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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **775**

Semana epidemiológica 38
AÑO 2025
Desde 14/09 al 20/09
Fecha de publicación
29/09/2025

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.
De la ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán", el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui", INEVH.

Brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado
De la ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán", el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI: 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 Fiebre Hemorragica Argentina (FHA)
Del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores
De la ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán", el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui", INEVH.

Actualización informe epidemiológico de Chagas congénito y en embarazadas
Del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.
De la ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán", el Instituto Nacional de Parasitología "Dr. Mario Fatala Chaben", INP.

Componen la Dirección de Epidemiología: Altschuler Ailén, Amatto María Belén, Amelotti Rina Lucía, Antman Julián Gustavo, 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, González Lebrero Cecilia, Gonzalez Picasso Manuel, Guma Daniela Elena, Hoyos Obando Andrés, Iglesias María Marta, Joskowicz Abril, Kurten Pérez Manuel, La Regina María Agustina, Laurora Melisa, Martín Aragón María Fernanda, Martínez Karina, Moisés María Silvina, Morgenstern Agostina, Nicolau Victoria, Núñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo, Oks Irene Florencia, Ormeño Mazzochi Franco, Page María Agustina, Parenti Ana Laura, Pastrana Paula, Pierre Ganchegui Guillermina, Pisarra Florencia Magalí, Plantamura Pilar, Prina Martina, Riera Sebastián, Rojas Mena María Paz, Rosin Paula, Rueda Dalila, Santoro Federico, Caruso Stefanini Margarita, Tapia julio, Vallone Antonella, Voto Carla y Wainziger Tamara.

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

Agradecimientos:

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

Imagen de tapa:

La Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) es una enfermedad viral grave causada por el virus Junín, transmitida por el ratón maicero (*Calomys musculinus*) en las zonas agrícolas de la Pampa Húmeda (Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y La Pampa). Foto aportada por Dra. María Laura Martin, INEVH ANLIS "Carlos G. Malbrán"

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°775, SE 38.

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

Este número del Boletín Epidemiológico Nacional continúa consolidando la propuesta editorial renovada, integrando tablas de notificación obligatoria, actualizaciones periódicas de eventos priorizados y análisis en profundidad sobre problemáticas relevantes y/o priorizadas de la salud pública en Argentina y la región.

En esta edición se destaca la publicación final de la situación epidemiológica vinculada al evento "Infección por Exposición a Medicamento Contaminado (fentanilo)", cuyo seguimiento se venía incluyendo en números previos. Con la presente entrega se da por concluida su incorporación en el boletín, en virtud de la ausencia de nuevos casos de relevancia epidemiológica y de la estabilización de la situación que motivó su inclusión. Tal como se señala en el informe, de modificarse el escenario se retomará su publicación.

El BEN 775 también ofrece un análisis detallado de la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, la circulación de virus respiratorios y las recomendaciones generales, además de la actualización sobre la temporada 2025-2026 de dengue y otros arbovirus con estimaciones de escenarios epidemiológicos nacionales.

Asimismo, se presentan dos informes en la sección "actualización periódica de eventos", ambos han sido ya presentado en boletines previos. Por un lado, se incluye una actualización sobre fiebre hemorrágica argentina (FHA) que aborda la situación epidemiológica actual, la vigilancia eco-epidemiológica, las medidas de prevención y control, y el rol del plasma inmune como herramienta terapéutica. Por otro lado, se incorpora un informe específico sobre Chagas en embarazadas y transmisión congénita, con indicadores programáticos, análisis de la situación nacional y recomendaciones orientadas a fortalecer la detección y el abordaje integral de esta problemática.

El boletín incorpora también un apartado de alertas internacionales, en esta ocasión con información sobre la infección por virus Nipah en Bangladesh y la actualización epidemiológica de sarampión en la Región de las Américas, destacando la situación de cada país y las coberturas de vacunación.

Además, se difunden los boletines jurisdiccionales de distintas provincias, que enriquecen la mirada nacional con información local sobre infecciones respiratorias, intoxicaciones y brotes específicos, aportando al intercambio de experiencias entre equipos de vigilancia.

Finalmente, se presentan nuevas herramientas para la vigilancia, entre ellas las modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0 y la octava edición de las guías para la implementación de salas de situación de salud, insumos fundamentales para fortalecer la capacidad de análisis y gestión de la información epidemiológica en todo el país.

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.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 25
V.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 27
V.4.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 27
V.4.B. Neumonía 29
V.4.C. Bronquiolitis 30
V.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 31
V.5.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 34
V.6. Recomendaciones ante el aumento de casos de influenza y la circulación de virus respiratorios 36
V.6.A. Recomendaciones para la población general 36
V.7. Vacunación antigripal 37
VI. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **38**
VI.1.A. Subregión Cono Sur 38
VI.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026. 41
VI.2.A. Nota metodológica 41
VI.3. Situación de dengue en Argentina 43
VI.3.A. Inicio de temporada 2025/2026 43
VI.4. Vigilancia entomológica 45
VI.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición 46
VI.4.B. Evolución IPO e IDH SE32–SE34 (2025) 46
VI.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios 48

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS **53**
VII. Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) - Actualización informe epidemiológico **54**
VII.1. Introducción 54
VII.2. Situación de Fiebre Hemorrágica Argentina 54
VII.2.A. Nota metodológica 54
VII.2.B. Situación Epidemiológica Actual (2025) 54
VII.2.C. Vigilancia Eco-epidemiológica (2025) 57
VII.3. Recomendaciones 57
VII.3.A. Vacunación 57
VII.3.B. Recomendaciones para la población 58
VII.4. Medidas ante casos 60
VII.4.A. TRATAMIENTO 60
VII.5. Medidas ante contactos 60
VII.6. Conclusiones 61
VII.7. Vigilancia epidemiológica 61

VII.7.A. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA 61
VII.7.B. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO 61
VII.7.C. NOTIFICACIÓN 62
VIII. Chagas en embarazadas y Chagas congénito - Actualización informe epidemiológico 63
VIII.1. Introducción 63
VIII.2. Chagas en embarazadas en Argentina 63
VIII.2.A. Nota metodológica para la vigilancia 63
VIII.2.B. Indicadores Programáticos 64
VIII.2.C. Situación de Chagas en embarazadas en Argentina 64
VIII.3. Chagas congénito 73
VIII.3.A. Nota metodológica 73
VIII.3.B. Indicadores programáticos 73
VIII.3.C. Situación de Chagas congénito en Argentina 74
VIII.4. Conclusiones 78

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES 79
IX. Introducción 80
IX.1. Infección por el virus Nipah – Bangladesh 81
IX.2. Actualización Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas 83
IX.2.A. Resumen a nivel global 83
IX.2.B. Resumen de la situación en la Región de las Américas 83
IX.2.C. Cobertura de vacunación en la Región de las Américas 85
IX.2.D. Situación epidemiológica de sarampión en 2025 por país en la Región de las Américas 86

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 93
X. Boletines Jurisdiccionales 94
X.1. Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA) 94
X.2. CABA: Eventos respiratorios de abordaje en internación 95
X.3. Chubut: Intoxicación por Monóxido de Carbono (CO) 96
X.4. Entre Ríos: Vigilancia epidemiológica nominal de infecciones respiratorias agudas virales en internados 97
X.5. Santa Fe: Situación de Sars-CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios (OVR) de importancia clínica en pacientes internados 98
X.6. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años 99

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 100
XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 101
XII. Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud 8° Edición. 102

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 1-38. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-38	2025 Acumulados SE 1-38	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Enfermedades zoonóticas animales	Rabia animal	121	95	-26	-21%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	7.003	13.230	6.227	89%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	203	290	87	43%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	80	103	23	29%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	5	5	0	0%
	Cisticercosis	7	7	0	0%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.861	4.991	2.130	74%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	341	610	269	79%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	21	34	13	62%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	13	7	117%
	Brucelosis	91	88	-3	-3%
	Hantavirosis	42	38	-4	-10%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	18	19	1	6%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1.068	1.141	73	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	36	28	350%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	6	1	-5	-83%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	8.145	8.145	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	541	541	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	443	443	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	9.868	12.790	2.922	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 1-38. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-38		2025 Acumulados SE 1-38		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)	808	2	5.928	35	5.120	634%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	808	2	5.928	35	5.120	634%	33	1650%
	Meningitis - Meningoencefalitis	1.703	668	1.995	664	292	17%	-4	-1%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	91	0	74	0	-17	-19%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	92.324	58.292	59.880	18.312	-32.444	-35%	-39.980	-69%
	Encefalitis de San Luis	245	1	373	0	128	52%	-1	-100%
	Fiebre amarilla humana	105	0	136	0	31	30%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	38	0	87	0	49	129%	0	N/A
	Zika	1.454	0	822	0	-632	-43%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	627	327	442	177	-185	-30%	-150	-46%
Enfermedades zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.784	46	1.715	150	-69	-4%	104	226%
	Psitacosis	199	32	532	99	334	168%	67	209%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	1.052	51	1.308	36	256	24%	-15	-29%
	Sífilis Congénita	2.122	806	742	730	-1.380	-65%	-76	-9%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	5	0	7	0	2	40%	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1.862	1.763	1.344	1.146	-518	-28%	-617	-35%
	Sífilis en embarazadas	8.107	7.159	8.636	7.949	529	7%	790	11%
	Hepatitis B en embarazadas	67	49	95	35	28	42%	-14	-29%
Hepatitis virales	Hepatitis A	118	26	191	99	73	62%	73	281%
	Hepatitis B	2.190	509	2.581	541	391	18%	32	6%
	Hepatitis C	1.854	1.122	1.917	1.097	63	3%	-25	-2%
	Hepatitis E	39	4	40	4	1	3%	0	0%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	24.114	19.178	38.662	33.049	14.548	60%	13.871	72%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	1.193	1.134	1.860	1.775	667	56%	641	57%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	347	67	260	110	-87	-25%	43	64%

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 1-38. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-38	2025 Acumulados SE 1-38	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmitidas por alimentos	Diarrea	516.493	526.419	9.926	2%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.266	1.614	348	27%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios	881	619	-262	-30%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	100.383	71.808	-28.575	-28%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	921.959	910.778	-11.181	-1%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	62.614	56.523	-6.091	-10%
	Neumonía (sin especificar)	71.384	59.246	-12.138	-17%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	1	4.716	4.715	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	3	2.848	2.845	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	16	20.535	20.519	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	1.258	1.257	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	7	5.182	5.175	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	3	4.436	4.433	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	83	26.531	26.448	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	12	5.120	5.108	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	7	2.086	2.079	N/A
	Lesiones por electrocución	0	527	527	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	659	659	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	4	58.825	58.821	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	2	20.027	20.025	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	6	27.476	27.470	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	367	367	N/A
	Otras lesiones en el hogar	16	20.579	20.563	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 1-38. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-38		2025 Acumulados SE 1-38		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	3.241	175	2.688	160	-553	-17%	-15	-9%
	Infección por Mycoplasma genitalium	560	17	384	11	-176	-31%	-6	-35%
	Infección por Mycoplasma hominis	2.121	203	2.103	282	-18	-1%	79	39%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	11.766	333	5.534	339	-6.232	-53%	6	2%
	Infección por Trichomonas vaginalis	19.170	1.988	16.726	1.829	-2.444	-13%	-159	-8%

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

Con la presente edición del boletín se da por concluida la publicación de la situación epidemiológica vinculada al evento "Infección por Exposición a Medicamento Contaminado" en el Boletín Epidemiológico Nacional. Esta decisión responde a la ausencia de nuevos casos con relevancia epidemiológica y a la estabilización de la situación que motivó su incorporación en este informe.
De modificarse alguna situación al respecto se presentará nuevamente.

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.

[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

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.

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 26 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 26/09/2025. 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**

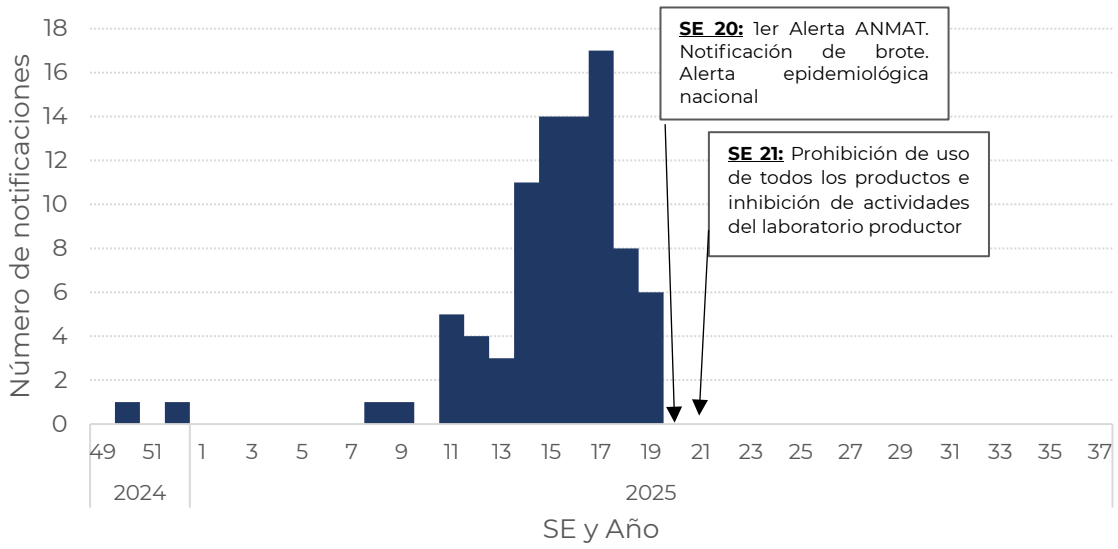
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" en base a datos provenientes del SNVS 2.0

Los casos de Córdoba se encuentran en proceso de investigación epidemiológica con el fin de recabar mayor información sobre resultados de laboratorio y antecedentes epidemiológicos.

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

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

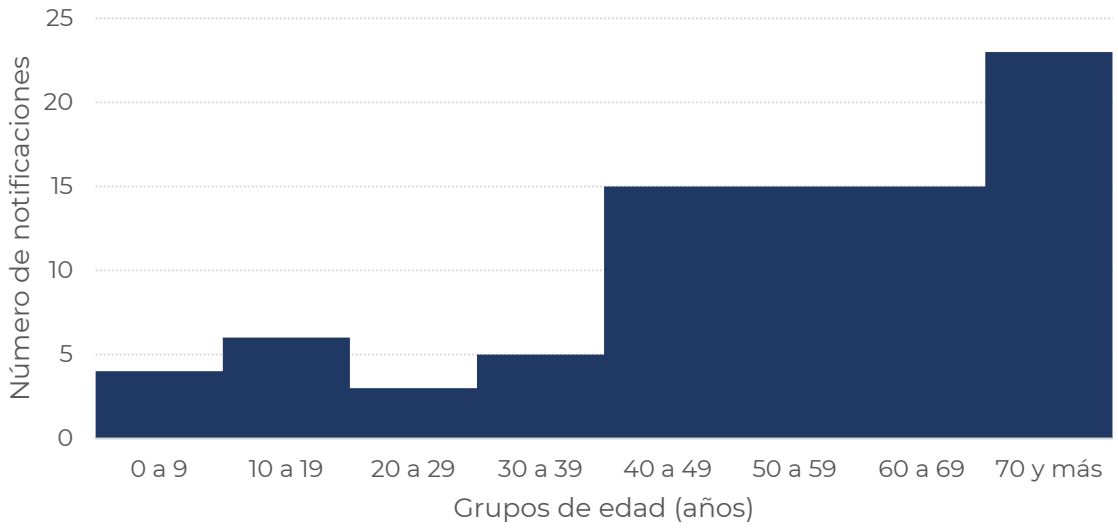
Gráfico 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: Distribución de casos asociados por LNR o nexo y sospechosos por SE y medidas sanitarias según semana epidemiológica. Argentina. Hasta el 26/09/2025. N=86*.



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 26/09/2025. 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 BEN, además de la síntesis semanal de Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas, se amplía la información de **Vigilancia de Eventos Clínicos y Vigilancia Universal de Virus Respiratorios por Redes de Laboratorio**. Para esta última, se consideran las detecciones de SARS-CoV-2 e influenza (según tipo, subtipo y linaje) notificadas con modalidad nominal en los eventos del SNVS destinados a tal fin, tanto centinela como no centinela, así como las detecciones de Virus Sincicial Respiratorio (VSR) y otros virus respiratorios notificadas con modalidad agrupada

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

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

Situación Regional: La actividad de influenza en las Américas se mantiene baja. Para SARS-CoV-2 muestra un incremento en las últimas semanas epidemiológicas (SE) alcanzando una positividad del 7% a nivel regional. 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 7.6%. 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 mantiene una positividad del 6.6% y con una tendencia al incremento. La actividad de SARS-CoV-2 aumenta en América del Norte donde la positividad alcanzó un 8%, mientras que en el Caribe disminuye a un 10%. En Centroamérica, la actividad de influenza mantiene una tendencia al descenso, con una positividad del 5.6%. La actividad de SARS-CoV-2 aumenta esta semana con una positividad del 6.3%, mientras que VSR disminuye esta SE a una positividad del 12.4%. En la subregión andina, la actividad de influenza A disminuye a una positividad del 5%. La actividad del VSR disminuye levemente esta semana a un 9.6% de positividad, mientras que la circulación de SARS-CoV-2 aumenta en comparación a la última semana, con una positividad del 8.4%. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza aumenta levemente, con una positividad del 3.2%. La circulación del VSR disminuye con respecto a la SE anterior, con una positividad del 9.7%, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 permanece en niveles bajos, pero con una tendencia al aumento y una positividad del 5%. La circulación de otros virus respiratorios (OVR) presenta niveles elevados y con una tendencia ascendente.

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 IRAG 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 8%. En Estados Unidos se observa

[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

una tendencia a la disminución y una positividad del 9.5%, mientras que en Canadá y México un 8% y un 9.3% de positividad respectivamente, ambos con tendencia al ascenso.

Caribe: La actividad de influenza, impulsada principalmente por A(H1N1)pdm09, disminuye en la última SE, con una tasa de positividad subregional del 7.6%. En Haití, Belice, Santa Lucía la actividad de influenza continúa en niveles epidémicos. En contraste, en Jamaica, Surinam y República Dominicana se mantiene en niveles interestacionales. En Barbados, Guyana, Las Islas Caimán y San Vincent y Las granadinas la actividad de influenza se mantiene baja. En Cuba la actividad disminuye respecto de la SE anterior con una positividad del 5.5%. La circulación del VSR en la subregión aumenta con respecto a la SE anterior, con una positividad del 6.6%. En Barbados y las Islas Caimán la circulación disminuye en comparación a la SE anterior. En Belice, Haití la circulación se mantiene baja. En San Vincent y las granadinas mantienen niveles bajos y sin cambios en comparación con la SE anterior. En Cuba, República Dominicana, Guyana y Santa Lucía la circulación aumenta en comparación a la SE anterior. La actividad de SARS-CoV-2 disminuye esta SE con respecto a la anterior, presentando positividad subregional del 10%. En Cuba, República Dominicana, Haití, Santa Lucía y San Vincent y las granadinas la actividad disminuyó. Barbados mantiene niveles altos de circulación, pero con una tendencia a la mantención y una positividad del 28.2%. Belice mantiene niveles bajos y estables. Guyana aumenta su circulación en comparación a la SE anterior.

Centroamérica: La actividad de influenza disminuye su circulación en la subregión con una positividad del 5.6%, caracterizada por la circulación concurrente de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B/Victoria, que representan la mayoría de los casos notificados de ETI. La circulación del VSR se mantiene elevada, con tendencia a la disminución, y una positividad del 12.4% que se ve reflejado en la detección de casos IRAG. La actividad de SARS-CoV-2 aumenta esta semana, alcanzando una positividad de 6.3%.

Países Andinos: La actividad de influenza disminuye respecto de la SE previa, con una positividad del 5%, asociada principalmente con la circulación de A(H1N1)pdm09. La circulación de VSR disminuye, presentando una positividad de 9.6%. La actividad de SARS-CoV-2 aumenta alcanzando una positividad del 8.4%. Los casos de IRAG asociados con influenza, así como VSR muestran una tendencia descendente. Para los casos ETI se observa una disminución de casos asociados a VSR y un leve aumento de detección de influenza.

Brasil y Cono Sur: La actividad de influenza en la subregión, asociada a influenza A, aumenta esta SE, con una positividad de 3.2%. La circulación del VSR disminuye en la última semana, indicando una positividad del 9.7%. La actividad de SARS- CoV-2 se mantiene en niveles bajos, sin embargo, comienza a mostrar una tendencia al ascenso con una positividad del 5%. La detección de casos IRAG ha mostrado una tendencia descendente constante en las últimas semanas, asociada principalmente a VSR y SARS-CoV-2.

V.3. Síntesis de la información nacional destacada

V.3.A. VIGILANCIA CLÍNICA DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI), NEUMONÍA Y BRONQUIOLITIS

- Entre la semana epidemiológica 1 y 37 de 2025 se notificaron 912.073 casos de ETI, 126.456 casos de Neumonía y 119.470 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 SE12 y 14.

Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de **influenza** en ambulatorios, desde la SE12 se verificó un ascenso tanto del porcentaje de positividad como de las detecciones, con predominio de influenza A/H1N1, alcanzando los mayores niveles entre las SE 22 y 25. En las últimas semanas se observó un descenso, tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad. En este sentido, en las últimas dos semanas (SE37 y 38) se registraron 3 casos de influenza entre 170 muestras estudiadas.

- Para **VSR**, se registraron 9 casos positivos entre las 151 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 37 y 38). Se verificó un ascenso tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad de VSR en ambulatorios entre las SE23 a 32. En las últimas 4 semanas se observó un promedio del 6,5% de positividad semanal.

- 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 SE38/2025 se notificaron 8 casos positivos para SARS COV 2 entre las 71 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE38 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 6.043 internaciones con diagnóstico de IRAG y 2.858 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 observó 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 los 799 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 3 codetecciones de SARS-CoV-2 y VSR, 2 detecciones de influenza, 22 casos de SARS-CoV-2 y 278 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 (SE36 y 37) se observó un total de 64 detecciones de influenza.

[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

- 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 983 detecciones en las últimas 2 SE (36 y 37).
- 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 37 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, si bien se registra un ligero ascenso en las detecciones en las últimas 4 SE (34 a 37).
- Durante la SE37/2025 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. En las últimas 2 SE (37 y 38) se detectaron 14 casos. En el año 2025 se registraron al momento 207 fallecidos con este diagnóstico.

- En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados presentan un aumento desde la SE12. En las SE 37 y 38 se registraron 456 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 38/2025 se registraron 47 casos positivos y 1 caso fallecido con este diagnóstico.

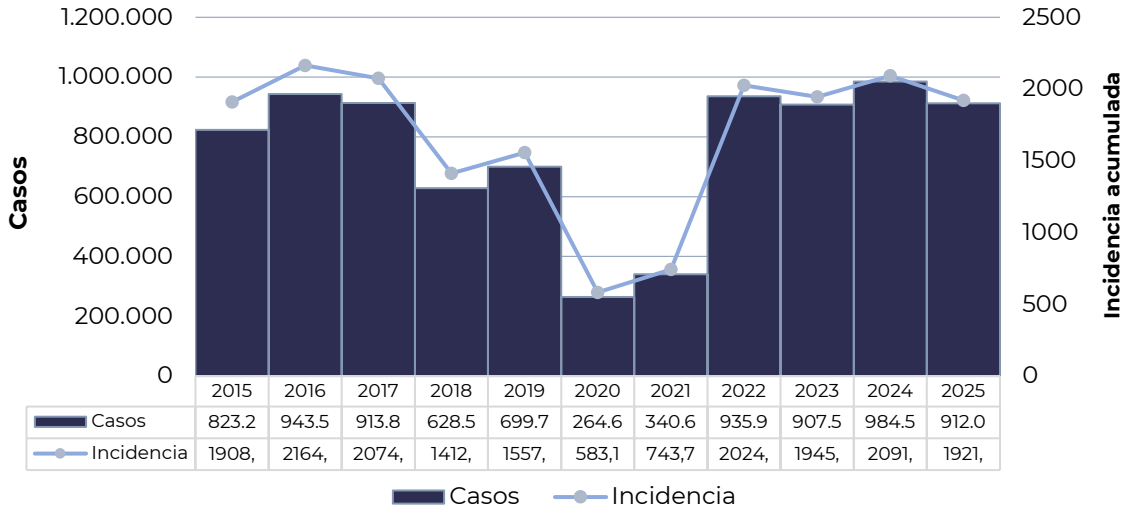
V.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

Entre las SE 1 y 37 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 912.073 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1.921,2 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registraron en 2024 (984.573 casos) y 2016 (943.583 casos), mientras que en 2020 y 2021 se reportó un nivel de casos inferior en comparación con los años previos. En el corriente año se consigna un menor número de casos que los años 2022 y 2024, siendo superado además por las notificaciones de los años 2016 y 2017.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE37. Argentina[6].

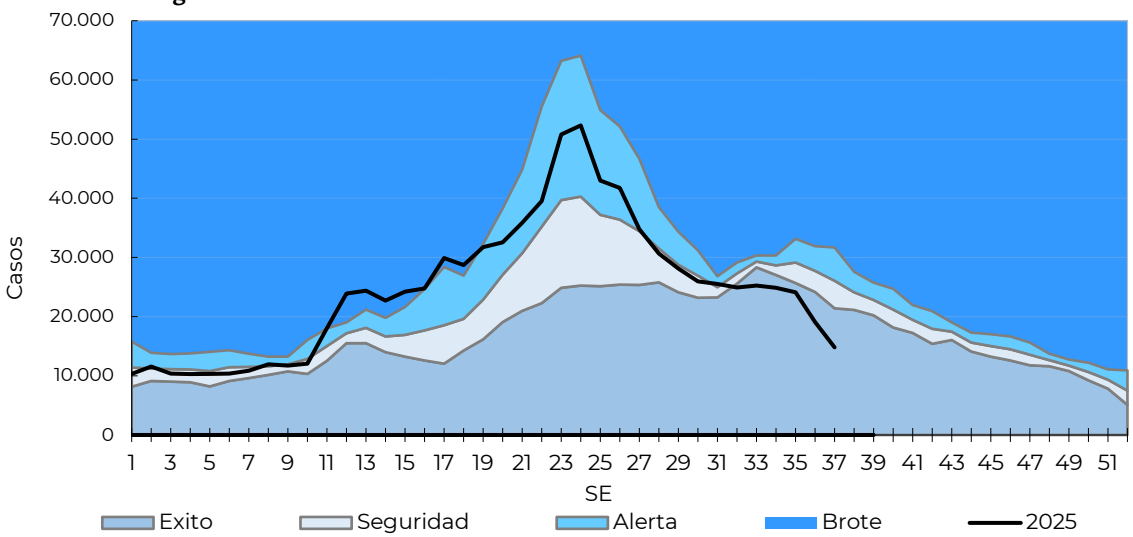


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	823.2	943.5	913.8	628.5	699.7	264.6	340.6	935.9	907.5	984.5	912.0
Incidencia	1908,	2164,	2074,	1412,	1557,	583,1	743,7	2024,	1945,	2091,	1921,

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

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

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 37 de 2025[7]. Argentina.



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

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

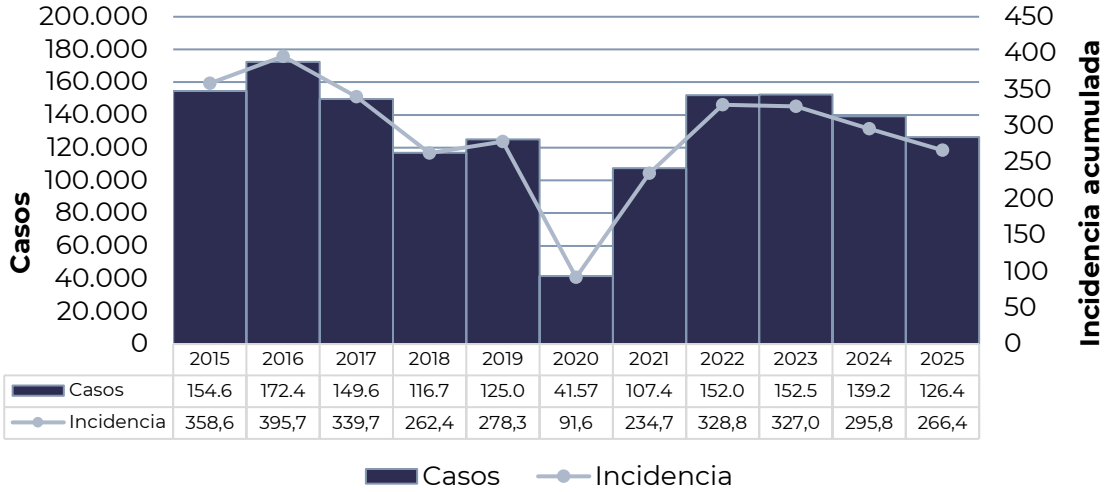
[7] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

V.4.B. NEUMONÍA

Hasta la SE37 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 126.456 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 266,4 casos/ 100.000 habitantes.

Entre 2015 y 2025, las notificaciones de neumonía mostraron el mayor número de casos en 2016. Posteriormente se observó una disminución sostenida entre 2017 y 2018, seguida de un ligero ascenso en 2019. En 2020 se registró un nuevo descenso de casos, volviendo a incrementarse durante los años 2021 a 2023, y mostrando una tendencia descendente los años 2024 y 2025.

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE37. Argentina.

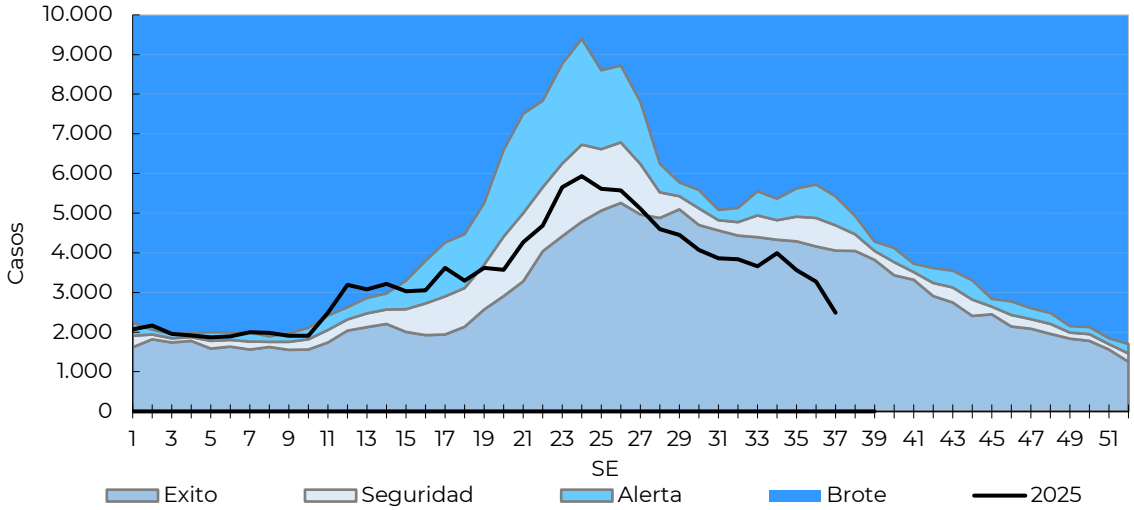


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	154.6	172.4	149.6	116.7	125.0	41.57	107.4	152.0	152.5	139.2	126.4
Incidencia	358,6	395,7	339,7	262,4	278,3	91,6	234,7	328,8	327,0	295,8	266,4

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

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 37 de 2025[8]. Argentina.



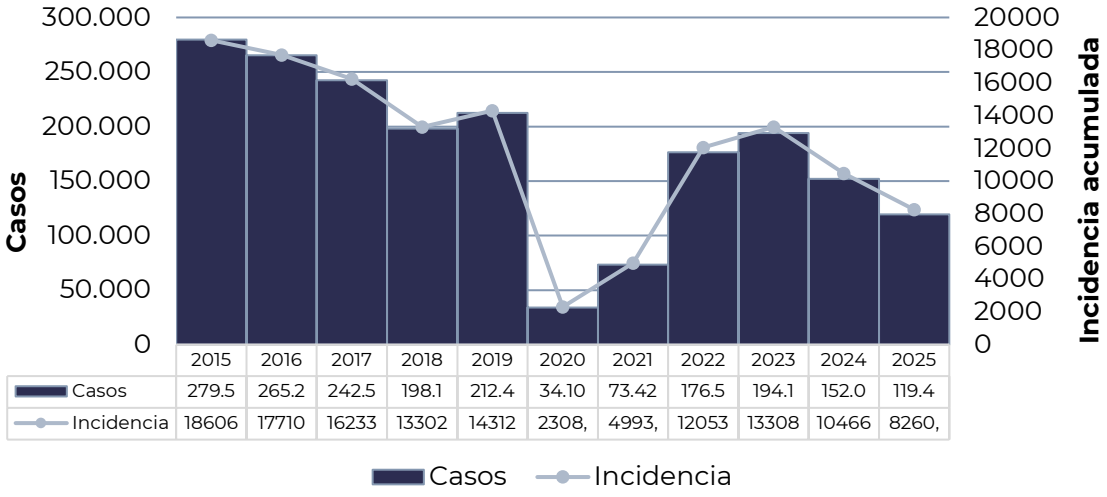
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

V.4.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 37 SE de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 119.470 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 8260,3 casos/100.000 habitantes.

En relación a los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 37 alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso sostenido hasta 2018. En 2019, se registró un incremento respecto al año anterior, con un nuevo descenso en 2020 y 2021. Para los años 2022 a 2023 se verifica un aumento en las notificaciones de bronquiolitis, mientras que en 2024 las notificaciones presentaron un nuevo descenso. En 2025, los casos se mantienen en valores inferiores a la mayoría de los años previos, con excepción de los años 2020 y 2021.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE37. Argentina.



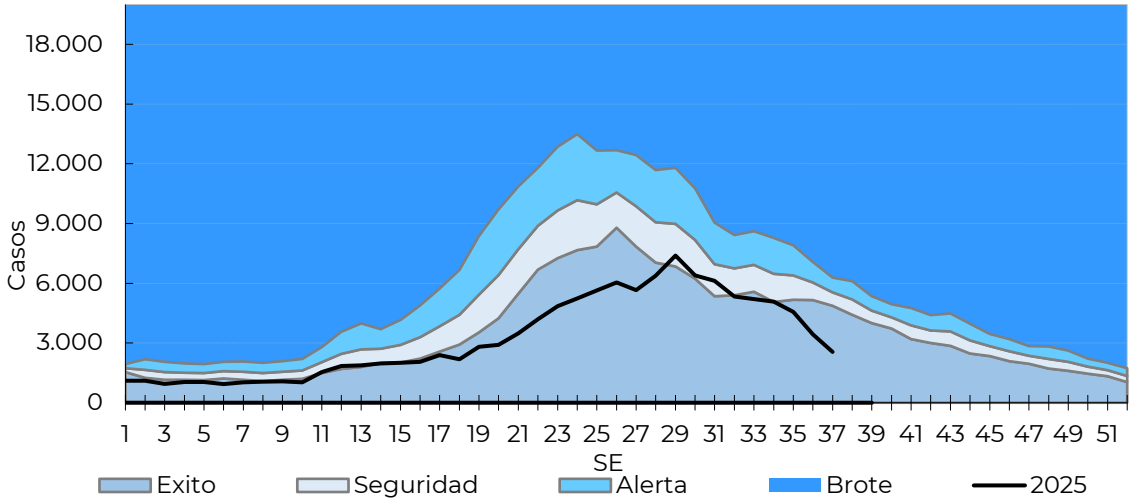
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información

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

proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

En las primeras semanas del año 2025, las notificaciones semanales de bronquiolitis se mantuvieron dentro de los límites esperados. Entre las SE 11 y 13 alcanzaron niveles de seguridad y posteriormente se ubicaron nuevamente en niveles esperados, con una tendencia ascendente en las notificaciones semanales entre las SE11 y 29.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 37 de 2025[9]. Argentina.



b

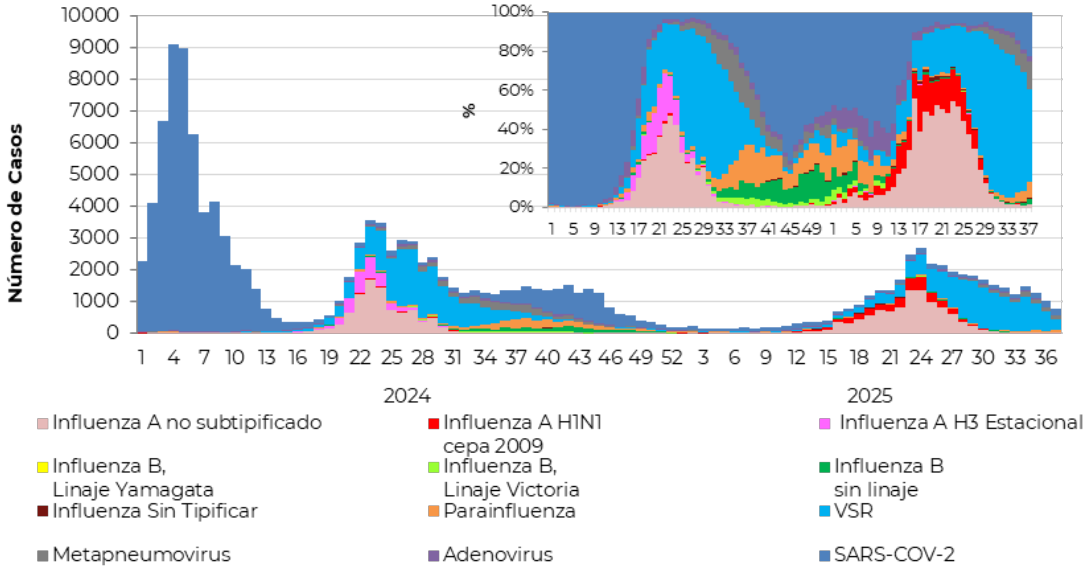
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

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

A partir de la SE11 se observa un aumento en el número de casos de **Influenza**, con predominio de Influenza A (H1N1), con un adelanto del ascenso estacional respecto de años anteriores. En las últimas semanas se registra un descenso de las notificaciones. En cuanto a **VSR** se verifica un aumento en las detecciones a partir de SE12, con inicio de actividad estacional a partir de la SE20. Las detecciones de **SARS-CoV-2** permanecen en niveles bajos, si bien se verifica un ligero ascenso en el número de casos en las últimas 4 SE (34 a 37).

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

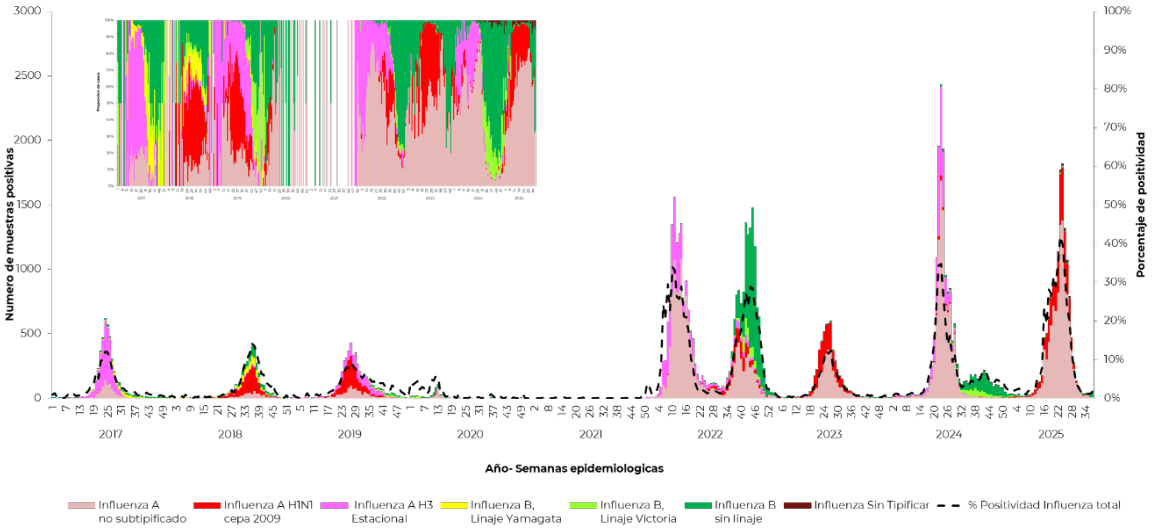
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE37/2025. Argentina.



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

En lo que va de 2025, se registraron casos de **influenza** todas las semanas. A partir de la SE11 se observó un incremento sostenido en las detecciones, con predominio de influenza A no subtipificado y del subtipo A(H1N1). El número máximo de notificaciones semanales se alcanzó entre las SE22 a 26, seguido de una tendencia descendente. En las últimas dos semanas epidemiológicas (SE36 y SE37) se notificaron un total de 64 detecciones de influenza.

Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE37/2025. Argentina.



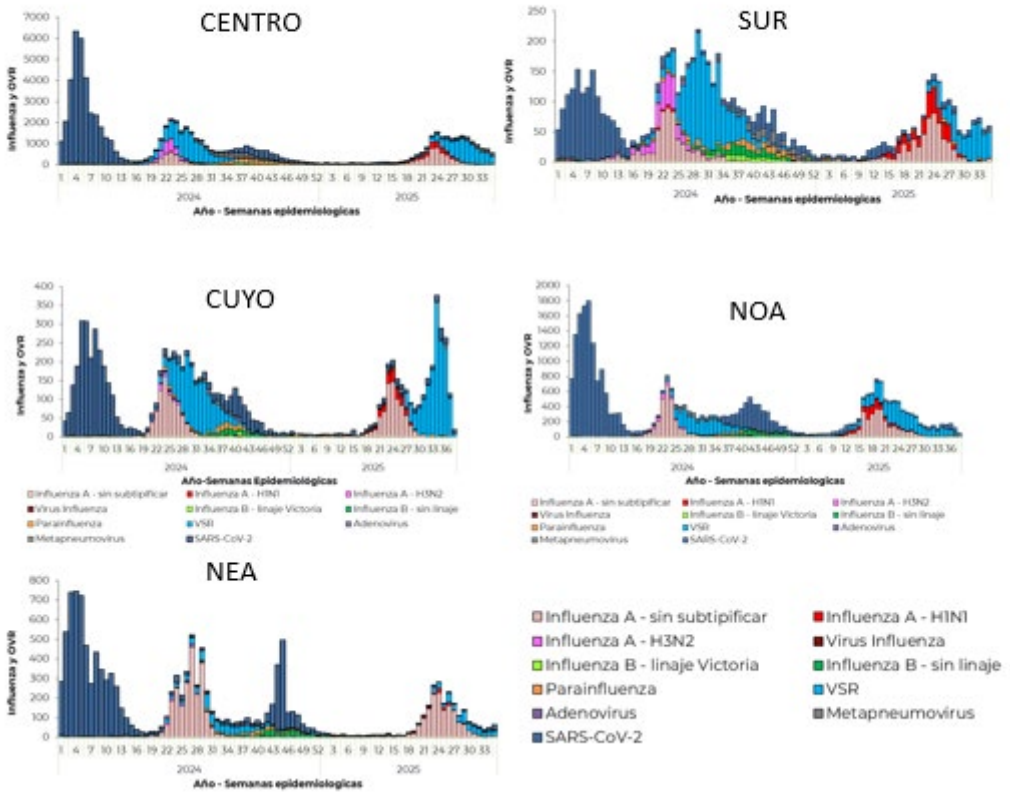
Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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

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

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

Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2024 a SE37/2025. Argentina.



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

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

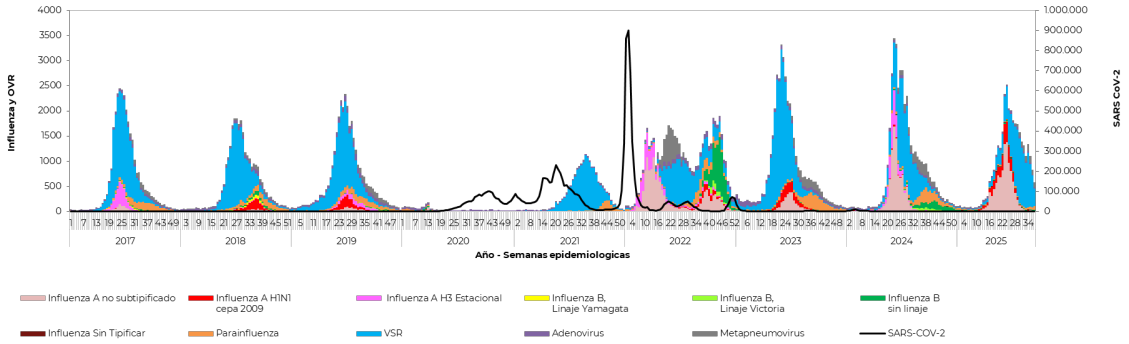
Durante las primeras 37 semanas de 2025, los casos se mantuvieron en valores bajos, si bien se registra un ligero aumento en las detecciones en las últimas 4 SE (34 a 37).

En relación al **VSR**, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16/2024, alcanzando su máximo en la SE26, y tendencia descendente posterior. En lo que va de 2025, se registra un ascenso de las detecciones desde la SE12, con inicio de actividad estacional a partir de la SE20. En las últimas 2 SE (36 y 37), se notificaron 983 casos de VSR.

Respecto a otros virus respiratorios, durante 2024, se observó un aumento en las detecciones de metapneumovirus a partir de la SE23, alcanzando su pico en la SE38. Asimismo, entre las SE30 y SE38, se registró un incremento en los casos de parainfluenza, seguido de un descenso posterior. En lo que va de 2025, se observa un ligero ascenso en las detecciones de metapneumovirus desde la SE 27.

Durante la SE 37/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: VSR, SARS-CoV-2, metapneumovirus, parainfluenza, Influenza y adenovirus.

Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE37/2025. Argentina.



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

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

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

En el período comprendido entre las SE01 y SE38 de 2025 se notificaron 1.789 casos de SARS-CoV-2 en personas internadas, cifra que resulta un 63,9% inferior a la consignada en igual período de 2024. Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y valores estables en lo que va de 2025. Para la SE38/2025 se registraron 47 casos hospitalizados con este diagnóstico.

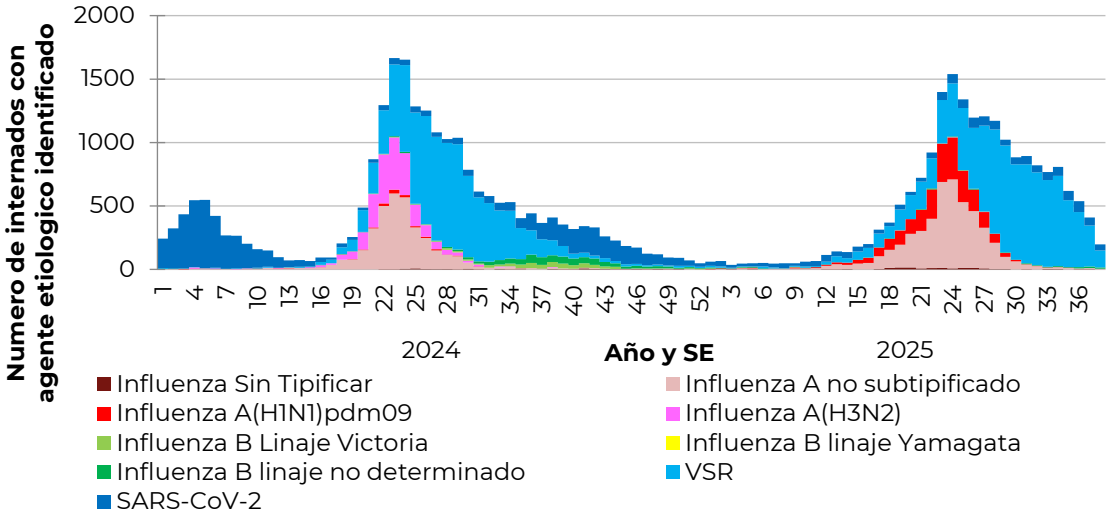
Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, entre las SE1 y 38 de 2025 se registraron un total de 7.323 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12, se verifica un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzaron el máximo en SE24, con tendencia descendente en las detecciones entre hospitalizados en las siguientes semanas. En la última SE, se detectaron 15 casos positivos para influenza en internados.

Entre los 7.323 casos de influenza notificados durante 2025, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 7.012), con menor detección de influenza B (n= 178). De los casos

de influenza A, 2.226 cuentan con subtipificación, correspondiendo 2.212 a influenza A (H1N1) pdm09 y 14 a influenza A (H3N2). En relación a influenza B, 16 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. A la fecha, 133 casos de influenza permanecen sin tipificar.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 10.484 casos hospitalizados positivos para VSR, con tendencia ascendente de los casos a partir de la SE12**.** Durante 2024, a partir de la SE16 se registró un ascenso de las detecciones semanales de VSR, que alcanzaron su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En la última semana analizada (SE38/2025), se registran 134 casos de VSR en hospitalizados.

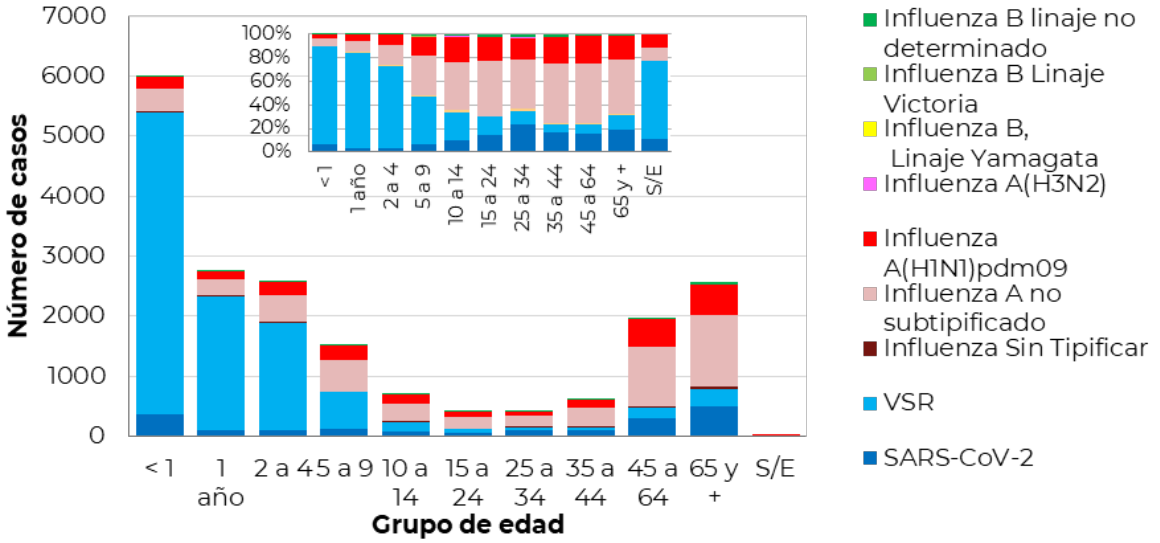
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE38/2025. Argentina.



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

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE38/2025, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en adultos mayores y personas de 45 a 64 años, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, personas mayores de 45 años y menores de 1 año.

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE38/2025.



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

A la fecha de elaboración de este informe, en lo que va de 2025, se registran 207 fallecidos con diagnóstico de influenza [10] . Respecto a SARS-CoV-2, se registra 1 fallecimiento con este diagnóstico en la última SE.

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

Ante la circulación de virus respiratorios -VSR, influenza —predominantemente A(H1N1)—, SARS-CoV-2, y otros virus respiratorios- en distintas jurisdicciones del país, 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.6.A. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN GENERAL

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

[10] Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

- Las personas con síntomas respiratorios deben evitar el contacto con otras personas y restringir las interacciones lo más posible hasta presentar mejoría clínica y haber transcurrido al menos 24 horas sin fiebre (sin uso de antitérmicos).

Para mayor información consultar:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf [11]

V.7. Vacunación antigripal

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

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

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

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

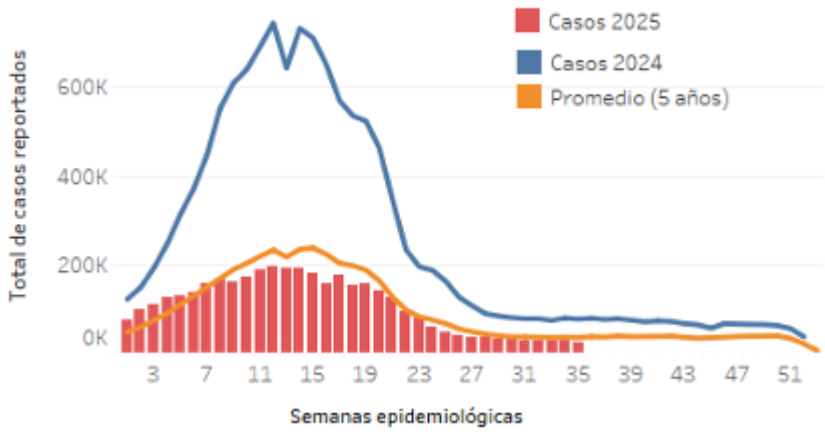
[11] Última versión vigente. Se encuentra en proceso de actualización para el año 2025.

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 19 de septiembre.

A la semana epidemiológica (SE) 35 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,775,291 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 371 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 35.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 35 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 3,775,291 casos de dengue reportados en las Américas, 1,517,536 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 5,980 (0.2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,907 muertes por dengue, para una letalidad del 0.051%.

13 países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 35. Estos países registran en conjunto 25,356 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 35.

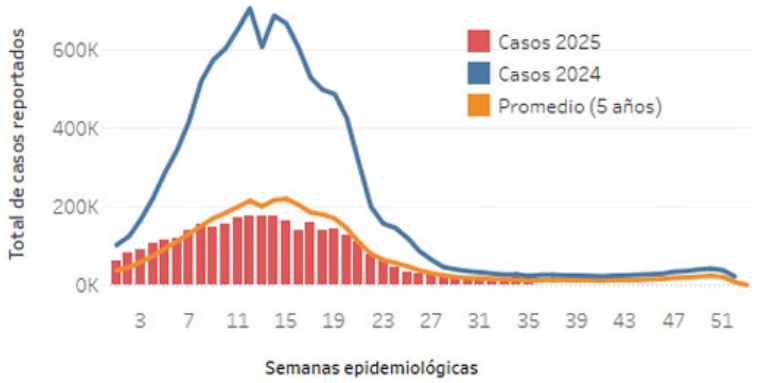
Del total de casos registrados en la SE 35, 57 fueron clasificados como dengue grave (0.2%), y se reportaron 8 muertes. para una letalidad de 0.032%.

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 18,618 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 35. 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.

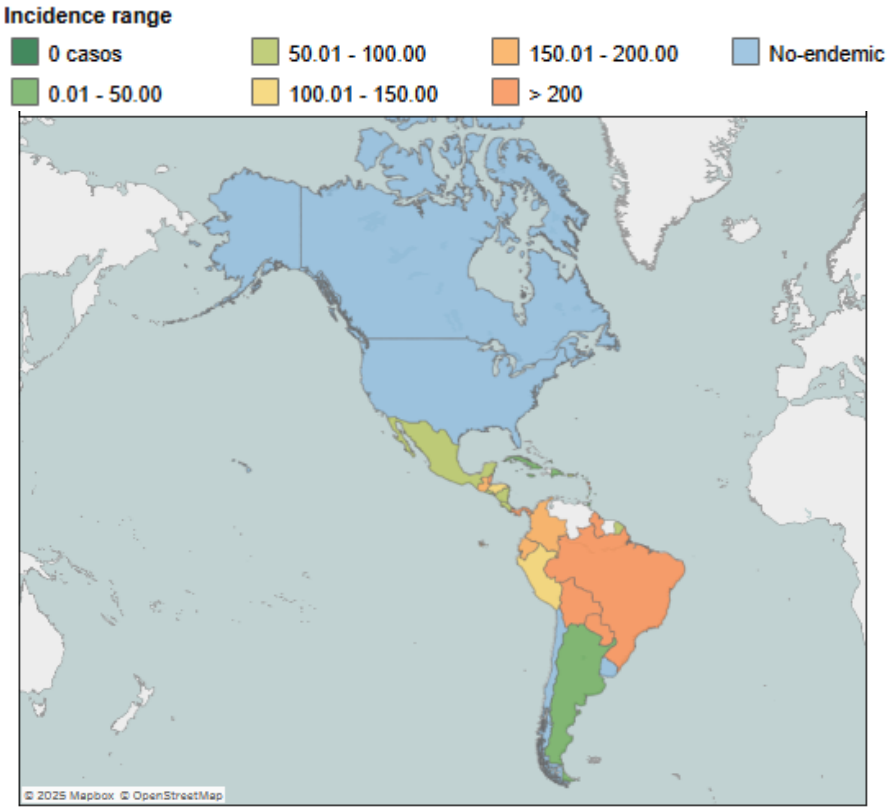
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 35, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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.[12]

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.

[12] 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)[13] y el ARBO-portal[14] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 25/09/2025 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 38/2025 se han registrado 20.776 casos, lo que representa una disminución del 47% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 36/2025, se confirmaron 11.969 casos, un 45% más que en igual período del año pasado, con 5 defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 37/2025, se han reportado 30.387 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 5.372 casos, un aumento de 13 veces el valor del año previo, con 4 defunciones por este evento. Asimismo, se notificaron 965 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 37/2025, se han reportado 23.889 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 6 casos.

Perú: hasta la SE 37/2025, se han notificado 35.574 casos de dengue, un 86% menos que el mismo periodo de 2024, con 51 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, se notificaron 79 casos, similar al valor del año previo, sin defunciones para este evento. Respecto al zika, se han notificado 4 casos, similar al año anterior, sin fallecidos para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 38/2025 se confirmaron 330 casos, un 96% 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 Américas[15], debido a que en 2025 se han reportado brotes de

[13] 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

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

[15] 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

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 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 nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026.

VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA

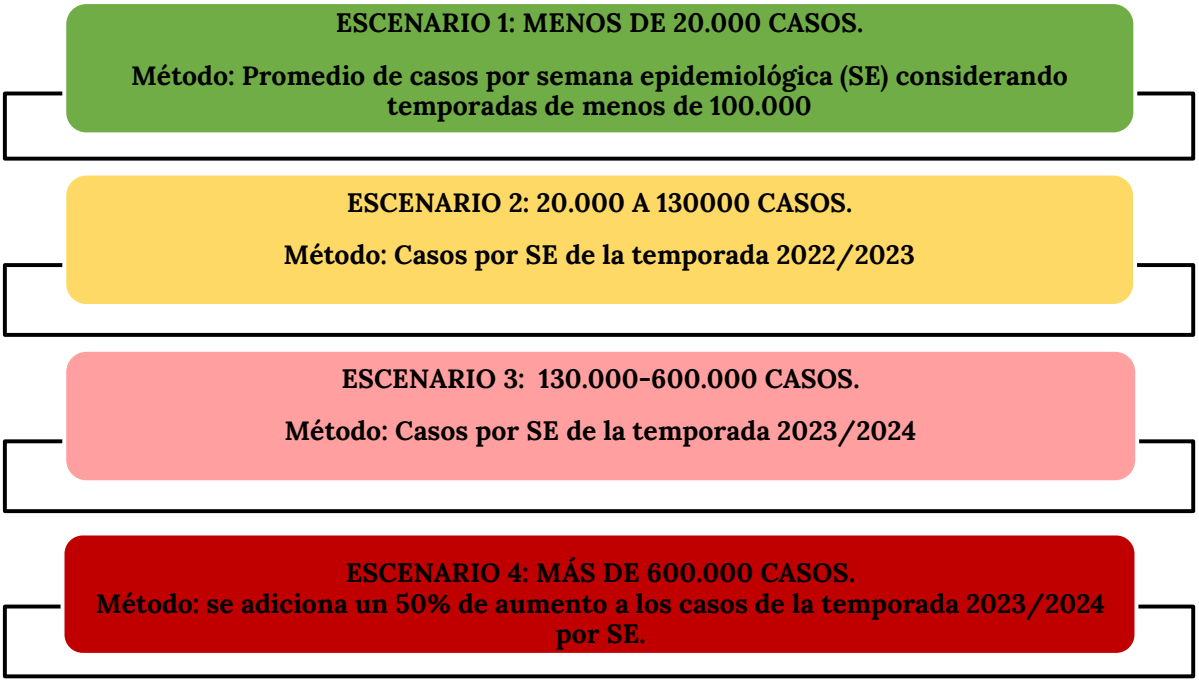
La estimación de **escenarios nacionales** para la próxima temporada de dengue se realizó mediante el análisis comparativo de curvas epidémicas históricas por semana epidemiológica (SE), tomando como referencia temporadas con distinta magnitud en el número de casos notificados en Argentina. Para cada 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.

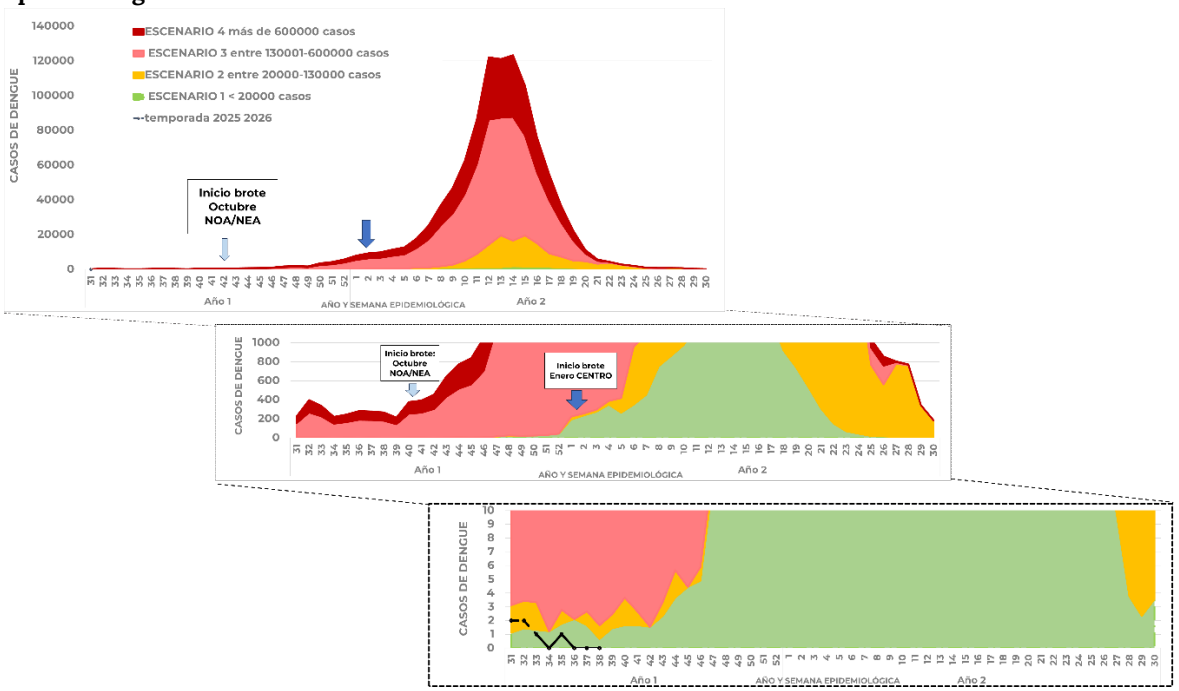
En el último gráfico (detalle en zoom) se proyectan los casos de la temporada 2025-2026 en los diferentes escenarios. Entre las SE31 y SE33 se notificaron 5 casos confirmados de dengue, de los cuales 2 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar 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.

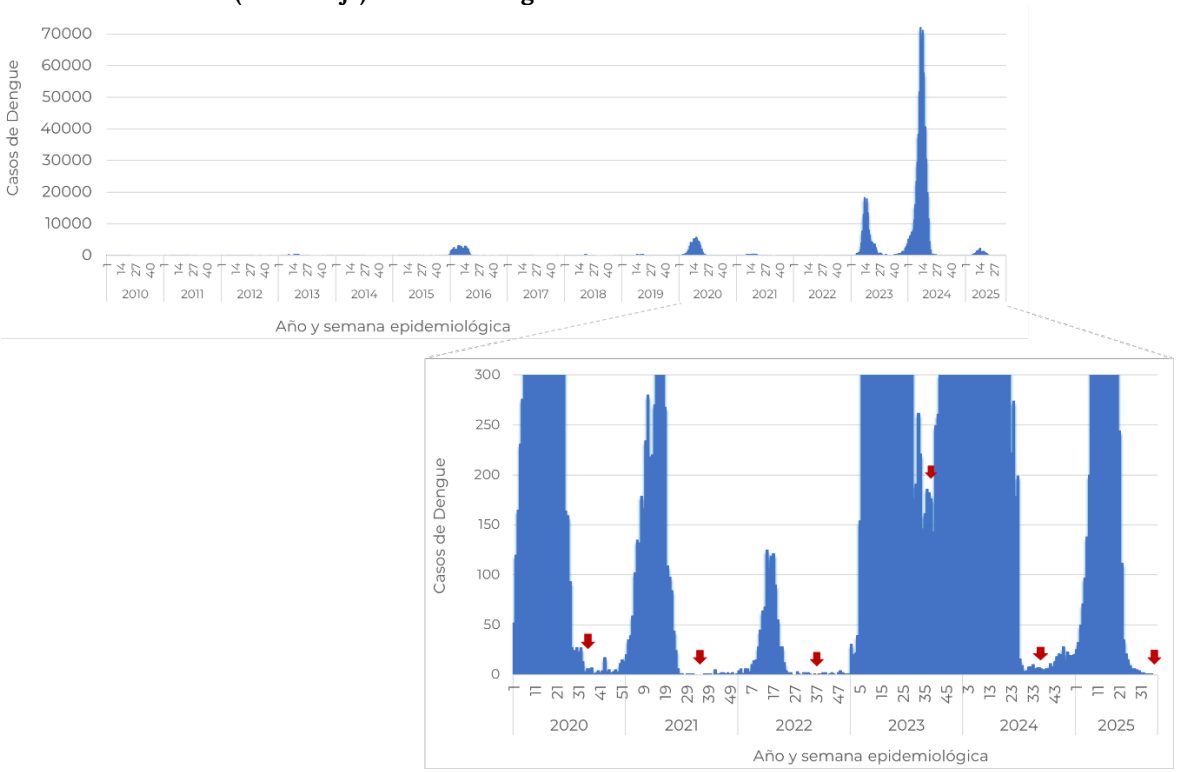
La definición operativa de temporada permite estructurar la vigilancia en un marco temporal en consonancia con la dinámica de transmisión, facilitando el análisis comparativo entre períodos y la planificación de las acciones de prevención y control. En este sentido, la temporada de dengue en Argentina 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 SE38/2025, 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[16] según semana epidemiológica. Años 2010-2025 y detalle 2020-2025 con referencia (flecha roja) a la SE 38. 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[17], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 1155 casos sospechosos de dengue, de los cuales 6 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), dos casos con antecedente de viaje a Brasil y Sri Lanka notificados en CABA y un caso con antecedente de viaje a Paraguay notificado por Provincia de Buenos Aires (Escobar) (Tabla 1).

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE38/2025 se notificaron 210 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.

[16]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).
[17] 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 SE38/2025. 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	2	1	2	67	16	89
CABA	0	1	2	0	24	8	35
Córdoba	0	3	0	0	71	2	76
Entre Ríos	0	0	0	0	5	0	5
Santa Fe	0	0	0	0	59	8	67
Total Centro	**1**	**6**	**3**	**2**	**226**	**34**	**272**
Mendoza	0	0	0	0	5	0	5
San Juan	0	0	0	0	4	0	4
San Luis	0	0	0	0	3	1	4
Total Cuyo	**0**	**0**	**0**	**0**	**12**	**1**	**13**
Chaco	0	2	0	0	69	2	73
Corrientes	0	0	0	0	1	2	3
Formosa	2	3	0	0	592	1	598
Misiones	0	0	0	0	34	1	35
Total NEA	**2**	**5**	**0**	**0**	**696**	**6**	**709**
Catamarca	0	0	0	0	11	0	11
Jujuy	0	0	0	0	20	3	23
La Rioja	0	0	0	0	4	0	4
Salta	0	0	0	0	31	4	35
Santiago del Estero	0	0	0	0	14	2	16
Tucumán	0	3	0	1	46	7	57
Total NOA	**0**	**3**	**0**	**1**	**126**	**16**	**146**
Chubut	0	0	0	0	1	0	1
La Pampa	0	0	0	1	6	1	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**	**12**	**2**	**15**
Total País	**3**	**14**	**3**	**4**	**1072**	**59**	**1155**

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.4. Vigilancia entomológica

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

VI.4.A. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR SENSORES DE OVIPOSICIÓN

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

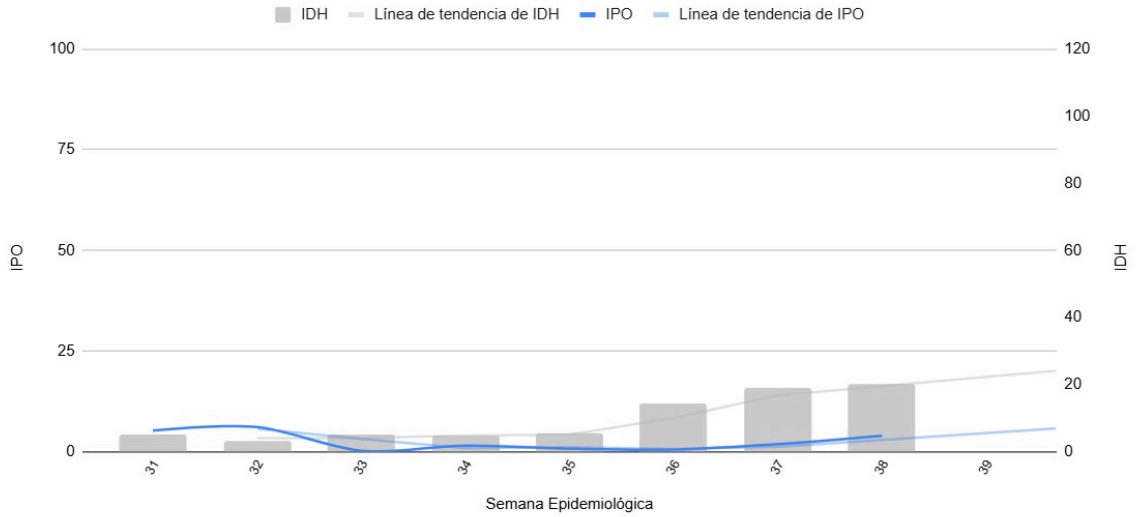
- Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO): Expresa la relación entre sensores positivos y examinados, estimando el riesgo entomológico. Este índice permite categorizar el riesgo como bajo (IPO < 40%), moderado (IPO entre 40% y 70%) o alto (IPO > 70%).
- Índice de Densidad de Huevos (IDH): Mide la relación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

VI.4.B. EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32–SE34 (2025)

Durante el período invernal, las jurisdicciones de las regiones Cuyo y Sur discontinúan la vigilancia entomológica debido a la negativización persistente de los sensores. Durante el actual período, se presentarán los resultados de la vigilancia entomológica con sensores de oviposición para las regiones NEA, NOA y Centro únicamente. Por otro lado, dado que suelen registrarse descensos significativos en la positividad de los sensores en dichas regiones, la información entomológica se publicará cada 2 semanas. Por el momento, no se publicarán gráficos a nivel nacional dado que, por lo anteriormente expuesto, el registro no resulta representativo de lo que ocurre con la dinámica de *Aedes aegypti* en nuestro país.

Durante las SE 31 a 38 se registraron sensores positivos en la región **NEA,** con valores de IPO menores al 7%. Si bien actualmente los valores se mantienen dentro de un riesgo entomológico bajo, a partir de la SE36 se observó un ascenso progresivo del IPO y del IDH, manteniendo una tendencia ascendente hacia la SE39 (Gráfico 1). Este patrón refleja un incremento gradual de la actividad reproductiva del vector en coincidencia con el incremento de las temperaturas para la región.

Gráfico 1. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2025)- SE 38 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.

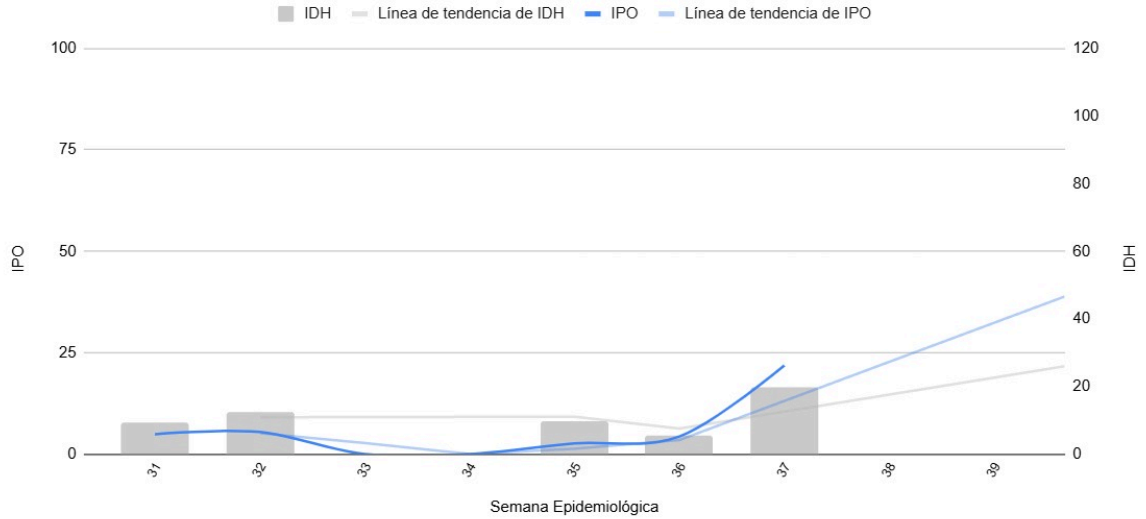


Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región **NOA**, el inicio de la positividad se observó en la SE31 con valores de IPO por debajo del 6%, asociados a una situación de riesgo entomológico bajo. Durante las semanas siguientes se registró una caída marcada de los índices, sin registro de actividad reproductiva entre las

SE33 y SE34. A partir de la SE35 se observaron nuevamente sensores positivos, con un leve repunte del IPO en la SE37, superando el 20% (Gráfico 2). El IDH acompañó estas variaciones, manteniéndose en valores bajos en todo el período analizado.

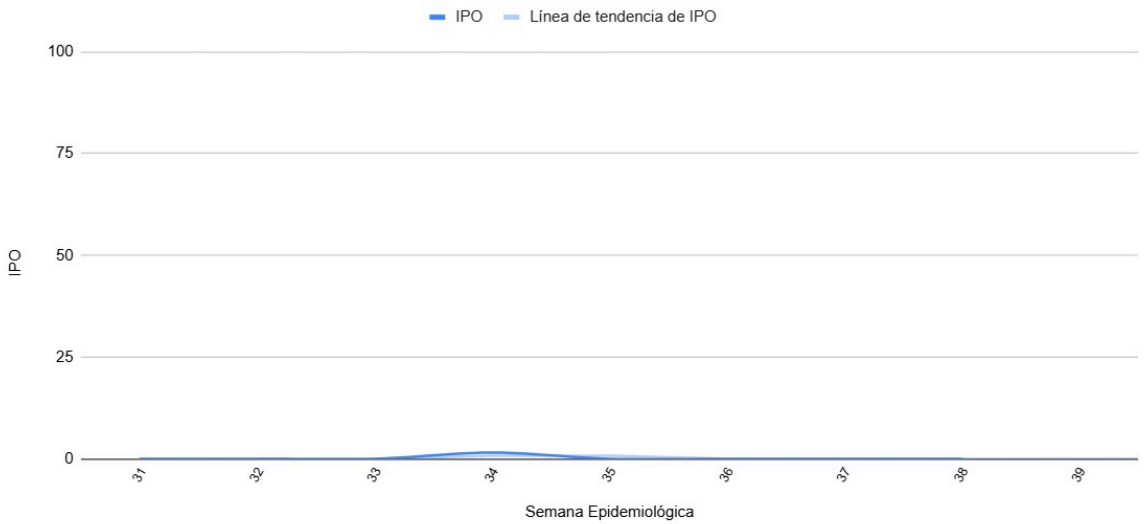
Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2025)- SE 38 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región **Centro**, la vigilancia mostró ausencia de positividad en la mayoría de las semanas. Únicamente en la SE34 se detectó un sensor positivo en una jurisdicción, mientras que en el resto del período (SE31 a SE39) todos los sensores resultaron negativos en las jurisdicciones relevadas (Gráfico 3). Este hallazgo puntual, aunque aislado, representa una señal a considerar en comparación con los registros históricos, en los que no se observaba actividad reproductiva del vector en esta época del año.

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2025)- SE 38 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

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

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

VI.4.C. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR ÍNDICES LARVARIOS

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

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

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

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

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

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

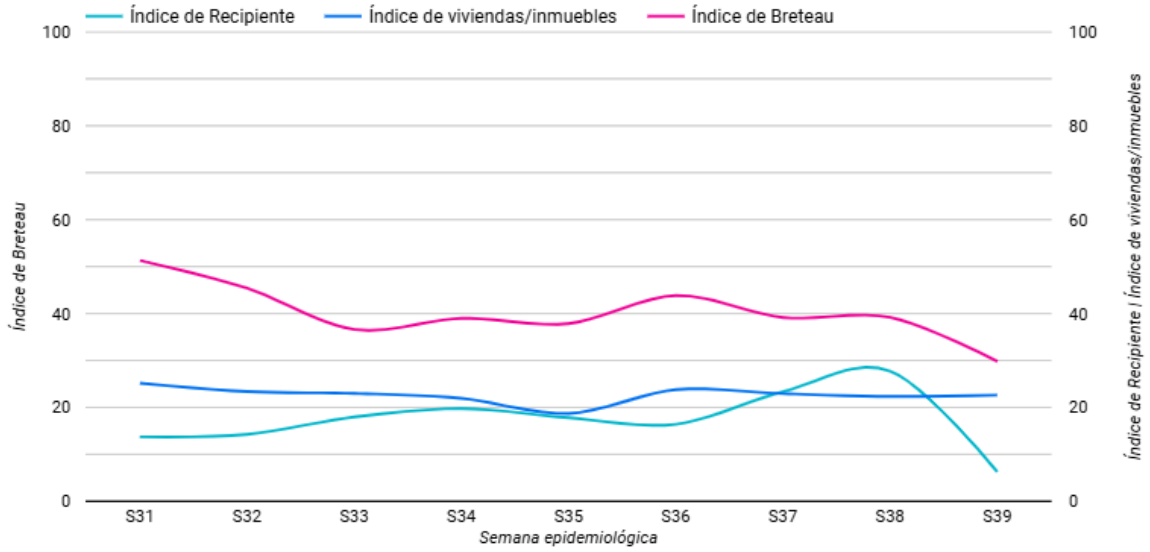
- **Índice de Breteau: (**recipientes positivos para Aedes aegypti / total viviendas inspeccionadas) *100

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

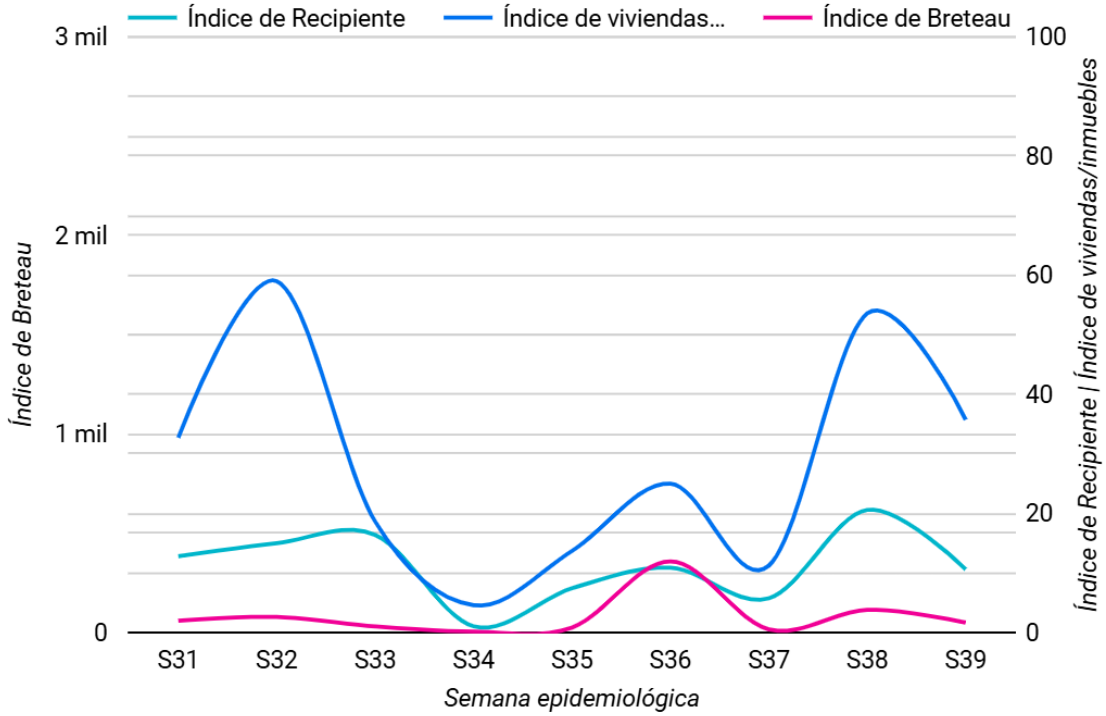
Cuando se realiza la desagregación por región se observa que, para la región **NEA**, se registran índices entomológicos altos en las viviendas visitadas durante la SE31 de 2025, coincidente en el caso del IB con una situación de riesgo entomológico alto (IB > 50%) y moderado de acuerdo a IV e IR (Gráfico 4A). Estos valores descendieron en las siguientes cuatro semanas, mostrando un nuevo pico en la SE36. Durante las subsiguientes semanas, los valores descienden, pero se mantienen en un riesgo entomológico moderado para todos los índices. Durante el período invernal, los equipos operativos dependientes de la DZyCETV profundizan las acciones sobre sitios críticos y predios estratégicos con el objetivo de reducir las poblaciones vectoriales previamente al aumento generalizado de las temperaturas. En el caso de los sitios críticos relevados en la región NEA, los índices entomológicos resultaron muy superiores a los calculados en las viviendas, principalmente el IB (Gráfico 4B), mientras que en el caso de los predios estratégicos visitados los índices calculados fueron similares a los domiciliarios (Gráfico 4C).

Para la región **NOA**, los índices larvarios registrados en viviendas mostraron valores elevados durante la SE31, correspondiente a una situación de riesgo entomológico moderado, aunque los valores de los 3 índices mostraron a partir de entonces una tendencia descendente que se recuperó en la SE36 y la SE38 (Gráfico 4A). Las acciones realizadas en sitios críticos muestran índices entomológicos dos órdenes de magnitud mayores que los hallados en viviendas durante la SE31 y la SE32, tanto en IB como en IV (Gráfico 5B), confirmando la necesidad de profundizar las acciones territoriales en este tipo de sitios. En el caso de los predios estratégicos visitados, se observaron índices entomológicos similares a los hallados en viviendas (Gráfico 5C).

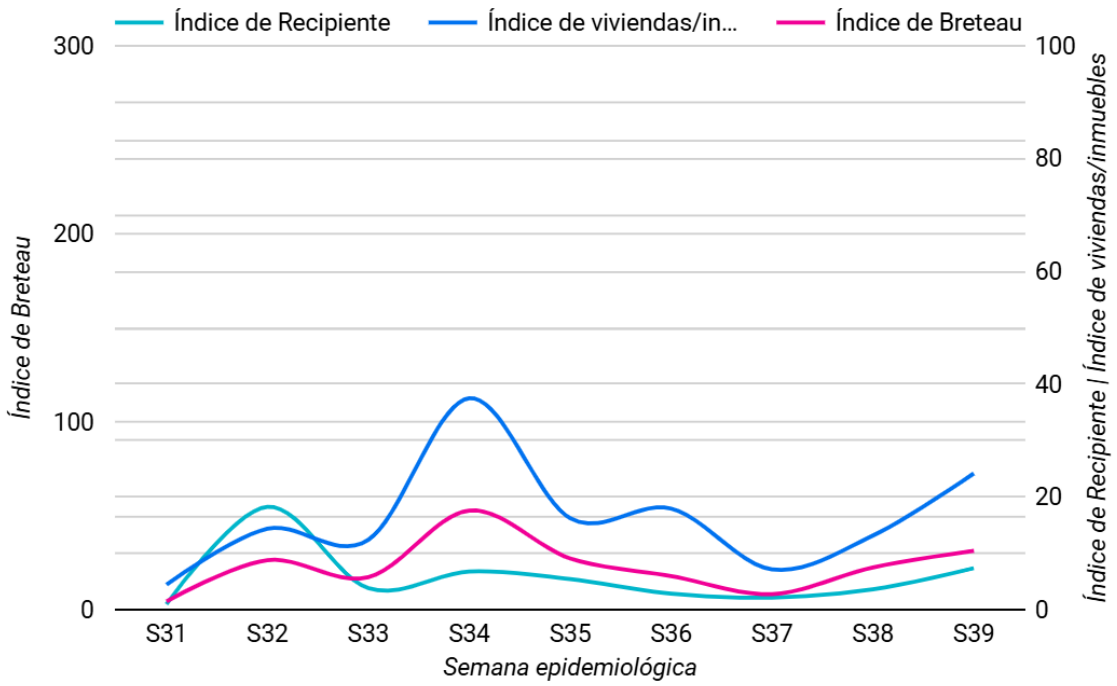
Gráfico 4 A. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas (A), Sitios Críticos (B) y Predios Estratégicos (C) en la región NEA SE 31 (2025)- SE 39 (2025).
A.



B.



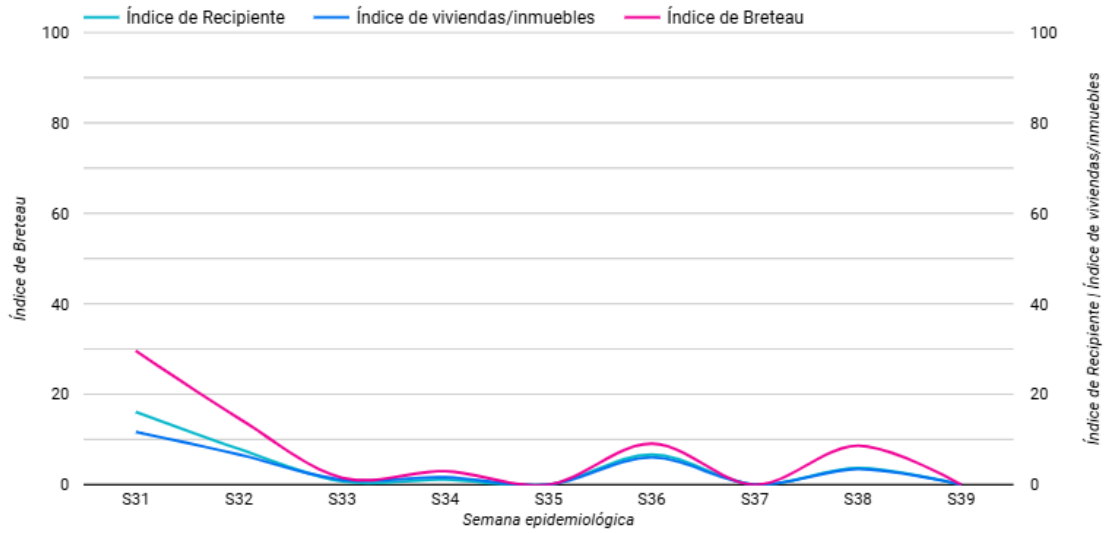
C.



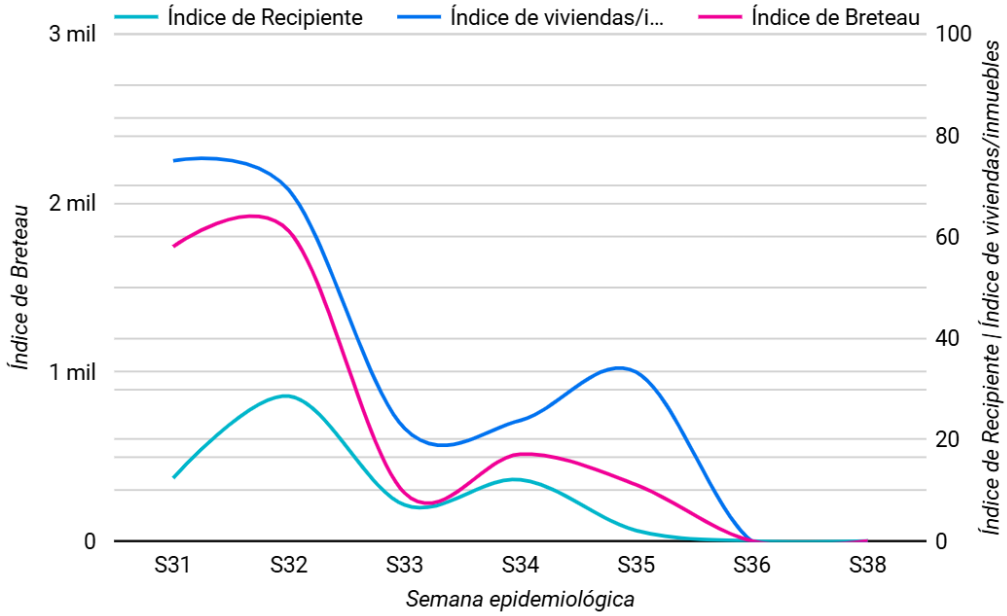
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Gráfico 5. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas (A), Sitios Críticos (B) y Predios Estratégicos (C) en la región NOA SE 31 (2025)- SE 39 (2025).

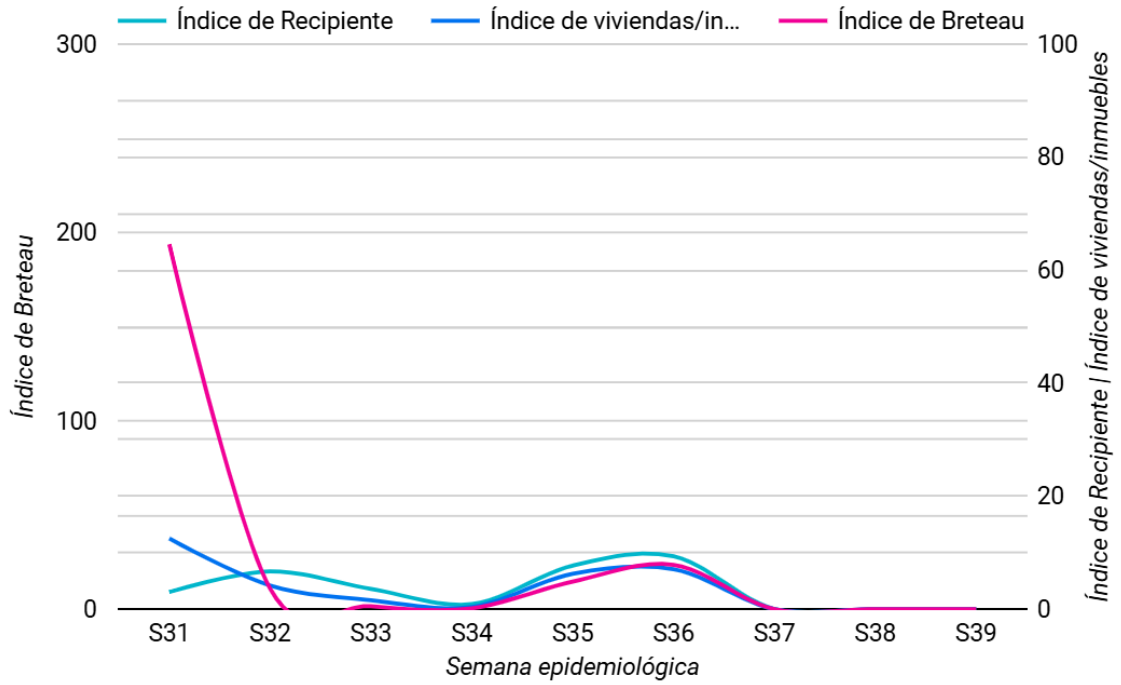
A.



B.



C.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

VII. Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) - Actualización informe epidemiológico

VII.1. Introducción

La Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA), también llamada "mal de los rastrojos", es una zoonosis viral aguda grave producida por el virus Junín (JUNV), cuyo reservorio son roedores silvestres de la especie *Calomys musculinus*, también conocido como "ratón maicero". El virus eliminado por los roedores infectados se transmite a las personas por inhalación a través de aerosoles o penetra a través de pequeñas heridas de la piel o mucosas.

La FHA se caracteriza por alteraciones vasculares, renales, hematológicas, neurológicas e inmunológicas con una letalidad que puede alcanzar el 30%, y que disminuye a valores cercanos al 1% en pacientes tratados con plasma inmune de convaleciente cuando se transfunde dentro de los 8 primeros días desde el inicio de los síntomas.

Es una zoonosis endemo-epidémica que comprende regiones de la pampa húmeda de las provincias de Buenos Aires, Córdoba, La Pampa y Santa Fe.

Desde la emergencia de la FHA en la década de 1950, el área endémica de la enfermedad se ha extendido progresivamente, la población en riesgo se ha incrementado, y los estudios en reservorios indican que podría haber nuevas extensiones, con la posibilidad de reemergencia de la enfermedad en áreas donde no se han registrado casos en los últimos años.

La FHA es una enfermedad prevenible por la vacuna Candid #1, que se incorporó al Calendario Nacional de Vacunación en el año 2007 (Resolución 48/2007). Está indicada para la población que reside o transita el área endémica de la FHA y es producida en el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH).

En este informe se presenta una actualización de la situación de la FHA para el año en curso. Para mayor información sobre los casos notificados en años previos, dirigirse a: BEN 746 SE 9.

VII.2. Situación de Fiebre Hemorrágica Argentina

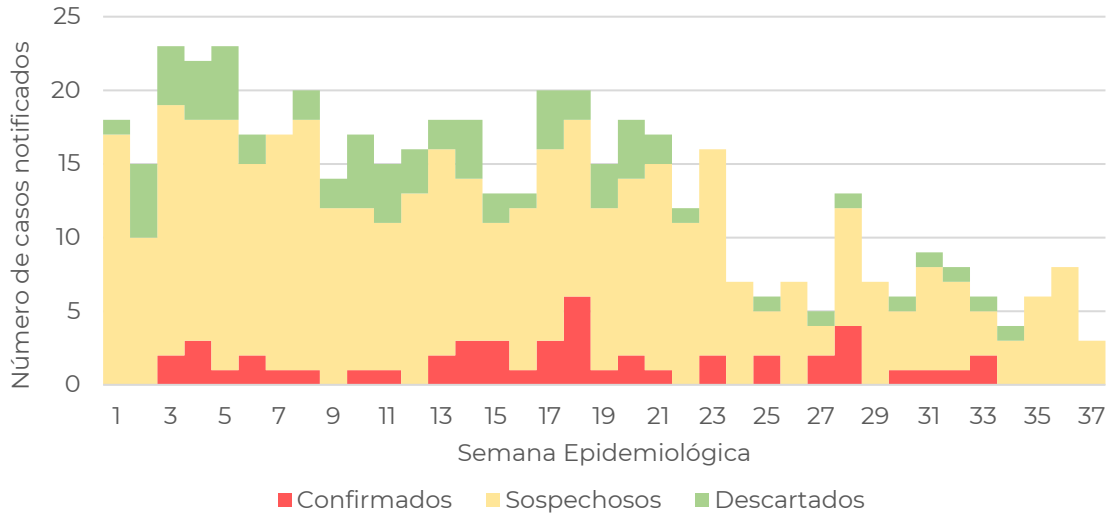
VII.2.A. NOTA METODOLÓGICA

Los casos se presentan según la fecha mínima, que se construye seleccionando la fecha de inicio de síntomas (FIS), o la fecha de consulta, o la de toma de muestra o, por último, de apertura (registro del caso en el SNVS) si no tuviera consignada ninguna de las anteriores. Además, se agrupan por jurisdicción de residencia consignada en el SNVS2.0, y en caso de no tenerla, por jurisdicción de notificación. La notificación de FHA es de modalidad nominal, por lo que, para este análisis se utilizó el evento "Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)" del SNVS2.0, del que se excluyeron los casos clasificados de forma manual como "Invalidados por Epidemiología".

VII.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL (2025)

Considerando la fecha mínima, hasta la semana epidemiológica (SE) 37 del corriente año se notificaron 492 casos sospechosos de FHA, de los cuales 49 se confirmaron y 70 fueron descartados (Gráfico 1). Además, se notificaron tres fallecimientos entre los casos confirmados para este evento durante el año en curso.

Gráfico 1. FHA: Casos notificados según clasificación por semana mínima. Argentina. SE 01 a SE 37. Año 2025.



Fuente: Elaboración en base a información proveniente del SNVS 2.0.

Los casos confirmados corresponden a residentes de Buenos Aires (18), Santa Fe (16) y Córdoba (15) (Tabla 1). Estas tres provincias han sido históricamente las más afectadas, y en los últimos cinco años concentraron el 38%, 46% y 15% de los casos confirmados, respectivamente. El aumento es más acentuado en Córdoba, mientras que en Santa Fe la situación se mantiene dentro de los valores esperados.

Tabla 1. FHA: Casos confirmados según jurisdicción y departamento de residencia. Argentina. SE 01 a SE 37. Años 2024-2025.

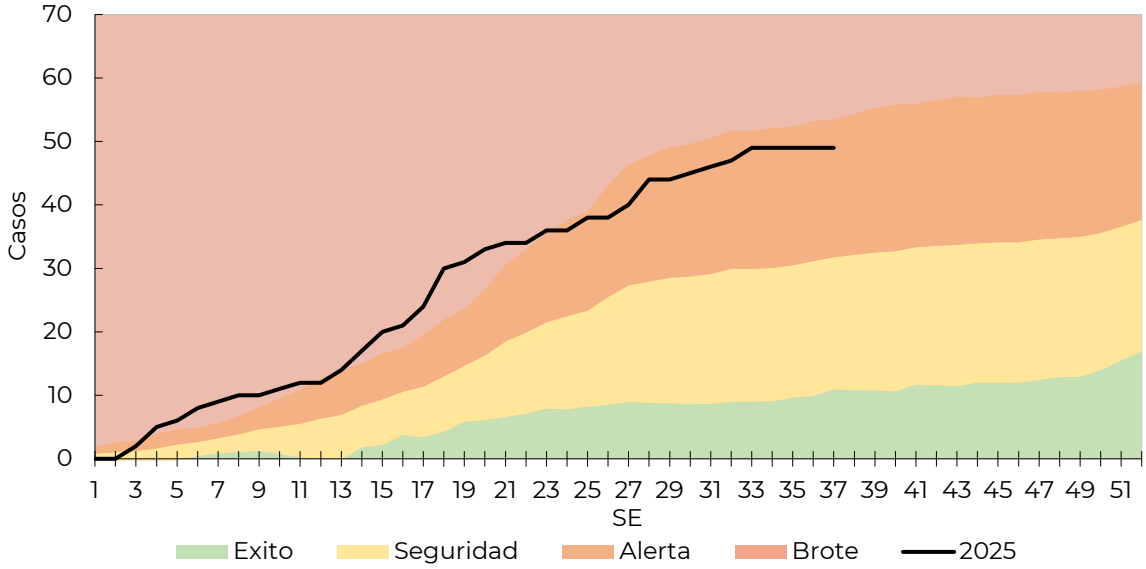
Provincia	Departamento	SE 1-37/2024	SE 1-37/2025
Buenos Aires	Benito Juárez		1
	Pergamino	3	5
	Ramallo	1	
	San Nicolás	17	11
	San Pedro		1
Total Buenos Aires		**21**	**18**
Córdoba	General San Martín		3
	Marcos Juárez	1	1
	Unión		11
Total Córdoba		**1**	**15**
Santa Fe	Belgrano		2
	Caseros	1	
	Constitución	8	7
	Rosario	9	4
	Iriondo		1
	San Lorenzo	1	
	San Martín	1	2
Total Santa Fe		**20**	**16**
Total País		**42**	**49**

Fuente: Elaboración en base a información proveniente del SNVS 2.0.

Considerando la tendencia de los últimos cinco años, a la SE 37 los casos acumulados de FHA

se encuentran por encima de lo esperado (Gráfico 2), con un valor similar al registrado a la misma SE de 2022.

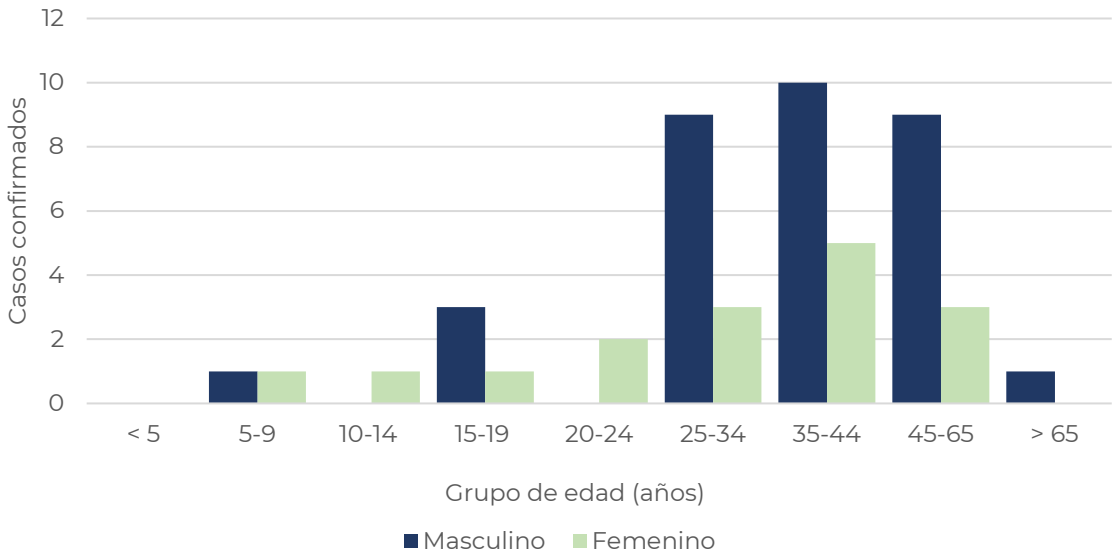
Gráfico 2: Corredor endémico acumulado de Fiebre Hemorrágica Argentina. Periodo 2020 a SE 37/2025.



Fuente: Elaboración en base a información proveniente del SNVS 2.0.

De los casos confirmados durante el año en curso, el 67% son de sexo masculino (33), con una mediana de 35 años de edad (mín. 5 y máx. 71). Como se observa en el Gráfico 3, los casos se concentran mayoritariamente en los grupos de edad comprendidos entre los 25 y 65 años, similar a lo observado en años anteriores.

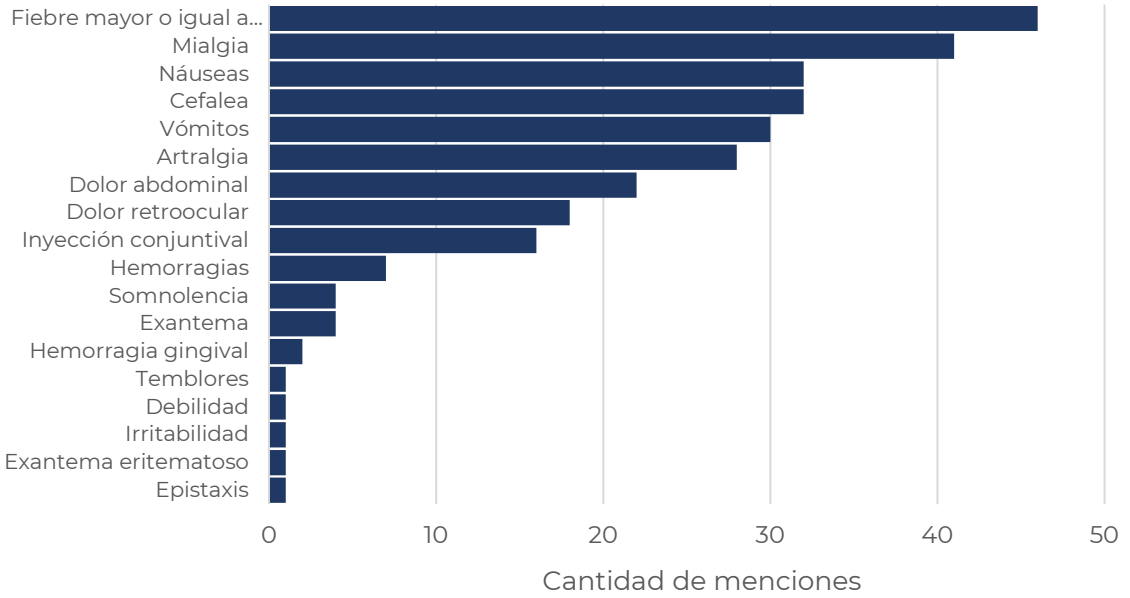
Gráfico 3. Casos confirmados de FHA según sexo y grupo etario. Argentina. SE 01 a SE 37. Año 2025.



Fuente: Elaboración en base a información proveniente del SNVS 2.0.

En el 98% de los casos confirmados de FHA se registraron los síntomas. Los más frecuentes fueron fiebre (96%), mialgia (85%), cefalea (67%), náuseas (67%) y artralgia (58%) (Gráfico 4).

Gráfico 4. Síntomas reportados en casos confirmados de FHA. Argentina. SE 01 a SE 37. Año 2025. (n=48).



Fuente: Elaboración en base a información proveniente del SNVS 2.0.

VII.2.C. VIGILANCIA ECO-EPIDEMIOLÓGICA (2025)

La vigilancia eco-epidemiológica de la fiebre hemorrágica argentina (FHA) tiene como objetivo monitorear la circulación del virus Junín (JUNV) en *Calomys musculinus*, su principal reservorio, y estimar el riesgo de aparición de casos humanos. Dado que la distribución geográfica de este roedor es más amplia que el área endémica reconocida, su seguimiento resulta clave para detectar tempranamente eventos de emergencia en nuevas zonas o de reemergencia en áreas históricas.

En 2025 se realizaron capturas en áreas rurales de Gardey (Buenos Aires, dentro del área endémica) y en Justo Daract (San Luis) y Oliva (Córdoba, fuera del área endémica). Los indicadores de riesgo aplicados, éxito de trampeo (ET) y abundancia relativa (AR) de C. *musculinus*, mostraron valores de riesgo en Justo Daract y Oliva, mientras que en Gardey el ET se clasificó como riesgo y la AR como alarma.

Las muestras de sangre y cerebro analizadas mediante RT-PCR en tiempo real no evidenciaron circulación viral. Sin embargo, la ausencia de detección molecular no descarta circulación focal o sub-detectada, y la presencia de indicadores de riesgo dentro y fuera del área endémica refuerza la necesidad de sostener y ampliar la vigilancia eco-epidemiológica, considerando la amplia distribución del reservorio y su potencial de emergencia o reemergencia.

VII.3. Recomendaciones

VII.3.A. VACUNACIÓN

El propósito de la estrategia de vacunación con Candid #1 es reducir la morbilidad y la letalidad de la enfermedad en población que reside o transita el área endémica de la FHA. Desde el año 2007 la vacuna Candid #1 se encuentra incorporada al Calendario Nacional de Vacunación con un esquema de única dosis a partir de los 15 años para personas que residan o desarrollen actividades en el área endémica de la enfermedad y no hayan recibido vacuna Candid #1 anteriormente.

El área endémica comprende diferentes departamentos de las provincias de Santa Fe, Córdoba, Buenos Aires y La Pampa. Se debe tener en cuenta que la protección se alcanza un mes después de la vacunación. Se debe sostener la vacunación del calendario nacional sin embargo, ante una situación de brote se recomienda que las acciones de vacunación intensivas se organicen priorizando la inmunización de la población residente y que desarrolla actividades en zonas rurales o semiurbanas de las zonas endémicas (trabajadores rurales, transportistas, trabajadores en acopiadoras de cereales, molinos, actividades recreativas, trabajadores migrantes estacionales o comúnmente conocidos como "trabajadores golondrinas", etc.), teniendo en cuenta la información brindada por la vigilancia epidemiológica actualizada.

Se recomienda que estas acciones se concentren principalmente en aquellos partidos que han presentado casos confirmados en los últimos tres años (Tabla 2).

Tabla 2. Departamentos / Partidos con casos confirmados de FHA entre la SE01/2022 y la SE37/2025.

Provincia	Departamentos /Partidos
Buenos Aires	Colón, Olavarría, Pergamino, Ramallo, San Nicolás, San Pedro, Benito Juárez
Córdoba	General San Martín, Marcos Juárez, San Justo, Tercero Arriba, Unión
Santa Fe	Caseros, Constitución, General Obligado, Iriondo, Rosario, San Lorenzo, San Martín, Belgrano, San Jerónimo

Fuente: Elaboración en base a información proveniente del SNVS 2.0 *e* INEVH.

Contraindicaciones:

- Embarazo: se desconocen los efectos que esta vacuna puede provocar en el embarazo.
- Lactancia: el virus Junín se ha aislado de la leche humana en casos de FHA.
- Inmunosupresión congénita o adquirida y enfermedades agudas febriles graves en curso.
- Afecciones crónicas malignas o descompensadas que puedan afectar la respuesta inmune.
- Tratamiento activo con corticosteroides en dosis altas (Ej: 20/mg/día de prednisona por más de 15 días) o medicación inmunosupresora.

VII.3.B. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

La erradicación de las poblaciones de roedores no es practicable en el medio silvestre, en cambio debe sugerirse un control que permita mantener en balance a las poblaciones de roedores que conviven en nuestro entorno y evitar el contacto con las personas.

La prevención mediante la vacunación es una estrategia fundamental, con una única dosis a partir de los 15 años para personas que residan o desarrollen actividades en el área endémica de la enfermedad y no hayan recibido vacuna Candid #1 anteriormente.

Es importante evitar el riesgo de exposición y contacto con los roedores y sus excretas. Para ellos se recomienda:

- Usar calzado cerrado, guantes y ropa que cubra la piel para trabajar en el campo o la huerta.

- Realizar una limpieza cuidadosa de las manos con agua y jabón, y cambiar la ropa luego del trabajo en el campo o huerta.
- Evitar llevarse tallos a la boca y/o acostarse directamente sobre el pasto.
- Ventilar por al menos 30 minutos antes de entrar a lugares como viviendas y galpones ubicados en ambientes rurales y/o silvestres que hayan estado cerrados por periodos prolongados.
- Realizar la limpieza (pisos, paredes, puertas, mesas, cajones y alacenas) con una parte de hipoclorito de sodio y nueve de agua (dejar 30 minutos y luego enjuagar). Humedecer el piso antes de barrer para no levantar polvo.
- En caso de haber presencia de orina y/o heces, desinfectar con lavandina 10% (30 minutos), y retirar con papel, y luego descartar.
- Mantener desmalezados los bordes y debajo de los alambrados, aguadas de los molinos, montes frutales y caminos de acceso a la vivienda.
- No elimine a los predadores naturales de los roedores como lechuzas, lechuzones, chimangos. En la vivienda:
- Mantener el pasto bien corto, por lo menos hasta 30 metros de la vivienda para evitar que los roedores se acerquen a ella.
- Utilizar recipientes cerrados de vidrio, plástico grueso o de metal para almacenar granos, alimentos para animales, basura y desperdicios.
- Tapar los agujeros de las viviendas y galpones para que no puedan entrar los roedores con materiales como mallas de acero (virulana de metal en hendijas, por ejemplo), cemento u otro material resistente a la acción de los roedores.
- Hacer la huerta lejos de la casa y mantenerla desmalezada.
- Cuando se realiza la cosecha de un lote aledaño a la vivienda siempre es recomendable comenzar por el margen más cercano a la misma para que los roedores tengan refugio en el cultivo.

En los pueblos y ciudades:

- Este roedor tiene hábitos silvestres, a diferencia de otros roedores que tienen hábitos sinantrópicos, es decir, en relación a las personas. Es por ello que en las ciudades se deben enfatizar las medidas de prevención en aquellas áreas lindantes a corredores que unen el campo con la ciudad.
- Mantener desmalezadas las vías del ferrocarril, los terrenos baldíos, cursos de agua.
- Mantener la limpieza de las calles, veredas y no acumular basura.

Donación de plasma

Se convoca a todas aquellas personas que padecieron FHA en el pasado y se recuperaron a comunicarse con los teléfonos de contacto para coordinar una posible donación de plasma inmune para el tratamiento de los casos sospechosos que tengan indicación del mismo. Asimismo, se insta a los equipos de salud a promover activamente la donación de plasma entre los pacientes recuperados.

VII.4. Medidas ante casos

VII.4.A. TRATAMIENTO

El tratamiento específico para la FHA lo constituye el plasma inmune. Se obtiene de personas que padecieron la enfermedad y se curaron. Al administrar 3500 unidades terapéuticas (UT) por Kg de peso del paciente, durante cómo máximo los primeros 8 días del inicio de los síntomas, la letalidad de la FHA puede disminuirse del 30-15% a casi un 1%. La administración de plasma inmune luego de los 8 días del inicio de síntomas no es eficaz. La indicación de tratamiento debería realizarse respetando el algoritmo clínico de la enfermedad.

Con la finalidad de acercar las unidades de tratamiento a los efectores donde se asisten los casos, existe una red de bancos de plasma jurisdiccionales que funciona en coordinación con el Programa Nacional de Control de la FHA. Los médicos tratantes de pacientes con diagnóstico clínico de FHA pueden solicitar el plasma inmune a los bancos de plasma ubicados en las provincias del área endémica.

Información de contacto

Provincia de Buenos Aires: Hospital Interzonal General de Agudos “San José” de Pergamino. Servicio de Hemoterapia Tel: 02477-429795 al 99 interno 161-162; y Hospital Interzonal General de Agudos “San Felipe” de San Nicolás. Servicio de Hemoterapia Tel: 0336-4422880, interno 233. Departamento de Zoonosis Rurales de Azul Tel: 02281-424483. Centro Regional de Hemoterapia de Tres de Febrero (Besares 4550, Ciudadela), Tel: 011-1576551682.

Provincia de Córdoba: Ministerio de Salud. Área de Epidemiología. Tel: 0351-153463803 Banco de Sangre. Tel: (0351) 246-5112 (Guardia diurna), (0351) 392-5881 (Guardia Nocturna).

Provincia de La Pampa: Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Tel: 02954-15527212/ 02954-418870.

Provincia de Santa Fe: Hospital Provincial de Rosario. Servicio de Hemoterapia. Tel: 0341-4721111, interno 1150/ 0341-153770618. / (0341) 472-1114, interno 1150.

INEVH “Dr. Julio I Maiztegui”. **Pergamino.** Tel: 02477- 433044 - 429712 - 429714

VII.5. Medidas ante contactos

Ante la identificación de contactos o personas expuestas al mismo riesgo, se debe realizar una investigación epidemiológica para determinar la fuente de infección y evaluar los sitios probables de contagio. No se recomienda la inmunización de los contactos como medida de control de foco, pero resulta conveniente reforzar la recomendación e intensificar las acciones de vacunación en la población general. Asimismo, se indica reforzar las medidas para evitar el

ingreso de roedores a las viviendas y limitar la anidación en peridomicilios, galpones y la limpieza de pueblos y ciudades mencionadas anteriormente, así como la búsqueda activa de conductas y hábitos de riesgo. Además, se deben brindar recomendaciones de prevención adaptadas a cada situación observada.

VII.6. Conclusiones

La situación epidemiológica de la Fiebre Hemorrágica Argentina evidencia la importancia de sostener la sospecha clínica de esta enfermedad en las zonas endémicas, de modo de garantizar la confirmación temprana y la administración oportuna de plasma inmune de convaleciente. Este tratamiento específico reduce drásticamente la letalidad cuando se aplica dentro de los primeros ocho días desde el inicio de los síntomas.

Del mismo modo, resulta fundamental poder descartar otras patologías que comparten una sintomatología semejante, como dengue, principal diagnóstico diferencial en la actualidad, leptospirosis, hantavirus, influenza. Un diagnóstico correcto permite no solo orientar el manejo clínico adecuado de cada paciente, sino también evitar el uso innecesario de plasma en casos en los que no está indicado, resguardando así un recurso terapéutico limitado.

El aumento constatado en el departamento Unión de la provincia de Córdoba, tiene como hipótesis una mayor exposición de las personas susceptibles ante un probable crecimiento poblacional de los roedores reservorios. Lo que evidencia la necesidad de priorizar en esta jurisdicción estudios eco-epidemiológicos.

La disponibilidad de plasma inmune depende de la solidaridad de los pacientes recuperados, por lo que es indispensable promover activamente la donación.

La vacunación con Candid #1 en las poblaciones que residen o transitan el área endémica constituye una herramienta esencial para disminuir la morbilidad y la mortalidad asociadas a la FHA.

El abordaje integral de la FHA requiere de un esfuerzo coordinado que combine la sospecha clínica precoz, la utilización racional del plasma, la promoción de la donación, la vacunación sostenida y la vigilancia epidemiológica y eco-epidemiológica, en el marco del trabajo conjunto entre equipos de salud, autoridades sanitarias y la comunidad.

VII.7. Vigilancia epidemiológica

La FHA constituye un evento de notificación obligatoria en los términos de la Ley Nacional 15465 y la Resolución 2827/2022.

VII.7.A. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

Los objetivos de la vigilancia de esta enfermedad incluyen identificar los escenarios de transmisión, así como grupos y áreas de riesgo, para reducir la letalidad mediante el uso del tratamiento específico oportuno, y orientar las acciones de prevención, incluyendo la mejora de estrategias de acceso a la vacuna contra FHA.

VII.7.B. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Dentro del área endémica de la FHA y fuera del área endémica en pacientes que hayan visitado la región en las 3 semanas previas al inicio de síntomas se considera:

Caso sospechoso: paciente con síndrome febril inespecífico, que presente recuentos de glóbulos blancos ≤4.000/mm3 y recuento de plaquetas ≤ 100.000/mm3.

Caso sospechoso no conclusivo: caso sospechoso con resultado de laboratorio no conclusivo (RT PCR tiempo real JUNV con resultado NO DETECTABLE sin segunda muestra).

Caso confirmado: paciente que presenta confirmación de laboratorio de infección por JUNV por alguna de las siguientes técnicas diagnósticas:

1. Detección de genoma de JUNV en suero, coágulo y/u órgano mediante RT PCR (reacción en cadena de polimerasa) en tiempo real.
2. Serología (seroconversión por técnica de ELISA IgG y/o PRNT técnica de neutralización por reducción de placas, en muestras de suero de 0 y 45 o más días desde el inicio de los síntomas);
3. Aislamiento en cultivos celulares de JUNV en muestras de sangre, suero y/u órgano del período agudo en pacientes fallecidos.

Caso descartado: paciente que no presenta seroconversión por técnicas de ELISA IgG y/o PRNT, en muestras de suero de 0 y 45 días o más días desde el inicio de los síntomas.

Caso descartado por diagnóstico diferencial: caso sospechoso descartado que presenta diagnóstico de otra enfermedad de presentación similar.

VII.7.C. NOTIFICACIÓN

La estrategia de vigilancia es universal con periodicidad inmediata bajo el evento: Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA). La modalidad de vigilancia es nominal desde la sospecha para los que cumplan con la definición de caso sospechoso.

Ficha de notificación:

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

VIII. Chagas en embarazadas y Chagas congénito - Actualización informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

La Enfermedad de Chagas o Tripanosomiasis americana es una infección causada por el parásito protozoo *Trypanosoma cruzi*, el cual puede transmitirse a las personas por diferentes vías. En Argentina la principal vía de transmisión es la vía vertical, y en menor medida la vectorial. La transmisión por vía transfusional, oral, por trasplantes de órganos y por accidentes de laboratorio es infrecuente en nuestro país.

La infección por *Trypanosoma cruzi* puede cursar de forma sintomática o asintomática. El diagnóstico en la fase aguda se basa en métodos directos o de biología molecular para la detección del parásito, mientras que en la fase crónica se realiza mediante la detección de anticuerpos específicos, utilizando dos pruebas serológicas de diferente principio metodológico.

La enfermedad de Chagas, reconocida como un problema relevante de Salud Pública, dispone de estrategias eficaces para su prevención, diagnóstico, tratamiento y control. No obstante, el principal desafío radica en el fortalecimiento de una respuesta integral y articulada que permita minimizar su impacto en la salud de la población.

Como ocurre en particular con los eventos de transmisión vertical, dada la complejidad de la vigilancia de Chagas congénito y en embarazadas, los datos presentados están sujetos a revisión y actualización permanente, en función de ajustes en la notificación. Esta actualización se apoya, entre otros insumos, en el Informe Mensual de Gestión (IMG) de Chagas congénito producido por la Dirección de Epidemiología, que se propone mejorar la calidad de los datos y resolver inconsistencias. La fragmentación de la información en los eventos de transmisión perinatal, producto de la participación de múltiples actores en la atención materno-infantil, dificulta la trazabilidad, aunque el sistema de vigilancia busca integrarla. A su vez, la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, lleva adelante instancias de trabajo conjunto con las provincias para el alcance de las metas programáticas del Programa Nacional de Chagas con el objetivo de aumentar la cobertura diagnóstica en embarazadas y recién nacidos hijos de embarazadas positivas y aumentar la cobertura de tratamiento, promoviendo la carga de la información en el sistema nacional de vigilancia.

VIII.2. Chagas en embarazadas en Argentina

VIII.2.A. NOTA METODOLÓGICA PARA LA VIGILANCIA

Se realizó un análisis de los datos del SNVS 2.0, de la notificación nominal, con información notificada hasta el día 6 de septiembre de 2025.

Para el análisis de las **notificaciones agrupadas**, se consideraron los datos de los grupos de eventos “embarazadas - primer control” y “embarazadas - controles sin especificar”. En ambos casos, se incluyó el siguiente evento: “Chagas por dos técnicas (E)”.

Para el análisis de las **notificaciones nominales** se utilizó el evento “Chagas en embarazadas” del SNVS 2.0. Se excluyeron los casos clasificados manualmente como “Invalidados por Epidemiología” y “Caso Descartado”, así como los casos duplicados, definidos como dos notificaciones ocurridas con menos de 270 días de diferencia, considerando que corresponden al mismo embarazo. También se excluyeron las notificaciones de personas menores de 15 años

y mayores de 49 años al momento del diagnóstico. Se consideraron como casos de Chagas en embarazadas aquellos con clasificación manual "Caso Confirmado", "Caso de Chagas en embarazadas", "Caso discordante de Chagas en embarazadas", "Caso en estudio" y "Caso sospechoso", dado que se trata de un evento notificado a partir de resultados de laboratorio positivos. Para determinar el año de diagnóstico, se utilizó como referencia la variable "Fecha de registro en papel". En ausencia de esta, se tomó la "Fecha de consulta" y, de no estar disponible, la "Fecha de apertura".

En relación con la procedencia de los casos, se priorizó la variable "Provincia de residencia"; en caso de no estar consignada, se utilizó como alternativa la "Provincia de carga".

Para el cálculo de las razones y tasas, se utilizó como referencia la información publicada por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) sobre los nacidos vivos registrados según la jurisdicción de residencia de la madre[18].

VIII.2.B. INDICADORES PROGRAMÁTICOS

Para la construcción de los indicadores se utilizan las distintas bases de datos del SNVS 2.0, tal como se detalla a continuación:

- **Cobertura de tamizaje en embarazadas (meta: 90% de cobertura en gestantes con serología por dos técnicas)**
    - *Definición*: Número de muestras estudiadas en embarazadas / Número de nacidos vivos en el mismo año × 100.
    - *Construcción*: Numerador = estudios en embarazadas por dos técnicas (datos de "Primer control" y "Control sin especificar" de la base agrupada). Denominador = nacidos vivos del subsector oficial publicados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) para el mismo año.
- **Porcentaje de tamizaje positivo en embarazadas**
    - *Definición*: Número de muestras positivas en embarazadas / Número de muestras estudiadas en embarazadas × 100.
    - *Construcción*: Numerador = muestras positivas en embarazadas por dos técnicas (datos de "Primer control" y "Control sin especificar" de la base agrupada). Denominador = estudios en embarazadas por dos técnicas (datos de "Primer control" y "Control sin especificar" de la base agrupada).

VIII.2.C.SITUACIÓN DE CHAGAS EN EMBARAZADAS EN ARGENTINA

Caracterización a partir de la notificación agrupada de laboratorio

El presente apartado analiza la situación de Chagas en embarazadas en Argentina durante el año 2025, a partir de los datos de notificación agrupada provenientes de laboratorio. Dado que la información corresponde a un año en curso, los datos presentados son preliminares y están sujetos a modificaciones conforme se completen las notificaciones y se realicen ajustes en el sistema de vigilancia.

[18] Información disponible en el siguiente enlace:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/12/boletin_numero_171_172024.pdf

En cuanto al indicador de cobertura de tamizaje en embarazadas, este permite estimar qué proporción de la población gestante es efectivamente estudiada y, por lo tanto, aporta una dimensión del grado de acceso al servicio. Su cálculo, sin embargo, requiere contar con el denominador de nacidos vivos, disponible únicamente a año cerrado. Por este motivo, los resultados consolidados se presentan en el Boletín Epidemiológico Nacional N°743 (SE 06/2025), en la sección de indicadores programáticos de Chagas.

Durante el año 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 36, se han notificado 119.995 pruebas de tamizaje a nivel nacional, de las cuales 1.180 resultaron reactivas por dos técnicas de diferente principio, lo que representa una positividad preliminar del 0,98%. Este valor se encuentra levemente por debajo de las proporciones observadas en años anteriores. Por ejemplo, en el mismo período de 2024 (SE 36), se notificaron 146.808 muestras estudiadas, con 1.536 resultados positivos, lo que representaba una positividad del 1,05%. La diferencia observada podría deberse tanto a variaciones reales en la positividad como a la oportunidad de notificación de los datos. Por ello, resulta fundamental continuar el monitoreo y esperar al cierre anual para contar con una estimación más robusta y representativa del comportamiento epidemiológico.

En la Tabla 1 se presenta la distribución jurisdiccional de las pruebas de tamizaje registradas en 2025.

Al desagregar los datos por región, se observan diferencias que permiten caracterizar el comportamiento epidemiológico de la infección por *T. cruzi* en embarazadas en distintos territorios del país.

Tabla 1. Número de pruebas de tamizaje estudiadas y positivas, y porcentaje de positividad para Chagas en embarazadas por región y jurisdicción. Argentina. SE 1 a SE 36. Año 2025. (n=119.995)

Jurisdicción	2025		
	Estudiadas	Positivas	% de positividad
Buenos Aires	22388	148	0,66%
CABA	4814	66	1,37%
Córdoba	9337	57	0,61%
Entre Ríos	2034	7	0,34%
Santa Fe	11335	51	0,45%
Región Centro	**49908**	**329**	**0,66%**
San Luis	2483	18	0,72%
San Juan	3780	52	1,38%
Mendoza	10293	122	1,19%
Región Cuyo	**16556**	**192**	**1,16%**
Chaco	4716	301	6,38%
Corrientes	3784	2	0,05%
Formosa	1622	51	3,14%
Misiones	7068	36	0,51%
Región NEA	**17190**	**390**	**2,27%**
Catamarca	45	0	0%
Jujuy	2474	19	0,77%
La Rioja	60	0	0%
Salta	7005	103	1,47%
Santiago del Estero	5808	75	1,29%
Tucumán	13745	49	0,36%
Región NOA	**29137**	**246**	**0,84%**
Chubut	960	4	0,42%
La Pampa	1257	6	0,48%
Neuquén	1774	4	0,23%
Río Negro	2534	7	0,28%
Santa Cruz	375	0	0%
Tierra del Fuego	304	2	0,66%
Región Sur	**7204**	**23**	**0,32%**
Total País	**119995**	**1180**	**0,98%**

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

En primer lugar, se destaca el comportamiento de las provincias de la región del Noreste argentino (NEA), que presentan la mayor positividad regional (2,27%). En particular las provincias de Chaco (6,38%) y Formosa (3,14%) muestran los valores más elevados a nivel nacional, lo cual sugiere una mayor carga de infección en mujeres en edad fértil. Esta situación refuerza la necesidad de sostener estrategias de tamizaje sistemático durante el embarazo como así también asegurar el acceso al diagnóstico, seguimiento clínico y tratamiento oportuno de mujeres en edad fértil, embarazadas luego del parto y recién nacidos hijos de embarazadas con Chagas.

Por otra parte, en la región de Cuyo, la positividad general alcanza el 1,16%, siendo San Juan la provincia con mayor proporción de resultados reactivos (1,38%). Si bien estos valores son elevados en relación a la proporción de positividad nacional, podrían estar vinculados con

dinámicas de movilidad poblacional, como la migración interna desde regiones endémicas del país. Esto pone de manifiesto la necesidad de mantener una vigilancia activa en todo el territorio nacional, más allá de los patrones históricos de endemicidad.

En la región del Noroeste Argentino (NOA), la positividad se ubica en 0,84%, destacándose Salta (1,47%) y Santiago del Estero (1,29%) con los valores más elevados dentro de la región. Estos datos evidencian la persistencia de casos en personas embarazadas y reafirman el rol del tamizaje prenatal como herramienta clave para la prevención de la transmisión vertical de *T. cruzi*.

Por su parte, la región Centro presenta una positividad de 0,66%, destacándose CABA con un valor más elevado (1,37%). El resto de las jurisdicciones de la región presentan valores relativamente homogéneos por debajo del promedio nacional. En estos contextos urbanos, el tamizaje prenatal adquiere especial relevancia, ya que puede captar casos vinculados a procesos migratorios desde otras jurisdicciones.

Finalmente, en la región Sur del país se muestra la menor positividad registrada de todo el país (0,32%), con una distribución limitada de casos en todas las provincias, con excepción de Santa Cruz no ha reportado casos positivos a la fecha. Aunque estos valores indican una menor proporción de infección en comparación con otras regiones, la detección de casos confirma la importancia de sostener el tamizaje sistemático en todo el territorio nacional. Garantizar el diagnóstico oportuno resulta clave para la detección temprana y el acceso al tratamiento, contribuyendo a la prevención de la transmisión vertical.

En síntesis, el análisis regional confirma que el Chagas en embarazadas continúa siendo un evento de distribución nacional, con patrones heterogéneos entre regiones. Las diferencias en la positividad podrían estar asociadas a factores estructurales, sociales y demográficos. Por ello, el tamizaje en embarazadas constituye una herramienta clave para el abordaje integral de la enfermedad, con impacto directo en la salud materno-infantil.

Comparación entre la notificación nominal y la notificación agrupada. Evento Chagas en embarazadas

El análisis de la notificación de Chagas en embarazadas evidencia diferencias relevantes entre los casos reportados mediante la modalidad agrupada y aquellos registrados de forma nominal durante el año 2025. En las primeras 36 semanas epidemiológicas, se notificaron a nivel nacional 1.180 casos por modalidad agrupada y 897 casos por modalidad nominal, lo que representa una diferencia porcentual del -24%.

Este valor debe interpretarse con precaución, ya que pertenecen a estrategias de vigilancia diferentes. La notificación agrupada proviene principalmente de laboratorios, se realiza semanalmente y refleja el acumulado de pruebas reactivas; en cambio, la notificación nominal es individual y requiere la articulación de la información clínica, epidemiológica y de laboratorio, lo que puede generar mayores demoras o pérdidas de carga.

Aun así, en términos generales se observa una consistencia entre ambas modalidades de notificación, ya que la magnitud nacional que muestran es similar y permite caracterizar el evento de manera complementaria. Las diferencias más marcadas aparecen en jurisdicciones específicas, donde influyen tanto las dinámicas locales de carga como la participación de distintos actores en el circuito de atención y notificación. Esto refuerza la necesidad de integrar ambas modalidades y sostener la nominalización como estrategia clave para asegurar la

trazabilidad de los casos, su seguimiento clínico y la prevención efectiva de la transmisión vertical.

Tabla 2. Pruebas de tamizaje positivas para Chagas en embarazadas provenientes de la notificación agrupada y casos positivos de Chagas en embarazadas provenientes de la notificación nominal por región y jurisdicción. Argentina. SE 1 a SE 36. Año 2025.

Jurisdicción	2025			
	Nominal	Agrupado	Nominal-Agrupado	Dif. %
Buenos Aires	124	148	-24	-16%
CABA	40	66	-26	-39%
Córdoba	77	57	20	35%
Entre Ríos	13	7	6	86%
Santa Fe	62	51	11	22%
Región Centro	316	329	-13	-4%
San Luis	10	18	-8	-44%
San Juan	56	52	4	8%
Mendoza	59	122	-63	-52%
Región Cuyo	125	192	-67	-35%
Chaco	230	301	-71	-24%
Corrientes	13	2	11	550%
Formosa	15	51	-36	-71%
Misiones	26	36	-10	-28%
Región NEA	284	390	-106	-27%
Catamarca	9	0	9	
Jujuy	26	19	7	37%
La Rioja	10	0	10	
Salta	60	103	-43	-42%
Santiago del Estero	33	75	-42	-56%
Tucumán	13	49	-36	-73%
Región NOA	151	246	-95	-39%
Chubut	1	4	-3	-75%
La Pampa	5	6	-1	-17%
Neuquén	3	4	-1	-25%
Río Negro	10	7	3	43%
Santa Cruz	0	0	0	
Tierra del Fuego	2	2	0	0%
Región Sur	21	23	-2	-9%
Total País	897	1180	-283	-24%

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

Al analizar la distribución jurisdiccional (Tabla 2), se observa que, en términos generales, la notificación agrupada presenta un mayor número de casos que la nominal. Esta situación refleja la necesidad de avanzar en la nominalización completa de los casos, ya que el registro individual es el que permite asegurar la trazabilidad clínica, identificar a los recién nacidos expuestos y garantizar el acceso al tratamiento oportuno.

Por otro lado, en algunas jurisdicciones ocurre lo inverso: la notificación nominal supera a la agrupada. En estos escenarios, es posible que se esté perdiendo la dimensión poblacional que

aporta la notificación agrupada, dado que esta constituye una estrategia ágil y costo-efectiva para estimar la magnitud de la positividad en la población que accede al sistema de salud.

En conjunto, ambas modalidades resultan complementarias: mientras la notificación agrupada permite dimensionar la carga de infección en el tamizaje prenatal, la nominal asegura la continuidad del seguimiento clínico-epidemiológico y la prevención de la transmisión vertical.

Caracterización a partir de la notificación nominal. Evento Chagas en embarazadas

Durante las primeras 36 semanas epidemiológicas de 2025 se notificaron 897 casos nominales de Chagas en embarazadas, mientras que en el mismo período de 2024 se habían notificado 1.312 casos. Esto representa una reducción absoluta de 415 casos a nivel nacional, equivalente a un 31,6% al momento actual. Este descenso requiere un análisis cuidadoso. Parte de la diferencia podría atribuirse al atraso en la carga de datos, estimado en promedio en cuatro semanas; al ajustar por este retraso, la reducción se aproxima al 24%. Más allá de esta corrección, también deben considerarse posibles variaciones en la cobertura de tamizaje y en las estrategias de vigilancia aplicadas en las jurisdicciones. Por ello, es necesario continuar el seguimiento para determinar si esta tendencia se consolida a lo largo del año o si responde a factores operativos y contextuales.

Tabla 2. Comparación de casos nominales de Chagas en embarazadas por jurisdicción. Argentina. SE 1 a SE 36. Periodo 2024-2025 (n=2.209)

Jurisdicción	2024	2025	Dif. Absoluta	Dif. Porcentual
Buenos Aires	210	124	-86	-41,0%
CABA	47	40	-7	-14,9%
Córdoba	90	77	-13	-14,4%
Entre Ríos	27	13	-14	-52%
Santa Fe	96	62	-34	-35,4%
Región Centro	470	316	-154	-32,8%
San Luis	12	10	-2	0%
San Juan	42	56	14	33%
Mendoza	56	59	3	5%
Región Cuyo	110	125	15	13,6%
Chaco	330	230	-100	-30,3%
Corrientes	6	13	7	0%
Formosa	43	15	-28	-65%
Misiones	21	26	5	24%
Región NEA	400	284	-116	-29,0%
Catamarca	7	9	2	29%
Jujuy	20	26	6	30%
La Rioja	29	10	-19	0%
Salta	68	60	-8	-11,8%
Santiago del Estero	169	33	-136	-80,5%
Tucumán	11	13	2	18%
Región NOA	304	151	-153	-50,3%
Chubut	8	1	-7	-88%
La Pampa	4	5	1	25%
Neuquén	11	3	-8	-72,7%
Río Negro	4	10	6	150%
Santa Cruz	1	0	-1	-100%
Tierra del Fuego	0	2	2	0%
Región Sur	28	21	-7	-25,0%
Total País	1312	897	-415	-31,6%

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

Para caracterizar la magnitud del evento en la población, se estimó la razón de casos confirmados de Chagas en embarazadas por cada 1.000 nacidos vivos. Este indicador permite detectar una tendencia descenso dado que los casos aumentan al tiempo que disminuyen la cantidad de embarazadas producto de la disminución del número de nacidos vivos. A su vez se observan diferencias jurisdiccionales y regionales en estos indicadores que pueden observarse en la siguiente Tabla.

Tabla 3. Casos confirmados y razón de Chagas en embarazadas por 1.000 nacidos vivos. Argentina, SE 1 a SE 36, período 2024-2025 (n = 2.209).

Jurisdicción	2024		2025	
	Casos	Razón	Casos	Razón
Buenos Aires	210	1,29	124	0,76
CABA	47	1,96	40	1,67
Córdoba	90	2,36	77	2,02
Entre Ríos	27	1,92	13	0,92
Santa Fe	96	2,55	62	1,65
Región Centro	**470**	**1,7**	**316**	**1,14**
San Luis	12	2,42	10	2,01
San Juan	42	4,29	56	5,72
Mendoza	56	2,79	59	2,94
Región Cuyo	**110**	**3,16**	**125**	**3,59**
Chaco	330	19,68	230	13,72
Corrientes	6	0,42	13	0,91
Formosa	43	5,21	15	1,82
Misiones	21	1,11	26	1,37
Región NEA	**400**	**6,87**	**284**	**4,88**
Catamarca	7	1,65	9	2,12
Jujuy	20	2,72	26	3,53
La Rioja	29	6,93	10	2,39
Salta	68	4,01	60	3,53
Santiago. del Estero	169	14,24	33	2,78
Tucumán	11	0,59	13	0,7
Región NOA	**304**	**4,81**	**151**	**2,39**
Chubut	8	1,47	1	0
La Pampa	4	1,24	5	1,54
Neuquén	11	1,6	3	0,44
Río Negro	4	0,54	10	1,36
Santa Cruz	1	0,32	0	0
Tierra del Fuego	0	0	2	1,39
Región Sur	**28**	**1,02**	**21**	**0,76**
Total País	**1312**	**2,85**	**897**	**1,95**

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

Durante el año analizado, la razón nacional de casos de Chagas en embarazadas fue de 1,95 por cada 1.000 nacidos vivos, frente a 2,85 por 1.000 en el mismo período de 2024. Esta disminución relativa del 31,6% refleja una reducción de la carga del evento respecto al año anterior. Cabe señalar que esta diferencia podría estar influenciada por varios factores: un posible retraso en la carga de datos nominales del año en curso así como variaciones en la cobertura del tamizaje, cambios en las estrategias de captación de embarazadas o diferencias en las estrategias de búsqueda activa por parte de los equipos de salud.

El análisis regional muestra, en términos generales, una tendencia descendente entre 2024 y 2025, con particularidades según la jurisdicción. En el NEA, la razón disminuye de 6,87 a 4,88, con reducciones importantes en Chaco y Formosa. Sin embargo, se registran leves incrementos en Misiones (de 1,11 a 1,37) y en Corrientes, que pasa de 0,42 a 0,91 por 1.000 nacidos vivos. En el

NOA, también se registra una caída, la razón pasa de 4,81 a 2,39, impulsada principalmente por los descensos en Santiago del Estero (de 14,24 a 2,78) y La Rioja (de 6,93 a 2,39).

La región Centro muestra una reducción más moderada, de 1,70 a 1,14, con disminuciones en todas sus provincias. En Cuyo, la razón aumenta levemente de 3,16 a 3,59, con incrementos en San Juan y Mendoza, mientras que en San Luis se notificaron dos casos menos que en el mismo periodo de 2024. Por su parte, el Sur mantiene las tasas más bajas del país, con un leve descenso de 1,02 a 0,76.

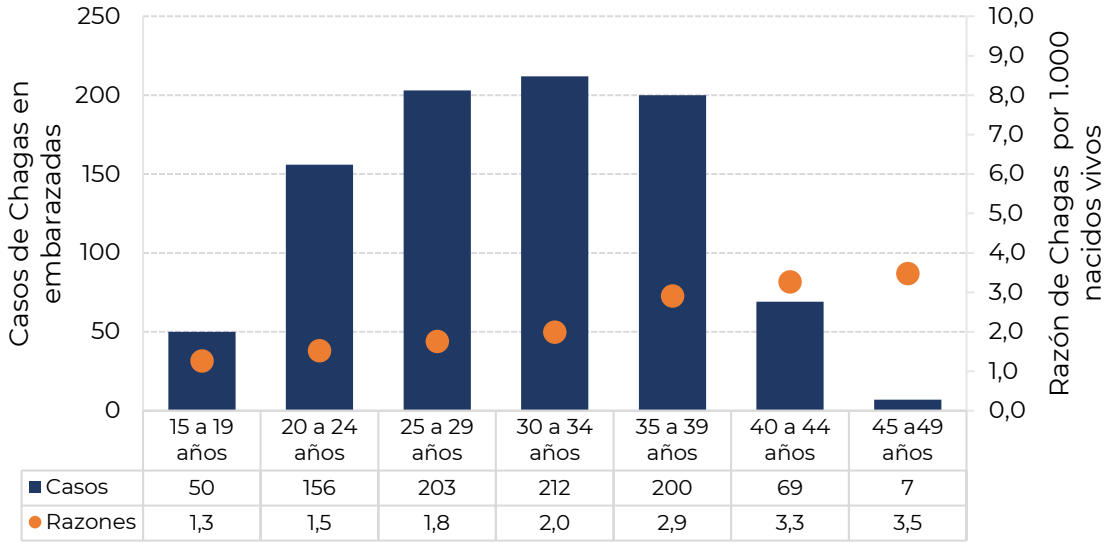
A pesar de la tendencia general a la baja, algunas provincias presentan incrementos interanuales, como San Juan, Mendoza, Catamarca, Jujuy, Tucumán, La Pampa, Río Negro y Tierra del Fuego. Estas variaciones podrían reflejar mejoras en la carga de información, así como diferencias en las estrategias locales de tamizaje y captación diagnóstica durante el embarazo.

En cuanto a la distribución por edad, el mayor número de casos de Chagas en embarazadas se registró en el grupo de 30 a 34 años (212 casos), seguido por los grupos de 25 a 29 años (203 casos) y 35 a 39 años (200 casos). Estos tres grupos reúnen el 68% de los casos notificados en el año analizado.

Sin embargo, al observar las razones por 1.000 nacidos vivos según grupo de edad, se evidencia un comportamiento distinto al de la distribución de casos. La razón más alta se encuentra en el grupo de 45 a 49 años, con 3,5 por 1.000 nacidos vivos, aunque solo se notificaron 7 casos en esa franja etaria. Este valor elevado se explica por el muy bajo número de nacimientos registrados en ese grupo. Le siguen los grupos de 40 a 44 años y de 35 a 39 años, ambos con razones de 3,3 y 2,9 por 1.000 nacidos vivos. En los grupos de 15 a 34 años, las razones se mantienen entre 1,3 y 2,0 por 1.000.

Estos hallazgos subrayan la importancia de mantener el tamizaje universal durante el embarazo, sin segmentación por edad, para garantizar la detección y atención oportuna de la infección por T. cruzi.

Gráfico 1. Distribución de casos y razones de Chagas en embarazadas por grupo de edad. Argentina, SE 1–36, año 2025 (n= 897).



	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a49 años
Casos	50	156	203	212	200	69	7
Razones	1,3	1,5	1,8	2,0	2,9	3,3	3,5

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

Características clínico-epidemiológicas de las embarazadas notificadas

En relación con los distintos componentes del registro en la ficha nominal de casos de Chagas del SNVS 2.0, se destaca que, del total de 897 casos notificados en 2025, el 93% (837) cuenta con información consignada en la sección de laboratorio, mientras que sólo el 0,3% (3) presenta antecedente de tratamiento registrado. En cuanto a los antecedentes epidemiológicos, se observa que el 0,4% (4) refiere antecedentes familiares con serología reactiva para Chagas, el 0,5% (5) consigna antecedentes de serología reactiva en embarazos previos, y el 1,7% (16) registra residencia o antecedente de residencia en zona endémica.

VIII.3. Chagas congénito

VIII.3.A. NOTA METODOLÓGICA

Se realizó un análisis de los datos contenidos en el SNVS 2.0, de la notificación nominal, con información notificada hasta el día 06 de septiembre de 2025.

Para el período analizado se incluyó el evento "Chagas congénito" notificado por modalidad nominal. Para el análisis de las notificaciones nominales del evento se excluyeron aquellos casos que se reportaron clasificados de forma manual como "Invalidados por Epidemiología". Se consideraron casos confirmados de Chagas congénito a todos aquellos casos con muestras de laboratorio que confirmen la infección según algoritmo diagnóstico vigente para la edad del caso o aquellos casos en los cuales se hayan consignado dichos estudios en la sección "Diagnóstico referido o constatado". Para poder determinar el año del diagnóstico, se consideró la fecha de nacimiento. Para poder determinar la procedencia del caso, se consideró la variable "Provincia de residencia" y en caso de no contar con la misma se utilizó en reemplazo la "Provincia de Carga".

Para calcular la pérdida de seguimiento, se restó del total de casos notificados, la cantidad de casos confirmados y descartados, es decir, aquellos cuyo seguimiento fue completado.

Para el cálculo de las tasas, se utilizó como referencia la información publicada por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) sobre los nacidos vivos registrados según la jurisdicción de residencia de la madre[19].

VIII.3.B. INDICADORES PROGRAMÁTICOS

- **Cobertura diagnóstica en recién nacidos (meta: 90% de RN diagnosticados al nacer)**
    - *Definición*: Número de RN vivos diagnosticados al nacer mediante técnica directa / Número de embarazadas positivas (nominal) × 100.
    - *Construcción*: Numerador = RN registrados en la base nominal de Chagas congénito con resultado por técnica directa al nacimiento. Denominador = embarazadas positivas en la base nominal de Chagas en personas gestantes.

[19] Información disponible en el siguiente enlace:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/12/boletin_numero_171_172024.pdf

- **Diagnostico completo en RN (hasta 18 meses). (meta: 90% de RN con diagnostico completo)**
    - *Definición*: Número de RN diagnosticados al nacimiento y a los 18 meses / Número de embarazadas positivas (nominal) × 100.
    - *Construcción*: Numerador = RN en la base nominal de Chagas congénito con diagnóstico por técnica directa al nacimiento, o que, teniendo resultados negativos iniciales, cuenten con estudios serológicos posteriores a los 10 meses y antes de los 18 meses. Denominador = embarazadas positivas en la base nominal de Chagas en personas gestantes.
- **Cobertura de tratamiento en recién nacidos (meta: 90% de RN diagnosticados, tratados y curados)**
    - *Definición*: Número de RN diagnosticados con diagnóstico completo positivo y tratados / Número de RN positivos (nominal) × 100.
    - *Construcción*: Numerador = casos confirmados de Chagas congénito (dentro de los 18 meses) con tratamiento notificado en la base nominal. Denominador = RN confirmados con Chagas congénito dentro de los 18 meses (base nominal de Chagas congénito).

VIII.3.C.SITUACIÓN DE CHAGAS CONGÉNITO EN ARGENTINA

En la siguiente tabla se presentan las notificaciones de Chagas congénito durante las primeras 36 semanas epidemiológicas de 2025, donde se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia un total de 774 casos de Chagas congénito, en comparación con 1097 casos notificados en el mismo período de 2024.

Tabla 4. Número de casos notificados, confirmados y proporción de casos confirmados de Chagas Congénito por región y jurisdicción. Argentina. SE 1 a SE 36. Periodo 2024-2025. (n= 1871)

Jurisdicción	2024			2025		
	Casos Notif	Confirmados	% conf.	Casos Notif	Confirmados	% conf.
Buenos Aires	195	13	7%	159	5	3%
CABA	60	2	3%	42	0	0%
Córdoba	83	5	6%	83	2	2%
Entre Ríos	14	1	7%	7	0	0%
Santa Fe	118	1	1%	81	3	4%
Región Centro	**470**	**22**	**5%**	**372**	**10**	**3%**
San Luis	11	2	18%	9	0	0%
San Juan	23	0	0%	38	0	0%
Mendoza	87	3	3%	64	4	6%
Región Cuyo	**121**	**5**	**4%**	**111**	**4**	**4%**
Chaco	97	2	2%	89	1	1%
Corrientes	11	2	18%	7	0	0%
Formosa	1	0	0%	0	0	0%
Misiones	20	0	0%	22	0	0%
Región NEA	**129**	**4**	**3%**	**118**	**1**	**1%**
Catamarca	10	0	0%	15	0	0%
Jujuy	16	0	0%	14	0	0%
La Rioja	8	0	0%	0	0	0%
Salta	126	5	4%	76	3	4%
Santiago del Estero	130	1	1%	4	0	0%
Tucumán	33	2	6%	28	1	4%
Región NOA	**323**	**8**	**2%**	**137**	**4**	**3%**
Chubut	10	1	10%	2	0	0%
La Pampa	11	0	0%	4	0	0%
Neuquén	18	1	6%	13	3	23%
Río Negro	6	0	0%	10	0	0%
Santa Cruz	4	0	0%	3	2	67%
Tierra del Fuego	5	0	0%	4	0	0%
Región Sur	**54**	**2**	**4%**	**36**	**5**	**14%**
Total País	**1097**	**41**	**4%**	**774**	**24**	**3%**

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

En relación con los casos confirmados, se notificaron 24 en 2025 y 41 en 2024. Esta diferencia podría atribuirse a que existen casos que aún no pueden cerrarse por la edad (aún no cumplen 10 meses) y no solo a una brecha entre notificación y confirmación diagnóstica.

La proporción global de confirmación fue de 4% en 2024 y 3% en 2025. Un análisis regional permite observar la manera en que se presentan estas fluctuaciones en las distintas jurisdicciones.

La región Centro concentra el mayor volumen de notificaciones, lo que coincide con la mayor densidad poblacional, con confirmaciones que rondan la proporción nacional. Se destacan Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe con un mayor número de notificaciones en ambos períodos analizados.

En Cuyo se mantiene una proporción estable (4% en ambos años), con casos confirmados principalmente en Mendoza. La proporción de positividad de San Luis durante 2024 debe interpretarse con cautela por el escaso número de notificaciones (dos casos confirmados sobre 11 reportados).

En la región NEA, históricamente endémica, se notificaron 118 casos, con solo 1 caso confirmado (1%) en la provincia de Chaco.

Para la región NOA, que notificó 137 casos y con 4 confirmados (3%), se destaca que para el mismo período en 2024 presento 323 casos notificados de los cuales 8 se confirmaron.

En cuanto a la región Sur, aunque con bajo volumen (36 casos notificados), presenta una alta proporción de confirmación en 2025 (14%), destacándose Neuquén (3/13, 23%) y Santa Cruz (2/3, 67%). Esto podría sugerir una mayor especificidad diagnóstica en la selección de casos.

Persisten jurisdicciones con 0 confirmaciones a pesar de tener notificaciones (ej. CABA, Entre Ríos, San Luis, San Juan, Corrientes, Formosa, Misiones, Catamarca, Jujuy, La Rioja, Santiago del Estero, Chubut, La Pampa, Rio Negro, Tierra del Fuego), lo cual es un indicador de alerta en cuanto a calidad diagnóstica y seguimiento.

Es importante tener en cuenta que los datos correspondientes a 2025 se encuentran aún en proceso de carga y consolidación. Dado que el seguimiento clínico y de laboratorio de los recién nacidos expuestos puede extenderse en el tiempo, la confirmación o el descarte del diagnóstico puede demorarse. Por este motivo, tanto las proporciones de confirmación de 2025 como las de 2024 deben considerarse preliminares y sujetas a modificación en los próximos reportes, a medida que se completen los circuitos de carga y seguimiento.

Desde el punto de vista de la vigilancia, la baja proporción de confirmación en relación con los casos notificados pone en evidencia la necesidad de fortalecer los circuitos de seguimiento, diagnóstico y carga oportuna de información. Asimismo, la variabilidad regional observada puede reflejar diferencias en el acceso al diagnóstico confirmatorio, en la organización de los servicios o en la continuidad del seguimiento clínico, y por ende la falta de tratamiento oportuno de los casos nuevos de Chagas de transmisión vertical

La siguiente tabla presenta los casos y las tasas por 1.000 nacidos vivos de Chagas congénito.

Tabla 5. Casos confirmados y tasas por 1.000 nacidos vivos por región y jurisdicción de Chagas congénito. Argentina. SE 1 a SE 36. Periodo 2024-2025. (n=65)

Jurisdicción	2024		2025	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Buenos Aires	13	0,08	5	0,03
CABA	2	0	0	0
Córdoba	5	0,13	2	0,05
Entre Ríos	1	0	0	0
Santa Fe	1	0	3	0,08
Región Centro	**22**	**0,08**	**10**	**0,04**
San Luis	2	0	0	0
San Juan	0	0	0	0
Mendoza	3	0,36	4	0,48
Región Cuyo	**5**	**0,26**	**4**	**0,21**
Chaco	2	0,03	1	0
Corrientes	2	0	0	0
Formosa	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0
Región NEA	**4**	**0,96**	**1**	**0,24**
Catamarca	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0
Salta	5	1,01	3	0,6
Santiago del Estero	1	0	0	0
Tucumán	2	0,1	1	0
Región NOA	**8**	**0,23**	**4**	**0,11**
Chubut	1	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0
Neuquén	1	0,15	3	0,44
Río Negro	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	2	1
Tierra del Fuego	0	0	0	0
Región Sur	**2**	**0,07**	**5**	**0,18**
Total País	**41**	**0,09**	**24**	**0,05**

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

Para el año 2025, la tasa preliminar de Chagas congénito en Argentina fue de 0,05 casos confirmados por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que en el mismo período de 2024 había sido de 0,09 por 1.000 nacidos vivos. Esta diferencia representa una leve disminución en la tasa nacional, aunque los valores se mantienen bajos en ambos períodos. Para el cálculo de la tasa correspondiente al año en curso se utilizaron los nacidos vivos del año 2024 como denominador, dado que los datos de nacimientos de 2025 aún no se encuentran disponibles.

A nivel regional, las tasas de Chagas congénito se mantienen bajas en todo el país. En comparación con el mismo período de 2024, se observa un leve descenso en la mayoría de las regiones, con excepción de la región Sur que presentó un leve aumento principalmente atribuible a los casos confirmados en Neuquén y Santa Cruz.

En la región NEA, tres jurisdicciones no presentan hasta el momento casos confirmados, pero en el mismo período para el 2024 presentó la tasa de notificación más alta entre las regiones del país. Estas diferencias deben interpretarse con cautela, ya que se trata de datos preliminares correspondientes a las primeras 36 semanas epidemiológicas. En este sentido, las tasas presentadas son provisionales y su comportamiento deberá ser reevaluado en futuros reportes, una vez consolidada la información.

Características clínico-epidemiológicas de Chagas congénito

Del total de los 24 casos confirmados de Chagas congénito notificados en 2025, sólo 8 (33%) presentan diagnóstico referido, y 13 (54%) tienen consignado el tratamiento en el sistema. Este dato es de crucial importancia, ya que los tratamientos realizados en esta población presentan una alta eficacia, especialmente si se inician de manera temprana, lo que permite prevenir complicaciones a largo plazo y reducir la carga de la enfermedad en la infancia. Además, la correcta notificación del diagnóstico y del tratamiento facilita el seguimiento clínico y epidemiológico, asegurando que los niños reciban atención integral y oportuna.

En relación con los antecedentes epidemiológicos registrados, en 8 casos (33%) se consigna madre con serología reactiva para Chagas, en 1 caso (4%) se indica antecedente de residencia o haber vivido en zona endémica, y 1 (4%) consigna hermanos con serología reactiva para Chagas.

VIII.4. Conclusiones

Durante los primeros 8 meses del año 2025, los datos de vigilancia muestran una continuidad en la tendencia descendente del Chagas en personas gestantes, tanto en el número de casos notificados como en las tasas estimadas por 1.000 nacidos vivos. Esta evolución sugiere avances en las acciones de control, especialmente en las regiones con antecedentes de mayor endemicidad. No obstante, persisten desafíos en relación con la calidad y oportunidad de los datos, en particular en lo referido al seguimiento de casos sospechosos de Chagas congénito y su confirmación diagnóstica.

El análisis realizado refuerza la necesidad de consolidar la vigilancia nominal como herramienta para mejorar la trazabilidad de los casos y orientar las acciones de tamizaje, confirmación y seguimiento clínico. Las diferencias entre regiones y la baja proporción de confirmaciones en relación con las notificaciones resaltan la importancia de fortalecer los circuitos de articulación entre los servicios de atención, los laboratorios y los equipos de salud encargados del seguimiento.

La continuidad de las acciones destinadas a mejorar la captación temprana, el diagnóstico oportuno y el registro completo de la información es clave para seguir avanzando en el control del Chagas congénito y en la planificación de estrategias sanitarias más eficaces.

Para más información, consultar el Manual para la vigilancia epidemiológica y control disponible en Argentina
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-05/2022-Manual_normas_y_procedimientos_vigilancia_y_control_ENO_22_05_2023_2.pdf
Fichas de notificación:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/instructivo_chagas_snvs_2024_1642024.pdf
Instructivos:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/instructivo_chagas_snvs_2024_1642024.pdf

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS **INTERNACIONALES**

IX. 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 18 al 24 de septiembre del 2025.

IX.1. Infección por el virus Nipah – Bangladesh

Recibido a través del CNE el 18/09/2025.

Entre el 1 de enero y el 29 de agosto de 2025, el Punto Focal Nacional (PFN) del RSI de Bangladesh notificó a la OMS cuatro casos confirmados y fatales de infección por el virus Nipah (NiV), ocurridos en diferentes momentos y en cuatro distritos distintos, pertenecientes a tres divisiones diferentes (Barisal, Dhaka y Rajshahi) de Bangladesh. Todos los casos fueron confirmados mediante pruebas de Reacción en Cadena de la Polimerasa con Transcripción Inversa (RT-PCR) y Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzimas (ELISA), y no se identificaron vínculos epidemiológicos entre los casos.

El primer caso fue una mujer joven adulta del distrito de Pabna, división de Rajshahi, con inicio de síntomas el 25 de enero. Fue internada en un hospital comunitario el 26 de enero y derivada a otro hospital al día siguiente. Falleció el 28 de enero, y la confirmación de laboratorio para NiV se recibió el 29 de enero. Se identificaron un total de 96 contactos, todos con resultados negativos para NiV.

El segundo caso fue un hombre adulto del distrito de Bhola, división de Barisal, que desarrolló síntomas el 13 de febrero y fue hospitalizado el 19 de febrero. Fue trasladado a otro hospital al día siguiente y falleció el 22 de febrero. La infección por NiV se confirmó el 21 de febrero. Se identificaron 71 contactos, todos con resultados negativos para NiV.

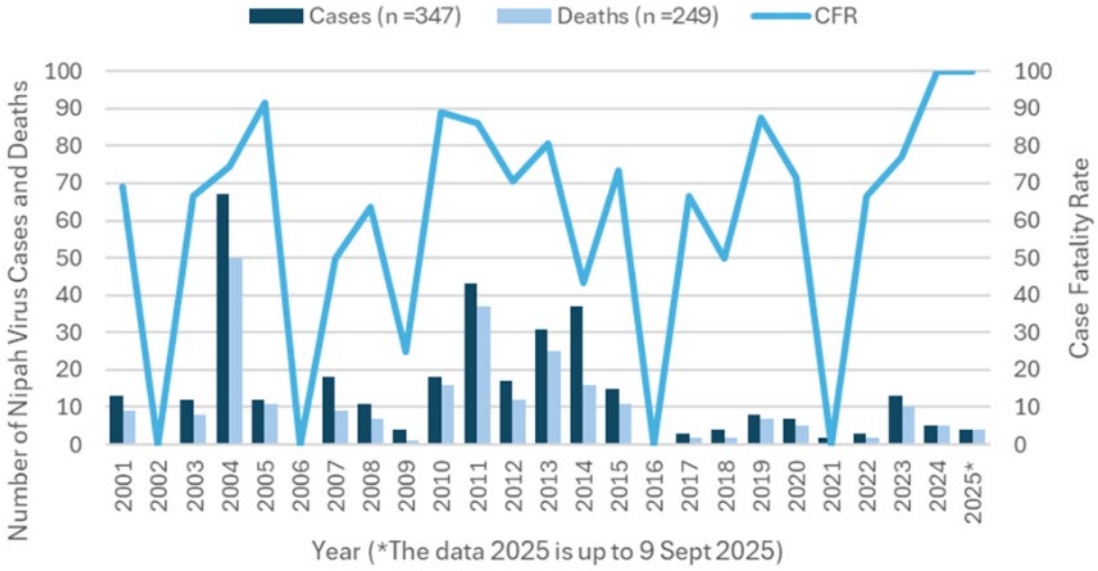
El tercer caso fue un hombre adulto del distrito de Faridpur, división de Dhaka, con inicio de síntomas el 17 de febrero. Fue hospitalizado el 25 de febrero y falleció el mismo día. La infección por NiV se confirmó el 26 de febrero. Se identificaron 66 contactos, todos con resultados negativos para NiV.

El cuarto caso fue un niño del distrito de Naogaon, división de Rajshahi, con inicio de síntomas el 3 de agosto. Fue hospitalizado el 8 de agosto y trasladado a la unidad de cuidados intensivos al día siguiente. Falleció el 14 de agosto. Las muestras recogidas el 10 de agosto resultaron positivas para NiV el 22 de agosto. Ese mismo día se desplegó un equipo de investigación de brote. Se identificaron 72 contactos, de los cuales se tomaron muestras a 11 sintomáticos. Seis dieron negativo, mientras que los resultados de los restantes aún están pendientes. Este caso se notificó fuera de la temporada típica (diciembre a abril).

Los tres primeros casos tenían antecedentes de consumo de savia de palma cruda. Sin embargo, el cuarto caso no tenía ese antecedente, y la fuente probable de infección aún está bajo investigación. Ninguno de los casos parece estar vinculado entre sí. Los murciélagos frugívoros, reservorio conocido del NiV, están presentes en las regiones afectadas.

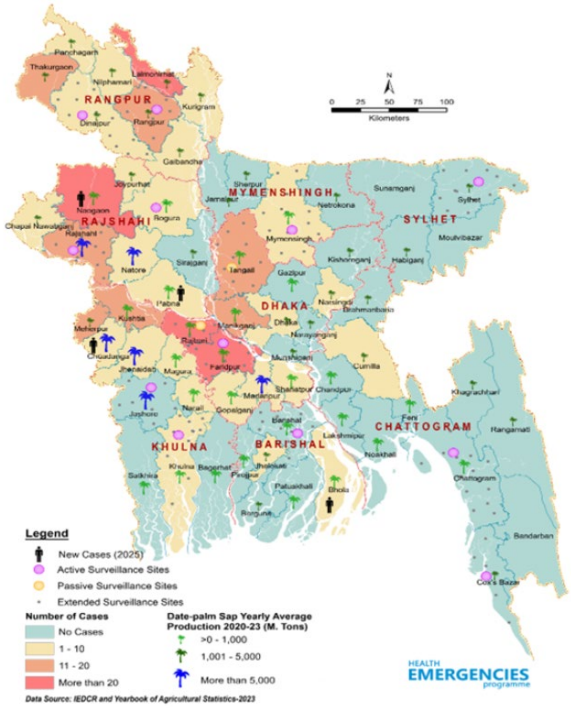
Desde la notificación del primer caso en 2001, las infecciones humanas se han informado casi todos los años, con tasas de letalidad (CFR) que variaron entre 25% (en 2009) y 100% (en 2024). En 2024, se notificaron en Bangladesh cinco casos fatales confirmados en laboratorio de NiV (Figura 1, Figura 2).

Figura 1. Número anual de casos y muertes por virus Nipah notificados, 1 de enero de 2001 – 9 de septiembre de 2025, Bangladesh.



Fuente: Instituto de Epidemiología, Control de Enfermedades e Investigación, Bangladesh. https://iedcr.portal.gov.bd/site/page/d5c87d45-b8cf-4a96-9f94-7170e017c9ce/-

Figura 2. Distribución de los casos de Nipah en Bangladesh, 2001-2025, al 14 de agosto de 2025.



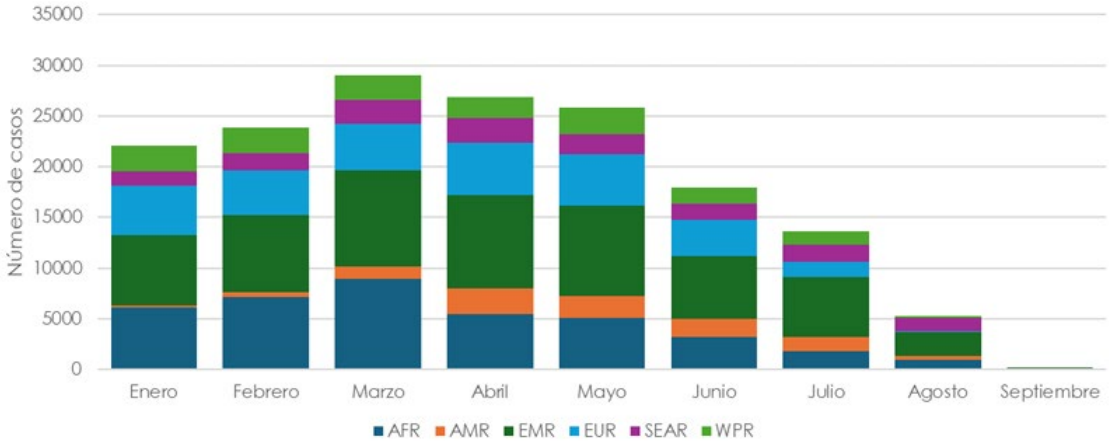
Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON582

IX.2. Actualización Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas

IX.2.A. RESUMEN A NIVEL GLOBAL

De acuerdo con los datos mensuales de vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2025, hasta el 9 de septiembre del 2025 se notificaron 360.321 casos sospechosos de sarampión, en 173 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 164.582 (45,6%) fueron confirmados. El 34% de los casos se registra en la Región de la OMS del Mediterráneo Oriental (EMR), seguido por la Región de la OMS de África (AFR) con el 23% de los casos y Región de la OMS de Europa (EUR) con el 18% de los casos (Figura 1).

Figura 1. Distribución de casos de sarampión por mes y región de la OMS, 2025 (9 de septiembre del 2025).



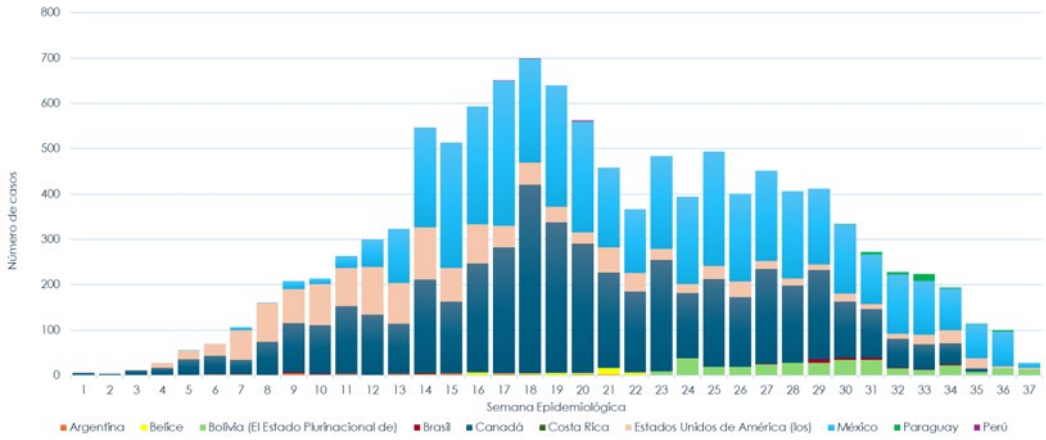
Regiones de la OMS: AFR: Región de África; AMR: Región de las Américas; EMR: Región del Mediterráneo Oriental; EUR: Región de Europa, SEAR: Región de Asia Sudoriental; WPR: Región del Pacífico Occidental.

Fuente: Adaptado de datos publicados por la Organización Mundial de la Salud. Immunization data- Provisional measles and rubella data. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 16 de septiembre del 2025]. Disponible en: https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=.

IX.2.B. RESUMEN DE LA SITUACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

En 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 37, en la Región de las Américas, 11.313 casos de sarampión han sido confirmados, incluyendo 23 defunciones, en Argentina (n= 35 casos), Belice (n= 34 casos), el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 320 casos), Brasil (n= 28 casos), Canadá (n= 4.849, incluyendo una defunción), Costa Rica (n= 1 caso), los Estados Unidos de América (n= 1.454, incluyendo tres defunciones), México (n= 4.553 casos, incluyendo 19 defunciones), Paraguay (n= 35 casos) y Perú (n= 4 casos) (Figura 2). Este total representa un aumento de 31 veces en comparación con los 358 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2024.

Figura 2. Casos confirmados* de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema o de notificación y país en la Región de las Américas, 2025 (hasta la SE 37).

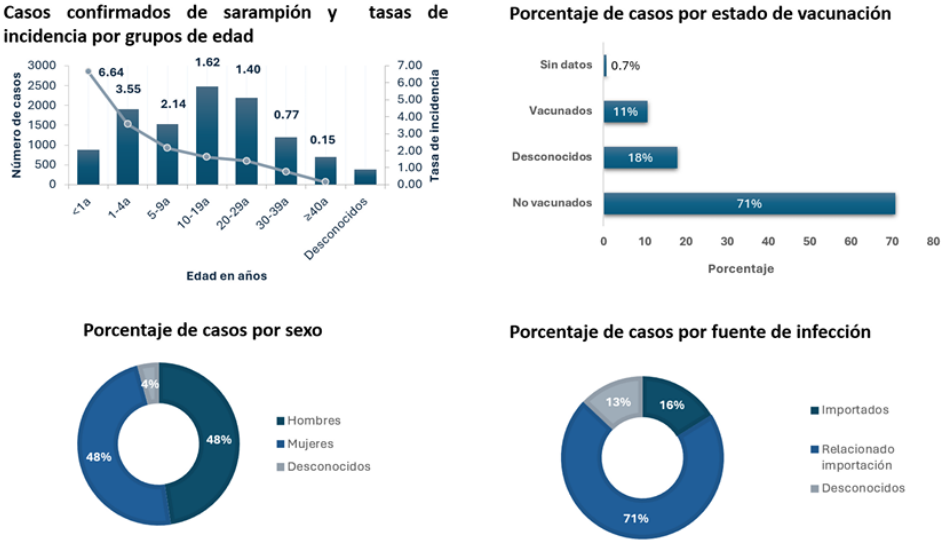


Nota: Incluye casos confirmados y probables para Canadá.
Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países.

La distribución de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas por semana epidemiológica muestra un incremento gradual de casos a partir de la SE 3 del 2025, con el número máximo de casos registrado en la SE 18 relacionado a los brotes en comunidades renuentes a la vacunación asentadas en varios países de la Región de las Américas. También, se observa un descenso lento en el número de casos reportados en las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE 32-36).

De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados (n= 11.248), el grupo de edad con la mayor proporción de casos corresponde al de 10-19 años (22%), seguido por el grupo de 20-29 años (19%) y el grupo de 1-4 años (17%). No obstante, la tasa de incidencia es mayor en menores de un año (6,6 casos por 100,000 habitantes), seguido del grupo de 1 a 4 años (3,6 casos por 100,000 habitantes) y de 5 a 9 años (2,1 casos por 100,000 habitantes) (14). Con relación al antecedente de vacunación, el 71% de los casos no estaban vacunados y en el 18% dicha información era desconocida o ausente. Según la fuente de infección, el 71% de los casos fueron clasificados como asociados a importación, y el 16% como importados (Figura 3).

Figura 3. Distribución porcentual de los casos confirmados de sarampión por grupo de edad, sexo, estado de vacunación y fuente de infección en la Región de las Américas hasta la SE 36 del 2025.

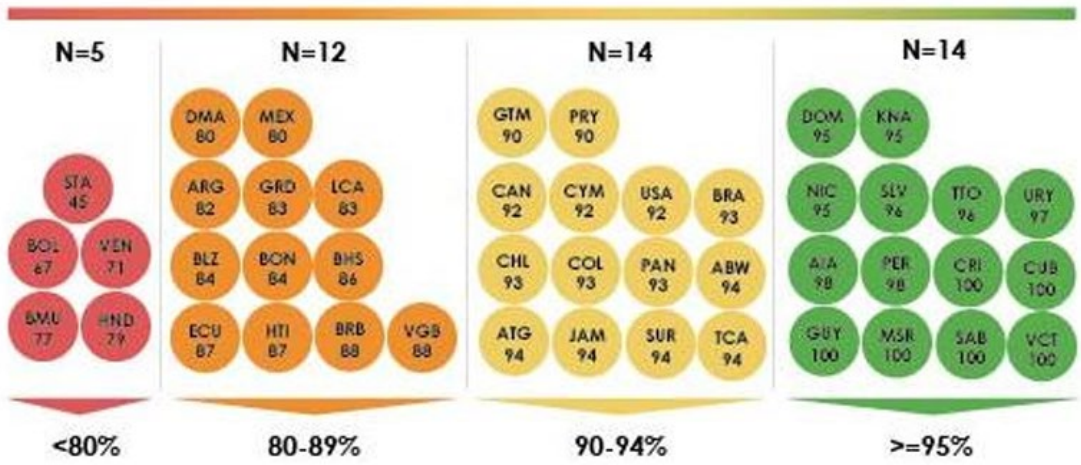


Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita e informes de los países a OPS Inmunización Integral. Washington, D.C.: OPS; 2025 [consultado el 15 de septiembre del 2025]. Inédito.

IX.2.C. COBERTURA DE VACUNACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

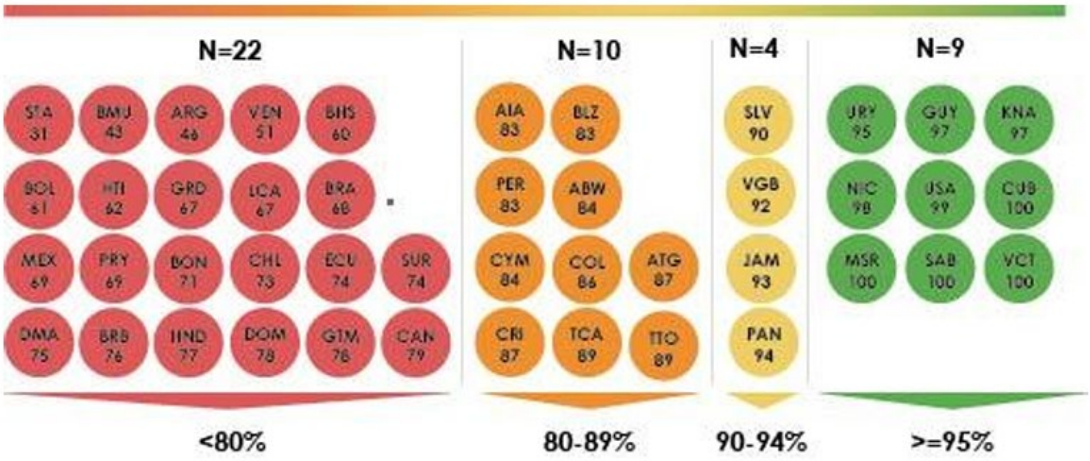
Para el año 2024, se observa un ligero incremento en la cobertura regional de la primera y segunda dosis de la vacuna de Sarampión, Rubeola y Paperas (SRP) con respecto al 2023: de 87% al 89% para SRP1 y del 76% al 79% para SRP2. Asimismo, 45 países y territorios de las Américas reportaron a la OPS las coberturas de vacunación SRP1 y SRP2. En relación con la aplicación de la primera dosis de SRP1, el 31,1% (n= 14/45) de los países y territorios de la Región presentan coberturas mayores al 95%, el 31, % (n= 14/45) tienen coberturas entre 90-94%, el 27% (n= 12/45) coberturas entre 80-89% y el 11,1% (n= 5/45) coberturas menores al 80% (Figura 4). Con respecto a la aplicación de la segunda dosis SRP2, solo el 20 % de los países y territorios (n= 9/45) presentan un nivel de cobertura mayores al 95%, mientras que el 48,9% (n= 22/45) presentan un nivel de cobertura menor al 80% (Figura 5).

Figura 4. Distribución de países y territorios* según rango de coberturas para la primera dosis de la vacuna contra sarampión, rubeola y paperas (SRP1), Región de las Américas, 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Cobertura de inmunización a lo largo del curso de la vida en las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 2025 [consultado el 16 de septiembre del 2025]. Disponible en: https://pahocim.shinyapps.io/immunization-dashboard/#.

Figura 5. Distribución de países y territorios* según rango de coberturas para la segunda dosis de la vacuna contra sarampión, rubeola y paperas (SRP2), Región de las Américas, 2024.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Cobertura de inmunización a lo largo del curso de la vida en las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 [consultado el 16 de septiembre del 2025]. Disponible en: https://paho-cim.shinyapps.io/immunizationdashboard/# .

**Nota*: ABW: Aruba; AIA: Anguilla; ARG: Argentina; ATG: Antigua y Barbuda; BHS: Bahamas; BLZ: Belice; BMU: Bermudas; BOL: Bolivia; BON: Bonaire; BRA: Brasil; BRB: Barbados; CAN: Canadá; CHL: Chile; COL: Colombia; CRI: Costa Rica; CUB: Cuba; CYM: Islas Caimán; DMA: Dominica; DOM: República Dominicana; ECU: Ecuador; GRD: Granada; GTM: Guatemala; GUY: Guyana; HND: Honduras; HTI: Haití; JAM: Jamaica; KNA: Saint Kitts y Nieves; LCA: Santa Lucia; MEX: México; MSR: Montserrat; NIC: Nicaragua; PAN: Panamá; PER: Perú; PRY: Paraguay; SAB: Saba; SLV: El Salvador; STA: San Eustaquio; SUR: Suriname; TCA: Islas Turcas y Caicos; TTO: Trinidad y Tabago; URY: Uruguay; USA: Estados Unidos de América; VCT: San Vicente y las Granadinas; VEN: Venezuela; VGB: Islas Vírgenes Británicas.*

IX.2.D. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE SARAMPIÓN EN 2025 POR PAÍS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

A continuación, se presenta la actualización de la situación epidemiológica de sarampión en los países, en orden alfabético, que han notificado casos confirmados en las Américas en 2025.

Desde la última actualización epidemiológica de sarampión en la Región de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) publicada el 1 de julio del 2025, los países que han reportado casos confirmados en la Región de las Américas fueron Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Costa Rica, los Estados Unidos, México, Paraguay y Perú (Figura 4).

En **Argentina**, entre la SE 1 y la SE 37 del 2025, se han confirmado 35 casos de sarampión, los casos confirmados fueron reportados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (n= 13 casos), las provincias de Buenos Aires (n= 21 casos) y San Luis (n= 1 caso). Seis de los casos son importados, 29 relacionados con la importación y cuatro confirmados con fuente de infección en estudio. Los casos se distribuyen en un rango de edad de 5 meses a 40 años, el 48% (n= 17) de los casos corresponden a niños menores de 5 años, el 20% (n= 7) a personas de entre 5 y 19 años y el 31% (n= 11) a adultos mayores de 20 años. La tasa incidencia por grupo de edad muestra que el grupo de edad más afectado es el de menores de un año (5,6 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 1 a menores de 5 años (4,7 casos por 100.000 habitantes).

En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, el 40% (n=14) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, el 14% tenían una dosis única de SRP (n= 5) y el 23% tenía dos dosis de SRP (n=8). De los casos, 6% requirió hospitalización (n= 2). De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de los casos confirmados (n= 27 muestras) se han identificado los siguientes genotipos: B3 DSID 9240, D8 DSID 5963 linaje Patán, D8 DSID 9171 linaje MVs/Ontario.CAN/47.24 y el genotipo B3 DSID 6418 linaje MVs/Quetta.PAK/44.20.

En Argentina, en el 2024, se alcanzó una cobertura de vacunación para SRP de 83% a nivel nacional para primera dosis y 47% para segunda dosis. La cobertura ampliada por cohortes para SRP2 es de 72%.

En **Belice**, entre la SE 1 y la SE 26 del 2025, se han confirmado 34 casos de sarampión. De estos, diez fueron confirmados mediante pruebas de laboratorio y 24 por nexo epidemiológico. Los casos confirmados se han identificado en los Distritos de Cayo (n= 33) y Corozal (n= 1). Del total de casos confirmados, cuatro son importados y 30 están relacionados con la importación. Los casos importados tienen antecedentes de viaje a México entre enero y abril del 2025. Los casos se distribuyen en un rango de edad de 0 a 45 años, siendo el 21% (n= 7) menores de 5 años, el 59% (n= 20) entre 5 y 19 años y el 21% (n= 7) mayores de 20 años. En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, el 100% (n= 34) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido al momento del diagnóstico. Un solo caso ha requerido hospitalización. El 21 de julio del 2025, el Ministerio de Salud y Bienestar informó el fin del brote de sarampión tras dos periodos de incubación completos sin nuevos casos.

En **Bolivia**, entre la SE 16 y la SE 37 del 2025, se han confirmado 320 casos de sarampión, en ocho departamentos. Los casos confirmados fueron reportados en los departamentos de Beni (n= 5), Chuquisaca (n= 5), Cochabamba (n= 7), La Paz (n= 18), Oruro (n= 7), Pando (n= 1), Potosí (n= 6) y Santa Cruz (n= 271) con el 85% de los casos. Del total de casos, el 25% corresponde a niños de entre 5 y 9 años (n= 79), seguido por el grupo de 1 a 4 años con el 22% de los casos (n= 71) y el grupo de mayores de 20 años con el 20% de los casos (n= 64).

En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, el 84% (n= 269) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, el 5% tenían una 1ra. dosis de SR/SRP (n= 17), el 8% tenía 2da. dosis SR/SRP (n= 25) y el 3% con 3 y 4 dosis SR/SRP (n= 9). De los 320 casos confirmados, 8% (n= 26) han requerido hospitalización y no se han registrado defunciones relacionadas.

De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de los dos primeros casos confirmados se ha identificado el genotipo D8 DSID 9171.

En Bolivia, en el 2024, a nivel nacional se alcanzó una cobertura de vacunación para SRP de 67 % a nivel nacional para primera dosis y 61% para segunda dosis.

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 37 del 2025, se han confirmado 28 casos de sarampión, en el Distrito Federal y cinco estados del país. Del total de casos, seis corresponden a casos importados, 19 a relacionados con la importación y tres con fuente de infección desconocida. Los casos confirmados fueron reportados en el Distrito Federal (n= 1) y en los estados de Maranhão (n= 1), Rio de Janeiro (n= 2), São Paulo (n= 1), Rio Grande do Sul (n= 1) y Tocantins (n= 22 casos) (5). Los casos se distribuyen en los siguientes grupos etáreos: el 25% (n= 7) de los casos corresponden a niños menores de 5 años, el 21% (n= 6) a personas de entre 5 y 19 años y el 54% (n= 15) a adultos mayores de 20 años. La tasa incidencia por grupo de edad muestra que el grupo de edad más afectado es el de menores de 5 años (0,054 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 5 a 19 años (0,014 por 100.000 habitantes) y el grupo de mayores de 20 años (0,010 por 100.000 habitantes).

En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, el 93% (n= 26) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, el 7% tenían dos dosis de SRP (n= 2). El 11% de los casos requirió hospitalización (n= 3) y no se han registrado defunciones relacionadas.

Entre las SE 9 y SE 34 del 2025, se caracterizaron 18 casos confirmados de sarampión mediante análisis genómicos en Brasil. Los análisis filogenéticos realizados con las cepas de referencia revelaron que dos secuencias detectadas en el estado de Río de Janeiro, en las SE 9 y SE 10, pertenecen al genotipo B3, con un 99,8% de identidad genómica en relación con la cepa denominada MVs/Quetta.PAK/44.20 y la secuencia distinta DSId (9299). En el Distrito Federal se identificó una secuencia perteneciente al genotipo D8 DSId (9267), en la SE 9, con un 99,8% de identidad genómica en relación con la cepa MVs/Pasaman Barat.IDN/13.22. En las SE 14 y SE 15, se detectó el genotipo B3 DSId (8841), correspondiente a la cepa MVs/New South Wales.AUS/10.24, en los estados de São Paulo y Rio Grande do Sul, respectivamente. Entre las SE 29 y SE 34, se caracterizaron genómicamente 13 casos de sarampión en el estado de Tocantins, todos pertenecientes al genotipo D8, linaje MVs/Ontario.CAN/47.24 y DSId. En Brasil, en 2024, se alcanzó una cobertura vacunal de SRP del 96 % a nivel nacional para la primera dosis y del 80% para la segunda dosis.

En **Canadá**, entre la SE 1 y la SE 35 del 2025, se notificaron 4.849 casos de sarampión (4.497 confirmados y 352 probables), incluida una defunción, en diez provincias: Alberta (n= 1.825), British Columbia (n= 256), Manitoba (n= 207), New Brunswick (n= 16), Northwest Territories (n= 1), Nova Scotia (n= 54), Ontario (n= 2.377), Prince Edward Island (n= 3), Quebec (n= 36) y Saskatchewan (n= 74). El número de casos semanales alcanzó su máximo en la SE 18 del 2025 y desde entonces ha ido disminuyendo de forma constante. Se notificó una muerte en un caso congénito de sarampión que nació prematuro y tenía otras afecciones médicas subyacentes. Los casos de sarampión notificados hasta la fecha en 2025 superan ampliamente los 147 casos confirmados detectados en 2024 y constituyen el mayor número anual de casos desde que se logró la eliminación en 1998.

De los 4.849 casos notificados en 2025, el 97% (n= 4.720) se expuso en Canadá, el 2% (n= 85) fueron casos importados y el 1% (n= 44) tienen una fuente de exposición desconocida o en investigación. El 44 % de los casos tenían entre 5 y 17 años, seguidos por el 30% de los casos mayores de 18 años y el 20% son niños de entre 1 y 4 años. En cuanto al historial de vacunación, el 88% no estaba vacunado, el 3% había recibido una dosis de una vacuna que contiene sarampión, el 5% había recibido dos o más dosis de una vacuna que contiene sarampión y el 5%

tenía un estado de vacunación desconocido. El historial de vacunación por grupo de edad es el siguiente: el porcentaje de casos que habían recibido una o más dosis de una vacuna que contiene sarampión es del 2% en niños de 1 a 4 años, del 3% en casos de 5 a 17 años y del 19% en adultos de 18 años o más. El 8% de los casos fueron hospitalizados (n= 364). Entre los casos confirmados con información de genotipificación disponible, se identificó el genotipo D8 en 1.198 casos y genotipos B3 en 33 de los casos.

En Canadá está activo un brote multijurisdiccional, y el 97% de los casos (4.333 confirmados y 352 probables) notificados en 2025 están relacionados con este brote. El brote afecta principalmente a personas no vacunadas en comunidades con bajos niveles de cobertura interactúan entre sí. El brote comenzó a finales del 2024. Entre el 27 de octubre del 2024 y el 30 de agosto del 2025, se han notificado 4.772 casos (4.390 confirmados y 382 probables) en 10 provincias y territorios relacionados a este brote (Alberta, British Columbia, Manitoba, New Brunswick, Northwest Territories, Nova Scotia, Ontario, Prince Edward Island, Quebec y Saskatchewan). Desde finales de abril del 2025, los casos asociados a este brote han ido disminuyendo de forma constante. El brote se originó a partir de un caso importado que asistió a un evento en New Brunswick en octubre del 2024, al cual asistieron personas de múltiples provincias. La mayoría de los casos relacionados con este brote no estaban vacunados (89%) o tenían un estado vacunal desconocido (5%). La cepa de sarampión que circula en este brote es del genotipo D8 de tipo salvaje.

Además del brote multijurisdiccional descrito anteriormente, entre la SE 1 y la SE 35 del 2025, se han notificado siete brotes, de los cuales, 6 han sido cerrados al 30 de agosto de 2025. Estos brotes consisten en dos o más casos relacionados epidemiológica o virológicamente y están directamente relacionados con casos importados.

En **Costa Rica**, entre la SE 1 y la SE 24 del 2025, se ha confirmado un caso importado de sarampión en la provincia de Guanacaste. Se trata de una mujer de 18 años que ingresó al país el 3 de mayo del 2025 proveniente de Canadá. El caso no tenía antecedente de vacunación. La paciente inició síntomas el 11 de mayo con fiebre y malestar general, presentando exantema el 12 de mayo. Fue hospitalizada el 13 de mayo como medida de precaución, sin que desarrollara complicaciones asociadas a la enfermedad. El caso fue confirmado por RT-PCR el 15 de mayo por el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA). No se han registrado casos secundarios, ni defunciones.

En los **Estados Unidos**, entre la SE 1 y la SE 37 del 2025, se han notificado 1.454 casos confirmados de sarampión, incluyendo tres defunciones. De ellos, 1.433 casos de sarampión fueron notificados por 42 jurisdicciones: Alabama (n= 1), Alaska (n= 3), Arizona (n= 34), Arkansas (n= 8), California (n= 20), Colorado (n= 27), Florida (n= 6), Georgia (n= 6), Hawaii (n= 2), Idaho (n= 3), Illinois (n= 10), Indiana (n= 8), Iowa (n= 8), Kansas (n= 90), Kentucky (n= 13), Louisiana (n= 2), Maryland (n= 3), Michigan (n= 27), Minnesota (n= 5), Missouri (n= 6), Montana (n= 31), Nebraska (n= 1), New Jersey (n= 10), New Mexico (n= 100, incluyendo una defunción), New York City (n= 9), New York State (n= 7), North Dakota (n= 36), Ohio (n= 33), Oklahoma (n= 17), Oregon (n= 1), Pennsylvania (n= 16), Rhode Island (n= 1), South Carolina (n= 3), South Dakota (n= 12), Tennessee (n= 6), Texas (n= 803, incluyendo dos defunciones), Utah (n= 15) Vermont (n= 2), Virginia (n= 4), Washington (n= 10), Wisconsin (n= 25), and Wyoming (n= 9). Se notificaron un total de 21 casos de sarampión entre visitantes internacionales a los Estados Unidos. Del total de casos, el 86% (n= 1.249) están asociados a brotes (definidos como tres o más casos), con 37 brotes identificados este año. El 18 de agosto, el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas informó del fin del brote de sarampión centrado en el oeste de Texas tras 42 días sin nuevos casos en ninguno de los condados que anteriormente mostraban indicios de transmisión continua.

El 28% (n= 404) de los casos corresponde a niños menores de 5 años, el 38% (n= 554) en personas de entre 5 y 19 años, el 34% (n= 489) a adultos mayores de 20 años y el 0% (n= 7) a personas de edad desconocida. La tasa de incidencia por grupo de edad muestra que el grupo de edad más afectado es el de los niños menores de un año (3,0 casos por 100.000 habitantes), seguido del grupo de edad de 1 a menos de 5 años (1,9 por cada 100.000 habitantes).

En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, el 92% no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, el 4% había recibido una sola dosis de la vacuna triple viral y el 4% había recibido dos dosis. Entre los casos confirmados vacunados, el 26% son menores de 5 años, el 14% personas de entre 5 y 19 años y el 59% adultos mayores de 20 años. El 12% (n= 180) de los casos requirió hospitalización, principalmente en niños menores de 5 años, con un 21% (n= 86) de los casos registrados en este grupo de edad (n= 404). La cobertura de la vacuna SRP en niños ha disminuido en los últimos años, pasando del 95,2% durante el curso escolar 2019-2020 al 92,5% durante el curso escolar 2024-2025.

De las 571 muestras positivas para rRT-PCR de casos confirmados de sarampión que se han sometido a genotipificación hasta la fecha, 91% (n= 517) eran del genotipo D8 y 9% (n= 54) del genotipo B3. Entre las detecciones del genotipo D8, la mayoría, 88% (n= 453), se identificaron como la secuencia distintiva (DSId) 9171.

En **México**, entre la SE 1 y la SE 37 del 2025, se han confirmado 4.553 casos de sarampión, incluyendo 19 defunciones, en 23 estados. Los casos fueron reportados en Baja California Sur (n= 8), Campeche (n= 14), Chiapas (n= 1), Chihuahua (n= 4.231, incluyendo 18 defunciones), Ciudad de México (n= 6), Coahuila (n= 54), Durango (n= 22), Guanajuato (n= 4), Guerrero (n= 47), Jalisco (n= 1), México (n= 2), Michoacán (n= 15), Nuevo León (n= 1), Oaxaca (n= 5), Querétaro (n= 1), Quintana Roo (n= 2), San Luis Potosí (n= 1), Sinaloa (n= 14), Sonora (n= 88, incluyendo una defunción), Tabasco (n= 2), Tamaulipas (n= 12), Yucatán (n= 1) y Zacatecas (n= 21).

De los casos confirmados, el 52% son mujeres (n= 2.367). El grupo de edad más afectado fue el de 0 a 4 años con un 24% (n= 1.109), seguido del grupo de 25 a 29 años con un 13% (n= 586). La tasa incidencia por grupo de edad muestra que el grupo de edad más afectado es el de 0 a 4 años (10,6 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 25 a 29 años (5,5 casos por 100.000 habitantes) (11). En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, de los 4.353 casos con información, el 84% (n= 3.591) no contaba con antecedente de vacunación, el 4,5% (n= 190) tenía una dosis de SRP y el 4,5% (n= 190) contaba con dos o más dosis de SRP documentadas en la cartilla nacional de vacunación. Diecinueve casos, todos procedentes del estado de Chihuahua requirieron hospitalización. La tasa de incidencia nacional de sarampión es de 3.41 casos por 100.000 habitantes.

De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de los casos confirmados (n=110), se han identificado los genotipos D8 y el genotipo B3.

Se han confirmado 19 defunciones por complicaciones de sarampión, todas en personas sin antecedente vacunal, con comorbilidades en algunos casos. Las defunciones se distribuyen entre los estados de Chihuahua (n= 18) y Sonora (n= 1) (11).

En México, en el 2024, se alcanzó una cobertura de vacunación para SRP de 80% a nivel nacional para primera dosis y 69% para segunda dosis.

En **Paraguay**, entre la SE 30 y la SE 37 del 2025, se han confirmado 35 casos de sarampión, todos los casos se registraron en el departamento de San Pedro. Del total de casos, uno corresponde a un caso importado y 34 casos están relacionados con la importación. Los casos confirmados fueron reportados en el distrito de Nueva Germania (n= 13), los municipios de Santa Rosa de Aguaray (n= 8) y Tacuatí (n= 14). De los 35 casos corresponden un total de 26 confirmados por

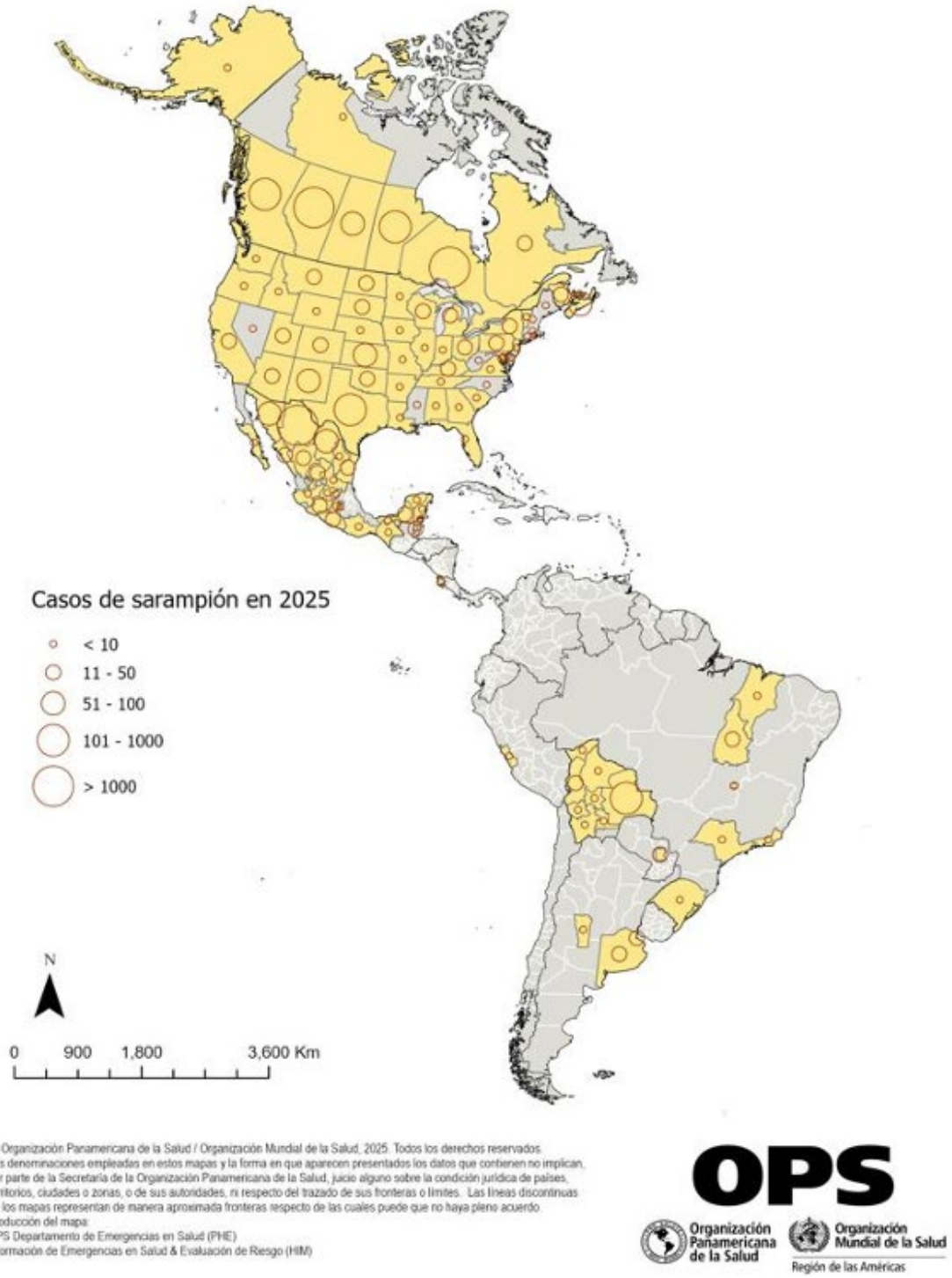
laboratorio (RT-PCR), dos por IgM positivo y siete casos confirmados por nexo epidemiológico y criterio clínico.

En relación con las características demográficas, el 60% de los casos (n= 21) corresponden al sexo femenino, en un rango de edad de 3 meses a 54 años, con un promedio de 10 años, el 51% (n= 18) de los casos corresponden a menores de 5 años, el 40% (n= 14) a edades comprendidas entre 5 y 19 años y el 9% (n= 3) al grupo de 20 años y más. La tasa incidencia muestra que el grupo de edad más afectado es el de 1 a 4 años (3,7 casos por 100.000 habitantes), seguido de los grupos de menores de 1 año (3,1 por 100.000 habitantes) y de 15 a 19 años (1,0 casos por 100.000 habitantes).

En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, el 89% de los casos (n= 31) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, mientras el 5% tenían una dosis única de SRP (n= 2) y el 5% tenía dos dosis de SRP (n= 2). El 26% de los casos requirió hospitalización (n= 9) y no se han registrado defunciones relacionadas. El Laboratorio Regional de Referencia ha reportado el genotipo D8 en cinco muestras remitidas desde el Laboratorio Nacional de Referencia (12). En Paraguay, en el 2024 se alcanzó una cobertura de vacunación nacional para SPR de 90 % para primera dosis y de 69% para segunda dosis.

En **Perú**, entre la SE 19 y la SE 37 del 2025, se han confirmado cuatro casos de sarampión, todos los casos se registraron en el departamento de Lima. Del total de casos, dos corresponden a casos importados, dos relacionados con la importación. Los casos se distribuyen en un rango de edad de 8 a 34 años, dos de los casos corresponden a personas entre los 5 y 19 años y dos a adultos mayores de 20 años. En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, tres de los casos no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido y uno tenía dos dosis de SRP. De los casos, dos requirieron hospitalización y no se han registrado defunciones relacionadas.

De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de los casos confirmados (n= 2) se han identificado el genotipo D8 DSID 9171 y el genotipo MVs/Ontario.CAN/47.24 (DSId 9171). En Perú, en el 2024, se alcanzó una cobertura de vacunación para SRP de 97 % a nivel nacional para primera dosis y 83% para segunda dosis. Figura 6. Distribución geográfica de los casos confirmados de sarampión a nivel subnacional (en amarillo) en la Región de las Américas, 2025 (hasta la SE 37).



Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países.

https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sarampion-region-americas-19-septiembre-2025

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

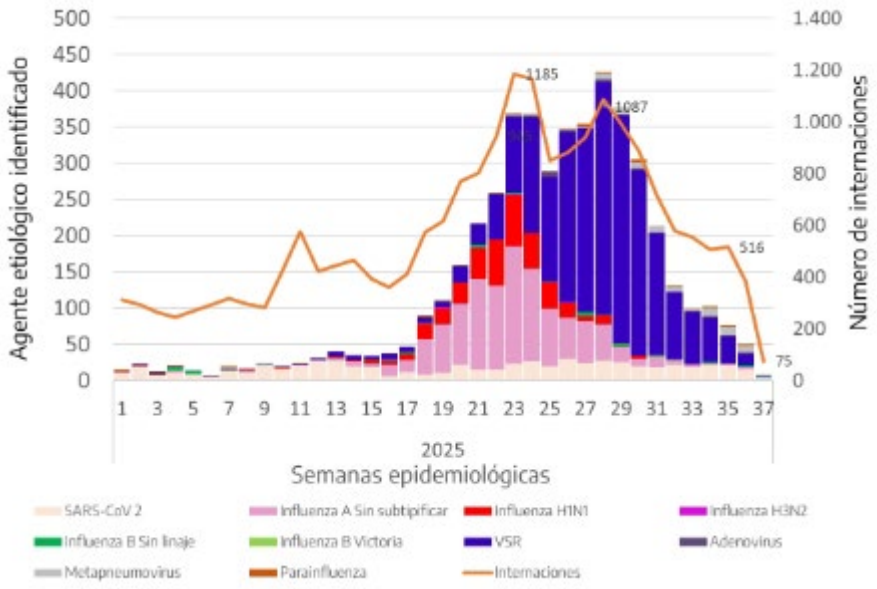
X. Boletines Jurisdiccionales

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

Hasta la segunda semana de Septiembre (SE 37) en PBA se notificaron un total de 56.622 casos de bronquiolitis, 317.132 enfermedad tipo influenza (ETI) y 39.604 neumonías, lo que representa una disminución de bronquiolitis del 41%, de ETI del 15% y 21% de neumonías, respecto al mismo período en 2024.



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



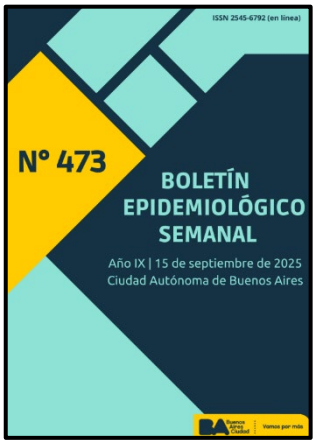
Fuente: SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

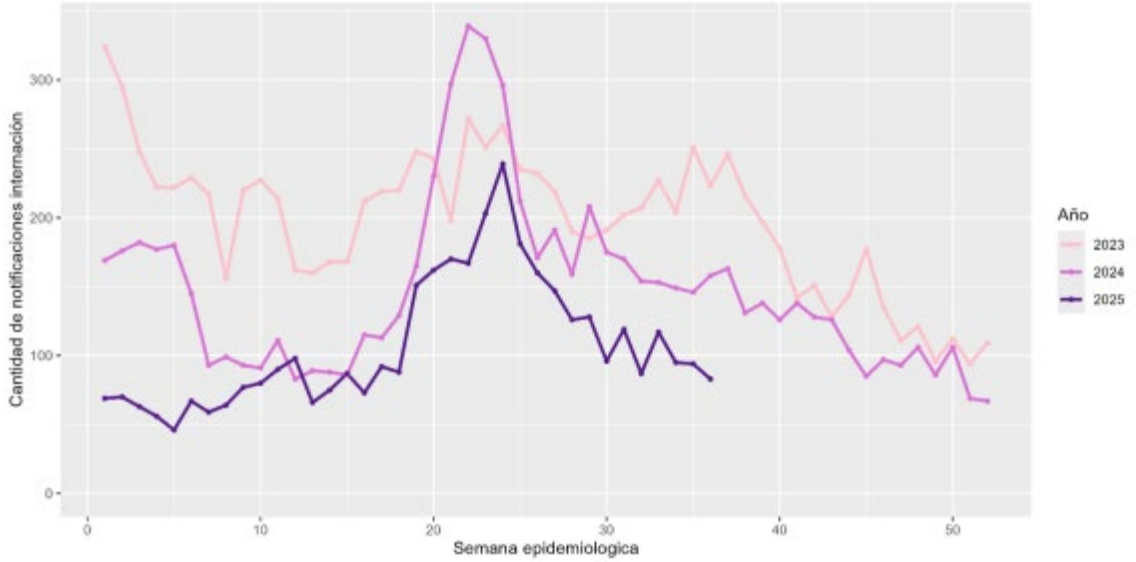
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

X.2. CABA: Eventos respiratorios de abordaje en internación

Se observa que el año 2024, así como el 2023 ha iniciado con un incremento de la notificación de eventos respiratorios asociados a internación -la cual se asocia a COVID-19, como se verá más adelante, que luego ha descendido, que luego se ha registrado en el otoño de 2024 una elevación de los casos asociadas especialmente a influenza, que luego ha descendido, ubicándose actualmente para 2025 en niveles inferiores a los registrados en esta época del año para 2023 y 2024, aunque con un incremento en general desde la SE 8 de 2025



Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias en eventos asociados a internación. Residentes CABA. Años 2023-24-25 (N = 21815)



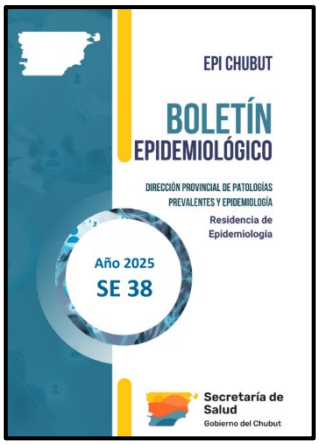
Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0

Para más información:

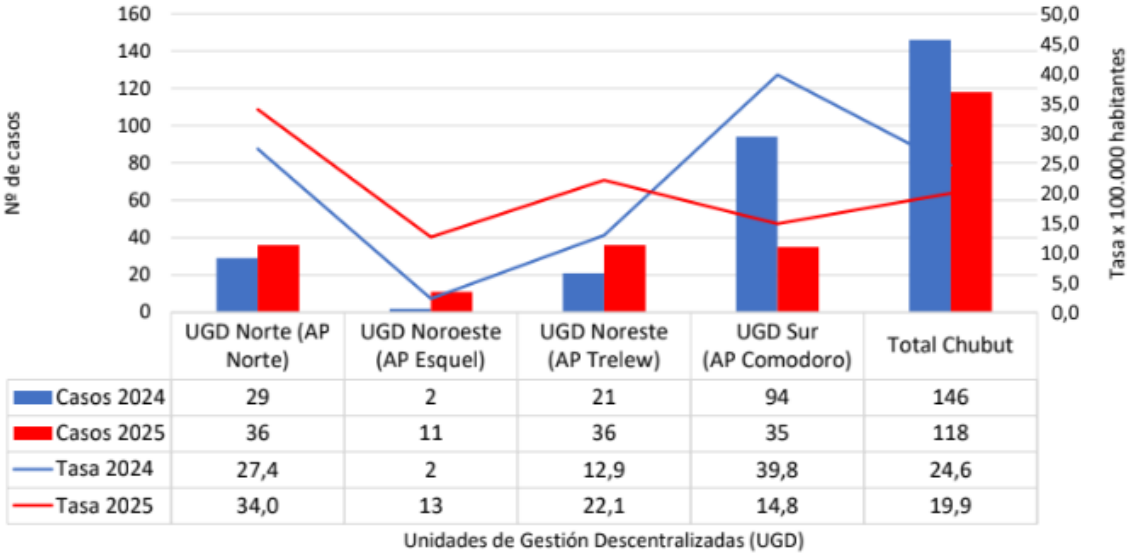
https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2025

X.3. Chubut: Intoxicación por Monóxido de Carbono (CO)

A la SE 37 del año 2025 se notificaron 118 casos confirmados de Intoxicación por monóxido de carbono. Se observa una disminución del 19% de los casos notificados en el año 2025 comparado con el año 2024. La mayor tasa de incidencia en el 2025 la presenta UGD Norte (34,0 x 100.000 hab.).



Casos confirmados de intoxicación por monóxido de carbono. Provincia de Chubut. SE 1- 37. Año 2025. N=118.



	UGD Norte (AP Norte)	UGD Noroeste (AP Esquel)	UGD Noreste (AP Trelew)	UGD Sur (AP Comodoro)	Total Chubut
Casos 2024	29	2	21	94	146
Casos 2025	36	11	36	35	118
Tasa 2024	27,4	2	12,9	39,8	24,6
Tasa 2025	34,0	13	22,1	14,8	19,9

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

Para más información:

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

X.4. Entre Ríos: Vigilancia epidemiológica nominal de infecciones respiratorias agudas virales en internados

Desde la semana epidemiológica (SE) 01/2025 hasta la SE 37/2025, se notificaron 1.530 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, 25 casos a virus SARS-CoV-2 y 210 casos de virus sincitial respiratorio (VSR), mientras que en 900 pacientes no fueron detectados virus respiratorios. (Tabla 1)



Tabla 1: Casos notificados y confirmados a Influenza y SARS-CoV-2. SE 01 a SE 37 de 2025. Entre Ríos.

CASOS NOTIFICADOS	CONFIRMADOS INFLUENZA A	CONFIRMADOS INFLUENZA B	CONFIRMADOS SARS-CoV-2	DESCARTADOS
1530	139	3	25	900

Fuente: SNVS 2.0

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

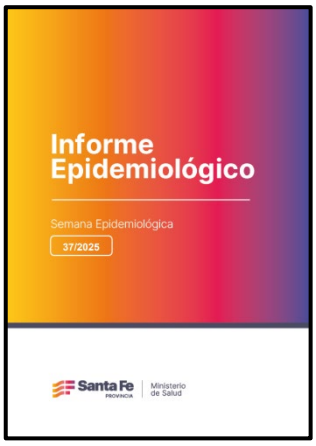
Tabla 2: Casos notificados y confirmados a otros virus respiratorios. SE 01 a SE 37 de 2025. Entre Ríos.

CASOS NOTIFICADOS	VSR	ADENOVIRUS	PARAINFLUENZA 1 PARAINFLUENZA 2 PARAINFLUENZA 3	METANEUMO VIRUS HUMANO	RINOVIRUS	ENTEROVIRUS	DESCARTADOS
1.530	210	7	15	9	2	1	900

Fuente: SNVS 2.0

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

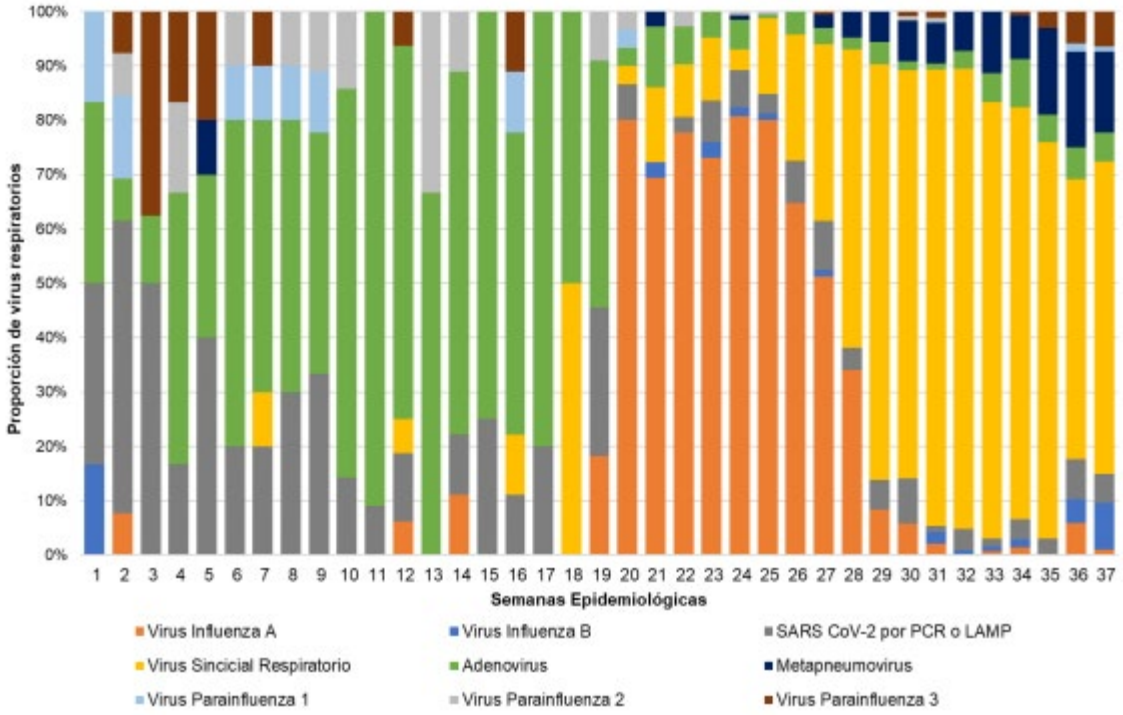
X.5. Santa Fe: Situación de Sars-CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios (OVR) de importancia clínica en pacientes internados



Según el porcentaje de positividad se puede observar que a partir de la SE19 se incrementaron los casos de influenza A, con predominio de influenza A H1N1. Los casos positivos de Influenza B en internados, se notificaron en SE 1, SE 21, SE 23, SE 24, SE 25, SE 27, SE 31, SE 32, SE 33, SE 34, SE 36 y SE 37. 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 37, registrándose un aumento desde la SE 25. Los casos positivos de Adenovirus fueron informados desde la SE 1 hasta la SE 37.

Distribución de casos positivos de Virus respiratorios en pacientes internados IRA según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 37 - 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:

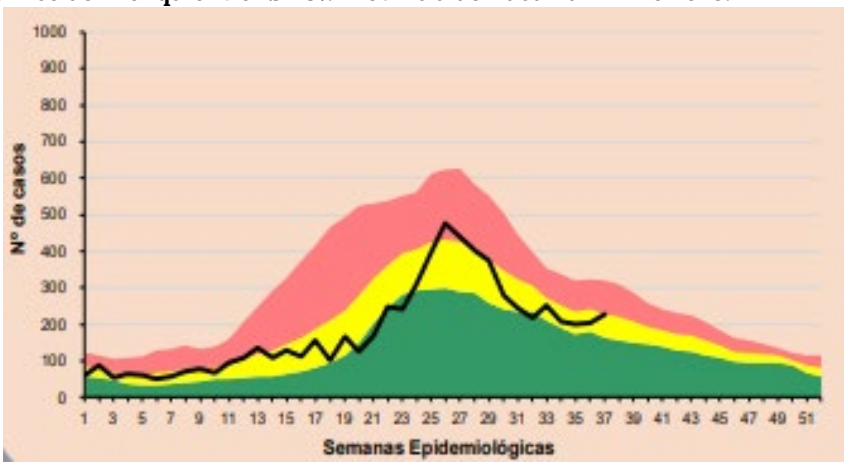
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802

X.6. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 37 se notificaron 229 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis- SE 37. Provincia de Tucumán - Año 2025.



Fuente: SNVS – *Dirección de Epidemiología*

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **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)"

XII. 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