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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **769**

Semana epidemiológica 32
AÑO 2025
Desde 03/08 al 09/08
Fecha de publicación
18/08/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD · REPÚBLICA ARGENTINA

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Alejandro Alberto VILCHES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

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

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

Actualización informe Epidemiológico Araneismo
Del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades transmitidas por vectores.
De la ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán", el Instituto Nacional de Producción de Biológicos.

Actualización informe epidemiológico Coqueluche
Del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Control de Enfermedades inmunoprevenibles y la Dirección de Salud Perinatal, Niñez y Adolescencias.
Del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán": el Departamento de Epidemiología y el Servicio Bacteriología Clínica.

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

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

Agradecimientos:

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

Imagen de tapa:

Araña de Rincón **(***Loxosceles laeta*) se esconde en lugares polvorientos y poco aseados como, por ejemplo, bajo los tanques de gas, detrás de cuadros, cornisas, librerías o en los armarios especialmente con ropa. Fotografía sin derecho de autor.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°769, SE 32.

I. Nuevo editorial

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

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

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

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

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

¡Hasta la próxima!

Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología

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

II. Sobre este BEN

El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) Nº 769 presenta una actualización integral de la situación sanitaria nacional correspondiente a la Semana Epidemiológica (SE) 32. Como en cada edición, se incluyen los eventos de notificación obligatoria seleccionados, con sus respectivas tablas nominales y agrupadas, acompañadas de notas metodológicas que facilitan su lectura e interpretación.

En esta edición se actualizan los eventos priorizados, con énfasis en las enfermedades febriles exantemáticas, dengue y otros arbovirus, y las infecciones respiratorias agudas, ofreciendo información nacional y regional, indicadores epidemiológicos y recomendaciones específicas para sostener la vigilancia clínica y laboratorial.

Se incorpora además una nueva actualización sobre el brote de enfermedad invasiva asociada al consumo de fentanilo contaminado, con la evolución de la situación epidemiológica y el abordaje interinstitucional en curso.

Dentro de la sección de actualización periódica de eventos, se presenta por primera vez un informe integral sobre araneismo, que incluye la descripción histórica y actual de los géneros *Latrodectus*, *Loxosceles* y *Phoneutria*, con un análisis de su distribución, frecuencia de notificación y relevancia clínica. Este informe detalla también los avances en la producción de antivenenos por parte del Instituto Nacional de Producción de Biológicos, junto con información técnica sobre la composición del producto terminado. Además, se incluyen recomendaciones específicas para el equipo de salud, tanto en lo referente a medidas preventivas como en la atención oportuna de casos sospechosos y confirmados.

Asimismo, se actualiza la situación de coqueluche, incorporando un panorama comparado con el escenario internacional, donde se observa un incremento de casos en varios países. En el contexto nacional se profundiza en la evolución de la notificación de casos, las coberturas de vacunación y los principales desafíos para el diagnóstico y la confirmación oportuna, subrayando la importancia de la vigilancia activa y la notificación precisa. El informe también aporta definiciones de caso actualizadas y consideraciones para mejorar la detección en el primer nivel de atención.

Como en cada número, se incluyen los boletines jurisdiccionales, que aportan información clave sobre la situación epidemiológica en distintas provincias, así como herramientas de vigilancia y actualizaciones sobre el funcionamiento del SNVS 2.0. En esta ocasión, se destacan además los resultados del Taller regional de vigilancia epidemiológica e investigación de brotes realizado en la región NEA, un espacio de formación y articulación interjurisdiccional que contribuye al fortalecimiento de capacidades locales.

El BEN continúa consolidándose como un instrumento fundamental para la vigilancia, el análisis y la toma de decisiones en salud pública, articulando lo técnico, lo político y lo comunicacional con una perspectiva honesta y constructiva.

Contenido

I. Nuevo editorial 5
II. Sobre este BEN 6

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

EVENTOS PRIORIZADOS 17
IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión 18
IV.1. Introducción 18
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional 18
IV.2.A. Bolivia 18
IV.2.B. Canadá 18
IV.2.C. Estados Unidos de América 19
IV.2.D. México 20
IV.1. Situación actual en Argentina 20
IV.1.A. Notificación de casos 20
IV.1.B. Distribución geográfica 21
IV.2. Caracterización de los casos confirmados 23
IV.2.A. Clasificación de los casos 23
IV.3. Recomendaciones para la comunidad 25
IV.4. Recomendaciones para los equipos de salud 25
IV.5. Vigilancia epidemiológica 25
IV.5.A. Definición y clasificación de caso 26
IV.6. Medidas de prevención 26
IV.7. Medidas ante casos y contactos 26
IV.7.A. Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados: 26
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus 28
V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus 28
V.1.A. Subregión Cono Sur 28
V.2. Situación de dengue en Argentina 31
V.2.A. Inicio de temporada 2025/2026 31
V.2.B. Informe de fin de temporada 2024/25 32
V.3. Vigilancia entomológica 32
V.3.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición 33
V.3.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) –SE15 (2025) 33
V.3.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios 36
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas 41
VI.1. Nota Metodológica 41
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 41
VI.3. Síntesis de la información nacional destacada 42
VI.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 42
VI.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 44
VI.4.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 44
VI.4.B. Neumonía 46
VI.4.C. Bronquiolitis 47
VI.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 48
VI.5.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 51
VI.6. Recomendaciones ante el aumento de casos de influenza y la circulación de virus respiratorios 53
VI.6.A. Recomendaciones para la población general 53
VI.7. Vacunación antigripal 53
VII. Actualización de estudio de brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado 55
VII.1. Introducción 55

VII.2. Situación epidemiológica 56

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS 60
VIII. Araneismo - Informe epidemiológico 61
VIII.1. Introducción 61
VIII.2. Araneismo en Argentina 62
VIII.2.A. Nota metodológica 62
VIII.2.B. Situación Histórica - Todos los Géneros 62
VIII.2.C. Situación Actual - Todos los Géneros 69
VIII.3. Situación de araneismo – género *latrodectus* (“Viuda negra”) 71
VIII.3.A. Situación histórica Latrodectus – 2019-2024 71
VIII.3.B. Situación actual - género Latrodectus 76
VIII.4. Situación de Araneismo - Género *Loxosceles* (“Araña de rincón”) 78
VIII.4.A. Situación histórica 2018-2024 78
VIII.4.B. Situación actual Loxosceles – 2025 84
VIII.5. Situación de Araneismo - Género *Phoneutria* (“Araña de los bananeros”) 87
VIII.6. Producción de antivenenos 88
VIII.6.A. Instituto Nacional de Producción de Biológicos 88
VIII.7. Composición del Producto Terminado 88
VIII.8. Recomendaciones para el equipo de salud 89
VIII.8.A. Medidas preventivas 89
VIII.8.B. Medidas ante casos y contactos 90
VIII.9. Conclusiones 90
VIII.10. Vigilancia epidemiológica 91
VIII.10.A. Modalidad de vigilancia y nota metodológica 91
IX. Coqueluche - Actualización informe epidemiológico 93
IX.1. Introducción 93
IX.2. Situación internacional 93
IX.3. Situación Epidemiológica Actual de Coqueluche en Argentina 94
IX.4. Coberturas de Vacunación 97
IX.5. Recomendaciones para el equipo de salud 100
IX.5.A. Recomendaciones para los equipos de salud del primer nivel de atención respecto a la Coqueluche 101
IX.5.B. Medidas preventivas 101
IX.5.C. Medidas ante casos y contactos 102
IX.6. Vigilancia Epidemiológica 104
IX.6.A. Objetivos de la vigilancia 104
IX.6.B. Definiciones y clasificaciones de caso 104
IX.6.C. Notificación 105
IX.7. Consideraciones sobre el diagnóstico 105
IX.8. Nota Metodológica 106

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 108
X. Boletines Jurisdiccionales 109
X.1. Buenos Aires: Enfermedad febril exantemática (EFE) 109
X.2. Chubut: Síndrome urémico hemolítico (SUH) 110
X.3. Entre Ríos: Infecciones respiratorias agudas virales en internados 111
X.4. Mendoza: Intoxicación por monóxido de carbono 112
X.5. Santa Fe: Situación de Sars-CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios (OVR) de importancia clínica en pacientes internados 113
X.6. Tucumán: Bronquiolitis 114
X.7. Tierra del Fuego: Varicela 115

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 116
XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 117
XII. Taller regional de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de Brotes. Región NEA 118

TABLAS DE **EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA** SELECCIONADOS

III. Tablas de ENO seleccionados

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

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

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

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

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

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

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

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

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

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

III.1. Nota metodológica

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

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

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

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

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

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

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

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

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

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

III.2. Eventos nominales confirmados

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

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-32. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-32	2025 Acumulados SE 1-32	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	4	4	N/A
Enfermedades zoonóticas animales	Rabia animal	114	83	-31	-27%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	5.710	10.169	4.459	78%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	198	273	75	38%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	78	92	14	18%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	5	4	-1	-20%
	Cisticercosis	5	6	1	20%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.757	4.648	1.891	69%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	329	539	210	64%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	19	30	11	58%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	13	7	117%
	Brucelosis	72	67	-5	-7%
	Hantavirosis	39	38	-1	-3%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	16	13	433%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	899	915	16	2%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	6	13	7	117%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	3	18	15	500%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	5	29	24	480%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	3	1	-2	-67%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	6.186	6.186	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	441	441	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	325	325	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	8.097	10.651	2.554	32%

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

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

III.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 1-32. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-32		2025 Acumulados SE 1-32		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	2.818	134	2.215	189	-603	-21%	55	41%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	710	2	5.286	35	4.576	645%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	710	2	5.286	35	4.576	645%	33	1650%
	Meningitis - Meningoencefalitis	1.341	568	1.543	519	202	15%	-49	-9%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	74	0	59	0	-15	-20%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	89.422	56.538	58.452	17.453	-30.970	-35%	-39.085	-69%
	Encefalitis de San Luis	209	5	293	0	84	40%	-5	-100%
	Fiebre amarilla humana	104	0	128	0	24	23%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	35	0	62	0	27	77%	0	N/A
	Zika	1.449	0	778	0	-671	-46%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	449	246	223	79	-226	-50%	-167	-68%
Enfermedades zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.605	43	1.509	129	-96	-6%	86	200%
	Psitacosis	199	32	532	99	334	168%	67	209%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	896	43	946	30	50	6%	-13	-30%
	Sífilis Congénita	1.786	627	561	550	-1.225	-69%	-77	-12%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	5	0	5	N/A	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1.532	1.451	1.050	901	-482	-31%	-550	-38%
	Sífilis en embarazadas	6.562	5.815	6.714	6.228	152	2%	413	7%
	Hepatitis B en embarazadas	58	41	71	19	13	22%	-22	-54%
Hepatitis virales	Hepatitis A	96	23	164	83	68	71%	60	261%
	Hepatitis B	1.759	414	1.894	404	135	8%	-10	-2%
	Hepatitis C	1.555	797	1.393	832	-162	-10%	35	4%
	Hepatitis E	31	3	24	3	-7	-23%	0	0%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	20.086	16.039	29.534	25.255	9.448	47%	9.216	57%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	945	917	1.485	1.414	540	57%	497	54%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	45	9	196	79	151	336%	70	778%

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 1-32. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-32	2025 Acumulados SE 1-32	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmitidas por alimentos	Diarrea	388.195	454.367	66.172	17%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.115	1.234	119	11%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios	801	567	-234	-29%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	79.364	50.915	-28.449	-36%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	756.970	724.813	-32.157	-4%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	51.014	44.053	-6.961	-14%
	Neumonía (sin especificar)	57.729	46.369	-11.360	-20%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	0	3.694	3.694	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	1	2.353	2.352	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	16.412	16.412	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	1.058	1.057	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	3	4.412	4.409	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	3	3.699	3.696	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	62	21.417	21.355	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	12	4.188	4.176	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	3	1.718	1.715	N/A
	Lesiones por electrocución	0	441	441	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	557	557	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	1	48.191	48.190	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	0	16.509	16.509	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	6	23.119	23.113	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	344	344	N/A
	Otras lesiones en el hogar	4	17.105	17.101	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 1-31. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-32		2025 Acumulados SE 1-32		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	2.715	152	2.136	125	-579	-21%	-27	-18%
	Infección por Mycoplasma genitalium	457	11	335	9	-122	-27%	-2	-18%
	Infección por Mycoplasma hominis	1.786	178	1.665	228	-121	-7%	50	28%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	9.707	298	4.705	257	-5.002	-52%	-41	-14%
	Infección por Trichomonas vaginalis	15.805	1.681	13.211	1.511	-2.594	-16%	-170	-10%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

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

IV.1. Introducción

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

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

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

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

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

IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional

IV.2.A. BOLIVIA[1]

Hasta el 14 de agosto, se han reportado 243 casos de sarampión en cinco departamentos: 204 en Santa Cruz, 13 en La Paz, 6 en Potosí, 4 en Beni, 4 en Chuquisaca, 7 en Cochabamba, 4 en Oruro y 1 en Pando.

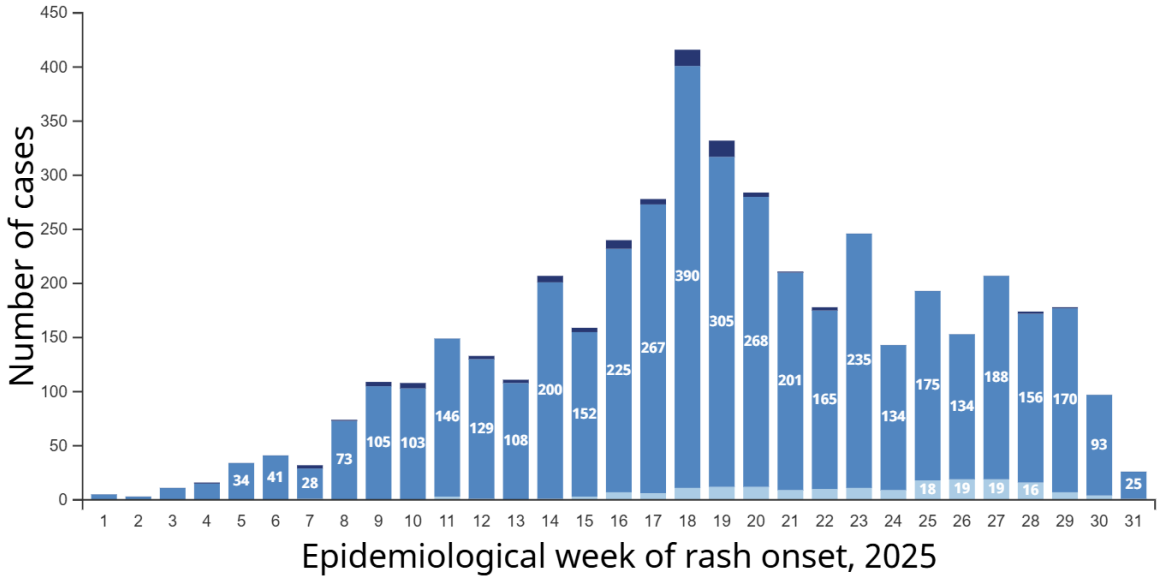
IV.2.B. CANADÁ[2]

En 2025, se han notificado un total de 4.548 casos de sarampión (4.221 confirmados, 327 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 2 de agosto de 2025.

En la semana 31 (del 27 de julio al 2 de agosto de 2025), se notificaron 153 nuevos casos de sarampión (152 confirmados y 1 probables) en 6 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario y Saskatchewan).

[1] *https://www.minsalud.gob.bo/8788-brigadas-intensifican-vacunacion-y-acciones-de-control-de-la-epidemia-de-sarampion-en-comunidades-menonitas-en-santa-cruz*
[2] https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=4548)



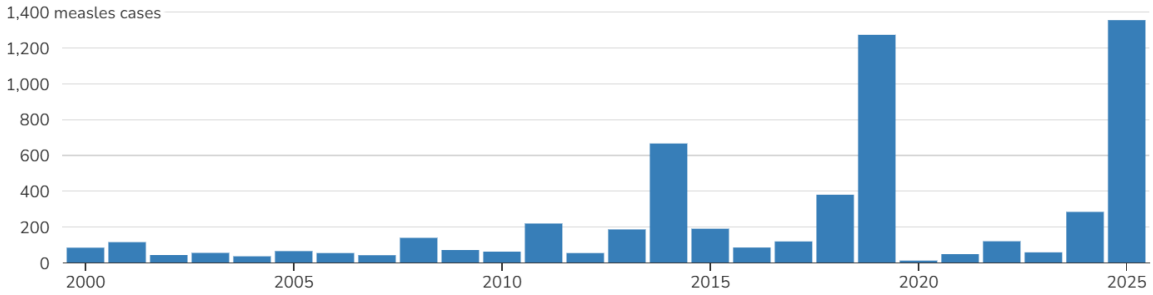
IV.2.C. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[3]

Al 5 de agosto de 2025, se notificaron un total de 1.356 casos confirmados de sarampión en 41 jurisdicciones: Alaska, Arkansas, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Míchigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming

En 2025 se han notificado 32 brotes, y el 87% de los casos confirmados (1.177 de 1.356) 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 05/08/25).



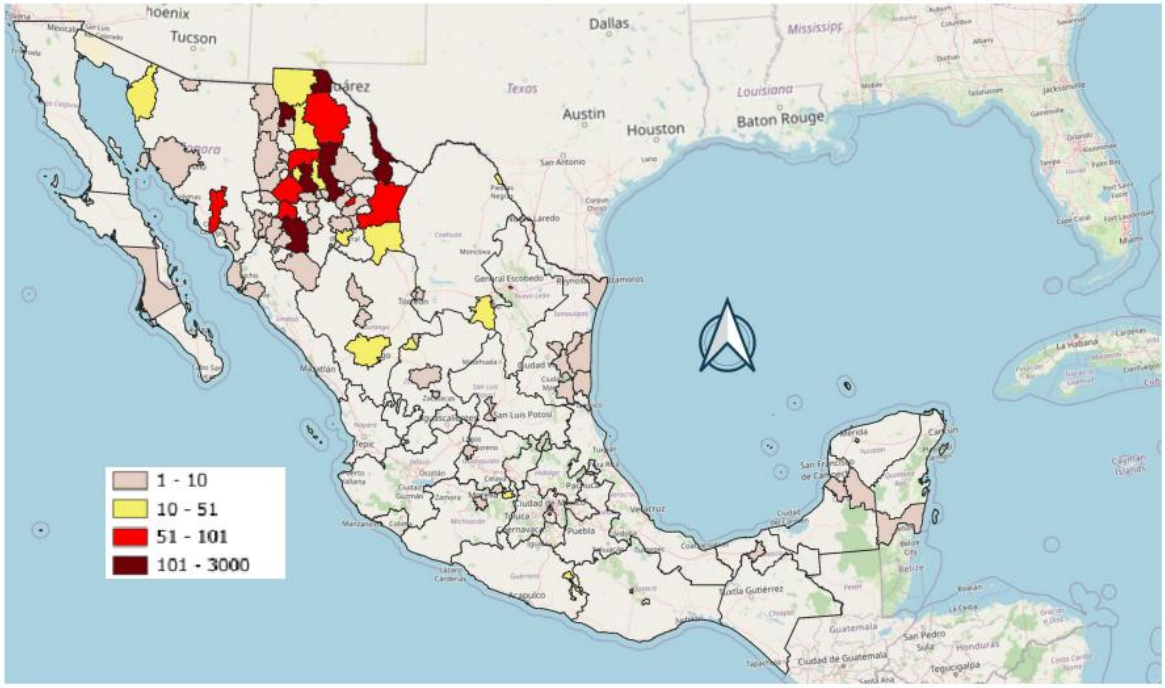
[3] https://www.cdc.gov/measles/data-research/

IV.2.D. MÉXICO[4]

Al 31 de julio, se han reportado 4.079 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 21 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 21 estados y 87 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 14 fallecimientos.

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



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

IV.1. Situación actual en Argentina

IV.1.A. NOTIFICACIÓN DE CASOS

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 2.833 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el país (Gráfico 1). A partir de la Semana Epidemiológica (SE) 6, coincidiendo con la emisión del alerta epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, se evidencia un aumento progresivo en la notificación de casos, alcanzando su punto máximo en las semanas 12 y 13.

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

Del total de casos notificados entre la SE1 y la SE31:

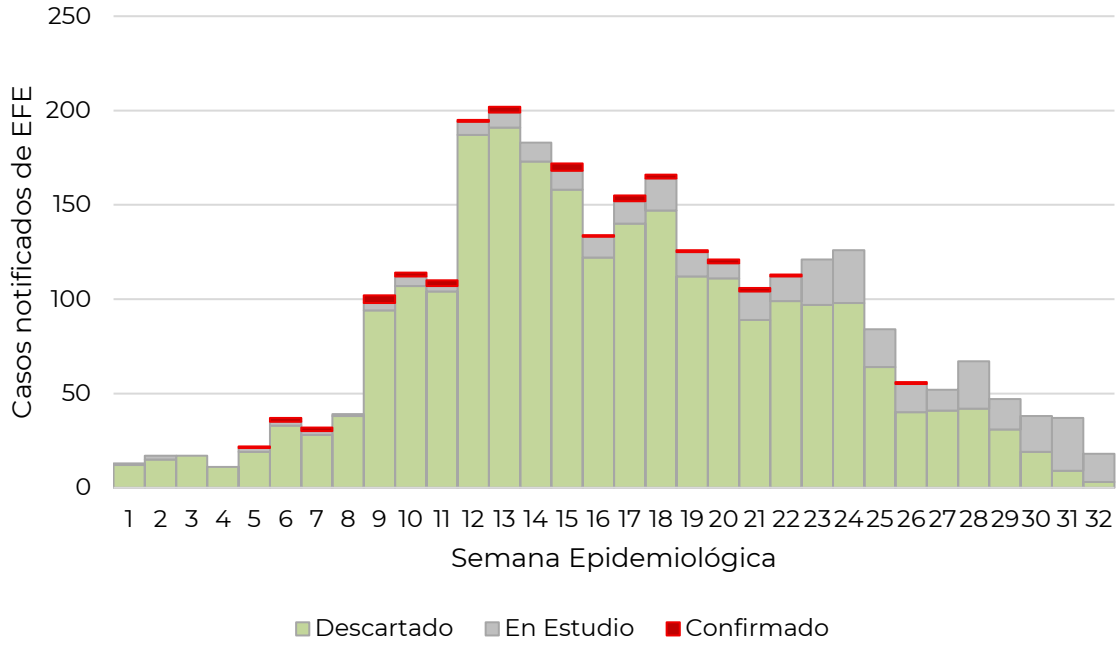
- 35 casos fueron confirmados por laboratorio o nexo epidemiológico;
- 2.451 casos fueron descartados tras evaluación clínica, epidemiológica y/o laboratorial;

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

- 347 casos se encuentran actualmente en estudio, en proceso de investigación epidemiológica y/o diagnóstico por laboratorio.

La proporción de casos descartados sobre el total notificado es del 86%. La cifra de casos en estudio refleja la actividad continua de evaluación de los eventos notificados.

Gráfico 1. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE32 de 2025. N= 2.833



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

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

IV.1.B. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

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

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

Tabla 1. Distribución de casos notificados y confirmados por jurisdicción en Argentina. Tasa cada 100 mil habitantes y notificaciones esperadas para el período actual. SE1 a SE32 de 2025[5].

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	21	1743	9,5	223	367
CABA	13	655	21,2	38	62
Catamarca		12	2,8	5	9
Chaco		25	2,0	15	25
Chubut		22	3,3	8	13
Córdoba		70	1,8	48	79
Corrientes		3	0,3	14	23
Entre Ríos		39	2,7	18	29
Formosa		2	0,3	8	13
Jujuy		33	4,1	10	16
La Pampa		19	5,1	5	7
La Rioja		1	0,2	5	8
Mendoza		61	2,9	25	42
Misiones		9	0,7	16	27
Neuquén		9	1,3	9	14
Río Negro		7	0,9	10	16
Salta		12	0,8	18	30
San Juan		11	1,3	10	16
San Luis	1	8	1,5	7	11
Santa Cruz		11	2,7	5	8
Santa Fe		48	1,3	45	73
Santiago del Estero		13	1,3	12	21
Tierra del Fuego		2	1,0	2	4
Tucumán		18	1,0	22	36
Total	**35**	**2833**	**6,0**	**577**	**949**

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

Del análisis de la información notificada al 9 de agosto se identifican tres situaciones diferenciadas entre las jurisdicciones:

1. *Jurisdicciones que ya superaron la cantidad esperada de notificaciones para todo el año*: Este grupo incluye a Buenos Aires, CABA, Catamarca, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza y Santa Cruz. En particular, Buenos Aires (con 1.743 notificaciones) y CABA (655) presentan cifras muy por encima de lo esperado si se considera el total anual. La provincia de Chaco alcanzo las notificaciones esperadas para el total anual superando ampliamente las esperadas a la semana epidemiológica actual.

[5] Los casos notificados corresponden a los reportados hasta la SE32, mientras que la información sobre los casos confirmados refleja la más reciente disponible al momento de la elaboración de este boletín epidemiológico.

2. *Jurisdicciones que no superaron el total anual esperado, pero se encuentran por encima del valor esperado para la semana epidemiológica (*SE*) vigente:* Aquí se encuentran Córdoba, Neuquén, San Juan, San Luis, Santa Fe y Santiago del Estero. Las provincias de Neuquén y de Tierra del Fuego alcanzaron las notificaciones esperadas para la SE actual.

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

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

IV.2. Caracterización de los casos confirmados

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

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

IV.2.A. CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS

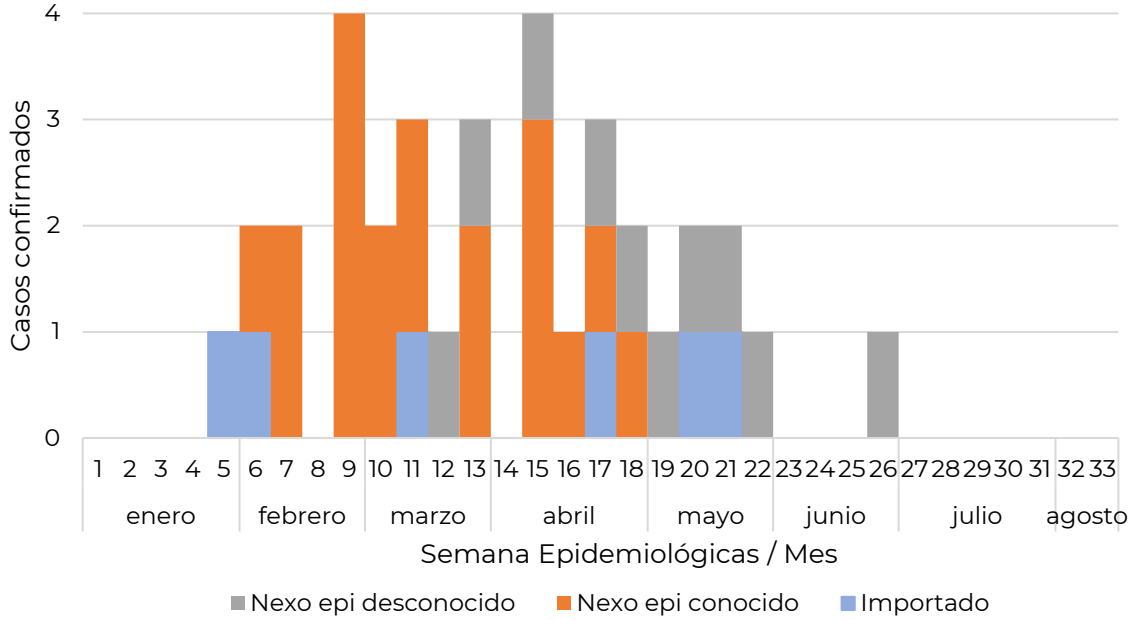
En cuanto a la distribución de los casos confirmados de sarampión según semana de ocurrencia (de acuerdo a la fecha de inicio del exantema) y el nexo epidemiológico (conocido o desconocido), se observa que desde la SE 5 (fines de enero) hasta la SE 22 (fin de mayo), se presentaron casos todas las semanas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

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

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

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

Gráfico 2. Número de casos confirmados de Sarampión según clasificación epidemiológica y semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE33 de 2025. N= 35.



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

En lo que respecta a la distribución por grupo de edad (Grafico 3), la mayor proporción de casos confirmados se presenta en los menores de 5 años (17 casos, 49%).

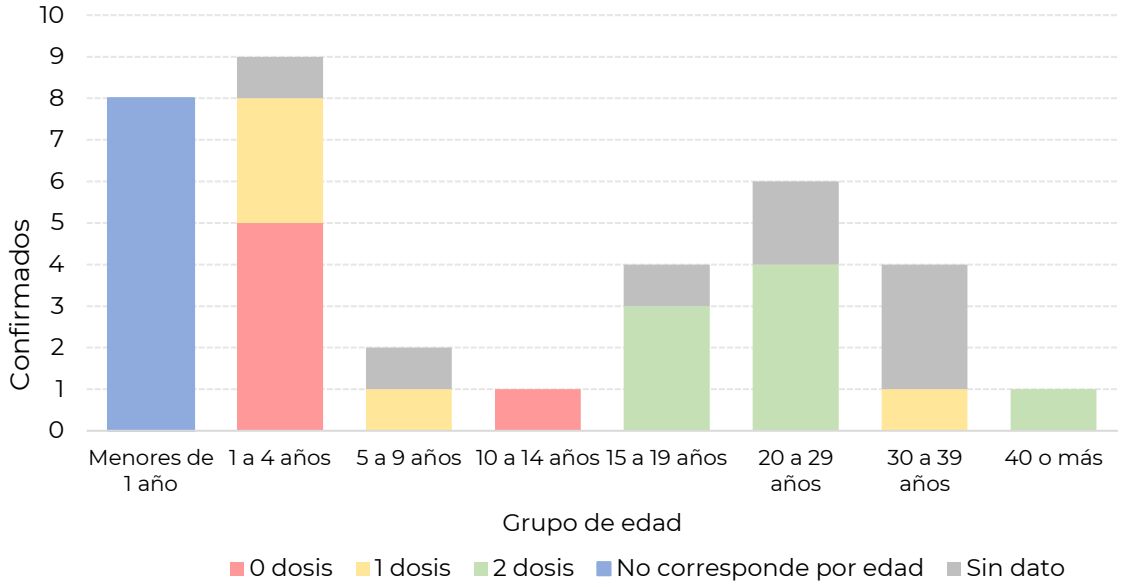
Del total de casos confirmados (35), hay 27 personas que, de acuerdo al calendario de vacunación vigente, deberían haber recibido 1 o 2 dosis de vacuna con componente antisarampionoso de acuerdo a la edad. De las 27, existen 6 que no han recibido ninguna dosis, y la mayoría de estos (5) pertenecen al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

La proporción de casos que han recibido al menos 1 dosis de vacuna, considerando los 27 casos mayores de 1 año, es del 50%, siendo mayor en los grupos de edad de 15 a 29 años.

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

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

Gráfico 3. Número de casos confirmados de Sarampión según grupo etario y antecedente de vacunación. Argentina. SE1 a SE33 de 2025. N= 35.



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

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

IV.3. 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.4. 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.5. 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.5.A. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASO

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

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

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

IV.6. Medidas de prevención

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

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

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

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

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

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

Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:

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

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

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

IV.7. Medidas ante casos y contactos

IV.7.A. MEDIDAS ANTE CASOS SOSPECHOSOS Y/O CONFIRMADOS:

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

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

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

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

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

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

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

Vacunación dentro de las 48 a 72 hs.

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

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

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

alerta_epidemiologica-sarampion_07032025_0.pdf

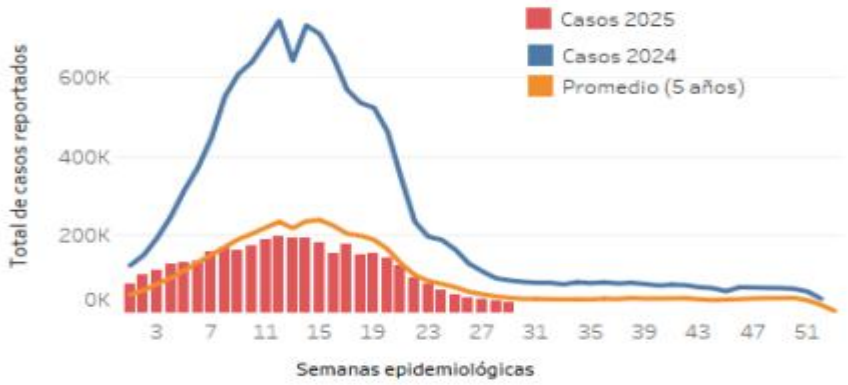
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 29, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud actualizado el 8 de agosto.

A la semana epidemiológica (SE) 29 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,558,860 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 350 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 69% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 11% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 29.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 29 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 3,558,860 casos de dengue reportados en las Américas, 1,440,821 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 5,561 (0.2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,770 muertes por dengue, para una letalidad del 0.050%. 13 países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 29. Estos países registran en conjunto 26,472 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 29.

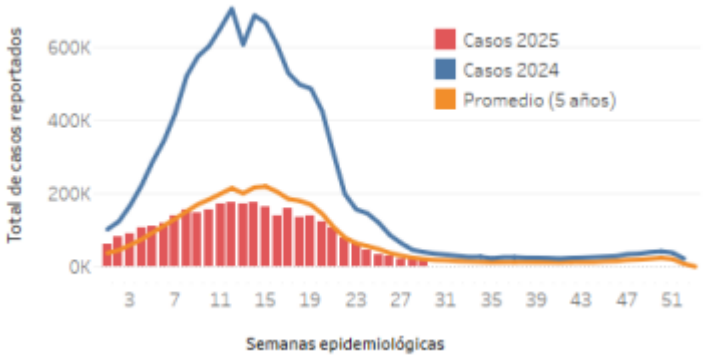
Del total de casos registrados en la SE 29, 97 fueron clasificados como dengue grave (0.2%), y se reportaron 7 muertes. para una letalidad de 0.026%.

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

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notifican 18,507 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 29. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 69% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 9% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

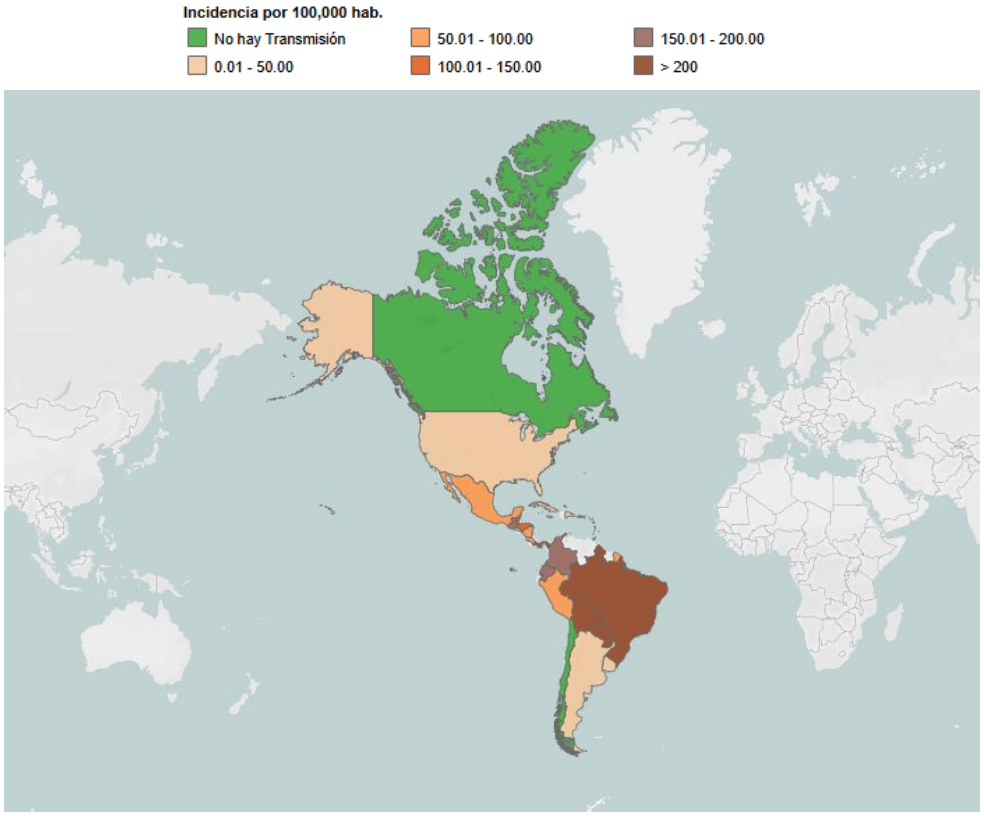
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 29, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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

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

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



Fuente: Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud. Datos reportados por Ministerios e institutos de Salud de los países y territorios de la región.[6]

NOTA METODOLOGICA:

1. Números de casos reportados de fiebre por dengue. Incluye todos los casos de dengue: sospechosos, probables, confirmados, no-grave, grave y muertes.

2. Población: total de habitantes para ese País o Territorio según las proyecciones de Naciones Unidas.

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

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[7] y el ARBO-portal[8] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 14/08/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 32/2025 se han reportado 3.208.572 casos de dengue, con 1.555 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 67% respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se notificaron 204.214 casos, un 48% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 106 muertes por este evento. Respecto a zika, hasta la SE 30/2025 se registraron 18.395 casos, lo que representa una disminución del 51% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 29/2025 se confirmaron 11.853 casos, un 50% más que en igual período del año pasado, con 5 defunciones por este evento.

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

Paraguay: hasta la SE 31/2025, se han reportado 22.698 casos de dengue y un fallecimiento asociado, un 92% menos respecto a la misma semana de 2024. En cuanto a chikungunya, se registraron 49 casos, un 98% menos comparado con el año anterior, sin defunciones por este evento. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían notificado 5 casos.

Perú: hasta la SE 31/2025, se han notificado 34.652 casos de dengue, un 87% menos que el mismo periodo de 2024, con 47 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 30/2025 se notificaron 84 casos, un 8% más que el año anterior, sin defunciones para este evento. Hasta la misma semana se han registrado 4 casos de zika, un valor similar al año anterior, sin fallecidos para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 18/2025 se confirmaron 233 casos, un 98% menos que a la misma semana de 2024.

Durante el año en curso, se ha registrado una disminución de los casos de dengue en todos los países mencionados. En cuanto a la chikungunya, se observa un descenso de casos en Paraguay y Brasil, mientras que en Bolivia se ha reportado un aumento de casos. Con respecto al virus del Zika, en Brasil se registra una disminución de casos. Por otro lado, se ha registrado un brote de Oropouche en la Región de las Américas que este año afecta a Brasil y Perú.

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

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

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

V.2. Situación de dengue en Argentina

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

En Argentina, la vigilancia epidemiológica del dengue se analiza en función de temporadas, en lugar de años calendario, debido al carácter estacional de la transmisión viral. Si bien existe una alta heterogeneidad en el territorio nacional, esta estacionalidad está determinada por las condiciones climáticas que favorecen la proliferación del *Aedes aegypti*, vector responsable de la transmisión del virus. Durante los meses más cálidos y húmedos del año, que comprenden principalmente la primavera, el verano y parte del otoño, se registra un aumento en la abundancia poblacional del vector y, consecuentemente, se generan condiciones que permiten la ocurrencia de brotes. Por el contrario, durante el invierno la actividad reproductiva del vector disminuye considerablemente, interrumpiéndose en gran parte del territorio nacional.

La definición operativa de temporada permite estructurar la vigilancia en un marco temporal en consonancia con la dinámica de transmisión, facilitando el análisis comparativo entre períodos y la planificación de las acciones de prevención y control. En este sentido, la temporada de dengue en Argentina se delimita entre la SE 31 de un año y la SE 30 del año siguiente, abarcando el período de mayor riesgo para la circulación viral.

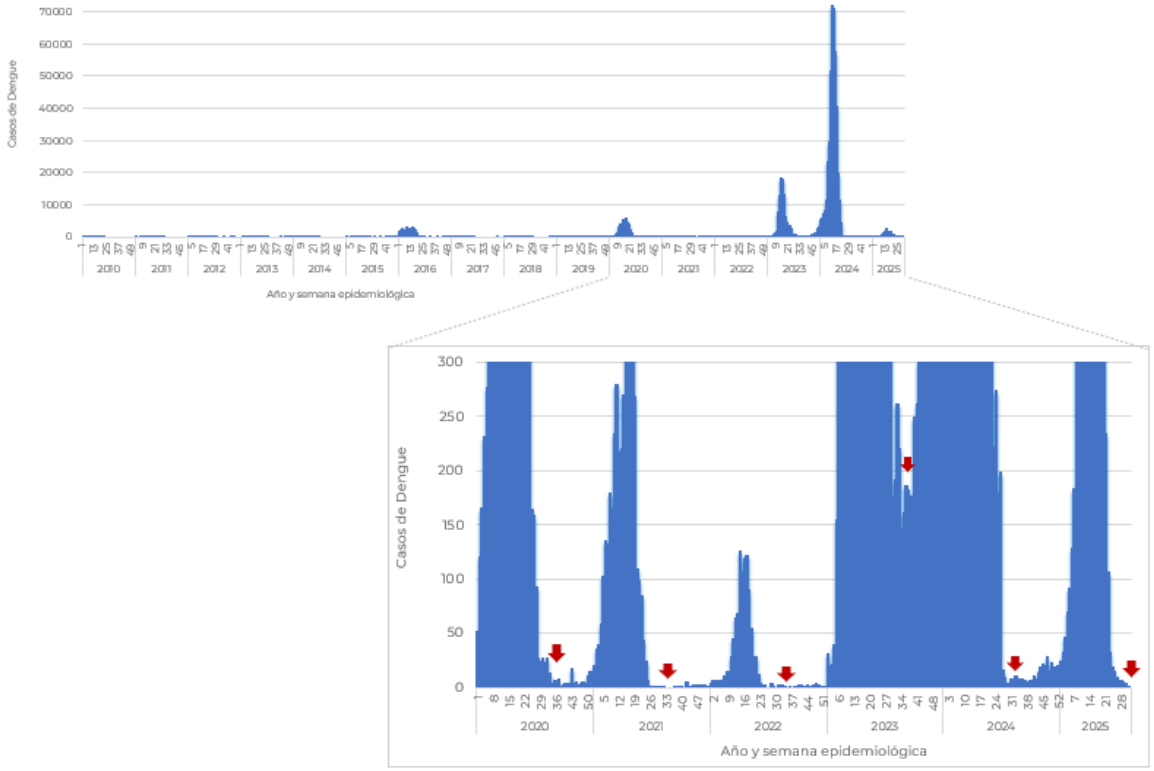
De acuerdo con la fecha mínima[9], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 245 casos sospechosos de dengue, de los cuales uno (1) fue confirmado por laboratorio, con residencia en el departamento Pilagás, jurisdicción de Formosa.

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE32/2025 se notificaron 119 casos sospechosos de dengue, sin casos confirmados ni probables registrados. Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

Desde la reemergencia del dengue en Argentina en 1997, los años 2023 y 2024 se han constituido como las temporadas epidémicas de mayor magnitud registradas hasta la fecha, concentrando en conjunto aproximadamente el 82% del total de casos acumulados en la serie histórica. El análisis temporal de los casos notificados para el período comprendido entre los años 2022 y 2025, evidencia que, para la SE32/2025, se observa un descenso sostenido en el número de casos en comparación con los máximos alcanzados durante las epidemias de 2023 y 2024. Esta tendencia sugiere una interrupción de la transmisión viral sostenida en el territorio nacional; no obstante, persiste la necesidad de mantener una vigilancia intensificada ante la posibilidad de circulación en áreas con condiciones sociodemográficas, ambientales y epidemiológicas favorables para la transmisión.

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

Gráfico 3. Dengue: Casos de dengue[10] según semana epidemiológica. Años 2010-2025 y detalle 2020-2025 con referencia (flecha roja) a la SE 32. 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)
Nota: detalle

V.2.B. INFORME DE FIN DE TEMPORADA 2024/25

El análisis se encuentra en proceso, dado que los equipos jurisdiccionales continúan con el cierre y la validación de casos. Los resultados consolidados serán publicados en las próximas semanas.

V.3. 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.

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

V.3.A.VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR SENSORES DE OVIPOSICIÓN

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

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

V.3.B.EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32 (2024) –SE15 (2025)

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

Al desagregar los datos por región, se observa que la región **NEA** presentó SO positivos desde la SE 39, con un ascenso posterior, con algunas fluctuaciones, hasta la SE 02 de 2025 (Gráfico 1). A partir de dicha semana, se observa un descenso en los valores generales de la región hasta la SE07 donde nuevamente se detectó un incremento en el IPO. A partir de la SE10 se observó un descenso hasta la SE12, donde volvió a aumentar hasta la SE16 (Gráfico 1). Durante las últimas 12 semanas se observa una tendencia descendente del IPO con algunas variaciones. Si bien en la SE 30 se aprecia un pequeño pico en el IPO, durante las últimas dos SE los valores volvieron a descender, confirmando la tendencia apreciada previamente.

Gráfico 1. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA, Argentina. SE 31 (2024)-SE 32 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.

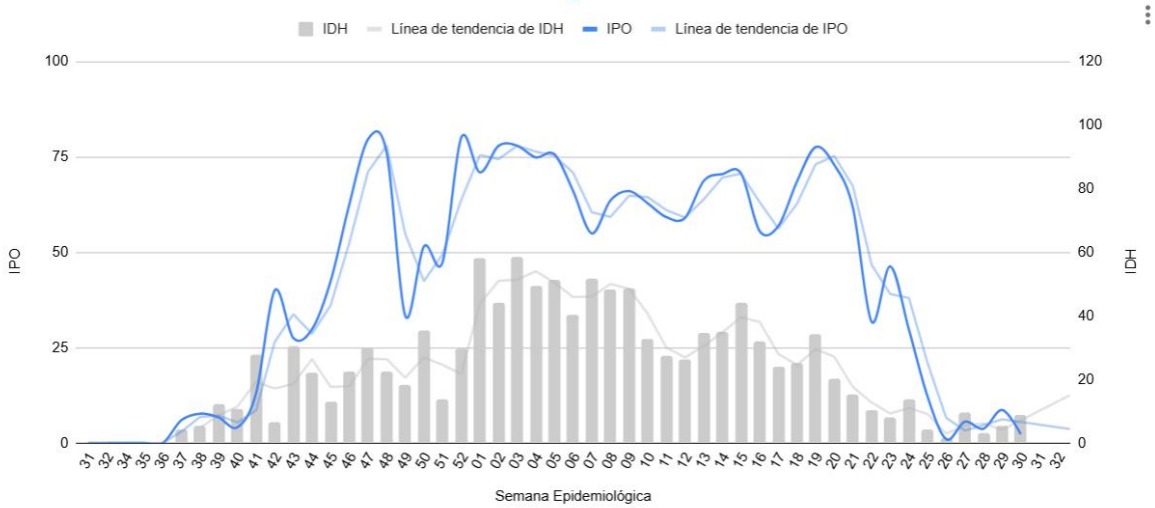


Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En el caso de la región NOA, el inicio de la positividad se detectó a partir de la SE 37 2024, con un ascenso oscilante a partir de la SE 42 y superando, por primera vez en la temporada, el umbral de riesgo entomológico moderado (valores de IPO superiores al 40%) (Gráfico 2). 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 2). Desde la SE19 se observa una tendencia general descendente en la región. Durante la SE26 se detectó un IPO= 0,98, el menor valor registrado desde la SE31 de 2024. Aunque en las semanas subsiguientes el IPO evidenció un leve aumento, la región se mantiene en una situación de riesgo entomológico bajo. Los datos se presentan hasta la SE30.

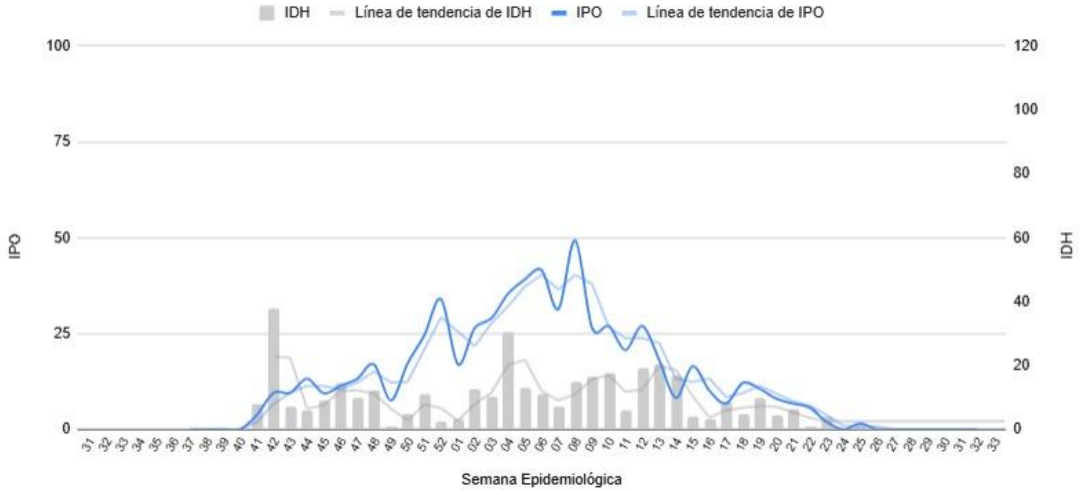
Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA, Argentina. SE 31 (2024)-SE 30 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región **Centro**, el inicio de la positividad se estableció a partir de la SE 41 (Gráfico 3), mostrando un ascenso del IPO más lento que las regiones de NOA y NEA, coincidente con las diferencias climáticas y ambientales de la región. Durante la SE08 el IPO muestra un pico, superando el límite correspondiente a riesgo entomológico moderado. Posteriormente, se registra un descenso del índice y un nuevo aumento a partir de la SE12, tendencia coincidente con un aumento en las semanas previas de las precipitaciones en la zona. Durante las últimas 12 semanas, el IPO de la región mostró un descenso sostenido (Gráfico 3), correspondientes a riesgo entomológico bajo. Desde la SE26, los sensores arrojaron resultados negativos evidenciando el corte en la actividad reproductiva del vector en la región, coincidente con las temperaturas invernales (Gráfico 3).

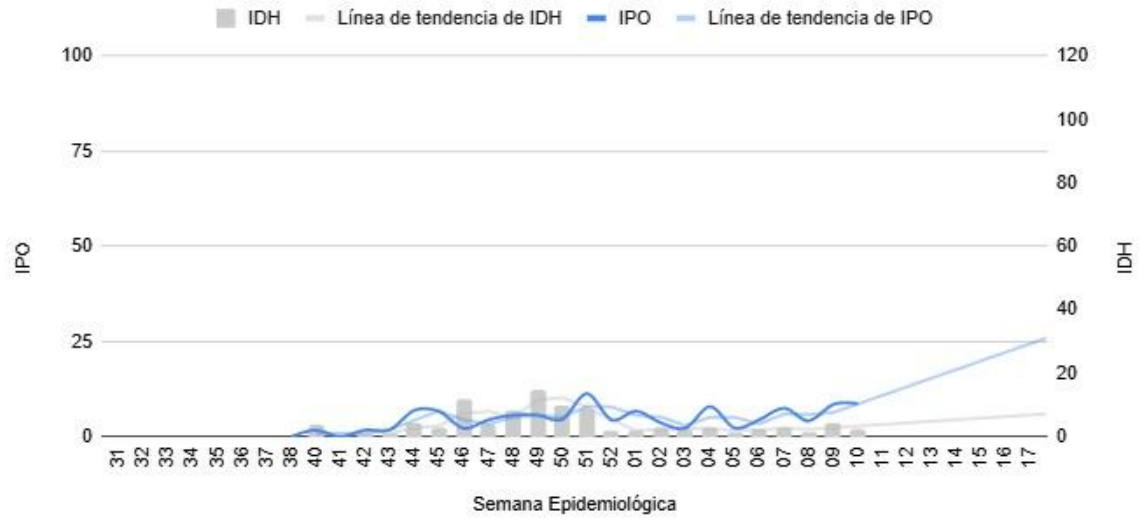
Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 32 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

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

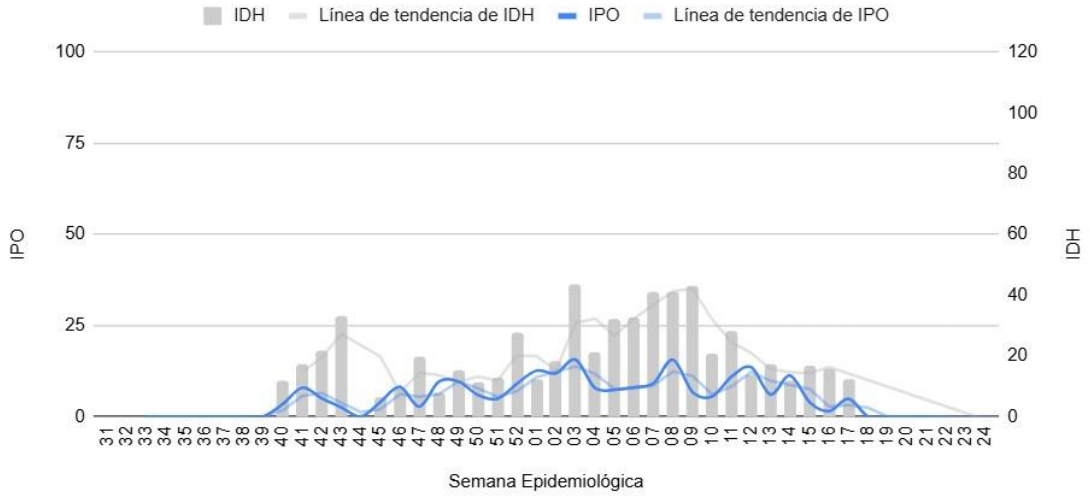
Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 10 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región **SUR**, se hallaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 5), aunque no en todas las jurisdicciones monitoreadas. La tendencia observada muestra un ascenso sostenido inicial con algunas intermitencias y luego valores más estables. Desde la SE03 se observa un descenso hasta un nuevo pico en la SE08 y un nuevo descenso durante las SE09 y 10. Desde la SE17 se aprecia una tendencia descendente en el IPO que culminó con una negativización sostenida de los sensores desde la SE 18 (Gráfico 5). Para esta región los datos se presentan hasta la SE 23 inclusive.

Gráfico 5. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 23 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

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

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

V.3.C.VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR ÍNDICES LARVARIOS

La vigilancia entomológica de *Aedes aegypti* se realiza también mediante la construcción de índices larvarios obtenidos a partir de los datos entomológicos relevados en las acciones de prevención y control vectorial en viviendas y establecimientos público/privados. Dichas acciones son llevadas adelante por el personal técnico especializado de las Bases Nacionales de Control de Vectores dependientes de la DZYCETV en conjunto con personal provincial y/o local, según la jurisdicción. En dichas acciones se releva el estado de la vivienda/establecimiento y la misma presenta contenedores con estadios inmaduros de mosquito (larvas) así como también

la presencia de contenedores negativos. Asimismo, se registra el tipo de contenedor y el resultado de las intervenciones realizadas (eliminación o neutralización de los mismos, según corresponda). Las acciones de prevención y control realizadas en terreno desde la DZYCETV se concentran principalmente en NEA y NOA, dado que las Bases Nacionales se encuentran ubicadas en las jurisdicciones de estas regiones.

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

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

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

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

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

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

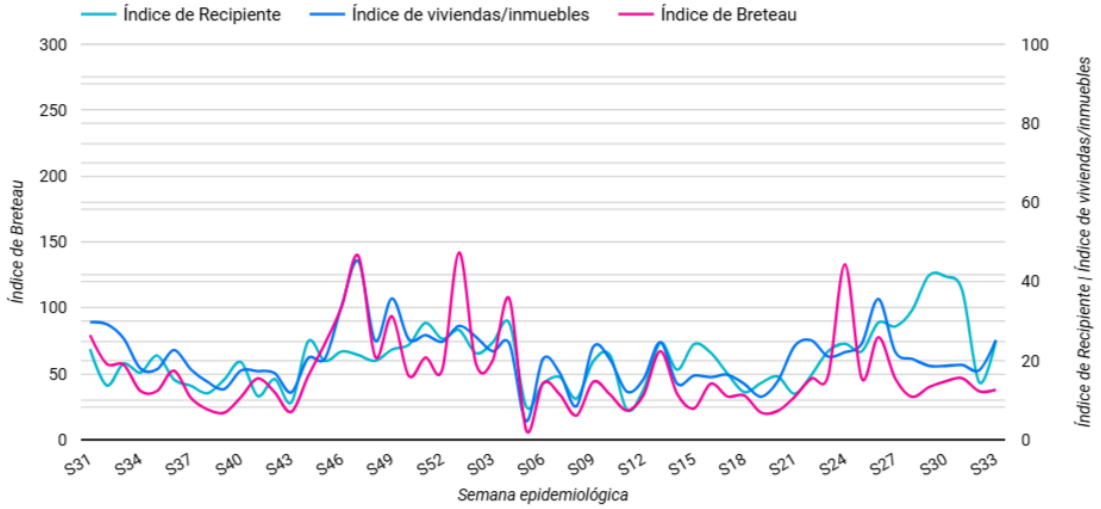
  (IB<5 Riesgo bajo, 5<IB<50 Riesgo moderado, IB>50 Riesgo alto)

Cuando se realiza la desagregación por región se observa que, para la región NEA, ya desde la SE31 de 2024 se registraron índices larvarios elevados en las viviendas relevadas (Gráfico 6A). La región osciló entre el riesgo entomológico alto y moderado durante la temporada de arbovirosis. Desde la SE27 se mantiene en un contexto de riesgo entomológico bajo de acuerdo al IB y el IV mientras que, de acuerdo al IR, osciló entre riesgo entomológico moderado y bajo (Gráfico 6A). Como parte del Plan de Prevención de dengue y otras arbovirosis para el período interbrote del componente Manejo Integrado de Vectores, se realizan acciones focalizadas en sitios críticos y predios estratégicos para reducir la abundancia de huevos o estadios inmaduros durante los meses de bajas temperaturas. Los resultados registrados muestran una elevada abundancia de contenedores positivos en dichos espacios (Gráfico 6B y C).

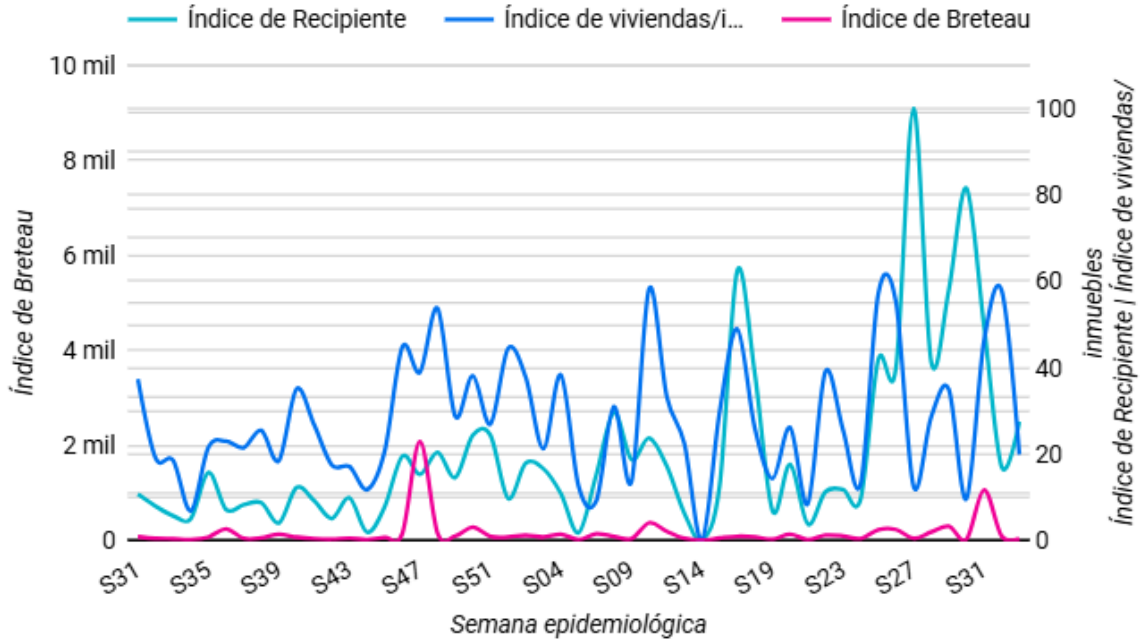
Para la región NOA, los índices larvarios registrados en viviendas aumentaron a partir de la SE42 de 2024 (Gráfico 7A) con bastantes oscilaciones posteriores y, en términos generales, valores del IB más elevados que en NOA. Desde la SE17 se aprecia una tendencia descendente del IV y el IB, aunque posteriormente esta tendencia se revierte a partir de la SE 23, mostrando un nuevo pico para el IB entre SE28 y SE29 posicionado en riesgo alto. Durante las últimas 5 semanas, los índices en viviendas muestran una tendencia descendente y a partir de la SE29 colocan a la región en una situación de riesgo entomológico bajo.

Gráfico 6 A. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas (A), Sitios Críticos (B) y Predios Estratégicos (C) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 33 (2025).

A.

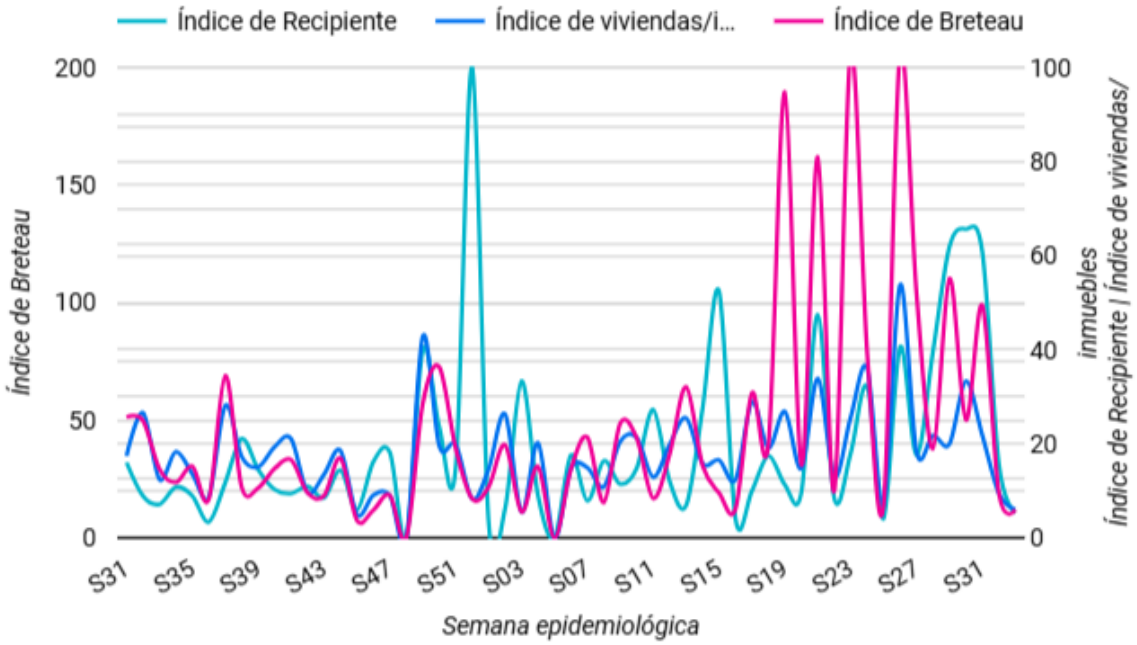


B.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

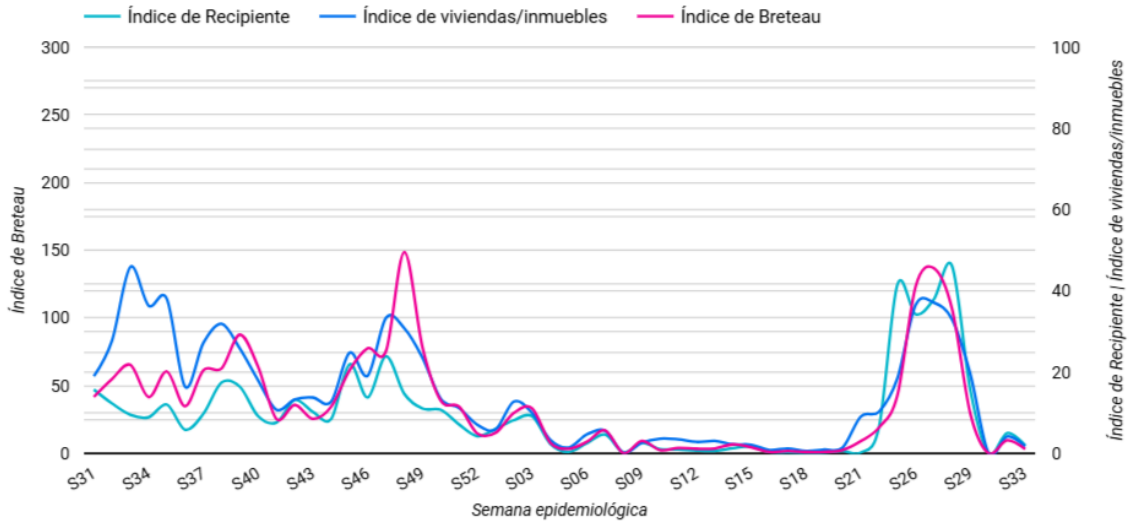
C.



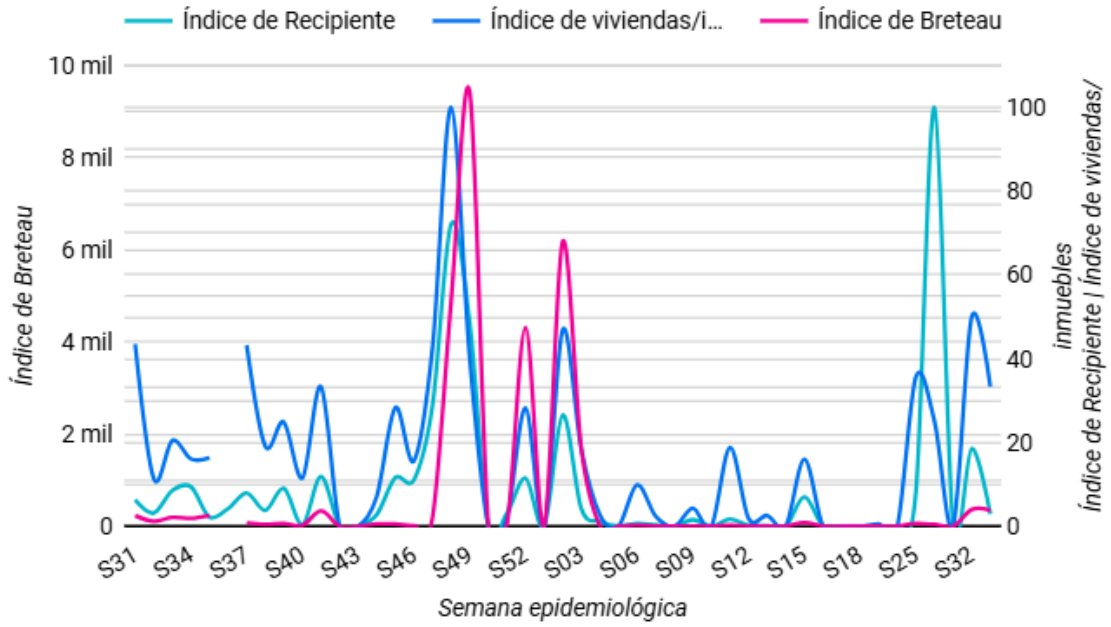
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Gráfico 7. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas (A), Sitios Críticos (B) y Predios Estratégicos (C) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 33 (2025).

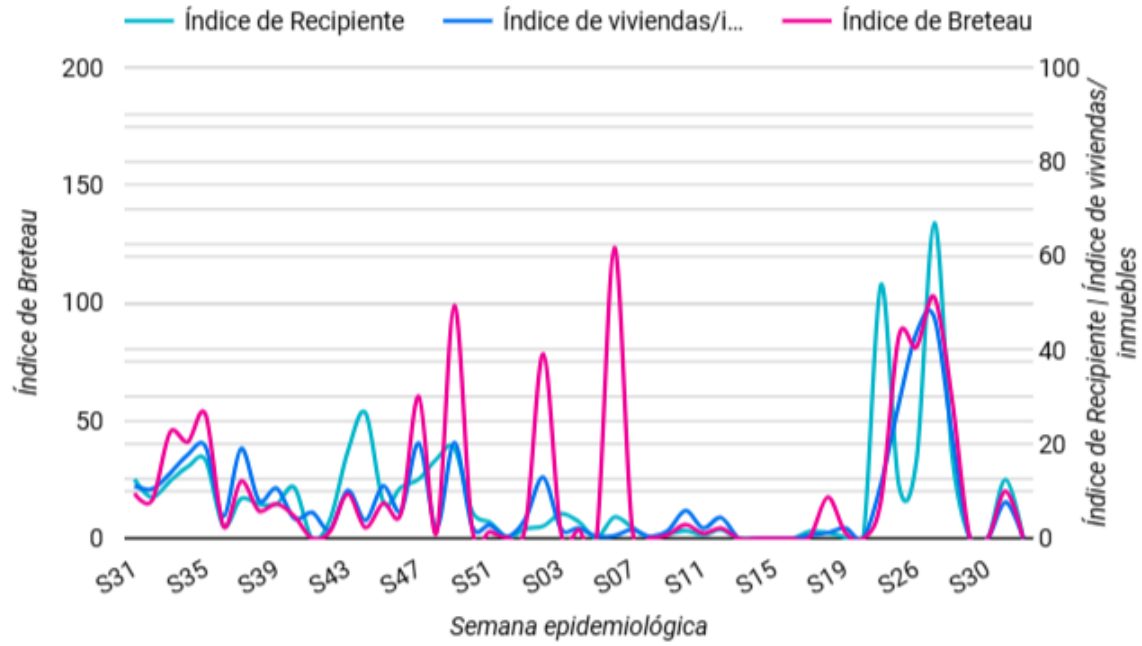
A.



B.



C.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

VI.1. Nota Metodológica

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

VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios[11]

Situación Regional: La actividad de influenza y VSR en las Américas continúa su descenso. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja y estable. En América del Norte, la actividad de influenza se mantiene en niveles interestacionales. En el Caribe, el aumento previamente reportado en la circulación disminuye a una positividad de 12,1%. El subtipo A(H1N1)pdm09 continúa siendo el predominante. La actividad del VSR se mantiene baja y estable en América del Norte, mientras que en el Caribe alcanzó una positividad de 10,8% incrementándose en la última semana epidemiológica (SE). La actividad de SARS-CoV-2 se ha estabilizado en América del Norte y aumenta en el Caribe, donde la positividad alcanzó un 11,9%. En Centroamérica, la actividad de influenza se mantiene elevada, pero con tendencia al descenso, con una positividad del 13,5%. La actividad del VSR mantiene su tendencia ascendente, con una positividad del 11,1%, mientras que la circulación de SARS-CoV-2 aumenta levemente. En la subregión andina, la actividad de influenza A continúa su tendencia a la disminución con una positividad del 8,2%. La actividad del VSR se mantiene respecto a la SE anterior alcanzando una positividad del 11,1%, mientras que la circulación de SARS-CoV-2 aumenta en comparación a la última SE. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza continúa disminuyendo, con una positividad del 4,5%. La circulación del VSR disminuye con respecto a la SE anterior, con una positividad del 5,6%, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 permanece en niveles bajos. En todas las subregiones, excepto la subregión andina, se observa una disminución en la circulación otros virus respiratorios (ORV), con una positividad del 3,9%.

América del Norte: La actividad de influenza se mantiene baja en la subregión, con una positividad de 0,6%, y se mantiene en niveles interestacionales en México, Canadá y Estados Unidos. La mayoría de los casos SARI positivos se han asociado con influenza y VSR. La actividad del VSR sigue siendo baja y estable en todos los países de la subregión. La actividad de SARS-CoV-2 es baja en Estados Unidos y Canadá con tendencia al incremento. En contraste, en México la actividad se mantiene alta, con una tasa de positividad del 10%, y con una tendencia descendente. La circulación de ORV en Canadá sigue elevada, impulsada principalmente por rinovirus.

Caribe: La actividad de influenza, impulsada principalmente por A(H1N1)pdm09, disminuye en la última SE, con una tasa de positividad subregional de 12,1%. En Haití, la actividad de influenza

[11] 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

continúa en niveles epidémicos. En contraste, en Belice, Cuba, Jamaica, Barbados y República Dominicana se mantiene en niveles interestacionales. En Guyana, la actividad se mantiene respecto de la SE anterior. La circulación del VSR aumenta en la subregión, con una positividad del 10,8%, especialmente en Belice, Cuba y República Dominicana. La actividad de SARS-CoV-2 aumentó en comparación con la semana anterior, con una positividad subregional de 11,9%. En Barbados, Cuba y Guyana la actividad disminuyó. En Belice, Republica Dominicana, San Vincent y las granadinas y Surinam, la positividad aumentó.

Centroamérica: La actividad de influenza se mantiene elevada en la subregión, impulsada principalmente por A(H1N1)pdm09, que representa la mayoría de los casos notificados de ILI. Sin embargo, la tendencia descendente continúa desde hace varias semanas, con una positividad actual del 13,5%. La circulación del VSR continúa su tendencia al aumento con una positividad del 11,1%, y que se ve reflejado en la detección de casos SARI. La actividad de SARS-CoV-2 aumentó esta semana, alcanzando una positividad de 8,5% ocupando una proporción importante de los casos de SARI detectados.

Países Andinos: La actividad de influenza continúa disminuyendo, con una positividad actual de 8,2%, asociada principalmente con la circulación de A(H1N1)pdm09. La circulación de VSR se mantiene, presentando una positividad de 11,1%. La actividad de SARS-CoV-2 aumenta alcanzando una positividad de 4,6%. Aunque los casos de ILI y SARI asociados con influenza muestran una tendencia descendente, una gran proporción de los casos SARI siguen asociados con VSR e influenza.

Brasil y Cono Sur: La actividad de influenza en la subregión, impulsada principalmente por A(H1N1), continúa disminuyendo, con una positividad actual de 4,5%. La detección de casos SARI ha mostrado una tendencia descendente constante en las últimas semanas, asociada principalmente con influenza y VSR. La circulación del VSR ha disminuido en la última SE, indicando una positividad del 5,5%, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos.

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 31 de 2025 se notificaron 726.712 casos de ETI, 99.066 casos de Neumonía y 84.191 casos de Bronquiolitis en menores de dos años. Las notificaciones de ETI y neumonía presentan tendencia ascendente entre las SE11 y 24, ubicándose en niveles elevados en relación con años previos. Las notificaciones de ETI se encuentran en niveles de brote entre las SE12 y 18, mientras que en neumonía se puede observaron niveles de brote en las SE11 y 14.

Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de influenza en ambulatorios, desde la SE12 se verificó un ascenso tanto del porcentaje de positividad como de las detecciones, con predominio de influenza A/H1N1, alcanzando los mayores niveles entre las SE 22 y 24. En las últimas semanas se observó un descenso, tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad. En este sentido, en las últimas dos semanas (SE31 y 32) se registraron 9 casos de influenza entre 172 muestras estudiadas.

- Para VSR, se registraron 15 casos positivos entre las 117 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 31 y 32). En las últimas semanas se verifica un ascenso del porcentaje de positividad de VSR, con una positividad acumulada del 17,1% en las últimas 4 semanas.

- En relación a SARS-CoV-2, luego del último ascenso de casos registrado durante 2024, las detecciones en UMA permanecen en valores bajos y estables. En la SE32/2025 se notificaron 4 casos positivos para SARS COV 2 entre las 65 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE32 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 4.553 internaciones con diagnóstico de IRAG y 1.968 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.

- Las notificaciones de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) mostraron un incremento a partir de la SE12, acompañado de un aumento en las detecciones de virus influenza, principalmente del subtipo A(H1N1). El mayor número de casos de IRAG con diagnóstico de influenza se registró entre las SE24 y SE26, seguido de una tendencia descendente en las semanas posteriores. Asimismo, desde la SE21 se observa un incremento en las detecciones de VSR. En las últimas semanas, los casos de IRAG presentan una ligera disminución, aunque los valores continúan siendo elevados.

- En las últimas 4 semanas, entre 775 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 1 codetección de influenza y VSR, 25 detecciones de influenza, 5 casos de SARS-CoV-2 y 373 casos de VSR.[12]

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

- Desde la SE11 se observó un incremento en el número de casos de Influenza, con predominio de Influenza A (H1N1), con un adelanto en el ascenso de casos en relación con lo observado en años anteriores. El mayor número de casos se observó entre las SE22 y 26, con más de 1000 detecciones semanales. En las SE 30 y 31 se notificaron 217 detecciones de Influenza.
- Con respecto a VSR, se registra un aumento en el número de casos desde la SE12, con inicio de la actividad estacional en SE20 y 1906 detecciones en las últimas 2 SE (30 y 31).
- Durante 2024, se registraron dos ascensos en el número de casos de COVID-19, el primero de ellos entre las SE 1 y 12, y, el segundo ascenso entre las SE29 y 51, de menor magnitud que el previo. En las primeras 31 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, con 218 detecciones en las últimas 2 SE (30 y 31).
- Durante la SE31/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: VSR, SARS-CoV-2, metapneumovirus, Influenza, parainfluenza y adenovirus.

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

Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos

- Con respecto a las detecciones de influenza, desde SE 12 se registró un ascenso de los casos en personas internadas. El mayor número de casos se observó entre las SE22 y 26. En las últimas 2 SE (31 y 32) se detectaron 65 casos. En el año 2025 se registraron al momento 195 fallecidos con este diagnóstico.

- En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados presentan un aumento desde la SE12. En las SE 31 y 32 se registraron 1009 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 32/2025 se registraron 31 casos positivos internados con este diagnóstico, sin registro de fallecimientos.

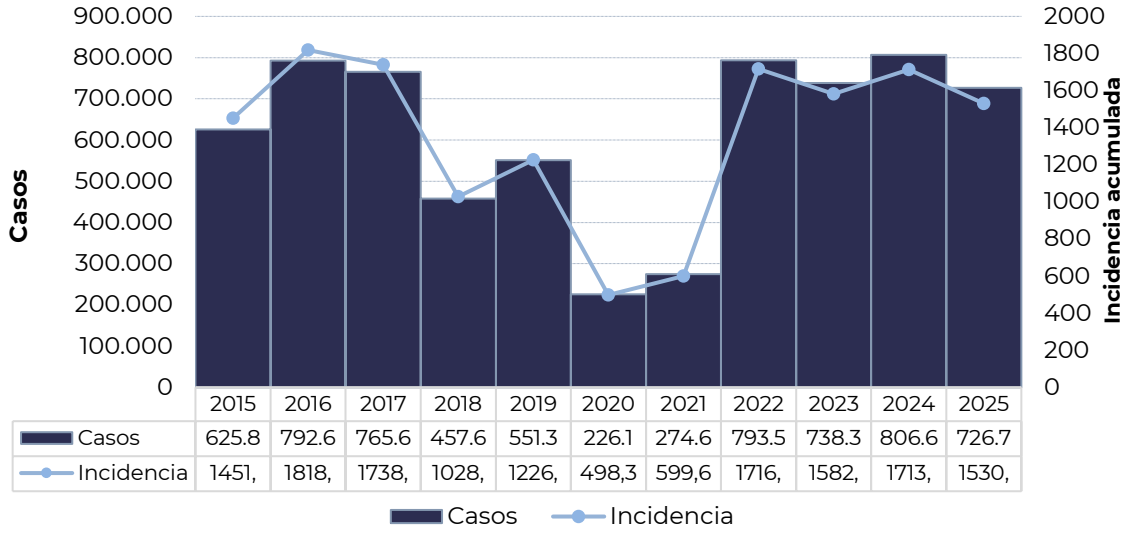
VI.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

Entre las SE 1 y 31 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 726.712 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1530,8 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registró durante los años 2024 (806.634 casos) y 2022 (793.502 casos) mientras que en 2020 y 2021 se reportó un nivel de casos inferior en comparación con los años previos. En el corriente año se registra un menor número de casos que los 3 años anteriores, siendo superado además por las notificaciones de los años 2016 y 2017.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE31. Argentina[13].

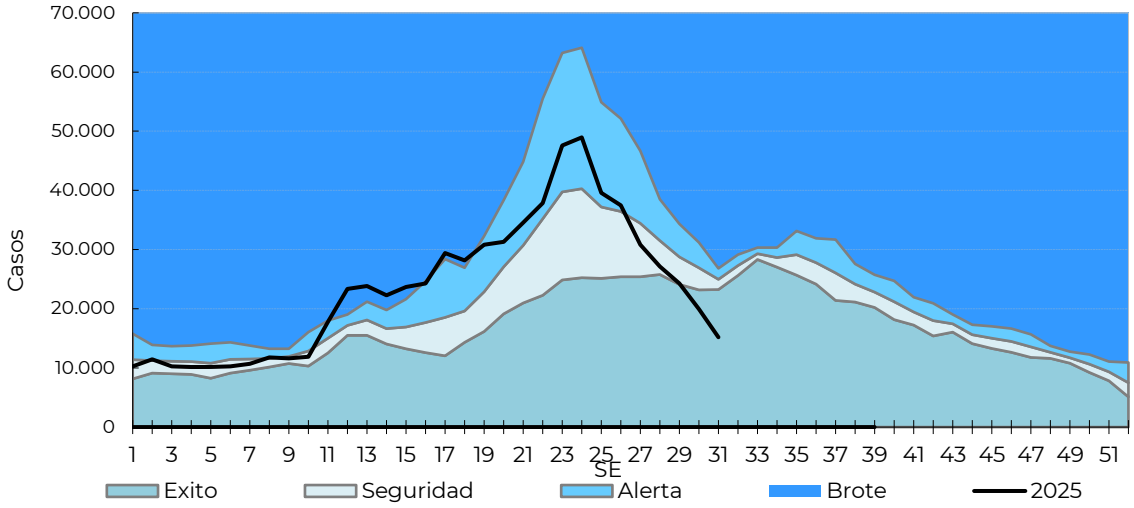


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	625.8	792.6	765.6	457.6	551.3	226.1	274.6	793.5	738.3	806.6	726.7
Incidencia	1451,	1818,	1738,	1028,	1226,	498,3	599,6	1716,	1582,	1713,	1530,

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

Las notificaciones de ETI registradas en el SNVS correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, permanecieron entre las SE1 a 10 de 2025 en niveles de seguridad, con algunas oscilaciones. Posteriormente, se registra un ascenso de casos, que alcanzan niveles de brote entre las SE12 y 18. Posteriormente se ubican en niveles de alerta hasta la SE 26, con tendencia ascendente en las notificaciones hasta SE24.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 31 de 2025[14]. Argentina.



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

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

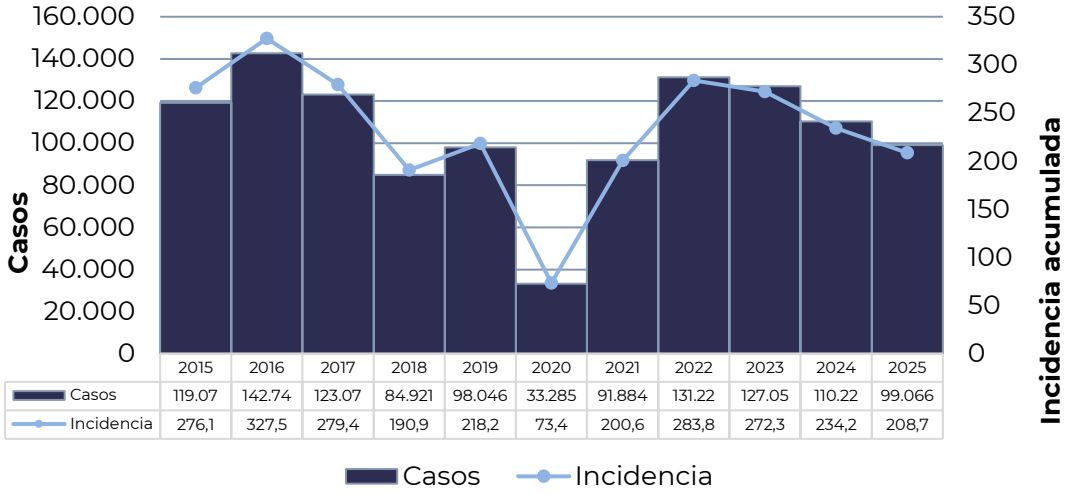
[14] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

VI.4.B. NEUMONÍA

Hasta la SE31 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 99.066 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 208,7 casos/ 100.000 habitantes.

Entre 2015 y 2025, las notificaciones de neumonía mostraron el mayor número de casos en 2016. Los casos presentan una disminución sostenida entre 2017 y 2018, con un ligero ascenso en 2019 respecto del año anterior. En 2020 se registró un nuevo descenso de casos, volviendo a incrementarse durante los años 2021-2022, y mostrando una disminución en 2023-2025.

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE31. Argentina.

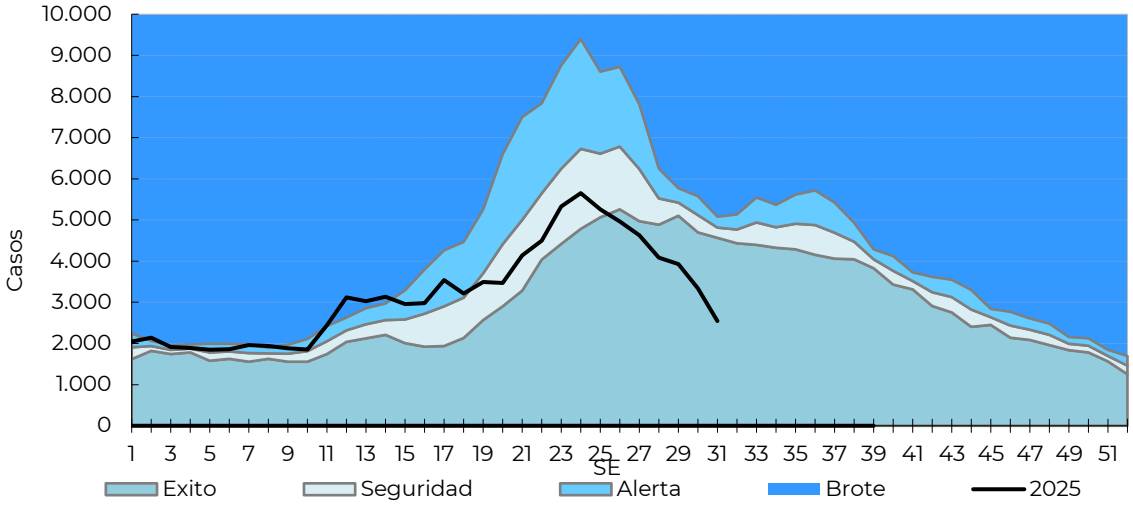


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	119.07	142.74	123.07	84.921	98.046	33.285	91.884	131.22	127.05	110.22	99.066
Incidencia	276,1	327,5	279,4	190,9	218,2	73,4	200,6	283,8	272,3	234,2	208,7

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

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

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 31 de 2025[15]. Argentina.



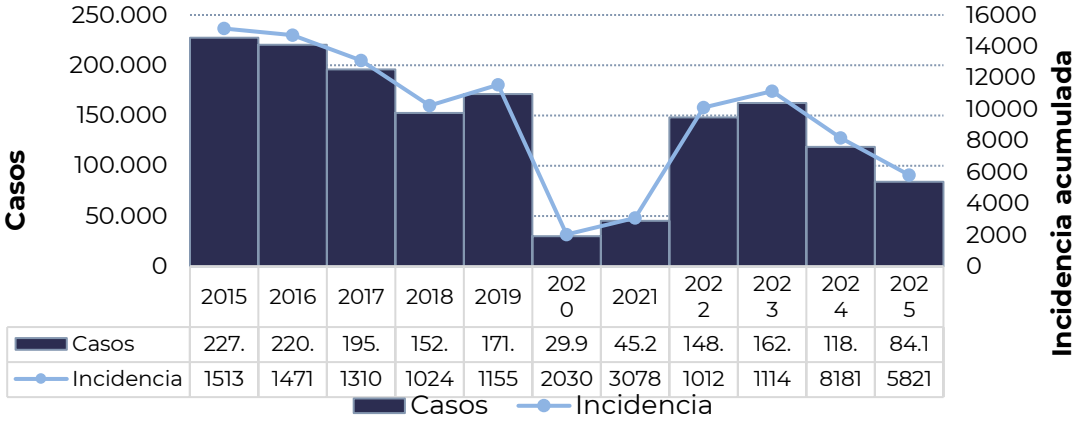
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

VI.4.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 31 semanas epidemiológicas de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 84.191 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 5821,1 casos/100.000 habitantes.

En relación a los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 31 alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso hasta 2018. En 2019, presentaron un incremento respecto al año anterior, con un nuevo descenso en 2020 y 2021. Para los años 2022 a 2023 se verifica un aumento en las notificaciones de bronquiolitis, mientras que en 2024 las notificaciones presentaron un nuevo descenso. En relación al corriente 2025, los casos permanecen en valores menores en comparación con la mayoría de los años históricos, con excepción de los años 2020 y 2021.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE31. Argentina.

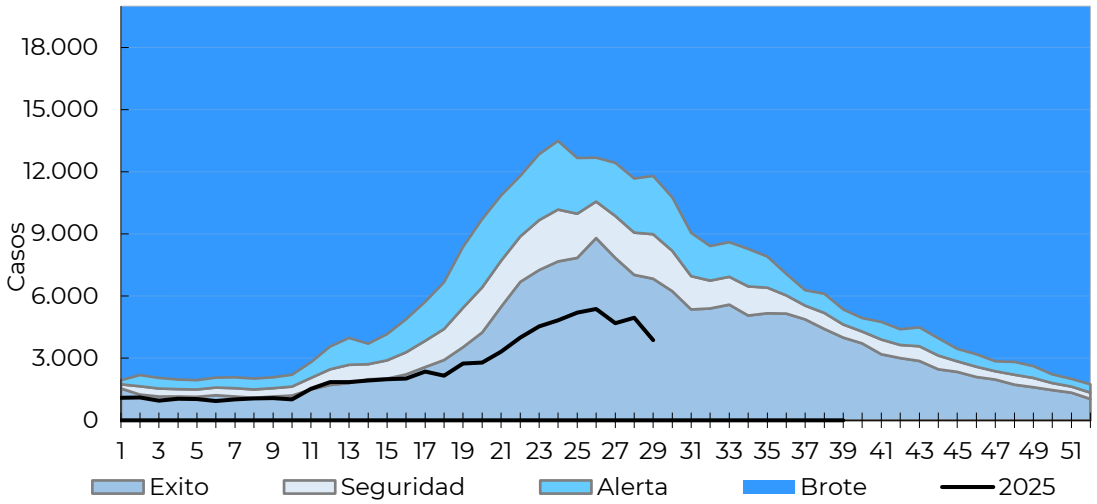


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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

En las primeras semanas del año 2025, las notificaciones de bronquiolitis por semana se encontraron dentro de los límites esperados. Entre las SE 11 y 13 alcanzaron niveles de seguridad y posteriormente se ubicaron nuevamente en niveles esperados.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 31 de 2025[16]. Argentina.



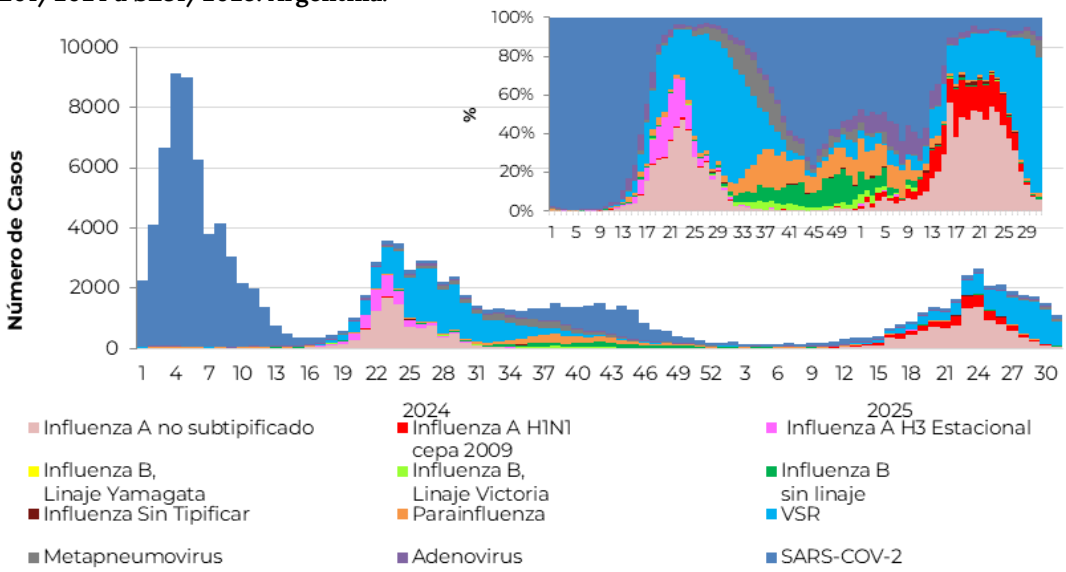
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

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

A partir de la SE11 se observa un aumento en el número de casos de Influenza, con predominio de Influenza A (H1N1), con un adelanto del ascenso estacional respecto de lo registrado en años anteriores. En las últimas semanas se registra un descenso de las notificaciones, aunque con niveles aún elevados correspondientes con el comportamiento estacional del virus. Además, en relación a VSR se registra un aumento en las detecciones a partir de SE12, con inicio de actividad estacional a partir de la SE20. Las detecciones de SARS-CoV-2 permanecen en niveles bajos.

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

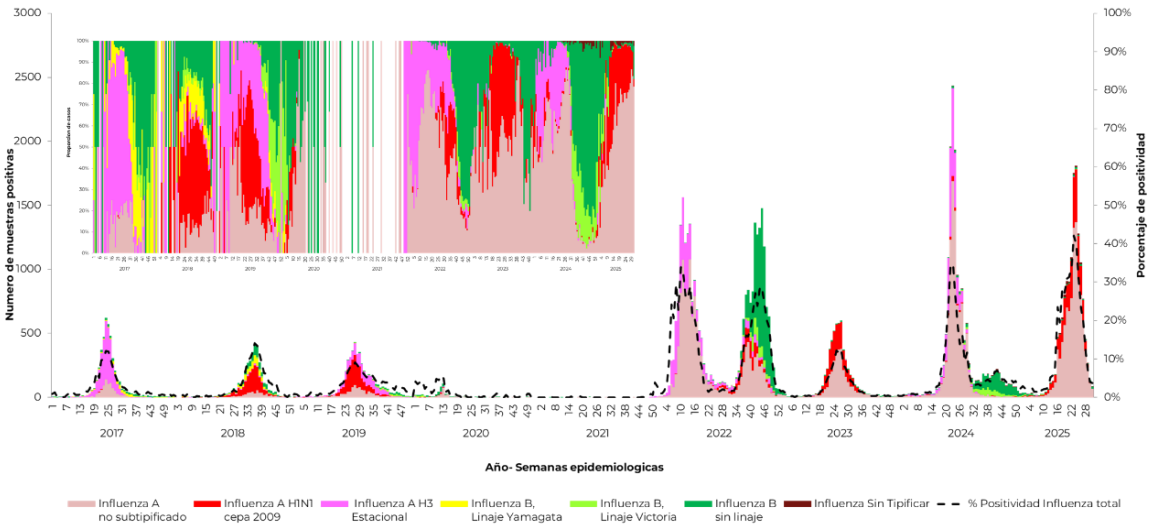
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE31/2025. Argentina.



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

En lo que va de 2025, se registraron casos de **influenza** todas las semanas. A partir de la SE11 se observó un incremento sostenido de las detecciones, con predominio de influenza A no subtipificado y del subtipo A(H1N1). El número máximo de notificaciones semanales se alcanzó en la SE24, seguido de una tendencia descendente desde la SE25. En las últimas dos semanas epidemiológicas (SE30 y SE31) se notificaron en total 217 detecciones de influenza.

Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE31/2025. Argentina.



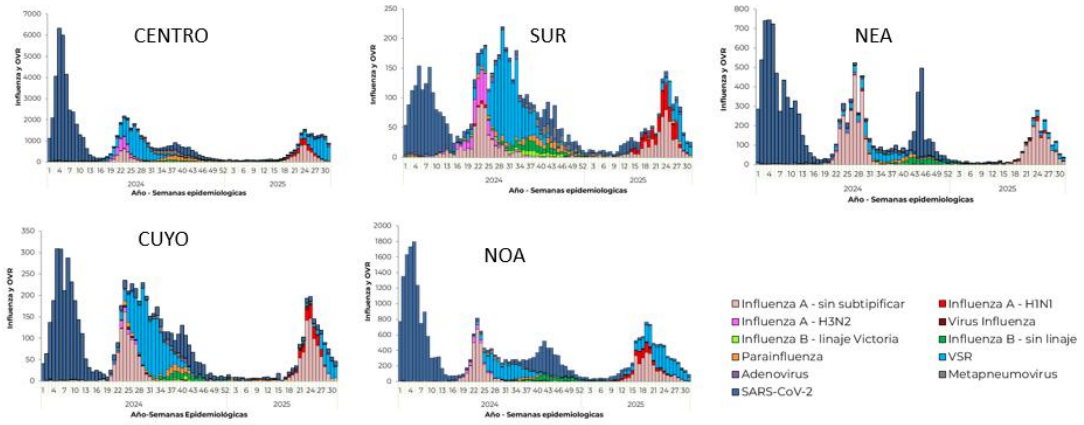
Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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

por el año 2022 en el que el comportamiento fue inusual tanto en el número de casos como en la estacionalidad.

En el análisis regional, se observa que los casos de influenza en la temporada actual comenzaron con un ascenso en el Noroeste (NOA) y en la región Sur. En las semanas posteriores, se evidenció una tendencia ascendente en las detecciones en el resto de las regiones del país (Gráfico 9). Actualmente, los casos se encuentran en descenso en todas las regiones.

Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2024 a SE31/2025. Argentina.



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

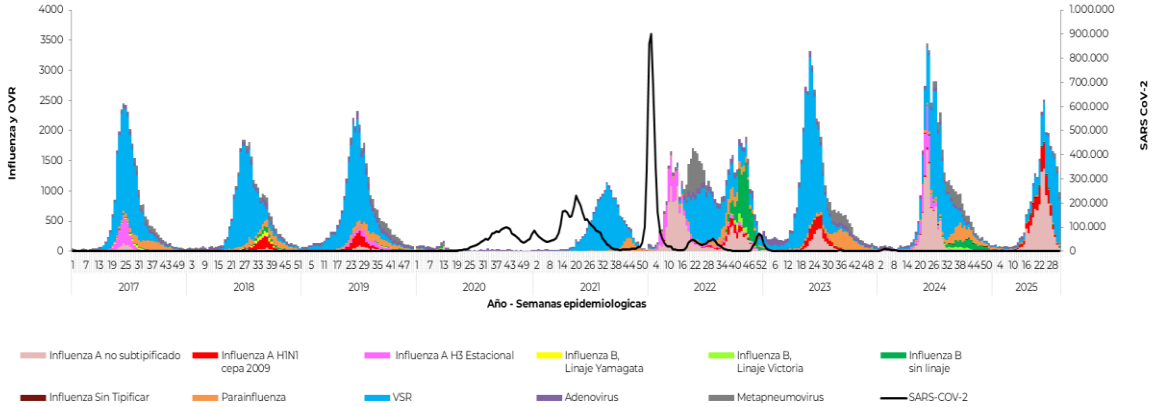
Además, en cuanto a **SARS-CoV-2**, durante 2024, aun cuando el número de casos por SE fue menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 80% de los casos entre las SE1 y SE12, con el mayor número de casos registrado entre las SE03 y SE06. Posteriormente, las detecciones semanales disminuyeron y, a partir de la SE32, los casos volvieron a incrementarse, alcanzando un nuevo pico en la SE44, aunque con una magnitud menor al ascenso previo. En las primeras 31 semanas de 2025 los casos se mantuvieron en valores bajos, con 218 detecciones en las últimas 2 SE (30 y 31).

En relación al **VSR**, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16/2024, alcanzando su máximo en la SE26, y tendencia descendente posterior. En lo que va de 2025, se registra un ascenso de las detecciones desde la SE12, con inicio de actividad estacional a partir de la SE20. En las últimas 2 SE (30 y 31), se notificaron 1.906 casos de VSR.

Respecto a otros virus respiratorios, durante 2024, se observó un aumento en las detecciones de metapneumovirus a partir de la SE23, alcanzando su pico en la SE38. Asimismo, entre las SE30 y SE38, se registró un incremento en los casos de parainfluenza, seguido de un descenso posterior. En lo que va de 2025, se observa un ligero ascenso en las detecciones de metapneumovirus en las últimas 4 semanas (SE 28 en adelante).

Durante la SE 31/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: VSR, SARS-CoV-2, metapneumovirus, Influenza, parainfluenza y adenovirus.

Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE31/2025. Argentina.



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

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

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

Entre SE01 y SE32 de 2025, se notificaron 1.328 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 69,2% menos casos**.** Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y valores estables en lo que va de 2025. Para la SE32/2025 se registraron 31 casos hospitalizados con este diagnóstico.

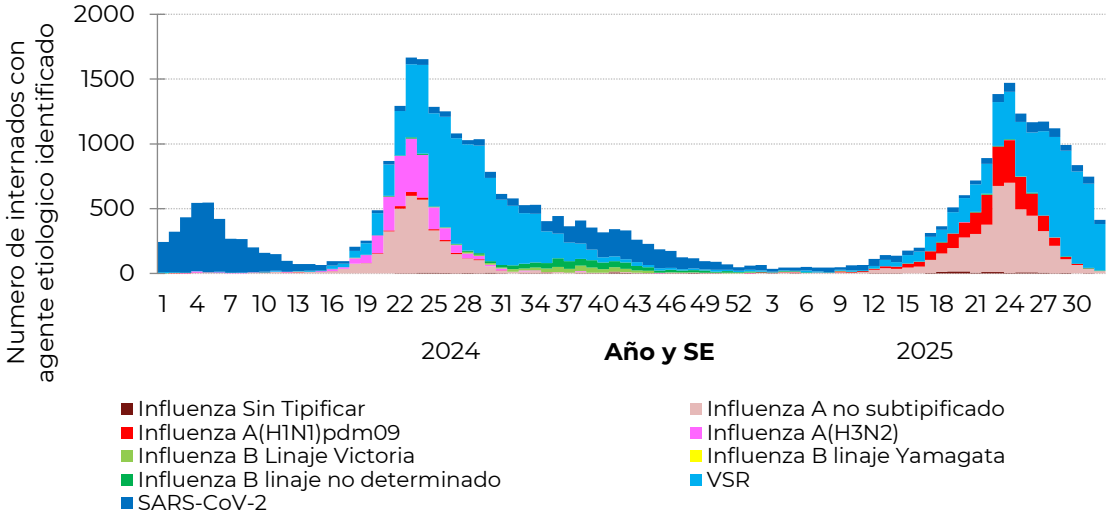
Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, entre las SE1 y 32 de 2025 se registraron un total de 7.071 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12, se verifica un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzaron el máximo en SE24, con tendencia descendente en las detecciones entre hospitalizados en las siguientes semanas. En la última SE, se detectaron con 22 diagnósticos de influenza en internados.

Entre los 7.071 casos de influenza notificados durante 2025, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 6.831), con menor detección de influenza B (n= 125). De los casos de influenza A, 2.186 cuentan con subtipificación, correspondiendo 2.173 a influenza A (H1N1) pdm09 y 13 a influenza A (H3N2). En relación a influenza B, 16 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. 115 casos de influenza permanecen a la fecha sin tipificar.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 6.874 casos hospitalizados positivos para VSR, con tendencia ascendente de los casos a partir de la SE12**.** Durante 2024, a partir de la SE16 se registró un ascenso de las detecciones semanales de VSR, que alcanzaron su máximo en SE26,

con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En la última semana analizada (SE32/2025), se registran 360 casos de VSR en hospitalizados.

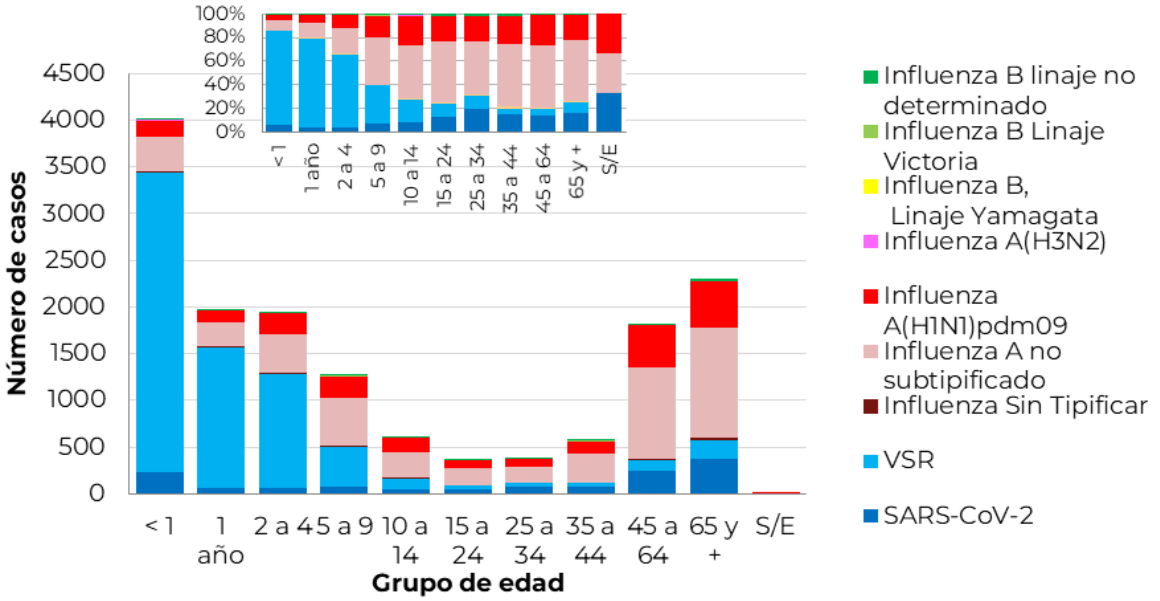
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE32/2025. Argentina.



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

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE32/2025, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en adultos mayores y personas de 45 a 64 años, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, personas mayores de 45 años y menores de 1 año.

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE32/2025.



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

A la fecha de elaboración de este informe, en lo que va de 2025, se registran 195 fallecidos con diagnóstico de influenza [17] . Respecto a SARS-CoV-2, no se registran fallecimientos con este diagnóstico en la última SE.

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

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

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

VI.6.A. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN GENERAL

- Garantizar la actualización de los esquemas de vacunación contra influenza, SARS-CoV-2, neumococo, *Haemophilus influenzae* tipo B, *Bordetella pertussis* y virus sincicial respiratorio, de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud.
- Realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón.
- Cubrirse la boca y la nariz con el pliegue del codo al toser o estornudar.
- Evitar compartir objetos personales, como vasos, cubiertos u otros utensilios.
- Limpiar y desinfectar regularmente las superficies en contacto con personas enfermas, utilizando agua y detergente, jabón o soluciones con alcohol al 70%.
- Ventilar adecuadamente los ambientes, especialmente en espacios cerrados.
- Las personas con síntomas respiratorios deben evitar el contacto con otras personas y restringir las interacciones lo más posible hasta presentar mejoría clínica y haber transcurrido al menos 24 horas sin fiebre (sin uso de antitérmicos).

Para mayor información consultar:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf [18]

VI.7. Vacunación antigripal

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

En el actual contexto epidemiológico, se insta a los equipos de salud a fortalecer la vacunación antigripal a las personas de los grupos poblacionales que se detallan a continuación, que no hayan recibido la vacuna este año. **Recordar que la vacunación antigripal administrada en**

[17] Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.
[18] Última versión vigente. Se encuentra en proceso de actualización para el año 2025.

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

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

VII.1. Introducción

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

A partir de ese momento se tomaron acciones de investigación y control y en virtud de estos datos el 8 de mayo ANMAT emite un alerta[19] sobre el uso de un lote de fentanilo, indicando que NO deberá utilizarse en todo el territorio nacional el producto: "FENTANILO HLB / FENTANILO (CITRATO), concentración 0,05 mg/ml, en la forma farmacéutica solución inyectable, lote 31202,vto. SEP-26, presentación por 100 ampollas por 5 ml, Certificado N°53.100" por encontrarse en investigación por desvío de calidad.

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

El 13 de mayo se publicó en el Boletín Oficial la Disposición N°3156/25 de la ANMAT, por la cual se prohibió el uso, la comercialización y la distribución en todo el territorio nacional del producto[20]. También se publicó el mismo día la Disposición N°3158/25, de la ANMAT, por la cual se inhiben las actividades productivas de la firma HLB PHARMA GROUP S.A. con planta sita en la provincia de Buenos Aires, por las razones expuestas en la Disposición, donde se prohíbe el uso, distribución y comercialización en todo el territorio de la República Argentina, de todos los productos registrados a nombre de la firma, hasta que se hallen las condiciones técnicas y sanitarias para levantar la presente medida. Además, en la misma Disposición, se inhibe las actividades productivas de la firma LABORATORIOS RAMALLO S.A. en la provincia de Buenos Aires, debido a que las ampollas habrían sido elaboradas en las instalaciones de esta firma.

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

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

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

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

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

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

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

VII.2. Situación epidemiológica

Notificaciones totales	Establecimientos con notificaciones	Jurisdicciones afectadas
105	21	6
Casos asociados al brote por el LNR o Nexos (confirmados)	**Casos sospechosos**	**Casos no asociados al brote o invalidados**
67	19	19
Casos fallecidos	**Focos en establecimientos confirmados por LNR**	
50	10	

Desde el Alerta emitido el 08 de mayo y hasta el 14 de agosto de 2025 se registraron 105 notificaciones al evento Infección por exposición a medicamento contaminado del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) en 21 establecimientos correspondientes a 6 jurisdicciones. En 10 de esos establecimientos -situados en Buenos Aires, CABA y Santa Fe- el Laboratorio Nacional de Referencia ya confirmó 62 casos asociados al brote y otras 5 notificaciones de casos sospechosos de los mismos establecimientos, se consideran asociados por nexo epidemiológico, totalizando 67 casos confirmados. Un caso notificado por la provincia de Neuquén se invalidó por no cumplir con la definición de caso y otros 8 establecimientos se

encuentran en investigación en Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Río Negro. 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 14/08/2025. N=105

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	7		12	19	SI
ESF04		4		4	En investigación
ESF05		3	3	6	En investigación
ESF06	3			3	SI
ESF07	1			1	SI
ESF08	1		1	2	SI
ESF09	13			13	SI
Santa Fe	46	7	16	69	7
ERN01		1		1	En investigación
Río Negro		1		1	
ECB01		6		6	En investigación
Córdoba		6		6	
Total general	**67**	**19**	**19**	**105**	**10**

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

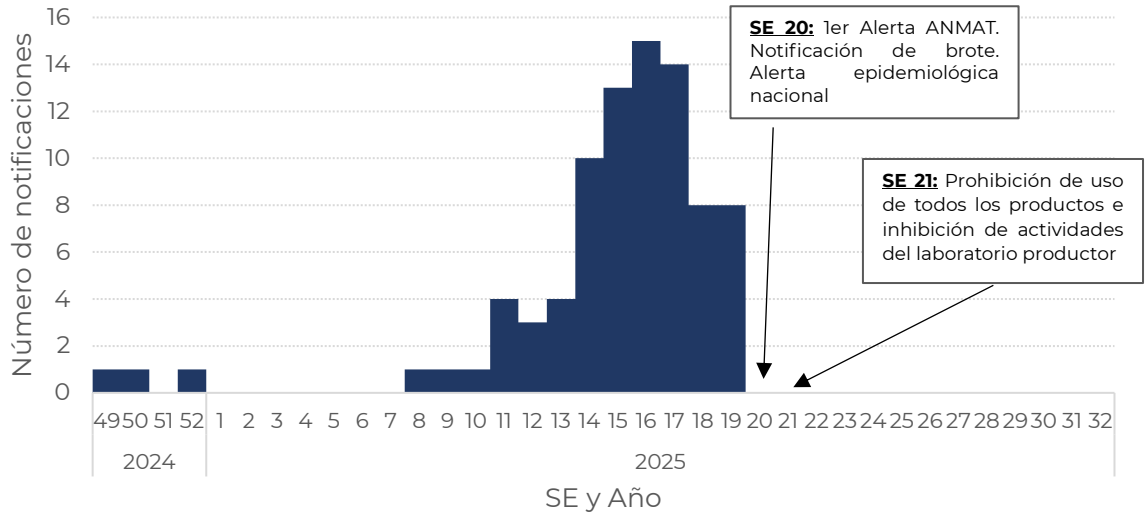
Con respecto a los casos notificados de la provincia de Santa Fe y luego de una trabajosa investigación epidemiológica realizada desde la jurisdicción, se llegó a la conclusión de invalidar casos que no cumplían con la definición para la vigilancia del evento. Dada esta actualización, tanto el número total de casos confirmados como el número de fallecidos se han visto modificados.

Tanto los casos de Córdoba como el caso de Río Negro se encuentran en proceso de investigación epidemiológica con el fin de recabar más información sobre resultados de laboratorio y antecedentes epidemiológicos.

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

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

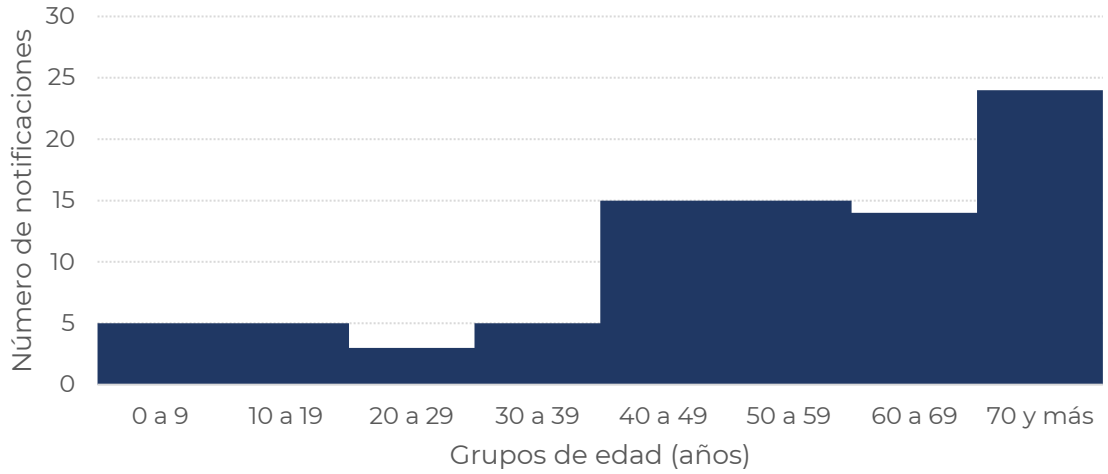
Gráfico 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: Distribución de casos asociados por LNR o nexo y sospechosos por SE y medidas sanitarias según semana epidemiológica. Argentina. Hasta el 14/08/2025. N=85*.



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 y un caso sin dato de internación al momento de la edición del boletín*

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

Gráfico 2. Infección por exposición a medicamento contaminado: distribución de número de casos asociados por LNR o nexo y sospechosos según grupo de edad. Argentina. Hasta el 14/08/2025. N=86*.



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

En cuanto a la evolución clínica, 12 de los 21 establecimientos que notificaron casos hasta el momento registraron casos fallecidos en el SNVS, sumando un total de 50, siendo el sexo masculino el más afectado y el grupo etario con más fallecimientos los mayores de 70 años (mediana 63 años). En 8 de los 12 establecimientos que registraron casos fallecidos ya se ha confirmado un foco del brote (al menos un caso en el que se pudo confirmar la asociación al brote por parte del LNR), estando el restante en estudio.

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

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

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS

VIII. Araneismo - Informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

El araneismo es un evento de notificación obligatoria debido a su potencial gravedad clínica y relevancia sanitaria. Se trata de intoxicaciones agudas, que constituyen emergencias médicas potencialmente graves y letales, pero al mismo tiempo prevenibles y tratables mediante el uso de antídotos efectivos.

En nuestro país se han identificado tres géneros arácnidos de importancia médica debido a la toxicidad de su veneno: *Latrodectus* ("viuda negra"), *Loxosceles* ("araña de los rincones") y *Phoneutria* ("araña de los bananeros"), cada una genera intoxicaciones con manifestaciones clínicas particulares.

El género *Latrodectus* se encuentra distribuido en todo el territorio, desde Jujuy hasta Tierra del Fuego, con mayor frecuencia en el oeste y centro del país, adaptándose a ambientes muy diversos como la estepa patagónica o las regiones del noreste y noroeste. Se la conoce como "viuda negra", pero también como "araña del lino" o "araña de los rastrojos", debido a su asociación con accidentes ocurridos durante tareas agrícolas. Los incidentes se registran mayormente entre noviembre y abril, cuando se presenta su mayor actividad y abundancia. Son arañas pequeñas, de coloración negra, con manchas anaranjadas o rojas en el abdomen, de hasta 1,5 cm y poco agresivas., Su picadura, aunque potencialmente grave, puede producir un cuadro de neurotoxicidad caracterizado por un dolor intenso, pero con escaso o nulo daño local y, en sus presentaciones más graves, con síntomas generalizados.

La araña *Loxosceles*, conocida comúnmente como "araña de los rincones" o "araña violinista" por la característica marca en forma de violín en su cefalotórax, es una especie de tamaño pequeño (hasta 1,2 cm sin contar las patas), de hábitos lucífugos y no agresiva, de color marrón. Se asocia fuertemente a entornos domiciliarios, donde suele encontrarse en rincones, detrás de cuadros, muebles u otros espacios protegidos del sol, el viento y la lluvia. Puede hallarse en todo el territorio nacional. El veneno de *Loxosceles* tiene acción hemolítica y puede producir lesiones locales severas, y en las formas generalizadas y graves, hemólisis e insuficiencia renal.

La especie *Phoneutria* se caracteriza por tener un mayor tamaño y comportamiento agresivo. Puede superar los 4 cm de cuerpo y alcanzar más de 10 cm incluyendo sus patas. A diferencia de los otros géneros, su distribución se concentra en zonas con clima cálido, tropical o subtropical y con vegetación abundante, por eso puede encontrarse en Misiones, Chaco, Formosa, el norte de Corrientes, Jujuy y Salta, donde puede adoptar hábitos peridomiciliarios. Tiene conductas nocturnas y su veneno produce un cuadro neurotóxico que, en la mayoría de los casos, cursa solo con compromiso local (dolor muy intenso e inflamación leve).

Las mordeduras producidas por arañas representan una emergencia médica que puede generar compromiso local y/o sistémico grave, requiriendo atención oportuna y, en muchos casos, la administración de antiveneno específico. La vigilancia de estos eventos permite identificar zonas de riesgo, orientar estrategias de prevención y garantizar el acceso adecuado a tratamiento y asistencia. El abordaje clínico y epidemiológico del araneismo requiere una **respuesta sanitaria integrada y oportuna** considerando la diversidad de géneros involucradas y los distintos cuadros clínicos que pueden presentarse, incluso en aquellos casos en los que no es posible identificar al ejemplar responsable de la mordedura.

Los datos aquí presentados pueden estar sujetos a revisión en función del grado de confirmación clínica o taxonómica del agente involucrado. No obstante, resultan fundamentales para dimensionar el comportamiento del evento, fortalecer los sistemas de vigilancia y consolidar las capacidades de respuesta ante este tipo de emergencias.

VIII.2. Araneismo en Argentina

VIII.2.A. NOTA METODOLÓGICA

El araneismo es un evento de notificación obligatoria en la República Argentina, conforme a lo establecido por la Ley N.º 15.465 y la Resolución N.º 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación. Según lo estipulado en el Manual de Normas y Procedimientos para la Vigilancia y el Control de los Eventos de Notificación Obligatoria, la vigilancia del araneismo debe realizarse bajo modalidad individual. Se encuentra dentro del grupo de eventos "Envenenamiento por animales ponzoñosos".

Esta vigilancia incluye el registro de datos clínicos, epidemiológicos y de tratamiento, a fin de permitir el análisis oportuno de la situación, la planificación de recursos y la implementación de estrategias preventivas y asistenciales.

Para el análisis de las notificaciones nominales, se utilizaron los eventos "Araneismo-Envenenamiento por *Latrodectus* (Latrodectismo)", "Araneismo-Envenenamiento por *Loxosceles* (Loxoscelismo)", y "Araneismo-Envenenamiento por *Phoneutria* (Phoneutrismo o ctenismo)" del SNVS 2.0, del que se excluyeron los casos clasificados de forma manual como "Invalidados por Epidemiología" y "Caso descartado", así como el evento "Araneismo sin especificar". Se consideraron casos de araneismo aquellos cuya clasificación manual fue "Caso Confirmado" y "Caso Sospechoso". Se realizó un análisis de los datos contenidos en el SNVS 2.0, de la notificación nominal, entre la SE 1 del año 2019 hasta la SE 28 del 2025, con información actualizada hasta el día 16 de julio de 2025

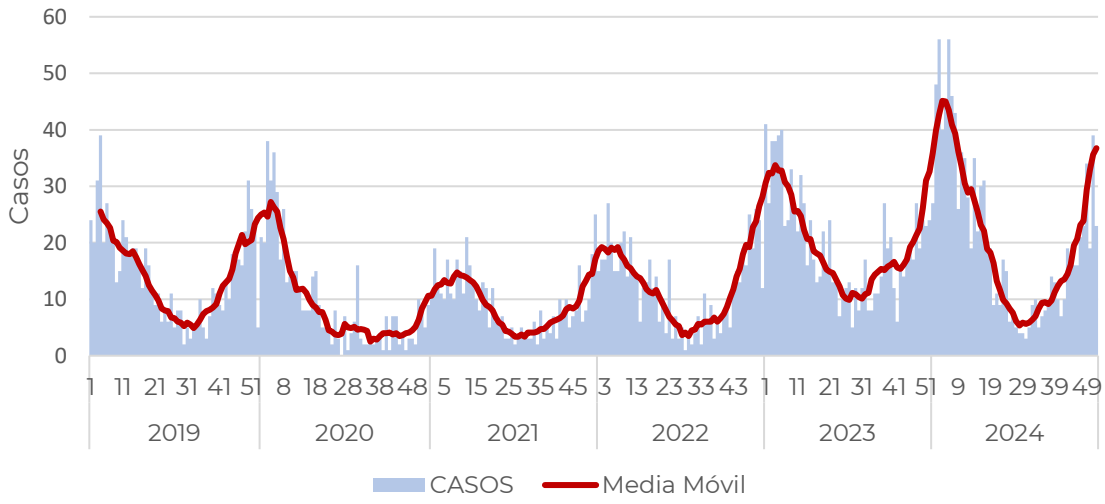
Para determinar la escala temporal, se estableció una fecha final utilizando la "Fecha de inicio de síntomas". En los casos en que esta información no estaba disponible, se tomó la "Fecha de consulta" y, en su defecto, la "Fecha de apertura". En cuanto a la ocurrencia de los casos, se prioriza la variable "Provincia de residencia"; cuando ésta no estaba consignada, se utilizó como alternativa la variable "Provincia de carga". Para el cálculo de las tasas de incidencia y la elaboración de los mapas se utilizaron las proyecciones de población por sexo y grupo de edad elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), correspondientes al período intercensal basado en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Para la construcción de las tasas acumuladas se utilizó como denominador la suma de las proyecciones poblacionales anuales para cada grupo etario.

VIII.2.B. SITUACIÓN HISTÓRICA - TODOS LOS GÉNEROS

Análisis temporal

Entre 2019 y 2024 se notificaron 4.457 casos de araneismo a nivel nacional. El Gráfico 1 muestra la evolución semanal de los casos de araneismo en Argentina entre 2019 y 2024. La distribución de casos evidencia un patrón estacional marcado con un aumento de notificaciones en los meses de primavera y verano. Se observan picos anuales consistentes, especialmente notorios en los veranos de 2019, 2022, 2023 y 2024, siendo este último uno de los más altos del período.

Gráfico 1. Casos de araneismo por semana epidemiológica y media móvil de 8 semanas. Argentina, 2019-2024 (SE1-52). (n=4.457)



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 contraste, los años 2020 y 2021 presentan un descenso en la cantidad de casos notificados, posiblemente asociado a las restricciones por la pandemia de COVID-19, que pueden haber influido tanto en la accesibilidad al sistema de salud como en los procesos de notificación.

En los últimos años se puede visualizar una tendencia general al alza en la notificación de casos. Estos datos destacan la importancia de reforzar las acciones preventivas y de vigilancia durante los períodos de mayor incidencia.

Análisis espacial

Entre 2019 y 2024, todas las regiones del país notificaron casos para este evento (Tabla 1). Esta distribución refleja tanto la presencia de especies de arañas de importancia sanitaria como factores asociados al riesgo de accidente, el acceso a los servicios de salud y la implementación local de estrategias de vigilancia.

Tabla 1. Casos y tasas cada 100.000 habitantes de araneismo según región y año de ocurrencia. Argentina, 2019–2024 (SE 1-52). (n= 4.457)

Jurisdicción	CASOS NOTIFICADOS						CASOS TOTALES	TASAS ACUMULADAS
	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Buenos Aires	21	22	19	43	50	48	203	0,2
CABA	1	3	0	0	3	3	10	0,1
Córdoba	100	31	20	13	26	37	227	1
Entre Ríos	1	0	1	1	5	2	10	0,1
Santa Fe	6	2	2	4	5	3	22	0,1
Total Centro	**129**	**58**	**42**	**61**	**89**	**93**	**472**	**0,3**
Mendoza	194	115	46	134	212	198	899	7,4
San Juan	33	19	17	45	45	28	187	3,9
San Luis	2	2	0	10	20	10	44	1,4
Total Cuyo	**229**	**136**	**63**	**189**	**277**	**236**	**1130**	**5,7**
Chaco	0	8	20	17	38	48	131	1,8
Corrientes	0	1	1	2	4	0	8	0,1
Formosa	3	14	14	6	44	35	116	3,2
Misiones	20	8	15	9	16	17	85	1,1
Total NEA	**23**	**31**	**50**	**34**	**102**	**100**	**340**	**1,3**
Catamarca	31	35	32	23	39	39	199	7,9
Jujuy	11	2	11	9	26	12	71	1,5
La Rioja	4	4	21	23	31	44	127	5,3
Salta	9	9	19	29	32	32	130	1,5
Sgo. del Estero	235	140	136	143	259	360	1273	21,4
Tucumán	29	26	17	9	10	25	116	1,1
Total NOA	**319**	**216**	**236**	**236**	**397**	**512**	**1916**	**5,5**
Chubut	5	6	11	20	29	24	95	2,5
La Pampa	5	6	10	8	13	6	48	2,2
Neuquén	22	17	21	24	42	42	168	4,1
Río Negro	32	28	37	46	61	69	273	6
Santa Cruz	0	1	0	2	7	3	13	0,6
Tierra del Fuego	0	0	1	0	0	1	2	0,2
Total Sur	**64**	**58**	**80**	**100**	**152**	**145**	**599**	**3,3**
Total País	**764**	**499**	**471**	**620**	**1017**	**1086**	**4457**	**1,6**

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 Tabla 1 presenta la evolución de los casos de araneismo en Argentina entre 2019 y 2024, desagregados por provincia y región. También se incluyen las tasas acumuladas cada 100.000 habitantes para todo el período, representadas con una escala de colores: los tonos más oscuros de rojo indican las tasas más altas, mientras que el verde señala las provincias con menor incidencia.

Santiago del Estero es la provincia con mayor tasa acumulada a nivel nacional, siendo esta de 21,4 casos por 100.00 habitantes. En segundo lugar, se encuentra la provincia de Catamarca con 7,9 casos por 100.000 habitantes. Simultáneamente, ambas provincias registraron las tasas más altas de la región NOA, seguidas por La Rioja (5,3 casos por 100.000 habitantes).

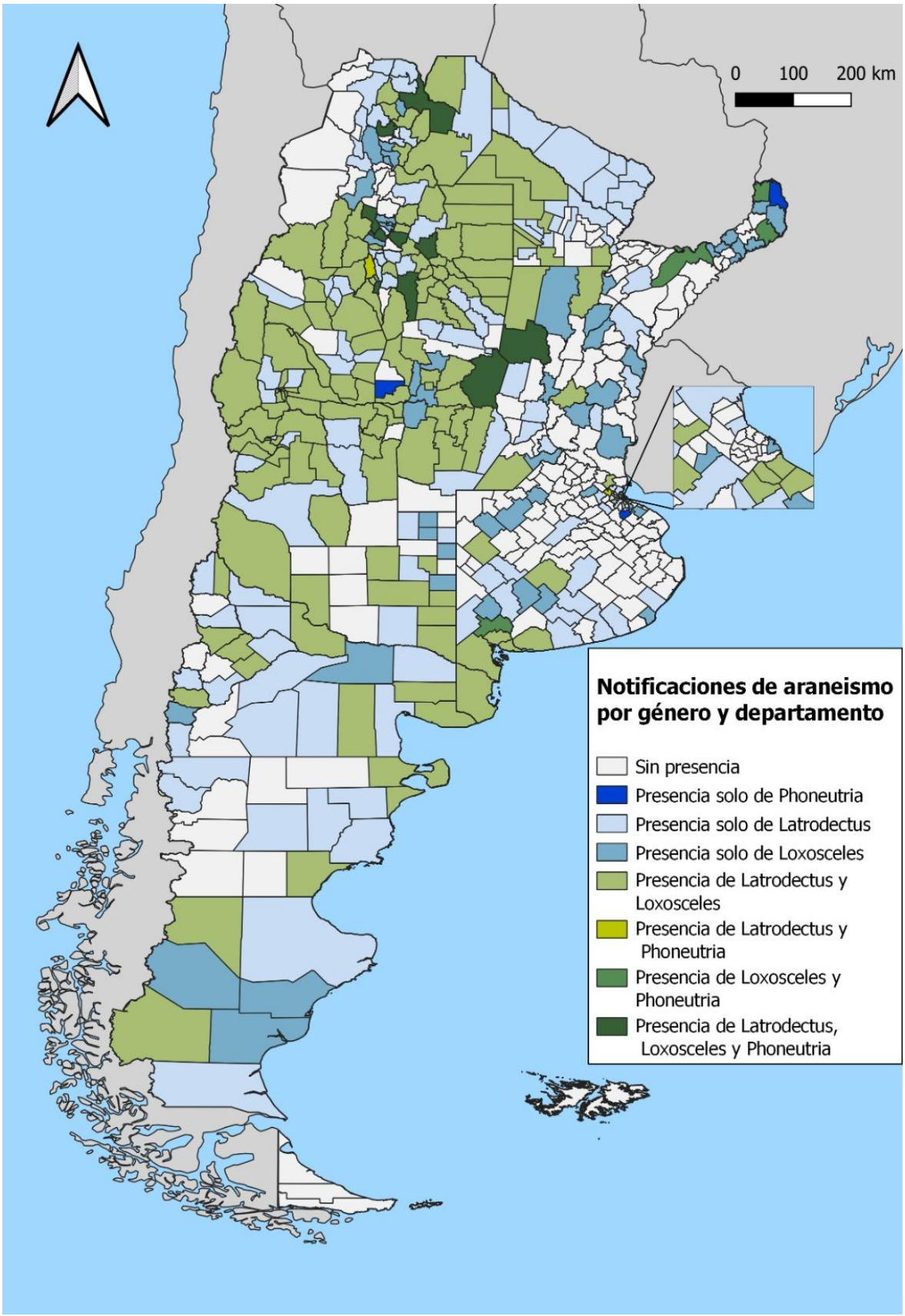
Mendoza es la tercera provincia con mayor tasa de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes (7,4) a nivel nacional. A su vez, concentra la tasa más alta de la región Cuyo, seguida por San Juan (3,9 casos por 100.000 habitantes).

Río Negro registró 6 casos por 100.000 habitantes, siendo la cuarta provincia con la mayor tasa acumulada del país. Además, se trata de la tasa más alta de la región Sur, seguida por la provincia de Neuquén que presentó una tasa de 4,1 casos por 100.000 habitantes

Las provincias de las regiones NEA y Centro registraron tasas inferiores a 3,5 casos por 100.000 habitantes.

Respecto de la distribución espacial a nivel departamental, el mapa 1 representa la distribución por departamento de las notificaciones de araneismo entre 2019 y 2025, clasificados por género de araña implicada (*Latrodectus*, *Loxosceles* y *Phoneutria*).

Mapa 1. Distribución departamental de araneismo notificado en Argentina según género de araña (SE 1/2019 - SE 28/2025). (n=5.086)



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

El mapa permite visualizar los patrones espaciales de exposición predominantes para cada género. Las áreas sombreadas en celeste claro indican jurisdicciones donde se notificaron exclusivamente eventos atribuibles al género *Latrodectus*, distribuida a lo largo del todo el territorio nacional y responsable del mayor número de casos. Las zonas en celeste más oscuro reflejan áreas donde se registraron exclusivamente accidentes por *Loxosceles*, mientras que en blanco se visualizan aquellas donde se notificaron exclusivamente accidentes por *Phoneutria*. Las tonalidades más oscuras indican regiones con coexistencia de dos o más géneros: azul petróleo para *Latrodectus* y *Loxosceles*, azul para *Latrodectus* y *Phoneutria*, azul violeta para *Loxosceles* y *Phoneutria*, y negro para aquellas pocas áreas donde se notificaron los tres géneros.

La distribución de las notificaciones, concentrada en la región de Cuyo, el centro y norte argentino, coincide con los patrones de abundancia, diversidad y distribución de las arañas de importancia médica en el país.

Finalmente, en la siguiente tabla se presenta la distribución de las notificaciones según género de araña y jurisdicción. Específicamente puede observarse la proporción provincial que representa cada género en el total de notificaciones de araneismo para el período analizado.

Tabla 2.. Casos de araneismo por jurisdicción según peso del género. Argentina, 2019–2024. (n= 4.457)

Jurisdicción	CASOS NOTIFICADOS						
	Lactrodectus	%	*Loxosceles*	%	*Phoneutria*	%	Total Araneismo
Buenos Aires*	73	36%	128	**63%**	2	1%	203
CABA	3	30%	7	**70%**	0	0%	10
Córdoba*	105	46%	120	**53%**	2	1%	227
Entre Ríos	4	40%	6	**60%**	0	0%	10
Santa Fe	10	45%	11	**50%**	1	5%	22
Total Centro	**195**	**41%**	**272**	**58%**	**5**	**1%**	**472**
Mendoza	592	**66%**	307	34%	0	0%	899
San Juan	98	**52%**	89	48%	0	0%	187
San Luis	15	34%	29	**66%**	0	0%	44
Total Cuyo	**705**	**62%**	**425**	**38%**	**0**	**0%**	**1130**
Chaco	111	**85%**	20	15%	0	0%	131
Corrientes	2	25%	5	**63%**	1	13%	8
Formosa	115	**99%**	1	1%	0	0%	116
Misiones	0	0%	70	**82%**	15	18%	85
Total NEA	**228**	**67%**	**96**	**28%**	**16**	**5%**	**340**
Catamarca	128	**64%**	69	35%	2	1%	199
Jujuy	50	**70%**	20	28%	1	1%	71
La Rioja	101	**80%**	25	20%	1	1%	127
Salta	70	**54%**	58	45%	2	2%	130
Santiago del Estero	988	**78%**	283	22%	2	0%	1273
Tucumán	24	21%	63	**54%**	29	25%	116
Total NOA	**1361**	**71%**	**518**	**27%**	**37**	**2%**	**1916**
Chubut	69	**73%**	26	27%	0	0%	95
La Pampa	31	**65%**	17	35%	0	0%	48
Neuquén	136	**81%**	32	19%	0	0%	168
Río Negro	148	**54%**	125	46%	0	0%	273
Santa Cruz	8	**62%**	5	38%	0	0%	13
Tierra del Fuego	2	**100%**	0	0%	0	0%	2
Total Sur	**394**	**66%**	**205**	**34%**	**0**	**0%**	**599**
Total País	**2883**	**65%**	**1516**	**34%**	**58**	**1%**	**4457**

**El género Phoneutria no es nativo para estas provincias, los casos pueden deberse al transporte pasivo de las mismas.*

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 mayoría de las notificaciones de araneismo en Argentina están relacionadas al género *Latrodectus*, que representa el 65% del total de los casos, con 2.883 casos notificados, seguido por *Loxosceles* con un 34% (1.516 casos), y por último *Phoneutria* con apenas el 1% del total (58 casos).

En las regiones Sur, NOA, NEA y Cuyo, la mayoría de los accidentes fueron ocasionados por el género *Latrodectus*. La región Centro se caracteriza por la predominancia de notificaciones relacionadas a accidentes con *Loxosceles*.

En línea con la distribución del género, sólo algunas provincias registraron notificaciones significativas de accidentes con el género *Phoneutria* (Tucumán y Misiones).

La distribución de las notificaciones es coincidente con la distribución de los géneros y especies de arañas a nivel nacional, así como al clima, el tipo de hábitat y la actividad humana.

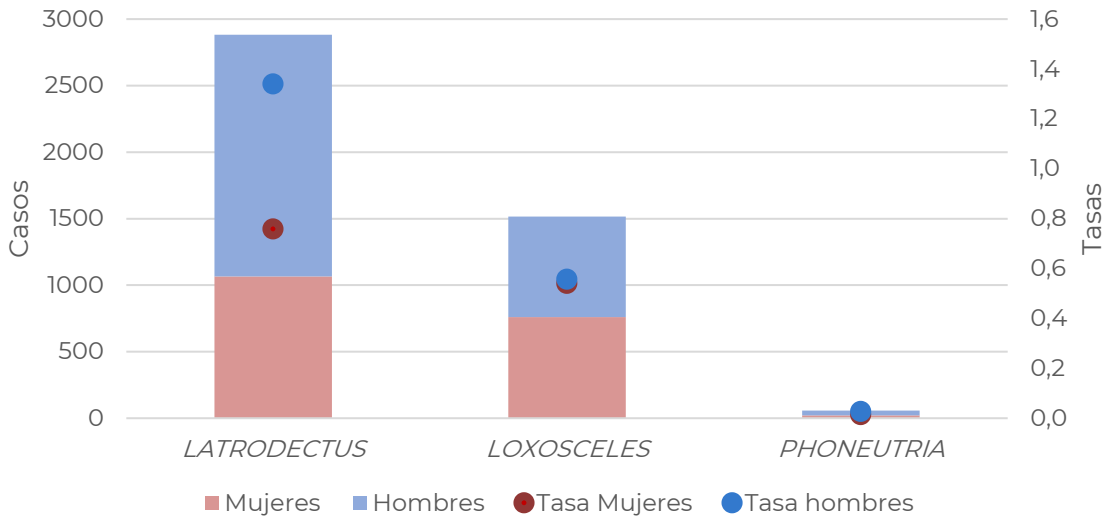
Análisis según sexo y grupo etario

Durante el período 2019-2024 de los 4.457 casos notificados, el 59% correspondió a personas de sexo masculino (2.610) y el 41% a personas de sexo femenino (1.847).

El gráfico 2 describe la distribución de notificaciones y tasas acumuladas cada 100.000 habitantes para los 3 géneros de araña según sexo. Se observa que en el género *Latrodectus* la diferencia entre sexos es pronunciada, siendo la población masculina la más afectada por este evento.

En el caso de *Loxosceles*, la proporción de casos y tasas acumuladas para cada sexo es similar, lo cual se condice con el comportamiento de la araña, que habita en los hogares. Las diferencias observadas en la distribución por sexo según el género de araña podrían estar vinculadas a patrones diferenciales de exposición, posiblemente asociados a actividades fuera del domicilio en el caso de *Latrodectus* y a exposiciones domiciliarias en el caso de *Loxosceles*. Estas tendencias refuerzan la importancia de considerar las características ecológicas del arácnido y los contextos de riesgo al momento de diseñar estrategias preventivas

Gráfico 2. Casos y tasas acumuladas por 100.000 habitantes según género de araña y sexo. Argentina, 2019–2024 (SE 1-52). (n= 4.457)

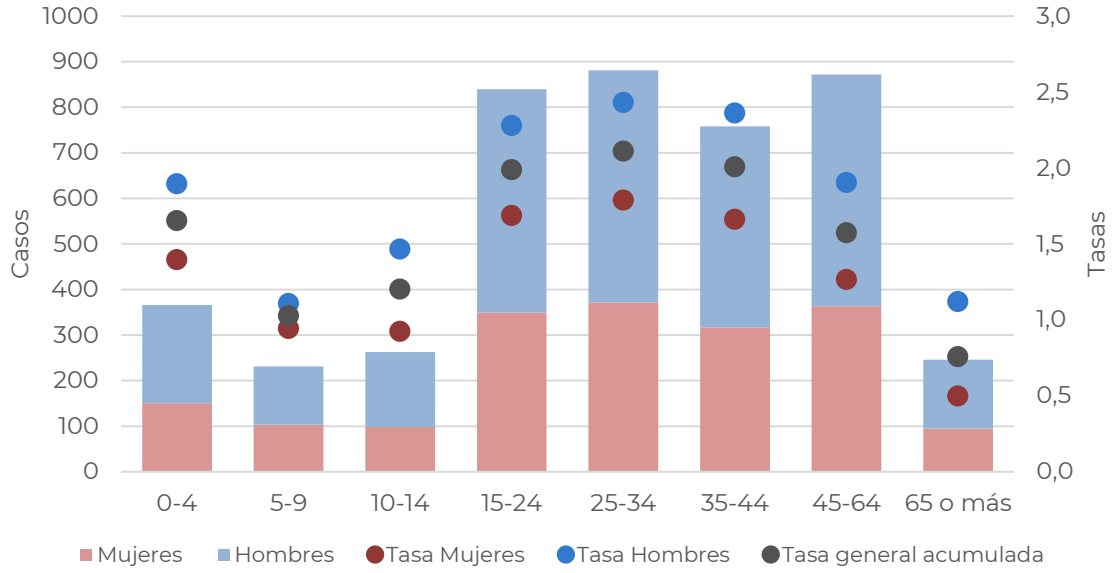


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

Respecto del análisis de las notificaciones por sexo y grupo etario, considerando los tres eventos, se puede ver que la distribución de los casos y las tasas entre ambos sexos se mantuvo relativamente estable durante todo el periodo analizado, con una predominancia sostenida del sexo masculino (gráfico 3).

El análisis de las tasas acumuladas por grupos etarios indica que las personas de 25 a 34 años fueron las más afectadas por estos eventos, con una tasa acumulada de 2,4 casos por 100.000 habitantes para el sexo masculino y de 1,8 para el sexo femenino. En segundo lugar, se encuentran los grupos de 15 a 24 (2,3 para varones y 1,7 para mujeres) y 35 a 44 años (2,4 para varones y 1,7 para mujeres). Los niños de 0 a 4 años se encuentran en tercer lugar, con una tasa acumulada de 1,9 casos por 100.000 habitantes para varones y de 1,4 para mujeres, seguidos por el grupo de 45 a 64 años (1,9 para varones y 1,3 para mujeres). El grupo etario que presenta la tasa más baja es el de adultos de 65 años y más (1,1 para varones y 0,5 para mujeres).

Gráfico 3. Casos y tasas acumuladas por 100.000 habitantes de araneismo según sexo y grupo etario. Argentina, 2019–2024 (SE 1-52). (n= 4.457)



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

El análisis por sexo y grupo etario indica que, si bien las mayores tasas acumuladas se concentran en personas jóvenes y adultas, los varones presentan sistemáticamente valores más altos que las mujeres en todos los grupos, especialmente en los grupos etarios entre 15 y 64 años. Estas brechas podrían estar vinculadas a distintos patrones de exposición y/o percepción del riesgo por parte de esta población y resaltan la necesidad de incorporar una medida teniendo estos factores en consideración.

VIII.2.C. SITUACIÓN ACTUAL - TODOS LOS GÉNEROS

Durante las primeras 28 semanas epidemiológicas de 2025, se notificaron 629 casos de araneismo, un 16% menos que la cantidad notificada para la misma semana de 2024 (745). Esta disminución puede deberse a una mejora en las estrategias de prevención, cambios en factores ambientales o estacionales que influyen en el ciclo de vida de los arácnidos o en la necesidad de ajustar los procesos de notificación y vigilancia.

La distribución de casos y tasas por región se encuentra alineada con aquella descrita para los años anteriores, siendo las regiones de Cuyo y NOA quienes concentran la mayor cantidad de casos y las tasas cada 100.000 habitantes más altas (5,3 y 4,2 respectivamente).

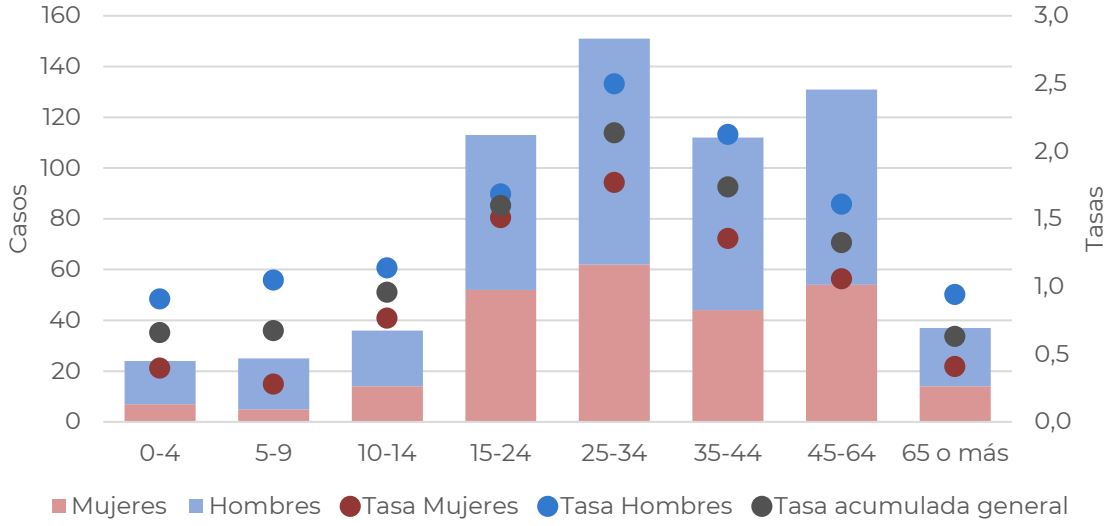
Tabla 3. Casos y tasas por 100.000 habitantes de araneismo según y jurisdicción. Argentina 2025 (SE 1-28 2025). (n=629)

Jurisdicción	2025	
	CASOS	TASAS
Buenos Aires	33	0,2
CABA	3	0,1
Córdoba	16	0,4
Entre Ríos	0	0
Santa Fe	0	0
Total Centro	**52**	**0,2**
Mendoza	144	6,9
San Juan	28	3,4
San Luis	11	2
Total Cuyo	**183**	**5,3**
Chaco	29	2,3
Corrientes	1	0,1
Formosa	20	3,2
Misiones	3	0,2
Total NEA	**53**	**1,2**
Catamarca	27	6,2
Jujuy	12	1,5
La Rioja	28	6,7
Salta	8	0,5
Santiago del Estero	164	16,0
Tucumán	14	0,8
Total NOA	**253**	**4,2**
Chubut	20	3
La Pampa	7	1,9
Neuquén	26	3,7
Río Negro	29	3,7
Santa Cruz	6	1,5
Tierra del Fuego	0	0
Total Sur	**88**	**0,2**
Total País	**629**	**1,3**

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 referencia a las características sociodemográfica de los casos, el 60% de las notificaciones de 2025 correspondió a personas de sexo masculino (377) y el 40% a personas de sexo femenino (252). La distribución según grupo de edad muestra que el grupo etario más afectado fue el de las personas de 25 a 34 años, con una tasa de 2,5 casos cada 100.000 habitantes en varones y de 1,8 en mujeres, seguido por el grupo de 35 a 44 años (2,1 en varones y 1,35 en mujeres). Estos datos muestran una distribución similar al patrón histórico.

Gráfico 4. Casos y tasas por 100.000 habitantes de araneismo según sexo y grupo etario, Argentina 2025 (SE 1-28). (n= 629)



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

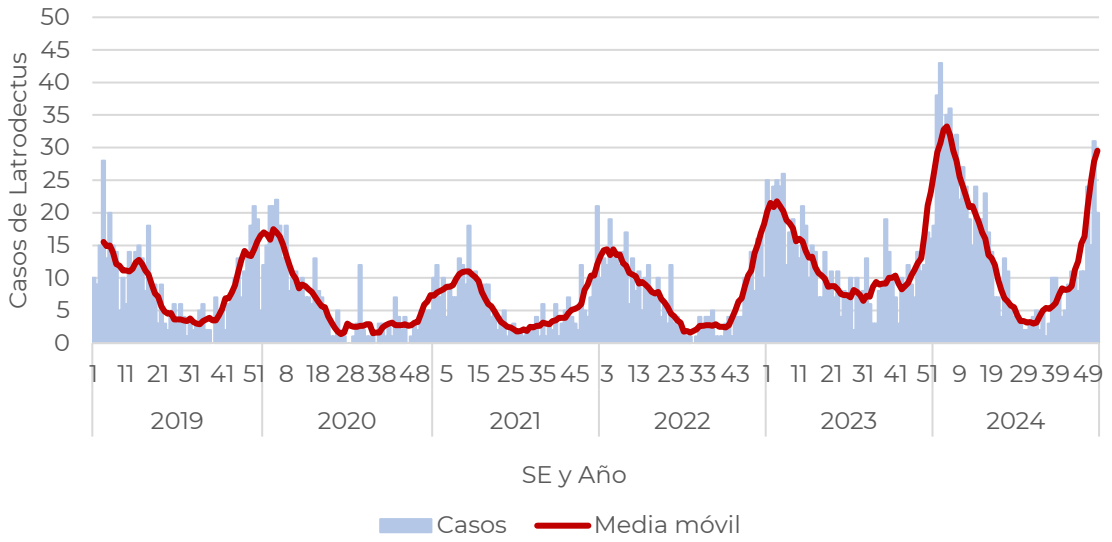
VIII.3. Situación de araneismo – género *Latrodectus* ("Viuda negra")

VIII.3.A. SITUACIÓN HISTÓRICA LATRODECTUS – 2019-2024

Análisis temporal

Durante el período 2019–2024 se notificaron 2.883 casos atribuidos a *Latrodectus*, representando la mayoría de los eventos de araneismo registrados en el país (65%). Al igual que la distribución temporal para el total de los géneros, se evidencia un marcado aumento de las notificaciones en los meses cálidos.

Gráfico 5. Distribución temporal de casos notificados de araneismo por Latrodectus según semana epidemiológica. Argentina, 2019–2024. (n= 2.883)



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

A su vez, se observan picos anuales consistentes durante el verano, siendo el año 2024 el que presenta mayor cantidad de casos (755). Sin embargo, los años 2020 y 2021 presentan un descenso atípico en la cantidad de casos, en concordancia con la tendencia que se observa para todos los géneros, analizada anteriormente.

En los últimos años se puede visualizar una tendencia general al alza en la notificación de casos. Estos datos destacan la importancia de reforzar las acciones preventivas y de vigilancia durante los períodos de mayor incidencia.

Análisis espacial

Entre 2019 y 2024, todas las regiones del país registraron casos de araneismo por *Latrodectus*.

Tabla 4. Casos y tasa acumulada por 100.000 habitantes de araneismo atribuidos a *Latrodectus* según jurisdicción y año de ocurrencia. Argentina, 2019–2024. (n=2.883)

Jurisdicción	CASOS						TOTAL CASOS	TASA ACUMULADA
	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Buenos Aires	5	3	8	21	17	19	73	0,1
CABA	0	2	0	0	0	1	3	0,02
Córdoba	44	10	7	4	17	23	105	0,5
Entre Ríos	1	0	1	0	1	1	4	0,05
Santa Fe	3	2	1	1	1	2	10	0,05
Total Centro	**53**	**17**	**17**	**26**	**36**	**46**	**195**	**0,1**
Mendoza	128	85	24	79	124	152	592	4,9
San Juan	15	10	10	28	21	14	98	2,1
San Luis	0	0	0	5	5	5	15	0,5
Total Cuyo	**143**	**95**	**34**	**112**	**150**	**171**	**705**	**3,5**
Chaco	0	6	19	14	28	44	111	1,5
Corrientes	0	0	1	0	1	0	2	0,03
Formosa	3	14	13	6	44	35	115	3,1
Misiones	0	0	0	0	0	0	0	0
Total NEA	**3**	**20**	**33**	**20**	**73**	**79**	**228**	**0,9**
Catamarca	23	21	25	10	22	27	128	5,1
Jujuy	7	1	7	7	18	10	50	1,1
La Rioja	4	4	17	20	22	34	101	4,2
Salta	5	6	13	15	14	17	70	0,8
Santiago del Estero	182	115	103	106	206	276	988	16,6
Tucumán	2	4	3	1	3	11	24	0,2
Total NOA	**223**	**151**	**168**	**159**	**285**	**375**	**1361**	**3,9**
Chubut	2	6	9	14	20	18	69	1,8
La Pampa	2	4	9	6	6	4	31	1,4
Neuquén	21	17	18	17	33	30	136	3,4
Río Negro	23	18	27	26	24	30	148	3,2
Santa Cruz	0	1	0	2	4	1	8	0,4
Tierra del Fuego	0	0	1	0	0	1	2	0,2
Total Sur	**48**	**46**	**64**	**65**	**87**	**84**	**394**	**2,2**
Total País	**470**	**329**	**316**	**382**	**631**	**755**	**2883**	**1**

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

La tabla 4 presenta la evolución de los casos de araneismo por *Latrodectus* en Argentina entre 2019 y 2024, desagregados por provincia y región. También se incluyen las tasas acumuladas cada 100.000 habitantes para todo el período, representadas con una escala de colores: los tonos más oscuros de rojo indican mayor afectación, mientras que el verde señala las provincias con menor incidencia.

Santiago del Estero es la provincia con mayor tasa acumulada a nivel nacional, siendo esta de 16,6 casos por 100.00 habitantes. En segundo lugar, se encuentra la provincia de Catamarca con 5,1 casos por 100.000 habitantes. Simultáneamente, ambas provincias registraron las tasas más altas de la región NOA, seguidas por La Rioja (4,2 casos por 100.000 habitantes).

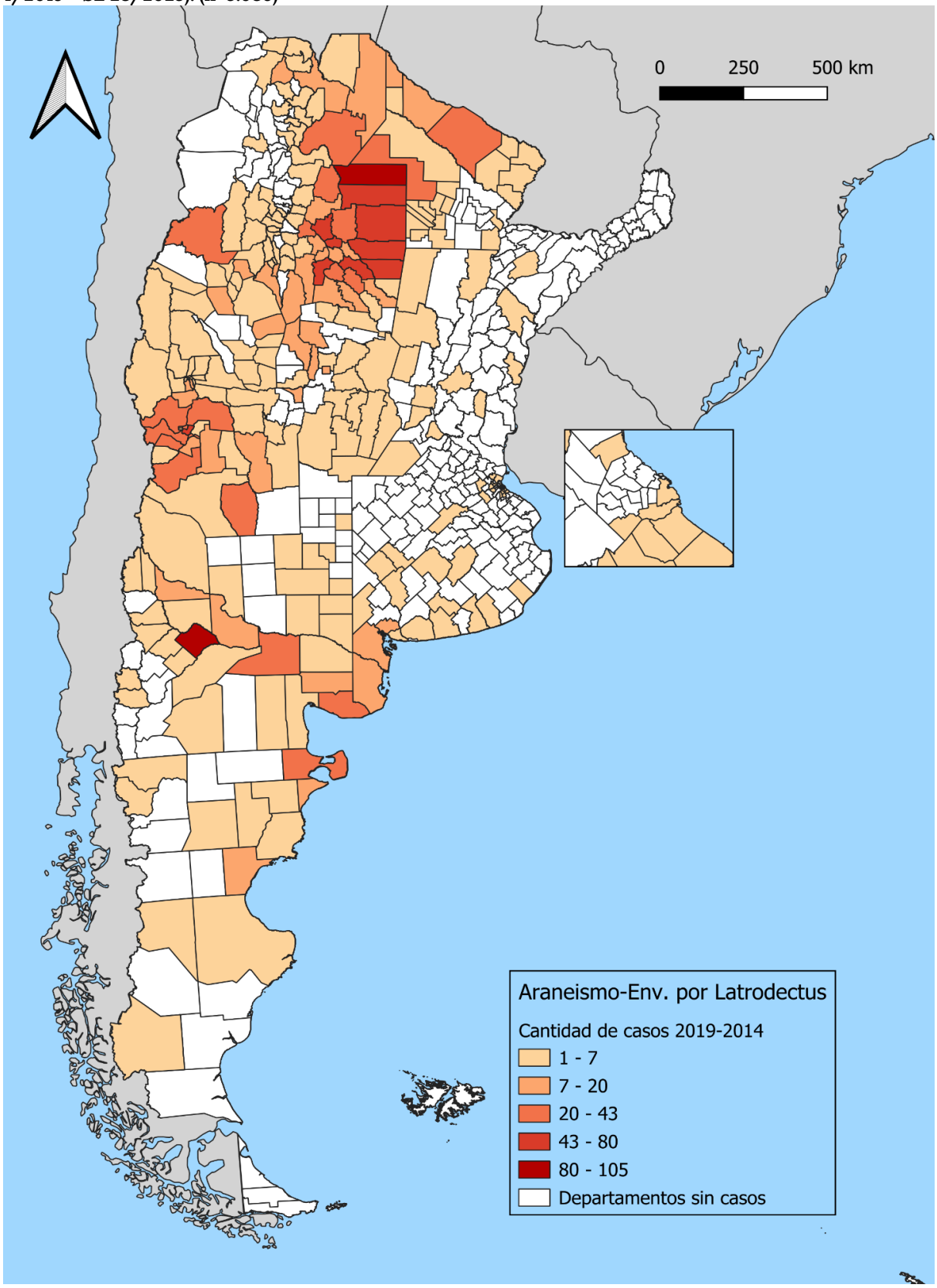
Mendoza es la tercera provincia con mayor tasa de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes (4,9) a nivel nacional. A su vez, concentra la tasa más alta de la región Cuyo, seguida por San Juan (2,1 casos por 100.000 habitantes).

Neuquén registró 3,4 casos por 100.000 habitantes, siendo la cuarta provincia con la mayor tasa acumulada del país. Además, se trata de la tasa más alta de la región Sur, seguida por la provincia de Río Negro que presentó una tasa de 3,2 casos por 100.000 habitantes

Finalmente, las provincias de la región NEA y Centro, registraron tasas inferiores a 3,1 casos por 100.000 habitantes.

Por otro lado, el mapa 2 representa la distribución de casos de araneismo atribuibles al género *Latrodectus* notificados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) entre 2019 y 2024, georreferenciados por departamento. En lo que respecta a los a la distribución geográfica predominante para el género *Latrodectus*, se observa una clara concentración de eventos en la Región NOA y Cuyo, pero con notificaciones en todas las regiones. La mayor cantidad de notificaciones se localiza en departamentos del este de Santiago del Estero y Formosa. En estas regiones, se alcanzaron notificaciones superiores a 80 casos en el período analizado.

Mapa 2.Distribución departamental de araneismo notificado en Argentina según género de araña (SE 1/2019 - SE 28/2025). (n=5.086)



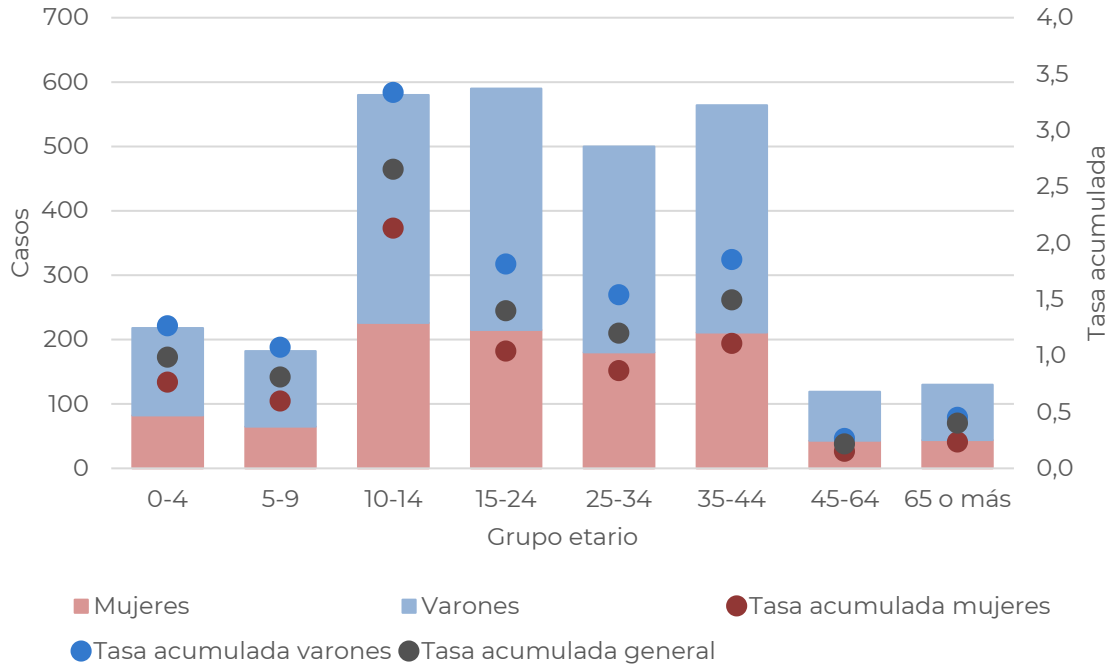
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

Considerando que la distribución espacial del género de araña no se limita a una región en particular, sino que se encuentra en todo el territorio, se resalta la importancia de registrar este evento en todas las regiones. En este sentido, se destaca que, según el análisis realizado, todas las regiones han logrado implementar con el correr de los años y con mayor o menor exhaustividad, estrategias de vigilancia activa y notificación de casos. Sin embargo, hay provincias que no registran notificaciones para este evento en el período analizado.

Análisis según sexo y grupo etario

Respecto de la distribución según sexo, del total de los casos de araneismo por *Latrodectus*, 1.817 corresponden a varones (63%) y 1.066 a mujeres (37%). Esta distribución evidencia una marcada predominancia del sexo masculino, con proporciones que se mantienen constantes a lo largo del tiempo.

Gráfico 6. Casos y tasas acumuladas por 100.000 habitantes de araneismo por *Latrodectus* según sexo y grupo etario. Argentina, 2019–2024 (SE 1-52). (n= 2.883)



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

El análisis de las tasas acumuladas por grupos etarios indica que los niños de 10 a 14 años fueron las más afectadas por estos eventos, con una tasa acumulada general de 2,7 casos por 100.000 habitantes, 3,3 para el sexo masculino y de 2,1 para el sexo femenino. En segundo lugar, se encuentran los grupos de 35 a 44 con una tasa acumulada general de 1,5 casos por 100.000 habitantes (1,9 para varones y 1,1 para mujeres) y 15 a 24 años con una tasa acumulada general de 1,4 casos por 100.000 habitantes (1,8 para varones y 1 para mujeres). Las personas de 25 a 34 años se encuentran en tercer lugar, con una tasa acumulada general de 1,2 casos por 100.000 habitantes (1,5 para varones y 0,9 para mujeres). El grupo etario que presenta la tasa acumulada general más baja es el de adultos de 45 a 64 años, con 0,2 casos por 100.000 habitantes (0,2 para varones y 0,2 para mujeres).

VIII.3.B. SITUACIÓN ACTUAL - GÉNERO LATRODECTUS

Hasta la semana epidemiológica 28 de 2025 se notificaron 464 casos de araneismo atribuibles al género *Latrodectus* en Argentina, un 14% menos que la cantidad notificada hasta la misma semana de 2024 (541 casos).

La distribución de casos y tasas por región se encuentra en concordancia con aquella descrita para los años anteriores, siendo las regiones de Cuyo y NOA quienes concentran la mayor cantidad de casos y las tasas cada 100.000 habitantes más altas (4,1 y 3,1 respectivamente).

Tabla 5. Casos y tasas por 100.000 habitantes de araneismo por *Latrodectus* según jurisdicción. Argentina 2025 (SE 1-28 2025). (n=464)

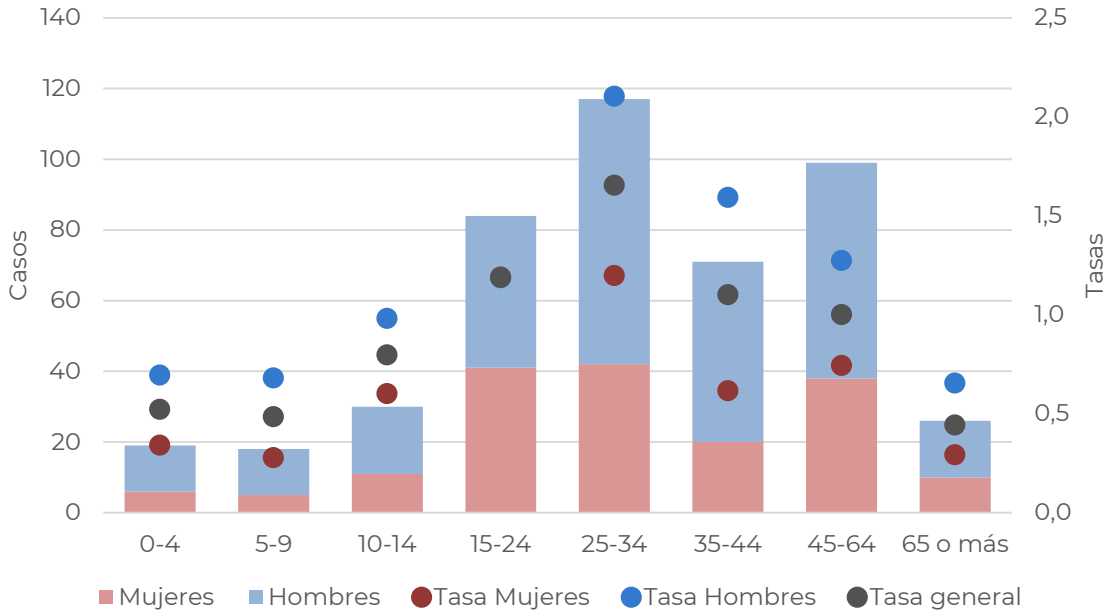
Jurisdicción	2025	
	CASOS	TASAS
Buenos Aires	9	0,05
CABA	2	0,1
Córdoba	9	0,2
Entre Ríos	0	0
Santa Fe	0	0
Total Centro	**20**	**0,1**
Mendoza	117	5,6
San Juan	16	1,9
San Luis	9	1,7
Total Cuyo	**142**	**4,1**
Chaco	25	2,0
Corrientes	1	0,1
Formosa	20	3,2
Misiones	0	0
Total NEA	**46**	**1**
Catamarca	24	5,5
Jujuy	11	1,4
La Rioja	25	6
Salta	4	0,3
Sgo. del Estero	120	11,7
Tucumán	3	0,2
Total NOA	**187**	**3,1**
Chubut	19	2,8
La Pampa	4	1,1
Neuquén	23	3,3
Río Negro	17	2,1
Santa Cruz	6	1,5
Tierra del Fuego	0	0
Total Sur	**69**	**2,2**
Total País	**464**	**1**

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

Del total de los casos notificados de araneismo por *Latrodectus* en 2025, 291 casos corresponden a varones (63%) y 173 a mujeres (37%), manteniéndose el patrón histórico de predominio masculino en este tipo de eventos.

La distribución según grupo de edad muestra que el grupo etario más afectado fue el de las personas de 25 a 34 años (117 notificaciones), con una tasa de 2,1 en varones. En el caso de las mujeres, sin embargo, la tasa más alta se encuentra en los grupos etarios de 15 a 24 y de 25 a 24 años, con una tasa de 1,2 para ambos grupos etarios.

Gráfico 7. Casos y tasas por 100.000 habitantes de araneismo por Latrodectus según sexo y grupo etario, Argentina 2025 (SE 1-28). (n= 464)



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

Caracterización clínica de los casos

En relación con la caracterización clínica de los casos notificados por *Latrodectus*, como se observa en la tabla 6, desde el 2019 el 43% de los casos (1.453) consignan signos y síntomas. Se registraron[21] en total 9.108 signos y síntomas asociados a las mordeduras de este género. El 51% de ellos (5.096) fueron generalizados, siendo mayoritario el dolor abdominal. El 49% de los signos y síntomas restantes fueron locales, y el dolor agudo o punzante fue el más registrado.

[21] Cada caso puede contar con más de un signo, síntoma y/o tratamiento consignado.

Tabla 6. Caracterización clínica de casos de araneismo por Latrodectus según signos y síntomas. Argentina, SE 1/2019 a SE 28/2025. (n= 9.108)

Clasificación	Signos y síntomas	Registros	Porcentaje
Generalizado	Dolor abdominal	537	12%
	Taquicardia	488	10%
	Hipertensión arterial	463	10%
	Sudoración	449	10%
	Vómitos	442	9%
	Cefalea	365	8%
	Contracturas musculares dolorosas	316	7%
	Otros	1599	34%
	Subtotal	**4659**	**51%**
Local	Dolor agudo o punzante en el sitio de la mordedura	2796	63%
	Edema local	796	18%
	Contracturas musculares localizadas	432	10%
	Otros	425	10%
	Subtotal	**4449**	**49%**
Total general		**9108**	**100%**

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

El 61% de los casos producidos por este género (2.056) registraron **tratamiento**. Como se puede ver en la tabla 7, en la gran mayoría de los casos (92%, 1.886 casos) el tratamiento consistió en la administración de antiveneno específico.

En cuanto a las **internaciones** producidas por este género, el 34% de ellos resultó internado (1.139, n=3.347). El género *Latrodectus* no registra muertes para el periodo analizado.

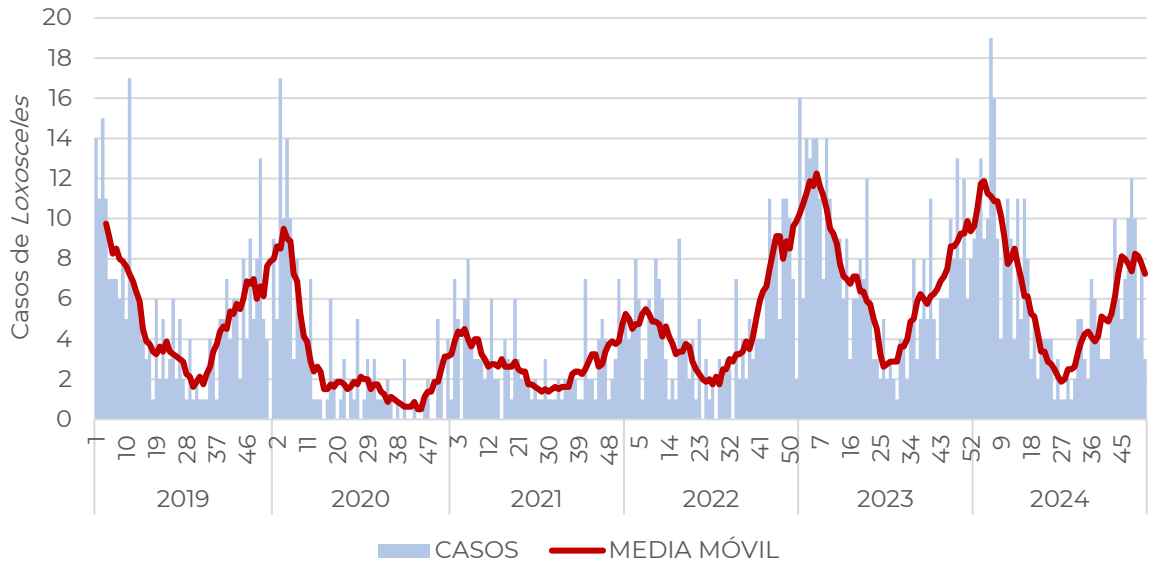
VIII.4. Situación de Araneismo - Género *Loxosceles* ("Araña de rincón")

VIII.4.A. SITUACIÓN HISTÓRICA 2018-2024

Análisis temporal

Entre 2019 y 2024 se notificaron 1.516 casos de araneismo a nivel nacional atribuidos a *Loxosceles*, lo que representa el 34% del total de eventos registrados en ese período. La distribución semanal de casos evidencia un patrón estacional con un aumento de notificaciones en los meses cálidos, al igual que la distribución temporal para el total de los géneros.

Gráfico 8. Distribución temporal de casos notificados de araneismo por *Loxosceles* según semana epidemiológica. Argentina, 2019–2024 (n= 1.516)



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

A su vez, se observan picos anuales consistentes durante el verano, siendo el año 2023 el que presenta mayor cantidad de casos (377). Sin embargo, los años 2020 y 2021 presentan un descenso atípico en la cantidad de notificaciones, en concordancia con la tendencia que se observa para todos los géneros, analizada anteriormente. Este descenso es particularmente llamativo para *Loxosceles*, en tanto se trata de un género que suele habitar los hogares.

En el gráfico se puede visualizar una tendencia general al alza en la notificación de casos en los últimos años. Estos datos destacan la importancia de reforzar las acciones preventivas y de vigilancia durante los períodos de mayor incidencia.

Análisis espacial

Entre 2019 y 2024, todas las regiones del país registraron casos de araneismo por *Loxosceles*.

Tabla 7. Casos y tasas por 100.000 habitantes de araneismo– Género *Loxosceles* según provincia, región y año epidemiológico. Periodo 2019-2024. Argentina. (n= 1.1516)

Jurisdicción	CASOS NOTIFICADOS						CASOS TOTALES	TASAS ACUMULADAS
	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
Buenos Aires	16	19	10	22	32	29	128	0,1
CABA	1	1	0	0	3	2	7	0,04
Córdoba	55	21	13	8	9	14	120	0,5
Entre Ríos	0	0	0	1	4	1	6	0,1
Santa Fe	2	0	1	3	4	1	11	0,1
Total Centro	**74**	**41**	**24**	**34**	**52**	**47**	**272**	**0,2**
Mendoza	66	30	22	55	88	46	307	2,5
San Juan	18	9	7	17	24	14	89	1,9
San Luis	2	2	0	5	15	5	29	0,9
Total Cuyo	**86**	**41**	**29**	**77**	**127**	**65**	**425**	**2,1**
Chaco	0	2	1	3	10	4	20	0,3
Corrientes	0	1	0	2	2	0	5	0,1
Formosa	0	0	1	0	0	0	1	0,0
Misiones	15	5	13	9	12	16	70	0,9
Total NEA	**15**	**8**	**15**	**14**	**24**	**20**	**96**	**0,4**
Catamarca	8	13	6	13	17	12	69	2,7
Jujuy	4	1	4	2	8	1	20	0,4
La Rioja	0	0	3	3	9	10	25	1,0
Salta	4	3	6	13	18	14	58	0,7
Santiago del Estero	53	24	33	37	52	84	283	4,7
Tucumán	21	12	8	6	5	11	63	0,6
Total NOA	**90**	**53**	**60**	**74**	**109**	**132**	**518**	**1,5**
Chubut	3	0	2	6	9	6	26	0,7
La Pampa	3	2	1	2	7	2	17	0,8
Neuquén	1	0	3	7	9	12	32	0,8
Río Negro	9	10	10	20	37	39	125	2,7
Santa Cruz	0	0	0	0	3	2	5	0,2
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**16**	**12**	**16**	**35**	**65**	**61**	**205**	**1,1**
Total País	**281**	**155**	**144**	**234**	**377**	**325**	**1516**	**0,5**

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 Tabla precedente presenta la evolución de los casos de araneismo por *Loxosceles* en Argentina entre 2019 y 2024, desagregados por provincia y región. También se incluyen las tasas acumuladas cada 100.000 habitantes para todo el período, representadas con una escala de colores: los tonos más oscuros de rojo indican mayor afectación, mientras que el verde señala las provincias con menor incidencia.

Santiago del Estero es la provincia con mayor tasa acumulada a nivel nacional, siendo esta de 4,7 casos por 100.00 habitantes. En segundo lugar, se encuentra la provincia de Catamarca con 2,7 casos por 100.000 habitantes. Simultáneamente, ambas provincias registraron las tasas más altas de la región NOA, seguidas por La Rioja (1 caso por 100.000 habitantes).

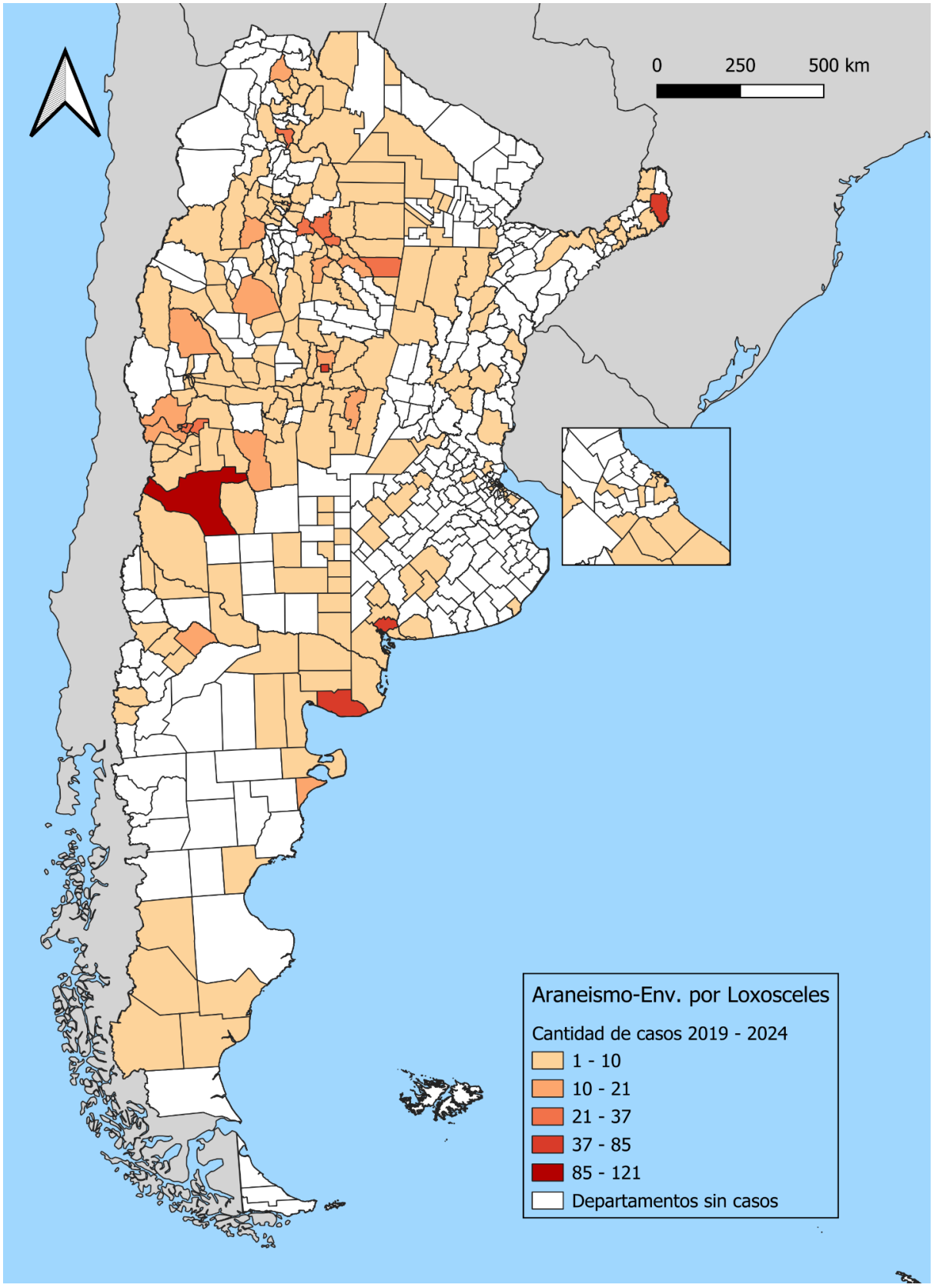
Mendoza es la tercera provincia con mayor tasa de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes (2,5) a nivel nacional. A su vez, concentra la tasa más alta de la región Cuyo, seguida por San Juan (1,9 casos por 100.000 habitantes).

Río Negro registró 2,7 casos por 100.000 habitantes, siendo la cuarta provincia con la mayor tasa acumulada del país. Además, se trata de la tasa más alta de la región Sur, seguida por la provincia de Neuquén y La Pampa, ambas con una tasa de 0,8 casos por 100.000 habitantes.

Finalmente, las provincias de la región NEA y Centro, registraron tasas inferiores a 0,9 casos por 100.000 habitantes.

Por otro lado, el mapa 3 representa la distribución de casos de araneismo atribuibles al género *Latrodectus* notificados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) entre 2019 y 2024, georreferenciados por departamento. Se observa una clara concentración de eventos en las regiones Cuyo y Noroeste, pero con notificaciones en todas las regiones. La mayor cantidad de notificaciones se localiza en departamentos de Mendoza., Río Negro, Buenos Aires y Buenos Aires, donde se alcanzaron notificaciones superiores a 85 casos en el período analizado.

Mapa 3.. Distribución espacial de araneismo por Loxosceles según departamento. Argentina, 2018-2024. (n=1.713)



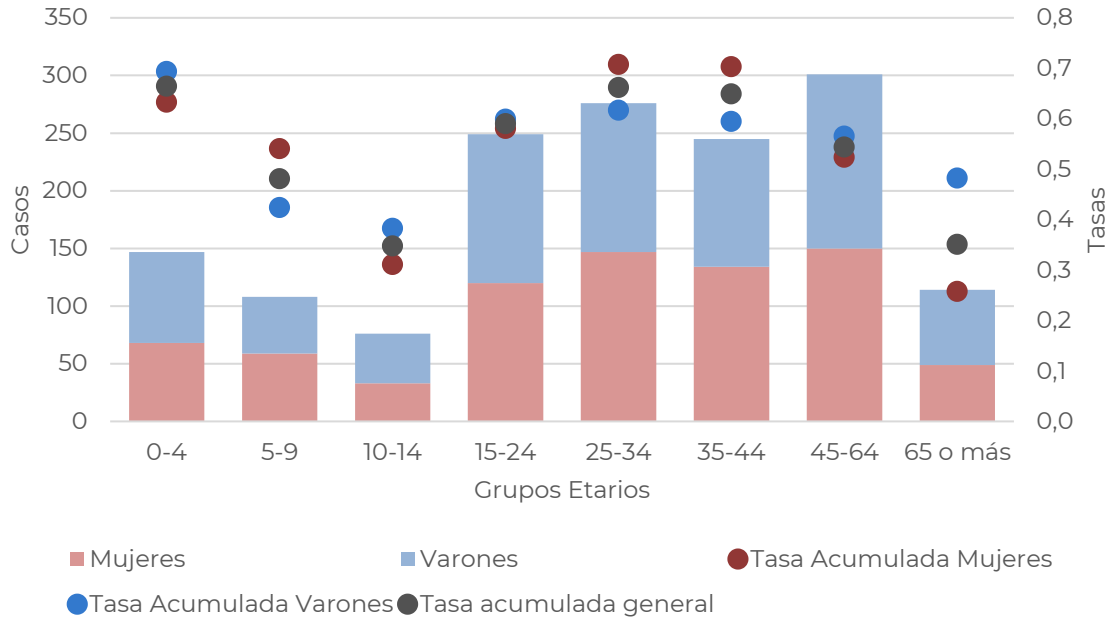
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

Considerando que la distribución espacial del género de araña no se limita a una región en particular, sino que se encuentra en todo el territorio, se resalta la importancia de registrar este evento en todas las regiones. En este sentido, se destaca que, según el análisis realizado, todas las regiones han logrado implementar con el correr de los años y con mayor o menor exhaustividad, estrategias de vigilancia activa y notificación de casos. Sin embargo, hay provincias que no registran notificaciones para este evento en el período analizado.

Análisis según sexo y grupo etario

Respecto de la distribución según sexo, del total de los casos de araneismo por *Loxosceles*, 760 corresponden a mujeres (50,1%) y 756 a varones (49,9%). A diferencia del resto de los géneros de arañas, esta distribución evidencia una leve predominancia de notificaciones del sexo femenino en algunos grupos etarios, con proporciones que varían a lo largo del tiempo.

Gráfico 9. Casos y tasas de araneismo por *Loxosceles* según sexo, Argentina 2018-2024 (SE 1-52). (n= 1.516)



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

Respecto del análisis de las notificaciones por sexo y grupo etario se puede ver que la distribución de los casos y las tasas entre ambos sexos es particular frente a los otros dos eventos. En este caso, sí bien las tasas acumuladas cada 100.000 habitantes es predominante en varones, las mujeres tienen tasas cercanas o incluso superiores en algunos grupos etarios.

El análisis de las tasas acumuladas cada 100.000 habitantes por grupos etarios indica que dos grupos etarios fueron los más afectados durante el período analizado: las personas de 25 a 34 años y de 0 a 4 años, ambas con 0,7 casos por 100.000 habitantes. En ambos grupos, el sexo femenino fue el más afectado.

En segundo lugar, con una tasa de 0,6 casos por 100.00 habitantes, se encuentran los grupos de 35 a 44 (0,7 en mujeres y 0,6 en varones) y 15 a 24 años (0,6 para ambos sexos).

Las personas de 45 a 64 años y de 5 a 9 años comparten una tasa de 0,5 casos por 100.000 habitantes. En ambos grupos etarios, el sexo masculino fue el más afectado. Finalmente, los

grupos etarios que presentan la tasa acumulada general más baja son los menores de 10 a 14 años y los adultos de 65 años o más.

Aunque en términos generales las tasas acumuladas fueron más altas en varones, el análisis por grupo etario muestra un patrón con ciertas particularidades respecto al resto de los géneros. En los accidentes producidos por *Loxosceles* se puede observar que en varios grupos las tasas en mujeres igualan o superan a las de los varones. Otro grupo particularmente afectado son los menores de 0 a 4, podemos pensar en las características de este género de araña y su presencia en los domicilios. El análisis por género y grupo etario sugiere diferencias en los contextos de exposición según el ciclo de vida y el sexo.

VIII.4.B. SITUACIÓN ACTUAL LOXOSCELES – 2025

Durante las primeras 28 semanas epidemiológicas de 2025, se notificaron 161 casos de araneismo por *Loxosceles*, un 19% menos que la cantidad notificada para la misma semana de 2024 (199).

La distribución de casos y tasas por región se encuentra en concordancia con aquella descrita para los años anteriores, siendo las regiones de Cuyo y NOA quienes concentran la mayor cantidad de casos y las tasas cada 100.000 habitantes más altas (1,2 y 1,1 respectivamente).

Tabla 8. Casos y tasas por 100.000 habitantes de araneismo por *Loxosceles* según jurisdicción. Argentina 2025 (SE 1-28 2025). (n=161)

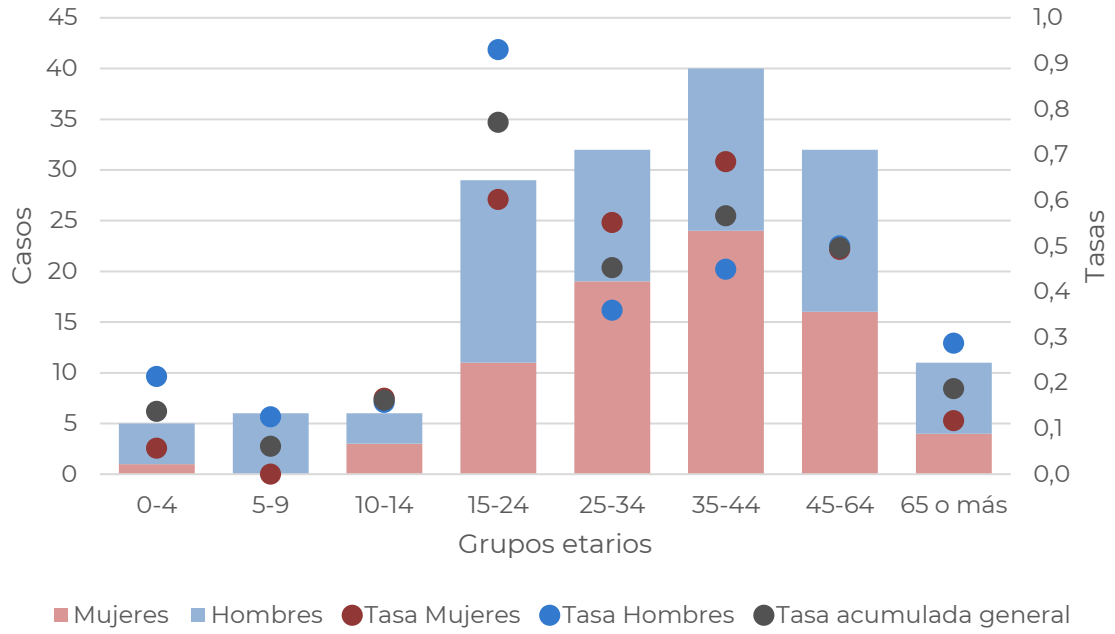
Jurisdicción	2025	
	CASOS	TASAS
Buenos Aires	23	0,1
CABA	1	0,03
Córdoba	7	0,2
Entre Ríos	0	0
Santa Fe	0	0
Total Centro	**31**	**0,1**
Mendoza	27	1,3
San Juan	12	1,5
San Luis	2	0,4
Total Cuyo	**41**	**1,2**
Chaco	4	0,3
Corrientes	0	0
Formosa	0	0
Misiones	3	0,2
Total NEA	**7**	**0,2**
Catamarca	3	0,7
Jujuy	1	0,1
La Rioja	3	0,7
Salta	4	0,3
Santiago del Estero	43	4,2
Tucumán	9	0,5
Total NOA	**63**	**1,1**
Chubut	1	0,1
La Pampa	3	0,8
Neuquén	3	0,4
Río Negro	12	1,5
Santa Cruz	0	0
Tierra del Fuego	0	0
Total Sur	**19**	**0,6**
Total País	**161**	**0,3**

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

Del total de los casos notificados de araneismo por *Loxosceles* en 2025, 83 casos corresponden a varones (52%) y 78 a mujeres (48%), manteniéndose el patrón histórico de predominio masculino en este tipo de eventos.

La distribución según grupo de edad muestra que el grupo etario masculino más afectado fueron las personas de 15 a 24 años, con una tasa de 0,9 casos cada 100.000 habitantes. En el caso de las mujeres, sin embargo, la tasa más alta cada 100.000 habitantes se encuentra en los grupos etarios de 35 a 44 años (0,7).

Gráfico 10. Casos y tasas por 100.000 habitantes de araneismo por *Loxosceles* según sexo y grupo etario, Argentina 2025 (SE 1-28). (n= 161)



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

Caracterización clínica de los casos

En relación con la **caracterización clínica** de los casos notificados por *Loxosceles*, desde el 2019 el 59% de los casos (891) consignan signos y síntomas. Se registraron 5.557 signos y síntomas[22] asociados a las mordeduras de este género. La mayoría de ellos (20%, 1.221 signos y síntomas) fueron locales, como dolor urente (1.312, 30%), manifestaciones en la piel como edemas, ampollas, placas eritematosas y costras necróticas (2.544, 58%), prurito (350, 8%) y sensación punzante (109, 3%). El 20% de los signos y síntomas (1.221) fueron generalizados, siendo mayoritarias las náuseas (186, 15%), vómitos (157, 13%), cefaleas (114, 9%), mialgias (109, 9%), fiebre mayor a 38°(174, 14%) y cianosis (97, 8%).

[22] Cada caso puede contar con más de un signo, síntoma y/o tratamiento consignado.

Tabla 9. Caracterización clínica de casos de araneismo por Loxosceles según signos y síntomas. Argentina, SE 1/2019 a SE 18/2025. (n= 5.557)

Clasificación	Signos y síntomas	Registros	Porcentaje
Generalizado	Náuseas	186	15%
	Vómitos	157	13%
	Cefaleas	114	9%
	Mialgia	109	9%
	Fiebre mayor o igual a 38°	174	14%
	Cianosis	97	8%
	Otros	384	31%
	Subtotal	**1221**	**20%**
Local	Dolor Urente o quemante	1312	30%
	Manifestaciones en la piel	2544	58%
	Prurito	350	8%
	Sensación punzante	109	3%
	Otros	41	1%
	Subtotal	**4356**	**72%**

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

Se registraron tratamientos en 1042 casos (62%). Entre ellos se encuentran: el antiveneno específico para el género *Loxosceles*, analgésicos, antibióticos, corticoides y tratamientos locales y de sostén. Como se ha mencionado anteriormente, no todos los envenenamientos por este género requieren de la inoculación del antiveneno.

En cuanto a las internaciones producidas por este género, el 62% de ellos resultó internado (687, n=1.677). Finalmente, se consignaron 15 muertes asociadas al género *Loxosceles* entre 2018 y 2025. 6 ocasionadas en 2023, 3 en 2022 y 2024 y 1 en 2018, 2021 y 2025.

VIII.5. Situación de Araneismo - Género *Phoneutria* ("Araña de los bananeros")

Desde la SE 1 de 2019 a la SE 28 de 2025 se notificaron durante el período 2019–2024 se notificaron 62 casos de araneismo atribuidos a *Phoneutria*, siendo el género que menor cantidad de eventos registra (1%). Se notificaron casos en las regiones NOA (40), NEA (16) y Centro (6).

El 65% de los casos notificados corresponden a varones (40) y el 40% restante corresponde a mujeres (22). El grupo etario que presenta mayor cantidad de notificaciones es el de 25 a 34 años en mujeres y el de 35 a 44 años en varones, ambos con 11 casos notificados.

En relación con la caracterización clínica de los casos notificados por *Phoneutria* desde el 2018, 27 casos registraron signos y síntomas (40%). Se reportaron 110 signos y síntomas asociados a las mordeduras de este género. La mayoría de ellos (62%, 68 signos y síntomas) fueron locales: dolor punzante en el sitio de mordedura (40) y eritemas localizados (28). El 38% de los signos y síntomas restantes (42) fueron generalizados, siendo mayoritarios: taquicardia (31%, 13), hipertensión arterial (19%, 8) y visión borrosa (12%, 5).

El 27% de los casos (17) consignó tratamiento. La mayoría consistió en la administración de analgésicos (9) y antiveneno específico (5), entre otros. En cuanto a las internaciones producidas por este género, el 16% (10, n=62) de los casos notificados resultaron internados. Al momento de la elaboración del presente informe, no se reportaron defunciones asociadas al evento durante el período analizado.

VIII.6. Producción de antivenenos

VIII.6.A. INSTITUTO NACIONAL DE PRODUCCIÓN DE BIOLÓGICOS

El Instituto Nacional de Producción de Biológicos (INPB) es una de las organizaciones que forman parte de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Dr. Carlos G. Malbrán". El INPB es un Laboratorio Productor Público de Material de Partida, Ingrediente Farmacéutico Activo (IFA), Medicamentos de origen biológico y Reactivos Para Uso Diagnóstico, aprobado por ANMAT (Disposición ANMAT N°10206/17 y DI-2019-705-APN-ANMAT#MSYDS).

El INPB es el único productor (público o privado) de todos los antivenenos para el tratamiento de accidentes con animales ponzoñosos de importancia médica en Argentina, de esta forma elabora 8 diferentes antivenenos, entre los cuales se encuentran todos los antivenenos para el tratamiento de accidentes con arañas de importancia médica en el país. El INPB es el único productor de Antiveneno Phonéutrico (Phoneutria nigriventer) y Latrodéctico (Latrodectus sp) en Argentina, siendo estos productos los utilizados históricamente para salvar la vida de aquellas personas que necesitaron tratamiento. De igual forma, el INPB produce el Antiveneno Loxoscélico (*Loxosceles laeta*), además de los antivenenos para el tratamiento de escorpionismo y ofidismo.

VIII.7. Composición del Producto Terminado

El Antiveneno Loxoscélico, como producto terminado, es una solución estéril y apirógena de Fragmentos $F(ab')_2$ de inmunoglobulinas equinas específicas purificadas, a partir de plasma equino hiperinmune para el veneno de arañas del género *Loxosceles*, obtenidos por termocoagulación, precipitación salina y digestión enzimática.

Cada frasco ampolla neutraliza no menos de 950 DMN (dosis mínimas necrotizantes en piel de conejo) del veneno de *Loxosceles laeta*. Contiene menos de 10 g/dl de proteína y menos de 1% de albúmina, así como excipientes Fenol 0,35 % (P/V) y Solución fisiológica de cloruro de sodio c.s., en presentación de 5 ml. El producto debe conservarse entre 2 °C y 8 °C y NO debe congelarse.

El Antiveneno Phonéutrico, como producto terminado, es una solución estéril y apirógena de Fragmentos $F(ab')_2$ de inmunoglobulinas equinas específicas purificadas, a partir de plasma equino hiperinmune para el veneno de arañas de especies del género *Phoneutria*, obtenidos por termocoagulación, precipitación salina y digestión enzimática.

Cada frasco ampolla neutraliza no menos de 7,5 DMM (dosis mínimas mortales en cobayo) del veneno de *Phoneutria nigriventer*. Contiene menos de 10 g/dl de proteína y menos de 1 % de albúmina, así como excipientes Fenol 0,35 % (P/V) y Solución fisiológica de cloruro de sodio c.s., en presentación de 5 ml. El producto debe conservarse entre 2 °C y 8 °C y NO debe congelarse.

El Antiveneno Latrodéctico, como producto terminado, es una solución estéril y apirógena de Fragmentos $F(ab')_2$ de inmunoglobulinas equinas específicas purificadas, a partir de plasma equino hiperinmune para el veneno de arañas del género *Latrodectus*, obtenidos por termocoagulación, precipitación salina y digestión enzimática.

Cada frasco ampolla neutraliza no menos de 2.000 DL50 (en ratones) del veneno de arañas del género *Latrodectus*. Contiene menos de 10 g/dl de proteína y menos de 1 % de albúmina, así como excipientes Fenol 0,35 % (P/V) y Solución fisiológica de cloruro de sodio c.s., en presentación de 2 ml. El producto debe conservarse entre 2 °C y 8 °C y NO debe congelarse.

La producción anual se divide, por un lado, en unidades que se distribuyen al Sistema Nacional de Distribución hacia todo el país gracias a la Gestión Integral Logística que el INPB lleva adelante con la colaboración de Coordinación de Zoonosis Nación, así como en unidades que se destinan como stock de contramuestras, unidades para el desarrollo de los Estudios de Estabilidad, y unidades que se entregan como donación a países de Latinoamérica, siempre y cuando la demanda nacional esté cubierta.

La producción de todos estos Antivenenos está directamente relacionada con la disponibilidad de veneno y por ende de animales, y es aquí donde el INPB hace hincapié en la importancia del compromiso de las jurisdicciones en llevar adelante campañas de captura, recolección, almacenamiento y entrega de dichos ejemplares vivos. Para aumentar las unidades de producto, es prioritario contar con mayor cantidad de animales recibidos desde las provincias, y fue por ello que se planificaron Comisiones de Recolección bimestrales, con el propósito de recuperar aquellos animales que permanecen en los centros de acopio provinciales entre las fechas de los diferentes envíos hacia el INPB. Todas las jurisdicciones hacen su mayor esfuerzo para hacerse de arañas de importancia médica en Argentina, y más aún aquellas con alta casuística, de modo de asegurar que este incremento sirva luego para aumentar la frecuencia de producción, así como la cantidad de unidades por lote, y así aumentar la cantidad de frascos ampolla de antivenenos entregados al Sistema Nacional de Distribución a nivel nacional.

La necesidad de tratamientos efectivos siempre ha estado cubierta con la producción del INPB. Lograr aumentar las unidades es una meta focalizada en mejorar la profilaxis en cada jurisdicción permitiendo que las mismas cuenten con más unidades en más centros ponzoñosos intraprovinciales, y para ello es fundamental sostener las importantes capacidades productivas instaladas que nuestro instituto posee.

VIII.8. Recomendaciones para el equipo de salud

VIII.8.A. MEDIDAS PREVENTIVAS

El envenenamiento ocasionado por arañas es de causa accidental y puede ocurrir en el ámbito domiciliario o peridomiciliario, rural o urbano. Es potencialmente grave y letal, tratable y prevenible.
Se recomienda tomar las siguientes medidas:

- Mantener un aseo cuidadoso y periódico de viviendas y alrededores, eliminando objetos acumulados donde puedan refugiarse las arañas (escombros, troncos, piedras, materiales abandonados, muebles viejos).

- Inspeccionar cuidadosamente medios de locomoción y transporte (vehículos, valijas, bolsos, cajones de frutas, portafolios) y cualquier material que haya permanecido en el exterior antes de ingresar al domicilio (leña, vegetales, frutas).

- Revisar y sacudir ropa, calzado, sábanas y cualquier objeto que haya estado en el suelo, colgado en paredes o en lugares poco movilizados (cuadros, pizarrones, objetos decorativos).

- Proteger accesos colocando alambre tejido o malla fina en puertas, ventanas y otras aberturas, especialmente en zonas rurales o áreas endémicas.

- Evitar grietas y huecos revocando paredes, colocando cielorrasos y sellando orificios en techos, paredes y pisos.

- Alejar camas y cunas de las paredes y evitar colgar ropa de las mismas.

- Precaución en zonas rurales o de riesgo: usar camisas de mangas largas, pantalones con botamangas aseguradas dentro de las medias, botas y guantes cuando sea necesario.

- Tener cuidado al manipular frutas y plantas (especialmente bananas, bananeros, palmeras) revisando entre hojas y cachos antes de transportarlos o almacenarlos.

- No se debe aplastar la araña contra la piel, hay que empujarla o barrerla.

  Cuando sea necesario se pueden utilizar las fumigaciones con los productos adecuados, considerando que el combate no puede recaer solo en este procedimiento, sino que se deben aplicar las medidas preventivas descriptas anteriormente.

VIII.8.B. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Ante un caso de araneismo cualquiera de las especies venenosas: La persona debe dirigirse o ser trasladada de forma urgente al centro de salud más cercano

- Dependiendo de la gravedad del cuadro clínico los pacientes deben ser internados en sala general o en terapia intensiva según corresponda.
- Disponer de un plan de contingencia ante la necesidad de traslado a una Unidad de Cuidados Intensivos.
- Retirar anillos, pulseras, cadenas, tobilleras y zapatos que puedan comprometer la circulación sanguínea en el área de la mordedura.
- Mantener en reposo absoluto al paciente.
- Colocar un acceso venoso y asegurar las medidas generales de sostén.
- Realizar asepsia del área injuriada.
- Vigilar la mecánica respiratoria, el estado hemodinámico, el equilibrio hidroelectrolítico y la función renal.
- Utilizar analgésicos si fuese necesario.
- La hidratación adecuada es crucial en la prevención de la insuficiencia renal aguda y debe realizarse por vía parenteral con infusión de solución fisiológica para mantener un flujo urinario adecuado.
- Debe efectuarse el desbridamiento de áreas necróticas localizadas y el drenaje de abscesos.

El uso del antiveneno está indicado en todo paciente que presente un cuadro compatible con el envenenamiento, con o sin identificación del ejemplar ofídico y manifestaciones sistémicas

VIII.9. Conclusiones

El araneismo representa un evento sanitario de relevancia en Argentina, con una carga epidemiológica distribuida a lo largo y ancho del país. La mayor proporción de notificaciones se atribuye al género *Latrodectus*, la identificación de eventos vinculados a *Loxosceles* y *Phoneutria* refuerza la necesidad de un abordaje diferencial y específico según el perfil clínico y toxicológico de cada tipo de accidente.

El análisis de las notificaciones del período 2019–2025 ponen de manifiesto una tendencia en aumento de las notificaciones de los tres eventos, sin embargo, se encontraron limitaciones para el análisis de campos claves, como el estadio de gravedad y el tratamiento recibido. Esto dificulta en la capacidad del sistema para estimar de manera precisa la carga de enfermedad, planificar recursos asistenciales y anticipar demandas de antiveneno. En este marco, la distribución heterogénea de las notificaciones indica la necesidad de consolidar una vigilancia epidemiológica robusta, sensible y adaptada al territorio, que permita monitorear de manera continua el comportamiento del evento, orientar acciones preventivas y fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud. También se ha podido identificar un comportamiento

estacional de las notificaciones, con un aumento considerable de las mismas en meses de primavera y verano, así como una caída de la notificación en 2020.

En lo que respecta a las dimensiones clínicas de los eventos, si bien *Latrodectus* es el responsable de la mayoría de las notificaciones, el género *Loxosceles* ha producido más internaciónes y las catorce muertes registradas para todo el período.

Finalmente, es necesario asegurar la disponibilidad sostenida de antiveneno específico en los distintos niveles de atención, junto con instancias de formación continua que refuercen las capacidades diagnósticas y terapéuticas del equipo de salud, especialmente en zonas endémicas o de difícil acceso. La vigilancia integral de los casos de araneismo constituye una herramienta estratégica no solo para reducir la morbilidad asociada, sino también para garantizar un abordaje equitativo, oportuno y basado en evidencia, contribuyendo a la reducción de riesgos en poblaciones expuestas y al fortalecimiento del sistema sanitario nacional.

VIII.10. Vigilancia epidemiológica

VIII.10.A. MODALIDAD DE VIGILANCIA Y NOTA METODOLÓGICA

De acuerdo con el Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria (2022), los eventos que se vigilan son: Araneismo-Envenenamiento por *Latrodectus*, Araneismo - Género *Loxosceles* y Araneismo - Género *Phoneutria.* La estrategia de vigilancia de los tres eventos es universal, de modalidad nominal y periodicidad inmediata.

Definiciones de caso Araneismo- Género *Latrodectus* (Viuda Negra)

El veneno de las *Latrodectus* tiene la capacidad de inocular un veneno que genera un síndrome neurotóxico potencialmente letal. El envenenamiento por esta araña es especialmente grave en niños, ancianos y en pacientes con patología cardiovascular preexistente.

Manifestaciones Locales: Es habitual la presencia de dolor punzante en el sitio de la mordedura, que aumenta de intensidad y puede irradiarse o generalizarse y tornarse muy intenso. También pueden observarse una pápula eritematosa, leve edema, y piloerección, acompañados de hiperestesia local y contracturas musculares localizadas en el área de la mordedura con tendencia a la generalización.

Manifestaciones sistémicas: El cuadro sistémico se caracteriza por un síndrome de alarma que se traduce por opresión precordial, alteraciones del ECG, con taquicardia inicial e hipertensión seguidas de bradicardia, vómitos, hiperestesia generalizada, sudoración, sialorrea, midriasis con leve edema palpebral bilateral, hipersecreción nasal, bronquial y piloerección. Toda la sintomatología mencionada es de aparición rápida después de la picadura y evoluciona en forma de crisis, luego de las cuales el paciente queda con gran astenia. Frecuentemente se presenta un cuadro de excitación y ansiedad pseudopsicótico (siempre con lucidez), con contracturas musculares dolorosas generalizadas y periódicas que, localizadas en abdomen, simulan un abdomen agudo. Suele asociarse paresia vesical e intestinal y en menor frecuencia priapismo, eyaculación, enuresis y oliguria. El óbito se produce en general por falla hemodinámica y edema agudo de pulmón. En algunos casos se presenta trismus, lo que, junto con la rubicundez facial, sudoración y blefaritis, constituyen la llamada “facies latrodectísmica”.

Caso sospechoso: sintomatología local y/o sistémica compatible, con o sin antecedente de la mordedura, SIN identificación del animal.

Caso confirmado: caso sospechoso CON identificación del animal.

Definiciones de caso Araneismo- Género *Loxosceles* (Araña de los rincones)

El veneno de las *Loxosceles* Provocan dos cuadros clínicos: síndrome dermonecrótico (Loxoscelismo cutáneo-necrótico) y/o hemolítico (Loxoscelismo cutáneo-visceral o sistémico).

Loxoscelismo cutáneo o cutáneo-necrótico: sensación punzante en el sitio de la mordedura, que muchas veces pasa desapercibida, tras la que aparece dolor de tipo urente, acompañado de edema local frío y duro, que no deja signo de Godet. En el sitio de la mordedura se forma una pápula, que puede evolucionar a una placa eritematosa o adoptar las características de placa "livedoide" (zona francamente equimótica rodeada de un halo pálido) con vesículas o ampollas con contenido seroso o serohemático. Esta se transforma en escara alrededor de la segunda semana, la cual al desprenderse deja una úlcera. Acompañando el cuadro local puede haber compromiso del estado general como astenia, hipertermia, cefalea, prurito, petequias, mialgias, irritabilidad, visión borrosa, somnolencia y/ o vómitos.

Loxoscelismo sistémico, cutáneo visceral o cutáneo-víscero- hemolítico: En las primeras 48 horas de la mordedura se pueden presentar, además del cuadro local ya descrito, manifestaciones clínicas que son consecuencia de la propiedad hemolítica que posee el veneno, como anemia hemolítica, ictericia y hemoglobinuria, como también coagulación intravascular diseminada (CID) que pueden llevar a insuficiencia renal aguda y al óbito. La plaquetopenia constituye el primer indicio de progresión a la CID.

Caso sospechoso: cuadro clínico y características epidemiológicas compatibles, con o sin antecedente de la mordedura, sin identificación del animal.

Caso Confirmado: caso sospechoso con identificación del animal.

Definiciones de caso Araneismo- Género *Phoneutria* (Armadeira)

Síndrome neurotóxico de aparición precoz, generalmente dentro de la primera hora de ocurrida la mordedura. Se pueden presentar:

Manifestaciones locales: Las mordeduras ocurren, preferentemente, en manos y pies. Produce un dolor punzante intenso, por acción traumática de los grandes quelíceros y la acción directa del veneno, que puede irradiarse con características de parestesias a todo el miembro afectado. Las marcas en el sitio de la punción son visibles, y próximo a éste pueden observarse edema, sudoración, hiperemia y fasciculaciones musculares.

Manifestaciones generales: El cuadro local puede acompañarse de taquicardia, hipertensión arterial, sudoración profusa, excitación psicomotriz, visión borrosa, vómitos, sialorrea, diarrea y en los casos más severos, hipertonía muscular, priapismo, hipotensión arterial, shock y edema agudo de pulmón. Pueden observarse crisis convulsivas con opistótonos. Estas crisis pueden desencadenarse por el roce superficial de la piel. El cuadro puede durar varias horas, hasta 24 horas, y podría ocasionar la muerte especialmente en niños pequeños. En los adultos habitualmente sólo se produce dolor y edema local.

Caso sospechoso: sintomatología local y/o sistémica compatible, con o sin antecedente de la mordedura, SIN identificación del animal.

Caso confirmado: caso sospechoso CON identificación del animal.

IX. Coqueluche - Actualización informe epidemiológico

IX.1. Introducción

La tos convulsa, tos ferina o coqueluche es una enfermedad respiratoria aguda prevenible por vacunación, que puede afectar a personas de todas las edades, aunque presenta mayores tasas de morbilidad y mortalidad en lactantes y niños pequeños. Los adolescentes y adultos jóvenes pueden presentar la enfermedad de forma leve, atípica e inclusive con las manifestaciones clásicas, y representan una fuente importante de transmisión hacia los menores. Dado su alto grado de contagiosidad —especialmente en contextos de contacto estrecho y prolongado como el hogar, jardines maternales, jardines de infantes o escuelas—, resulta fundamental el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar la propagación entre personas susceptibles.

El principal agente etiológico es *B. pertussis*, y en menor grado, *B. parapertussis*. Existen vacunas seguras y efectivas disponibles actualmente, que solo protegen contra *B. pertussis*.

En Argentina, además de la vacunación a los 2, 4, 6, 15-18 meses y a los 5 años con componente pertussis, desde 2009 se inició la vacunación a los 11 años con el objeto de disminuir los reservorios en adolescentes. En el año 2012 se recomendó la vacunación contra tos convulsa para todas las personas gestantes a partir de la semana 20 de gestación y se incorporó esta indicación al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) en el año 2013 con el propósito de lograr el pasaje transplacentario de anticuerpos para proteger al lactante durante los primeros meses de vida contra la tos convulsa, y de esta manera disminuir la morbi-mortalidad por coqueluche en lactantes pequeños. Las recomendaciones actuales de vacunación contra tos convulsa durante el embarazo es vacunar con dTpa (triple bacteriana acelular) luego de la semana 20 de gestación, en cada embarazo, independientemente de la edad, antecedente de vacunación con dTpa u otras vacunas con componente antitetánico y del tiempo transcurrido desde el embarazo anterior.

La introducción de las vacunas antipertussis ha contribuido a la disminución de la incidencia global de la enfermedad. En este contexto, la vigilancia epidemiológica de coqueluche cumple un rol clave al permitir evaluar el impacto de la vacunación, monitorear tendencias nacionales, identificar poblaciones en riesgo y orientar estrategias de prevención y control.

Desde el punto de vista clínico, coqueluche se desarrolla en tres fases (catarral, paroxística y de convalecencia), con formas clínicas que pueden variar desde leves hasta graves, especialmente en lactantes menores de seis meses. La enfermedad presenta un patrón cíclico con picos epidémicos cada 3 a 5 años.

IX.2. Situación internacional

El 31 de mayo la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió una alerta epidemiológica ante el aumento de casos de coqueluche en varios países de la región de las Américas [23]. Este

[23] Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Aumento de tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas. 31 de mayo del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 . Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-aumento-tos-ferina-coqueluche-region-americas-31-mayo-2025

incremento se produce en un contexto de disminución sostenida de las coberturas de vacunación, con un descenso profundizado durante la pandemia de COVID-19.

A nivel mundial, durante la década de 2010 a 2019, se notificaron en promedio 170.000 casos anuales de coqueluche. Luego, durante la pandemia, los casos disminuyeron significativamente, alcanzando un mínimo histórico en 2021 con 29.623 casos. Posteriormente, se observó un aumento en 2022 y 2023, con 63.024 y 158.910 casos respectivamente.[24]

Con respecto a la situación de la región de las Américas, desde 2013 en adelante se registra una disminución progresiva de los casos notificados anualmente, con el menor número de casos notificados en 2022 (3.283 casos) y un posterior ascenso en 2023 (4139 casos). Durante el año 2024 se registra de manera provisional un aumento en el número de casos respecto a los años previos, con un total de 43.751 casos en la región. Además, en 2025 los sistemas de vigilancia de varios países de la región —Brasil, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, México, Paraguay y Perú— han reportado un aumento de casos de tos ferina.

Durante la pandemia de COVID-19, se registró un importante descenso en las coberturas de coberturas para DPT1 y DPT3, alcanzando para 2021 en la Región de las Américas el nivel más bajo de cobertura en dos décadas. Sin embargo, en 2023 se observó una recuperación parcial de coberturas, aunque persisten marcadas desigualdades tanto entre los distintos países como dentro de ellos, es decir a nivel subnacional. Particularmente, cuatro de los siete países en los que se reportó aumento de los casos de coqueluche—Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú— evidencian una disminución en la cobertura de DTP3 en el último año con datos disponibles.

Ante esta situación, la OPS recomienda a los países fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica, garantizar la detección temprana de casos y asegurar altas coberturas de vacunación, especialmente en niños menores de 1 año.

IX.3. Situación Epidemiológica Actual de Coqueluche en Argentina

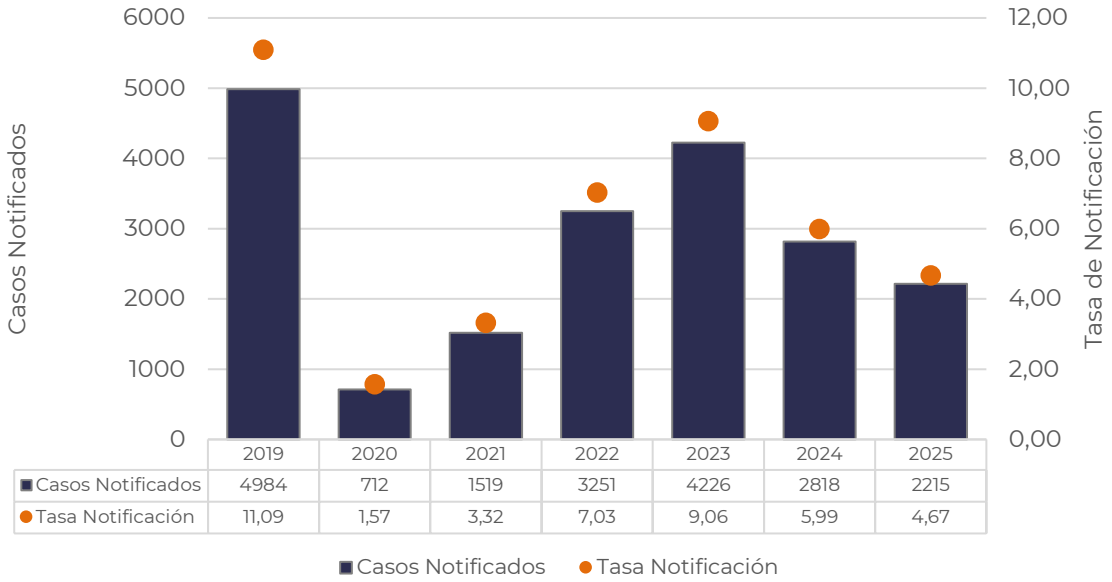
Entre la SE1 y 32 de 2025, se registraron un total de 2215 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales se confirmaron 189. En 159 de los casos confirmados se registró la confirmación de laboratorio[25], con identificación en un 93,1% (n=148) de *B. pertussis*, 10 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.) y 1 caso corresponde a B. *parapertussis*.

En relación a las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche, durante las SE1 a 32, el año 2025 presenta una tasa más baja a la registrada en el mismo período de 2024. En comparación, en el mismo periodo de los años 2019, 2022, 2023 y 2024 se registró un mayor número de notificaciones, mientras que en 2020 y 2021, se registra el menor número de notificaciones en esas SE.

[24] Organización Mundial de la Salud. The Global Health Observatory, Pertussis - number of reported cases. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/pertussis-number-of-reported-cases

[25] Los restantes casos confirmados no cuentan con información de estudios de laboratorio en SNVS 2.0. Estos casos, se contabilizan como confirmados de acuerdo a la clasificación manual del caso, y no es posible definir si se trata de casos confirmados por laboratorio o bien de acuerdo a criterio clínico-epidemiológico

Gráfico 1: Notificaciones y Tasa de notificación cada 100.00 hab. de casos con sospecha de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. SE 1-32. Argentina. Años 2019-2025.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos Notificados	4984	712	1519	3251	4226	2818	2215
Tasa Notificación	11,09	1,57	3,32	7,03	9,06	5,99	4,67

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

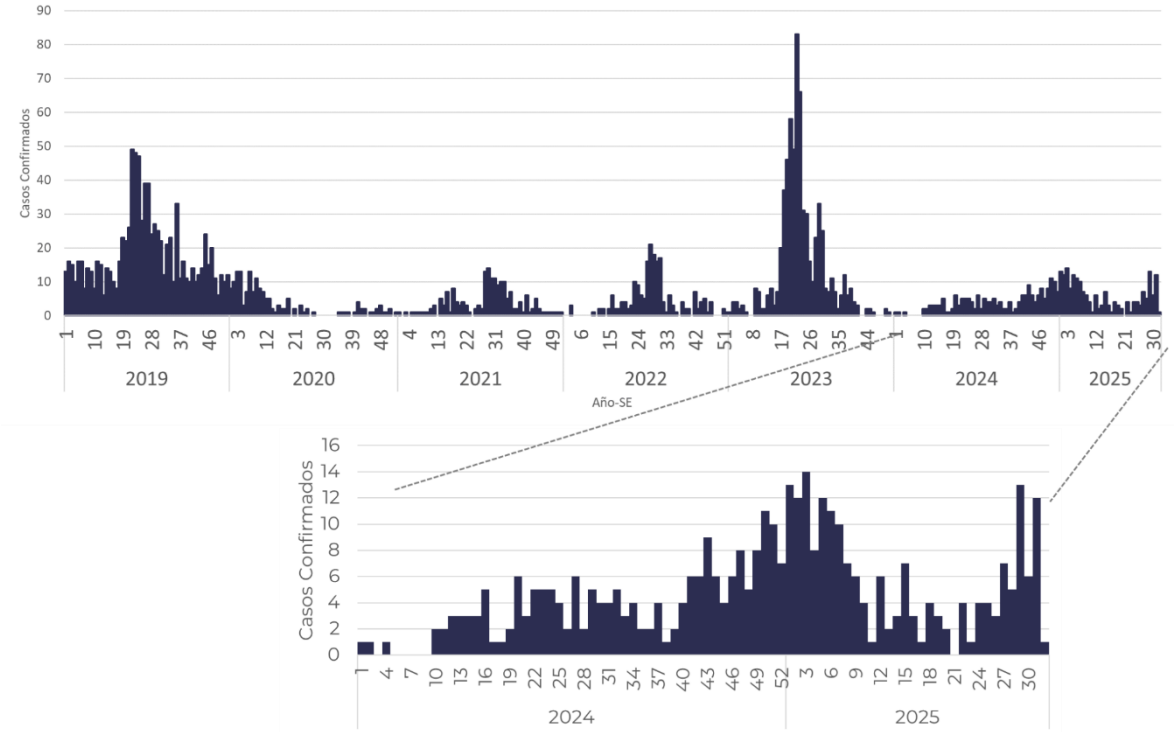
Durante 2025, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de Córdoba (n=664) y Salta (n=503), seguidos por la provincia de Buenos Aires (n=322), CABA (n=275), Mendoza (n=229) y Santa Fe (n=112). En el resto de las provincias se notificaron menos de 25 casos sospechosos en lo que va del año, mientras que en 4 de las 24 jurisdicciones no se registraron notificaciones hasta la SE32 de 2025[26].

En cuanto a los casos confirmados, se registró un ligero ascenso de los casos de coqueluche a partir de la SE43/2024, que alcanzó su máximo en SE3/2025, con descenso posterior. En las últimas semanas, a partir de SE27/2025, se identifica un nuevo ligero aumento de los casos confirmados. Asimismo, los casos de coqueluche registrados entre SE1 y 32 de 2025 superan las confirmaciones para el mismo periodo de los años 2021, 2022 y 2024, con una incidencia acumulada de 0,40 casos cada 100.000 habitantes en lo que va del año[27].

[26] Las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche según jurisdicción se analizan de acuerdo a la variable "Establecimiento de Carga" y "Provincia de Carga".

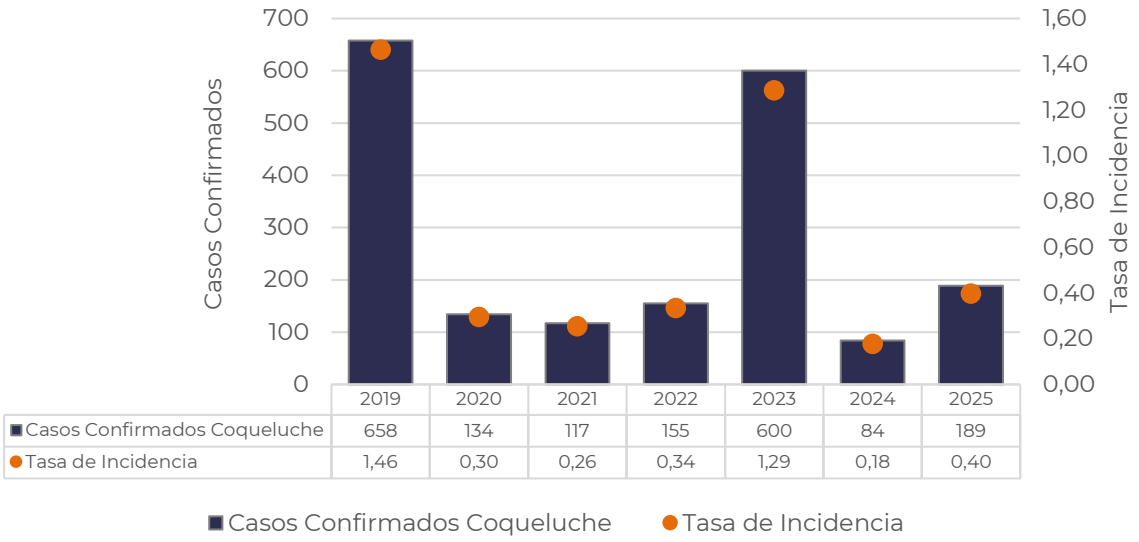
[27] En el año 2023, se registró el mayor número de casos con sospecha y confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de B. pertussis, sin registrarse el mismo patrón en el resto del país.

Gráfico 2: Curva epidémica de casos confirmados de coqueluche. Argentina. SE1/2019 a SE32/2025 (detalle SE1/2024 a SE32/2025).



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

Gráfico 3: Casos confirmados y Tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. SE 1-32. Argentina. Años 2019-2025.

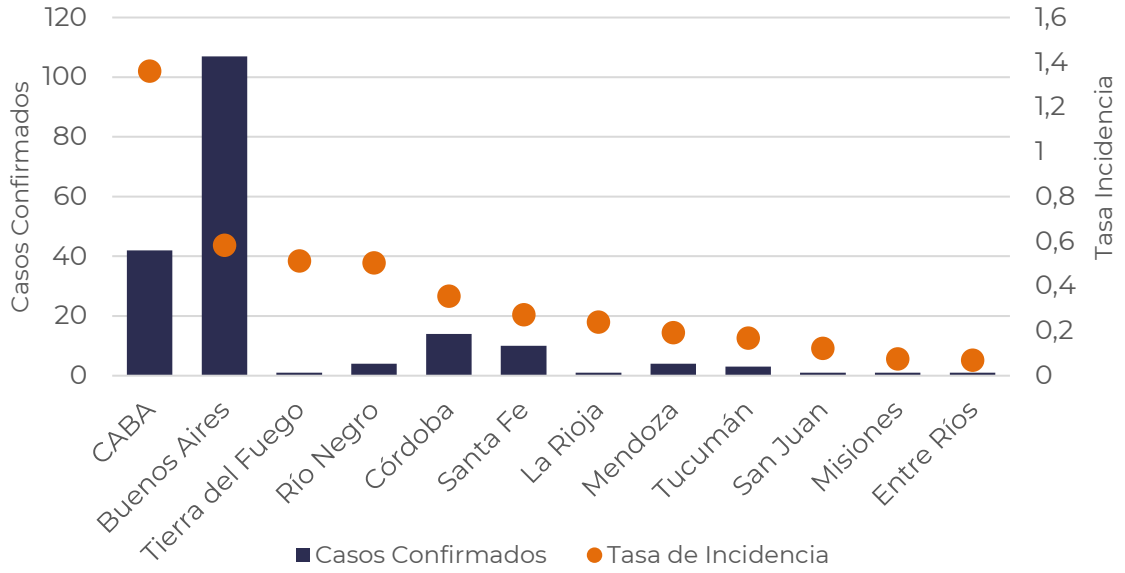


	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos Confirmados Coqueluche	658	134	117	155	600	84	189
Tasa de Incidencia	1,46	0,30	0,26	0,34	1,29	0,18	0,40

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

Los casos confirmados durante 2025 se registraron en 12 jurisdicciones, principalmente en la Región Centro del país. La mayor tasa de incidencia acumulada corresponde a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mientras que el mayor número de casos corresponde a la provincia de Buenos Aires.

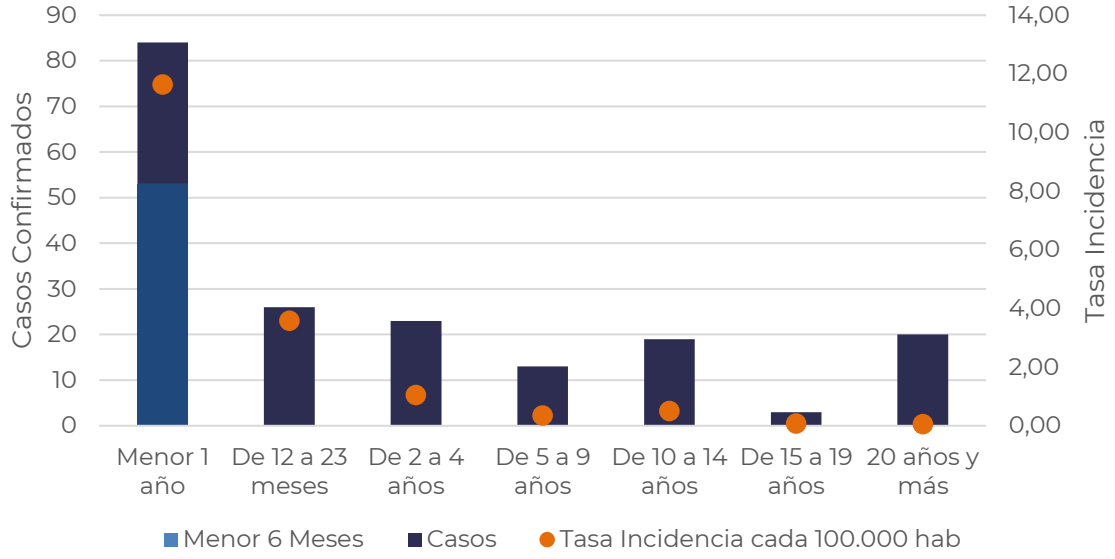
Gráfico 4: Casos confirmados y Tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. SE 1-32, 2025.



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

Las mayores incidencias acumuladas se observan en el grupo de 0 a 5 años, particularmente en menores de 1 año. Este grupo concentra el 44,7% de los casos confirmados en 2025 (n=84), predominantemente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=53).

Gráfico 5: Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por grupos de edad. SE 1-32, 2025.



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

Entre las semanas epidemiológicas 1 y 32 de 2025 se notificaron dos fallecimientos en casos confirmados con detección de *Bordetella pertussis*: uno en menores de 6 meses y otro en el grupo de 12 a 23 meses.

IX.4. Coberturas de Vacunación

El alcance de coberturas de vacunación óptimas de todas las enfermedades inmunoprevenibles es una prioridad en el desarrollo de políticas públicas en la República Argentina, sin embargo,

debido a factores internos y externos, al igual que como ocurre en todo el mundo, se encuentran lejos de ser logradas.

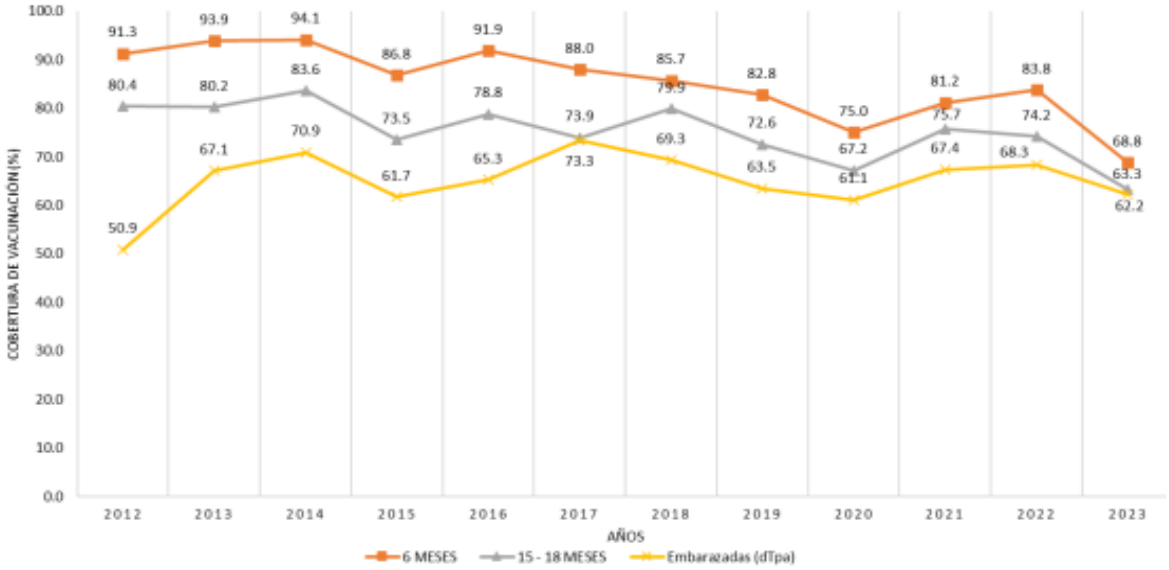
Los factores relacionados con la merma en las coberturas de vacunación, son complejidad del CNV, la gran extensión territorial, la presencia de falsas contraindicaciones, las oportunidades perdidas, la presencia de grupos antivacunas, la reticencia debido a fake news, la falta percepción de riesgo, las dificultades en producción y suministro de insumos, la rotación del personal de salud y la insuficiente estrategia de comunicación, entre otras.

Existen vacunas seguras y efectivas para prevenir la infección por *Bordetella pertussis*. Sin embargo, se registra a nivel mundial, regional y nacional un descenso progresivo de las coberturas que redunda en una acumulación de personas susceptibles a contraer la enfermedad. Por este motivo, es necesario realizar un análisis sobre las características que asumen actualmente las coberturas de vacunación para definir las mejores acciones específicas de recupero de esquemas.

El gráfico 6 analiza las coberturas de vacunación para tres grupos objetivo en el período 2012 - 2023:

I. Lactantes de 6 meses (vacunados con tercera dosis de quíntuple o pentavalente)
II. Niños de 15-18 meses (vacunados con primer refuerzo de quíntuple o pentavalente)
III. Embarazadas (vacunadas con dTpa — triple bacteriana acelular para embarazadas)

Gráfico 6. Coberturas de vacunación con componente pertussis. Argentina 2012 - 2023



Fuente: elaboración por la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Entre 2012 y 2016, las coberturas de vacunación en lactantes de 6 meses y en niños de 15-18 meses se mantuvieron en niveles cercanos al 90% y el 80% respectivamente, mientras que las embarazadas mostraban coberturas más bajas, pero en ascenso, acercándose al 70%. Sin embargo, a partir de 2017 comienza a observarse una tendencia de descenso progresivo en todos los grupos, con un quiebre más abrupto en 2020, coincidiendo con el inicio de la pandemia de COVID-19 y, probablemente asociado con las medidas de aislamiento social.

En el caso de los lactantes de 6 meses, luego de 2020 se observó un aumento de 6,2 puntos porcentuales en 2021 y 2,6 puntos porcentuales en 2022 para la tercera dosis de vacuna quíntuple. Sin embargo, se registró una fuerte caída en 2023 alcanzando el valor más bajo de toda la serie (68,8%) implicando un descenso de más de 20 puntos porcentuales respecto de los valores de 2012.

Para el caso del primer refuerzo de quíntuple, se presentó una caída de 5,4 puntos porcentuales en el primer año de la pandemia (2020), pero en 2021 se registró una franca recuperación que permitió alcanzar una cobertura de 75,7%, significando 3,1 puntos por encima de los valores de 2019. Sin embargo, esta tendencia en ascenso se detuvo y en 2023 la cobertura nacional mostró una caída de 12,4 puntos porcentuales respecto a 2021, alcanzando valores mínimos en los últimos 12 años (63,3%).

Por su parte, las embarazadas, que nunca alcanzaron coberturas óptimas de vacunación, muestran fuertes fluctuaciones a lo largo del período, con caídas importantes post-pandemia, llegando a 62,2% en el último año analizado.

Las coberturas preliminares de 2024 al 06/08/2025, son:

- 1º dosis de Quíntuple (DTP/HB +Hib) (2 meses): 84,4%
- 2º dosis de Quíntuple (4 meses): 83,2%
- 3º dosis Quíntuple (DTP/HB +Hib) (6 meses): 78,6%
- Ref Quíntuple (DTP/HB +Hib) (15 -18 meses): 67,4%
- Ref DTP (5 años): 46,3% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 12/8/25: 70,14%)
- Ref dTpa (11 años): 54,1% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 12/8/25: 72,29%)
- Embarazadas dTpa: 72,2%

Para realizar un análisis completo de la situación de las coberturas de vacunación, es necesario hacer referencia a que el descenso observado de coberturas es global (para todas las vacunas en todos los grupos etarios) y multicausal, y se acentuó con posterioridad a la pandemia de COVID-19.

Entre las variables que es necesario evaluar se encuentran la falta de percepción de riesgo por parte del personal de salud y de la comunidad en general, la presencia de falsas contraindicaciones, las oportunidades perdidas de vacunación, la presencia de grupos antivacunas, la reticencia, las *fake news* o noticias falsas, las dificultades en producción y suministro de los insumos, la rotación del personal de salud y la insuficiente estrategia de comunicación, entre otras.

Sin embargo, otro de los factores a tener en cuenta es el sistema de registro y las posibles diferencias entre la cobertura administrativa y la real. Por este motivo, se avanzó con un análisis sobre el cambio en la manera de registrar que se realizó en 2023: a diferencia de años anteriores, donde la fuente de información era combinada entre registros agrupados numéricos y registros nominales, durante el año 2023 se comenzó a utilizar como única fuente de datos para el cálculo de coberturas, lo informado en el Registro Nominal de Vacunación electrónico (RNVe). De esta manera se sostuvo y fortaleció el cálculo de coberturas de calendario nacional, siendo la fuente de información los datos cargados de manera nominal únicamente.

La implementación del RNVe permite sistematizar las bases de datos y el circuito de información para el cálculo de las coberturas de vacunación, con la implementación de un modelo de gestión informatizada a través de un registro nominalizado que brinda a todos los niveles sanitarios la posibilidad de contar con datos actualizados, consistentes y confiables para la toma de decisiones. Esto implica un gran salto de calidad en la gestión de datos.

Sin embargo, cabe destacar que la adecuación de los sistemas de RNVe con la inclusión de todas las vacunas del calendario nacional, implicó cierto atraso en la carga (dada la complejidad y extensión del CNV) y diferencias con algunos sistemas provinciales, por lo que es posible que existan registros de dosis aplicadas que aún no hubieran impactado en el sistema nacional para la publicación de las coberturas del año 2023.

Además, también existe un universo de personas vacunadas que no han sido registradas en ningún sistema (ya sea provincial, nacional, institucional, del subsector público o privado).

Estas dos últimas consideraciones implican que existe a la fecha subregistro de dosis aplicadas. Por este motivo, se trabaja diariamente en la mejora de los sistemas de registro, tanto del nivel jurisdiccional como desde el nivel nacional, a través del apoyo a las jurisdicciones y de la implementación de nuevas y mejores tecnologías con el objetivo de contar con datos de mayor calidad para apoyar la toma de decisiones en materia de política de inmunizaciones.

Además del cambio realizado en 2023 para el cálculo de las coberturas a partir de la consideración únicamente de los registros nominales; en 2024, y en consenso con las 24 jurisdicciones, se definió considerar para la planificación de dosis a administrar a las personas de 5 y 11 años, y para el cálculo de coberturas, a partir de la evaluación de las dosis aplicadas y registradas, la cohorte de nacimiento en lugar del ingreso escolar o la adolescencia respectivamente.

Esto significó una simplificación en ambos procesos (planificación y cálculo de coberturas) y permite evaluar actualmente la cobertura de vacunación oportuna, es decir las dosis aplicadas a los 5 y 11 años únicamente, y la vacunación ampliada por cohorte, es decir a la misma cohorte de nacimiento a los 6 y 12 años respectivamente. En este sentido, al analizar la vacunación ampliada de la dosis de refuerzo de los 5 años con la vacuna triple bacteriana celular, se observó una mejora significativa: en 2024 se registró una cobertura de la cohorte de 2019 de 46,21%, mientras que en 2025 la cobertura de esa misma cohorte fue de 23,93%, alcanzando una cobertura acumulada para la cohorte de 70,14%. En el caso de la dosis de refuerzo de los 11 años con la vacuna triple bacteriana acelular (dTpa), la cobertura de vacunación de la cohorte de nacidos en 2013 vacunados en 2024fue del 54,12% y la misma cohorte alcanzó el 72,90% durante el año 2025. Este análisis permitió observar que, si bien las coberturas oportunas son más bajas que lo observado en años anteriores, si se evalúa cómo siguió vacunándose esa cohorte de nacimiento más allá de los 5 y 11 años respectivamente, se alcanzó a un mayor número de la población objetivo de manera atrasada.

Luego del análisis histórico de coberturas de vacunación, incluidos los últimos cambios realizados para su cálculo, es necesario trabajar de manera integrada y articulada entre los diferentes niveles y con participación de representantes de todos los actores involucrados para revertir la tendencia sostenida y progresiva de disminución de las coberturas contra *Bordetella pertussis*. Esta caída compromete la inmunidad colectiva, expone a los grupos más vulnerables, especialmente lactantes pequeños y embarazadas, y aumenta el riesgo de reemergencia de formas graves de la enfermedad. La recuperación de las coberturas requiere de estrategias sostenidas, focalizadas y sensibles al contexto, que garanticen el acceso efectivo a la vacunación, mejoren los registros nominales y fortalezcan la confianza de la población en las vacunas. La respuesta debe ser proactiva, coordinada y basada en evidencia, con el compromiso del sistema de salud en su conjunto, para preservar los logros alcanzados y evitar retrocesos que comprometan la salud de las personas.

IX.5. Recomendaciones para el equipo de salud

Frente al aumento de casos de coqueluche registrado a nivel global y regional, se insta a los equipos de salud de todo el país a fortalecer el monitoreo, el diagnóstico precoz, la notificación y las medidas de prevención y control de la enfermedad, con especial énfasis en la vacunación.

IX.5.A. RECOMENDACIONES PARA LOS EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN RESPECTO A LA COQUELUCHE

Prevención y promoción de la vacunación

- Realizar campañas de sensibilización para informar sobre la importancia de la vacunación según Calendario Nacional de Vacunación.

-Promover la vacunación de todas las vacunas con componente Pertussis (DTP y dTpa en las poblaciones objetivos) para reducir la incidencia de la enfermedad, facilitando la misma en centros de salud, puestos móviles y comunidades vulnerables.

Detección temprana

-Capacitar al personal de salud para identificar los signos y síntomas de la coqueluche, como tos persistente y episodios agudos de tos, especialmente en lactantes y niños pequeños, quienes son los más vulnerables.

Notificación y vigilancia

-Asegurar una adecuada notificación de los casos sospechosos a las autoridades sanitarias para facilitar el seguimiento epidemiológico y la implementación de medidas de control.

Manejo clínico

-Brindar atención oportuna y adecuada a los pacientes, incluyendo el uso de antibióticos específicos en las etapas iniciales para reducir la transmisión y la gravedad de la enfermedad.

- Derivar oportunamente a un mayor nivel de complejidad según se considere necesario.

Control de contactos

-Identificar y tratar a los contactos cercanos de casos confirmados para prevenir la propagación de la enfermedad.

Sensibilización de la comunidad

-Informar a las familias sobre la importancia de la vacunación, las medidas de higiene respiratoria, personal y ambiental, y la búsqueda de atención médica ante síntomas sospechosos.

IX.5.B. MEDIDAS PREVENTIVAS

El esquema de vacunación contra coqueluche incluye un esquema primario de tres dosis durante el primer año de vida (2, 4 y 6 meses) en forma de vacuna quíntuple celular, y refuerzos a los 15-18 meses (quíntuple celular), 5-6 años (triple bacteriana celular), 11 años (triple bacteriana acelular) y en cada embarazo (triple bacteriana acelular).

En el personal de salud en contacto con niños menores de un año está indicada una dosis de triple bacteriana acelular cada 5 años.

Se calcula que la eficacia de la vacuna en personas que han recibido como mínimo cuatro dosis es de 80%; la protección es mayor contra la enfermedad grave. La inmunización activa que se inicia después de la exposición no protegerá contra la enfermedad que surja por tal exposición, pero tampoco está contraindicada. La inmunización pasiva es ineficaz. La vacuna contra *B. pertussis* no protege de la infección por *B. parapertussis*.

Los casos confirmados deberán continuar con el esquema de vacunación según corresponda ya que la infección natural no confiere inmunidad duradera, pudiendo existir reinfección.

IX.5.C. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Medidas ante un caso sospechoso:

- Todos los casos sospechosos de coqueluche identificados que se encuentren sintomáticos deben aislarse al momento de la consulta bajo medidas de aislamiento de gota (colocar un barbijo quirúrgico al paciente en la medida de ser posible hasta realizar el aislamiento efectivo), debe tomarse una muestra de aspirado o hisopado nasofaríngeo y/o suero e iniciar tratamiento antibiótico específico. Los macrólidos acortan el período de transmisibilidad y pueden modificar la evolución clínica si se los administra durante el período de incubación o en los comienzos de la fase catarral de la enfermedad, pero no aplacan los síntomas cuando se administran durante la fase paroxística.
- En caso de permanecer internados, el aislamiento se debe mantener hasta completar 5 días de terapia antibiótica con macrólidos (todas las dosis correspondientes a 5 días) o hasta 21 días desde el diagnóstico si la terapia antimicrobiana no fue realizada con macrólidos.
- En caso de manejo ambulatorio, los casos sospechosos deben aislarse de los lugares habituales donde desarrollan sus actividades hasta completados los 5 días de terapia antibiótica con macrólidos (todas las dosis correspondientes a 5 días) o hasta los 21 días desde el diagnóstico si la terapia antimicrobiana no fue realizada con macrólidos. Se debe indicar mantener hábitos de higiene respiratoria de acuerdo a la edad del caso durante ese tiempo: desechar materiales descartables que puedan tener secreciones respiratorias en el cesto de basura y limpiar los ambientes con frecuencia; cubrirse la nariz y la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar y desecharlos rápidamente en el cesto de la basura; cubrirse la tos o los estornudos con la parte superior del brazo o el codo si no tiene un pañuelo desechable; lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón por al menos 20 segundos; usar un desinfectante de manos a base de alcohol si no se dispone de agua y jabón. En caso de trasladarse en ámbitos públicos, utilizar barbijo quirúrgico en la medida de lo posible.
- Las precauciones de aislamiento se tomarán ante la sospecha del caso, sin aguardar a la confirmación, para evitar exponer inadvertidamente a otros pacientes.

Definición de Contacto estrecho:

- Toda persona con contacto directo cara a cara por un período no definido con el caso sintomático.
- Haber compartido un espacio reducido (la misma habitación) por más de una hora con el caso sintomático.
- Haber tenido contacto directo (sin protección) con secreciones respiratorias orales o nasales de un caso sintomático.

Contacto de alto riesgo de enfermedad severa:

- Menores de 1 año o convivientes de menores de 1 año
- Personas con inmunodeficiencias o con enfermedad pulmonar.
- Personas gestantes y personal de salud.

Medidas ante un contacto:

- Realizar toma de aspirado o hisopado nasofaríngeo y/o suero, para confirmación de la enfermedad ante la sospecha diagnóstica en los contactos.
- Aislar de escuelas, guarderías o jardines a los contactos estrechos del caso que tengan menos de 7 años de edad con inmunización incompleta, hasta que hayan cumplido 5 días de tratamiento antibiótico quimioprofiláctico efectivo.
- Controlar esquemas de vacunación de los contactos y administrar una dosis de vacuna con componente pertussis lo antes posible después de la exposición a los contactos estrechos menores de 7 años de edad que no hayan recibido cuatro dosis de vacuna o una dosis de ella en los últimos tres años.
- En situaciones en que esté o puede estar expuesto al riesgo un lactante o un niño de corta edad no inmunizado, conviene identificar los casos tempranos o inadvertidos y atípicos.
- En los contactos institucionales deberá hacerse control estricto de ausentismo para detectar posibles casos sospechosos.
- La quimioprofilaxis con macrólidos está indicada en todos los contactos estrechos, especialmente los de alto riesgo, ante la sospecha independientemente del antecedente de vacunación. Los macrólidos (eritromicina, claritromicina o azitromicina) acortan el período de transmisibilidad, pero no aplacan los síntomas, excepto cuando se administran durante el período de incubación o en los comienzos de la fase catarral de la enfermedad.

Antibióticos recomendados para el tratamiento y la profilaxis postexposición de *B. Pertussis* en lactantes, niños, adolescentes y adultos.

Edad	Azitromicina	Eritromicina	Claritromicina	Trimetoprima-Sulfametoxazol TMP-SMZ **
Menor de 1 mes	10 mg/kg/día dosis única por 5 días De primera elección.	40-50 mg/kg/día en 4 dosis por 14 días. No de primera elección*	No recomendado (no hay datos de seguridad)	Contraindicado en menores de 2 meses (riesgo de kernicterus)
1-5 meses	10 mg/kg/día dosis única por 5 días	40-50 mg/kg/día dividido en 4 dosis por 14 días	15 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 7 días	En >2 meses: TMP 8 mg/kg/día y SMZ 40 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 14 días
Infantes (≥ 6 meses) y niños	10 mg/kg como dosis única el primer día (máximo 500 mg); luego 5 mg/kg como dosis única desde el día 2 al 5 (máximo 250 mg/día).	40-50 mg/kg/día (máximo 2 gr/día) dividido en 4 dosis por 14 días	15 mg/kg/día (máximo 1 gr/día) dividido en 2 dosis por 7 días	TMP 8 mg/kg/día y SMZ 40 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 14 días
Adolescentes y Adultos	500 mg como dosis única el primer día; luego 250 mg como dosis única desde el día 2 al 5	2 gramos /día dividido en 4 dosis por 14 días	1 gramo/día dividido en 2 dosis por 7 días	TMP 320 mg/día y SMZ 1600 mg/día dividido en 2 dosis por 14 días

*La azitromicina es el macrólido de elección en los menores de 1 mes por el riesgo de hipertrofia pilórica

asociado a eritromicina.
** TMP-SMZ puede ser utilizado como alternativa a los macrólidos en personas de ≥2 meses de edad alérgicos o intolerantes a macrólidos o que estén infectados por una cepa rara de *B. pertussis* resistente a macrólidos.

El embarazo no es una contraindicación para el uso de macrólidos (eritromicina, azitromicina o claritromicina) pero la FDA ha catalogado la eritromicina y azitromicina como categoría B y la claritromicina como C.

IX.6. Vigilancia Epidemiológica

IX.6.A. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

- Lograr la detección oportuna de casos sospechosos para realizar las acciones de control correspondientes, que contribuyan a disminuir la transmisión y la morbimortalidad en los grupos de mayor riesgo.
- Monitorear el comportamiento de la enfermedad, así como el impacto de las acciones de vacunación, esenciales para la toma de decisiones adecuadas y oportunas en la población.

IX.6.B. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

Toda persona con clínica compatible según los siguientes criterios por grupo etario:

- Menores de 6 meses: toda infección respiratoria aguda, con al menos uno de los siguientes síntomas: apnea, cianosis, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o tos paroxística.
- Mayores de 6 meses hasta 11 años: tos de 14 o más días de duración acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos después de la tos .
- Mayores de 11 años: tos persistente de 14 o más días de duración, sin otra sintomatología acompañante, sin otra causa aparente.

O bien que un trabajador de la salud sospeche coqueluche independientemente de la edad y del antecedente vacunal.

Caso confirmado

- Caso sospechoso con cultivo positivo para el agente causal y/o resultados positivos del ensayo de PCR específicos para el agente causal y/o resultados positivos para detección de IgG anti toxina pertussis (estandarizado con el testigo de referencia internacional de la OMS) [28]

- Caso sospechoso con nexo epidemiológico con caso de coqueluche confirmado por

[28] En adolescentes y adultos, requiere una sola muestra de suero y está indicado en casos con más de 14 días de tos y que hayan recibido la vacunación con componente pertussis al menos un año o más antes de la toma de muestra.

laboratorio entre 3 y 21 días antes del inicio de los síntomas.

Caso probable

Paciente con clínica compatible (según criterios clínicos estratificados por edad) y sin confirmación por laboratorio (sin muestra para estudio o resultados negativos de laboratorio)

Caso descartado por diagnóstico diferencial

Caso sospechoso descartado que presenta diagnóstico de otra enfermedad de presentación similar.

Caso descartado

Clínica incompleta o con datos insuficientes, resultado de laboratorio negativo y sin nexo epidemiológico con un caso confirmado.

IX.6.C. NOTIFICACIÓN

Evento SNVS	Modalidad	Estrategia / Componente	Periodicidad
Coqueluche (tos convulsa)	Nominal	Universal / Clínica-Laboratorio- Epidemiología	Inmediata

IX.7. Consideraciones sobre el diagnóstico

El diagnóstico de Coqueluche se basa en la **sospecha oportuna** de la enfermedad y la utilización de las **pruebas de laboratorio adecuadas**. Para el diagnóstico de laboratorio puede realizarse cultivo, PCR y/o serología. La prueba serológica internacionalmente aceptada es la detección de IgG anti toxina pertussis mediante ELISA validado contra el "Standard de Referencia de la OMS (06/140)" [29]. Para el cultivo y la PCR la muestra apropiada es el aspirado nasofaríngeo o el hisopado nasofaríngeo recolectado con hisopo de dacrón, nylon o rayón.

La sensibilidad del cultivo, la PCR y la serología varían según el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la toma de muestra, la edad del paciente, el estado de inmunización, entre otros factores. El cultivo presenta 100% de especificidad y puede utilizarse durante las dos primeras semanas luego del inicio de la tos, ya que en dicho momento presenta la mayor sensibilidad. También presenta mayor sensibilidad en casos severos, en pacientes no vacunados y en menores de un año. La PCR presenta elevada especificidad y notable mayor sensibilidad que el cultivo. Puede utilizarse durante las cuatro semanas siguientes al inicio de la tos, aunque la mayor sensibilidad es durante las dos primeras semanas.

Finalmente, la toma de muestra de suero para la detección de anticuerpos IgG anti toxina pertussis debe realizarse luego de 14 días de tos y antes de que finalice la duodécima semana

[29] Guiso N, Berbers G, Fry NK, He Q, Riffelmann M, Wirsing von König CH; EU Pertstrain group. What to do and what not to do in serological diagnosis of pertussis: recommendations from EU reference laboratories. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2011 Mar;30(3):307-12. doi: 10.1007/s10096-010-1104-y. Epub 2010 Nov 11. PMID: 21069406; PMCID: PMC3034915.

luego del inicio de los síntomas.

Puntos críticos en el diagnóstico de Coqueluche

Si bien la PCR es la prueba de elección dado la elevada sensibilidad, especificidad y rapidez de los resultados, es importante realizar el cultivo, ya que esto permite la caracterización molecular de los aislados clínicos locales y la vigilancia de la sensibilidad a los antimicrobianos de primera elección para el tratamiento.

Para las pruebas de **PCR**, existen diversos blancos de amplificación descriptos en la literatura para *B. pertussis*, *B. parapertussis* y *B. holmesii*. El LNR recomienda utilizar para la detección y confirmación de *B. pertussis* los blancos de amplificación: IS481 + promotor del gen de la toxina pertussis (*ptxP*). Se desaconseja totalmente emplear una sola prueba. La utilización exclusiva de la secuencia de inserción IS481 no resulta una prueba específica dado que también está presente en *B. holmesii* y algunas *B. bronchiseptica*[30]. Por otro lado, *ptxP* es de copia única, a diferencia de la secuencia de inserción IS481 que posee entre 50 y 238 copias en el genoma completo de *B. pertussis*[31], por lo tanto la PCR que usa como blanco de amplificación al promotor del gen de la toxina pertussis resulta de menor sensibilidad que la antes mencionada.

Para la confirmación de *B. parapertussis* y *B. holmesii* también es necesario utilizar más de un blanco de amplificación. En caso de no poder estudiar todos ellos se solicita remitir la muestra clínica y/o el aislado al LNR-Servicio Bacteriología Clínica – INEI-ANLIS-"Dr. Carlos G. Malbrán" para la confirmación de estas especies de *Bordetella*.

Ante casos identificados como *Bordetella* sp contactar al LNR-Servicio Bacteriología Clínica – INEI-ANLIS-"Dr. Carlos G. Malbrán" para evaluar el estudio de *targets* adicionales que permitan confirmar la especie.

Para el diagnóstico serológico mediante la detección de **IgG anti toxina pertussis** es importante recordar que dicha metodología no resulta útil en infantes ya que su sistema inmune es inmaduro y además existe la posibilidad de interferencia de los anticuerpos maternos. En adolescentes y adultos que recibieron una dosis de la vacuna triple bacteriana acelular, la serología puede emplearse si transcurrió un año desde la recepción de la misma.

IX.8. Nota Metodológica

Para el presente informe se analizó la información registrada en el Sistema Nacional de Vigilancia (SNVS2.0) al 10/08/2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 de 2019 a la SE 32 de 2025, en el evento "Coqueluche". Se excluyeron casos invalidados por epidemiología y duplicados.

Se definieron como casos confirmados de coqueluche aquellos en los que se consignó la detección de *B. pertussis*, *B.parapertussis* por cultivo o PCR, IgG anti toxina pertussis positiva (específica para para *B. pertussis*) o bien la detección de Bordetella sp. por PCR, sin identificación

[30] Reischl U, Lehn N, Sanden GN, Loeffelholz MJ. Real-time PCR assay targeting IS481 of Bordetella pertussis and molecular basis for detecting Bordetella holmesii. J Clin Microbiol. 2001;39(5):1963–6. pmid:11326023)

[31] Loeffelholz M. Towards improved accuracy of Bordetella pertussis nucleic acid amplification tests. J Clin Microbiol. 2012;50(7):2186–2190. doi:10.1128/JCM.00612-12;Parkhill J., et al. 2003. Comparative analysis of the genome sequences of Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis and Bordetella bronchiseptica. Nat. Genet. 35:32–40)

de especie. También se consideraron confirmados para coqueluche aquellos casos clasificados como tales en clasificación manual, sin resultado de laboratorio.

En relación a los casos probables (a partir de la clasificación manual y sin confirmación de laboratorio), se observó que su curva sigue tendencia de notificaciones del evento, sin corresponderse con la curva epidémica de casos confirmados. Es por esto que se definió incluir a estos casos probables en el grupo de "casos con sospecha de coqueluche".

Para el parámetro temporal, se analizan los casos según la variable “Fecha Mínima del Caso”, construida a partir de la selección de datos en el siguiente orden jerárquico: “Fecha de Inicio de Síntomas”, “Fecha de consulta”, “Fecha de toma de muestra” o “Fecha de notificación del caso”. Para la jurisdicción de asignación del caso, se consideró la provincia de residencia o, en caso de no disponer del mismo, la jurisdicción del establecimiento notificador.

Las tasas de notificación fueron calculadas utilizando las proyecciones poblacionales publicadas por INDEC, a partir de datos del Censo de Población, Hogares y Viviendas del año 2010.

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-10/ficha_de_investigacion_coqueluche_9102023.pdf

---

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

X. Boletines Jurisdiccionales

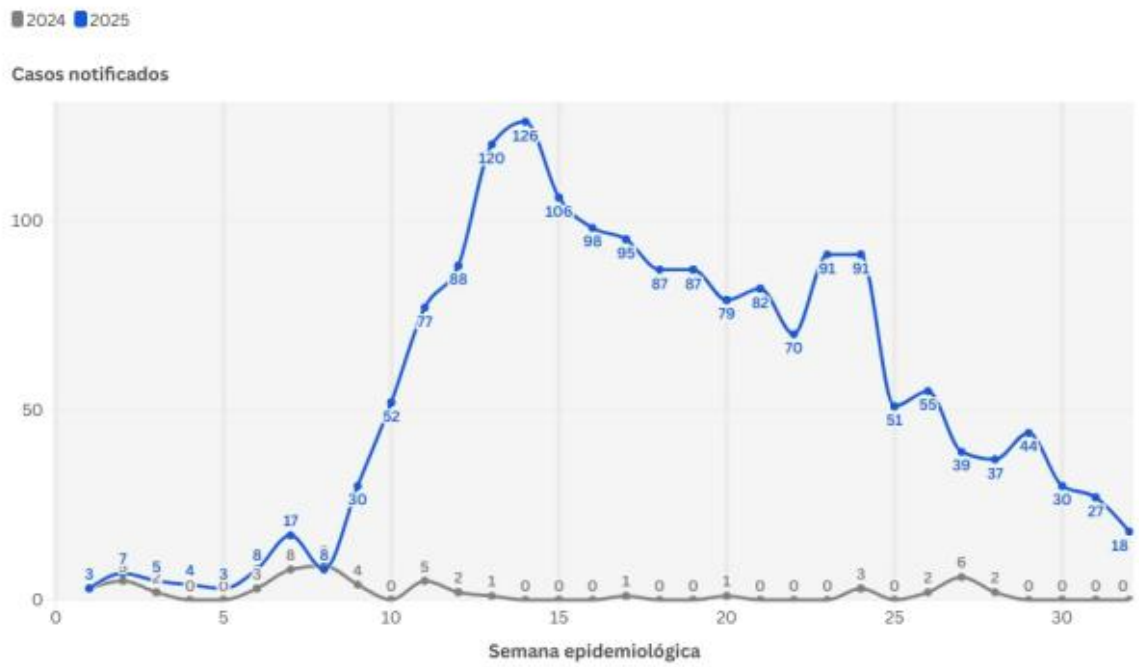
X.1. Buenos Aires: Enfermedad febril exantemática (EFE)

Durante el 2025 se notificaron en la Provincia de Buenos Aires 1.728 casos sospechosos de enfermedad febril exantemática, de los cuales se confirmaron para sarampión 21 casos, se descartaron 1.402 y 305 permanecen en estudio.



Desde la SE 9, luego del alerta epidemiológica emitido por el Ministerio de Salud de la Nación y el avance del brote en CABA, se observó un aumento progresivo de la notificación de casos sospechosos, alcanzando su punto máximo en las semanas 13 y 14 (23 de marzo a 15 de abril), otro pico en las semanas 23 y 24 (1 al 14 de junio), seguida de una caída sostenida.

Casos de EFE notificados al Sistema Nacional de Vigilancia. PBA. Años 2024 (n=59) - 2025 (n=1728), hasta SE 32 (parcial)



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

Para más información:

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

X.2. Chubut: Síndrome urémico hemolítico (SUH)

Desde el año 2014 hasta la SE 31 del año 2025, se confirmaron en total 139 casos de Síndrome urémico hemolítico. A la semana epidemiológica 31 del 2025 se confirmaron 7 casos de SUH.

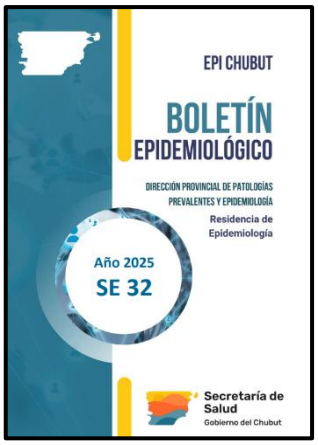
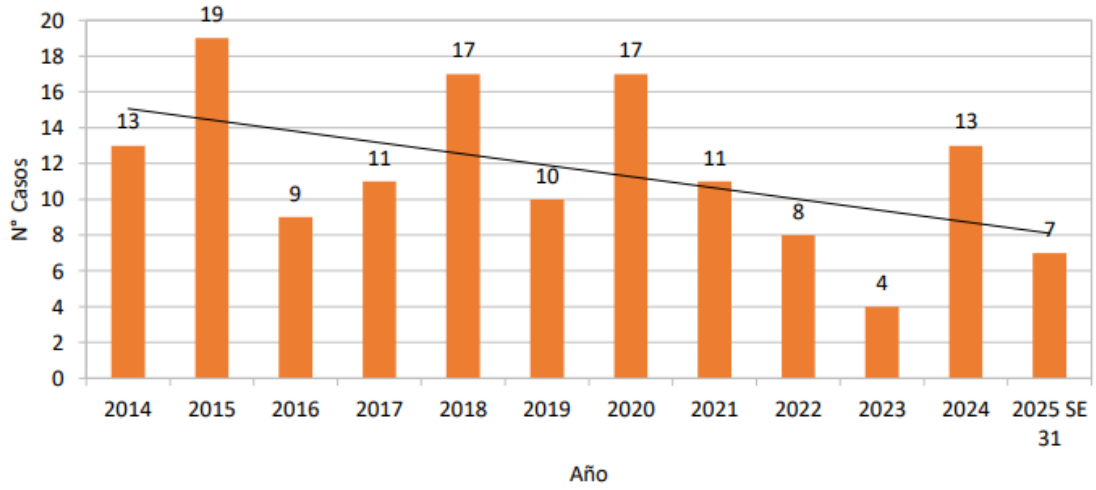


Gráfico N°10. Distribución de Casos de SUH según año de consulta. Provincia de Chubut. Período 2014-SE 27 2025. N=139



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

Para más información:

http://ministeriodesalud.chubut.gov.ar/epidemiological_releases

X.3. Entre Ríos: Infecciones respiratorias agudas virales en internados

Desde la semana epidemiológica (SE) 01/2025 hasta la SE 31/2025, se notificaron 1.194 casos de infecciones respiratorias agudas en pacientes internados en la provincia de Entre Ríos (1), de los cuales se confirmaron 137 casos a virus Influenza A, 3 casos a virus Influenza B, 17 casos a virus SARS-CoV-2 y 87 casos de virus sincitial respiratorio (VSR), mientras que en 740 pacientes no fueron detectados virus respiratorios. (Tabla 1)



Tabla 1: Casos notificados y confirmados a Influenza y SARS-CoV-2. SE 01 a SE 31 de 2025. Entre Ríos

CASOS NOTIFICADOS	CONFIRMADOS INFLUENZA A	CONFIRMADOS INFLUENZA B	CONFIRMADOS SARS-CoV-2	DESCARTADOS
1194	137	3	17	740

Fuente: SNVS 2.0

Del total de notificados, 70 pacientes resultaron positivos a otros virus respiratorios (Tabla 2).

Tabla 2: Casos notificados y confirmados a otros virus respiratorios. SE 01 a SE 31 de 2025. Entre Ríos.

CASOS NOTIFICADOS	VSR	ADENOVIRUS	PARAINFLUENZA 1 PARAINFLUENZA 2 PARAINFLUENZA 3	METANEUMO VIRUS HUMANO	RINOVIRUS	ENTEROVIRUS	DESCARTADOS
1194	87	6	12	1	2	1	740

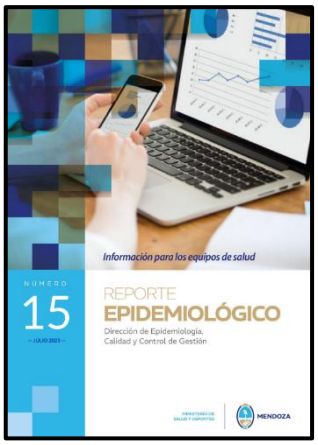
Fuente: SNVS 2.0

Para más información:

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

X.4. Mendoza: Intoxicación por monóxido de carbono

En la provincia de Mendoza, entre los años 2022-2024, incluyendo hasta la SE28/2025, se notificaron 618 casos de intoxicación por CO. Para su análisis se 25 consideraron confirmados, los casos con clasificación manual confirmada en SISA, los que tenían signos y síntomas compatibles, y los que tenían carboxihemoglobina detectable



Intoxicación por monóxido de carbono: casos confirmados por semana epidemiológica. 2023-2025 (a SE28), Mendoza.

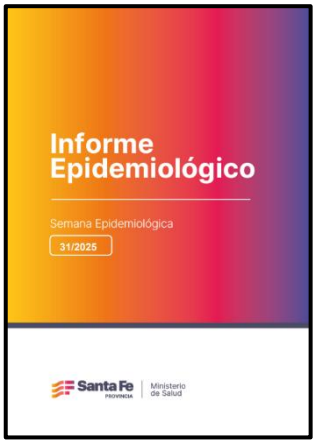
Intoxicación por monóxido de carbono: casos confirmados por SE. Años 2022-2025 (a SE28), Mendoza. (n=312).					
MESES	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**Total general**
ENERO	2	1	7		10
FEBRERO	2				2
MARZO	2		1		3
ABRIL	2		3	7	12
MAYO	13	10	34	10	67
JUNIO	18	21	19	22	80
JULIO	23	14	35	7	79
AGOSTO	11	4	20		35
SETIEMBRE	6	2	1		9
OCTUBRE	6	1	2		9
NOVIEMBRE	1		3		4
DICIEMBRE			2		2
Total general	**86**	**53**	**127**	**46**	**312**

Fuente. SNVS 2.0- Elaboración: Dpto. de procesamiento y análisis de datos- 23/07/2025

Para más información:

https://www.mendoza.gov.ar/salud/boletines-epidemiologicos/

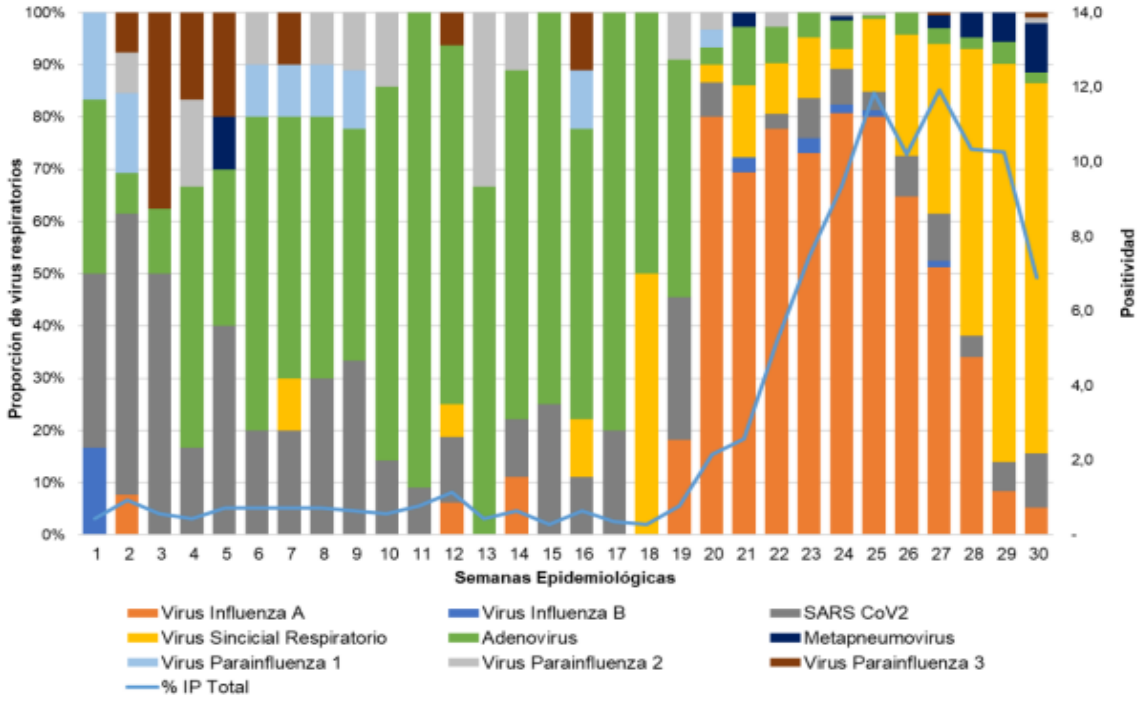
X.5. Santa Fe: Situación de Sars-CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios (OVR) de importancia clínica en pacientes internados



Según el porcentaje de positividad se puede observar que a partir de la SE19 se incrementaron los casos de influenza A, con predominio de influenza A H1N1. Los casos positivos de Influenza B en internados, se notificaron en SE 1, SE 21 y desde la SE 23 hasta la SE 27 (con excepción de la SE 26).

Por otro lado, se informan casos positivos de SARS CoV-2 en todas las semanas, con excepción de la SE 13, SE 8 y SE 21. Respecto al Virus Sincicial Respiratorio (VSR) se notificaron casos en forma aislada en las SE7, SE 12, SE 16 y SE 18 y de manera consecutiva desde la SE 20 hasta la SE 30, registrándose un aumento en las últimas SE. Los casos positivos de Adenovirus fueron informados desde la SE 1 hasta la SE 30.

Distribución de casos positivos de Virus respiratorios en pacientes internados IRA según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 30 - Año 2025.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) hasta el 26/07/2025.

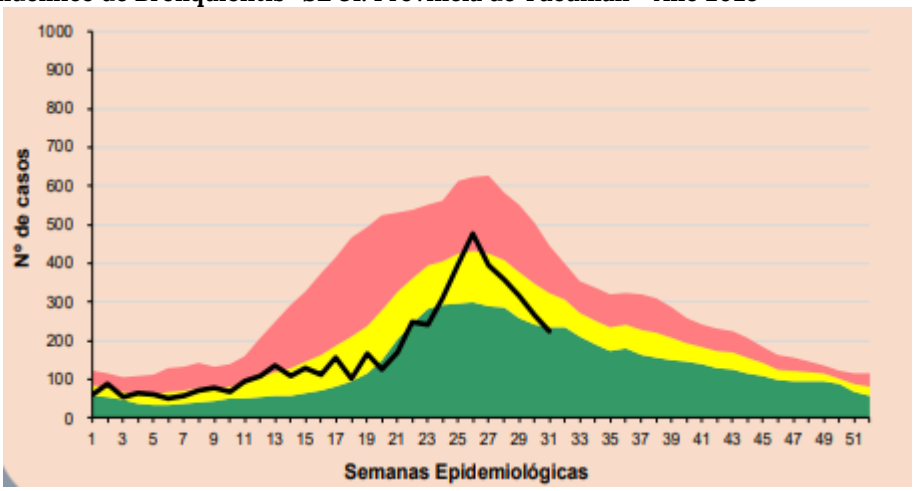
Para más información:
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802

X.6. Tucumán: Bronquiolitis

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 31 se notificaron 223 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis- SE 31. Provincia de Tucumán - Año 2025



Fuente: SNVS – *Dirección de Epidemiología.*

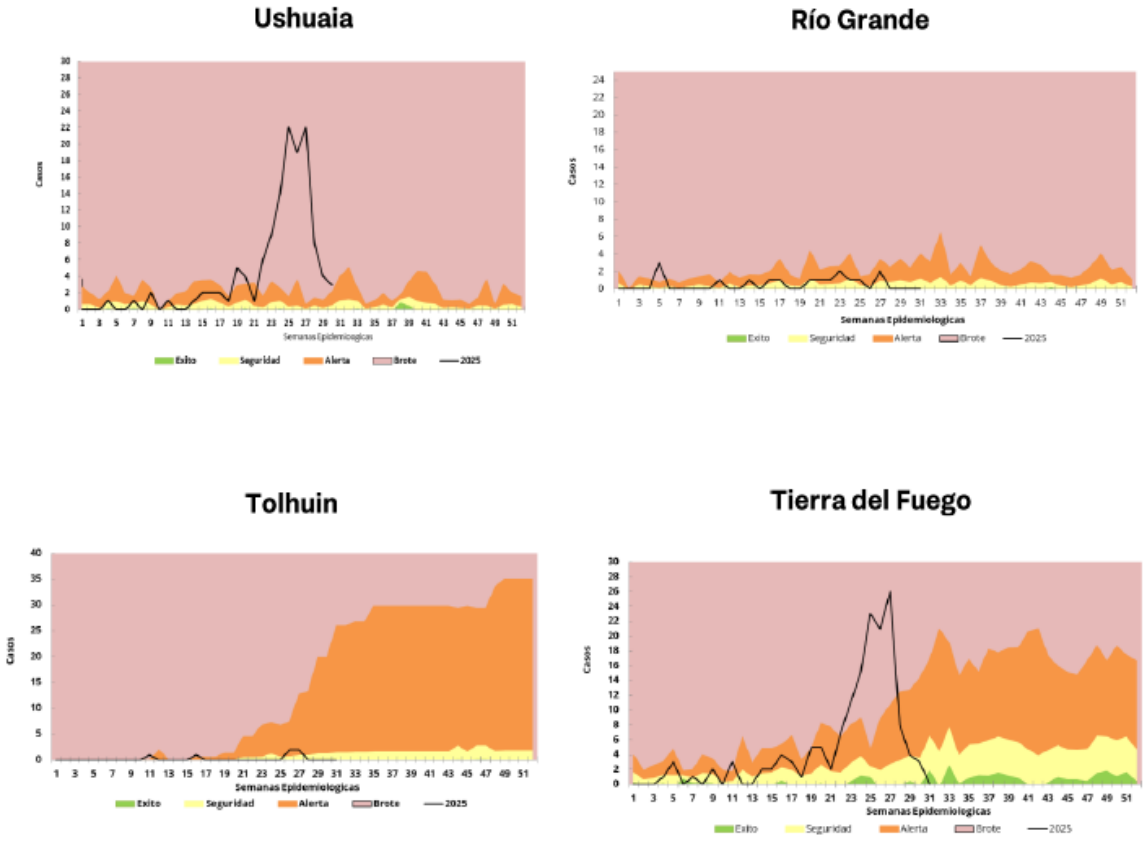
Para más información:

direpitucuman@gmail.com

X.7. Tierra del Fuego: Varicela

A nivel provincial con 152 casos acumulados la incidencia se ubica en la zona de éxito. En Ushuaia, con 130 casos acumulados, la incidencia se encuentra en zona de brote. Se observa un descenso de casos a partir de la semana epidemiológica 28 hasta semana 30. En Río Grande, con 16 casos acumulados, la incidencia se ubica en zona de seguridad. En Tolhuin, se registraron 6 casos en lo que va del año, ubicándose la incidencia en zona de seguridad.





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

Para más información:

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

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

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

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

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

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
Agosto	Influenza aviar seguimiento de expuestos	Clínica	Tratamiento	Se adiciona la opción: "Profilaxis post exposición con oseltamivir"
Agosto	Influenza aviar seguimiento de expuestos		Resultado de tratamiento	Se adicionan las opciones: "En curso", "Completo", "Abandono por efectos adversos" y "No corresponde"

XII. Taller regional de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de Brotes. Región NEA



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

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

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

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