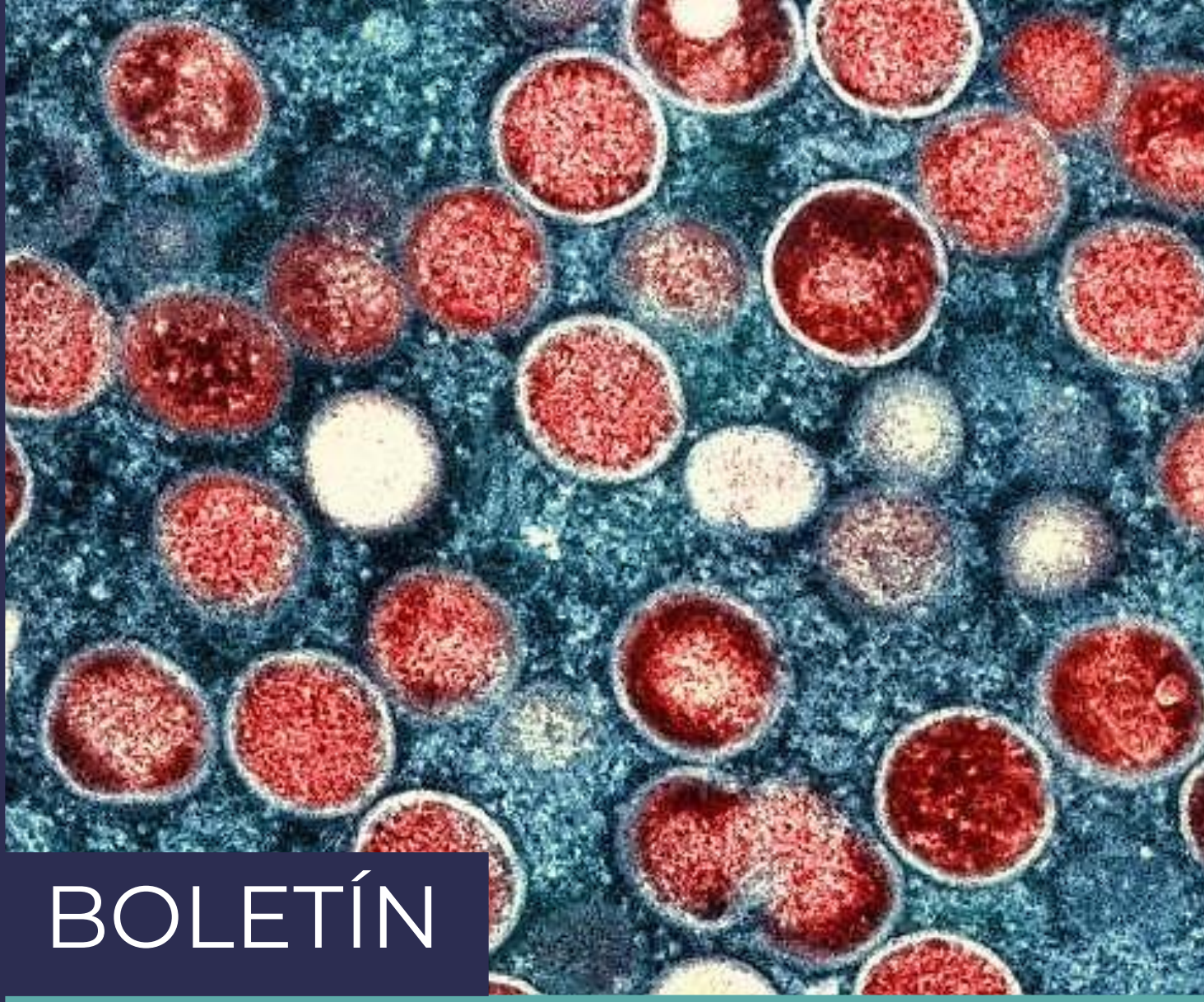
ISNN:2422-698X (en línea)
ISNN:2422-6998 (correo electrónico)



BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **772**

Semana epidemiológica 35
AÑO 2025
Desde 24/08 al 30/08
Fecha de publicación
08/09/2025

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 Varicela
Del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección control de enfermedades inmunoprevenibles.
Del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán": el Área de Epidemiología y el Servicio de neurovirosis.

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:

Ilustración del virus de la viruela símica. Imagen tomada del banco de imágenes de CDC.
Las personas con viruela símica (mpox) a menudo presentan un sarpullido que podría aparecer en las manos, los pies, el pecho, la cara, la boca o cerca de los genitales, incluidos el pene, los testículos, los labios de la vulva, la vagina y el ano. El periodo de incubación es de 3 a 17 días. Durante este periodo, las personas no tienen síntomas.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°772, SE 35.

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.° 772 presenta una actualización integral de la situación sanitaria nacional correspondiente a la Semana Epidemiológica (SE) 36, en el marco del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Como es habitual, se incluyen las tablas de eventos de notificación obligatoria seleccionados, acompañadas de notas metodológicas que permiten una mejor lectura e interpretación de los datos. En esta oportunidad, además, se presentan informes en las cuatro grandes secciones que organizan la producción del BEN: eventos priorizados, actualizaciones periódicas, informes especiales y situaciones emergentes, lo que refleja la amplitud y la diversidad del trabajo de vigilancia.

Entre los informes, se destacan por su relevancia dos aportes centrales. En primer lugar, el informe final de la temporada de dengue y otros arbovirus 2024-2025, que analiza la evolución del evento en la región y en la Argentina, incorporando datos históricos, el comportamiento temporal de los casos, la distribución geográfica, el rol de los serotipos circulantes, la morbimortalidad por grupos de edad y situaciones específicas como el dengue durante el embarazo. El informe incluye además aspectos claves de la vigilancia integrada: vacunación, vigilancia genómica, el trabajo de la Red Federal de Referentes Clínicos y el cierre de la vigilancia entomológica del Aedes aegypti. Se trata de un documento de referencia para comprender la dinámica de esta temporada y proyectar líneas de caracterización para la próxima.

En segundo lugar, este número incluye el primer informe integral sobre varicela en mucho tiempo, retomando un evento de vigilancia que resulta importante tanto por su carga de enfermedad como por la necesidad de fortalecer continuamente las coberturas de vacunación, el análisis de brotes y la caracterización epidemiológica a través de la genotipificación. La inclusión de este informe marca un paso significativo en el seguimiento sistemático de un evento que, pese a su circulación habitual, requiere de mejor información para orientar medidas de prevención y control.

Dentro de la Actualización Periódica de Eventos, además, se presenta una actualización de mpox, con síntesis de la situación internacional y nacional, definiciones y clasificaciones de caso, algoritmo de diagnóstico y notificación, y recomendaciones para el equipo de salud.

Junto con estos dos hitos, se exhiben los eventos priorizados, como siempre, con foco en la vigilancia de sarampión, dengue, las infecciones respiratorias agudas y fentanilo. Asimismo, dentro de las situaciones emergentes se incorpora una actualización sobre influenza aviar, que describe tanto la situación internacional como los brotes registrados en animales y las acciones en curso en la vigilancia de la interfase humano-animal.

Finalmente, se incluyen alertas internacionales recientes, informes destacados de boletines jurisdiccionales y herramientas para la vigilancia —incluyendo el listado de modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0 y la 8.ª edición de las herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud—, consolidando una producción que busca sostener la transparencia, la oportunidad y la utilidad de la información para todo el país.

Contenido

I. Editorial del BEN 770 **5**
II. Sobre este BEN **6**

TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS **10**
III. Tablas de ENO seleccionados **11**
III.1. Nota metodológica 11
III.1.A. Sobre la construcción de las tablas 11
III.1.B. Notas adicionales a tener en cuenta 12
III.2. Eventos nominales confirmados 12
III.3. Eventos nominales notificados y confirmados 14
III.4. Eventos agrupados clínicos 15
III.5. Eventos agrupados laboratoriales 17
III.5.A. Sobre la construcción de esta tabla 17

EVENTOS PRIORIZADOS **18**
IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión **19**
IV.1. Introducción 19
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional 19
IV.2.A. Bolivia0F 19
IV.2.B. Canadá1F 19
IV.2.C. Estados Unidos de América2F 20
IV.2.D. México3F 21
IV.2.E. Paraguay4F 22
IV.3. Situación actual en Argentina 22
IV.3.A. Notificación de casos 22
IV.3.B. Distribución geográfica 23
IV.4. Sobre los casos confirmados 25
IV.5. Recomendaciones para la comunidad 25
IV.6. Recomendaciones para los equipos de salud 25
IV.7. Vigilancia epidemiológica 25
IV.7.A. Definición y clasificación de caso 26
IV.8. Medidas de prevención 26
IV.9. Medidas ante casos y contactos 26
IV.9.A. Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados: 26
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **29**
V.1.A. Subregión Cono Sur 29
V.2. Situación de dengue en Argentina 32
V.2.A. Inicio de temporada 2025/2026 32
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **35**
VI.1. Nota Metodológica 35
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios12F 35
VI.3. Síntesis de la información nacional destacada 36
VI.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 36
VI.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 38
VI.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 38
VI.5. Recomendaciones ante el aumento de casos de influenza y la circulación de virus respiratorios 44
VI.5.A. Recomendaciones para la población general 44
VI.6. Vacunación antigripal 45
VII. Actualización de estudio de brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado **46**
VII.1. Introducción 46
VII.2. Situación epidemiológica 48

SITUACIONES EMERGENTES **52**
VIII. Influenza Aviar **53**
VIII.1. Introducción 53
VIII.2. Situación internacional28F 53
VIII.3. Situación de Influenza Aviar en Argentina 53
VIII.3.A. Antecedentes 53
VIII.3.B. Situación actual de brotes de iaap en animales (2025) 54
VIII.3.C. Situación actual nacional de vigilancia de la interfase humano-animal (2025) 54

VIII.3.D. Medidas de prevención y control ante un brote de influenza aviar 55
VIII.3.E. Recomendaciones para la población 56
VIII.4. Vigilancia epidemiológica 56
VIII.4.A. Vigilancia en humanos32F 56

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS 58
IX. MPOX – Actualización Informe epidemiológico 59
IX.1. Introducción 59
IX.2. Situación regional37F 59
IX.2.A. Situación en las Américas38F 59
IX.3. Situación en Argentina 60
IX.4. Recomendaciones para el equipo de salud 63
IX.5. Vigilancia Epidemiológica 63
IX.5.A. Definiciones y clasificaciones de caso 64
IX.5.B. Notificación 65
IX.6. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox 65
IX.7. Medidas ante casos sospechosos 66
IX.8. Medidas ante contactos 67
X. Varicela - Informe epidemiológico 68
X.1. Introducción 68
X.2. Situación de Varicela en Argentina 68
X.2.A. Situación Epidemiológica Histórica (2005-2024) 68
X.2.B. Análisis por Grupos de Edad 69
X.2.D. Análisis Regional 71
X.2.E. Situación Epidemiológica Actual (2025) 74
X.3. Coberturas de Vacunación 75
X.4. Genotipificación de Varicela42F 78
X.4.A. Instructivo para toma de muestra en caso de brotes: 78
X.5. Recomendaciones para el equipo de salud 79
X.5.A. Medidas preventivas 79
X.5.B. Medidas ante contactos 80
X.5.C. Medidas ante brotes 81
X.6. Conclusiones 81
X.7. Vigilancia epidemiológica 82
X.7.A. Modalidad de vigilancia y nota metodológica 82
X.7.B. Definiciones de caso 82
X.7.C. Definición de brote 83

INFORMES ESPECIALES 84
XI. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus. Análisis de fin de temporada 2024-2025 85
XI.1. Situación regional de dengue y otros Arbovirus 85
XI.2. Situación de dengue en Argentina 85
XI.2.A. Situación histórica 85
XI.2.B. Análisis de cierre de la temporada epidémica se31/2024 a se30/2025 87
XI.2.C. Comportamiento temporal 88
XI.2.D. Distribución según región, jurisdicción y departamento 90
XI.2.E. Situación según serotipos circulantes 92
XI.2.F. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo” 94
XI.2.G. Morbimortalidad por grupos de edad. 95
XI.2.H. Calidad y oportunidad de los datos en el SNVS 2.0. 96
XI.3. Vigilancia integrada de Dengue y otros Arbovirus 97
XI.3.A. Vacunación contra el Dengue 97
XI.3.B. Vigilancia Genómica 99
XI.3.C. Red Federal de Referentes Clínicos 100
XI.3.D. Vigilancia entomológica *Aedes aegypti*. Informe final temporada 2024-2025 102
XI.4. Situación epidemiológica de otros Arbovirus 112

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES 114
XII. Alertas epidemiológicas internacionales 115
XII.1. Introducción 115
XII.2. Cólera – Multipaís con foco en los países que atraviesan aumentos actuales 115

XII.2.A. Panorama de países seleccionados 118
XII.3. Alerta epidemiológica Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas 119
XII.3.A. Resumen de la situación global de chikungunya 119
XII.3.B. Resumen de la situación de chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas 120

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 126
XIII. Boletines Jurisdiccionales 127
XIII.1. Buenos Aires: Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) 127
XIII.2. Entre Ríos: Infecciones respiratorias agudas (IRA) 128
XIII.3. Salta: Neumonía 129
XIII.4. Santa Fe: Hepatitis A 130
XIII.5. Tierra del Fuego: Diarrea aguda 131
XIII.6. Tucumán: Enfermedad tipo influenza (ETI) 132

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 133
XIV. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 134
XV. Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud 8° Edición. 135

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 1-35. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-35	2025 Acumulados SE 1-35	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	90	-26	-22%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	6.472	12.087	5.615	87%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	199	283	84	42%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	80	99	19	24%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	5	5	0	0%
	Cisticercosis	7	7	0	0%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.804	4.847	2.043	73%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	334	590	256	77%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	20	34	14	70%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	13	7	117%
	Brucelosis	82	77	-5	-6%
	Hantavirosis	39	38	-1	-3%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	11	19	8	73%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	952	1.072	120	13%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	11	20	9	82%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	3	18	15	500%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	7	34	27	386%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	6	1	-5	-83%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	7.407	7.407	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	496	496	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	352	352	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	8.858	11.553	2.695	30%

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 1-35. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-35		2025 Acumulados SE 1-35		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	3.182	142	2.656	226	-526	-17%	84	59%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	752	2	5.696	35	4.944	657%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	752	2	5.696	35	4.944	657%	33	1650%
	Meningitis - Meningoencefalitis	1.472	611	1.847	620	375	25%	9	1%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	83	0	69	0	-14	-17%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	91.611	57.942	59.321	18.341	-32.290	-35%	-39.601	-68%
	Encefalitis de San Luis	230	5	355	0	125	54%	-5	-100%
	Fiebre amarilla humana	104	0	132	0	28	27%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	37	0	83	0	46	124%	0	N/A
	Zika	1.450	0	794	0	-656	-45%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	508	282	300	112	-208	-41%	-170	-60%
Enfermedades zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.711	45	1.633	143	-78	-5%	98	218%
	Psitacosis	199	32	532	99	334	168%	67	209%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	981	44	1.190	33	209	21%	-11	-25%
	Sífilis Congénita	1.996	744	638	626	-1.358	-68%	-118	-16%
	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	1.728	1.634	1.234	1.058	-494	-29%	-576	-35%
	Sífilis en embarazadas	7.254	6.418	8.076	7.476	822	11%	1.058	16%
	Hepatitis B en embarazadas	60	45	87	32	27	45%	-13	-29%
Hepatitis virales	Hepatitis A	106	23	180	93	74	70%	70	304%
	Hepatitis B	1.976	466	2.372	491	396	20%	25	5%
	Hepatitis C	1.690	990	1.722	999	32	2%	9	1%
	Hepatitis E	36	4	36	4	0	0%	0	0%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	22.251	17.606	35.001	29.958	12.750	57%	12.352	70%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	1.092	1.045	1.775	1.700	683	63%	655	63%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	155	32	230	96	75	48%	64	200%

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 1-35. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-35	2025 Acumulados SE 1-35	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmitidas por alimentos	Diarrea	444.938	488.040	43.102	10%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.188	1.364	176	15%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios	842	594	-248	-29%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	90.920	59.972	-30.948	-34%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	843.765	817.992	-25.773	-3%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	57.567	50.247	-7.320	-13%
	Neumonía (sin especificar)	64.660	52.471	-12.189	-19%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	0	4.200	4.200	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	1	2.609	2.608	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	18.742	18.742	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	1.151	1.150	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	3	4.829	4.826	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	3	4.075	4.072	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	73	23.853	23.780	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	12	4.573	4.561	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	4	1.860	1.856	N/A
	Lesiones por electrocución	0	465	465	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	586	586	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	1	53.081	53.080	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	0	18.407	18.407	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	6	25.255	25.249	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	361	361	N/A
	Otras lesiones en el hogar	4	18.741	18.737	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 1-35. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-35		2025 Acumulados SE 1-35		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	2.959	162	2.440	150	-519	-18%	-12	-7%
	Infección por Mycoplasma genitalium	498	12	351	9	-147	-30%	-3	-25%
	Infección por Mycoplasma hominis	1.961	190	1.907	267	-54	-3%	77	41%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	10.755	315	5.128	322	-5.627	-52%	7	2%
	Infección por Trichomonas vaginalis	17.542	1.835	15.322	1.704	-2.220	-13%	-131	-7%

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 27 de agosto, se han reportado 274 casos de sarampión en cinco departamentos: 234 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 nacional informó este miércoles de la llegada de 1.720.000 dosis de vacunas que serán distribuidas de inmediato a los nueve Servicios Departamentales de Salud (SEDES) del país. Con este lote, Bolivia ampliará el rango de edad de inmunización, alcanzando a niñas, niños, adolescentes y jóvenes hasta los 19 años, grupo donde se concentra la mayor cantidad de casos reportados.

IV.2.B. CANADÁ[2]

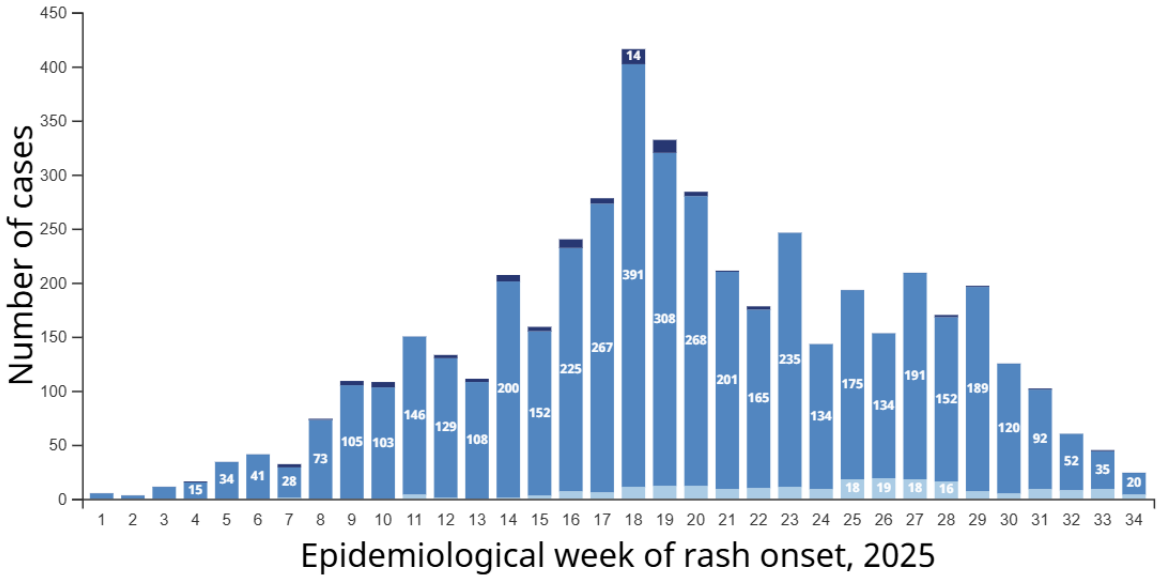
En 2025, se han notificado un total de 4.799 casos de sarampión (4.452 confirmados, 347 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick,

[1] *https://www.minsalud.gob.bo/8799-lucha-contra-el-sarampion-llegan-al-pais-1-7-millones-de-vacunas-y-se-ampliara-la-inmunizacion-hasta-los-19-anos*
[2] https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/

Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 9 de agosto de 2025.

En la semana 34 (del 17 al 23 de agosto de 2025), se notificaron 82 nuevos casos de sarampión (64 confirmados y 18 probables) en 6 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Nueva Escocia y Ontario).

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=4.799)



IV.2.C. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[3]

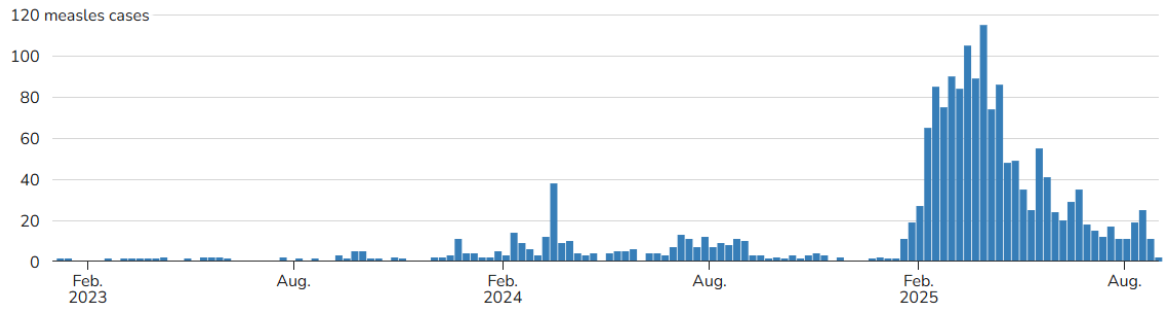
Al 2 de septiembre de 2025, se notificaron un total de 1.431 casos confirmados de sarampión en 42 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arkansas, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Míchigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, 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 (1.231 de 1.431) 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.

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

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

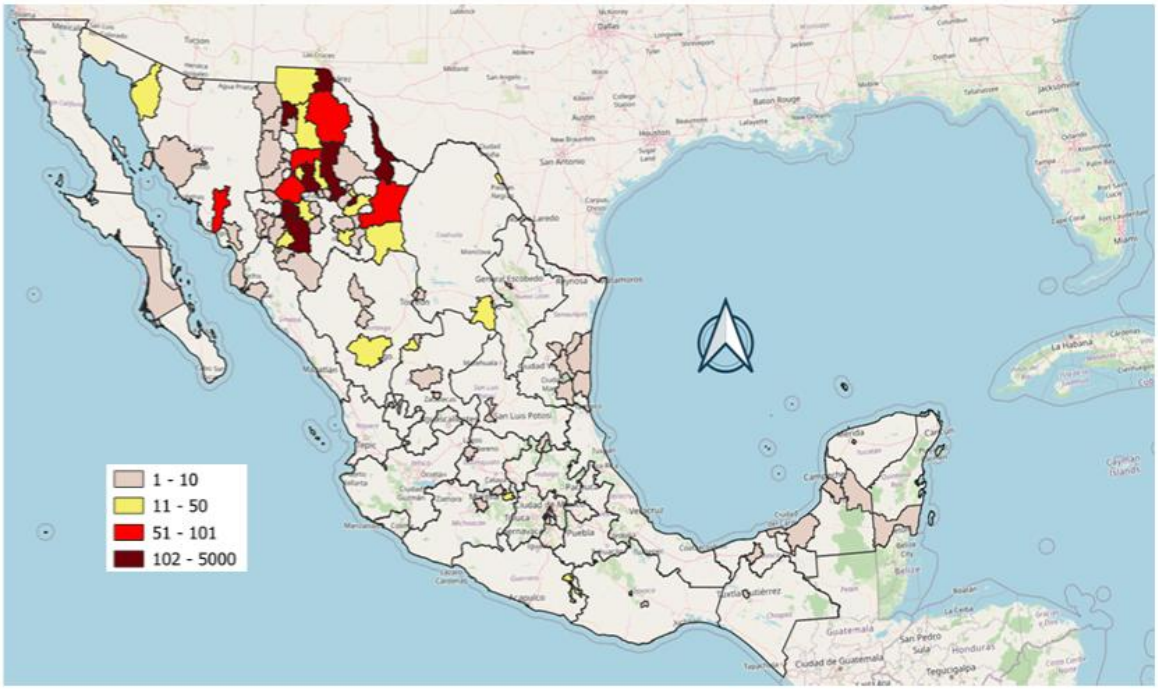


IV.2.D. MÉXICO[4]

Al 31 de julio, se han reportado 4.416 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 16 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 21 estados y 92 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 17 fallecimientos.

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



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

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

IV.2.E. PARAGUAY[5]

Hasta el momento, la cantidad de afectados por el virus del sarampión en Paraguay asciende a 24 casos, de los cuales, 21 asociados a importación, un caso importado y dos casos cuyos nexos epidemiológicos se encuentran en investigación.

En la última semana fueron confirmados tres casos más de sarampión en la zona del foco, que es el departamento de San Pedro.

La mayoría de los casos identificados de sarampión proceden del distrito de Nueva Germania (10), seguido de Santa Rosa del Aguaray (8) y Tacuati (6). De acuerdo al reporte, el 88 % 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. Cuatro de ellos requirieron hospitalización, todos de alta médica.

Por otra parte, se hallan actualmente en estudio 11 personas con sospecha de sarampión, procedentes de las zonas del brote y distritos cercanos. A la fecha no se reportan fallecidos.

IV.3. Situación actual en Argentina

IV.3.A. NOTIFICACIÓN DE CASOS

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 2.983 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.

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

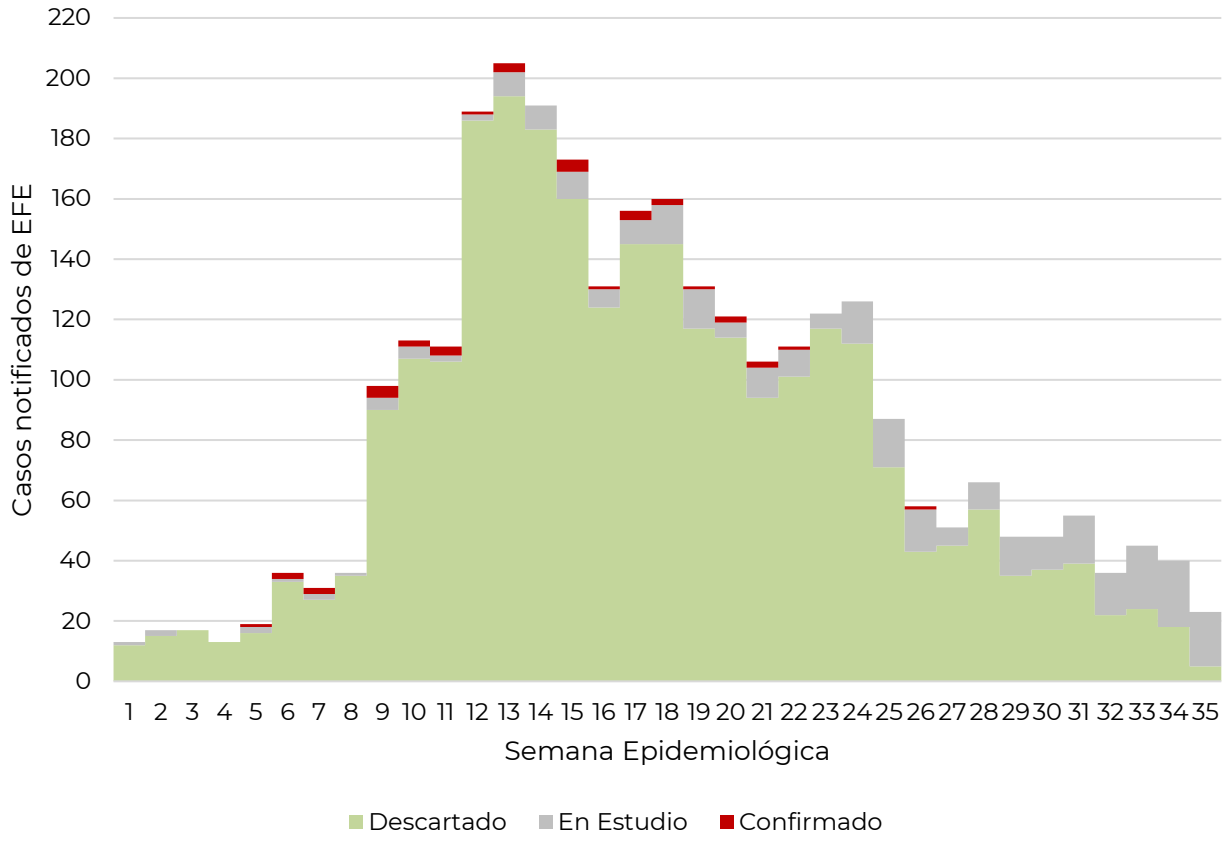
Del total de casos notificados entre la SE1 y la SE35:

- 35 casos fueron confirmados por laboratorio o nexo epidemiológico;
- 2.659 casos fueron descartados tras evaluación clínica, epidemiológica y/o laboratorial;
- 289 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 89%. La cifra de casos en estudio refleja la actividad continua de evaluación de los eventos notificados.

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

Gráfico 1. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE35 de 2025. N= 2.983



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.3.B. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Uno de los indicadores para monitorear la sensibilidad y calidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, es 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 SE35 de 2025[6].

Jurisdicción	Confirmado	Notif. totales actuales	Tasa c/100.000 hab.	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	21	**1837**	10,0	245	367
CABA	13	**686**	22,2	41	62
Catamarca		**12**	2,8	6	9
Chaco		**25**	2,0	17	25
Chubut		**22**	3,3	9	13
Córdoba		74	1,9	53	79
Corrientes		3	0,3	16	23
Entre Ríos		**39**	2,7	19	29
Formosa		3	0,5	8	13
Jujuy		**35**	4,3	11	16
La Pampa		**21**	5,6	5	7
La Rioja		2	0,5	6	8
Mendoza		63	3,0	28	42
Misiones		9	0,7	18	27
Neuquén		9	1,3	9	14
Río Negro		8	1,0	11	16
Salta		18	1,2	20	30
San Juan		13	1,6	11	16
San Luis	1	9	1,7	7	11
Santa Cruz		**12**	2,9	5	8
Santa Fe		48	1,3	49	73
Sgo. del Estero		13	1,3	14	21
Tierra del Fuego		3	1,5	3	4
Tucumán		19	1,1	24	36
Total	**35**	**2983**	**6,3**	**635**	**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 30 de agosto se identifican tres situaciones diferenciadas entre las jurisdicciones:

1. *Jurisdicciones que tienen la misma cantidad o superaron la cantidad esperada de notificaciones para todo el año* (***en negrita en la tabla***): Este grupo incluye a Buenos Aires, CABA, Catamarca, Chaco, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza y Santa Cruz. En particular, Buenos Aires (con 1.837 notificaciones) y CABA (686) presentan cifras muy por encima de lo esperado si se considera el total anual. La provincia de Chaco ha alcanzado las notificaciones esperadas para todo el año.

[6] Los casos notificados corresponden a los reportados hasta la SE35, mientras que la información sobre los casos confirmados refleja la más reciente disponible al momento de la elaboración de este boletín epidemiológico.

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

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, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán, donde resulta clave reforzar las acciones de sensibilización y detección oportuna para alcanzar los estándares establecidos.

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

IV.4. 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.º 769**, disponible en este enlace.

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

IV.5. Recomendaciones para la comunidad

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

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

IV.6. Recomendaciones para los equipos de salud

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

IV.7. Vigilancia epidemiológica

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

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

IV.7.A. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASO

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

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

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

IV.8. Medidas de prevención

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

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

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

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

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

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

Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:

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

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

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

IV.9. Medidas ante casos y contactos

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

- ✓ Instaurar medidas de aislamiento respiratorio: uso de barbijo para la persona con sintomatología y para acompañantes para la circulación y atención dentro de la institución.
- ✓ Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios.

- ✓ Asegurar la atención de manera inmediata, evitando traslados innecesarios (evitar circular en transportes públicos y dentro de las instituciones, en caso de ser necesario salir de domicilio debe utilizar doble barbijo)
- ✓ El personal de salud a cargo de su atención deberá Utilizar barbijo de Alta eficiencia (N95); y contar con carnet de vacunación que certifique al menos 2 dosis en la vida con componente de sarampión doble viral (DV) o triple viral (SRP) o el antecedente clínico/serológico que demuestre haber padecido la enfermedad o haber sido inmunizado con vacuna.
- ✓ Informar inmediatamente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso, sin esperar resultados de laboratorio.
- ✓ Confeccionar la ficha de investigación epidemiológica y reportar los datos de la misma en el SNVS 2.0, evento "Enfermedad Febril Exantemática".
- ✓ Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: tomar siempre muestra de sangre sumado a una muestra de orina dentro de los 14 días posteriores a la aparición de exantema y/o hisopado o aspirado nasofaríngeo (HNF o ANF) preferentemente dentro de los 7 días de inicio del cuadro. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que debe realizarse dentro de las 48 hs. posteriores a la toma.

Vacunación dentro de las 48 a 72 hs.

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

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

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

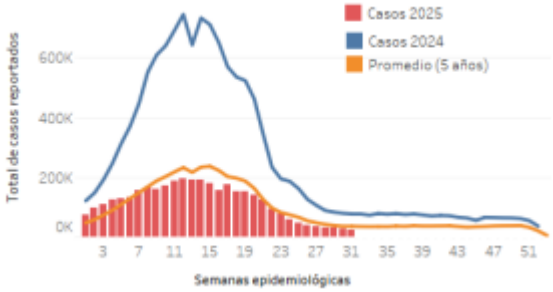
alerta_epidemiologica-sarampion_07032025_0.pdf

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 31, 2025 - OPS | 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.

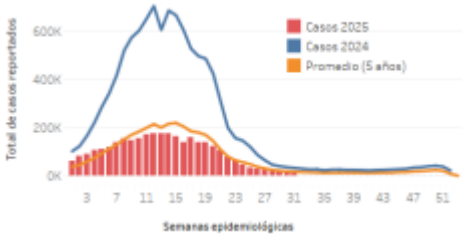
Del total de casos registrados en la SE 31, 53 fueron clasificados como dengue grave (0.2%), y se reportaron 6 muertes. para una letalidad de 0.025%.

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.

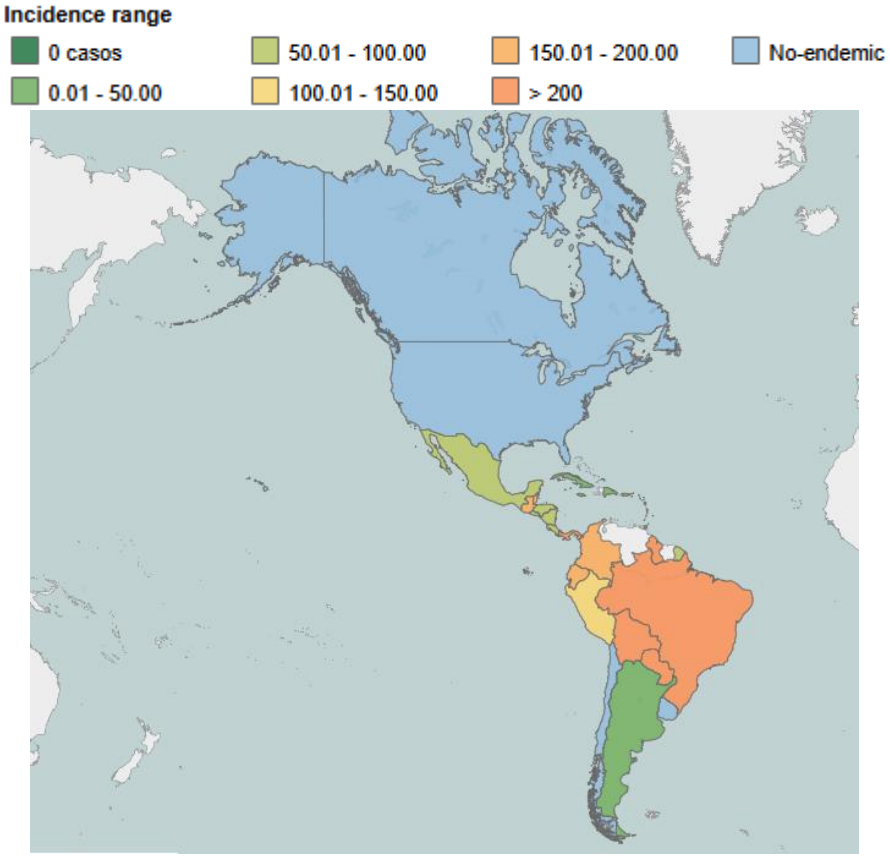
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 31, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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.[7]
NOTA METODOLOGICA:
1. Números de casos reportados de fiebre por dengue. Incluye todos los casos de dengue: sospechosos, probables, confirmados, no-grave, grave y muertes.
2. Población: total de habitantes para ese País o Territorio según las proyecciones de Naciones Unidas.

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

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[8] y el ARBO-portal[9] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 04/09/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 35/2025 se han reportado 3.923.242 casos de dengue, con 1.609 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 60% respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se notificaron 214.288 casos, un 46% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 110 muertes por este evento. Respecto al zika, hasta la SE 34/2025 se han registrado 19.958 casos, lo que representa una disminución del 48% 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 relación con chikungunya, se notificaron 49 casos, lo que representa una disminución del 98% respecto al año anterior, sin registrarse defunciones asociadas. Sin embargo, los casos confirmados por laboratorio mostraron un incremento del 38%. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían notificado 5 casos.

Perú: hasta la SE 34/2025, se han notificado 34.713 casos de dengue, un 87% menos que el mismo periodo de 2024, con 50 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. Respecto al zika, se han notificado 5 casos, igual que el año anterior, sin fallecidos para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 30/2025 se confirmaron 330 casos[10], un 97% 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. 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).

La Organización Panamericana de la Salud emitió una alerta epidemiológica sobre Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas3, debido a que en 2025 se han reportado brotes de chikungunya en varias regiones del mundo. En las Américas, distintos países notificaron un

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

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

[10] Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas – 28 de agosto de 2025. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-chikungunya-oropouche-region-americas-28-agosto-2025

incremento de casos: en Bolivia se registró un aumento muy superior al observado en 2024, mientras que en Perú se reportó un incremento de casos y en Paraguay un alza en los casos confirmados. Asimismo, se continúan notificando casos autóctonos de Oropouche en países de la Región como Brasil y Perú.

Con respecto al virus del Zika, se registra una disminución de casos en Brasil y un aumento en la notificación en Bolivia.

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.

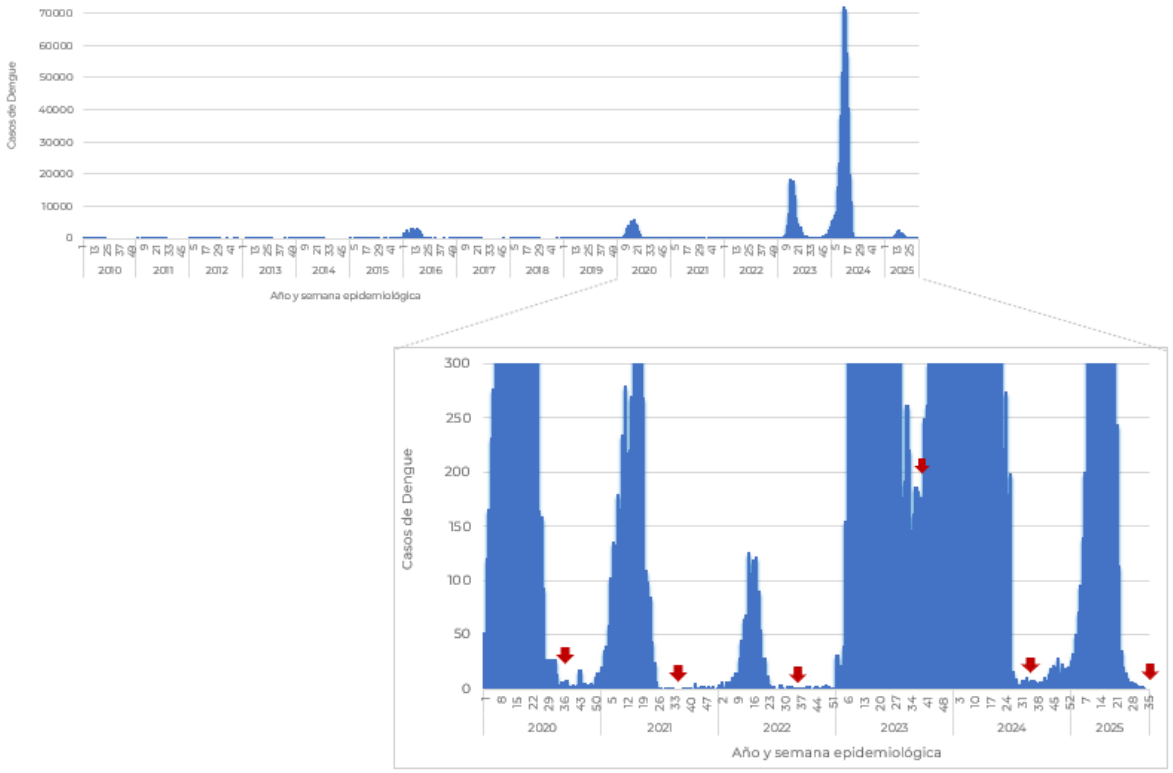
La definición operativa de temporada permite estructurar la vigilancia en un marco temporal en consonancia con la dinámica de transmisión, facilitando el análisis comparativo entre períodos y la planificación de las acciones de prevención y control. En este sentido, la temporada de dengue en Argentina 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.

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 SE35/2025, 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.

Gráfico 3. Dengue: Casos de dengue[11] según semana epidemiológica. Años 2010-2025 y detalle 2020-2025 con referencia (flecha roja) a la SE 35. 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)

De acuerdo con la fecha mínima[12], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 735 casos sospechosos de dengue, de los cuales 5 fueron confirmados por laboratorio: dos casos autóctonos en Formosa, un caso con residencia en el departamento Pilagás (SE31) y un caso en el departamento Patiño (SE32) , un caso que aún se encuentra en investigación en Provincia de Buenos Aires (Tres de Febrero) y dos casos con antecedente de viaje a Brasil y Sri Lanka notificados en CABA (Tabla 1).

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE35/2025 se notificaron 399 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.

[11]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).
[12] 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).

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE35/2025. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.			
Buenos Aires	1	1	0	1	42	15	60
CABA	0	0	2	0	15	5	22
Córdoba	0	0	0	0	39	1	40
Entre Ríos	0	0	0	0	0	2	2
Santa Fe	0	1	0	0	34	6	41
Total Centro	**1**	**2**	**2**	**1**	**130**	**29**	**165**
Mendoza	0	0	0	0	3	0	3
San Juan	0	0	0	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0	3	0	3
Total Cuyo	**0**	**0**	**0**	**0**	**6**	**0**	**6**
Chaco	0	2	0	0	37	5	44
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	2	1	0	0	430	1	434
Misiones	0	0	0	0	0	1	1
Total NEA	**2**	**3**	**0**	**0**	**467**	**7**	**479**
Catamarca	0	0	0	0	8	0	8
Jujuy	0	0	0	0	9	1	10
La Rioja	0	0	0	0	1	0	1
Salta	0	0	0	0	17	2	19
Santiago del Estero	0	0	0	0	9	1	10
Tucumán	0	1	0	1	24	0	26
Total NOA	**0**	**1**	**0**	**1**	**68**	**4**	**74**
Chubut	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	1	4	1	6
Neuquén	0	0	0	0	2	0	2
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	1	0	1
Tierra del Fuego	0	0	0	0	2	0	2
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**1**	**9**	**1**	**11**
Total País	**3**	**6**	**2**	**3**	**680**	**41**	**735**

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

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

VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

VI.1. Nota Metodológica

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

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

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

Situación Regional: La actividad de influenza en las Américas se mantiene baja. La actividad de SARS-CoV-2 muestra un incremento en las últimas SE. Para VSR la circulación a nivel regional muestra una tendencia descendente. En América del Norte, la actividad de influenza se mantiene en niveles interestacionales. En el Caribe, la circulación aumenta presentando una positividad de 9.3%. 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 disminuye alcanzando una positividad del 6.2% en la última SE. La actividad de SARS-CoV-2 aumenta en América del Norte, donde la positividad alcanzó un 5.8%, mientras que en el caribe disminuye a una positividad del 18.6%. En Centroamérica, la actividad de influenza mantiene una tendencia al descenso, con una positividad del 7.5%. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene esta semana con una positividad del 5.8%, mientras que VSR aumenta nuevamente alcanzando una positividad del 15.4%. En la subregión andina, la actividad de influenza A continúa su tendencia a la disminución con una positividad del 6%. La actividad del VSR se mantiene en niveles altos, con una tendencia a la mantención y una positividad del 10.6%, mientras que la circulación de SARS-CoV-2 aumenta levemente en comparación a la última semana, con una positividad del 4.4%. 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 12.9%, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 permanece en niveles bajos. La circulación de otros virus respiratorios (OVR) presenta niveles elevados y con una tendencia ascendente en la mayoría de las subregiones excepto por Norteamérica. Destaca la subregión de Brasil y el cono sur con detección de Rinovirus, Parainfluenza y Metapneumovirus.

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 aumenta en la subregión con una positividad del 5.8%. En Estados Unidos alcanza un 11%, Canadá un 5.6% y México un 9.1%. Todos los países de la subregión mantienen una tendencia al ascenso.

[13] Extraído de “Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas- OPS | 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, aumenta en la última SE, con una tasa de positividad subregional de 9.3%. En Haití, Belice, Santa Lucía la actividad de influenza continúa en niveles epidémicos, pero con tendencia a la disminución. En contraste, en Cuba, Jamaica y República Dominicana se mantiene en niveles interestacionales. En Guyana, la actividad aumenta respecto de la SE anterior. La circulación del VSR en la subregión disminuye con respecto a la SE anterior, con una positividad del 6.2%. En República Dominicana, la circulación disminuye en comparación a la SE anterior. En Guyana la circulación aumenta levemente en comparación a la SE anterior. La actividad de SARS-CoV-2 aumenta esta SE con respecto a la anterior, presentando positividad subregional de 18.6%. En Belice, Haití, Jamaica, Islas Caimán, Guyana y San Vincent y las granadinas la actividad disminuyó. En Cuba, República Dominicana, Santa Lucía y Barbados, la positividad aumentó.

Centroamérica: La actividad de influenza disminuye su circulación en la subregión, caracterizada por A(H1N1)pdm09, que representa la mayoría de los casos notificados de ETI. La positividad actual es del 7.5%. La circulación del VSR se mantiene elevada, y con tendencia al aumento, con una positividad del 15.4%, y que se ve reflejado en la detección de casos IRAG. La actividad de SARS-CoV-2 se mantuvo esta semana, alcanzando una positividad de 5.8% y ocupando una proporción importante de casos ETI.

Países Andinos: La actividad de influenza disminuye respecto de la SE previa, con una positividad de 6.03%, asociada principalmente con la circulación de A(H1N1)pdm09. La circulación de VSR disminuye, presentando una positividad de 10.6%. La actividad de SARS-CoV-2 aumenta alcanzando una positividad del 4.4%. Los casos de IRAG asociados con influenza muestran una tendencia descendente y el virus más frecuentemente identificado es VSR. Para los casos ETI se observa un aumento en la proporción de casos asociados a influenza y un descenso de los casos de VSR.

Brasil y Cono Sur: La actividad de influenza en la subregión, impulsada principalmente por A(H1N1)pmd09, mantiene su tendencia al descenso, con una positividad de 3.1%. La detección de casos IRAG ha mostrado una tendencia descendente constante en las últimas semanas, asociada principalmente a VSR. La circulación del VSR se mantiene alta y disminuye en la última semana, indicando una positividad del 12.9%. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos, sin embargo, comienza a mostrar una tendencia al ascenso con una positividad del 3.2%.

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 34 de 2025 se notificaron 820.098 casos de ETI, 112.309 casos de Neumonía y 101.056 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 encontraron en niveles de brote entre las SE12 y 18, mientras que en neumonía se puede observaron niveles de brote en las SE12 y 14.

Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de influenza en ambulatorios, desde la SE12 se verificó un ascenso tanto del porcentaje de positividad como de las detecciones, con predominio de influenza A/H1N1, alcanzando los mayores niveles entre las SE 22 y 25. 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 (SE34 y 35) se registraron 6 casos de influenza entre 169 muestras estudiadas.

- Para VSR, se registraron 6 casos positivos entre las 142 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 34 y 35). A partir de la SE23 se verifica un ascenso del porcentaje de positividad de VSR, con un promedio del 6,7% de positividad semanal en las últimas 4 semanas.

- En relación a SARS-CoV-2, luego del último ascenso de casos registrado durante 2024, las detecciones en UMA permanecen en valores bajos y estables. En la SE35/2025 se notificaron 9 casos positivos para SARS COV 2 entre las 64 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE35 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 5.333 internaciones con diagnóstico de IRAG y 2.488 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 SE27, seguido de una tendencia descendente en las semanas posteriores. Asimismo, desde la SE22 se observa un incremento en las detecciones de VSR.

- En las últimas 4 semanas, entre 861 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 2 codetecciones de influenza y VSR, 3 detecciones de influenza, 12 casos de SARS-CoV-2 y 365 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,

[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

con más de 1000 detecciones semanales. En las SE 33 y 34 se observó un total de 67 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 1509 detecciones en las últimas 2 SE (33 y 34).
- 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 34 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, con 253 detecciones en las últimas 2 SE (33 y 34).
- Durante la SE34/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: VSR, SARS-CoV-2, metapneumovirus, Influenza, parainfluenza y adenovirus.

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 (34 y 35) se detectaron 30 casos. En el año 2025 se registraron al momento 204 fallecidos con este diagnóstico.
- En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados presentan un aumento desde la SE12. En las SE 34 y 35 se registraron 882 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 35/2025 se registraron 25 casos positivos con este diagnóstico, sin registro de fallecimientos.

VI.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

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

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios (UMA) son dispositivos de vigilancia centinela que permiten el monitoreo de la circulación de SARS-CoV-2, Influenza y VSR en casos leves ambulatorios. El objetivo de las UMA es describir la tendencia de las consultas ambulatorias por casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), así como la proporción atribuible a SARS-CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año en las 24 jurisdicciones del país.[15]

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

Durante el año 2024, el porcentaje de positividad para **SARS-CoV-2**, se mantuvo por encima del 10% entre las SE1 a 9, relacionado con el ascenso de casos registrado entre las SE1 y 12. Luego del máximo alcanzado en SE2 (33,19%), el porcentaje de positividad presentó tendencia

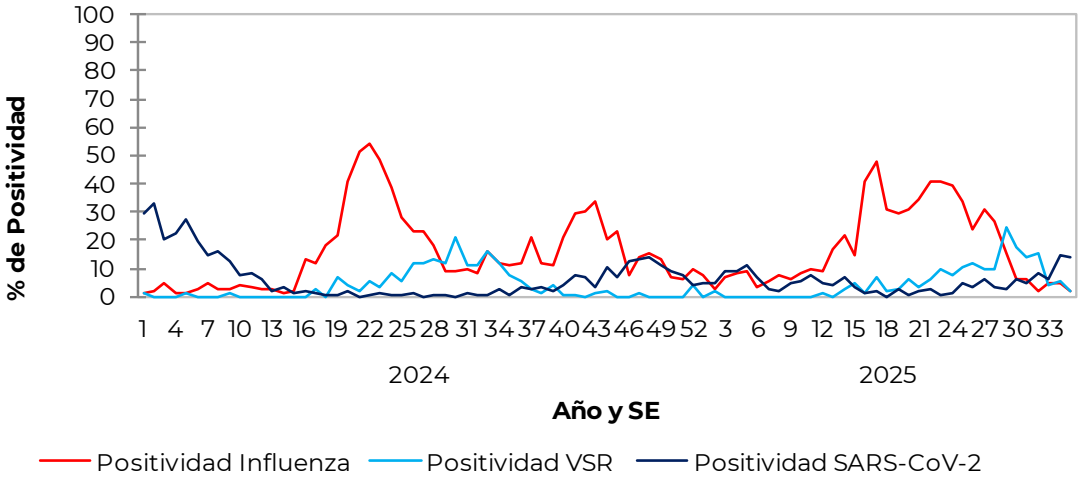
[15] Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf

descendente y se mantuvo en valores bajos las siguientes semanas. A partir de la SE34/2024, se registró un ligero aumento de casos, que se acompañó de un nuevo ascenso en el porcentaje de positividad, alcanzando, con oscilaciones, valores por encima del 10% entre las SE44 y 49. En las primeras 35 semanas de 2025 en establecimientos UMA, se analizaron 4.425 muestras para SARS-CoV-2, de las cuales 195 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,41%. Además, en la última semana analizada, SE 35 del año 2025, se registraron 9 casos confirmados de SARS-COV-2 entre las 64 muestras estudiadas por PCR.

En relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16 de 2024, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 (ver gráfico 2). Posteriormente, si bien registró un descenso, permaneció en valores elevados, con oscilaciones, asociados a la circulación de influenza B, alcanzando una positividad máxima de 33,55% en SE43. En las primeras 35 semanas de 2025, se registraron 919 detecciones entre 4.038 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 22,76%. A partir de la SE11, se verificó una tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad, alcanzando los mayores niveles entre las SE 22 y 25. En este sentido, en las SE34 y 35/2025 se notificaron 6 casos de influenza entre las 169 muestras estudiadas en UMA.

En cuanto a **VSR**, se verifica un ascenso de las detecciones a partir de la SE19 de 2024, con aproximadamente el 73% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. En relación a este ascenso de casos, la positividad en UMA permaneció por encima del 10% entre las SE 26 Y 34. Entre las SE1 y 35 de 2025, de las 2.840 muestras estudiadas, 173 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 6,09%. En las últimas semanas se verifica un ascenso del porcentaje de positividad de VSR, con 6 casos entre las 142 muestras estudiadas en las SE34 y 35.

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE35/2025

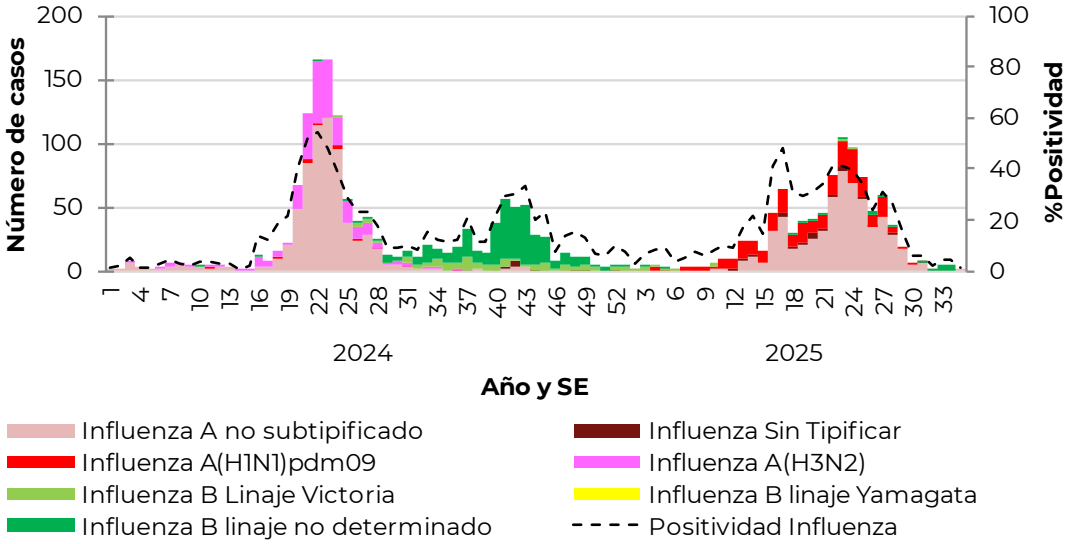


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

Aun cuando desde el inicio de 2024 se notificaron casos de influenza durante todas las semanas del año, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24. Como se mencionó previamente, este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. En las 35 SE

transcurridas de 2025 se detectan predominantemente casos de influenza A (n= 855), con un menor número de detecciones de influenza B (n=41). Entre los casos de influenza A, 248 detecciones corresponden a influenza A (H1N1), el resto permanece sin subtipificar. Además, se detectó el linaje Victoria en 14 de los casos de influenza B (las detecciones restantes permanecen sin identificación de linaje). Se registran 27 casos de influenza que permanecen sin tipificar en lo que va del año.

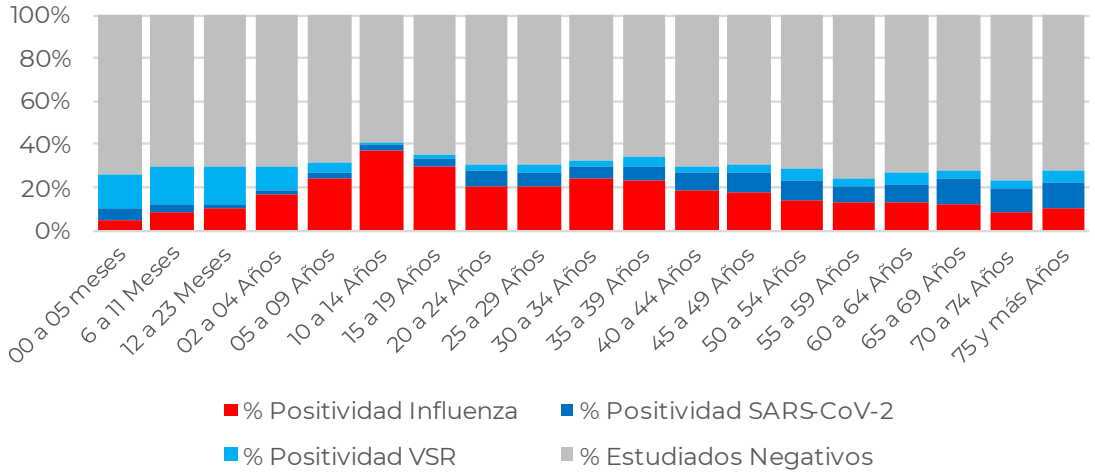
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE35/2025. Estrategia UMA. Argentina.



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

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

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE35/2025. Estrategia UMA. Argentina[16].



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]

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

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 40 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país. [17]

Definiciones de caso Vigentes

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

- Fiebre referida o constatada >= 38°C; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[18].

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

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[19].

[16] Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de ETI en UMA.
[17] Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guia Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf
[18] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.
[19] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

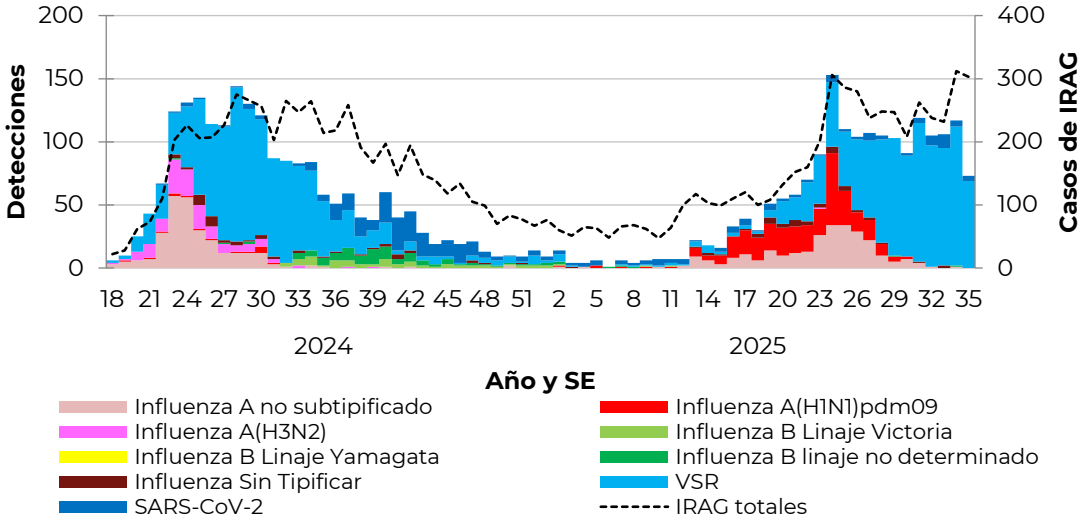
En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia[20] y shock[21] y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE1 de 2025 y la SE35 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 5.333 internaciones con diagnóstico de IRAG y 2.488 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[22].

La curva de casos de IRAG presentó tendencia ascendente entre las SE 18 y 28 de 2024, asociada al aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 y, posteriormente, al ascenso de casos de VSR, permaneciendo por encima de los 200 casos semanales de IRAG entre las SE24 y 37. En 2025, las notificaciones de IRAG experimentan un aumento desde la SE12. En las últimas semanas los casos de IRAG se mantienen en niveles elevados, con un promedio de 271 casos semanales en las últimas 4 semanas.

Gráfico 4: Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a 35/2025



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

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

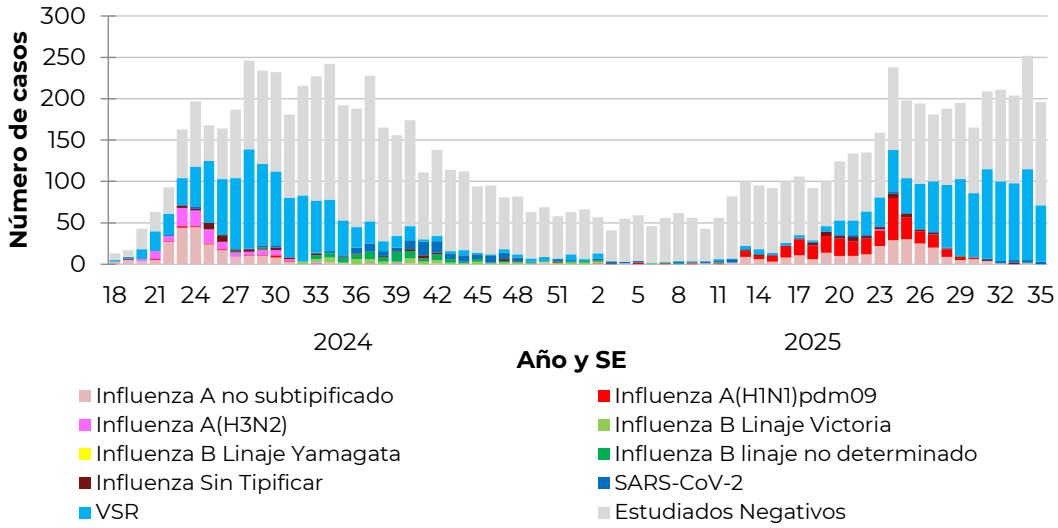
Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todo el periodo, entre la SE18 y la SE31 de 2024 se observó un ascenso de detecciones influenza A/H3N2, que alcanzó sus valores máximos entre SE 23/2024 y 24/2024. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de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

[20] La fiebre se define como una temperatura ≥37,5 C. La hipotermia se define como una temperatura
[21] El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.
[22] Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

En lo que va de 2025, se verificó un ascenso de detecciones de influenza desde la SE13, alcanzando los valores máximos entre las SE 24 y 26, con un descenso posterior. Los casos corresponden predominantemente a influenza A, con un total de 585 detecciones en lo que va de 2025, y un menor número de casos de influenza B (n=14). En relación a los casos de Influenza A, se registraron 314 detecciones de H1N1 y 1 detección de H3N2 (el resto permanece sin subtipificar) y, entre los casos de influenza B, se registraron 5 detecciones del linaje Victoria. Además, 45 detecciones de influenza permanecen sin tipificar a la fecha.

En cuanto a IRAG con diagnóstico de **VSR**, desde SE18/2024 se registró tendencia ascendente tanto de casos como del porcentaje de positividad, que alcanzaron valores máximos en SE28/2024, con descenso posterior, permaneciendo estable y en valores bajos desde SE41/2024. Desde la SE20/2025 se registra un nuevo ascenso de las detecciones de VSR entre los casos de IRAG, con un promedio de 92 casos semanales en las últimas 4 semanas.

Gráfico 5: Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR de acuerdo al resultado, por SE. SE18/2024 a 35/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina [23].



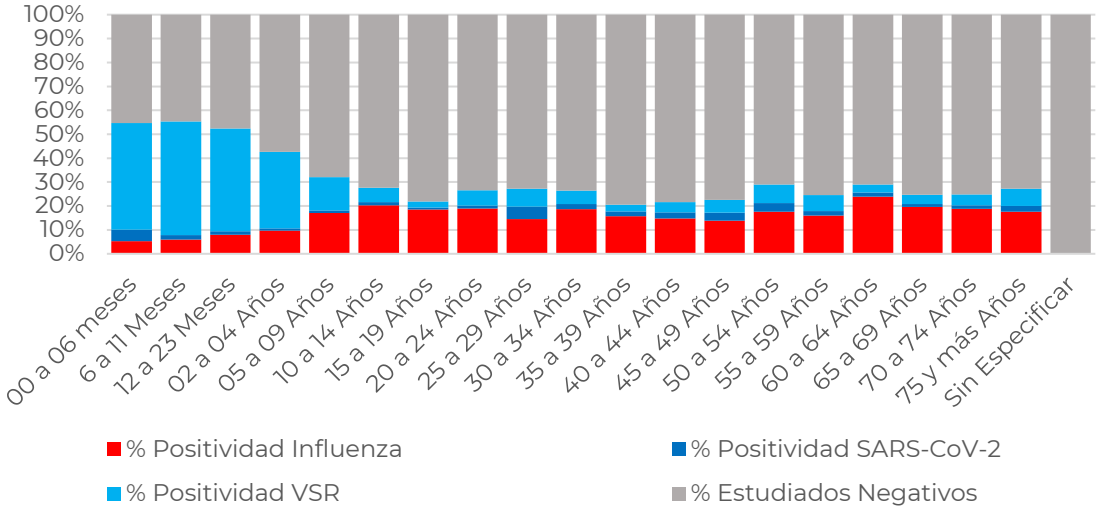
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

En las últimas 4 semanas, entre 754 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 2 codetecciones de influenza y VSR, 3 detecciones de influenza, 12 casos de SARS-CoV-2 y 365 casos de VSR. Los restantes 479 casos resultaron negativos para estos agentes etiológicos.

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

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

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a 33/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina[24].



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

VI.5. Recomendaciones ante el aumento de casos de influenza y la circulación de virus respiratorios

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

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

VI.5.A. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN GENERAL

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

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

Para mayor información consultar:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf [25]

VI.6. Vacunación antigripal

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

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

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

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

[25] 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[26] 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[27]. 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.

[26] https://www.argentina.gob.ar/noticias/anmat-alerta-sobre-el-uso-de-un-lote-de-fentanilo-inyectable-por-desvio-de-calidad
[27] 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[28], 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 5 de septiembre 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.

[28] 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 05/09/2025. 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**

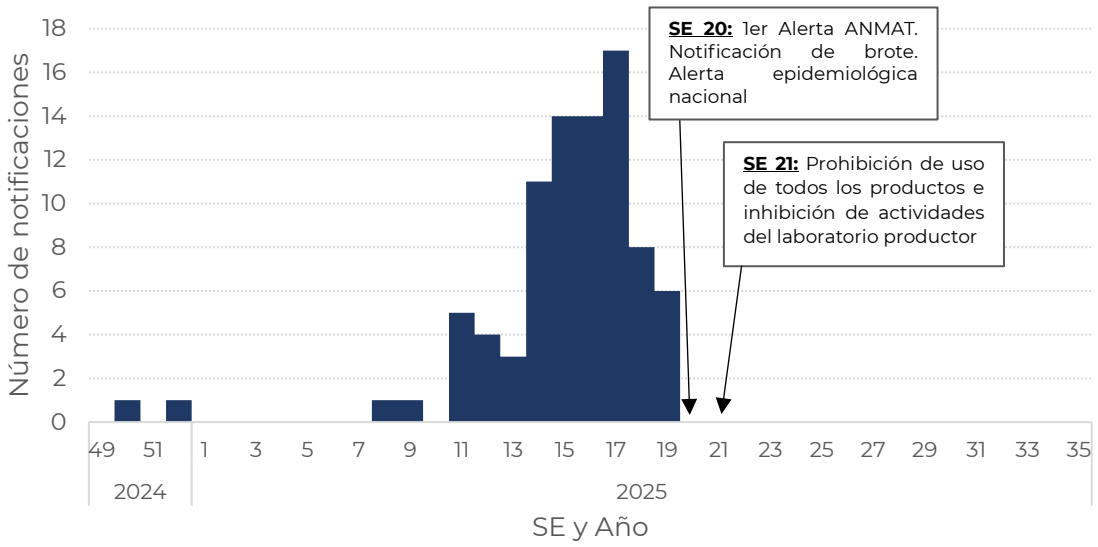
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" en base a datos provenientes del SNVS 2.0

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.

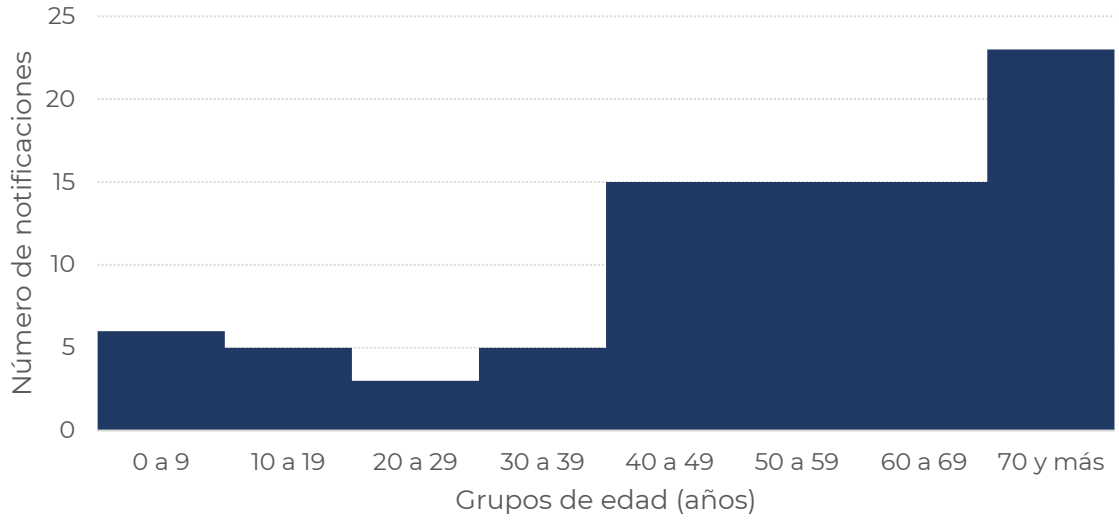
Gráfico 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: Distribución de casos asociados por LNR o nexo y sospechosos por SE y medidas sanitarias según semana epidemiológica. Argentina. Hasta el 05/09/2025. N=86*.



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 05/09/2025. 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.

SITUACIONES EMERGENTES

VIII. Influenza Aviar

VIII.1. Introducción

La influenza aviar es una enfermedad viral de distribución mundial altamente contagiosa que afecta a aves de corral, traspatio y silvestres, causada por subtipos de Influenza A (como H5N1, H5N3, H5N8). Las aves acuáticas silvestres son reservorios importantes del virus, y las aves de corral pueden infectarse por contacto con aves silvestres.
En general, las múltiples cepas del virus de influenza aviar pueden clasificarse en dos categorías en función de la gravedad de la enfermedad en las aves de corral:
• **Influenza aviar de baja patogenicidad (IABP)** que, típicamente, causa pocos o ningún signo clínico;
• **Influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP)** que puede causar signos clínicos graves y, potencialmente, altos índices de mortalidad.

En los últimos años, se ha observado un aumento de detección del virus A(H5N1) en mamíferos terrestres y marinos en las Américas, tanto salvajes como domésticos y, más recientemente, ganado bovino en los Estados Unidos.
Aunque las infecciones humanas son poco frecuentes, ocurren principalmente tras contacto directo con animales infectados o sus entornos contaminados.
No se ha registrado transmisión sostenida entre personas, pero debido a la capacidad del virus para evolucionar, es fundamental el monitoreo de la infección en humanos expuestos. La enfermedad puede presentar síntomas leves o graves, como fiebre, tos, mialgias, y en casos más severos, neumonía y compromiso multiorgánico.

VIII.2. Situación internacional[29]

Desde 2020, el virus de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) A(H5N1) clado 2.3.4.4b ha causado brotes sin precedentes en aves silvestres y de corral en múltiples regiones del mundo, incluyendo África, Asia, Europa y, desde 2021, en las Américas.
Entre 2022 y la semana epidemiológica 18 de 2025, se notificaron 4.948 brotes animales en 19 países y territorios de la Región de las Américas. Asimismo, se ha registrado un aumento sostenido en la detección del virus en mamíferos terrestres y marinos, tanto silvestres como domésticos. Hasta el 12 de mayo de 2025, se confirmaron 75 casos humanos de influenza aviar A(H5) en la región, mayormente en EE. UU. (71 casos), y casos aislados en México, Canadá, Chile y Ecuador. A nivel global, desde 2003 hasta abril de 2025, se han reportado 973 casos humanos de A(H5N1), con una letalidad del 48%.

VIII.3. Situación de Influenza Aviar en Argentina

VIII.3.A. ANTECEDENTES

Durante 2023, Argentina había registrado la introducción del virus IAAP subtipo A(H5N1), con brotes en aves silvestres, de traspatio y comerciales, así como en mamíferos marinos. En total, se notificaron 81 brotes en aves de traspatio, 18 en aves comerciales y 8 en aves silvestres. El país recuperó su estatus libre de IAAP en aves de corral el 7 de agosto de 2023. Posteriormente, se confirmaron brotes en mamíferos marinos a lo largo de la costa atlántica.

Luego de la implementación del protocolo de vigilancia epidemiológica, prevención y control de la influenza aviar (IA) en humanos, se llevó a cabo el seguimiento de 327 casos expuestos y 21

[29] https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/2025-mayo-15-phe-actualizacion-influenza-aviar-es.pdf

casos sospechosos en el país, todos los cuales fueron descartados por el Laboratorio Nacional de Referencia. Estos esfuerzos de monitoreo y vigilancia fueron posibles gracias a las medidas preventivas y de detección precoz establecidas en el protocolo.

VIII.3.B. SITUACIÓN ACTUAL DE BROTES DE IAAP EN ANIMALES (2025)

Durante el corriente 2025, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) confirmó al momento un total de 6 brotes de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) en Argentina.
El 14 de febrero de 2025 se confirmó un brote de IAAP H5 en aves de traspatio en la localidad de Tres Isletas, departamento de Maipú, provincia de Chaco.[30]
Más recientemente, el 15 de julio del año actual se confirmó la detección de IAAP H5 en aves de traspatio en el partido de Lezama, provincia de Buenos Aires, que afectó gallinas, gallos, patos, palomas, gansos, y pavos. Las muestras fueron analizadas por el Laboratorio Oficial de la Dirección General de Laboratorios y Control Técnico, de SENASA resultando positivas para IAAP H5 clado 2.3.4.4.[31]
Durante el mes de agosto, se notificaron 3 brotes de IAAP en aves en la provincia de Buenos Aires.
El primero corresponde al partido de Navarro, donde el 1° de agosto se confirmó IAAP H5, clado 2.3.4.4, en un establecimiento de aves de traspatio. Posteriormente, el 14 de agosto, se confirmó un nuevo brote, correspondiente a IAAP H5, clado 2.3.4.4, en un establecimiento de aves de traspatio ubicado en el partido de Arrecifes. En la última semana, el 19 de agosto, se confirmó un brote de IAAP, subtipo H5, clado 2.3.4.4, en un establecimiento avícola de aves de postura localizado en la localidad de Los Toldos, partido de General Viamonte.
Además, el 1° de septiembre se confirmó un brote de IAAP H5 en la provincia de Entre Ríos. Este brote fue detectado en en aves de traspatio en la localidad de Laurence, Nogoyá.
Ante esta detección, los equipos de salud animal y humana nacionales y jurisdiccionales están realizando la identificación de personas expuestas, la investigación epidemiológica correspondiente y la implementación de medidas de control.
Se reitera a la comunidad que no existe riesgo al momento de consumir productos como huevos, carne aviar o cualquier otro derivado de la industria avícola.

VIII.3.C. SITUACIÓN ACTUAL NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA INTERFASE HUMANO-ANIMAL (2025)

Las personas en riesgo de contraer infecciones son aquellas expuestas, directa o indirectamente, a aves infectadas (domésticas, silvestres o en cautiverio), por ejemplo, tenedores de aves que mantengan contacto estrecho y regular con aves infectadas o durante el sacrificio o la limpieza desinfección de las granjas afectadas.

En Argentina, de acuerdo con las recomendaciones regionales, se realiza la identificación temprana de las personas expuestas (en contacto con aves enfermas o muertas en contextos de brotes de Influenza Aviar) y su seguimiento durante 10 días para identificar posibles casos sospechosos (aquellos que presenten síntomas dentro del período de seguimiento).

A continuación, se presenta la información notificada sobre personas expuestas y casos sospechosos identificados y estudiados hasta la fecha, registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia. A la fecha se registraron un total de 45 personas expuestas durante 2025. Hasta el

[30]https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/comunicacion_aviar-19022025.pdf
[31]https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/250717_comunicacion_epidemiologica-17-julio-influenza-aviar.pdf

momento se han registrado 2 casos sospechosos, que han sido estudiados por los Centros Nacionales de Influenza todos los cuales han sido descartados.

Tabla 1. Expuestos en seguimiento de Influenza Aviar según resultado por provincia. Año 2025. Argentina. Actualizado al 05/09/2025.

Jurisdicción de carga	Personas Expuestas		Casos Sospechosos	
	En Seguimiento	Finalizó Seguimiento	Continúan como sospechosos	Descartados
Buenos Aires	1	36	0	0
Chaco	0	4	0	2
Entre Ríos	2	0	0	0
TOTAL	3	40	0	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 SNVS

VIII.3.D. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL ANTE UN BROTE DE INFLUENZA AVIAR

Todas las personas expuestas estarán bajo vigilancia para detectar de manera temprana los casos sospechosos de infección.

- Realizar monitoreo diario de síntomas de personas expuestas hasta el décimo día inclusive luego del último contacto con animales infectados o entornos posiblemente contaminados. Las personas expuestas deben ser instruidas para detectar tempranamente los síntomas.

-No se requiere el aislamiento de personas expuestas mientras permanecen asintomáticas.

-Los casos expuestos a influenza aviar deberán notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud dentro de las 24 hs. al evento correspondiente.

-Las personas involucradas en las tareas de control de foco en los establecimientos deben utilizar un equipo de protección personal adecuado y evitar el contacto directo sin protección con animales enfermos o muertos, cadáveres, heces y ambientes potencialmente contaminados. El EPP recomendado incluye mameluco descartable, gafas o antiparras, barbijo N95, botas o cubre calzados y guantes de látex, nitrilo o vinilo.

-La indicación de quimioprofilaxis post-exposición se fundamenta en una evaluación integral del riesgo.

-El uso de oseltamivir puede considerarse en personas asintomáticas con alto riesgo de exposición (contacto directo con aves o animales confirmados con influenza aviar, así como quienes participan en actividades de muestreo, captura, eliminación de animales infectados o desinfección de ambientes contaminados con hallazgos positivos de influenza aviar), sin utilizar equipo de protección personal (EPP) o con uso inadecuado del mismo.

-En caso de indicarse profilaxis, se recomienda iniciarla lo antes posible, preferentemente dentro de las primeras 48 horas posteriores a la exposición.

Para mayor información sobre las recomendaciones, esquemas de dosificación y consideraciones de oseltamivir, se sugiere consultar: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/250717_comunicacion_epidemiologica-17-julio-influenza-aviar.pdf.

VIII.3.E. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

- Evitar el contacto con aves y/o mamíferos sospechosos o muertos.
- No tocar superficies que podrían estar contaminadas con saliva, mucosa o heces de aves silvestres o de corral.
- Cualquier persona que encuentre aves silvestres o domésticas con sintomatología nerviosa, respiratoria o diarrea, o muertas, deberá ponerse en contacto con las autoridades del SENASA inmediatamente.
- Ante sospechas, se debe contactar a la oficina más cercana–por teléfono o personalmente-; Whatsapp, al (11) 5700-5704; por correo electrónico a notificaciones@senasa.gob.ar; a través del Formulario Avisá al Senasa, disponible en el sitio web oficial (Link: Avisá al Senasa Sanidad Animal | Argentina.gob.ar). Para más información, ingresar en el Micrositio del Senasa. https://www.argentina.gob.ar/senasa [32]
- Seguir las recomendaciones generales para la prevención y control de la transmisión de las infecciones respiratorias agudas: lavado de manos frecuente con agua y jabón, cubrir la boca y la nariz al toser y estornudar; lavarse las manos frecuentemente, no compartir cubiertos ni vasos, ventilar los ambientes, no acudir a actividades laborales o educativas mientras está enfermo.
- Si bien no hay una vacuna específica para la influenza aviar se recomienda que las personas con indicación de vacuna antigripal según los lineamientos nacionales se vacunen oportunamente.
- Es importante destacar que la enfermedad no se transmite a las personas por el consumo de huevos, carne aviar y subproductos aviares.

VIII.4. Vigilancia epidemiológica

VIII.4.A. VIGILANCIA EN HUMANOS[33]

En el marco de la Estrategia de Vigilancia y Control Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas, dada la actual situación epidemiológica regional y nacional en la que se destaca la evidencia de la circulación de virus de la Influenza A(H5), se requiere poner en marcha la vigilancia epidemiológica (detección y seguimiento) de personas expuestas a Influenza Aviar, así como fortalecer la detección de eventos respiratorios inusuales y el monitoreo de enfermedades tipo influenza (ETI) e infección respiratoria aguda grave (IRAG) a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Definiciones de Caso

- **Persona expuesta a Influenza Aviar:** Toda persona que haya tenido exposición[34] a animales enfermos o muertos, o sus entornos contaminados con excreciones (heces,

[32] Para ampliar la información sobre el marco normativo y las actividades llevadas a cabo para resguardar sanidad aviar, dirigirse al siguiente link: https://www.argentina.gob.ar/senasa/programas-sanitarios/cadenaanimal/aves/aves-produccion-primaria/sanidad-animal

[33] Este documento presenta las recomendaciones vigentes al momento de su publicación. Los lineamientos de vigilancia, prevención y control están sujetos a un proceso de revisión continua.

[34] Las exposiciones pueden incluir: permanecer en el mismo espacio cerrado (< 2 metros), tocar o manipular aves o mamíferos infectados o enfermos o muertos con sospecha de IAAP o haber tenido contacto directo con superficies contaminadas.

sangre, secreciones respiratorias, etc.), en una zona[35] donde hubo un brote de Influenza AH5 en aves u otros animales en los últimos 10 días y sin uso adecuado de equipo de protección personal[36].

- **Caso sospechoso de Influenza Aviar:** Toda persona expuesta a influenza a aviar que presenta –dentro de los 10 días de la última exposición- inicio agudo de al menos uno de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta, coriza, dificultad para respirar, conjuntivitis; con o sin fiebre.

Registro y Notificación

Todo caso expuesto a Influenza Aviar deberá notificarse al SNVS2.0 desde su detección hasta el fin de seguimiento al evento *Influenza Aviar: expuestos a animales sospechosos o confirmados de gripe aviar*.

Grupo de Eventos/Evento	Modalidad	Estrategia/ Componente	Periodicidad
Infecciones respiratorias agudas / Influenza Aviar: expuestos a animales sospechosos o confirmados de gripe aviar.	Nominal	Epidemiológica y clínica	Inmediata

Identificación del Operativo: Para lograr asociar la notificación con el foco de Influenza Aviar del cual resulta Expuesto se dispone usar el ítem Vigilancia Activa de la ficha del SNVS y el listado de focos identificados, de manera tal que el operador seleccione a cuál de los focos activos corresponde el expuesto que se está notificando. Para ello deberá tildarse en "Vigilancia Activa" y luego seleccionar el foco de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad (IAAP) que corresponda.

Ante todo caso sospechoso, se deberá tomar una muestra para el diagnóstico con uso de EPP y derivada en triple envase al Laboratorio Nacional de Referencia (NO deberán estudiarse muestras de caso sospechoso en laboratorios locales o jurisdiccionales). Todas las personas que cumplan con la definición de **caso sospechoso** deben ser notificadas de forma nominal e inmediata al SNVS.2.0 al evento "**Sospecha de virus emergente"**. Se deberán completar los datos correspondientes a los componentes de vigilancia clínica, de laboratorio y epidemiológico consignando la condición de fallecido si corresponde y el antecedente de vacunación antigripal según corresponda.[37]

[35] Se tomará como "zona donde hubo un brote" a lo comprendida por foco, perifoco y vigilancia definida por el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA).
[36] Las personas intervinientes en las tareas de control de foco que hayan utilizado EPP en forma adecuada deberán realizar auto monitoreo de síntomas e informar a la autoridad sanitaria en caso de presentar síntomas dentro de los 10 días de la última exposición de riesgo.
[37] MSAL. Infecciones respiratorias agudas. Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para prevención y control. Link: guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

IX. MPOX – Actualización Informe epidemiológico

IX.1. Introducción

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

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

Con el fin de dar una orientación general y una respuesta coordinada, el Ministerio de Salud de la Nación elaboró un Plan específico. Este Plan es clave para guiar las actividades de preparación y respuesta de salud pública a nivel nacional, jurisdiccional y local, con el objetivo principal de detener los brotes de transmisión de Mpox de persona a persona y mitigar su impacto en salud humana a través de medidas coordinadas a nivel nacional. Para facilitar el abordaje de este plan, se han estipulado tres escenarios epidemiológicos frente al ingreso y transmisión de casos de Mpox en Argentina:

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

El Manual se encuentra en el siguiente link;

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

IX.2. Situación regional[38]

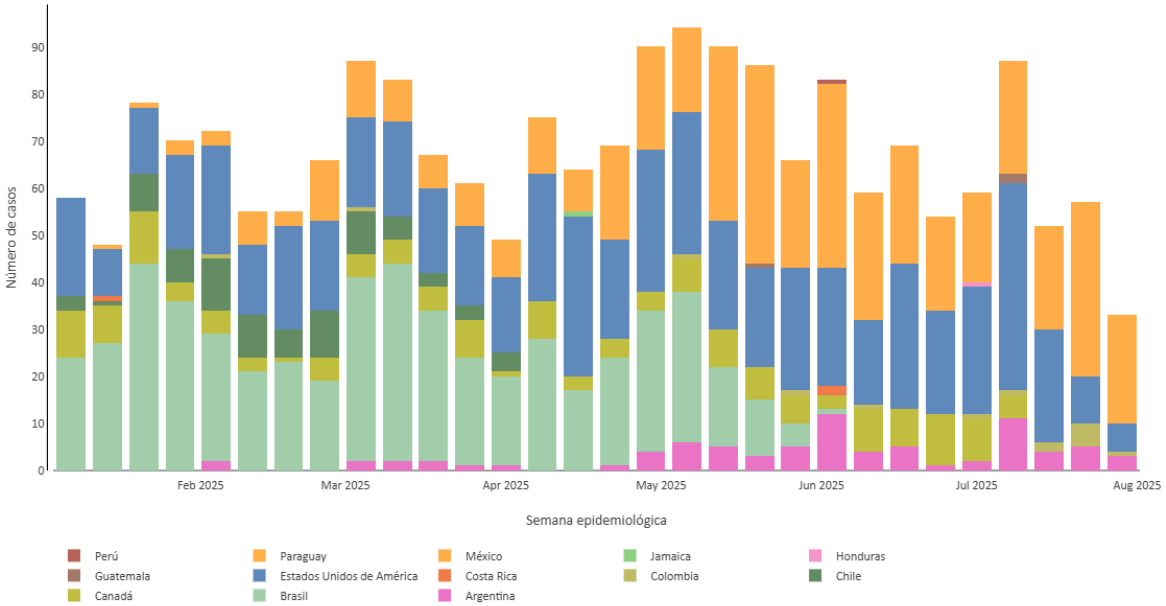
IX.2.A. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS[39]

Respecto de la situación regional, según la última actualización epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 31 de 2025 fueron notificados en la Región de las Américas 2.036 casos de mpox, con dos defunciones.

Los países de la región que detectaron casos de mpox durante 2025 son los siguientes: Estados Unidos (653 casos), Brasil (541), México (491, con 2 fallecidos), Canadá (163), Chile (79), Paraguay (4), Guatemala (3), Costa Rica (3), Perú (1), Honduras (1) y Jamaica (1) (Gráfico 1).

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

Gráfico 1. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según país. Región de las Américas, SE1 a SE31 2025.

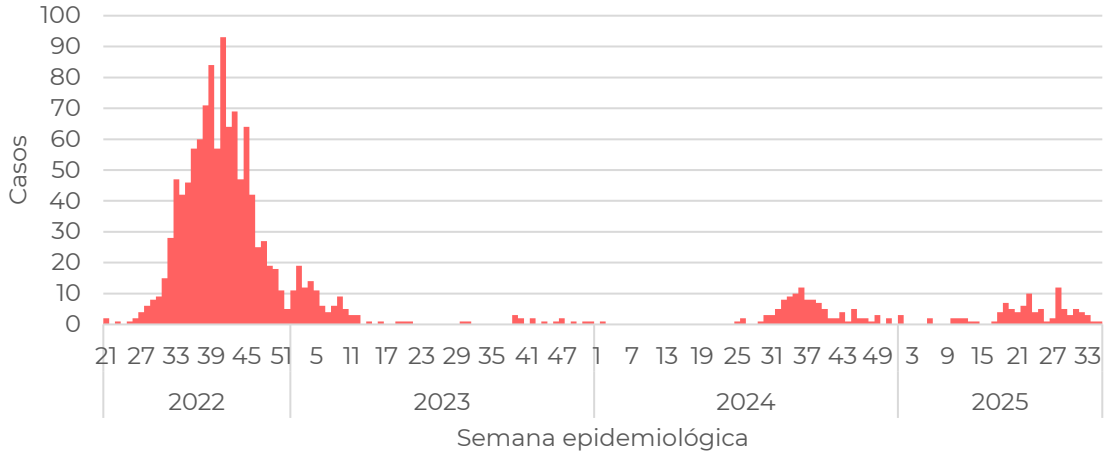


Fuente: https://shiny.paho-phe.org/mpox/

IX.3. Situación en Argentina

Durante el año 2022 (año epidémico), a partir de la SE 21, fueron notificados 1.024 casos confirmados. En 2023 se notificaron 124 casos confirmados, principalmente en la primera mitad del año, mientras que en 2024 se confirmaron 107 casos, concentrados en la segunda mitad del año. Durante el año en curso, entre las SE 1 y 35 de 2025 se han notificado 230 casos, de los cuales 96 fueron confirmados (Gráfico 2).

Gráfico 2. Casos confirmados de mpox por semana epidemiológica de fecha mínima[40]. Argentina, SE21/2022 a SE35/2025. (N=1.351)



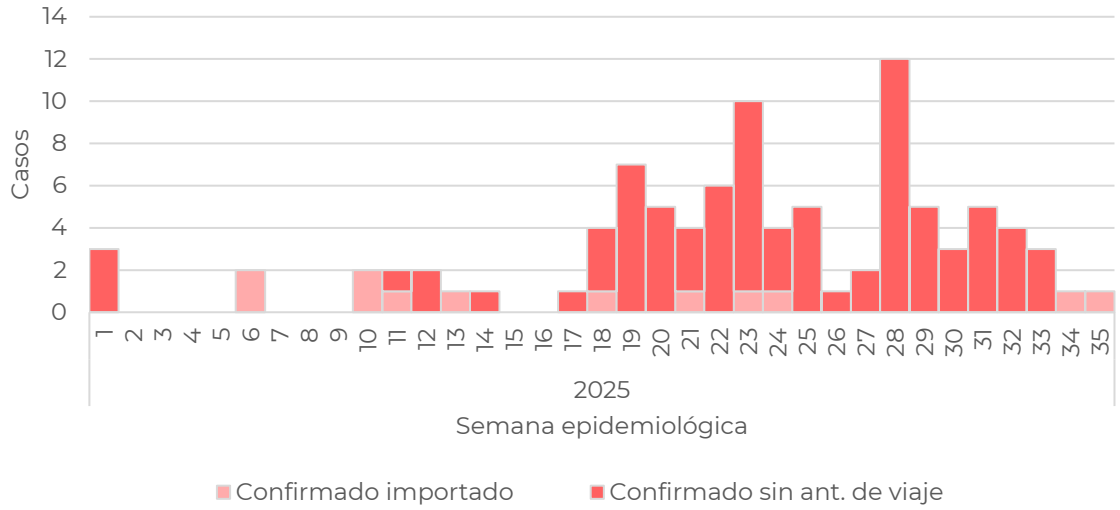
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

[40] La fecha mínima se construye según una jerarquía que prioriza la mayor cercanía al momento de inicio de la enfermedad: con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra, y, por último, la de notificación si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.

Para mayor información sobre de los casos notificados en años previos, dirigirse a: Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nro 737 y Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nro 685.

Para el año en curso, se observa un aumento de casos desde la SE 18, una disminución en la SE 26 y un nuevo aumento desde la SE 28, con un pico de 12 casos en dicha semana. En las últimas dos semanas se confirmó un caso en cada semana, ambos relacionados a viajes al exterior (Gráfico 3).

Gráfico 3. Casos confirmados de mpox según antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1 a SE35/2025. (N=96)



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

El 94% de los casos confirmados residen en jurisdicciones de la región Centro, principalmente en CABA (63%) y Buenos Aires (27%) (Tabla 1).

En las últimas cuatro semanas se confirmaron 13 nuevos casos. Dichos casos corresponden a residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (7 casos), Buenos Aires (4) y Córdoba (2). Corresponden a personas de sexo masculino, con una mediana de edad de 33 años, y dos de ellos consignan antecedente de viaje al exterior o contacto con viajeros.

En aquellos casos que consignan información (n=5), el principal antecedente epidemiológico son las relaciones sexuales con hombres (4 casos).

Tabla 1. Casos notificados y confirmados de mpox según jurisdicción de residencia. Argentina, SE1 a SE35/2025.

Provincia	Confirmados SE 1 a 35 2025	Confirmados notificados en la última semana	Confirmados notificados en las últimas 4 semanas	Total de notificaciones 2025
Buenos Aires	26	1	4	73
CABA	60	1	7	103
Córdoba	4	0	2	12
Entre Ríos	0	0	0	2
Santa Fe	0	0	0	4
Centro	**90**	**2**	**13**	**194**
Mendoza	5	0	0	26
San Juan	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0
Cuyo	**5**	**0**	**0**	**26**
Chaco	0	0	0	0
Corrientes	1	0	0	2
Formosa	0	0	0	2
Misiones	0	0	0	1
NEA	**1**	**0**	**0**	**5**
Catamarca	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0
Salta	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	1
NOA	**0**	**0**	**0**	**1**
Chubut	0	0	0	1
La Pampa	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	1
Río Negro	0	0	0	1
Santa Cruz	0	0	0	1
Tierra del Fuego	0	0	0	0
SUR	**0**	**0**	**0**	**4**
Total PAIS	**96**	**2**	**13**	**230**

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

IX.4. Recomendaciones para el equipo de salud

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

IX.5. Vigilancia Epidemiológica

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

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

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

IX.5.A. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

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

Ó

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

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

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

Ó

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

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

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

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

Caso confirmado

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

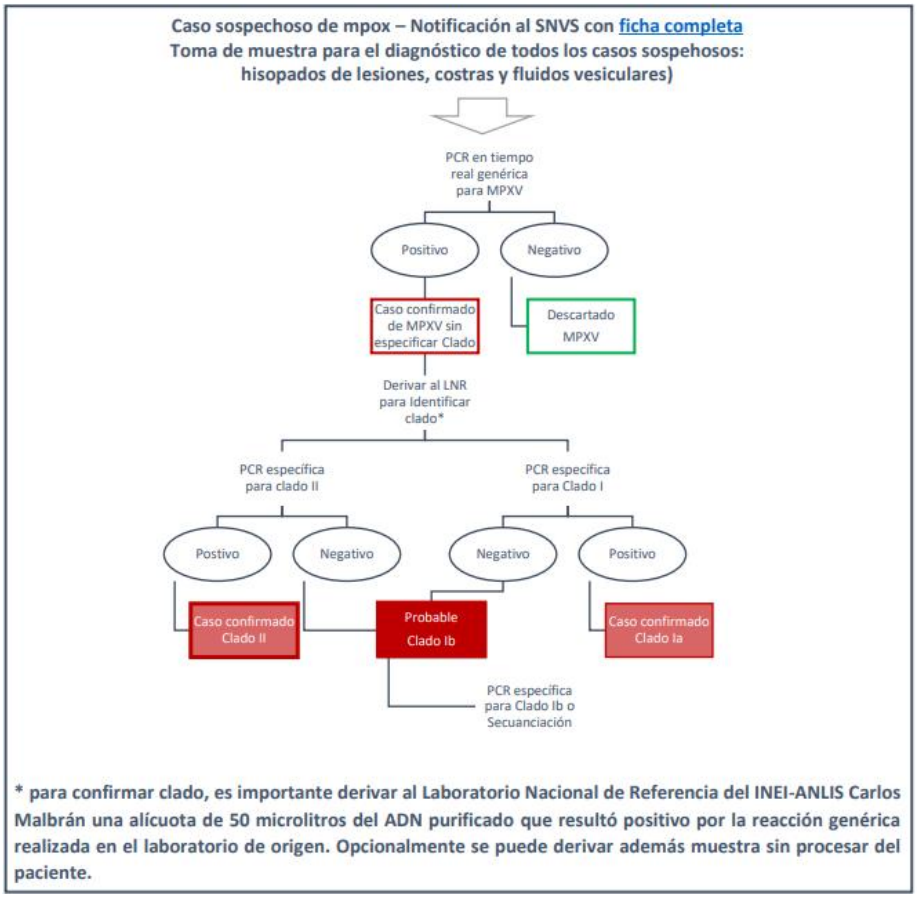
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión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

IX.5.B. NOTIFICACIÓN

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

IX.6. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox

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



IX.7. Medidas ante casos sospechosos

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

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

IX.8. Medidas ante contactos

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

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

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-05/2022-Manual_normas_y_procedimientos_vigilancia_y_control_ENO_22_05_2023_2.pdf

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

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

Ficha de notificación:

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

Más recomendaciones e información en:

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

X. Varicela - Informe epidemiológico

X.1. Introducción

La varicela es una enfermedad viral aguda, altamente contagiosa, causada por el virus varicela-zóster (VVZ), un herpesvirus humano que afecta mayoritariamente a la población infantil. Su presentación clínica incluye fiebre, malestar general y exantema máculo-pápulo-vesicular característico, que aparece en brotes sucesivos y se distribuye de forma centrípeta.

Tradicionalmente considerada una enfermedad "benigna de la infancia", la varicela puede evolucionar con complicaciones graves, especialmente en personas inmunocomprometidas, embarazadas, recién nacidos hijos de madres infectadas en el período perinatal, y en adolescentes o adultos sin inmunidad previa. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran las sobreinfecciones bacterianas de la piel, neumonía, encefalitis y, en algunos casos, infecciones invasivas graves.

La vacuna para varicela se introdujo en un esquema de una dosis al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) en forma universal, gratuita y obligatoria desde el año 2015. Posteriormente, el Ministerio de Salud de la Nación definió la oportunidad de dar inicio a la transición a un esquema de dos dosis e introducir así, a partir del año 2022, la segunda dosis de vacuna contra varicela a nuestro Calendario Nacional. En este contexto, la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad sigue siendo fundamental para monitorear la incidencia, caracterizar los grupos más afectados, detectar modificaciones en el patrón estacional y dar seguimiento al programa de inmunización.

Dado el comportamiento epidémico de la enfermedad y su potencial de generar brotes institucionales, los datos aquí presentados resultan esenciales para fortalecer la prevención, orientar la distribución de recursos y garantizar la respuesta oportuna en el sistema de salud.

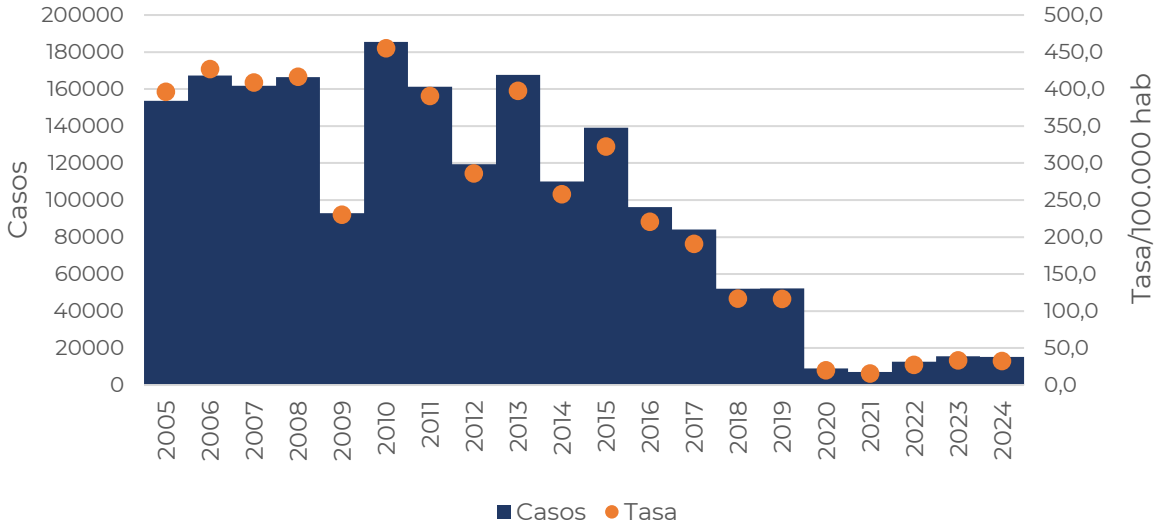
X.2. Situación de Varicela en Argentina

X.2.A. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA HISTÓRICA (2005-2024)

Análisis temporal

En el periodo comprendido entre 2005 y 2024, el año con el mayor número de casos fue 2010. Desde 2016, luego de la incorporación de la vacuna al CNV, se registró un descenso sostenido en el número de casos y tasa de incidencia anual que alcanzó valores mínimos en 2020 y 2021. En 2022 y 2023, los casos presentaron un ligero ascenso respecto a 2021, y se mantuvieron en valores estables en 2024, cuando se notificaron un total de 15.200 casos, con una tasa de incidencia acumulada de 32,3 casos cada 100.000 habitantes.

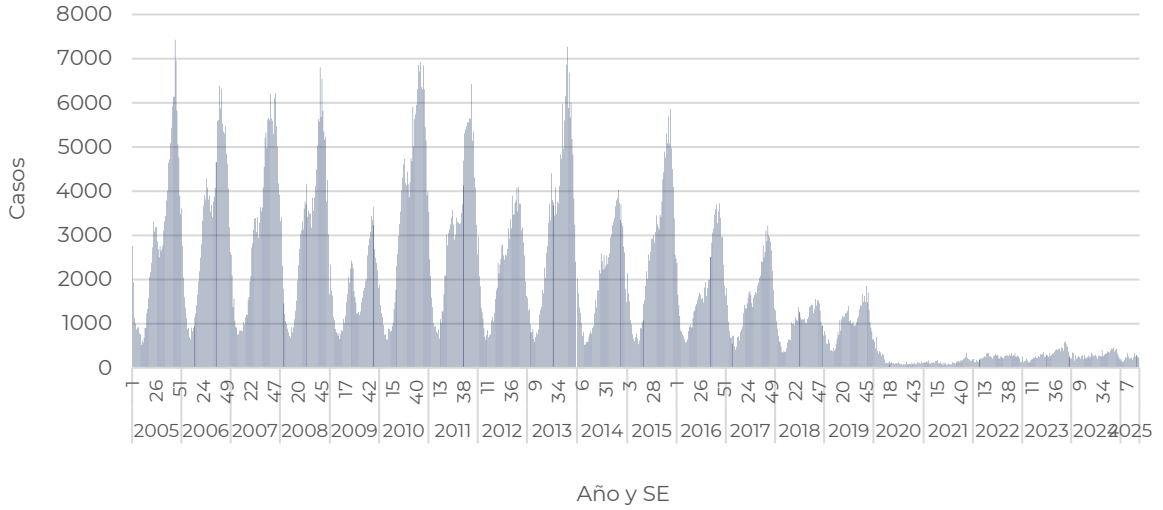
Gráfico 1: Casos de varicela y tasa de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes, por año. Años 2005 a 2024, Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

Entre 2005 y 2019, la curva epidémica de varicela mostró ascensos en la segunda mitad del año, con picos entre las semanas epidemiológicas 40 y 50. Desde 2020, esta tendencia no se repite y los casos se mantienen en niveles considerablemente más bajos. En 2023 y 2024 se observaron incrementos hacia fin de año, aunque con magnitud inferior a la del período pre pandémico.

Gráfico 2. Curva epidémica de casos de varicela según SE. SE1/2005 a SE34/2025. Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

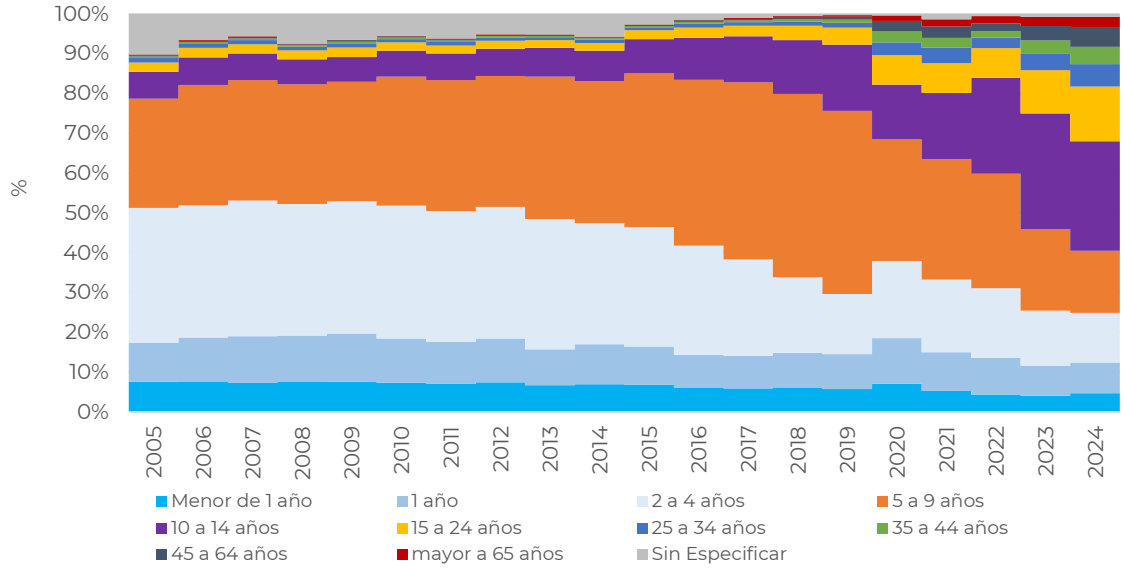
X.2.B. ANÁLISIS POR GRUPOS DE EDAD

En relación con la distribución de casos por grupo de edad, hasta 2015 se observa un predominio en los niños de 0 a 4 años, que representaban alrededor del 50% de las notificaciones. A partir de 2016, la proporción de este grupo comenzó a descender de manera sostenida hasta 2019, registrando un leve aumento en 2020, y alcanzando el 25% de los casos en 2023 y 2024.

La proporción correspondiente al grupo de 5 a 9 años también mostró una tendencia descendente durante el período analizado. Los demás grupos de edad presentaron incrementos relativos en los últimos años, destacándose el grupo de 10 a 14 años, que en 2023 y 2024

concentró el mayor porcentaje de casos, con un 27,4% y 28,2% de las notificaciones, respectivamente.

Gráfico 3. Distribución relativa de casos de varicela por grupos de edad, por año. Años 2005 a 2024, Argentina

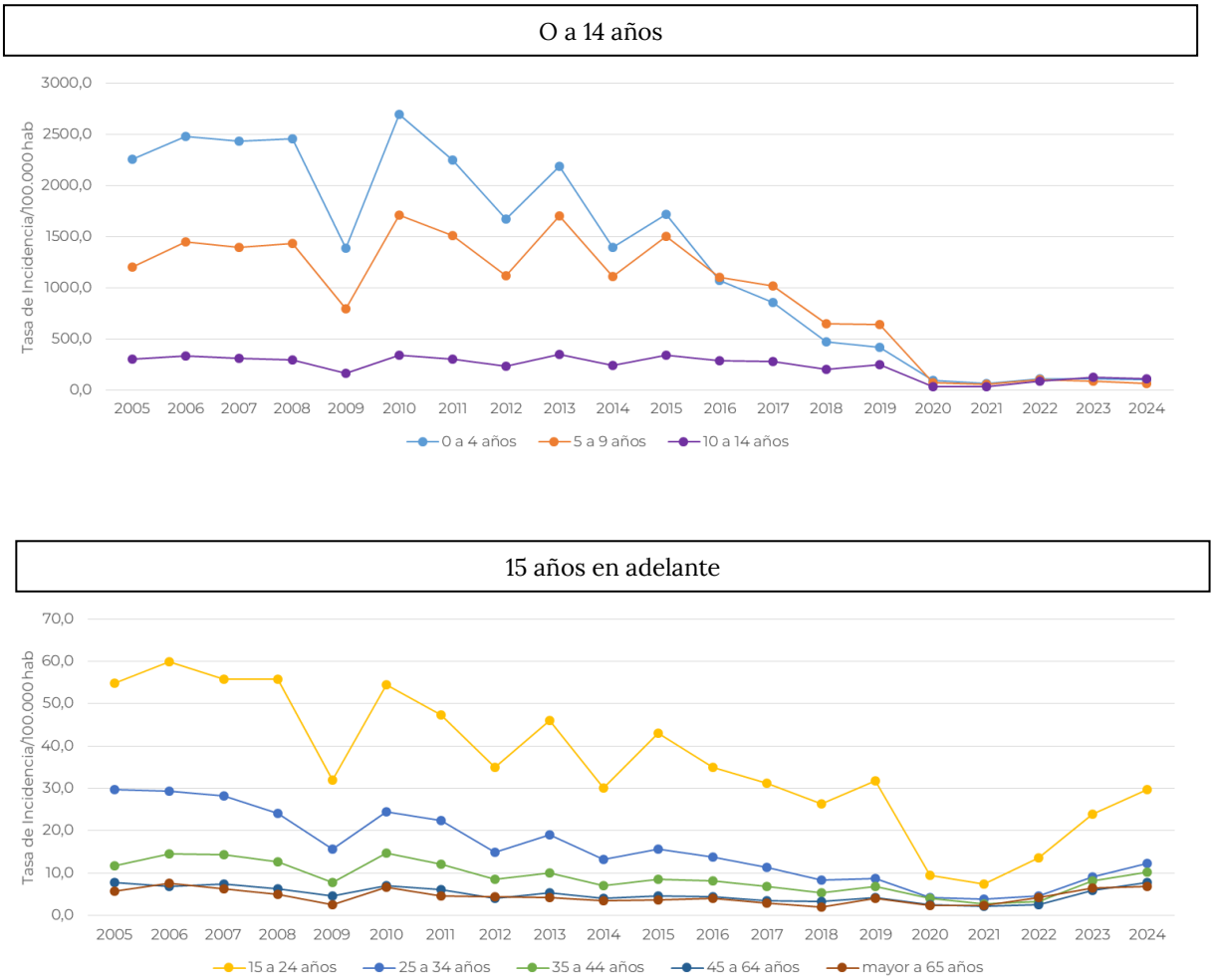


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

Desde 2016 hasta 2020, se observa que las tasas de incidencia presentaron una tendencia descendente, principalmente en la población de 0 a 14 años. Hasta 2015, el grupo de 0 a 4 años presentaba las tasas más elevadas; sin embargo, luego de la introducción de la vacuna al CNV, a partir de 2016 fue superado por el grupo de 5 a 9 años. En los últimos dos años analizados (2023 y 2024), las mayores tasas correspondieron al grupo de 10 a 14 años.

En los grupos de 15 a 24 y de 25 a 34 años también se verificó un descenso en las tasas de incidencia a lo largo del período, aunque de menor magnitud que en las edades pediátricas. En las personas de 35 años y más, las tasas permanecieron relativamente estables durante todo el período analizado.

Gráfico 4. Tasa de Incidencia de varicela específica por grupos de edad cada 100.000 habitantes, por año. Años 2005 a 2024, Argentina. [41]



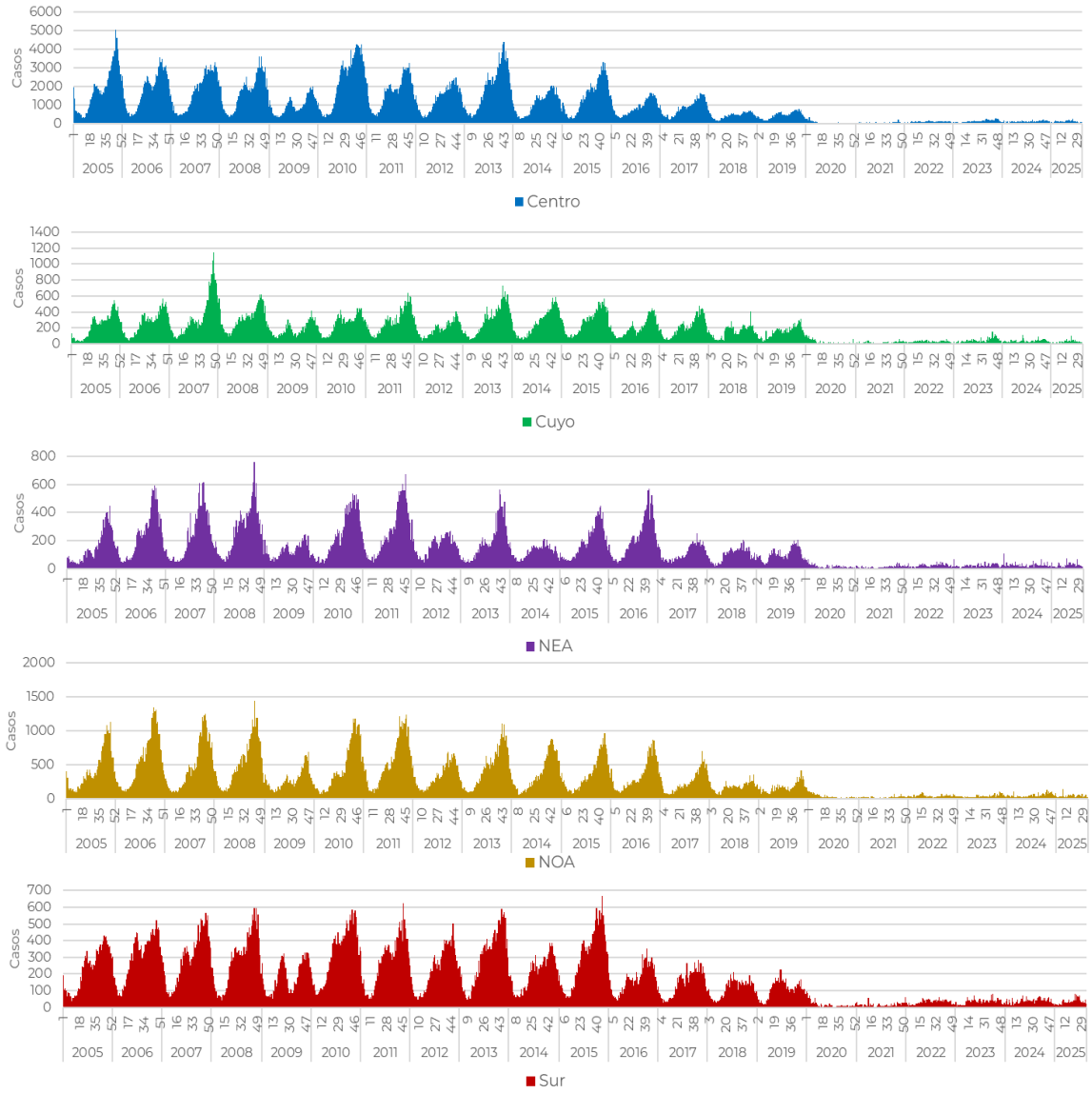
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

X.2.D. ANÁLISIS REGIONAL

En relación al comportamiento por región, a continuación, se observan las curvas epidémicas para el periodo en las cinco regiones del país. Se verifica que las tendencias fueron similares en cada una de las regiones.

[41] Debido a las diferencias de magnitud, los grupos de 0–14 años y de 15 años en adelante se presentan en un panel separado.

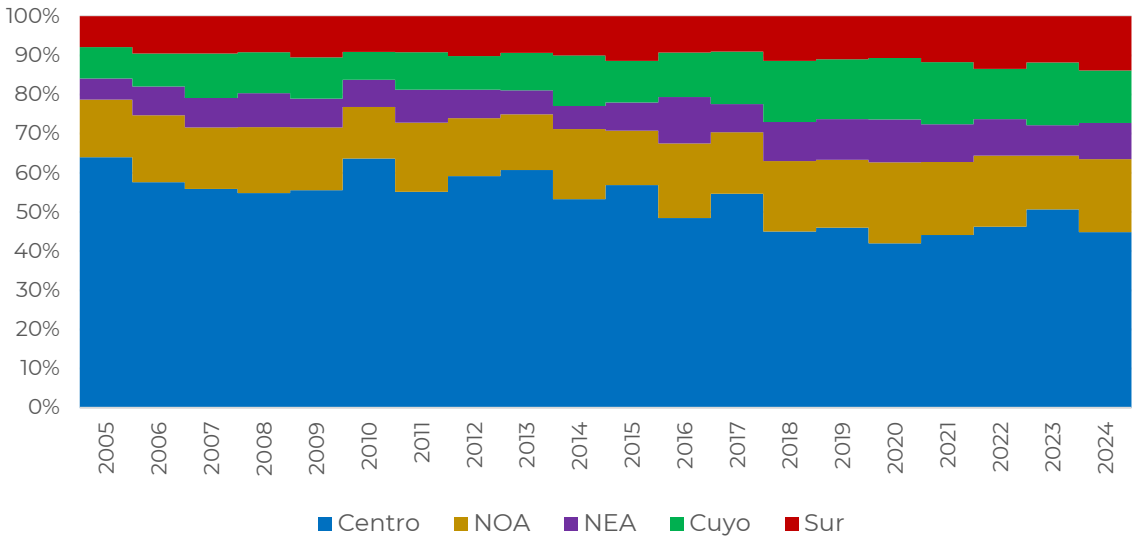
Gráfico 5. Curva epidémica de casos de varicela según región y SE. SE1/2005 a SE34/2025. Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

En cuanto a la distribución relativa de los casos por región, la región Centro concentra el mayor porcentaje de notificaciones a lo largo de todo el período, aunque con una tendencia levemente descendente en los últimos años. En contraste, las demás regiones mostraron un incremento relativo en su participación.

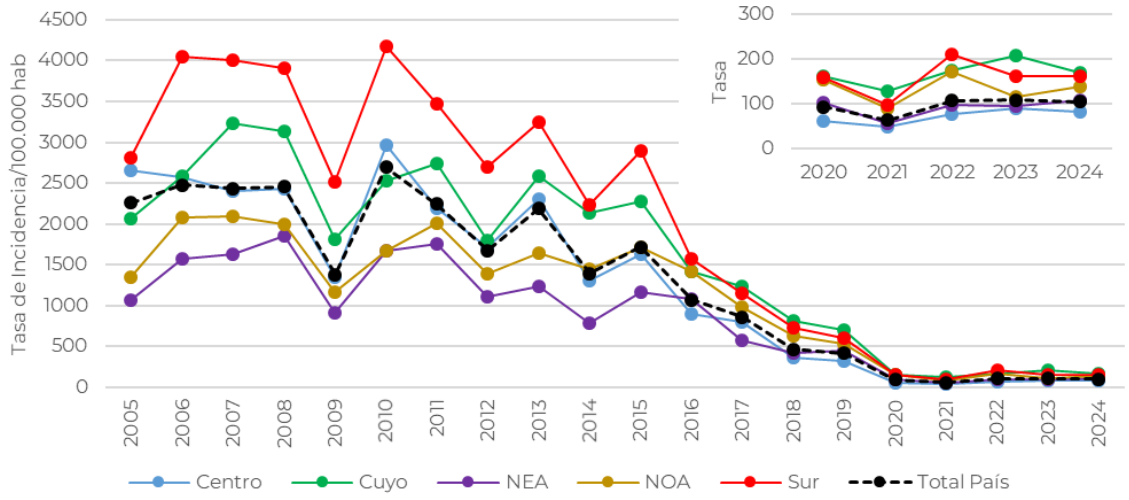
Gráfico 6. Distribución relativa de casos de varicela por región, por año. 2005 a 2024. Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

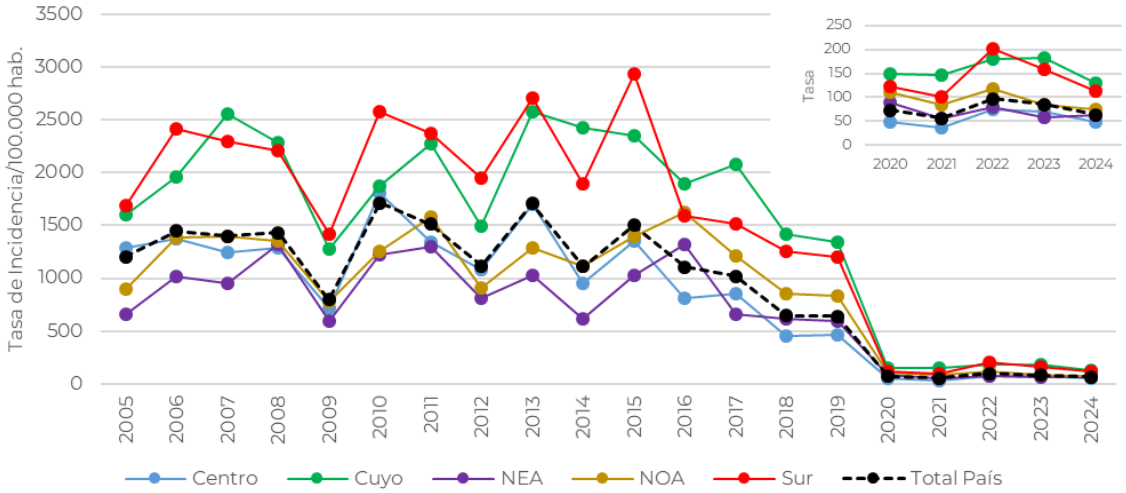
En el análisis de tasas de incidencia en el grupo de 0 a 4 años y de 5 a 9 años, se observa que para todas las regiones la tendencia fue descendente. Las regiones Sur y Cuyo presentan las mayores tasas de incidencia en la mayoría de los años históricos previos a 2020, si bien estas diferencias regionales se sostienen en los últimos años analizados, son de menor magnitud.

Gráfico 7. Tasa de incidencia de casos de varicela en 0 a 4 años, por región y año. 2005 a 2024 (Detalle 2020 a 2024), Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

Gráfico 8. Tasa de incidencia de casos de varicela en 5 a 9 años, por región y año. 2005 a 2024 (Detalle 2020 a 2024), Argentina

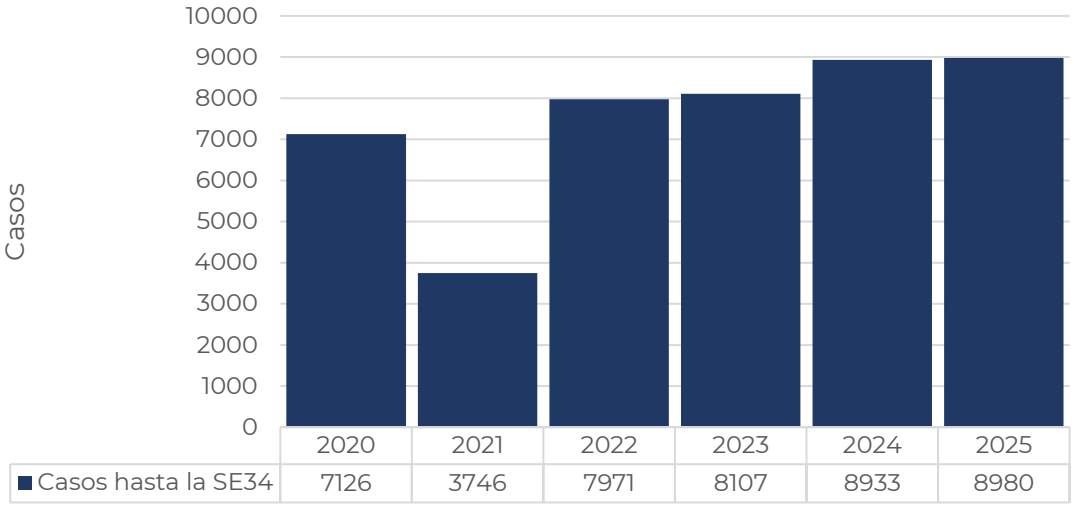


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

X.2.E. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL (2025)

Durante el año en curso, entre las SE1 y 34, se registraron un total de 8980 casos de varicela, valor similar a lo registrado en el mismo periodo del año previo (8933 casos) y ligeramente superior a los años 2020 a 2023.

Gráfico 9. Casos de varicela acumulados entre las SE1 y 34 de los años 2020 a 2025. Argentina.

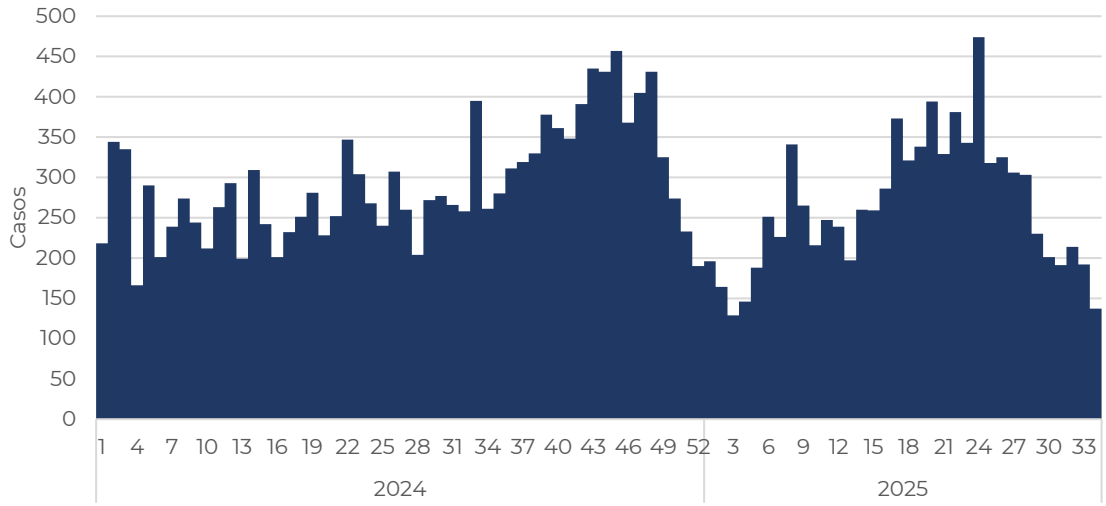


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

En relación a la curva epidémica, luego del incremento registrado en las últimas semanas de 2024, los casos presentaron un descenso en las primeras semanas de 2025, con tendencia ascendente de las notificaciones desde la SE14. En las últimas SE se registra un menor número de notificaciones semanales[42].

[42] Datos sujetos a modificación según la notificación de casos en el SNVS.

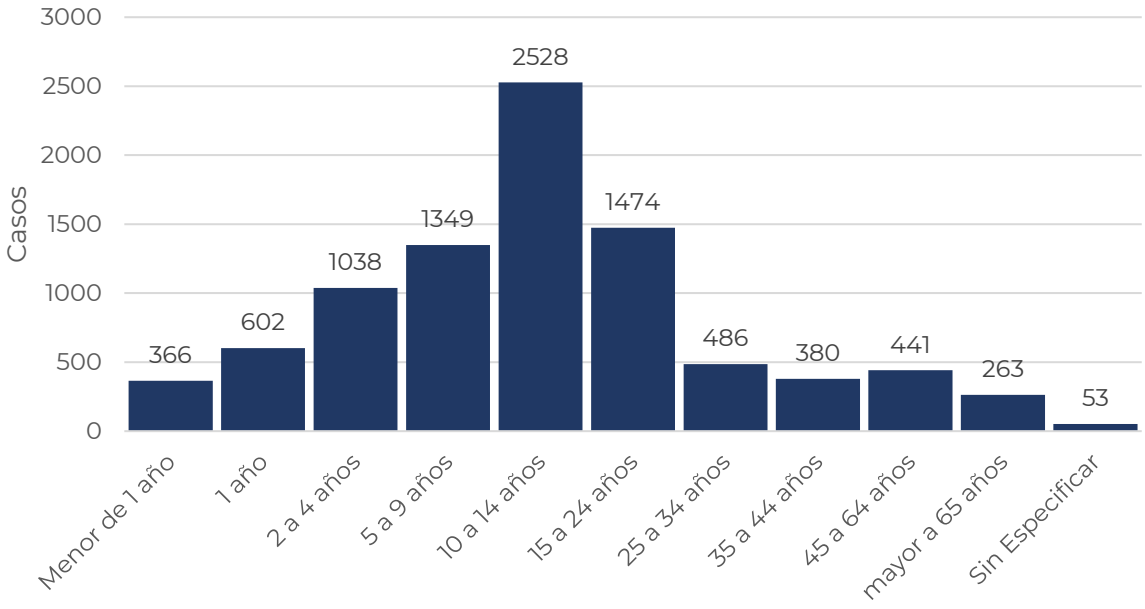
Gráfico 10. Curva epidémica de casos de varicela. SE1/2024 a SE34/2025. Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

Los casos corresponden predominantemente al grupo de edad quinquenal comprendido entre los 10 y 14 años (n= 2528). Los menores de 5 años tuvieron un total de 2006 casos hasta la SE34.

Gráfico 11. Casos de varicela por grupos de edad. SE1 a SE34 de 2025. Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología con información del Sistema Nacional de Vigilancia.

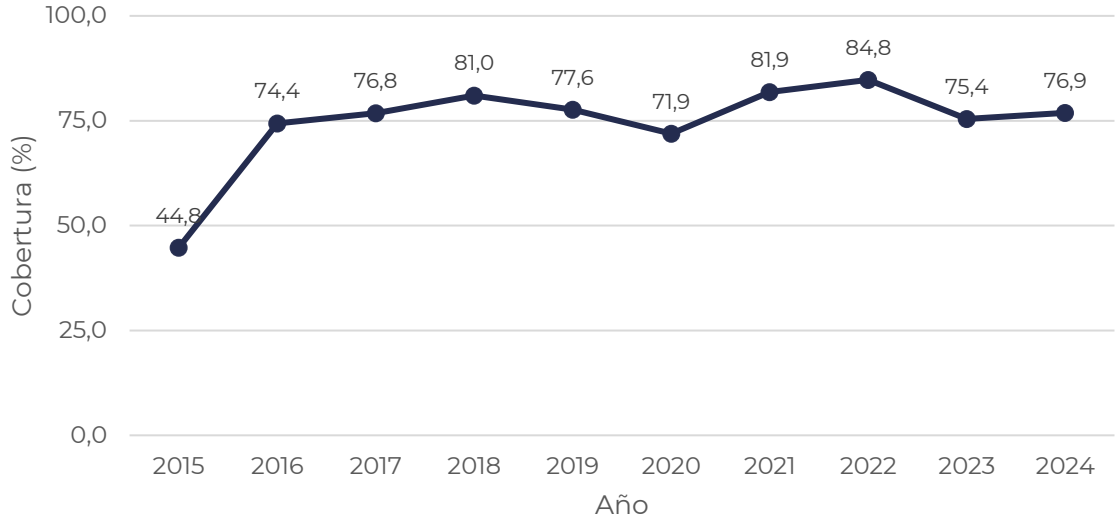
X.3. Coberturas de Vacunación

En 2015, año en que la vacuna se incorporó al CNV, la cobertura de la primera dosis aplicada a los 15 meses fue del 44,8%, mostrando un incremento sostenido en los años siguientes. Entre 2016 y 2019 las coberturas se mantuvieron entre el 74,4% y el 81%. En 2020 se registró el valor mínimo de la serie, con un 71,9%, seguido de un aumento progresivo que alcanzó el máximo en 2022, con 84,8%. En 2023 la cobertura descendió a 75,4%, mientras que la cobertura preliminar para 2024 fue de 76,9%.

Dado que la estrategia de vacunación iniciada en el año 2015 contempla como población objetivo a vacunar (POV) a todos los niños que cumplieran 15 meses de edad a partir del 1 de enero de 2015 (nacidos a partir del 1 de octubre de 2013), todos aquellos niños que hubieran recibido oportunamente la primera dosis de vacuna por pertenecer a la POV, independientemente de haber superado los 5 años de vida, deberán recibir la segunda dosis de vacuna contra varicela para completar esquema. Serán incluidos en la estrategia todos los niños mayores de 5 años que pertenezcan a la POV (nacidos a partir del 1 de octubre de 2013) hayan o no recibido oportunamente la primera dosis de vacuna, en función de iniciar o completar su esquema de dos dosis.

Si concurriere a vacunarse un niño mayor de 5 años que pertenezca a la POV (nacidos a partir del 1 de octubre de 2013) y que no presente constancia de haber recibido la primera dosis de vacuna, deberá iniciar el esquema de vacunación respetando un intervalo mínimo de 1 mes (4 semanas) entre ambas dosis.

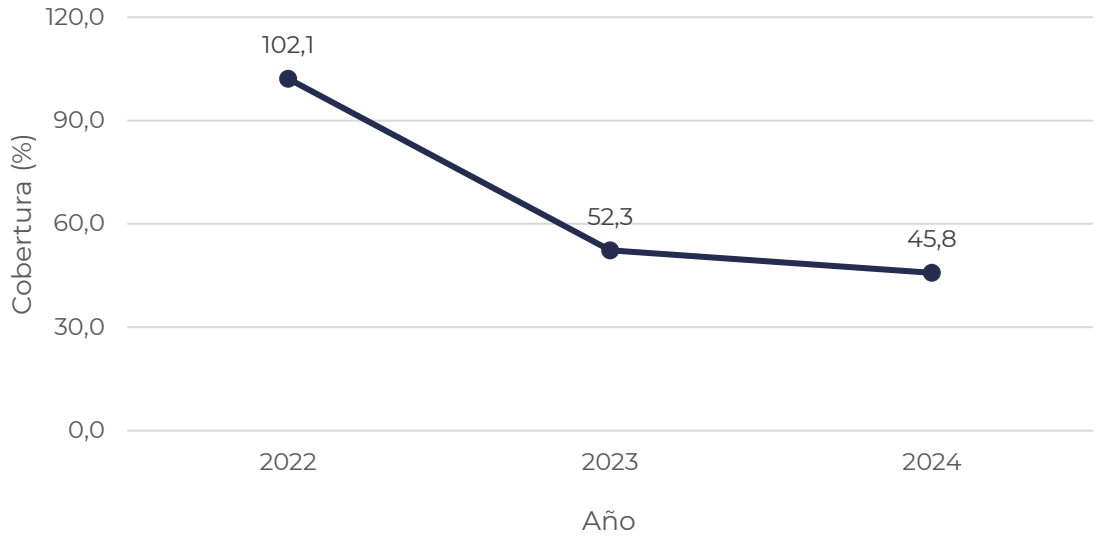
Gráfico 12. Cobertura de vacunación de la primera dosis de varicela a los 15 meses de edad. 2015 a 2024, Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

En relación con la segunda dosis, incorporada en 2022 para niños de 5 años, la cobertura alcanzó un 102,1% en su primer año de implementación. Este valor puede explicarse por la estrategia de recupero de cohortes, en la que fueron incluidos como población objetivo a vacunar todos los niños y niñas mayores de 5 años nacidos a partir del 1 de octubre de 2013, hayan o no recibido oportunamente la primera dosis de vacuna. En el año 2023 la cobertura fue de 52,3%, mientras que en 2024 fue de 45,8%.

Gráfico 13. Cobertura de vacunación de la segunda dosis de varicela a los 5 años de edad. 2015 a 2024, Argentina.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

La vacunación ampliada por cohorte evalúa la cantidad de dosis aplicadas en una misma cohorte de nacimiento a lo largo de los años. Para el caso de la cohorte 2019, al analizar la segunda dosis de varicela se observó una mejora significativa: en 2024 se registró una cobertura de 45,8%, mientras que en 2025 la cobertura fue de 24,7%, alcanzando una cobertura acumulada de 70,5%.

Tabla 1. Vacunación ampliada por cohorte para la segunda dosis de varicela. Cohorte 2019. Años 2024 a 2025. Argentina

Año	Dosis aplicadas	Cobertura de la cohorte (N = 609.576)
2024	279.220	45,8%
2025	150.449	24,7%
2024-2025	429.669	70,5%

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Las coberturas preliminares correspondientes al año 2025 al 03/09/2025 alcanzan el 49,4% para la primera dosis y el 37,6% para la segunda dosis.

Al analizar las coberturas es importante tener en cuenta el sistema de registro y las posibles diferencias entre la cobertura administrativa y la real. A diferencia de años anteriores, donde la fuente de información era combinada entre registros agrupados numéricos y registros nominales, en el año 2023 se comenzó a utilizar como única fuente de datos para el cálculo de coberturas lo informado en el Registro Nominal de Vacunación electrónico (RNVe). Es importante destacar que la adecuación de los sistemas de RNVe con la inclusión de todas las vacunas del calendario nacional, implicó atraso en la carga y diferencias con algunos sistemas provinciales, por lo que es posible que existan registros de dosis aplicadas que aún no hubieran impactado en el sistema nacional. Además, también existe un universo de personas vacunadas

que no han sido registradas en ningún sistema, ya sea provincial, nacional, institucional, del subsector público o privado. Es por esto que existe a la fecha subregistro de dosis aplicadas.

X.4. Genotipificación de Varicela[43]

La epidemiologia de virus zóster de la varicela (VZV) varía geográficamente, en climas templados el VZV infecta a más del 90% de los niños en la edad escolar, con marcado incremento estacional de casos en la época de primavera, mientras que, en países tropicales, la población es susceptible en la edad adulta. El análisis del gen ORF22 permite tipificar los genotipos circulantes, cuyas variantes están íntimamente relacionadas con la geografía y con el factor climático. Los mismos son designados como E (europeo), J (japonés), M (Mosaico). En Argentina, según trabajo presentado (Gustavo H. Dayan,) en el 2004 se estudiaron algunos casos cuyas cepas de VZV se caracterizaron como de origen europeo € en su totalidad. El método recomendado para identificación de los genotipos por el CDC es la secuenciación de dos regiones del gen ORF 22.

El LNR realiza estudios de tipificación del virus. En los últimos años, el 60% de las muestras analizadas correspondió al tipo E y el 40% al tipo M., mientras que antes de 2015 el genotipo preponderante era E.

Adicionalmente, el LNR se encuentra realizando estudios sobre muestras de pacientes sospechosos de Mpox que resultaron negativos para esa enfermedad y positivos para varicela. Resultados parciales indican que los VZV identificados correspondieron en esos casos al tipo M.

Estas observaciones colaboran con el monitoreo de la evolución y cambios en la epidemiologia de VZV, lo que representa información importante para acompañan al programa de vacunación.

El análisis genotípico contribuye además con la identificación de los factores de virulencia y la comprensión de la biología del virus, contribuyendo en la orientación y predisposición de la filogenia del virus en las poblaciones vacunadas y no vacunadas.

Por todo ello es importante mantener una vigilancia genómica continua de VZV, para lo cual es indispensable que un porcentaje de los casos correspondientes a clusters o brotes puedan ser estudiados por laboratorio tomando y enviando muestras al LNR.

X.4.A. INSTRUCTIVO PARA TOMA DE MUESTRA EN CASO DE BROTES:

Toma de muestra de vesículas

- Recolectar la muestra dentro de los 5 días de la erupción de la vesícula.

[43] **Referencias:**
• Varicella Seroprevalence and Molecular Epidemiology of
• Varicella-Zoster Virus in Argentina, 2002
• Gustavo H. Dayan,1* María S. Panero,2 Roberto Debbag,3 Ana Urquiza,4
• Marta Molina,5 Susana Prieto,6 María del Carmen Perego,7
• Graciela Scagliotti,8 Diana Galimberti,9 Guillermo Carroli,10
• Cristina Wolff,11 D. Scott Schmid,12 Vladimir Loparev,12
• Dalya Guris,1 and Jane Seward1

- Frotar las lesiones cutáneas hasta abrir la vesícula y absorber el líquido vesicular con un hisopo. En caso de vesícula abierta raspar la lesión.
- Colocar el hisopo en un tubo con tapa a rosca con 1ml de medio de transporte.
- Dado la gran labilidad de los virus, estos deben ser transportados en un medio de transporte que mantenga la estabilidad del virus, el mismo puede ser solución fisiológica o medio de cultivo celular.
- Las muestras deben transportarse a 4°C (no congelarlas antes del envío, excepto el caso que el traslado implique grandes distancias), en triple envase.

Remitir las muestras a:

Servicio de Neurovirosis
INEI. ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"
Av. Vélez Sarsfield 563
CABA (C1282AFF) Argentina
Teléfono 5411-3751-8061

X.5. Recomendaciones para el equipo de salud

X.5.A. MEDIDAS PREVENTIVAS

La enfermedad es prevenible a través de la vacunación. La vacuna contra la varicela está elaborada con virus vivos atenuados. La primera dosis se encuentra incluida en el Calendario Nacional de Vacunación desde el año 2015, a los 15 meses de vida, y desde el año 2022 se incorporó la segunda dosis al ingreso escolar (5 años). La efectividad del esquema de dos dosis de vacuna es del 88-95% para prevenir las formas leves y de 98-100% para prevenir las formas moderadas-graves. Es una vacuna segura; las reacciones adversas son generalmente leves y ocurren con una frecuencia general entre 5-35%.

El Ministerio de Salud de la Nación provee la vacuna fuera de Calendario Nacional y en forma gratuita para los siguientes grupos de riesgo:

- Personal de salud sin antecedentes clínicos de varicela y con serología (IgG varicela) negativa. Se sugiere realizar en forma rutinaria, en el examen prelaboral, la serología para varicela en aquellos con anamnesis negativa para la enfermedad.
- Convivientes de inmunocomprometidos.
- Personas en situaciones especiales, sin antecedente clínico de la enfermedad:
- Personas viviendo con VIH: niños con recuento de linfocitos T CD4 superiores al 15% o adolescentes y adultos con linfocitos T CD4 superiores a 200/mm^3: Vacunar con 2 dosis, con un intervalo entre dosis de 3 meses (mínimo 4 semanas).
- Personas con deterioro exclusivo de la inmunidad humoral.
- Personas en plan de trasplante de órgano sólido (por lo menos 3 semanas previas al inicio del tratamiento inmunosupresor).
- Pacientes post Trasplante de células hematopoyéticas después de 24 meses de suspendida la inmunosupresión, y constatada la ausencia de enfermedad injerto contra huésped (EICH), enfermedad en remisión y ausencia de tratamiento quimioterápico.

- Personas con leucemia, linfoma y otras enfermedades malignas, con enfermedad en remisión o bajo control, y habiendo finalizado su tratamiento quimioterápico al menos tres meses antes.
- Personas con Síndrome Nefrótico.

X.5.B. MEDIDAS ANTE CONTACTOS

Definición de exposición a la varicela

- Personas convivientes (la varicela se presenta en aproximadamente 85% de los contactos susceptibles).
- Personas que hayan tenido contacto estrecho (más de una hora).
- Persona / contacto de alto riesgo: Persona con mayor riesgo de complicaciones por varicela debido a su edad o una afección subyacente (por ejemplo, personas inmunocomprometidas, pacientes con cáncer, embarazadas, recién nacidos cuyas madres no son inmunes).
- Contacto intrahospitalario:
- Varicela: paciente o visitante con varicela en la misma habitación o en camas adyacentes en pabellones. Contacto estrecho.
- Zoster: contacto íntimo (tacto).
- Recién nacidos: inicio de la varicela en la madre en los cinco días previos al parto, hasta 48 horas después del mismo.

Las personas expuestas y susceptibles a la varicela pueden recibir como profilaxis post-exposición

- Vacuna contra varicela: Puede utilizarse como un mecanismo de bloqueo para el desarrollo de la enfermedad en personas susceptibles expuestas al virus en mayores de 1 año de vida. Debe ser aplicada antes del 5° día post-exposición, especialmente en los huéspedes inmunocomprometidos que no presenten contraindicación para vacunarse, o en brotes en poblaciones cerradas. El Ministerio de Salud no provee la vacuna contra varicela para su uso en estas situaciones si afectan a cohortes no incluidas en la población objetivo a vacunar. Se recomienda consultar los lineamientos técnicos (https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022- 01/lineamientos-tecnicos-varicela-2da-dosis.pdf)"
- Gammaglobulina específica hiperinmune contra varicela zóster (VZIG): las personas sin evidencia de inmunidad que presentan contraindicaciones para recibir vacunación y alto riesgo de enfermedad grave y complicaciones deben recibir profilaxis secundaria con gammaglobulina específica. La administración de VZIG ha demostrado ser efectiva cuando es aplicada lo más tempranamente posible, dentro de los 10 días post exposición. La duración de la protección es desconocida, pero es probable que sea de, al menos, tres semanas. Las personas susceptibles no vacunadas, que presenten una nueva exposición a varicela después de este período, deberán recibir nuevamente la VZIG. Los pacientes que reciben inmunoglobulina endovenosa (IGIV) mensual (400 mg/kg) de manera regular, están protegidos si la misma fue recibida tres semanas o menos antes de la exposición. La VZIG no está recomendada para el tratamiento de la varicela. La VZIG podría extender el periodo de incubación a más de 28 días. La gammaglobulina específica no está indicada en personas que recibieron dos dosis de vacuna y después se convirtieron en huéspedes inmunocomprometidos por enfermedad o tratamiento. Estas personas deben ser monitoreadas y eventualmente se les indicaría tratamiento temprano con Aciclovir si desarrollaran la enfermedad. La VZIG es provista por el Ministerio de Salud de la

Nación para profilaxis post exposición en inmunocomprometidos, RN de madre con varicela y embarazadas susceptibles a contrarreferencia de la notificación correspondiente. (Planilla de solicitud disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/inmunoprevenibles/vigilancia/varicela)

- Si la gammaglobulina específica para varicela zoster no estuviera disponible, debe utilizarse gammaglobulina polivalente o estándar de pool (IGIV), en dosis única de 400 mg/kg.

X.5.C. MEDIDAS ANTE BROTES

Los brotes son frecuentes en escuelas e instituciones cerradas, se debe aislar a los casos infecciosos y aplicar la vacuna a los contactos susceptibles a la brevedad posible. En el caso de no poder recibir la vacuna (huéspedes con alteraciones inmunitarias o embarazadas susceptibles) se deberá considerar la indicación de gammaglobulina específica. La vacuna contra varicela no está provista por el Ministerio de Salud para control de brote en individuos no incluidos en las cohortes de la población objetivo a vacunar por Calendario Nacional.

X.6. Conclusiones

A nivel mundial y regional se registra un descenso progresivo de las coberturas de vacunación, que deriva en una acumulación de personas susceptibles a contraer la enfermedad. Este escenario exige un análisis detallado de la situación actual para orientar acciones específicas de recupero de esquemas.

El descenso de las coberturas de vacunación constituye un fenómeno multicausal, de alcance global, y transversal a todas las vacunas y grupos etarios. Además, se acentuó con posterioridad a la pandemia de COVID-19. Algunos factores relacionados con el descenso de las coberturas son la falta de percepción de riesgo por parte del personal de salud y de la comunidad en general, las oportunidades perdidas de vacunación, la reticencia, las dificultades en producción y suministro de los insumos, la rotación del personal de salud y la insuficiente estrategia de comunicación, entre otras.

La recuperación de las coberturas requiere de estrategias sostenidas, focalizadas y sensibles al contexto, que garanticen el acceso efectivo a la vacunación, mejoren los registros nominales y fortalezcan la confianza de la población en las vacunas. Para esto es necesario trabajar de manera articulada entre los diferentes niveles y con participación de todos los actores involucrados. La respuesta debe ser proactiva, coordinada y basada en evidencia, con el compromiso del sistema de salud en su conjunto, para preservar los logros alcanzados y evitar retrocesos que comprometan la salud de las personas.

A nivel internacional se sugiere que la inmunización infantil sistemática contra varicela sea implementada en los países en los que pueda alcanzarse una cobertura de vacunación elevada y sostenida (≥ 80%), ya que se estima valores <80% sostenidos a largo plazo podrían facilitar un switch o cambio en el patrón de la infección por varicela generando que en algunos entornos la enfermedad se traslade a edades más avanzadas y pueda resultar en un aumento de la morbilidad y la mortalidad a pesar de evidenciarse una reducción global en el número total de casos.

En Argentina se registra una reducción en la tasa de incidencia desde la incorporación de la vacuna contra varicela al CNV, sin embargo, tanto en 2023 como en 2024 las mayores tasas correspondieron al grupo de 10 a 14 años.

En este contexto, resulta fundamental fortalecer la vigilancia epidemiológica de la varicela, promoviendo tanto la notificación universal como la notificación oportuna de brotes. Una vigilancia más completa y sistemática permitirá generar información epidemiológica de mayor calidad y orientar una respuesta adecuada y oportuna por parte de los equipos de salud

X.7. Vigilancia epidemiológica

X.7.A. MODALIDAD DE VIGILANCIA Y NOTA METODOLÓGICA

Notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)

Grupo/s de Evento/s	Evento (Nomenclatura SNVS 2.0)	¿Qué se vigila en este evento?	Criterio de ingreso a sistema de vigilancia (instancia de obligatoriedad)	Modalidad	Estrategia	Periodicidad	Componentes que participan en la vigilancia
Inmunoprevenibles	Varicela	Remitirse a la sección "definición y clasificaciones de caso	Confirmación	Agrupada	Universal	Inmediata	Clínico Laboratorio Epidemiológico
Formulario de notificación de brotes							

Para el análisis del presente informe se utilizó información registrada de manera agrupada en el Sistema Nacional de Vigilancia 2.0, entre SE1/2005 y SE17/2018 y de SE18/2018 a SE34/2025 del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 2.0.

Para el cálculo de las tasas se utilizaron como denominador las proyecciones poblacionales por año, grupo de edad y jurisdicción, basadas en las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)

X.7.B. DEFINICIONES DE CASO

Caso confirmado por clínica*: persona con rash o exantema máculopápulo-vesicular diseminado de comienzo repentino asociado o no a síntomas generales (fiebre, malestar general, etc.), en ausencia de otra causa aparente.

*En la mayoría de los casos se podrá identificar un vínculo epidemiológico con un caso confirmado cuyo contacto ocurrió entre 10 y 21 días previos al inicio de los síntomas.

Caso confirmado por laboratorio:** persona con rash o exantema maculo-papulo-vesicular diseminado de comienzo repentino, en ausencia de otra causa aparente, que presenta al menos uno de los siguientes:

- Aislamiento del virus VVZ de una muestra clínica (líquido vesicular) en cultivos de líneas celulares.
- Detección de ácido nucleico del VVZ en una muestra clínica (PCR).

- Detección de antígeno viral por Inmunofluorescencia directa (IFD), utilizando anticuerpos monoclonales específicos.
- Seroconversión o incremento significativo de anticuerpos IgG entre dos sueros tomados en fase aguda y en fase convaleciente.

**En aquellos casos que presentan complicaciones o requieren internación, o pacientes con sospecha de inmunosupresión se recomienda la confirmación etiológica por laboratorio.

X.7.C. DEFINICIÓN DE BROTE

Se considera brote de varicela a la aparición de 5 o más casos de varicela vinculados epidemiológica y espacialmente en un período de tres semanas. Distintos casos deben considerarse parte de un mismo brote si ocurren dentro del plazo compatible con un período de incubación (21 días) respecto del caso previo.

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha_solicitud_gammaglobulina_anti-varicela_1742024.pdf

INFORMES **ESPECIALES**

XI. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus. Análisis de fin de temporada 2024-2025

XI.1. Situación regional de dengue y otros Arbovirus

Para describir la situación regional ver apartado *"Vigilancia de dengue y otros Arbovirus. Temporada 2025/2026"* publicado en esta edición.

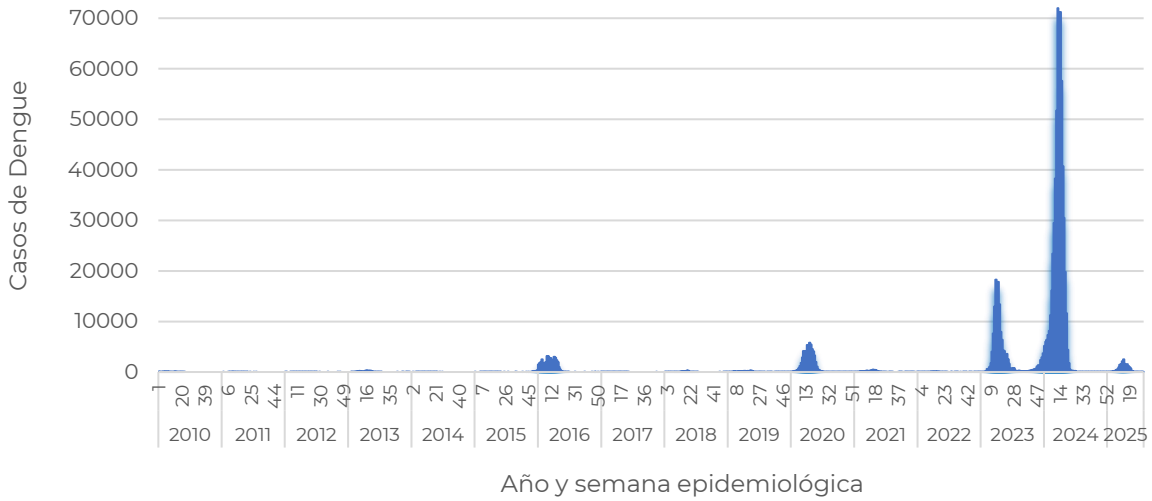
XI.2. Situación de dengue en Argentina

XI.2.A. SITUACIÓN HISTÓRICA

Realizando un análisis histórico de la situación de Dengue se observa en el gráfico 1 que desde el año 2010 se evidencia una disminución en los intervalos Inter epidémicos, tendencia que se ha acentuado en los últimos cinco años.

Desde la reemergencia del dengue en Argentina en 1997, se observa que los años 2023 y 2024 han sido escenario de dos epidemias de magnitud sin precedentes, concentrando el 82% del total de casos históricos registrados en el país hasta el momento.

Gráfico 1. Dengue: Casos por semana epidemiológica. SE01/2010-SE30/2025. Argentina. N=863.737

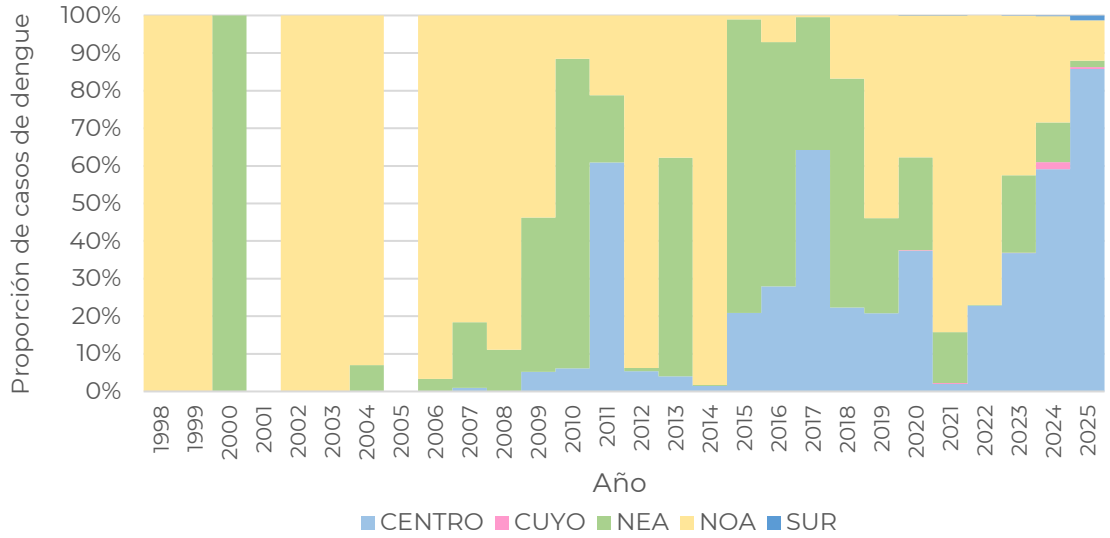


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

La contribución de casos aportado por cada región al total nacional ha experimentado variaciones a lo largo de los años. Hasta el año 2008, las regiones del NOA, y en menor medida del NEA, aportaron la mayoría de los casos registrados. Sin embargo, a partir del año 2009, la región Centro comenzó a mostrar un incremento en su participación durante los años epidémicos. Desde entonces, esta región ha concentrado, en diversos períodos, una proporción considerable de los casos notificados, llegando a representar más del 50% del total nacional durante la epidemia de 2024.

Por su parte, la región de Cuyo ha reportado casos desde 2021, con una participación más destacada en los últimos dos años epidémicos. En la región Sur, durante los últimos dos años, se identificaron casos autóctonos en La Pampa, marcando un hito en la expansión territorial de la enfermedad.

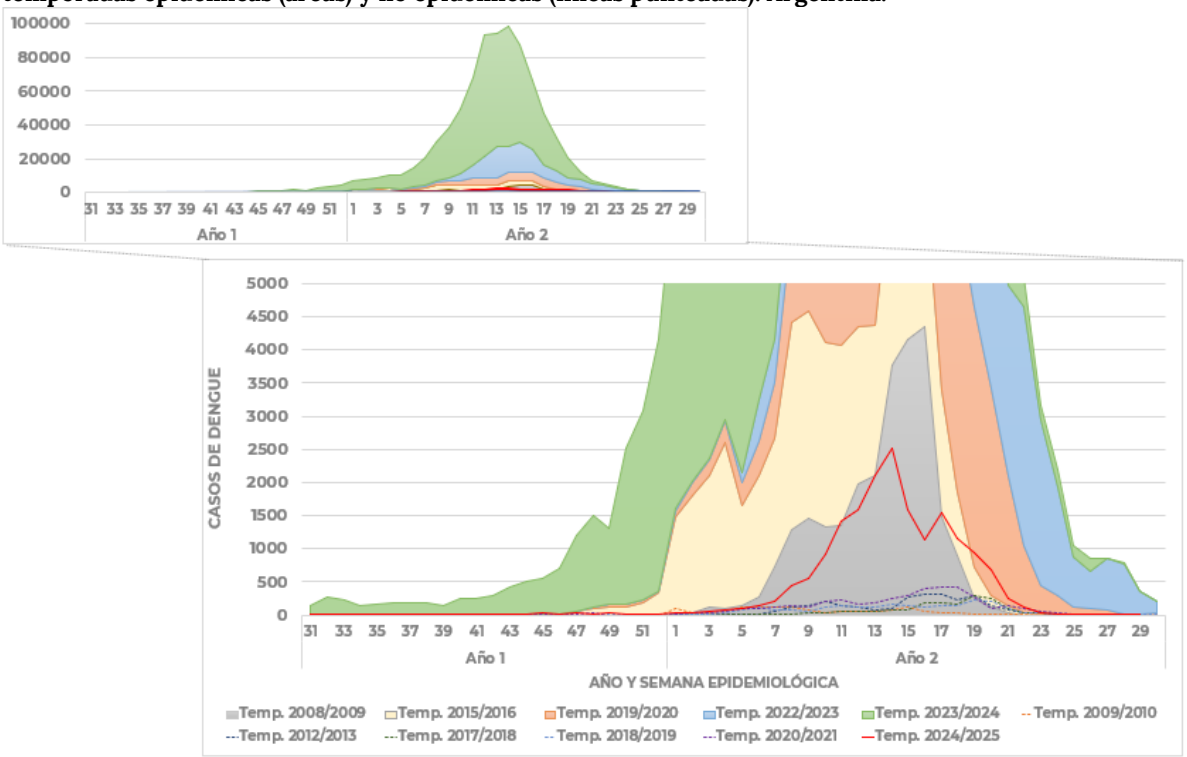
Gráfico 2. Dengue: distribución porcentual por región de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998-2025.



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

En los últimos cinco años, Argentina ha experimentado un incremento sostenido en el número de casos de dengue, con la aparición de brotes en departamentos sin antecedentes de transmisión. A partir de 2023, se constató la persistencia de la circulación viral durante la temporada invernal en la región del NEA y adelantamiento de los casos, evidenciando un cambio en la temporalidad.

Gráfico 3. Dengue: casos totales por semana epidemiológica. Comparación entre temporada actual, temporadas epidémicas (áreas) y no epidémicas (líneas punteadas). Argentina.



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

En el Gráfico 3 se presenta la comparación de la temporada 2024/2025 (línea continua roja) con los registros históricos de temporadas epidémicas (áreas sombreadas) y no epidémicas (líneas punteadas), considerando el período comprendido entre la SE31/2008 y la SE30/2025. Para facilitar la interpretación, se seleccionaron como referencia las temporadas no epidémicas que superaron los 1.000 casos acumulados.

El análisis muestra que, si bien los casos reportados en la temporada actual se encuentran por debajo de los niveles alcanzados en las temporadas epidémicas, superan los valores registrados en las temporadas no epidémicas desde la SE41/2024. Hasta la SE4/2025, la curva presentó un comportamiento similar al observado en la temporada 2020/2021 (n=4.157), la de mayor magnitud entre las no epidémicas. A partir de la SE5 se evidenció un incremento progresivo, particularmente desde la SE8, que ubicó a la temporada 2024/2025 en un escenario intermedio respecto a la temporada 2008/2009 (n=25.945). A partir de la SE15 se registró un descenso sostenido, manteniéndose por debajo del pico observado en 2008/2009, pero por encima de los valores de todas las temporadas no epidémicas.

En conclusión, la temporada 2024/2025 se caracterizó por una magnitud intermedia en relación con las grandes epidemias históricas. Aunque no alcanzó los niveles máximos de transmisión de las temporadas epidémicas, superó ampliamente a las no epidémicas, con un patrón de rápida expansión desde la SE8, un máximo concentrado entre las SE12 y SE14, y un descenso sostenido posterior. Este comportamiento reafirma la expansión del dengue en el país y subraya la importancia de mantener un sistema de vigilancia robusto y oportuno, junto con el fortalecimiento de las acciones de control y respuesta en todas las regiones.

XI.2.B. ANÁLISIS DE CIERRE DE LA TEMPORADA EPIDÉMICA SE31/2024 A SE30/2025

En el marco de la elaboración del presente informe de cierre de temporada, las jurisdicciones efectuaron una revisión pormenorizada de los casos previamente notificados. Como resultado de dicho proceso, se dispuso la exclusión de aquellos registros que no cumplían con la definición de caso vigente para los eventos "Dengue" y "Dengue durante el embarazo". En consecuencia, la cifra total de casos incluida en este informe puede presentar variaciones respecto de la informada en reportes precedentes.

Durante la temporada 2024-2025, se notificaron en Argentina 76662 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 8368 fueron confirmados por laboratorio y 9596 por nexo clínico epidemiológico, con un **total de 17.964 casos de dengue**. Como se puede observar también en la Tabla 1, un total de 8114 casos no registraron antecedentes de viaje (97%). Se confirmaron además 4 casos asociados a trasplante de órganos en Buenos Aires, CABA y Santa Fe. Se registraron 160 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas[44]. Se confirmaron 254 casos con antecedente de viaje

[44] En los casos que cuentan con antecedente de vacunación reciente, un resultado positivo por métodos confirmatorios puede deberse a una transmisión vectorial (infección aguda) o infección por virus salvaje o vacunal. Por lo tanto, aquellos casos vacunados de menos de 30 días se deberán considerar como sospechosos a los efectos de la vigilancia epidemiológica, y por lo tanto desencadenar las medidas de prevención y control pertinentes, pero no se recomienda realizar en ellos pruebas para el estudio etiológico, excepto en casos graves y fatales. Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus. Dirección de Epidemiología. Noviembre 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

a Brasil, China, Colombia, Cuba, México, Venezuela, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Republica Dominicana.

XI.2.C. COMPORTAMIENTO TEMPORAL

A nivel nacional: Durante la temporada comprendida entre la SE31/2024 y la SE30/2025 se registró un incremento sostenido de casos de dengue desde comienzos de 2025, con un ascenso pronunciado a partir de la SE8. La curva epidémica mostró un crecimiento continuo hasta alcanzar su punto máximo entre las SE12 y SE14, cuando se notificaron los valores más elevados de la temporada. El 92% de los casos se concentraron entre las SE8 y SE20, lo que caracterizó un período epidémico intenso, de rápida expansión y posterior descenso.

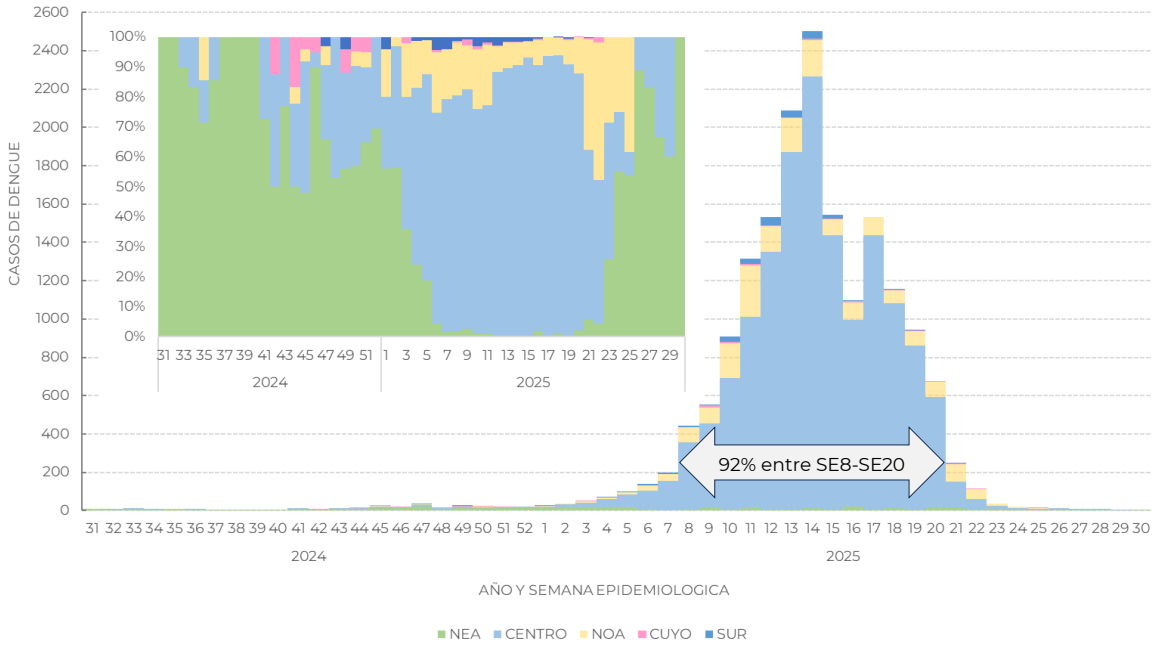
De acuerdo con la curva, hasta la SE52 de 2024 se notificaron en promedio 14 casos por semana (rango: 5 a 32), con una tendencia estable y sin variaciones sustanciales. A partir de la SE1/2025, y considerando la carga retrospectiva de casos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), se observó un incremento progresivo de la incidencia, con un máximo en la SE14. Desde la SE15 se registró un cambio de tendencia con un descenso sostenido, alcanzando un promedio de 589 casos semanales hasta la SE30/2025.

A nivel regional: La mayor carga de casos correspondió al Centro, que aportó alrededor de dos tercios del total nacional en el pico epidémico. El NOA representó aproximadamente una cuarta parte de los casos, consolidándose como la segunda región con mayor cantidad de casos. El NEA, que había iniciado la transmisión hacia fines de 2024, mantuvo niveles de notificación más bajos en la etapa de mayor circulación nacional. Finalmente, las regiones de Cuyo y Sur tuvieron una contribución marginal, aunque acompañaron la misma dinámica de ascenso y descenso observada a nivel país.

La incidencia acumulada a nivel país para la temporada actual es de 38 casos cada 100.000 habitantes[45]. En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada fue la de la región Centro con 50 casos cada 100.000 habitantes, seguida por NOA con 31, NEA con 12, Sur con 7 y Cuyo con 3. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 85% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las Regiones NOA con el 10,4%, NEA con el 2,9%, Sur con el 1,3% y Cuyo con el 0,5%.

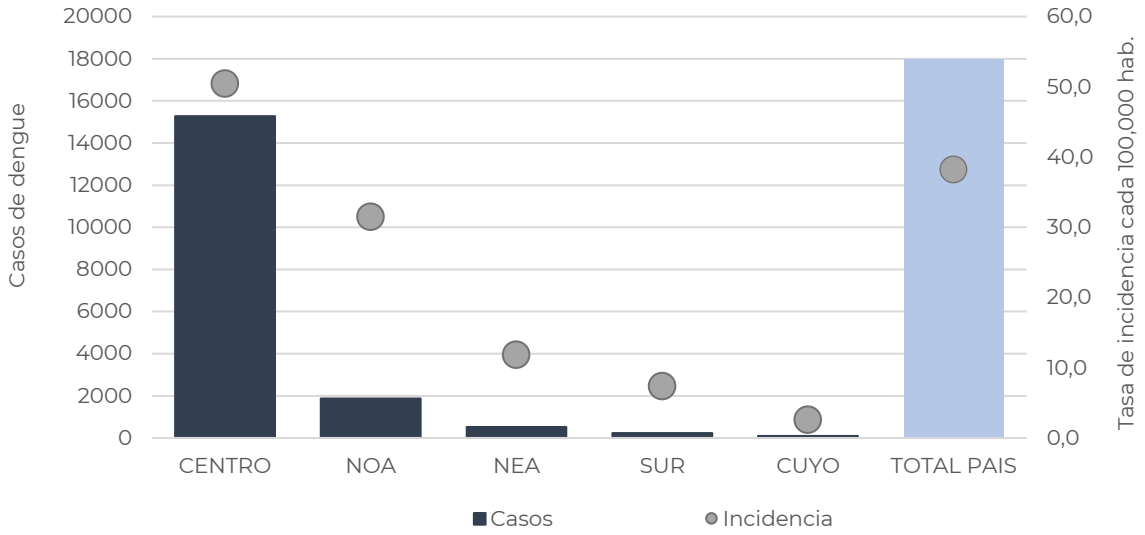
[45] Para el cálculo de la incidencia, se utiliza como referencia la población proyectada para 2024, basada en el Censo de 2010.

Gráfico 4. Dengue: Casos de dengue[46] por semana epidemiológica según fecha mínima y por región. SE31/2024 a SE30/2025. Argentina.



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

Gráfico 5. Dengue: Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab. según Región. SE31/2024 a SE30/2025. Argentina.



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

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

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

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

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE30/2025. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Casos de dengue por criterio C-E*	Total casos de dengue	Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total de casos sospechosos notificados
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	462	570	26	16	54	542	5778	1012	7918
CABA	159	143	20	2	0	179	2278	761	3363
Córdoba	2416	167	8	2	2053	4477	9383	715	14744
Entre Ríos	108	103	12	10	8	128	894	3	1138
Santa Fe	2895	628	127	13	6922	9944	3964	1270	15819
Total Centro	**6040**	**1611**	**193**	**43**	**9037**	**15270**	**22297**	**3761**	**42982**
Mendoza	11	34	7	2	0	18	1668	97	1819
San Juan	1	2	1	1	0	2	359	9	373
San Luis	60	22	8	5	0	68	292	28	415
Total Cuyo	**72**	**58**	**16**	**8**	**0**	**88**	**2319**	**134**	**2607**
Chaco	15	215	1	0	0	16	2712	81	3024
Corrientes	57	8	1	0	0	58	475	17	558
Formosa	434	3	0	0	0	434	7787	0	8224
Misiones	2	20	3	5	0	5	1313	3	1346
Total NEA	**508**	**246**	**5**	**5**	**0**	**513**	**12287**	**101**	**13152**
Catamarca	11	11	9	5	1	21	888	4	929
Jujuy	0	0	0	1	0	0	1216	2	1219
La Rioja	117	49	1	0	0	118	1350	6	1523
Salta	18	63	6	12	2	26	2227	84	2412
Santiago del Estero	0	37	2	2	0	2	1140	301	1482
Tucumán	1179	425	0	1	519	1698	6433	660	9217
Total NOA	**1325**	**585**	**18**	**21**	**522**	**1865**	**13254**	**1057**	**16782**
Chubut	0	0	6	3	0	6	30	2	41
La Pampa	169	34	9	2	37	215	645	56	952
Neuquén	0	1	4	1	0	4	41	3	50
Río Negro	0	0	0	1	0	0	5	0	6
Santa Cruz	0	0	1	1	0	1	59	5	66
Tierra del Fuego	0	0	2	2	0	2	18	2	24
Total Sur	**169**	**35**	**22**	**10**	**37**	**228**	**798**	**68**	**1139**
Total País	**8114**	**2535**	**254**	**87**	**9596**	**17964**	**50955**	**5121**	**76662**

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación
****C-E: Clínico-epidemiológico***
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

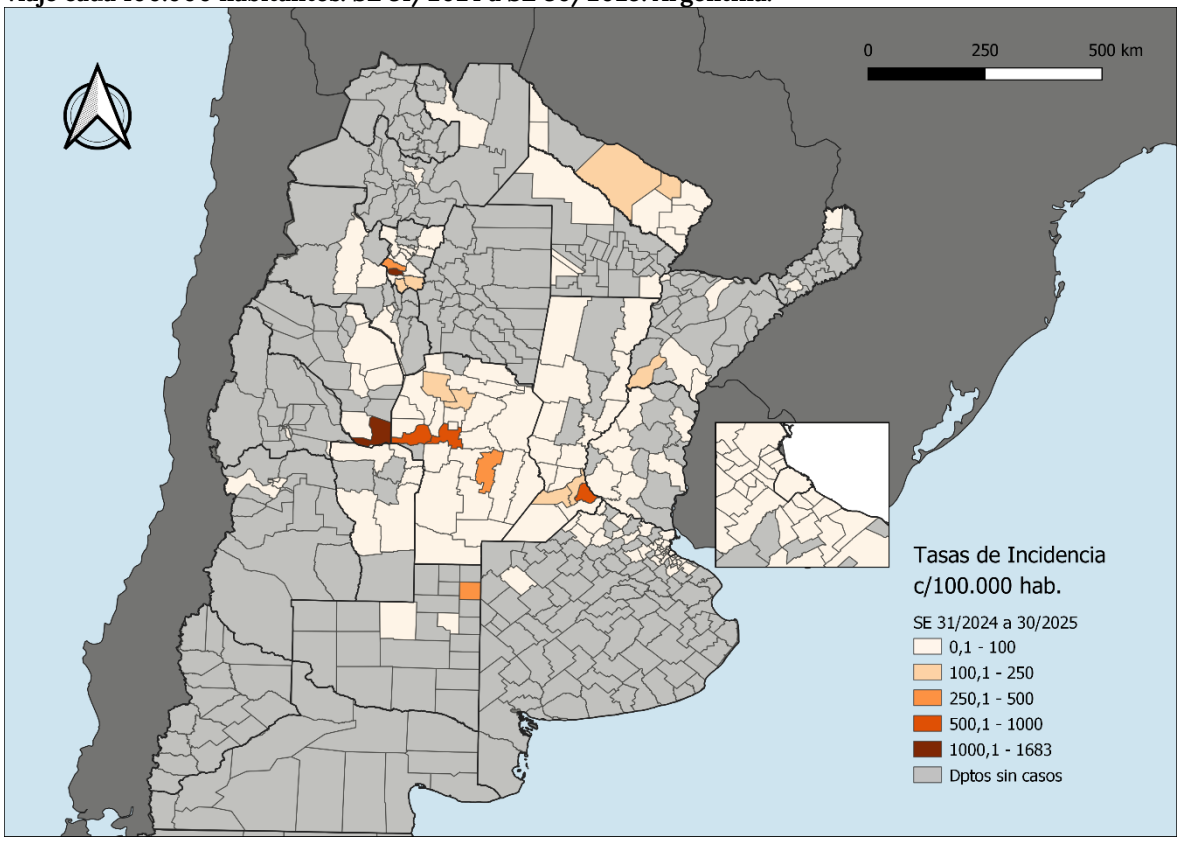
A partir del ajuste realizado en los indicadores, se actualiza la situación epidemiológica jurisdiccional según las fases propuestas.

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

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

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

Mapa 2. Dengue: Incidencia acumulada por departamento con casos de dengue sin antecedente de viaje cada 100.000 habitantes. SE 31/2024 a SE 30/2025. Argentina.



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

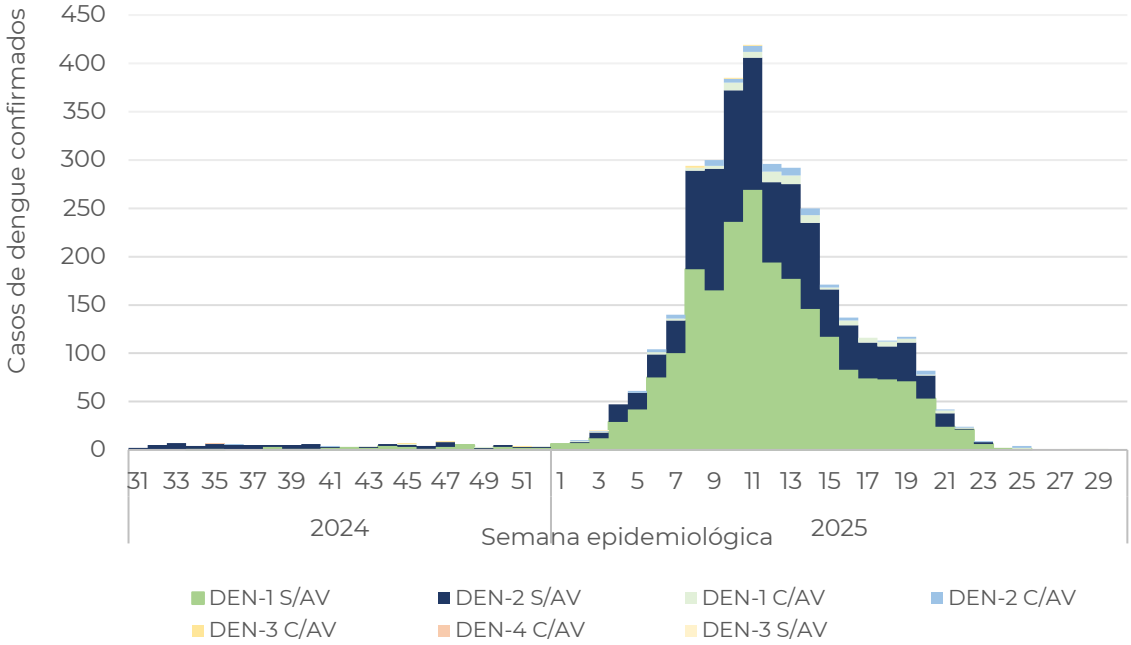
XI.2.E. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos identificados, se observa un predominio de DEN-1 (64,5%), seguido por DEN-2 (35,2%), mientras que los serotipos DEN-3 y DEN-4 representan en conjunto menos del 1% de los casos.

Durante la SE4 se ha notificado el primer caso de dengue con serotipo DEN-3, sin antecedente de viaje, en el departamento de Rosario, Santa Fe.

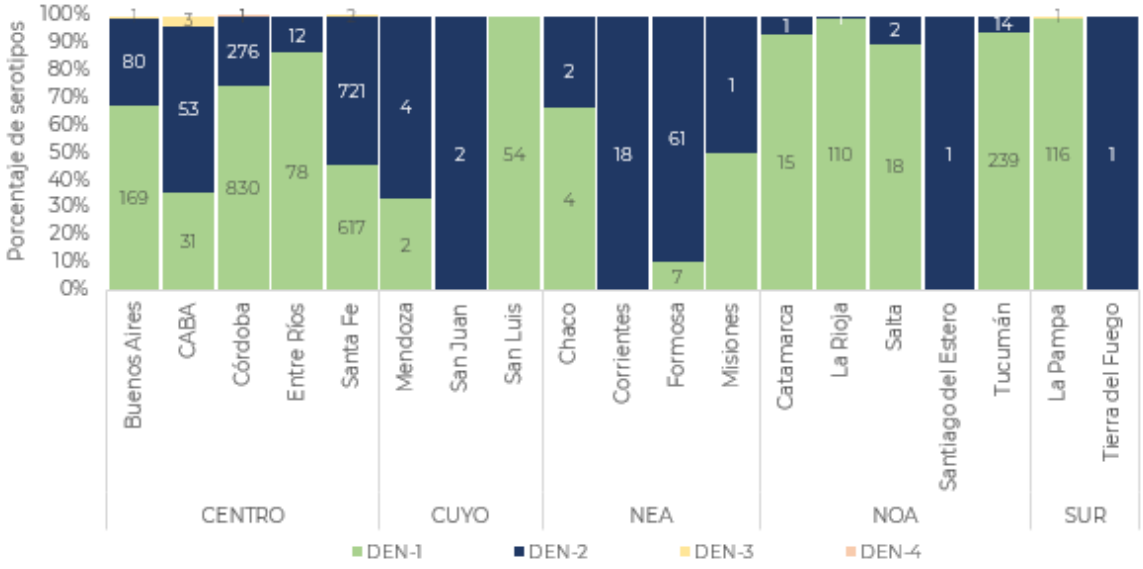
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país (México, Colombia, Venezuela, Brasil, Paraguay, Perú, República Dominicana, Tailandia y Cuba).

Gráfico 6. Dengue: número de casos según serotipo y antecedente de viaje por semana epidemiológica. SE31/2024 a SE30/2025. Argentina.



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

Gráfico 7. Dengue: distribución proporcional y número de casos de dengue con identificación de serotipo (n=3550) según provincia. SE31/2024 a SE30/2025. Argentina.



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

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

XI.2.F. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL EVENTO "DENGUE DURANTE EL EMBARAZO"

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

Desde su creación, se han notificado 428 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de los cuales, 117 casos ha sido confirmados, 4 casos probables, 270 cuentan con laboratorio negativo y 37 no cuentan con laboratorio.

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

En la provincia de Santa Fe se notificaron 72 casos confirmados de dengue; de los cuales 34 correspondieron al serotipo DEN-1, 25 al serotipo DEN-2, mientras que los restantes no cuentan con serotipificación. El 97% corresponden a la Ciudad de Rosario.

En la provincia de Córdoba se han registrado 36 casos confirmados con residencia en los siguientes departamentos San Javier (DEN-1), Colón (DEN-2), Capital (DEN-1), General San Martin (DEN-1), María (DEN-2), San Alberto, Marcos Juárez (DEN-1) y Villa Dolores (DEN-1).

En uno de los casos del departamento Colón, se arribó al diagnóstico a las pocas horas del nacimiento, dado que su madre se encontraba sintomática. Se detectó el serotipo DEN-2, interpretándose como Dengue asociado a transmisión vertical. Las manifestaciones clínicas registradas en el recién nacido fueron: exantema y trombocitopenia. Permaneció internado en el área de neonatología, con buena evolución. Se encuentra de alta médica, sin complicaciones asociadas.

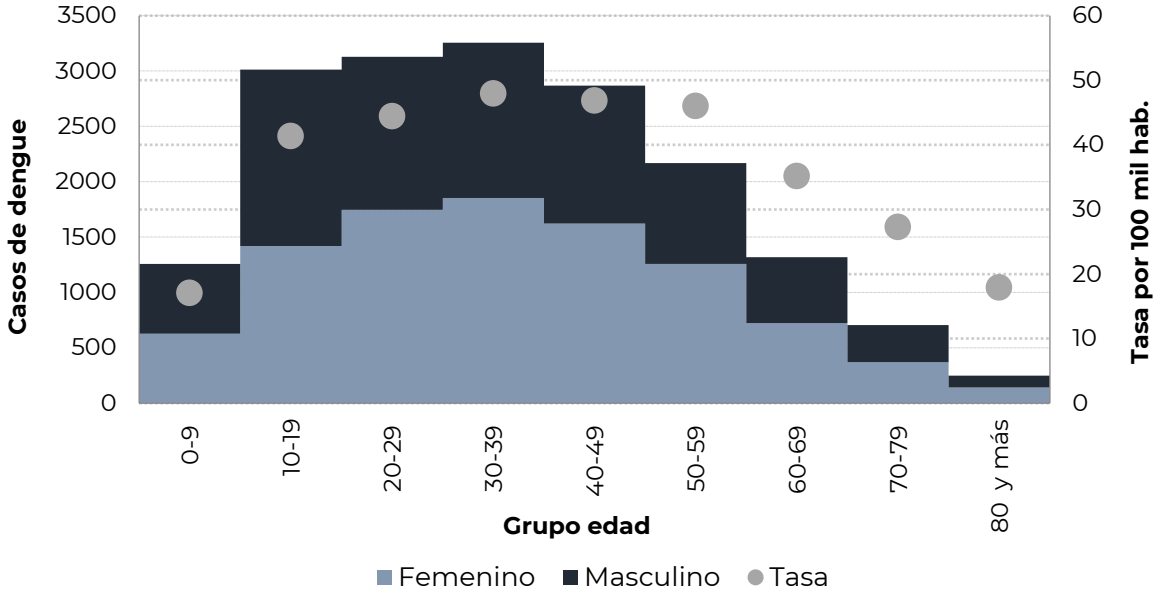
Además, se registraron un caso en Corrientes (departamento Esquina; DEN-2), un caso en CABA (Comuna 14; DEN-1) y cuatro en la Provincia de Buenos Aires.

Todas las pacientes embarazadas no presentan antecedentes de viaje ni vacunación y han mostrado una evolución clínica favorable.

XI.2.G. MORBIMORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD.

Desde la SE31/24 a la SE30/25 se registró un 54% de los casos en personas de sexo legal femenino y el 46% de sexo masculino. La incidencia acumulada más elevada se observa en personas entre 30 y 39 años, seguida por 20 a 29 y 10 a 19 años. La incidencia más baja se registra en los mayores de 80 años.

Gráfico 8. Dengue: Casos tasas cada 100.000 habitantes según grupo de edad. SE 31/2023 a SE 30/2024. 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).

Del total de casos de dengue notificados, el 4,3% (n=764) requirió **internación** según las notificaciones al SNVS 2.0.

Se notificaron 46 casos de dengue grave, de los cuales 13 fueron confirmados como fallecidos por dengue. Los casos graves fueron reportados por las siguientes jurisdicciones: Buenos Aires (San Martín, Lanús, Moreno y Merlo), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Comunas 11 y 12), Córdoba (Capital, Ischilín, San Alberto y Santa María), La Rioja (Capital), San Luis (Junín), La Pampa (General Pico), Entre Ríos (Nogoyá), Mendoza (Las Heras) y Santa Fe (Rosario, Caseros y San Lorenzo). Asimismo, en el SNVS 2.0 se registró la recuperación con alta médica en 16 pacientes con criterio de gravedad y 3 defunciones atribuidas a otras causas.

Con respecto a los casos fallecidos, desde la SE 31/2024 a la SE 30/2025 se han notificado **trece óbitos vinculados al evento.** Once de los casos correspondieron a residentes de la provincia de Santa Fe, de los departamentos Rosario (8), San Lorenzo (1) y Caseros (2). Los otros dos casos correspondieron a residentes de CABA (Comuna 11) y Córdoba (San Alberto).

Los fallecimientos ocurrieron entre las SE 11-20 (considerando la fecha de inicio de síntomas). La mediana de edad es de 68 años, con un rango de edades entre 14 meses y 79 años.

Once de los trece casos presentaban comorbilidades o condiciones clínicas preexistentes que contribuyeron al desarrollo de complicaciones asociadas a la infección por virus dengue y, por tanto, al fallecimiento: obesidad mórbida, diabetes, hipertensión, cardiopatía, enfermedad

neurológica crónica y/o inmunocompromiso. Dos de los casos fallecidos correspondieron a personas adultas jóvenes (25 y 47 años) sin comorbilidades identificadas.

Si bien la letalidad global durante la temporada fue de **0,072%,** todos los fallecidos correspondieron a residentes de la región Centro, de los cuales 11 de 13 tenían residencia en la provincia de Santa Fe. En la próxima edición se publicará un informe especial elaborado a partir de la mesa de trabajo conjunta con dicha jurisdicción, en la cual se analizó en detalle la morbimortalidad registrada.

XI.2.H. CALIDAD Y OPORTUNIDAD DE LOS DATOS EN EL SNVS 2.0.

Los eventos “Dengue” y “Dengue durante el embarazo” en el SNVS 2.0 pueden notificarse de manera manual o mediante interoperabilidad. En este último caso, la interoperabilidad se aplica únicamente a la solapa de laboratorio, aspecto que debe considerarse al momento de la interpretación de los datos presentados.

Internación y registro de egreso

Del total de casos de dengue notificados, el 4,3% (n=764) requirió internación. Entre ellos, el 42% contaba con la consignación en el sistema del dato de egreso (alta o fallecimiento). Al analizar exclusivamente los casos confirmados de dengue internados con criterio de gravedad, la proporción de registros con dato de egreso ascendió al 79%.

Completitud de variables clínicas

En la solapa clínica, una variable clave para la clasificación de los casos es la fecha de inicio de síntomas. La completitud de esta variable alcanzó el 57% en los casos de dengue notificados.

Oportunidad de la notificación

La oportunidad de notificación se define como la diferencia en días entre la fecha de consulta y la fecha de apertura de los casos en el SNVS. Durante la temporada 2024/2025, del total de 76.662 casos notificados, 30.592 contaban con información completa para este cálculo. La mediana de oportunidad de notificación fue de **2 días**.

Oportunidad de la consulta

La oportunidad de consulta, medida como el intervalo entre la fecha de inicio de síntomas y la fecha de consulta, presentó una mediana de **1 día**.

En los casos fatales analizados durante la temporada 2024/2025, la mediana de días entre el inicio de síntomas y el fallecimiento fue de **5 días**, mientras que entre la fecha de consulta y el fallecimiento la mediana fue de **3 días**.

XI.3. Vigilancia integrada de Dengue y otros Arbovirus

La vigilancia integrada del dengue constituye un pilar fundamental en la respuesta de salud pública frente a esta enfermedad, en concordancia con las normativas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue[47]. Este enfoque combina la vigilancia epidemiológica, entomológica, virológica y clínica, con el fin de generar información oportuna y de calidad que permita orientar la toma de decisiones.

A partir de mayo de 2024, se incorporó además la vigilancia de la vacuna contra el dengue, en el marco de la implementación de la estrategia focalizada, lo que amplía el alcance de los sistemas de monitoreo e integra la dimensión de inmunizaciones al análisis epidemiológico.

La integración de fuentes de información busca mejorar la detección temprana de brotes, fortalecer la capacidad de predicción y monitorear la circulación de serotipos, al tiempo que optimiza la planificación de intervenciones de control vectorial y la organización de los servicios de salud. De esta manera, se favorece la articulación entre los distintos niveles del sistema sanitario y sectores involucrados, promoviendo acciones coordinadas que reduzcan la morbimortalidad y el impacto social del dengue en las comunidades.

En este marco, a continuación, se presentan los informes de cierre de temporada elaborados por las áreas responsables, con el propósito de consolidar los hallazgos y orientar estrategias futuras de prevención y control.

XI.3.A. VACUNACIÓN CONTRA EL DENGUE

La decisión de incorporar la vacuna contra el dengue en áreas de riesgo de la República Argentina es parte de una política integral definida por el Ministerio de Salud en mayo de 2024. Este paso fue el resultado de un exhaustivo proceso de evaluación colaborativo coordinado por la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y con la participación de la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaIn), y un grupo de especialistas convocados ad hoc.

El análisis consideró la evidencia científica, las necesidades del sistema de salud y el contexto epidemiológico del país, caracterizado por una tendencia creciente y con expansión geográfica del vector y de la enfermedad.

De acuerdo con los lineamientos técnicos rectores del Ministerio de Salud de la Nación, el propósito principal de la vacunación es disminuir la morbilidad y mortalidad por dengue en la población. Para lograrlo, el objetivo es alcanzar esquemas de vacunación completos en la población objetivo (personas de 15 a 39 años) comenzando con el grupo de 15 a 19 años y avanzando progresivamente a otros grupos etarios según el cumplimiento de las metas y la disponibilidad de vacunas, antes del periodo de mayor incidencia de la enfermedad, siguiendo una estrategia focalizada en los departamentos de mayor riesgo.

Con datos actualizados al 24 de agosto de 2025, este informe presenta un panorama de las dosis aplicadas y registradas en el Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NOMIVAC) de la vacuna contra el dengue en todo el país.

[47] Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue - OPS | Organización Panamericana de la Salud

Para realizar el análisis de las dosis aplicadas en todo el país, tanto las adquiridas por el Estado Nacional como por los estados provinciales y por los subsectores privado y de la seguridad social, se consideraron las siguientes definiciones metodológicas:

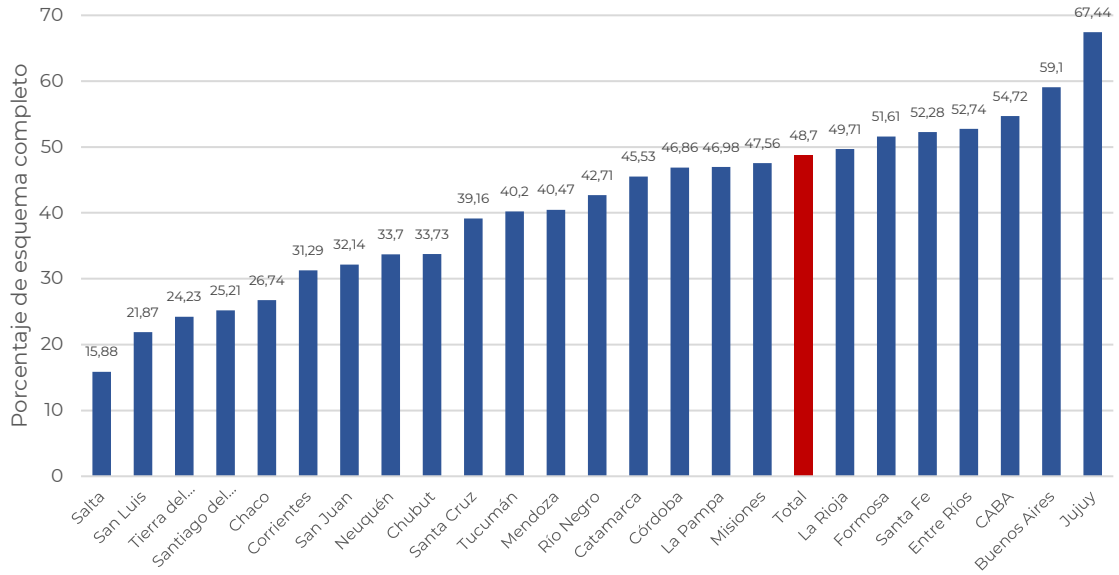
- **1ra dosis**: Dosis registradas como primeras dosis.
- **2da dosis**: Dosis registradas como segundas dosis.

Esquema completo (EC): Aquellas personas que tienen tanto la 1ra como la 2da dosis registradas. Para calcular el porcentaje de EC se utilizó como denominador el N de 1eras dosis registradas.

Para el período comprendido entre el 28 de julio de 2024 y el 26 de julio de 2025, se registraron 603.297 personas con primera dosis y 362.994 personas con 2da dosis. Dado que no todas las personas a quienes se les registró la segunda dosis contaban con 1° dosis registrada, para la evaluación de los esquemas completos se consideró solamente a aquellos que contaban con el registro de ambas dosis lo que arrojó un resultado de 293.677 esquemas completos, alcanzando el 48,7% de los esquemas iniciados.

Cuando se realiza la evaluación desagregada de la completitud de los esquemas, se observa una franca heterogeneidad entre jurisdicciones como se muestra en siguiente gráfico.

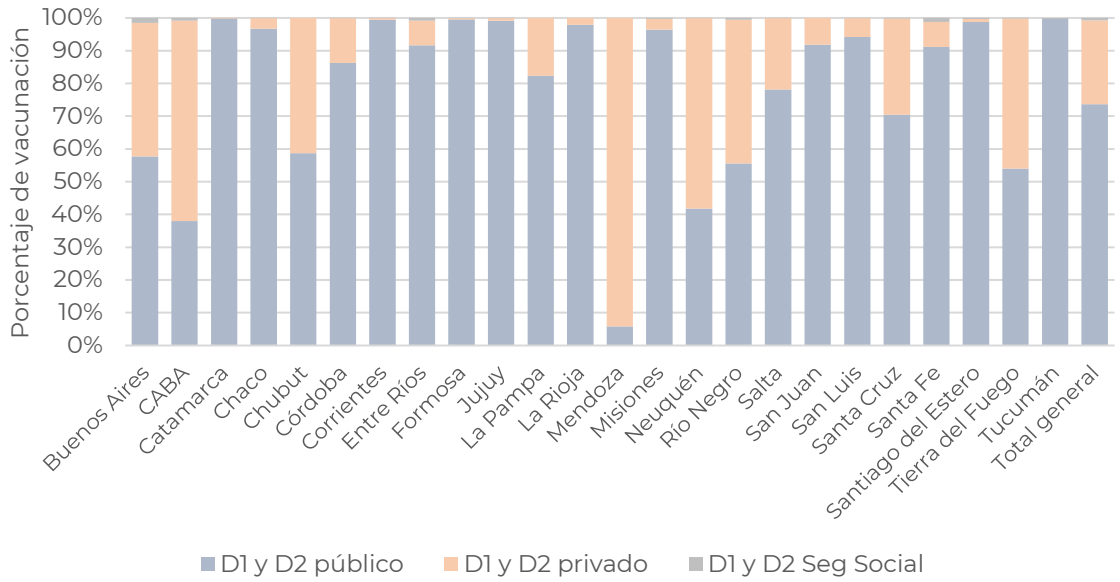
Gráfico 9. Porcentaje de esquemas completos de vacunación contra el dengue por jurisdicción. 28 de julio 2024 a 26 de julio 2025. Argentina



Fuente: Elaborado por la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles a partir de los datos registrados en el Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NOMIVAC)

Es importante remarcar que la diferencia entre jurisdicciones puede atribuirse a las variaciones en las notificaciones según el subsector en el que se registraron los datos (público, privado, seguridad social) lo que puede impactar en el volumen total registrado de cada jurisdicción.

Gráfico 10: Dosis aplicadas de vacuna contra el dengue según esquema 1°, 2° dosis y total por jurisdicción y por subsector de aplicación y registro. 28 de julio 2024 a 26 de julio 2025. Argentina.



Fuente: Elaborado por la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles a partir de los datos registrados en el Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NOMIVAC)

La incorporación de la vacuna contra el dengue en áreas de riesgo marca un avance clave en la política sanitaria nacional. Si bien el avance es significativo, persisten diferencias entre jurisdicciones, vinculadas en parte a variaciones en el registro de las dosis efectivamente aplicadas según el subsector de salud. Este escenario refuerza la necesidad de fortalecer el monitoreo y las estrategias para alcanzar esquemas completos antes del período de mayor transmisión.

XI.3.B. VIGILANCIA GENÓMICA

Desde el Laboratorio Nacional de Referencia en INEVH "Dr. Julio I. Maiztegui" se suma información de la vigilancia genómica realizada durante el período del presente informe, la cual se integra como una herramienta adicional de la Estrategia de Gestión Integrada para el estudio y caracterización de las arbovirosis aportando información sobre diversidad genética en las cepas circulantes detectadas por la vigilancia laboratorial.

Durante esta temporada se identificó para el serotipo DENV-1 el Genotipo V, linaje E1, el cual es el mismo al que circuló en el segundo semestre de 2024, este genotipo ha sido el prevalente en el continente americano y se ha caracterizado por el desplazamiento de distintos linajes y en algunos períodos co-circulación de más de un linaje dentro de este genotipo. Para el serotipo DENV-2, se identificó el Genotipo II – Cosmopolita, linaje F 1.1.2, el cual fue introducido en la región americana en 2019 y en Argentina detectado con circulación a partir del año 2023.

Para el serotipo DENV-3, en la única muestra procedente de la provincia de Santa Fe, de la localidad de Las Parejas, de un caso autóctono sin antecedente de viaje, los estudios genómicos indican que se trata del genotipo III, linaje B3, con mayor identidad nucleotídica y asociación filogenética con cepas detectadas en USA procedentes de pacientes con historia de viaje a Cuba durante 2022 y 2023 y cepas de República Dominicana y Guyana Francesa detectadas durante 2023. Es importante notar que la circulación de DENV-3 se observó durante 3 temporadas consecutivas en nuestro país en áreas limitadas de diferentes provincias y con un bajo número de casos, pero marca el riego de introducción y dispersión de este serotipo al país.

En relación a la **Red Nacional de Laboratorios para diagnóstico de Dengue y otros Arbovirus** es importante destacar que durante 2024 se trabajó para el fortalecimiento y ampliación de capacidades de diagnóstico de los laboratorios, de modo tal que en todas las provincias del país existan capacidades laboratoriales que permitan dar una respuesta local inicial y se complemente la confirmación mediante el trabajo en red y los intercambios de referencia y contra referencia con INEVH. De este modo, la red nacional se ha extendido incorporando laboratorios en las provincias de la región Sur e incrementando el número de laboratorios existentes en áreas del Centro, Noroeste, Noreste y Cuyo.

Un total de 83 laboratorios de mediana y alta complejidad tienen en la actualidad capacidad para detección de antígeno NS1 de dengue por técnica de ELISA y detección de IgM por técnica comercial para Dengue y Chikungunya. Por otro lado, se cuenta con 17 laboratorios que poseen capacidad para realizar detección de anticuerpos IgM por técnica "*in house*" (MAC-ELISA), para estudio de infecciones por Arbovirus para los cuales no disponen de reactivos comerciales (Fiebre Amarilla, Encefalitis de San Luis, Zika) así como la detección de IgM para Dengue y Chikungunya como alternativa a los reactivos comerciales y 40 laboratorios que tienen capacidad para realizar el diagnóstico y confirmación por biología molecular por técnica RT-PCR en Tiempo Real para detectar y serotipificar dengue y otros Arbovirus (Oropouche, Zika, Chikungunya, Fiebre Amarilla, Encefalitis Equina del Oeste, Mayaro, Nilo Occidental y Encefalitis de San Luis, entre otros).

XI.3.C. RED FEDERAL DE REFERENTES CLÍNICOS

La conformación de Red Federal de Referentes Clínicos implica la convocatoria a expertos en el manejo del dengue, quienes actúan como capacitadores, en sus respectivas jurisdicciones, fortaleciendo así las capacidades del personal sanitario para el diagnóstico de los servicios de salud locales y la mejora en la calidad de atención sanitaria.

Desde la creación de la red, en articulación con la Organización Panamericana de la Salud, participaron de la capacitación más de 20.000 personas, con el objetivo de potenciar las habilidades del personal de salud involucrado en la detección temprana y atención adecuada de pacientes.

A su vez, la reorganización de servicios de salud es una de las estrategias principales impulsadas está temporada, desde el Ministerio para complementar las estrategias jurisdiccionales y prevenir un escenario de saturación de la red de atención por un brote de dengue.

Una de las lecciones aprendidas, en cuanto a la implementación de esta estrategia, es que la capacitación del equipo de salud debe ser complementada con la asistencia técnica focalizada de los establecimientos de salud claves de la red de cada jurisdicción.

Asistencia que tiene como objeto el *triage* de las guardias, los circuitos de febriles, los consultorios/unidades de dengue, los sistemas de registro, la gestión de turnos, los mecanismos de referencia y contrarreferencia de la red asistencial y el seguimiento ambulatorio de pacientes.

CURSO DE AUTOAPRENDIZAJE: DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DEL DENGUE – OPS – CON CERTIFICACION OFICIAL



La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en trabajo conjunto con el Consorcio de Salud Global, Facultad de Salud Pública y Trabajo Social Robert Stempel de la Universidad Internacional de la Florida (FIU), han desarrollo el primer curso en línea para el diagnóstico y manejo clínico del dengue.

Finalidad: El propósito de este curso es proveer al personal de salud encargado de atender casos sospechosos de dengue la información necesaria para realizar un diagnóstico y manejo clínico oportuno, evitando la progresión a las formas graves y las muertes ocasionadas por esta enfermedad.

Objetivos de aprendizaje: Al finalizar el curso, los participantes estarán capacitados para:

• Demostrar familiaridad con la epidemiología del dengue.

• Describir los rasgos fisiopatológicos del dengue.

• Reconocer las manifestaciones clínicas del dengue y realizar un diagnóstico clínico diferencial.
• Definir el caso, reconocer los signos de alarma y clasificar según la gravedad del dengue.

• Aplicar las recomendaciones para el tratamiento del dengue de acuerdo a su gravedad.

• Conocer los principales aspectos del dengue asociado a comorbilidades y condiciones especiales.

• Explicar la necesidad y los medios para la reorganización de los servicios de salud durante un brote de dengue.

Destinatarios: El curso está dirigido a médicos especialistas, médicos generales, personal de enfermería, así como a estudiantes de medicina y enfermería, y a todo el personal que de una u otra manera está involucrado en la atención de pacientes con sospecha de dengue, en todos los niveles de atención en salud, pero principalmente en el primer nivel de atención.

DURACIÓN DEL CURSO: Aproximadamente 20 horas.

MODALIDAD DEL CURSO: Curso de autoaprendizaje, gratuito, abierto al público y sin plazos para completarlo.

Estructura del curso:

• Módulo de Introducción

• Módulo 1: Epidemiología del dengue

• Módulo 2: Fisiopatología de las manifestaciones clínicas

• Módulo 3: Manifestaciones clínicas

• Módulo 4: Definición de caso y clasificación de gravedad

• Módulo 5: Recomendaciones para el tratamiento

• Módulo 6: Dengue asociado a comorbilidades y condiciones especiales

• Módulo 7: Organización y reorganización de los servicios de salud

Link: Diagnóstico y manejo clínico del dengue | Campus Virtual de Salud Pública (CVSP/OPS)

XI.3.D. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA *AEDES AEGYPTI*. INFORME FINAL TEMPORADA 2024-2025

La vigilancia entomológica tiene como objetivo central el estudio y monitoreo de poblaciones de insectos de interés sanitario, con el fin de determinar la abundancia (directa o indirecta), estudiar la dinámica poblacional y analizar las variaciones espacio temporales desde una perspectiva ambiental. El mosquito *Aedes aegypti* constituye el principal vector de dengue, chikungunya, Zika y fiebre amarilla en Argentina. La vigilancia entomológica de esta especie busca establecer el período reproductivo del vector en las distintas regiones del país, detectar diferencias en la abundancia poblacional del mismo, monitorear la expansión de su rango de distribución, desarrollar análisis de riesgo entomológico y evaluar el impacto de las acciones de prevención y control vectorial.

Con estos objetivos, se establecieron dos métodos principales de vigilancia entomológica de Aedes aegypti: mediante sensores de oviposición y a través de índices larvarios calculados a partir de las acciones de control focal desarrolladas.

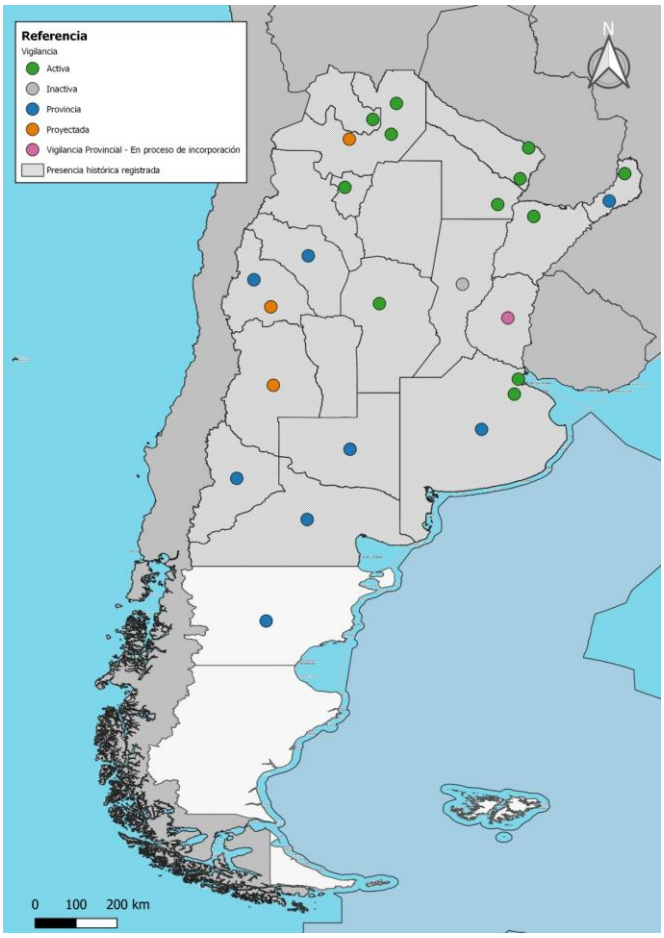
1. Vigilancia entomológica de Aedes aegypti por sensores de oviposición

Establecimiento y evolución de la RNVE

La Red Nacional de Vigilancia Entomológica (RNVE) se estableció formalmente en septiembre de 2024. Se trata de una iniciativa impulsada y coordinada desde la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (DZYCETV) del Ministerio de Salud de la Nación, en articulación con las jurisdicciones y municipios. Su propósito es sistematizar, centralizar y producir información sobre la vigilancia entomológica del mosquito transmisor del dengue y otras arbovirosis, *Aedes aegypti*. La RNVE permite compartir y disponer de información entomológica actualizada y accesible para la oportuna toma de decisiones en relación a las estrategias de prevención y control de dengue. Asimismo, permite monitorear el proceso de expansión de las fronteras de distribución sur y oeste del vector en nuestro país como consecuencia de las variaciones climáticas y ambientales asociadas al cambio climático.

Actualmente, la RNVE cuenta con información proveniente de las 5 regiones del país (NOA, NEA, Centro, Cuyo y Sur). Los datos corresponden a 50 localidades centinelas ubicadas en 16 jurisdicciones: Jujuy, Salta, Tucumán, Formosa, Chaco, Corrientes, Misiones, Buenos Aires, CABA, Córdoba, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, San Juan. La Rioja (Figura 1). En los próximos meses se espera concretar el ingreso de nuevas jurisdicciones que permitan reforzar el monitoreo en las regiones Centro y Cuyo.

Mapa 3. Localidades centinela incorporadas y proyectadas de la Red Nacional de Vigilancia Entomológica de *Aedes aegypti.*



Fuente: Elaborado por la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

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

- Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO): Expresa la relación entre sensores positivos y examinados, estimando el riesgo entomológico. Este índice permite categorizar el riesgo como bajo (IPO < 40%), moderado (IPO entre 40% y 70%) o alto (IPO > 70%).

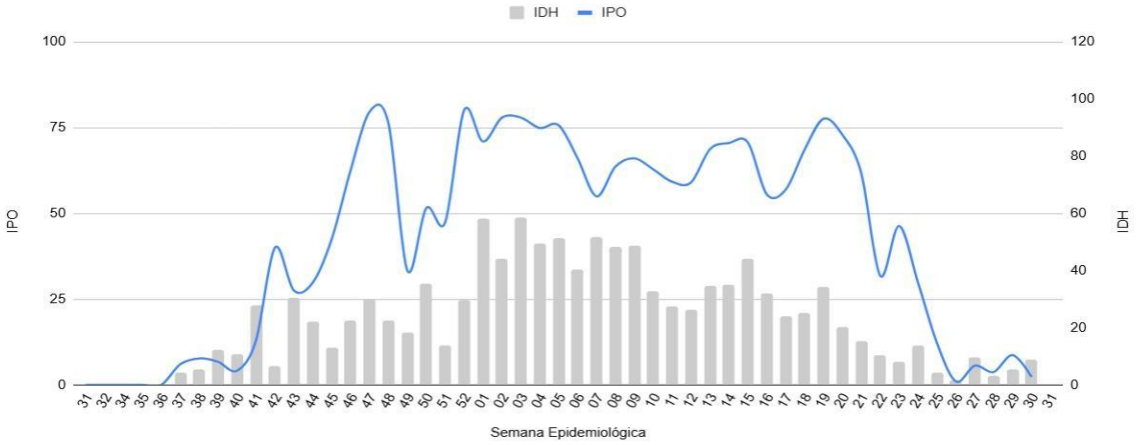
- Índice de Densidad de Huevos (IDH): Mide la relación entre la cantidad de huevos registrados y los sensores positivos, proporcionando información indirecta sobre la densidad del vector en el ambiente y permitiendo identificar temporadas de mayor y menor actividad reproductiva.

Evolución regional del IPO y el IDH

En la región NOA, se detectó positividad de los sensores a partir de la SE 37 (2024), con un aumento considerable del IPO a partir de la SE 42 (2024) (Gráfico 1) correspondiente a una situación de riesgo entomológico entre alto y moderado. Esta tendencia se mantuvo, alternando descensos temporales en el mismo, hasta la SE 23 (2025) a partir de la cual el IPO fue descendiendo hasta alcanzar valores cercanos a 0. Sin embargo, es importante destacar que no se registró la negativización total de los sensores durante los meses de menores temperaturas. El mínimo valor del IPO registrado fue IPO= 1,56 en la SE 30 (2025) (Gráfico 11). Si bien es necesario considerar la evolución de estos valores en el inicio de la temporada 2025-2026, es importante destacar que no se registró una interrupción de la actividad reproductiva del vector,

aunque la misma presentó valores muy bajos. En relación al IDH, se observó una tendencia similar, aunque en este caso el descenso se observó desde la SE 19 (2025) (Mapa 3).

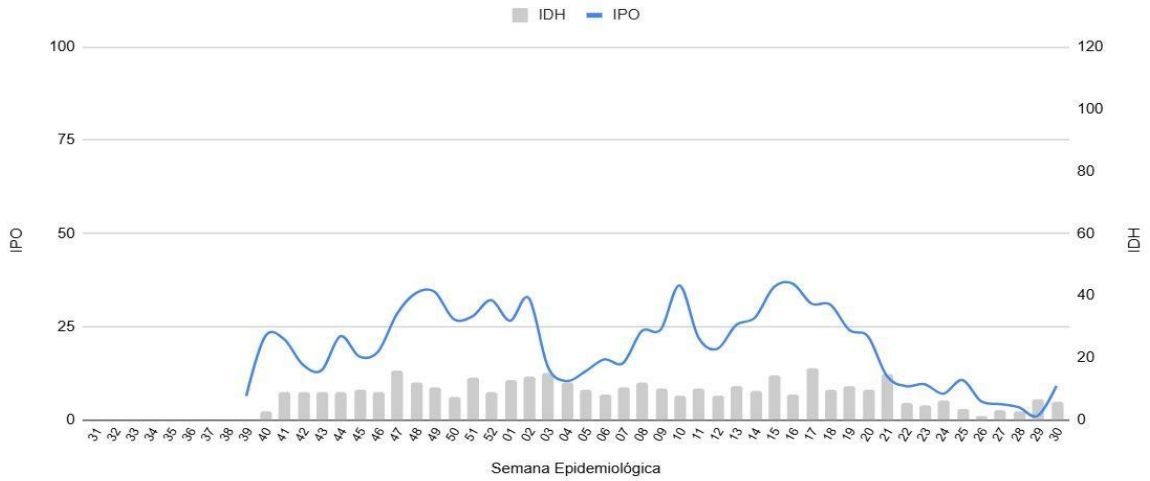
Gráfico 11. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 30 (2025).



Fuente: Elaborado por la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

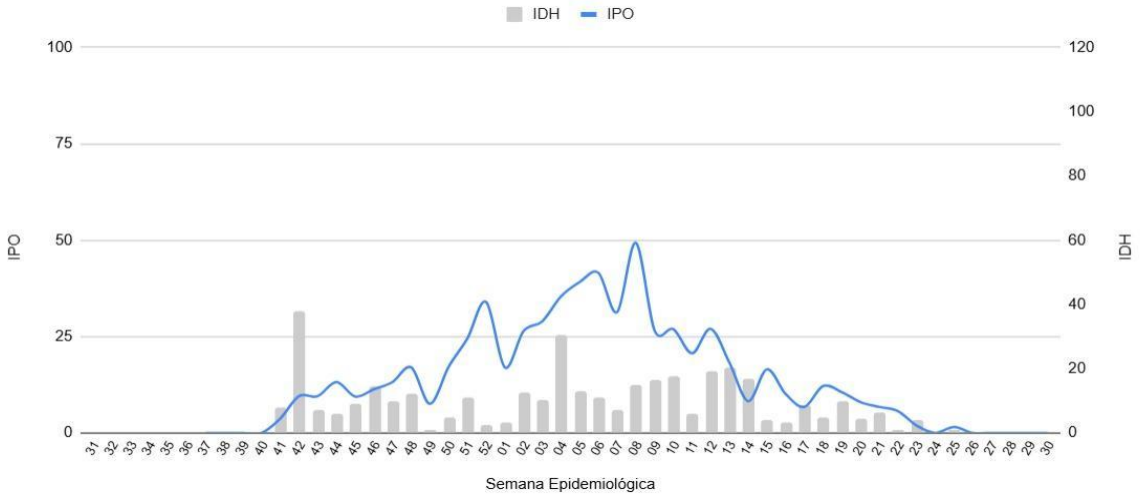
En el caso de la región NEA, los datos comenzaron a centralizarse en la RNVE a partir de las SE39, momento en el cual ya se registraba un IPO positivo con tendencia ascendente (Gráfico 12). La región se mantuvo en una situación de riesgo entomológico moderado, evidenciando una tendencia descendente a partir de la SE 16. En la SE 29 se observó el menor valor del IPO registrado durante la temporada (IPO=3,64). Es importante destacar que no se registró la negativización total de los sensores, evidenciando que, al menos en el período estudiado, hubo un descenso de la actividad reproductiva del vector en la región, pero no una interrupción completa de la misma. En relación al IDH, los valores observados siguieron una tendencia similar al IPO, mostrando un descenso a partir de la SE19 (Gráfico 12).

Gráfico 12. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 30 (2025)



Fuente: Elaborado por la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

Gráfico 13. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 30 (2025).

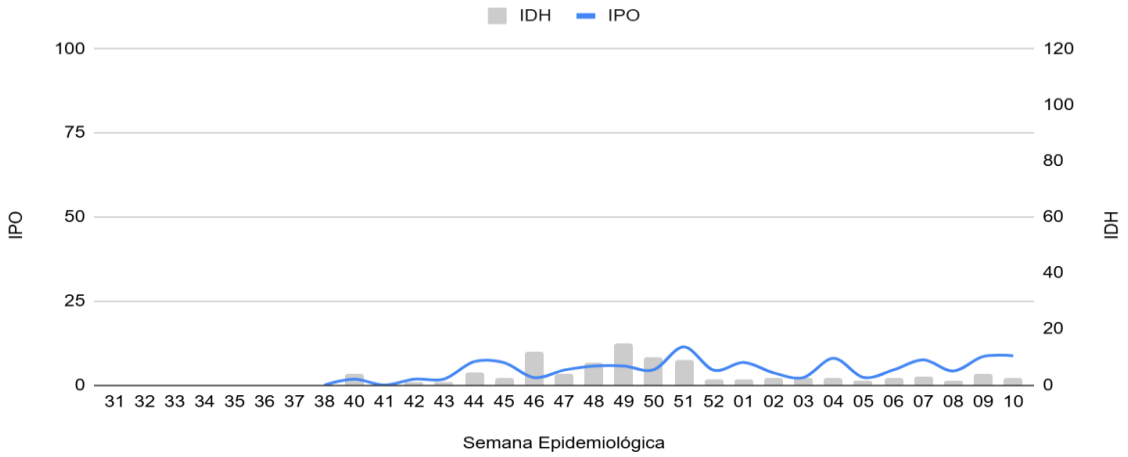


Fuente: Elaborado por la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

En la región Centro, la positividad de los sensores se detectó a partir de la SE 41 (2024) con un ascenso sostenido hasta la SE08 donde se observó un pico en el IPO (Gráfico 13). Los valores alcanzados en esta región fueron menores a los observados en NOA, pero similares a lo detectado en NEA, coincidentes con una situación de riesgo entomológico moderado. A partir de la SE 15 (2025) los valores fueron descendiendo hasta su negativización en la SE 26, en coincidencia con el descenso de las temperaturas en la región. En las 3 jurisdicciones monitoreadas, se comprobó la interrupción de la actividad reproductiva de *Aedes aegypti* durante la temporada invernal durante al menos cinco semanas consecutivas. En relación al IDH, sus valores fueron bajos, incluso durante los picos del IPO, evidenciándose una menor productividad en los sensores de la región (Gráfico 13).

En el caso de la región Cuyo, se observaron IPO positivos a partir de la SE 40, aunque el patrón en este caso fue oscilante, intercalando períodos de positividad y negatividad característicos de la región (Gráfico 14). El riesgo entomológico asociado fue bajo durante toda la temporada, aunque evidenciando una tendencia ascendente del IPO con ciertas fluctuaciones desde la SE05. En el caso del IDH, se registraron valores bajos durante el período de positividad (Gráfico 14). Los datos para esta región se presentan hasta la SE10, momento en el cual se interrumpió la vigilancia entomológica en la zona.

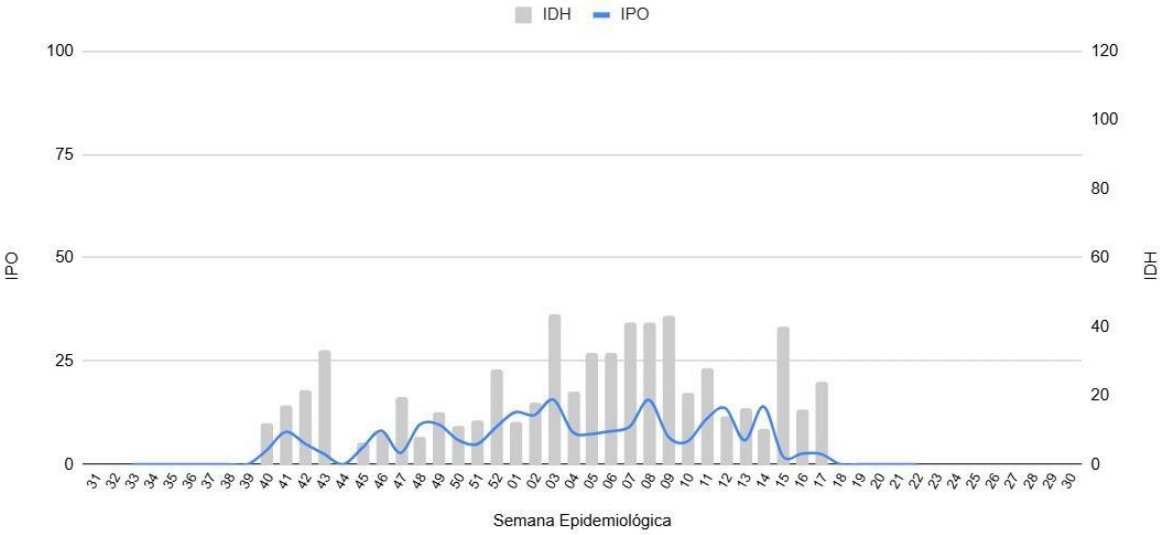
Gráfico 14. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 10 (2025).



Fuente: Elaborado por la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

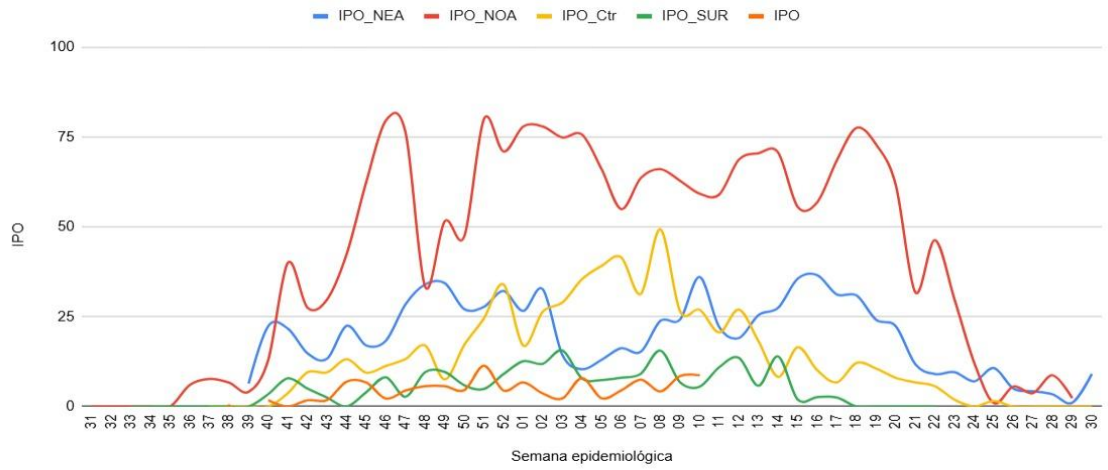
En la región Sur, se detectaron sensores positivos a partir de la SE40, mostrando valores bajos del IPO asociados a un riesgo entomológico bajo durante toda la temporada (Gráfico 15). A partir de la SE18, se registró un IPO=0 evidenciando una interrupción de la actividad reproductiva del vector en la región, coincidente con el descenso de las temperaturas. En relación al IDH, los valores fueron los más bajos de todo el país (Gráfico 15).

Gráfico 15. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 22 (2025).



Fuente: Elaborado por la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

Gráfico 16. Evolución del IPO para todas las regiones de Argentina SE 31 (2024)- SE 30 (2025).



Fuente: Elaborado por la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

En el Gráfico 16 se puede observar la evolución del IPO para todas las regiones evaluadas, de acuerdo a la cobertura temporal de la vigilancia entomológica de *Aedes aegypti* en cada una de ellas. La región NOA mostró mayores índices que el resto de las regiones monitoreadas durante toda la temporada, seguida por la región NEA y Centro. A partir de la SE26, sólo se detectaron sensores positivos en NOA y NEA, confirmando la interrupción de la actividad reproductiva en las demás regiones. Es interesante señalar que, durante el período de positividad, las regiones Cuyo y Sur alternaron valores similares del IPO. Aunque las poblaciones de *Ae. aegypti* en distintas localidades de la región Sur se establecieron más recientemente, mostraron una abundancia indirecta semejante a poblaciones más antiguas como las halladas en Cuyo.

2. Vigilancia entomológica de Aedes aegypti 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

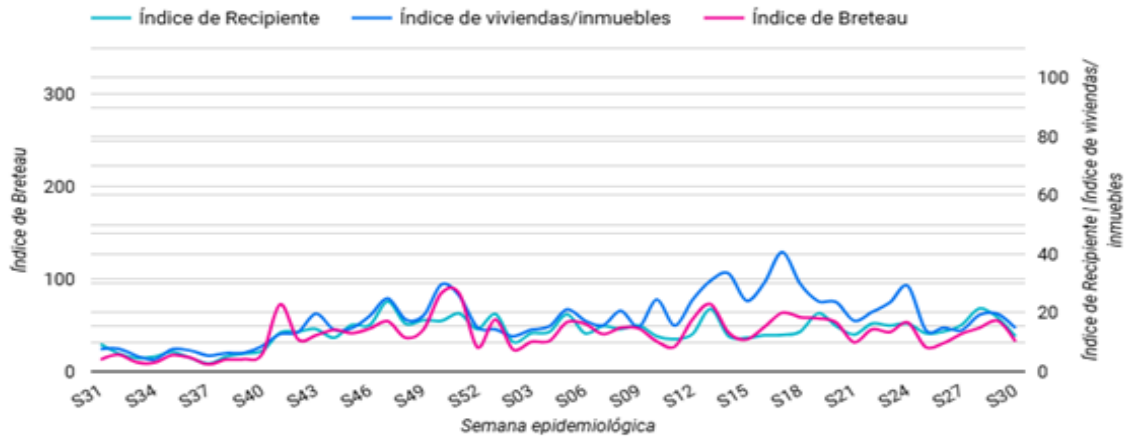
(IR<3 Riesgo bajo, 3<IR<20 Riesgo moderado, IR>20 Riesgo alto)

- 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)

A nivel nacional, los índices larvarios aédicos calculados para las viviendas presentaron un ascenso a partir de la SE40 (2024) (Gráfico 17), mostrando un retraso temporal respecto de la tendencia observada en los índices calculados a partir de sensores de oviposición. Este retraso se debe a que los sensores de oviposición presentan una mayor sensibilidad para la detección de presencia y actividad reproductiva de *Aedes aegypti* con tamaños poblacionales bajos en relación a los índices larvarios. Desde la SE18, se registró una tendencia descendente, con algunas fluctuaciones (Gráfico 17) que permitió que, durante las SE 19 y 20, se registrara un descenso en el IB, colocándose por primera vez desde la SE 11 en un nivel de riesgo entomológico medio. Sin embargo, desde la SE26 se observó un nuevo ascenso de los índices, aunque sin recuperar los niveles detectados previamente.

Gráfico 17. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en Argentina SE 31 (2024)- SE 30 (2025).



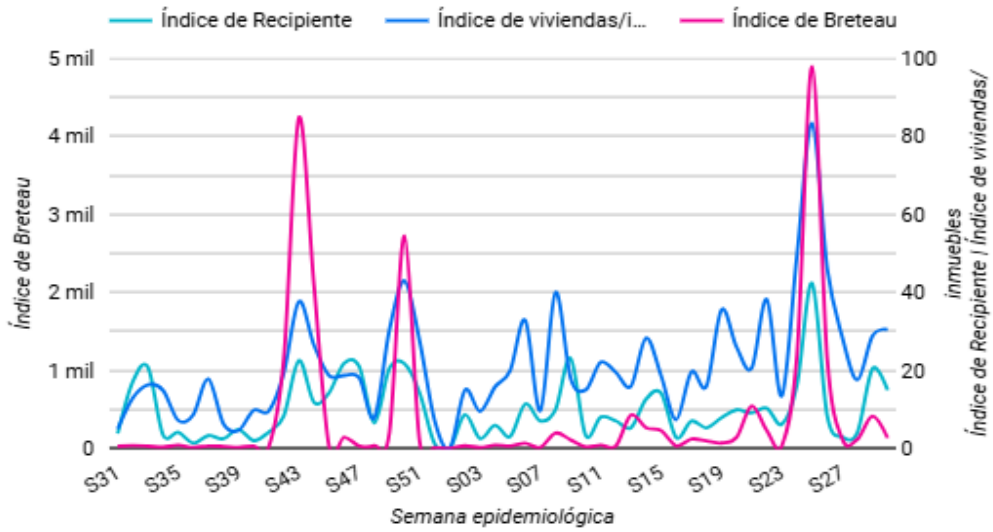
Fuente: Elaborado por la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

Debido a las variaciones en la abundancia y concentración de criaderos, los índices calculados a partir de los datos relevados en sitios críticos y predios estratégicos se consideraron por fuera de los calculados para las viviendas. En el caso de los sitios críticos, se trata de lugares con alta concentración de criaderos y potenciales criaderos como cementerios, gomerías, depósitos de infraestructura, obras en construcción entre otros. Su inclusión junto a los datos relevados en viviendas genera una sobrestimación de los índices aédicos. En el caso de los predios estratégicos, esta categoría incluye locaciones relevantes en términos epidemiológicos como hospitales, establecimientos educativos, centros deportivos y comunitarios. Si bien no necesariamente presentan una mayor abundancia de criaderos para *Aedes aegypti*, la dinámica entomológica es diferente respecto a lo que se observa en domicilios o peri domicilios.

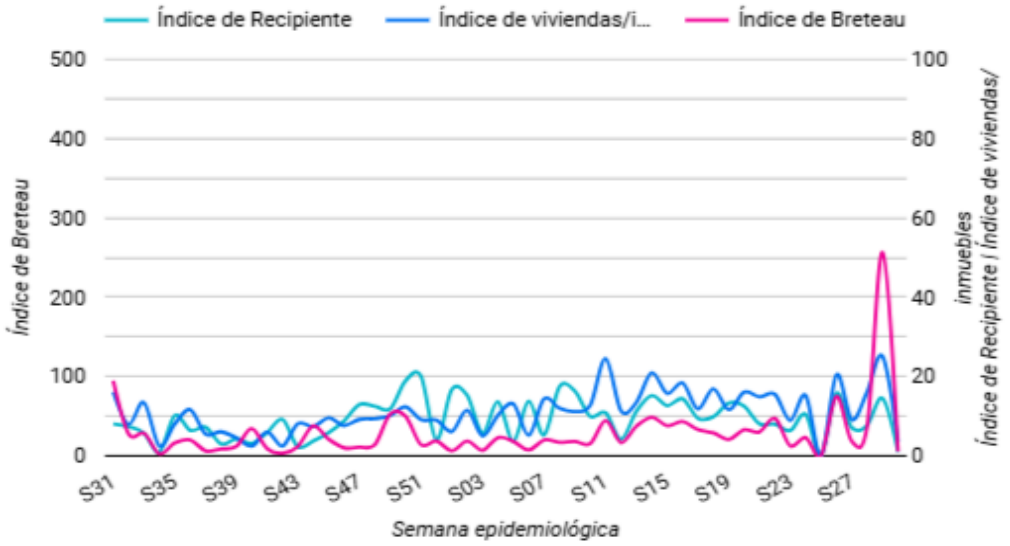
En el caso de los sitios críticos, se observó al menos un orden de magnitud mayor en los índices registrados respecto de los datos obtenidos en viviendas (Gráfico 18A), incluso en períodos en los cuales la abundancia del vector desciende en las localidades relevadas. Estos hallazgos confirman la relevancia de poder evaluar y realizar acciones de prevención en los sitios críticos. Por otro lado, los valores hallados a partir del relevamiento de predios estratégicos no mostraron variaciones tan marcadas en relación a los daros provenientes de viviendas (Gráfico 18B).

Gráfico 18. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en: A. Sitios críticos y B. Predios estratégicos en Argentina SE 31 (2024)- SE 30 (2025).

A.



B.

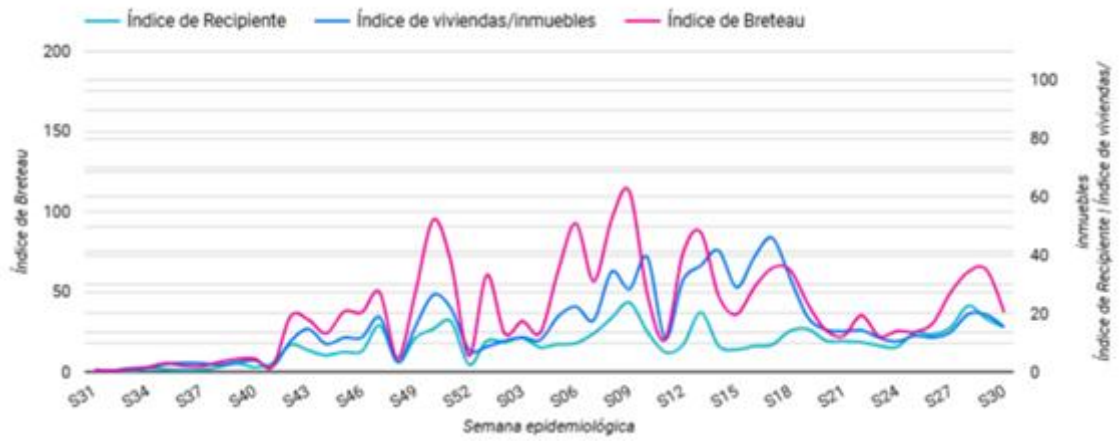


Fuente: Elaborado por la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

En el caso de los sitios críticos (SC), se observó al menos un orden de magnitud mayor en los índices registrados en diferentes SE cuando se lo compara con los datos obtenidos en viviendas (Gráfico 18A), incluso en períodos en los cuales la abundancia del vector se mostró descendente en las localidades relevadas. Estos hallazgos confirmaron la relevancia de poder evaluar y realizar acciones de prevención en los sitios críticos. Por otro lado, los valores hallados a partir del relevamiento de predios estratégicos (PE) mostraron menores variaciones en relación a los datos provenientes de viviendas, exceptuando la SE29 durante la cual se detectó un pico pronunciado (Gráfico 18B).

Cuando se realiza la desagregación por región, se observa que para la región NOA, los índices larvarios empezaron a aumentar a partir de la SE42 (2024) (Gráfico 19) con bastantes oscilaciones posteriores y, en términos generales, valores del IB más elevados que en NOA. Desde la SE17 se apreció una tendencia descendente del IV y el IB, aunque posteriormente esta tendencia se revirtió a partir de la SE 23, mostrando un nuevo pico para el IB entre SE28 y SE29.

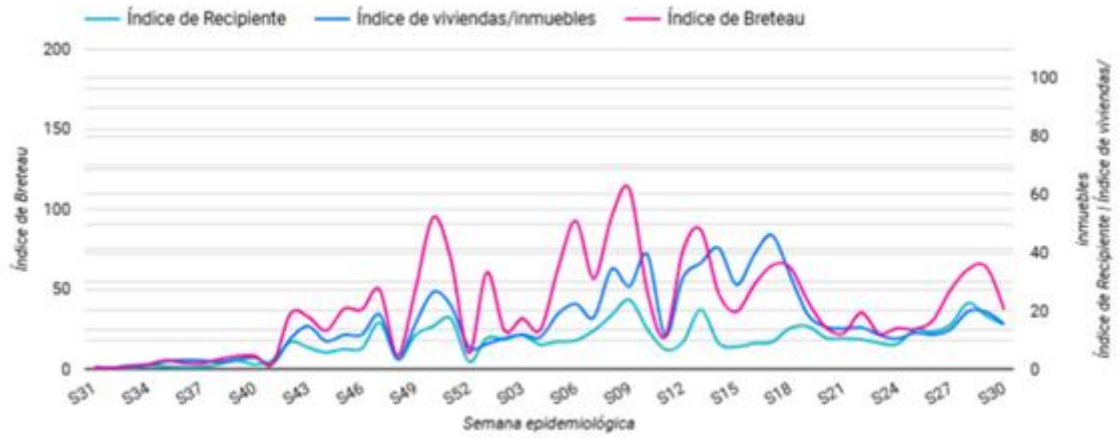
Gráfico 19. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas en la región NOA SE 31 (2024)- SE 30 (2025).



Fuente: Elaborado por la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

Para la región NEA, ya desde la SE31 de 2024 se registraron índices larvarios elevados (Gráfico 20). La región osciló entre el riesgo entomológico alto y moderado durante la temporada de arbovirosis. Desde la SE23 hasta la SE30, se mantuvo en un contexto de riesgo entomológico moderado (Gráfico 20).

Gráfico 20. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas en la región NEA SE 31 (2024)- SE 30 (2025).



Fuente: Elaborado por la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

Consideraciones finales

- En función de los análisis realizados a partir de los dos métodos de vigilancia entomológica utilizados, se puede advertir que las poblaciones de Aedes aegypti en las regiones NOA, NEA y Centro presentaron niveles de abundancia elevados, correspondientes a niveles de riesgo entomológico alto o moderado. Sin embargo, en muchas jurisdicciones, esto no implicó la existencia de brotes o un número elevado de casos de dengue, confirmando la importancia de los casos importados y la situación de los países vecinos en la dinámica epidemiológica de las arbovirosis en nuestro país.

- Se detectó la interrupción de la actividad reproductiva del vector en las regiones Sur, Cuyo y Centro. En contraposición, en las regiones NEA y NOA no se comprobó la interrupción completa de la actividad reproductiva de las hembras, aunque sí se confirmó un descenso marcado de la misma coincidente con las menores temperaturas. La persistencia de índices larvarios elevados o moderados en NEA y NOA durante este período sugiere que la mayor parte de las poblaciones de mosquitos podría permanecer como estadios inmaduros los meses más fríos para luego emerger durante la primavera. Dado que existen otras especies de mosquitos que pueden oviponer en el agua de los sensores, para lograr una estimación más precisa de índices larvarios, se establecerá un sistema de identificación taxonómica de una muestra de las larvas detectadas en contenedores de NEA y NOA.

- En el caso de las regiones Centro y Cuyo, estudios previos sugieren que las poblaciones de Ae. aegypti permanecen como huevos durante la temporada invernal y no como estadios inmaduros. Sin embargo, durante la temporada 2024-2025 no se contó con datos de control focal de estas regiones, por lo que esta hipótesis no pudo ser comprobada en campo. Para la temporada 2025-2026 se proyecta incorporar nuevos datos de control focal de estas regiones para contar con mayor información acerca de la dinámica poblacional invernal de la especie en esta zona.

XI.4. Situación epidemiológica de otros Arbovirus

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de Fiebre Chikungunya, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2024-2025 (SE31/2024 a SE30/2025).

La vigilancia de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y estudios en personas con antecedentes de viaje a zonas donde se está registrando transmisión; desde el inicio de la vigilancia de Oropouche, se han investigado hasta el momento **2555** casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para Otros Arbovirus. SE31/2024 a SE30/2025. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	184	0	78	0	160	4	44	2	12
CABA	0	11	0	4	0	1	0	4	0	3
Córdoba	0	216	0	83	0	207	7	431	0	0
Entre Ríos	12	230	0	1	0	32	4	40	0	1
Santa Fe	0	1521	0	94	0	134	1	15	0	19
Total Centro	**12**	**2162**	**0**	**260**	**0**	**534**	**16**	**534**	**2**	**35**
Mendoza	0	336	0	88	0	73	0	2	0	0
San Juan	0	1	0	2	0	3	0	2	0	1
San Luis	0	0	0	2	0	8	0	9	0	0
Total Cuyo	**0**	**337**	**0**	**92**	**0**	**84**	**0**	**13**	**0**	**1**
Chaco	18	837	0	416	0	28	0	2	0	1
Corrientes	0	31	0	10	0	10	0	1	0	0
Formosa	0	17	0	5	0	76	0	0	0	0
Misiones	0	72	0	47	0	29	0	0	0	20
Total NEA	**18**	**957**	**0**	**478**	**0**	**143**	**0**	**3**	**0**	**21**
Catamarca	0	16	0	13	0	1	0	0	0	13
Jujuy	0	45	0	25	0	3	0	3	0	2
La Rioja	0	127	0	125	0	9	0	2	0	70
Salta	0	531	0	288	0	260	0	0	0	2
Santiago del Estero	0	45	0	26	0	9	0	4	0	4
Tucumán	1	17	0	14	0	256	0	0	0	1
Total NOA	**1**	**781**	**0**	**491**	**0**	**538**	**0**	**9**	**0**	**92**
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	3	0	3	0	1	0	3	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**3**	**0**	**3**	**0**	**9**	**0**	**3**	**0**	**0**
Total País	**31**	**4240**	**0**	**1324**	**0**	**1308**	**16**	**562**	**2**	**149**

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

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

Entre Ríos notificó 12 casos probables de Fiebre Chikungunya en la localidad Federal con IgM positivas. Las muestras fueron enviadas al Laboratorio Nacional de Referencia-Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio Maiztegui” para corroborar dicho diagnóstico.

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

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

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS **INTERNACIONALES**

XII. Alertas epidemiológicas internacionales

XII.1. Introducción

Esta sección de Alertas Epidemiológicas Internacionales se construye con la información recibida por el Centro Nacional de Enlace (CNE), oficina encargada de la comunicación con otros países en relación a la información sanitaria dentro del marco del Reglamento Sanitario internacional (RSI) que funciona en la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

La mayoría de los eventos que requieren la emisión de Alertas y Actualizaciones Epidemiológicas se refieren principalmente a agentes infecciosos, aunque también pueden estar relacionados con mercancía contaminada, contaminación de alimentos, o ser de origen químico o radionuclear, de acuerdo con las provisiones del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005).

El propósito de las **Alertas Epidemiológicas** es informar acerca de la ocurrencia de un evento de salud pública que tiene implicaciones o que pudiera tener implicaciones para los países y territorios del mundo.

Las Actualizaciones Epidemiológicas consisten en actualizar la información sobre eventos que están ocurriendo en la población y sobre los cuales ya se alertó o informó previamente.

A continuación, se reproducen los informes de los eventos de mayor relevancia que han sido elaborados en su gran mayoría por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 13 al 20 de agosto del 2025.

XII.2. Cólera – Multipaís con foco en los países que atraviesan aumentos actuales

Recibido a través del CNE el 29/08/2025.

En 2025, la situación mundial del cólera continúa representando un importante desafío de salud pública en múltiples regiones.

Entre el 1 de enero y el 17 de agosto de 2025, se notificaron un total de 409.222 casos de cólera/EDA (enfermedad diarreica aguda) y 4.738 muertes a nivel global, en 31 países. En el mismo período de 2024, se habían reportado 510.638 casos y 3.248 muertes en 28 países, lo que representa una disminución del 20% en los casos, pero un aumento del 46% en las muertes.

En 2025, la Región del Mediterráneo Oriental registró el mayor número de casos de cólera/EDA (230.991 casos, seis países), seguida por la Región de África (172.750 casos, 23 países), la Región de Asia Sudoriental (2.985 casos, cinco países) y la Región de las Américas (2.496 casos, un país). Las muertes relacionadas con cólera fueron más altas en la Región de África (3.763 muertes, TdL 2,2%), seguida por la Región del Mediterráneo Oriental (943 muertes, TdL 0,4%), la Región de las Américas (31 muertes, TdL 1,2%) y la Región de Asia Sudoriental (una muerte, TdL 0,4%), la Región de las Américas (31 muertes, TdL 1,2%) y la Región de Asia Sudoriental (una muerte, TdL 0,03%). Mientras tanto, las Regiones de Europa y del Pacífico Occidental no han reportado brotes.

El cólera está resurgiendo en varios países, incluidos algunos que no habían notificado cifras significativas en años, como Chad y la República del Congo, mientras que otros, como la República Democrática del Congo (RDC), Sudán del Sur y Sudán, presentan brotes que

continúan desde 2024, con una expansión geográfica significativa. La propagación hacia áreas previamente no afectadas está complicando los esfuerzos de contención y ejerciendo presión sobre sistemas de salud frágiles. Estas tendencias revelan profundas debilidades sistémicas en los sistemas de salud, Agua, Higiene y Saneamiento (WASH), y en la vigilancia epidemiológica, especialmente en países en crisis humanitaria. La transmisión transfronteriza está ocurriendo, lo que subraya la necesidad urgente de fortalecer la vigilancia, el reporte oportuno y la respuesta coordinada entre países.

La carga de la enfermedad sigue siendo alta, particularmente en los siguientes países que actualmente atraviesan brotes agudos: Chad, RDC, República del Congo, Sudán del Sur y Sudán. Estos países continúan notificando altas tasas de transmisión, elevadas tasas de letalidad y enfrentan importantes dificultades en el control de brotes y en el acceso a la atención médica.

Sin embargo, se han observado diferencias en las definiciones de caso y en los sistemas de notificación entre países y regiones, lo que puede afectar la comparabilidad de los datos y la interpretación de las tendencias. Por lo tanto, dadas estas complejidades, es probable que los datos presentados aquí subestimen la verdadera carga del cólera y deben interpretarse con cautela.

Figura 1. Casos globales de cólera y enfermedad diarreica aguda (EDA) por cada 100 000 habitantes, del 1 de enero al 17 de agosto de 2025

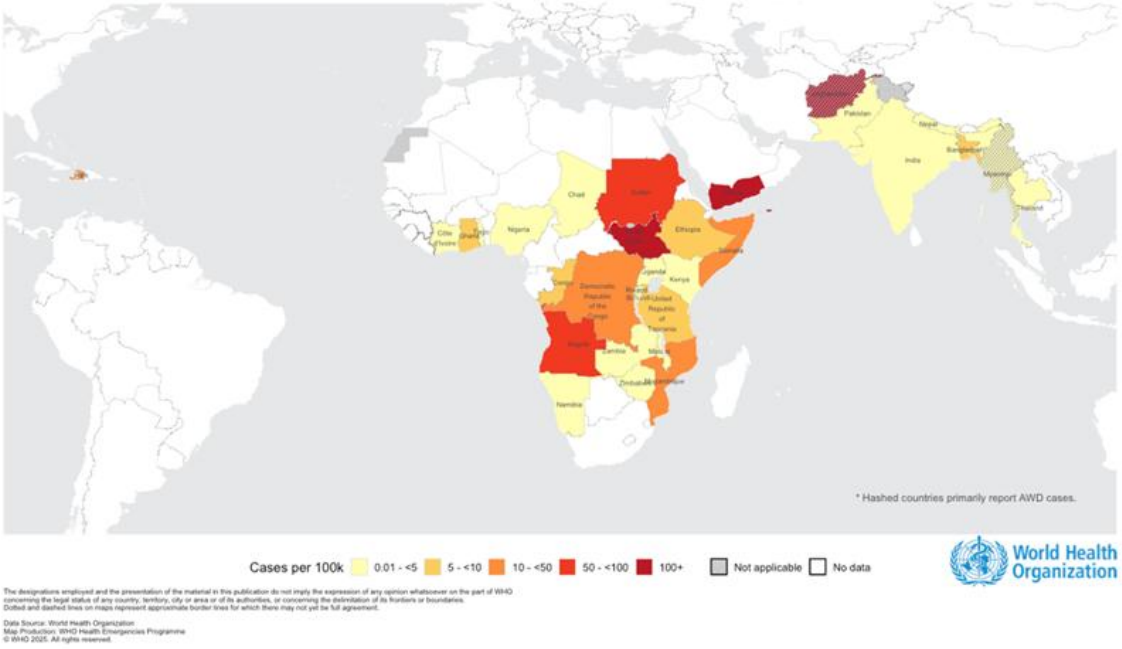


Figura 2. Número de casos de cólera por semana epidemiológica de notificación, al 17 de agosto de 2025.

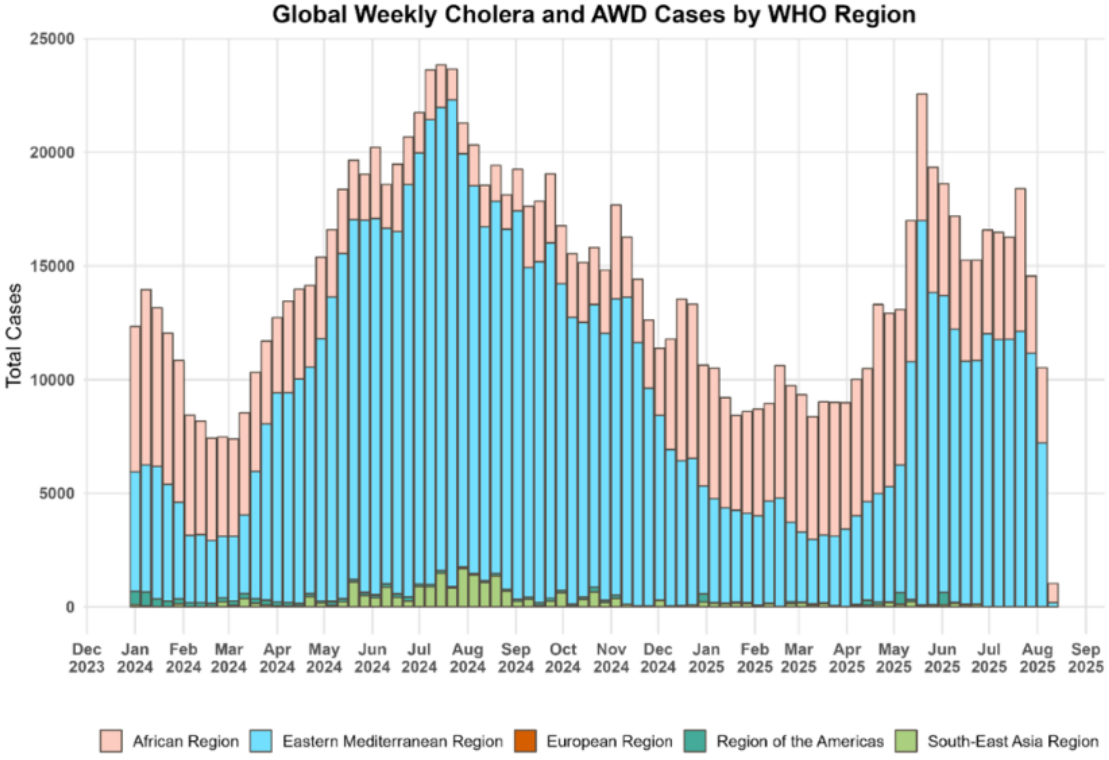
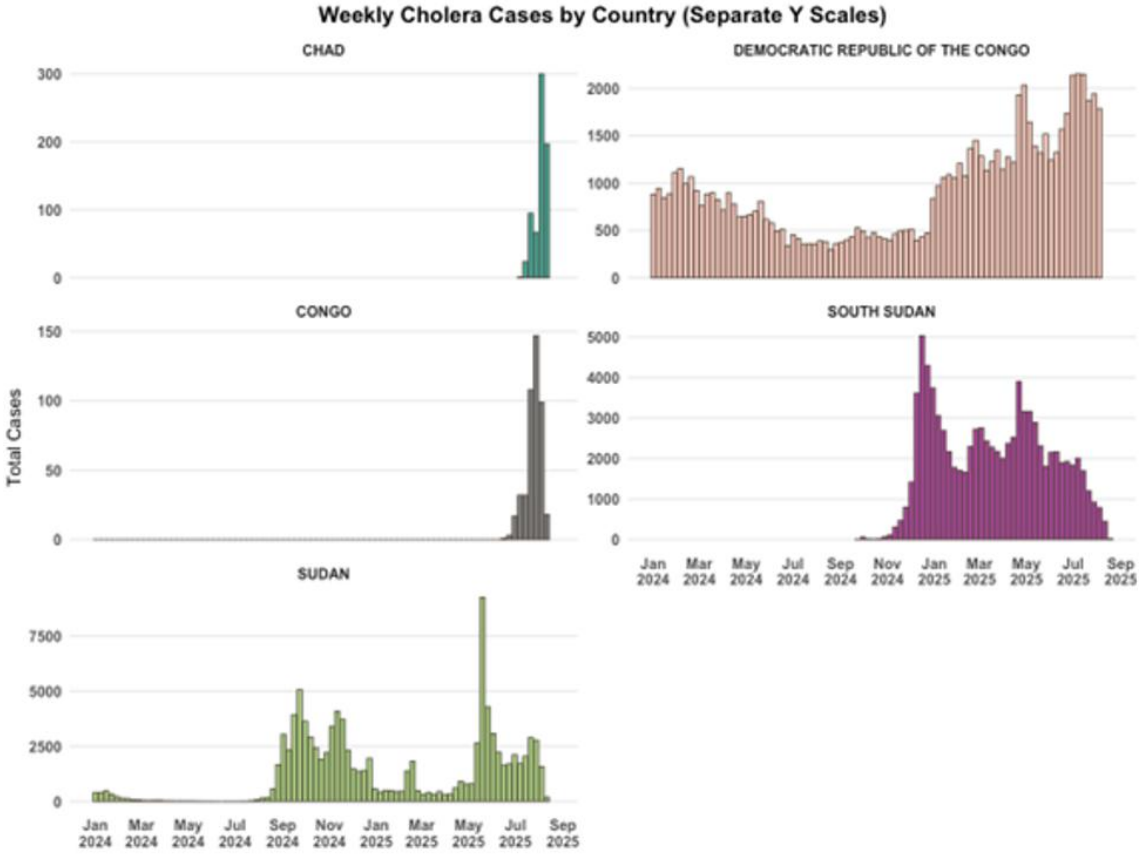


Figura 3. Casos de cólera por semana epidemiológica de notificación (Chad, República del Congo, RDC, Sudán del Sur y Sudán) disponibles al 17 de agosto de 2025.



XII.2.A. PANORAMA DE PAÍSES SELECCIONADOS

El cólera está resurgiendo en varios países, incluidos algunos que no habían notificado casos en años; los países destacados en este informe continúan notificando altas tasas de transmisión, elevadas tasas de letalidad y experimentan importantes desafíos en el control de los brotes y en el acceso a la atención médica. Para un panorama más detallado del cólera a nivel mundial, consulte el informe global de situación sobre cólera, que se produce de manera regular.

Chad

El 24 de julio de 2025, Chad confirmó oficialmente un brote de cólera, tras notificarse el primer caso sospechoso el 13 de julio en el campamento Dougui, distrito sanitario de Chokoyane, provincia de Ouaddaï, en la frontera con Sudán.

Entre el 13 de julio y el 19 de agosto, el país notificó un total de 776 casos de cólera, incluidos 53 fallecidos, lo que resulta en una tasa de letalidad (TdL) de 6,8%. De estas muertes, 27 ocurrieron en la comunidad, lo que resalta brechas en el acceso oportuno a la atención. La confirmación de laboratorio se obtuvo en 32 casos mediante pruebas de cultivo.

Al 19 de agosto, se han notificado casos sospechosos en dos provincias (Ouaddaï y Sila) y en seis distritos sanitarios: Abdi, Adré, Amleyouna, Chokoyane, Farchana y Hadjer Hadid. Entre estos, Chokoyane es el más afectado, con 541 casos y 25 muertes, lo que representa una TdL de 4,6% en el distrito.

República del Congo

Entre el 23 de junio y el 17 de agosto de 2025, la República del Congo notificó un total de 457 casos sospechosos de cólera y 35 muertes, con una TLF de 7,7%. El brote, que comenzó en el distrito de Brazzaville, se ha extendido a distritos a lo largo del río Congo. Brazzaville: 269 casos; 13 muertes (TdL 4,8%), en Congo-Oubangui: 188 casos; 22 muertes (TdL 11,7%). El grupo etario más afectado es el de 15 a 24 años, que representa el 19% de todos los casos notificados.

República Democrática del Congo

Entre el 1 de enero y el 10 de agosto de 2025, la RDC notificó un total de 46.800 casos de cólera y 1.362 muertes, con una TdL de 2,9%. Los casos de cólera se han notificado en 16 de las 26 provincias del país, siendo Kwango la más recientemente afectada en la semana 31.

Durante la semana 32, se registraron 1.887 casos nuevos y 84 muertes, lo que representa una disminución del 4,8% en casos y del 1,2% en muertes en comparación con la semana anterior. En las últimas cuatro semanas, el 57,4% de todos los casos se concentraron en las provincias de Kinshasa, Kivu del Norte, Kivu del Sur y Tshopo. Solo Kinshasa notificó 1.781 casos y 136 muertes (TdL 8%), En la semana 31, Kinshasa notificó 126 casos y 5 muertes (TdL semanal 4%). Esto muestra una tendencia descendente en comparación con semanas anteriores.

Sudán del Sur

Entre el 1 de enero y el 17 de agosto de 2025, Sudán del Sur notificó un total de 71.825 casos sospechosos de cólera y 1.194 muertes, con una TdL de 1,7%. El brote ha afectado 55 de los 80 condados, distribuidos en ocho estados y tres áreas administrativas, lo que evidencia una transmisión generalizada en el país.

Durante el mes más reciente de notificación (21 de julio al 17 de agosto de 2025), se registraron 2.472 casos y 36 muertes a nivel nacional. Entre el 14 de julio y el 13 de agosto de 2025, aproximadamente el 74% de los casos se concentraron en Unity State (1.562 casos y 10 muertes), Área Administrativa de Abyei (988 casos y 2 muertes) y Equatoria Central (244 casos y 2 muertes).

Sudán

Entre el 1 de enero y el 11 de agosto de 2025, Sudán notificó un total de 48 768 casos de cólera y enfermedad diarreica aguda, junto con 1094 muertes, con una TLF de 2,2%. El brote ha afectado a los 18 estados del país, con la mayoría de los casos (72%) reportados en: Jartum: 22 225 casos, Kordofán del Norte: 7394 casos y Nilo Blanco: 5622 casos.

El cólera también se ha confirmado en los cinco estados de Darfur, donde tanto los casos como las muertes están en aumento. Nuevas áreas, incluidas localidades fronterizas con Chad, han notificado casos recientemente, lo que indica una transmisión en expansión.

La carga notificada de cólera varía significativamente entre los estados de Darfur. Darfur del Norte: 3.687 casos; 26 muertes (TdL 0,7%), Darfur del Sur: 1.589 casos; 66 muertes (TdL 4,2%), Darfur Central: 682 casos; 9 muertes (TdL 1,3%), Darfur Oriental: 517 casos; 26 muertes (TdL 5%) y Darfur Occidental: 17 casos; 0 muertes.

Se han identificado brechas en el sistema de vigilancia en Darfur, lo que puede ocasionar retrasos en la notificación desde algunas áreas y ausencia de reportes en otras.

Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON579

XII.3. Alerta epidemiológica Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 28/08/2025.

XII.3.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN GLOBAL DE CHIKUNGUNYA

A nivel global, desde las primeras detecciones y hasta diciembre del 2024, se ha documentado la transmisión autóctona del virus chikungunya (CHIKV) en 119 países y territorios, en las seis regiones mundiales. En otros 27 países y territorios se ha identificado poblaciones establecidas y competentes del vector Aedes aegypti, aunque aún no se han documentado casos autóctonos de CHIKV.

Adicionalmente, en los países donde se ha establecido Aedes albopictus, este vector puede presentar una mayor competencia para la transmisión, especialmente frente a los genotipos del virus que contienen la mutación E1-A226V, característica del linaje del Océano Índico (IOL por sus siglas en inglés), la cual incrementa significativamente la eficiencia de transmisión. La presencia de estas poblaciones de vectores representa un riesgo continuo de introducción y propagación del CHIKV en países o áreas previamente no afectadas.

El análisis genómico ha permitido identificar tres genotipos principales de CHIKV que circulan a nivel global: el genotipo de África occidental, el genotipo África Oriental, Central y Sudafricana (ECSA por sus siglas en inglés) y el genotipo asiático. Dentro del genotipo ECSA, surgió el sublinaje del Océano Índico (IOL) genéticamente divergente y caracterizado por la mutación E1-A226V. Actualmente, los genotipos ECSA y asiático son los predominantes a nivel mundial. Las diferencias en el potencial epidémico y patogenicidad de estos linajes, así como la posible inmunidad protectora cruzada entre ellos, continúa siendo objeto de estudio.

Durante el 2025, hasta mediados de agosto, se han notificado aproximadamente 270.000 casos de chikungunya a nivel global, con reporte de casos en las regiones de África, Américas, Europa, Pacífico Occidental y Sur Este asiático.

En África, Senegal, Kenia y la República de Mauricio han registrado casos durante el 2025. En Europa, se han confirmado casos de transmisión local en Francia (n= 111 casos) e Italia (n= 7

casos). Además, en los territorios franceses se han notificado importantes brotes: en la isla Reunión, el brote que inicio en agosto del 2024, hasta el 4 de mayo de 2025 acumuló más de 47.500 casos confirmados y más de 170.000 consultas por sospecha de chikungunya; mientras que Mayotte, había reportado 116 casos, incluidos 29 casos importados, 57 casos de transmisión local y 30 en investigación.

En la Región del Sur Este asiático, India registró un incremento de casos durante el 2024 y Sri Lanka, reportó entre noviembre de 2024 y marzo de 2025 un aumento de la transmisión con 151 casos confirmados en Colombo, Gampaha y Kandy.

En la Región del Pacífico Occidental, China ha registrado desde junio de 2025 un brote importante en la ciudad de Foshan, provincia de Guangdong, con más de 7.000 casos confirmados. Adicionalmente, Taiwán notificó casos de chikungunya tras más de seis años sin registros.

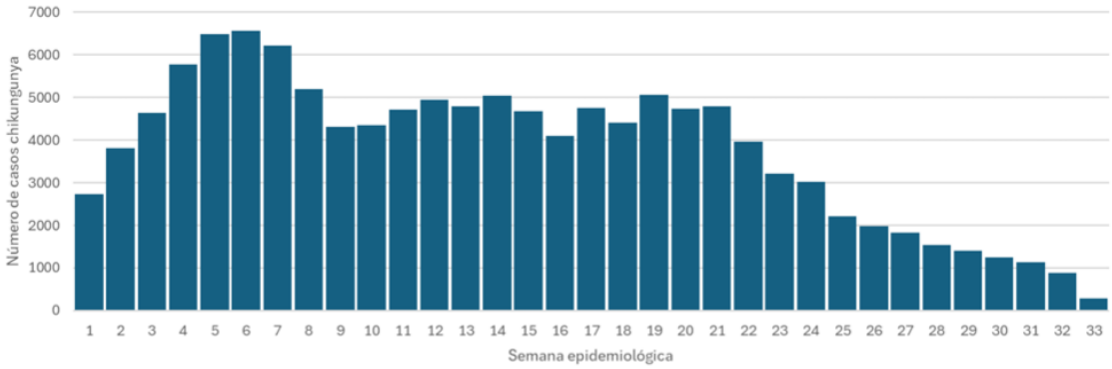
XII.3.B. RESUMEN DE LA SITUACIÓN DE CHIKUNGUNYA Y OROPOUCHE EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Situación de chikungunya en la Región de las Américas

En 2013, el virus chikungunya se introdujo en la Región de las Américas y desde entonces se ha extendido a la mayoría de las áreas con presencia de vectores competentes. De acuerdo con los análisis genómicos, el genotipo asiático fue predominante en los brotes registrados en el 2014 a 2020 en la Región de las Américas, sin embargo, en brotes recientes en Brasil (Sao Paulo, 2020), Paraguay (Asunción y Central, 2022), Bolivia (Santa Cruz, 2025) y en partes del Caribe, se ha identificado la circulación del genotipo ECSA. Aunque el genotipo asiático, continúa circulando en niveles más bajos, la co-circulación con ECSA en la Región genera preocupación por el aumento del potencial de adaptación viral y la posibilidad de recombinación o cambio de linaje en el futuro.

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 33 de 2025, se notificaron un total de 212.029 casos sospechosos de chikungunya con 124.942 casos (probables y confirmados), incluidas 110 defunciones, en 14 de los países de la Región de las Américas. En el 2024, se notificaron 431.417 casos sospechosos, incluyendo 245 defunciones por chikungunya, con el 98% de los casos notificados en Brasil (n= 425.773 casos).

Figura 1. Distribución de casos probables y confirmados de chikungunya* por semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas. Región de las Américas, 2025 (hasta la SE 33 del 2025).



La información de Bolivia y Honduras corresponde a casos sospechosos.

Fuente: Adaptado de los datos aportados por los respectivos países y reproducidos por la OPS.

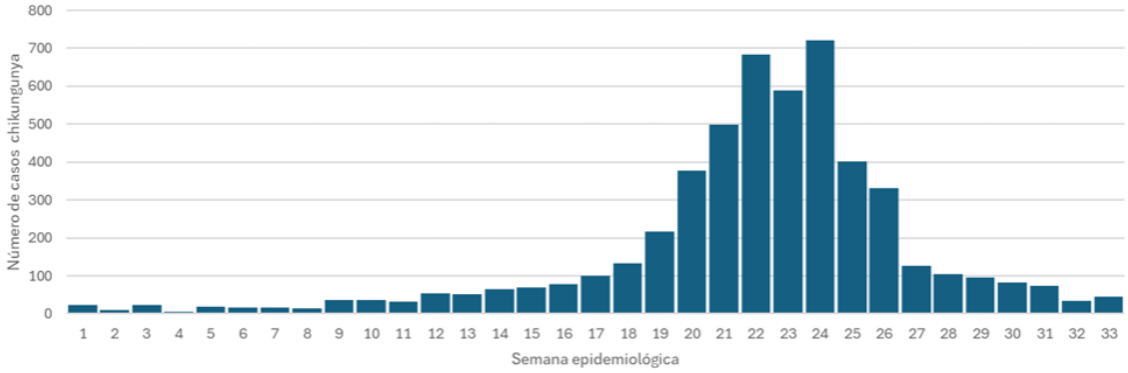
A continuación, se describe la situación epidemiológica de chikungunya en países de la Región de las Américas, organizada en orden alfabético:

En **Argentina**, entre la SE 1 y la SE 33 del 2025, se notificaron 2.658 casos sospechosos, de los cuales 23 fueron probables y 10 fueron confirmados por laboratorio. Los casos confirmados se han registrado en las provincias de Entre Ríos (n= 6 casos), Buenos Aires (n= 2 casos), Córdoba (n= 1 caso) y Tucumán (n= 1 caso). Del total de casos, seis fueron clasificados como autóctonos en Entre Ríos y cuatro como importados. Seis de los diez casos confirmados corresponden a mujeres y la mayor proporción de casos se registró en el grupo etario de 45 a 65 años (n= 4 casos). No se han reportado defunciones asociadas a la infección por CHIKV. La incidencia acumulada a nivel nacional hasta la SE 33, fue de 0,02 casos por 100.000 habitantes, lo que representa una disminución relativa del 98% comparado con el mismo periodo del 2024 (0,93 casos por 100.000 habitantes).

En **Barbados**, entre la SE 1 y la SE 33, se notificaron un total de 79 casos de chikungunya, de los cuales seis fueron casos confirmados por laboratorio. Los seis casos corresponden a casos autóctonos. Cinco de los casos corresponde a hombre. No se han reportado muertes que puedan estar asociadas con la infección por CHIKV. Hasta SE 33 del 2025, la incidencia acumulada nacional es de 2,1 casos por cada 100.000 habitantes, lo que representa una disminución relativa del 33% en comparación con el mismo período de 2024 (3,2 casos por cada 100.000 habitantes).

En **Bolivia** entre la SE 1 y SE 33 del 2025, se notificaron un total de 5.162 casos sospechosos de chikungunya de los cuales 3.901 fueron confirmados por laboratorio, incluyendo cuatro defunciones. La mayoría de los casos confirmados se concentraron en Santa Cruz (n= 3.872 casos, incluyendo 4 defunciones), mientras que en Beni (n= 12 casos), Pando (n= 5 casos), Cochabamba (n= 5 casos), Chuquisaca (n= 4 casos), y Tarija (n= 2 casos) se notificaron números menores. Adicionalmente, se reportó un caso importado desde Brasil. Del total, el 55% (n= 2.150) corresponden a mujeres, y el grupo etario más afectado fue el de 30 a 39 años (15%, n= 594). Se notificaron además dos complicaciones neurológicas (síndrome de Guillain-Barré) secundarios al virus de chikungunya, y cinco casos de transmisión vertical. En Bolivia se ha documentado la circulación del genotipo ECSA sin presencia de la mutación E1-A226V. La incidencia acumulada a nivel nacional hasta la SE 33 del 2025, fue de 10,5 casos por 10.000 habitantes; cifra muy superior a la registrada en 2024 (0,0062 casos por 10.000 habitantes).

Figura 2. Distribución de casos sospechosos chikungunya por SE de inicio de síntomas. Bolivia, 2025 (hasta la SE 33 del 2025).



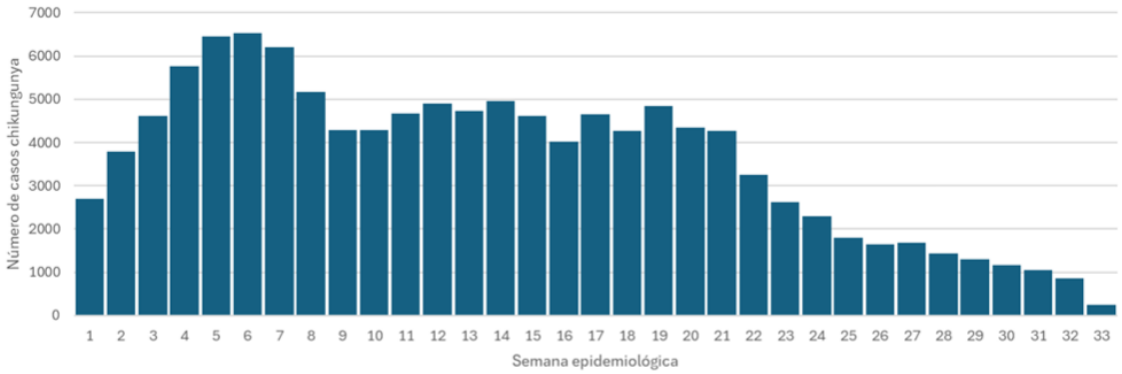
Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Bolivia. Comunicación recibida el 20 de Agosto del 2025 mediante correo electrónico. La Paz; 2025. Inédito.

En **Brasil**, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y SE 33 del 2025, se notificaron 119.386 casos probables de chikungunya, de los cuales 55.180 fueron confirmados por laboratorio, incluyendo 106 defunciones. En total, 27 de las unidades federales notificaron casos, sin embargo, el 77% del total de casos (confirmados y probables) se concentró en cinco estados: Mato Grosso (48.389

casos probables, 23.848 confirmados por laboratorio, incluidas 57 defunciones), Minas Gerais (15.950 casos probables, 2.282 confirmados por laboratorio, incluidas cuatro defunciones), Mato Grosso du Sul (13.521 casos probables, 6.838 confirmados por laboratorio incluidas 15 defunciones), São Paulo (8.609 casos probables, 5.727 confirmados por laboratorio, incluidas siete defunciones) y Paraná (7.259 casos probables, 4.232 confirmados por laboratorio, incluidas seis defunciones).

Del total, el 60% (n= 71.389) correspondió a mujeres, y la mayor proporción se registró en el grupo etario de 40 a 49 años (17,1%, n= 20.431). En Brasil se ha documentado la circulación del genotipo ECSA sin presencia de la mutación E1-A226V. La incidencia acumulada a nivel nacional hasta la SE 33 fue de 56,2 casos por 100.000 habitantes, lo que representa una reducción de 53% comparado con el mismo periodo del 2024 (118,1 casos por 100.000 habitantes).

Figura 3. Distribución de casos probables y confirmados chikungunya por SE de inicio de síntomas. Brasil, 2025 (hasta la SE 33 del 2025).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Brasil. Comunicación recibida el 20 de Agosto del 2025 mediante correo electrónico. Brasilia; 2025. Inédito.

En **Chile**, entre la SE 1 y 32 del 2025, se notificaron 3 casos importados de chikungunya, provenientes de Bolivia, Indonesia y Brasil. Todos fueron confirmados por laboratorio. Dos de los casos correspondieron a hombres con edades de 29, 52 y 61 años. No se han registrado defunciones.

En **Colombia**, entre la SE 1 y la SE 32 del 2025, se notificaron 44 casos de chikungunya, de los cuales 35 fueron confirmados por clínica, no se registran casos confirmados por laboratorio. Los casos confirmados se han registrado en los departamentos de Tolima (n= 7 casos), Antioquia (n= 4 casos), Cundinamarca (n= 3 casos), Putumayo (n= 3 casos), Meta (n= 3 casos), Cauca (n= 2 casos), Sucre (2 casos), Guaviare, Caldas, Santa Marta, Santander, Bolívar, Guainía, Vichada, Boyacá, Cartagena, Cali y Huila (un caso cada uno).

Del total, el 63% (n= 22) correspondió a mujeres, y el grupo etario con mayor proporción de casos fue el de 10 a 19 años (25,71%, n= 9). No se han registrado defunciones. La incidencia acumulada nivel nacional hasta la SE 32 fue de 0,11 casos por 100.000 habitantes, lo que representa un aumento relativo de 10% comparado con el mismo periodo del 2024 (0,10 casos por 100.000 habitantes).

En **Costa Rica**, entre la SE 1 y la SE 33 de 2025, se notificaron 9 casos probables de chikungunya, ninguno confirmado por la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés). Cinco de los nueve casos correspondieron a mujeres y el grupo de edad más afectado corresponde a los mayores de 15 años. La incidencia acumulada a nivel nacional hasta la SE 33 fue de 0,2 casos por 100.000 habitantes.

En **Cuba**, entre la SE 1 y la SE 33 del 2025, se notificaron 8 casos de chikungunya, todos confirmados por laboratorio, en la provincia de Matanzas. Cuatro de los casos correspondieron a mujeres y seis de los ocho casos se registraron en personas entre 19 a 54 años. No se han registrado defunciones. En Cuba se ha documentado la circulación del genotipo ECSA. La incidencia acumulada a nivel nacional hasta la SE 33 fue de 0,08 casos por 100.000 habitantes.

En **El Salvador**, entre la SE 1 y la SE 33 del 2025, se notificaron 13 casos sospechosos de chikungunya, todos con resultado negativo por PCR. El 69% (n= 9) correspondió a mujeres, y la mayor proporción se registró en el grupo etario de 30 a 39 años (38%, n= 5). No se han reportado defunciones. La incidencia acumulada a nivel nacional hasta la SE 33, fue de 0,2 casos por 100.000 habitantes, lo que representa una disminución del 66% comparado con el mismo periodo del 2024 (0,6 casos por 100.000 habitantes).

En los **Estados Unidos de América**, hasta el 19 de agosto de 2025, se notificaron 54 casos importados de chikungunya en 21 estados (California, Colorado, Connecticut, Florida, Illinois, Kansas, Kentucky, Luisiana, Massachusetts, Maryland, Minnesota, Nueva Jersey, Nueva York, Ohio, Oregón, Pensilvania, Tennessee, Texas, Utah, Virginia y Washington). No se notificaron casos de transmisión local ni defunciones.

En **Guatemala** entre la SE 1 y la SE 31 del 2025, no se han reportado casos confirmados de chikungunya, aunque se registraron 21 casos sospechosos. Es importante destacar que, además de las muestras procesadas correspondientes a los casos sospechosos, se mantiene la vigilancia laboratorial cruzada con otras arbovirosis. En este marco, el Laboratorio Nacional de Salud reportó el procesamiento de un total de 2.228 muestras para CHIKV en el mismo período.

Los últimos casos con IgM positiva y resultado negativo por PCR se registraron en 2023 y 2024. En 2023, se notificó un caso en una paciente de 28 años residente del departamento de Chiquimula. En 2024, se confirmaron tres casos (tasa de incidencia de 0,016 x 100,000 habitantes), dos pacientes masculinos de 30 y 45 años y una paciente femenina de 9 años, residentes de los Departamentos de San Marcos, Suchitepéquez y Sacatepéquez, respectivamente.

En **Honduras** entre la SE 1 y la SE 32 2025, se notificaron siete casos sospechosos de chikungunya, ninguno confirmado por la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés). Los casos sospechosos se han registrado en los departamentos de Cortés (n= 5 casos), El Paraíso (n= 1 caso) y Santa Bárbara (n= 1 caso). Cinco de los casos correspondieron a mujeres No se han notificado defunciones. La incidencia acumulada a nivel nacional hasta la SE 32 fue de 0,07 casos por 100.000 habitantes.

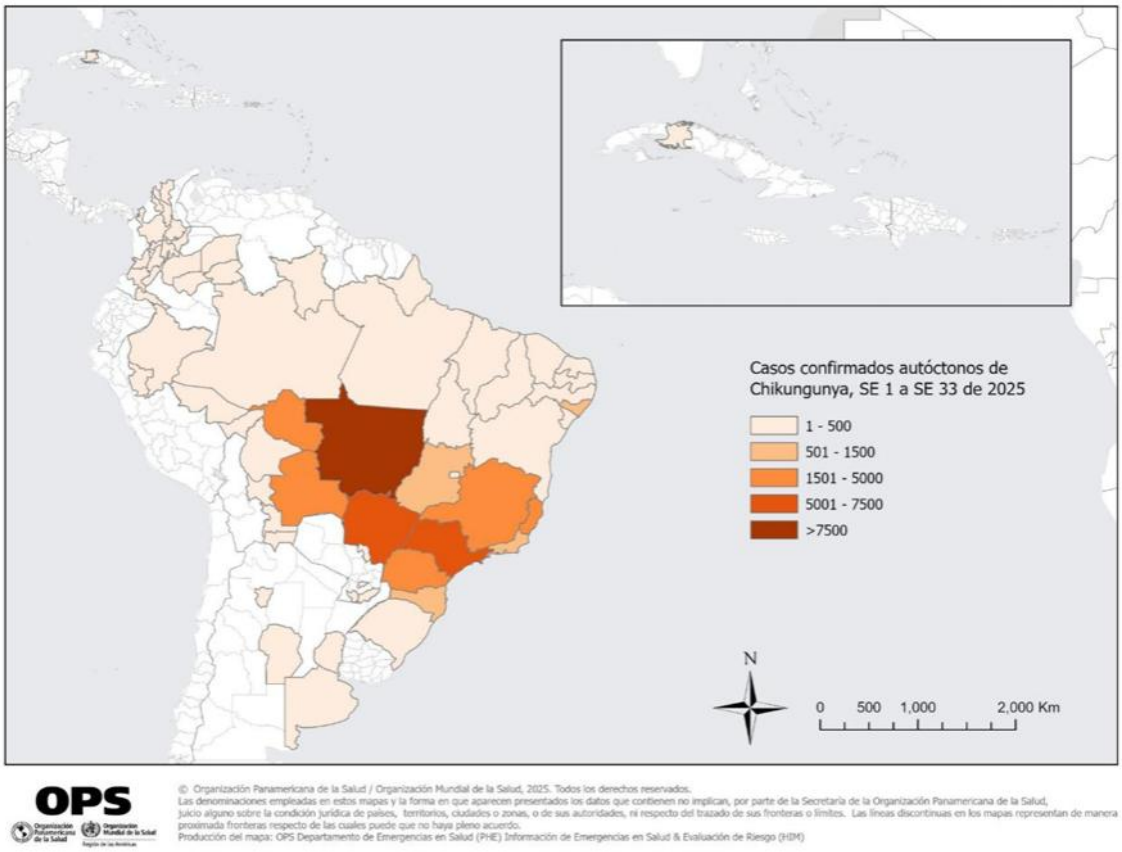
En **Paraguay**, entre la SE 1 y la SE 33 del 2025, se notificaron 49 casos de chikungunya, de los cuales 47 fueron confirmados por laboratorio. Los casos confirmados se registraron en los departamentos de Amambay (n= 22 casos), Itapúa (n= 12 casos), Guairá (n= 8 casos), Misiones (n= 4 casos) y Capital (n= 1 caso).

Del total, el 61% (n= 30) correspondió a mujeres y la mayor proporción de casos se registró en el grupo etario de 20 a 39 años (29%, n= 14). No se reportaron defunciones. En Paraguay se ha documentado la circulación del genotipo ECSA, sin presencia de la mutación E1A226V, desde el 2022 hasta la fecha (30). La incidencia acumulada nacional hasta la SE 33, es de 0,8 casos por 100.000 habitantes, lo que representa un aumento de 33% comparado con el mismo periodo del 2024 (0,6 casos por 100.000 habitantes).

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 32 del 2025, se notificaron de 84 casos, de los cuales 16 fueron confirmados por laboratorio y 68 clasificados como probables. Los casos confirmados se han registrado en los departamentos de San Martin (n= 14 casos), Loreto (n= 2 casos). El 61% (n= 51)

correspondió a mujeres y la mayor proporción se observó en el grupo etario de 0 a 11 años (29,7%, n= 25). No se han notificado defunciones. La incidencia acumulada a nivel nacional hasta la SE 32 del 2025, fue de 0,25 casos por 100.000 habitantes, lo que representa un aumento de 127,2% comparado con el mismo periodo del 2024 (0,11 casos por 100.000 habitantes).

Figura 4. Distribución geográfica de casos autóctonos confirmados de chikungunya en la Región de las Américas, 2025 (hasta la SE 33 del 2025).

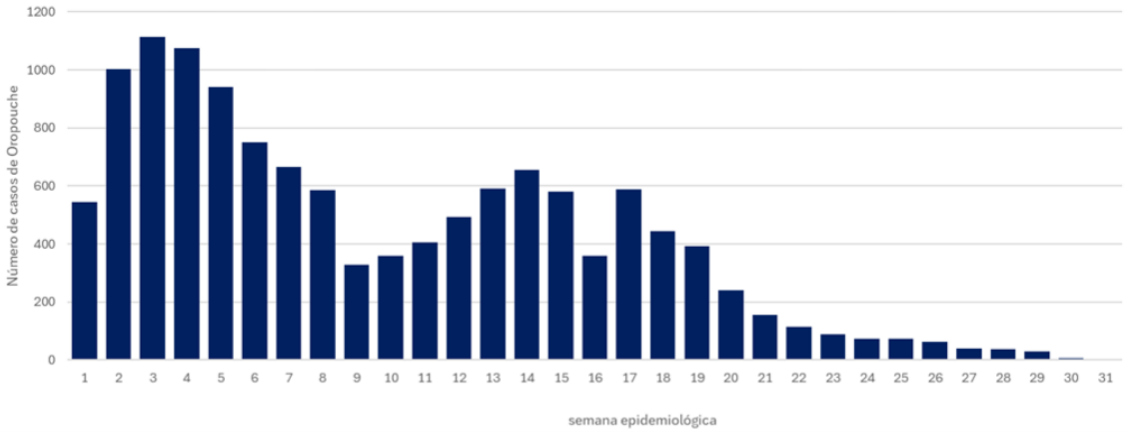


Fuente: Adaptado de los datos aportados por los respectivos países y reproducidos por la OPS.

Situación de Oropouche en la Región de las Américas

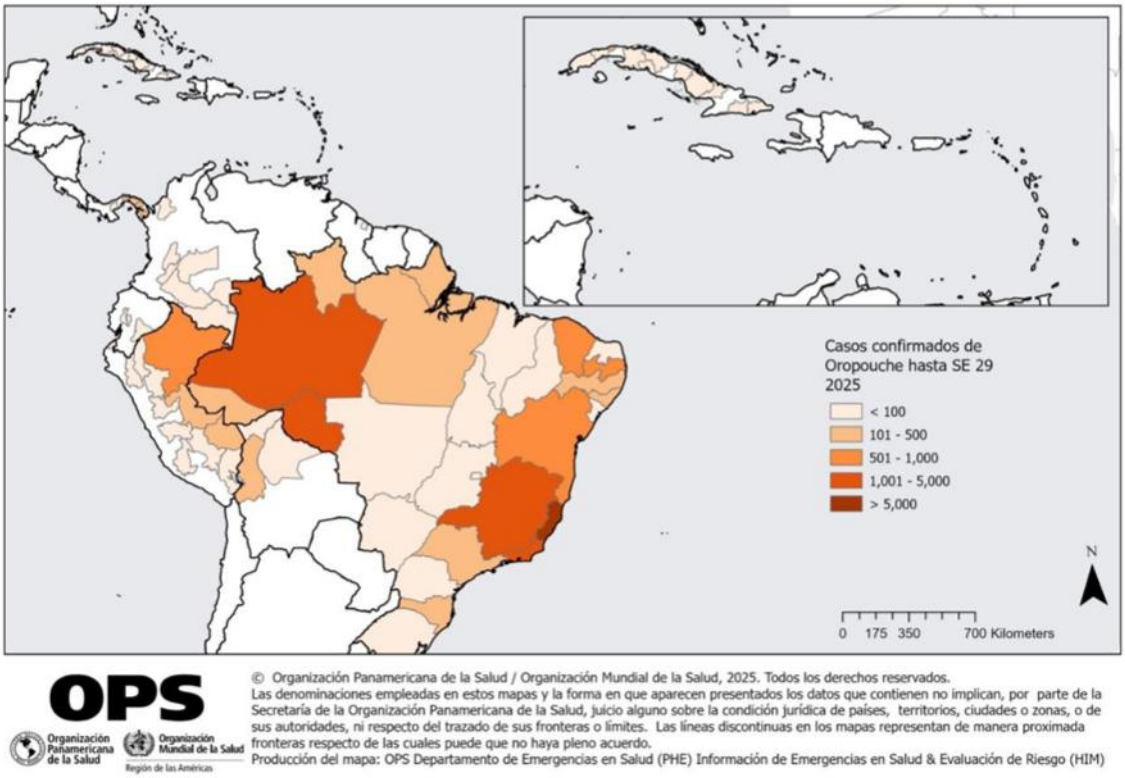
En 2025, entre la SE 1 y la SE 30 se notificaron 12.786 casos confirmados de Oropouche en la Región de las Américas. Los casos confirmados se reportaron en 11 países: Brasil (n= 11.888 casos incluyendo cinco defunciones), Canadá (n= 1 caso importado), Chile (n= 2 casos importados), Colombia (n= 26 casos), Cuba (n= 28 casos), los Estados Unidos de América (n= 1 caso importado), Guyana (n= 1 caso), Panamá (n= 501 casos, incluyendo una defunción), Perú (n= 330 casos), Uruguay (n= 3 casos importados) y Venezuela (República Bolivariana de) (n= 5 casos).

Figura 5. Distribución de casos autóctonos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas. Región de las Américas, 2025 (hasta la SE 30 del 2025).



Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas, 13 de agosto del 2025. Washington, D.C.: OPS;2025.

Figura 6. Distribución geográfica de casos confirmados acumulados de transmisión autóctona de Oropouche en la Región de las Américas, 2025.



**Nota: La información de Brasil se encuentra actualizada hasta SE 30 del 2025. Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas, 13 de agosto del 2025. Washington, D.C.: OPS;2025.*

Fuente: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-chikungunya-oropouche-region-americas-28-agosto-2025

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

XIII. Boletines Jurisdiccionales

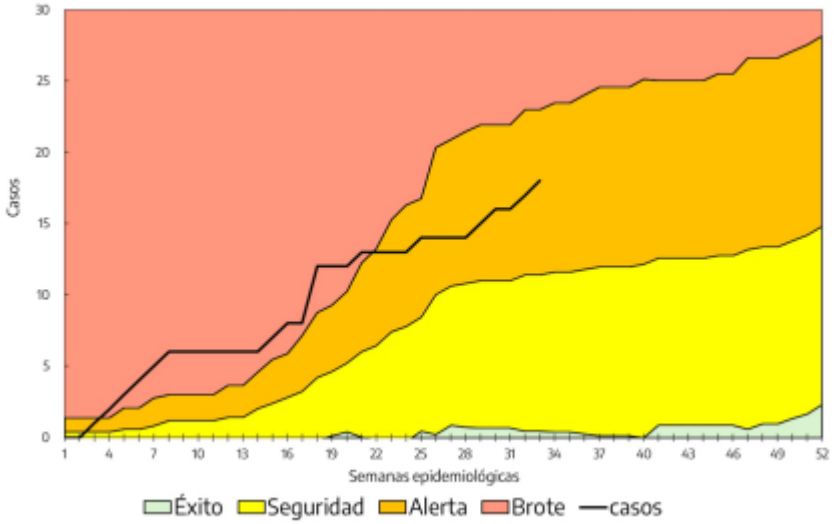
XIII.1. Buenos Aires: Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)



En lo que va del año 2025 se notificaron en la provincia 131 casos sospechosos de FHA hasta la tercera semana de agosto (SE 34), de los cuales 18 fueron confirmados por laboratorio, 8 descartados y 105 permanecen como sospechosos.

Todos los casos confirmados pertenecen al área endémica de la provincia de Buenos Aires. La adquisición de la enfermedad se vinculó mayoritariamente con haber permanecido en zona rural, semi rural o periurbana.

Corredor endémico acumulativo de casos de FHA. Años 2020 - 2025. Provincia de Buenos Aires.



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

XIII.2. Entre Ríos: Infecciones respiratorias agudas (IRA)

Desde la semana epidemiológica (SE) 01/2025 hasta la SE 34/2025, se notificaron 1.423 casos de infecciones respiratorias agudas en pacientes internados en la provincia de Entre Ríos (1), de los cuales se confirmaron 139 casos a virus Influenza A, 3 casos a virus Influenza B, 20 casos a virus SARS-CoV-2 y 175 casos de virus sincitial respiratorio (VSR), mientras que en 843 pacientes no fueron detectados virus respiratorios. (Tabla 1)



Tabla 1: Casos notificados y confirmados a Influenza y SARS-CoV-2. SE 01 a SE 34 de 2025. Entre Ríos.

CASOS NOTIFICADOS	CONFIRMADOS INFLUENZA A	CONFIRMADOS INFLUENZA B	CONFIRMADOS SARS-CoV-2	DESCARTADOS
1423	139	3	20	843

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 34 de 2025. Entre Ríos.

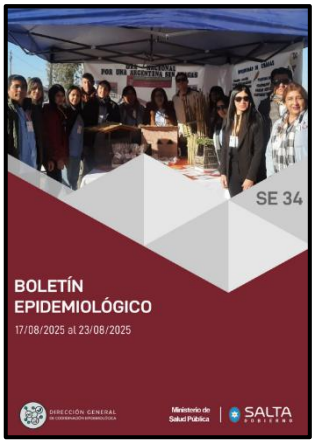
CASOS NOTIFICADOS	VSR	ADENOVIRUS	PARAINFLUENZA 1 PARAINFLUENZA 2 PARAINFLUENZA 3	METANEUMO VIRUS HUMANO	RINOVIRUS	ENTEROVIRUS	DESCARTADOS
1423	175	6	15	8	2	1	843

Fuente: SNVS 2.0

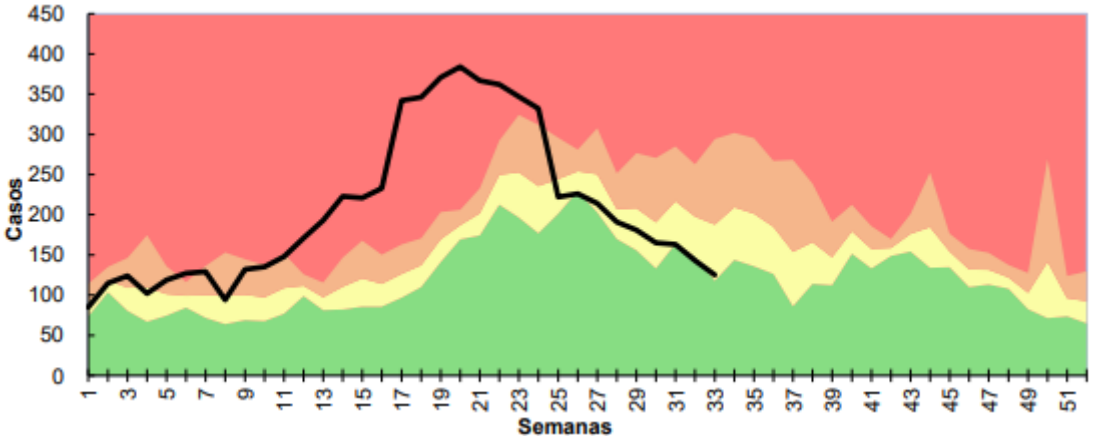
Para más información: https://portal.entrerios.gov.ar/salud/pf/deptovigilancia/9957

XIII.3. Salta: Neumonía

Las notificaciones de neumonía se observa un leve descenso, el corredor endémico continua en zona de seguridad. En la SE 33 se registraron 125 casos de Neumonía.



Corredor endémico semanal de Neumonía años: 2018 a 2024. SE 33 de 2025. Provincia de Salta. (n=6.832*)

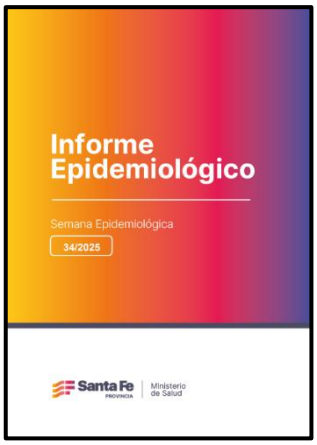


Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: *Los datos presentados en este grafico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante de información en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud* (SNVS 2.0).

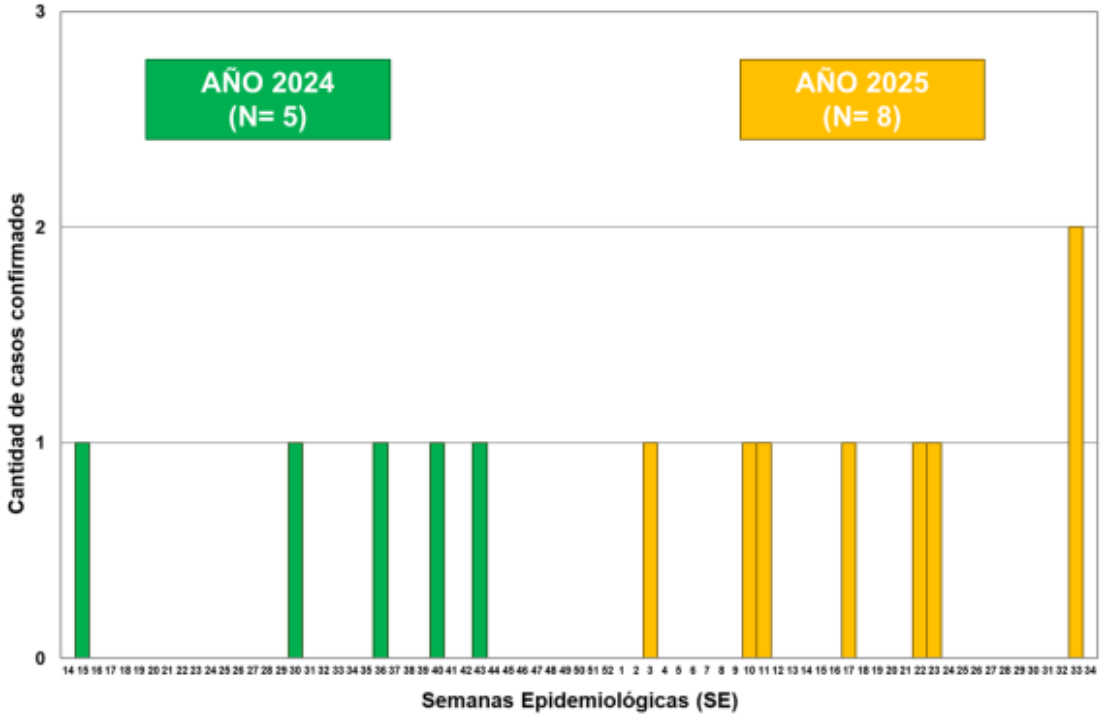
Para más información: http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

XIII.4. Santa Fe: Hepatitis A

En la provincia de Santa Fe, durante el año 2024 y hasta la SE34 de 2025 se notificaron un total de 15 casos al evento de Hepatitis A de los cuales 13 se confirmaron. La mediana de edad de los casos confirmados fue de 30 años. Los casos confirmados de Hepatitis A en el 2024 se informaron desde la SE15, no registrándose casos previos a esta semana. En lo que va del 2025 se confirmaron casos desde la SE 3.



Distribución de casos confirmados según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. Período SE 14 de 2024 (n= 5) hasta SE 34 de 2025 (n= 8). N= 13.



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

Para más información:

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

XIII.5. Tierra del Fuego: Diarrea aguda

Hasta la SE 35 en 2025 se notificaron 4959 casos de diarrea aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2024, se observa una disminución del 7,1% de los casos registrados a nivel provincial.



Diarreas agrupadas – Año 2024 y 2025

	SE 35 / Año 2024	SE 35 /Año 2025	% Variación interanual
Río Grande	2266	2132	↓ -5,9
Tolhuin	151	217	↑ 43,7
Ushuaia	2923	2610	↓ -10,7
Tierra del Fuego	5340	4959	↓ -7,1

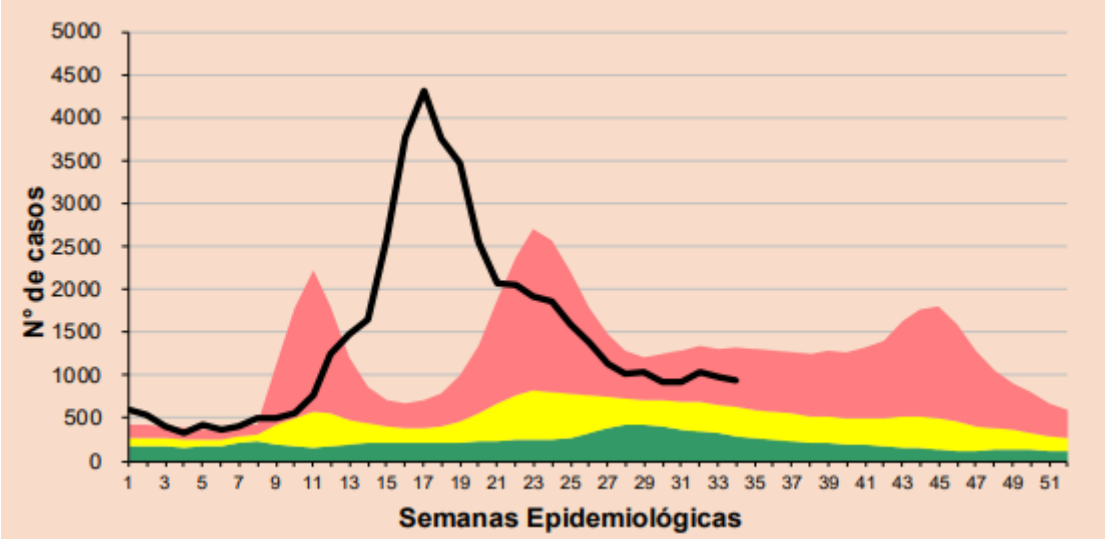
Fuente: SNVS 2.0 D.E.I.S. *Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.*

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

XIII.6. Tucumán: Enfermedad tipo influenza (ETI)

Las infecciones respiratorias agudas son comúnmente causadas por influenza y otros virus respiratorios, ocurren durante todo el año con picos epidémicos. Debido a su morbilidad, se han establecido estrategias para el monitoreo permanente. En la semana epidemiológica 34 se registraron 932 casos para este evento.





Fuente: SNVS – *Dirección de Epidemiología*

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

XIV. 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.**

XV. Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud 8° Edición.



Destinado a: Personal de salud que realiza tareas de vigilancia epidemiológica.

Duración: 30 horas

Formulario de inscripción: https://forms.gle/kT3bxwU63PRaf9m77