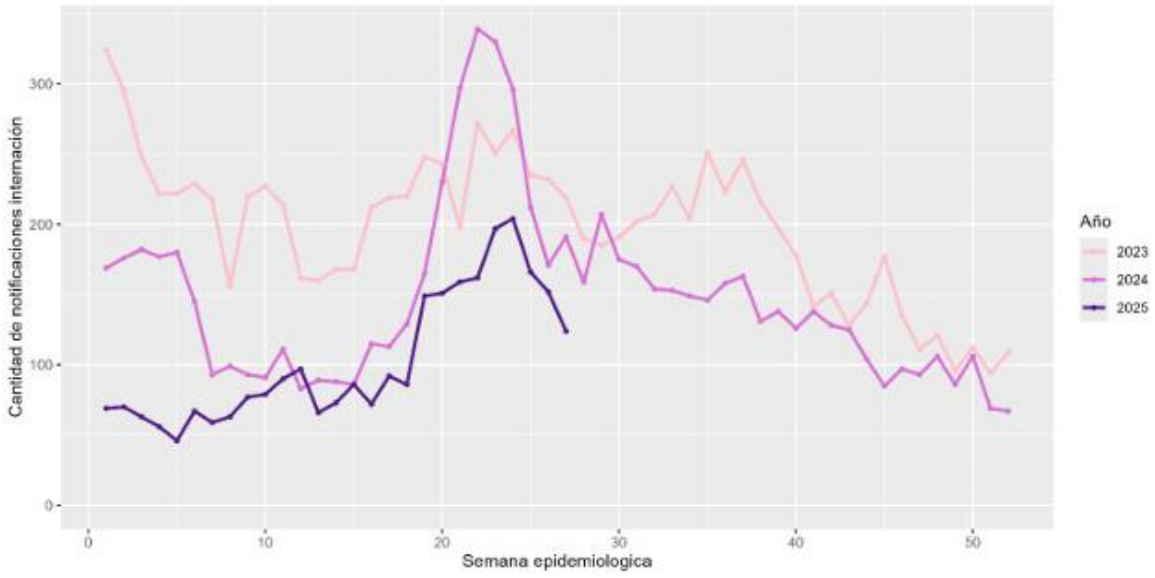
VIII.2. CABA: Eventos respiratorios de abordaje en internación



Se observa que el año 2024, así como el 2023 ha iniciado con un incremento de la notificación de eventos respiratorios asociados a internación -la cual se asocia a COVID-19, como se verá más adelante, que luego ha descendido, que luego se ha registrado en el otoño de 2024 una elevación de los casos asociadas especialmente a influenza, que luego ha descendido, ubicándose actualmente para 2025 en niveles inferiores a los registrados en esta época del año para 2023 y 2024, aunque con un incremento en general desde la SE 8 de 2025.

Un segundo comentario es que la circulación de SARS COV-2 de inicios de 2024 ha sido predominantemente -en términos relativos- en el ámbito ambulatorio.

Casos notificados en el SNVS de enfermedades respiratorias en eventos asociados a internación. Residentes CABA. Años 2023-24-25 (N= 20.743)



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

VIII.3. Entre Ríos: Infecciones respiratorias agudas (IRAs) - Neumonía



Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) abarcan una amplia gama de enfermedades, desde resfriados comunes y faringitis hasta bronquitis aguda y neumonía. Estas infecciones pueden ser causadas por diversos patógenos, incluidos virus, bacterias y, en casos menos frecuentes, hongos. Los virus son responsables de la mayoría de las IRAs, siendo los rinovirus, virus de la influenza y virus sincicial respiratorio algunos de los más comunes.

Al analizar los casos de Neumonía por grupos de edad, puede observarse un desplazamiento de la carga de enfermedad hacia los grupos más adultos en el periodo analizado del año 2025, en contraste con el mismo periodo del año 2024.

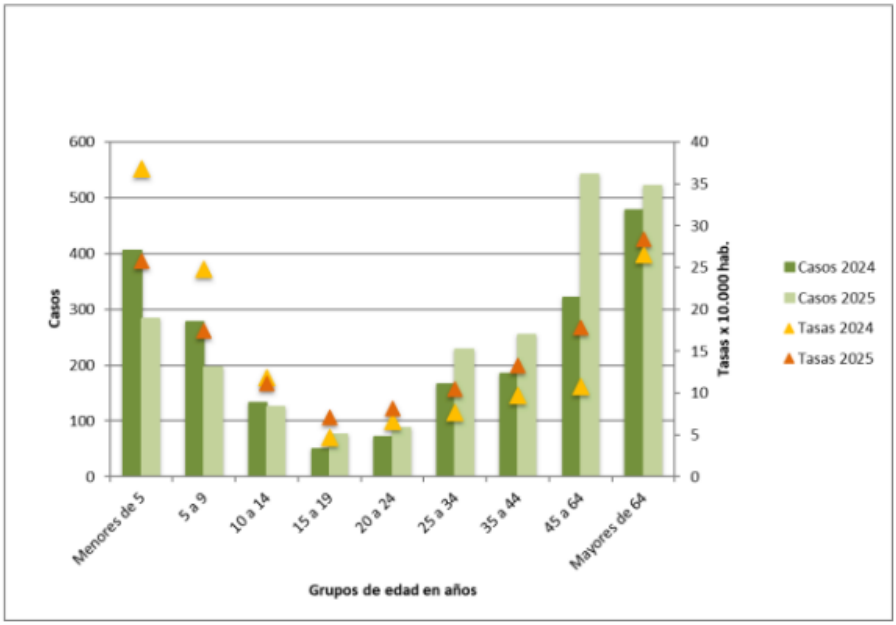
Además, en menores de 5 años de edad, tanto los casos como las tasas disminuyen en 2025 respecto a 2024, aunque se mantiene como uno de los grupos con mayor notificación.

En los grupos de 5 a 24 años de edad, los casos y tasas se reducen o se mantienen estables en lo que va del año 2025.

Luego, a partir del grupo entre 25 y 34 años de edad, comienza una tendencia creciente en 2025 tanto en casos como en tasas, que se acentúa progresivamente con la edad.

Por último, el grupo de pacientes de 45 a 64 años de edad muestra el mayor número de casos en 2025, mientras que el grupo de mayores de 64 años de edad alcanza las tasas más altas en 2025.

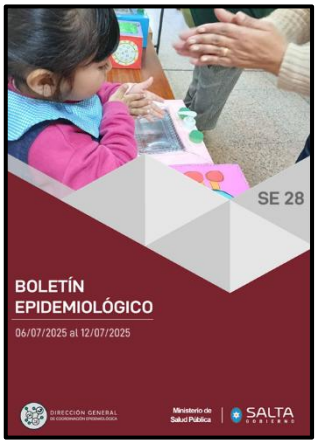
Distribución de casos y tasas de Neumonía por grupos de edad. SE 01 a 22, años 2024 (N=2.090)- 2025 (N=2.315), Entre Ríos.



Fuente: SNVS 2.0. Notificación agrupada componente clínico.

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

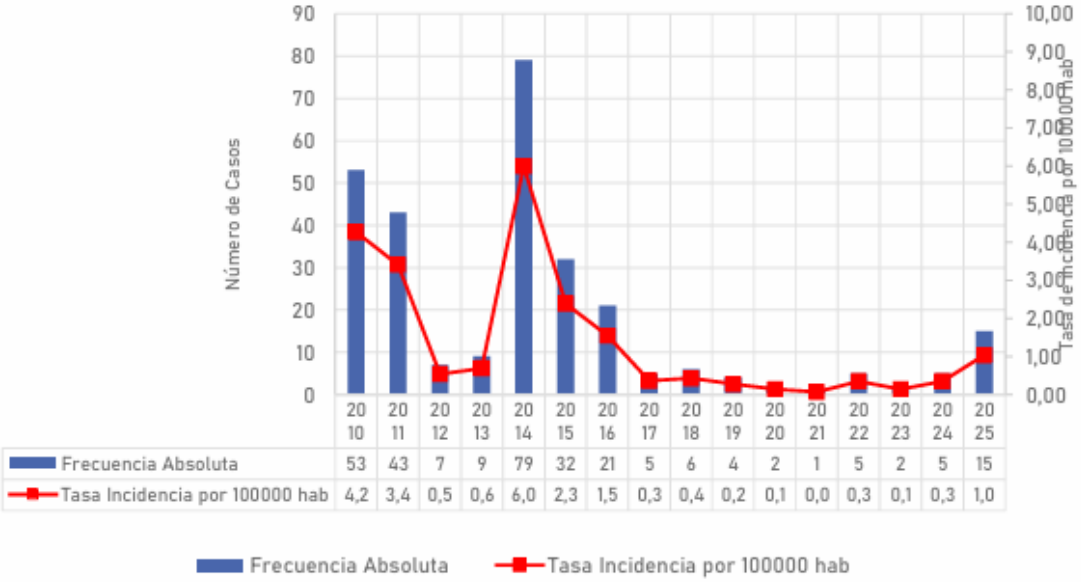
VIII.4. Salta: Hepatitis A



Hasta la semana epidemiológica (SE) N° 28 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 28 del año 2025.

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

Casos confirmados de Hepatitis A y tasa cada 100.000 habitantes, período 2010 hasta SE 28/2025. Provincia de Salta.



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

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

VIII.5. San Luis: Vigilancia de Enfermedades Febriles Exantemáticas: Sarampión



En la SE 17, fines del mes de abril, se notificó un caso sospechoso de sarampión que luego fue confirmado como importado en una beba de ocho meses de una comunidad menonita cercana a la localidad de Arizona.

La misma no contaba con vacunación para el evento por no corresponder por la edad y presentó antecedente de viaje al Estado de Chihuahua en México, donde actualmente se encuentran en brote epidémico. De este caso confirmado se pudo determinar el genotipo D8 del virus, coincidente con el genotipo circulante en México. Se realizó el seguimiento de contactos hasta el día 24/05/2025 no habiéndose identificado casos secundarios.

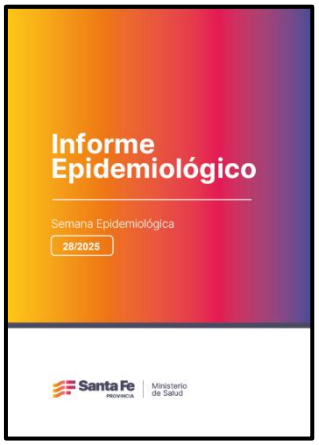
Mapa Nº 1: Caso confirmado de Sarampión durante el 2025. San Luis. Argentina. n= 1.



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

Para más información: partediarioepidemiologia@gmail.com

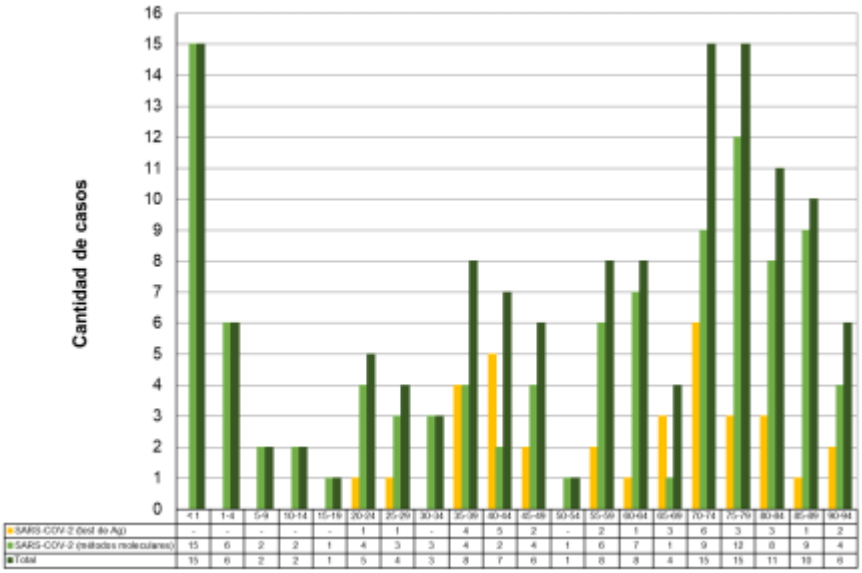
VIII.6. Santa Fe: SARS CoV-2 en pacientes ambulatorios



Desde la SE 01 hasta la SE 28 del 2025 se notificaron en la provincia de Santa Fe 137 casos positivos de SARS CoV-2 en pacientes ambulatorios e internados, de los cuales 103 casos fueron clasificados como "SARS CoV-2 por métodos moleculares" y 34 casos como "SARS CoV-2 por test de Ag".

A continuación, se presentan los casos confirmados de "SARS CoV-2 por grupos de edad. En menores de 19 años la confirmación fue por métodos moleculares. Desde los 20 años y más se observa que en todos los grupos de edad los casos fueron positivos por métodos moleculares, mientras que por test de Ag. no se registraron casos positivos bajo esta clasificación en los grupos de edad de 30 a 34 años y 50 a 54 años, pero si en el resto de los grupos.

Distribución de casos positivos de SARS-COV-2 en ambulatorios e internados según grupos de edad. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 28 del 2025. N= 137.



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

VIII.7. Tierra del Fuego: Bronquiolitis

A nivel provincial, la incidencia se ubica dentro de la zona de seguridad con un total de 192 casos acumulados.

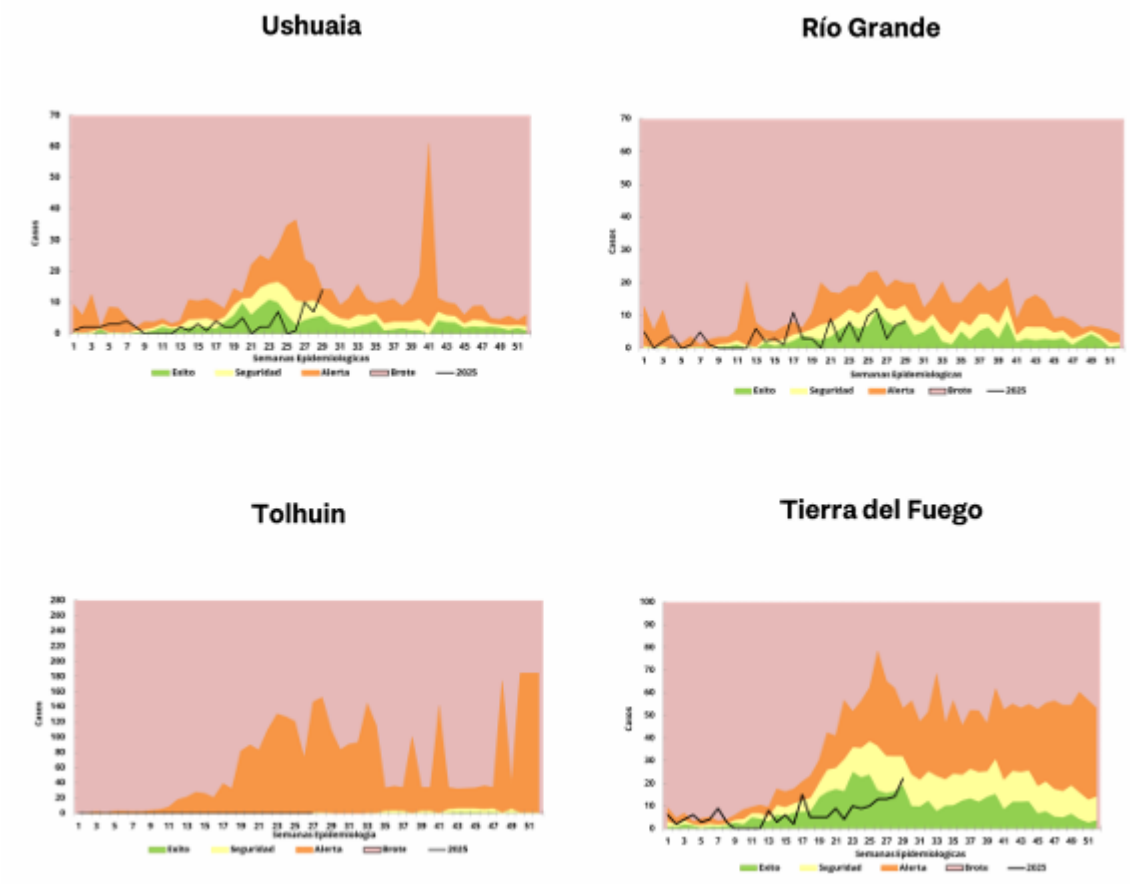
-En Ushuaia, con 83 casos, se ubica en zona de alerta.

-En Río Grande, con 109 casos, la incidencia se ubica en zona de seguridad.

-En Tolhuin, no se registraron casos de bronquiolitis hasta SE 29 de 2025.



Corredor endémico de bronquiolitis, año 2025 hasta SE29. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.



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

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

VIII.8. Tucumán: Eventos priorizados

La vigilancia epidemiológica, tiene como objetivo monitorear el comportamiento de la ENOS (Enfermedades de Notificación Obligatoria).

La siguiente tabla muestra la situación de aquellas enfermedades con mayor potencial epidémico, comparando con la situación promedio de 5 años anteriores a igual semana epidemiológica.



En los eventos priorizados, durante la semana epidemiológica 28, se registró un aumento significativo de Diarreas; una disminución Bronquiolitis, ETI, Neumonía y Escorpionismo.

Casos esperados y ocurridos para la SE 28 (6 al 12 de julio de 2025) de patologías priorizadas. Provincia de Tucumán.

Patología	Esperados	Ocurridos	Diferencia %	Chi^2	*Valor de p* *	Tasa de Incidencia por 1000	IC 95 %	
Diarreas	172	246	42,7	11,92	0,0006	16,3	14,2	18,3
Varicela	12	12	3,2	0,00	0,9679	0,8	0,3	1,2
Bronquiolitis	414	298	-28,1	20,70	0,0000	19,7	17,5	22,0
ETI	780	686	-12,0	7,42	0,0065	45,4	42,0	48,8
Neumonia	117	88	-24,7	4,51	0,0337	5,8	4,6	7,0
Escorpionismo	12	2	-83,2	7,23	0,0072	0,1	-0,1	0,3

Fuente: SNVS- Dirección de Epidemiología.

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

IX. 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 **julio** 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**
Julio	Brucelosis en embarazadas	Evento	Se deshabilitó el evento	
Julio	Hepatitis aguda grave de origen desconocido	Evento	Se deshabilitó el evento	

X. Taller regional de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de Brotes - Región Cuyo



Fuente: https://www.mendoza.gov.ar/prensa/mendoza-lanzo-el-curso-intensivo-de-vigilancia-epidemiologica-y-manejo-de-brotes-region-cuyo/

Desde la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se dio inicio esta semana al Taller Regional de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de Brotes para la Región de Cuyo. La provincia de Mendoza fue sede de esta primera cohorte, que reunió a equipos de salud de San Juan, San Luis y Mendoza en un espacio de formación, intercambio técnico y trabajo colaborativo.

El objetivo principal de esta capacitación fue fortalecer las capacidades regionales en vigilancia epidemiológica, investigación y respuesta ante brotes, promoviendo una actuación oportuna y eficaz ante eventos de importancia en salud pública. Para ello, se convocaron perfiles que no solo integran los equipos de vigilancia provincial, sino que también cumplen funciones de capacitación y coordinación en sus respectivas jurisdicciones, con la intención de replicar y multiplicar los aprendizajes en sus territorios.

El curso se desarrolló bajo una modalidad de taller intensivo, combinando presentaciones magistrales, análisis de casos reales, ejercicios prácticos, material de lectura y una instancia evaluativa. Esta dinámica permitió generar espacios de reflexión y debate en torno a los desafíos actuales de la vigilancia, así como reforzar herramientas conceptuales y operativas.

El encuentro representó un paso clave para consolidar una respuesta regional articulada ante brotes y eventos sanitarios, con el compromiso de continuar fortaleciendo el trabajo conjunto y sostenido entre los equipos provinciales, nacionales y los organismos internacionales.