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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **777**

Semana epidemiológica 40
AÑO 2025
Desde 28/09 al 04/10
Fecha de publicación
13/10/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD · REPÚBLICA ARGENTINA

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

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

Actualización informe epidemiológico de Alacranismo
Del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmisibles.
El Instituto Nacional de Producción de Biológicos, INPB-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

Vigilancia de Infecciones Respiratorias
Del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán": Virus respiratorios y el Departamento de Epidemiología.

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, Casas Natalia, Castell Soledad, Chantefort Lucía, 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, González Picasso Manuel, 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, 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:

Los alacranes, también conocidos como escorpiones, son animales invertebrados artrópodos, que, según la especie, pueden ser peligrosos para la salud. Pueden causar envenenamientos graves e incluso letales, pero son prevenibles y tratables. Foto aportada por Adolfo De Roodt.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°777, SE 40.

I. Editorial del BEN 770

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

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

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

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

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

¡Hasta la próxima!

Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología

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

II. Sobre este BEN

El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) N° 777 presenta una nueva actualización integral de los principales eventos bajo vigilancia en el país, incorporando información consolidada del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), las redes centinelas y los programas nacionales de control.

En esta edición se incluyen las tablas de eventos de notificación obligatoria seleccionados, con su nota metodológica actualizada, que describe el proceso de construcción, validación y análisis de los datos. También se presentan los eventos priorizados, con especial atención a la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, la circulación de virus respiratorios, y el inicio de la temporada 2025–2026 de dengue, incluyendo los escenarios epidemiológicos estimados y la evolución de los indicadores entomológicos.

La sección de actualización periódica de eventos aborda en esta oportunidad la vigilancia de alacranismo, presentando un análisis espacial y temporal detallado de los casos notificados, su distribución por edad, sexo y sintomatología, así como la evolución de los accidentes en las distintas regiones del país. Además, se incluyen datos sobre la producción nacional de antiveneno escorpiónico, con información sobre su composición, disponibilidad y uso en el sistema de salud, y se destacan las acciones preventivas y de comunicación orientadas a reducir el riesgo en zonas endémicas y sensibilizar a la población y al personal sanitario.

En el apartado de alertas epidemiológicas internacionales, se destacan los brotes de sarampión en países de la región, la situación global del virus de chikunguña y una alerta por riesgo de intoxicación por metanol, con recomendaciones específicas de vigilancia y respuesta.

Finalmente, el boletín incluye una selección de boletines jurisdiccionales destacados, que reflejan la producción epidemiológica provincial, y una actualización en la sección herramientas para la vigilancia, donde se presentan las nuevas modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0 y la octava edición de las Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud.

Contenido

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

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

EVENTOS PRIORIZADOS **17**
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **18**
IV.1. Nota Metodológica 18
IV.1.A. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 18
IV.2. Síntesis de la información nacional destacada 19
IV.2.A. Vigilancia Clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 19
IV.2.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados 20
IV.2.C. Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios 20
IV.2.D. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos 21
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 21
IV.3.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 21
IV.3.B. Neumonía 23
IV.3.C. Bronquiolitis 24
IV.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 26
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **29**
V.1.A. Subregión Cono Sur 29
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026. 32
V.2.A. Nota metodológica 32
V.3. Situación de dengue en Argentina 34
V.3.A. Inicio de temporada 2025/2026 34
V.4. Situación epidemiología de otros arbovirus 36
V.5. Vigilancia entomológica 37
V.5.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición 38
V.5.B. Evolución IPO e IDH SE32–SE40 (2025) 38
V.5.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios 40

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS **45**
VI. Vigilancia de alacranismo **46**
VI.1. Introducción 46
VI.2. Situación epidemiológica de alacranismo 46
VI.2.A. Análisis espacial 47
VI.2.A. Análisis según semanas epidemiológicas (SE) 48
VI.2.B. Análisis según población afectada 49
VI.3. Producción de antiveneno escorpiónico 50
VI.3.A. Introducción 50
VI.3.B. Composición del Producto Terminado 51
VI.4. Medidas de prevención 51
VI.5. Vigilancia epidemiológica 52

VI.5.A. Objetivos de la vigilancia 52
VI.5.B. Definiciones y clasificaciones de caso 53
VI.5.C. Notificación 53

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES....54
VII. Introducción 55
VII.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión 56
VII.1.A. Bolivia 56
VII.1.B. Canadá 56
VII.1.C. Estados Unidos de América 56
VII.1.D. México 57
VII.1.E. Paraguay 58
VII.2. Enfermedad por virus de chikunguña – Situación global 59
VII.2.A. Panorama global 59
VII.2.B. Panorama Regional 60
VII.3. Alerta epidemiológica: Riesgo de intoxicación por metanol 64
VII.3.A. Antecedentes y resumen de la situación 64

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES.... 66
VIII. Boletines Jurisdiccionales 67
VIII.1. Buenos Aires: Internaciones por infecciones respiratorias agudas (IRA) 67
VIII.2. CABA: Eventos respiratorios de abordaje ambulatorio 68
VIII.3. Mendoza: Síndrome urémico hemolítico (SUH) 69
VIII.4. Salta: Bronquiolitis 70
VIII.5. Santa Fe: Situación de Sars-CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios (OVR) de importancia clínica en pacientes internados 71
VIII.6. Tucumán: Infecciones respiratorias aguda (IRA) 72

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 73
IX. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 74
IX.1. Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud 8° Edición 76

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 1-40. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-40	2025 Acumulados SE 1-40	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	98	-23	-19%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	7.325	14.187	6.862	94%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	204	292	88	43%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	81	113	32	40%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	5	5	0	0%
	Cisticercosis	8	8	0	0%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.953	5.245	2.292	78%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	347	630	283	82%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	22	34	12	55%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	7	13	6	86%
	Brucelosis	95	102	7	7%
	Hantavirosis	44	38	-6	-14%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	18	22	4	22%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1.134	1.202	68	6%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	12	23	11	92%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	3	21	18	600%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	9	38	29	322%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	6	1	-5	-83%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	8.797	8.797	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	574	574	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	456	456	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	2	2	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	1	1	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	10.470	13.505	3.035	29%

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 1-40. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-40		2025 Acumulados SE 1-40		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)	858	2	6.072	35	5.214	608%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	858	2	6.072	35	5.214	608%	33	1650%
	Meningitis - Meningoencefalitis	1.844	705	2.133	701	289	16%	-4	-1%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	96	0	78	0	-18	-19%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	92.417	58.295	60.442	18.310	-31.975	-35%	-39.985	-69%
	Encefalitis de San Luis	248	1	387	0	139	56%	-1	-100%
	Fiebre amarilla humana	105	0	137	0	32	30%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	42	0	92	1	50	119%	1	N/A
	Zika	1.456	0	832	0	-624	-43%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	757	332	477	211	-280	-37%	-121	-36%
Enfermedades zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.841	47	1.771	148	-70	-4%	101	215%
	Psitacosis	199	32	532	99	334	168%	67	209%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	1.118	54	1.411	37	293	26%	-17	-31%
	Sífilis Congénita	2.190	844	787	775	-1.403	-64%	-69	-8%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	5	0	7	0	2	40%	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1.936	1.823	1.436	1.216	-500	-26%	-607	-33%
	Sífilis en embarazadas	8.593	7.611	9.215	8.468	622	7%	857	11%
	Hepatitis B en embarazadas	73	51	102	39	29	40%	-12	-24%
Hepatitis virales	Hepatitis A	120	27	197	103	77	64%	76	281%
	Hepatitis B	2.295	541	2.715	577	420	18%	36	7%
	Hepatitis C	1.957	1.178	2.022	1.164	65	3%	-14	-1%
	Hepatitis E	42	6	46	4	4	10%	-2	-33%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	25.691	20.500	40.997	35.097	15.306	60%	14.597	71%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	1.221	1.160	1.887	1.802	666	55%	642	55%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	361	79	281	117	-80	-22%	38	48%

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 1-40. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-40	2025 Acumulados SE 1-40	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmitidas por alimentos	Diarrea	557.184	556.764	-420	0%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.312	1.760	448	34%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios	910	627	-283	-31%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	105.815	77.558	-28.257	-27%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	968.694	962.446	-6.248	-1%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	65.652	60.769	-4.883	-7%
	Neumonía (sin especificar)	75.343	63.232	-12.111	-16%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	1	5.097	5.096	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	8	3.126	3.118	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	18	22.050	22.032	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	1.321	1.320	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	8	5.512	5.504	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	3	4.711	4.708	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	86	28.321	28.235	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	13	5.455	5.442	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	8	2.196	2.188	N/A
	Lesiones por electrocución	0	546	546	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	808	808	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	5	63.375	63.370	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	4	21.356	21.352	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	7	29.520	29.513	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	375	375	N/A
	Otras lesiones en el hogar	35	21.449	21.414	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 1-40. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-40		2025 Acumulados SE 1-40		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	3.609	198	2.743	163	-866	-24%	-35	-18%
	Infección por Mycoplasma genitalium	591	17	384	11	-207	-35%	-6	-35%
	Infección por Mycoplasma hominis	2.227	220	2.122	288	-105	-5%	68	31%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	12.419	348	5.668	370	-6.751	-54%	22	6%
	Infección por Trichomonas vaginalis	20.359	2.092	17.310	1.902	-3.049	-15%	-190	-9%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.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.

IV.1.A. SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS[1]

Situación Regional: La actividad de influenza en las Américas se mantiene baja. A nivel regional, la circulación de VSR muestra una tendencia descendente, mientras que SARS-CoV-2 presenta un incremento en las últimas semanas epidemiológicas (SE), alcanzando una positividad del 7,7%. En América del Norte, la actividad de influenza permanece en niveles interestacionales. La circulación de VSR se mantiene baja y estable, mientras que SARS-CoV-2 muestra un aumento, con una positividad del 9%. En el Caribe, la circulación de influenza disminuye, con una positividad del 6%, predominando el subtipo A(H1N1)pdm09. La actividad de VSR también desciende, alcanzando una positividad del 3,9%, al igual que SARS CoV-2, que baja a 9,2%. En Centroamérica, la actividad de influenza aumenta levemente, con una positividad del 6,4%. SARS CoV-2 muestra una disminución esta semana (5,2% de positividad), mientras que VSR también desciende, con una positividad del 14%. En la subregión andina, la actividad de influenza A disminuye a 5% de positividad. VSR presenta una leve reducción esta semana (8,7% de positividad), mientras que SARS-CoV-2 aumenta en comparación con la semana anterior, alcanzando una positividad del 9,8%. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza muestra un leve aumento (3,6% de positividad). La circulación de VSR disminuye respecto a la SE previa, con una positividad del 7,2%, mientras que SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos, aunque con tendencia ascendente (5,6% de positividad). La circulación de otros virus respiratorios (OVR) se mantiene elevada y con tendencia al alza a nivel regional, destacando la subregión de Brasil y el Cono Sur por la detección de Rinovirus, Parainfluenza y Metapneumovirus.

América del Norte: La actividad de influenza se mantiene baja y estable en la subregión, con una positividad de 0,7%. La mayoría de los casos de IRAG positivos se han asociado con influenza y SARS-CoV-2. La circulación de VSR continúa siendo baja y estable en todos los países. En contraste, la actividad de SARS-CoV-2 muestra una tendencia ascendente en la subregión, con una positividad del 9%. Al analizar la actividad de influenza por país, México, Canadá y Estados Unidos mantienen niveles interestacionales. En cuanto a SARS-CoV-2, se observa una tendencia al aumento en Estados Unidos (7,8%) y Canadá (9%), mientras que en México la positividad alcanza el 7,9%, presentando una tendencia descendente.

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

Caribe: La actividad de influenza, impulsada principalmente por el subtipo A(H1N1)pdm09, disminuyó en la última SE, con una positividad subregional del 6%. La circulación de VSR también descendió respecto a la SE anterior, con una positividad del 3,9%. Por su parte, la actividad de SARS-CoV-2 continúa en descenso, alcanzando una positividad subregional del 9,2%. Los casos de IRAG muestran una tendencia a la disminución, asociados principalmente a influenza. En contraste, los casos de ETI presentan un leve incremento, también vinculados mayoritariamente a influenza. Al analizar por país, se observa que la actividad de influenza permanece en niveles epidémicos en Haití y Belice, mientras que en Jamaica y República Dominicana se mantiene en niveles interestacionales. En Cuba, la actividad aumentó respecto a la SE anterior, con una positividad del 6,4%. Barbados, Guyana, las Islas Caimán y San Vicente y las Granadinas reportan niveles bajos de circulación. En cuanto a VSR, la circulación disminuye en Cuba, República Dominicana y Santa Lucía en comparación con la SE anterior. En Barbados, Belice, Haití, Surinam y San Vicente y las Granadinas se mantiene baja, mientras que en Guyana y las Islas Caimán se observa un aumento. Respecto a SARS-CoV-2, la actividad disminuyó en Belice, República Dominicana, Santa Lucía y las Islas Caimán durante la última SE. Haití mantiene una circulación baja y estable desde hace varias semanas. Barbados presenta niveles elevados, aunque con tendencia a la disminución, con una positividad del 24,5%. En San Vicente y las Granadinas, la actividad aumentó en la última semana, alcanzando una positividad del 21,4%. Surinam y Cuba también reportan un incremento en la circulación, mientras que Guyana se mantiene sin cambios respecto a la SE anterior, con una positividad del 1,2%.

Centroamérica: La actividad de influenza aumenta su circulación en la subregión con una positividad del 6,4%, caracterizada por la circulación de 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 13,8% que se ve reflejado en la detección de casos IRAG. La actividad de SARS-CoV-2 disminuye levemente esta semana, alcanzando una positividad de 5,2%.

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 8,7%. La actividad de SARS-CoV-2 aumenta alcanzando una positividad del 9,8%. Los casos de IRAGI asociados con influenza, así como de VSR muestran una tendencia descendente. Para los casos ETI se observa una disminución asociada principalmente a la 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 3,6%. La circulación del VSR continúa disminuyendo, indicando una positividad del 7,2%. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos, sin embargo, comienza a mostrar una tendencia al ascenso con una positividad del 5,6%. La detección de casos IRAG ha mostrado una tendencia descendente constante en las últimas semanas, asociada principalmente a SARS-CoV-2 e influenza.

IV.2. Síntesis de la información nacional destacada

IV.2.A. VIGILANCIA CLÍNICA DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI), NEUMONÍA Y BRONQUIOLITIS

- Entre la semana epidemiológica 1 y 40 de 2025 se notificaron 964.430 casos de ETI, 134.991 casos de Neumonía y 128.296 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. Los casos de bronquiolitis presentaron un ascenso que alcanzó niveles de seguridad entre SE29 y 34.

IV.2.B. 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 (SE39 y 40) se registraron 4 casos de influenza entre 109 muestras estudiadas.
- Para **VSR**, se registró 1 caso positivo entre las 79 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 39 y 40). El porcentaje de positividad de VSR en UMA se mantuvo por encima del 10% entre las SE29 y 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en SE29.
- Con 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 las últimas dos semanas (39 y 40/2025) se notificaron 10 casos positivos para SARS COV 2 entre las 114 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE40 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 6.444 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3.079 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.
- Las notificaciones de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) mostraron un aumento a partir de la SE12, acompañado de un aumento en las detecciones de virus influenza, principalmente el subtipo A(H1N1). El mayor número de casos de IRAG con diagnóstico de influenza se registró entre las SE23 y SE27, seguido de una disminución en las semanas posteriores, con predominio de influenza B en las últimas SE. Además, desde la SE20 se verifica un aumento en las detecciones de VSR y, a partir de la SE35, un leve incremento de IRAG con diagnóstico de SARS-CoV-2.
- En las últimas 4 semanas, entre los 713 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 2 codetecciones de SARS-CoV-2 y VSR, 1 detección de influenza, 23 casos de SARS-CoV-2 y 170 casos de VSR.[2]

IV.2.C. 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

[2] 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

entre las SE22 y 26, con más de 1.000 detecciones semanales. En las últimas dos semanas (SE38 y 39) se registraron un total de 57 detecciones de influenza.

- Con respecto a **VSR**, se registra un aumento en el número de casos desde la SE12, con inicio de la actividad estacional en SE20 y 595 detecciones en las últimas 2 SE (38 y 39).
- 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 39 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, si bien se registra un ligero ascenso en las detecciones a partir de la SE34.
- Durante la SE38/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: VSR, SARS-CoV-2, paraifluenza, metapneumovirus, Influenza y adenovirus.

IV.2.D. 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 (39 y 40) se detectaron 5 casos. Durante el año 2025 se registraron al momento 209 fallecidos con este diagnóstico.
- Con relación a VSR, las detecciones en hospitalizados presentan un aumento desde la SE12, con un descenso en las últimas semanas. En las SE 39 y 40 se registraron 222 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 40/2025 se registraron 29 casos positivos internados. Se registraron 2 fallecimientos en la última semana.

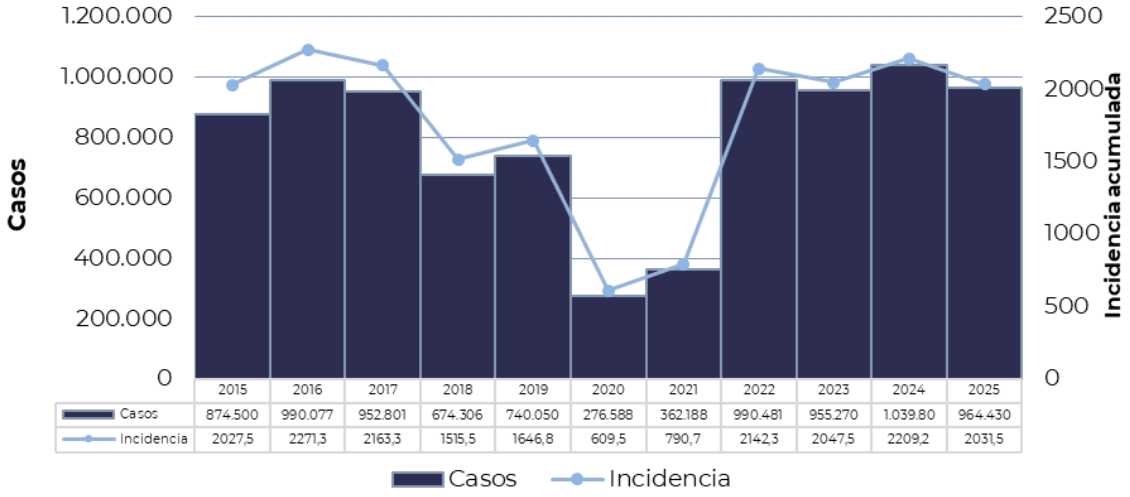
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

IV.3.A. ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre las SE 1 y 39 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 964.430 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2031,5 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registraron en 2024 (1.039.807 casos) y 2016 (990.077 casos), mientras que en 2020 y 2021 se reportó un nivel de casos inferior en comparación con los años previos. En el corriente año se registra un menor número de casos que los años 2022 y 2024, siendo superado además por las notificaciones de los años 2016.

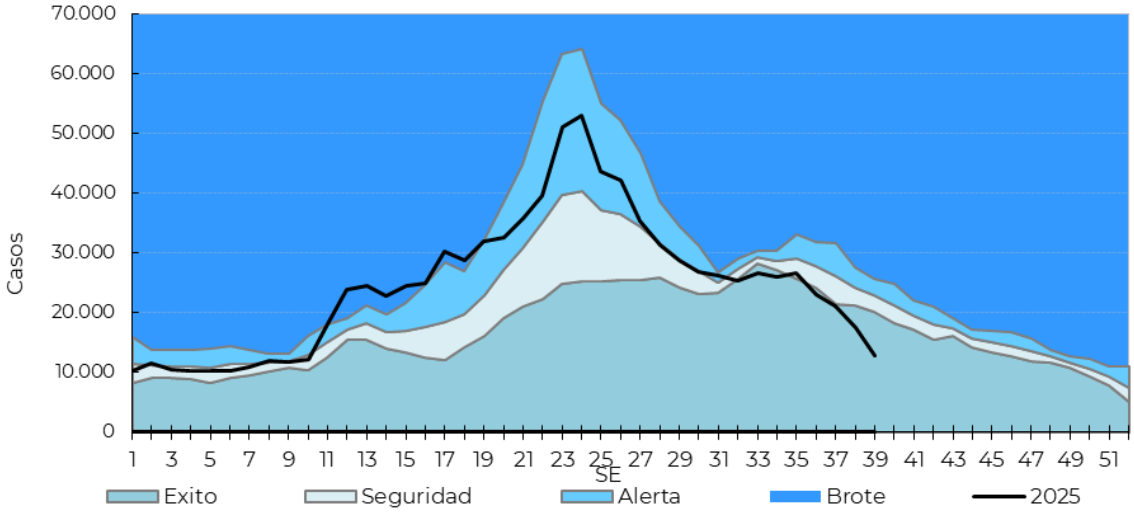
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE39. Argentina[3].



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 39 de 2025[4]. 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.

[3] 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

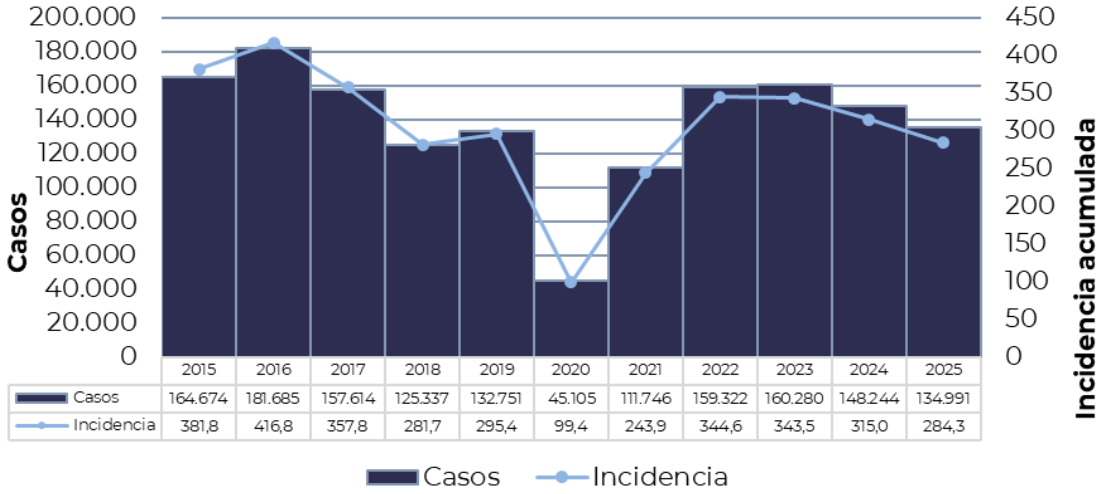
[4] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

IV.3.B. NEUMONÍA

Hasta la SE39 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 134.991 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 284,3 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 2021-2023, 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. SE39. Argentina.

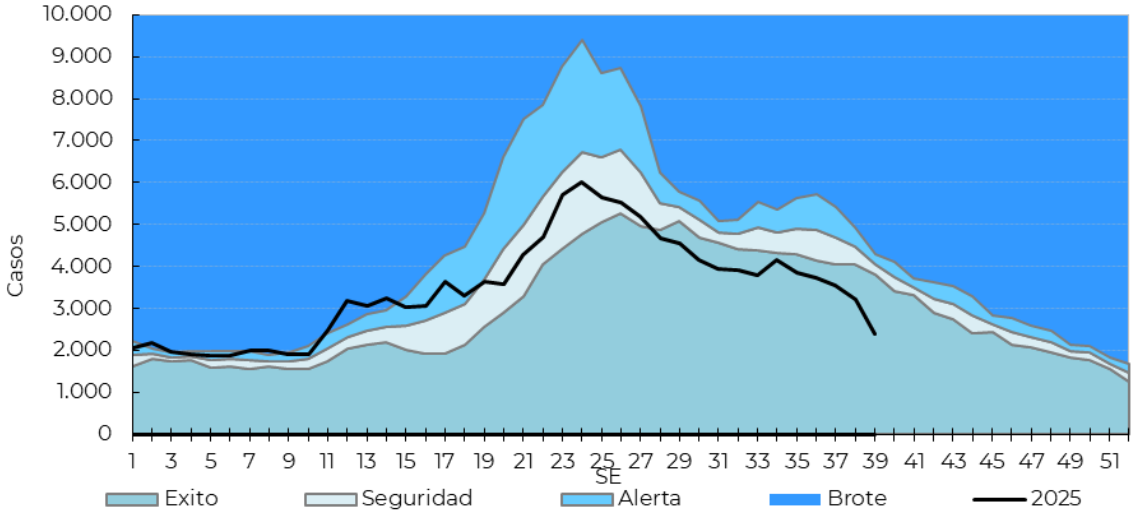


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	164.674	181.685	157.614	125.337	132.751	45.105	111.746	159.322	160.280	148.244	134.991
Incidencia	381,8	416,8	357,8	281,7	295,4	99,4	243,9	344,6	343,5	315,0	284,3

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 39 de 2025[5]. 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].

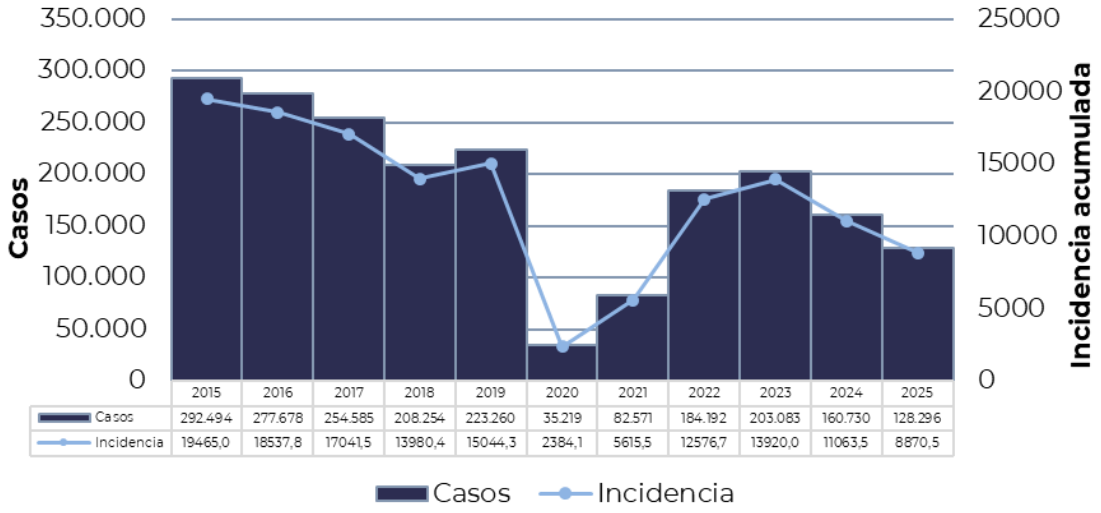
IV.3.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 39 SE de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 128.296 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 8870,5 casos/100.000 habitantes.

En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 39 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.

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

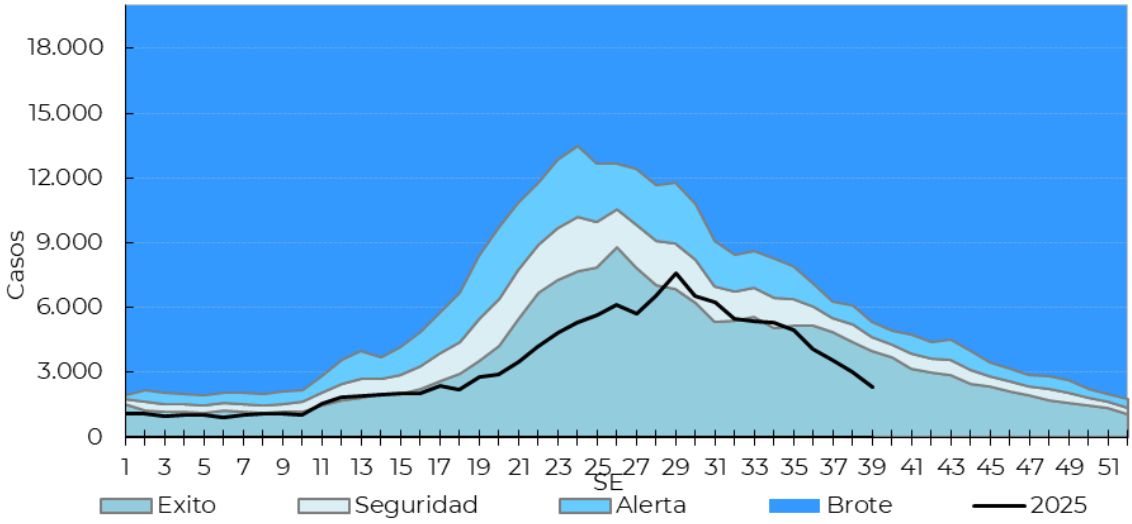
Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE39. Argentina.



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 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, llegando a niveles de seguridad nuevamente, aunque con un posterior descenso.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 39 de 2025[6]. Argentina.



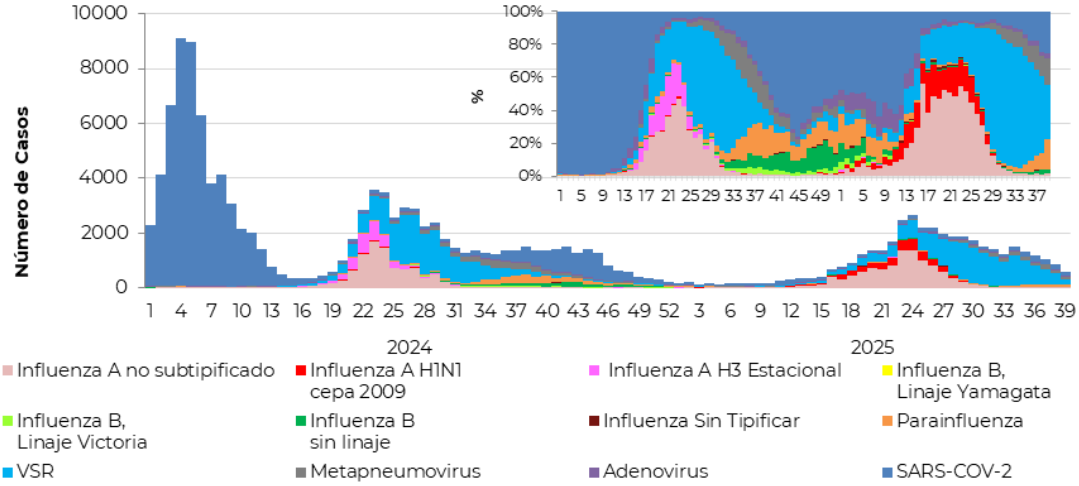
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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

IV.4. 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 desde la SE 34.

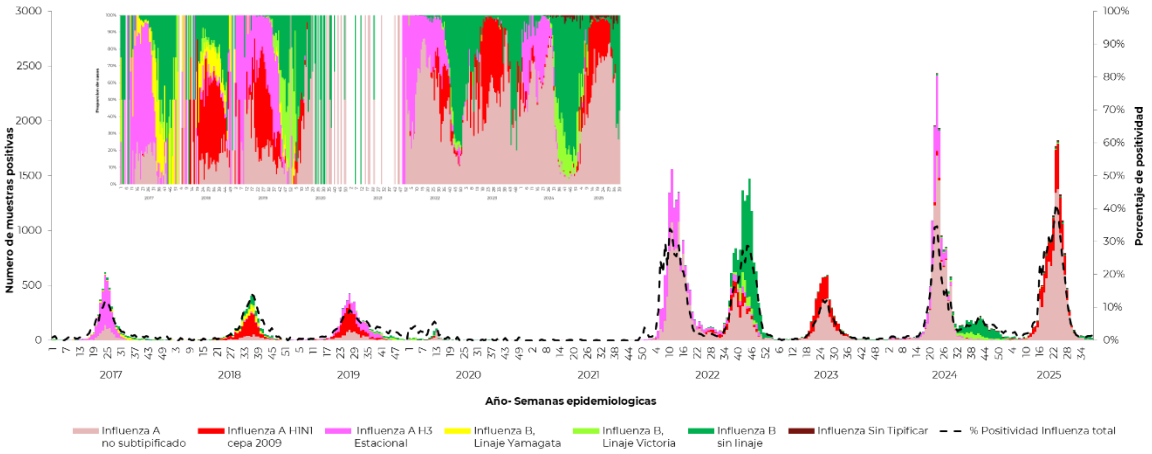
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE39/2025. Argentina.



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 (SE38 y SE39) se notificaron un total de 57 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- SE39/2025. Argentina.

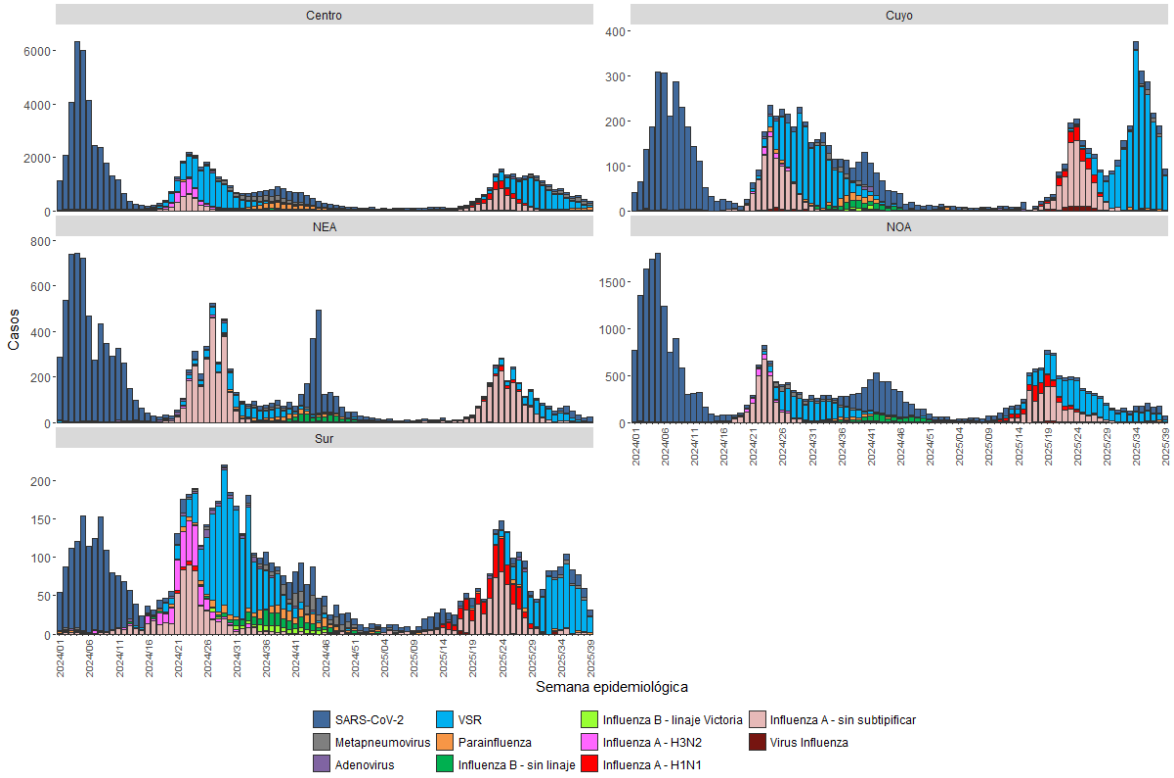


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

Se destaca que durante la temporada en curso la circulación viral de influenza presentó un inicio adelantado con 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 SE39/2025. 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 39 semanas de 2025, los casos se mantuvieron en valores bajos, si bien se registra un ligero aumento desde la SE 34.

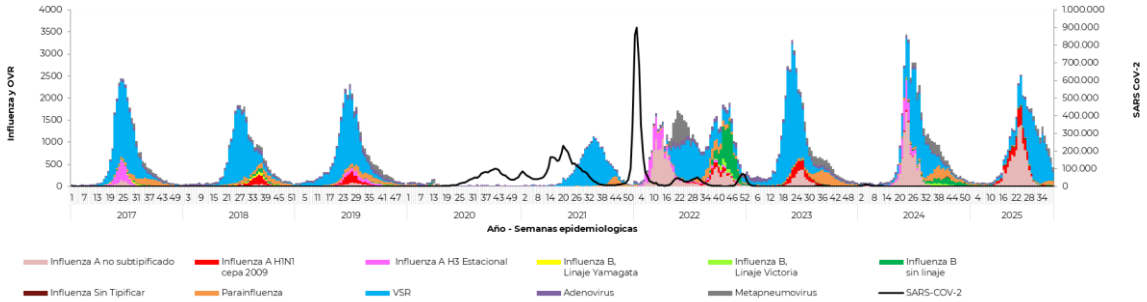
En relación con el **VSR**, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16/2024, alcanzando su máximo en la SE26, y tendencia descendente posterior. En lo que va de 2025, se

registra un ascenso de las detecciones desde la SE12, con inicio de actividad estacional a partir de la SE20. En las últimas 2 SE (38 y 39), se notificaron 595 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- SE39/2025. 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.

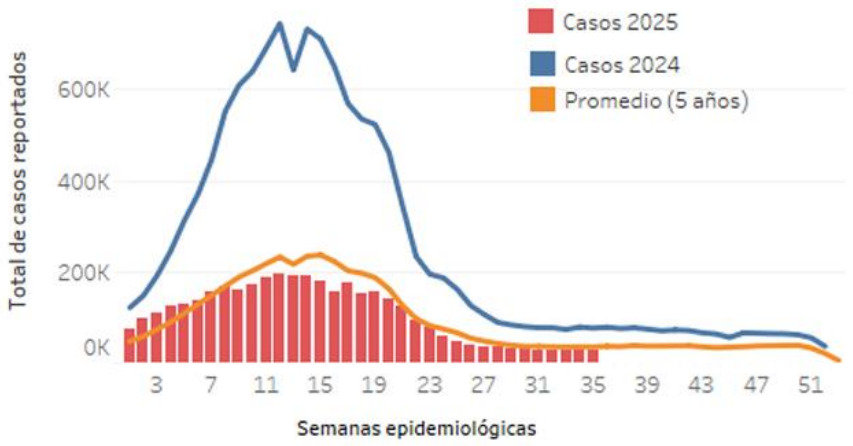
La curva histórica de casos positivos de virus respiratorios por semana muestra un marcado descenso para el año 2020 en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios. Durante el año 2022 se ha 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. 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 26 de septiembre.

A la semana epidemiológica (SE) 36 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,814,835 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 375 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 36.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 36 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 3,814,835 casos de dengue reportados en las Américas, 1,527,118 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 6,198 (0.2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,936 muertes por dengue, para una letalidad del 0.051%.

14 países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 36. Estos países registran en conjunto 25,843 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 36.

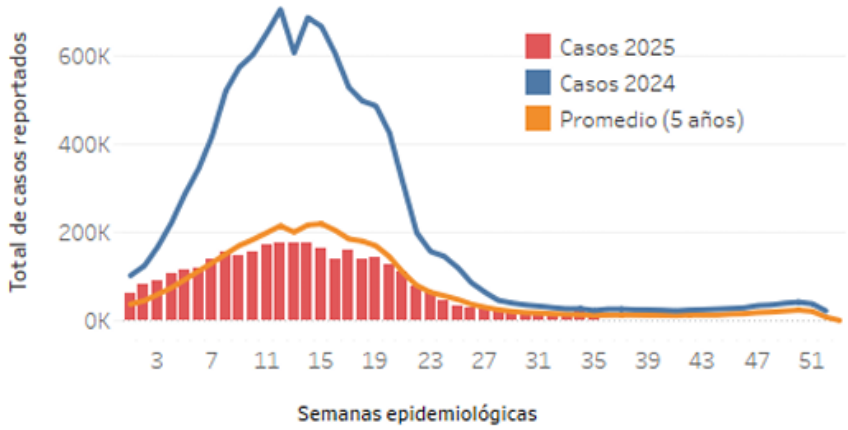
Del total de casos registrados en la SE 36, 59 fueron clasificados como dengue grave (0.2%), y se reportaron 20 muertes. para una letalidad de 0.077%.

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

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notifican 17,281 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 36. 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.

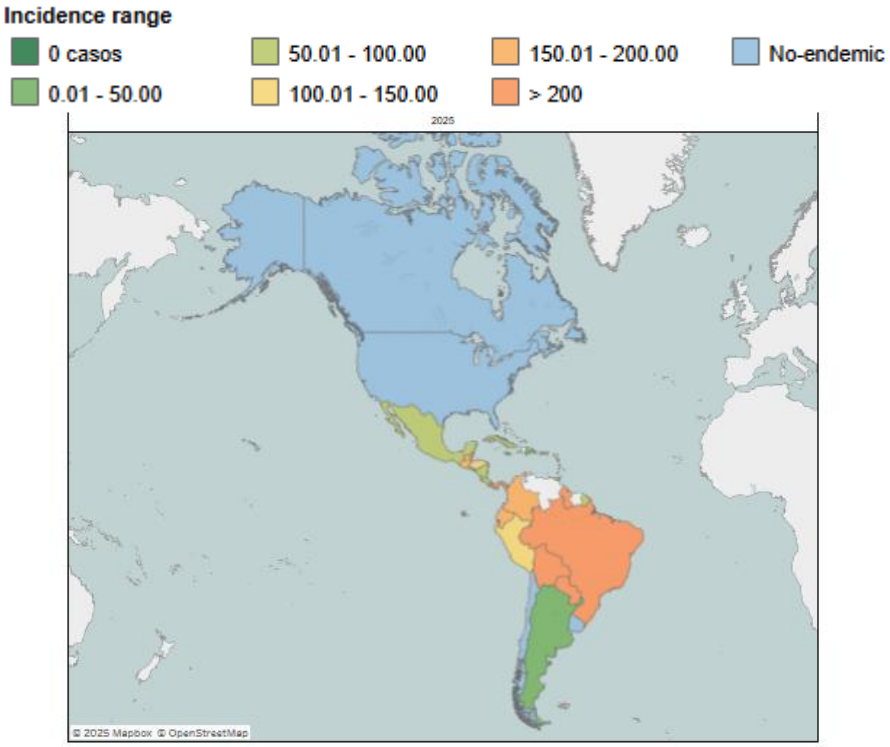
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 36, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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

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

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



Fuente: Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud. Datos reportados por Ministerios e institutos de Salud de los países y territorios de la región.[7]
NOTA METODOLOGICA:
1. Números de casos reportados de fiebre por dengue. Incluye todos los casos de dengue: sospechosos, probables, confirmados, no-grave, grave y muertes.
2. Población: total de habitantes para ese País o Territorio según las proyecciones de Naciones Unidas.

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

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[8] y el ARBO-portal[9] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 9/10/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 39/2025 se han reportado 3.401.498 casos de dengue, con 1.657 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 66% respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se notificaron 224.609, un 44% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 112 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. No obstante, a la fecha no se han confirmado casos por laboratorio para este evento. 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 39/2025, se han notificado 35.703 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 7 casos, similar al año anterior. No obstante, a la fecha no se han confirmado casos por laboratorio 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).

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

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

La Organización Panamericana de la Salud emitió una alerta epidemiológica sobre Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas[10], debido a que en 2025 se han reportado brotes de chikungunya en varias regiones del mundo. En las Américas, distintos países notificaron un incremento de casos, especialmente Bolivia donde se registró un aumento muy superior al 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, sin casos confirmados por laboratorio en el resto de los países citados.

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

V.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.

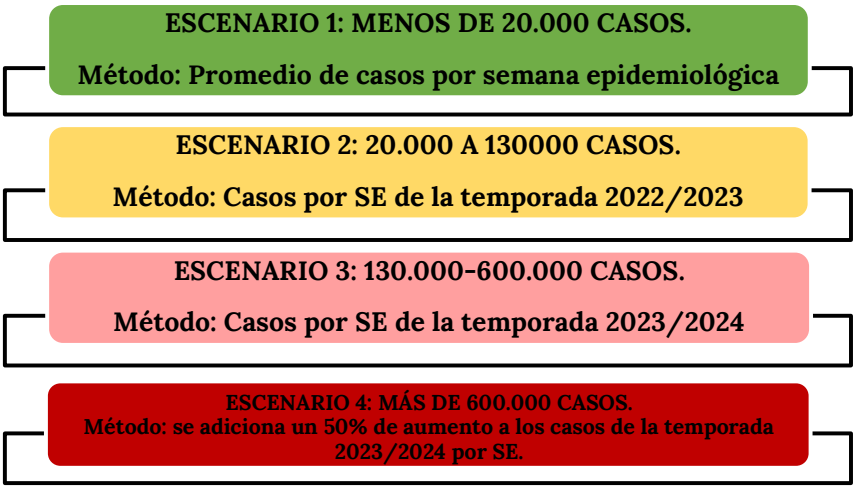
El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la 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 SE39 se notificaron 6 casos confirmados de dengue, de

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

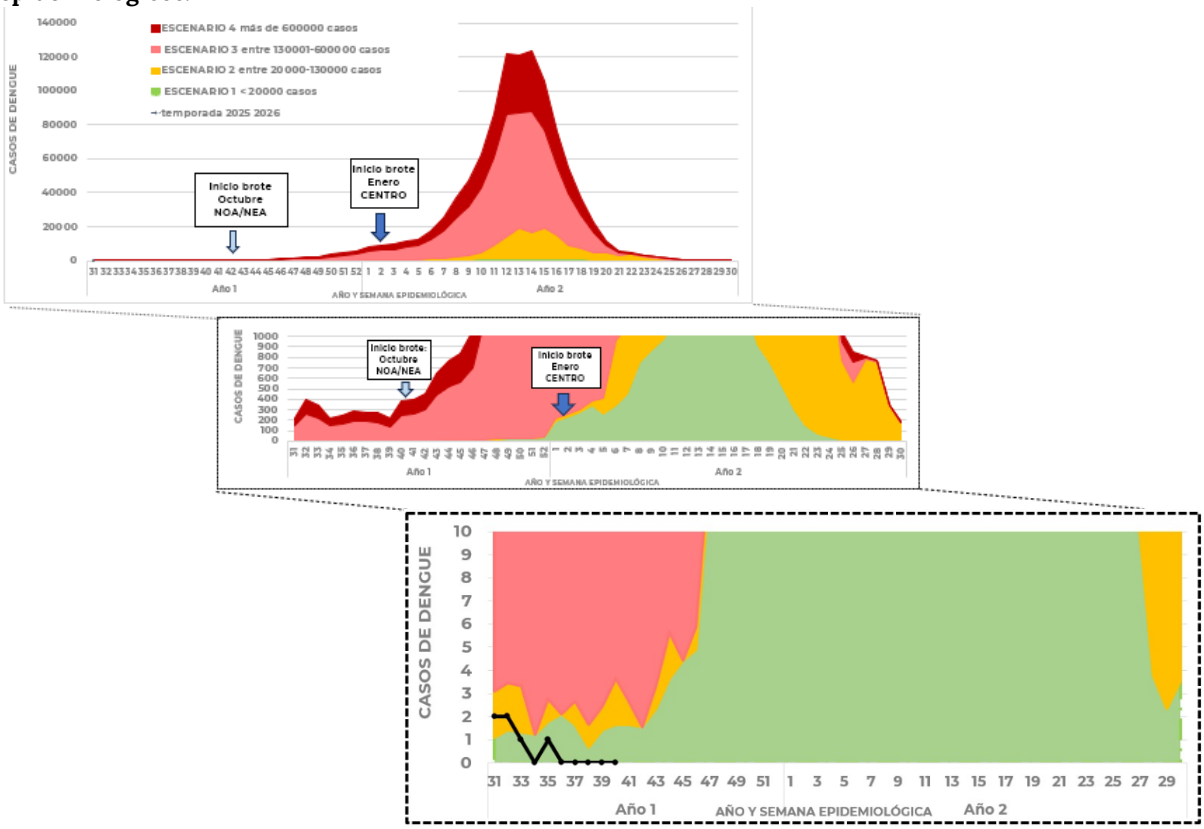
los cuales 3 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 4)

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

V.3. Situación de dengue en Argentina

V.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.

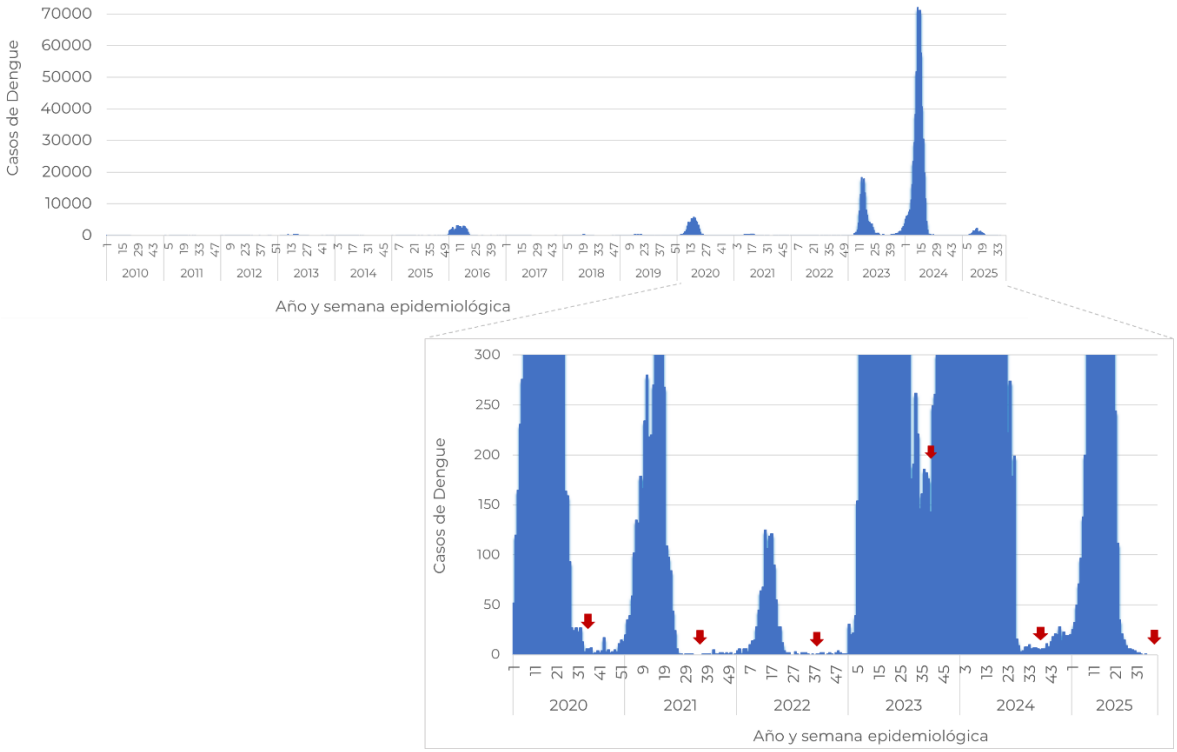
La definición operativa de temporada permite estructurar la vigilancia en un marco temporal en consonancia con la dinámica de transmisión, facilitando el análisis comparativo entre períodos y la planificación de las acciones de prevención y control. En este sentido, la temporada de dengue en Argentina 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 SE40/2025, 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[11] según semana epidemiológica. Años 2010-2025 y detalle 2020-2025 con referencia (flecha roja) a la SE 40. Argentina.



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

De acuerdo con la fecha mínima[12], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 1787 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 SE40/2025 se notificaron 268 casos sospechosos de dengue. Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

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

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

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE40/2025. 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	3	1	2	84	21	112
CABA	0	2	2	0	29	9	42
Córdoba	0	6	0	0	129	7	142
Entre Ríos	0	0	0	0	8	0	8
Santa Fe	0	0	0	0	93	8	101
Total Centro	**1**	**11**	**3**	**2**	**343**	**45**	**405**
Mendoza	0	0	0	0	7	0	7
San Juan	0	0	0	0	5	0	5
San Luis	0	0	0	0	5	1	6
Total Cuyo	**0**	**0**	**0**	**0**	**17**	**1**	**18**
Chaco	0	0	0	0	118	0	118
Corrientes	0	0	0	0	2	2	4
Formosa	2	3	0	0	915	0	920
Misiones	0	0	0	0	36	0	36
Total NEA	**2**	**3**	**0**	**0**	**1071**	**2**	**1078**
Catamarca	0	0	0	0	19	0	19
Jujuy	0	0	0	0	32	3	35
La Rioja	0	0	0	0	8	0	8
Salta	0	0	0	0	52	9	61
Santiago del Estero	0	0	0	0	20	2	22
Tucumán	0	5	0	1	104	9	119
Total NOA	**0**	**5**	**0**	**1**	**235**	**23**	**264**
Chubut	0	0	0	0	3	0	3
La Pampa	0	0	0	0	9	1	10
Neuquén	0	0	0	0	3	0	3
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	4	0	4
Tierra del Fuego	0	0	0	0	2	0	2
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**21**	**1**	**22**
Total País	**3**	**19**	**3**	**3**	**1687**	**72**	**1787**

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).

V.4. Situación epidemiología de otros arbovirus

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de Fiebre Chikungunya, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE40/2025).

La vigilancia de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y estudios en personas con antecedentes de viaje a zonas donde se está registrando transmisión; desde el inicio de la vigilancia de Oropouche, se han investigado hasta el momento 57 casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

Tabla 2. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para Otros arbovirus. SE31/2025 a SE40/2025. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo Occidental		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	1	0	2	0	5	0	3	0	4	0	2
CABA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Córdoba	0	6	0	9	0	7	0	52	0	0	0	0
Entre Ríos	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
Santa Fe	0	12	0	10	0	10	0	7	0	6	0	2
Total Centro	**0**	**20**	**0**	**21**	**0**	**24**	**0**	**63**	**0**	**10**	**0**	**4**
Mendoza	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
San Juan	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
San Luis	0	1	0	1	0	2	0	3	0	3	0	0
Total Cuyo	**0**	**2**	**0**	**2**	**0**	**2**	**0**	**5**	**0**	**3**	**0**	**0**
Chaco	0	13	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	4	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Total NEA	**0**	**17**	**0**	**5**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	1	0	1	0	1	0	1	0	13	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salta	0	6	0	6	0	27	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Tucumán	0	3	0	3	0	3	0	0	0	0	0	3
Total NOA	**0**	**10**	**0**	**10**	**0**	**31**	**0**	**2**	**0**	**13**	**0**	**3**
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**2**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**0**	**49**	**0**	**38**	**0**	**57**	**0**	**72**	**0**	**27**	**0**	**7**

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

En la tabla publicada únicamente se presentan las muestras estudiadas y positivas de casos sin antecedente de viaje. Sin embargo, es importante destacar que en la SE37 se recibió la confirmación de un caso de Fiebre del Nilo Occidental el cual corresponde a una persona con residencia en Kansas, EE.UU., que inicia con síntomas compatibles en su paso por Argentina y fue atendido en la provincia Buenos Aires. Fue confirmado por el Laboratorio Nacional de Referencia, Instituto Nacional de Infecciones Virales Humanas- INEVH MAIZTEGUI. Como antecedentes epidemiológicos se conoció que había estado cazando en su país en zonas con presencia de mosquitos.

V.5. Vigilancia entomológica

La Red Nacional de Vigilancia Entomológica (RNVE) es una iniciativa impulsada y coordinada desde la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores

(DZYCETV) del Ministerio de Salud, en articulación con las jurisdicciones. Su propósito es sistematizar, centralizar y producir información sobre la vigilancia entomológica del mosquito transmisor del dengue *Aedes aegypti.* Este trabajo conjunto, apoyado en capacitaciones previas y herramientas de gestión de datos, permite compartir y disponer de información actualizada y accesible para todas las jurisdicciones.

V.5.A.VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR SENSORES DE OVIPOSICIÓN

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

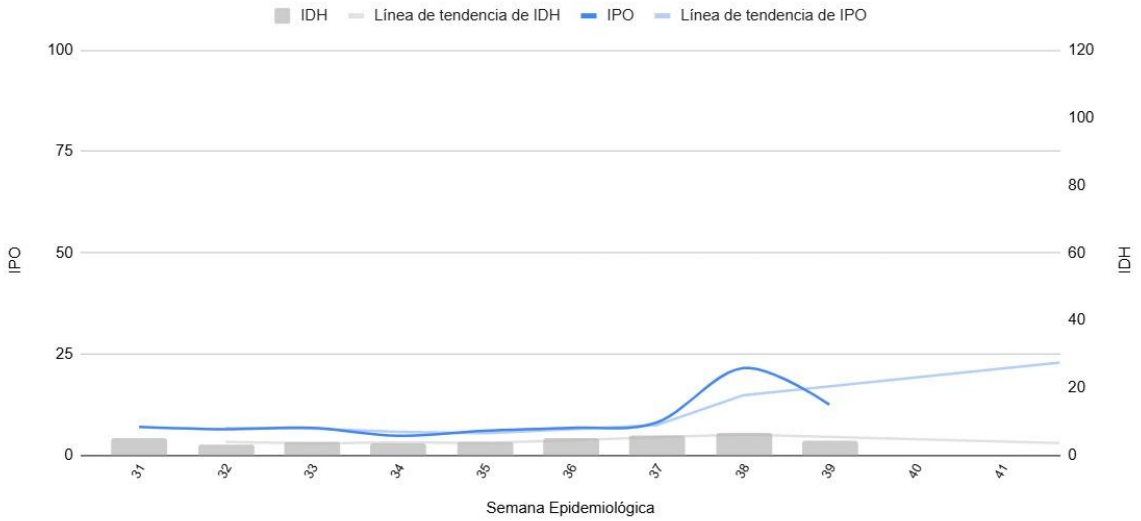
- Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO): Expresa la relación entre sensores positivos y examinados, estimando el riesgo entomológico. Este índice permite categorizar el riesgo como bajo (IPO < 40%), moderado (IPO entre 40% y 70%) o alto (IPO > 70%).
- Índice de Densidad de Huevos (IDH): Mide la relación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

V.5.B.EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32–SE40 (2025)

Durante el período de menores temperaturas, las jurisdicciones de las regiones Cuyo y Sur discontinúan la vigilancia entomológica por lo que, actualmente, se presentan los resultados de la vigilancia entomológica con sensores de oviposición para las regiones NEA, NOA y Centro de forma quincenal. 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 39 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 SE38 y un leve descenso durante 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. Es importante destacar que, aunque baja, el vector mantuvo actividad reproductiva durante todo el período invernal, evidenciando un potencial endémico en algunas jurisdicciones de la región.

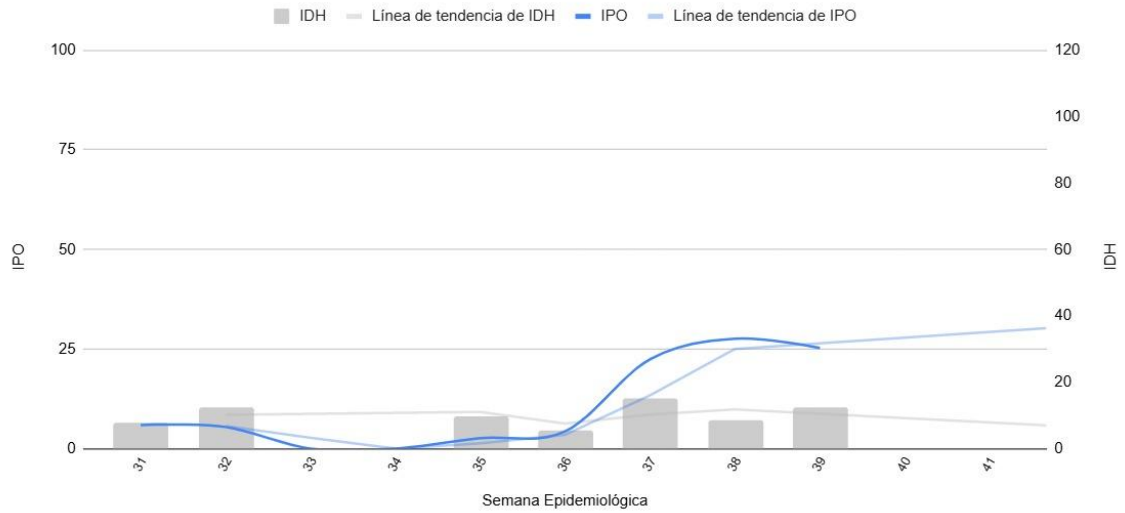
Gráfico 1. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2025)- SE 39 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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 (Gráfico 2). 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 una tendencia ascendente que llevó al IPO a superar el umbral del 25% (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 39 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.

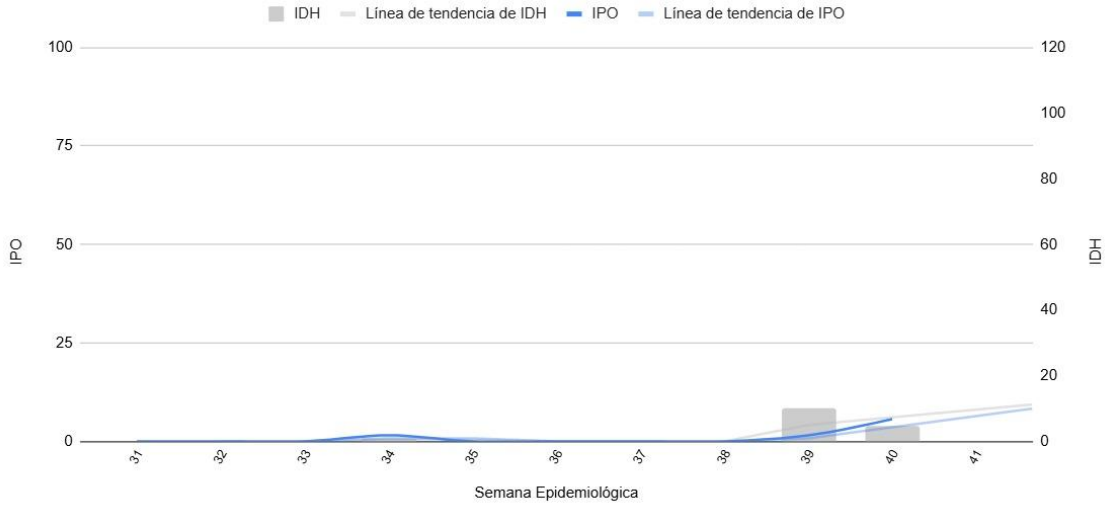


Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región **Centro**, los sensores de oviposición fueron negativos entre las SE 31 y 38, a excepción de un único sensor positivo registrado durante la SE 34 (Gráfico 3). A partir de la SE39 se empezó a detectar positividad en los sensores evidenciando el reinicio de la actividad reproductiva en la región, coincidente con el aumento de temperaturas (Gráfico 3). Si bien se trató de un hecho aislado, el hallazgo de un sensor positivo durante el período invernal

representa una señal a considerar en comparación con los registros históricos para la región, en la 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 40 (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 los meses de menores temperaturas 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 sostiene la vigilancia entomológica en localidades centinelas elegidas para monitorear la dinámica poblacional del mosquito durante todo el año. En particular, resulta fundamental seguir estudiando el potencial endémico de algunas regiones, así como también contar con curvas anuales ininterrumpidas que puedan ser utilizadas como líneas de base para análisis de riesgo y modelos predictivos.

La implementación de esta red marca un avance significativo en la vigilancia entomológica en Argentina, ya que permite a las jurisdicciones contar con datos sistematizados que antes no existían. Esta información no solo mejora la planificación y ejecución de medidas de control y prevención, sino que también genera un registro histórico que podrá utilizarse para desarrollar herramientas predictivas y analizar tendencias en futuras temporadas. La RNVE representa un ejemplo de cómo la colaboración interjurisdiccional y el uso de tecnología pueden fortalecer la capacidad del país para anticiparse a los desafíos sanitarios asociados a las enfermedades transmitidas por vectores. Sin embargo, los datos actuales presentan limitaciones debido a la ausencia de vigilancia entomológica en algunos distritos y a la no adherencia de algunas jurisdicciones a la RNVE.

Con el objetivo de ampliar y consolidar esta iniciativa, se invita a las jurisdicciones que aún no forman parte de la Red Nacional a incorporarse, promoviendo la vigilancia entomológica en todo el territorio nacional. Para más información, pueden contactarse a través del correo electrónico: **etm.vectores@msal.gov.ar**.

V.5.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)

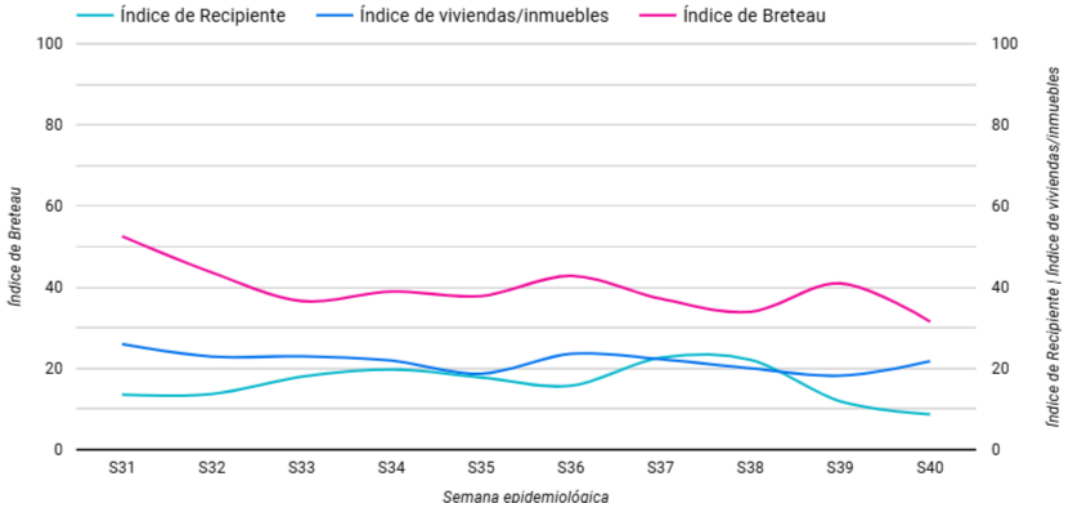
Cuando se realiza la desagregación por región se observa que, para la región NEA, se registran índices entomológicos altos en las viviendas visitadas durante la SE31 de 2025, coincidente en el caso del IB con una situación de riesgo entomológico alto (IB > 50%) y moderado de acuerdo a IV e IR (Gráfico 4A). Estos valores descendieron en las siguientes semanas, con ciertas oscilaciones, alcanzando todos los índices valores asociados a un riesgo entomológico moderado. Durante el período invernal, los equipos operativos dependientes de la DZyCETV profundizan las acciones sobre sitios críticos y predios estratégicos con el objetivo de reducir las poblaciones vectoriales previamente al aumento generalizado de las temperaturas. En el caso de los sitios críticos relevados en la región NEA, los índices entomológicos 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 (Gráfico 5A). A partir de la SE 38, los 3 índices mostraron un ascenso sostenido, aunque correspondiente, aún, a un contexto de riesgo entomológico moderado. Las acciones realizadas en sitios críticos muestran variaciones en el IB de hasta dos órdenes de magnitud mayores que los hallados en viviendas durante el período muestreado (Gráfico 5B). En el caso de los IV e IR, las diferencias son menores aunque varias de las SE muestradas (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 excepto

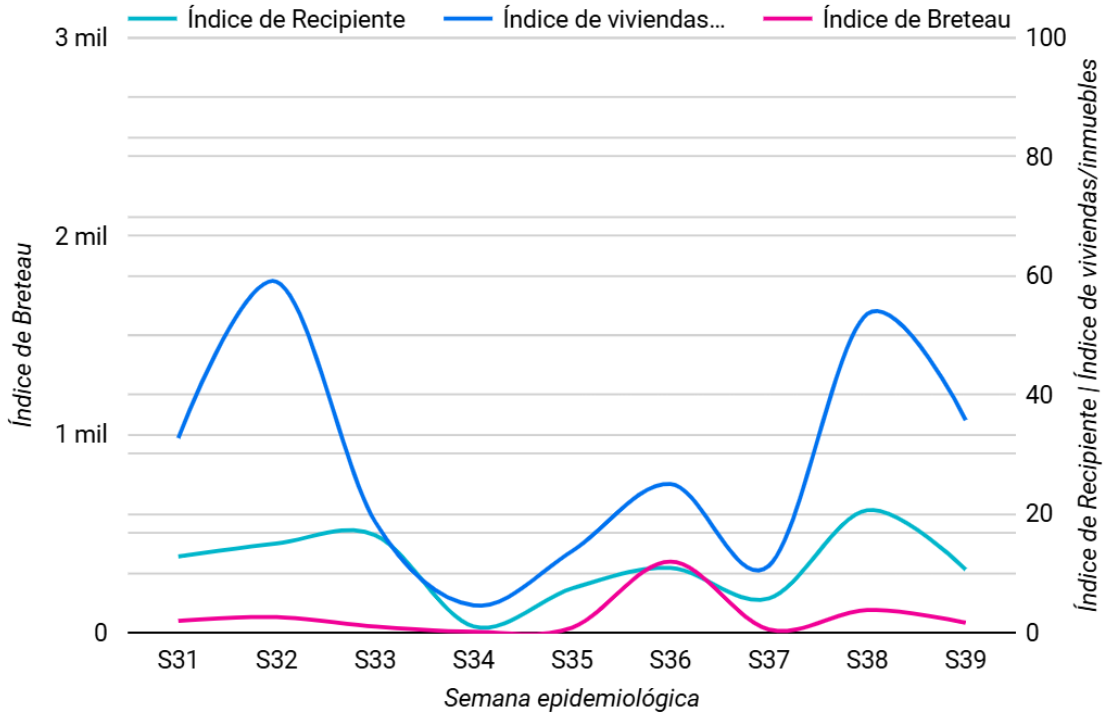
durante la última SE confirmando, también, la relevancia de las acciones de prevención en los mismos (Gráfico 5C).

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 40 (2025).

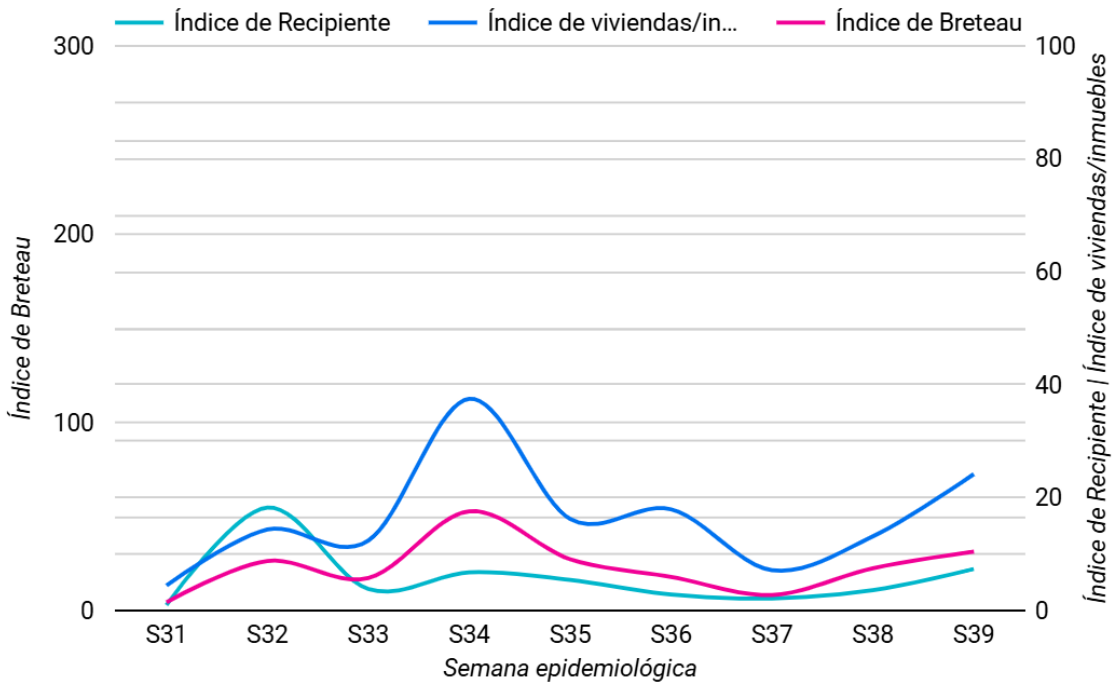
A.



B.



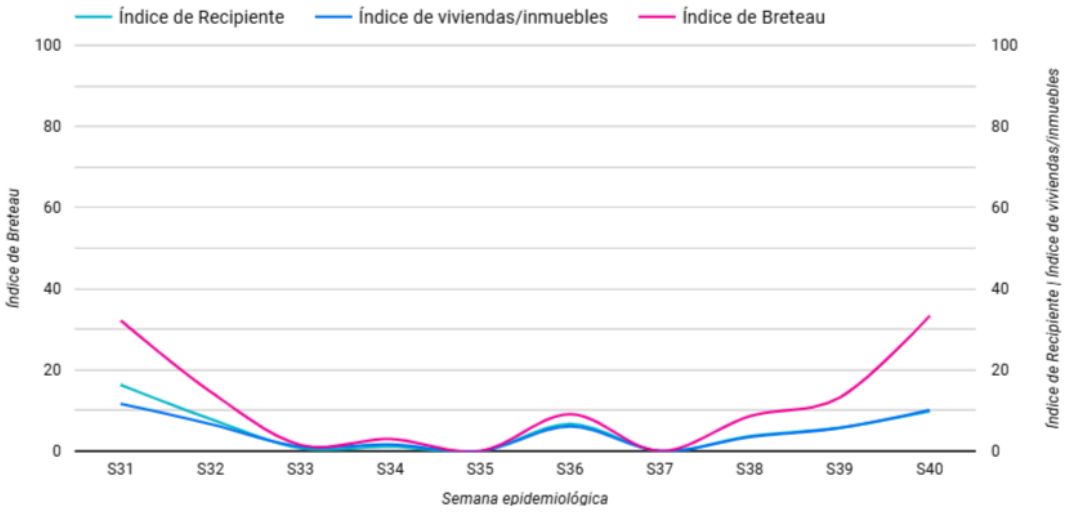
C.



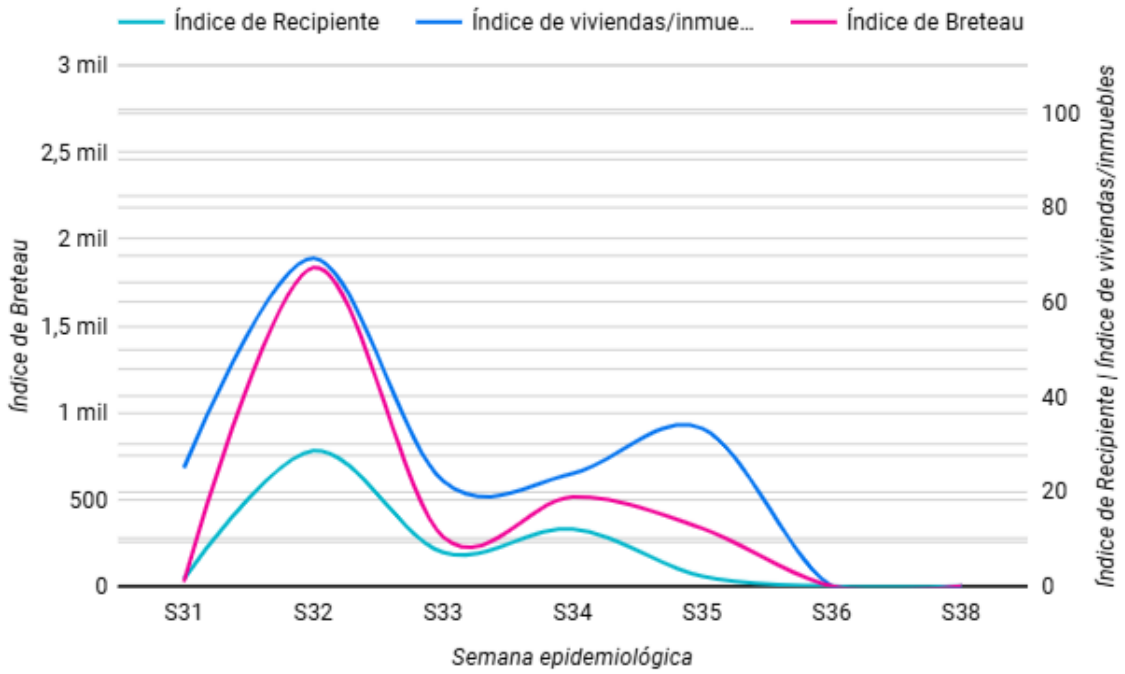
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

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 40 (2025).

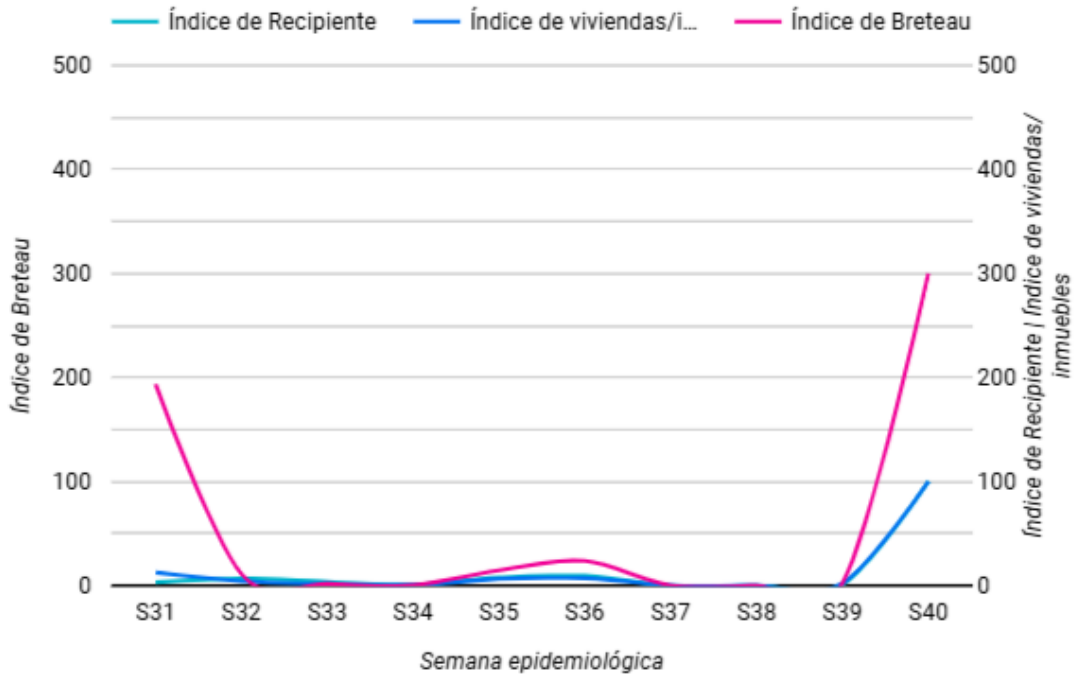
A.



B.



C.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

VI. Vigilancia de Alacranismo

VI.1. Introducción

Los alacranes o escorpiones son invertebrados artrópodos pertenecientes al grupo de los quelicerados. Se caracterizan por su capacidad de adaptación, pudiendo sobrevivir a condiciones adversas gracias a sus bajos requerimientos de agua y alimento. En el mundo, se han identificado más de 2000 especies de alacranes agrupadas en 16 familias. Las especies, del género *Tityus* son las de mayor relevancia sanitaria en América Latina, debido a su toxicidad para los seres humanos.

En Argentina, el alacranismo se vincula principalmente a especies de *Tityus* con importancia sanitaria: *Tityus carrilloi (ex T. trivittatus)*, de amplia distribución urbana y responsable de muertes en varias provincias del centro y norte del país; *T. confluens*, implicado en envenenamientos severos y muertes en el NOA; y, en el NEA (Misiones) y zonas fronterizas con Brasil, *T. bahiensis* y hallazgos esporádicos —aún sin población estable— de *T. serrulatus*, especie invasiva con potencial de colonizar el país; por ello, los registros en el sur responden excepcionalmente a transporte intencional o accidental más que a distribución natural.

La picadura de alacrán puede provocar envenenamientos graves o potencialmente mortales, sin embargo, pueden prevenirse y abordarse satisfactoriamente mediante atención médica oportuna y la aplicación del antídoto específico cuando sea necesario. En Argentina, se cuenta con producción suficiente de antiveneno escorpiónico, lo que permite abastecer los establecimientos de salud de las distintas provincias y garantizar el tratamiento adecuado de las personas afectadas.

El cuadro clínico se manifiesta como un síndrome neurotóxico potencialmente grave y letal, que puede presentar manifestaciones locales y/ o sistémicas (Ministerio de la Salud de la Nación, 2022).

Entre las manifestaciones locales se destacan el dolor agudo e intenso en el sitio de la picadura acompañado de hormigueo, hipoestesia y edema localizado, contracciones musculares fibrilares, piloerección y sudoración localizada en el área afectada, sin evidencia de daño tisular. Las manifestaciones sistémicas, incluyen alteraciones cardiovasculares, respiratorias, hipersecreción glandular, cefalea, palidez, hipotermia y frialdad de los miembros. En los niños mayores, pueden presentarse, además de diarrea, vómitos, como así también trastorno del sensorio, confusión mental, temblores y/o convulsiones (Ministerio de la Salud de la Nación, 2022).

En este informe se presenta una actualización de la situación de alacranismo para el año en curso. Para mayor información sobre los casos notificados en años previos, dirigirse a: BEN 745 SE8 de 2025

VI.2. Situación epidemiológica de alacranismo

Entre la SE 01 y la SE 40 del año en curso, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 5664 casos de alacranismo.

En los siguientes apartados, se presenta la situación en relación con el análisis espacial, temporal y según población afectada.

VI.2.A. ANÁLISIS ESPACIAL

Se muestra a continuación la tabla según jurisdicción y región de los casos del año 2024, comparados con el mismo período de la temporada actual.

Tabla 1. Casos de alacranismo según provincia, región y año. Argentina. Años 2024 - 2025 hasta la semana epidemiológica (SE) 40.

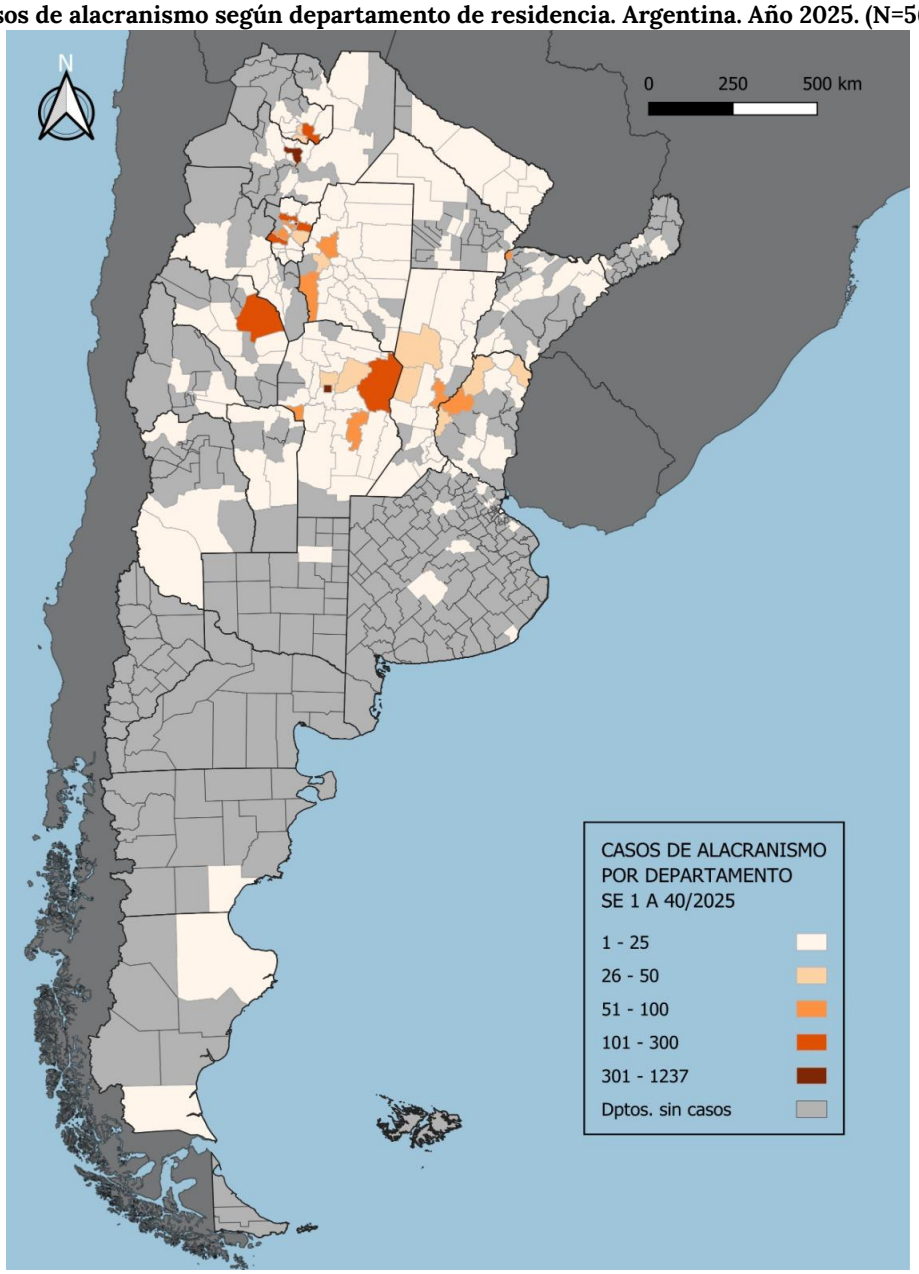
Provincia	Año epidemiológico		Diferencia absoluta 2025-2024
	2024 SE 40	2025 SE 40	
Buenos Aires	27	20	-7
CABA	12	15	3
Córdoba	1044	1841	797
Entre Ríos	174	200	26
Santa Fe	324	227	-97
Total Centro	1581	2303	722
Mendoza	9	5	-4
San Juan	29	15	-14
San Luis	15	11	-4
Total Cuyo	53	31	-22
Chaco	23	15	-8
Corrientes	53	83	30
Formosa	38	33	-5
Misiones	14	3	-11
Total NEA	128	134	6
Catamarca	138	62	-76
Jujuy	147	269	122
La Rioja	588	299	-289
Salta	366	364	-2
Santiago del Estero	221	228	7
Tucumán	2102	1968	-134
Total NOA	3562	3190	-372
Chubut	2	3	1
La Pampa	0	1	1
Neuquén	5	0	-5
Río Negro	1	0	-1
Santa Cruz	1	2	1
Tierra del Fuego	1	0	-1
Total Sur	10	6	-4
Total general	5334	5664	330

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

Hasta la SE 40 del 2025 se notificaron 5664 casos todo el país, esto representa un 6% más casos que para el mismo período del año 2024. Esta situación es heterogénea en relación con las regiones. En el centro, el incremento fue de 722 casos (46% más que en 2024), a expensas particularmente de la provincia de Córdoba que incrementó su notificación en un 76% (1044 en 2024 vs. 1841 en 2025).

En el extremo opuesto, la región del NOA disminuyó la notificación en un 10%, pasando de 3562 a 3190 casos, siendo La Rioja, la provincia que más disminución presentó.

Mapa 1. Casos de alacranismo según departamento de residencia. Argentina. Año 2025. (N=5664).



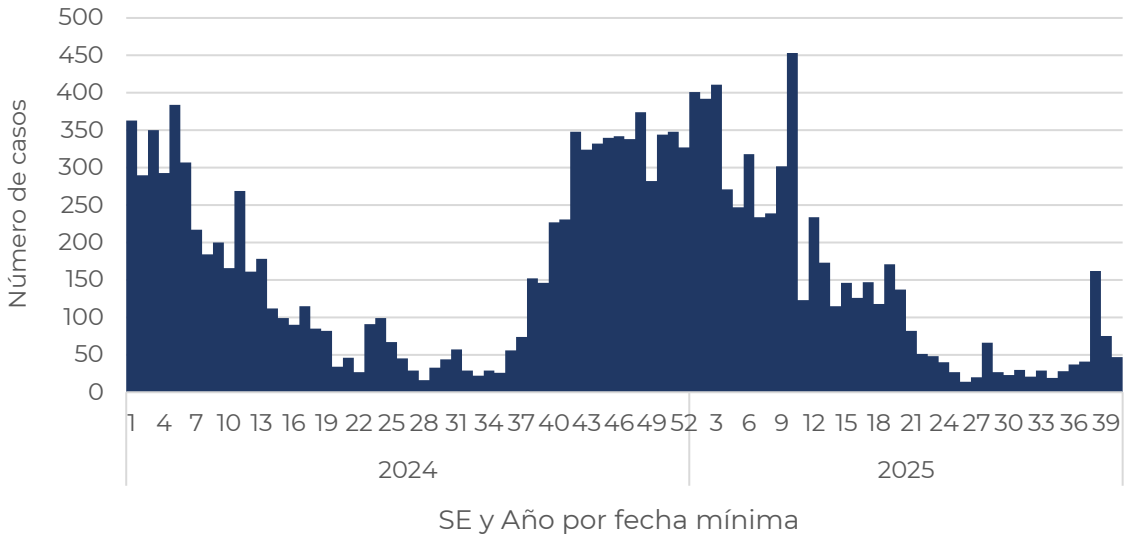
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

En relación a la distribución por departamento, los que reportaron mayor cantidad de casos corresponden a Córdoba Capital (n: 1237), San Miguel de Tucumán (n: 1198), Salta Capital (n: 333) y La Rioja Capital (n: 284).

VI.2.A. ANÁLISIS SEGÚN SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS (SE)

En el siguiente gráfico se presentan los casos confirmados según SE desde el inicio de 2024 hasta la SE 40 del 2025.

Gráfico 2. Número de casos de alacranismo según semana epidemiológica. Argentina. SE 1 de 2024 – SE 40 de 2025. (N: 14.869)



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

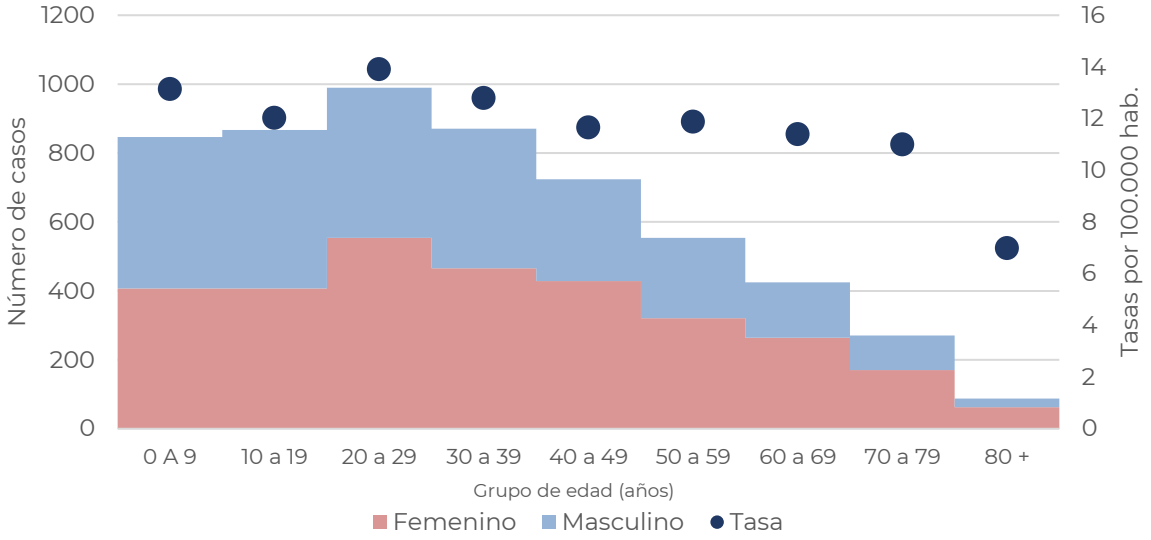
Aunque sólo se presenta una temporada completa, puede observarse la estacionalidad que muestra el evento, con un incremento de casos en los meses de mayor temperatura, atribuido a condiciones climáticas favorables para la actividad del alacrán.

VI.2.B. ANÁLISIS SEGÚN POBLACIÓN AFECTADA

Sexo y edad

Se presenta a continuación el gráfico por sexo y edad junto con las tasas por 100.000 habitantes.

Gráfico 2. Número de casos de alacranismo según sexo y edad y tasa cada 100 mil habitantes. Argentina. Hasta SE 40 de 2025. (N: 5637)



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0 y del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2022.

En relación con la edad y el sexo, se puede observar que el 76% de los casos absolutos se han notificado entre los 0 y los 49 años, sin embargo, el riesgo medido en tasas por 100.000 habitantes, es semejante en prácticamente todos los grupos de edad ya que las tasas se encuentran entre 11 y 14 por 100.000 habitantes, con excepción del grupo de mayores de 80 años que disminuye a 7.

Respecto del sexo, se verifica que las mujeres presentan una mayor notificación que los varones. Para el mismo período se confirmaron 2556 casos en el sexo masculino y 3081 casos en el femenino, siendo esta diferencia un 17% mayor.

Síntomas consignados

En la siguiente tabla se presentan los síntomas notificados en el SNVS.

Tabla 2. Número y porcentaje de síntomas sistémicos notificados en casos de alacranismo. Argentina. Hasta SE 40 de 2025. (n=4.323)

Síntomas	N° de notificaciones	Porcentaje
Dolor local	3129	72,4%
Síntomas gastrointestinales	316	7,3%
Cefalea	194	4,5%
Alteraciones en el ritmo cardíaco	174	4,0%
Palidez	155	3,6%
Trastorno del sensorio	100	2,3%
Alteraciones respiratorias	89	2,1%
Sialorrea	73	1,7%
Lesiones	64	1,5%
Otros(*)	29	0,7%
Total	**4323**	**100.0%**

**Otros: convulsiones, hipotermia, rinorrea y temblores.*
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

El 72,4% del total de casos notificados hasta la SE 40 de 2025 registró al menos un síntoma local (dolor). Los síntomas gastrointestinales fueron el síntoma sistémico más frecuente (7,3%; n=316), seguidos por cefalea (4,5%; n=194), alteraciones del ritmo cardíaco (4,0%; n=174), palidez (3,6%; n=155) y trastorno del sensorio (2,3%; n=100). En conjunto, registraron al menos un síntoma en la variable homónima y, de este total, el 14,3% presentó más de uno.

Tratamiento

Del total de los 5664 casos notificados, el 9,7% (552) requirió el tratamiento específico con el antiveneno escorpiónico. Entre quienes recibieron el antiveneno, en un 79,1% (437) de los casos fueron empleados 1, 2 o 3 frasco ampollas. La mínima dosis registrada fue de 1 frasco ampolla, la máxima de 10 y la mediana fue de 2 frasco ampollas por persona.

VI.3. Producción de antiveneno escorpiónico

VI.3.A. INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Producción de Biológicos (INPB) de la ANLIS “Dr. Carlos G. MALBRÁN” es un laboratorio productor público de material de partida, Ingrediente Farmacéutico Activo (IFA), de medicamentos de origen biológico y de reactivos para uso diagnóstico, aprobado por ANMAT (Disposición ANMAT N°10206/17 y DI-2019-705-APN-ANMAT#MSYDS).

El INPB es el único productor, tanto público como privado, de todos los antivenenos destinados al tratamiento de accidentes provocados por animales ponzoñosos de importancia médica en Argentina y elabora ocho tipos diferentes de antivenenos, entre los cuales se incluye el antiveneno escorpión. Este último constituye el único antiveneno escorpiónico producido en el país y ha sido históricamente el producto utilizado para salvar la vida de las personas que requirieron tratamiento frente a casos de envenenamiento por picadura de alacrán.

VI.3.B. COMPOSICIÓN DEL PRODUCTO TERMINADO

El Antiveneno Escorpión, como producto terminado, es una solución estéril y apirógena de Fragmentos $F(ab)_2$ de inmunoglobulinas equinas específicas purificadas, a partir de plasma equino hiperinmune para el veneno de escorpiones del género *Tityus*[13] obtenidos por termocoagulación, precipitación salina y digestión enzimática. Cada frasco ampolla neutraliza no menos de 50 DL_{50} (dosis letales medias en ratón) del veneno de escorpiones del género *Tityus*. Cada frasco-ampolla contiene menos de 10 g/dl de proteína y menos de 1% de albúmina, así como excipientes Fenol 0,35 % (P/V) y Solución fisiológica de cloruro de sodio c.s.p. en presentación de 2 ml. El producto debe conservarse entre 2 °C y 8 °C y NO debe congelarse.

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

La producción de Antiveneno Escorpión está directamente relacionada con la disponibilidad de veneno y por ende de animales (escorpiones vivos) y es aquí donde el INPB hace hincapié en la importancia del compromiso de las jurisdicciones en llevar adelante campañas de captura, recolección, almacenamiento y entrega de dichos ejemplares vivos. Para aumentar las unidades de producto, es prioritario contar con mayor cantidad de animales recibidos desde las provincias, y fue por ello que se planificaron Comisiones de Recolección bimestrales, con el propósito de recuperar aquellos animales que permanecen en los centros de acopio provinciales entre las fechas de los diferentes envíos hacia el INPB.

Todas las jurisdicciones deben generar estrategias para obtener escorpiones, y aumentar la producción de antiveneno Escorpión y la distribución a los centros ponzoñosos intraprovinciales.

VI.4. Medidas de prevención

Protección personal

- Revisar y sacudir las prendas de vestir, y el calzado antes de usarlos, especialmente si han permanecido en el suelo.

[13] Si bien el antiveneno se produce inmunizando equinos con veneno de *Tityus carrilloi* (ex *Tityus trivittatus*) estudios experimentales muestran que es capaz de neutralizar el veneno de otras especies de *Tityus* de Argentina.

- Sacudir la ropa de cama antes de acostarse o de acostar un bebe o niño. Para impedir el ascenso de los alacranes a las cunas, se recomienda colocar frascos de vidrio o plástico liso en las patas o rodearlas con cinta adhesiva lisa (como cinta scotch o de embalar)
- Tener precaución al revisar cajones o estantes: retirar los objetos progresivamente, evitando introducir la mano directamente o revolver el contenido.
- Evitar caminar descalzo en zonas donde se conozca la presencia de escorpiones

Protección intradomiciliaria (para reducir la presencia de alacranes dentro del domicilio)

- Utilizar rejillas anti-insectos o anti-plaga o con trama adecuada o con protección en desagües de ambientes y sanitarios. Colocar tapones en piletas y bañeras.
- Controlar las entradas y salidas de cañerías, así como las aberturas y hendiduras.
- En puertas y ventanas conviene colocar burletes donde queden rendijas, mosquiteros. Hacer lo mismo con las rejillas de desagües.
- Revocar las paredes, reparar las grietas en pisos, paredes y techos.
- Control de cámaras subterráneas, cañerías, sótanos, huecos de ascensor y oquedades de las paredes en los que pueden encontrarse.

Protección en el ámbito peridomiciliario

- Mantener una limpieza cuidadosa y periódica de las viviendas y sus alrededores.
- Controlar y eliminar la basura para reducir la cantidad de insectos (especialmente cucarachas) que sirven como fuente de alimento para los escorpiones.
- Revisar cuidadosamente la hojarasca y los escombros y evitar juntarlos directamente con las manos.
- Extremar las precauciones al examinar lugares oscuros y húmedos.
- Fomentar la presencia de aves de corral (patos, gansos, gallinas) ya que actúan como predadores naturales de los escorpiones.

Como última alternativa y con asesoramiento especializado, puede recurrirse a la aplicación de plaguicidas de baja toxicidad realizada exclusivamente por personal capacitado. **Nunca deben aplicarse plaguicidas sin haber implementado previamente las medidas preventivas y de control ambiental recomendadas.**

VI.5. Vigilancia epidemiológica

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

VI.5.A. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

- Alertar sobre la ocurrencia de intoxicaciones por veneno de escorpión para implementar medidas de prevención, capacitación y control.
- Brindar tratamiento precoz de los casos, identificación del animal agresor y planificación de las intervenciones.
- Asegurar la provisión del antiveneno específico, producir y distribuir adecuada y oportunamente.
- Evaluar la tendencia en la notificación y determinar la distribución de casos de personas intoxicadas.

VI.5.B. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Se presenta como un síndrome neurotóxico potencialmente grave y letal, que se produce por la picadura e inoculación de veneno de diferentes especies de escorpiones (o alacranes) del género *Tityus*. Clasificación de cuadro clínico:

Puede presentarse con dos tipos de manifestaciones:

-Dolor agudo, punzante y muy intenso, y que puede extenderse hacia regiones contiguas. Puede observarse un leve edema y, en ocasiones, sensación de hormigueo o hipoestesia local, pudiendo agregarse contracciones musculares fibrilares en el área afectada, piloerección y sudoración localizada, sin producción de daño tisular. Puede haber taquicardia secundaria al dolor y signos descriptos.

-Moderado: síndrome local acompañado de síntomas sistémicos como sudoración discreta, náuseas, vómitos ocasionales, sin compromiso hemodinámico y respiratorio de importancia. Puede haber taquicardia e hipertensión leve secundaria al dolor y la signología descripta.

-Grave: a los síntomas anteriores se agregan una o más de las siguientes manifestaciones clínicas: confusión mental que alterna con excitación psicomotriz, taquicardia seguida de bradicardia, aparición precoz de sialorrea, rinorrea y epífora, hipotermia, palidez, frialdad de los miembros, bradipnea, crisis de sudoración. Vómitos profusos y frecuentes son signo de mal pronóstico. Los pacientes con cuadros graves pueden presentar shock con hipo o hipertensión.

Caso sospechoso: Antecedente de accidente escorpiónico, cuadro clínico y características epidemiológicas compatibles, sin identificación del animal.

Caso confirmado: Caso sospechoso con identificación del animal.

Se podrá notificar en el SNVS 2.0 la gravedad del caso en la solapa clínica en la subsección Diagnóstico referido como “Leve”, “Moderado” y “Grave”.

VI.5.C. NOTIFICACIÓN

La estrategia de vigilancia es universal con periodicidad inmediata bajo el evento: alacranismo. La modalidad de vigilancia es nominal desde la sospecha para los que cumplan con la definición de caso sospechoso.

Ficha de notificación de alacranismo:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/09-2025-ficha_alacranismo_2025.pdf

Instructivo de notificación al SNVS 2.0 de alacranismo:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/09-2025-instructivo_alacranismo_2025.pdf

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS **INTERNACIONALES**

VII. 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).

VII.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión

VII.1.A. BOLIVIA[14]

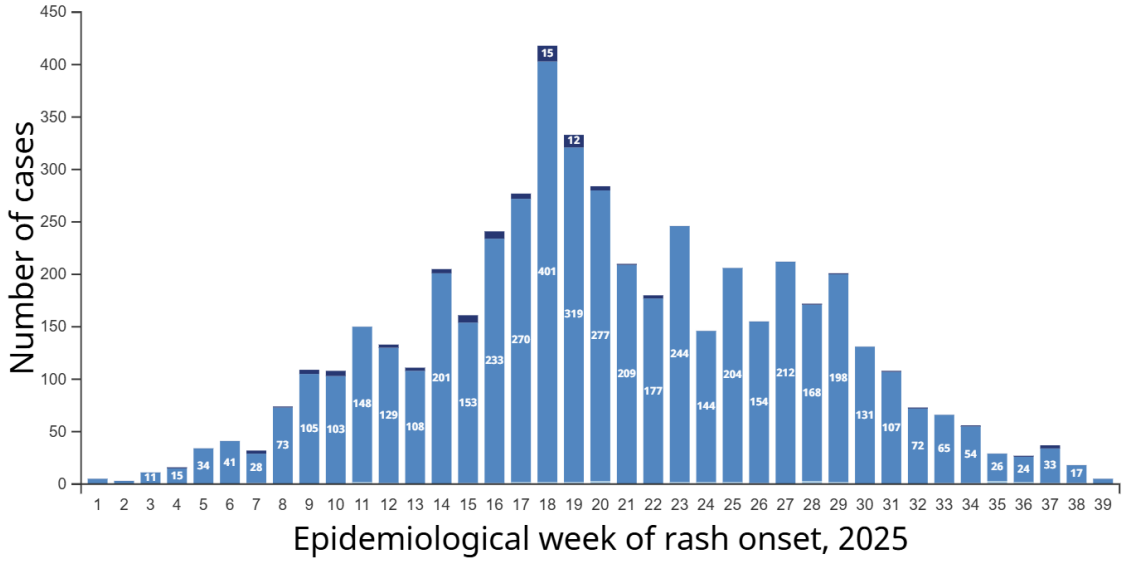
El Ministerio de Salud informó que se reportaron 2.144 casos sospechosos, de los cuales, 385 dieron positivo a sarampión, 19 se encuentran en recuperación y ningún fallecido. Del total de confirmados (385), el 80% se concentra en la ciudad de Santa Cruz, en Beni se registran 11 casos; en Oruro siete; en Chuquisaca cinco; en Potosí ocho; en Cochabamba 12 casos y en Pando solo un caso.

VII.1.B. CANADÁ[15]

En 2025, se han notificado un total de 5.024 casos de sarampión (4.660 confirmados, 364 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 27 de septiembre de 2025.

En la semana 39 (del 21 al 27 de septiembre de 2025), se notificaron 18 nuevos casos de sarampión (14 confirmados y 4 probables) en 4 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba y Ontario).

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=5.024)



VII.1.C. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[16]

Al 07 de octubre de 2025, se notificaron un total de 1.563 casos confirmados de sarampión. De ellos, 1.542 casos han sido confirmados en 42 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arkansas, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Míchigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo

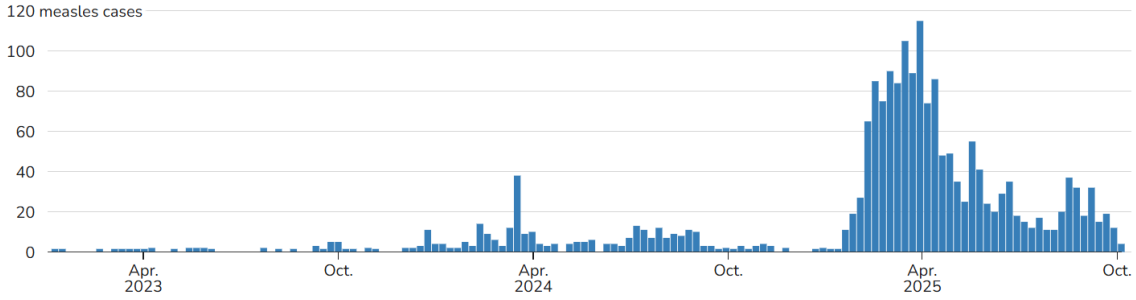
[14] *https://www.minsalud.gob.bo/8835-ministerio-de-salud-recuerda-que-esta-habilitada-la-descarga-digital-del-carnet-de-vacunacion-para-cobro-del-bono-juancito-pinto*
[15] https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/
[16] https://www.cdc.gov/measles/data-research/

México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming. Un total de 21 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

En 2025 se han notificado 44 brotes, y el 87% de los casos confirmados (1.355 de 1.563) están asociados a brotes. En comparación, durante 2024 se notificaron 16 brotes y el 69% de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a brotes.

En el 2025 hubo 3 muertes confirmadas por sarampión.

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2023-2025 (hasta 07/10/25).



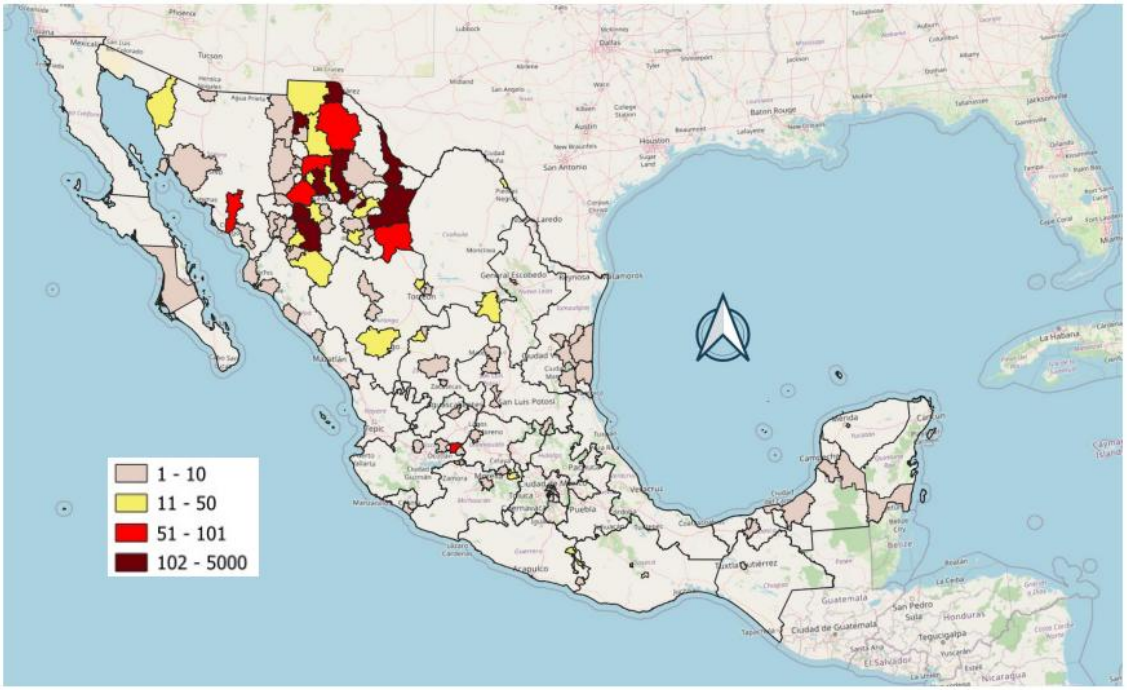
VII.1.D. MÉXICO[17]

Al 01 de octubre, se han reportado 4.868 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 3 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 25 estados y 112 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 22 fallecimientos.

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

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios de residencia, 01 de octubre de 2025, México.



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

VII.1.E. PARAGUAY[18]

El brote de sarampión en Paraguay, que inició en agosto, registra actualmente una dispersión de casos. En la última semana, se confirmó otro caso de sarampión en el departamento Central. Se trata de una persona adulta joven de más de 20 años que reside en la ciudad de Mariano Roque Alonso. El caso está vinculado a importación y es contacto cercano del caso anterior registrado en Fernando de la Mora, también adulto joven. Las investigaciones demuestran que ambos afectados por el virus están directamente vinculados a los casos registrados en el segundo departamento, San Pedro.

Se hallan actualmente en investigación 20 personas con sospecha de sarampión, de las cuales, 17 son de San Pedro y 3 del Área Metropolitana.

A la fecha, asciende a 45 el número de casos confirmados de sarampión en el país: 43 de San Pedro distribuidos en Tacuatí (21), Nueva Germania (14) y Santa Rosa del Aguaray (8); y 2 de Central.
De acuerdo al reporte semanal, actualmente en San Pedro, los distritos de Nueva Germania y Santa Rosa del Aguaray se encuentran sin nuevos casos confirmados desde hace 21 días; mientras que en Tacuatí continúa activo el brote.

Entre los afectados por la enfermedad se mantiene el mismo rango etario: niños y adultos de entre 3 meses a 54 años. Desde el inicio del brote, siete de los afectados requirieron hospitalización, todos procedentes de San Pedro. Actualmente están con alta médica. Ninguno requirió cuidados intensivos. No se reportan fallecidos.

[18] https://www.mspbs.gov.py/portal/33979/sarampion-ante-dispersion-de-casos-se-insta-a-la-ciudadania-a-completar-esquema-de-vacunacion.html

Teniendo en cuenta la tendencia de transmisión del virus sarampión, es importante estar al día con las vacunas. Aquellos que aún no cuentan con la dosis de protección contra esta contagiosa enfermedad, deben acercarse hasta el vacunatorio más cercano.

VII.2. Enfermedad por virus de chikunguña – Situación global

Recibido a través del CNE el 03/10/2025

VII.2.A. PANORAMA GLOBAL

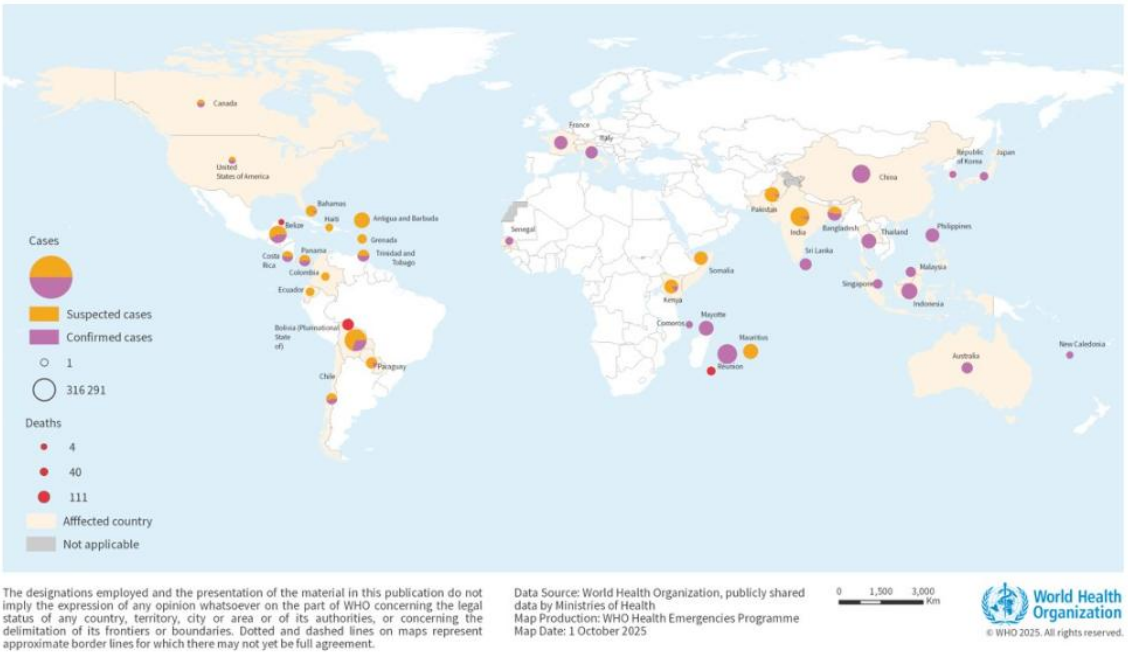
A nivel mundial, hasta diciembre de 2024, se había reportado transmisión autóctona actual o previa del virus del chikunguña (CHIKV) en 119 países y territorios a través de las seis regiones de la OMS. Además, 27 países y territorios presentaban evidencia de poblaciones establecidas y competentes de los vectores Aedes aegypti y Aedes albopictus, pero aún no habían documentado transmisión autóctona de CHIKV.

Según los datos disponibles de enero a septiembre de 2025, se han notificado a nivel global 263 592 casos sospechosos y 181 679 casos confirmados de enfermedad por CHIKV, así como 155 muertes relacionadas con esta enfermedad.

Mientras que algunas regiones de la OMS están notificando un número de casos menor en comparación con 2024, otras están experimentando aumentos marcados. Esta heterogeneidad en las tendencias regionales dificulta la interpretación de un aumento global. En cambio, los datos sugieren reemergencias o brotes localizados en áreas geográficas específicas.

La Región de las Américas ha reportado el mayor número de casos, seguida por la Región Europea (compuesta predominantemente por casos reportados desde los Departamentos Franceses de Ultramar en el Océano Índico).

Figura 1: Distribución geográfica de los casos de enfermedad por CHIKV, según lo reportado a la OMS o compartido públicamente por los Ministerios de Salud, desde enero hasta septiembre de 2025.



VII.2.B. PANORAMA REGIONAL

Región de África

Hasta septiembre de 2025, se ha reportado un total de 2197 casos sospechosos y 108 casos confirmados de enfermedad por CHIKV en cuatro países: Comoras, Kenia, Mauricio y Senegal, siendo Mauricio el que registra el mayor número de casos.

En Comoras, entre el 1 de enero y el 31 de mayo de 2025 (semana epidemiológica 1 y semana epidemiológica 22), se han reportado un total de cuatro casos confirmados, mientras que Senegal reportó siete casos confirmados.

En Mauricio, se ha reportado un total de 1583 casos entre el 15 de marzo y el 4 de agosto de 2025 (semana epidemiológica 12 a semana epidemiológica 32), incluyendo 1543 casos locales y 40 casos importados. No se han reportado muertes.

En Kenia, un brote de chikungunya fue confirmado en el condado de Mombasa al 8 de junio de 2025 (semana epidemiológica 23). Al 6 de julio de 2025 (semana epidemiológica 27), se había registrado un total de 614 casos, incluyendo 97 casos confirmados por laboratorio. Desde entonces, no se han reportado más casos. No se han registrado muertes relacionadas con chikungunya hasta la fecha.

Región del Mediterráneo Oriental

Hasta septiembre de 2025, se ha reportado un total de 1596 casos sospechosos y 67 casos confirmados de enfermedad por CHIKV en Pakistán y Somalia.

En Pakistán, los casos de enfermedad por CHIKV en 2025 han sido reportados a tasas similares a las de 2024. Se produjo un aumento notable entre el 4 de mayo y el 21 de junio de 2025 (semanas epidemiológicas 19 a 25), con entre 101 y 121 casos sospechosos de enfermedad por CHIKV reportados por semana durante este período.

En Somalia, un brote de chikungunya ha sido confirmado en la región de Sool, con 488 casos sospechosos reportados entre enero y junio de 2025. Ocho de cada diez muestras analizadas fueron confirmadas por laboratorio para chikungunya. Somalia también ha registrado casos importados relacionados con viajes.

Región de Europa

Al 15 de septiembre de 2025, dos países europeos —Francia e Italia— han reportado casos adquiridos localmente de enfermedad por CHIKV. Se han reportado un total de 56 456 casos de enfermedad por CHIKV y 40 muertes desde cuatro países en la región europea en 2025.

En Francia, la mayor incidencia de brotes de CHIKV en 2025 representa una desviación de los patrones observados en años anteriores. En 2024, solo se reportó un caso de enfermedad por CHIKV. El mayor número de casos de chikungunya este año, junto con su inicio temprano, están vinculados a una epidemia en La Reunión y la región más amplia del Océano Índico, impulsada por una cepa viral altamente adaptada al mosquito Aedes albopictus.

En el departamento francés de ultramar de La Reunión, se han reportado un total de 54 517 casos confirmados y 40 muertes en 2025 (al 14 de septiembre). Ha habido un descenso constante en los nuevos casos desde el 26 de abril (semana epidemiológica 17), lo que indica que el brote está disminuyendo. Esto marca la primera transmisión autóctona de chikungunya en la isla desde 2014.

En Mayotte, tras dos casos importados desde La Reunión, se confirmó el primer caso adquirido localmente de enfermedad por CHIKV en marzo de 2025. Al 18 de septiembre de 2025, se ha reportado un total de 1255 casos adquiridos localmente, incluyendo 39 hospitalizaciones. La transmisión ha disminuido desde agosto, con solo unos pocos casos reportados por semana en promedio.

Italia ha reportado 205 casos adquiridos localmente distribuidos en cuatro conglomerados, de los cuales tres están actualmente activos.

Región de las Américas

Al 20 de septiembre de 2025, la transmisión de la enfermedad por CHIKV continúa en las Américas en línea con los patrones estacionales esperados. Un total de 228 591 casos sospechosos ha sido reportado desde 14 países, incluyendo 100 329 casos confirmados y 115 muertes.

En Bolivia, se han reportado un total de 5372 casos de enfermedad por CHIKV, el 73% de los cuales están confirmados por laboratorio, junto con cuatro muertes. El brote afectó principalmente al departamento de Santa Cruz con el 99% de los casos (n=3905, incluidas cuatro muertes). Además, se reportaron casos en los departamentos de Beni, Chuquisaca, Cochabamba, Pando y Tarija.

Brasil representa casi el 96% de todos los casos y muertes reportados en la región, con 96 159 casos confirmados y 111 muertes.

En Cuba, entre el 1 de enero y el 20 de septiembre, se reportaron 34 casos de chikungunya, todos confirmados por laboratorio mediante prueba RT-PCR, en las provincias de Guantánamo, La Habana, Matanzas, Pinar del Río y Santiago de Cuba. Se han implementado intervenciones de salud pública.

Región del Sudeste Asiático

Hasta principios de septiembre de 2025, se han reportado más de 34 628 casos de enfermedad por CHIKV, tanto sospechosos como confirmados, en la región del Sudeste Asiático de la OMS, principalmente desde India y Bangladesh.

En India, entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025, se reportaron un total de 30 876 casos sospechosos y 1741 casos confirmados. Los estados que reportaron el mayor número de casos confirmados fueron Maharashtra, Karnataka y Tamil Nadu.

En Bangladesh, el Instituto de Epidemiología, Control de Enfermedades e Investigación reportó un total de 732 casos sospechosos de enfermedad por CHIKV en la ciudad de Daca entre el 1 de enero y el 31 de agosto de 2025. De estos, 400 casos fueron confirmados por laboratorio mediante RT-PCR.

En Sri Lanka, se reportaron un total de 151 casos confirmados de enfermedad por CHIKV desde sitios centinela en Colombo, Gampaha y Kandy entre el 1 de enero de 2025 y la segunda semana de marzo de 2025. Según el informe de situación de la Unidad de Epidemiología, fechado el 31 de agosto de 2025, los casos de enfermedad por CHIKV continuaron aumentando y alcanzaron su pico en junio de 2025. Más de la mitad de los casos reportados fueron de la Provincia Occidental, con el Distrito de Colombo reportando por sí solo el 33%. El grupo de edad más afectado fue de 41 a 60 años (36,4%), aunque se observó una tendencia creciente entre los niños.

En Tailandia, se reportaron un total de 1128 casos de enfermedad por CHIKV entre el 1 de enero y el 14 de septiembre de 2025. Bueng Kan (142), Chiang Mai (411) y Loei (125) son las provincias que reportan la mayoría de los casos. La distribución por edad de los casos es: 0-4 años 2%, 5-9 años 3%, 10-14 años 6%, 15-19 años 4%, 20-29 años 9%, 30-39 años 17%, 40-49 años 17%, 50-59 años 16%, ≥60 años 26%.

Región del Pacífico Occidental

Un total de 14 359 casos de enfermedad por CHIKV, sin muertes, ha sido reportado desde 16 países y áreas en la región del Pacífico Occidental en 2025. De estos, cinco países reportaron transmisión local, seis reportaron casos importados y cinco no reportaron casos durante el año.

En China, al 27 de septiembre de 2025, se ha reportado un total de 16 452 casos transmitidos localmente en la provincia de Guangdong. Todos los casos fueron confirmados por laboratorio. Esto representa el mayor brote documentado de chikungunya hasta la fecha en China. Los casos han sido reportados en 21 ciudades, principalmente en la ciudad de Foshan (10 032), ciudad de Jiangmen (5209), ciudad de Guangzhou (590), ciudad de Shenzhen (128), ciudad de Zhanjiang (112), ciudad de Zhuhai (60) y ciudad de Zhongshan (54). Además, durante el 1-21 de septiembre, la Región Autónoma Zhuang de Guangxi reportó 297 casos locales y asociados; la provincia de Fujian reportó 124 casos locales y asociados; y algunas otras provincias (como Hunan, Sichuan y Hainan) también reportaron algunos casos locales.

Según los datos al 16 de agosto de 2025, entre todos los casos reportados localmente en todo el país, la distribución por edad es: 0-5 años 3,1 %, 6-17 años 13,6 %, 18-45 años 37,0 %, 46-60 años 23,3 %, 61-74 años 15,2 %, y ≥75 años 7,8 %. Hasta ahora, todos los casos reportados han sido leves, sin casos graves ni muertes.

En Indonesia, al 31 de julio de 2025, se ha reportado un total de 3608 casos confirmados de enfermedad por CHIKV en 19 provincias, en comparación con 1399 casos confirmados reportados durante el mismo período en 2024. No se han registrado muertes relacionadas con

chikungunya hasta la fecha. El riesgo de futuros aumentos persiste, particularmente durante la transición de la temporada de lluvias a la seca, con una preocupación mayor en las provincias más pobladas y frecuentemente visitadas: Java Occidental, Java Central, Java Oriental y Banten. El Ministerio de Salud de Indonesia ha fortalecido la detección y el reporte a través de su Sistema de Alerta y Respuesta Temprana (EWARS) y ha implementado medidas de respuesta en áreas de alto riesgo.

En Malasia, al 2 de agosto de 2025, se ha reportado un total de 40 casos de enfermedad por CHIKV en 2025, en comparación con los 63 casos reportados durante el mismo período en 2024. No se han registrado muertes relacionadas con chikungunya hasta la fecha. Durante el año de reporte actual, se informaron tres conglomerados de chikungunya. Se implementaron investigación de casos, manejo integrado de vectores, participación comunitaria y esfuerzos de colaboración multisectorial. Todos los brotes fueron contenidos con éxito dentro de las dos semanas posteriores a su detección, lo que indica una respuesta de salud pública efectiva y una adecuada gestión de brotes.

En Filipinas, al 16 de agosto de 2025, se ha reportado un total de 628 casos de enfermedad por CHIKV, una disminución del 78% en comparación con los 2886 casos reportados en el mismo período en 2024. La tendencia nacional ha sido fluctuante, con 46 casos reportados del 20 de julio al 2 de agosto de 2025, lo que es un 10% menor que los 51 casos reportados dos semanas antes (6 al 19 de julio de 2025). Los casos oscilaron entre 1 y 87 años, con una edad media de 33. Las mujeres representaron el 66% de los casos (414 de 628). Se reportó una muerte (Tasa de Letalidad: 0,16%). Las autoridades de salud locales han investigado áreas con conglomeración de casos para determinar los factores de riesgo e implementar actividades de control vectorial.

En Singapur, al 20 de septiembre de 2025, se han reportado 25 casos de enfermedad por CHIKV, en comparación con los 12 casos reportados durante el mismo período en 2024. La mayoría de los casos eran individuos con viajes recientes a áreas afectadas por chikungunya. No se han reportado muertes relacionadas con chikungunya ni transmisión local sostenida. La Agencia de Enfermedades Transmisibles de Singapur continúa monitoreando de cerca la situación y proporciona orientación continua sobre medidas de prevención y control, enfocándose particularmente en el control del vector para limitar una mayor transmisión.

Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON581

VII.3. Alerta epidemiológica: Riesgo de intoxicación por metanol

Recibido a través del CNE el 07/10/2025

VII.3.A. ANTECEDENTES Y RESUMEN DE LA SITUACIÓN

El consumo de alcohol no registrado —es decir, aquel producido, distribuido o vendido al margen del mercado legal— constituye un riesgo sanitario significativo en la Región de las Américas. Hasta el año 2021, aproximadamente el 13,8 % del alcohol consumido en la región no es contabilizado por los sistemas oficiales, lo cual incluye bebidas informales, productos caseros, alcoholes sustitutos (adulterados con limpiaparabrisas, enjuagues, anticongelantes, alcohol combustible) o importaciones ilícitas. Estas formas de alcohol son usualmente menos reguladas y pueden contener contaminantes peligrosos, como metanol o metales pesados, que incrementan el riesgo de ceguera, daño neurológico o muerte incluso en dosis relativamente bajas.

El metanol (también llamado alcohol metílico) es un tipo de alcohol que se usa generalmente como aditivo de combustibles y también en la fabricación de productos químicos básicos como, disolventes, líquidos anticongelantes y limpiaparabrisas. Es muy difícil diferenciar el metanol del etanol por su olor o sabor. Sin embargo, el metanol es mucho más tóxico que el etanol dado que el cuerpo humano es menos eficiente para metabolizar el metanol que el etanol y además genera metabolitos tóxicos. Tras su ingestión, las enzimas hepáticas transforman los subproductos de metanol en ácido fórmico y afectar varios órganos, producir hipoxia tisular y acidosis láctica. Pueden producirse síntomas de envenenamiento con volúmenes de metanol pequeños (por ejemplo, 60-240 ml) que de etanol porque el cuerpo es más eficiente para descomponer y eliminar el etanol del cuerpo.

El consumo de alcohol adulterado o producido de forma informal representa un peligro adicional al asociado con el consumo excesivo de etanol. Los brotes de intoxicación afectan la confianza en los productos locales y la seguridad percibida en los destinos turísticos.

Entre 2020 y 2025 se han registrado en América Latina múltiples brotes de intoxicación por metanol asociados al consumo de bebidas alcohólicas adulteradas. Por ejemplo, en el año 2020, México notificó un brote en el estado de Jalisco con 81 casos confirmados, nueve hospitalizados y 27 fallecidos, principalmente hombres adultos residentes en zonas rurales. Ese mismo año, la República Dominicana reportó un evento similar por consumo de bebidas alcohólicas adulteradas, con 322 casos confirmados y 199 fallecidos. En 2022, Perú reportó un incremento sostenido de casos con 372 notificaciones a nivel nacional y 156 fallecidos, afectando a seis regiones del país. Más recientemente, en 2025, Colombia informó 89 casos de intoxicación por metanol, con un brote concentrado en la ciudad de Barranquilla y casos adicionales en otros departamentos.

Durante los último cinco años, Brasil ha reportado en promedio 23 casos por año. Para el 2025, desde agosto y hasta el 5 de octubre, fueron notificados 225 casos sospechosos de intoxicación por metanol, de los cuales 16 fueron confirmados (dos en Paraná y 14 en São Paulo). Los casos sospechosos se registraron en 13 unidades federativas: Distrito Federal (n= 1), Goiás (n= 2), Mato Grosso do Sul (n= 5), Mato Grosso (n= 1), Pernambuco (n= 10), Paraná (n= 4), Rondônia (n= 1), São Paulo (n= 192), Piauí (n= 2), Rio Grande do Sul (n= 2), Rio de Janeiro (n= 1), Paraíba (n= 1) y Ceará (n= 3). En cuanto a las notificaciones de defunciones, se registraron 15 notificaciones, con dos fallecidos confirmados en el estado de São Paulo y 13 bajo investigación.

El Ministerio de Salud de Brasil activó una sala de situación nacional para coordinar la respuesta ante este evento, reforzó la notificación inmediata y la vigilancia a través del Centro Nacional de Información Estratégica en Vigilancia de la Salud (CIEVS por sus siglas en portugués), y distribuyó reservas de etanol farmacéutico a hospitales. Además, inició gestiones para adquirir el antídoto fomepizol, habilitó laboratorios de referencia para el diagnóstico y articuló acciones intersectoriales con justicia, agricultura y seguridad para fiscalizar y retirar bebidas adulteradas del mercado.

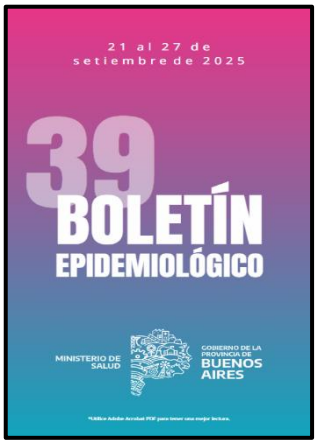
Fuente: *https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-riesgo-intoxicacion-por-metanol-7-octubre-2025*

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

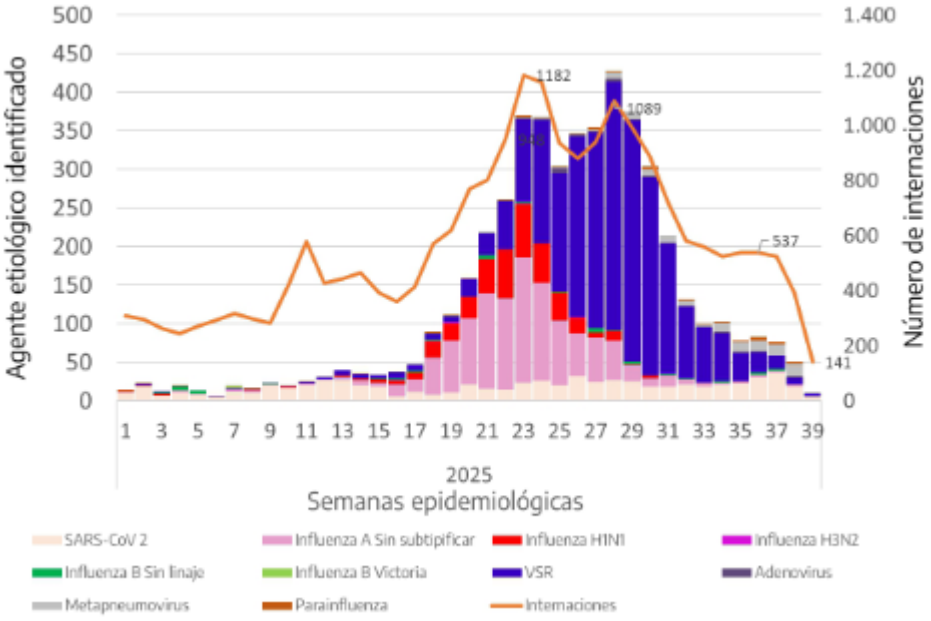
VIII. Boletines Jurisdiccionales

VIII.1. Buenos Aires: Internaciones por infecciones respiratorias agudas (IRA)

En 2025 el mayor número de internaciones por IRA se registró entre finales de junio (SE 26) y hasta mediados de julio (SE 29), alcanzando un máximo de 1182 casos en la primera semana de junio (SE23). A partir de entonces, en concordancia con el patrón nacional, se registró un descenso paulatino de las internaciones.



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



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

Para más información:

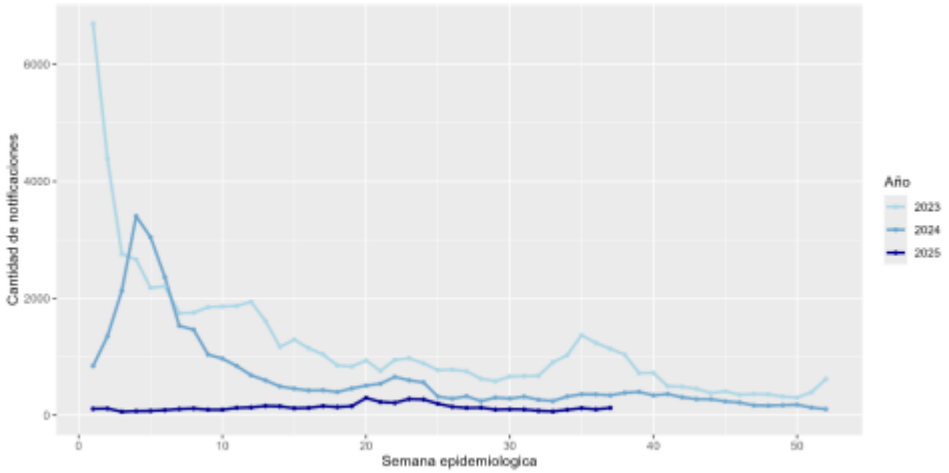
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

VIII.2. CABA: Eventos respiratorios de abordaje ambulatorio

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



Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias nominales en eventos ambulatorios. Residentes CABA. Años 2023-24-25 (N = 101382)



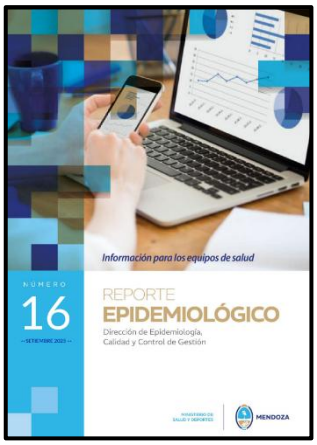
Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0

Para más información:

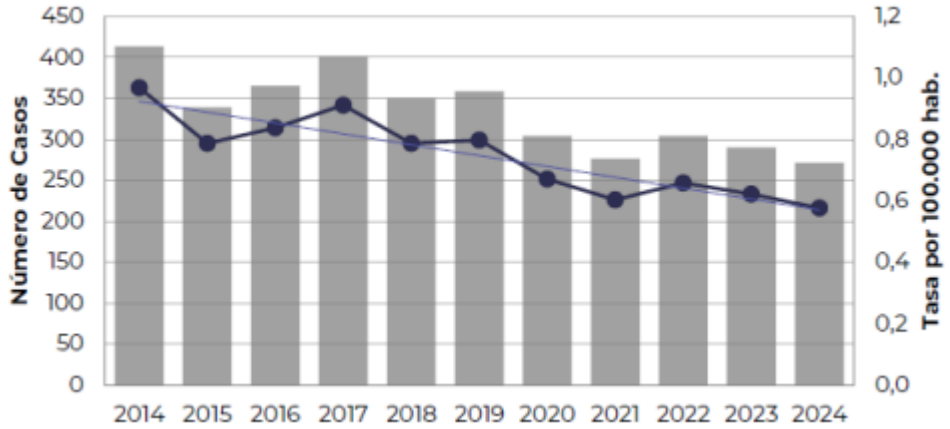
https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2025

VIII.3. Mendoza: Síndrome urémico hemolítico (SUH)

En la Provincia de Mendoza, se notificaron 17 casos de SUH en el año 2024 y 14 en el año 2025 hasta la SE 38. De los casos, 13 se confirmaron por laboratorio y 18 clínicamente.



Casos y tasas de SUH (cada 100.000 habitantes). Argentina. SE1 a SE52, años 2014- 2024.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del SVNS 2.0

Para más información:

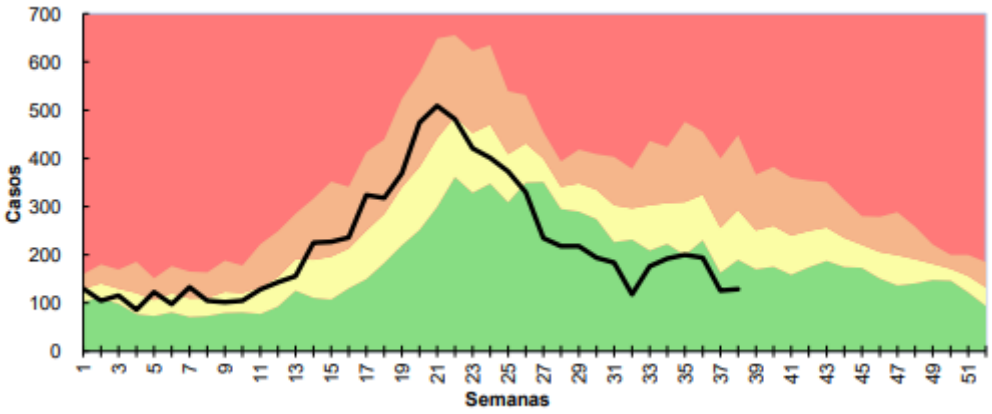
https://www.mendoza.gov.ar/salud/boletines-epidemiologicos/

VIII.4. Salta: Bronquiolitis

Las notificaciones de Bronquiolitis descendieron con respecto a la semana anterior, el corredor endémico continúa en zona de éxito con 129 casos en la SE 38.



Corredor endémico semanal de bronquiolitis en menores de 2 años años: 2018 a 2024. SE 38 de 2025. provincia de salta. (n=8.402*).

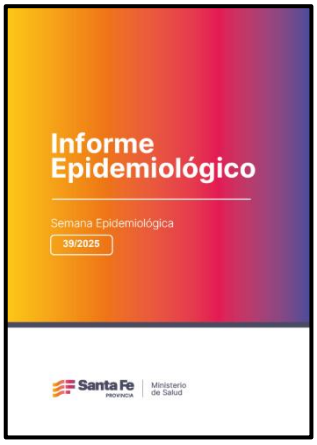


Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este grafico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante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

Para más información:

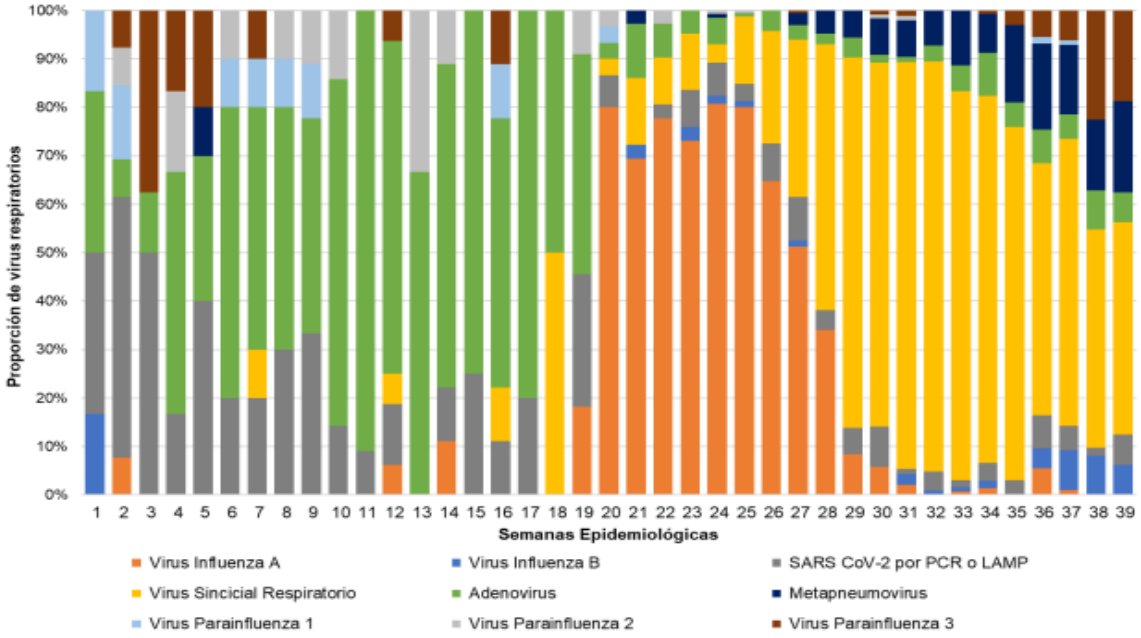
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

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



Según la distribución de los casos confirmados por semanas epidemiológicas, 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, SE 37, SE38 y SE39. 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 39, registrándose un aumento desde la SE 25. Los casos positivos de Adenovirus fueron informados desde la SE 1 hasta la SE 38.

Distribución de casos positivos de Virus respiratorios en pacientes internados IRA según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 39 - Año 2025.



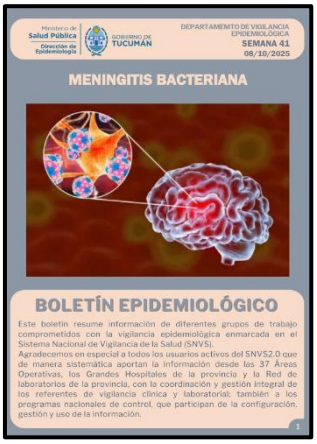
Fuente: Elaboración propia de la Dirección Provincial de Red de Laboratorios en base a datos extraídos del SNVS 2.0 – Notificación agrupada: Infecciones respiratorias virales – Internados.

Para más información:

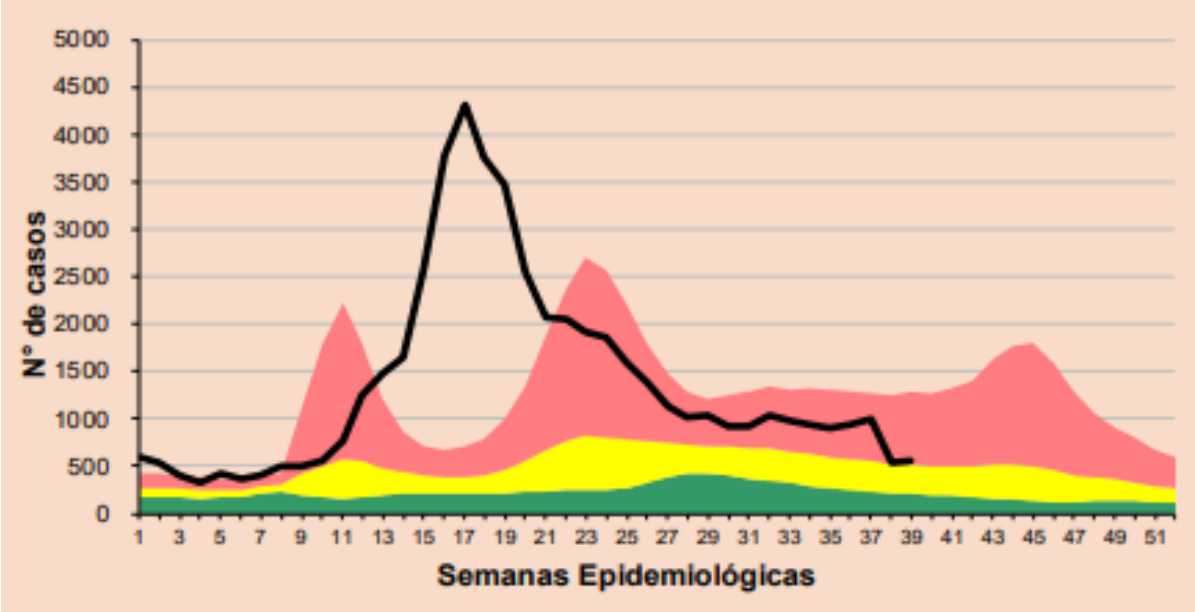
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802

VIII.6. Tucumán: Infecciones respiratorias aguda (IRA)

Las infecciones respiratorias agudas son comúnmente causadas por influenza y otros virus respiratorios, ocurren durante todo el año con picos epidémicos. Debido a su morbilidad, se han establecido estrategias para el monitoreo permanente. En la semana epidemiológica 39 se registraron 558 casos para este evento.



Enfermedad tipo influenza



Fuente: SVNS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

IX. 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	Vigilancia Genómica de Varicela	Evento	Clasificación de caso	Clasificación de caso: “Caso confirmado VZV clado 1”, “Caso confirmado VZV clado 2”, “Caso confirmado VZV clado 3”, “Caso confirmado VZV clado 4”, “Caso confirmado VZV clado 5”, “Caso VZV confirmado por laboratorio sin especificar”, “Caso descartado por diagnóstico diferencial”
		Clínica	Signos y Síntomas	Se adiciona: “Fiebre”, “Pápulas”, “Máculas”, “Vesículas”, “Enantema”, “Diarrea”, “Costra”, “Síntomas respiratorios y pulmonares”, “Compromiso del Sistema Nervioso Central (SNC)”
			Diagnóstico Referido	Se adiciona: “No SNC - Varicela”, “SNC - Encefalitis”, “SNC - Meningitis”, “Otro”
			Comorbilidades	Se adiciona: “Inmunocomprometido no VIH”
		Laboratorio	Muestras	En tipo de muestra: “Humano-espacios estériles” Se adiciona: “Líquido cefalorraquídeo (LCR)”, en “Humano-lesiones específicas” se adiciona:

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
				“hisopado vesicular”, en “Humano-espacios estériles” se adiciona: “Sangre”
			Determinaciones	Para la determinación “Detección de genoma de Virus Varicela Zoster”, se adiciona la técnica: “PCR en tiempo real” , para la determinación “Genotipificación de Virus Varicela Zoster” se adiciona “Secuenciación de Sanger”.
			Resultados	Se adiciona: “Detectable”, “No detectable”, “ VZV clado 1”, “ VZV clado 2”, “ VZV clado 3”, “VZV clado 4”, “ VZV clado 5”
			Clínico	Se adiciona: “Fisicoquímico de LCR”, “Albúmina (g/l)”, “Glucemia (mg/dl)”, “Glucorraquia (mg/dl)”, “Rto de leucocitos en LCR/mm3”, “Neutrófilos”, “Linfocitos”.
		Epidemiológica	Vacunas	Se adiciona: “No vacunado contra varicela”, “Vacunado contra varicela”

IX.1. 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