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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **771**

Semana epidemiológica 34
AÑO 2025
Desde 17/08 al 23/08
Fecha de publicación
01/09/2025

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. Héctor Saúl Gervasio FLORES

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 de Leptospirosis
Del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmisibles, Del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni" INER Coni – ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”, Departamento de Virología y Departamento de Epidemiología.

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:

La leptospirosis es una enfermedad producida por una bacteria que puede estar presente en la orina de ciertos animales como roedores, perros, vacas, cerdos, caballos y animales silvestres. Dado que la bacteria sobrevive en lugares húmedos y protegidos de la luz, el riesgo de contraerla aumenta si se producen inundaciones o al desarrollar actividades recreativas en ríos, lagos, lagunas, arroyos (como nadar, pescar, acampar, o realizar deportes náuticos). Foto Tomada de imagen de banco libre de derechos.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°771, SE 34.

I. Editorial del BEN 770

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) N.° 771 presenta la situación sanitaria correspondiente a la Semana Epidemiológica (SE) 34, en el marco del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Como es habitual, se incluyen los eventos de notificación obligatoria seleccionados, con sus tablas nominales y agrupadas, acompañadas de notas metodológicas que orientan su interpretación.

En esta edición se destaca la actualización periódica sobre leptospirosis, que ofrece un informe integral tanto de la situación humana como canina en el país, con datos actuales, definiciones de caso, medidas de prevención y acciones recomendadas para los equipos de salud. La inclusión de la leptospirosis como evento en seguimiento refuerza la importancia de esta zoonosis en contextos de inundaciones, actividades recreativas y exposición ambiental, aportando herramientas concretas para la vigilancia y la respuesta oportuna.

Asimismo, se continúa con la presentación de los indicadores de la vigilancia de Enfermedad Febril Exantemática (EFE). Además, se detalla la situación internacional y regional de sarampión, con énfasis en los brotes en países limítrofes y el aumento de casos en otras regiones del mundo, a la par de la descripción de la situación en Argentina, que mantiene la investigación de casos sospechosos y la aplicación de indicadores de sensibilidad de la vigilancia para sostener el estado de eliminación.

El boletín incluye también la actualización de la temporada 2025/2026 de dengue y otros arbovirus, con los primeros casos confirmados en el país y la consolidación de la Red Nacional de Vigilancia Entomológica como herramienta clave para anticipar escenarios de riesgo. A su vez, se presenta información ampliada sobre infecciones respiratorias agudas, con la síntesis nacional y el detalle de la vigilancia universal de virus respiratorios a través de la red de laboratorios.

Se suma además una actualización del brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado, y se comparten experiencias de diferentes jurisdicciones a través de los boletines provinciales. Finalmente, se incluyen nuevas herramientas para fortalecer la vigilancia, como los cambios en codificaciones auxiliares y la séptima edición de las guías para la implementación de salas de situación de salud.

De esta manera, el BEN reafirma su papel como instrumento dinámico de monitoreo, análisis y comunicación, combinando información técnica y epidemiológica con insumos prácticos para la toma de decisiones en todos los niveles del sistema de salud.

Contenido

I. Editorial del BEN 770 **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 12
III.4. Eventos agrupados clínicos 13
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.A. Brasil 19
IV.2.B. Canadá 19
IV.2.C. Estados Unidos de América 20
IV.2.D. México 20
IV.2.E. Paraguay 21
IV.1. Situación actual en Argentina 21
IV.1.A. Notificación de casos 21
IV.1.B. Distribución geográfica 22
IV.2. Sobre los casos confirmados 24
IV.3. Recomendaciones para la comunidad 24
IV.4. Recomendaciones para los equipos de salud 24
IV.5. Vigilancia epidemiológica 24
IV.5.A. Definición y clasificación de caso 25
IV.6. Medidas de prevención 25
IV.7. Medidas ante casos y contactos 25
IV.7.A. Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados: 25
V. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus **27**
V.1. Situación regional de dengue y otros Arbovirus 27
V.1.A. Subregión Cono Sur 27
V.2. Situación de dengue en Argentina 30
V.2.A. Inicio de temporada 2025/2026 30
V.3. Vigilancia entomológica 31
V.3.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición 31
V.3.B. Evolución IPO e IDH SE32–SE34 (2025) 32
V.3.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios 34
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **38**
VI.1. Nota Metodológica 38
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 38
VI.3. Síntesis de la información nacional destacada 39

VI.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 39
VI.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 41
VI.4.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 41
VI.4.B. Neumonía 43
VI.4.C. Bronquiolitis 44
VI.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 45
VI.5.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 47
VI.6. Recomendaciones ante el aumento de casos de influenza y la circulación de virus respiratorios 49
VI.6.A. Recomendaciones para la población general 49
VI.7. Vacunación antigripal 50
VII. Actualización de estudio de brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado 51
VII.1. Introducción 51
VII.2. Situación epidemiológica 53

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS....57
VIII. Leptospirosis - Actualización informe epidemiológico 58
VIII.1. Situación de Leptospirosis humana en Argentina 59
VIII.1.A. nota metodológica 59
VIII.2. Situación Epidemiológica Actual (2025) 59
VIII.3. Situación de Leptospirosis canina en Argentina 64
VIII.3.A. nota metodológica 64
VIII.4. Situación Epidemiológica Actual (2025) 64
VIII.5. Recomendaciones para el equipo de salud 66
VIII.6. Medidas ante casos y contactos 66
VIII.7. Medidas ante brotes 67
VIII.8. Conclusiones 68
VIII.9. Vigilancia epidemiológica 68
VIII.9.A. Definiciones de caso de Leptospirosis Humana 68
VIII.9.B. Definiciones de caso de Leptospirosis Canina 69

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES....71
IX. Boletines Jurisdiccionales 72
IX.1. Buenos Aires: Eventos de notificación obligatoria (ENO) 72
IX.2. Chubut: Síndrome urémico hemolítico (SUH) 73
IX.3. Entre Ríos: Infecciones respiratorias agudas virales en internados 74
IX.4. Salta: Hepatitis A 75
IX.5. Santa Fe: Situación de Sars-CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios (OVR) de importancia clínica en pacientes internados 76
IX.6. Tierra del Fuego: Diarrea aguda 77
IX.7. Tucumán: Bronquiolitis 78

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA....79
X. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 80
XI. Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud 7° Edición. 81

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 1-34. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-34	2025 Acumulados SE 1-34	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	4	4	N/A
Enfermedades zoonóticas animales	Rabia animal	116	89	-27	-23%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	6268	11732	5464	87%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	198	277	79	40%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	80	99	19	24%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	5	5	0	0%
	Cisticercosis	5	7	2	40%
	Escorpionismo o Alacranismo	2780	4810	2030	73%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	331	566	235	71%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	19	30	11	58%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	13	7	117%
	Brucelosis	79	77	-2	-3%
	Hantavirosis	39	38	-1	-3%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	19	16	533%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	925	1038	113	12%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	10	19	9	90%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	3	18	15	500%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	6	34	28	467%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	6	1	-5	-83%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	7087	7087	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	479	479	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	342	342	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	1	1	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	8595	11239	2644	31%

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

III.3. Eventos nominales notificados y confirmados

En la siguiente tabla, la mayoría de los casos se clasifica mediante algoritmos específicos definidos para cada evento, garantizando un criterio uniforme en la confirmación de los

mismos. Sin embargo, existen algunas excepciones en las que se emplea una clasificación manual confirmatoria, debido a la naturaleza de la vigilancia y los procesos diagnósticos particulares. Estos casos incluyen Sarampión y Rubéola, PAF en <15 años, Trichinellosis, Chagas crónico en emb, Sífilis Congénita, Intox./Exp. a Monóxido de Carbono y mpox.

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-34. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-34		2025 Acumulados SE 1-34		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	3.070	137	2.526	208	-544	-18%	71	52%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	742	2	5.614	35	4.872	657%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	742	2	5.614	35	4.872	657%	33	1650%
	Meningitis - Meningoencefalitis	1.430	595	1.788	601	358	25%	6	1%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	80	0	67	0	-13	-16%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	91.151	57.822	58.925	18.033	-32.226	-35%	-39.789	-69%
	Encefalitis de San Luis	211	5	342	0	131	62%	-5	-100%
	Fiebre amarilla humana	104	0	132	0	28	27%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	36	0	79	0	43	119%	0	N/A
	Zika	1.449	0	791	0	-658	-45%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	480	272	275	101	-205	-43%	-171	-63%
Enfermedades zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.675	43	1.611	141	-64	-4%	98	228%
	Psitacosis	194	32	520	99	326	168%	67	209%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	954	43	1.138	30	184	19%	-13	-30%
	Sífilis Congénita	1.872	716	619	607	-1.253	-67%	-109	-15%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	6	0	6	N/A	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1.663	1.571	1.208	1.032	-455	-27%	-539	-34%
	Sífilis en embarazadas	7.030	6.213	7.810	7.232	780	11%	1.019	16%
	Hepatitis B en embarazadas	59	43	86	31	27	46%	-12	-28%
Hepatitis virales	Hepatitis A	103	23	178	92	75	73%	69	300%
	Hepatitis B	1.908	453	2.268	475	360	19%	22	5%
	Hepatitis C	1.649	931	1.666	976	17	1%	45	5%
	Hepatitis E	34	4	32	3	-2	-6%	-1	-25%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	21.573	17.040	33.919	29.011	12.346	57%	11.971	70%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	1.030	992	1.754	1.679	724	70%	687	69%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	96	25	227	94	131	136%	69	276%

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 1-34. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-34	2025 Acumulados SE 1-34	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmitidas por alimentos	Diarrea	424.349	476.218	51.869	12%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.165	1.323	158	14%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	830	588	-242	-29%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	87.193	56.700	-30.493	-35%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	813.220	784.753	-28.467	-4%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	55.361	47.769	-7.592	-14%
	Neumonía (sin especificar)	62.339	50.356	-11.983	-19%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	0	4.040	4.040	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	1	2.535	2.534	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	18.496	18.496	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	1.115	1.114	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	3	4.701	4.698	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	3	3.977	3.974	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	73	23.134	23.061	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	12	4.457	4.445	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	3	1.797	1.794	N/A
	Lesiones por electrocución	0	456	456	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	570	570	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	1	52.007	52.006	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	0	17.855	17.855	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	6	24.556	24.550	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	352	352	N/A
	Otras lesiones en el hogar	4	18.379	18.375	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 1-34. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-34		2025 Acumulados SE 1-34		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	2.855	157	2.395	145	-460	-16%	-12	-8%
	Infección por Mycoplasma genitalium	479	11	335	9	-144	-30%	-2	-18%
	Infección por Mycoplasma hominis	1.909	186	1.882	263	-27	-1%	77	41%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	10.337	309	5.053	316	-5.284	-51%	7	2%
	Infección por Trichomonas vaginalis	16.731	1.763	14.780	1.655	-1.951	-12%	-108	-6%

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 25 de agosto, se han reportado 269 casos de sarampión en cinco departamentos: 229 en Santa Cruz, 14 en La Paz, 6 en Potosí, 4 en Beni, 4 en Chuquisaca, 7 en Cochabamba, 4 en Oruro y 1 en Pando.

El Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia recibió el lunes 24 de agosto 50.000 dosis de la vacuna SR (Sarampión, Rubéola), donación del Gobierno de Chile que inmediatamente serán distribuidas para continuar fortaleciendo la vacunación a las niñas, niños, y adolescentes contra la epidemia de sarampión en el país.

Desde la declaratoria de la Emergencia Sanitaria Nacional por la epidemia de sarampión en el país, el Gobierno boliviano intensificó las gestiones con países vecinos y organismos de cooperación para nuevos lotes de vacunas.

La primera muestra de solidaridad llegó el 28 de junio desde Venezuela, con la donación de 100.000 dosis de la vacuna SRP (Sarampión, Rubéola y Paperas). Posteriormente, el 13 de julio,

[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*

Brasil cooperó con 600.000 dosis (300.000 de SRP y 300.000 de SR). A esta ayuda se sumó, el 21 de julio, la donación de 300.000 dosis de SR por parte de la India. Este lunes se recibió un nuevo lote de 50.000 dosis de SR provenientes de Chile. En total, Bolivia ha recibido 1.050.000 dosis de vacunas.

IV.2.A. BRASIL[2]

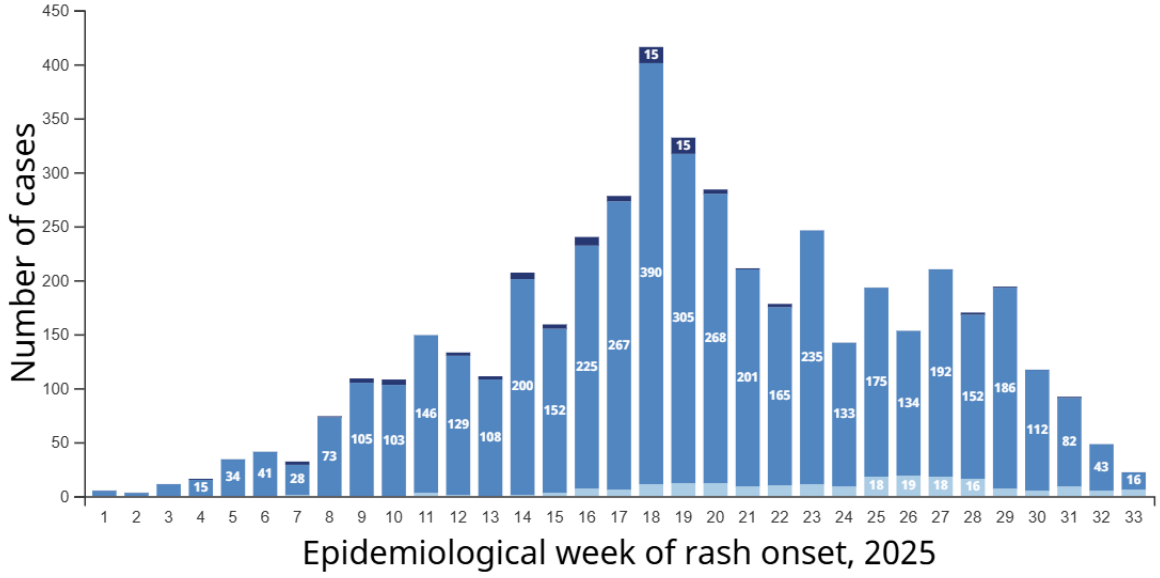
Con el refuerzo de las acciones de bloqueo contra los sarampiones en Brasil, el Ministerio de Salud, en colaboración con los equipos de salud estatales y municipales, ha avanzado en el control de los casos importados —aquellos en los que la infección ocurrió fuera del país. En Campos Lindos (TO), municipio que registra el mayor número de casos, con 18 confirmados, el último fue confirmado el 6 de agosto. Desde el 21 de julio, los equipos actúan en el territorio para intensificar la vacunación. Actualmente, no existe transmisión sostenida de sarampión en Brasil.

IV.2.B. CANADÁ[3]

En 2025, se han notificado un total de 4.718 casos de sarampión (4.389 confirmados, 329 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 9 de agosto de 2025.

En la semana 33 (del 10 al 16 de agosto de 2025), se notificaron 81 nuevos casos de sarampión (79 confirmados y 2 probables) en 5 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Ontario y Saskatchewan).

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=4.718)



[2] https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/agosto/brasil-completa-duas-semanas-sem-novos-casos-confirmados-de-sarampo
[3] https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/

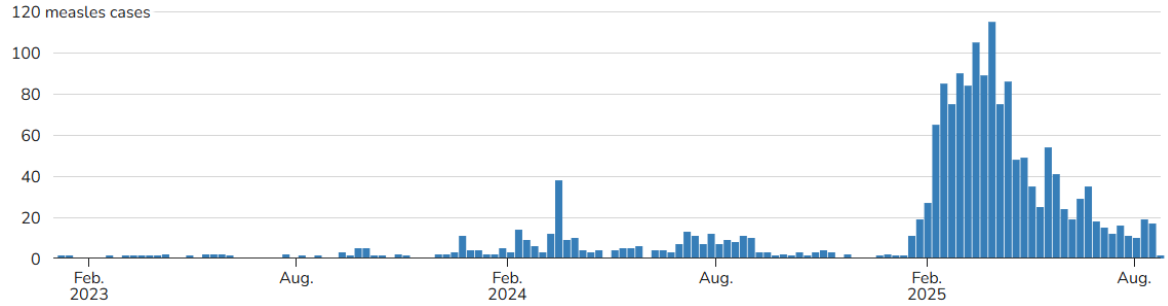
IV.2.C. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[4]

Al 26 de agosto de 2025, se notificaron un total de 1.408 casos confirmados de sarampión en 43 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arkansas, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, 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 35 brotes, y el 86% de los casos confirmados (1.214 de 1.408) 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 hubo 3 muertes confirmadas por sarampión.

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2023-2025 (hasta 26/08/25).



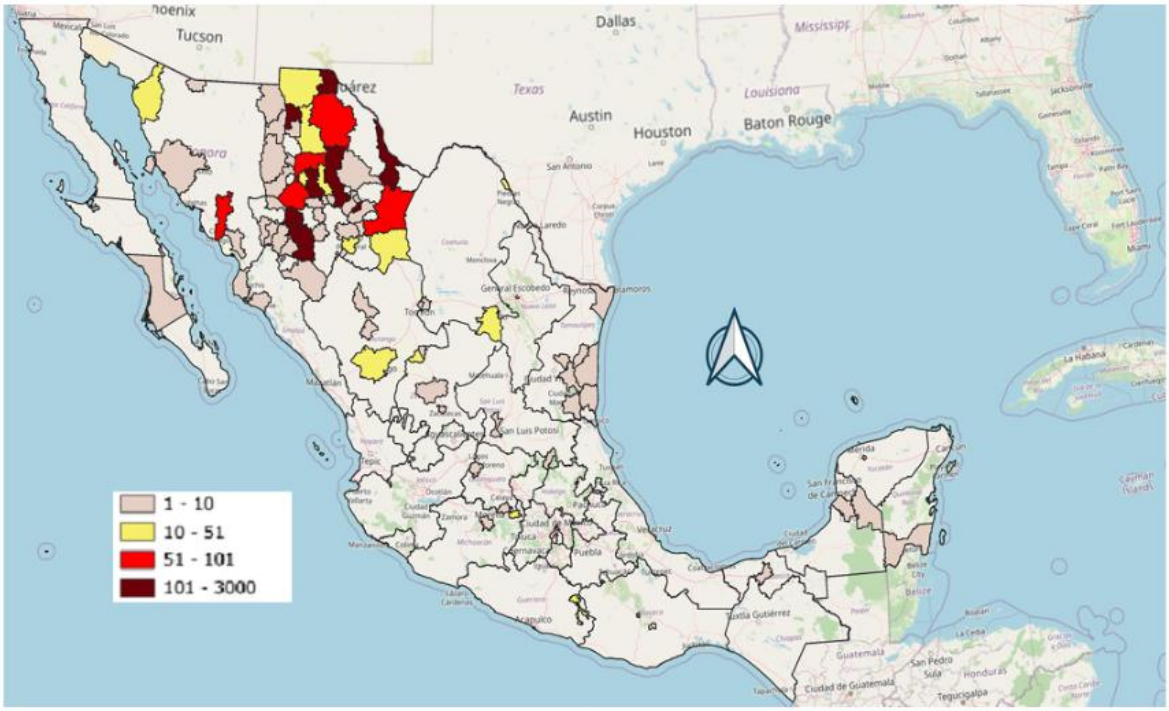
IV.2.D. MÉXICO[5]

Al 31 de julio, se han reportado 4.322 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 30 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 21 estados y 89 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 15 fallecimientos.

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

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



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

IV.2.E. PARAGUAY[6]

En el país se registra un total de 21 casos de sarampión; cinco de ellos fueron detectados en los últimos días en el Departamento de San Pedro, zona de foco, todos relacionados a la importación.

El 90 % de los casos no contaba con antecedente de vacunación contra el sarampión.

Entre los afectados por la enfermedad se encuentran niños y adultos de entre 1 y 54 años. Dos de ellos requirieron hospitalización: uno fue dado de alta y el otro está siendo monitoreado en el hogar.

Por otra parte, se hallan en estudio 6 personas con sospecha de sarampión, procedentes de las zonas del brote y distritos cercanos. A la fecha no se reportan fallecidos.

IV.1. Situación actual en Argentina

IV.1.A. NOTIFICACIÓN DE CASOS

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 2.936 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el país (Gráfico 1). A partir de la Semana Epidemiológica (SE) 6, coincidiendo con la emisión de la alerta epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, se evidencia un aumento progresivo en la notificación de casos, alcanzando su punto máximo en la semana 13.

[6] https://www.mspbs.gov.py/portal/33665/identifican-nuevos-casos-de-sarampion-en-san-pedro.html

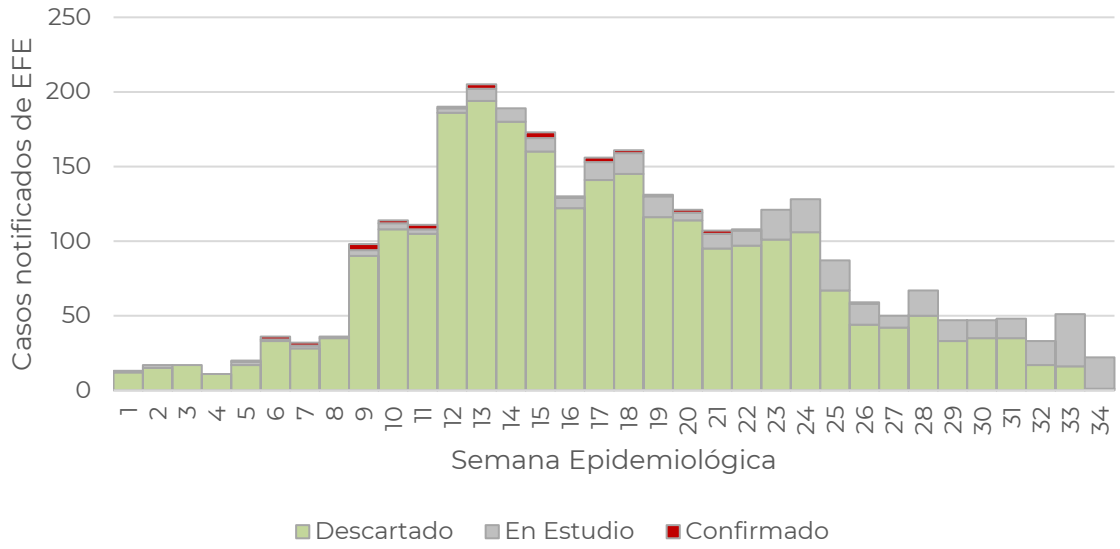
La curva de notificación muestra una sensibilización del sistema de vigilancia, con una respuesta oportuna ante la comunicación de riesgo.

Del total de casos notificados entre la SE1 y la SE34:

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

La proporción de casos descartados sobre el total notificados es del 87%. 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 SE34 de 2025. N= 2.936



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 SE34 de 2025[7].

Jurisdicción	Confirmados	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	21	1816	9,9	237	367
CABA	13	673	21,8	40	62
Catamarca		12	2,8	6	9
Chaco		25	2,0	16	25
Chubut		22	3,3	9	13
Córdoba		72	1,8	51	79
Corrientes		3	0,3	15	23
Entre Ríos		39	2,7	19	29
Formosa		2	0,3	8	13
Jujuy		35	4,3	10	16
La Pampa		20	5,4	5	7
La Rioja		2	0,5	5	8
Mendoza		61	2,9	27	42
Misiones		9	0,7	17	27
Neuquén		9	1,3	9	14
Río Negro		8	1,0	10	16
Salta		15	1,0	20	30
San Juan		12	1,5	11	16
San Luis	1	8	1,5	7	11
Santa Cruz		11	2,7	5	8
Santa Fe		48	1,3	47	73
Sgo. del Estero		13	1,3	13	21
Tierra del Fuego		3	1,5	3	4
Tucumán		18	1,0	23	36
Total	35	2936	6,2	614	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 23 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 1.816 notificaciones) y CABA (673) presentan cifras muy por encima de lo esperado si se considera el total anual.

2. Jurisdicciones que no superaron el total anual esperado, pero se encuentran igual o por encima del valor esperado para la semana epidemiológica (SE) vigente: Aquí se encuentran Chaco, Córdoba, Neuquén, San Juan, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero y Tierra del Fuego.

[7] Los casos notificados corresponden a los reportados hasta la SE33, mientras que la información sobre los casos confirmados refleja la más reciente disponible al momento de la elaboración de este boletín epidemiológico.

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. Sobre los casos confirmados

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

La caracterización detallada de estos casos —incluyendo distribución territorial y temporal, edad, sexo, antecedente de vacunación y nexo epidemiológico—fue presentada hasta el **Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) N.° 769**, disponible en este enlace.

Actualmente, las jurisdicciones continúan realizando la investigación de contactos y la implementación de acciones sobre los casos sospechosos.

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 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

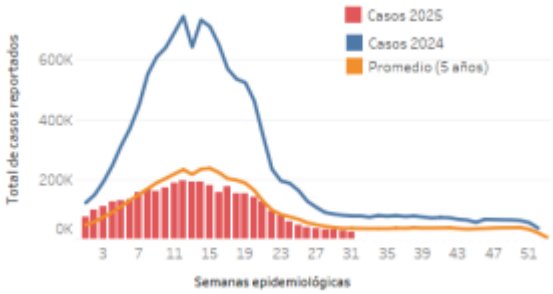
V. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus

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 31, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud actualizado el 22 de agosto.

A la semana epidemiológica (SE) 31 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,634,587 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 358 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 69% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 10% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 31.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 31 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 3,634,587 casos de dengue reportados en las Américas, 1,470,971 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 5,724 (0.2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,829 muertes por dengue, para una letalidad del 0.050%. 17 países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 31. Estos países registran en conjunto 23,977 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 31.

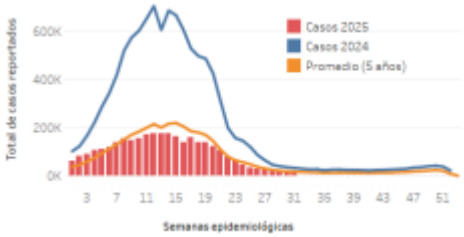
Del total de casos registrados en la SE 31, 53 fueron clasificados como dengue grave (0.2%), y se reportaron 6 muertes. para una letalidad de 0.025%.

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

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notifican 16,418 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 31. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 69% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 8% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

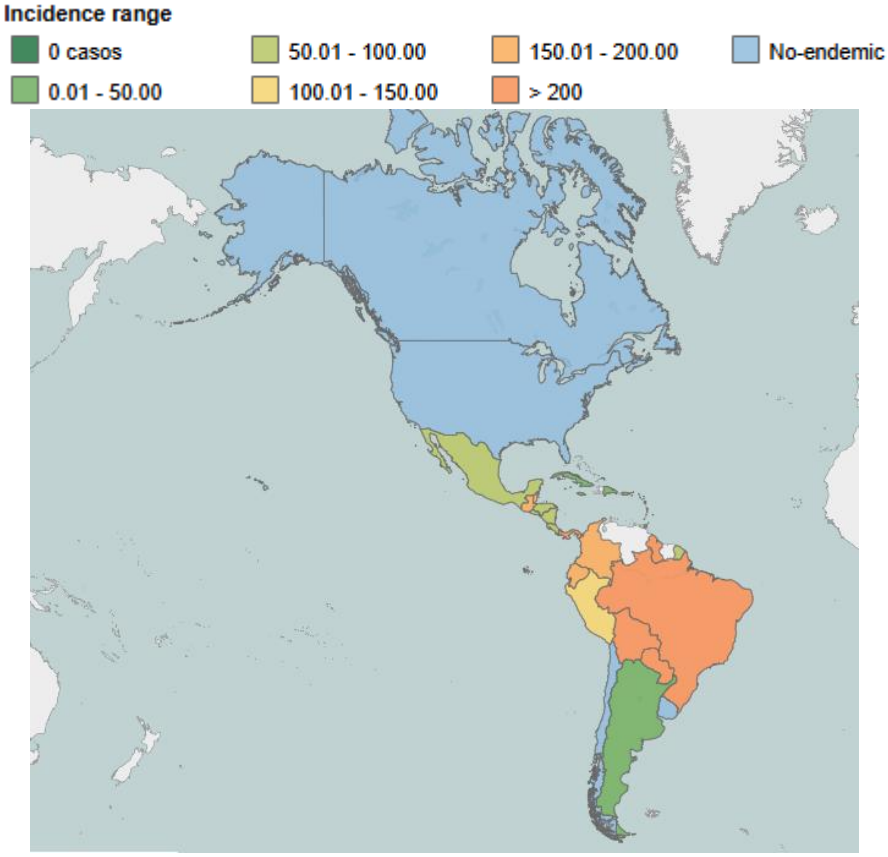
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 31, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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.[8]
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.

[8] 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)9 y el ARBO-portal10 de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de Arbovirus actualizada al 28/08/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 34/2025 se han reportado 3.259.490 casos de dengue, con 1.595 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 67% respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se notificaron 210.711 casos, un 47% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 106 muertes por este evento. Respecto al zika, hasta la SE 33/2025 se han registrado 19.558 casos, lo que representa una disminución del 49% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE32/2025, se confirmaron 11.900 casos, un 47% más que en igual período del año pasado, con 5 defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 33/2025, se han reportado 29.373 casos de dengue, con 3 fallecimientos asociados, lo que representa una disminución del 40% en comparación con el mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se registraron 5.159 casos, un aumento de 13 veces el valor del año previo, con 4 defunciones por este evento. Asimismo, se notificaron 908 casos de zika, 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 33/2025, se han reportado 23.207 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 33/2025, se han notificado 34.732 casos de dengue, un 87% menos que el mismo periodo de 2024, con 49 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 33/2025 se notificaron 84 casos, un 8% más que el año anterior, sin defunciones para este evento. Hasta la SE 33/2025 se han notificado 5 casos de zika, igual que el 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, se registra una disminución de casos en Brasil y un aumento en Bolivia. 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).

[9] 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

[10] 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.

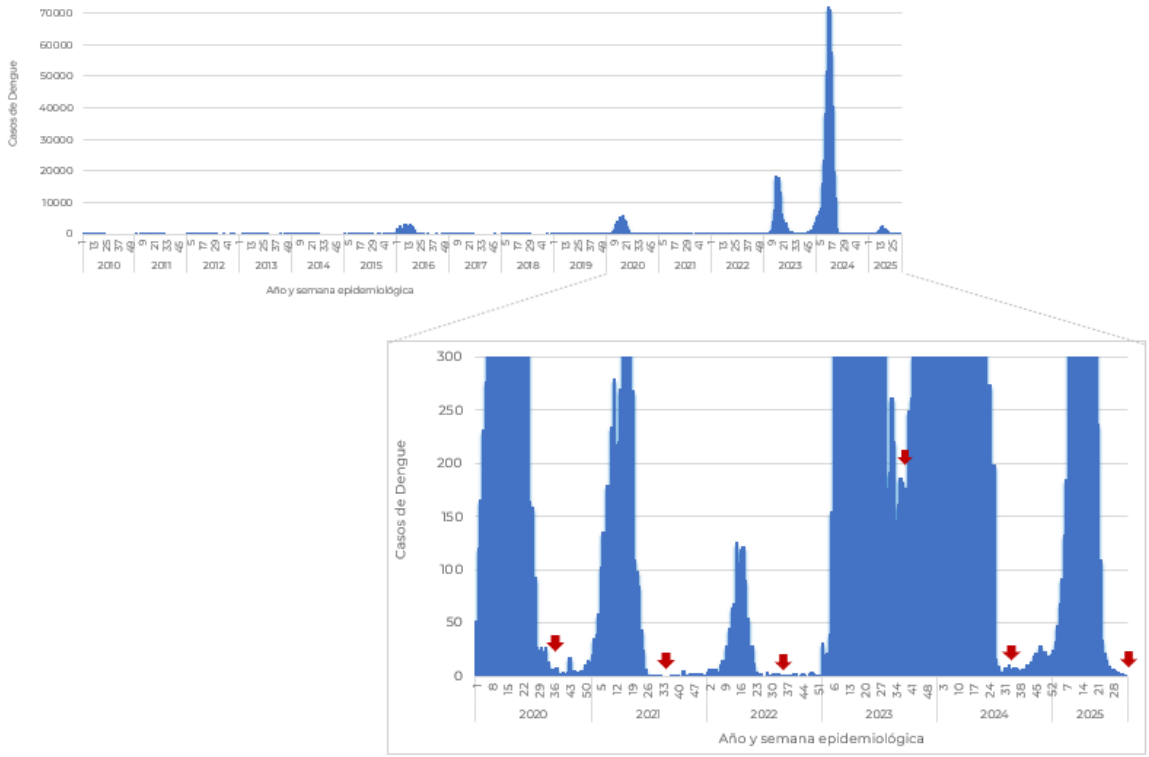
De acuerdo con la fecha mínima[11], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 363 casos sospechosos de dengue, de los cuales 3 fueron confirmados por laboratorio: un caso autóctono (SE31) con residencia en el departamento Pilagás, jurisdicción de Formosa y dos casos con antecedente de viaje a Brasil y Sri Lanka notificados en CABA.

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE34/2025 se notificaron 79 casos sospechosos de dengue. 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 SE34/2025, 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 autóctona 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 como ingreso de nuevos serotipos a partir de casos importados.

[11] 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[12] según semana epidemiológica. Años 2010-2025 y detalle 2020-2025 con referencia (flecha roja) a la SE 34. Argentina.



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

V.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.

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

[12]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).

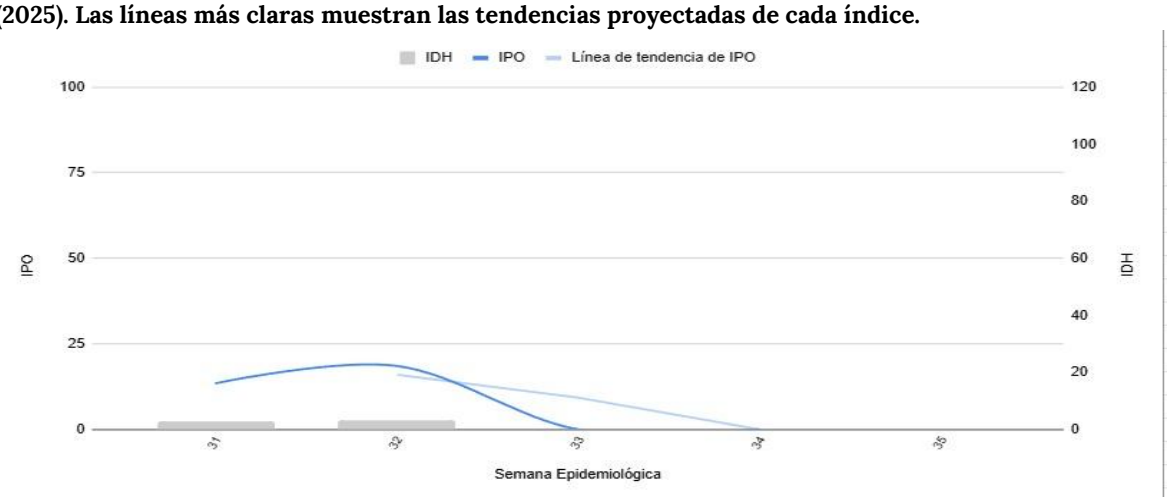
densidad del vector en el ambiente y permitiendo identificar temporadas de mayor y menor actividad reproductiva.

V.3.B.EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32–SE34 (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. Durante el actual período, se presentarán los resultados de la vigilancia entomológica con sensores de oviposición para las regiones NEA, NOA y Centro únicamente. Por otro lado, dado que suelen registrarse descensos significativos en la positividad de los sensores en dichas regiones, la información entomológica se publicará cada 2 semanas. Por el momento, no se publicarán gráficos a nivel nacional dado que, por lo anteriormente expuesto, el registro no resulta representativo de lo que ocurre con la dinámica de *Aedes aegypti* en nuestro país.

La región **NEA** presentó SO positivos desde la SE 31 con valores bajos del IPO correspondientes a una situación entomológica de bajo riesgo (Gráfico 1).

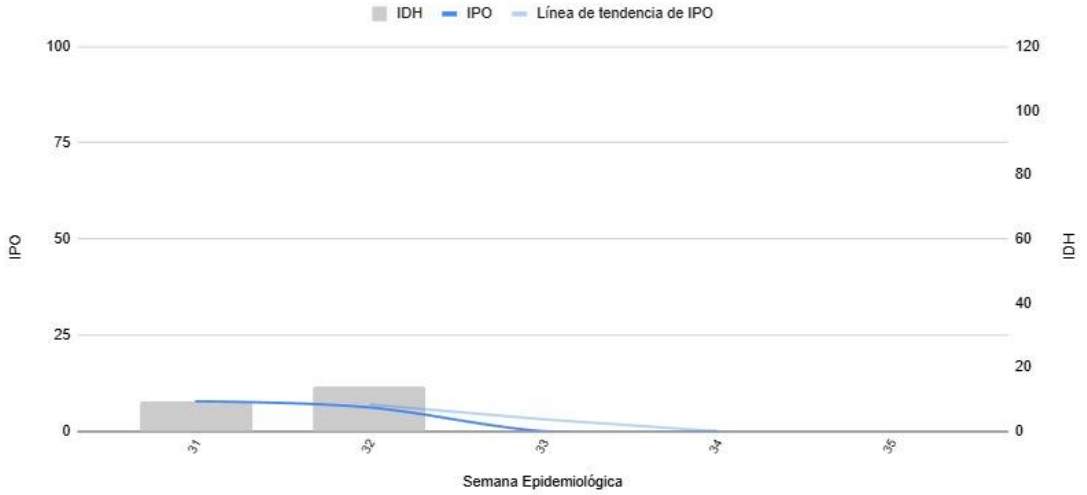
Gráfico 1. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2025)- SE 33 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En el caso de la región NOA, el inicio de la positividad de esta temporada se detectó a partir de la SE 31 con valores del IPO menores que en NEA y asociados a un riesgo entomológico bajo (Gráfico 2).

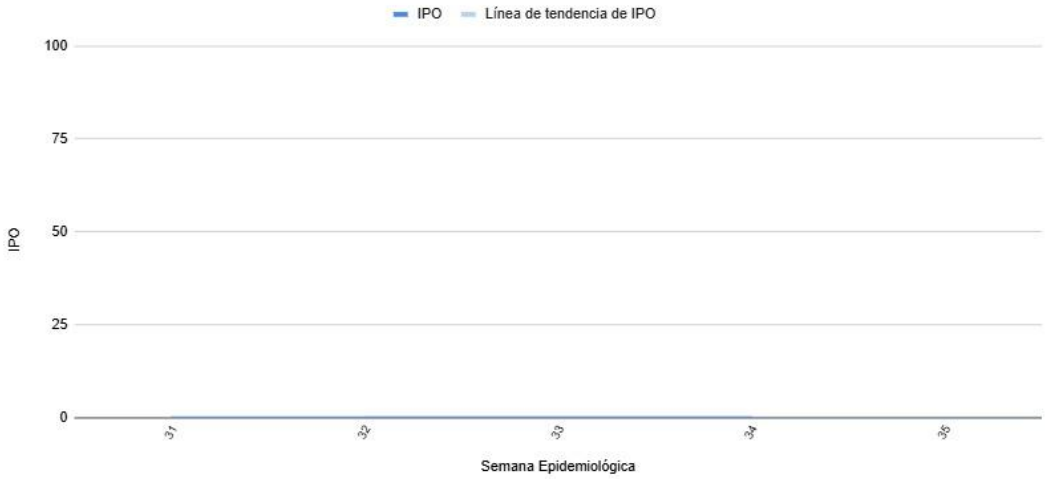
Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2025)- SE 33 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región **Centro**, no se detectaron hasta el momento sensores positivos (Gráfico 3), situación coincidente con las bajas temperaturas registradas durante el período invernal.

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2025)- SE 33 (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

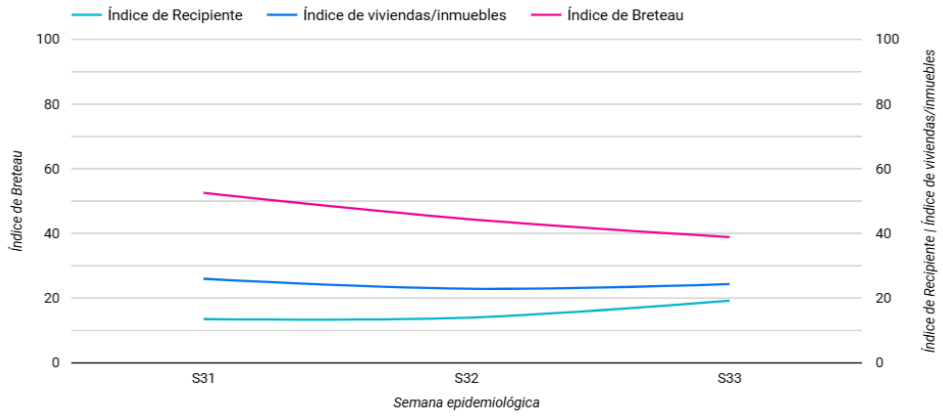
  (IB<5 Riesgo bajo, 5<IB<50 Riesgo moderado, IB>50 Riesgo alto)

Cuando se realiza la desagregación por región se observa que, para la región NEA, se registran índices entomológicos altos en las viviendas visitadas durante la SE31 de 2025, coincidente en el caso del IB con una situación de riesgo entomológico alto (Gráfico 4A). Estos valores descienden en las siguientes dos SE, manteniéndose hasta el momento en una situación de riesgo entomológico moderado. Durante el período invernal, los equipos operativos dependientes de la DZyCETV profundizan las acciones sobre sitios críticos y predios estratégicos con el objetivo de reducir las poblaciones vectoriales previamente al aumento generalizado de las temperaturas. En el caso de los sitios críticos relevados en la región NEA, los índices entomológicos presentaron dos órdenes de magnitud más que los calculados en las viviendas (Gráfico 4B) mientras que en el caso de los predios estratégicos visitados los índices calculados fueron similares a los domiciliarios (Gráfico 4C).

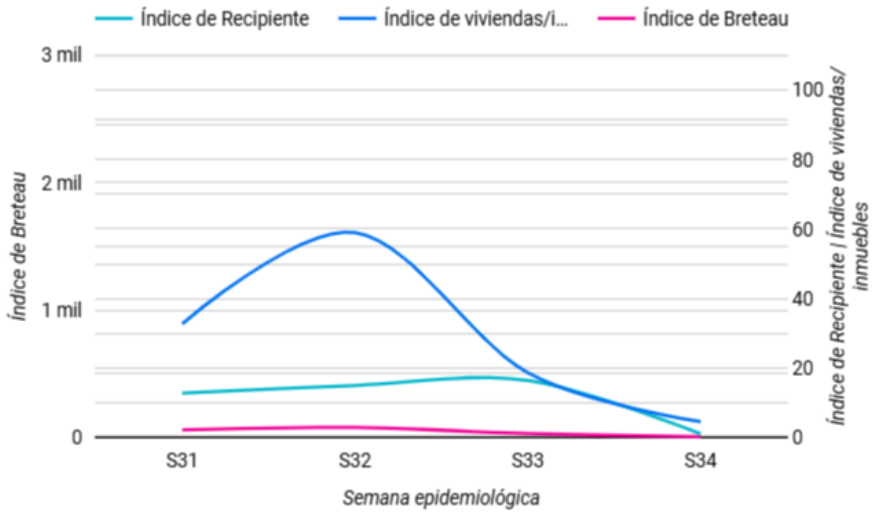
Para la región NOA, los índices larvarios registrados en viviendas muestran valores bajos durante las últimas dos semanas, negativizándose durante la SE33, aunque estos últimos valores podían verse modificados por la carga retrospectiva (Gráfico 5A). Actualmente, la región se mantiene con riesgo entomológico bajo. Las acciones realizadas en sitios críticos muestran índices entomológicos dos órdenes de magnitud mayor que los hallados en viviendas (Gráfico 5B), confirmando la necesidad de profundizar las acciones territoriales en este tipo de sitios. En el caso de los predios estratégicos visitados, se observaron índices entomológicos similares a los hallados en viviendas (Gráfico 5C).

Gráfico 4. 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 (2025)- SE 33 (2025).

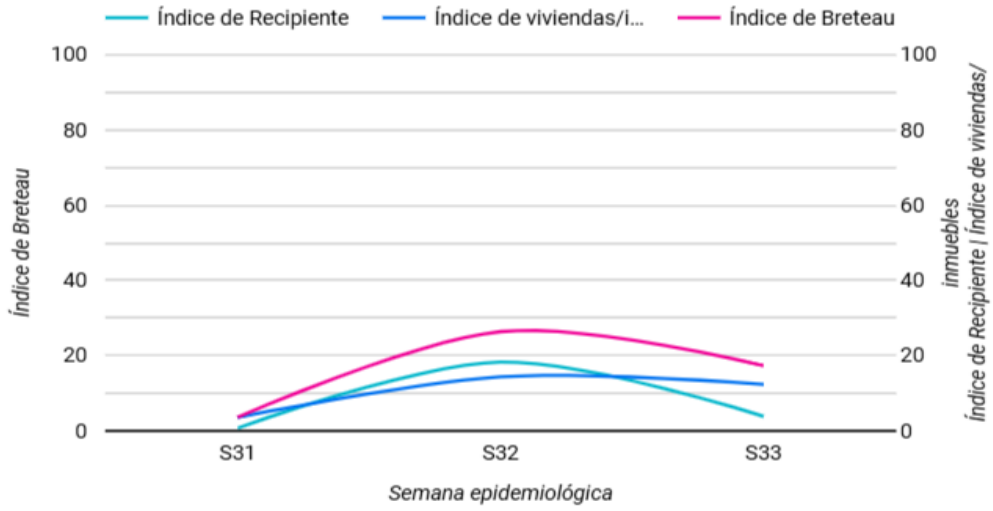
A.



B.



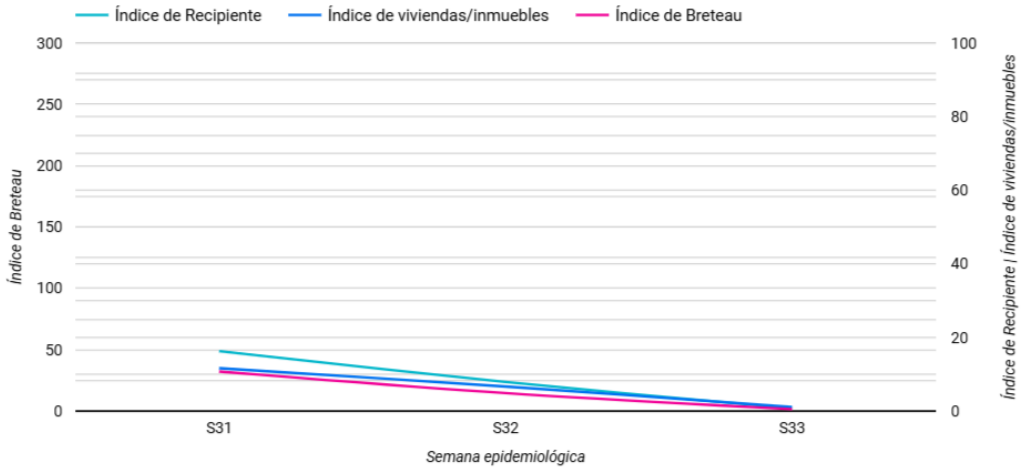
C.



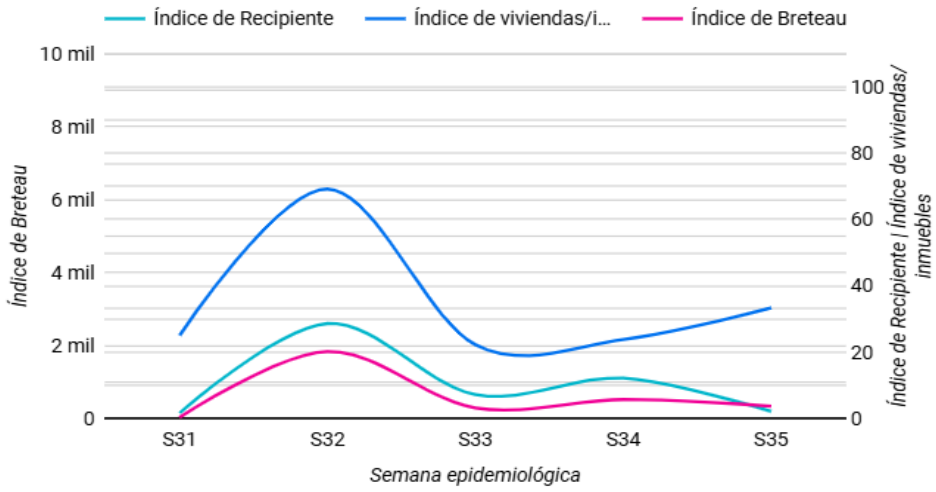
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Gráfico 5. 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 (2025)- SE 34 (2025).

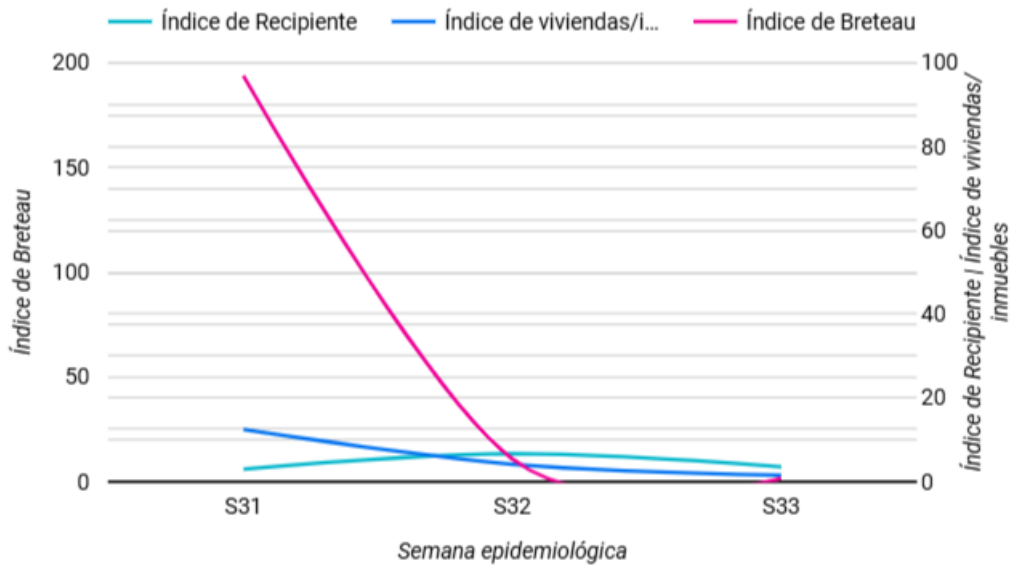
A.



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

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

VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios[13]

Situación Regional: La actividad de influenza en las Américas continúa su descenso. La actividad de SARS-CoV-2 muestra un discreto incremento. Para VSR la circulación a nivel regional muestra una tendencia ascendente. En América del Norte, la actividad de influenza se mantiene en niveles interestacionales. En el Caribe, la circulación disminuye presentando una positividad de 6.3%. 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 continúa su aumento alcanzando una positividad del 9.6% en la última semana epidemiológica (SE). La actividad de SARS-CoV-2 aumenta en América del Norte y en el Caribe, donde la positividad alcanzó un 5.3% y un 20.1% respectivamente. En Centroamérica, la actividad de influenza se mantiene elevada, pero con tendencia al descenso, con una positividad del 8.9%. La actividad de SARS-CoV-2 disminuye esta semana con una positividad del 5.8%, mientras que VSR aumenta nuevamente alcanzando una positividad del 12.6%. En la subregión andina, la actividad de influenza A continúa su tendencia a la disminución con una positividad del 7.8%. La actividad del VSR se mantiene en niveles altos, con una tendencia a la mantención y una positividad del 10.3%, mientras que la circulación de SARS-CoV-2 se mantiene en comparación a la última semana. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza continúa disminuyendo, con una positividad del 3.1%. La circulación del VSR disminuye con respecto a la SE anterior, con una positividad del 13.7%, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 permanece en niveles bajos.

América del Norte: La actividad de influenza se mantiene baja en la subregión, con una positividad de 0.5%, 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 SARS-CoV-2. 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, pero con tendencia al incremento. En contraste, en México la actividad se mantiene alta, con una tasa de positividad del 9.4%, y su tendencia es al aumento.

[13] 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

Caribe: La actividad de influenza, impulsada principalmente por A(H1N1)pdm09, disminuye en la última SE, con una tasa de positividad subregional de 7.3%. En Haití y Belice la actividad de influenza continúa en niveles epidémicos, pero con tendencia a la disminución. En contraste, en Cuba, Jamaica, Barbados y República Dominicana se mantiene en niveles interestacionales. En Guyana, la actividad disminuye respecto de la SE anterior. La circulación del VSR aumenta con respecto a la SE anterior en la subregión, con una positividad del 10.1%. En República Dominicana, la circulación aumenta en comparación a la SE anterior. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene esta SE con respecto a la anterior, presentando positividad subregional de 20.5%. En Belice, Cuba, Haití, Jamaica y Guyana la actividad disminuyó. En República Dominicana, Santa Lucía, Barbados y San Vincent y las granadinas, 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 y SARI. Sin embargo, la tendencia descendente continúa desde hace varias semanas, con una positividad actual del 8.9%. La circulación del VSR se mantiene elevada, y con tendencia al aumento, con una positividad del 10.2%, y que se ve reflejado en la detección de casos SARI. La actividad de SARS-Co disminuyó esta semana, alcanzando una positividad de 5.9% ocupando una proporción importante de los casos de SARI detectados.

Países Andinos: La actividad de influenza aumenta respecto de la SE previa, con una positividad de 7.8%, asociada principalmente con la circulación de A(H1N1)pdm09. La circulación de VSR aumenta, presentando una positividad de 10.7%. La actividad de SARS-CoV-2 aumenta alcanzando una positividad del 5%. Los casos de ILI y SARI asociados con influenza muestran una tendencia descendente y el virus más frecuentemente identificado es VSR.

Brasil y Cono Sur: La actividad de influenza en la subregión, impulsada principalmente por A(H1N1), aumenta levemente en la última SE, con una positividad de 4.1%. La detección de casos SARI ha mostrado una tendencia descendente constante en las últimas semanas, asociada principalmente a VSR. La circulación del VSR continúa su aumento, indicando una positividad del 18.7%, 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 33 de 2025 se notificaron 786.213 casos de ETI, 107.405 casos de Neumonía y 95.098 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 (SE33 y 34) se registraron 9 casos de influenza entre 152 muestras estudiadas.

- Para **VSR**, se registraron 6 casos positivos entre las 107 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 33 y 34). A partir de la SE23 se verifica un ascenso tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad de VSR en ambulatorios, que alcanzó el máximo en SE29.

- 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 SE33 y 34 de 2025 se notificaron 10 casos positivos para SARS COV 2 entre las 119 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE34 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 4.964 internaciones con diagnóstico de IRAG y 2.328 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.

- Las notificaciones de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), presentaron un aumento desde la SE12, acompañado de un aumento en las detecciones de virus influenza, principalmente el 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 4 semanas, entre 811 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 2 codetecciones de influenza y VSR, 8 detecciones de influenza, 10 casos de SARS-CoV-2 y 361 casos de VSR.14

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 1.000 detecciones semanales. Posteriormente, las notificaciones iniciaron un descenso, registrándose en las últimas dos semanas (SE32 y 33) un total de 81 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 1398 detecciones en las últimas 2 SE (32 y 33).
- 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 33 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, con 210 detecciones en las últimas 2 SE (32 y 33).
- Durante la SE33/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: VSR, SARS-CoV-2, metapneumovirus, Influenza, adenovirus y parainfluenza.

[14] 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 (33 y 34) se detectaron 14 casos. En el año 2025 se registraron al momento 201 fallecidos con este diagnóstico.

- En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados presentan un aumento desde la SE12. En las SE 33 y 34 se registraron 925 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 34/2025 se registraron 40 casos positivos con este diagnóstico, sin registro de fallecimientos.

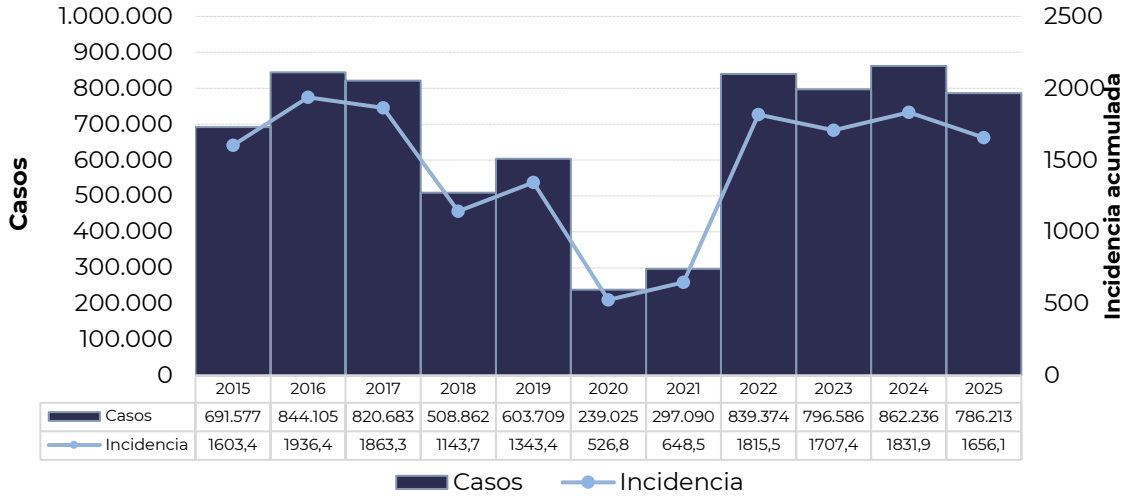
VI.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

Entre las SE 1 y 34 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 786.213 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1.656,1 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 (862.236 casos) y 2016 (844.105 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.

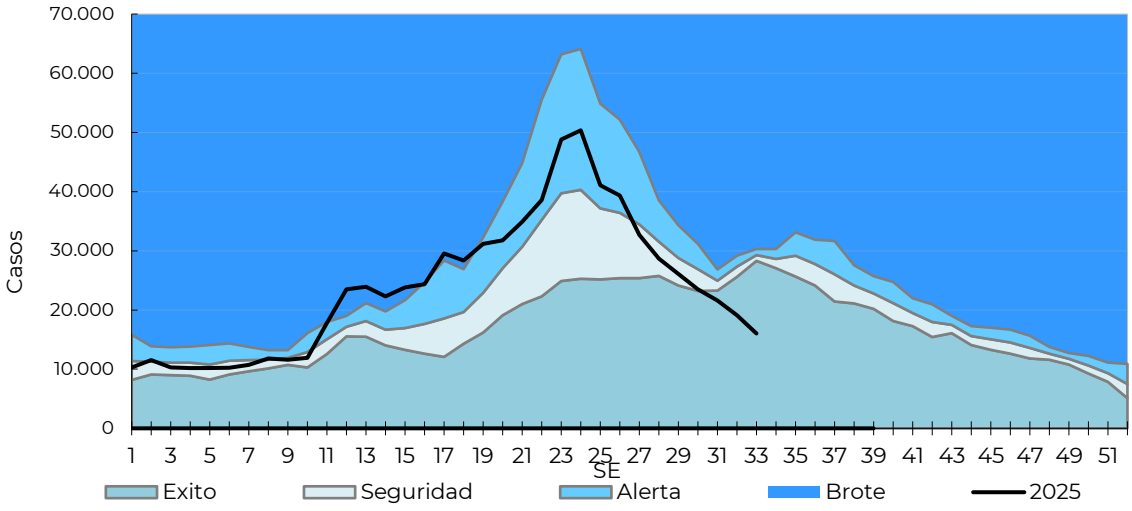
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE33. Argentina[15].



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

Las notificaciones de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) registradas en el SNVS, correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, se mantuvieron entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 a 10 de 2025 dentro de niveles de seguridad, con algunas oscilaciones. A partir de la SE 11 se observa un aumento progresivo de casos, alcanzando niveles de brote entre las SE 12 y 18. Posteriormente, la tendencia ascendente se sostiene hasta la SE 24, ubicándose en niveles de alerta hasta la SE 26.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 33 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 SNVS2.0.

[15] 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

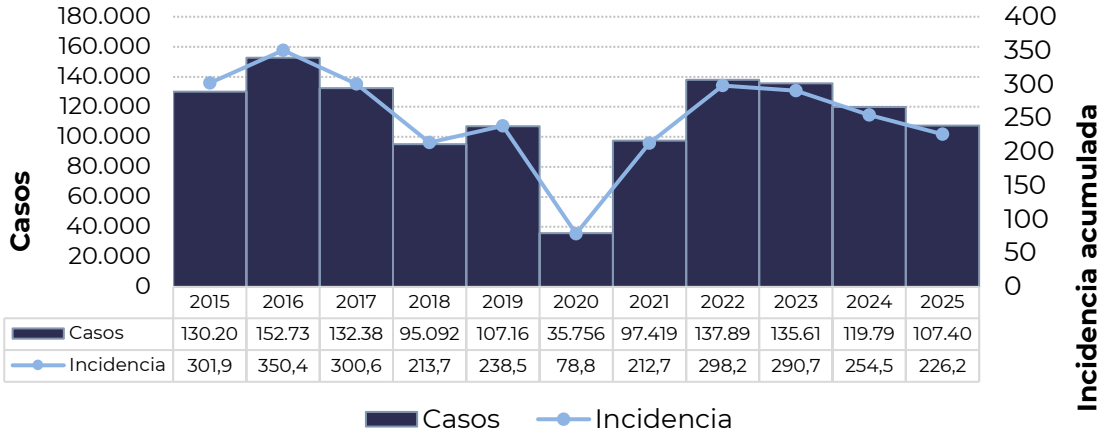
[16] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

VI.4.B. NEUMONÍA

Hasta la SE33 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 107.405 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 226,2 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. SE33. Argentina.

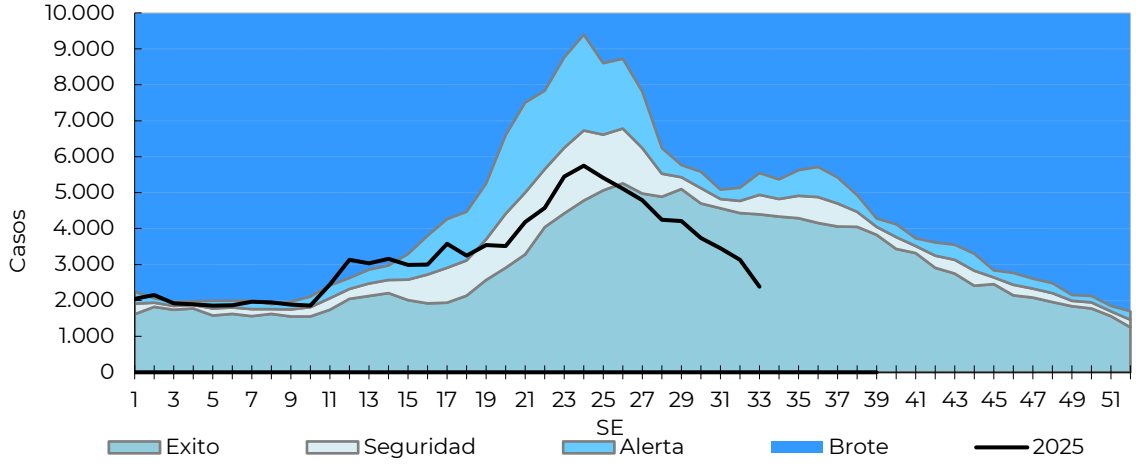


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	130.20	152.73	132.38	95.092	107.16	35.756	97.419	137.89	135.61	119.79	107.40
Incidencia	301,9	350,4	300,6	213,7	238,5	78,8	212,7	298,2	290,7	254,5	226,2

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

Las notificaciones de 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 33 de 2025[17]. Argentina.



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

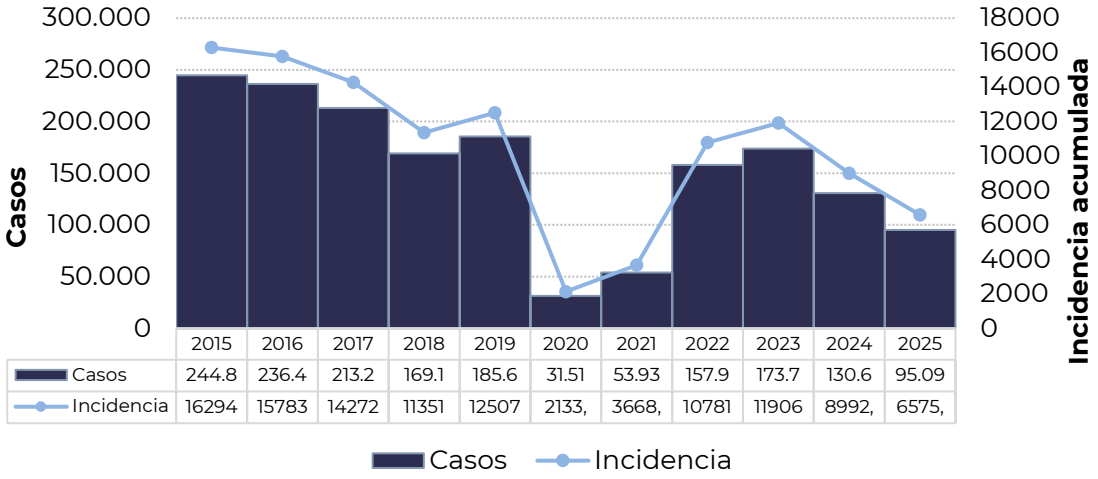
[17] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

VI.4.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 33 SE de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 95.098 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 6575,2 casos/100.000 habitantes.

En relación a los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 33 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. SE33. Argentina.

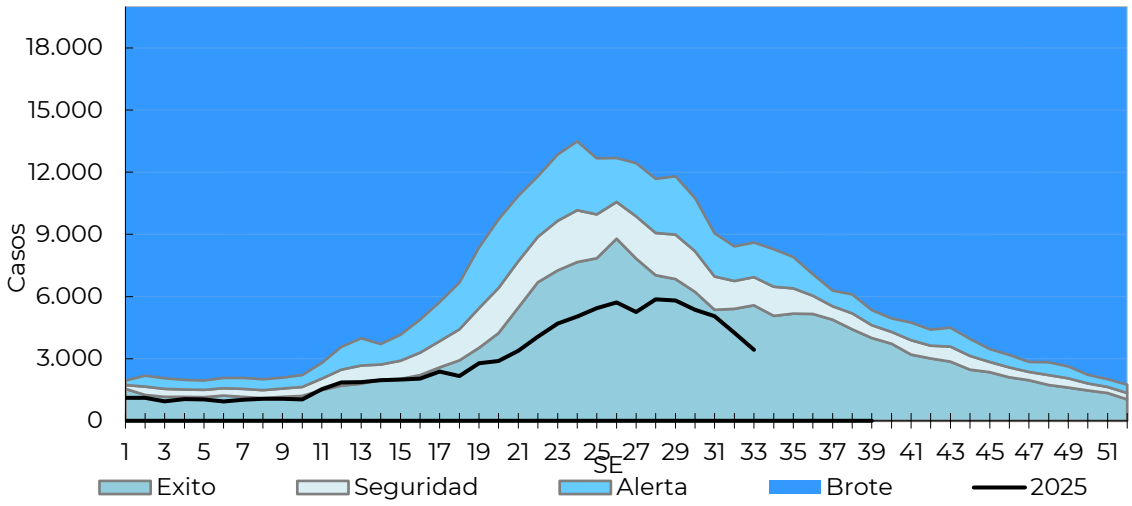


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	244.8	236.4	213.2	169.1	185.6	31.51	53.93	157.9	173.7	130.6	95.09
Incidencia	16294	15783	14272	11351	12507	2133,	3668,	10781	11906	8992,	6575,

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

En las 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, con tendencia ascendente en las notificaciones semanales entre las SE11 y 28.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 33 de 2025[18]. Argentina.

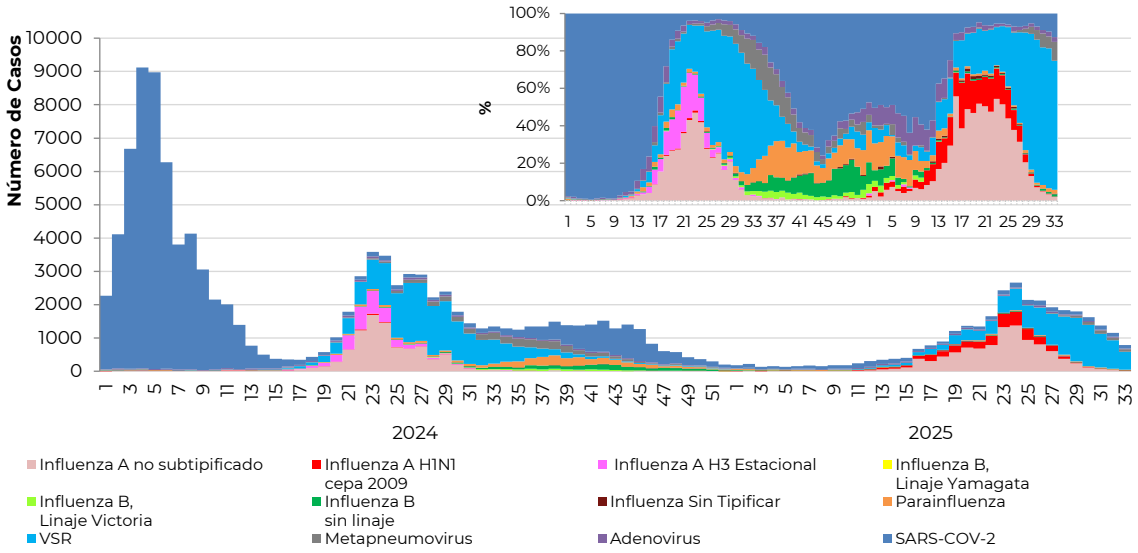


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0

VI.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. 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.

Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE33/2025. Argentina.

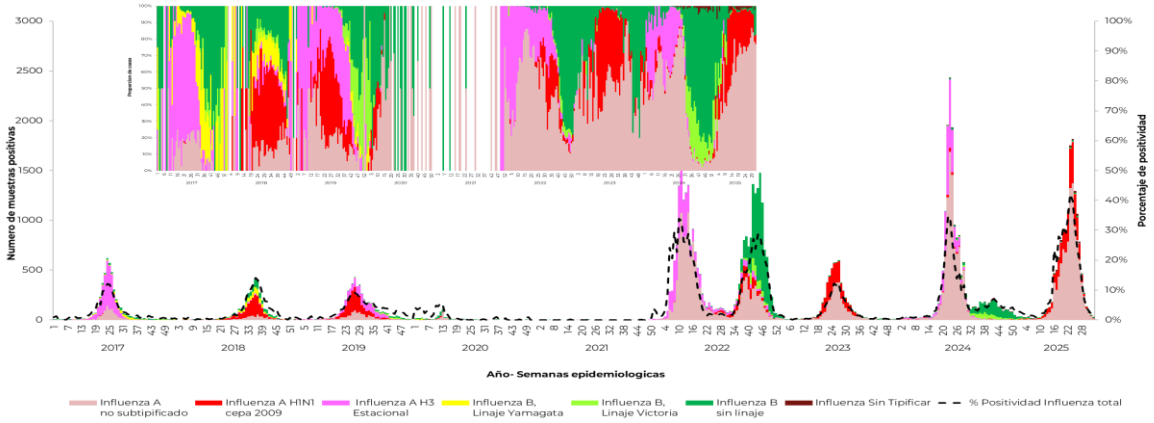


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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

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 (SE32 y SE33) se notificaron en total 81 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- SE33/2025. Argentina.

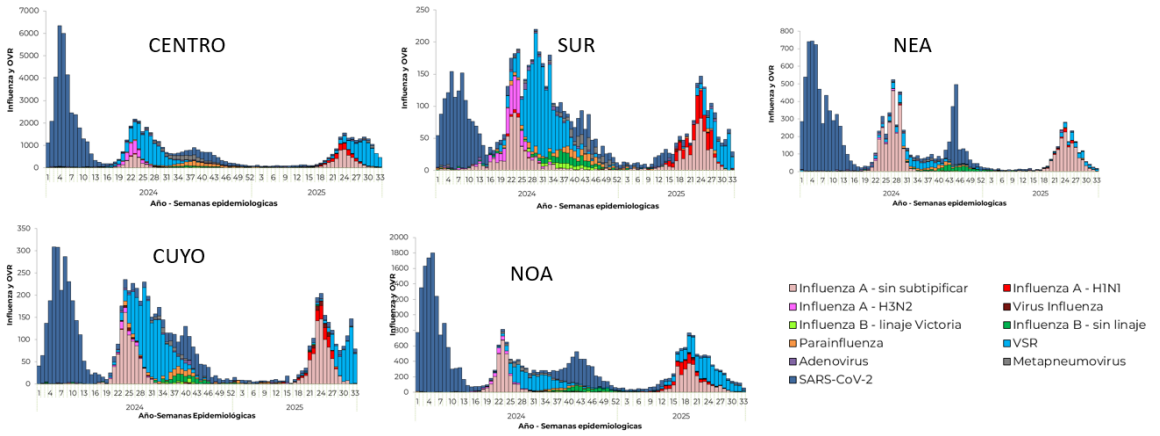


Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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. 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 SE33/2025. Argentina.



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

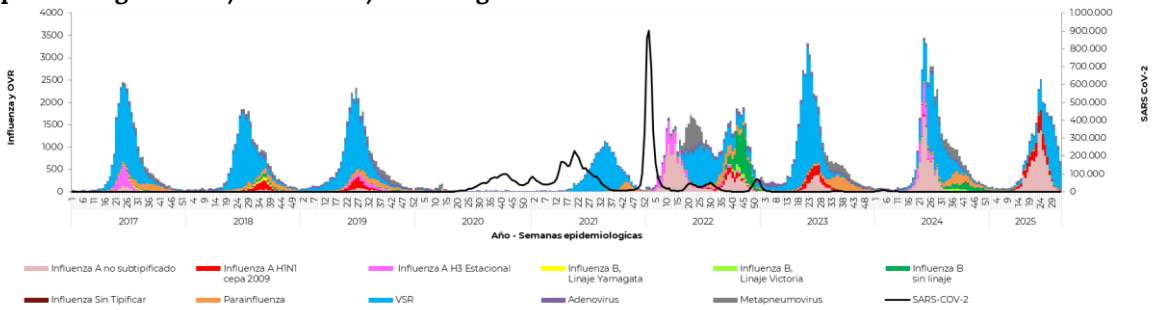
Además, en cuanto a **SARS-CoV-2**, durante 2024, aun cuando el número de casos por SE fue menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 80% de los casos entre las SE1 y SE12, con el mayor número de casos registrado entre las SE03 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 33 semanas de 2025 los casos se mantuvieron en valores bajos, con 210 detecciones en las últimas 2 SE (32 y 33).

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 (32 y 33), se notificaron 1.398 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 desde la SE 27.

Durante la SE 33/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: VSR, SARS-CoV-2, metapneumovirus, Influenza, adenovirus y parainfluenza.

Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE33/2025. 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 SE34 de 2025, se notificaron 1.461 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 67,1% menos casos**.** Los casos de

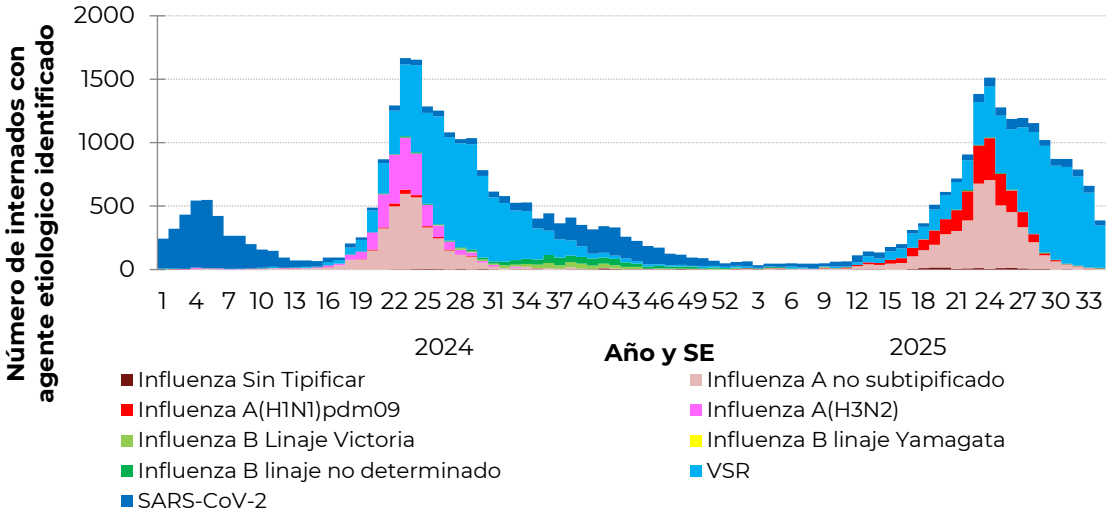
SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y valores estables en lo que va de 2025. Para la SE34/2025 se registraron 40 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, entre las SE1 y 34 de 2025 se registraron un total de 7.169 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 14 diagnósticos de influenza en internados.

Entre los 7.071 casos de influenza notificados durante 2025, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 6.904), con menor detección de influenza B (n= 134). De los casos de influenza A, 2.191 cuentan con subtipificación, correspondiendo 2.177 a influenza A (H1N1) pdm09 y 14 a influenza A (H3N2). En relación a influenza B, 16 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. 131 casos de influenza permanecen a la fecha sin tipificar.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 8.444 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 (SE34/2025), se registran 334 casos de VSR en hospitalizados.

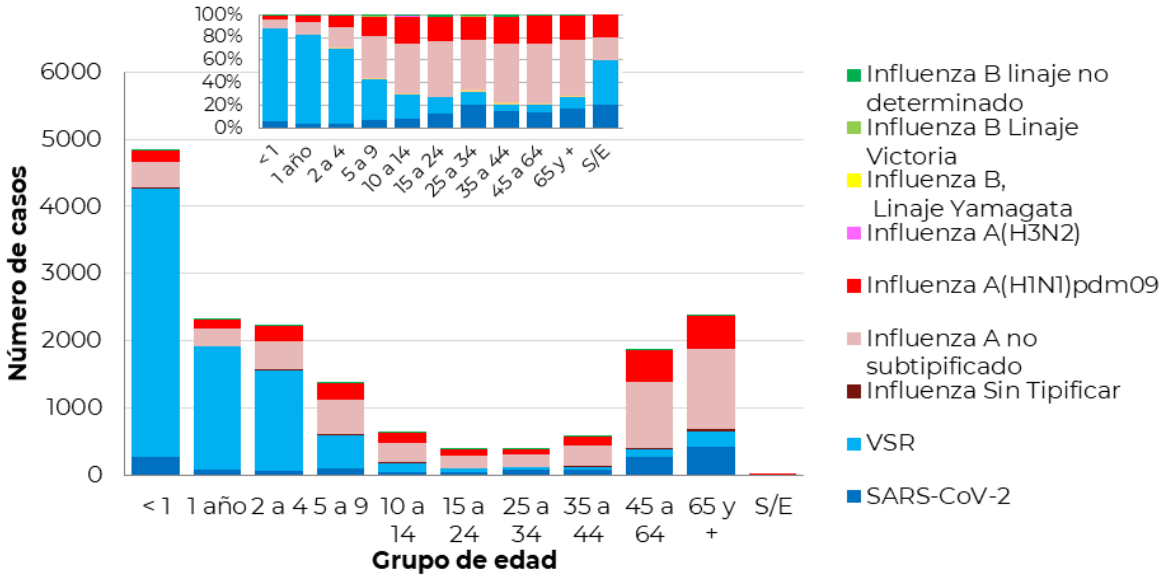
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE34/2025. Argentina.



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 SE34/2025, 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 SE34/2025.



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 201 fallecidos con diagnóstico de influenza [19] . 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.

[19] 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.

- 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[20]

VI.7. Vacunación antigripal

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

En el actual contexto epidemiológico, se insta a los equipos de salud a fortalecer la vacunación antigripal a las personas de los grupos poblacionales que se detallan a continuación, que no hayan recibido la vacuna este año. **Recordar que la vacunación antigripal administrada en forma oportuna es una medida preventiva sustancial para evitar el desarrollo de complicaciones relacionadas con la influenza.**

Población objetivo para vacunación antigripal:

- Personal de salud.
- Personas embarazadas: en cada embarazo y en cualquier trimestre
- Personas puérperas: hasta el egreso de la maternidad –máximo 10 días-, si no recibiera la vacuna durante el embarazo.
- Entre los 6 a 24 meses de edad: Esquema de dos dosis, si no las recibieron anteriormente.
- Entre los 2 y 64 años que tengan factores de riesgo: con documentación que acredite la existencia de enfermedades preexistentes incluidas entre los factores de riesgo.
- 65 años y mayores: no se requiere indicación médica para recibir la VACUNA ANTIGRIPAL. Como oportunidad, evaluar VACUNA CONTRA NEUMOCOCO y aplicar si corresponde.
- Personal Estratégico, cuyo desempeño es clave para mantener las funciones esenciales (ej. fuerzas de seguridad del Estado).

* Las condiciones clínicas que aumentan el riesgo de formas graves de influenza incluyen enfermedades respiratorias y cardíacas crónicas, inmunodeficiencias, enfermedades oncohematológicas, trasplantes, diabetes, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica, y otras condiciones específicas.

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

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

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

VII.1. Introducción

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

A partir de ese momento se tomaron acciones de investigación y control y en virtud de estos datos el 8 de mayo ANMAT emite un alerta[21] 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[22]. 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.

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

[22] 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

Los datos presentados en este informe provienen de las notificaciones registradas en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). La inclusión de casos se realiza únicamente cuando cumplen con las definiciones de caso establecidas[23], considerándose confirmados aquellos validados por el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) o vinculados a un foco confirmado.
De igual modo, los fallecimientos consignados corresponden exclusivamente a personas que cumplieron con el criterio de caso, ya sea por confirmación del LNR o por nexo con un caso confirmado.

Notificaciones totales 108	**Establecimientos con notificaciones** 22	**Jurisdicciones afectadas** 6
Casos asociados al brote por el LNR o Nexos (confirmados) 69	**Casos sospechosos** 18	**Casos no asociados al brote o invalidados** 21
Casos fallecidos 51	**Focos en establecimientos confirmados por LNR** 10	

Desde el Alerta emitido el 08 de mayo y hasta el 29 de agosto de 2025 se registraron 108 notificaciones al evento Infección por exposición a medicamento contaminado del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) en 22 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 63 casos asociados al brote y otras 6 notificaciones de casos sospechosos de los mismos establecimientos, se consideran asociados por nexo epidemiológico, totalizando 69 casos confirmados. Un caso notificado por la provincia de Neuquén y otro en la provincia de Río Negro se invalidaron por no cumplir con la definición de caso y otros 8 establecimientos se encuentran en investigación en Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. El resto de las provincias del país no han notificado casos sospechosos hasta el momento.

[23] Circular de vigilancia epidemiológica – Actualización de estudio de brote de infección invasiva por exposición a medicamento contaminado. 31 de mayo 2025. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/segunda-circular_vigilancia-fentanilo_3625.pdf

Tabla 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: distribución de casos según clasificación. Argentina. Hasta el 29/08/2025. N=108

Establecimientos/ Jurisdicción	Total casos asociados por LNR o Nexo	Sospechosos	No asociados o invalidados	Total notificaciones	Focos confirmados
EPBA01	19			19	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	20	5	2	27	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		4	3	7	En investigación
ESF06	3			3	SI
ESF07	1			1	SI
ESF08	1		1	2	SI
ESF09	13			13	SI
Santa Fe	46	8	16	70	7
ERN01			1	1	En investigación
Río Negro		0	1	1	0
ECB01	1	4	1	6	En investigación
ECB02		1		1	En investigación
Córdoba	1	5	1	7	0
Total general	**69**	**18**	**21**	**108**	**10**

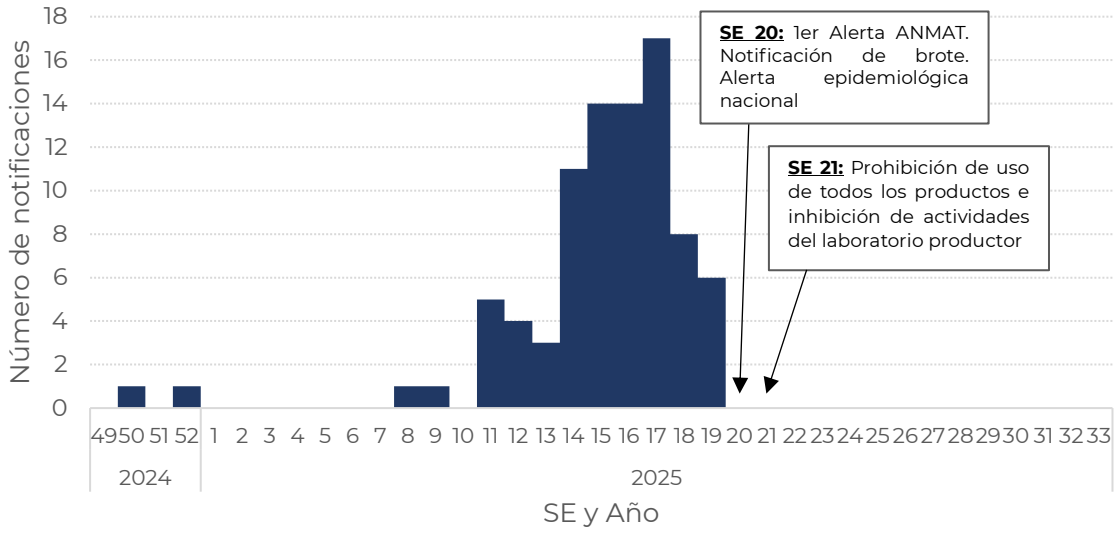
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" en base a datos provenientes del SNVS 2.0

Los casos de Córdoba se encuentran en proceso de investigación epidemiológica con el fin de recabar mayor 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.

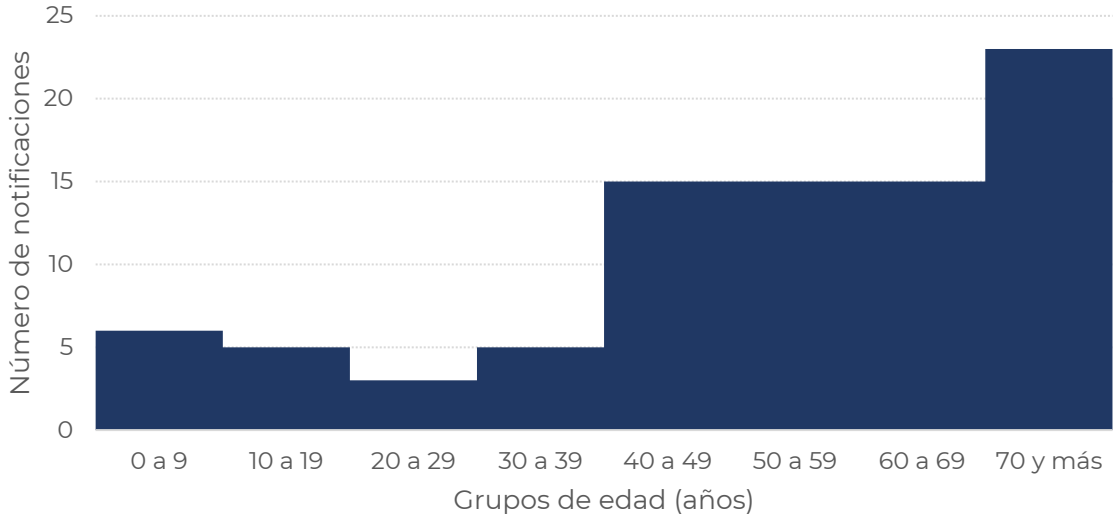
Gráfico 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: Distribución de casos asociados por LNR o nexo y sospechosos por SE y medidas sanitarias según semana epidemiológica. Argentina. Hasta el 29/08/2025. N=86*.



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 invalidados, no asociados al brote 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 58 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 29/08/2025. N=87*.



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 invalidados y no asociados al brote*

En cuanto a la evolución clínica, 12 de los 22 establecimientos que notificaron casos hasta el momento registraron casos fallecidos en el SNVS, sumando un total de 51, siendo el sexo masculino el más afectado y el grupo etario con más fallecimientos los mayores de 70 años (mediana 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.

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

VIII. Leptospirosis - Actualización informe epidemiológico

La Leptospirosis es una zoonosis de amplia distribución geográfica que aparece en forma aislada o en brotes epidémicos estacionales, y es causada por espiroquetas del género *Leptospira*. Constituye un problema emergente de salud pública, al afectar tanto la salud de las personas y los animales, como la economía. Más de 160 especies de animales silvestres y domésticos constituyen el reservorio y la fuente de infección de las personas, que son hospederos accidentales. Este evento constituye una de las problemáticas más importantes en la interfaz persona, animal y ambiente, por lo que debe ser abordado desde la perspectiva de "Una Salud".

La leptospirosis se puede transmitir a través del contacto con agua, barro o suelo húmedo contaminados con orina de animales infectados con leptospiras, a través de piel macerada o mucosas (Figura 1). En áreas rurales, la transmisión se encuentra usualmente asociada con tareas de agricultura y ganadería, con un mayor riesgo durante los meses cálidos y húmedos. En cambio, en áreas urbanas la infección está asociada a determinantes sociales de diferentes niveles, como urbanizaciones desorganizadas, deficiencias en el acceso a los servicios de agua, cloacas y recolección de residuos, lo que promueve una mayor exposición a roedores. Estas condiciones de vida desfavorables, determinan poblaciones potencialmente vulnerables.

En Argentina, el principal factor de riesgo para contraer leptospirosis es el contacto prolongado con inundaciones, aunque las actividades asociadas a ocupaciones rurales también constituyen factores de riesgo. Las inundaciones facilitan la propagación de las leptospiras en la comunidad humana, al poner en contacto más cercano a la bacteria y sus hospederos animales con las personas. A su vez, las inundaciones pueden provocar la interrupción de los servicios de salud y daños en las redes de agua y saneamiento, desplazando poblaciones y dañando hogares, lo que provoca también un mayor riesgo de infección y enfermedad.

Figura 1. Ciclo de transmisión de la leptospirosis.



Fuente: Folleto leptospirosis. Ministerio de Salud de la Nación.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000000321cnt-leptospirosis-folleto.pdf

Las especies más involucradas son los roedores (principal reservorio) y los animales domésticos, especialmente el perro, el ganado bovino y el porcino, como también animales silvestres.

Presenta cuadros clínicos variables, desde formas asintomáticas a formas graves que pueden llevar a la muerte. El período de incubación promedio es de 7 a 15 días. Se caracteriza por

presentar fiebre de comienzo repentino, cefalea, mialgias intensas, inyección de las conjuntivas. Puede estar acompañado de: ictericia, insuficiencia renal, meningitis, neumonía con o sin distrés respiratorio, hemorragias, uveítis y miocarditis en las formas graves. Estos signos y síntomas pueden presentarse en otras enfermedades que deben tenerse en cuenta para el diagnóstico diferencial como dengue, enfermedad tipo influenza, hantavirosis, mononucleosis infecciosa, Fiebre Hemorrágica Argentina, entre otras. Es importante la vigilancia de este evento en humanos y animales para elaborar estrategias de prevención y control de la enfermedad.

En este informe se presenta una actualización de la situación de la leptospirosis para el año en curso. Para mayor información sobre los casos notificados en años previos, dirigirse a: BEN 747 SE 10.

El análisis de la información se realizó considerando las modificaciones en la modalidad y estrategia de vigilancia implementadas a partir de la Actualización de las Normas de Vigilancia y Control y el Manual de Normas correspondiente, según lo establecido en la Resolución 2827/2022.

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

VIII.1. Situación de Leptospirosis humana en Argentina

VIII.1.A. NOTA METODOLÓGICA

La notificación de leptospirosis es de modalidad nominal, por lo que, para este análisis se utilizó el evento "Leptospirosis" del SNVS$^{2.0}$, del que se excluyeron los casos clasificados de forma manual como "Invalidados por Epidemiología".

Se consideraron casos de leptospirosis, incluyendo a los confirmados y probables, a aquellos que cumplen con los siguientes criterios: casos con detección positiva del genoma bacteriano mediante pruebas moleculares, casos con resultado reactivo en prueba de microaglutinación (MAT); casos con seroconversión en técnica MAT con o sin especificación de dilución; casos con resultado reactivo en pruebas serológicas ELISA IgM, ELISA IgG o test rápido (TR), con un resultado reactivo en la prueba MAT y con una diferencia entre la fecha de toma de muestra y la fecha mínima menor a 10 días; casos sin confirmación de laboratorio pero con clasificación manual confirmada o probable. Los casos se muestran según la fecha mínima, que se construye con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, toma de muestra, y, por último, de apertura si no tuviera consignada ninguna de las anteriores. Además, se agrupan por jurisdicción de residencia consignada en el SNVS 2.0, y en caso de no tenerla, por jurisdicción de carga.

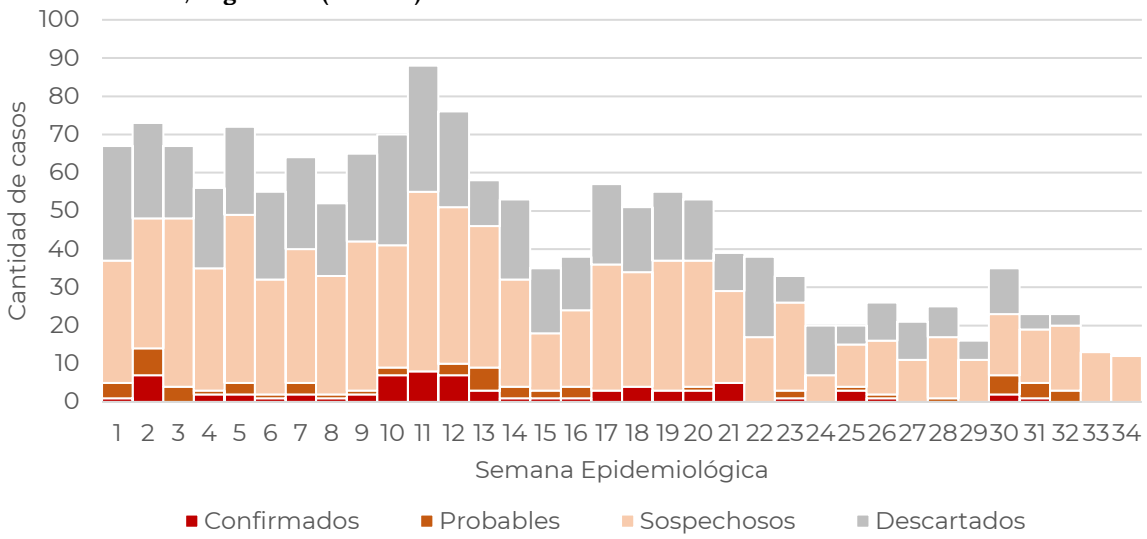
VIII.2. Situación Epidemiológica Actual (2025)

Durante 2025, hasta la semana epidemiológica 34, se notificaron 1.549 sospechas para el evento, de las cuales 134 fueron clasificadas como casos de leptospirosis: 72 confirmados y 62 probables (Gráfico 1). En el mismo período, se registraron seis fallecimientos en casos que consignan pruebas de laboratorio confirmatorias, todos residentes de la región Centro.

La distribución temporal muestra que la mayor parte de las notificaciones se concentró entre las SE 7 y 15, con un descenso progresivo hacia las semanas posteriores (Gráfico 1). Este patrón es consistente con la estacionalidad habitual del evento, asociada a los meses de verano y comienzos del otoño.

Cabe destacar que, desde su incorporación como evento de notificación obligatoria en 2023, la leptospirosis ha mostrado un fortalecimiento sostenido de la vigilancia, lo que permite consolidar el registro nacional y mejorar la oportunidad en la detección de brotes y casos graves. Este proceso de fortalecimiento podría explicar, en parte, la cantidad de notificaciones sospechosas registradas durante 2025.

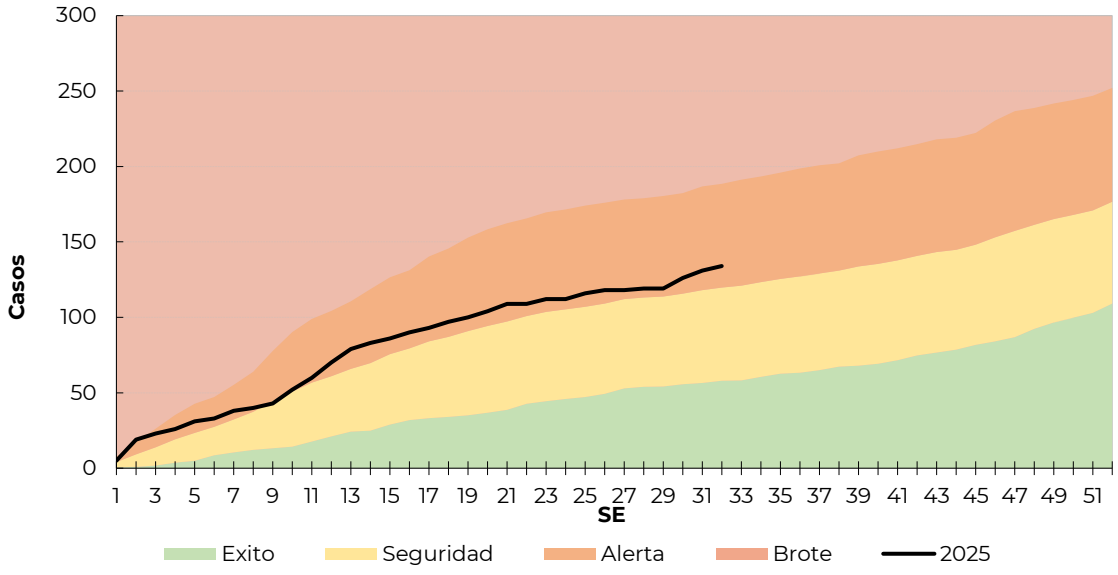
Gráfico 1. Casos notificados de leptospirosis según clasificación de caso por semana epidemiológica. SE01 a SE34 2025, Argentina. (N=1.549)



Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

El corredor endémico de leptospirosis muestra que, hasta la SE34 de 2025, el número acumulado de casos confirmados y probables se ubicó dentro de la **zona de alerta**, sin superar el umbral de brote (Gráfico 2). Esta tendencia indica que, si bien se registra una elevada cantidad de notificaciones sospechosas en el presente año, el comportamiento del evento se mantiene dentro de los patrones esperados en relación con los valores históricos.

Gráfico 2. Corredor endémico acumulado de leptospirosis. Período analizado: SE01 a SE34/2025 respecto del período comprendido entre SE01/2020 y SE52/2024. Argentina. (N=1.012)



Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Hasta la SE34 de 2025, se notificaron en el SNVS 2.0 un total de 134 casos de leptospirosis (confirmados y probables) en 11 jurisdicciones del país. El 85% de los casos se concentró en tres provincias: Buenos Aires (49 casos), Santa Fe (46 casos) y Entre Ríos (19 casos) (Tabla 1).

Tabla 1. Casos confirmados y probables de leptospirosis notificados al SNVS 2.0, por jurisdicción de residencia. Argentina, SE01–SE34, 2025 (N=134).

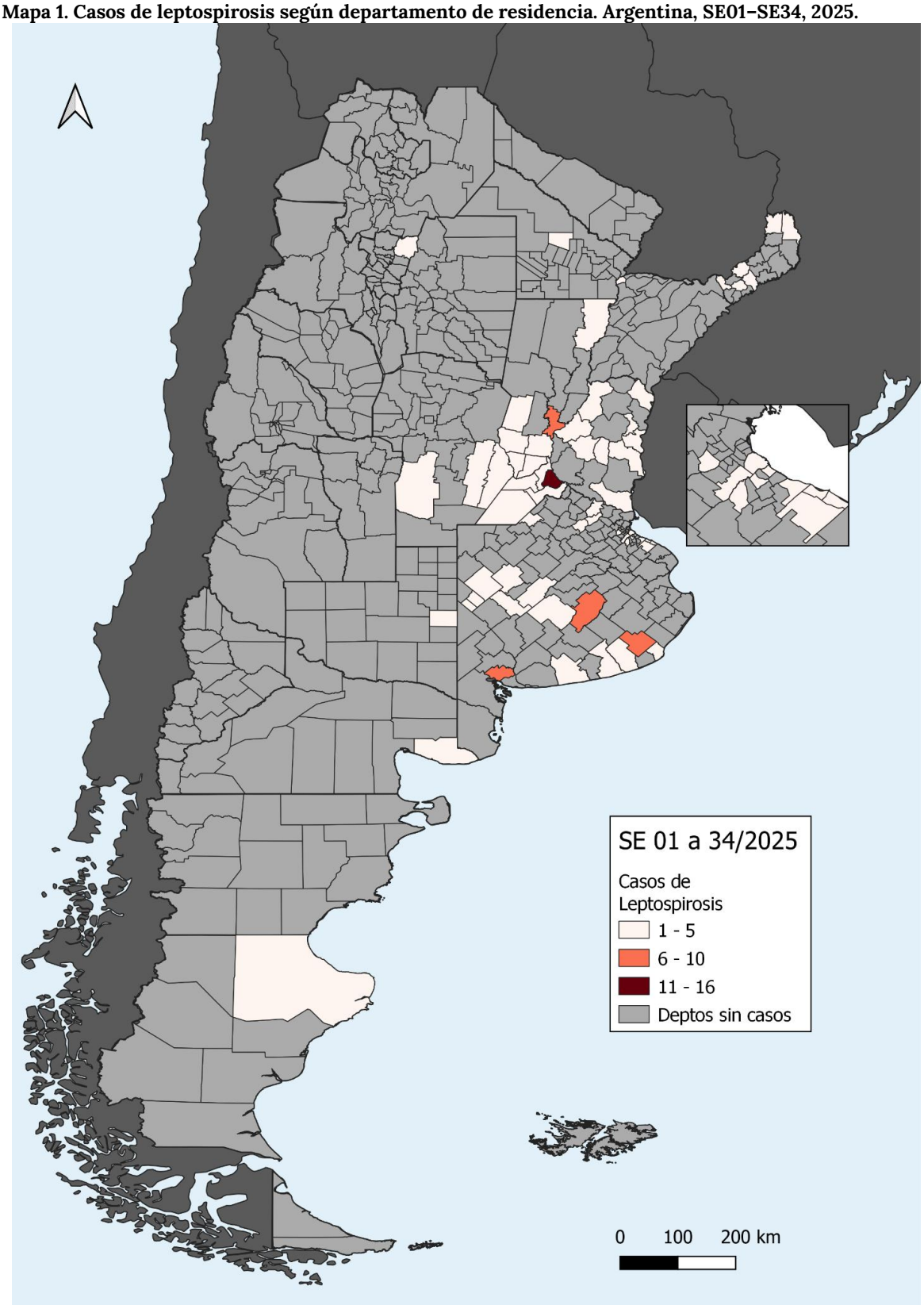
Jurisdicción	2025 (SE 1-34)
	Casos
Buenos Aires	49
CABA	1
Chaco	1
Córdoba	3
Corrientes	1
Entre Ríos	19
La Pampa	1
Misiones	8
Río Negro	2
Santa Cruz	2
Santa Fe	46
Tucumán	1
Total País	**134**

Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Asimismo, se registraron casos en Misiones (8), Córdoba (3), Río Negro (2), Santa Cruz (2), CABA (1), Chaco (1), Corrientes (1), La Pampa (1) y Tucumán (1). **La notificación en Santa Cruz corresponde a un evento aislado que no había presentado casos en años previos, lo que refuerza la necesidad de sostener la vigilancia activa en todo el territorio nacional.**

El mapa departamental permite visualizar la distribución territorial de los 134 casos notificados de leptospirosis en 2025. Los reportes se concentran en departamentos de las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos, tal como se detalló previamente, y se identifican además notificaciones en departamentos aislados de otras jurisdicciones (Mapa 1)

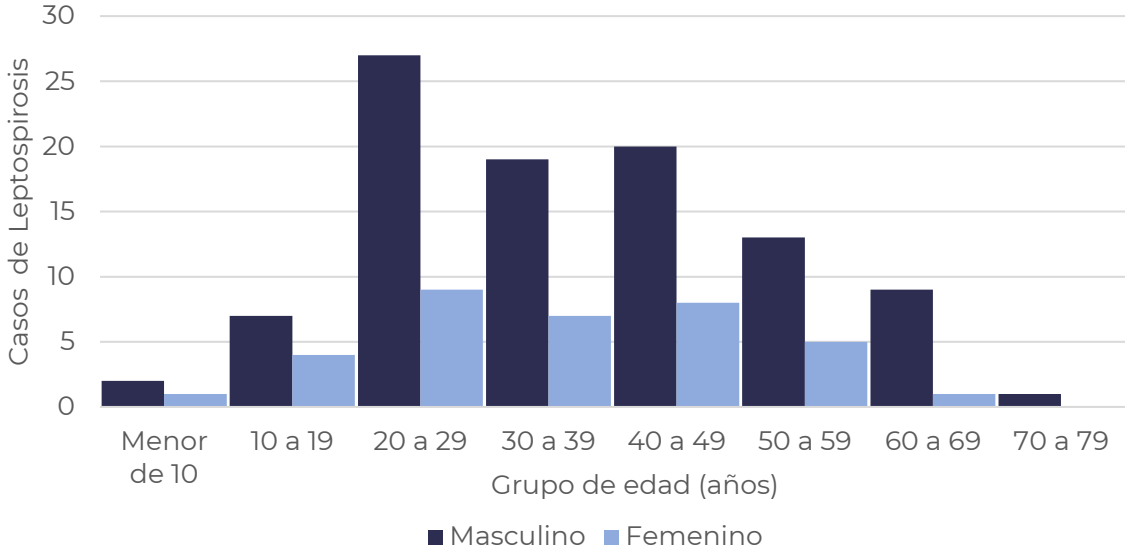
Mapa 1. Casos de leptospirosis según departamento de residencia. Argentina, SE01–SE34, 2025.



Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

La mediana de edad de los 134 casos notificados de leptospirosis en 2025 fue de 35 años (mín: 7 – máx: 78), con predominio del sexo masculino (75%; n=101) sobre el femenino (25%; n=33), y mayor concentración en los grupos de 20 a 29, 30 a 39 y 40 a 49 años (Gráfico 3).

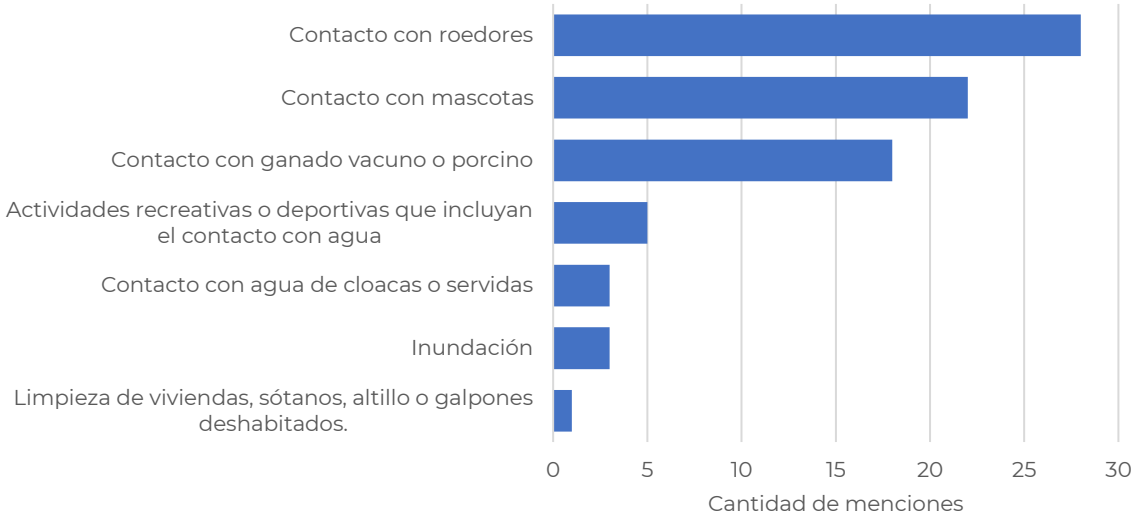
Gráfico 3. Casos de leptospirosis según sexo y grupo etario. SE01 a 34/2025, Argentina. (n=133*)



*Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0. *Nota: Se excluye 1 caso sin dato de sexo y/o edad.*

En el 39% de los casos (n=52) se registró al menos un antecedente epidemiológico. Entre las exposiciones identificadas, el contacto con roedores, su orina o deyecciones fue el más frecuente (54%), seguido por el contacto con mascotas y con ganado vacuno o porcino. También se mencionaron actividades recreativas o deportivas en contacto con agua, exposición a aguas servidas o de cloaca, y en menor medida inundaciones o limpieza de sótanos y galpones deshabitados (Gráfico 4).

Gráfico 4. Posibles fuentes de infección de los casos de leptospirosis. SE01 a 34/2025, Argentina (n=52).



Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

VIII.3. Situación de Leptospirosis canina en Argentina

Los perros son considerados centinelas para la detección temprana de esta bacteria, ya que su presencia indica un ambiente contaminado y, por lo tanto, un riesgo de contagio para personas y otros animales.

Con el fin de incorporar la vigilancia de leptospirosis canina en las estrategias de prevención y control, su notificación fue incluida en la actualización 2022 del *Manual de Normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria*.

VIII.3.A. NOTA METODOLÓGICA

La leptospirosis en caninos se vigila bajo el evento "Leptospirosis canina" con una modalidad individual y periodicidad inmediata. La estrategia de notificación es universal, clínica veterinaria, de laboratorio e investigación epidemiológica. Los brotes se informan mediante el formulario de notificación de brotes. Además, las muestras estudiadas se notifican de manera agrupada y con frecuencia semanal (componente de Laboratorio) bajo los eventos "Leptospirosis (VA)" y "Leptospirosis canina - Estudios poblacionales" dentro del grupo de eventos "Vigilancia animal", donde se registran las muestras estudiadas y positivas para leptospirosis.

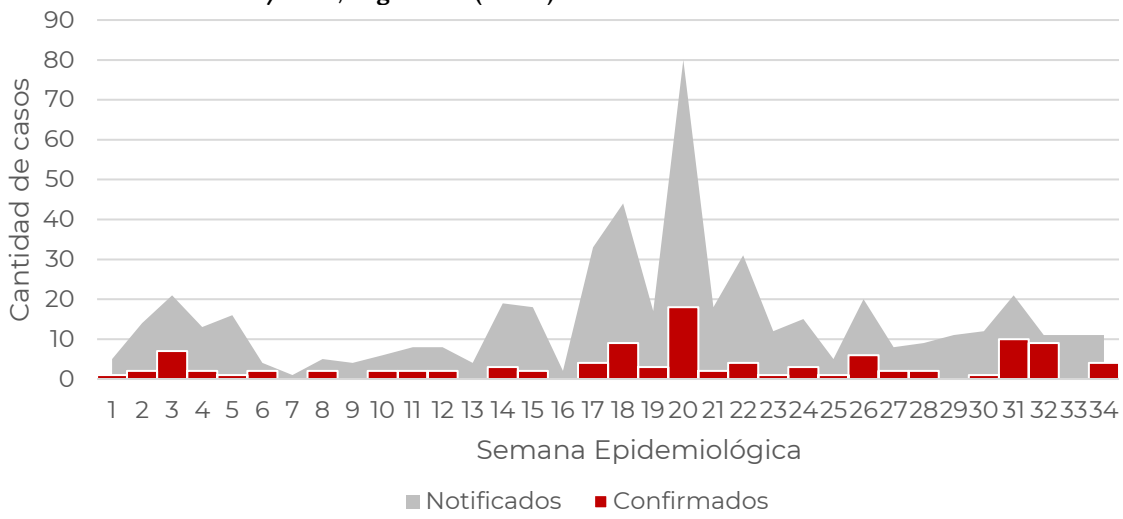
Los datos de este informe corresponden a las notificaciones nominales del año 2025, registradas en el SNVS [2.0] según la jurisdicción de residencia y la clasificación manual del caso.

VIII.4. Situación Epidemiológica Actual (2025)

Desde la semana epidemiológica (SE) 01 a la SE 34 del corriente se registraron 517 notificaciones en el evento "Leptospirosis canina". De las mismas, 107 corresponden a casos confirmados, 118 a probables, 147 a descartados y 145 a sospechosos.

La distribución temporal mostró un pico de notificaciones en la SE20, mientras que en las SE29 y SE33 no se registraron casos. A lo largo del período se notificaron casos confirmados de manera intermitente, reflejando la circulación sostenida del evento en la población canina (Gráfico 5).

Gráfico 5. Casos de leptospirosis canina notificados y confirmados según semana epidemiológica de notificación. SE01 a SE34/2025, Argentina. (N=517)

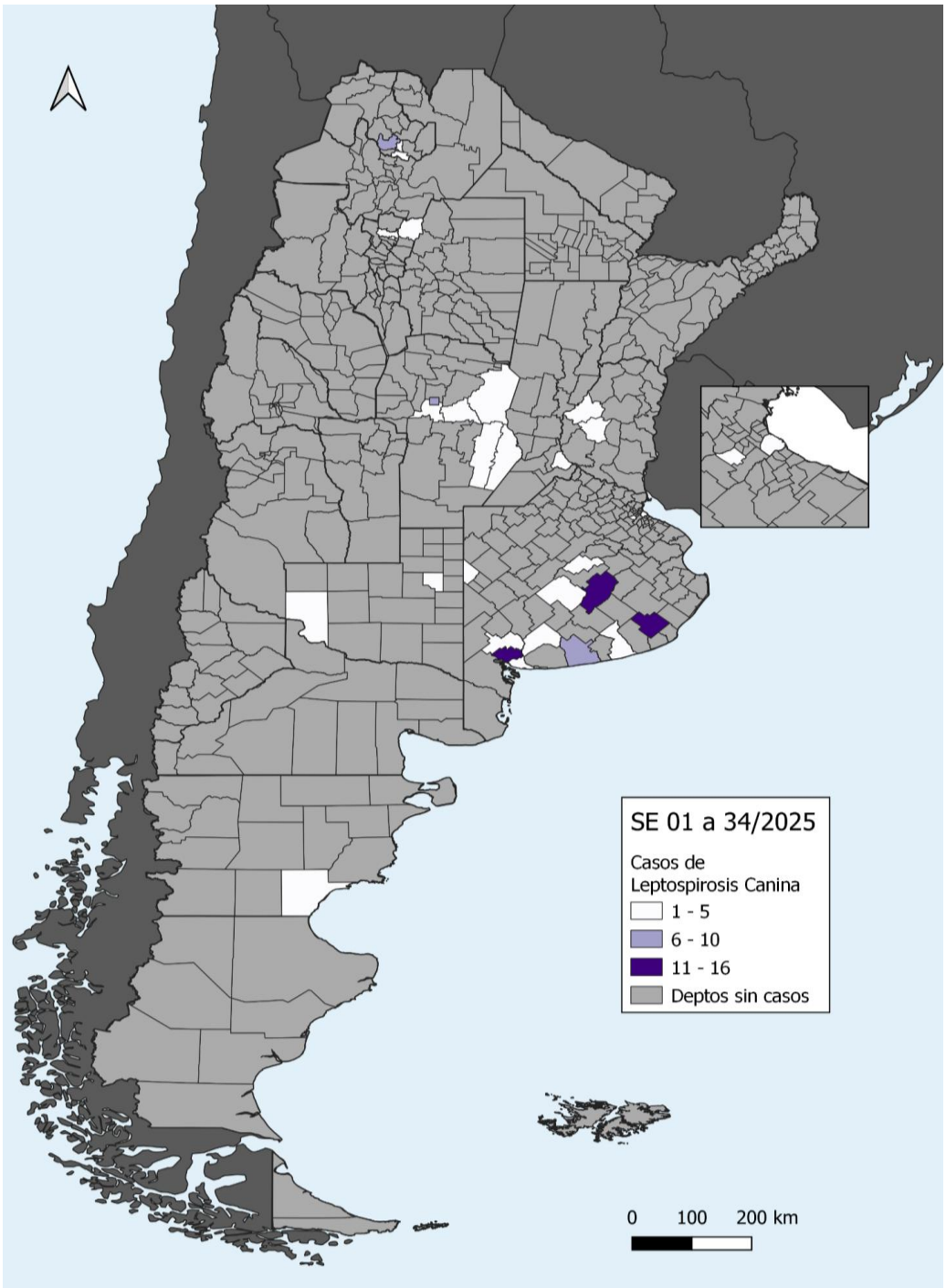


Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

El mayor volumen de notificaciones provino de la región Centro (73%) principalmente de la provincia de Buenos Aires, seguido de la región NOA (24%) a expensas de Jujuy y Tucumán. Asimismo, el 79% de los casos confirmados corresponde a la región Centro, principalmente a la provincia de Buenos Aires (64) seguido de Córdoba (17), Entre Ríos (2), CABA (1) y Santa Fe (1). Le sigue la región NOA con casos confirmados en Jujuy (14) y Tucumán (4). En la región Sur se registraron casos en La Pampa (3) y Chubut (1) (Mapa 2).

En comparación con el mismo período de 2024, se observa a nivel nacional un incremento tanto en la notificación como en la confirmación de casos.

Mapa 2. Casos confirmados de Leptospirosis canina según departamento de residencia. Argentina, SE 1 a 34/2025



Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

VIII.5. Recomendaciones para el equipo de salud

- Educación a la población respecto a los modos de transmisión y a la necesidad de que se evite contacto con aguas y superficies que puedan estar contaminadas
- Protección adecuada a los trabajadores en riesgo ocupacional con botas y guantes.
- Control de roedores en domicilio y peridomicilio. Mantener alejados a los roedores colocando alimentos, agua y basura en recipientes cerrados.
- Identificación de áreas o suelos contaminados y, de ser posible, drenaje de las aguas.
- Evitar la acumulación de agua en domicilios y peridomicilio.
- Eliminar la basura y acondicionar escombros, leña, de manera de evitar que sean refugios de roedores.
- Ante la aparición de abortos en el ganado, notificar y consultar al médico veterinario.
- Quimioprofilaxis: la recomendación es indicar profilaxis a aquellas personas solo con indicación médica evaluando el riesgo. NO se recomienda en embarazadas ni menores de 8 años.
- Se debe dar pautas de alarma para consulta y tratamiento temprano.
- Vacunación contra leptospirosis en caninos en áreas endémicas (monodosis o séxtuple)

VIII.6. Medidas ante casos y contactos

En personas

- Identificar fuente probable para localizar otros expuestos.
- Dar pautas de alarma para consulta precoz ante síntomas o signos compatibles de personas expuestas a la misma fuente (no existe transmisión interhumana).
- Tratamiento antibiótico: se recomienda para leptospirosis en personas mayores de 12 años: doxiciclina oral 100 mg de dos veces al día durante una semana. También se pueden administrar por vía oral amoxicilina (500 mg/día durante 1 semana a 10 días) o ampicilina (500–750 mg/día durante 1 semana a 10 días)

Leptospirosis grave: penicilina G (penicilina G sódica; a una dosis de 1,5 millones de U/6 h) por vía intravenosa una semana. Se recomienda que los niños y las mujeres embarazadas eviten el consumo de doxiciclina. Se debe administrar amoxicilina y azitromicina a niños menores de 12 años y mujeres embarazadas en lugar de doxiciclina.

En caninos:

Tratamiento de los casos confirmados para evitar la eliminación de Leptospira spp. por orina. Se debe instaurar el tratamiento antimicrobiano específico, además sintomático. Los antibióticos recomendados son:

1. Betalactámicos: Ideales para la fase de septicemia. No eliminan el estado de portador renal, (por lo que se recomienda asociarlo a aminoglucósidos)

a) Penicilina G procaínica: 40.000 UI/kg cada 12 a 24 horas, por vía SC o IM durante 15 días

b) Penicilina G benzatínica: 100.000 UI/kg cada 48 a 72 horas, por vía IM durante 15 días,

c) Amoxicilina: 20 a 40 mg/kg cada 8 a 12 horas, por vía SC, IM o vía oral durante 15 días.

2. Aminoglucósidos: Especialmente para eliminar leptospiras enquistadas, por lo que se utilizan por el sinergismo con betalactámicos. Estreptomicina o dihidroestreptomicina: 10 mg/kg cada 12 horas durante 3 días.

3. Tetraciclinas: Elimina la leptospiremia, la leptospiruria y el estado de portador renal. Doxiciclina: 5 a 10 mg/kg cada 12 o 24 horas respectivamente, por vía oral durante 21 días.

- Aislamiento para evitar la exposición de otros animales o personas.
- Examen clínico y serológico de los animales expuestos.
- Extremar medidas de antisepsia en el entorno (desinfección con lavandina).
- Protección individual en personal expuesto como veterinarios, tutores o proteccionistas de animales (guantes, botas, ropa impermeable).
- Derivación del entorno familiar a un Hospital de referencia. Se sugiere consulta médica ante inicio de síntomas (no está indicado quimioprofilaxis en estos casos en las personas)

VIII.7. Medidas ante brotes

- Identificar la fuente de infección, tales como basurales, criaderos de animales, zonas anegadas u orillas de ríos u arroyos contaminados, para eliminar la contaminación o prohibir su uso. Investigar fuentes ocupacionales.
- Se recomienda indicar profilaxis a aquellas personas que:

  1. Permanecen en áreas de anegamiento o inundación.

  2. Realizan tareas de desmalezamiento y limpieza en áreas inundadas o anegadas.

  3. Regresan a domicilio y tareas de limpieza luego de una inundación.

  ➢ Se indica doxiciclina en dosis de 200 mg (2 comprimidos) por semana para mayores de 12 años

  ➢ Entre 8 y 12 años la dosis es 100 mg (1 comprimido) por semana

  ➢ SOLO se repetirá a la semana si permanecen las condiciones de riesgo

  ➢ NO se recomienda a embarazadas ni menores de 8 años. En aquellas personas que no pueden recibir doxiciclina se debe dar pautas de alarma para consulta y tratamiento temprano.

- En caninos:

De aplicación poblacional en perros susceptibles expuestos debido a factores climáticos no previstos como inundaciones, a ambientes potencialmente contaminados con Leptospiras, en donde no hay tiempo de aplicar esquemas de vacunación preventivos. Previa evaluación de los riesgos de los animales como (portador/eliminador) y potencial transmisor de la infección para los humanos, se sugiere realizar quimioprofilaxis con doxiciclina a la población canina expuesta a inundaciones.

Dosificación de la Doxiciclina:

- ➢ Perros chicos: 50 mg/totales por semana.
- ➢ Perros medianos: 100 mg/totales por semana.
- ➢ Perros grandes: 150 mg/totales por semana. Hasta 2 a 3 semanas después de que las aguas hayan bajado.
- Se recomendará administrar el fármaco con alimentos, para reducir el riesgo de trastornos esofágicos.

Durante lluvias intensas, la orina de animales infectados puede contaminar el suelo y el agua y enfermar a las personas y otros animales. Los casos de leptospirosis pueden aumentar después de inundaciones si las personas y animales tienen contacto directo con agua contaminada.

- Después de una inundación, hacer que el agua sea segura para beber hirviendo o usando un tratamiento químico cómo pastillas potabilizadoras o dos gotitas de lavandina por litro de agua.
- Cubrir los cortes o rasguños con vendajes impermeables u otros cobertores que impidan el paso del agua.
- No meterse, bañarse ni tragar agua de inundación ni ninguna fuente de agua dulce que pueda contener orina de animal.
- Usar ropa y zapatos protectores impermeables cerca del agua o del suelo que puedan estar contaminados con orina animal.

VIII.8. Conclusiones

La situación epidemiológica de leptospirosis en humanos y caninos pone de relieve la importancia de continuar fortaleciendo la vigilancia bajo el enfoque de Una Salud. El aumento en la notificación de casos, especialmente en caninos, refleja no solo la detección del agente, sino también una mayor sensibilidad del sistema.

Cabe destacar que, para una correcta interpretación de los resultados de laboratorio, resulta fundamental consignar la fecha de inicio de síntomas, así como la importancia en la completitud de los demás datos clínicos y epidemiológicos en el proceso de notificación. Asimismo, la obtención de segundas muestras es clave para cerrar adecuadamente los casos, ya sea confirmando o descartando el diagnóstico.

La situación epidemiológica de 2025 muestra que la leptospirosis continúa siendo un evento relevante en salud pública, con predominio de casos en la región Centro y un mayor impacto en varones jóvenes y adultos. El fortalecimiento de la vigilancia desde su incorporación como evento de notificación obligatoria en 2023 se refleja en el incremento de sospechas registradas y en la mejor caracterización de los casos a partir de la información clínica y epidemiológica.

La vigilancia en caninos complementa este panorama, evidenciando un aumento en las notificaciones y confirmaciones respecto al año anterior, lo que refuerza la importancia de articular la información bajo un enfoque de Una Salud. En conjunto, los datos de 2025 destacan la necesidad de sostener la vigilancia integrada, garantizar la calidad de la notificación y profundizar las acciones de prevención en las áreas de mayor circulación.

VIII.9. Vigilancia epidemiológica

VIII.9.A. DEFINICIONES DE CASO DE LEPTOSPIROSIS HUMANA

Caso sospechoso: enfermo febril agudo, con cefalea, mialgia, en ausencia de síntomas en vías aéreas superiores y con epidemiología compatible, seguido o no de ictericia, meningitis, nefropatía, neumonía, hemorragias. Se consideran antecedentes epidemiológicos compatibles, en los 30 días anteriores, al inicio de los síntomas, siendo su tiempo de evolución en promedio de 7 a15 días, cualquiera de las siguientes actividades:

- Actividades en ambientes urbanos vinculadas a recolección de residuos, clasificación de material para reciclaje, limpieza en canales o acequias o trabajo en alcantarillas, trabajo de huertas, albañilería o en frigorífico.

- Actividades en ambientes rurales como manejo de animales, agricultura en áreas anegadas, pesca, o cualquier otra actividad, laboral o recreativa en ambientes acuáticos naturales.
- Haber estado en zonas afectadas por inundaciones.

Caso Sospechoso – Resultado No Conclusivo: todo caso sospechoso estudiado por laboratorio por cualquier técnica, con resultado negativo en una única muestra de hasta 10 días de evolución desde el inicio de los síntomas.

Caso probable: todo caso sospechoso sumado a uno o más de los siguientes: a) Un resultado reactivo para estudios realizados por las siguientes pruebas de tamizaje: Macroaglutinación (Antígeno TR) y/o ELISA. b) Un resultado reactivo para la prueba de referencia: microaglutinación (MAT) con título menor a 200 en una única muestra.

Caso confirmado: todo caso sospechoso o probable sumado a:

a) En una única muestra, una o más de las siguientes: 1. MAT (microaglutinación) positiva a un título mayor o igual a 200 2. Aislamiento bacteriano 3. Detección de genoma bacteriano por PCR

b) Seroconversión a la MAT, en dos o más muestras, preferentemente con más de 10 días de evolución: 1. 1er muestra negativa y 2da positiva o 2. 1ra y 2da muestras positivas con diferencia de al menos 2 títulos entre ellas (directa o inversa).

Caso descartado: todo paciente con uno o más de los siguientes criterios:

- Dos muestras en las que NO se observa seroconversión a la MAT (2da muestra con más de 10 días desde fecha de inicio de síntomas)
- Resultado NO reactivo para ELISA en muestras de más de 10 días de inicio de síntomas.
- MAT negativa en muestra única de más de 10 días de evolución desde el inicio de síntomas.
- Diagnóstico laboratorial confirmatorio para otra enfermedad febril.

VIII.9.B. DEFINICIONES DE CASO DE LEPTOSPIROSIS CANINA

Caso Sospechoso: canino con signopatología (síndrome febril agudo, ictericia, vómitos, nefropatía (IRA), mialgias, hemorragias, astenia) y epidemiología compatible con leptospirosis. Los antecedentes epidemiológicos sugestivos son: exposición a inundaciones, temporada de lluvias, barro, basurales o contacto con aguas estancadas (pozos, arroyos, lagos o ríos) y/o contacto con animales enfermos o roedores, animales sin antecedentes de vacunación previa.

Caso Probable: caso sospechoso con un resultado reactivo para la prueba de referencia: microaglutinación (MAT) con título menor o igual a 1/400 en una única muestra, ya sea a uno o más serogrupos, sin antecedentes de vacunación vigente.

Caso Confirmado: Caso sospechoso o probable con:

a) Una única muestra sometida a diagnóstico de MAT (microaglutinación), que resulte positiva a un título mayor o igual a 1/800 frente a uno o más serogrupos, sin antecedentes de haber recibido vacunación en los últimos 6 meses; ó

b) Seroconversión a la MAT: la 1ra muestra negativa y la 2da positiva o 1ra y 2da muestra positivas con diferencia de al menos 2 títulos entre ellas. Ambas muestras se toman con un intervalo de 15 días entre cada una; ó

c) Aislamiento bacteriano; ó

d) Detección de genoma bacteriano por PCR

Ficha de notificación humana:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha_epidemiologica_sfai_en_area_no_endemica_de_fha_13112024.pdf

Ficha de notificación canina:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-11/ficha-notificacion-leptospirosis-canina.pdf

---

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

IX. Boletines Jurisdiccionales

IX.1. Buenos Aires: Eventos de notificación obligatoria (ENO)

Se presenta el número de casos acumulados notificados en eventos de notificación obligatoria seleccionados por su impacto en la calidad de vida de las personas o en los servicios de salud; por su severidad o por su carácter endémico.



Casos acumulados a SE 32, años 2022-2025 e incremento de casos entre SE 31 y 32.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Eventos seleccionados	2022	2023	2024	2025	Incremento semanal	% Incremento relativo
Enfermedad tipo influenza (ETI)	269.161	287.849	295.127	270.736	9.155	3,5%
Bronquiolitis en menores de dos años	63.090	79.714	62.488	43.837	2.424	5,9%
Neumonía	37.019	55.915	39.844	33.590	1.161	3,6%

ENFERMEDADES ENDEMICAS BAJO PROGRAMAS DE CONTROL

Eventos seleccionados	2022	2023	2024	2025	Incremento semanal	% Incremento relativo
Tuberculosis (*)	3.327	3.793	3.962	3.253	115	3,7%
Lepra - Enfermedad de Hansen (*)	4	-	-	-		
Chagas agudo congénito (*)	16	10	14	11		
Chagas crónico en personas gestantes	235	197	197	121	4	3,4%

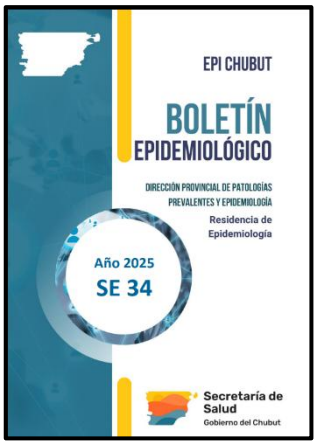
Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

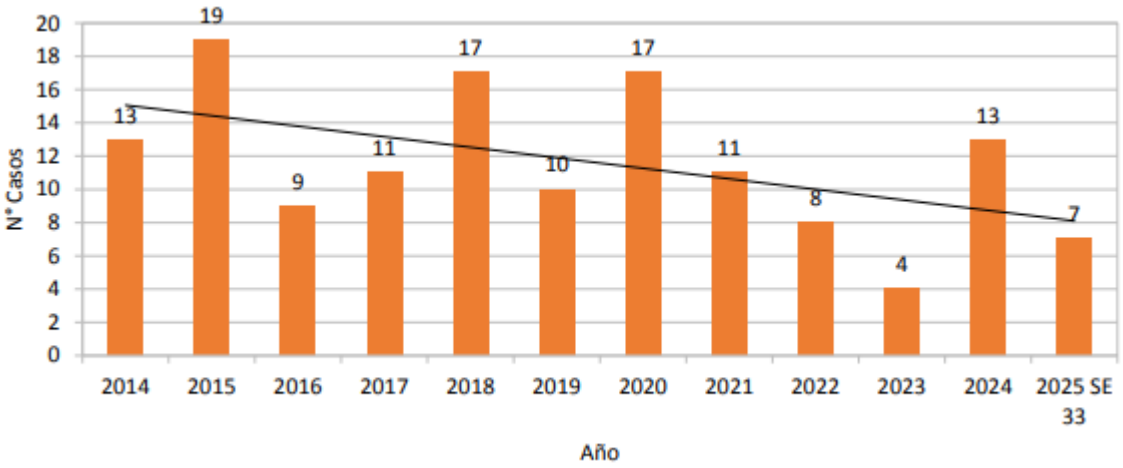
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

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

Desde el año 2014 hasta la SE 33 del año 2025, se confirmaron en total 139 casos de Síndrome urémico hemolítico. A la semana epidemiológica 33 del 2025 se confirmaron 7 casos de SUH.



Distribución de Casos de SUH según año de consulta. Provincia de Chubut. Período 2014- SE 33 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

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

Desde la semana epidemiológica (SE) 01/2025 hasta la SE 33/2025, se notificaron 1.248 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, 19 casos a virus SARS-CoV-2 y 109 casos de virus sincitial respiratorio (VSR), mientras que en 774 pacientes no fueron detectados virus respiratorios. (Tabla 1)



Tabla 1: Casos notificados y confirmados a Influenza y SARS-CoV-2. SE 01 a SE 33 de 2025. Entre Ríos

CASOS NOTIFICADOS	CONFIRMADOS INFLUENZA A	CONFIRMADOS INFLUENZA B	CONFIRMADOS SARS-CoV-2	DESCARTADOS
1.360	138	3	19	825

Fuente: SNVS 2.0

Del total de notificados, 22 pacientes resultaron positivos a otros virus respiratorios (Tabla 2).

Tabla 2: Casos notificados y confirmados a otros virus respiratorios. SE 01 a SE 33 de 2025. Entre Ríos.

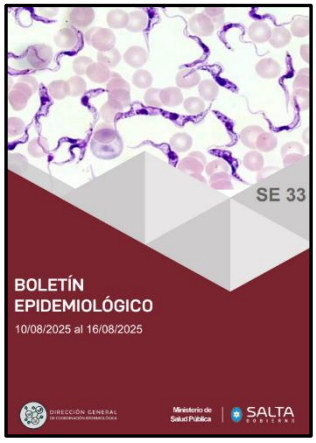
CASOS NOTIFICADOS	VSR	ADENOVIRUS	PARAINFLUENZA 1 PARAINFLUENZA 2 PARAINFLUENZA 3	METANEUMO VIRUS HUMANO	RINOVIRUS	ENTEROVIRUS	DESCARTADOS
1.360	148	6	14	3	2	1	825

Fuente: SNVS 2.0

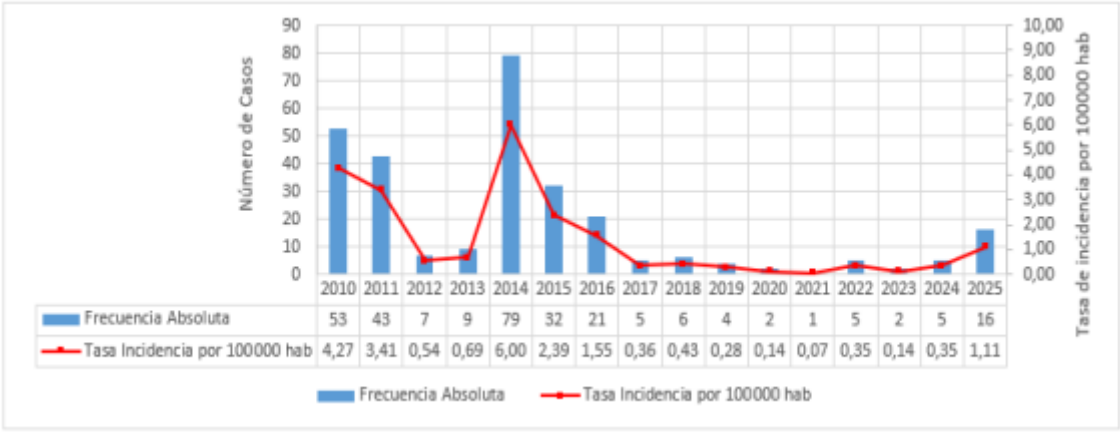
Para más información: https://portal.entrerios.gov.ar/salud/pf/deptovigilancia/9957

IX.4. Salta: Hepatitis A

Hasta la semana epidemiológica (SE) Nº 33 del año 2025, se notificaron un total de 55 casos sospechosos de hepatitis A, de los cuales se confirmaron 13 por laboratorio y 3 por nexo epidemiológico. A continuación, se muestra la evolución del número de casos y tasa de incidencia por 100.000 mil habitantes durante el periodo 2010 hasta SE 33 del año 2025.



Casos confirmados de Hepatitis A y tasa cada 100mil hab. periodo 2010 hasta se 33/2025. Provincia de Salta.



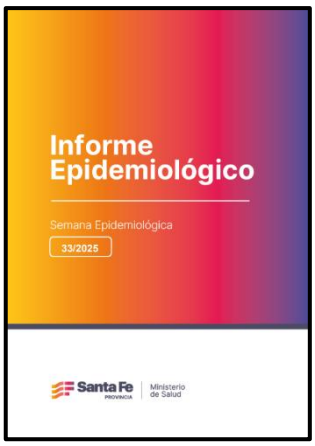
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Frecuencia Absoluta	53	43	7	9	79	32	21	5	6	4	2	1	5	2	5	16
Tasa Incidencia por 100000 hab	4,27	3,41	0,54	0,69	6,00	2,39	1,55	0,36	0,43	0,28	0,14	0,07	0,35	0,14	0,35	1,11

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

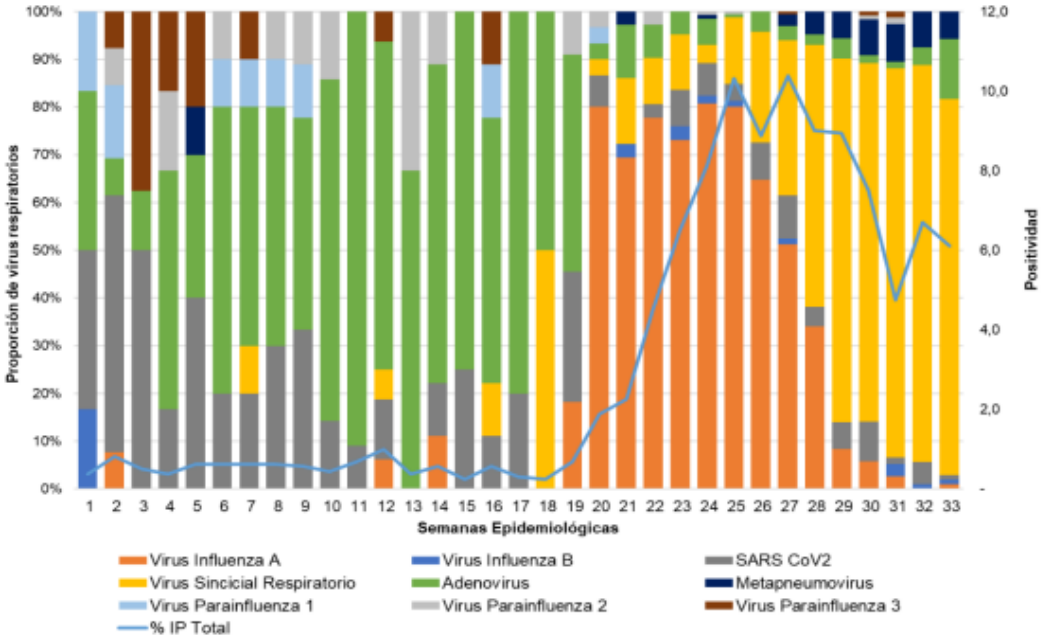
Para más información: http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

IX.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, SE 23, SE 24, SE 25, SE 27, SE 31, SE32 y SE33. Por otro lado, se informan casos positivos de SARS CoV-2 en todas las semanas, con excepción de la SE 13, SE 18 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 33, registrándose un aumento desde la SE 23. Los casos positivos de Adenovirus fueron informados desde la SE 1 hasta la SE 33.



Distribución de casos positivos de Virus respiratorios en pacientes internados IRA según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 33 - Año 2025.



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

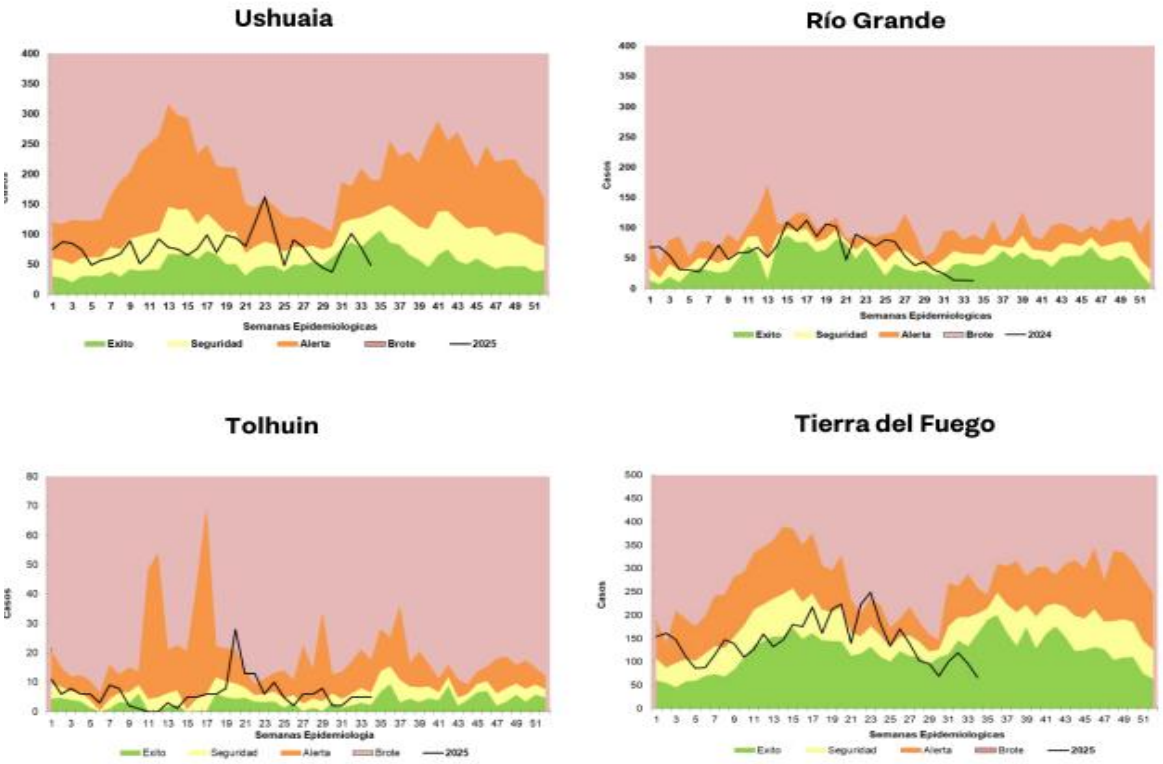
Para más información:

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

IX.6. Tierra del Fuego: Diarrea aguda

A nivel provincial la incidencia se encuentra en zona de éxito con un total de 4890 casos acumulados. En Ushuaia, la incidencia se ubica en zona de éxito, alcanzando un total de 2564 casos. En Río Grande, la incidencia se ubica en zona de éxito, con un total de 2115 casos acumulados. En Tolhuin la incidencia se ubica en zona de seguridad, con un total de 211 casos acumulados.





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.

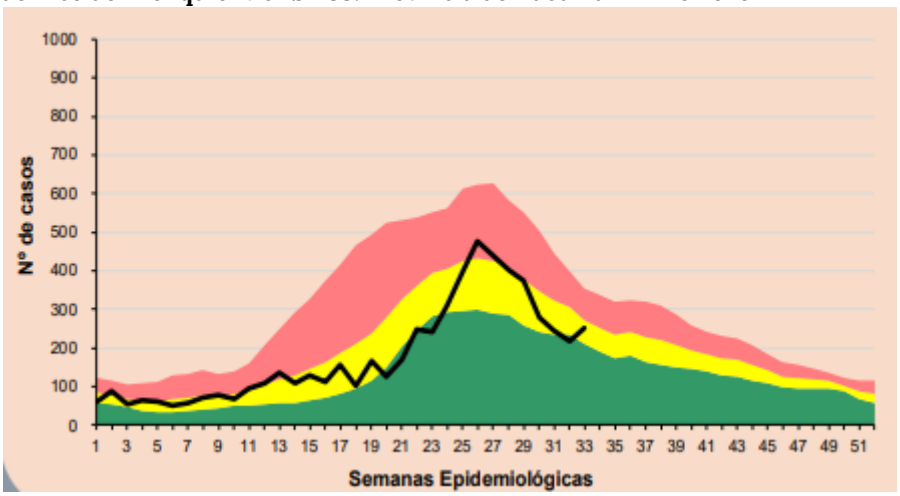
Para más información:
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

IX.7. 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 33 se notificaron 251 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis- SE 33. Provincia de Tucumán - Año 2025



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología.

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas 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	Diarrea Aguda	Laboratorio	Resultado	Se adicionó la opción: "Vibrio cholerae no toxigénico"
				Se quitó la opción: "Vibrio cholaeae No-01, No-0139"
Agosto	Meningoencefalitis	Laboratorio	Resultado	Se quitó la opción "Listeria monocytogenes serotipo 4 ab" **Nota: ante hallazgo de Listeria sp corresponde notificar en el evento de Listeriosis.**

XI. Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud 7° Edición.



Formulario de inscripción