



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° 762

Semana epidemiológica 25
AÑO 2025
Desde 15/06 al 21/06
Fecha de publicación
30/06/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA



AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Alejandro Alberto VILCHES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Autores de este boletín

EVENTOS PRIORIZADOS

Sarampión: Federico M. Santoro¹, Tamara Wainzinger¹, Pilar Plantamura¹, Lucia Valenzuela Chanteford¹, Margarita Caruso Stefanini¹, Julián Antman¹, Cecilia González Lebrero¹.

Dengue y otros arbovirus: Gabriela Fernández¹, Yasmin El Ahmed¹, Dalila Rueda¹, Federico M. Santoro¹, Silvina Moisés¹, Karina Chaves¹, Esteban Couto², Julieta Siches³, Mariana Basso³, Lucía Maffey³, Julián Antman¹, Cintia Fabbri⁴, Victoria Luppo⁴, María Alejandra Morales⁴, Gonzalo Díaz⁵, Carolina Cerrudo⁵, Gabriela Anahí Chiavetta⁵, Lorena Ferreira⁵.

Infecciones respiratorias agudas: Carla Voto¹, María Paz Rojas Mena¹, Dalila Rueda¹, Federico M. Santoro¹, Silvina Moisés¹, Lara Victoria Gomez¹.

Brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado: Yasmin El Ahmed¹, Julián Antman¹, Cecilia González Lebrero¹, Carlos Giovacchini⁷, Alejandra Corso⁸, Fernando Pasteran⁸, Juan Manuel de Mendieta⁸, Paulina Marchetti⁸, Alejandra Menocal⁸, Diego Faccone⁸, Ezequiel Albornoz⁸, Celeste Lucero⁸, Melina Rapoport⁸, Belén Sanz⁸, Nahir Gattoni⁸, Sonia Gomez⁸, Tomas Poklepovich⁹, María Sol Haim⁹, Mónica Prieto¹⁰, Ariel Gianecini¹⁰, y Lucia Cipolla¹⁰.

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

Hepatitis A: Federico M. Santoro¹, Tamara Wainzinger¹, Antonella Vallone¹, Julián Antman¹, Nancy Altaber⁶, Paula Vazquez⁶, María Laura Minassian⁶, Sara Vladimirsky⁶.

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

Irene Oks¹.

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA

Antonella Vallone¹, Morena Diaz¹, Laura Bidart¹, Agustina Page¹, Martina Prina¹.

Gestión del SNVS y de los datos de vigilancia: Alexia Echenique Arregui¹, Leonardo Baldivieso¹, Estefanía Cáceres¹, Guillermina Pierre¹, Juan Pablo Ojeda¹, Julio Tapia¹.

Compilación: Sebastián Riera¹, Franco Ormeño Mazzochi¹.

Coordinación General: Cecilia González Lebrero¹, Julián Antman¹.

¹ Dirección de Epidemiología.

² Instituto Nacional de Medicina Tropical.

³ Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades transmitidas por vectores.

⁴ Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui”, INEVH-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

⁵ Servicio Meteorológico Nacional.

⁶ Laboratorio Nacional de Hepatitis Virales, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

⁷ Departamento de Epidemiología, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

⁸ Servicio de Antimicrobianos, INEI-ANLIS “Carlos G. Malbrán”.

⁹ Unidad Operativa Centro Nacional de Genómica y Bioinformática - ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

¹⁰ Servicio Bacteriología Especial, INEI - ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

Agradecimientos:

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

Imagen de tapa:

El mono aullador carayá es sensible a la fiebre amarilla y actúa como centinela epidemiológico de la enfermedad, alertando sobre la presencia del virus en el ambiente antes de que afecte a los humanos. Los monos aulladores no transmiten la fiebre amarilla a humanos. Foto *aportada por Dra. Luciana Inés Oklander*.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°762, SE 25.

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.

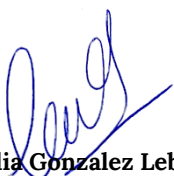
Desde la incorporación de la nueva estética y las tablas de ENO seleccionados, hasta la creación de la sección “Actualización periódica de eventos”, esta etapa ha permitido la publicación de 34 informes específicos: 22 corresponden a eventos abordados por primera vez y 12 a actualizaciones que profundizan 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 N.º 762 corresponde a la semana epidemiológica 25, que abarca desde el 15 hasta el 21 de junio de 2025. En esta edición se presenta información relevante para la vigilancia de la salud en Argentina, a partir de informes elaborados por equipos técnicos del Ministerio de Salud de la Nación, con el objetivo de fortalecer la capacidad de respuesta y el trabajo conjunto en las distintas jurisdicciones.

Entre los eventos priorizados, se incluye un análisis sobre sarampión, con un repaso de la situación regional e internacional. En especial, se destaca que Bolivia ha declarado la emergencia en el país por los casos confirmados que presenta. En relación con la situación argentina, se actualizan los datos de la vigilancia.

Se actualiza también la situación del dengue, con un repaso de la temporada actual, la distribución territorial de los casos, los serotipos circulantes, los casos en embarazadas y los indicadores utilizados para definir fases epidemiológicas.

Además, se presenta un análisis de la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas, con foco en la información provista por a través de las diferentes estrategias de vigilancia tanto clínica como laboratorial.

Se continúa incluyendo la actualización del estudio del brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado, con información sobre los aislamientos identificados, las definiciones de caso utilizadas y el desempeño de las plataformas MALDITOF-MS para la identificación de *Klebsiella variicola* y *Klebsiella pneumoniae*.

En la sección de eventos con actualización periódica se incorpora un nuevo informe de situación sobre hepatitis A, con datos acumulados del año en curso y recomendaciones técnicas para equipos de salud en relación con la toma de muestras, las medidas de control y la profilaxis post exposición.

Finalmente, se difunden aportes seleccionados de boletines jurisdiccionales, una nueva entrega del listado de modificaciones de codificaciones en el SNVS 2.0, y la convocatoria al concurso de ingreso 2025 a la Residencia Nacional en Epidemiología, junto con la séptima edición del curso “Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud”.

Desde la Dirección de Epidemiología, seguimos apostando por un boletín como espacio de circulación de saberes, diálogo técnico y mejora continua en la vigilancia de la salud colectiva.

Contenido

I. Editorial del BEN 761	5
II. Sobre este BEN	6
TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS	9
III. Tablas de ENO seleccionados	10
III.1. Nota metodológica	10
III.1.A. Sobre la construcción de las tablas	10
III.2. Eventos nominales confirmados	11
III.3. Eventos nominales notificados y confirmados	12
III.4. Eventos agrupados clínicos	13
III.5. Eventos agrupados laboratoriales	14
III.5.A. Sobre la construcción de esta tabla	14
EVENTOS PRIORIZADOS.....	16
IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión	17
IV.1. Introducción	17
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional	17
IV.2.A. Canadá	17
IV.2.B. Estados Unidos de América	18
IV.2.C. México	18
IV.2.D. Bolivia	19
IV.3. Situación actual en Argentina	19
IV.3.A. Indicadores para la vigilancia epidemiológica	20
IV.3.B. Sobre el seguimiento de los casos confirmados	22
IV.4. Recomendaciones para la comunidad	22
IV.5. Recomendaciones para los equipos de salud	22
IV.6. Vigilancia epidemiológica	22
IV.6.A. Definición y clasificación de caso:	22
IV.7. Medidas de prevención	23
IV.8. Medidas ante casos y contactos	23
IV.8.A. Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados:	23
V. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus	25
V.1. Situación regional de dengue y otros Arbovirus	25
V.1.A. Subregión Cono Sur	25
V.2. Situación de dengue en Argentina	28
V.2.A. Situación histórica	28
V.2.B. Indicadores basados en la vigilancia para determinar fases epidemiológicas. ACTUALIZACIÓN.	30
V.2.C. Casos de dengue según fase	32
V.2.D. Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras arbovirosis	32
V.2.E. Temporada actual	32
V.2.F. Distribución según región, jurisdicción y departamento	34
V.2.G. Situación según serotipos circulantes	37
V.2.H. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo”	38
V.2.I. Vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue	39
V.2.J. Favorabilidad para brotes de Dengue	40
V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus	42
V.4. Vigilancia entomológica	43
V.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición	43
V.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) –SE15 (2025)	43
V.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios	47
V.5. Situación epidemiológica de fiebre amarilla en argentina	50
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	51
VI.1. Nota Metodológica	51
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	51
VI.3. Síntesis de la información nacional destacada	52
VI.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	52
VI.3.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados	53
VI.3.C. Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios	53
VI.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados	54
VI.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI	54

VI.4.B.	Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG	57
VI.5.	Recomendaciones ante el aumento de casos de influenza y la circulación de virus respiratorios	60
VI.5.A.	Recomendaciones para la población general	60
VI.6.	Vacunación antigripal	61
VII.	Actualización de estudio de brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado	62
VII.1.	Introducción	62
VII.1.A.	Antecedentes	62
VII.1.B.	Sobre los aislamientos identificados y las definiciones de caso	63
VII.2.	Situación epidemiológica	64
VII.3.	Desempeño de plataformas MALDITOF-MS para la identificación de <i>Klebsiella variicola</i> y <i>Klebsiella pneumoniae</i>	66
VII.4.	Vigilancia epidemiológica	67
VII.4.A.	Modalidad de vigilancia y nota metodológica	67
VII.4.B.	Objetivos de la vigilancia	67
VII.4.C.	Definiciones de caso	67
ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS		69
VIII.	Hepatitis A - Actualización Informe epidemiológico	70
VIII.1.	Introducción	70
VIII.2.	Situación de Hepatitis A en Argentina	70
VIII.2.A.	Situación Epidemiológica de 2025	70
VIII.2.B.	Vigilancia Molecular HAV de 2025	71
VIII.3.	Recomendaciones para el equipo de salud	72
VIII.3.A.	Medidas ante casos y contactos	72
VIII.3.B.	Profilaxis Post Exposición	72
VIII.3.C.	Contención de brotes	72
VIII.3.D.	Medidas ante brotes	73
VIII.3.E.	Medidas en caso de desastre	73
VIII.4.	Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Hepatitis A	74
VIII.4.A.	Consideraciones generales	74
VIII.4.B.	Embalaje para derivación de muestras	74
VIII.5.	Recomendaciones para la población	74
VIII.5.A.	Medidas preventivas	74
VIII.6.	Conclusiones	75
VIII.7.	Sobre este informe	76
VIII.7.A.	Vigilancia Epidemiológica de Hepatitis A	76
VIII.7.B.	Modalidad de vigilancia y nota metodológica	76
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES		77
IX.	Boletines Jurisdiccionales	78
IX.1.	Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA)	78
IX.2.	Chubut: Enfermedad Tipo Influenza (ETI)	79
IX.3.	Salta: Hepatitis A	80
IX.4.	Santa Fe: Virus respiratorios	81
IX.5.	Tierra del Fuego: Respiratorias agrupadas	82
IX.6.	Tucumán: Enfermedad Tipo Influenza (ETI)	83
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA		84
X.	Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	85
XI.	Residencia Nacional en Epidemiología y el Concurso de Ingreso 2025.	87
XI.1.	Información detallada sobre la residencia:	87
XI.1.A.	Profesiones habilitadas a concursar:	87
XI.1.B.	Publicación de información definitiva del Concurso Unificado:	87
XII.	7° Edición: Curso Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud	88

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**, contruidos 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.

NOTAS ADICIONALES A TENER EN CUENTA

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

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

III.2. Eventos nominales confirmados

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

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-25. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-25	2025 Acumulados SE 1-25	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	1	1	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	90	81	-9	-10%
Enf. zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	4.318	8.205	3.887	90%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	187	268	81	43%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	70	86	16	23%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	5	4	-1	-20%
	Cisticercosis	4	4	0	0%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.597	4.513	1.916	74%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	293	521	228	78%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	18	30	12	67%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	13	7	117%
	Brucelosis	54	52	-2	-4%
	Hantavirus	29	33	4	14%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	15	12	400%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	762	771	9	1%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	5	11	6	120%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	3	15	12	400%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	0	20	20	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	1	1	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	5.190	5.190	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	361	361	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	273	273	N/A
Pandrogro resistencia	Pandrogro resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogro resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
	Pandrogro resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	6.260	8.209	1.949	31%

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

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

III.3. Eventos nominales notificados y confirmados

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

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-25. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-25		2025 Acumulados SE 1-25		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enf. prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	1.623	58	1.314	127	-309	-19%	69	119%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	452	1	4.784	35	4.332	958%	34	3400%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	452	0	4.784	0	4.332	958%	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	1.028	423	1.327	433	299	29%	10	2%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomieltis	53	0	53	0	0	0%	0	N/A
Enf. Transmisibles por vectores	Dengue	83.951	54.699	57.338	17.395	-26.613	-32%	-37.304	-68%
	Encefalitis de San Luis	180	5	260	0	80	44%	-5	-100%
	Fiebre amarilla humana	104	0	127	0	23	22%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	31	0	54	0	23	74%	0	N/A
	Zika	1.435	0	766	0	-669	-47%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	201	68	142	34	-59	-29%	-34	-50%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.421	38	1.392	121	-29	-2%	83	218%
	Psitacosis	174	30	473	98	299	172%	68	227%
ETMI - Enf. del niño	Chagas agudo congénito	703	28	734	27	31	4%	-1	-4%
	Sífilis Congénita	1.473	467	447	433	-1.026	-70%	-34	-7%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	2	0	2	N/A	0	N/A
ETMI - Enf. en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1.162	1.110	899	754	-263	-23%	-356	-32%
	Sífilis en embarazadas	5.009	4.446	5.597	5.230	588	12%	784	18%
	Hepatitis B en embarazadas	0	27	59	15	59	N/A	-12	-44%
Hepatitis virales	Hepatitis A	76	21	146	74	70	92%	53	252%
	Hepatitis B	1.341	322	1.576	340	235	18%	18	6%
	Hepatitis C	1.190	581	1.117	651	-73	-6%	70	12%
	Hepatitis E	23	2	16	1	-7	-30%	-1	-50%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	15.349	12.129	24.236	20.901	8.887	58%	8.772	72%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	417	301	590	473	173	41%	172	57%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	19	1	148	49	129	679%	48	4800%

Nota: La asignación de la semana epidemiológica a los casos de coqueluche que se notifican a través del SNVS se realiza utilizando una fecha mínima.

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

III.4. Eventos agrupados clínicos

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

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

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

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

Tabla 3. Tabla de agrupados clínicos. SE 1-25. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-25	2025 Acumulados SE 1-25	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmitidas por alimentos	Diarrea	337.196	376.464	39.268	12%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	932	921	-11	-1%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	555	379	-176	-32%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin	44.737	26.195	-18.542	-41%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	541.386	470.371	-71.015	-13%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	34.557	27.741	-6.816	-20%
	Neumonía (sin especificar)	39.784	30.543	-9.241	-23%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	0	2.719	2.719	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	1	1.881	1.880	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	13.378	13.378	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	860	859	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	3	3.375	3.372	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	3	2.958	2.955	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	49	16.495	16.446	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	12	3.230	3.218	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	3	1.378	1.375	N/A
	Lesiones por electrocución	0	366	366	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	388	388	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	1	36.112	36.111	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	0	12.672	12.672	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	6	18.033	18.027	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	288	288	N/A
	Otras lesiones en el hogar	2	13.276	13.274	N/A

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

III.5. Eventos agrupados laboratoriales

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

Para los eventos agrupados laboratoriales (cuarta tabla), es preciso señalar que los datos se presentan tal como están registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), sin modificaciones o reclasificaciones posteriores. Esto implica que no se aplican procesos

de validación adicionales ni criterios específicos de clasificación manual o por algoritmo, como ocurre en las tablas de eventos nominales.

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

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

Tabla 4. Tabla de eventos agrupados laboratoriales. SE 1-25. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-25		2025 Acumulados SE 1-25		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	2.012	118	1.638	91	-374	-19%	-27	-23%
	Infección por Mycoplasma genitalium	344	6	278	6	-66	-19%	0	0%
	Infección por Mycoplasma hominis	1.374	136	1.337	179	-37	-3%	43	32%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	7.657	252	2.654	185	-5.003	-65%	-67	-27%
	Infección por Trichomonas vaginalis	12.008	1.305	8.347	1.042	-3.661	-30%	-263	-20%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

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

IV.1. Introducción

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

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

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

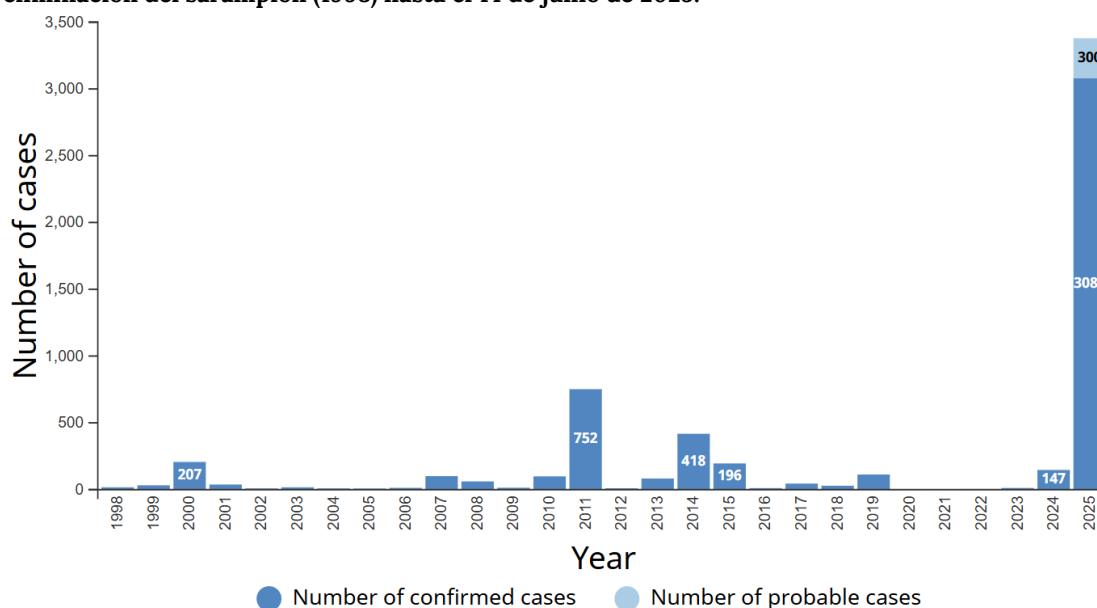
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional

IV.2.A. CANADÁ⁵

En 2025, se han notificado un total de 3.381 casos de sarampión (3.081 confirmados, 300 probables) en 9 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta **el 14 de junio de 2025**.

En la semana 24 (del 8 al 14 de junio de 2025), se notificaron 221 nuevos casos de sarampión (203 confirmados y 18 probables) en 5 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Ontario y Saskatchewan).

Figura 1. Número de casos de sarampión notificados en Canadá por año de inicio del exantema, desde la eliminación del sarampión (1998) hasta el 14 de junio de 2025.



⁵ <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>

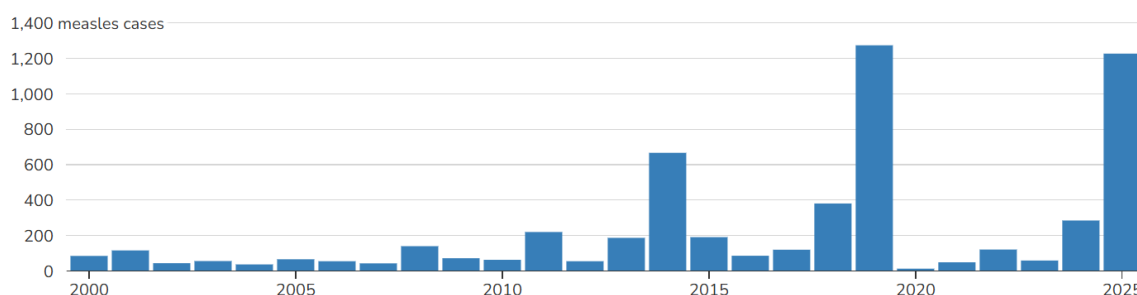
IV.2.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA ⁶

Al 24 de junio de 2025, se notificaron un total de 1.227 casos confirmados de sarampión en 37 jurisdicciones: Alaska, Arkansas, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pensilvania, Rhode Island, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Vermont, Utah, Virginia y Washington.

En 2025 se han notificado 23 brotes, y el 89% de los casos confirmados (1.088 de 1.227) 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 24/06/25).



IV.2.C. MÉXICO⁷

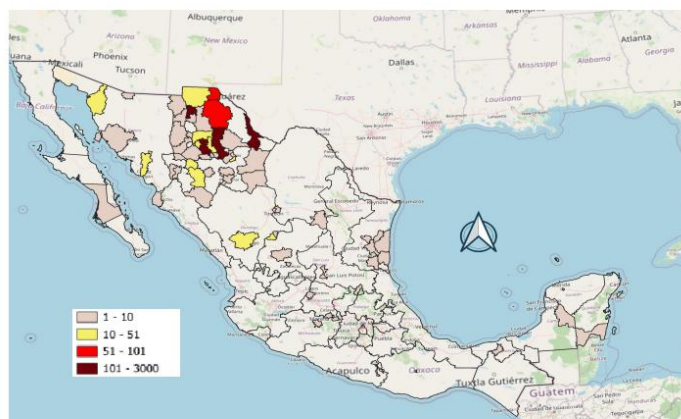
Al 26 de junio, se han reportado 2.703 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 31 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 18 estados y 61 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 9 fallecimientos.

⁶ <https://www.cdc.gov/measles/data-research/index.html>.

⁷ <https://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, 26 de junio 2025, México.



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

IV.2.D. BOLIVIA⁸

Por resolución del Consejo Nacional Estratégico para Emergencias Sanitarias, el martes 24 de junio de 2025, el Ministerio de Salud y Deportes declaró Emergencia Sanitaria Nacional ante el incremento de casos de sarampión en Bolivia, por tanto, de forma inmediata se trabaja en un plan para la toma de acciones con todos los niveles del Estado y coordinación permanente. **Desde el 21 de abril al 24 de junio se reportaron 60 casos positivos en el país.**

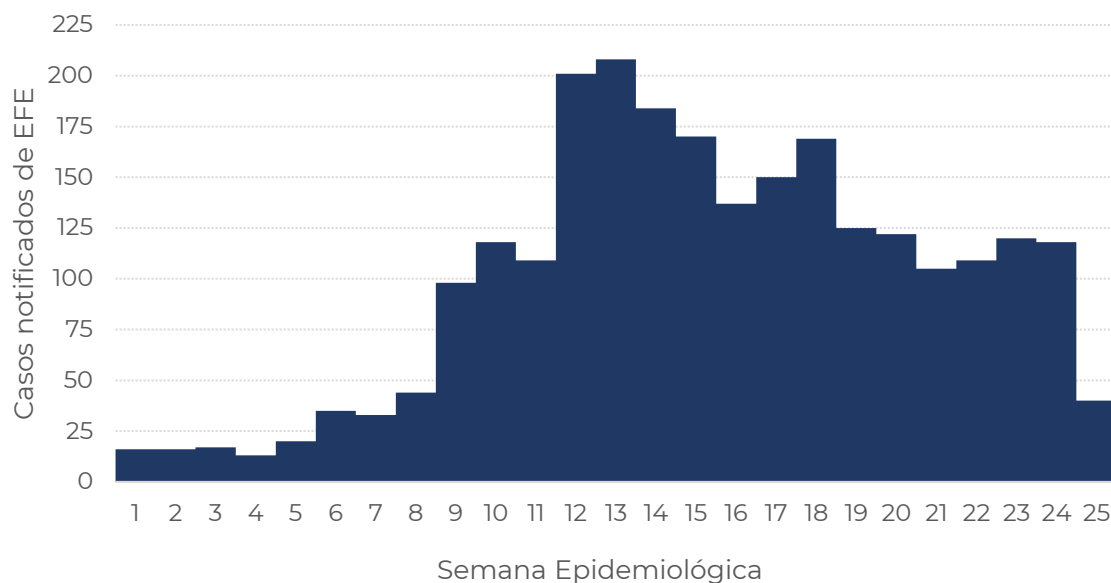
IV.3. Situación actual en Argentina

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 2.477 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el país (Gráfico 1). A partir de la Semana Epidemiológica (SE) 6, coincidiendo con la emisión del alerta epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, se evidencia un aumento progresivo en la notificación de casos, alcanzando su punto máximo en las semanas 12 y 13.

A la fecha, no hay nuevos casos confirmados con respecto a la semana anterior, encontrándose confirmados 34 casos de sarampión en el país, de los cuales 20 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.

⁸<https://www.minsalud.gob.bo/8696-bolivia-declara-emergencia-sanitaria-nacional-por-sarampion-para-control-y-contencion-de-la-enfermedad>

Gráfico 1. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE25 de 2025. N= 2.477



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

IV.3.A. INDICADORES PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

En el *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita 2018–2023* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se establece como línea estratégica de acción N.º 2 el fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica para estas enfermedades. En el marco de esta línea, se define el Objetivo 2.1, orientado a *monitorear la calidad y la sensibilidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita*. Para su evaluación, se proponen los siguientes indicadores:

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

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

A continuación, se presenta una tabla con la distribución de casos confirmados y sospechosos por provincia, la tasa esperada por jurisdicción y el grado de cumplimiento de cada una hasta la fecha de corte del informe.

Tabla 1. Distribución de casos notificados y confirmados por jurisdicción en Argentina. Tasa cada 100 mil habitantes y notificaciones esperadas para el período actual. SE1 a SE25 de 2025⁹.

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100 mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	20	1493	8,1	174	367
CABA	13	590	19,1	29	62
Catamarca		10	2,3	4	9
Chaco		22	1,7	12	25
Chubut		20	3,0	6	13
Córdoba		61	1,5	37	79
Corrientes		6	0,5	11	23
Entre Ríos		37	2,6	14	29
Formosa		2	0,3	6	13
Jujuy		31	3,8	8	16
La Pampa		19	5,1	4	7
La Rioja		1	0,2	4	8
Mendoza		57	2,7	20	42
Misiones		7	0,5	13	27
Neuquén		3	0,4	7	14
Río Negro		6	0,8	8	16
Salta		12	0,8	14	30
San Juan		10	1,2	8	16
San Luis	1	8	1,5	5	11
Santa Cruz		8	1,9	4	8
Santa Fe		46	1,3	35	73
Santiago del Estero		13	1,3	10	21
Tierra del Fuego		1	0,5	2	4
Tucumán		14	0,8	17	36
Total	34	2477	5,2	450	949

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

En la tabla precedente se observan 2 situaciones. En primer lugar, las jurisdicciones que presentan notificaciones por encima de lo esperado para la fecha, teniendo en cuenta las notificaciones al 21 de junio a partir de la tasa anual de 2 x 100.000. Así, la provincia de Buenos Aires, en todo el año debería alcanzar las 367 notificaciones y en la actualidad cumplir con al menos 174. Por este motivo, las 1.493 que se constatan en esta jurisdicción (en verde) están por encima de lo esperado. De hecho, al igual que CABA, ambas jurisdicciones con casos confirmados, superaron holgadamente las notificaciones esperadas para todo el año. También

⁹ Los casos notificados corresponden a los reportados hasta la SE21, mientras que la información sobre los casos confirmados refleja la más reciente disponible al momento de la elaboración de este boletín epidemiológico.

presentaron más notificaciones que las esperadas para todo el año las siguientes provincias: Catamarca, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa y Mendoza.

Por encima de lo esperado, específicamente, para la fecha actual, se encuentran: Chaco, Córdoba, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe y Santiago del Estero.

En rosado se muestra la segunda situación posible: aquellas jurisdicciones que presentan menos notificaciones que las esperadas para la fecha. Aquí se encuentran Corrientes, Formosa, La Rioja, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, Tierra del Fuego y Tucumán.

IV.3.B. SOBRE EL SEGUIMIENTO DE LOS CASOS CONFIRMADOS

A la fecha de publicación del presente boletín (30 de junio de 2025), no quedan casos confirmados que puedan generar casos secundarios. El último caso confirmado presenta fecha de exantema el 26 de mayo de 2025.

IV.4. Recomendaciones para la comunidad

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

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

IV.5. Recomendaciones para los equipos de salud

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

IV.6. Vigilancia epidemiológica

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

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.6.A. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASO:

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

Persona de cualquier edad con fiebre (temperatura axilar $>38^{\circ}\text{C}$) y exantema, independientemente del antecedente vacunal, o bien que un personal de salud sospeche sarampión o rubéola.

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

IV.7. Medidas de prevención

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

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

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

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

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

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

Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:

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

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

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

IV.8. Medidas ante casos y contactos

IV.8.A. MEDIDAS ANTE CASOS SOSPECHOSOS Y/O CONFIRMADOS:

- Instaurar medidas de aislamiento respiratorio: uso de barbijo para la persona con sintomatología y para acompañantes para la circulación y atención dentro de la institución.
- Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios.
- Asegurar la atención de manera inmediata, evitando traslados innecesarios (evitar circular en transportes públicos y dentro de las instituciones, en caso de ser necesario salir de domicilio debe utilizar doble barbijo)
- El personal de salud a cargo de su atención deberá Utilizar barbijo de Alta eficiencia (N95); y contar con carnet de vacunación que certifique al menos 2 dosis en la vida con componente de sarampión doble viral (DV) o triple viral (SRP) o el antecedente clínico/serológico que demuestre haber padecido la enfermedad o haber sido inmunizado con vacuna.
- Informar inmediatamente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso, sin esperar resultados de laboratorio.

- Confeccionar la ficha de investigación epidemiológica y reportar los datos de la misma en el SNVS 2.0, evento “Enfermedad Febril Exantemática”.
- Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: tomar siempre muestra de sangre sumado a una muestra de orina dentro de los 14 días posteriores a la aparición de exantema y/o hisopado o aspirado nasofaríngeo (HNF o ANF) preferentemente dentro de los 7 días de inicio del cuadro. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que debe realizarse dentro de las 48 hs. posteriores a la toma.

Vacunación dentro de las 48 a 72 hs

1. Contactos entre 6 y 11 meses de edad deberán recibir UNA DOSIS de vacuna triple o doble viral. Esta dosis no debe ser tenida en cuenta como parte del esquema de vacunación del calendario nacional.
 2. Contactos de 12 meses: se deberá asegurar UNA DOSIS de vacuna triple viral.
 3. Contactos de 13 meses o más (excepto personas adultas nacidas antes de 1965) se deberán asegurar DOS DOSIS de vacuna con componente anti sarampiñoso.
 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](#)

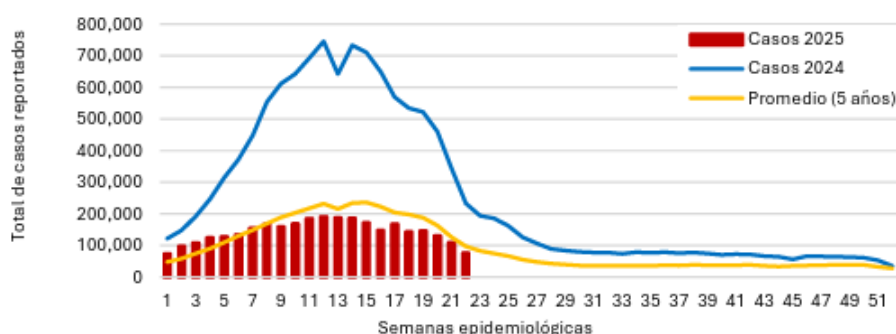
V. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus

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 22, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 20 de junio.

A la semana epidemiológica (SE) 22 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,144,613 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 309 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 70% en comparación al mismo periodo del 2024 y de 12% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 22 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 3,144,613 casos de dengue reportados en las Américas, 1,260,525 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 3,961(0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,400 muertes por dengue, para una letalidad del 0.045%.

Catorce países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 22. Estos países registran en conjunto 75,308 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 22.

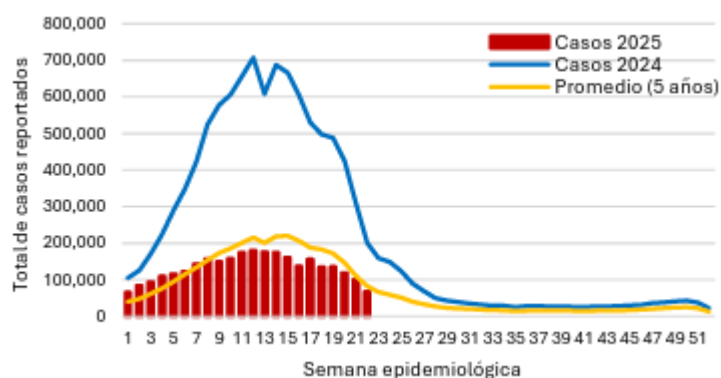
Del total de casos registrados en la SE 22, 71 fueron casos de dengue grave (0.1%) y se reportaron 22 muertes para una letalidad de 0.029%.

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

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 66,704 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 22. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 71% en comparación con la misma semana del 2024 y de 11% con respecto al promedio de los últimos 5 años

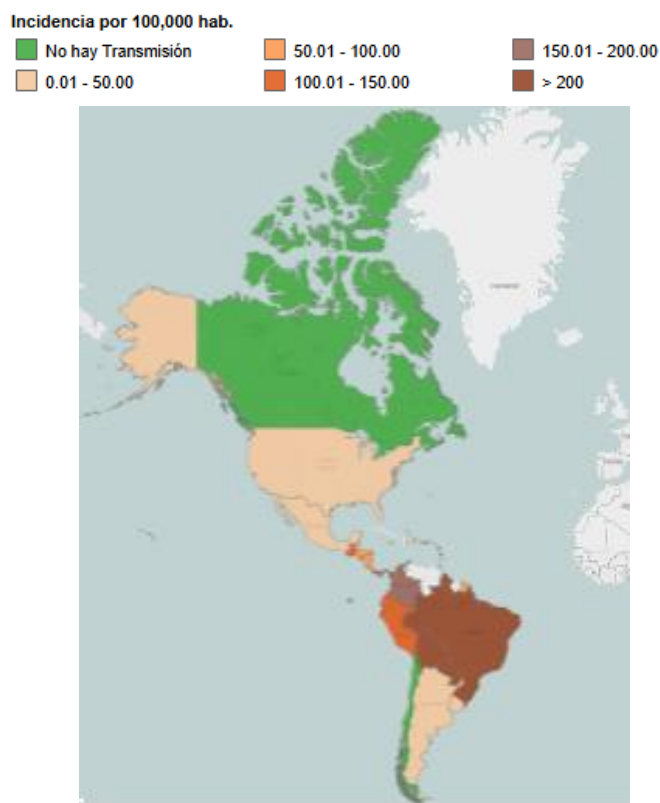
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 22, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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.¹⁰

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.

¹⁰ <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)¹¹ y el ARBO-portal¹² de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 26/06/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 25/2025 se han reportado 2.935.022 casos de dengue, con 1.267 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 69 % respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, hasta la SE 25/2025 se notificaron 176.391 casos, un 53% menos que lo informado para esa semana el año anterior, con 84 muertes asociadas. Respecto a zika, se registraron 14.871 casos hasta la SE 23/2025, lo que representa una disminución del 57% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 23/2025 se confirmaron 11.565 casos, un 60% más que en igual período del año pasado, con 4 defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 24/2025, se han reportado 26.105 casos de dengue, con 2 fallecimientos asociados, lo que representa una disminución del 35% en comparación con el mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se registraron 3.863 casos, un aumento de casi 10 veces el valor del año previo, con una defunción. Asimismo, hasta la misma semana se notificaron 601 casos de zika, tres veces más de lo registrado durante el mismo período de 2024. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos. En lo que respecta a Oropouche, durante 2025 no se han registrado casos.

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

Perú: hasta la SE 24/2025, se han notificado 35.232 casos de dengue, un 86% menos que el mismo periodo de 2024, con 45 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 20/2025 se registraron 48 casos, un valor similar al año anterior, sin defunciones para este evento. Asimismo, a la SE 20/2025 se han registrado 6 casos de zika, mientras a la misma semana de 2024 se habían notificado 2 casos. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos. En relación con Oropouche, hasta la SE 18/2025, se confirmaron 233 casos para este evento, un 98% menos que a la misma semana de 2024.

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

Respecto a la circulación de serotipos del virus del dengue, Bolivia presenta circulación de DEN-1 y DEN-2; mientras que Perú y Paraguay de DEN-1, DEN-2 y DEN-3. En tanto, Brasil reporta la circulación de los cuatro serotipos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4). Por otro lado, se ha

¹¹ 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>

¹² Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-por-virus-oropouche>

registrado un brote de Oropouche en la Región de las Américas que este año afecta a Brasil y Perú.

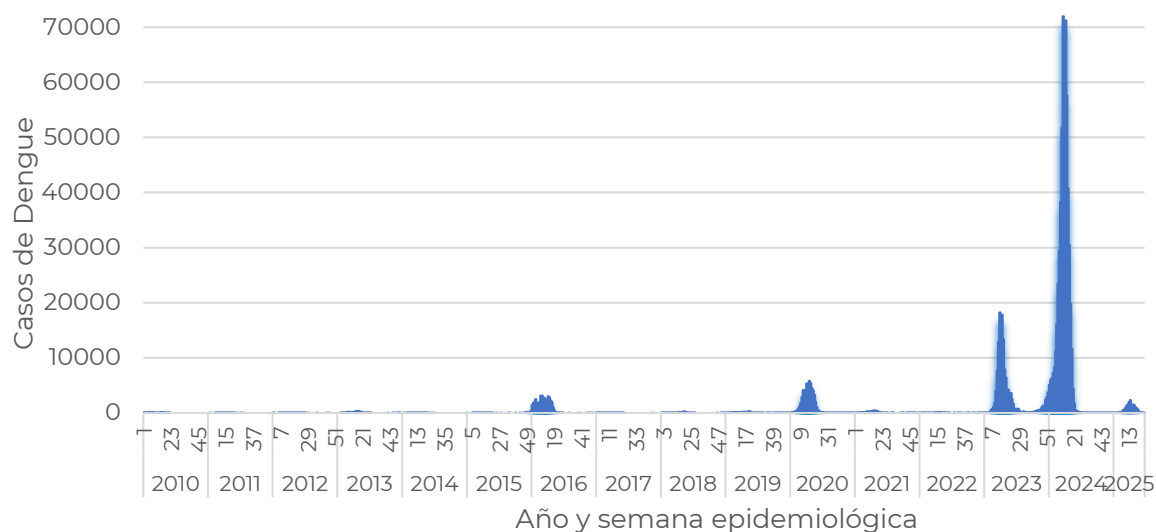
V.2. Situación de dengue en Argentina

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-SE25/2025. Argentina. N=862.767

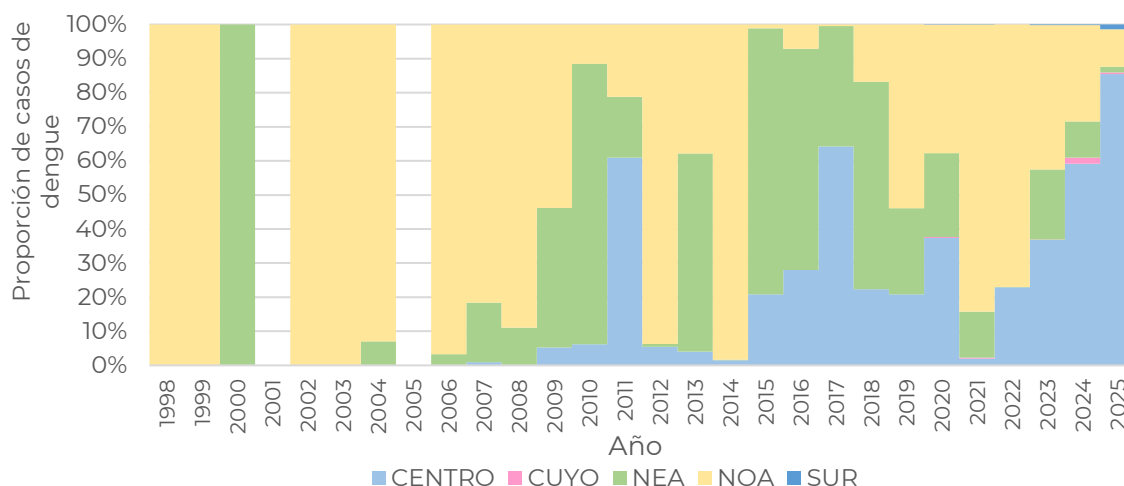


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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.

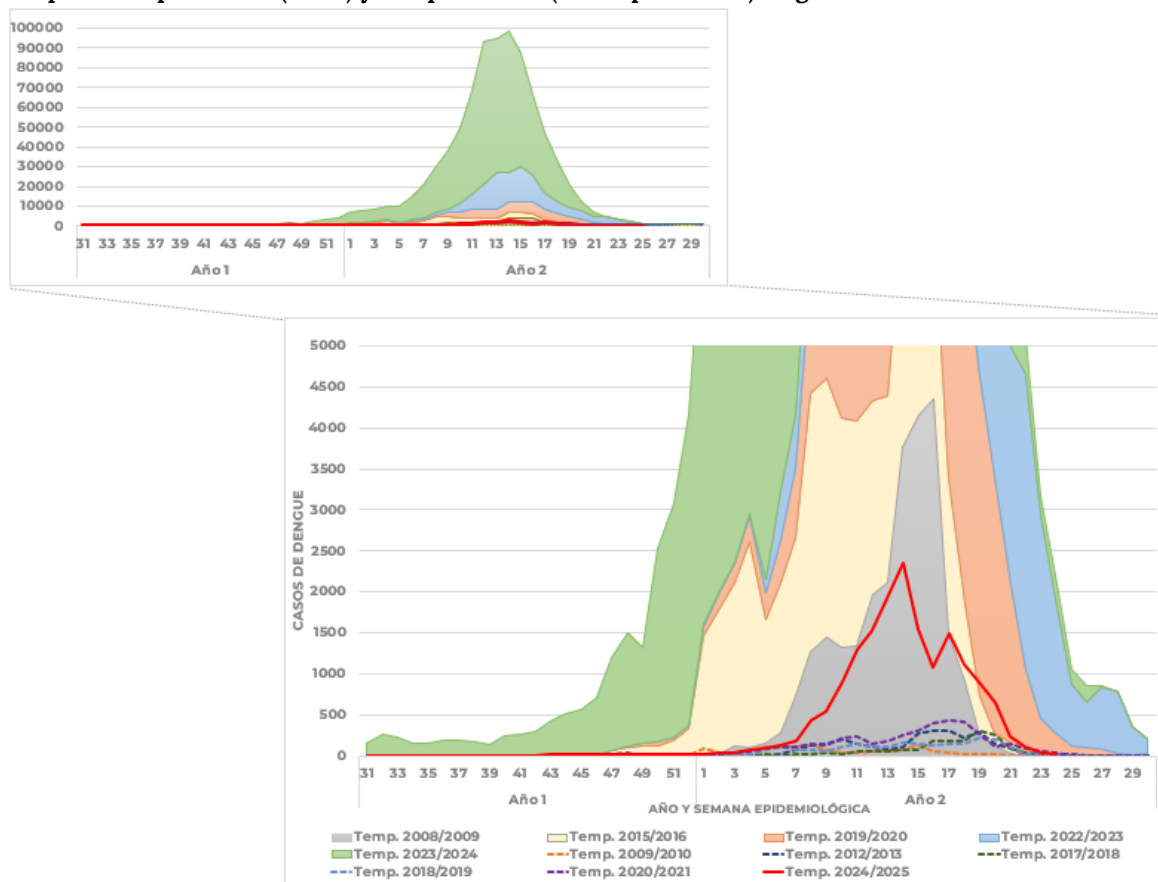
Gráfico 4. Dengue: distribución porcentual por región de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998-2025.



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 SE24/2025. Con el fin de que se visualice con mayor claridad la temporada actual y su comparación con el resto, se seleccionaron para el análisis las temporadas no epidémicas con más de 1000 casos.

Aunque los casos reportados en la temporada actual se encuentran por debajo de los niveles observados en temporadas epidémicas, superan los valores correspondientes a las temporadas no epidémicas, prácticamente en todas las semanas epidemiológicas desde la SE 41. Hasta la SE4, la curva actual (roja) sigue una tendencia muy similar a la temporada 2020/2021 (n=4.157) teniendo en cuenta que esta última fue la de mayor magnitud dentro de las no epidémicas. A partir de la SE5, la temporada actual muestra un aumento progresivo, fundamentalmente a partir de la SE8, ubicándose en un escenario intermedio, cercano a la temporada 2008/2009 (el área gris del gráfico precedente, n=25.945). A partir de la SE15, se registra un descenso sostenido en el número de casos, manteniéndose por debajo del pico observado en la temporada 2008/2009, aunque aún por encima de los casos correspondientes a todas las temporadas no epidémicas.

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

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

V.2.B. INDICADORES BASADOS EN LA VIGILANCIA PARA DETERMINAR FASES EPIDEMIOLÓGICAS. ACTUALIZACIÓN.

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) Tasa de notificación cada 1.000 habitantes mayor o igual a 0,5 o Tasa de confirmados o probables mayor o igual a 0,1 cada 1.000 habitantes, y;
- b) Porcentaje de positividad por técnicas directas o indirectas mayor o igual al 50%, y;
- c) **Casos confirmados mayores o iguales a 10.**

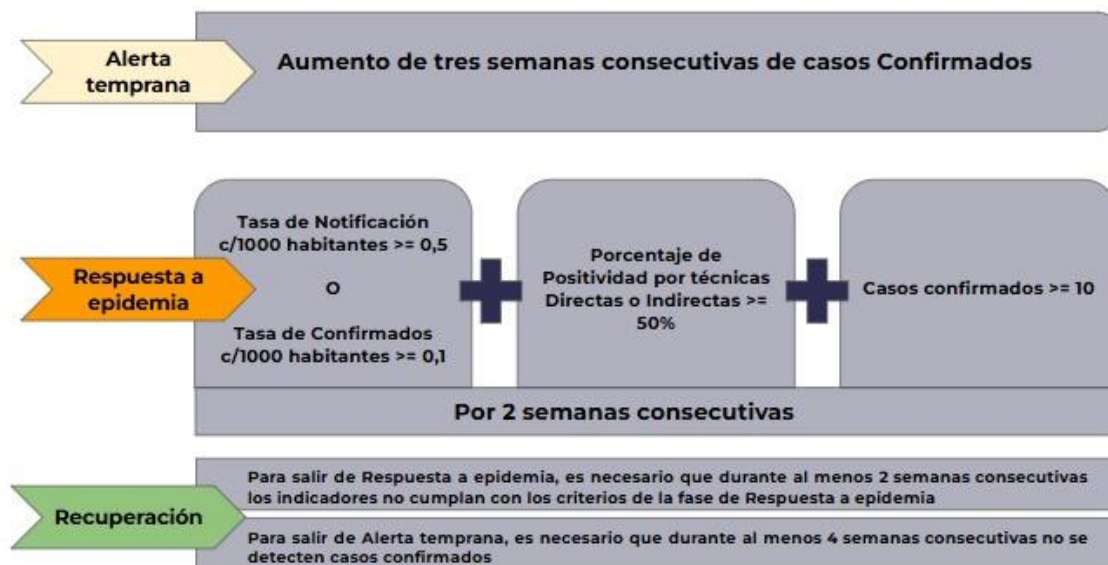
Para considerar cambio de fase se considerarán todas las semanas con casos confirmados y probables, debiendo tener al menos un confirmado por laboratorio en cada semana.

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

- Para pasar desde la fase de respuesta se requiere al menos 2 semanas de descenso de casos notificados o que se notifiquen menos de 0,5 casos cada 1.000 habitantes o el porcentaje de positividad no sea mayor a 50%.
- Para pasar desde la fase de alerta temprana se establecerá como criterio de salida la ausencia de casos confirmados durante al menos cuatro semanas consecutivas.

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

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



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

V.2.C. CASOS DE DENGUE SEGÚN FASE

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

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

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

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

Puede descargarse en forma completa desde:

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

V.2.E. TEMPORADA ACTUAL

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE25/2025), se notificaron en Argentina 76.162 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 8309 fueron confirmados por laboratorio y 8691 por nexo clínico epidemiológico, con un **total de 17.000 casos de dengue**¹³. Como se puede observar también en la Tabla 1, un total de 8070 casos no registraron antecedentes de viaje (97%). Se confirmaron además 4 casos asociados a trasplante de órganos en Buenos Aires, CABA y Santa Fe. Se registraron 157 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas¹⁴. Se confirmaron 239 casos con antecedente de viaje a Brasil, China, Colombia, Cuba, México, Venezuela, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Republica Dominicana.

¹³ 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.

¹⁴ 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 laboratorio de Dengue y otros Arbovirus. Dirección de Epidemiología. Noviembre 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

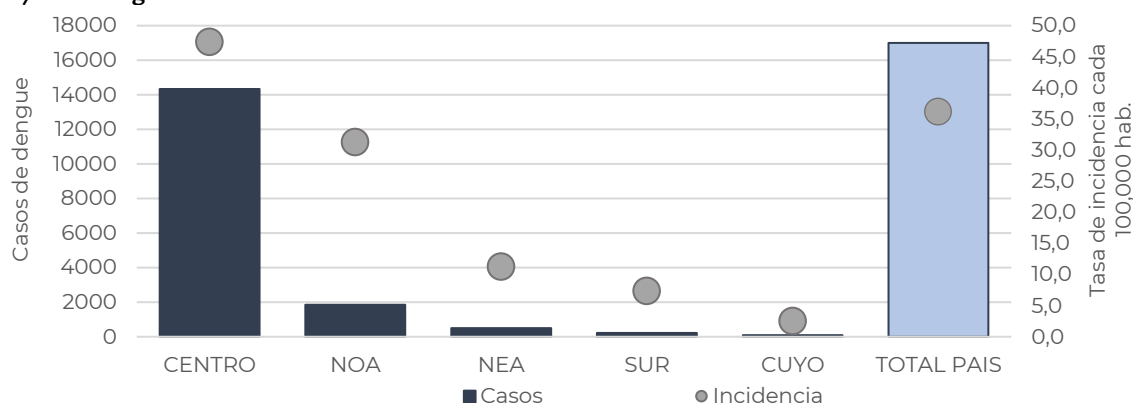
Durante la SE25/2025 (según fecha de notificación al SNVS¹⁵), se notificaron 430 casos sospechosos¹⁶ de los cuales 29 se confirmaron y 18 fueron clasificados como casos probables donde la totalidad se encuentra en investigación con respecto al antecedente epidemiológico. Cabe destacar que estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

La incidencia acumulada a nivel país para la temporada actual es de 36 casos cada 100.000 habitantes¹⁷. 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 11, Sur con 7 y Cuyo con 3. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 84,5% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las Regiones NOA con el 11%, NEA con el 3%, Sur con el 1% y Cuyo con el 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 SE25 es 699.
- 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 SE25/2025. Argentina.



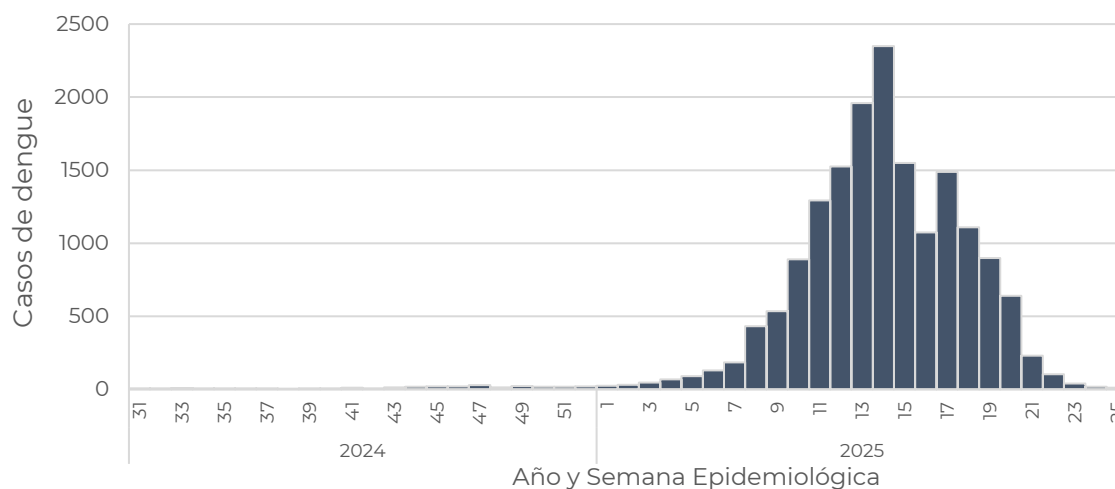
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

¹⁵ Fecha de apertura

¹⁶ Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

¹⁷ 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 dengue¹⁸ por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE25/2025. Argentina.



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

V.2.F. 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.

¹⁸Incluye 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 SE25/2025. 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	458	563	24	15	55	537	5693	1047	7855
CABA	157	142	18	2	0	175	2249	764	3332
Córdoba	2419	1590	8	3	1153	3580	9396	718	15287
Entre Ríos	110	104	9	8	7	126	881	4	1123
Santa Fe	2887	606	124	11	6913	9924	3803	1279	15623
Total Centro	6031	3005	183	39	8128	14342	22022	3812	43220
Mendoza	11	35	5	3	0	16	1668	97	1819
San Juan	1	1	1	1	0	2	358	10	372
San Luis	61	22	7	5	0	68	290	33	418
Total Cuyo	73	58	13	9	0	86	2316	140	2609
Chaco	15	211	1	0	0	16	2618	102	2947
Corrientes	58	15	1	0	0	59	479	23	576
Formosa	410	5	0	0	0	410	7265	68	7748
Misiones	2	20	3	5	0	5	1232	3	1265
Total NEA	485	251	5	5	0	490	11594	196	12536
Catamarca	10	12	8	5	1	19	880	4	920
Jujuy	0	0	0	0	0	0	1199	2	1201
La Rioja	117	49	0	0	0	117	1344	6	1516
Salta	18	61	6	12	2	26	2197	86	2382
Santiago del Estero	0	37	2	2	0	2	1133	299	1473
Tucumán	1167	432	0	1	523	1690	6398	656	9177
Total NOA	1312	591	16	20	526	1854	13151	1053	16669
Chubut	0	0	6	3	0	6	30	2	41
La Pampa	169	35	9	2	37	215	637	56	945
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	57	5	64
Tierra del Fuego	0	0	2	2	0	2	16	3	23
Total Sur	169	36	22	10	37	228	785	69	1128
Total País	8070	3941	239	83	8691	17000	49868	5270	76162

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

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

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

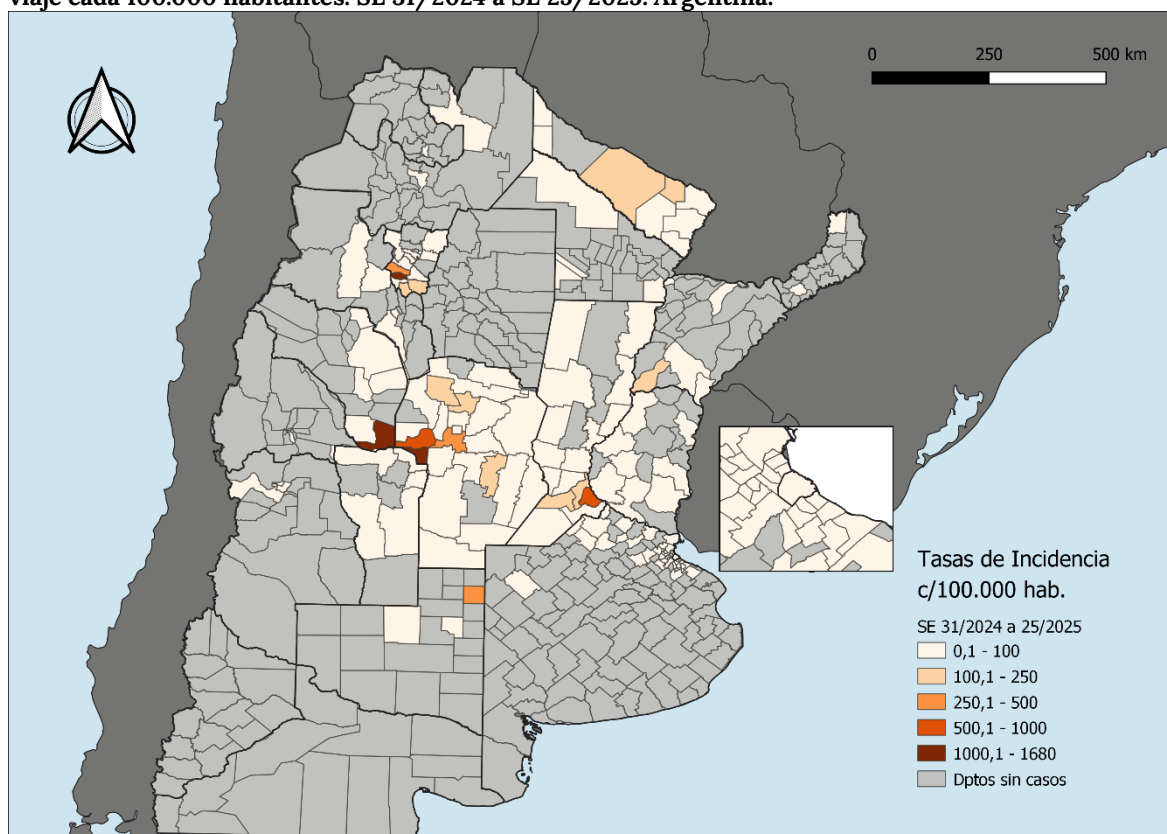
Tabla 2. Dengue: Cambios de Fase según Indicadores Epidemiológicos por Semana Epidemiológica, en Jurisdicciones a Nivel Departamental. Temporada 2024/2025. SE31 a SE25/2025. Argentina.

urisdicción	Fases					
	Alerta temprana		Respuesta a epidemia		Recuperación	
	Departamento	SE	Departamento	SE	Departamento	SE
Buenos Aires	General San Martín	9				
	Vicente López	11				
	Ituzaingó	11				
	Lanús	11				
	Tres de Febrero	12				
	La Matanza	13				
	Malvinas Argentinas	15				
Córdoba	Capital	4	San Javier	7	Gral. San Martin	11
	San Javier	5	Gral. San Martin	9	Santa María	11
	Gral. San Martin	5	San Alberto	11	San Alberto	14
	Colón	5	Santa María	11	San Javier	16
	San Alberto	8				
	Santa María	8				
	Ischilín	11				
	Marcos Juarez	11				
	San Justo	11				
Formosa	Tortoral	13				
	Patiño	34				
	Capital	46				
La Pampa	Pilcomayo	50				
	Maracó	7	Maracó	13	Maracó	16
La Rioja	Rosario Vera Peñaloza	10				
Salta	Capital	10				
Santa Fe	Rosario	1	Rosario	11	Caseros	14
	San Lorenzo	7	San Lorenzo	13	San Lorenzo	16
	Caseros	10	Caseros	12	Rosario	19
	San Cristobal	13				
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 25/2025. Argentina.



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

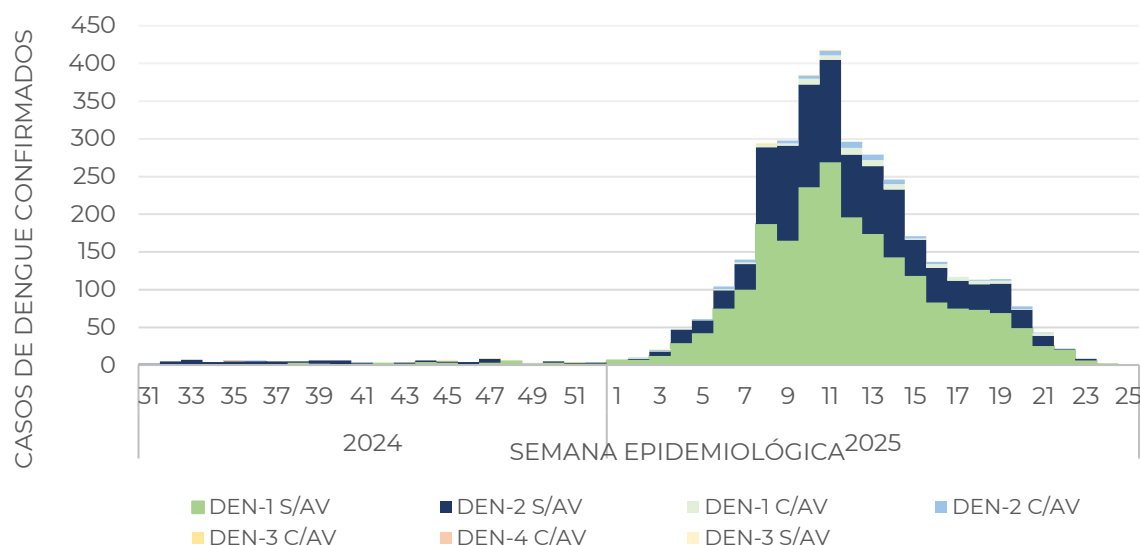
V.2.G. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (64,68%). Los casos a DEN-2 alcanzan un 35,07%, 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.

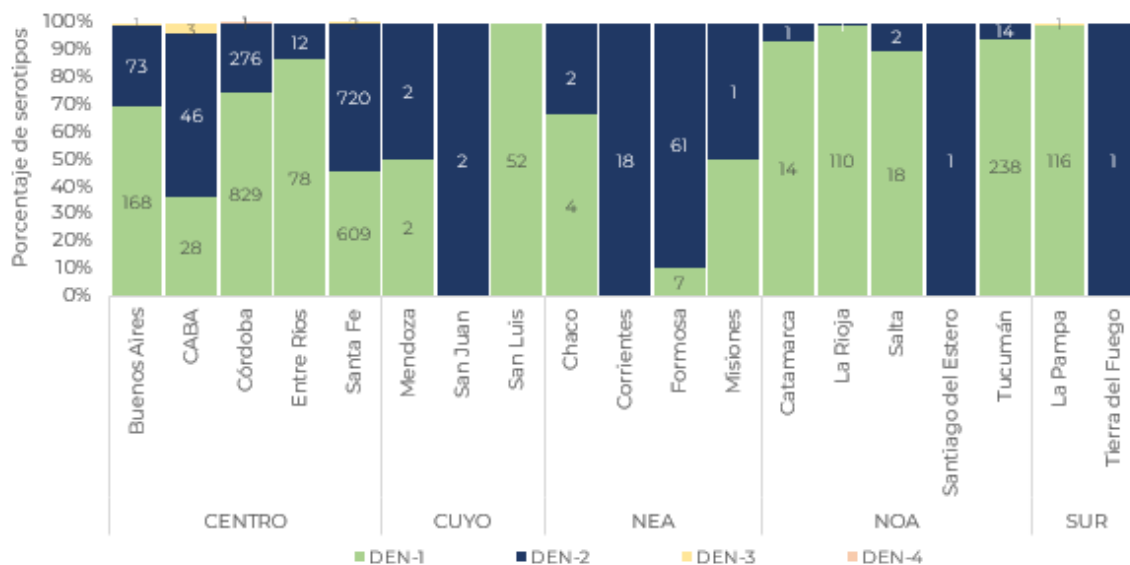
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país (México, Venezuela, Brasil, Tailandia y Cuba).

Gráfico 8. Dengue: número de casos según serotipo y antecedente de viaje por semana epidemiológica. SE31/2024 a SE25/2025. 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=3516) según provincia. SE31/2024 a SE25/2025. Argentina.



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

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

V.2.H. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL EVENTO “DENGUE DURANTE EL EMBARAZO”

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

correspondiera.

Desde su creación, se han notificado 428 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de los cuales, 112 casos ha sido confirmados, 15 casos probables, 264 cuentan con laboratorio negativo y 37 no cuentan con laboratorio.

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

En la provincia de Santa Fe se notificaron 70 casos confirmados de dengue; de los cuales 34 correspondieron al serotipo DEN-1, 25 al serotipo DEN-2, mientras que los restantes no cuentan con serotipificación. El 97% corresponden a la Ciudad de Rosario.

En la provincia de Córdoba se han registrado 33 casos confirmados con residencia en los siguientes departamentos San Javier (DEN-1), Colón (DEN-2), Capital (DEN-1), General San Martín (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.2.1. 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 externos¹⁹, implementó el “Comité de vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue” que tiene como función asesorar a los comités jurisdiccionales y colaborar en la evaluación exhaustiva de la mortalidad por dengue y sus determinantes. La investigación retrospectiva de los decesos por dengue brinda información clave del funcionamiento de la red de atención a partir de la evaluación exhaustiva de aspectos como el manejo clínico en los distintos niveles de atención, tiempos de respuesta, accesibilidad al sistema de salud, etc. Por ende, se recomienda el desarrollo de **comités jurisdiccionales** que trabajen en red con el comité nacional. La definición de caso de muerte por dengue y la guía operativa para el análisis de la gravedad y mortalidad se encuentra en “Circular de vigilancia epidemiológica: vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue”²⁰ y la “Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus”²¹

¹⁹ 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.

²⁰ Disponible en: [circular_de_vigilancia_dengue_mortalidad_-_junio_2024.pdf](#)

²¹ Disponible en: [guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf](#)

Entre la SE 31/2024 y la SE 25/2025 se notificaron 35 casos de dengue grave de los cuales 12 fallecieron. Las jurisdicciones que reportaron casos graves fueron: Buenos Aires (San Martín, Lanús, Moreno, Merlo), CABA (Comuna 11 y 12), Córdoba (Capital, Ischilín, San Alberto y Santa María), La Rioja (Capital), Entre Ríos (Nogoyá), Mendoza (Las Heras), y Santa Fe (Rosario y San Lorenzo). Se registró en el SNVS 2.0 la recuperación con alta médica en 16 casos con criterio de gravedad. A partir de la implementación de los Comités jurisdiccionales de Vigilancia de Gravedad y Mortalidad por Dengue, el total de casos clasificados como graves o fatales puede estar sujeto a modificaciones, en función de la revisión y dictamen final emitido por dichos comités. Esto aplica en aquellos casos en que la autoridad jurisdiccional determine que el evento no presenta una asociación causal con el caso grave o fallecido reportado.

Con respecto a los casos fallecidos, desde la SE 31/2024 a la SE 25/2025 se han registrado **doce óbitos vinculados al evento**. Diez de los casos correspondieron a residentes de la provincia de Santa Fe, de los departamentos Rosario (8), San Lorenzo (1) y Caseros (1). Los otros dos casos correspondieron a residentes de CABA (Comuna 11) y Córdoba (San Alberto). Los fallecimientos ocurrieron entre las SE 11 y 20 (considerando la fecha de inicio de síntomas). La mediana de edad es de 65 años, con un rango de edades entre 14 meses y 79 años. Nueve de los doce casos presentaban comorbilidades o condiciones clínicas preexistentes que contribuyeron al desarrollo de complicaciones asociadas a la infección por virus dengue y, por tanto, al fallecimiento: obesidad mórbida, diabetes, hipertensión, cardiopatía, enfermedad neurológica crónica y/o inmunocompromiso. Dos de los casos fallecidos correspondieron a personas adultas jóvenes (25 y 47 años) sin comorbilidades identificadas al momento del análisis. Ambos eventos continúan en proceso de evaluación por parte de los comités de vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue, tanto a nivel jurisdiccional como nacional.

V.2.J. FAVORABILIDAD PARA BROTES DE DENGUE

Con el objetivo de fortalecer la capacidad de respuesta ante brotes de dengue, y utilizando como base el trabajo realizado por el Ministerio de Salud de Brasil²² 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 GIS²³ (QGIS), mediante la integración de capas ráster que representan distintas variables relevantes para la transmisión del dengue. Cada una de estas variables fue ponderada según su aporte relativo al riesgo y posteriormente sumada para obtener un índice total, que clasifica el territorio en cuatro niveles de favorabilidad: baja, media, alta y muy alta.

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

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

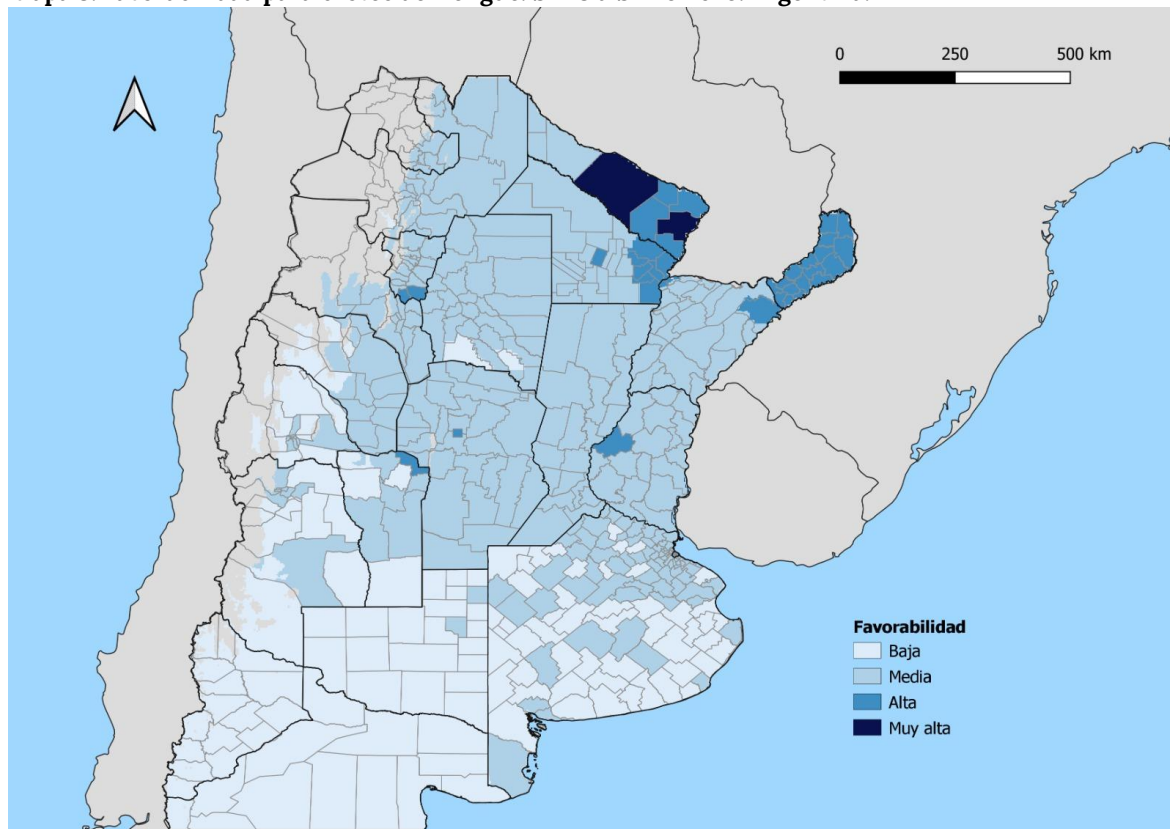
²² Ministério da Saúde Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - Nota Informativa N° 35/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS. Brasília: Saude; 2025. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2024/nota-informativa-no-35-2024.pdf>

²³ Versión de QGIS 3.24.1-Tisler

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 arbovirosis²⁴.

De acuerdo con la sumatoria de estas variables, al cierre de la SE 25/2025, los departamentos de Patiño y Formosa, de la provincia homónima, presentan una favorabilidad muy alta para la ocurrencia de brotes de dengue.

Mapa 3. Favorabilidad para brotes de Dengue. SE 13 a SE 25 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)

²⁴ 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 SE24/2025).

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 **2499** 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 SE25/2025. Argentina.

Evento Jurisdicción	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre amarilla	
	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	183	0	76	0	135	4	42	2	11
CABA	0	11	0	4	0	1	0	4	0	3
Córdoba	0	214	0	81	0	195	6	392	0	0
Entre Ríos	13	230	0	1	0	25	4	37	0	1
Santa Fe	0	1517	0	95	0	134	0	14	0	19
Total Centro	13	2155	0	257	0	490	14	489	2	34
Mendoza	0	336	0	88	0	69	0	2	0	0
San Juan	0	1	0	2	0	2	0	2	0	1
San Luis	0	0	0	2	0	5	0	9	0	0
Total Cuyo	0	337	0	92	0	76	0	13	0	1
Chaco	18	835	0	415	0	24	0	2	0	1
Corrientes	0	31	0	10	0	10	0	1	0	0
Formosa	0	17	0	5	0	77	0	0	0	0
Misiones	0	68	0	43	0	29	0	0	0	20
Total NEA	18	951	0	473	0	140	0	3	0	21
Catamarca	0	16	0	13	0	1	0	0	0	13
Jujuy	0	42	0	22	0	1	0	3	0	1
La Rioja	0	127	0	125	0	8	0	2	0	70
Salta	0	530	0	286	0	179	0	0	0	2
Santiago del Estero	0	45	0	26	0	9	0	4	0	4
Tucumán	1	13	0	14	0	201	0	0	0	1
Total NOA	1	773	0	486	0	399	0	9	0	91
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	3	0	0	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	0	0	3	0	8	0	3	0	0
Total País	32	4216	0	1311	0	1113	14	517	2	147

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

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

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

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

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

Desde la semana epidemiológica (SE) 37 de 2024, los datos sistematizados en el Tablero Nacional muestran un aumento gradual en la positividad de los sensores de oviposición (IPO) hasta la SE48 (Gráfico 1). A partir de entonces, el IPO se mantuvo, con ciertas fluctuaciones por mayoritariamente por debajo del 25% hasta la SE08 de 2025 donde superó este valor hasta la semana SE21. Durante las últimas semanas, se observa picos aislados seguidos de semanas con valores descendentes (Gráfico 1). Hasta el momento, las temperaturas registradas en las regiones NEA y NOA del país aún se encuentran dentro del rango que permite la reproducción y la actividad del mosquito *Aedes aegypti*. Por otro lado, la región Centro empieza a registrar temperaturas por debajo de los valores óptimos para la reproducción del vector, por lo que, se espera que en las próximas semanas se observe un descenso de los indicadores y con una interrupción de la reproducción del vector y la negativización de los sensores. Luego del aumento registrado durante la SE 18, a partir de la SE19 se detectó un descenso en el IPO hasta la actualidad (con un leve ascenso en la SE23). Durante la última semana se calculó un $\text{IPO}=5,68$, el valor más bajo registrado desde la SE40 del año 2024 (Gráfico 1). Es importante destacar que actualmente los datos incluidos en el gráfico nacional corresponden a los registrados en las regiones NEA, NOA y Centro dado que la vigilancia entomológica en las jurisdicciones correspondientes a las regiones Sur y Cuyo se interrumpió luego de la negativización sostenida de los sensores. El IDH presentó inicialmente un aumentopaulatino, alcanzando sus valores máximos entre la SE01 de 2025 y la SE05, con un amesetamiento del indicador desde la SE06 y

un descenso relativo desde la SE10. Luego de algunas fluctuaciones, se observa una disminución del IDH desde la SE19 hasta la actualidad, contabilizándose 4 semanas consecutivas de valores descendentes, salvo en la SE24 que presenta un aumento pronunciado, aunque podría presentar modificaciones posteriormente por la carga retrospectivos de datos.

Gráfico 1. Evolución del IPO (línea azul) y el IDH (barras grises) en Argentina, SE 31 (2024)- SE 25 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Al desagregar por región, se observa que la región **NEA** presentó SO positivos desde la SE 39, con un ascenso posterior, con algunas fluctuaciones, hasta la SE 02 de 2025 (Gráfico 2). A partir de dicha semana, se observa un descenso en los valores generales de la región hasta la SE07 donde nuevamente se detectó un incremento en el IPO. A partir de la SE10 se observó un descenso hasta la SE12, donde volvió a aumentar hasta la SE16 (Gráfico 2). Durante las últimas 9 semanas se observa una tendencia descendente del IPO con algunas variaciones, manteniendo a la región en una situación de riesgo entomológico bajo. Si bien en la SE25 se registra un IPO=0, resta cargar datos de más jurisdicciones lo que podría modificar el valor registrado.

Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 25 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En el caso de la región **NOA**, el inicio de la positividad se detectó a partir de la SE 37 2024, con un ascenso oscilante a partir de la SE 42 y superando, por primera vez en la temporada, el umbral de riesgo entomológico moderado (valores de IPO superiores al 40%) (Gráfico 3). De conjunto, los datos de la región muestran un patrón de distintos picos en el IPO seguidos de períodos de

brusco descenso en el mismo, asociados a la oportunidad de las medidas de control implementadas y a variaciones en las variables climáticas. A partir de la SE 47, el IPO de la región oscila entre valores que indican riesgo entomológico moderado o alto. Durante la SE14, el IPO volvió a situarse dentro del rango de riesgo entomológico alto con valores del 79,27%, situación que se mantuvo hasta la SE 21 (Gráfico 3). Luego de presentar una disminución marcada durante la SE22, el IPO mostró un aumento relativo en la SE 23, consolidándose posteriormente una tendencia descendiente que coloca a la región en una situación de riesgo entomológico bajo, coincidente con el descenso de las temperaturas.

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 25 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región **Centro**, el inicio de la positividad se estableció a partir de la SE 41 (Gráfico 4), mostrando un ascenso del IPO más lento que las regiones de NOA y NEA, coincidente con las diferencias climáticas y ambientales de la región. Durante la SE08 el IPO muestra un pico, superando el límite correspondiente a riesgo entomológico moderado. Posteriormente, se registra un descenso del índice y un nuevo aumento a partir de la SE12, tendencia coincidente con un aumento en las semanas previas de las precipitaciones en la zona. Durante las últimas 6 semanas, el IPO de la región mostró un descenso sostenido (Gráfico 4), correspondientes a riesgo entomológico bajo.

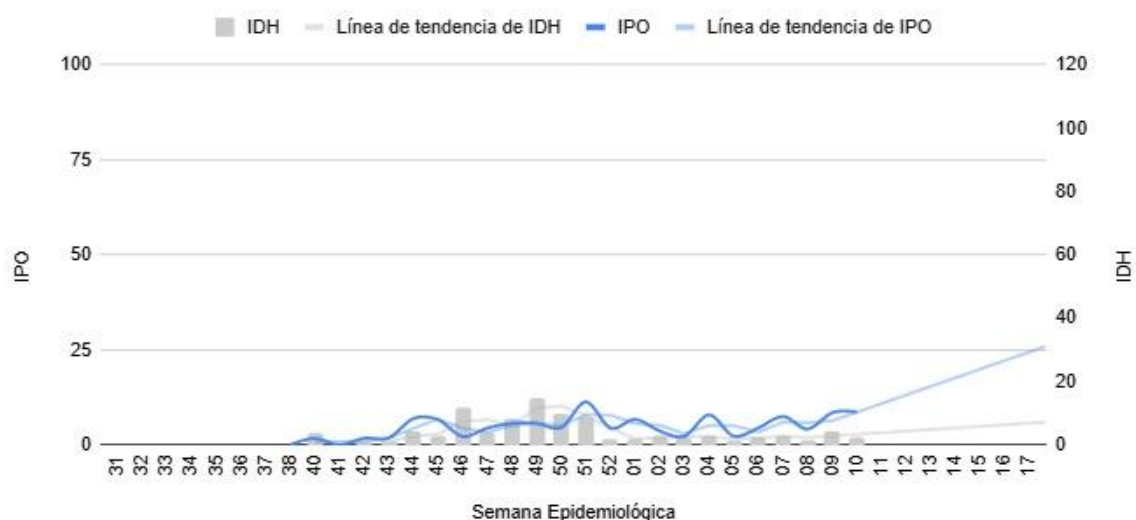
Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 25 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

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

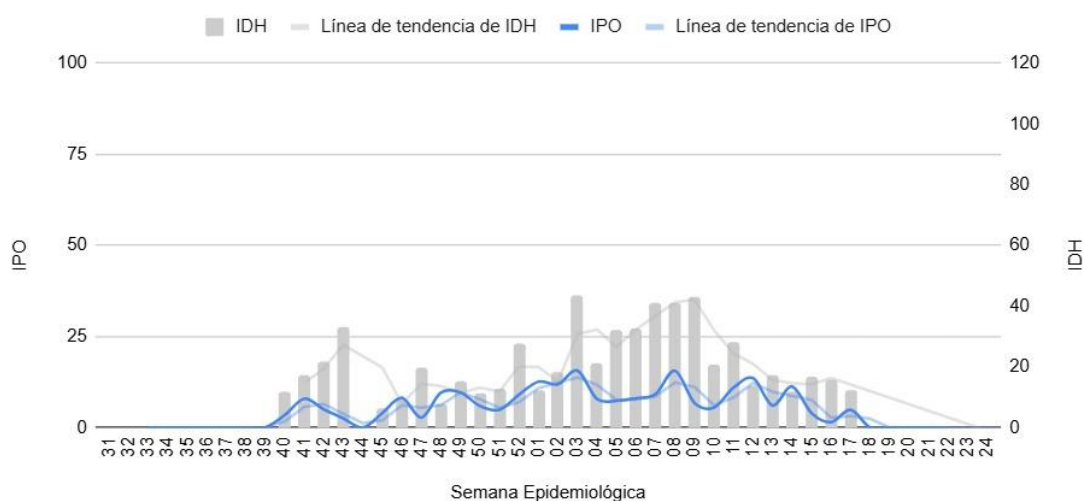
Gráfico 5. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 10 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región **SUR**, se hallaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 6), aunque no en todas las jurisdicciones monitoreadas. La tendencia observada muestra un ascenso sostenido inicial con algunas intermitencias y luego valores más estables. Desde la SE03 se observa un descenso hasta un nuevo pico en la SE08 y un nuevo descenso durante las SE09y 10. Desde la SE17 se aprecia una tendencia descendente en el IPO que culminó con una negativización sostenida de los sensores desde la SE 18 (Gráfico 6). Para esta región los datos se presentan hasta la SE 23 inclusive.

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



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

La implementación de esta red marca un avance significativo en la vigilancia entomológica en Argentina, ya que permite a las jurisdicciones contar con datos sistematizados que antes no existían. Esta información no solo mejora la planificación y ejecución de medidas de control y prevención, sino que también genera un registro histórico que podrá utilizarse para desarrollar herramientas predictivas y analizar tendencias en futuras temporadas. La RNVE representa un ejemplo de cómo la colaboración interjurisdiccional y el uso de tecnología pueden fortalecer la capacidad del país para anticiparse a los desafíos sanitarios asociados a las enfermedades transmitidas por vectores. Sin embargo, los datos actuales presentan limitaciones debido a la ausencia de vigilancia entomológica en algunos distritos y a la no adherencia de algunas jurisdicciones a la RNVE.

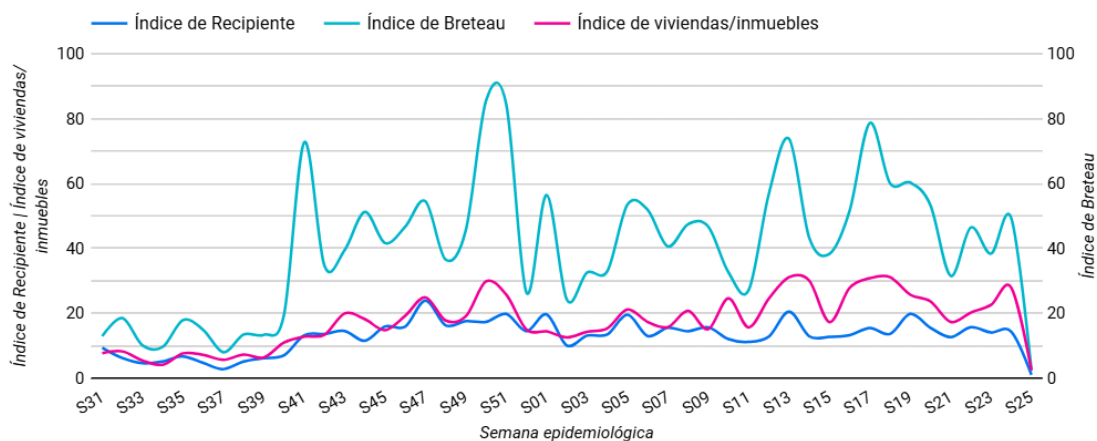
Con el objetivo de ampliar y consolidar esta iniciativa, se invita a las jurisdicciones que aún no forman parte de la Red Nacional a incorporarse, promoviendo la vigilancia entomológica en todo el territorio nacional. Para más información, pueden contactarse a través del correo electrónico: etm.vectores@msal.gov.ar.

V.4.C. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR ÍNDICES LARVARIOS

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

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

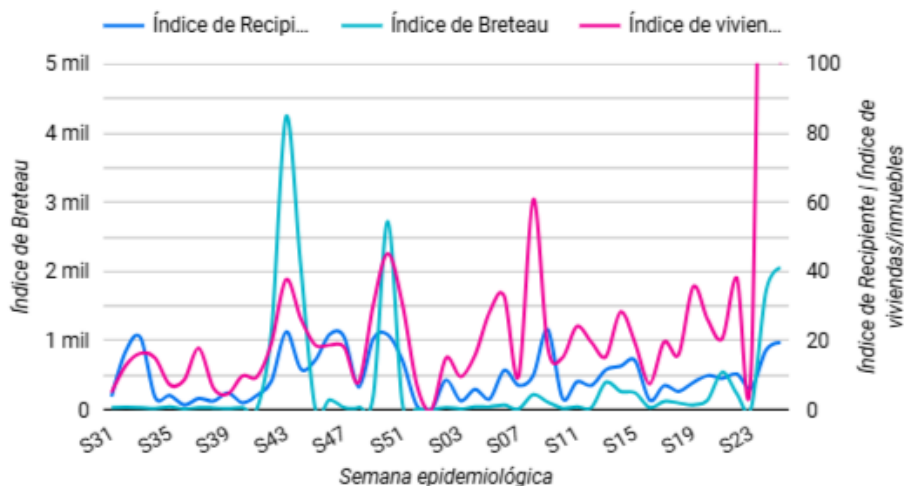
- **Índice de vivienda:** (viviendas positivas para *Aedes aegypti* / total de viviendas inspeccionadas) * 100.
(IV < 4 Riesgo bajo, 4 < IV < 35 Riesgo moderado, IV > 35 Riesgo alto)
- **Índice de recipiente:** (recipientes positivos para *Aedes aegypti* / total de recipientes) * 100
(IR < 3 Riesgo bajo, 3 < IR < 20 Riesgo moderado, IR > 20 Riesgo alto)
- **Índice de Breteau:** (recipientes positivos para *Aedes aegypti* / total viviendas inspeccionadas) * 100
(IB < 5 Riesgo bajo, 5 < IB < 50 Riesgo moderado, IB > 50 Riesgo alto)

Gráfico 7. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en Argentina SE 31 (2024)- SE 25 (2025).

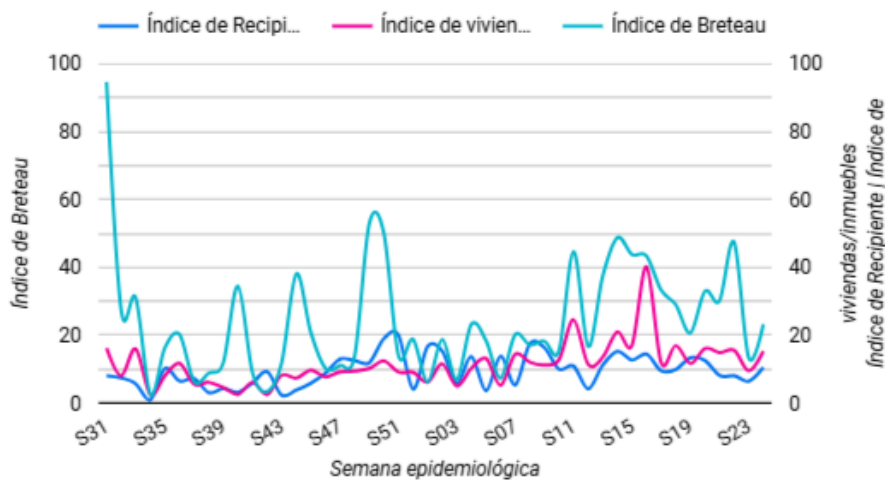
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Gráfico 8. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en: A. Sitios críticos y B. Predios estratégicos en Argentina SE 31 (2024)- SE 25 (2025).

A.



B.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

A nivel nacional, los índices larvarios aélicos para las viviendas presentaron un ascenso a partir de la SE40 (Gráfico 7), mostrando un retraso temporal respecto de la tendencia observada en los índices calculados a partir de sensores de oviposición. Este retraso se debe a que los sensores de oviposición presentan una mayor sensibilidad para la detección de presencia y actividad reproductiva de *Aedes aegypti* con tamaños poblacionales bajos en relación a los índices larvarios. Durante las SE 19 y 20, se registró un descenso en el IB, colocándose por primera vez desde la SE 11 en un nivel de riesgo entomológico medio. Durante la SE24, todos los índices mostraron un aumento, pero vuelve a disminuir en la última semana. Esta tendencia podría verse modificada por la carga retrospectiva de datos (Gráfico 7).

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

Cuando se realiza la desagregación por región, se observan pocas variaciones en los índices relevados para las regiones de NOA y NEA (Tabla 1), manteniendo la tendencia previa. La región NEA mostró un leve aumento de todos los índices larvarios (Tabla 1). En NEA se mantiene en riesgo entomológico alto de acuerdo al IB total y riesgo moderado de acuerdo a los índices IR e IV totales. En este caso, incluimos también los valores de los tres índices larvarios excluyendo los valores obtenidos en las tareas de control focal realizadas en SC y PE que históricamente presentan una mayor abundancia de criaderos y potenciales criaderos para *Aedes aegypti*.

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

Hasta el momento, el volumen de las intervenciones territoriales registradas en las regiones de Cuyo y Centro no permiten aún realizar cálculos robustos de índices larvarios.

Tabla 1. Media de índices larvarios aélicos por región acumulados a SE25 2025. Argentina. Se presentan los valores totales y excluyendo los sitios críticos (SC) y predios estratégicos (PE).

REGIÓN	Índice de Vivienda TOTAL	Índice de Vivienda sin SC y PE	Índice de Recipiente TOTAL	Índice de Recipiente sin SC y PE	Índice de Breteau TOTAL	Índice de Breteau sin SC y PE
NEA	22,49	21,62	17,02	18,13	55,03	47,69
NOA	12,16	12,72	7,06	7,56	66,41	32,38

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

V.5. Situación epidemiológica de fiebre amarilla en argentina

En los últimos meses del 2024 y el comienzo del 2025 hubo un aumento de casos humanos por fiebre amarilla en los países de la Región de las Américas por lo cual el 3 de febrero la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emite un Alerta Epidemiológica²⁵. La evaluación rápida de riesgo determinó un alto riesgo de propagación, con un nivel de certeza igualmente alto. El registro de casos humanos y epizootias en primates no humanos en el Estado de São Paulo (Brasil) proyecta una posible propagación hacia el sur de Brasil, Paraguay y las provincias argentinas de Corrientes y Misiones.

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

Desde la SE 31/2024 a la SE25/2025 se han estudiado 147 casos con sospecha de Fiebre Amarilla en humanos, 23 de esos en las provincias con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla (Misiones, Jujuy y Salta). Todos los casos presentaron pruebas de laboratorio negativas. Durante el mismo período se reportaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), cinco epizootias en PNH en la provincia de Misiones y una en la provincia de Corrientes, que fueron estudiadas para fiebre amarilla: cuatro ejemplares de *Allouatta carayá* (Paso de los Libres, Corrientes y Candelaria, Misiones) y dos ejemplares de *Sapajus nigritus* (Puerto Iguazú, Misiones). Todos fueron descartados para FA por el laboratorio nacional de referencia (INEVH).

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

²⁵ Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 3 de febrero del 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americas-3-febrero-2025>

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 respiratorios²⁶

Situación Regional: La actividad de influenza continúa disminuyendo en las Américas. La circulación de VSR ha mostrado una tendencia sostenida al alza durante las últimas ocho semanas epidemiológicas (SE), mientras que la actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja y estable en general. En América del Norte, la actividad de influenza sigue en descenso, impulsada por una reducción en los virus de influenza A. El Caribe ha reportado un aumento en la circulación de influenza en las últimas dos semanas, con A(H1N1)pdm09 como subtipo predominante. La actividad de VSR se mantiene baja y estable tanto en América del Norte como en el Caribe. La circulación de SARS-CoV-2 ha aumentado en América del Norte en las últimas dos semanas y se mantiene elevada en el Caribe, con una tasa de positividad del 9.0%. En Centroamérica, la actividad de influenza se mantiene elevada, aunque con una tendencia descendente en las últimas dos semanas, con una tasa de positividad del 18.7%, atribuida predominantemente a A(H1N1)pdm09. La actividad de VSR se mantiene estable, con una positividad de 3.8%, y la circulación de SARS-CoV-2 sigue siendo baja. En la subregión andina, tanto la influenza A como el VSR muestran una disminución sostenida en las tasas de positividad en las últimas cuatro semanas, con tasas de 12.2% y 8.7%, respectivamente. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja y estable. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza sigue siendo alta, pero con una tendencia a la baja, principalmente por la disminución en la circulación de A(H1N1)pdm09, con una tasa de positividad del 15.7%. La circulación de VSR ha aumentado levemente respecto a la semana previa, con una positividad del 4.1%, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 permanece baja, en niveles interestacionales. En todas las subregiones se ha observado un aumento en la circulación de otros virus respiratorios (ORV), con una tasa general de positividad del 4.6%, impulsada principalmente por la circulación de rinovirus, especialmente en América del Norte.

América del Norte: La actividad de influenza y VSR continúa disminuyendo en la subregión. La influenza se mantiene en niveles interestacionales tras una marcada reducción de la circulación de influenza A en Canadá y Estados Unidos, y de A(H1N1)pdm09 en México. La actividad de VSR se está estabilizando tras un descenso sostenido en las últimas SE, con una positividad actual de 0.3%, consistente con niveles interestacionales. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene

²⁶ 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>

relativamente baja en Estados Unidos y Canadá, aunque se ha observado un leve aumento en la positividad en Canadá en las últimas dos semanas. En contraste, la actividad en México sigue siendo alta, con una positividad de 20.5%. La circulación de ORV continúa aumentando en Canadá, con una tasa de positividad del 10.8%, impulsada principalmente por un incremento de rinovirus.

Caribe: La actividad de influenza, impulsada principalmente por A(H1N1)pdm09, ha aumentado en las últimas dos semanas, con una positividad del 11.7%, junto con un incremento de casos de ETI e IRAG asociados a influenza en toda la subregión. En Haití, la actividad gripal continúa en ascenso, alcanzando una positividad del 28.3%, mientras que en Belice y República Dominicana se mantiene en niveles interestacionales. La positividad de VSR se mantiene baja en toda la subregión. La actividad de SARS-CoV-2 sigue siendo elevada pero estable, con una positividad del 9.0%. En Belice y Surinam, la actividad ha aumentado recientemente, con tasas de positividad de 23.2% y 25.0%, respectivamente, y permanece elevada en República Dominicana, Jamaica, Santa Lucía y Barbados. En Guyana, la actividad de SARS-CoV-2 también continúa en ascenso, con una positividad del 13.3%, además de un aumento en la proporción de casos de ETI e IRAG asociados al virus.

Centroamérica: La actividad gripal se mantiene elevada en la subregión, impulsada principalmente por A(H1N1)pdm09, que representa el 79.9% de las detecciones. Esta actividad se relaciona con un aumento sostenido de casos de ETI. Sin embargo, se ha observado una tendencia descendente en las últimas dos semanas, con una tasa de positividad actual del 18.7%. La circulación de VSR y SARS-CoV-2 se mantiene baja y estable.

Países Andinos: La actividad de influenza ha continuado disminuyendo en las últimas cuatro semanas, con una positividad del 12.2%, principalmente asociada a A(H1N1)pdm09. La circulación de VSR ha disminuido ligeramente, con una tasa de positividad actual de 8.7%. La positividad de SARS-CoV-2 también ha disminuido ligeramente frente a la semana anterior, ubicándose en 1.4%. Las detecciones de ETI e IRAG asociadas a influenza siguen en descenso.

Brasil y Cono Sur: Las detecciones de casos de ETI e IRAG han mostrado una tendencia descendente sostenida en las últimas semanas. Los casos de ETI se asocian principalmente a influenza, mientras que los de IRAG se vinculan tanto a influenza como a VSR. La circulación de VSR ha aumentado respecto a la semana previa. 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 24 de 2025 se notificaron 471.522 casos de ETI, 64.084 casos de Neumonía y 42.568 casos de Bronquiolititis 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 observar niveles de brote en las SE12 y 14.

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

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI

- En cuanto a las notificaciones de influenza en ambulatorios, desde la SE12 se verifica una tendencia ascendente tanto del porcentaje de positividad como de las detecciones, con predominio de influenza A/H1N1. En este sentido, en las últimas dos semanas (SE24 y 25) se registraron 97 casos de influenza entre 250 muestras estudiadas.
- Para VSR, se registraron 10 casos positivos entre las 144 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 24 y 25). En las últimas semanas se verifica un ascenso del porcentaje de positividad de VSR, así como un aumento en las detecciones.
- En relación a SARS-CoV-2, luego del ascenso de casos registrado desde la SE34 de 2024, las detecciones en UMA presentaron tendencia descendente a partir de la SE45, con valores bajos en las últimas semanas. En la SE25/2025 se registraron 2 casos positivos para SARS COV 2 entre las 68 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave)

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE25 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 2.948 internaciones con diagnóstico de IRAG y 1056 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.
- Las notificaciones de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), presentan un aumento desde la SE12, con un ascenso en las detecciones de virus influenza, principalmente influenza A/H1N1. Además, en las últimas semanas se registra un ascenso de las detecciones de VSR.
- En las últimas 4 semanas, entre 639 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 9 codetecciones de influenza y VSR, 1 codetección de SARS-CoV-2 y VSR, 151 detecciones de influenza, 5 casos de SARS-CoV-2 y 180 casos de VSR.²⁷

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

- Desde la SE11 se observa un ascenso sostenido en el número de casos de Influenza, con predominio de Influenza A (H1N1), con un total de 3030 detecciones de Influenza en las últimas 2 SE (23 y 24). Además, durante el año en curso se verifica un adelanto en el ascenso de casos de influenza en relación a lo observado en años anteriores.
- Con respecto a VSR, se registra un aumento en el número de casos desde la SE12, con 569 detecciones en las últimas 2 SE (23 y 24).
- 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

²⁷ Se consideran estudiados aquellos casos de IRAG con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG. Para más información, consultar la Guía Operativa de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

el previo. En las primeras 24 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, con 236 detecciones en las últimas 2 SE (23 y 24).

- Durante la SE23/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, VSR, SARS-CoV-2, adenovirus, parainfluenza y metapneumovirus.

Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos

- Con respecto a las detecciones de influenza, desde SE 12 se registra un ascenso de los casos en personas internadas, con 1.175 detecciones en las últimas 2SE (24 y 25). En el año 2025 se registraron al momento 73 fallecidos con este diagnóstico.
- En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados permanecen bajas, en relación al máximo alcanzado en 2024, aunque con un aumento desde la SE12. En las SE 24 y 25 se registraron 402 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 25/2025 se registraron 30 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.²⁸

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.

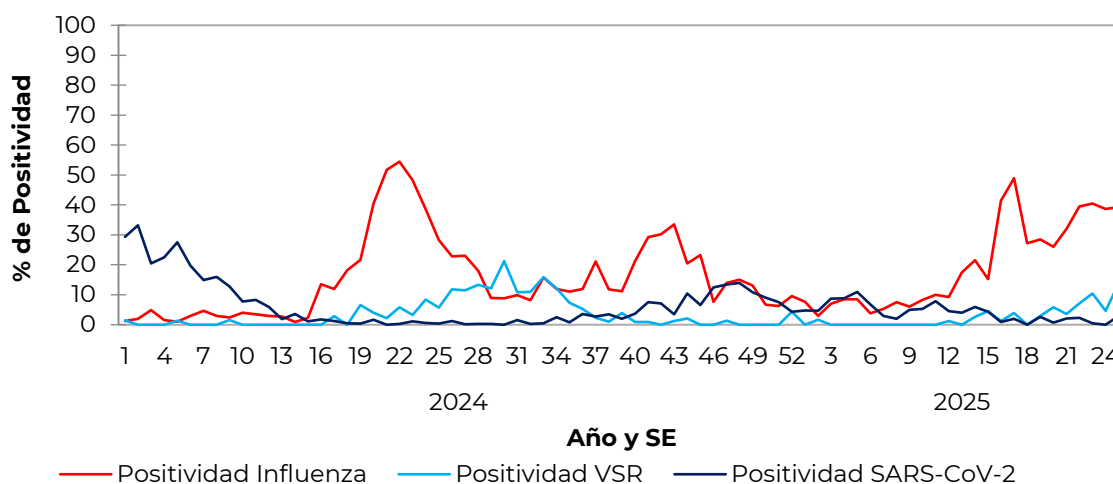
Durante el año 2024, el porcentaje de positividad para **SARS-CoV-2**, se mantuvo por encima del 10% entre las SE1 a 9, relacionado con el ascenso de casos registrado entre las SE1 y 12. Luego del máximo alcanzado en SE2 (33,19%), el porcentaje de positividad presentó tendencia descendente y se mantuvo 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 25 semanas de 2025 en establecimientos UMA, se analizaron 2.842 muestras para SARS-CoV-2, de las cuales 99 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 3,48%. Además, en la última semana analizada, SE 25 del año 2025, se registraron 2 casos confirmados de SARS-COV-2 entre las 68 muestras estudiadas por PCR.

²⁸ 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_prevenccion_y_control_ira-2024.pdf

En relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16 de 2024, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 (ver gráfico 2). Posteriormente, si bien registró un descenso, permaneció en valores elevados, con oscilaciones, asociados a la circulación de influenza B, alcanzando una positividad máxima de 33,55% en SE43. En las primeras 25 semanas de 2025, se registraron 618 detecciones entre 2.470 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 25,02%. En las últimas semanas, a partir de la SE11, se verifica tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad. En las SE24 y 25/2025 se notificaron 97 casos de influenza entre las 250 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 25 de 2025, de las 1.801 muestras estudiadas, 56 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 3,11%. En las últimas semanas se verifica un ligero ascenso del porcentaje de positividad de VSR, con 10 casos entre las 144 muestras estudiadas en las SE24 y 25.

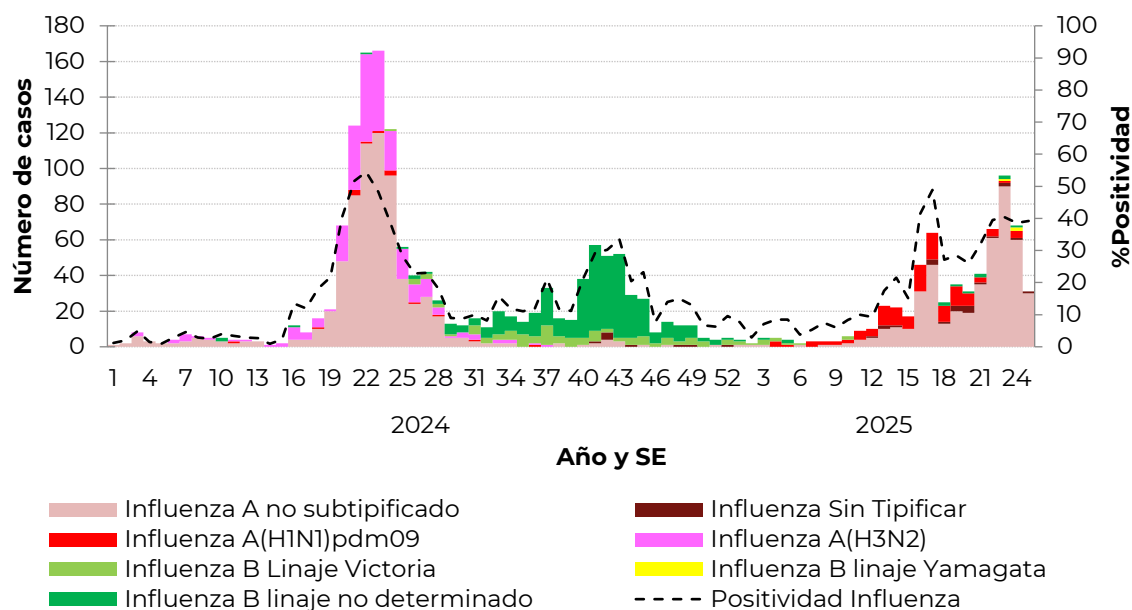
Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE25/2025



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

Aun cuando desde el inicio de 2024 se registraron casos de influenza durante todas las semanas del año, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24. Como se mencionó previamente, este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. En las 25 SE transcurridas de 2025 se detectan predominantemente casos de influenza A (n= 572), con un menor número de detecciones de influenza B (n=25). Entre los casos de influenza A, 119 detecciones corresponden a influenza A (H1N1), el resto permanece sin subtipificar. Además, se detectó el linaje Victoria en 12 de los casos de influenza B (las detecciones restantes permanecen sin identificación de linaje). Se registran 21 casos de influenza que permanecen sin tipificar en lo que va del año.

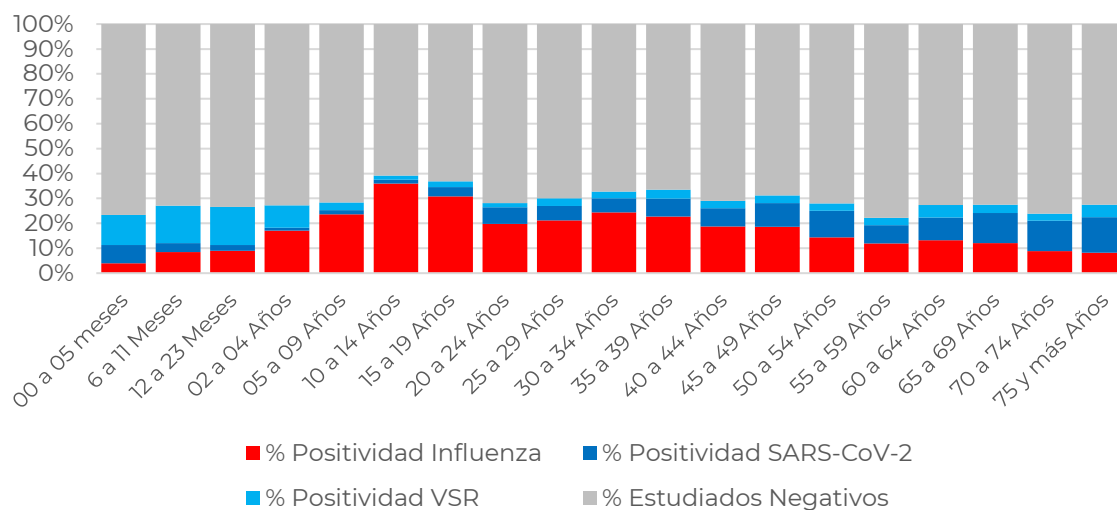
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE25/2025. Estrategia UMA. Argentina.



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 SNVS²⁰.

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 SE25/2025. Estrategia UMA. Argentina²⁹.



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 SNVS²⁰.

²⁹ 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.

VI.4.B. 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.³⁰

Definiciones de caso Vigentes

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

- Fiebre referida o constatada $\geq 38^{\circ}\text{C}$; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico³¹.

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 clínico³².

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia³³ y shock³⁴ y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE1 de 2025 y la SE25 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 2.958 internaciones con diagnóstico de IRAG y 1.056 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG³⁵.

La curva de casos de IRAG presentó tendencia ascendente entre las SE 18 y 28 de 2024, asociada al aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 y, posteriormente, al ascenso de casos de VSR, permaneciendo por encima de los 200 casos semanales de IRAG entre las SE24 y 37. En 2025, las notificaciones de IRAG experimentan un aumento desde la SE12, con un promedio de 250 casos semanales en las últimas 4 semanas.

³⁰ Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guía Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

³¹ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.

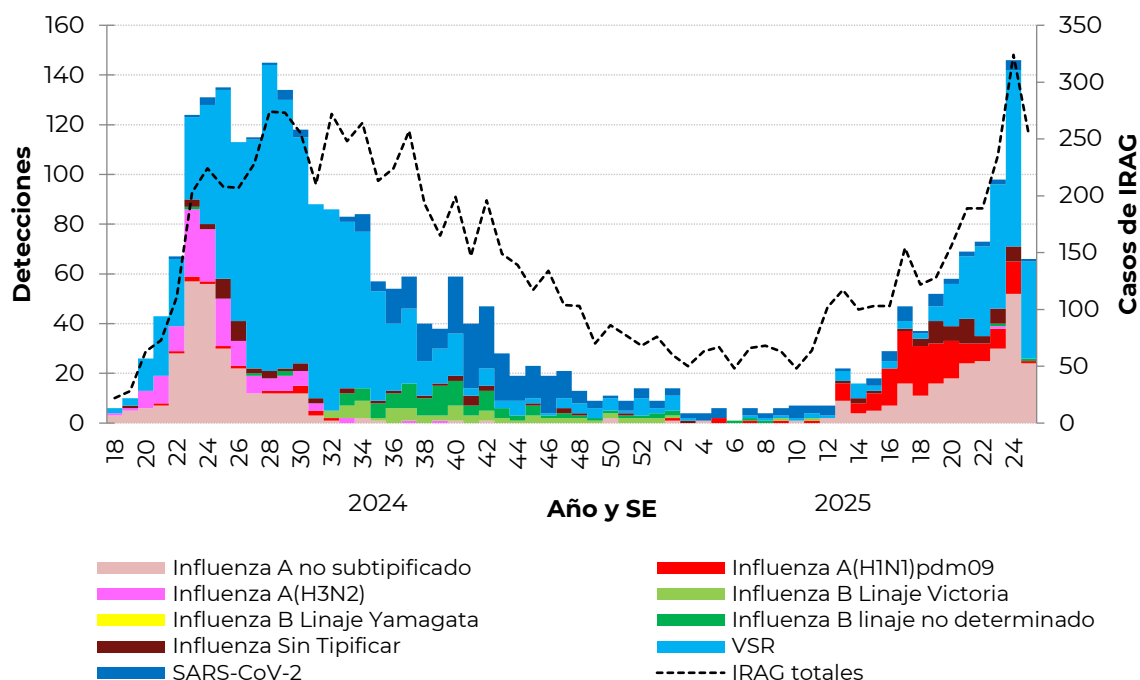
³² Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

³³ La fiebre se define como una temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$. La hipotermia se define como una temperatura

³⁴ El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.

³⁵ 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 25/2025



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2,0}

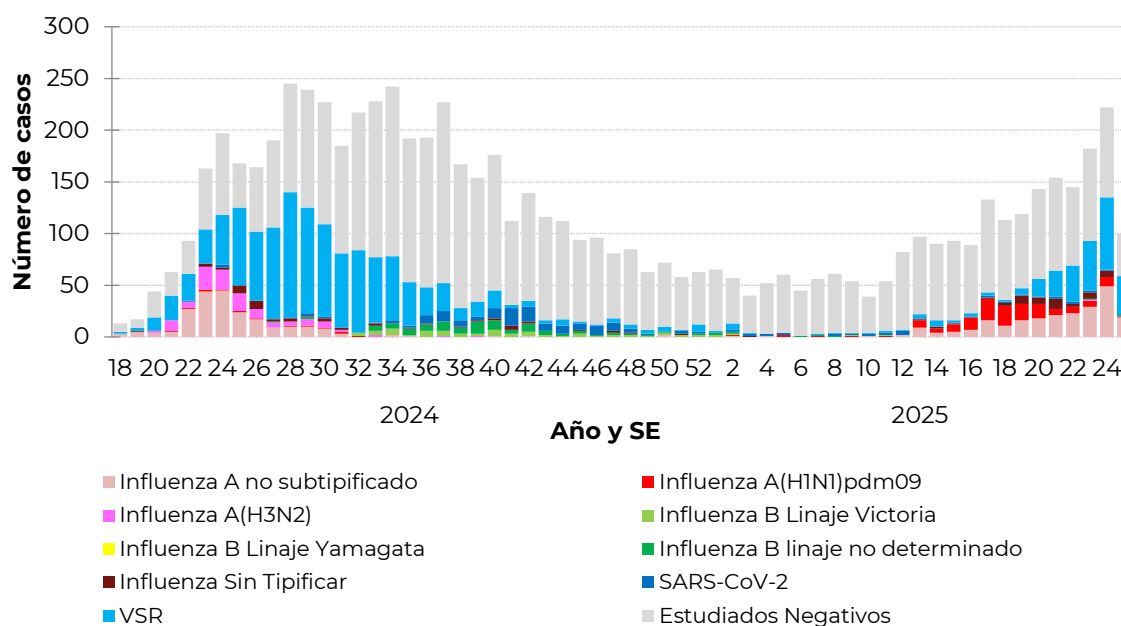
En relación a los casos de IRAG por **SARS-CoV-2**, si bien los casos se mantuvieron en niveles bajos desde SE18 de 2024, se registró un ligero ascenso desde SE36 de 2024, que alcanzó su máximo en SE 41 y 42 con descenso posterior.

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

En lo que va de 2025, se verifica un ascenso de detecciones de influenza desde la SE13. Los casos corresponden predominantemente a influenza A, con un total de 395 detecciones en lo que va de 2025, y un menor número de casos de influenza B (n=14). En relación a los casos de Influenza A, se registraron 148 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.

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. En las últimas 4 SE se registra un nuevo ascenso de las detecciones de VSR entre los casos de IRAG, con un promedio de 49 casos semanales.

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 25/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina ³⁶.



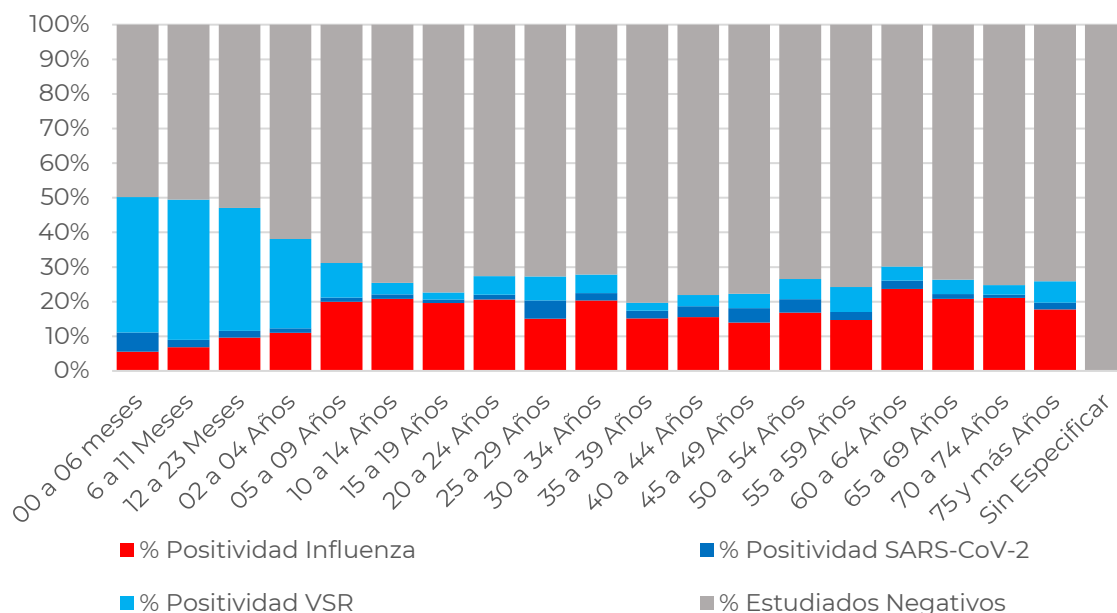
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS²⁰

En las últimas 4 semanas, entre 639 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 9 codetecciones de influenza y VSR, 1 codetección de SARS-CoV2 y VSR, 151 detecciones de influenza, 5 casos de SARS-CoV-2 y 180 casos de VSR. Los restantes 293 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 24 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.

³⁶ 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 25/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina³⁷.



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}

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 sincial 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 sincial 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.
- 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).

³⁷ 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.

Para mayor información consultar:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevenccion_y_control_ira-2024.pdf³⁸

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

³⁸ Última versión vigente. Se encuentra en proceso de actualización para el año 2025.

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

VII.1. Introducción

VII.1.A. ANTECEDENTES

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 alerta³⁹ 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 producto⁴⁰. 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

³⁹<https://www.argentina.gob.ar/noticias/anmat-alerta-sobre-el-uso-de-un-lote-de-fentanilo-inyectable-por-desvio-de-calidad>

⁴⁰<https://www.argentina.gob.ar/noticias/anmat-prohibe-el-uso-de-fentanilo-hlb-citrato-de-fentanilo-concentracion-005-mgml-solucion>
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/325221/2025051>
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/325222/2025051>

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

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.B. 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 27 de junio de 2025 se registraron 98 notificaciones al evento Infección por exposición a medicamento contaminado del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) en 19 establecimientos correspondientes a 4 jurisdicciones. En 10 de esos establecimientos –situados en Buenos Aires, CABA y Santa Fe– el Laboratorio Nacional de Referencia ya confirmó 39 casos asociados al brote y otras 37 notificaciones de casos sospechosos de los mismos establecimientos, se consideran asociados por nexo epidemiológico, totalizando 76 casos confirmados. Un caso notificado por la provincia de Neuquén se invalidó por no cumplir con la definición de caso y otros 7 establecimientos se encuentran en investigación en Buenos Aires y Santa Fe. El resto de las provincias del país no han notificado casos sospechosos hasta el momento.

Tabla 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: distribución de casos según clasificación. Argentina. Hasta el 27/06/2025. N=98

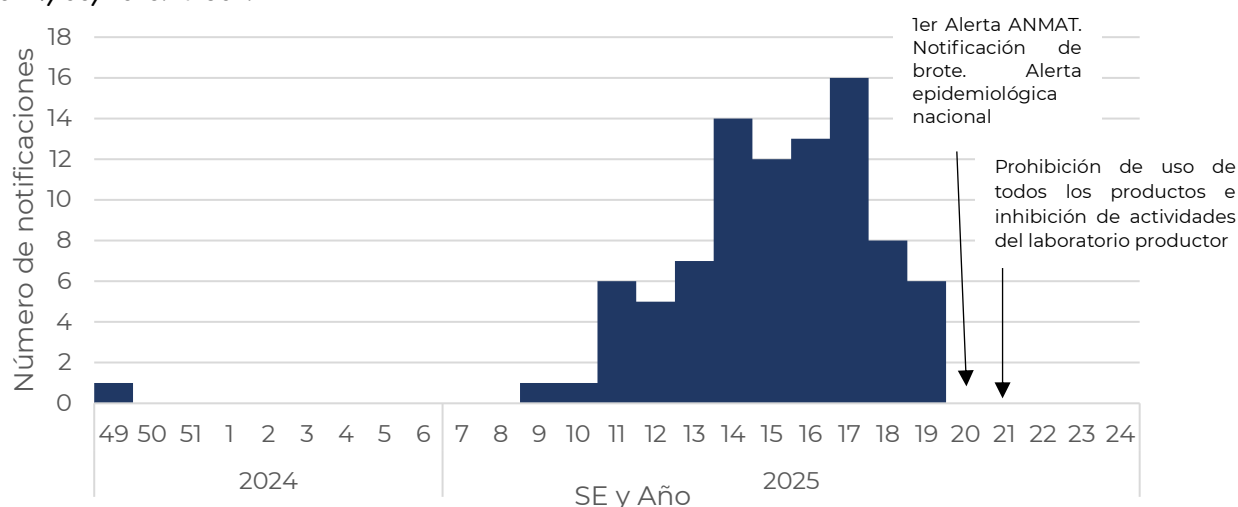
Establecimientos Jurisdicción	Total casos asociados por LNR o Nexo	Sospechosos	No asociados o invalidados	Total notificaciones	Focos confirmados
EPBA01	18			18	SI
EPBA02	1			1	SI
EPBA03		1		1	En investigación
EPBA04			1	1	DESCARTADO
EPBA05			1	1	DESCARTADO
EPBA06		1		1	En investigación
EPBA07		1		1	En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

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

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

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

Gráfico 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: Distribución de casos asociados por LNR o nexos y sospechosos por SE y medidas sanitarias según semana epidemiológica. Argentina. Hasta el 27/06/2025. N=90*.

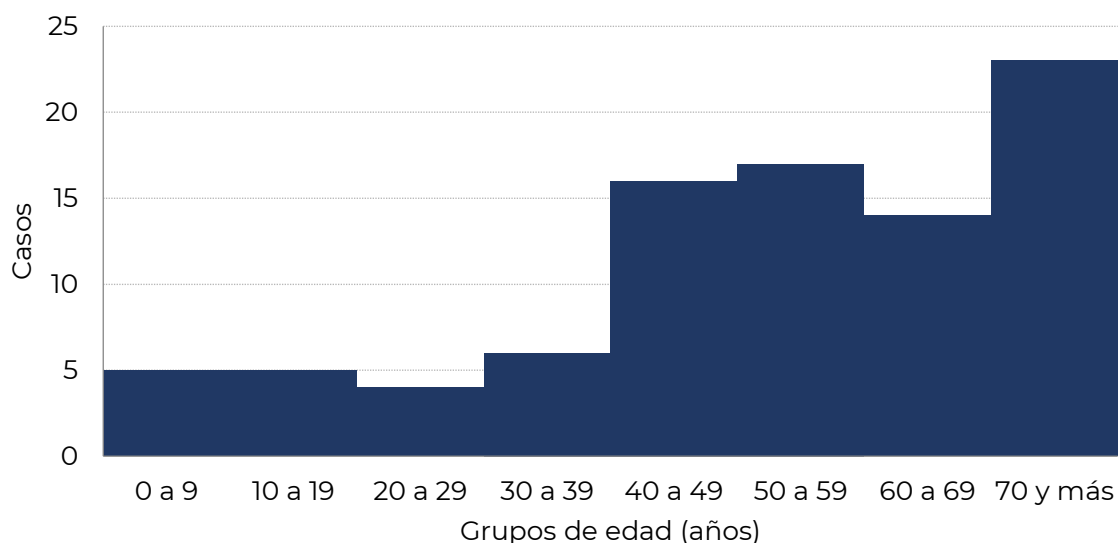


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

* Se excluyen descartados

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

Gráfico 2. Infección por exposición a medicamento contaminado: distribución de número de casos asociados por LNR o nexos y sospechosos según grupo de edad. Argentina. Hasta el 27/06/2025. N=90*.



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

* Se excluyen descartados

En cuanto a la evolución clínica, 11 de los 19 establecimientos que notificaron casos hasta el momento registraron casos fallecidos en el SNVS, sumando un total de 51, siendo el sexo masculino el más afectado y el grupo etario con más fallecimientos los mayores de 70 años (mediana 64 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
<i>K. variicola</i>	Biotyper v 13.0 ⁴¹	<i>Klebsiella variicola</i>	<i>K. variicola</i> con score > 2.00 y 10% de divergencia entre especies
	Vitek-MS Prime IVD ⁴²	<i>Klebsiella pneumoniae</i> 50%/ <i>K. variicola</i> 50%	El grupo de especies se muestra como un resultado de baja discriminación.
<i>K. pneumoniae</i>	Biotyper V 13.0	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	<i>K. pneumoniae</i> con score > 2.00 y 10% de divergencia entre especies
	Vitek-MS Prime IVD	<i>Klebsiella pneumoniae</i> 99.9%	Alto nivel de confianza

⁴¹ La versión 13.0 está disponible en Microbenet

⁴² Knowledge base IVD 3.3

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 fármacos⁴³

Evento: Infección por Exposición a Medicamento Contaminado.

VII.4.B. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

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

VII.4.C. DEFINICIONES DE CASO

Caso sospechoso:

Toda persona que:

1. Haya recibido FENTANILO HLB / FENTANILO (CITRATO) entre noviembre de 2024 y el 15 de mayo de 2025⁴⁴ 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.

⁴³ La asignación de este grupo de evento a los usuarios del SNVS debe realizarse a sus referentes jurisdiccionales o al mail nuevosnvs2@gmail.com

⁴⁴ 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.

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>

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS

VIII. Hepatitis A - Actualización Informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

La hepatitis A es una inflamación hepática aguda causada por el virus de la hepatitis A (VHA), cuya principal vía de transmisión es fecal-oral, a través del consumo de agua o alimentos contaminados o por contacto persona a persona. Su propagación se asocia a condiciones sanitarias deficientes y prácticas de higiene inadecuadas.

A diferencia de otras hepatitis virales (B y C), no presenta formas crónicas, pero puede generar cuadros clínicos graves como la hepatitis fulminante, especialmente en población pediátrica no inmunizada. En Argentina, previo a la introducción de la vacuna en el Calendario Nacional de Vacunación en 2005, el VHA fue la principal causa de insuficiencia hepática fulminante en menores de 10 años.

La implementación de la estrategia de vacunación sistemática a los 12 meses de edad permitió una reducción drástica de la incidencia y morbilidad, situando al país en un escenario de endemidad baja. Sin embargo, se han registrado brotes esporádicos en adultos jóvenes (20-39 años) en los años 2009, 2012, 2014 y 2018, con una tasa de incidencia cuatro veces mayor en varones que en mujeres.

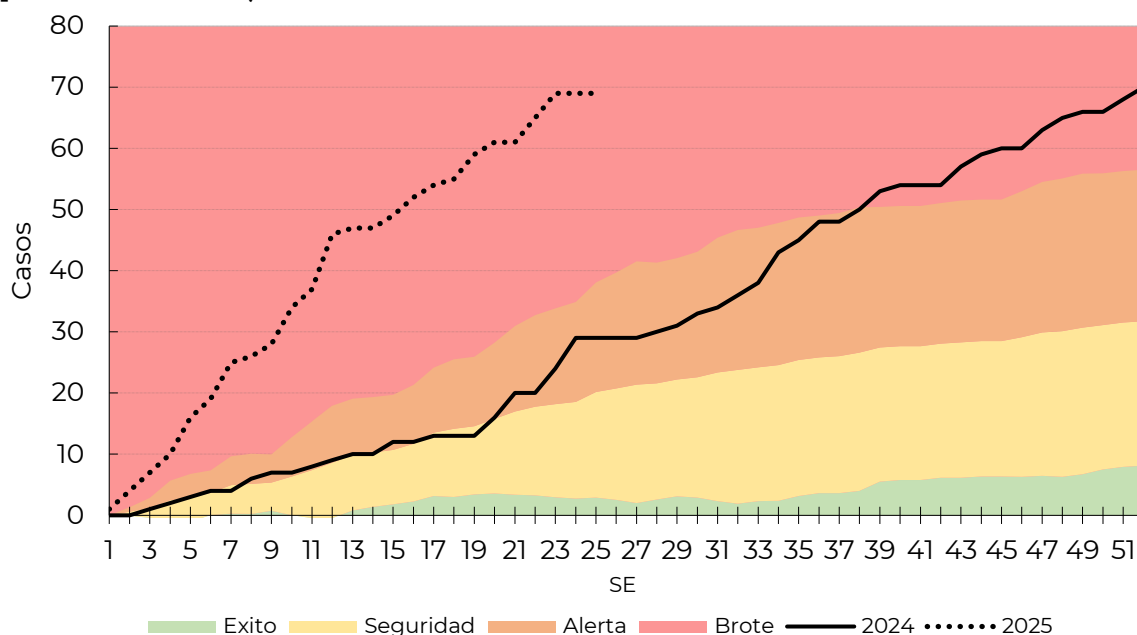
Debido a la complejidad de la vigilancia de este evento, los datos presentados pueden estar sujetos a revisión y actualización, considerando posibles ajustes en la notificación y el registro.

VIII.2. Situación de Hepatitis A en Argentina

VIII.2.A. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE 2025

Hasta la SE 25 del 2025 se notificaron 69 casos confirmados por laboratorio de hepatitis A en el SNVS 2.0. De estos, 40 se encuentran en región Centro: CABA (13), Buenos Aires (11), Córdoba (11) y Santa Fe (5); 19 en NOA: Jujuy (4), Salta (13) y Tucumán (2) y el resto en Mendoza (2), San Luis (1), Formosa (3), Chubut (2), Río Negro (1) y Neuquén (1). Respecto de la edad, 17 corresponden al grupo etario menores de 20 años, 38 corresponden al de 20 a 39 años y los 14 restantes a mayores de 40 años. La distribución por sexo, al igual que años anteriores, presenta una mayor afectación masculina (43).

En el contexto de la vigilancia epidemiológica, se ha observado una variación en la incidencia de hepatitis A en los últimos años. Durante el quinquenio 2019-2023, se notificó un promedio de 31 casos anuales, con un mínimo de 10 en 2021 y un máximo de 55 en 2022. En 2024, se confirmaron 70 casos, superando el umbral de alerta a partir de la semana 39. En lo que va del 2025, la cantidad de casos confirmados notificados se encuentra por encima del umbral de brote, ya que ha sido superior a los valores esperados y quedo a 1 caso confirmado de lo observado en todo el año 2024 (Gráfico 1). Desde la última actualización del evento (SE 19) a la actual, se han confirmado 17 casos de hepatitis A.

Gráfico 1. Corredor endémico acumulado de casos confirmados de hepatitis A. Argentina, período 2019- SE 25/2025.

Fuente: Elaboración por el área de Análisis de datos e investigación a partir de datos extraídos del SNVS 2.0

VIII.2.B. VIGILANCIA MOLECULAR HAV DE 2025

Entre el 01/01/2025 y el 06/06/2025 se derivaron al laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” muestras de suero y/o materia fecal de 42 pacientes para la caracterización molecular del virus de Hepatitis A (HAV).

Se analizó la región VP1/2A (349 pares de bases). Los productos de RT-Nested-PCR fueron secuenciados y analizados con programas filogenéticos. De las 42 muestras, 9 resultaron No Detectables, 1 se encuentra en proceso de análisis, y 32 fueron detectables. De estas últimas 31 fueron clasificadas dentro del subgenotipo IA agrupándose en dos clados diferenciados: A) las muestras de las provincias de Salta (2), Formosa (3), Santa Fe (1), Jujuy (1), Buenos Aires (5), Mendoza (1)- muestras de niños y adultos con antecedente de viaje a Bolivia- agruparon en un clado junto con la secuencia de referencia Wild type GBM de genotipo IA, con un porcentaje de identidad del 98 %; B) las muestras de las provincias de Mendoza (4), Córdoba (4), Santa Fe (1) y CABA (9) -todas de pacientes masculinos mayores de edad de los cuales 13 refieren el antecedente de hombres que tienen sexo con hombres (HSH)- agruparon en un clado junto con la variante europea VRD521_16 asociada al brote de HAV en HSH en el año 2016, con porcentaje de identidad entre ellas mayor al 99%. Una muestra de un paciente extranjero residente en CABA con antecedente de viaje a la India que refiere antecedente de HSH resultó genotipo IIIA, primer hallazgo de este genotipo en muestras estudiadas en nuestro laboratorio.

Reforzamos la importancia de la derivación oportuna al Laboratorio Nacional de Referencia de muestras de pacientes antiHAV-IgM positivos para realizar la vigilancia molecular. Esta vigilancia permite detectar rutas de transmisión e introducción de nuevos genotipos, diferenciar entre casos autóctonos e importados e identificar grupos de riesgo, permitiendo intervenciones eficientes de control y prevención.

Para consultas sobre derivación de muestras, dirigirse a lnrhepatitis@anlis.gob.ar

VIII.3. Recomendaciones para el equipo de salud

VIII.3.A. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

- No se dispone de tratamiento específico. Buen saneamiento e higiene personal, con atención especial al lavado de manos y a la eliminación sanitaria de las heces.
- Control del ambiente inmediato: se recomienda el escrupuloso lavado con agua lavandina al 1% de locales, sanitarios, vajillas, prendas, ropa interior o todo aquel ambiente o material que eventualmente pudiera estar en contacto con la materia fecal.
- Desinfección concurrente: eliminación sanitaria de las heces, la orina y la sangre.

VIII.3.B. PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN⁴⁵

Cuando se identifica un caso de infección por hepatitis A, se recomienda aplicar (dentro de las dos semanas de la exposición al VHA):

- Gammaglobulina (0,02 ml/Kg) a los contactos menores de un año.
- Vacuna contra hepatitis A a los mayores de un año (incluyendo adultos susceptibles).
- Gammaglobulina (0,02 ml/Kg) y vacuna en personas con inmunosupresión (incluyendo personas viviendo con VIH con un recuento de CD4 <200 células/μL) o riesgo de complicaciones graves (enfermedad hepática crónica).

Si hubieran transcurrido más de 2 semanas de una exposición a un caso, no se administrará gammaglobulina.

La transmisión perinatal de este virus es rara y la enfermedad grave poco frecuente. Algunos expertos aconsejan administrar gammaglobulina (0,02 ml/kg) al lactante si los síntomas de la madre hubieran comenzado entre dos semanas antes y dos después del parto.

VIII.3.C. CONTENCIÓN DE BROTES

Instituciones educativas

El uso de la profilaxis post-exposición en el ámbito de los jardines de infantes, colegios o institutos de menores responde a la posibilidad de limitar un brote en la institución, como complemento de medidas básicas de higiene respecto a la provisión de agua, preparación de alimentos y adecuada eliminación de excretas.

Jardines maternos

- En salas de niños menores de 1 año: Cuando se presenta uno o más casos de hepatitis A, se recomienda la aplicación de gammaglobulina a todos los niños del jardín que compartan el área de cambio de pañales o de preparación de biberones. Los receptores de gammaglobulina pueden regresar a la guardería o el jardín inmediatamente después de recibir la dosis de gammaglobulina
- En salas de niños de 1 año o mayores: Se recomienda el uso de vacuna, dada la eficacia de la intervención, en niños que no hubieran sido vacunados con anterioridad.

⁴⁵ Recomendaciones Nacionales de Vacunación 2012 (pág. 86-87). Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-nacionales-de-vacunacion-argentina-2012>

Escuelas

Se debe valorar la situación epidemiológica local:

- Si se producen casos confirmados con lapso de tiempo mayor a 50 días entre el inicio de los síntomas entre uno y otro caso, se extremarán los cuidados de higiene personal y ambiental.
- No se debe indicar la aplicación de gammaglobulina ni de vacuna.
- Si ocurren 2 o más casos de alumnos o personal de un mismo grupo familiar que concurren a la misma escuela, solo se vacunará al grupo familiar.
- Si ocurren 2 o más casos entre niños o personas que concurren a la misma escuela (dentro del mismo período de incubación), o si se detectara la propagación de la enfermedad por la ocurrencia de uno o más casos secundarios, se vacunará a todo el turno o solo al grado, según corresponda.
- Cuando ocurren 2 o más casos en niños o personal de diferentes turnos, se deberá vacunar a todos en la institución.

Instituciones y hospitales

No está indicada la vacunación de rutina para el personal de salud, aun en centros con manejo de neonatos o niños. La prevención de esta infección debe hacerse por medio del uso correcto de las precauciones estándar.

Ante la presencia de un caso de hepatitis A, se puede indicar la vacunación al personal de salud en contacto con el paciente. Idealmente, debería estudiarse a los expuestos y obtenerse enseguida los resultados (hasta 48 horas) para vacunar solo los que fueran negativos (IgG anti-VHA). En caso de no contar con la serología dentro de las 48 h, se deberá vacunar directamente.

Nivel comunitario

- Potabilización del agua y con sistemas adecuados de distribución y de eliminación de excretas.
- Educación sanitaria con relación a higiene personal: lavado de manos con agua, jabón y cepillo para uñas para la manipulación de alimentos y disposición final de las excretas.

VIII.3.D. MEDIDAS ANTE BROTES

- Identificación del modo de transmisión por investigación epidemiológica (persona a persona o vehículo común), y detectar a la población expuesta a un mayor riesgo de infección. Eliminar cualquier fuente común de infección.
- En la industria alimentaria se aconseja la identificación del personal susceptible (anti-HAV negativo) y su posterior vacunación.
- Jardines maternos y salas de internación pediátrica: si en un centro se presentan uno o más casos de Hepatitis A o si se identifican casos en el hogar de dos o más niños atendidos en la institución, se debe considerar la práctica de precauciones entéricas siempre.
- Se harán esfuerzos especiales para mejorar las prácticas de saneamiento e higiene, y para eliminar la contaminación fecal de los alimentos y el agua, tanto en colegios como en instituciones cerradas, industria de alimentación y manipuladores de alimentos.

VIII.3.E. MEDIDAS EN CASO DE DESASTRE

- La administración masiva de inmunoglobulina no sustituye las medidas ambientales.

- Cuando gran número de personas está en condiciones de aglomeración y/o hacinamiento, las deficientes acciones de saneamiento son un problema potencial. Habrá que extremar las medidas sanitarias. Adecuada eliminación de excretas y la seguridad de los abastecimientos de agua: indicar no beber agua del lugar salvo que esté clorada o proveer agua potable en envases individuales; en caso de provisión de agua por cisternas fijas o móviles, proceder a la cloración en el lugar de su uso; controlar la eliminación sanitaria del agua utilizada. Reforzar la adecuada eliminación de excretas.

VIII.4. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Hepatitis A⁴⁶

VIII.4.A. CONSIDERACIONES GENERALES

- Remitir al Laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales-INEI-ANLIS-Malbrán la muestra de plasma/suero con resultado reactivo de IgM anti-HAV obtenida en el laboratorio local, en tubo original con tapa o trasvasada a tubos tipo eppendorf.
- Rotular con el nombre y apellido del paciente y fecha de toma de muestra. Conservar a -20°C hasta su derivación.
- En caso de que la muestra con la que realizó el diagnóstico no esté disponible o no haya sido conservada en condiciones adecuadas, remitir una nueva muestra del paciente obtenida dentro de los 30-45 días desde el comienzo de los síntomas.
- En caso de ser posible, se debe enviar también una muestra de materia fecal, una punta de cuchara en un frasco estéril (por ejemplo, de urocultivo), sin agregado de ningún líquido o medio de transporte. Conservar a 4° hasta su derivación.

VIII.4.B. EMBALAJE PARA DERIVACIÓN DE MUESTRAS

- Se debe verificar el perfecto cierre de cada tubo de muestra.
- Realizar un embalaje triple que cumpla las normativas de bioseguridad estándares.
- Colocar los tubos con muestras (tubo primario) dentro de un envase secundario estanco y a prueba de fugas (tipo Sisteg) junto con material absorbente. Incluir material refrigerante.
- Colocar el envase secundario en un envase externo que lo proteja de posibles daños físicos durante el transporte.
- Acompañar las muestras con ficha clínico-epidemiológica correspondiente.
- Puede utilizar el sistema de envío de muestras a cargo de la ANLIS.

VIII.5. Recomendaciones para la población

VIII.5.A. MEDIDAS PREVENTIVAS

Vacunación

La hepatitis A es una enfermedad prevenible mediante vacunación. Desde 2005, la vacuna contra la hepatitis A está incorporada al Calendario Nacional de Vacunación para niños al año de vida (Res. Ministerial N°653/05). A los quince días de aplicada la primera dosis, el 93% de los vacunados desarrollan anticuerpos detectables, alcanzando entre el 95% y el 99% al mes.

La vacuna se administra en una única dosis a los 12 meses de vida y también se recomienda para poblaciones de riesgo, entre las que se incluyen:

⁴⁶ Mail de contacto ante cualquier consulta: lnrhepatitis@anlis.gob.ar

- Varones que tienen relaciones sexuales con otros varones, mujeres trans y trabajadores sexuales.
- Personas con desórdenes de la coagulación o enfermedad hepática crónica.
- Personal de laboratorio que manipula muestras del virus.
- Personal gastronómico, de maestranza que maneja residuos y servicios sanitarios.
- Personal de jardines maternos que asiste a niños menores de un año.
- Personas que viajan a zonas de alta o mediana endemia (en este caso, la vacuna no es provista por el Ministerio de Salud).

Para los individuos susceptibles dentro de estos grupos, se recomienda un esquema de dos dosis con un intervalo de 0 a 6 meses. En pacientes inmunocomprometidos, incluidos aquellos con VIH, la respuesta inmune puede ser subóptima o no duradera.

Todas las marcas de vacunas son intercambiables. Para acceder a la vacunación, quienes pertenezcan a alguno de estos grupos deben presentar una orden médica.

Otras medidas preventivas

- Lavado frecuente de las manos de la persona y sus cuidadores.
- Adecuado manejo de excretas, con lavado de manos posterior y limpieza del sanitario con lavandina (por la eliminación de partículas virales en la materia fecal).
- No compartir los elementos de higiene personal (cepillo de dientes, utensilios para comer, etc.).
- Consumo de agua potable, filtrada o clorada.
- Se debe informar y sensibilizar acerca de la importancia de mantener prácticas sexuales con protección a través del uso del preservativo y el campo de látex, y asegurar la provisión de los preservativos en los centros de salud.
- Los niños y los adultos con hepatitis A deberán ser excluidos de la institución hasta 1 semana después del comienzo de la enfermedad. Los adultos que manipulan alimentos deberían excluirse hasta 2 semanas después del comienzo de la enfermedad.

VIII.6. Conclusiones

La integración de datos nominales a través del SNVS 2.0, junto con las modificaciones en la estrategia de notificación implementadas en 2022, ha fortalecido la vigilancia epidemiológica de la hepatitis A. La mejora en la cobertura y calidad de la información permite una caracterización más precisa de la carga de enfermedad, favoreciendo una detección más oportuna de casos y la identificación de patrones epidemiológicos emergentes. Esto refuerza el papel de la vigilancia como herramienta clave para el control de la enfermedad y la planificación de intervenciones eficaces, como la optimización de coberturas vacunales y la implementación de estrategias preventivas dirigidas a los grupos más afectados.

En los últimos años, se ha observado un aumento sostenido de casos de hepatitis A, principalmente en forma de brotes, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y detección temprana. La tendencia creciente en la población adulta joven, particularmente en el grupo de 20 a 39 años tras la incorporación de la vacuna al calendario nacional, resalta la importancia de mantener altas coberturas vacunales y de desarrollar estrategias complementarias para la población afectada.

El acceso oportuno a información epidemiológica de calidad es fundamental para orientar políticas de salud pública basadas en evidencia. La consolidación de un sistema de vigilancia robusto, junto con el fortalecimiento de la vacunación y la detección temprana de casos, permitirá optimizar la respuesta sanitaria y avanzar hacia la reducción sostenida de la hepatitis A como un problema de salud pública.

VIII.7. Sobre este informe

VIII.7.A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE HEPATITIS A

Las hepatitis A en Argentina constituyen Evento de Notificación Obligatoria (ENO) según la ley nacional 15.465 y las normas de vigilancia y control de enfermedades (resolución 1.715/2007), que obligan al personal médico y de laboratorios de efectores de cualquier subsector (público, de seguridad social o privado) a realizar la notificación de los casos.

El principal objetivo de la vigilancia es brindar información relevante y de calidad para la intervención de los diferentes actores del sistema de salud que tienen responsabilidad en la prevención, diagnóstico, atención y seguimiento de los casos, así como también contribuir en la evaluación de las acciones implementadas a fin de orientar la planificación de políticas sanitarias.

Con la actualización de las normas y procedimientos de vigilancia y control de Eventos de Notificación Obligatoria en el año 2022, cambió la modalidad de notificación de la hepatitis A. Previamente se notificaba ante el caso sospechoso de hepatitis viral⁴⁷. Actualmente la notificación se hace de forma inmediata ante caso positivo con identificación del agente. Se encuentran vigente las siguientes definiciones de caso:

Caso confirmado de hepatitis A: Caso sospechoso de hepatitis viral con presencia de anticuerpos de clase IgM contra el virus de hepatitis A (anti-HAV IgM) en el suero de los pacientes agudos o convalecientes.

Caso invalidado por epidemiología: Caso sospechoso de hepatitis viral aguda y resultados negativos para la detección de anticuerpos de clase IgM contra el virus de la hepatitis A (anti-VHA IgM) en muestra de suero.

VIII.7.B. MODALIDAD DE VIGILANCIA Y NOTA METODOLÓGICA

La notificación de Hepatitis A es de modalidad nominal, por lo que, para este **análisis** se utilizó el evento "Hepatitis A" del SNVS^{2.0}. Se consideraron casos confirmados a aquellos que cumplen con los siguientes criterios: casos con antiHAV-IgM positivo cargado en el laboratorio o con diagnóstico referido (VHA IgM Reactivo). Para determinar el año de ocurrencia, se consideró la "Fecha de diagnóstico referido"; en los casos donde esta información no estaba disponible, se recurrió a la "Fecha de inicio de Síntomas", posteriormente a la "Fecha de toma de muestra" y por último la "Fecha de apertura". En cuanto a la procedencia de los casos, se priorizó la "Provincia de residencia"; cuando ésta no estaba consignada, se utilizó como alternativa la "Provincia de Muestra".

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha_hepatitis_532024.pdf

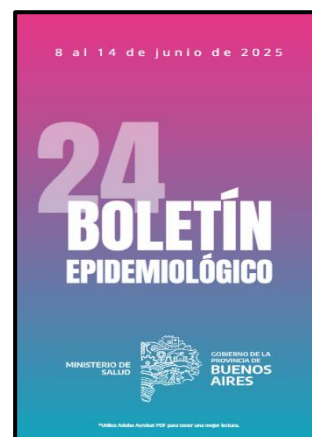
⁴⁷ Toda persona que presente ictericia o elevación de las transaminasas a más de 2,5 veces el valor normal no atribuible a otras causas, y al menos uno de los siguientes síntomas: malestar general, dolores musculares o articulares, astenia, hiporexia, náuseas, vómitos o fiebre.

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

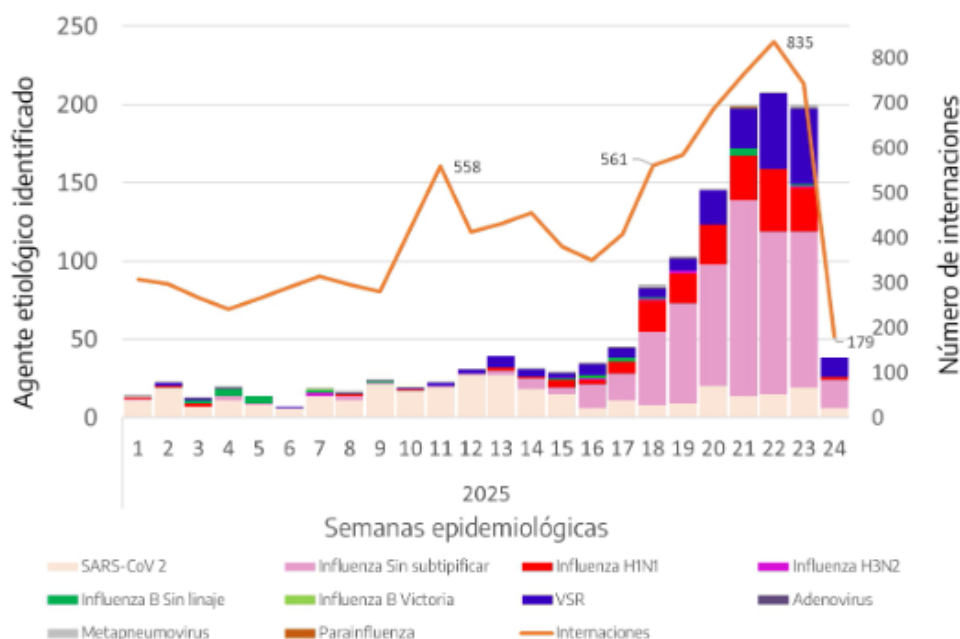
IX. Boletines Jurisdiccionales

IX.1. Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA)

En la provincia de Buenos Aires, desde fines de abril (SE 18) se observa un incremento continuo de las internaciones por IRA. El 19 y 23% de estas internaciones son de menores de 2 años y de mayores de 60 años respectivamente. Entre las muestras estudiadas en pacientes internados se registra un aumento en la circulación de influenza A (H1N1) a partir de fines de marzo (SE 13) siendo el principal virus detectado en las últimas siete semanas. De manera concomitante, pero con menor intensidad circulan VSR y SARS-CoV-2. En lo que va del año 2025 el total de internaciones por IRA representa un 48% más bajo que el mismo período del 2024.



Internaciones por IRA y agentes etiológicos hallados. PBA, año 2025.



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

Para más información:

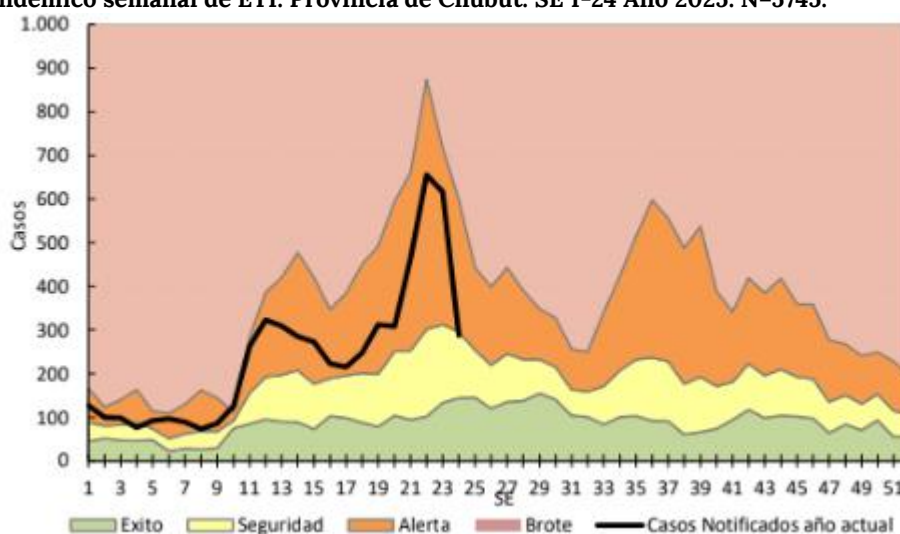
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

IX.2. Chubut: Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

El análisis de los Eventos agrupados relacionados a la vigilancia de infecciones respiratorias agudas se realizó con los datos de aquellos establecimientos que notificaron al SNVS 2.0, por lo tanto, los N totales puede presentar una diferencia a lo publicado en semanas anteriores.



Corredor endémico semanal de ETI. Provincia de Chubut. SE 1-24 Año 2025. N=5745.



Fuente: Elaboración propia de la Residencia de Epidemiología HZPM en base al SNVS 2.0.

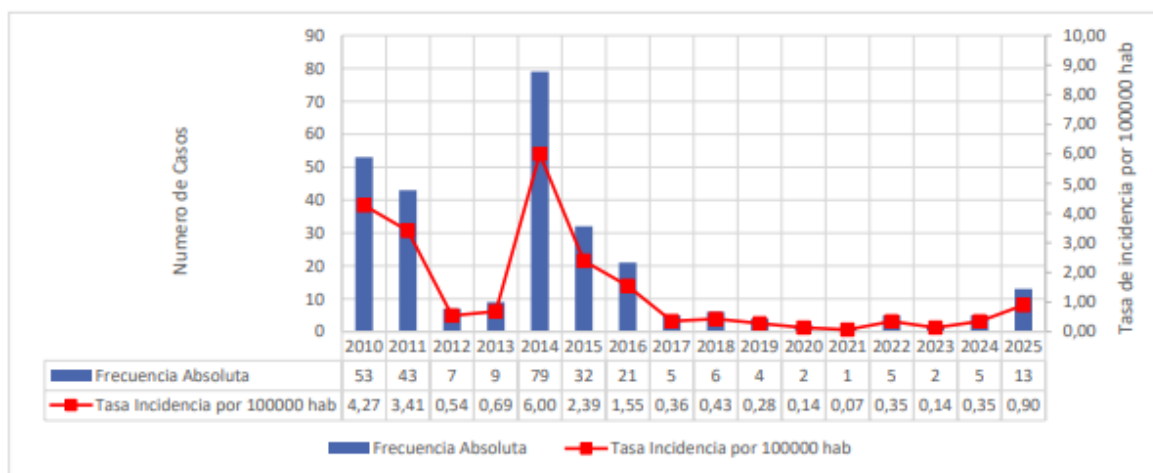
Para más información: http://ministeriodesalud.chubut.gov.ar/epidemiological_releases

IX.3. Salta: Hepatitis A

Hasta la semana epidemiológica (SE) N° 24 del año 2025, se notificaron un total de 49 casos sospechosos de hepatitis A, de los cuales se confirmaron 10 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 24 del año 2025.



Casos confirmados de Hepatitis A y tasa cada 100.000 habitantes. Período 2010 hasta SE 24/2025. Provincia de Salta.



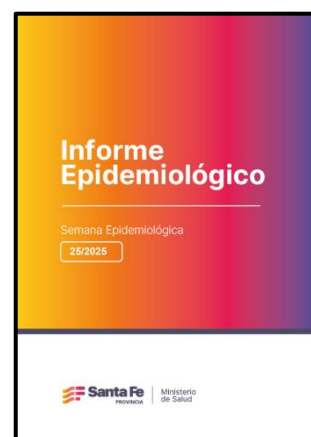
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y registro de casos y tasas "Anuario estadístico Provincia de Salta, período 2010-2018".

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

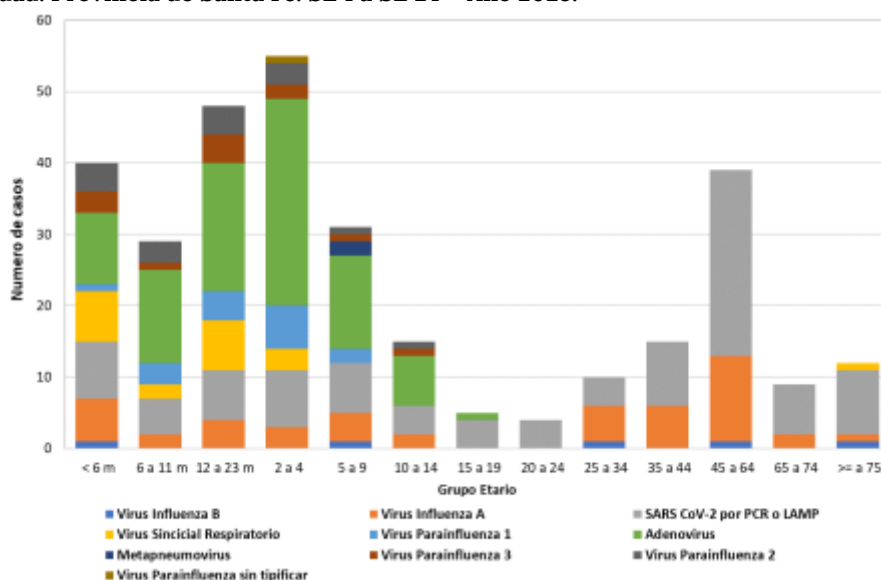
IX.4. Santa Fe: Virus respiratorios

El siguiente análisis de Infecciones respiratorias agudas se realiza considerando las notificaciones de virus respiratorios correspondientes a la vigilancia de laboratorio bajo el grupo de eventos “Infecciones respiratorias virales en pacientes internados, modalidad agrupada/numérica semanal y al evento “Internado y/o fallecidos por COVID o IRA” con modalidad nominal e individualizada.

En cuanto a las edades, los casos de Influenza A se notificaron en todos los grupos etarios con excepción del grupo de 15 a 19 años y de 20 a 24 años. Los casos de SARS CoV-2 se distribuyeron en todas las edades, mientras que el Virus Sincial Respiratorio se observa principalmente en los menores grupos de edad (entre el grupo de < de 6 meses y de 2 a 4 años).



Distribución absoluta de casos positivos de virus respiratorios en pacientes internados con IRA según grupos de edad. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 24 – Año 2025.



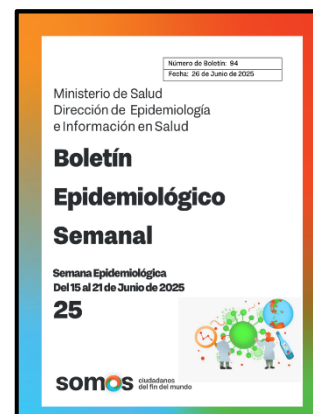
Fuente: Elaboración propia de la Dirección Provincial de Red de Laboratorios en base a datos extraídos del SNVS 2.0 – Notificación agrupada: Infecciones respiratorias virales – Internados.

Para más información:

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

IX.5. Tierra del Fuego: Respiratorias agrupadas

Hasta la semana epidemiológica (SE) 25 en 2025 se notificaron 2.024 casos de enfermedades respiratorias en el SNVS 2.0. en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2024, se observa una disminución del 7,4% de los casos registrados, a nivel provincial.



Respiratorias agrupadas, año 2024 y 2025.

	SE 25 / Año 2024	SE 25 / Año 2025	% Variación interanual
Río Grande	936	773	↓ -17,4
Tolhuin	444	410	↓ -7,7
Ushuaia	806	841	↑ 4,3
Tierra del Fuego	2186	2024	↓ -7,4

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

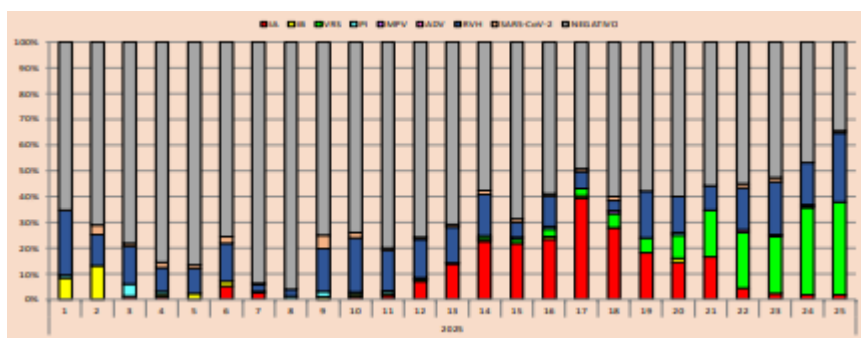
Para más información comunicarse al mail: <https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/>

IX.6. Tucumán: Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

En la SE 25 del 2025 se procesaron 201 muestras con una positividad del 66% (132), correspondientes a IA 3% (4), SARS-COV-2 2% (2) y Otros Virus Respiratorios (OVR) 95% (126), de los cuales VRS 57% (72) y RVH 43% (54).



Proporción de Virus Respiratorios desde el SE 1/2025 a SE 25/2025. UC y UM. Provincia de Tucumán. (n=4011).



Fuente: Dirección de Epidemiología. Laboratorio de Salud Pública.

Para más información comunicarse al mail:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

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

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

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

Para consultar cambios que se hayan realizado en 2024 remitirse al siguiente documento:

[Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nro 737](#)

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
Junio	Araneismo-Envenenamiento por Latrodectus (Latrodectismo)	Clínica	Signos y síntomas	Se adicionaron las siguientes opciones: "Lesión en miembro superior (no manos)", "Lesión en miembro inferior", "Lesión en cara y/o cuello", "Lesión en tronco (tórax/abdomen/dorso)", "Lesión en cabeza", "Lesión en mano/s", "Lesión en región glútea" y "Lesión genital"
	Araneismo-Envenenamiento por Loxosceles (Loxoscelismo)			
	Araneismo-Envenenamiento por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)			
	Escorpionismo o Alacranismo			
Junio	Diarrea aguda	Laboratorio	Determinaciones /Técnicas	Se adicionó la opción "Detección de categoría de E coli" asociada a la técnica "PCR de aislamiento"
			Resultados	Se adicionó la opción "E. coli enteropatógeno (EPEC)"
Junio	Fiebre tifoidea y paratifoidea	Laboratorio	Muestras	Se modificó el tipo de muestra de la opción "Agua de red", de "Ambientales" a "Agua".
				Se adicionó la opción "Agua de pozo", asociada al tipo de muestra "Agua"
Junio	Sospecha de Brote de ETA	Laboratorio	Determinaciones /Técnicas	Se adicionó la opción "Detección de categoría de E

				coli" asociada a la técnica "PCR de aislamiento"
Junio	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	Clínica	Signos y síntomas	Se adicionaron las siguientes opciones: "Lesión en miembro superior (no manos)", "Lesión en miembro inferior", "Lesión en cara y/o cuello", "Lesión en tronco (tórax/abdomen/dorso)", "Lesión en cabeza", "Lesión en mano/s", "Lesión en región glútea" y "Lesión genital"
			Resultado de tratamiento	Se adicionó la opción: "Tratamiento incompleto por efecto adverso"
			Secuelas	Se adicionaron las opciones: "Amputación", "Parálisis total o parcial de miembro/s afectado/s" y "Neuropatía del paciente crítico"
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chini)	Epidemiología	Ocupación	Se adicionaron las opciones: "Militar", "Otro trabajo con exposición al agua", "Personal de la fuerza de seguridad", "Tareas de desmalezado", "Trabajador agropecuario y/o silvícola", "Trabajador de laboratorio", "Trabajador de parques", "Trabajador de reservas", "Trabajador de zoológicos", "Trabajador en contacto con animales silvestres", "Veterinario o auxiliar veterinario"
			Antecedentes epidemiológicos	Se adicionaron las opciones: "Circunstancia de exposición: Accidental", "Circunstancia de Exposición: Desconocida", "Circunstancia de exposición: Laboral", "Circunstancia de exposición: Ambiental/externo", "Habitar o haber habitado una vivienda rural", "Residente o viajero de zonas endémicas"
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)			

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

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

XI.1. Información detallada sobre la residencia:

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

XI.1.A. PROFESIONES HABILITADAS A CONCURSAR:

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

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

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

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



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

Modalidad: Virtual Autoadministrada
Plataforma Virtual de Salud



Inicia: 21 de abril
Finaliza: 21 de julio
de 2025

Este curso brinda herramientas de gestión y de análisis para los equipos técnicos jurisdiccionales y servicios de salud que deseen trabajar con la estrategia de Salas de Situación

INSCRIPCIONES EN:



Consultas:
cursos.direpinacion@gmail.com

Duración: 30 horas

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