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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **774**

Semana epidemiológica 37
AÑO 2025
Desde 07/09 al 13/09
Fecha de publicación
22/09/2025

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. Saúl 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 Fibrosis Quística
El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, "Emilio Coni", INER- ANLIS "Carlos G. Malbrán

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:

El lavado de manos es la intervención más costo-efectiva para reducir la propagación de enfermedades infecciosas, ya que su bajo costo se contrapone a su alta efectividad para prevenir la transmisión de gérmenes. Foto tomada de banco de imágenes libre de derechos.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°774, SE 37.

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.° 774 presenta la situación sanitaria nacional correspondiente a la Semana Epidemiológica (SE) 37 de 2025, en el marco del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Como en cada edición, se incluyen las tablas de eventos de notificación obligatoria seleccionados, acompañadas de notas metodológicas que permiten una mejor lectura e interpretación de la información. Además, el boletín mantiene su estructura organizada en secciones que abarcan eventos priorizados, actualizaciones periódicas, alertas internacionales, aportes jurisdiccionales y herramientas para el fortalecimiento de la vigilancia.

En la sección de eventos priorizados, se presenta la actualización del estudio de brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado, junto con un análisis integral de la vigilancia de infecciones respiratorias agudas que incluye la situación regional y nacional de influenza y otros virus, la vigilancia clínica en distintos grupos de eventos, la información proveniente de la Red de Laboratorios y las recomendaciones recientes. Se destaca la incorporación de la vigilancia genómica de SARS-CoV-2, con información sobre la situación mundial y nacional, y un informe sobre dengue y otros arbovirus que introduce la estimación de escenarios epidemiológicos para la temporada 2025-2026, herramienta clave para anticipar la dinámica de transmisión y la favorabilidad para brotes en el país.

En la sección de actualización periódica de eventos, se suma un informe epidemiológico sobre fibrosis quística en Argentina, con una caracterización detallada de la notificación, la situación epidemiológica y el análisis de mortalidad asociada.

A nivel internacional, se presentan alertas recientes vinculadas a *Candidozyma auris* y sarampión. El número también reúne boletines jurisdiccionales con informes de Buenos Aires, CABA, Entre Ríos, Salta, Santa Fe, Tierra del Fuego y Tucumán, que reflejan la diversidad de experiencias locales. Finalmente, se incluyen herramientas para la práctica, como el listado de modificaciones en las codificaciones auxiliares del SNVS 2.0 y la octava edición de las guías para la implementación de salas de situación de salud.

Contenido

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

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

EVENTOS PRIORIZADOS **17**
IV. Actualización de estudio de brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado **18**
IV.1. Introducción 18
IV.2. Situación epidemiológica 20
V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **24**
V.1. Nota Metodológica 24
V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 24
V.3. Síntesis de la información nacional destacada 25
V.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 27
V.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 27
V.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG 30
V.5. Recomendaciones ante el aumento de casos de influenza y la circulación de virus respiratorios 33
V.5.A. Recomendaciones para la población general 33
V.6. Vacunación antigripal 34
VI. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **36**
VI.1.A. Subregión Cono Sur 36
VI.2. Estimación de escenarios epidemiológicos para la temporada de Dengue. Período 2025-2026. 39
VI.2.A. Nota metodológica 39
VI.3. Situación de dengue en Argentina 41
VI.3.A. Inicio de temporada 2025/2026 41
VI.3.B. Favorabilidad para brotes de Dengue 43

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS **45**
VII. Fibrosis Quística en Argentina – Actualización informe epidemiológico **46**
VII.1. Introducción 46
VII.1.A. Situación epidemiológica 47
VII.1.B. Caracterización general de la notificación 47

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES **51**
VIII. Introducción **52**

VIII.1. Hongo resistente a los medicamentos Candidozyma auris confirmado con propagación rápida en hospitales europeos: el ECDC llama a una acción urgente. 53
VIII.2. Sarampión. Situación epidemiológica mundial y regional. 54
VIII.2.A. Canadá 54
VIII.2.B. Estados Unidos de América 54
VIII.2.C. México 55
VIII.2.D. Paraguay 56

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES..... 57
IX. Boletines Jurisdiccionales 58
IX.1. Buenos Aires: Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) 58
IX.2. CABA: Eventos respiratorios de abordaje ambulatorio 59
IX.3. Entre Ríos: Vigilancia epidemiológica nominal de infecciones respiratorias agudas virales en internados 60
IX.4. Salta: Bronquiolitis 61
IX.5. Santa Fe: Situación de Sars-CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios (OVR) de importancia clínica en pacientes internados 62
IX.6. Tierra del Fuego: Diarrea aguda 63
IX.7. Tucumán: Enfermedad tipo influenza (ETI) 64

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA..... 65
X. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 **66**
XI. Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud 8° Edición**. 67**

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 1-37. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-37	2025 Acumulados SE 1-37	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	94	-22	-19%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	6.785	12.782	5.997	88%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	203	288	85	42%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	80	101	21	26%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	5	5	0	0%
	Cisticercosis	7	7	0	0%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.849	4.934	2.085	73%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	337	601	264	78%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	20	34	14	70%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	13	7	117%
	Brucelosis	87	82	-5	-6%
	Hantavirosis	39	38	-1	-3%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	11	19	8	73%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1.037	1.112	75	7%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	12	23	11	92%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	3	20	17	567%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	8	35	27	338%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	6	1	-5	-83%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	7.832	7.832	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	530	530	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	434	434	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	9.510	12.340	2.830	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 1-37. 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)	780	2	5.860	35	5.080	651%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	780	2	5.860	35	5.080	651%	33	1650%
	Meningitis - Meningoencefalitis	1.609	651	1.949	650	340	21%	-1	0%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	90	0	74	0	-16	-18%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	92.237	58.291	59.650	18.364	-32.587	-35%	-39.927	-68%
	Encefalitis de San Luis	245	1	364	0	119	49%	-1	-100%
	Fiebre amarilla humana	105	0	135	0	30	29%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	38	0	86	0	48	126%	0	N/A
	Zika	1.454	0	802	0	-652	-45%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	589	318	405	143	-184	-31%	-175	-55%
Enfermedades zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.761	46	1.691	148	-70	-4%	102	222%
	Psitacosis	199	32	532	99	334	168%	67	209%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	1.039	49	1.289	37	250	24%	-12	-24%
	Sífilis Congénita	2.079	782	673	661	-1.406	-68%	-121	-15%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	4	0	7	0	3	75%	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1.802	1.703	1.310	1.125	-492	-27%	-578	-34%
	Sífilis en embarazadas	7.814	6.899	8.586	7.926	772	10%	1.027	15%
	Hepatitis B en embarazadas	63	48	89	34	26	41%	-14	-29%
Hepatitis virales	Hepatitis A	114	26	189	97	75	66%	71	273%
	Hepatitis B	2.131	499	2.541	526	410	19%	27	5%
	Hepatitis C	1.802	1.056	1.850	1.058	48	3%	2	0%
	Hepatitis E	39	4	39	4	0	0%	0	0%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	23.485	18.641	37.392	31.926	13.907	59%	13.285	71%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	1.164	1.106	1.830	1.750	666	57%	644	58%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	294	54	251	107	-43	-15%	53	98%

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 1-37. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-37	2025 Acumulados SE 1-37	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmitidas por alimentos	Diarrea	493.274	513.876	20.602	4%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.240	1.468	228	18%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios	866	619	-247	-29%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	97.482	69.157	-28.325	-29%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	897.867	882.529	-15.338	-2%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	61.314	54.736	-6.578	-11%
	Neumonía (sin especificar)	69.087	56.872	-12.215	-18%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	1	4.563	4.562	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	3	2.770	2.767	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	13	19.995	19.982	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	1.223	1.222	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	5	5.080	5.075	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	3	4.274	4.271	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	81	25.632	25.551	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	12	4.938	4.926	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	6	2.029	2.023	N/A
	Lesiones por electrocución	0	512	512	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	648	648	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	3	56.717	56.714	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	2	19.599	19.597	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	6	26.811	26.805	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	365	365	N/A
	Otras lesiones en el hogar	12	19.752	19.740	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 1-37. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-37		2025 Acumulados SE 1-37		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	3.154	171	2.524	155	-630	-20%	-16	-9%
	Infección por Mycoplasma genitalium	543	15	371	10	-172	-32%	-5	-33%
	Infección por Mycoplasma hominis	2.059	198	1.955	275	-104	-5%	77	39%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	11.466	331	5.296	331	-6.170	-54%	0	0%
	Infección por Trichomonas vaginalis	18.631	1.941	15.998	1.749	-2.633	-14%	-192	-10%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

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

IV.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[1] 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[2]. 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.

[1] https://www.argentina.gob.ar/noticias/anmat-alerta-sobre-el-uso-de-un-lote-de-fentanilo-inyectable-por-desvio-de-calidad
[2] 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****.*

IV.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[3], 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** 17	**Casos no asociados al brote o invalidados** 22
Casos fallecidos 51	**Focos en establecimientos confirmados por LNR** 10	

Desde el Alerta emitido el 08 de mayo y hasta el 19 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.

[3] 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 19/09/2025. N=108

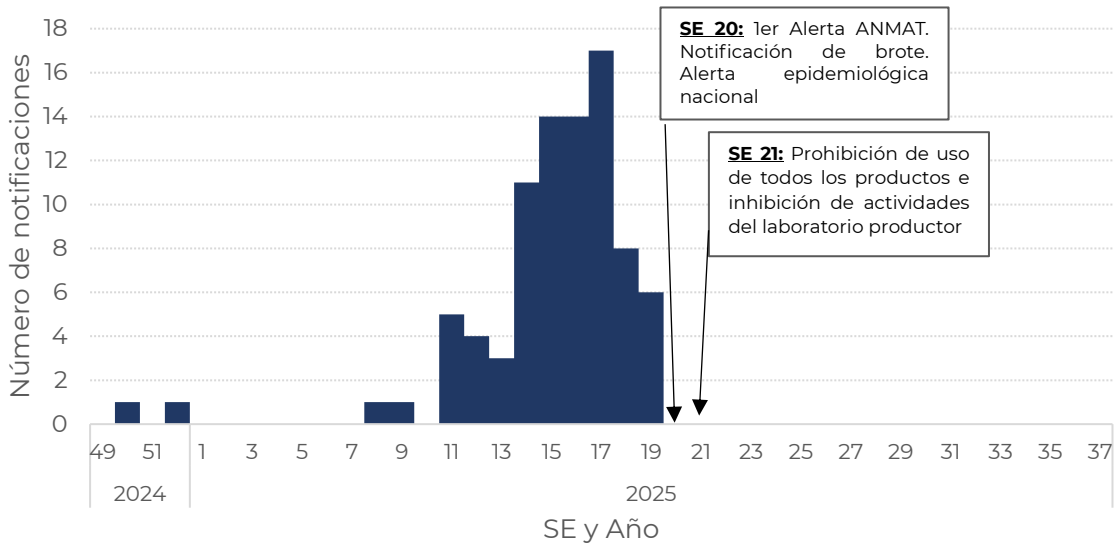
Establecimientos/ Jurisdicción	Total casos asociados por LNR o Nexo	Sospechosos	No asociados o invalidados	Total notificaciones	Focos confirmados
EPBA01	19			19	SI
EPBA02	1			1	SI
EPBA03		1		1	En investigación
EPBA04			1	1	DESCARTADO
EPBA05			1	1	DESCARTADO
EPBA06		1		1	En investigación
EPBA07		1		1	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		3	4	7	En investigación
ESF06	3			3	SI
ESF07	1			1	SI
ESF08	1		1	2	SI
ESF09	13			13	SI
Santa Fe	46	7	17	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**	**17**	**22**	**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 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.

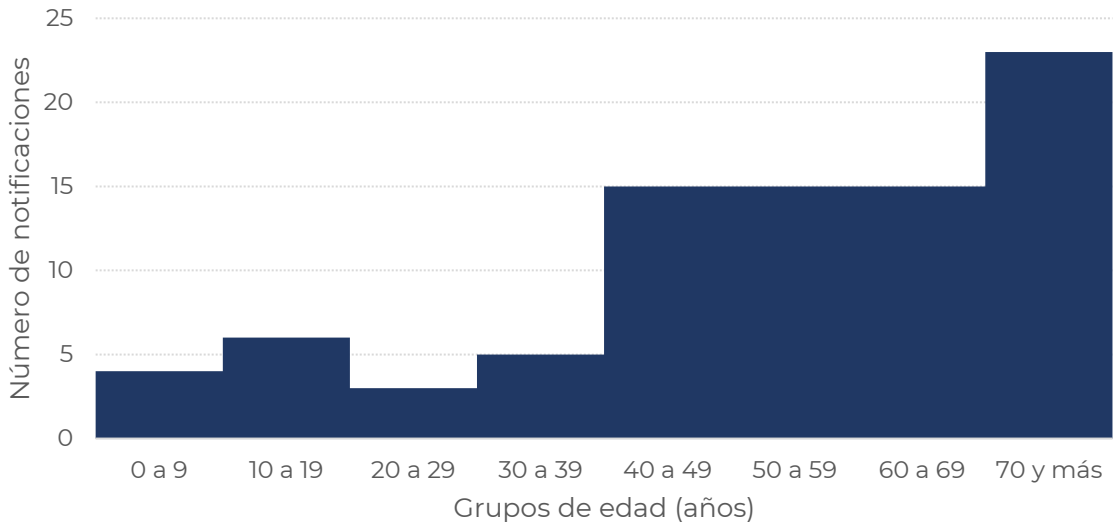
Gráfico 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: Distribución de casos asociados por LNR o nexo y sospechosos por SE y medidas sanitarias según semana epidemiológica. Argentina. Hasta el 19/09/2025. N=86*.



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 57 años y un rango entre 0 y 96 años.

Gráfico 2. Infección por exposición a medicamento contaminado: distribución de número de casos asociados por LNR o nexo y sospechosos según grupo de edad. Argentina. Hasta el 19/09/2025. 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 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.

V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

V.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.

V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios[4]

Situación Regional: La actividad de influenza en las Américas se mantiene baja. La actividad de SARS-CoV-2 muestra un incremento en las últimas semanas epidemiológicas (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 disminuye presentando una positividad de 8.5%. 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 4.9% en la última SE. La actividad de SARS-CoV-2 aumenta en América del Norte y el Caribe, donde la positividad alcanzó un 6.6% y un 19.8% respectivamente. En Centroamérica, la actividad de influenza mantiene una tendencia al descenso, con una positividad del 6.5%. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene esta semana con una positividad del 5.7%, mientras que VSR disminuye esta SE a una positividad del 14.9%. En la subregión andina, la actividad de influenza A continúa su tendencia a la disminución con una positividad del 5.4%. La actividad del VSR disminuye a una positividad del 8.8%, mientras que la circulación de SARS-CoV-2 aumenta levemente en comparación a la última semana, con una positividad del 6.4%. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza continúa disminuyendo, con una positividad del 2.8%. La circulación del VSR disminuye con respecto a la SE anterior, con una positividad del 11.7%, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 permanece en niveles bajos, pero con una tendencia al aumento. La circulación de otros virus respiratorios (OVR) presenta niveles elevados y con una tendencia ascendente en la mayoría de las subregiones. 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 6.6%. En Estados Unidos alcanza un 11%, Canadá un 6.5% y México un 9.6%. Todos los países de la subregión mantienen una tendencia al ascenso.

[4] Extraído de "Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas- OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud". Disponible en: https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza

Caribe: La actividad de influenza, impulsada principalmente por A(H1N1)pdm09, disminuye en la última SE, con una tasa de positividad subregional de 8.5%. En Haití, Belice, Santa Lucía la actividad de influenza continúa en niveles epidémicos, pero con tendencia a la disminución. En contraste, en Cuba, Jamaica, Surinam y República Dominicana se mantiene en niveles interestacionales. En Barbados y Las Islas Caimán la actividad de influenza se mantiene baja. En Guyana, la actividad aumenta respecto de la SE anterior con una positividad del 9.6%. La circulación del VSR en la subregión disminuye con respecto a la SE anterior, con una positividad del 4.9%. En Cuba, República Dominicana, Islas Caimán, San Vincent y las granadinas la circulación disminuye en comparación a la SE anterior. En Guyana la circulación aumenta la circulación en comparación a la SE anterior. La actividad de SARS-CoV-2 aumenta esta SE con respecto a la anterior, presentando positividad subregional de 19.8%. En Belice, Haití, República Dominicana, Jamaica, Guyana y San Vincent y las granadinas la actividad disminuyó. En Cuba, Santa Lucía, Barbados e Islas Caimán, la positividad aumentó.

Centroamérica: La actividad de influenza disminuye su circulación en la subregión, caracterizada por la circulación concurrente de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B/Victoria, que representa la mayoría de los casos notificados de ILI. La positividad actual es del 6.5%. La circulación del VSR se mantiene elevada, y con tendencia a la disminución, con una positividad del 14.9%, y que se ve reflejado en la detección de casos SARI. La actividad de SARS-CoV-2 se mantuvo esta semana, alcanzando una positividad de 5.7%.

Países Andinos: La actividad de influenza disminuye respecto de la SE previa, con una positividad de 5.4%, asociada principalmente con la circulación de A(H1N1)pdm09. La circulación de VSR disminuye, presentando una positividad de 8.9%. La actividad de SARS-CoV-2 aumenta alcanzando una positividad del 6.4%. Los casos de SARI asociados con influenza muestran una tendencia descendente y el virus más frecuentemente identificado es VSR. Para los casos ILI se observa un aumento en la proporción de casos asociados a VSR y un descenso de los casos de influenza.

Brasil y Cono Sur: La actividad de influenza en la subregión, impulsada principalmente por influenza A, mantiene su tendencia al descenso, con una positividad de 2.8%. La circulación del VSR se mantiene alta y disminuye en la última semana, indicando una positividad del 11.7%. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos, sin embargo, comienza a mostrar una tendencia al ascenso con una positividad del 3.7%. La detección de casos SARI ha mostrado una tendencia descendente constante en las últimas semanas, asociada principalmente a VSR.

V.3. Síntesis de la información nacional destacada

Vigilancia Clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

- Entre la semana epidemiológica 1 y 36 de 2025 se notificaron 883.524 casos de ETI, 121.922 casos de Neumonía y 114.674 casos de Bronquiolitis en menores de dos años. Las notificaciones de ETI y neumonía presentan tendencia ascendente entre las SE11 y 24, ubicándose en niveles elevados en relación con años previos. Las notificaciones de ETI se encuentran en niveles de brote entre las SE12 y 18, mientras que en neumonía se puede observaron niveles de brote en las SE11 y 14.

Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de **influenza** en ambulatorios, desde la SE11 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 (SE36 y 37) se registró 1 caso de influenza entre 140 muestras estudiadas.

- Para **VSR**, se registraron 5 casos positivos entre las 123 muestras analizadas en las SE 36 y 37. En las últimas semanas se verifica un ascenso del porcentaje de positividad de VSR en UMA, que se mantuvo por encima del 10% entre las SE25 y 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en SE29.

- En relación a **SARS-CoV-2**, luego del último ascenso de casos registrado durante 2024, las detecciones en UMA permanecen en valores bajos y estables. En la SE36 y 37 de 2025 se notificaron 13 casos positivos para SARS COV 2 entre las 157 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE37 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 5.859 internaciones con diagnóstico de IRAG y 2.742 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 SE23 y SE27, seguido de una tendencia descendente en las semanas posteriores. Asimismo, desde la SE20 se observa un incremento en las detecciones de VSR.

- En las últimas 4 semanas, entre 859 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 1 codetección de VSR y SARS-CoV-2, 4 detecciones de influenza, 15 casos de SARS-CoV-2 y 328 casos de VSR.[5]

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 notificaciones se observó entre las SE22 y 26, con más de 1.000 detecciones semanales. En las últimas dos semanas (SE35 y 36) se observó un total de 65 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 1.327 detecciones en las últimas 2 SE (35 y 36).

[5] 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

- 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. Durante las primeras 36 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, si bien se registra un ligero ascenso en las detecciones en las últimas 3 semanas (SE 34 a 36).
- Durante la SE36/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: VSR, SARS-CoV-2, metapneumovirus, parainfluenza, Influenza 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, con un descenso posterior. En las últimas 2 SE (36 y 37) se detectaron 31 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 36 y 37 se registraron 555 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 37/2025 se registraron 37 casos positivos con este diagnóstico, sin registro de fallecimientos.

V.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

V.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.[6]

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

Durante el año 2024, el porcentaje de positividad para **SARS-CoV-2**, se mantuvo por encima del 10% entre las SE1 a 9, relacionado con el ascenso de casos registrado entre las SE1 y 12. Luego del máximo alcanzado en SE2 (33,19%), el porcentaje de positividad presentó tendencia descendente y se mantuvo en valores bajos las siguientes semanas. A partir de la SE34/2024, se registró un ligero aumento de casos, que se acompañó de un nuevo ascenso en el porcentaje de positividad, alcanzando, con oscilaciones, valores por encima del 10% entre las SE44 y 49.

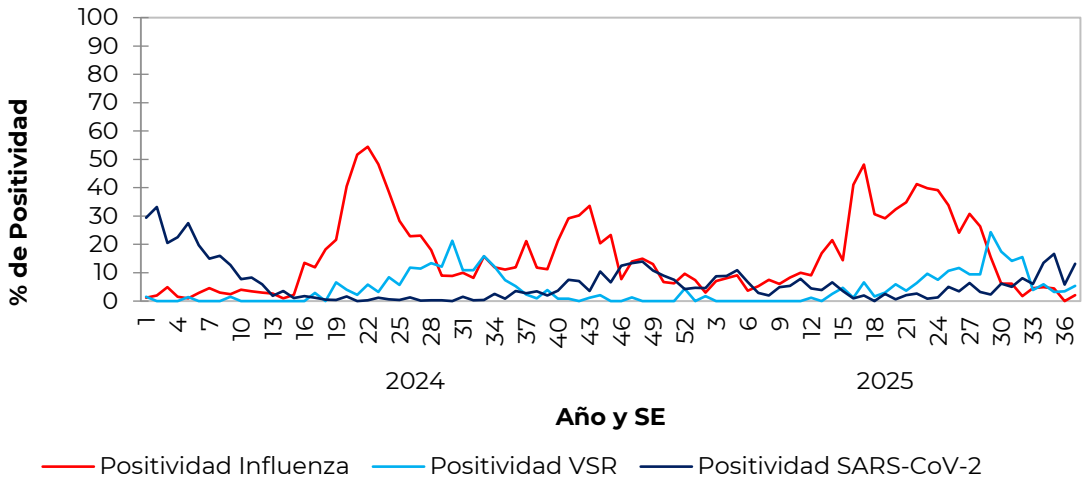
[6] Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf

En las primeras 37 semanas de 2025 en establecimientos UMA, se analizaron 4.641 muestras para SARS-CoV-2, de las cuales 219 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,72%. Además, en las últimas dos semanas analizadas (SE36 y 37), se registraron 13 casos confirmados de SARS-COV-2 entre las 157 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 37 semanas de 2025, se registraron 930 detecciones entre 4.256 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 21,85%. 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, con un descenso posterior. En este sentido, en las SE36 y 37/2025 se notificó 1 caso de influenza entre las 140 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 37 de 2025, de las 3.017 muestras estudiadas, 181 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 6,00%. En las últimas semanas se verifica un ascenso del porcentaje de positividad de VSR en UMA, que se mantuvo por encima del 10% entre las SE25 y 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en SE29. En las últimas dos semanas analizadas, SE36 y 37, se notificaron 5 casos de VSR entre las 123 muestras estudiadas.

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 SE37/2025

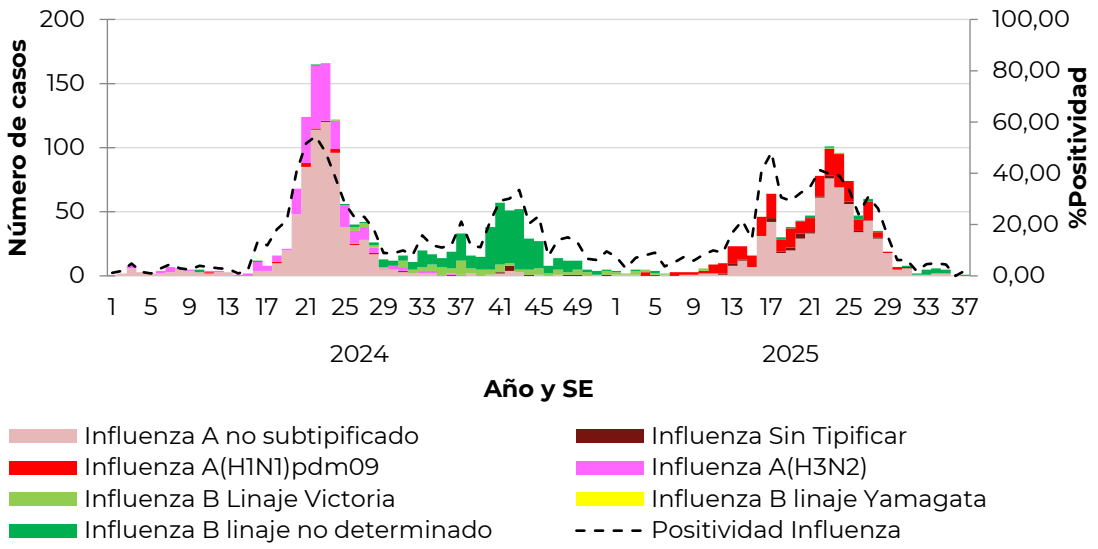


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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 37 semanas transcurridas de 2025 se detectan predominantemente casos de influenza A (n= 862), con un menor número de detecciones de influenza B (n=45). 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 23 casos de influenza que permanecen sin tipificar en lo que va del año.

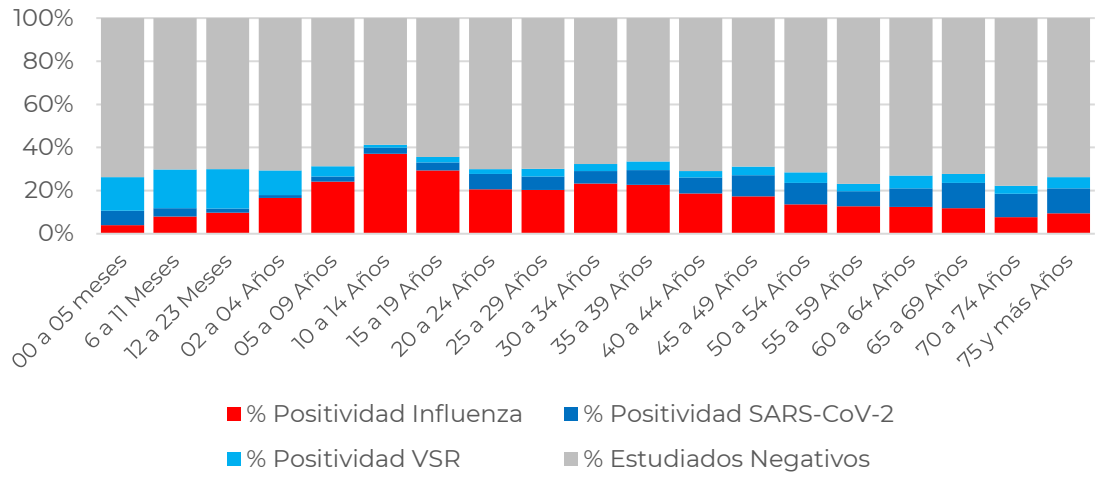
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE37/2025. Estrategia UMA. Argentina.



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 SNVS[2.0].

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 niños mayores de 5 años, seguidos de adultos jóvenes y 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 SE37/2025. Estrategia UMA. Argentina[7].



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

V.4.B. RED ARGENTINA DE VIGILANCIA CENTINELA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE -IRAG

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 41 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país. [8]

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[9].

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

[7] 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.
[8] 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
[9] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.

- Requerimiento de internación por criterio clínico[10].

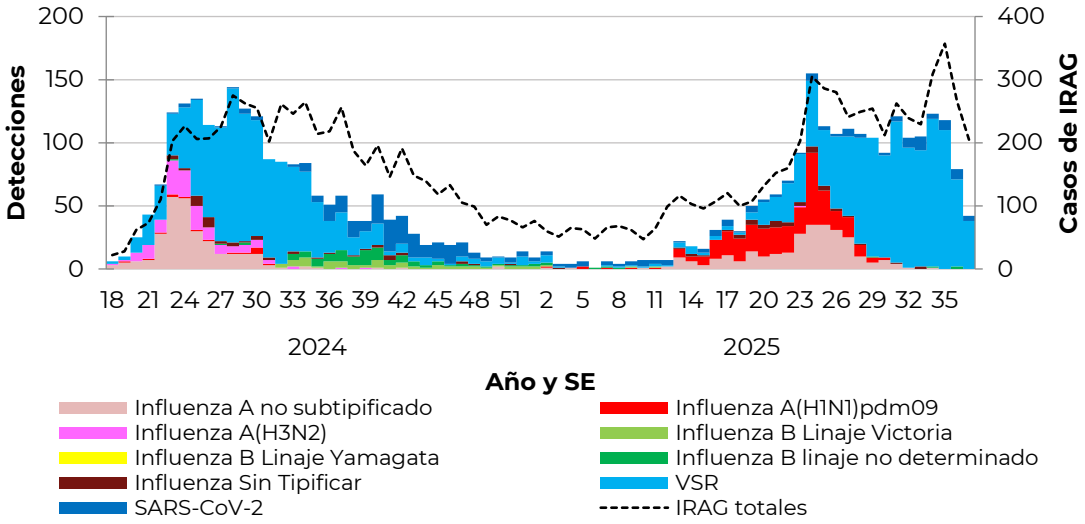
En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia[11] y shock[12] y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE1 de 2025 y la SE37 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 5.859 internaciones con diagnóstico de IRAG y 2.742 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[13].

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 284 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 37/2025



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

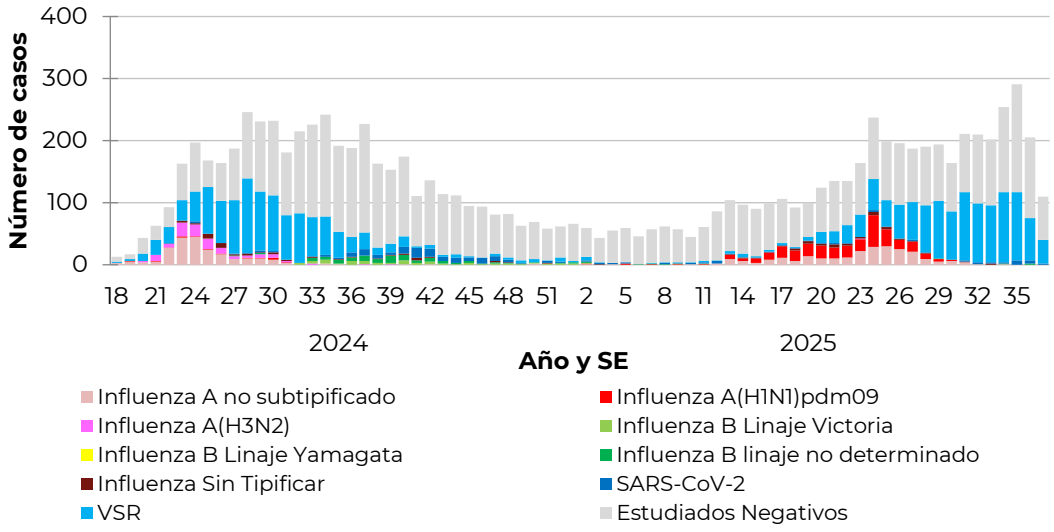
[10] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso
[11] La fiebre se define como una temperatura ≥37,5 C. La hipotermia se define como una temperatura
[12] El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.
[13] 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.

sus valores máximos entre SE 23/2024 y 24/2024. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de SE32/2024 un cambio en el tipo predominante, con un aumento de casos de influenza B/linaje Victoria, con el mayor número de casos detectados entre las SE 33/2024 y 42/2024.

En lo que va de 2025, se verificó un ascenso de detecciones de influenza desde la SE13, alcanzando los valores máximos entre las SE 23 y 27, con un descenso posterior. Los casos corresponden predominantemente a influenza A, con un total de 592 detecciones en lo que va de 2025, y un menor número de casos de influenza B (n=16). En relación a los casos de Influenza A, se registraron 312 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, 43 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. A partir de la SE20/2025 se registra un nuevo ascenso de las detecciones de VSR entre los casos de IRAG, con un promedio de 84 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 37/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina [14].



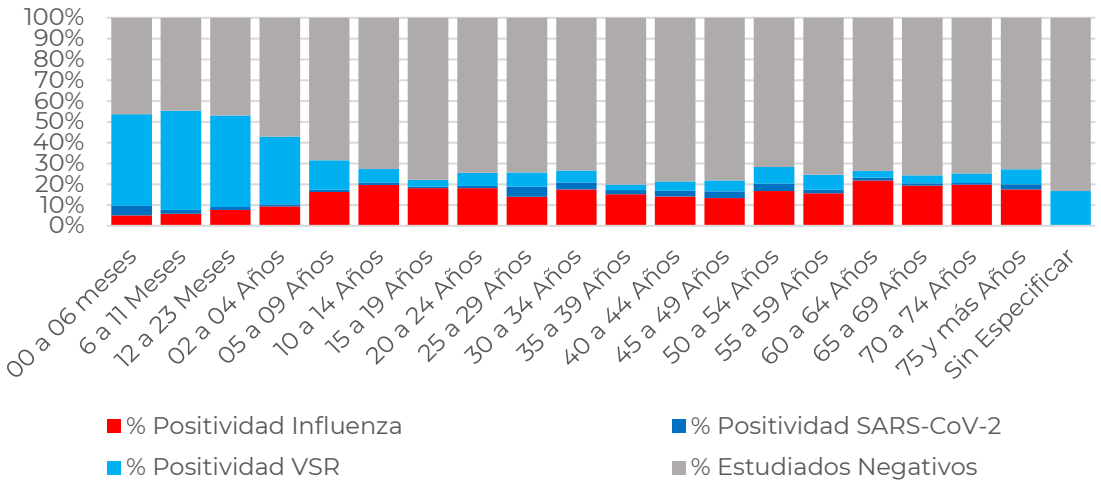
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

En las últimas 4 semanas, entre 859 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 1 codetección de SARS-CoV-2 y VSR, 4 detecciones de influenza, 15 casos de SARS-CoV-2 y 328 casos de VSR. Los restantes 511 casos resultaron negativos para estos agentes etiológicos.

[14] 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.

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.

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 37/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina[15].



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

V.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.

V.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.

[15] 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.

- Cubrirse la boca y la nariz con el pliegue del codo al toser o estornudar.
- Evitar compartir objetos personales, como vasos, cubiertos u otros utensilios.
- Limpiar y desinfectar regularmente las superficies en contacto con personas enfermas, utilizando agua y detergente, jabón o soluciones con alcohol al 70%.
- Ventilar adecuadamente los ambientes, especialmente en espacios cerrados.
- Las personas con síntomas respiratorios deben evitar el contacto con otras personas y restringir las interacciones lo más posible hasta presentar mejoría clínica y haber transcurrido al menos 24 horas sin fiebre (sin uso de antitérmicos).

Para mayor información consultar:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf [16]

V.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

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

oncohematológicas, trasplantes, diabetes, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica, y otras condiciones específicas.

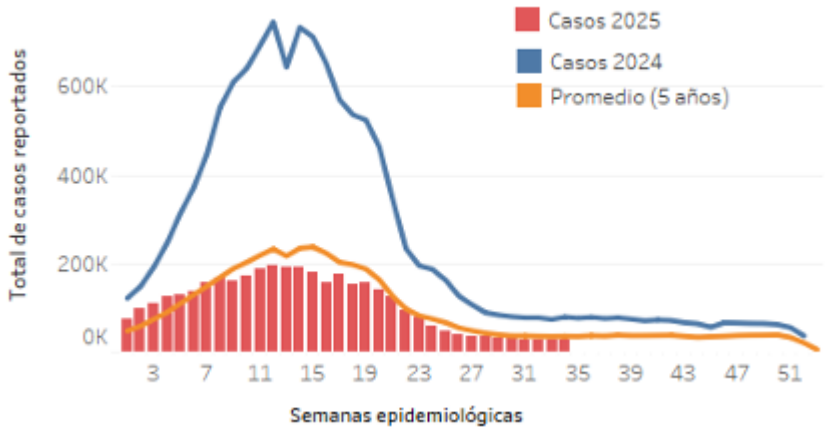
Para mayor información consultar:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/guia_rapida_antigripal_2025_1732025.pdf

VI. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento Informe de la situación epidemiológica del dengue en las Américas actualizado el 5 de septiembre.

A la semana epidemiológica (SE) 34 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,740,133 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 368 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 68% 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 34.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 34 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 3,740,133 casos de dengue reportados en las Américas, 1,506,903 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 5,907 (0.2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,886 muertes por dengue, para una letalidad del 0.050%.

15 países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 34. Estos países registran en conjunto 26,831 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 34.

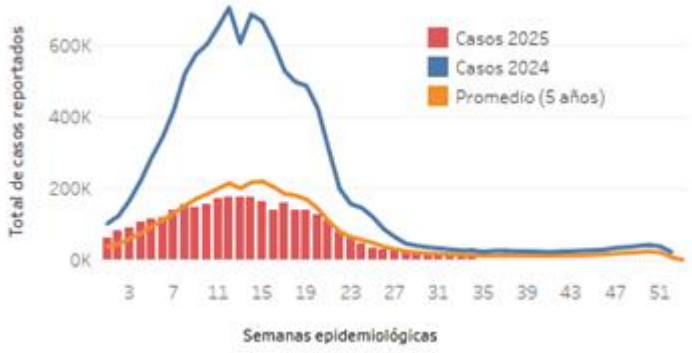
Del total de casos registrados en la SE 34, 56 fueron clasificados como dengue grave (0.2%), y se reportaron 10 muertes. para una letalidad de 0.037%.

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.

VI.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notifican 19,086 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 34. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 68% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 7% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

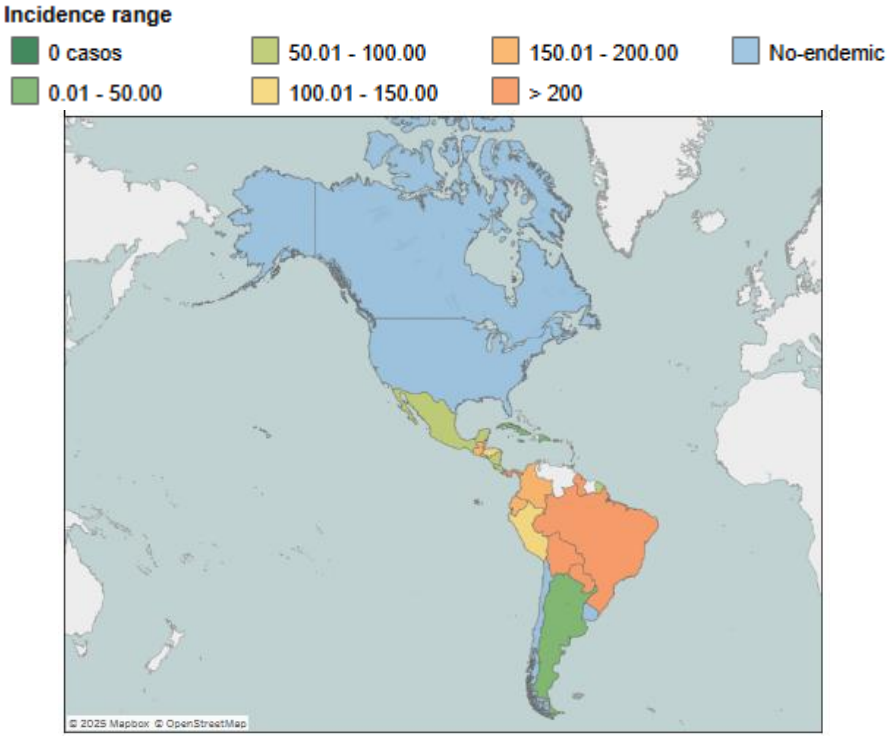
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 34, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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.[17]

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.

[17] 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)[18] y el ARBO-portal[19] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 18/09/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 37/2025 se han reportado 3.353.261 casos de dengue, con 1.638 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 66% respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se notificaron 220.132, un 45% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 111 muertes por este evento. Respecto al zika, hasta la SE 35/2025 se han registrado 20.273 casos, lo que representa una disminución del 47% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 34/2025, se confirmaron 11.952 casos, un 45% 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 35/2025, se han reportado 23.532 casos de dengue y un fallecimiento asociado, un 92% menos respecto a la misma semana de 2024. En relación con chikungunya, se notificaron 50 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 41%. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían notificado 5 casos.

Perú: hasta la SE 36/2025, se han notificado 35.297 casos de dengue, un 86% menos que el mismo periodo de 2024, con 50 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, se notificaron 82 casos, un valor similar al año previo, 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[20], 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 incremento de casos, especialmente Bolivia donde se registró un aumento muy superior al

[18] 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
[19] Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-por-virus-oropouche
[20] 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

observado en 2024. 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.

VI.2. Estimación de escenarios epidemiológicos para la temporada de Dengue. Período 2025-2026.

VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA

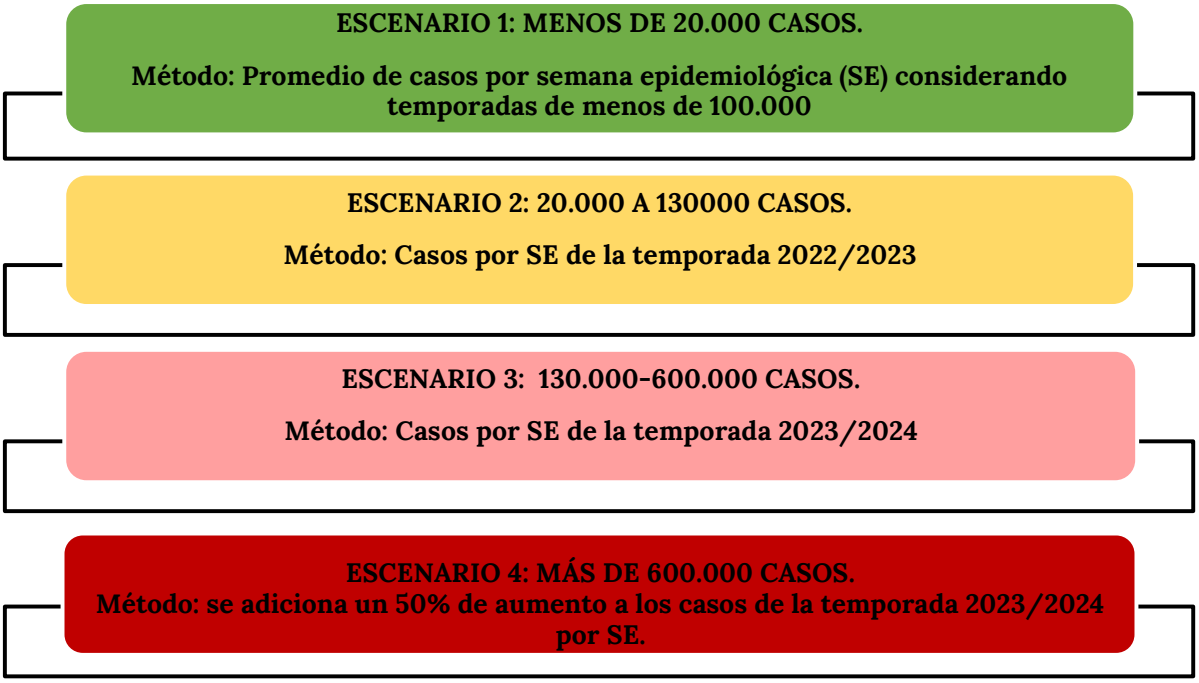
La estimación de escenarios para la próxima temporada de dengue se realizó mediante el análisis comparativo de curvas epidémicas históricas por semana epidemiológica (SE), tomando como referencia temporadas con distinta magnitud en el número de casos notificados en Argentina. Para cada escenario se establecieron rangos de casos esperados y un criterio metodológico específico (Gráfico 3).

- **Escenario 1 (<20.000 casos):** se calculó a partir del promedio de casos semanales correspondientes a temporadas históricas con más de 1000 y menos de 100.000 casos de dengue, lo que refleja períodos de baja circulación viral y brotes de alcance limitado.
- **Escenario 2 (20.000 a 130.000 casos):** se utilizó como modelo la dinámica observada durante la temporada 2022/2023, considerada de magnitud intermedia, caracterizada por un inicio de brote en octubre en la región NOA/NEA y una posterior propagación hacia la región centro del país con aumento en la intensidad de la transmisión.
- **Escenario 3 (130.000 a 600.000 casos):** se basó en los casos notificados por SE durante la temporada 2023/2024, la de mayor magnitud registrada hasta el momento, con transmisión viral sostenida en múltiples regiones y elevada incidencia acumulada.
- **Escenario 4 (>600.000 casos):** se proyectó adicionando un 50% de aumento a los casos semanales observados en la temporada 2023/2024, simulando un escenario de máxima transmisión caracterizado por la introducción temprana del virus en regiones endémicas y una rápida expansión territorial.

El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la vigilancia epidemiológica, clínica, entomológica y virológica.

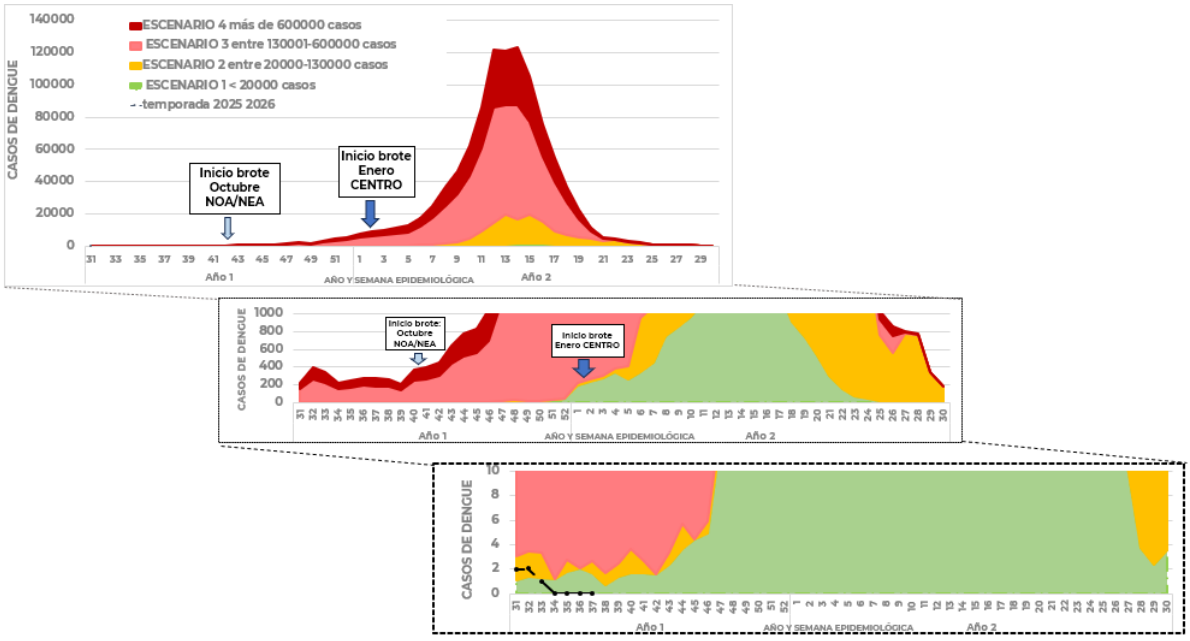
En el último gráfico (detalle en zoom) se proyectan los casos de la temporada 2025-2026 en los diferentes escenarios. Entre las SE31 y SE33 se notificaron 5 casos confirmados de dengue, de los cuales 2 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 4)

Gráfico 3. Modelo de estimación de escenarios epidemiológicos. Año 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 4. Proyección de la temporada 2025-2026 en modelo de estimación de escenarios epidemiológicos.



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

VI.3. Situación de dengue en Argentina

VI.3.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.

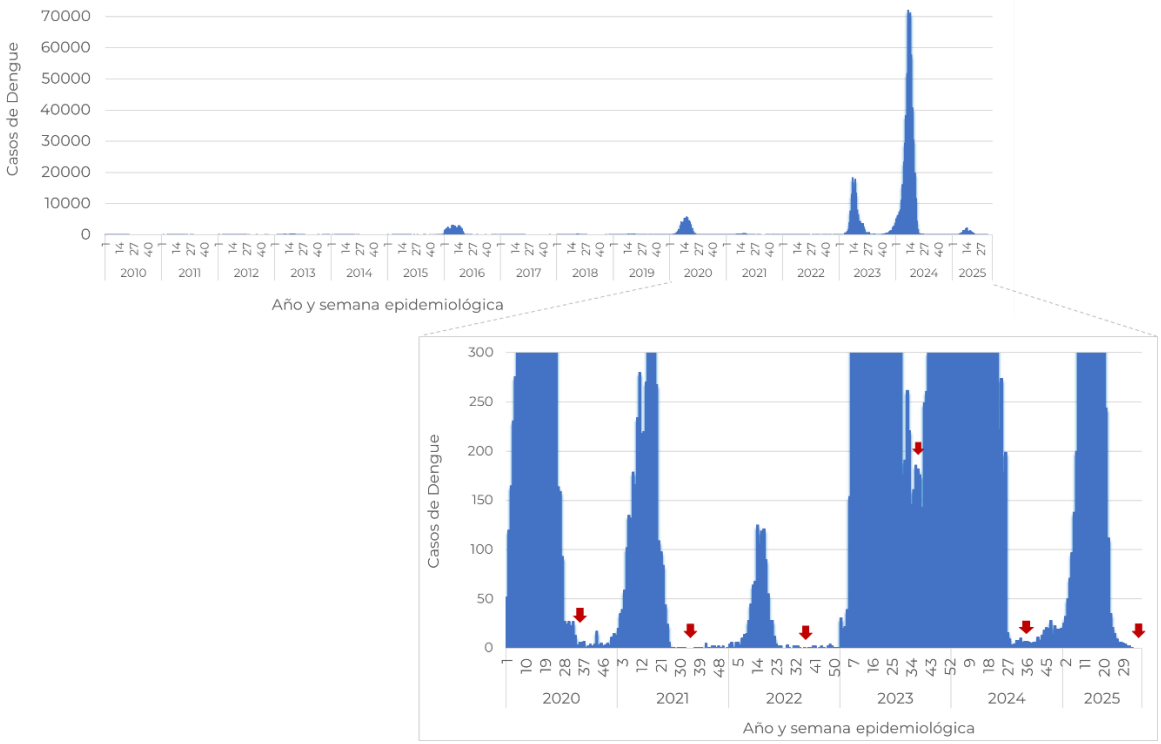
La definición operativa de temporada permite estructurar la vigilancia en un marco temporal en consonancia con la dinámica de transmisión, facilitando el análisis comparativo entre períodos y la planificación de las acciones de prevención y control. En este sentido, la temporada de dengue en Argentina 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 SE37/2025, 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 5. Dengue: Casos de dengue[21] según semana epidemiológica. Años 2010-2025 y detalle 2020-2025 con referencia (flecha roja) a la SE 37. 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[22], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 1055 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 SE37/2025 se notificaron 185 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.

[21]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).
[22] 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 SE37/2025. 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	2	60	19	83
CABA	0	1	2	0	22	6	31
Córdoba	0	2	0	0	64	2	68
Entre Ríos	0	0	0	0	1	0	1
Santa Fe	0	0	0	0	50	9	59
Total Centro	**1**	**4**	**2**	**2**	**197**	**36**	**242**
Mendoza	0	0	0	0	4	0	4
San Juan	0	0	0	0	3	0	3
San Luis	0	0	0	0	3	1	4
Total Cuyo	**0**	**0**	**0**	**0**	**10**	**1**	**11**
Chaco	0	2	0	0	56	0	58
Corrientes	0	0	0	0	0	1	1
Formosa	2	3	0	0	591	1	597
Misiones	0	0	0	0	1	1	2
Total NEA	**2**	**5**	**0**	**0**	**648**	**3**	**658**
Catamarca	0	0	0	0	11	0	11
Jujuy	0	0	0	0	18	0	18
La Rioja	0	0	0	0	3	1	4
Salta	0	0	0	0	28	3	31
Santiago del Estero	0	0	0	0	14	1	15
Tucumán	0	1	0	1	46	2	50
Total NOA	**0**	**1**	**0**	**1**	**120**	**7**	**129**
Chubut	0	0	0	0	1	0	1
La Pampa	0	0	0	1	4	3	8
Neuquén	0	0	0	0	2	0	2
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	1	1	2
Tierra del Fuego	0	0	0	0	2	0	2
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**1**	**10**	**4**	**15**
Total País	**3**	**10**	**2**	**4**	**985**	**51**	**1055**

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.3.B. FAVORABILIDAD PARA BROTES DE DENGUE

Con el objetivo de fortalecer la capacidad de respuesta ante brotes de dengue, y utilizando como base el trabajo realizado por el Ministerio de Salud de Brasil[23] en fiebre amarilla, se desarrolló un mapa de favorabilidad que permite identificar áreas geográficas con mayor predisposición a la ocurrencia de brotes. Su elaboración se realizó en un entorno de Sistemas de Información Geográfica, Quantum GIS[24] (QGIS), mediante la integración de capas ráster que representan distintas variables relevantes para la transmisión del dengue. Cada una de estas variables fue ponderada según su aporte relativo al riesgo y posteriormente sumada para obtener un índice

[23] Ministério da Saúde Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - Nota Informativa Nº 35/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS. Brasilia: Saude; 2025. Disponible en: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2024/nota-informativa-no-35-2024.pdf

[24] Versión de QGIS 3.24.1-Tisler

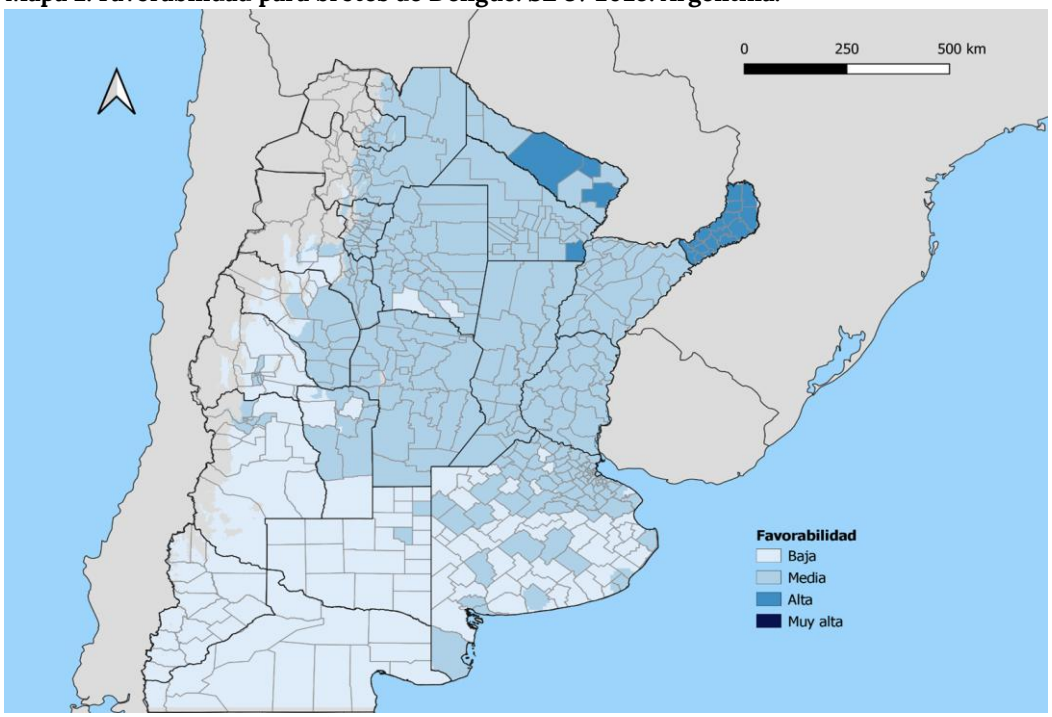
total, que clasifica el territorio en cuatro niveles de favorabilidad: baja, media, alta y muy alta.

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

Para la elaboración de este producto, se analizaron factores sociodemográficos, ambientales y epidemiológicos. Entre ellos, la densidad poblacional, las ecorregiones ubicadas por debajo de los 2.500 msnm, la presencia histórica del vector *Aedes aegypti* en cada jurisdicción y el riesgo entomológico reciente, estimado a partir de indicadores larvarios. Asimismo, se incorporaron variables climáticas, como la precipitación acumulada y las temperaturas mínima y máxima promedio de las últimas dos semanas junto con información epidemiológica como la ocurrencia histórica de casos, la tasa de notificación promedio de las últimas dos semanas y la fase de cada departamento (preparación, alerta temprana, respuesta a epidemia, recuperación), según el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante epidemias de dengue y otras arbovirosis[25].

De acuerdo con la sumatoria de estas variables, al cierre de la SE 37/2025, ninguno de los departamentos del país presenta favorabilidad muy alta. Las jurisdicciones que presentan **favorabilidad alta** para la ocurrencia de brotes de dengue son la provincia de Misiones, los departamentos de Patiño, Pilagás y Formosa (provincia de Formosa) y el departamento de San Fernando de la provincia del Chaco.

Mapa 2. Favorabilidad para brotes de Dengue. SE 37 2025. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Análisis de datos de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Servicio Meteorológico Nacional, la Dirección de Control de enfermedades transmitidas por Vectores y Zoonosis y datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. (SNSVS 2.0)

[25] Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/08/plan_de_preparacion_arbovirus_2782024.pdf

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

VII. Fibrosis Quística en Argentina – Actualización informe epidemiológico

VII.1. Introducción

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética en la que las mutaciones en el gen que codifica para la proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la FQ dan lugar a una enfermedad multisistémica dominada por manifestaciones digestivas y respiratorias[26]. A mediados del siglo XX, la fibrosis quística causaba la muerte en los primeros años de vida. En las últimas décadas, los avances en el tratamiento de la enfermedad, que incluyen el cribado neonatal sistemático, la atención multidisciplinaria de la FQ sintomática, el trasplante de pulmón y, más recientemente, los moduladores reguladores de la conductancia transmembrana de la FQ altamente eficaces, han transformado notablemente el pronóstico de las personas con FQ.

En Argentina, la fibrosis quística fue incluida entre las enfermedades contempladas en la Ley Nacional 26279, Régimen para la detección y posterior tratamiento de determinadas patologías en el recién nacido, sancionada en 2007. En 2020, la Ley Nacional 27552, lucha contra la enfermedad de fibrosis quística de páncreas o mucoviscidosis, incorporó "la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico, tratamiento, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también la educación de la población".

La ley 27552, estableció con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones que sean indicadas por los médicos profesionales, incluyendo los moduladores; y, la elaboración de un registro estadístico unificado de las personas con fibrosis quística. El Ministerio de Salud de la Nación, autoridad de aplicación de la ley, estableció los datos mínimos del REGISTRO NACIONAL DE FIBROSIS QUÍSTICA y que la inclusión en el Registro será requerida para la cobertura pública definida para la patología en el programa nacional de enfermedades poco frecuentes.

El Registro Nacional de Fibrosis Quística (ReNaFQ) se elaboró sobre la base del registro existente en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán, que se había elaborado en conjunto con la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) en el marco de un convenio entre ambas instituciones y que ya estaba en funcionamiento desde 2012. La actualización del registro original se hizo en coordinación con el programa nacional de enfermedades poco frecuentes del Ministerio de Salud de la Nación y con la participación del Consejo Asesor para el Abordaje de Fibrosis Quística (CAPAFIQ), creado por la resolución 2957 del Ministerio de Salud de la Nación.

El ReNaFQ es coordinado en conjunto entre el INER "Emilio Coni" de la ANLIS "Carlos G. Malbrán" y el programa nacional de enfermedades poco frecuentes y es el registro oficial establecido por el decreto reglamentario de la Ley Nacional 27552 para el seguimiento de la fibrosis quística en el país y para acceder a la cobertura establecida en dicha ley. El ReNaFQ está

[26] Pierre-Régis Burgel, Espérie Burnet, Lucile Regard, Clémence Martin, The Changing Epidemiology of Cystic Fibrosis: The Implications for Adult Care, Chest, Volume 163, Issue 1, 2023, Pages 89-99, ISSN 0012-3692, https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.07.004.

vinculado con el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y la carga de las personas con fibrosis quística en el ReNaFQ realiza automáticamente la notificación a ese sistema.

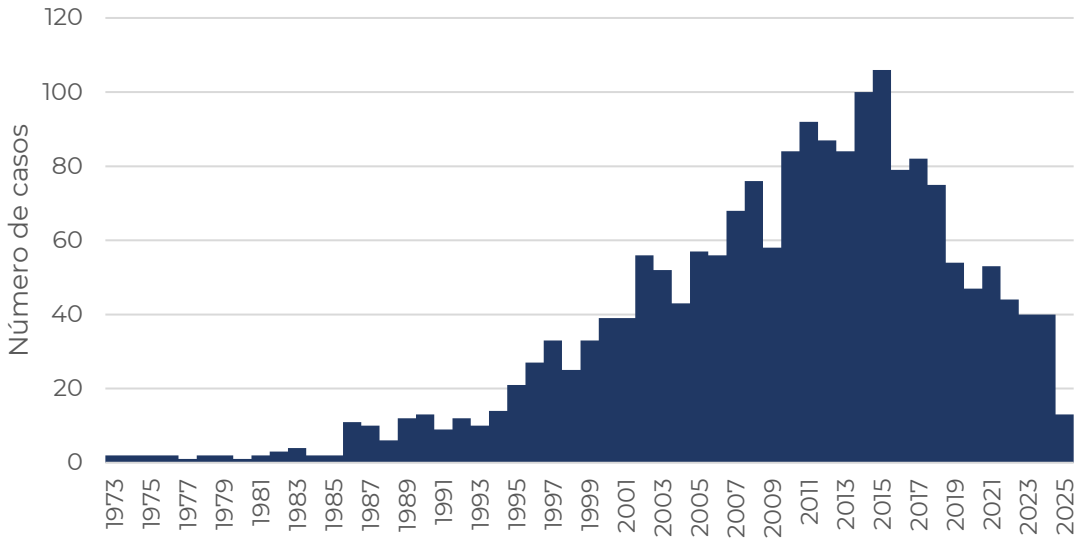
El INER "Emilio Coni" elabora un resumen de un conjunto de datos del ReNaFQ, así como un reporte mensual que es remitido a todos los usuarios; y, que puede ser consultado en el sitio https://inerconi.anlis.gob.ar/shiny/Reporte-renafq/

VII.1.A. Situación epidemiológica

VII.1.B. CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA NOTIFICACIÓN

Hasta el 16 de septiembre de 2025 se notificaron Registro Nacional de Fibrosis Quística (ReNaFQ) 13 casos con diagnóstico en 2025 y 40 casos con diagnóstico en 2024; hasta esa misma fecha, el total de casos notificados al ReNaFQ fue 1956.

Gráfico 1. Número de casos de fibrosis quística por año de diagnóstico al 16/09/2025. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Periodo 1973-2025. Argentina. N: 1956.

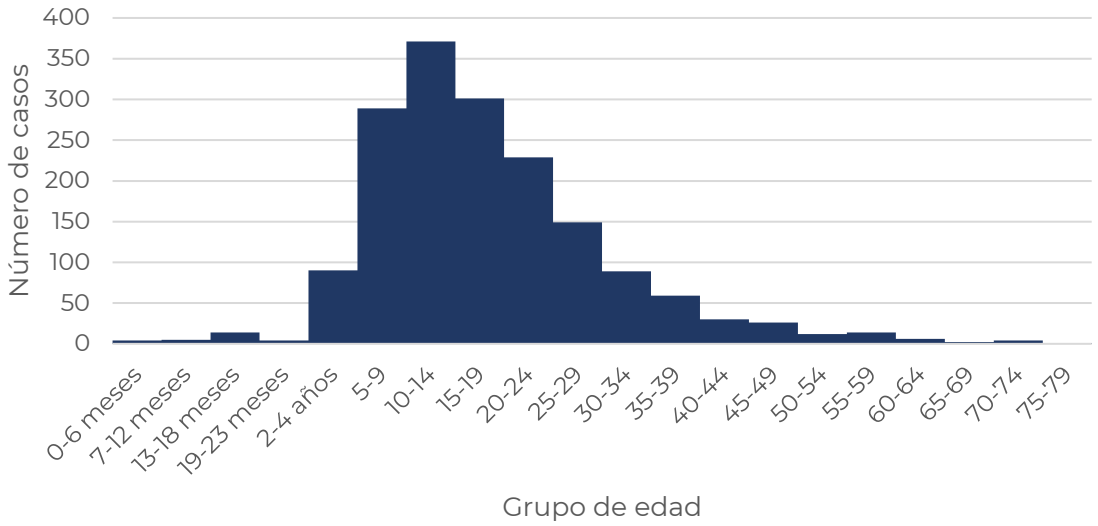


Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación en base a datos del ReNaFQ.

Del total de los casos notificados, 1111 (59,4%) fueron diagnosticados antes de los seis meses de edad; y 1486 (79,7%) antes de los 3 años.

La mayor proporción de los casos de fibrosis quística, 77%, tiene menos de 25 años (1348) y, 2,3% (39 casos) tienen 50 años o más.

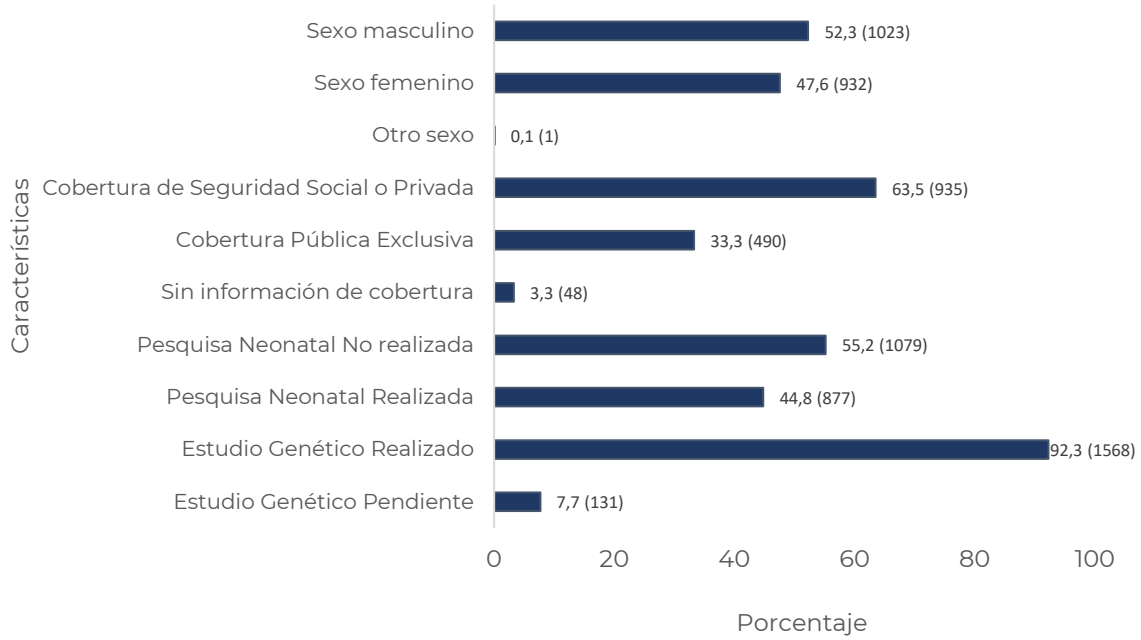
Gráfico 2. Número de casos de fibrosis quística por edad actual al 16/09/2025. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina. N: 1699.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación en base a datos del ReNaFQ.

Del total de casos registrados, el sexo masculino representa el 52.3% (1023 casos); 33,3% (490 casos) cuenta con cobertura publica exclusiva; 55,2% (1079 casos) no tienen registrada información sobre la pesquisa neonatal y 7,7% (131 casos) tienen pendiente el estudio genético.

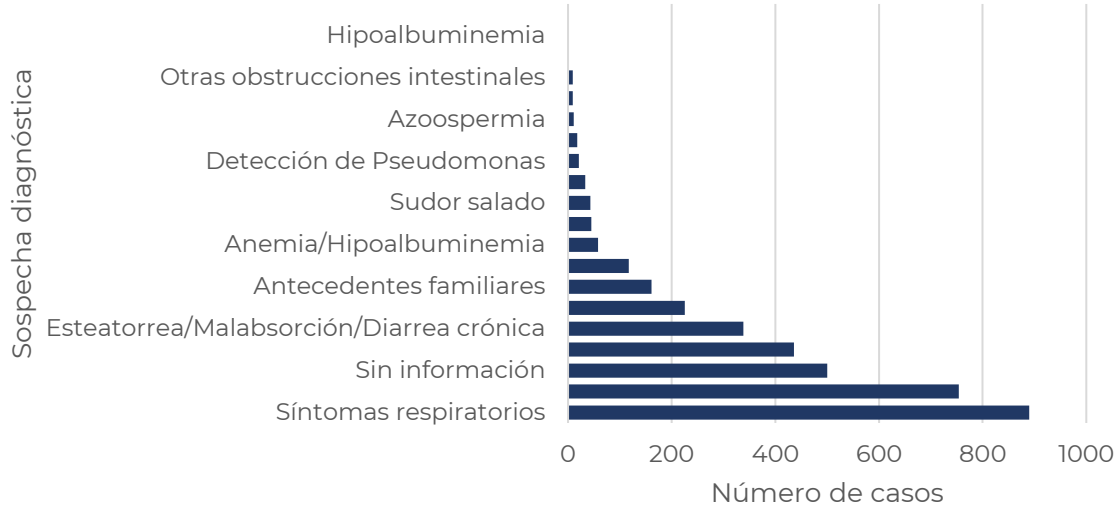
Gráfico 3. Número de casos de fibrosis quística por sexo, cobertura de salud, según pesquisa neonatal y según estudio genético al 16/09/2025. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación en base a datos del ReNaFQ.

El signo que se registró con mayor frecuencia como motivo de sospecha diagnóstica fueron los síntomas respiratorios: 890 casos (45,5%); seguido de la pesquisa neonatal: 754 casos (38,5%).

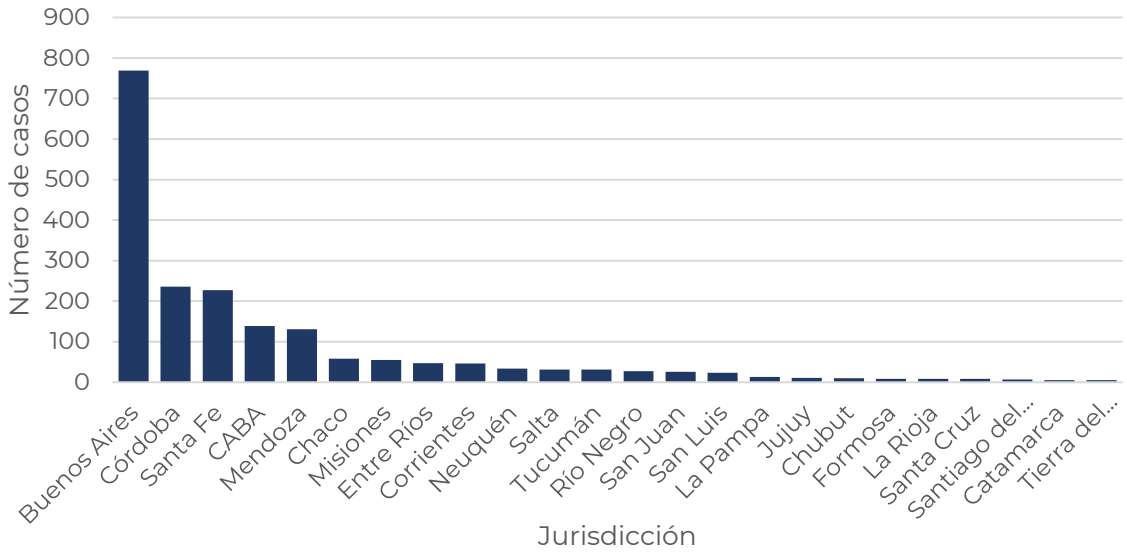
Gráfico 4. Número de casos de fibrosis quística por motivos de sospecha al diagnóstico al 16/09/2025. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación en base a datos del ReNaFQ.

Los casos de fibrosis quística se registraron en todas las jurisdicciones; pero, se concentraron principalmente en seis de ellas: Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, CABA, Mendoza y Chaco; en las que reside el 79,8% de los casos registrados: 1560 de los 1955 casos con registro de la provincia de residencia. Estas seis jurisdicciones concentraron el 68,3% de la población del total del país en 2025.

Gráfico 5. Número de casos de fibrosis quística por jurisdicción de residencia al 19/06/2025. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina.



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación en base a datos del ReNaFQ.

Los 13 casos registrados en 2025 correspondieron a 9 jurisdicciones del país: Buenos Aires (3 casos), La Pampa y Santa Fe (2 casos cada una), Chaco, Córdoba, Corrientes, Mendoza, Salta y San Luis (1 caso cada una). En el último período de cinco años (2021-2025) hubo cinco

jurisdicciones que no tuvieron ningún caso notificado: Formosa, La Rioja, Río Negro, Santiago del Estero y Tierra del Fuego.

Tabla 1. Casos de fibrosis quística por jurisdicción de residencia y año de diagnóstico, al 16/09/2025. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina

PROVINCIA_RESIDENCIA	Año de diagnóstico				
	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	15	7	11	5	3
CABA	2	3	3	1	0
Catamarca	0	0	1	1	0
Córdoba	7	5	4	11	1
Chaco	4	3	0	4	1
Chubut	1	0	0	0	0
Corrientes	0	1	2	1	1
Entre Ríos	2	3	1	0	0
Formosa	0	0	0	0	0
Jujuy	0	0	1	0	0
La Pampa	0	0	0	0	2
La Rioja	0	0	0	0	0
Mendoza	2	2	3	2	1
Misiones	3	1	3	0	0
Neuquén	3	0	1	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0
Salta	5	3	0	5	1
Santa Fe	6	12	5	3	2
Santiago del Estero	0	0	0	0	0
San Juan	0	1	2	2	0
San Luis	3	1	1	0	1
Santa Cruz	0	0	0	1	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0
Tucumán	0	2	2	4	0
Total	53	44	40	40	13

Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación en base a datos del ReNaFQ.

Del total de 1699 casos sin registro de haber fallecido, 12,7% (216 casos) no tienen registrado ningún seguimiento desde que fueron notificados (está contemplada la carga de por lo menos un seguimiento anual en el ReNaFQ). El total de seguimientos registrados desde 2008 hasta el 16/09/2025 es 4498, correspondientes a 1695 casos de fibrosis quística, incluyendo casos actualmente fallecidos.

En 2025 ya se registraron 733 seguimientos a 445 personas hasta el 16/09/2025; 66,7% del total de seguimientos registrados en 2024 (1099 seguimientos), 83,1% del total de seguimientos registrados en 2023 (882); y, más seguimientos que los registrados anualmente entre 2008 y 2022.

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS **INTERNACIONALES**

VIII. 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 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 11 al 17 de septiembre del 2025.

VIII.1. Hongo resistente a los medicamentos Candidozyma auris confirmado con propagación rápida en hospitales europeos: el ECDC llama a una acción urgente.

Recibido a través del CNE el 11/09/2025.

Candidozyma auris (*C. auris*) es un hongo que suele propagarse en entornos sanitarios, a menudo es resistente a los medicamentos antifúngicos y puede causar infecciones graves en pacientes en estado crítico. Su capacidad para persistir en diferentes superficies y equipos médicos, así como para transmitirse entre pacientes, lo convierte en un desafío particular para el control. Entre 2013 y 2023, los países de la UE/EEE notificaron más de 4.000 casos, con un salto significativo a 1.346 casos reportados en 2023 por 18 países. Cinco países —España, Grecia, Italia, Rumania y Alemania— concentraron la mayoría de los casos en la última década.

El doctor Diamantis Plachouras, jefe de la Sección de Resistencia Antimicrobiana e Infecciones Relacionadas con la Atención Sanitaria del ECDC, señaló:

"*C. auris se ha propagado en tan solo unos pocos años: de casos aislados a estar ampliamente extendido en algunos países. Esto demuestra lo rápido que puede establecerse en hospitales. Pero no es inevitable. La detección temprana y un control de infecciones rápido y coordinado aún pueden prevenir una mayor transmisión.*"

Recientes brotes se han reportado en Chipre, Francia y Alemania, mientras que Grecia, Italia, Rumania y España han indicado que ya no pueden diferenciar brotes específicos debido a la diseminación regional o nacional generalizada. En varios de estos países, la transmisión local sostenida se produjo apenas unos años después del primer caso documentado, lo que subraya la ventana crítica para intervenciones tempranas que frenen su propagación.

Si bien algunos países han mostrado resultados positivos en la limitación de brotes de *C. auris*, muchos enfrentan brechas clave. A pesar del aumento de casos, solo 17 de 36 países participantes cuentan actualmente con un sistema nacional de vigilancia para *C. auris*. Solo 15 países han desarrollado guías nacionales específicas de prevención y control de infecciones. La capacidad de laboratorio es relativamente más fuerte, con 29 países que reportan acceso a un laboratorio de referencia en micología o experto, y 23 que ofrecen pruebas de referencia para hospitales.

Aunque el número de infecciones por *C. auris* está claramente en aumento, sin vigilancia sistemática y notificación obligatoria, la verdadera magnitud del problema probablemente esté subestimada.

El ECDC ha evaluado regularmente la situación epidemiológica, la capacidad de laboratorio y la preparación frente a *C. auris* en cuatro encuestas desde 2018, y ha publicado evaluaciones rápidas de riesgo, incluyendo opciones de prevención y control de infecciones. Esto tiene como objetivo apoyar a los Estados miembros en la mejora de su preparación y de sus capacidades de respuesta temprana para prevenir o contener brotes de *C. auris* oportunamente y frenar una mayor transmisión.

Fuente: https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/drug-resistant-fungus-candidozyma-auris-confirmed-spread-rapidly-european-hospitals

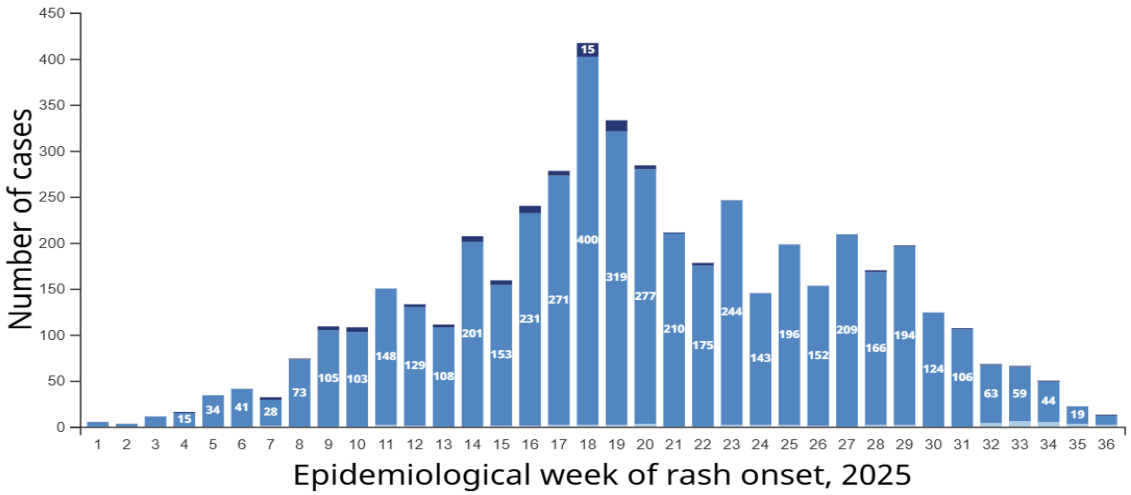
VIII.2. Sarampión. Situación epidemiológica mundial y regional.

VIII.2.A. CANADÁ[27]

En 2025, se han notificado un total de 4.902 casos de sarampión (4.549 confirmados, 353 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 6 de septiembre de 2025.

En la semana 36 (del 31 de agosto al 6 de septiembre de 2025), se notificaron 53 nuevos casos de sarampión (52 confirmados y 1 probable) en 6 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario y Saskatchewan).

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=4.902)



VIII.2.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[28]

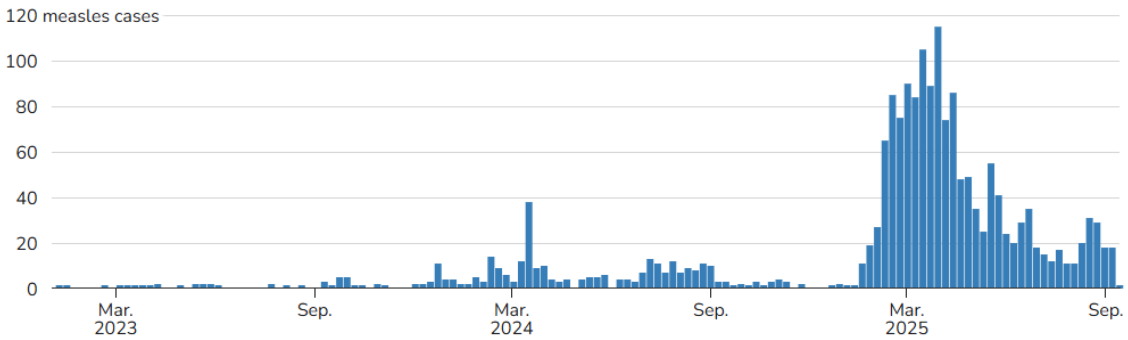
Al 16 de septiembre de 2025, se notificaron un total de 1.470 casos confirmados de sarampión en 42 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arkansas, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Míchigan, Minnesota, Misuri, Montana, 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 38 brotes, y el 86% de los casos confirmados (1.284 de 1.491) 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.

[27] https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/
[28] https://www.cdc.gov/measles/data-research/

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2023-2025 (hasta 16/09/25).

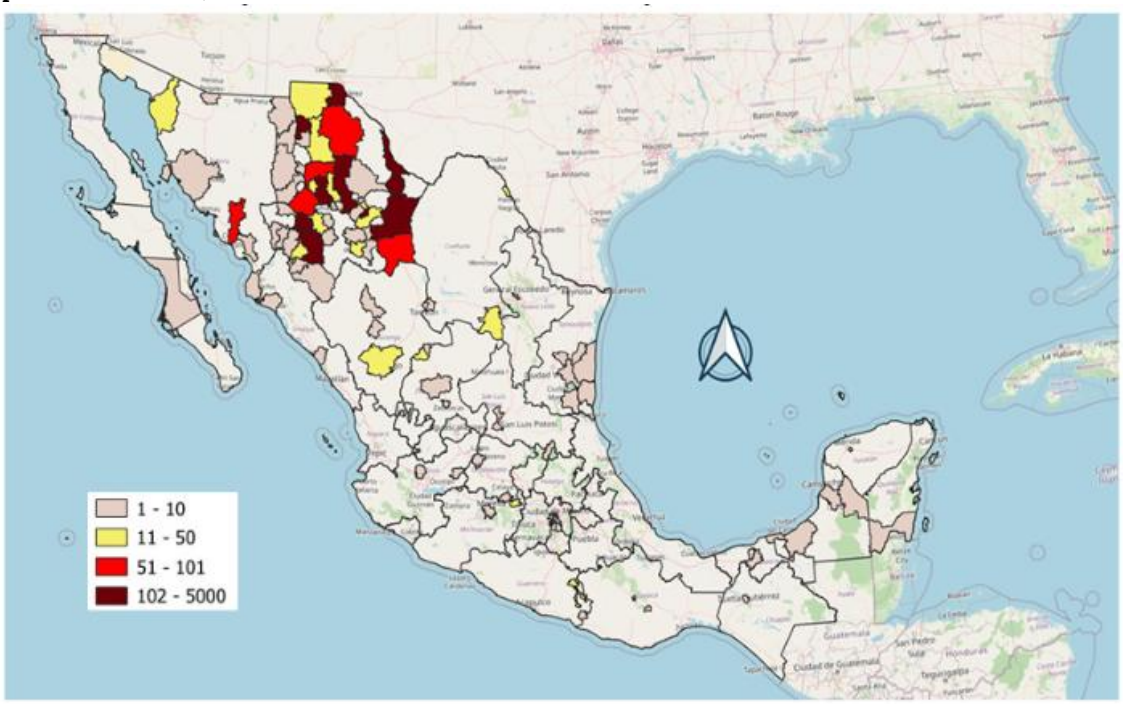


VIII.2.C. MÉXICO[29]

Al 18 de septiembre, se han reportado 4.607 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 17 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 23 estados y 102 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 21 fallecimientos.

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios de residencia, 11 de septiembre de 2025, México.



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

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

VIII.2.D. PARAGUAY[30]

Hasta al 12 de septiembre de 2025, el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección General de Vigilancia de la Salud, confirmó 35 casos de sarampión, de los cuales 9 corresponden a casos identificados en la última semana, siendo 34 los asociados a importación y uno importado.

De acuerdo al reporte semanal, entre los afectados por la enfermedad se encuentran niños y adultos de entre 3 meses y 54 años. Los casos se concentran principalmente en el rango de edad de 1 a 4 años. Todos los casos presentaron exantema y fiebre; el 80 % registró tos y un 60 % conjuntivitis.

Actualmente, en el departamento de San Pedro, las ciudades de Tacuatí (14) y Nueva Germania (13) concentran el 77 % de los casos registrados. También se reportan casos, pero en menor proporción en Santa Rosa del Aguaray (8).

Por otra parte, se hallan en estudio 14 personas con sospecha de sarampión, procedentes de las zonas del brote y distritos cercanos. A la fecha no se reportan fallecidos.

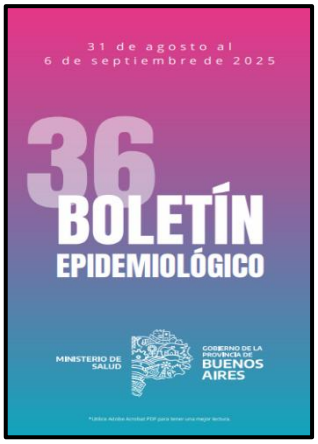
[30] *https://www.mspbs.gov.py/portal/33833/se-confirman-35-casos-de-sarampion-brote-se-mantiene-en-san-pedro.html*

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

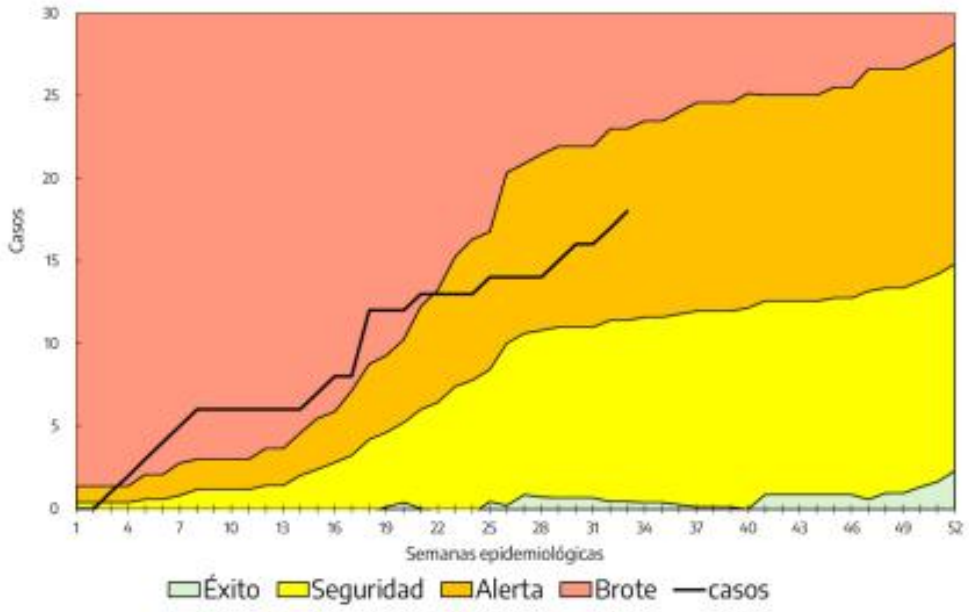
IX. Boletines Jurisdiccionales

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

En lo que va del año 2025 se notificaron en la provincia 135 casos sospechosos de FHA hasta la primera semana de septiembre (SE 36), de los cuales 18 fueron confirmados por laboratorio, 9 descartados y 108 permanecen como sospechosos. Todos los casos confirmados pertenecen al área endémica de la provincia de Buenos Aires.



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:

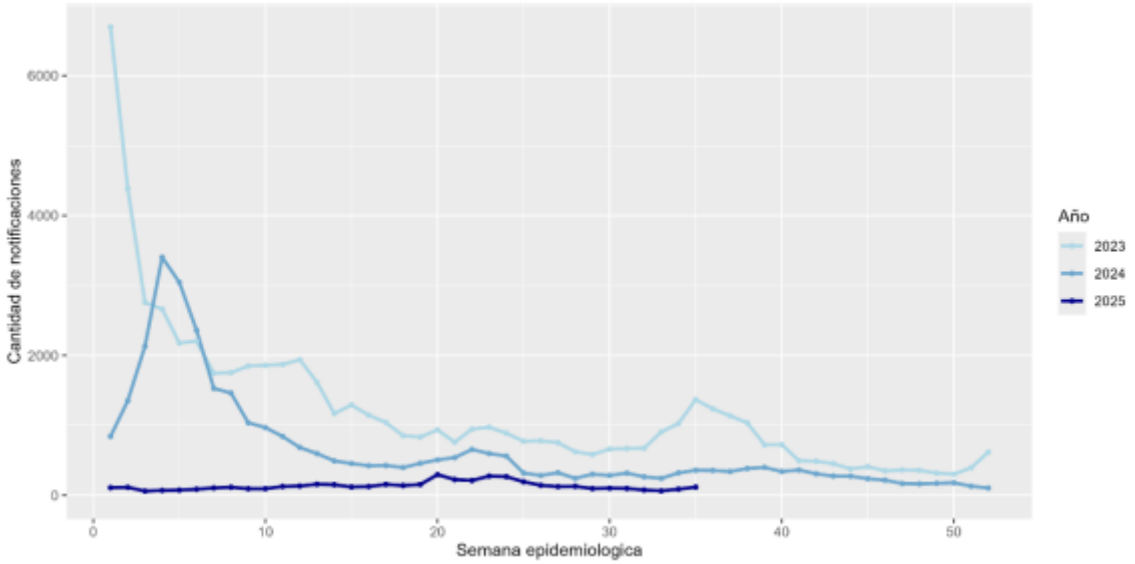
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

IX.2. CABA: Eventos respiratorios de abordaje ambulatorio

Se observa, tanto al inicio de 2023 como de 2024 un incremento de la notificación. En ambos casos estuvo asociado a la circulación de SARS – COV-2. Esta dinámica es mucho menos pronunciada en 2025. En 2025 se ha observado un incremento de las notificaciones a partir de la SE19, que luego ha tenido una disminución gradual a partir de la SE 20.



Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias nominales en eventos ambulatorios. Residentes CABA. Años 2023-24-25 (N = 101132)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0

Para más información: https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2025

IX.3. Entre Ríos: Vigilancia epidemiológica nominal de infecciones respiratorias agudas virales en internados

Desde la semana epidemiológica (SE) 01/2025 hasta la SE 36/2025, se notificaron 1.495 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, 24 casos a virus SARS-CoV-2 y 202 casos de virus sincitial respiratorio (VSR), mientras que en 881 pacientes no fueron detectados virus respiratorios. (Tabla 1)



Tabla 1: Casos notificados y confirmados a Influenza y SARS-CoV-2. SE 01 a SE 35 de 2025. Entre Ríos.

CASOS NOTIFICADOS	CONFIRMADOS INFLUENZA A	CONFIRMADOS INFLUENZA B	CONFIRMADOS SARS-CoV-2	DESCARTADOS
1495	139	3	24	881

Fuente: SNVS 2.0

Del total de notificados, 34 pacientes resultaron positivos a otros virus respiratorios (Tabla 2).

Tabla 2: Casos notificados y confirmados a otros virus respiratorios. SE 01 a SE 35 de 2025. Entre Ríos.

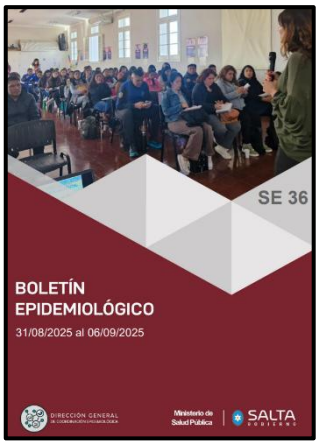
CASOS NOTIFICADOS	VSR	ADENOVIRUS	PARAINFLUENZA 1 PARAINFLUENZA 2 PARAINFLUENZA 3	METANEUMO VIRUS HUMANO	RINOVIRUS	ENTEROVIRUS	DESCARTADOS
1.495	202	7	15	9	2	1	881

Fuente: SNVS 2.0

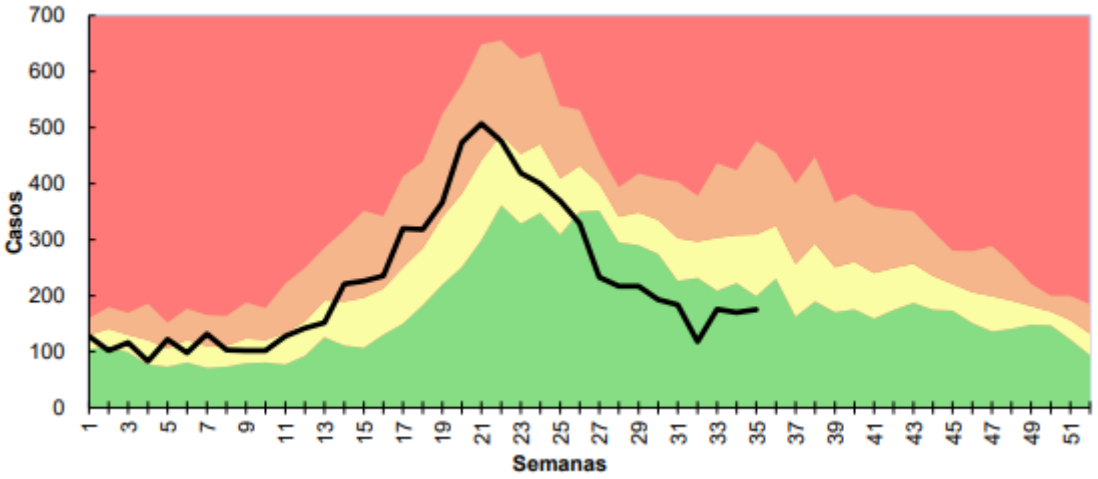
Para más información:
https://drive.google.com/drive/folders/1LO32396atuWd4VoYkzdIZIZPPoAK3h5U

IX.4. Salta: Bronquiolitis

Las notificaciones de Bronquiolitis se mantienen constante, el corredor endémico continúa en zona de éxito. En la SE 35 se registraron 175 casos de Bronquiolitis.



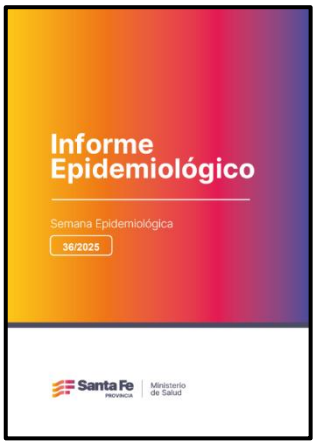
Corredor endémico semanal de Neumonía años: 2018 a 2024. SE 35 de 2025. Provincia de Salta. (n=7.852*)



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/

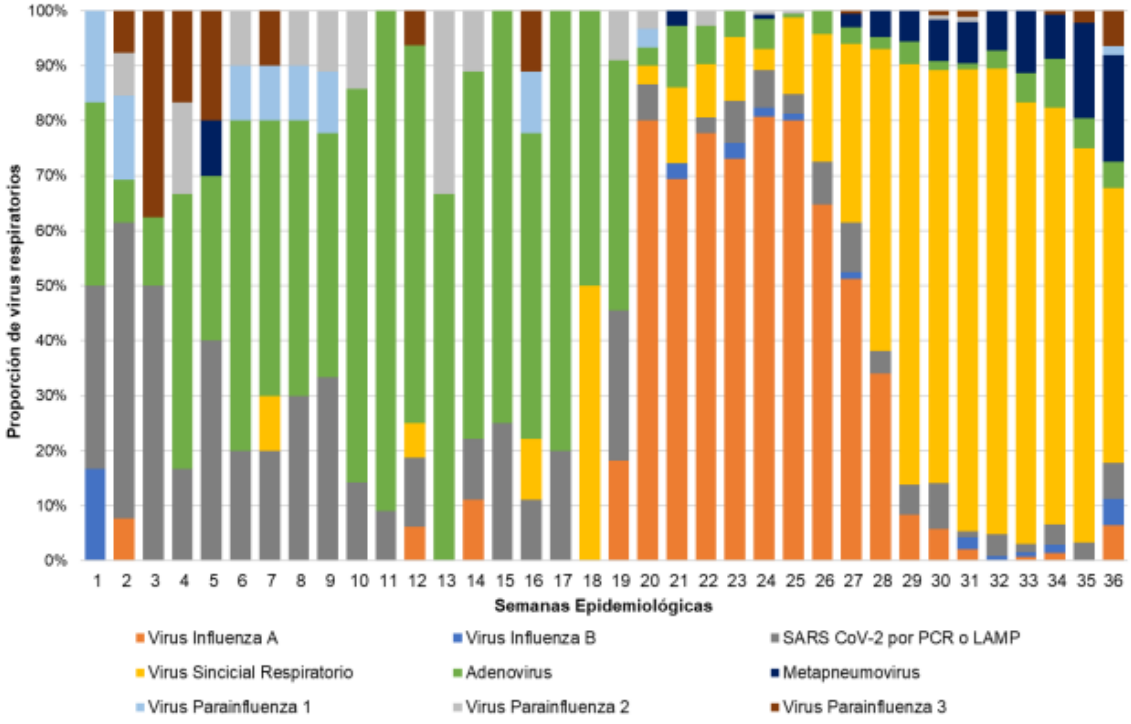
IX.5. Santa Fe: Situación de Sars-CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios (OVR) de importancia clínica en pacientes internados



Según el porcentaje de positividad se puede observar que a partir de la SE19 se incrementaron los casos de influenza A, con predominio de influenza A H1N1. Los casos positivos de Influenza B en internados, se notificaron en SE 1, SE 21, SE 23, SE 24, SE 25, SE 27, SE 31, SE32, SE33, SE34 y SE36. Por otro lado, se informan casos positivos de SARS CoV-2 en todas las semanas, con excepción de la SE 13, SE 18 y SE 21.

Respecto al Virus Sincicial Respiratorio (VSR) se notificaron casos en forma aislada en las SE7, SE 12, SE 16 y SE 18 y de manera consecutiva desde la SE 20 hasta la SE 36, registrándose un aumento desde la SE 23. Los casos positivos de Adenovirus fueron informados desde la SE 1 hasta la SE 36.

Distribución de casos positivos de Virus respiratorios en pacientes internados IRA según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 36 - Año 2025.



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

Para más información:

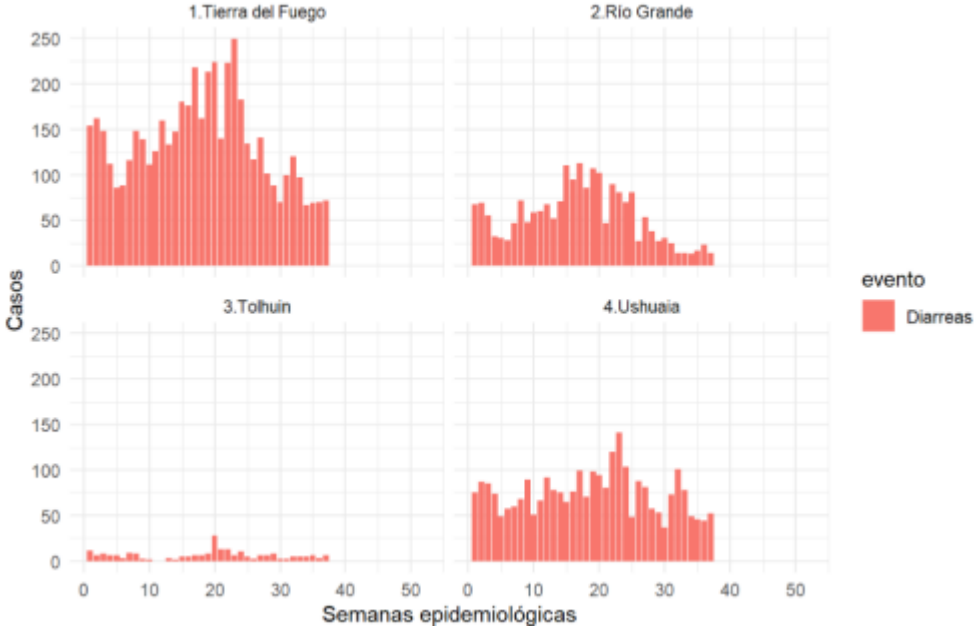
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802

IX.6. Tierra del Fuego: Diarrea aguda

Hasta la semana epidemiológica 37 en 2025 se notificaron 5101 casos de diarrea aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo periodo del año 2024 se observa una disminución del 14,6% de los casos registrados a nivel provincial.



Diarreas agrupadas en Tierra del Fuego según localidad. SE 37 – Año 2025

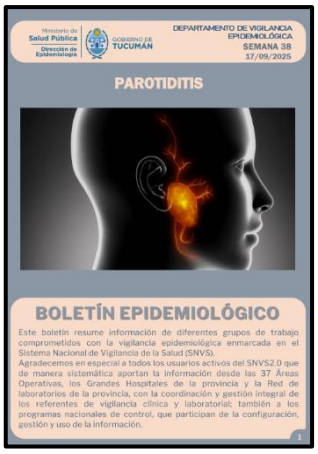


Fuente: SNVS 2.0 D.E.I.S. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.

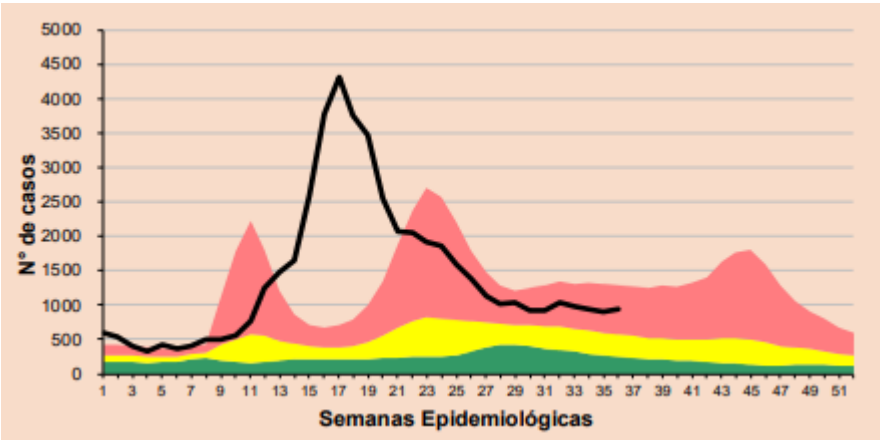
Para más información:
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

IX.7. 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 36 se registraron 943 casos para este evento



Corredor endémico de ETI SE 36. Provincia de Tucumán. Año 2025



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **septiembre** 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**
Septiembre	Internado y/o fallecido por COVID o IRA	Evento	Clasificación manual del caso	Se adiciona la determinación "Caso confirmado de MPVh"
		Clínica	Diagnóstico Referido	Se adiciona la determinación "Sindrome Bronco Obstructivo (SBO)"

XI. 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