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

BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **765**

Semana epidemiológica 28
AÑO 2025
Desde 06/07 al 12/07
Fecha de publicación
21/07/2025

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. Alejandro Alberto VILCHES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

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

Brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado
Del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”: el Área de Epidemiología, el Servicio de Antimicrobianos y el Servicio de Bacteriología Especial.
De la ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”, la Unidad Operativa Centro Nacional de Genómica y Bioinformática.

Actualización informe de tuberculosis
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni", INER-ANLIS “Carlos G. Malbrán”

Componen la Dirección de Epidemiología: Altschuler Ailén, Amatto María Belén, Amelotti Rina Lucía, Avalos Andrea Karina, Bidart Maria Laura, Bonifacio Carlos, Caceres Estefania, Caparelli Mariel, Castell Soledad, Chantefort Lucía Valenzuela, Chaves Karina Lorena, Couto Esteban, Di Pinto Ignacio, Diaz Morena, Echenique Arregui Alexia, El Ahmed Yasmin Dalal, Fernandez Gabriela, Fernandez Maria Susana, Fernandez Maria Lorena, Gomez Lara, Gonzalez Lebrero Cecilia, Gonzalez Picasso Manuel, Guma Daniela Elena, Hoyos Obando Andrés, Iglesias Maria Marta, Joskowicz Abril, Kurten Pérez Manuel, La Regina María Agustina, Laurora Melisa, Martín Aragón María Fernanda, Martinez Karina, Moisés Maria Silvina, Morgenstern Agostina, Nicolau Victoria, Nuñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo, Oks Irene Florencia, Ormeño Mazzochi Franco, Page María Agustina, Parenti Ana Laura, Pastrana Paula, Pierre Ganchegui Guillermina, Pisarra Florencia Magalí, Plantamura Pilar, Prina Martina, Riera Sebastián, Rojas Mena Maria Paz, Rosin Paula, Rueda Dalila, Santoro Federico, Caruso Stefanini Margarita, Tapia julio, Vallone Antonella, Voto Carla y Wainziger Tamara.

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

Agradecimientos:

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

Imagen de tapa:

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, que generalmente afecta los pulmones, pero puede afectar otras partes del cuerpo. Foto ilustrativa generada por IA.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°765, SE 28.

I. Editorial del BEN 761

En el marco de un proceso sostenido y constante de transformación, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) consolida una nueva etapa editorial, orientada a continuar fortaleciendo la vigilancia como herramienta pública, técnica y colectiva. Desde la publicación de su versión renovada en el BEN N° 740, cada edición ha buscado no sólo mejorar el acceso y la calidad de los datos, sino también reforzar el sentido estratégico de la información producida para la toma de decisiones en salud.

La creciente visibilidad del BEN —tanto en medios de comunicación como en ámbitos académicos, jurisdiccionales y de formación profesional— confirma el interés que despierta esta herramienta. Valoramos esa expansión como una oportunidad para seguir construyendo una epidemiología comprometida con los procesos sociales, rigurosa en sus métodos y honesta en sus narrativas. Pero también como un llamado a seguir consolidando criterios de comunicación técnicamente sólidos, éticamente responsables y políticamente conscientes.

Desde la incorporación de la nueva estética y las tablas de ENO seleccionados, hasta la creación de la sección “Actualización periódica de eventos”, esta etapa ha permitido la publicación de 34 informes específicos: 22 corresponden a eventos abordados por primera vez y 12 a actualizaciones que profundizan análisis previos. Estos informes buscan caracterizar fenómenos complejos desde una perspectiva integral, articulando temporalidad, territorio y recomendaciones técnicas.

En cada entrega, el BEN se reafirma como una herramienta en tensión: entre técnica y política, entre comunicación y gestión, entre necesidad de síntesis y profundidad analítica. Apostamos a una vigilancia robusta, integrada, en diálogo constante con los equipos jurisdiccionales, que promueva la formación continua, la mejora de procesos y el fortalecimiento de las capacidades del sistema.

Porque más que describir lo que sucede, nos interesa comprender sus sentidos y contribuir a transformarlos. Apostamos a seguir profundizando este camino, de manera cada vez más robusta, significativa y compartida.

En esa línea, invitamos a quienes forman parte del sistema de vigilancia a proponer mejoras, intercambiar ideas y fortalecer juntos este espacio editorial. Cada sugerencia es bienvenida, y cada aporte suma a construir una vigilancia más integrada, oportuna y comprometida con la salud de nuestras poblaciones.

¡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) Nº 765 presenta una actualización integral de la situación sanitaria nacional correspondiente a la Semana Epidemiológica (SE) 28, en el marco del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Como es habitual, se incluyen los eventos de notificación obligatoria seleccionados, con sus respectivas tablas nominales y agrupadas, acompañadas de notas metodológicas que permiten una mejor lectura e interpretación de los datos.

En esta edición se actualiza la situación de las enfermedades febriles exantemáticas, continuando con la presentación del brote actual de sarampión, en un contexto regional que continúa siendo motivo de mucha atención. Se mantiene activa la vigilancia ante la circulación del virus y se detallan indicadores a nivel nacional para el análisis de la sensibilidad de la vigilancia, así como las recomendaciones de acciones a implementar.

Se presenta también un análisis actualizado de dengue y otros arbovirus. En el tramo final de la temporada, se observa un descenso de casos, aunque persiste la circulación viral en algunas jurisdicciones, lo que requiere sostener las acciones de vigilancia clínica, laboratorial y entomológica.

En relación con las infecciones respiratorias agudas, se incluye una síntesis nacional de la situación de ETI, neumonía y bronquiolitis, junto con los datos de vigilancia virológica y nuevas recomendaciones frente al aumento de la circulación de virus respiratorios, en particular influenza.

Este número incorpora además una nueva actualización sobre el brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado, con información sobre la situación actual, las definiciones de caso y el desempeño de plataformas diagnósticas.

En la sección de actualización periódica de eventos, se destaca un informe epidemiológico renovado sobre tuberculosis, que incluye por primera vez un análisis de la asociación entre TB y VIH en el período 2019-2024. Este trabajo profundiza en los patrones de coinfección y representa un aporte relevante para el abordaje integral de ambas enfermedades desde una perspectiva de salud pública.

Como en cada edición, se incorporan también alertas internacionales recientes, herramientas para equipos de salud y aportes provenientes de los boletines jurisdiccionales, consolidando al BEN como un instrumento clave para la vigilancia y la toma de decisiones en todo el país.

Contenido

I. Editorial del BEN 761 **5**
II. Sobre este BEN **6**
Contenido **7**

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.1. Eventos nominales confirmados 11
III.2. Eventos nominales notificados y confirmados 12
III.3. Eventos agrupados clínicos 13
III.4. Eventos agrupados laboratoriales 14
III.4.A. Sobre la construcción de esta tabla 14

EVENTOS PRIORIZADOS 16
IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión **17**
IV.1. Introducción 17
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional 17
IV.2.A. Canadá 17
IV.2.B. Estados Unidos de América 18
IV.2.C. México 19
IV.2.D. Bolivia 19
IV.3. Situación actual en Argentina 20
IV.3.A. Notificación de casos 20
IV.3.B. Distribución geográfica 20
IV.4. Caracterización de los casos confirmados 22
IV.4.A. Clasificación de los casos 22
IV.4.B. Sobre el seguimiento de los casos confirmados 24
IV.5. Recomendaciones para la comunidad 24
IV.6. Recomendaciones para los equipos de salud 24
IV.7. Vigilancia epidemiológica 25
IV.7.A. Definición y clasificación de caso 25
IV.8. Medidas de prevención 25
IV.9. Medidas ante casos y contactos 26
IV.9.A. Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados: 26
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **28**
V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus 28
V.1.A. Subregión Cono Sur 28
V.2. Situación de dengue en Argentina 31
V.2.A. Situación histórica 31
V.2.B. Indicadores basados en la vigilancia para determinar fases epidemiológicas. Actualización 33
V.2.C. Casos de dengue según fase 35
V.2.D. Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras arbovirosis 35
V.2.E. Temporada actual 35
V.2.F. Distribución según región, jurisdicción y departamento 38
V.2.G. Situación según serotipos circulantes 40
V.2.H. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo” 41
V.2.I. Vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue 42
V.2.J. Favorabilidad para brotes de Dengue 43
V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus 45
V.4. Vigilancia entomológica 46
V.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición 46

V.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) –SE15 (2025) 46
V.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios 50
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas 53
VI.1. Nota Metodológica 53
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 53
VI.3. Síntesis de la información nacional destacada 54
VI.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 54
VI.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 56
VI.4.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 56
VI.4.B. Neumonía 57
VI.4.C. Bronquiolitis 59
VI.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 60
VI.6. Recomendaciones ante el aumento de casos de influenza y la circulación de virus respiratorios 65
VI.6.A. Recomendaciones para la población general 65
VI.7. Vacunación antigripal 66
VI.7.A. Población objetivo para vacunación antigripal: 66
VII. Actualización de estudio de brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado 68
VII.1. Introducción 68
VII.1.A. Sobre los aislamientos identificados y las definiciones de caso 69
VII.2. Situación epidemiológica 70
VII.3. Desempeño de plataformas MALDITOF-MS para la identificación de Klebsiella variicola y Klebsiella pneumoniae 72
VII.4. Vigilancia epidemiológica 73
VII.4.A. Modalidad de vigilancia y nota metodológica 73
VII.4.B. Objetivos de la vigilancia 73
VII.4.C. Definiciones de caso 73

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS 75
VIII. Tuberculosis – Actualización informe epidemiológico 76
VIII.1. Introducción 76
VIII.2. Tendencia de notificación de casos de TB 76
VIII.3. Notificación de Casos de TB según Jurisdicción hasta la semana 28 77
VIII.4. Evaluación del tratamiento 78
VIII.5. Análisis de la asociación Tuberculosis y VIH - 2019-2024 79
VIII.5.A. Introducción 79
VIII.5.B. Metodología 79
VIII.5.C. Resultados 80
VIII.5.D. Comentarios y conclusiones sobre la asociación Tuberculosis y VIH 89

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 90
IX. Boletines Jurisdiccionales 91
IX.1. Buenos Aires: Infecciones respiratorias agudas (IRA) 91
IX.2. CABA: Vigilancia de Mpox 92
IX.3. Salta: Enfermedad tipo influenza (ETI) 93
IX.4. Santa Fe: Infecciones respiratorias agudas (IRA) 94
IX.5. Tierra del Fuego: Eventos nominales 95
IX.6. Tucumán: Botulismo del lactante 96

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 97
X. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 98

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.1. 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 1-28. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-28	2025 Acumulados SE 1-28	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	3	3	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	96	80	-16	-17%
Enf. zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	4.914	9.378	4.464	91%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	192	271	79	41%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	74	89	15	20%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	5	4	-1	-20%
	Cisticercosis	4	5	1	25%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.648	4.560	1.912	72%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	298	534	236	79%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	18	30	12	67%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	13	7	117%
	Brucelosis	59	65	6	10%
	Hantavirosis	35	34	-1	-3%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	16	13	433%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	837	851	14	2%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	6	12	6	100%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	3	15	12	400%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	5	25	20	400%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	1	1	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	5.734	5.734	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	413	413	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	292	292	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	7.015	9.220	2.205	31%

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

III.2. 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 1-28. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-28		2025 Acumulados SE 1-28		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enf. prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	2.207	100	1.636	139	-571	-26%	39	39%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	516	2	5.096	35	4.580	888%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	516	0	5.096	0	4.580	888%	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	1.167	491	1.463	481	296	25%	-10	-2%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	65	0	59	0	-6	-9%	0	N/A
Enf. Transmisibles por vectores	Dengue	86.828	55.457	58.068	17.414	-28.760	-33%	-38.043	-69%
	Encefalitis de San Luis	195	5	277	0	82	42%	-5	-100%
	Fiebre amarilla humana	104	0	128	0	24	23%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	33	0	59	0	26	79%	0	N/A
	Zika	1.444	0	774	0	-670	-46%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	285	104	179	42	-106	-37%	-62	-60%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.512	39	1.461	123	-51	-3%	84	215%
	Psitacosis	188	34	491	98	303	161%	64	188%
ETMI - Enf. del niño	Chagas agudo congénito	811	33	874	27	63	8%	-6	-18%
	Sífilis Congénita	1.648	529	520	503	-1.128	-68%	-26	-5%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	4	0	4	N/A	0	N/A
ETMI - Enf. en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1.321	1.256	1.021	848	-300	-23%	-408	-32%
	Sífilis en embarazadas	5.715	4.904	6.251	5.618	536	9%	714	15%
	Hepatitis B en embarazadas	0	28	69	17	69	N/A	-11	-39%
Hepatitis virales	Hepatitis A	86	23	156	80	70	81%	57	248%
	Hepatitis B	1.562	349	1.763	375	201	13%	26	7%
	Hepatitis C	1.357	643	1.266	721	-91	-7%	78	12%
	Hepatitis E	30	2	18	1	-12	-40%	-1	-50%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	17.439	13.311	27.424	22.665	9.985	57%	9.354	70%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	643	550	1.254	974	611	95%	424	77%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	35	3	173	58	138	394%	55	1833%

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.3. 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 1-28. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-28	2025 Acumulados SE 1-28	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmitidas por alimentos	Diarrea	350.806	412.545	61.739	18%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.022	1.034	12	1%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	739	477	-262	-35%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin	61.195	36.150	-25.045	-41%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	647.463	604.954	-42.509	-7%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	42.307	36.038	-6.269	-15%
	Neumonía (sin especificar)	47.836	38.194	-9.642	-20%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	0	3.174	3.174	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	1	2.084	2.083	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	14.589	14.589	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	940	939	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	3	3.769	3.766	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	3	3.288	3.285	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	53	18.554	18.501	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	12	3.614	3.602	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	3	1.480	1.477	N/A
	Lesiones por electrocución	0	398	398	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	511	511	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	1	41.851	41.850	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	0	14.269	14.269	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	6	20.271	20.265	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	309	309	N/A
	Otras lesiones en el hogar	4	14.989	14.985	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.4. Eventos agrupados laboratoriales

III.4.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 1-28. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-28		2025 Acumulados SE 1-28		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	2.348	131	1.806	107	-542	-23%	-24	-18%
	Infección por Mycoplasma genitalium	415	7	286	8	-129	-31%	1	14%
	Infección por Mycoplasma hominis	1.528	145	1.440	194	-88	-6%	49	34%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	8.451	269	4.130	216	-4.321	-51%	-53	-20%
	Infección por Trichomonas vaginalis	13.633	1.440	11.239	1.300	-2.394	-18%	-140	-10%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión

IV.1. Introducción

El sarampión es una enfermedad viral, **altamente contagiosa**, que puede presentarse en todas las edades. Su gravedad es mayor en niños menores de 5 años o desnutridos, en los cuales puede causar graves complicaciones respiratorias como neumonía y del sistema nervioso central como convulsiones, meningoencefalitis, ceguera, encefalomielitis postinfecciosa con retraso mental grave y trastornos degenerativos tardíos que no tienen tratamiento o incluso causar la muerte.

Se transmite mediante gotas de aire de la nariz, boca, o garganta de una persona infectada. **El virus puede persistir en el aire o sobre superficies, siendo activo y contagioso por 2 horas**.

No existe ningún tratamiento antiviral específico contra el virus del sarampión, solo existen medidas de sostén clínico y de sus complicaciones. Puede prevenirse con la **vacunación**.

El presente informe tiene como objetivo describir la situación epidemiológica actual del evento sarampión en el país, a partir del análisis de los casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Se busca caracterizar los casos registrados en el período reciente, identificar la circulación en nuestro país a partir de los casos importados, y brindar información útil para la toma de decisiones en materia de vigilancia, control y respuesta.

Asimismo, se presentan los principales indicadores vinculados a la oportunidad diagnóstica y sensibilidad del sistema de vigilancia, los antecedentes de vacunación y las acciones implementadas por los equipos de salud ante la detección de casos. Este informe está dirigido a los equipos técnicos de los niveles nacional, provincial y local, con el fin de fortalecer la vigilancia integrada del sarampión y contribuir a la sostenibilidad del estado de eliminación en el país.

IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional

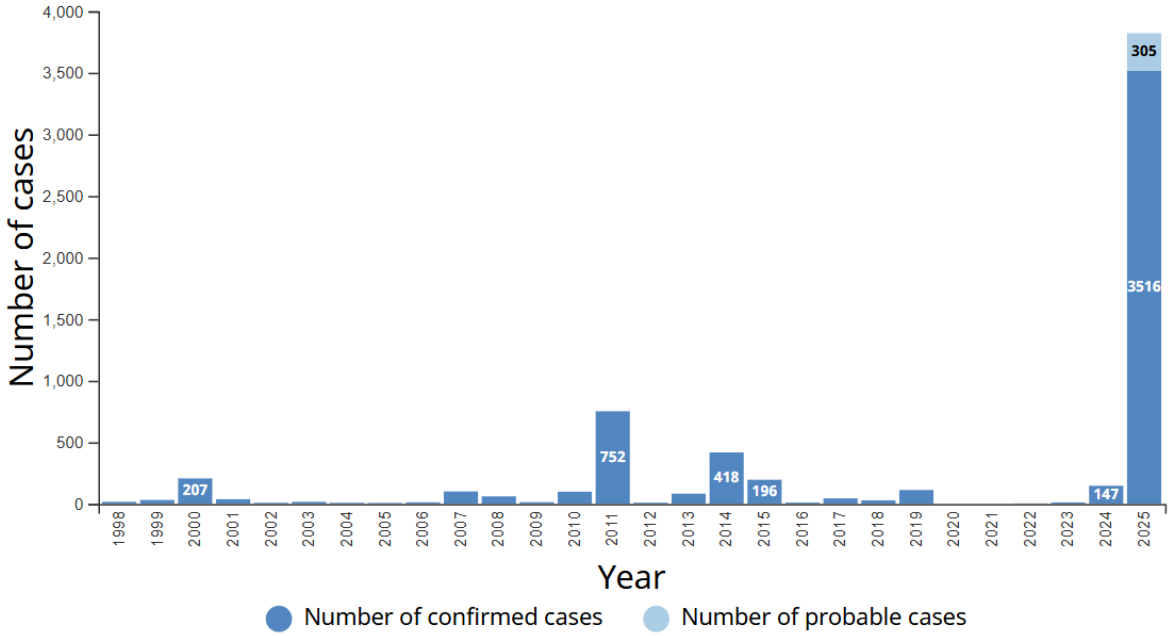
IV.2.A. CANADÁ[1]

En 2025, se han notificado un total de 3.822 casos de sarampión (3.517 confirmados, 305 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta **el 5 de julio de 2025.**

En la semana 27 (del 29 de junio al 5 de julio de 2025), se notificaron 120 nuevos casos de sarampión (119 confirmados y 1 probables) en 6 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick y Ontario).

[1] https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/

Figura 1. Número de casos de sarampión notificados en Canadá por año de inicio del exantema, desde la eliminación del sarampión (1998) hasta el 5 de julio de 2025.



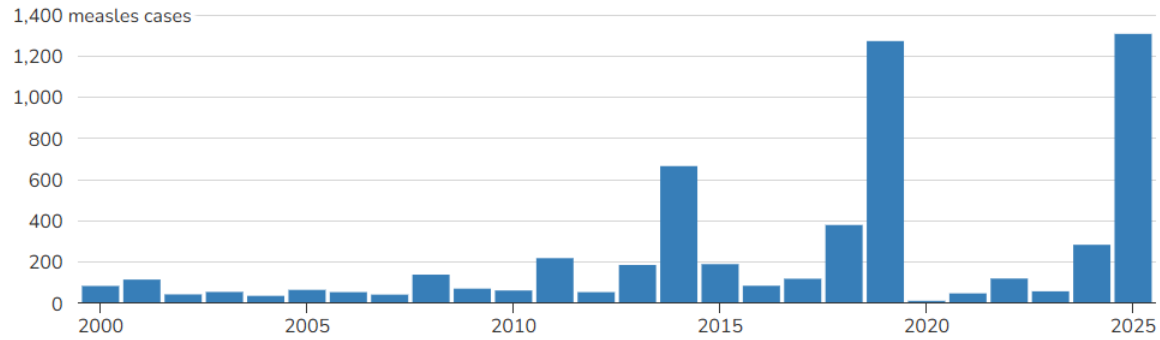
IV.2.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[2]

Al 15 de julio de 2025, se notificaron un total de 1.309 casos confirmados de sarampión en 40 jurisdicciones: Alaska, Arkansas, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Míchigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington y Wyoming

En 2025 se han notificado 29 brotes, y el 88% de los casos confirmados (1.151 de 1.309) 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 ha habido 3 muertes confirmadas por sarampión.

Figura 2. Casos anuales de sarampión. Estados Unidos de América. 2023-2025 (hasta 15/07/25).



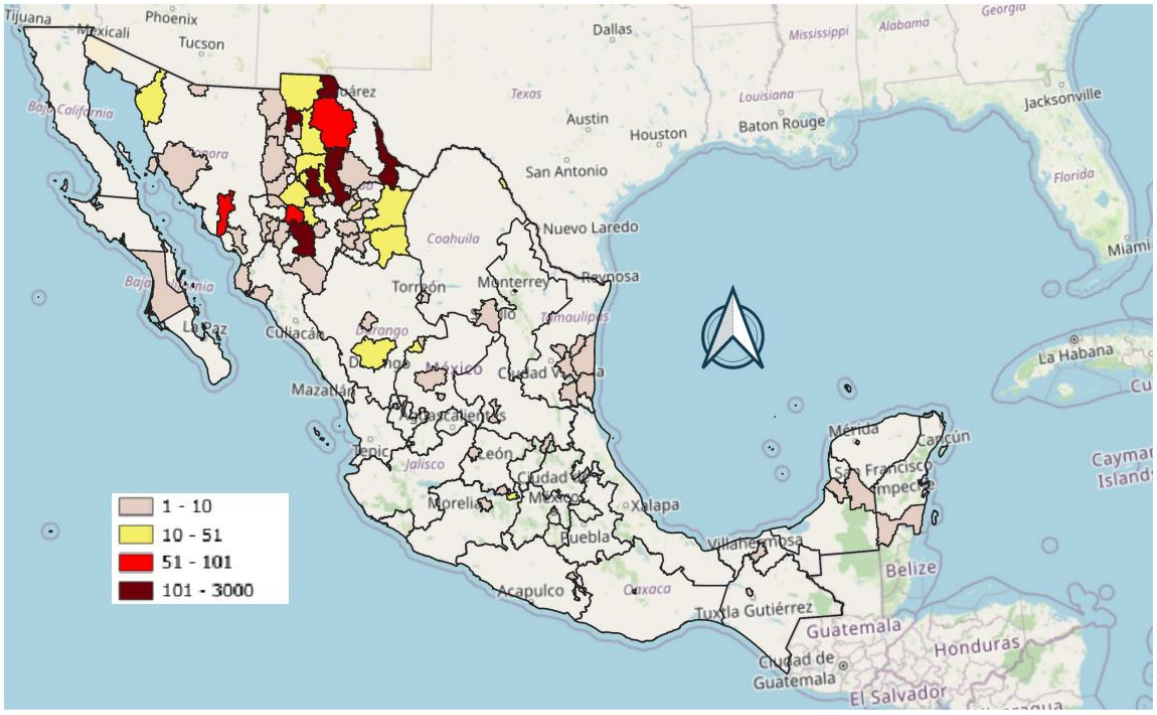
[2] https://www.cdc.gov/measles/data-research/index.html.

IV.2.C. MÉXICO[3]

Al 17 de julio, se han reportado 3.460 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 37 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 20 estados y 82 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 9 fallecimientos.

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



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

IV.2.D. BOLIVIA[4]

Hasta el 17 de julio, se han reportado 125 casos de sarampión en cinco departamentos: 104 en Santa Cruz, 10 en La Paz, 4 en Potosí, 3 en Beni, 2 en Chuquisaca, 1 en Oruro y 1 en Pando.

Los nueve Servicios Departamentales de Salud (SEDES) del país cuentan con las dosis necesarias de vacunas contra el sarampión, luego de recibir la cooperación de la República Federativa de Brasil de 600.000 vacunas —300.000 de SRP y 300.000 SR— que se aplican a niñas y niños de 1 a 9 años de edad y de 10 a 14 años de edad, respectivamente, en intensas campañas dentro y fuera de los establecimientos de salud en todo el territorio nacional.

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

[4] https://www.minsalud.gob.bo/8753-los-nueve-sedes-del-pais-ya-cuentan-con-las-vacunas-necesarias-contra-el-sarampion-para-intensificar-la-inmunizacion-de-1-a-14-anos-de-edad

IV.3. Situación actual en Argentina

IV.3.A. NOTIFICACIÓN DE CASOS

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 2.652 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el país (Gráfico 1). A partir de la Semana Epidemiológica (SE) 6, coincidiendo con la emisión del alerta epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, se evidencia un aumento progresivo en la notificación de casos, alcanzando su punto máximo en las semanas 12 y 13.

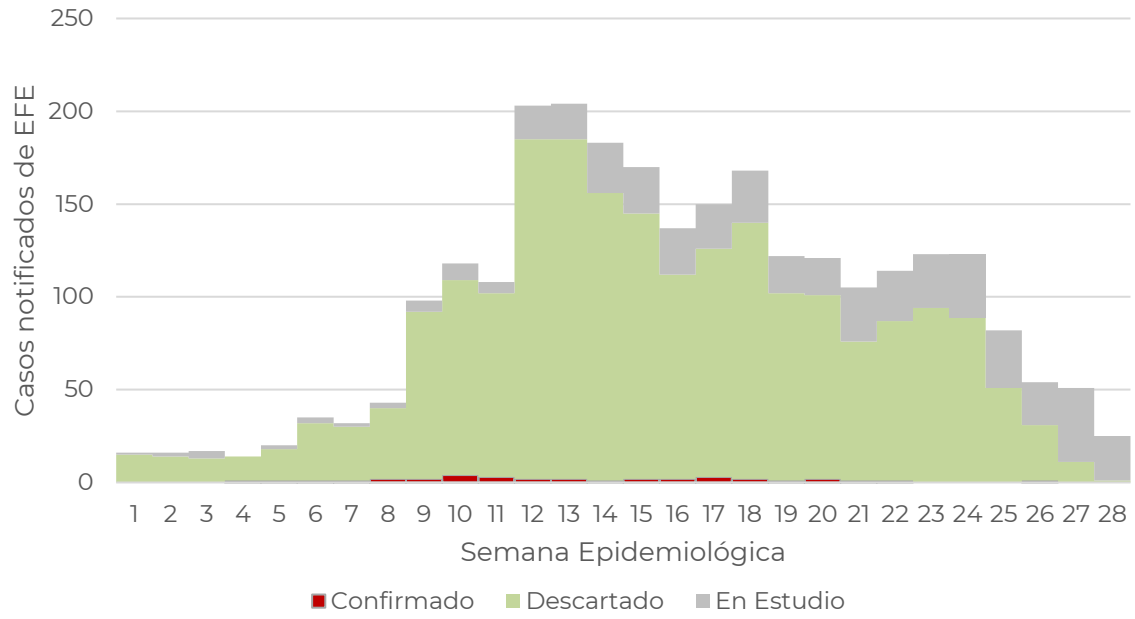
La curva de notificación muestra una sensibilización del sistema de vigilancia, con una respuesta oportuna ante la comunicación de riesgo.

Del total de casos notificados entre la SE1 y la SE28:

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

La proporción de casos descartados sobre el total notificado es del 80%. La cifra de casos en estudio refleja la actividad continua de evaluación de los eventos notificados.

Gráfico 1. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE28 de 2025. N= 2.652



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

IV.3.B. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Con el objetivo de monitorear la sensibilidad y calidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció una serie de indicadores en el marco del *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación* 2018–2023. Entre ellos, se destaca el indicador 2.1.1, que evalúa el cumplimiento de la tasa mínima anual esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola, fijada en al menos 2 notificaciones por cada 100.000 habitantes.

En este contexto, se presenta a continuación una tabla con la distribución de notificaciones y confirmaciones por provincia, así como la tasa esperada por jurisdicción, lo cual permite analizar el grado de cumplimiento de este umbral al momento del corte del informe.

Tabla 1. Distribución de casos notificados y confirmados por jurisdicción en Argentina. Tasa cada 100 mil habitantes y notificaciones esperadas para el período actual. SE1 a SE28 de 2025[5].

Jurisdicción	Confirmados	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	21	1618	8,8	195	367
CABA	13	617	20,0	33	62
Catamarca		11	2,5	5	9
Chaco		25	2,0	13	25
Chubut		20	3,0	7	13
Córdoba		65	1,6	42	79
Corrientes		6	0,5	12	23
Entre Ríos		38	2,6	15	29
Formosa		2	0,3	7	13
Jujuy		32	3,9	9	16
La Pampa		19	5,1	4	7
La Rioja		1	0,2	4	8
Mendoza		59	2,8	22	42
Misiones		8	0,6	14	27
Neuquén		4	0,6	7	14
Río Negro		6	0,8	8	16
Salta		14	0,9	16	30
San Juan		11	1,3	9	16
San Luis	1	8	1,5	6	11
Santa Cruz		10	2,4	4	8
Santa Fe		48	1,3	39	73
Santiago del Estero		13	1,3	11	21
Tierra del Fuego		2	1,0	2	4
Tucumán		15	0,8	19	36
Total	**35**	**2652**	**5,6**	**505**	**949**

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

Del análisis de la información notificada al 5 de julio se identifican tres situaciones diferenciadas entre las jurisdicciones:

1. *Jurisdicciones que ya superaron la cantidad esperada de notificaciones para todo el año*: Este grupo incluye a Buenos Aires, CABA, Catamarca, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza y Santa Cruz. En particular, Buenos Aires (con 1.583 notificaciones) y CABA presentan cifras muy por encima de lo esperado si se considera el total anual.

2. *Jurisdicciones que no superaron el total anual esperado, pero se encuentran por encima del valor esperado para la semana epidemiológica* (SE) *vigente*: Aquí se encuentran Córdoba, San Juan, San Luis, Santa Fe y Santiago del Estero. La provincia de Tierra del Fuego alcanzó las notificaciones

[5] Los casos notificados corresponden a los reportados hasta la SE26, mientras que la información sobre los casos confirmados refleja la más reciente disponible al momento de la elaboración de este boletín epidemiológico.

esperadas para la SE actual, y Chaco duplicó las notificaciones esperadas para esta SE, alcanzando el valor anual proyectado.

3. *Jurisdicciones con notificaciones por debajo del valor esperado para esta fecha:* Tal es el caso de Corrientes, Formosa, La Rioja, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta y Tucumán, donde resulta clave reforzar las acciones de sensibilización y detección oportuna para alcanzar los estándares establecidos.

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

IV.4. Caracterización de los casos confirmados

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

IV.4.A. CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS

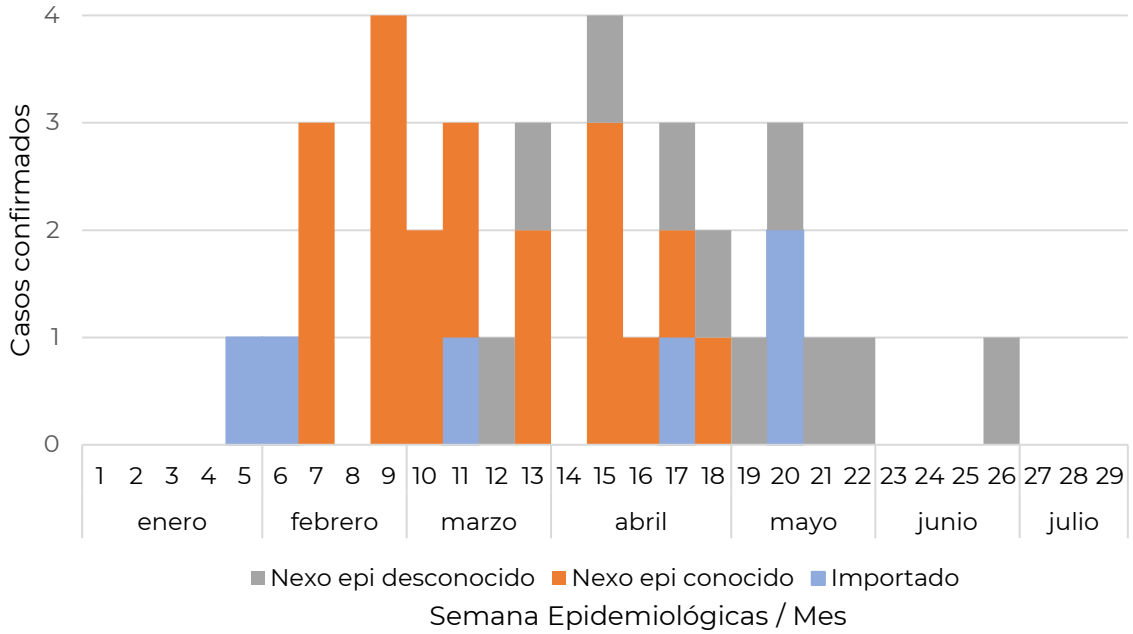
En cuanto a la distribución de los casos confirmados de sarampión según semana de ocurrencia (de acuerdo a la fecha de inicio del exantema) y el nexo epidemiológico (conocido o desconocido), se observa que desde la SE 5 (fines de enero) hasta la SE 22 (fin de mayo), se presentaron casos todas las semanas con excepción de la 8 y la 14.

Hubo 3 semanas donde no se notificaron casos en el SNVS (23, 24 y 25, correspondiente a los inicios del mes de junio) y en la SE 26 se notificó el último hasta la fecha.

Este último hecho demuestra que existen casos no detectados por el Sistema de Salud o el Sistema de Vigilancia, ya que a la fecha de aparición del caso 35 no se esperaban casos secundarios de los casos confirmados anteriormente. Por ello, además de no contar con nexo con ninguno de los casos anteriores se puede asumir la pérdida de detección de casos.

En relación con el nexo, la mayoría de los casos se presentan con nexo epidemiológico conocido, especialmente en los inicios del brote, correspondiente a los meses de febrero, marzo y abril. Los casos con nexo epidemiológico desconocido se presentan mayormente hacia fines de abril. Los últimos 5 casos de trasmisión comunitaria presentan nexo desconocido, aunque en alguno de ellos se pudo identificar por laboratorio genético que se trata del mismo linaje que los primeros casos importados.

Gráfico 2. Número de casos confirmados de Sarampión según clasificación epidemiológica y semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE29 de 2025. N= 35



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 lo que respecta a la distribución por grupo de edad, la mayor cantidad de casos confirmados se presenta en los menores de 5 años (17 casos, 49%).

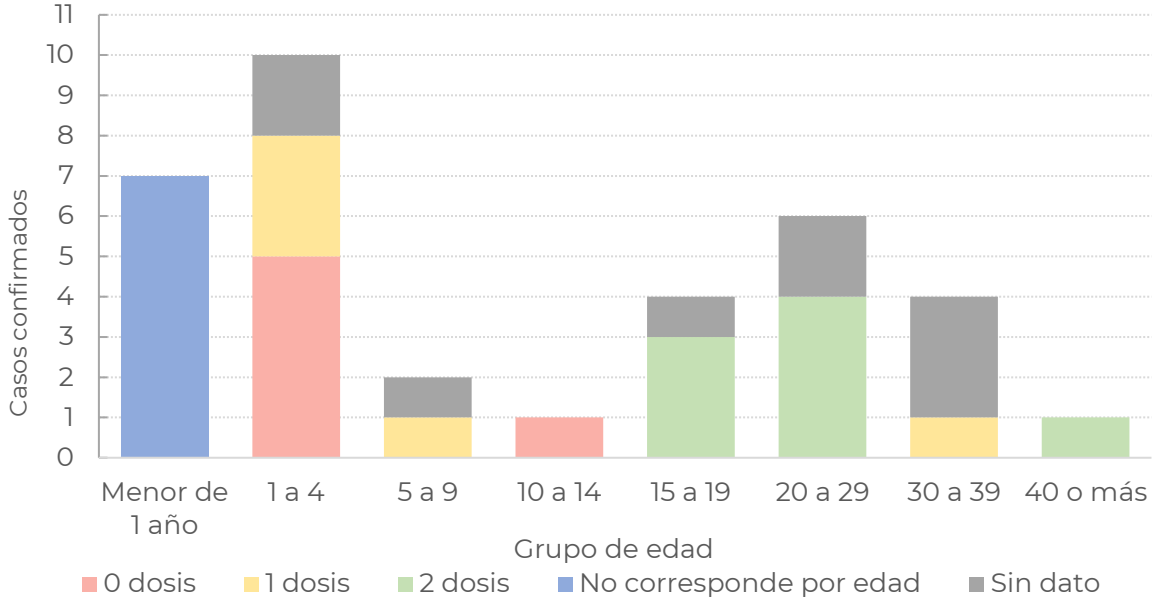
Del total de casos confirmados, aquellos sin vacunación (ya sea por no corresponder para la edad o porque tienen 0 dosis) representan un 45,7% del total (16 casos). Y dentro de los casos mayores a 1 año y que no han recibido dosis de vacuna antisarampionosa la mayor proporción se encuentra en la población de 1 a 4 años (62%). Este alto porcentaje resalta una brecha importante en la cobertura de vacunación, especialmente en los grupos más vulnerables como los menores de 1 año y los niños en el rango de 1 a 4 años. La falta de inmunización en estos grupos podría ser un factor clave en la propagación del sarampión.

No obstante, la proporción de casos que han recibido al menos 1 dosis de vacuna, considerando los 28 casos mayores de 1 año, es del 50%, siendo mayor en los grupos de edad de 15 a 29 años.

La categoría de "sin dato" es elevada en algunos grupos (20 a 29 y 30 a 39 años), lo que indica una falta de registro sobre el estado de vacunación que dificulta un análisis completo de la situación.

En lo que respecta al sexo de aparición, se observa que el 57% fueron varones, mientras que el 43% mujeres.

Gráfico 3. Número de casos confirmados de Sarampión según grupo etario y antecedente de vacunación. Argentina. SE1 a SE29 de 2025. N= 35



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

La indicación de vacunación se explica en el siguiente apartado de este informe.

IV.4.B. SOBRE EL SEGUIMIENTO DE LOS CASOS CONFIRMADOS

A la fecha de publicación del presente boletín (21 de julio de 2025), se encuentran realizándose las acciones de control y seguimiento vinculadas al último caso notificado (caso 35). El último caso confirmado presenta fecha de exantema el 25 de junio de 2025.

Las acciones de control las está realizando la jurisdicción, y se contemplarán los tiempos de posible aparición de casos secundarios y el seguimiento de los contactos.

IV.5. Recomendaciones para la comunidad

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

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

IV.6. Recomendaciones para los equipos de salud

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

IV.7. Vigilancia epidemiológica

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

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

IV.7.A. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASO

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

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

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

IV.8. Medidas de prevención

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

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

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

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

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

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

Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:

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

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

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

IV.9. Medidas ante casos y contactos

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

Instaurar medidas de aislamiento respiratorio: uso de barbijo para la persona con sintomatología y para acompañantes para la circulación y atención dentro de la institución.

Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios.

Asegurar la atención de manera inmediata, evitando traslados innecesarios (evitar circular en transportes públicos y dentro de las instituciones, en caso de ser necesario salir de domicilio debe utilizar doble barbijo)

El personal de salud a cargo de su atención deberá Utilizar barbijo de Alta eficiencia (N95); y contar con carnet de vacunación que certifique al menos 2 dosis en la vida con componente de sarampión doble viral (DV) o triple viral (SRP) o el antecedente clínico/serológico que demuestre haber padecido la enfermedad o haber sido inmunizado con vacuna.

Informar inmediatamente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso, sin esperar resultados de laboratorio.

Confeccionar la ficha de investigación epidemiológica y reportar los datos de la misma en el SNVS 2.0, evento “Enfermedad Febril Exantemática”.

Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: tomar siempre muestra de sangre sumado a una muestra de orina dentro de los 14 días posteriores a la aparición de exantema y/o hisopado o aspirado nasofaríngeo (HNF o ANF) preferentemente dentro de los 7 días de inicio del cuadro. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que debe realizarse dentro de las 48 hs. posteriores a la toma.

Vacunación dentro de las 48 a 72 hs.

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

- Realizar búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación).
- Localización y seguimiento de los contactos: Personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con vínculo epidemiológico, durante su período de

transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión, o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola). Realizar el seguimiento de los potenciales susceptibles hasta 21 días después del inicio del exantema del caso.

- Búsqueda de la fuente de infección: Se buscará todo posible contacto con un caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar posibles situaciones o lugares de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.

Ficha de notificación:
ficha_de_sarampion_y_rubeola_1742024.pdf

Alerta epidemiológica del 06 de marzo de 2025.
alerta_epidemiologica-sarampion_07032025_0.pdf

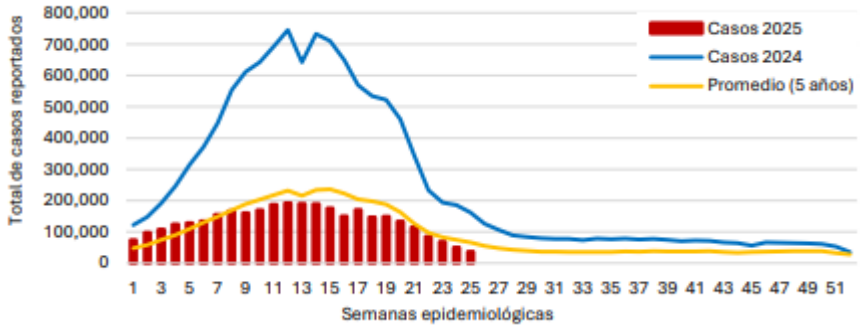
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 25, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud actualizado el 10 de julio.

A la semana epidemiológica (SE) 25 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,349,004 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 329 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 70% en comparación al mismo periodo del 2024 y de 11% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 25 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 3,349,004 casos de dengue reportados en las Américas, 1,350,393 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 4,340 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave.

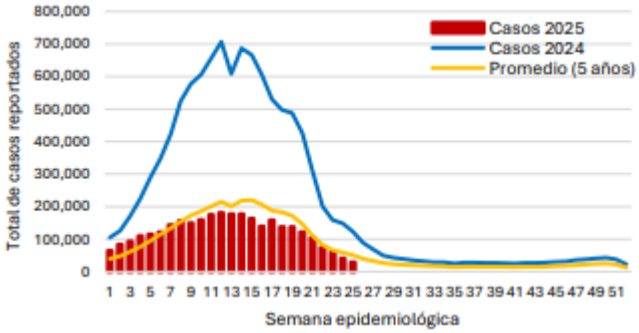
Se registraron un total de 1,600 muertes por dengue, para una letalidad del 0.048%. Catorce países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 25. Estos países registran en conjunto 36,613 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 25. Del total de casos registrados en la SE 25, 56 fueron casos de dengue grave (0.1%) y se reportaron 9 muertes para una letalidad de 0.024%.

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

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 28,898 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 25. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 70% en comparación con la misma semana del 2024 y de 10% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

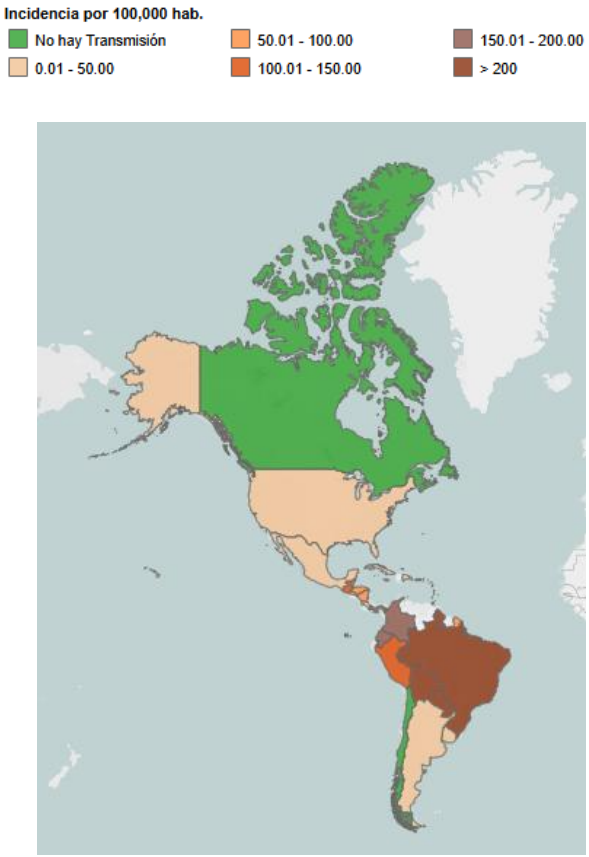
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 25, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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.[6]

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.*

[6] 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)7 y el ARBO-portal[8] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 17/07/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 28/2025 se han reportado 3.009.686 casos de dengue, con 1.432 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 68% respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, hasta la SE 27/2025 se notificaron 185.553 casos, un 51% menos que lo informado para la misma semana el año anterior, con 98 muertes asociadas. Respecto a zika, se registraron 16.379 casos hasta la SE 26/2025, lo que representa una disminución del 54% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 27/2025 se confirmaron 11.805 casos, un 54% más que en igual período del año pasado, con 5 defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 27/2025, se han reportado 27.880 casos de dengue, con 2 fallecimientos asociados, lo que representa una disminución del 42% en comparación con el mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se registraron 4.721 casos, un aumento de 12 veces el valor del año previo, con una defunción por este evento. Asimismo, hasta la misma semana se notificaron 790 casos de zika, casi cuatro veces más de lo registrado durante el mismo período de 2024, sin fallecimientos asociados. En lo que respecta a Oropouche, durante 2025 no se han registrado casos.

Paraguay: hasta la SE 27/2025, se han reportado 21.818 casos de dengue y un fallecimiento asociado, un 92% menos respecto a la misma semana de 2024. En cuanto a chikungunya, se registraron 47 casos, un 98% menos comparado con el año anterior, sin defunciones por este evento. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían reportado 4 casos.

Perú: hasta la SE 27/2025, se han notificado 35.409 casos de dengue, un 86% menos que el mismo periodo de 2024, con 48 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, se notificaron 85 casos, un valor similar al año anterior, sin defunciones para este evento. Asimismo, se han registrado 6 casos de zika, mientras a la misma semana de 2024 se habían notificado 4 casos, sin fallecidos para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 18/2025 se confirmaron 233 casos, un 98% menos que a la misma semana de 2024.

Durante el año en curso, se ha registrado una disminución de los casos de dengue en todos los países mencionados. En cuanto a la chikungunya, se observa un descenso en Paraguay y Brasil, mientras que en Bolivia se ha reportado un aumento de casos. Con respecto al virus del Zika, se registra una disminución en Brasil, un incremento en Bolivia y, hasta la fecha, no se han notificado casos en Paraguay. Por otro lado, se ha registrado un brote de Oropouche en la Región de las Américas que este año afecta a Brasil y Perú.

Respecto a la circulación de serotipos del virus del dengue, Bolivia presenta circulación de DEN-1 y DEN-2; mientras que Perú y Paraguay de DEN-1, DEN-2 y DEN-3. En tanto, Brasil reporta la circulación de los cuatro serotipos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4).

[7] 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

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

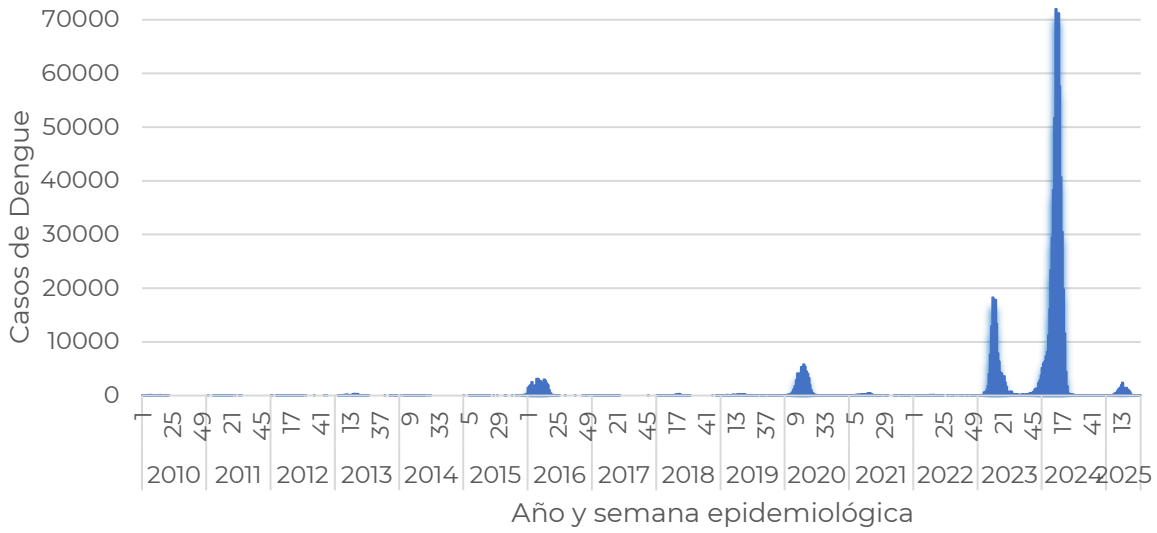
V.2. Situación de dengue en Argentina

V.2.A. SITUACIÓN HISTÓRICA

Realizando un análisis histórico de la situación de Dengue se observa en el gráfico 4 que desde el año 2010 se evidencia una disminución en los intervalos Inter epidémicos, tendencia que se ha acentuado en los últimos cinco años.

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

Gráfico 3. Dengue: Casos por semana epidemiológica. SE01/2010-SE28/2025. Argentina. N=862.797

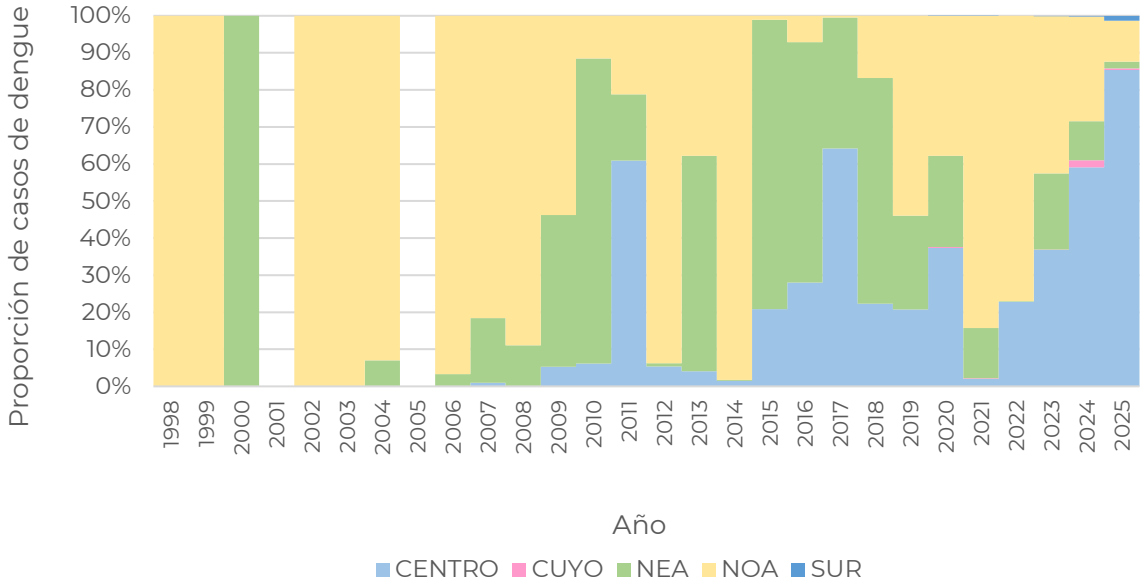


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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

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

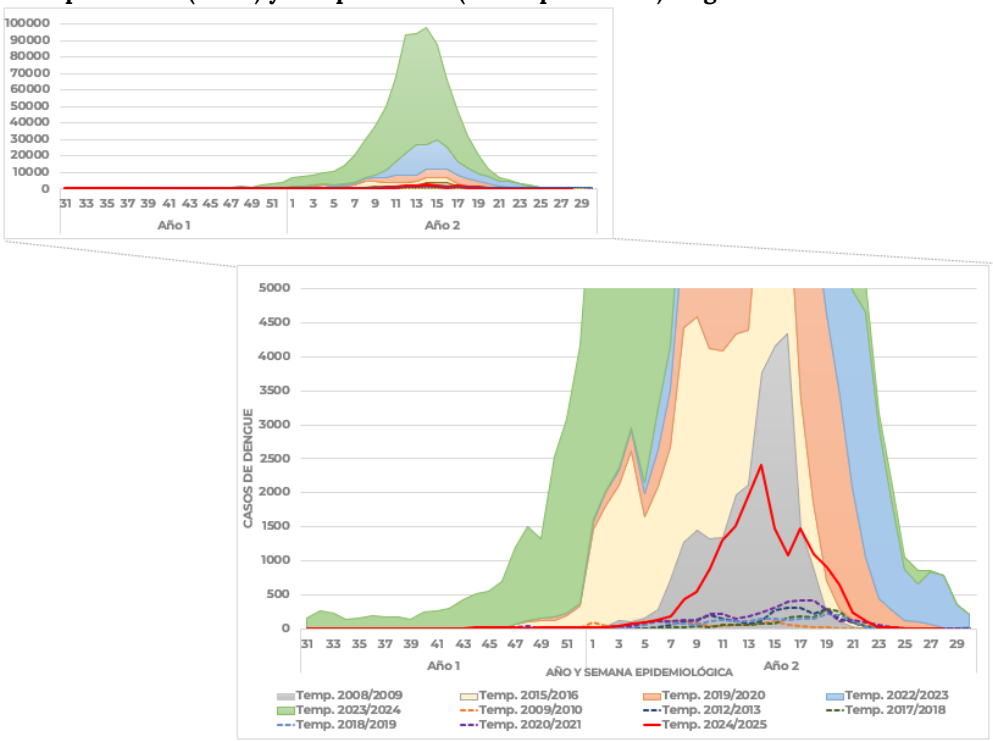
Gráfico 4. Dengue: distribución porcentual por región de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998-2025.



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

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

Gráfico 5. Dengue: casos totales por semana epidemiológica. Comparación entre temporada actual, temporadas epidémicas (áreas) y no epidémicas (líneas punteadas). Argentina.



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

En el Gráfico 5 se presenta una comparación de la temporada actual (línea continua roja), con los datos históricos de temporadas epidémicas (áreas sombreadas) y no epidémicas (líneas punteadas). Este análisis refleja los casos de dengue notificados según semana epidemiológica (SE), abarcando el período comprendido entre SE31/2008 y la SE28/2025. Con el fin de que se visualice con mayor claridad la temporada actual y su comparación con el resto, se seleccionaron para el análisis las temporadas no epidémicas con más de 1000 casos.

Aunque los casos reportados en la temporada actual se encuentran por debajo de los niveles observados en temporadas epidémicas, superan los valores correspondientes a las temporadas no epidémicas, prácticamente en todas las semanas epidemiológicas desde la SE 41. Hasta la SE4, la curva actual (roja) sigue una tendencia muy similar a la temporada 2020/2021 (n=4.157) teniendo en cuenta que esta última fue la de mayor magnitud dentro de las no epidémicas. A partir de la SE5, la temporada actual muestra un aumento progresivo, fundamentalmente a partir de la SE8, ubicándose en un escenario intermedio, cercano a la temporada 2008/2009 (el área gris del gráfico precedente, n=25.945). A partir de la SE15, se registra un descenso sostenido en el número de casos, manteniéndose por debajo del pico observado en la temporada 2008/2009, aunque aún por encima de los casos correspondientes a todas las temporadas no epidémicas.

En este contexto, si bien la situación epidemiológica actual no se asemeja a la elevada magnitud de casos registrada en las últimas dos temporadas epidémicas, su posición por encima de las temporadas no epidémicas subraya la necesidad de monitorear su evolución en las próximas semanas para determinar la tendencia definitiva de la temporada actual. Concomitantemente con esta descripción, es preciso tener en cuenta que se están comparando SE actuales con las de años cerrados, es por ello que se hace necesario reforzar aún más la importancia del análisis y el monitoreo de la situación 2025.

Por lo dicho, se insta a los equipos de salud a fortalecer las estrategias de vigilancia, incluyendo la sospecha clínica, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de los casos.

V.2.B. INDICADORES BASADOS EN LA VIGILANCIA PARA DETERMINAR FASES EPIDEMIOLÓGICAS. ACTUALIZACIÓN

Para el segundo pilar del plan denominado “Vigilancia, investigación epidemiológica integrada y ajustes a medidas de salud pública” se han consensuado los siguientes indicadores de cambio de fase a nivel de departamento.

A partir de un ajuste implementado desde la puesta en marcha y considerando la naturaleza dinámica del análisis epidemiológico, se presenta una actualización de los indicadores publicados en marzo 2025.

Por un lado, para la transición de la *fase de alerta temprana* a la *fase de recuperación*, en aquellos departamentos que no hayan cumplido con los criterios para ingresar a la *fase de respuesta a epidemia* durante la temporada, se establecerá como criterio de salida la ausencia de casos confirmados durante al menos cuatro semanas consecutivas.

En relación con la *fase de respuesta a epidemia*, se modifica el tercer criterio: se considerará como umbral la notificación de **≥10 casos confirmados**, en lugar de ≥10 casos confirmados y probables.

Estos ajustes permiten una detección más oportuna de cambios en la situación epidemiológica reportada por las jurisdicciones, optimizando la respuesta sanitaria.

- Cambio de fase de preparación a fase de alerta temprana: aumento de casos confirmados y probables por **dos semanas consecutivas.**

  Es importante continuar confirmando casos todas las semanas para asegurar que los casos probables puedan estar relacionados al virus del dengue y no a otros posibles flavivirus/arbovirus circulantes. Por lo tanto, para considerar aumento de casos de dengue se considerarán todas las semanas con casos confirmados y probables, debiendo tener al menos un confirmado por laboratorio en cada semana.

- Cambio de fase de alerta temprana a respuesta a epidemias: resulta de la sumatoria por semana de las siguientes condiciones que se mantengan por al menos **dos semanas consecutivas:**

  a) Tasa de notificación cada 1.000 habitantes mayor o igual a 0,5 **o** Tasa de confirmados o probables mayor o igual a 0,1 cada 1.000 habitantes, y;

  b) Porcentaje de positividad por técnicas directas o indirectas mayor o igual al 50%, y;

  c) **Casos confirmados mayores o iguales a 10**.

  Para considerar cambio de fase se considerarán todas las semanas con casos confirmados y probables, debiendo tener al menos un confirmado por laboratorio en cada semana.

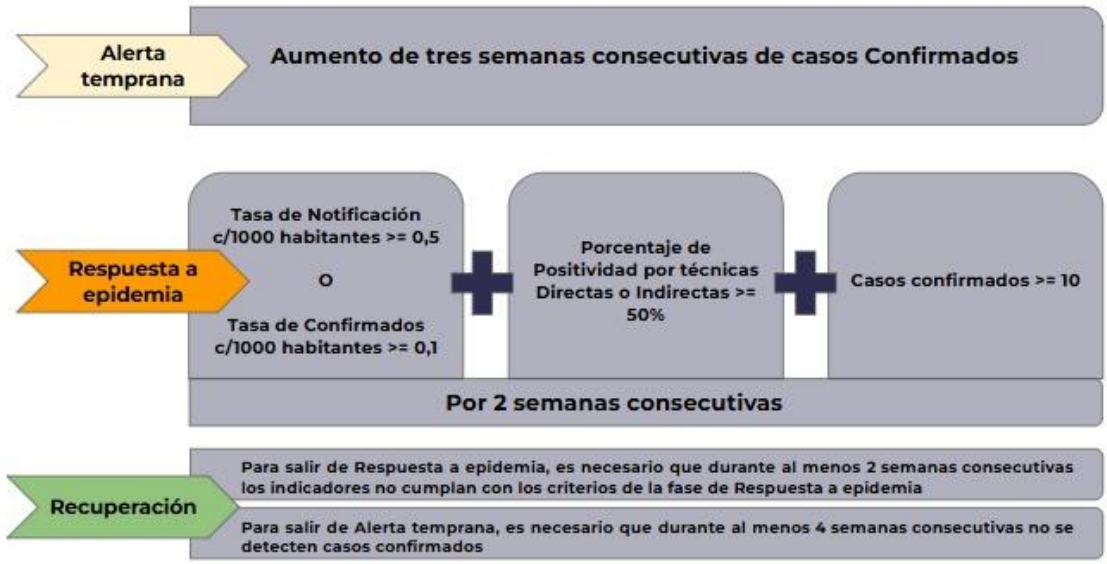
- Cambio de fase de alerta temprana/ respuesta a epidemias a recuperación. Se presentan dos escenarios posibles:

  - Para pasar desde la fase de respuesta se requiere al menos 2 semanas de descenso de casos notificados o que se notifiquen menos de 0,5 casos cada 1.000 habitantes o el porcentaje de positividad no sea mayor a 50%.

  - Para pasar desde la fase de alerta temprana se establecerá como criterio de salida la ausencia de casos confirmados durante al menos cuatro semanas consecutivas.

  En esta fase se implementará el desescalado de las acciones de vigilancia en fase de respuesta, volviendo al estudio etiológico del 100% de los casos. Se considerará el fin de la fase de respuesta hasta la semana que se cumplen las condiciones antes mencionadas.

Figura 1. Actualización de los indicadores de cambio de fase a nivel departamental en las jurisdicciones.



Fuente: Elaboración propia del Área de Análisis de información e Investigación. Ministerio de Salud de la Nación.

V.2.C. CASOS DE DENGUE SEGÚN FASE

En **fase de preparación**, **alerta temprana** y **recuperación**, todos los casos sospechosos de dengue deben ser estudiados por laboratorio para confirmar o descartar la infección, de preferencia a través de métodos directos en muestras tempranas.

Se considerarán casos de dengue de manera diferencial en cada fase para cada departamento. Los criterios para la consideración según la fase se listan a continuación:

- En los departamentos que se encuentran en **fase de preparación,** en **fase de alerta temprana** o en fase de **recuperación** se considerarán casos de dengue a los **casos confirmados por laboratorio**. Los casos probables deben ser confirmados o descartados antes de considerarse casos de dengue. Durante estas fases, los **casos probables por nexo epidemiológico** se considerarán únicamente si el caso evidencia un nexo comprobable con un caso confirmado. El mismo deberá registrarse en la solapa *epidemiología* en la sección factores de riesgo como "Nexo con caso de dengue confirmado".
- En los departamentos que se encuentran en **fase de respuesta a epidemias** se considerarán casos de dengue a los confirmados, probables por laboratorio o nexo y a todo caso sospechoso no descartado por otro diagnóstico o pruebas de laboratorio negativas.
- Independientemente de la fase se denominarán los casos descartados y no conclusivos como casos "con resultado negativo".

V.2.D. PLAN DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA A EPIDEMIAS DE DENGUE Y OTRAS ARBOVIROSIS

Puede descargarse en forma completa desde:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/08/plan_de_preparacion_arbovirus_2782024.pdf o visualizarse en los BEN previos al actual.

V.2.E. TEMPORADA ACTUAL

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE28/2025), se notificaron en Argentina 76.844 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 8337 fueron confirmados por laboratorio y 8687 por nexo clínico epidemiológico, con un **total de 17.024 casos de dengue**[9]. Como se puede observar también en la Tabla 1, un total de 8091 casos no registraron antecedentes de viaje (97%). Se confirmaron además 4 casos asociados a trasplante de órganos en Buenos Aires, CABA y Santa Fe. Se registraron 158 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas[10]. Se confirmaron 246 casos con antecedente de viaje a Brasil, China, Colombia, Cuba, México, Venezuela, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Republica Dominicana.

[9] En esta edición, el total de casos de dengue según criterio clínico-epidemiológico es inferior al reportado en la edición anterior (BEN SE24/N°761), debido a reclasificación de casos por parte de las jurisdicciones.
[10] En los casos que cuentan con antecedente de vacunación reciente, un resultado positivo por métodos confirmatorios puede deberse a una transmisión vectorial (infección aguda) o infección por virus salvaje o vacunal. Por lo tanto, aquellos casos vacunados de menos de 30 días se deberán considerar como sospechosos a los efectos de la vigilancia epidemiológica, y por lo tanto desencadenar las medidas de prevención y control pertinentes, pero no se recomienda realizar en ellos pruebas para el estudio etiológico, excepto en casos graves y fatales. Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus. Dirección de Epidemiología. Noviembre 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

Durante la SE28/2025 (según fecha de notificación al SNVS[11]), se notificaron 245 casos sospechosos[12] de los cuales 5 se confirmaron y 16 fueron clasificados como casos probables donde la totalidad se encuentra en investigación con respecto al antecedente epidemiológico. Cabe destacar que estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

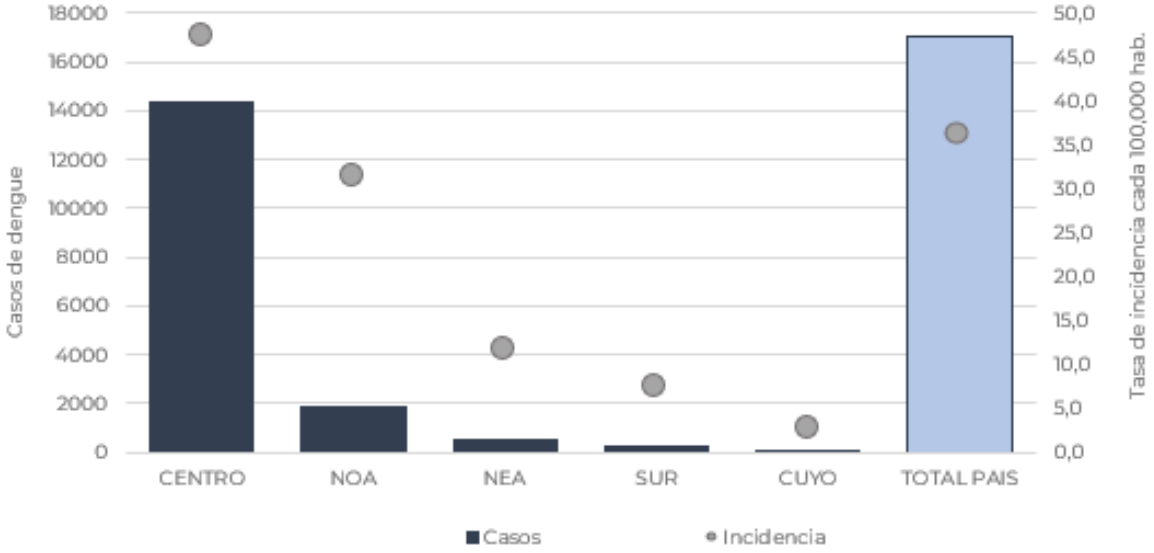
La incidencia acumulada a nivel país para la temporada actual es de 36 casos cada 100.000 habitantes[13]. En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada fue la de la región Centro con 47 casos cada 100.000 habitantes, seguida por NOA con 31, NEA con 12, Sur con 7 y Cuyo con 3. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 84,3% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las Regiones NOA con el 10,9%, NEA con el 2,9%, Sur con el 1,3% y Cuyo con el 0,5%.

De acuerdo con la curva epidémica de la temporada 2024-2025.

- Hasta la SE52 se notificaron 13 casos en promedio por semana, cuyo rango oscila entre 5 y 28. Si bien se observan sutiles oscilaciones asociadas al aumento/descenso de casos, la curva mantiene una tendencia estable sin variaciones sustanciales en el comportamiento epidemiológico.
- A partir de la SE1, y considerando la carga retrospectiva de casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), se observa un aumento progresivo en la incidencia de casos, alcanzando su punto máximo en la SE14. A partir de la SE15 se evidencia un cambio en la tendencia, con un descenso progresivo en el número de casos notificados. El promedio de casos hasta la SE28 es 599.
- Es relevante señalar que durante la última semana epidemiológica puede observarse un aparente descenso en el número de casos, lo cual podría estar relacionado con retrasos en la notificación. Esta variabilidad, causada por la carga retrospectiva, podría modificar la dinámica previamente observada. Sin embargo, este fenómeno se corregirá y reflejará adecuadamente en los análisis posteriores, una vez que los registros sean actualizados.

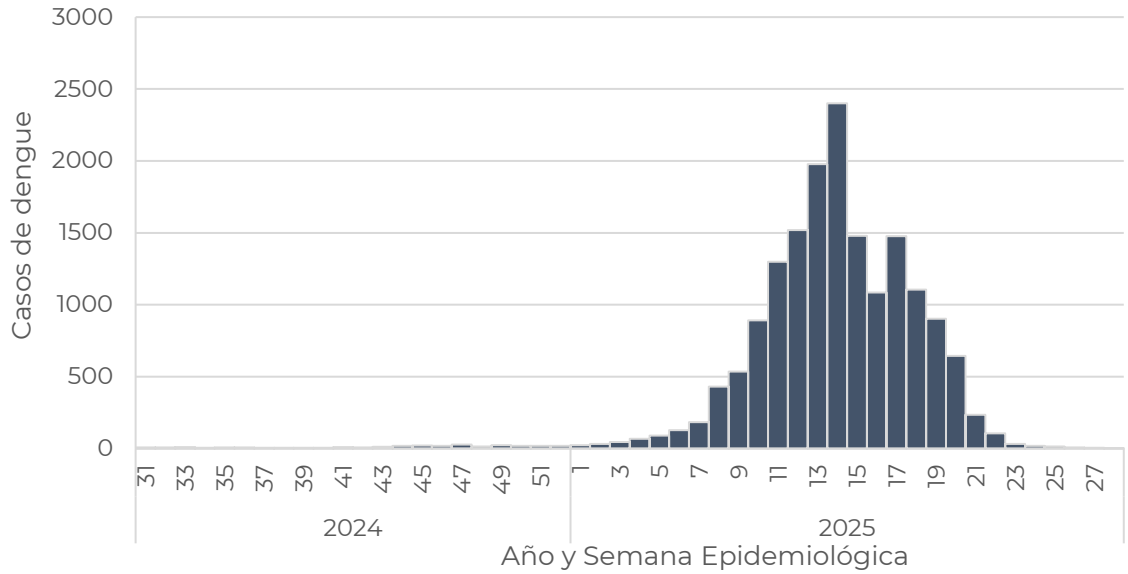
[11] Fecha de apertura
[12] Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.
[13] Para el cálculo de la incidencia, se utiliza como referencia la población proyectada para 2024, basada en el Censo de 2010.

Gráfico 6. Dengue: Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab. según Región. SE31/2024 a SE28/2025. Argentina.



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

Gráfico 7. Dengue: Casos de dengue[14] por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE28/2025. 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)

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

V.2.F. DISTRIBUCIÓN SEGÚN REGIÓN, JURISDICCIÓN Y DEPARTAMENTO

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

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE28/2025. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Casos de dengue por criterio C-E*	Total casos de dengue	Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	459	566	25	15	55	539	5735	1042	7897
CABA	156	142	18	2	0	174	2266	761	3345
Córdoba	2416	1558	6	3	1154	3576	9428	713	15278
Entre Ríos	107	103	12	10	8	127	887	3	1130
Santa Fe	2896	627	125	12	6909	9930	3893	1296	15758
Total Centro	**6034**	**2996**	**186**	**42**	**8126**	**14346**	**22209**	**3815**	**43408**
Mendoza	11	35	7	3	0	18	1669	97	1822
San Juan	1	2	1	1	0	2	359	9	373
San Luis	59	22	8	5	0	67	291	35	420
Total Cuyo	**71**	**59**	**16**	**9**	**0**	**87**	**2319**	**141**	**2615**
Chaco	15	214	1	0	0	16	2665	101	2996
Corrientes	58	9	1	0	0	59	479	19	566
Formosa	426	5	0	0	0	426	7600	67	8098
Misiones	2	20	3	5	0	5	1273	3	1306
Total NEA	**501**	**248**	**5**	**5**	**0**	**506**	**12017**	**190**	**12966**
Catamarca	11	12	9	5	1	21	885	4	927
Jujuy	0	0	0	0	0	0	1206	2	1208
La Rioja	117	49	0	0	0	117	1346	6	1518
Salta	18	63	6	12	2	26	2214	83	2398
Santiago del Estero	0	37	2	2	0	2	1136	300	1477
Tucumán	1170	426	0	1	521	1691	6416	658	9192
Total NOA	**1316**	**587**	**17**	**20**	**524**	**1857**	**13203**	**1053**	**16720**
Chubut	0	0	6	3	0	6	30	2	41
La Pampa	169	34	9	2	37	215	644	55	950
Neuquén	0	1	4	1	0	4	40	3	49
Río Negro	0	0	0	1	0	0	5	0	6
Santa Cruz	0	0	1	1	0	1	58	4	64
Tierra del Fuego	0	0	2	2	0	2	17	4	25
Total Sur	**169**	**35**	**22**	**10**	**37**	**228**	**794**	**68**	**1135**
Total País	**8091**	**3925**	**246**	**86**	**8687**	**17024**	**50542**	**5267**	**76844**

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

Durante las últimas cuatro semanas, se registraron principalmente casos de dengue en los departamentos Patiño, Pilagás y Formosa Capital, en la provincia de Formosa.

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

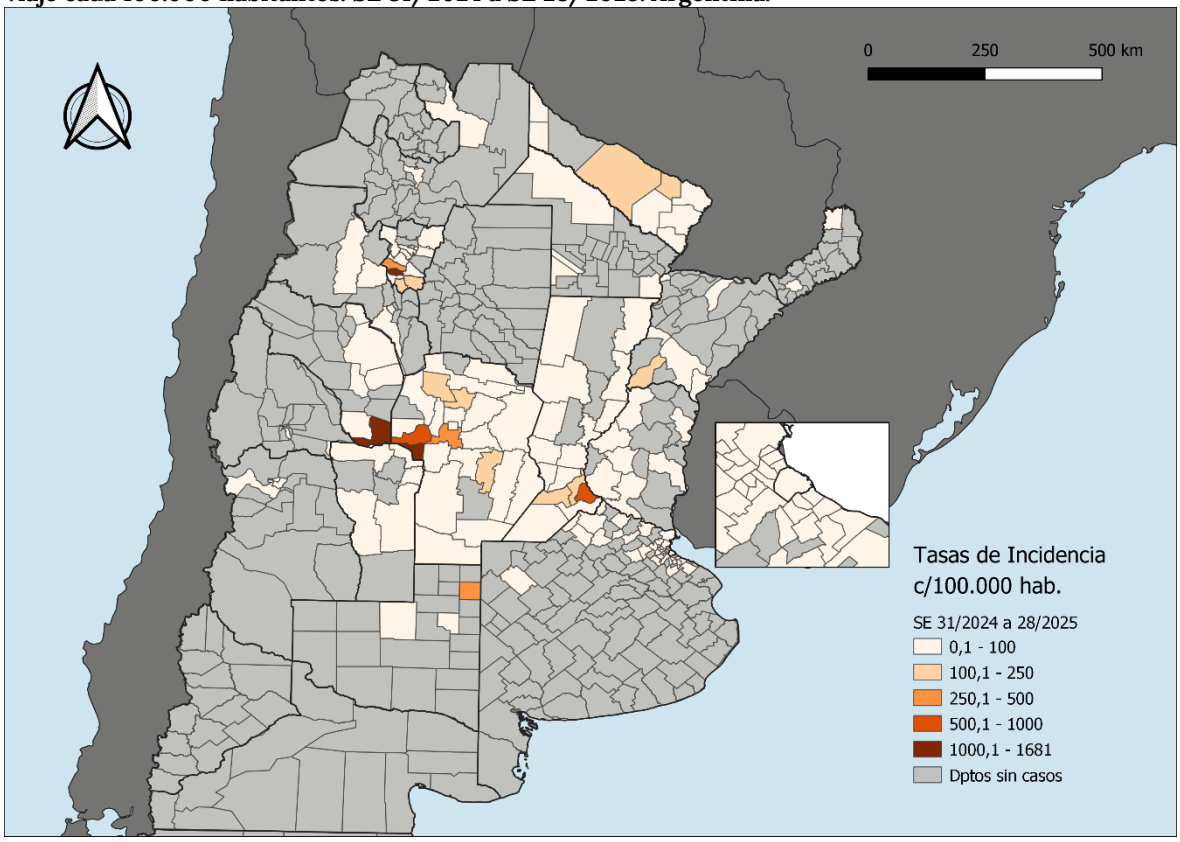
Tabla 2. Dengue: Cambios de Fase según Indicadores Epidemiológicos por Semana Epidemiológica, en Jurisdicciones a Nivel Departamental. Temporada 2024/2025. SE31 a SE28/2025. Argentina.

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

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

A partir de la SE10, el mapa de los departamentos afectados se realizará utilizando la tasa de incidencia por cada 100,000 habitantes, en lugar de basarse en el número absoluto de casos.

Mapa 2. Dengue: Incidencia acumulada por departamento con casos de dengue sin antecedente de viaje cada 100.000 habitantes. SE 31/2024 a SE 28/2025. Argentina.



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

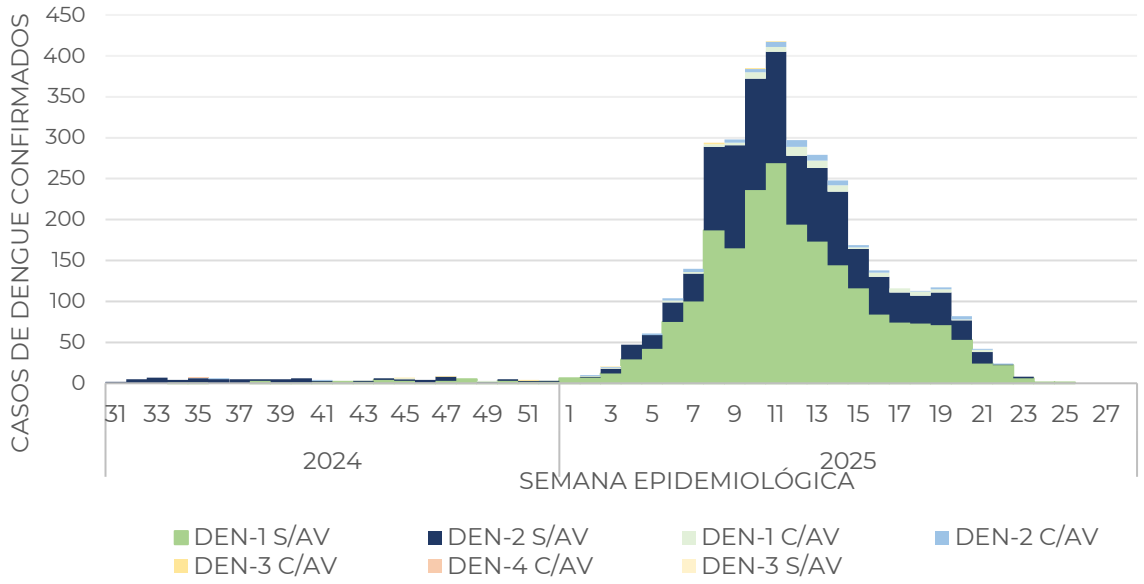
V.2.G. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (64,67%). Los casos a DEN-2 alcanzan un 35,07%, sobre todo a expensas de la notificación de las provincias de Córdoba, Formosa y Santa Fe. Menos del 1% corresponden a serotipos DEN-3 y DEN-4.

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

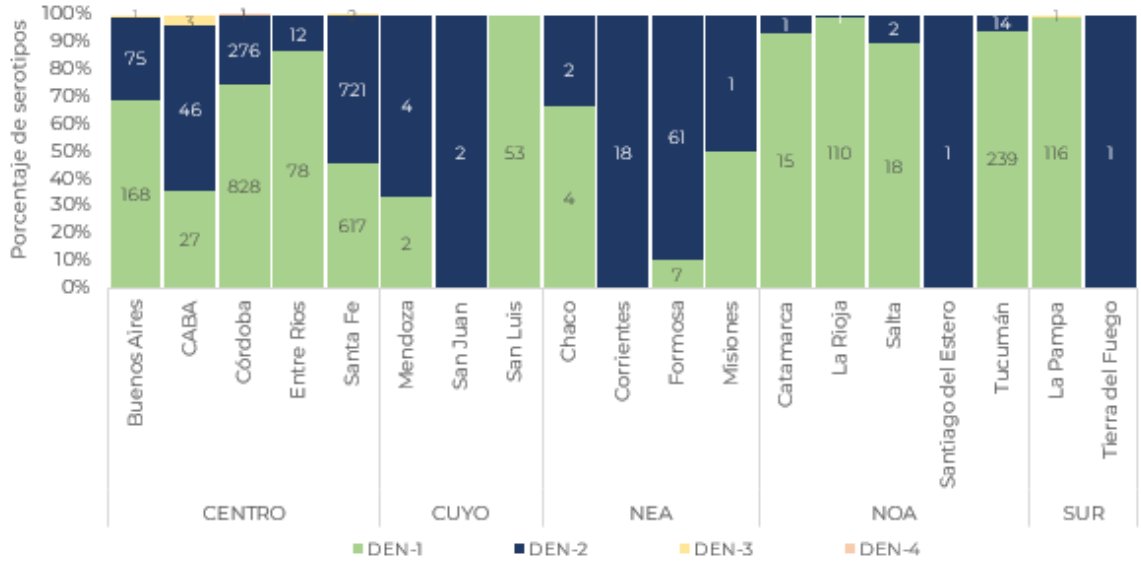
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país (México, Venezuela, Brasil, Tailandia y Cuba).

Gráfico 8. Dengue: número de casos según serotipo y antecedente de viaje por semana epidemiológica. SE31/2024 a SE28/2025. 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 9. Dengue: distribución proporcional y número de casos de dengue con identificación de serotipo (n=3530) según provincia. SE31/2024 a SE28/2025. Argentina.



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

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

V.2.H. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL EVENTO "DENGUE DURANTE EL EMBARAZO"

En Argentina, durante la última temporada (2023-2024), se notificaron 2.380 casos de dengue en embarazadas, con una mediana de edad de 27 años, 21 casos se notificaron como dengue grave y 4 casos fallecieron. Por lo tanto, ha sido creado en octubre 2024 el evento "Dengue durante el embarazo" para garantizar la correcta notificación de los casos de dengue asociados

a dicha condición clínica y poder registrar los mortinatos, las muertes fetales y los abortos si correspondiera.

Desde su creación, se han notificado 434 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de los cuales, 114 casos ha sido confirmados, 15 casos probables, 268 cuentan con laboratorio negativo y 37 no cuentan con laboratorio.

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

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

En la provincia de Córdoba se han registrado 33 casos confirmados con residencia en los siguientes departamentos San Javier (DEN-1), Colón (DEN-2), Capital (DEN-1), General San Martin (DEN-1), María (DEN-2), San Alberto, Marcos Juárez (DEN-1) y Villa Dolores (DEN-1).

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

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

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

V.2.I. VIGILANCIA DE GRAVEDAD Y MORTALIDAD POR DENGUE

A partir de abril de 2024, desde la Dirección de Epidemiología en conjunto con distintas direcciones intra ministeriales y consultores externos[15], implementó el "*Comité de vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue*" que tiene como función asesorar a los comités jurisdiccionales y colaborar en la evaluación exhaustiva de la mortalidad por dengue y sus determinantes. La investigación retrospectiva de los decesos por dengue brinda información clave del funcionamiento de la red de atención a partir de la evaluación exhaustiva de aspectos como el manejo clínico en los distintos niveles de atención, tiempos de respuesta, accesibilidad al sistema de salud, etc. Por ende, se recomienda el desarrollo de **comités jurisdiccionales** que trabajen en red con el comité nacional. La definición de caso de muerte por dengue y la guía operativa para el análisis de la gravedad y mortalidad se encuentra en "*Circular de vigilancia*

[15]Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Dirección de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Dirección de Salud Perinatal y Niñez, Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud comunitaria, Dirección de Adolescencias y Juventudes y el Centro Nacional de Referencia de Dengue y Otros Arbovirus del INEVH-ANLIS.

epidemiológica: vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue"[16] y la "*Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus*"[17]

Entre la SE 31/2024 y la SE 28/2025 se notificaron 38 casos de dengue grave de los cuales 12 fallecieron. Las jurisdicciones que reportaron casos graves fueron: Buenos Aires (San Martín, Lanús, Moreno, Merlo), CABA (Comuna 11 y 12), Córdoba (Capital, Ischilín, San Alberto y Santa María), La Rioja (Capital), Entre Ríos (Nogoyá), Mendoza (Las Heras), y Santa Fe (Rosario y San Lorenzo). Se registró en el SNVS 2.0 la recuperación con alta médica en 16 casos con criterio de gravedad. A partir de la implementación de los Comités jurisdiccionales de Vigilancia de Gravedad y Mortalidad por Dengue, el total de casos clasificados como graves o fatales puede estar sujeto a modificaciones, en función de la revisión y dictamen final emitido por dichos comités. Esto aplica en aquellos casos en que la autoridad jurisdiccional determine que el evento no presenta una asociación causal con el caso grave o fallecido reportado.

Con respecto a los casos fallecidos, desde la SE 31/2024 a la SE 28/2025 se han registrado **doce óbitos vinculados al evento.** Diez de los casos correspondieron a residentes de la provincia de Santa Fe, de los departamentos Rosario (8), San Lorenzo (1) y Caseros (1). Los otros dos casos correspondieron a residentes de CABA (Comuna 11) y Córdoba (San Alberto). Los fallecimientos ocurrieron entre las SE 11 y 20 (considerando la fecha de inicio de síntomas). La mediana de edad es de 65 años, con un rango de edades entre 14 meses y 79 años. Nueve de los doce casos presentaban comorbilidades o condiciones clínicas preexistentes que contribuyeron al desarrollo de complicaciones asociadas a la infección por virus dengue y, por tanto, al fallecimiento: obesidad mórbida, diabetes, hipertensión, cardiopatía, enfermedad neurológica crónica y/o inmunocompromiso. Dos de los casos fallecidos correspondieron a personas adultas jóvenes (25 y 47 años) sin comorbilidades identificadas al momento del análisis. Ambos eventos continúan en proceso de evaluación por parte de los comités de vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue, tanto a nivel jurisdiccional como nacional.

V.2.J. FAVORABILIDAD PARA BROTES DE DENGUE

Con el objetivo de fortalecer la capacidad de respuesta ante brotes de dengue, y utilizando como base el trabajo realizado por el Ministerio de Salud de Brasil[18] en fiebre amarilla, se desarrolló un mapa de favorabilidad que permite identificar áreas geográficas con mayor predisposición a la ocurrencia de brotes. Su elaboración se realizó en un entorno de Sistemas de Información Geográfica, Quantum GIS[19] (QGIS), mediante la integración de capas ráster que representan distintas variables relevantes para la transmisión del dengue. Cada una de estas variables fue ponderada según su aporte relativo al riesgo y posteriormente sumada para obtener un índice total, que clasifica el territorio en cuatro niveles de favorabilidad: baja, media, alta y muy alta.

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

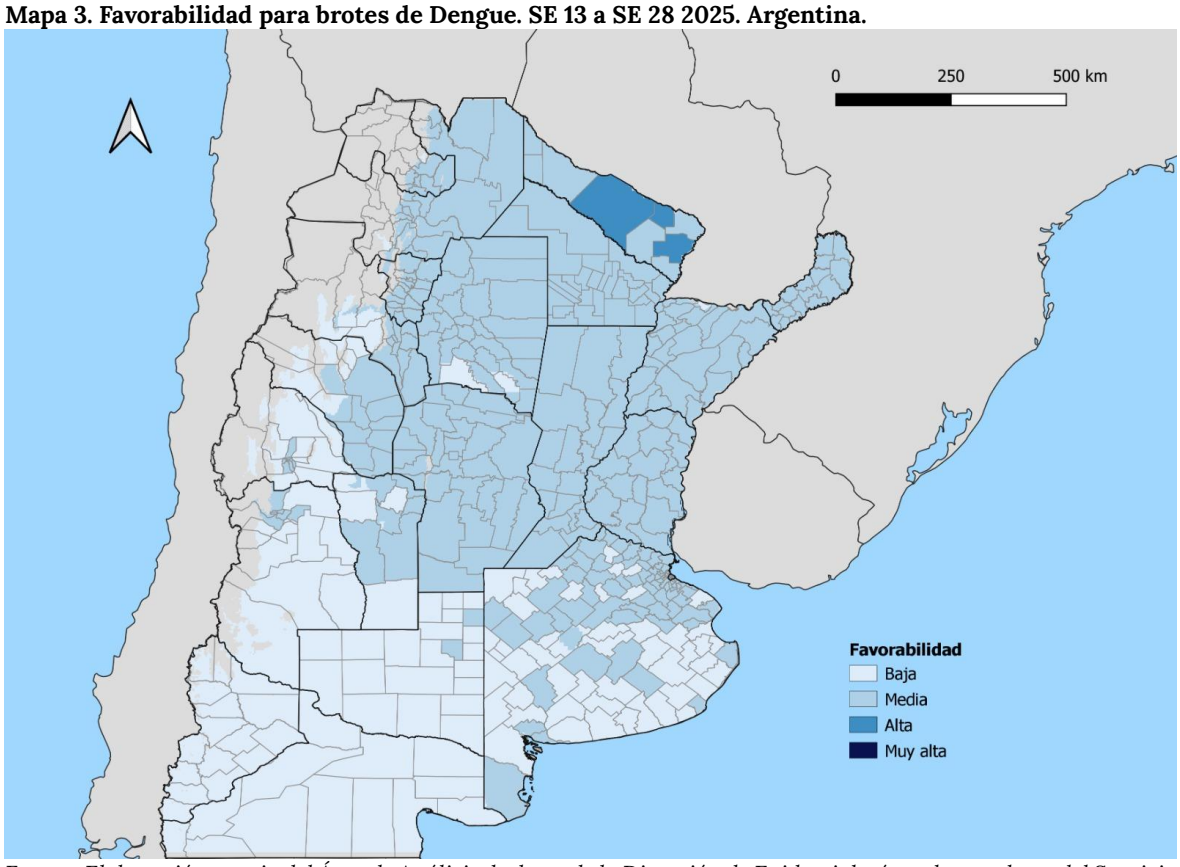
[16] Disponible en: circular_de_vigilancia_dengue_mortalidad_-_junio_2024.pdf
[17] Disponible en: guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf
[18] Ministério da Saúde Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - Nota Informativa Nº 35/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS. Brasilia: Saude; 2025. Disponible en: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2024/nota-informativa-no-35-2024.pdf
[19] Versión de QGIS 3.24.1-Tisler

2.0).

Para la elaboración de este producto, se analizaron factores sociodemográficos, ambientales y epidemiológicos. Entre ellos, la densidad poblacional, las ecorregiones ubicadas por debajo de los 2.500 msnm, la presencia histórica del vector *Aedes aegypti* en cada jurisdicción y el riesgo entomológico reciente, estimado a partir de indicadores larvarios. Asimismo, se incorporaron variables climáticas, como la precipitación acumulada y las temperaturas mínima y máxima promedio de las últimas dos semanas junto con información epidemiológica como la ocurrencia histórica de casos, la tasa de notificación promedio de las últimas dos semanas y la fase de cada departamento (preparación, alerta temprana, respuesta a epidemia, recuperación), según el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante epidemias de dengue y otras arbovirosis[20].

De acuerdo con la sumatoria de estas variables, al cierre de la SE 28/2025, ningún departamento presenta una favorabilidad muy alta para la ocurrencia de brotes de dengue.

Mapa 3. Favorabilidad para brotes de Dengue. SE 13 a SE 28 2025. Argentina.



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

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

V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de Fiebre Chikungunya, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2024-2025 (SE31/2024 a SE28/2025).

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 **2542** casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para Otros arbovirus. SE31/2024 a SE28/2025. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	182	0	76	0	155	4	42	2	11
CABA	0	11	0	4	0	1	0	4	0	3
Córdoba	0	216	0	83	0	206	6	406	0	0
Entre Ríos	12	230	0	1	0	30	4	38	0	1
Santa Fe	0	1519	0	96	0	135	0	15	0	19
Total Centro	**12**	**2158**	**0**	**260**	**0**	**527**	**14**	**505**	**2**	**34**
Mendoza	0	336	0	88	0	69	0	2	0	0
San Juan	0	1	0	2	0	2	0	2	0	1
San Luis	0	0	0	2	0	8	0	9	0	0
Total Cuyo	**0**	**337**	**0**	**92**	**0**	**79**	**0**	**13**	**0**	**1**
Chaco	18	836	0	415	0	24	0	2	0	1
Corrientes	0	31	0	10	0	10	0	1	0	0
Formosa	0	17	0	5	0	77	0	0	0	0
Misiones	0	69	0	44	0	29	0	0	0	20
Total NEA	**18**	**953**	**0**	**474**	**0**	**140**	**0**	**3**	**0**	**21**
Catamarca	0	16	0	13	0	1	0	0	0	13
Jujuy	0	44	0	24	0	1	0	3	0	2
La Rioja	0	127	0	125	0	8	0	2	0	70
Salta	0	531	0	287	0	179	0	0	0	2
Santiago del Estero	0	45	0	26	0	9	0	4	0	4
Tucumán	1	17	0	14	0	207	0	0	0	1
Total NOA	**1**	**780**	**0**	**489**	**0**	**405**	**0**	**9**	**0**	**92**
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	3	0	3	0	1	0	3	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**3**	**0**	**3**	**0**	**9**	**0**	**3**	**0**	**0**
Total País	**31**	**4231**	**0**	**1318**	**0**	**1160**	**14**	**533**	**2**	**148**

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

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

Entre Ríos notificó 12 casos probables[21] de Fiebre Chikungunya en la localidad Federal con IgM positivas. Las muestras fueron enviadas al Laboratorio Nacional de Referencia-Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio Maiztegui" para corroborar dicho diagnóstico.

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

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

V.4. Vigilancia entomológica

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

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

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

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

V.4.B. EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32 (2024) –SE15 (2025)

Durante el período invernal, las jurisdicciones de las regiones Cuyo y Sur discontinúan la vigilancia entomológica debido a la negativización persistente de los sensores. Por ese motivo, a partir de la actual SE se presentarán los resultados de la vigilancia entomológica con sensores de oviposición para las regiones NEA, NOA y Centro únicamente. No se publicará tampoco el gráfico a nivel nacional dado que, por la falta de datos de estas regiones, el registro no resulta representativo de lo que ocurre con la dinámica de *Aedes aegypti* en nuestro país.

Al desagregar los datos por región, se observa que la región **NEA** presentó SO positivos desde la SE 39, con un ascenso posterior, con algunas fluctuaciones, hasta la SE 02 de 2025 (Gráfico 1). A partir de dicha semana, se observa un descenso en los valores generales de la región hasta la SE07 donde nuevamente se detectó un incremento en el IPO. A partir de la SE10 se observó un descenso hasta la SE12, donde volvió a aumentar hasta la SE16 (Gráfico 1). Durante las últimas 12 semanas se observa una tendencia descendente del IPO con algunas variaciones. Desde la SE 24, se registran valores de IPO menores al 20%. Si bien en la actual SE, se detectó un IPO=0, este valor podría verse modificado por la carga retrospectiva de datos.

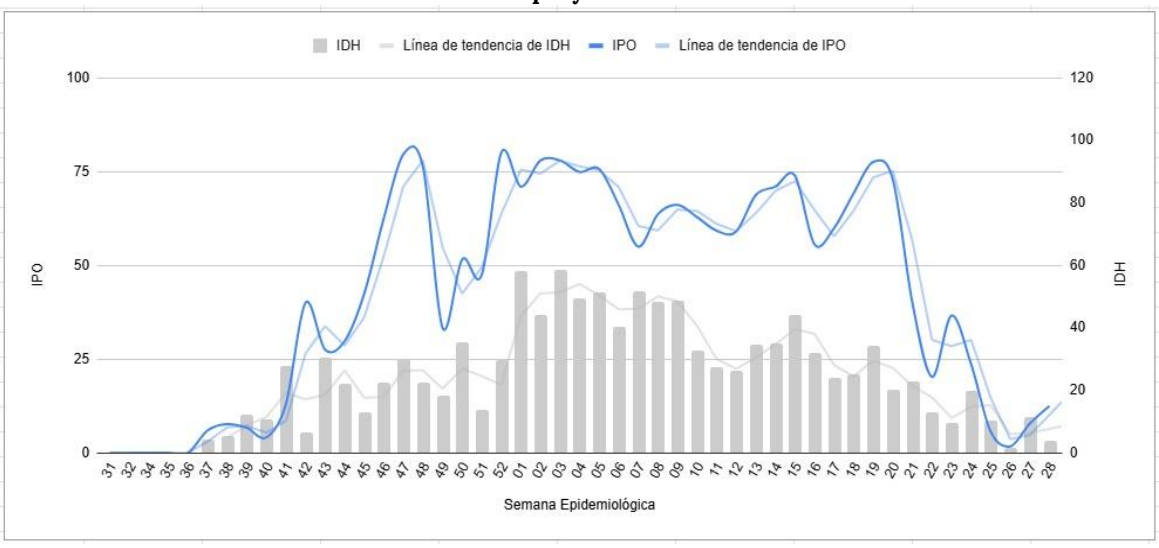
[21] En esta edición, el total de casos de chikungunya en Entre Ríos es inferior al reportado en la edición N°762, debido a reclasificación de casos por parte de las jurisdicciones.

Gráfico 1. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 28 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En el caso de la región **NOA**, el inicio de la positividad se detectó a partir de la SE 37 2024, con un ascenso oscilante a partir de la SE 42 y superando, por primera vez en la temporada, el umbral de riesgo entomológico moderado (valores de IPO superiores al 40%) (Gráfico 2). De conjunto, los datos de la región muestran un patrón de distintos picos en el IPO seguidos de períodos de brusco descenso en el mismo, asociados a la oportunidad de las medidas de control implementadas y a variaciones en las variables climáticas. A partir de la SE 47, el IPO de la región oscila entre valores que indican riesgo entomológico moderado o alto. Durante la SE14, el IPO volvió a situarse dentro del rango de riesgo entomológico alto con valores del79,27%, situación que se mantuvo hasta la SE 21 (Gráfico 2). Desde la SE19 se observa una tendencia general descendente en la región. Durante la SE26 se detectó un IPO= 1,19, el menor valor registrado desde la SE31 de 2024, cuando los sensores comenzaron a evidenciar la actividad reproductiva del vector en la región. Si bien desde la SE27 se observa nuevamente una tendencia ascendente, los valores del IPO se encuentran en todos los casos por debajo del 13%, correspondiente a una situación con riesgo entomológico bajo.

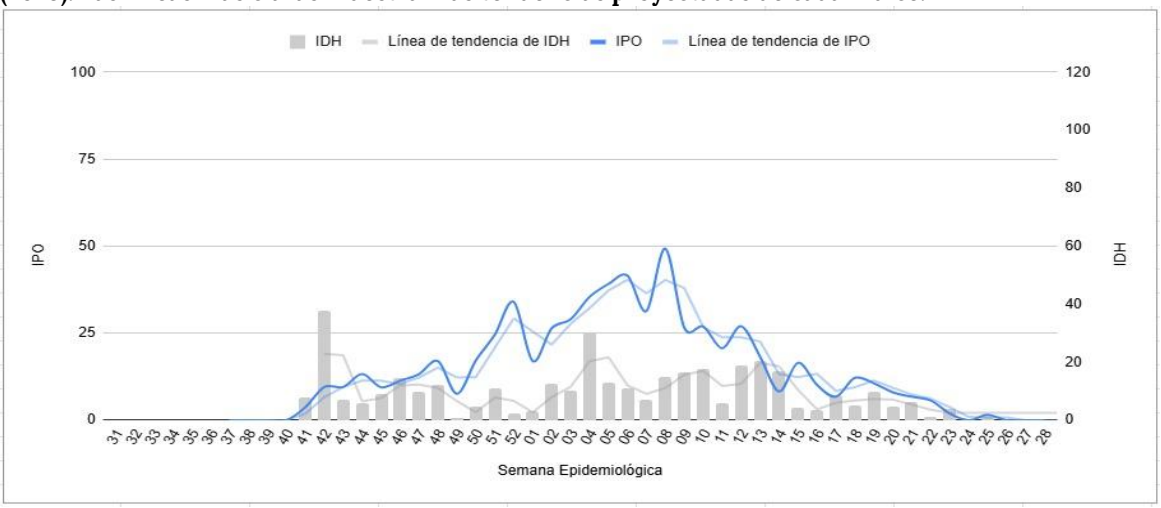
Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 28 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región **Centro**, el inicio de la positividad se estableció a partir de la SE 41 (Gráfico 3), mostrando un ascenso del IPO más lento que las regiones de NOA y NEA, coincidente con las diferencias climáticas y ambientales de la región. Durante la SE08 el IPO muestra un pico, superando el límite correspondiente a riesgo entomológico moderado. Posteriormente, se registra un descenso del índice y un nuevo aumento a partir de la SE12, tendencia coincidente con un aumento en las semanas previas de las precipitaciones en la zona. Durante las últimas 9 semanas, el IPO de la región mostró un descenso sostenido (Gráfico 3), correspondientes a riesgo entomológico bajo. Durante las últimas tres semanas, los sensores arrojaron resultados negativos evidenciando el corte en la actividad reproductiva del vector en la región, coincidente con las temperaturas invernales (Gráfico 3).

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 28 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

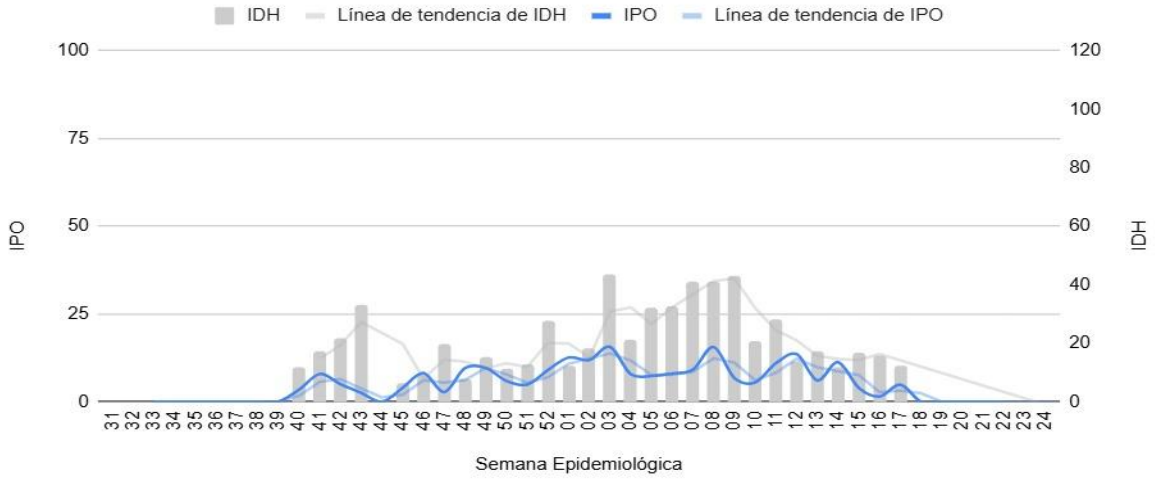
En el caso de la región **Cuyo**, se observaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 4), aunque el patrón en este caso es oscilante, intercalando períodos de positividad y negatividad característicos de la región. En términos generales, se observa un riesgo entomológico asociado bajo, aunque evidenciando una tendencia ascendente con ciertas fluctuaciones desde la SE05. Para esta región se presentan los datos hasta la SE10 inclusive.

Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 10 (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 **SUR**, se hallaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 5), aunque no en todas las jurisdicciones monitoreadas. La tendencia observada muestra un ascenso sostenido inicial con algunas intermitencias y luego valores más estables. Desde la SE03 se observa un descenso hasta un nuevo pico en la SE08 y un nuevo descenso durante las SE09 y 10. Desde la SE17 se aprecia una tendencia descendente en el IPO que culminó con una negativización sostenida de los sensores desde la SE 18 (Gráfico 5). Para esta región los datos se presentan hasta la SE 23 inclusive.

Gráfico 5. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 23 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

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

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

V.4.C. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR ÍNDICES LARVARIOS

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

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

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

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

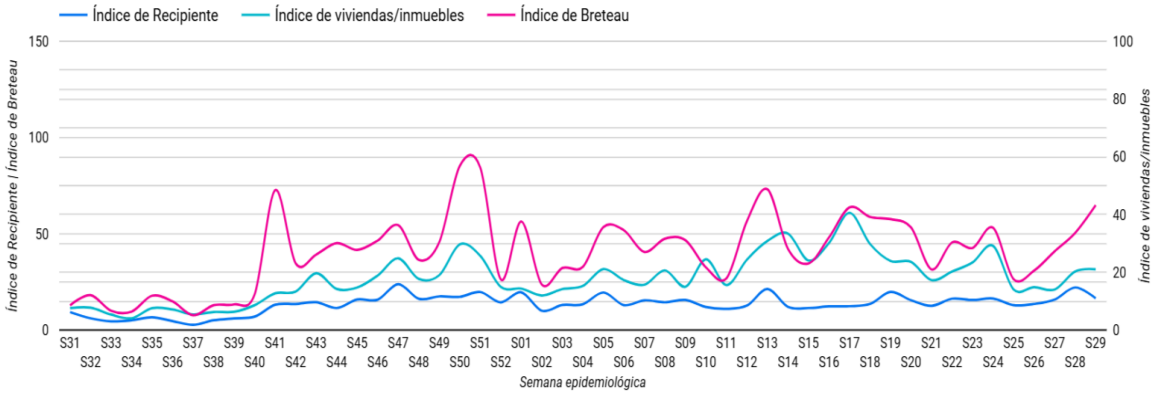
- **Índice de recipiente:(**recipientes positivos para Aedes aegypti / total de recipientes) * 100

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

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

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

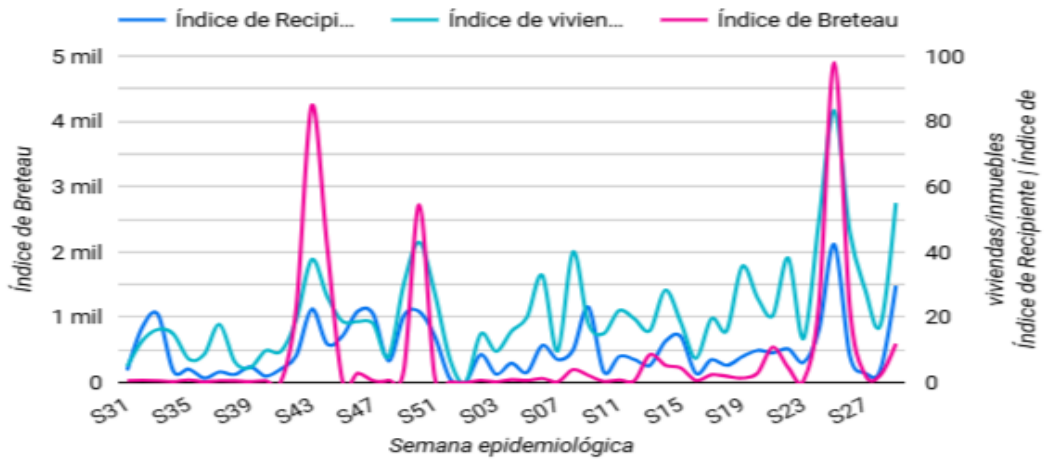
Gráfico 6. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en Argentina SE 31 (2024)- SE 29 (2025).



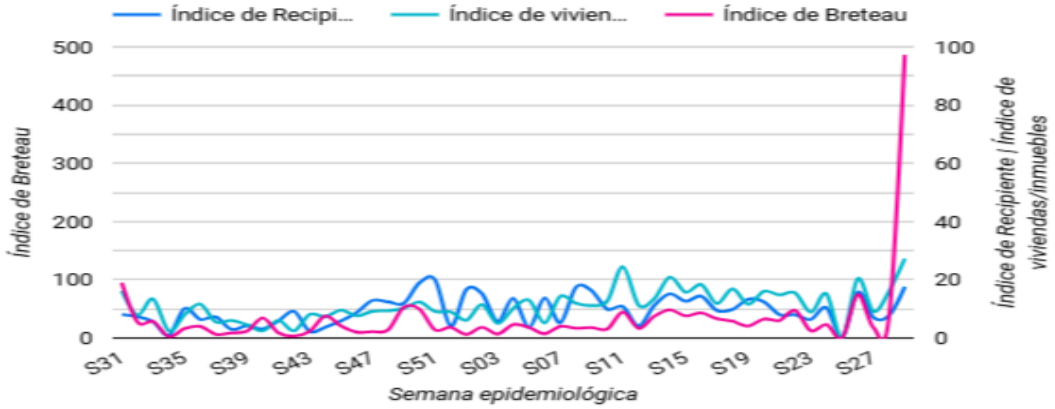
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Gráfico 7. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en: A. Sitios críticos y B. Predios estratégicos en Argentina SE 31 (2024)- SE 29 (2025).

A.



B.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

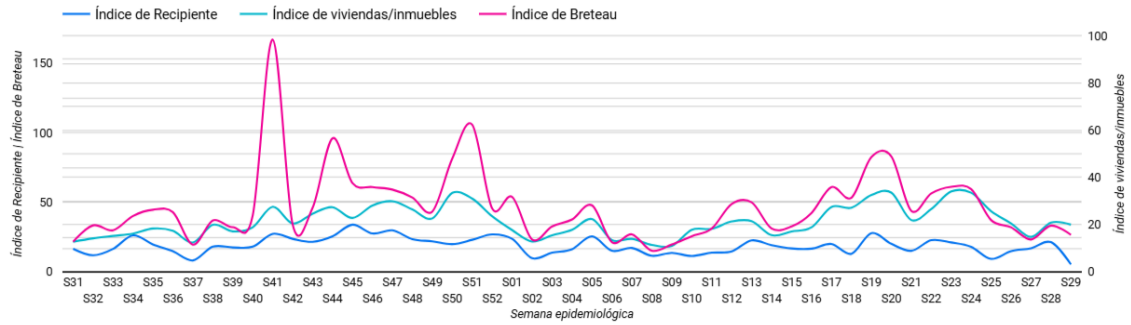
A nivel nacional, los índices larvarios aédicos para las viviendas presentaron un ascenso a partir de la SE40 (Gráfico 6), mostrando un retraso temporal respecto de la tendencia observada en los índices calculados a partir de sensores de oviposición. Este retraso se debe a que los sensores de oviposición presentan una mayor sensibilidad para la detección de presencia y actividad reproductiva de *Aedes aegypti*con tamaños poblacionales bajos en relación a los índices larvarios. Desde la SE18, se registró una tendencia descendente, con algunas fluctuaciones (Gráfico 6) que permitió que, durante las SE 19 y 20, se registrara un descenso en el IB, colocándose por primera vez desde la SE 11 en un nivel de riesgo entomológico medio. Sin embargo, desde la SE26 se observa un nuevo ascenso de los índices, que en la última semana modificaron el nivel de riesgo asociado pasando de riesgo entomológico moderado a alto (Gráfico 6). Cabe destacar que la carga retrospectiva de los datos podría modificar este escenario.

En el caso de los sitios críticos (SC), se observa al menos un orden de magnitud mayor en los índices registrados cuando se lo compara con los datos obtenidos en viviendas (Gráfico 7A), incluso en períodos en los cuales la abundancia del vector desciende en las localidades relevadas. Estos hallazgos confirman la relevancia de poder evaluar y realizar acciones de prevención en los sitios críticos..Por otro lado, los valores hallados a partir del relevamiento de predios estratégicos (PE) mostraron menores variaciones en relación a los datos provenientes de viviendas (Gráfico 7B).

Cuando se realiza la desagregación por región, se observa que, para la región NEA, ya desde la SE31 de 2024 se registraron índices larvarios elevados (Gráfico 8). La región osciló entre el riesgo entomológico alto y moderado durante la temporada de arbovirosis. Desde la SE23 se mantiene en un contexto de riesgo entomológico moderado (Gráfico 8).

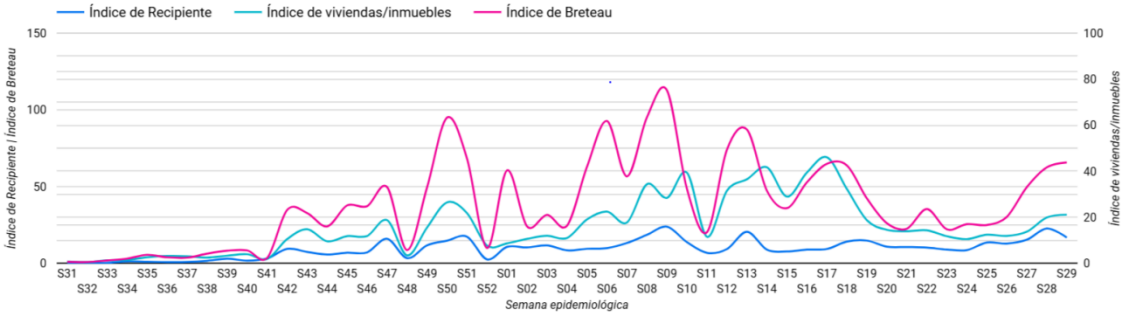
Para la región NOA, los índices larvarios empieza a aumentar a partir de la SE42 de 2024 (Gráfico 9) con bastantes oscilaciones posteriores y, en términos generales, valores del IB más elevados que en NOA. Desde la SE17 se aprecia una tendencia descendente del IV y el IB, aunque posteriormente esta tendencia se revierte a partir de la SE 23.

Gráfico 8. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas en la región NEA SE 31 (2024)- SE 29 (2025).



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Gráfico 9. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas en la región NOA SE 31 (2024)- SE 29 (2025)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

VI.1. Nota Metodológica

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

VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios[22]

Situación Regional: La actividad de influenza continúa disminuyendo en las Américas. La circulación de RSV muestra una leve disminución en comparación con la semana epidemiológica (SE) previa, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja, aunque ha mostrado una tendencia ascendente en las últimas semanas. En América del Norte, la actividad de influenza ha alcanzado niveles interestacionales. En el Caribe, el aumento previamente reportado en la circulación de influenza se ha estabilizado y continúa disminuyendo. El subtipo A(H1N1)pdm09 sigue siendo el predominante. La actividad de RSV se mantiene baja y estable en América del Norte, mientras que en el Caribe permanece baja con un ligero aumento respecto a la SE anterior. La actividad de SARS-CoV-2 se ha estabilizado en América del Norte con una positividad de 3.9%, pero continúa aumentando en el Caribe, donde la positividad alcanzó 14.4%. En América Central, la actividad de influenza sigue elevada, aunque ha mostrado una tendencia descendente en las últimas cuatro semanas, con una positividad de 21.5%. La actividad de RSV se mantiene baja y estable, con una positividad de 1.9%, mientras que la circulación de SARS-CoV-2 continúa en aumento, alcanzando una positividad de 8.9%. En la subregión andina, la influenza A ha mostrado un descenso constante en las últimas semanas, con una positividad de 10.7%. La actividad de RSV también continúa disminuyendo, con una positividad de 7.7%, mientras que la circulación de SARS-CoV-2 se mantiene baja y estable. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza sigue elevada, pero muestra una tendencia descendente, principalmente por la disminución de la circulación de A(H1N1)pdm09, con una positividad de 8.0%. La circulación de RSV permanece baja, con una positividad de 3.2%, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 sigue en niveles interestacionales. En todas las subregiones, se ha observado un aumento en la circulación de otros virus respiratorios (ORV), con una positividad general de 9.5%, impulsada principalmente por la actividad de rinovirus, particularmente en América del Norte y el Caribe.

América del Norte: La actividad de influenza continúa disminuyendo en toda la subregión, con una positividad de 0.9%, manteniéndose en niveles interestacionales en México, Canadá y Estados Unidos. La mayoría de los casos positivos de IRAG se han asociado con influenza y RSV. La actividad de RSV es baja y estable, con una positividad actual de 0.2%, consistente con niveles interestacionales. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene relativamente baja en Estados Unidos y Canadá; sin embargo, en México permanece elevada, con una positividad de 19.0%. La

[22] 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

circulación de ORV continúa en aumento en Canadá, impulsada principalmente por la actividad de rinovirus.

Caribe: La actividad de influenza, impulsada principalmente por A(H1N1)pdm09, ha disminuido en comparación con las dos SE previas, con una positividad subregional de 6.3%. En Haití, la actividad de influenza continúa en niveles moderados con tendencia ascendente, alcanzando una positividad de 47.0%. En cambio, en Jamaica y República Dominicana la actividad se mantiene en niveles interestacionales, aunque ambos países reportaron aumentos en la positividad respecto a las SE anteriores, alcanzando 4.5% y 10.1%, respectivamente. En Guyana, la actividad de influenza también aumentó respecto a la SE anterior, con una positividad de 4.1%. La positividad de RSV se mantiene baja en la mayoría de la subregión. No obstante, en Santa Lucía se sigue reportando una actividad elevada, con una positividad de 33.6%. En República Dominicana, la positividad de RSV también aumentó en comparación con la SE previa, alcanzando 4.6%. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene elevada y continúa en aumento, con una positividad subregional de 14.4%. En Barbados, la actividad ha aumentado en semanas recientes, alcanzando una positividad de 34.4%. La positividad también permanece elevada en República Dominicana, Jamaica, Santa Lucía y Guyana, donde una gran proporción de los casos de IRAG se han asociado con SARS-CoV-2. Sin embargo, en Jamaica la actividad de SARS-CoV-2 disminuyó respecto a la SE anterior, con una positividad de 12.3%.

Centroamérica: La actividad de influenza continúa elevada en toda la subregión, impulsada principalmente por A(H1N1)pdm09, que representa la mayoría de los casos notificados de ETI e IRAG. No obstante, se ha observado una tendencia descendente en las últimas tres SE, con una positividad actual de 21.5%. La circulación de RSV se mantiene baja y estable, y la actividad de SARS-CoV-2 permanece estable, con una positividad de 8.9%.

Países Andinos: La actividad de influenza ha continuado disminuyendo en las últimas SE, con una positividad actual de 10.7%, asociada principalmente a la circulación de influenza A(H1N1)pdm09. La circulación de RSV ha disminuido levemente, con una positividad de 7.7%. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja, con un ligero aumento respecto a la SE previa, alcanzando una positividad de 2.0%. Las detecciones de ETI e IRAG asociadas con influenza continúan en descenso, mientras que los casos asociados a RSV muestran una tendencia ascendente.

Brasil y Cono Sur: La actividad de influenza en la subregión, impulsada principalmente por el subtipo A(H1N1), continúa disminuyendo, con una positividad de 8.0%. Las detecciones de casos de IRAG han mostrado una tendencia descendente sostenida en las últimas semanas, asociadas principalmente con influenza y RSV. La circulación de RSV disminuyó ligeramente respecto a la SE anterior, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles interestacionales.

VI.3. Síntesis de la información nacional destacada

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

- Entre la semana epidemiológica 1 y 27 de 2025 se notificaron 605.859 casos de ETI, 81.576 casos de Neumonía y 59.807 casos de Bronquiolitis en menores de dos años. Las notificaciones de ETI y neumonía presentaron tendencia ascendente desde la SE11, ubicándose en niveles elevados en relación con años previos. Las notificaciones de ETI se encontraron en niveles de brote entre las SE12 y 18, mientras que en neumonía se observaron niveles de brote en las SE12 y 14.

Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de influenza en ambulatorios, desde la SE12 se verificó un ascenso tanto del porcentaje de positividad como de las detecciones, con predominio de influenza A/H1N1. En las últimas semanas se observó un leve descenso, aunque continúan en niveles elevados. En este sentido, en las últimas dos semanas (SE27 y 28) se registraron 69 casos de influenza entre 228 muestras estudiadas.

- Para VSR, se registraron 10 casos positivos entre las 109 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 27 y 28). En las últimas semanas se verifica un ascenso del porcentaje de positividad de VSR, con un promedio del 9,0% de positividad semanal en las últimas 4 semanas.

- En relación a SARS-CoV-2, luego del ascenso de casos registrado desde la SE34 de 2024, las detecciones en UMA presentaron tendencia descendente a partir de la SE45, con valores bajos en las últimas semanas. En la SE28/2025 se registró 1 caso positivo para SARS COV 2 entre las 81 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE28 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 3.795 internaciones con diagnóstico de IRAG y 1.396 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.

- Las notificaciones de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), presentaron un aumento desde la SE12, con un ascenso en las detecciones de virus influenza, principalmente influenza A/H1N1. Desde la SE 21 se registra un ascenso de las detecciones de VSR. En las últimas semanas se observó una ligera disminución en los casos de IRAG, aunque los valores se mantienen en niveles elevados.

- En las últimas 4 semanas, entre 801 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 9 codetecciones de influenza y VSR, 1 codetección de SARS-CoV-2 y VSR, 143 detecciones de influenza, 1 caso de SARS-CoV-2 y 273 casos de VSR.[23]

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 c lo observado en años anteriores. En las últimas semanas se observó un ligero descenso de la actividad, aunque con niveles aún elevados correspondientes con el comportamiento estacional del virus. En las últimas dos SE (26 y 27) con un total de 1.682 detecciones de Influenza.

[23] Se consideran estudiados aquellos casos de IRAG con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG. Para más información, consultar la *Guía Operativa de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave* (IRAG), en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf

- Con respecto a VSR, se registra un aumento en el número de casos desde la SE12, con 1051 detecciones en las últimas 2 SE (26 y 27).
- Durante 2024, se registraron dos ascensos en el número de casos de COVID-19, el primero de ellos entre las SE 1 y 12, y, el segundo ascenso entre las SE29 y 51, de menor magnitud que el previo. En las primeras 27 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, con 253 detecciones en las últimas 2 SE (26 y 27).
- Durante la SE27/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, VSR, SARS-CoV-2, adenovirus, metapneumovirus y parainfluenza.

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, con un leve descenso de la actividad en las últimas semanas, aunque con niveles aún elevados correspondientes con el comportamiento estacional del virus. En las últimas 2 SE (27 y 28) se detectaron con 539 casos. En el año 2025 se registraron al momento 144 fallecidos con este diagnóstico.

- En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados presentan un aumento desde la SE12. En las SE 27 y 28 se registraron 780 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 28/2025 se registraron 38 casos positivos con este diagnóstico y 1 caso fallecido.

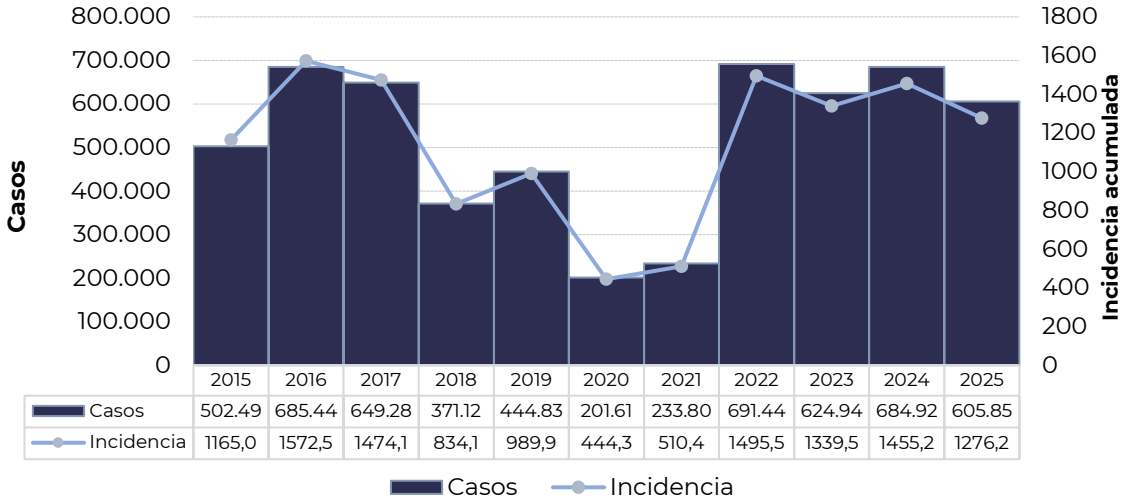
VI.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

Entre las SE 1 y 27 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 605.859 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1276,2 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registró durante 2022 (691.443 casos), mientras que en 2020 y 2021 se reportó un nivel de casos inferior en comparación con los años previos. En el corriente año se registra un menor número de casos que los 3 años anteriores, siendo superado además por las notificaciones de los años 2016 y 2017.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE27. Argentina.

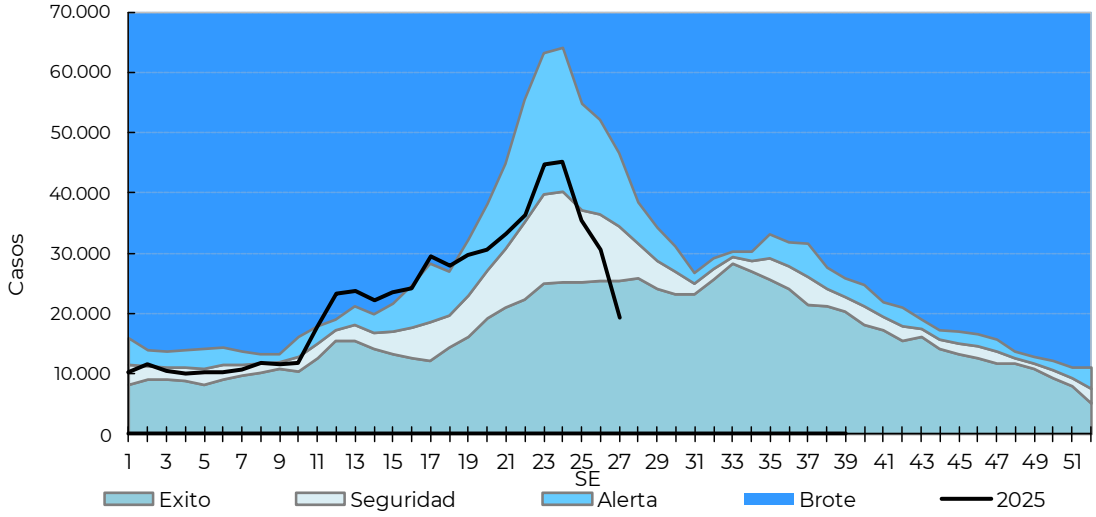


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	502.49	685.44	649.28	371.12	444.83	201.61	233.80	691.44	624.94	684.92	605.85
Incidencia	1165,0	1572,5	1474,1	834,1	989,9	444,3	510,4	1495,5	1339,5	1455,2	1276,2

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

Las notificaciones de ETI registradas en el SNVS correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, permanecieron entre las SE1 a 10 de 2025 en niveles de seguridad, con algunas oscilaciones. Posteriormente, se registra un ascenso de casos, que niveles de brote entre las SE12 y 18, luego permaneciendo en niveles de alerta hasta la SE 25.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 27 de 2025[24]. 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].

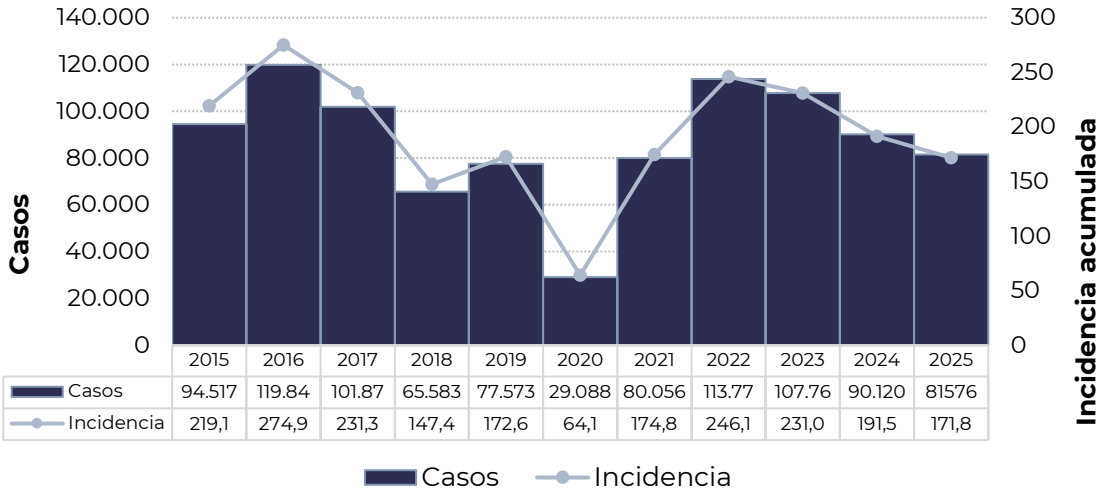
VI.4.B. NEUMONÍA

Hasta la SE27 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 81.576 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 171,8 casos/ 100.000 habitantes.

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

Entre 2015 y 2025, las notificaciones de neumonía mostraron el mayor número de casos en 2016. Las notificaciones presentan una disminución sostenida entre 2017 y 2018, con un ligero ascenso en 2019 respecto del año anterior. En 2020 se registró un nuevo descenso de casos, volviendo a incrementarse durante los años 2021-2022, y mostrando una disminución en 2023-2025.

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE27. Argentina.

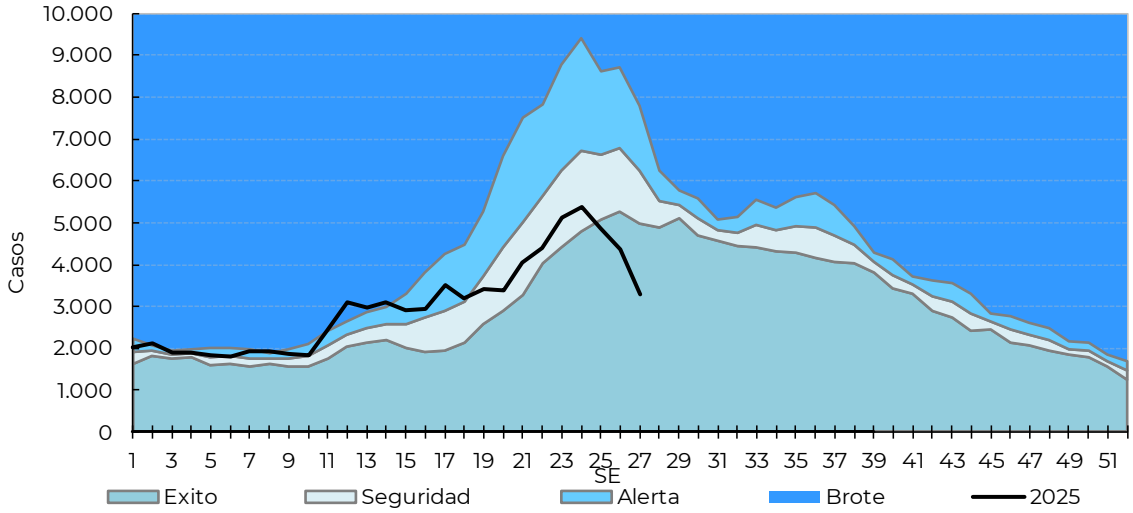


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	94.517	119.84	101.87	65.583	77.573	29.088	80.056	113.77	107.76	90.120	81576
Incidencia	219,1	274,9	231,3	147,4	172,6	64,1	174,8	246,1	231,0	191,5	171,8

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].

Las notificaciones de neumonía en 2025 a nivel país, respecto al comportamiento en años históricos, se ubican en SE1 y 2 en niveles de alerta, y posteriormente se ubican 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 entre las SE12 y 14 y niveles de alerta hasta la SE 18.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 27 de 2025[25]. 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].

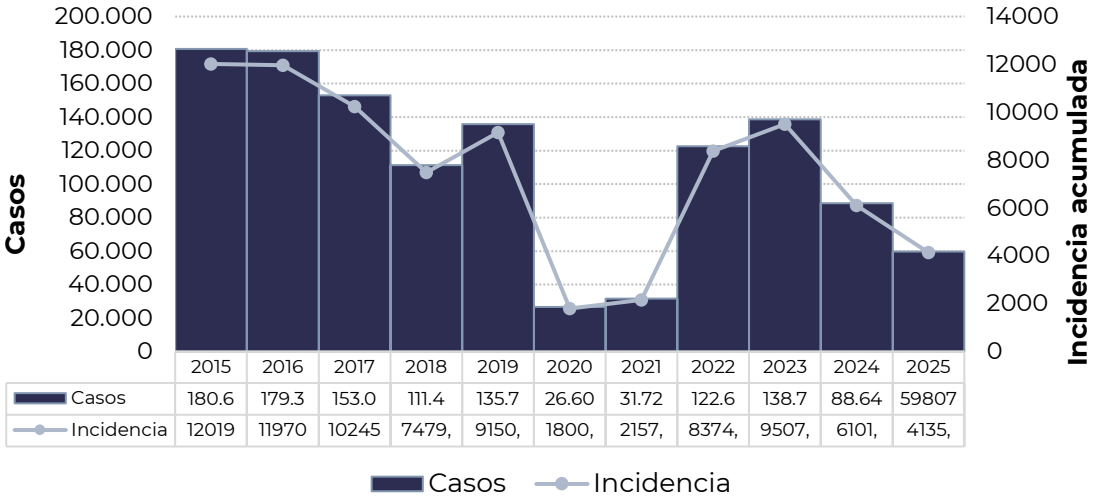
VI.4.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 27 semanas epidemiológicas de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 59.807 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 4135,1 casos/100.000 habitantes.

En relación a los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 27 alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso hasta 2018. En 2019, presentaron un incremento respecto al año anterior, con un nuevo descenso en 2020 y 2021, cuando se registró el menor número de notificaciones. 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 para las primeras 25 semanas. En relación al corriente 2025, los casos permanecen en valores menores en comparación con la mayoría de los años históricos, con excepción de los años 2020 y 2021.

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

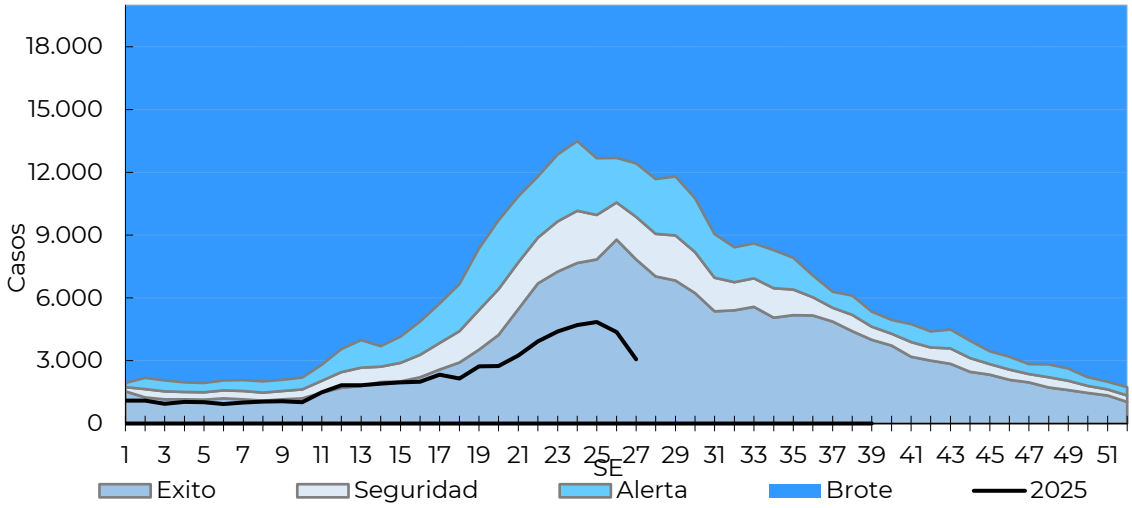
Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE27. Argentina.



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

En las primeras semanas del año 2025, las notificaciones de bronquiolitis por semana se encontraron dentro de los límites esperados. Entre las SE 11 y 13 alcanzaron niveles de seguridad y posteriormente se ubicaron nuevamente en niveles esperados.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 27 de 2025[26]. 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]

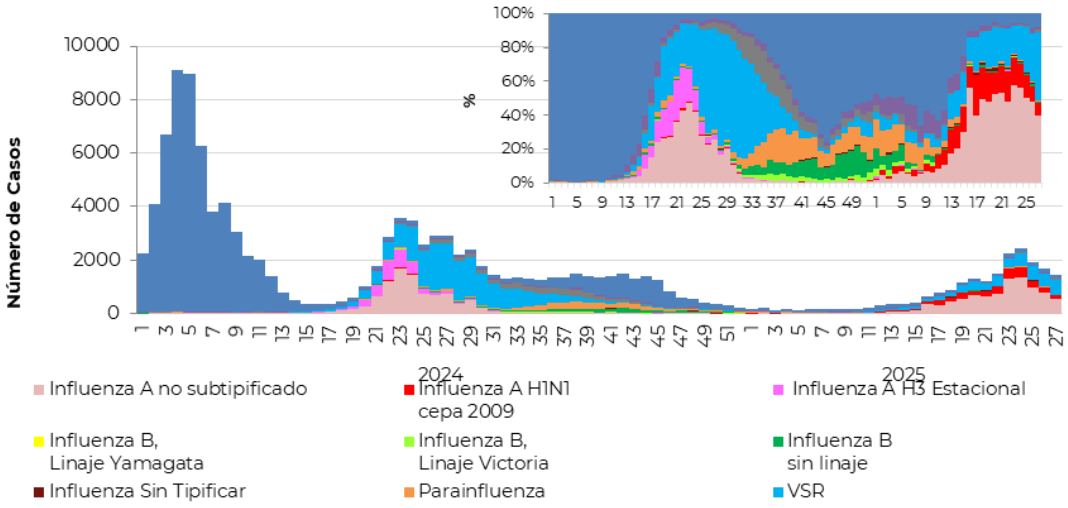
VI.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios

Desde la SE11 se observa un aumento sostenido en el número de casos de Influenza, con predominio de Influenza A (H1N1), con un adelanto del ascenso estacional respecto de lo

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

registrado en años anteriores. En las últimas semanas se observó un ligero descenso de la actividad, aunque con niveles aún elevados correspondientes con el comportamiento estacional del virus. Además, en relación a VSR se registra un aumento en las detecciones a partir de SE12, con inicio de actividad estacional a partir de la SE20. Las detecciones de SARS-CoV-2 permanecen en niveles bajos.

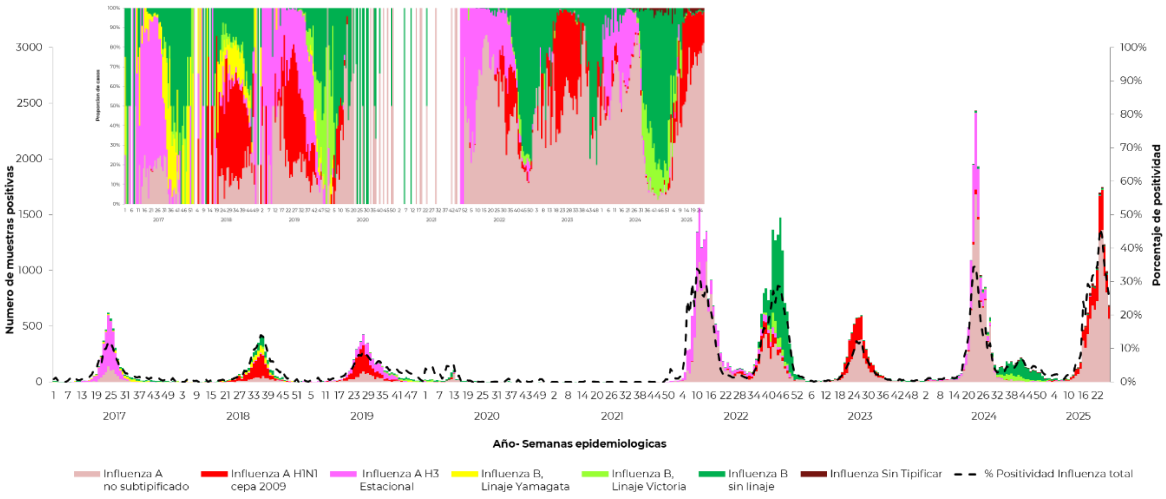
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE27/2025. Argentina.



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

En relación a virus influenza, en lo que va de 2025, se registraron casos todas las semanas y, desde la SE11, se verifica un ascenso de las detecciones de influenza, con predominio de influenza A no subtipificado y H1N1. En las últimas 2 SE (26 y 27) se notificaron un total de 1.682 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- SE27/2025. Argentina.



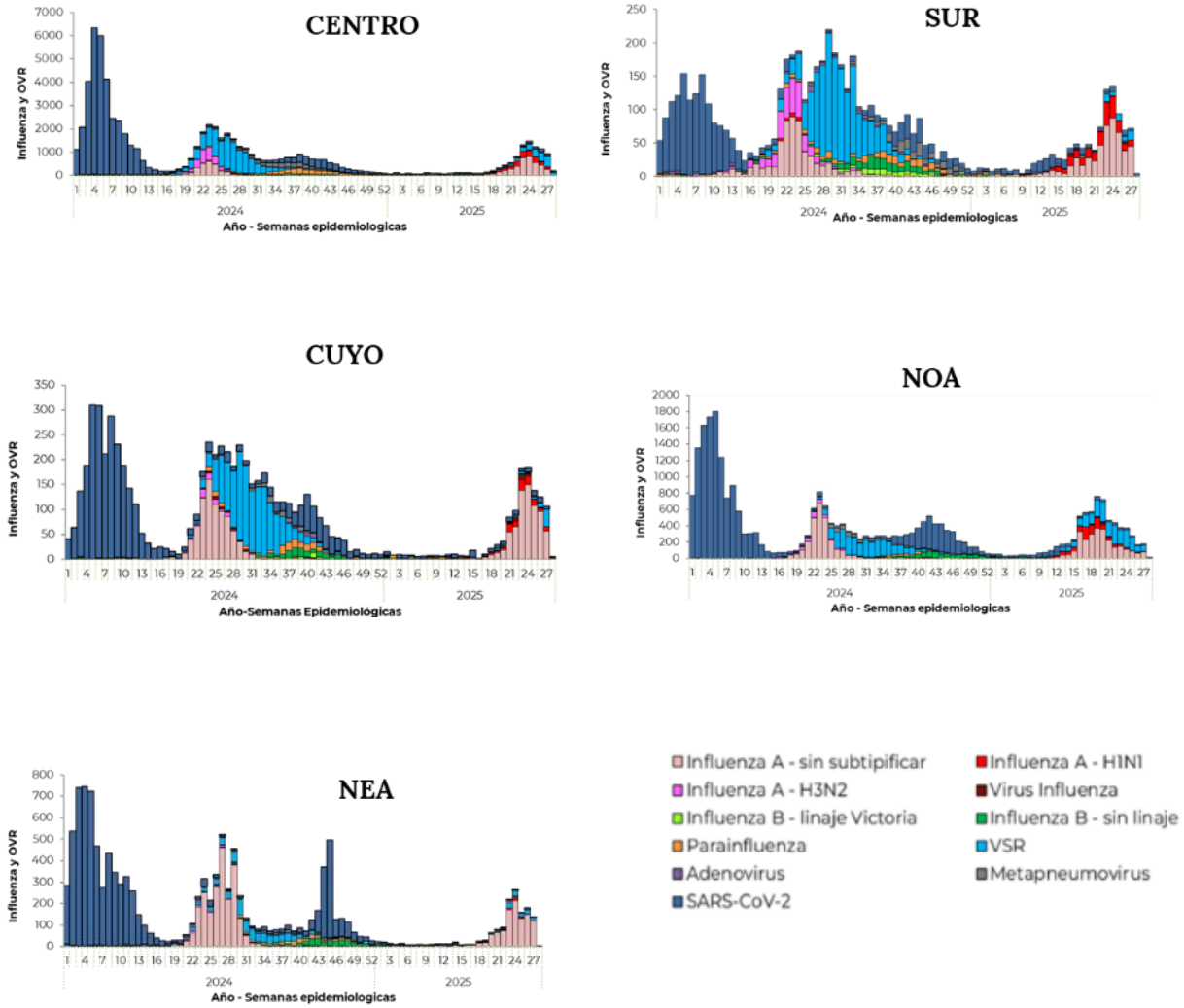
Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

Se destaca que durante la temporada en curso la circulación viral de influenza presenta un inicio adelantado en relación a lo observado en años históricos en el país. Como se mencionó

previamente, los casos comenzaron su ascenso desde SE11 y, además, la positividad, se presentó en niveles elevados desde SE13. Las temporadas de mayor circulación de virus influenza en el periodo 2016-2024 tuvieron un inicio posterior a lo observada en la temporada actual, excepto por el año 2022 en el que el comportamiento fue inusual tanto en el número de casos como en la estacionalidad.

En el análisis regional, se observa que los casos de influenza en la temporada actual comenzaron con un ascenso en el Noroeste (NOA) y en la región Sur. En las semanas posteriores, se evidenció una tendencia ascendente en las detecciones en el resto de las regiones del país (Gráfico 9).

Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, según región. SE01/2024 a SE27/2025. Argentina.



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

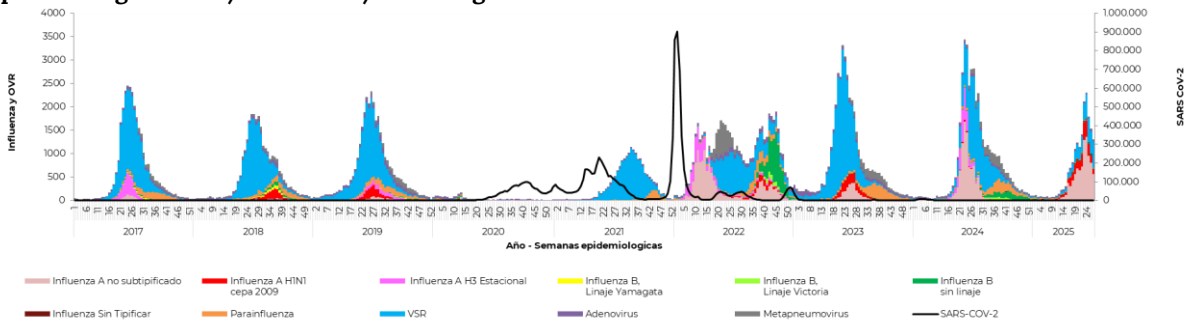
Además, en cuanto a SARS-CoV-2, durante 2024, aun cuando el número de casos por SE fue menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 80% de los casos entre las SE1 y SE12, con el mayor número de casos registrado entre las SE03 y SE06. Posteriormente, las detecciones semanales disminuyeron y, a partir de la SE32, los casos volvieron a incrementarse, alcanzando un nuevo pico en la SE44, aunque con una magnitud menor al ascenso previo. En las primeras 27 semanas de 2025 los casos se mantuvieron en valores bajos, con 253 detecciones en las últimas 2 SE (24 y 25).

En relación al VSR, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16/2024, alcanzando su máximo en la SE26, y tendencia descendente posterior. En lo que va de 2025, se registra un ascenso de las detecciones desde la SE12, con inicio de actividad estacional a partir de la SE20. En las últimas 2 SE (26 y 27), se notificaron 1.051 casos de VSR.

Respecto a otros virus respiratorios, se observó un aumento en las detecciones de metapneumovirus a partir de la SE23, alcanzando su pico en la SE38 de 2024. Asimismo, entre las SE30 y SE38, se registró un incremento en los casos de parainfluenza, seguido de un descenso posterior.

Durante la SE 25/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, VSR, SARS-CoV-2, adenovirus, metapneumovirus y parainfluenza.

Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE27/2025. Argentina.



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

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

Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas

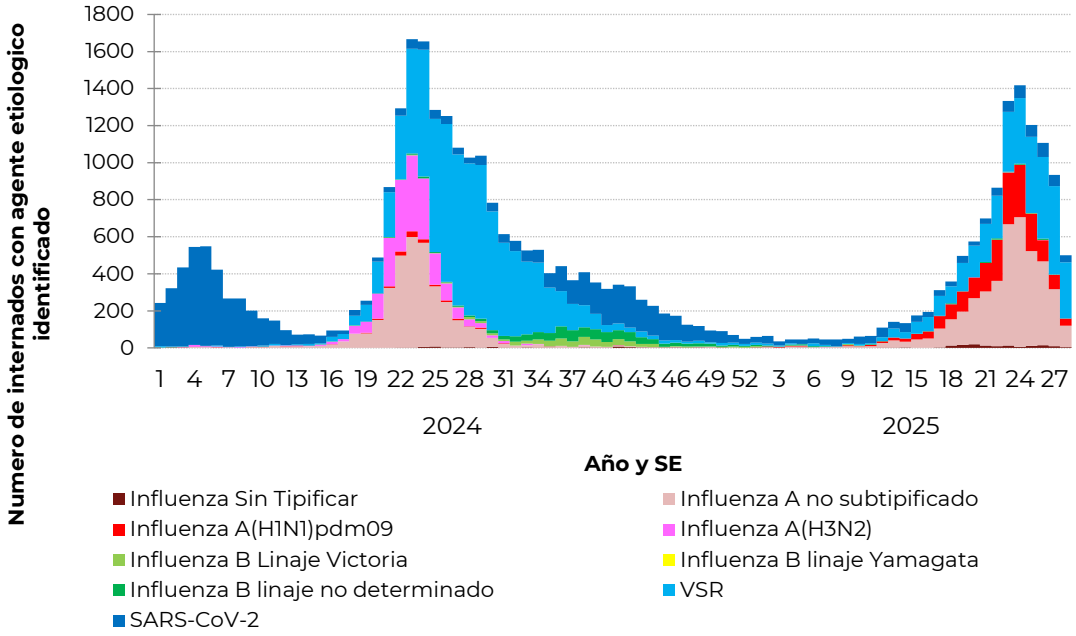
Entre SE01 y SE28 de 2025, se notificaron 1.092 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 73,5% menos casos. Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y valores estables en lo que va de 2025. Para la SE28/2025 se registraron 38 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, entre las SE1 y 28 de 2025 se registraron un total de 6.437 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12, se verifica un ascenso sostenido en el número de casos, con un ligero descenso de la actividad en las últimas semanas, aunque con niveles aún elevados correspondientes con el comportamiento estacional del virus. En la última SE, se detectaron con 159 detecciones de influenza en hospitalizados.

Entre los 6.437 casos de influenza notificados durante 2025, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 6.199), con menor detección de influenza B (n= 104). De los casos de influenza A, 1.882 cuentan con subtipificación, correspondiendo 1.869 a influenza A (H1N1) pdm09 y 13 a influenza A (H3N2). En relación a influenza B, 15 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. 134 casos de influenza permanecen a la fecha sin tipificar.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 3.594 casos hospitalizados positivos para VSR, con tendencia ascendente de los casos a partir de la SE12**.** Durante 2024, a partir de la SE16 se registra tendencia ascendente de las detecciones semanales de VSR, que alcanza su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En la última semana analizada (SE28/2025), se registran 303 casos de VSR en hospitalizados.

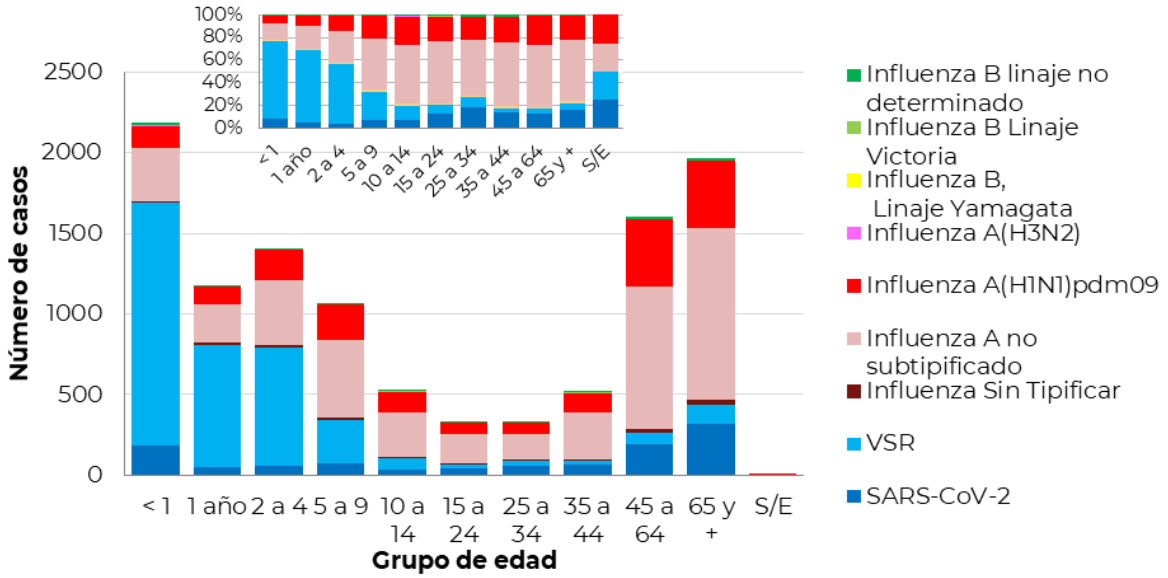
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE28/2025. Argentina.



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

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE28/2025, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en adultos mayores y personas de 45 a 64 años, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, menores de 1 año y personas mayores de 45 años.

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE28/2025.



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

A la fecha de elaboración de este informe, en lo que va de 2025, se registran 144 fallecidos con diagnóstico de influenza [27] . Respecto a SARS-CoV-2, se registran 9 fallecimientos con este diagnóstico en la última SE.

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

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

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

VI.6.A. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN GENERAL

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

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

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

Para mayor información consultar:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf [28]

VI.7. Vacunación antigripal

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

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

VI.7.A. POBLACIÓN OBJETIVO PARA VACUNACIÓN ANTIGRIPAL:

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

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

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

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

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

VII.1. Introducción

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

A partir de ese momento se tomaron acciones de investigación y control y en virtud de estos datos el 8 de mayo ANMAT emite un alerta[29] sobre el uso de un lote de fentanilo, indicando que NO deberá utilizarse en todo el territorio nacional el producto: "FENTANILO HLB / FENTANILO (CITRATO), concentración 0,05 mg/ml, en la forma farmacéutica solución inyectable, lote 31202,vto. SEP-26, presentación por 100 ampollas por 5 ml, Certificado N°53.100" por encontrarse en investigación por desvío de calidad.

El 10 de mayo la Dirección de Epidemiología y el ANLIS-Malbrán del Ministerio de Salud de la Nación emitió un comunicado y alerta a los Establecimientos de Salud para medidas de control, vigilancia, definiciones de caso, derivaciones de muestras y notificación al SNVS: "BROTE EN INVESTIGACIÓN POSIBLEMENTE RELACIONADO A EXPOSICIÓN DE FENTANILO CONTAMINADO".

El 13 de mayo se publicó en el Boletín Oficial la Disposición N°3156/25 de la ANMAT, por la cual se prohibió el uso, la comercialización y la distribución en todo el territorio nacional del producto[30]. También se publicó el mismo día la Disposición N°3158/25, de la ANMAT, por la cual se inhiben las actividades productivas de la firma HLB PHARMA GROUP S.A. con planta sita en la provincia de Buenos Aires, por las razones expuestas en la Disposición, donde se prohíbe el uso, distribución y comercialización en todo el territorio de la República Argentina, de todos los productos registrados a nombre de la firma, hasta que se hallen las condiciones técnicas y sanitarias para levantar la presente medida. Además, en la misma Disposición, se inhibe las actividades productivas de la firma LABORATORIOS RAMALLO S.A. en la provincia de Buenos Aires, debido a que las ampollas habrían sido elaboradas en las instalaciones de esta firma.

Paralelamente a lo actuado por la ANMAT, la Región Sanitaria XI del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires reportó el mismo día la ocurrencia de un brote de infecciones invasivas por *Klebsiella pneumoniae* productora de metalo beta lactamasa y *Ralstonia spp*, identificadas en el laboratorio de una institución de salud del subsistema privado de la provincia de Buenos y que fueron remitidas al Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS para su confirmación y caracterización.

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

[30] https://www.argentina.gob.ar/noticias/anmat-prohibe-el-uso-de-fentanilo-hlb-citrato-de-fentanilo-concentracion-005-mgml-solucion
https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/325221/2025051
https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/325222/2025051

A partir de la recepción de los aislamientos enviados por el establecimiento de origen, el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) confirmó la identificación de *Klebsiella pneumoniae* productora de metalo-betalactamasa NDM-5, no productora de betalactamasa de espectro extendido (BLEE) y *Ralstonia mannitolilytica.*

Los estudios fenotípicos, moleculares y genómicos de los aislamientos derivados al LNR, procedentes de muestras del producto Fentanilo HLB Pharma y de muestras de hemocultivos de pacientes, permitieron identificar clones únicos relacionados al brote de: *Klebsiella pneumoniae* (Kpn) metalobetalactamasa (MBL) - no productora de betalactamasa de espectro extendido (BLEE) secuenciotipo 307 y de *Ralstonia mannitolilytica*. Adicionalmente, a partir de aislamientos provenientes del producto Fentanilo HLB Pharma y de un paciente, se detectó *Klebsiella variicola* (Kva) productora de metalo-betalactamasa (MBL) NDM-5 y betalactamasa de espectro extendido (BLEE) CTXM-15, de secuenciotipo 971.

VII.1.A. SOBRE LOS AISLAMIENTOS IDENTIFICADOS Y LAS DEFINICIONES DE CASO

Con respecto a los aislamientos identificados, *la Ralstonia spp* es un bacilo gramnegativo ambiental, conocido por su capacidad para contaminar soluciones estériles y provocar infecciones nosocomiales, especialmente en pacientes inmunocomprometidos. Si bien históricamente considerada de baja virulencia, en años recientes se ha documentado su implicancia en infecciones severas como bacteriemias, meningitis y otras complicaciones graves. Por su parte, *Klebsiella pneumoniae* metalobetalactamasa (MBL) no BLEE (betalactamasa de espectro extendido, o sea que no produce las betalactamasas que hidrolizan antibióticos de espectro extendido, como las cefalosporinas) es un patógeno multirresistente de alta relevancia clínica. La especie *Klebsiella variicola* forma parte del Complejo *Klebsiella pneumoniae* (CKP), y su diferenciación con otras especies de este Complejo no es posible mediante los sistemas automatizados. La identificación a nivel de especie de *Klebsiella variicola* deberá realizarse mediante la metodología de MALDI-TOF en la Jurisdicción correspondiente. En el caso de no disponer de esta tecnología, los aislamientos con sospecha de asociación al brote podrán ser identificados a nivel de especie en el LNR.

Los esfuerzos de la investigación están centrados en dimensionar el brote en magnitud y extensión y relacionar los casos sospechosos identificados con los patógenos originalmente detectados, para establecer el vínculo que pueda asociarlos a una fuente común.

Los focos confirmados son establecimientos con casos sospechosos en los que se haya podido establecer una alta relación genómica o molecular con los aislamientos ya caracterizados como involucrados en el brote por parte del Laboratorio Nacional de Referencia.

Se consideran casos confirmados asociados al brote cuando desde el LNR se haya estudiado hasta poder identificar su alta relación con los patógenos caracterizados en este brote. Los casos asociados por nexo epidemiológico son todos los casos que cumplan con la definición de caso sospechoso en un establecimiento donde se ha podido confirmar un foco (es decir, donde hay casos en los que ya se ha establecido la alta relación con los patógenos asociados a este brote). El análisis de la información distinguirá casos del brote (todo caso sospechoso o confirmado por laboratorio en establecimientos donde pudo confirmarse un foco) y casos sospechosos (casos que cumplen con la definición de sospechoso, pero no pudo establecerse todavía la confirmación por laboratorio de la asociación con el brote en ninguno de los casos de ese establecimiento). Los casos descartados, no asociados al brote, son los que habiendo

cumplido la definición de sospechoso se haya establecido que los aislamientos no tienen relación molecular o genómica con los patógenos asociados al brote.

La vigilancia epidemiológica constituye una herramienta fundamental para la detección precoz, el análisis y el control de eventos adversos relacionados con la atención sanitaria. En este contexto, la aparición de brotes nosocomiales asociados a productos farmacológicos contaminados representa un desafío clave para la seguridad del paciente y la calidad de la atención médica.

VII.2. Situación epidemiológica

Desde el Alerta emitido el 08 de mayo y hasta el 18 de julio de 2025 se registraron 98 notificaciones al evento Infección por exposición a medicamento contaminado del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) en 19 establecimientos correspondientes a 4 jurisdicciones. En 10 de esos establecimientos -situados en Buenos Aires, CABA y Santa Fe- el Laboratorio Nacional de Referencia ya confirmó 62 casos asociados al brote y otras 5 notificaciones de casos sospechosos de los mismos establecimientos, se consideran asociados por nexo epidemiológico, totalizando 67 casos confirmados. Un caso notificado por la provincia de Neuquén se invalidó por no cumplir con la definición de caso y otros 7 establecimientos se encuentran en investigación en Buenos Aires y Santa Fe. El resto de las provincias del país no han notificado casos sospechosos hasta el momento.

Tabla 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: distribución de casos según clasificación. Argentina. Hasta el 18/07/2025. N=98

Establecimientos/Jurisdicción	Total casos asociados por LNR o Nexo	Sospechosos	No asociados o invalidados	Total notificaciones	Focos confirmados
EPBA01	18			18	SI
EPBA02	1			1	SI
EPBA03		1		1	En investigación
EPBA04			1	1	DESCARTADO
EPBA05			1	1	DESCARTADO
EPBA06		1		1	En investigación
EPBA07		1		1	En investigación
EPBA08		2		2	En investigación
Buenos Aires	19	1	2	26	2
ECABA01	2			2	SI
CABA	2	0	0	2	1
ENQN01			1	1	DESCARTADO
Neuquén	0	0	1	1	0
ESF01	15			15	SI
ESF02	6			6	SI
ESF03	7		12	19	SI
ESF04		4		4	En investigación
ESF05		5	1	6	En investigación
ESF06	3			3	SI
ESF07	1			1	SI
ESF08	1		1	2	SI
ESF09	13			13	SI
Santa Fe	46	9	14	69	7
Total general	**67**	**10**	**17**	**98**	**10**

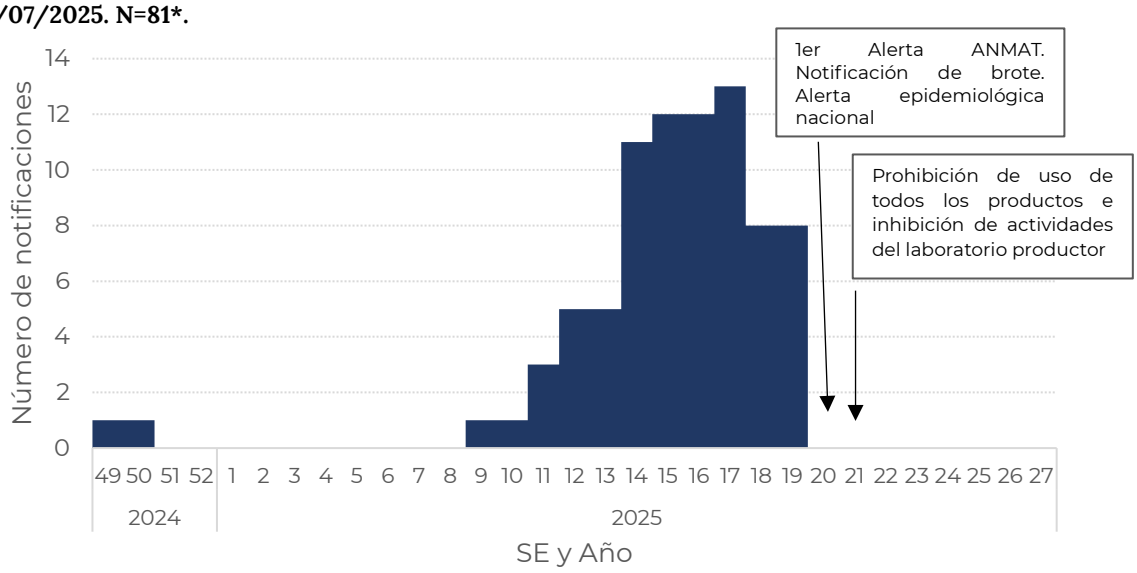
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" en base a datos provenientes del SNVS 2.0

Con respecto a los casos notificados de la provincia de Santa Fe y luego de una trabajosa investigación epidemiológica realizada desde la jurisdicción, se llegó a la conclusión de invalidar casos que no cumplían con la definición para la vigilancia del evento. Dada esta actualización, tanto el número total de casos confirmados como el número de fallecidos se han visto modificados.

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

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

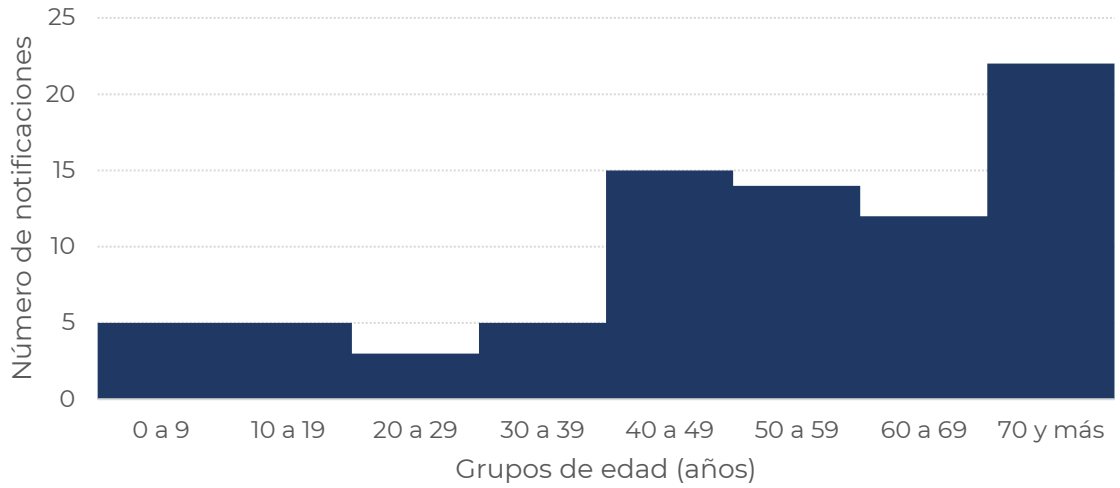
Gráfico 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: Distribución de casos asociados por LNR o nexo y sospechosos por SE y medidas sanitarias según semana epidemiológica. Argentina. Hasta el 18/07/2025. N=81*.



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

En relación con la edad, se presentaron casos en todos los grupos etarios, con una mediana de 56 años y un rango entre 0 y 90 años.

Gráfico 2. Infección por exposición a medicamento contaminado: distribución de número de casos asociados por LNR o nexo y sospechosos según grupo de edad. Argentina. Hasta el 18/07/2025. N=81*.



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

En cuanto a la evolución clínica, 11 de los 19 establecimientos que notificaron casos hasta el momento registraron casos fallecidos en el SNVS, sumando un total de 48, siendo el sexo masculino el más afectado y el grupo etario con más fallecimientos los mayores de 70 años (mediana 59 años). En 8 de los 11 establecimientos que registraron casos fallecidos ya se ha confirmado un foco del brote (al menos un caso en el que se pudo confirmar la asociación al brote por parte del LNR), estando el restante en estudio.

A la totalidad de los casos fallecidos se les suministró previamente el lote de fentanilo mencionado siendo 12 días la mediana entre la administración y el fallecimiento. De todas maneras, aún se encuentra en investigación si la causa del fallecimiento está vinculada al evento en estudio.

Cabe destacar que, en todos los casos, eran pacientes que se encontraban previamente internados por otras causas y se les administró el medicamento en contexto de la intervención que cada uno requería por su estado clínico.

VII.3. Desempeño de plataformas MALDITOF-MS para la identificación de Klebsiella variicola y Klebsiella pneumoniae

K. variicola es una especie del complejo *K. pneumoniae*. La identificación de esta especie por métodos fenotípicos convencionales, miniaturizados y automatizados, arrojará como resultado: *K. pneumoniae*.

Sin embargo, la diferenciación entre estas dos especies podría ser posible mediante MALDITOF-EM. Es importante tener en cuenta que dependerá de la plataforma y la versión de base de datos actualizada. Los resultados pueden expresarse como *K. variicola* o como *K. pneumoniae*/*K. variicola*

El desempeño de las plataformas MALDITOF-MS ha sido evaluado por el LNR, siguiendo los criterios recomendados.

Evaluación del desempeño de dos plataformas MALDITOF EM por el LNR

Especie	Plataforma	Identificación	Observaciones
K. *variicola*	Biotyper v 13.0[31]	*Klebsiella variicola*	K. *variicola* con score > 2.00 y 10% de divergencia entre especies
	Vitek-MS Prime IVD[32]	*Klebsiella pneumoniae* 50%/K. *variicola* 50%	El grupo de especies se muestra como un resultado de baja discriminación.
K. *pneumoniae*	Biotyper V 13.0	*Klebsiella pneumoniae*	K. *pneumoniae* con score > 2.00 y 10% de divergencia entre especies
	Vitek-MS Prime IVD	*Klebsiella pneumoniae* 99.9%	Alto nivel de confianza

Fuente: Laboratorio Nacional de Referencia, Servicio de Bacteriología Especial, INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

VII.4. Vigilancia epidemiológica

Teniendo en cuenta los hallazgos mencionados, **se amplía la definición de Caso Sospechoso** a: **"*Klebsiella variicola* productora de metalobetalactamasa (MBL) y betalactamasa de espectro extendido (BLEE)".**

VII.4.A. MODALIDAD DE VIGILANCIA Y NOTA METODOLÓGICA

Todo caso sospechoso, identificado en cualquier institución de salud de cualquier subsector (público, privado o de la seguridad social) deberá ser notificado de manera inmediata y nominal al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Grupo de evento: Otros eventos de importancia para la salud pública; o Brotes asociados a fármacos[33]

Evento: Infección por Exposición a Medicamento Contaminado.

VII.4.B. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

- Realizar la detección de brotes de manera precoz y el control de eventos asociados a productos farmacológicos contaminados.
- Caracterizar y analizar los casos asociados a brotes

VII.4.C. DEFINICIONES DE CASO

Caso sospechoso:

Toda persona que:

1. Haya recibido FENTANILO HLB / FENTANILO (CITRATO) entre noviembre de 2024 y el 15 de mayo de 2025[34] y que presente, con posterioridad a la administración:

[31] La versión 13.0 está disponible en Microbenet
[32] Knowledge base IVD 3.3
[33] La asignación de este grupo de evento a los usuarios del SNVS debe realizarse a sus referentes jurisdiccionales o al mail nuevosnvs2@gmail.com
[34] El período abarca desde dos meses posteriores a la fabricación del primer lote identificado como contaminado y hasta dos días posteriores a la prohibición de uso del medicamento sospechado. Esta definición temporal puede modificarse, si es necesario, de acuerdo a los resultados de la investigación.

2. diagnóstico de enfermedad invasiva (bacteriemia, meningitis, abscesos en sitio de punción, entre otros.) por
    - *Ralstonia spp* y/o
    - *Klebsiella pneumoniae* (Kpn) metalobetalactamasa (MBL) no betalactamasa de espectro extendido (BLEE); y/ **ó**
    - *Klebsiella variicola* (Kva) productora de metalobetalactamasa (MBL) y betalactamasa de espectro extendido (BLEE).

Caso de *Kpn MBL no BLEE* con confirmación de asociación al brote: caso sospechoso con aislamiento de *Kpn* MBL no BLEE en el que el Laboratorio Nacional de Referencia demostró la asociación del patógeno detectado en el brote o con nexo epidemiológico con casos confirmados en la institución o exposición a fuente contaminada.

Caso de *Ralstonia mannitolilytica* con confirmación de asociación al brote: caso sospechoso con aislamiento de *Ralstonia spp.* en el que el Laboratorio Nacional de Referencia demostró la asociación del patógeno detectado en el brote o con nexo epidemiológico con casos o fuentes confirmadas en la institución.

Caso de *Klebsiella varicola (Kva) MBL y BLEE* con confirmación de asociación al brote: caso sospechoso con aislamiento de *Klebsiella variicola* (*Kva*) *MBL y BLEE* en el que el Laboratorio Nacional de Referencia demostró la asociación del patógeno detectado en el brote o con nexo epidemiológico con casos o fuente confirmadas en la institución.

Caso no asociado al brote: caso sospechoso donde el LNR demostró no estar asociado a los patógenos detectados en el brote.

Caso invalidado por epidemiología: Toda notificación que no cumpla con los criterios establecidos por la definición de caso sospechoso.

Ficha de notificación en el siguiente link:

https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS

VIII. Tuberculosis – Actualización informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

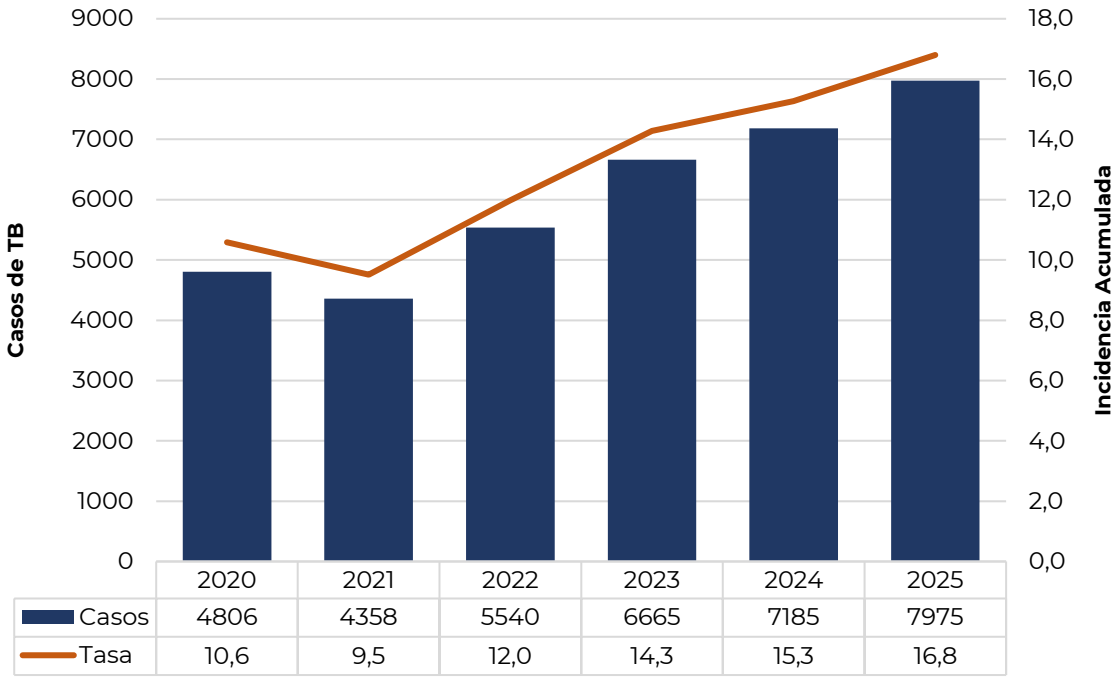
La información utilizada es resultante de la notificación de casos que se realiza a través del evento tuberculosis (TB) del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) que está vigente desde el año 2019, que permite el reporte individual de los casos por parte de los servicios de salud a lo largo de todo el país. Para la presente actualización se utilizó la información exportada al 13 de julio de 2025 del SNVS 2.0 correspondiente a los casos registrados de las 24 jurisdicciones del país.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 28 de 2025 se notificaron en el SNVS 2.0, 7.975 casos de TB con fecha de notificación en 2025; de éstos, 7.597 (95,3%) fueron casos incidentes (casos nuevos, recaídas o sin información de clasificación al inicio del tratamiento) y 378 (4,7%) casos no nuevos (reingresos de pérdida de seguimiento, fracasos, traslados y otros). Los casos pulmonares representaron el 83,7% (6.672) con una confirmación por bacteriología del 72,1% (4.812).

VIII.2. Tendencia de notificación de casos de TB

Entre 2020 y 2025, las notificaciones de TB mostraron un aumento constante. El número de casos aumentó en todo el período un 65,9% (3.169 casos) y un 11,0% entre 2024 y 2025 (790 casos) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Tasas de notificación por 100.000 hab. y número de casos de TB totales por fecha de notificación hasta la semana 28. Argentina, 2020-2025.



	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	4806	4358	5540	6665	7185	7975
Tasa	10,6	9,5	12,0	14,3	15,3	16,8

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

VIII.3. Notificación de Casos de TB según Jurisdicción hasta la semana 28

Al comparar las notificaciones de casos totales en 2025 con el mismo período de 2024, se observó un aumento del 11,0% en todo el país (Tabla 1). Este incremento se debe principalmente a la región centro que registró un incremento del 16,5% (851 casos). Las jurisdicciones de Buenos Aires, CABA, y Santa Fe notificaron aumentos cercanos al 20% en 2025.

Tabla 1. Notificación de casos de TB totales por jurisdicción de residencia por fecha de notificación hasta la semana 28. Argentina, 2024-2025.

Jurisdicción	Casos 2024	Tasa[1]	Casos 2025	Tasa[1]	Variación porcentual de los casos
Buenos Aires	3622	19,9	4273	23,3	18,00%
CABA	712	23,1	878	28,4	23,30%
Córdoba	300	7,7	295	7,5	-1,70%
Entre Ríos	147	10,2	112	7,7	-23,80%
Santa Fe	377	10,4	451	12,3	19,60%
Centro	**5158**	**17**	**6009**	**19,7**	**16,50%**
Mendoza	79	3,8	71	3,4	-10,10%
San Juan	37	4,6	25	3	-32,40%
San Luis	21	3,9	22	4,1	4,80%
Cuyo	**137**	**4**	**118**	**3,4**	**-13,90%**
Chaco	266	21,3	243	19,3	-8,60%
Corrientes	120	10,4	122	10,5	1,70%
Formosa	177	28,4	148	23,6	-16,40%
Misiones	84	6,4	63	4,8	-25,00%
NEA	**647**	**14,9**	**576**	**13,2**	**-11,00%**
Catamarca	10	2,3	18	4,2	80,00%
Jujuy	256	31,9	226	27,9	-11,70%
La Rioja	15	3,6	18	4,3	20,00%
Salta	427	28,6	483	32	13,10%
Santiago del Estero	58	5,7	42	4,1	-27,60%
Tucumán	149	8,4	200	11,2	34,20%
NOA	**915**	**15,4**	**987**	**16,5**	**7,90%**
Chubut	55	8,3	54	8,1	-1,80%
La Pampa	24	6,5	23	6,2	-4,20%
Neuquén	41	5,9	28	4	-31,70%
Río Negro	43	5,5	42	5,3	-2,30%
Santa Cruz	29	7,2	31	7,5	6,90%
Tierra del Fuego	20	10,5	8	4,1	-60,00%
Sur	**212**	**6,8**	**186**	**5,9**	**-12,30%**
Sin información	116		99		
Total	**7185**	**15,3**	**7975**	**16,8**	**11,00%**

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

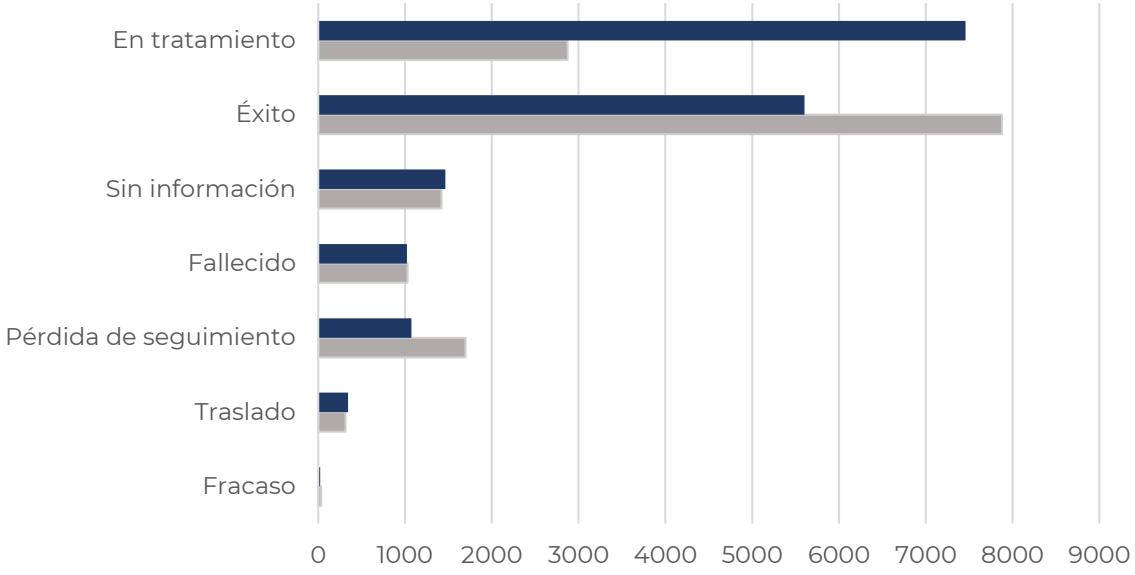
1. Tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes

El NOA también registró un aumento del 7,9% (72 casos) debido al incremento de casos en Tucumán, Salta, Catamarca y La Rioja. En el resto de las regiones, hubo un descenso en las notificaciones, siendo la región de Cuyo la que tuvo mayor porcentaje de descenso alcanzando al 13,9%. En todas de las regiones el reporte de casos de cada jurisdicción en 2025 no fue uniforme, coexistiendo aumentos y descensos de casos notificados en cada una de ellas.

VIII.4. Evaluación del tratamiento

A la semana 28 de 2025, el 9,3% (1.419) de los casos de TB notificados en 2023 todavía no tienen información sobre su tratamiento, y el 18,9% (2.875 casos) aún figuran en tratamiento tras más de 12 meses desde el inicio del mismo. En 2024, el 8,6% (1.464) de los casos notificados carecen de información sobre su tratamiento y un alto porcentaje (43,9%) de casos figuran aún como en tratamiento; parte de este porcentaje puede deberse a que algunos de ellos todavía están dentro del período de duración de los esquemas de tratamiento (Gráfico 2).

Gráfico 2. Resultado de la evaluación del tratamiento de los casos de TB totales hasta la semana 28. Argentina, 2023 y 2024.



	Fracaso	Traslado	Pérdida de seguimiento	Fallecido	Sin información	Éxito	En tratamiento
2024	22	345	1074	1021	1464	5603	7458
2023	32	314	1696	1028	1419	7879	2875

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

VIII.5. Análisis de la asociación Tuberculosis y VIH - 2019-2024

VIII.5.A. INTRODUCCIÓN

Una de las causas de la declaración de emergencia de la tuberculosis (TB) en 1993[35] fue la expansión de la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el mundo. La epidemia de VIH/SIDA ha provocado no solo un aumento considerable de casos de TB pulmonar, sino que también tuvo un impacto importante en el aumento del porcentaje de casos con baciloscopía negativa y de TB extrapulmonar. Los pacientes seropositivos para el VIH que padecen TB tienen un peor resultado del tratamiento y una mayor mortalidad que los pacientes seronegativos. Sin embargo, la TB que afecta a las personas con VIH es prevenible y curable.

Actualmente, la estrategia "Fin de la TB"[36] incluye en su Pilar 1 las "Actividades de colaboración TB/VIH, y manejo de las comorbilidades." que busca introducir una programación conjunta para la TB y el VIH con el fin de ofrecer una prestación de servicios integrada y descentralizada para ambas afecciones a través de actividades de colaboración TB/VIH. Estas actividades se orientan a la planificación conjunta de actividades de VIH y TB, la integración de servicios de atención de ambas patologías y el tratamiento de la TB latente.

La importancia de conocer en las personas con TB su situación ante el VIH se refleja en que es uno de los 10 indicadores claves para el seguimiento de la estrategia Fin de la TB y se refiere a la "Documentación sobre el estado serológico con respecto al VIH en pacientes con TB", cuya meta es del 100%. Tener documentado el estado serológico con relación al VIH es esencial para proporcionar la mejor atención posible para los pacientes con TB/VIH.

Este informe tiene por objetivo describir la situación epidemiológica de la coinfección TB/VIH en Argentina durante el período 2019-2024, a partir de los datos del SNVS 2.0.

VIII.5.B. METODOLOGÍA

Se realizó un análisis descriptivo de la información relacionada con VIH disponible en la base de datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), correspondiente al evento tuberculosis. Para identificar la coinfección TB/VIH, se utilizaron dos variables principales: TIPO_ESTUDIO_COMPLEMENT, que registra la realización y el resultado de la prueba de VIH en personas con TB, y COMORBILIDAD, que indica si el paciente con TB tenía un diagnóstico previo de VIH. Con el objetivo de analizar las tendencias temporales, la información fue complementada con datos históricos provenientes del módulo de TB del SNVS 1.0, utilizando la variable Resultado_VIH.

Para evaluar la cobertura del registro de casos de TB/VIH, se realizó la vinculación entre las bases de datos de los eventos TB y VIH del SNVS 2.0, a fin de identificar casos subregistrados. Esta vinculación permitió obtener una base corregida que refleja con mayor precisión la magnitud de la coinfección.

Finalmente, el análisis de las características clínicas, epidemiológicas y de tratamiento de los casos de TB/VIH se realizó exclusivamente sobre los registros corregidos obtenidos tras la vinculación de ambas bases.

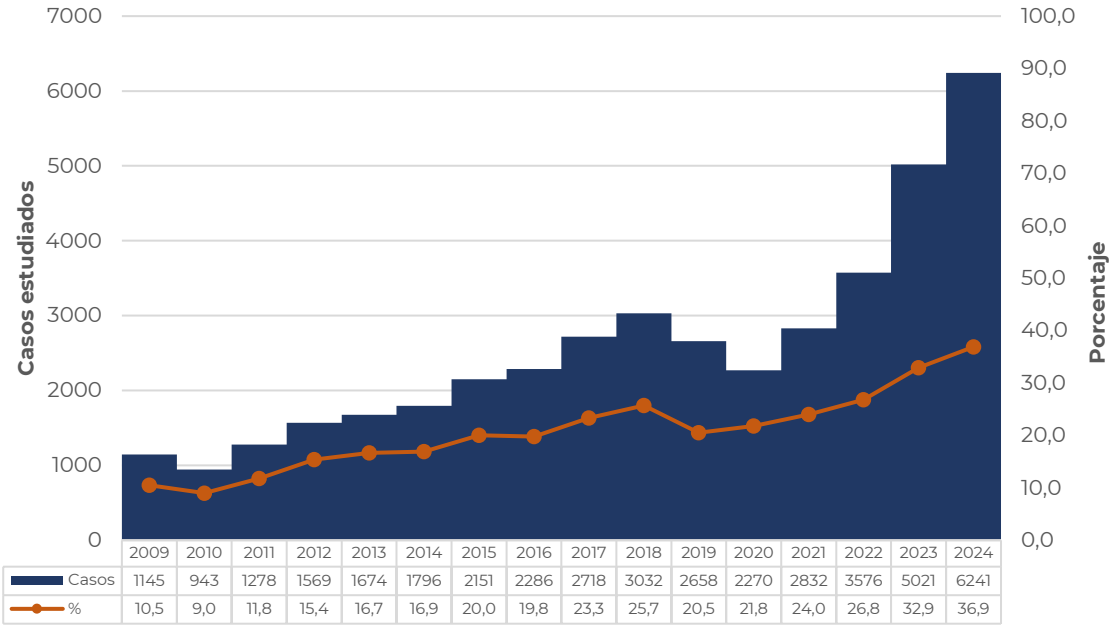
[35] WHO Global Tuberculosis Programme. (1994). TB: a global emergency, WHO report on the TB epidemic. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/58749
[36] World Health Organization. (2022). Implementing the End TB Strategy: The essentials – 2022 update. WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240068812

VIII.5.C. RESULTADOS

Casos de TB notificados con registro de la prueba de VIH

En el contexto regional, Argentina mostró la cobertura más baja de registro de casos con estudio de VIH en comparación con el resto de los países de la región. En el año 2023, última información disponible, la proporción de casos de TB notificados que tenían documentada la realización de una prueba de VIH fue de 83% en las Américas[37], mientras que en Argentina para ese año fue del 32,9%. En Argentina el registro en el SNVS 2.0 del estudio para VIH en pacientes con TB fue en aumento en los últimos años. En 2019 el 20,5% de los casos notificados tenían registrada su situación ante el VIH, porcentaje que aumentó al 36,9% en 2024, pero todavía muy lejos de la meta del 100%.

Gráfico 3. Número de casos de TB con registro de su situación ante el VIH y porcentaje sobre el total de casos de TB notificados. Argentina, 2009-2024.



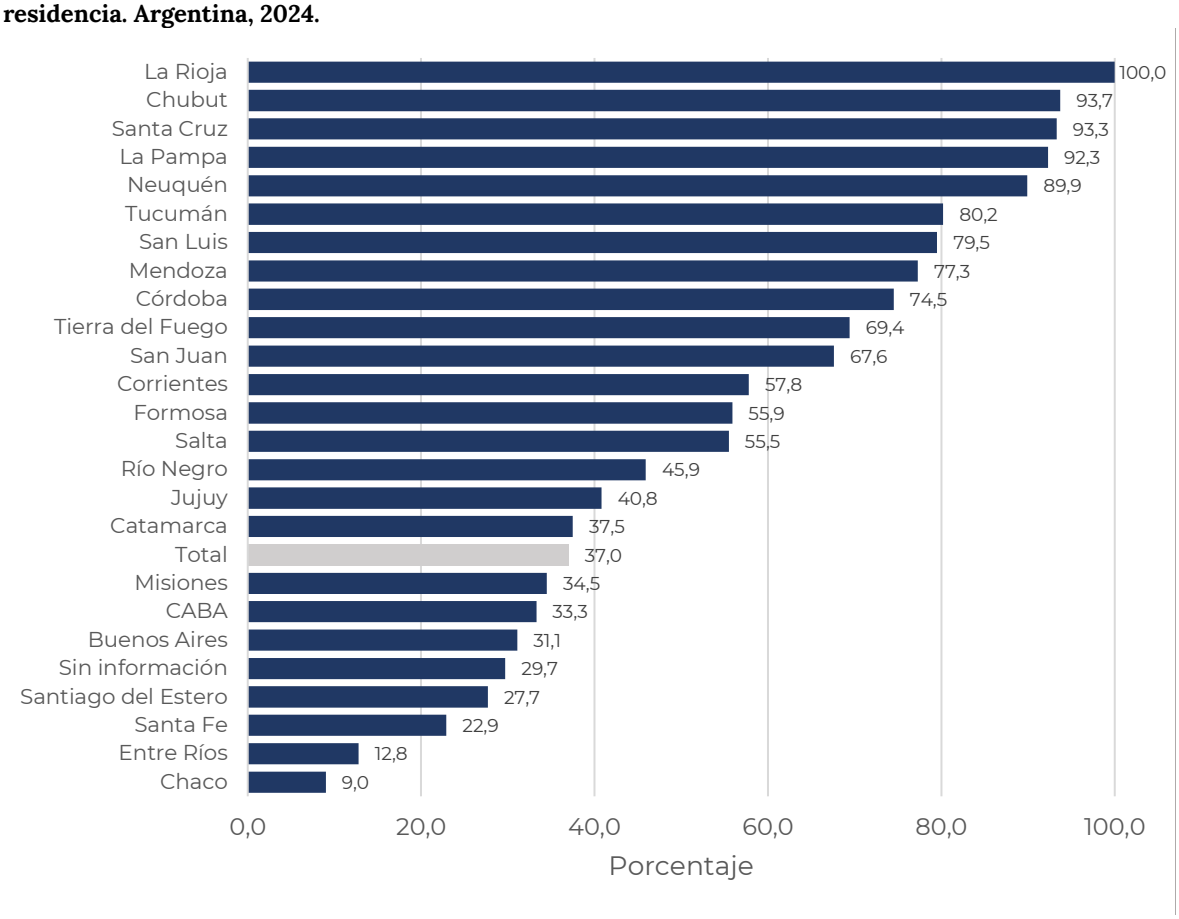
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Casos	1145	943	1278	1569	1674	1796	2151	2286	2718	3032	2658	2270	2832	3576	5021	6241
%	10,5	9,0	11,8	15,4	16,7	16,9	20,0	19,8	23,3	25,7	20,5	21,8	24,0	26,8	32,9	36,9

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2025.

La distribución según provincia fue heterogénea para este indicador. La mayor cobertura de registro de la prueba de VIH en casos de TB se observó en cinco jurisdicciones: La Rioja, Chubut, Santa Cruz, La Pampa y Neuquén, con una cobertura de registros de estudios superior a 85%. En el otro extremo, ocho jurisdicciones tuvieron coberturas menores que el promedio nacional.

[37] Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. (s. f.). Situation of tuberculosis in the Americas. Recuperado abril de 2024, de PAHO website: https://www.paho.org/en/topics/tuberculosis/situation-tuberculosis-americas

Gráfico 4. Proporción de casos de TB notificados que conocen su estado de VIH por provincia de residencia. Argentina, 2024.



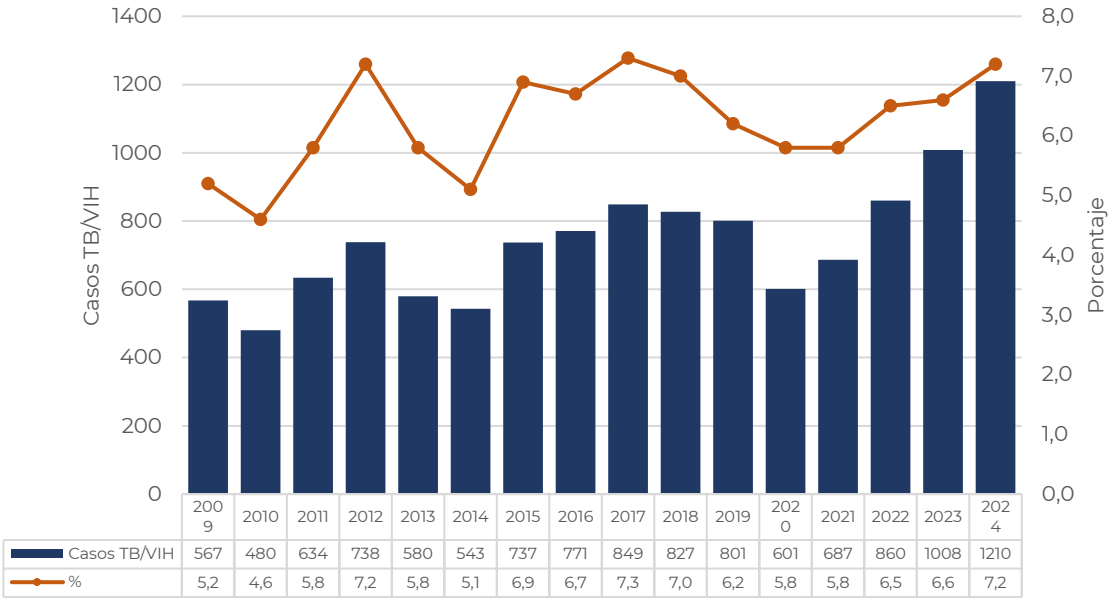
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2025.

Notificación de casos de coinfección TB/VIH

En 2024 el 7,2% (1.210) del total de casos de TB notificados eran seropositivos para el VIH, representando el mayor número de casos notificados y el mayor porcentaje sobre el total de casos de TB desde 2009. En este período el comportamiento de la notificación de casos fue heterogéneo con un mínimo en 2010 (480). Al igual que la notificación general se observó un descenso de los casos TB/VIH registrados entre 2019 y 2020 debido al impacto de la emergencia por covid-19. Sin embargo, el descenso para los casos coinfectados fue del 25%, superior al descenso en el número de casos totales entre ambos años que fue del 18%. A partir de 2020 el número y el porcentaje sobre el total de casos aumentó en forma constante. La velocidad de aumento de los casos de TB/VIH entre 2020 y 2024 fue de 19,5% anual promedio, (IC95%: 17,0 a 22,1; p<0,001).

La seropositividad para VIH en relación con los casos de TB con registro de la prueba de VIH, fue para el total nacional de casi el 20% (19,4%). En las provincias con baja cobertura de registro de la prueba de VIH realizada, la positividad fue elevada, superando el 40% en algunas de ellas. En las jurisdicciones con más del 85% de cobertura de estudio para VIH registrado, la positividad presentó una amplitud entre 4,8% para Neuquén a 26,7% para la provincia de La Rioja.

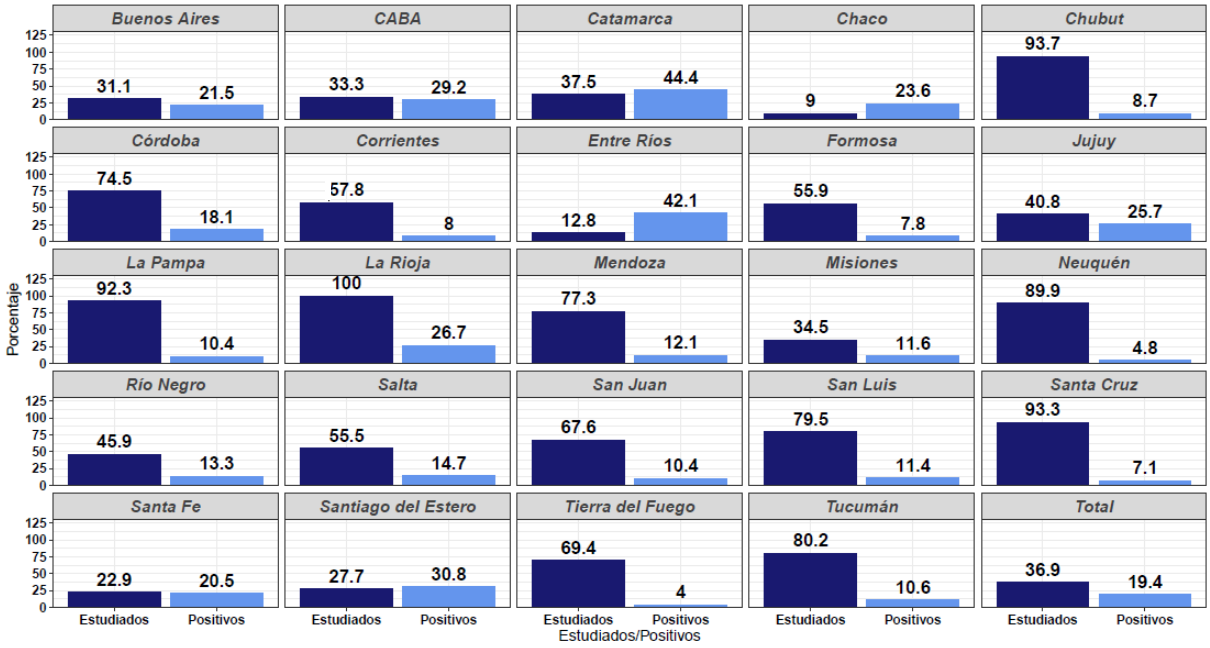
Gráfico 5. Número de casos de TB/VIH y porcentaje sobre el total de casos de TB notificados. Argentina, 2009-2024.



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Casos TB/VIH	567	480	634	738	580	543	737	771	849	827	801	601	687	860	1008	1210
%	5,2	4,6	5,8	7,2	5,8	5,1	6,9	6,7	7,3	7,0	6,2	5,8	5,8	6,5	6,6	7,2

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2025.

Figura 1. Proporción de casos de TB notificados con prueba de VIH registrada y porcentaje de positividad con relación a los estudiados por jurisdicción de residencia. Argentina, 2024.



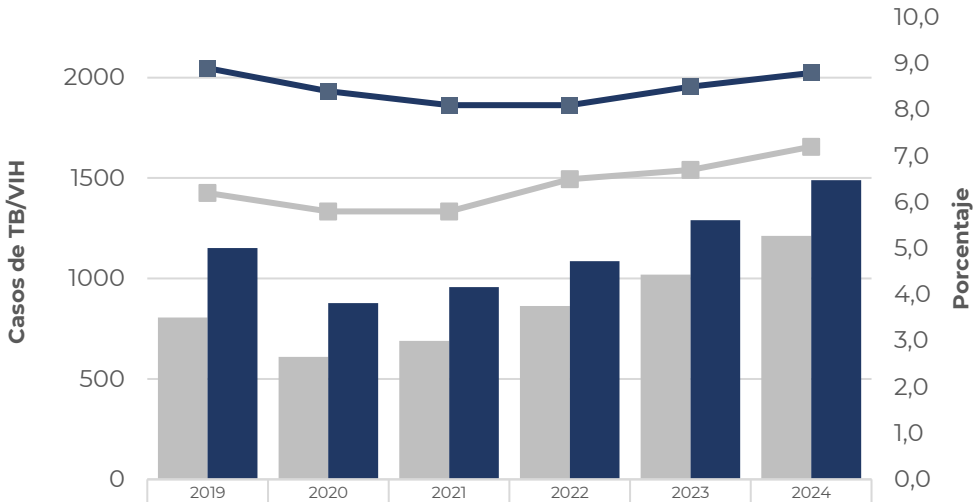
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2025.

Vinculación de bases de datos de los eventos TB y VIH del SNVS 2.0

Al vincular las bases de datos del SNVS 2.0 de los eventos TB y VIH, se observó un subregistro importante en la notificación de los casos coinfectados en el evento TB. En el período 2019-2024 la brecha total fue de 1.651 casos de TB que no están informados como TB/VIH, con una amplitud de 346 a 222 casos para 2019 y 2022 respectivamente. La información de 2024 muestra una diferencia de 277 casos entre ambas bases.

Estas brechas determinan, luego de la vinculación, un aumento en el porcentaje de casos coinfectados de TB/VIH de una media de 6,4% a 8,5% para todo el período, antes y después de la vinculación de bases respectivamente, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p<0.05$). Además, se observó una mayor homogeneidad en la prevalencia de casos de TB/VIH posterior a la vinculación de bases. En los últimos tres años la brecha fue de 1,7 puntos porcentuales y la velocidad de aumento de los casos corregidos entre 2020 y 2024 fue de 14,6% anual promedio, (IC95%: 11,4 a 17,8; $p<0,001$), menor a la de los casos originales.

Gráfico 6. Casos totales de TB/VIH registrados en la base de TB y corregidos luego de la vinculación con la base de VIH y porcentaje sobre el total de casos de TB notificados. Argentina, 2019-2024.

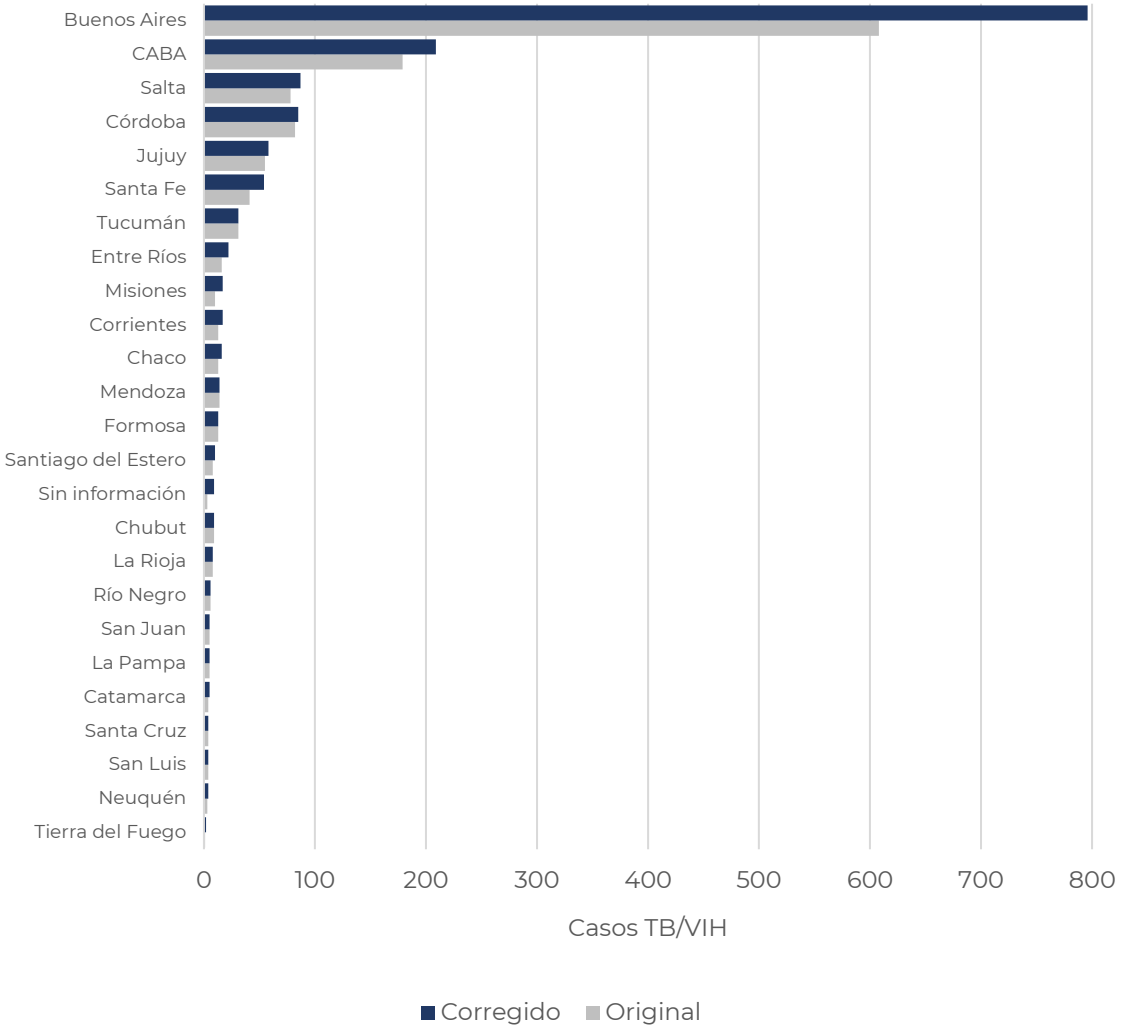


	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Original Casos TB/VIH	806	610	690	864	1019	1213
Corregido Casos TB/VIH	1152	877	957	1086	1291	1490
Original %	6,2	5,8	5,8	6,5	6,7	7,2
Corregido %	8,9	8,4	8,1	8,1	8,5	8,8

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2025.

Entre las jurisdicciones, el comportamiento es también diverso. Las jurisdicciones de Buenos Aires, CABA y Santa Fe concentran el 83,4% de la brecha de casos en 2024. Entre el resto de las jurisdicciones, 10 no tienen subregistro de casos TB/VIH notificados y el resto aportaron 46 casos de TB/VIH no registrados, entre ellas se destacan Salta, Misiones y Entre Ríos con brechas de más de 5 casos entre bases de datos (Gráfico 7).

Gráfico 7: Casos totales de TB/VIH originales registrados en la base de TB y corregidos luego de la vinculación con la base de VIH por jurisdicción de residencia. Argentina, 2024.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2025.

Características de los casos de TB/VIH

En la siguiente tabla se observan características demográficas seleccionadas de los casos de TB/VIH comparados con los casos con serología negativa o no registrada y el total de casos de TB notificados. Durante los seis años del periodo estudiado se notificaron 6.853 (8,5%) de casos con coinfección. El 66.9% de los casos TB/VIH fueron varones, casi 9 puntos porcentuales más que los casos en varones no TB/VIH.

El 60% de los casos de TB/VIH tienen residencia en la región del AMBA, que concentra el 56,9% del total de casos notificados en el país. La región del NEA representó el 3,8% de los casos de TB/VIH, que fue la mitad de la proporción que representan el total de casos TB de la región con relación al total nacional. Los casos de TB/VIH de la región del NOA constituyen el 13,2% de los casos totales de TB/VIH pero presenta la mayor prevalencia de TB/VIH, que fue de 9,4%. La prevalencia más baja correspondió al NEA con un 3,5% de casos coinfectados en relación con el total de casos de TB de la región.

Tabla 2. Características demográficas de los casos de TB/VIH en comparación con los casos VIH negativos o sin información de serología para VIH. Argentina, 2019-2024.

Características	Número de casos	Comparación por coinfección TB/VIH		
		Total[1] (N = 80,689) (100.0%)	No TB/VIH[1] (N = 73,836) (91,5%)	TB/VIH[1] (N = 6,853) (8,5%)
Edad al diagnóstico (media ± DE)	**80.574**	**36,6 ± 18,8**	**36,4 ± 19,3**	**39,2 ± 11,5**
Grupos de edad	**80.574**			
Menor 15 años		6.016 (7,5%)	5.952 (8,1%)	64 (0,9%)
15 a 34 años		36.436 (45,2%)	33.918 (46,0%)	2.518 (36,8%)
35 a 59 años		26.864 (33,3%)	22.909 (31,1%)	3.955 (57,7%)
60 años y más		11.258 (14,0%)	10.944 (14,8%)	314 (4,6%)
Sexo	**79.520**			
Mujeres		32.659 (41,1%)	30.404 (41,8%)	2.255 (33,1%)
Varones		46.861 (58,9%)	42.303 (58,2%)	4.558 (66,9%)
Regiones	**80.004**			
AMBA		45.491 (56,9%)	41.410 (56,6%)	4.081 (60,0%)
CENTRO[2]		14.226 (17,8%)	12.952 (17,7%)	1.274 (18,7%)
CUYO		1.340 (1,7%)	1.225 (1,7%)	115 (1,7%)
NEA		7.255 (9,1%)	6.998 (9,6%)	257 (3,8%)
NOA		9.584 (12,0%)	8.685 (11,9%)	899 (13,2%)
SUR		2.108 (2,6%)	1.935 (2,6%)	173 (2,5%)

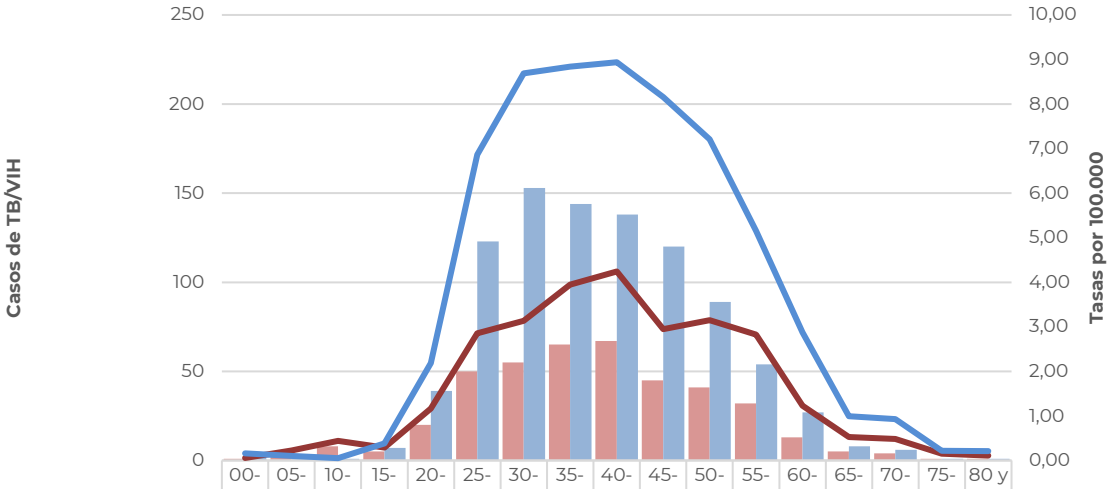
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2025.

[1] *Media ± SD; n (%)*

[2] *La región CENTRO incluye los partidos de la provincia de Buenos Aires que no pertenecen al* AMBA

El 57,7% de los casos se concentró en el grupo de adultos de 35 a 59 años, superior en más de 20 puntos porcentuales a los casos no coinfectados del mismo grupo. Además, la prevalencia de VIH fue de 14,7% entre los casos de TB en adultos de 35 a 59 años. En los casos incidentes el mayor riesgo de coinfección se registró en los grupos de varones de 30 a 44 años con una tasa media de 8,8 por 100.000 habitantes. Las mujeres tuvieron tasas muy inferiores con un pico en el grupo de 40 a 44 años que fue de 4,2 por 100.000 habitantes (Gráfico 7).

Gráfico 8. Notificación de casos de TB/VIH nuevos y recaídas por edad y sexo. Número de casos y Tasas por 100.000. Argentina, 2024.



	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80 y más
Mujeres Casos	1	4	8	5	20	50	55	65	67	45	41	32	13	5	4	1	1
Varones Casos	3	2	1	7	39	123	153	144	138	120	89	54	27	8	6	1	1
Mujeres Tasa	0,06	0,22	0,44	0,29	1,16	2,86	3,14	3,94	4,24	2,95	3,15	2,83	1,23	0,53	0,49	0,15	0,11
Varones Tasa	0,16	0,10	0,05	0,38	2,18	6,87	8,69	8,84	8,94	8,15	7,21	5,16	2,87	0,99	0,93	0,22	0,21

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2025.

En la Tabla 3 se incluyeron características clínicas, de diagnóstico y tratamiento de los casos de TB/VIH comparados con los casos con serología negativa o no registrada y el total de casos de TB notificados.

El 73,9% de los casos de TB/VIH notificados en el período 2019-2024, fueron nuevos, inferior al 80,2% en el total de casos de TB. Los casos de TB/VIH con tratamiento previo representaron el 13,1%, siendo esta proporción casi 4 puntos porcentuales más alta que en el total de casos notificados (8,3%).

Tabla 3. Características clínicas, de diagnóstico y tratamiento de los casos de TB/VIH en comparación con los casos VIH negativos o sin información de serología para VIH. Argentina, 2019-2024.

Características	Número de casos	Comparación por coinfección TB/VIH		
		Total[1] (N=80.689) (100%)	No TB/VIH[1] (N=73.836) (91,5%)	TB/VIH[1] (N=6.853) (8,5%)
Antecedentes de tratamiento[2]	**80.689**			
Nuevo		64.274 (79,7%)	59.209 (80,2%)	5.065 (73,9%)
Con tratamiento previo		6.990 (8,7%)	6.094 (8,3%)	896 (13,1%)
Sin información		9.425 (11,7%)	8.533 (11,6%)	892 (13,0%)
Localización	**80.689**			
Pulmonar		59.538 (73,8%)	55.657 (75,4%)	3.881 (56,6%)
Extrapulmonar		9.212 (11,4%)	8.015 (10,9%)	1.197 (17,5%)
Mixta		7.979 (9,9%)	6.487 (8,8%)	1.492 (21,8%)
No clasificada		3.960 (4,9%)	3.677 (5,0%)	283 (4,1%)
Resultados imágenes[3]	**46.348**			
BCC (bilateral con cavidad)		15.214 (32,8%)	14.351 (33,4%)	863 (25,3%)
BSC (bilateral sin cavidad)		7.749 (16,7%)	6.681 (15,6%)	1.068 (31,3%)
UCC (unilateral con cavidad)		10.542 (22,7%)	10.094 (23,5%)	448 (13,1%)
USC (unilateral sin cavidad)		7.542 (16,3%)	7.113 (16,6%)	429 (12,6%)
TB miliar		971 (2,1%)	701 (1,6%)	270 (7,9%)
Derrame pleural		3.385 (7,3%)	3.201 (7,5%)	184 (5,4%)
Neumonía lobar		128 (0,3%)	117 (0,3%)	11 (0,3%)
Sin lesiones		817 (1,8%)	678 (1,6%)	139 (4,1%)
Bacteriología	**80.689**			
Positiva		57.391 (71,1%)	52.816 (71,5%)	4.575 (66,8%)
Negativa/No informada		23.298 (28,9%)	21.020 (28,5%)	2.278 (33,2%)
Diagnóstico rápido	**80.689**			
Si		13.585 (16,8%)	11.808 (16,0%)	1.777 (25,9%)
Sin información		67.104 (83,2%)	62.028 (84,0%)	5.076 (74,1%)
Prueba de resistencia a las drogas[4]	**52.151**			
PSD realizada		24.208 (46,4%)	21.674 (45,0%)	2.534 (64,3%)
PSD no realizada/No informada		27.943 (53,6%)	26.539 (55,0%)	1.404 (35,7%)
Resistencia a las drogas	**80.689**			
XDR		30 (0,0%)	25 (0,0%)	5 (0,1%)
pre-XDR		71 (0,1%)	53 (0,1%)	18 (0,3%)
MDR		737 (0,9%)	600 (0,8%)	137 (2,0%)
RR		459 (0,6%)	338 (0,5%)	121 (1,8%)
Resistente		873 (1,1%)	785 (1,1%)	88 (1,3%)
Sensible/Sin información		78.519 (97,3%)	72.035 (97,6%)	6.484 (94,6%)
Resultado del tratamiento[5]	**63.771**			
Éxito		33.619 (52,7%)	31.635 (54,2%)	1.984 (37,0%)
Fallecido		4.578 (7,2%)	3.574 (6,1%)	1.004 (18,7%)
Fracaso del tratamiento		111 (0,2%)	100 (0,2%)	11 (0,2%)
Pérdida de seguimiento		6.917 (10,8%)	6.144 (10,5%)	773 (14,4%)
Traslado		1.444 (2,3%)	1.293 (2,2%)	151 (2,8%)
En tratamiento		10.538 (16,5%)	9.639 (16,5%)	899 (16,8%)
Sin información		6.564 (10,3%)	6.023 (10,3%)	541 (10,1%)

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2025.

[1] *n (%)*

[2] *Los casos clasificados Con tratamiento previo incluyen las recaídas.*

[3] *Porcentaje en relación con los casos pulmonares con resultado de imágenes registrado*

[4] *Porcentaje en relación con los casos pulmonares confirmados*

[5] *No se consideró el año 2024 para este análisis*

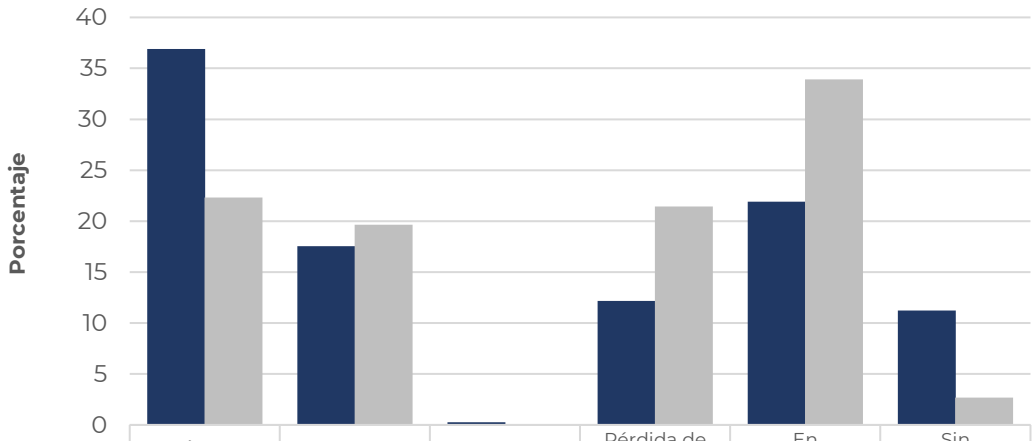
La localización pulmonar, que incluye las formas exclusiva y mixta, fue la de mayor frecuencia entre los casos TB/VIH (78,4%) pero inferior a la frecuencia de la localización pulmonar en los no coinfectados (84,2%). La localización pulmonar exclusiva representó el 56,6% de los casos de TB/VIH, casi 20 puntos porcentuales menos que la proporción en los casos no coinfectados. Las formas extrapulmonares exclusivas y mixtas constituyeron el 39,3% del total de casos con coinfección y el 19,7% de los casos no TB/VIH.

Las imágenes radiológicas muestran una menor proporción de formas cavitadas (BCC, UCC), siendo del 38,4% y 56,9% para los casos de TB/VIH y no TB/VIH respectivamente. De las formas no cavitadas la bilateral representó casi el doble en los casos de TB/VIH en comparación con los no coinfectados, 31,3% y 15,6% respectivamente. La proporción del patrón miliar fue del 7,9% en los casos coinfectados, cuatro veces superior al porcentaje en los casos no TB/VIH (1,6%).

El registro de evaluación del tratamiento revela que los casos coinfectados tienen una tasa de éxito más baja, mayor letalidad y pérdida de seguimiento en comparación con los pacientes sin TB/VIH. La letalidad es tres veces mayor en casos TB/VIH, llegando al 18,7%. Además, en el 16,8% se mantiene el registro de su situación como “En tratamiento” pese a que pasó el tiempo suficiente para completarlo, y otro 10,1% no tiene información sobre su tratamiento antituberculoso (Tabla 2).

La última evaluación de tratamiento cerrada (año 2023) muestra que los resultados del tratamiento presentaron diferencias en su distribución según los antecedentes de tratamiento registrados (Gráfico 6). La proporción de casos sin información fue mayor entre los casos nuevos y recaídas respecto a los casos con tratamiento previo, representando proporciones del 2,7% y 11,2%, respectivamente. Sin embargo, el porcentaje de los casos que mantienen su estatus de “En tratamiento” es mayor en los casos con tratamiento previo 33,9%. Los casos nuevos y recaídas presentaron una mayor proporción de éxito en el tratamiento que aquellos con antecedentes de tratamiento, con el 36,9% vs el 22,3%, respectivamente. Las pérdidas de seguimiento fueron del 21,4% del total de casos antes tratados. Finalmente, la letalidad representó el 19,6% de los casos con tratamiento previo y el 17,5% entre los casos nuevos y recaídas.

Gráfico 9. Resultados del tratamiento de los casos TB/VIH según clasificación al inicio. Argentina, 2023.



	Éxito	Fallecido	Fracaso	Pérdida de seguimiento	En tratamiento	Sin información
Nuevos y recaídas	36,9	17,53	0,26	12,18	21,91	11,22
Antes tratados	22,32	19,64	0	21,43	33,93	2,68

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Dr. Emilio Coni”, con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 jurisdicciones del País. Ministerio de Salud, Argentina, 2025.

VIII.5.D. COMENTARIOS Y CONCLUSIONES SOBRE LA ASOCIACIÓN TUBERCULOSIS Y VIH

Conocer con precisión la situación de la coinfección TB/VIH es fundamental para dimensionar su carga real, caracterizar los casos afectados y evaluar el impacto de las estrategias de diagnóstico y tratamiento implementadas. Este análisis evidencia aún limitaciones en la calidad de los registros disponibles en el sistema de vigilancia, lo cual restringe la capacidad para generar información precisa y oportuna que oriente las decisiones programáticas.

La cobertura del estudio de VIH entre los casos de TB notificados continúa siendo baja y heterogénea entre jurisdicciones, muy por debajo del objetivo del 100% planteado por la estrategia global "Fin de la TB". La vinculación de bases de datos del SNVS 2.0 permitió detectar un subregistro significativo de casos coinfectados, lo que sugiere que muchos pacientes con VIH y TB no son identificados adecuadamente por el sistema.

En cuanto a las características de los casos de coinfección, se observa una mayor frecuencia en varones adultos jóvenes, en línea con la epidemiología del VIH en Argentina[38]. Geográficamente, los casos se concentran en la región del AMBA, siguiendo el comportamiento de la TB en general de concentración en grandes centros urbanos, aunque con elevada prevalencia también en algunas regiones del norte del país.

Las formas clínicas extrapulmonares son más frecuentes en pacientes con TB/VIH, especialmente las formas diseminadas, meníngeas y ganglionares. Esta distribución sugiere una mayor severidad clínica y una probable inmunosupresión avanzada en muchos casos. Además, la coinfección se asocia a una mayor proporción de tuberculosis con resistencia a rifampicina y a otras drogas, lo que incrementa la complejidad del tratamiento.

Los resultados del tratamiento en personas con TB/VIH son menos favorables en comparación con los pacientes sin VIH: presentan menor tasa de éxito, mayor letalidad y pérdida de seguimiento. Esto pone en evidencia desafíos tanto en la adherencia como en el acceso y seguimiento de los tratamientos combinados.

Frente a este escenario, es imprescindible fortalecer las acciones colaborativas entre los programas de TB y VIH. En particular, se recomienda[39]:

- Reforzar la oferta universal de pruebas de VIH para toda persona diagnosticada con TB.
- Fortalecer el registro completo, oportuno y sistemático del diagnóstico y tratamiento en el SNVS 2.0.
- Promover la integración de los servicios de diagnóstico, atención, seguimiento y registro de TB y VIH.
- Ampliar la cobertura de pruebas rápidas, especialmente en pacientes con mayor riesgo clínico o social.
- Evaluar las causas de mortalidad y las barreras en la continuidad del tratamiento para orientar estrategias preventivas y de atención integral.

Estas medidas permitirán mejorar el diagnóstico temprano, optimizar los tratamientos y, en última instancia, reducir la mortalidad y morbilidad asociadas a la coinfección TB/VIH en Argentina.

[38] Boletín N° 41 Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. Año XXVII - Diciembre de 2024. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2024.
[39]World Health Organization. (2022). Implementing the End TB Strategy: The essentials – 2022 update. WHO. https://www.who.int/publications/i/item/9789240068812

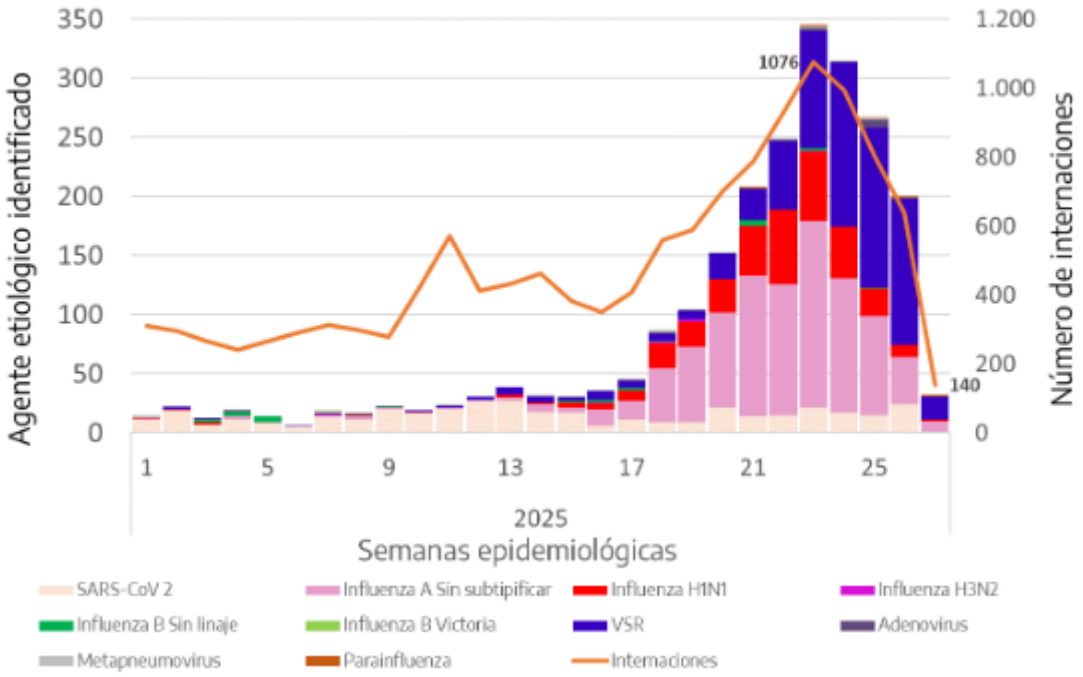
DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

IX. Boletines Jurisdiccionales

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

En lo que va del año 2025 el número de internaciones por IRA es una 43% más bajo que para el mismo período de 2024. De esas internaciones, el 22% y el 26% corresponden a menores de 2 años y a mayores de 60 años, respectivamente.

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



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

Para más información:

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

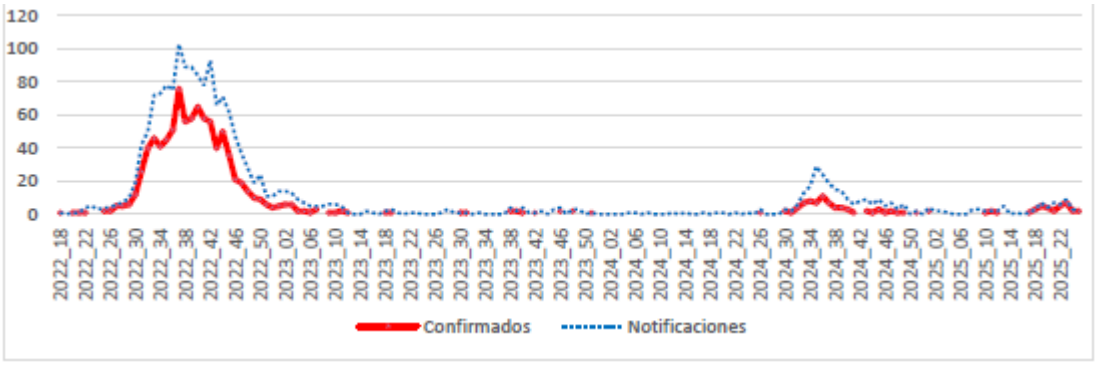
IX.2. CABA: Vigilancia de Mpox

En el año 2022 se detectó un brote de MPOX causado por el clado IIb en el ámbito local, el cual también repercutió en la CABA entre las SE 27 de 2022 y SE 5 de 2023. El pico de casos de ese brote fue en la SE 37 de 2022, después de lo cual comenzaron a disminuir las notificaciones. Se observa el predominio de los agentes virales. En lo que hace al detalle de los agentes se registra la siguiente información.

En 2024-25, en el período comprendido entre la SE 1 de 2024 y las SE 26 de 2025 fueron notificados en total 294 residentes, que se distribuyeron de la siguiente manera: 109 casos confirmados, 139 descartados y 46 casos que se encuentran en investigación. De los 109 casos confirmados, un caso requirió internación, la cual transcurrió con resolución favorable. Del total de casos notificados en residentes, las notificaciones se distribuyeron equitativamente entre el subsector público y privado. Hasta la fecha no se han informado casos relacionados con el clado Ib.

El caso de la SE 26 de 2024 se ha determinado como asociado a la importación, pero en los notificados hasta la SE 26 de 2025 inclusive, no se han podido ubicar antecedentes inmediatos de viaje. En cuanto a la vía de transmisión, la investigación epidemiológica ha registrado contactos de riesgo, asociados predominantemente a prácticas sexuales. Se han registrado confirmaciones en a partir de las semanas 10, 11 y 12/2025 luego de un intervalo sin casos confirmados de ocho semanas, y luego desde la SE17 de 2025 hasta la fecha.

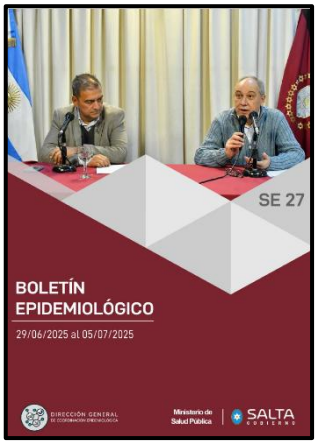
Notificaciones y casos confirmados viruela símica. Residentes CABA - por año y semana epidemiológica Abr-2022 / May-2025 (SE 26). N notificaciones = 1798 / N casos = 1017



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

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

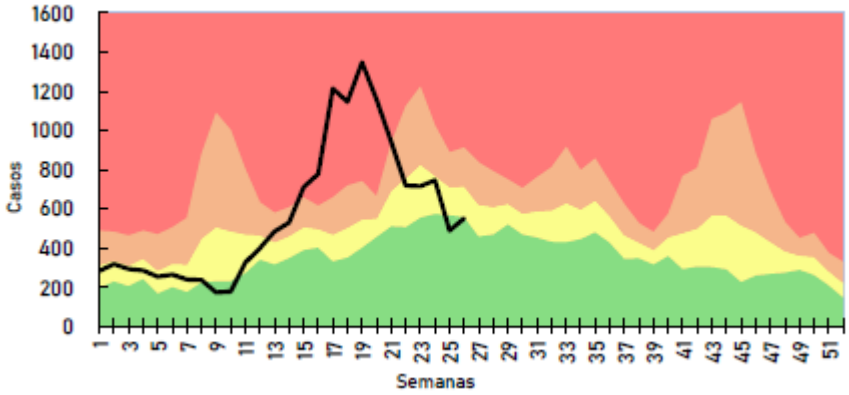
IX.3. Salta: Enfermedad tipo influenza (ETI)



Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) constituyen una importante causa de morbimortalidad, fundamentalmente entre los niños menores de cinco años, las personas mayores de 65 años y aquellas que presentan ciertas condiciones que aumentan el riesgo para desarrollar complicaciones que pueden derivar en formas graves.

Se observa un aumento en las notificaciones de casos de ETI, con respecto a la semana anterior, el corredor endémico continua en zona de éxito.

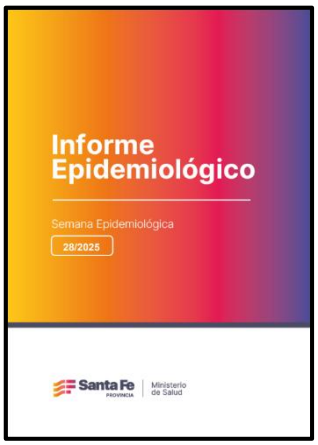
Corredor endémico semanal de enfermedad tipo influenza (ETI) – Años 2018 a 2024. SE 26 de 2025. Provincia de Salta. (n=14.793*)



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

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

IX.4. Santa Fe: Infecciones respiratorias agudas (IRA)

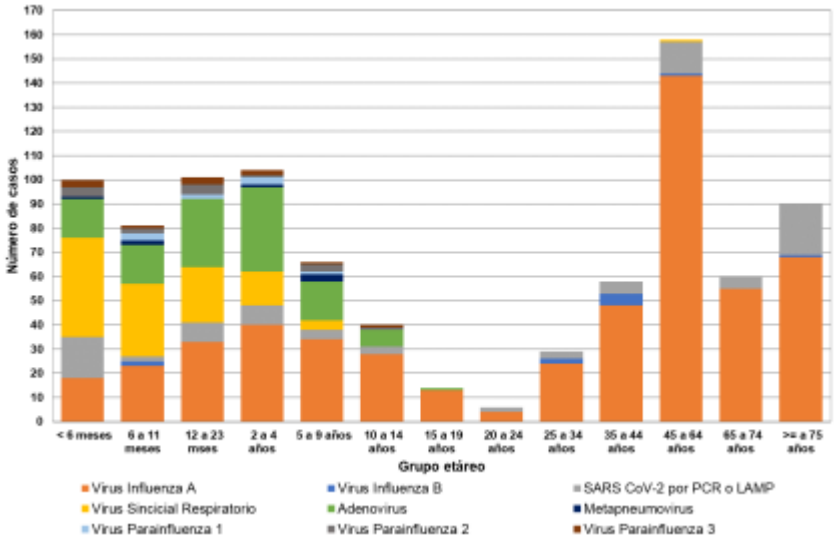


El siguiente análisis de Infecciones respiratorias agudas se realiza considerando las notificaciones de virus respiratorios correspondientes a la vigilancia de laboratorio bajo el grupo de eventos "Infecciones respiratorias virales en pacientes internados, modalidad agrupada/numérica semanal y al evento "Internado y/o fallecidos por COVID o IRA" con modalidad nominal e individualizada.

Según el porcentaje de positividad se puede observar que a partir de la SE19 se incrementaron los casos de influenza A, con predominio de influenza A H1N1. Los casos positivos de Influenza B en internados, se notificaron en SE1 y desde la SE20 hasta la SE27 (con excepción de la SE22). Por otro lado, se informan casos positivos de SARS CoV-2 en todas las semanas, con excepción de la SE13, SE18 y SE21. Respecto al Virus Sincicial Respiratorio (VSR) se notificaron casos en forma aislada en las SE7, SE12, SE16, el mayor porcentaje de positividad se visualizó en la SE18, registrándose un aumento en las últimas SE. Los casos positivos de Adenovirus fueron informados desde la SE 1 hasta la SE 27.

En cuanto a las edades, los casos de Influenza A y SARS CoV-2 se notificaron en todos los grupos etarios, mientras que el Virus Sincicial Respiratorio se observa principalmente en los menores de 5 años.

Distribución absoluta de casos positivos de virus respiratorios en pacientes internados con IRA según grupos de edad. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 27 – Año 2025.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección Provincial de Red de Laboratorios en base a datos 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

IX.5. Tierra del Fuego: Eventos nominales

Los eventos nominales se refieren a aquellos que se notifican de manera individual, con periodicidad inmediata o semanal. Las tasas se calculan cada 100.000 habitantes y puede observarse diferencias con el nivel nacional, dado que se excluyen aquellos eventos con residencia en la provincia notificados en otras jurisdicciones del país.

Se priorizan los 10 eventos nominales con mayor tasa de notificación, a nivel provincial.

Casos notificados en TDF y por localidad hasta SE 28 año 2025.

	Río Grande	Tolhuin	Ushuaia	TDF	
	Casos	Casos	Casos	Casos	Tasas
1.Sífilis	112	5	109	226	115.9
2. Intoxicación / Exposición por Monóxido de Carbono	43	0	7	50	25.6
3.Intento de suicidio	26	1	8	35	17.9
4.Parotiditis	14	4	8	26	13.3
5. VIH	7	1	17	25	12.8
6.Diarrea aguda	18	0	5	23	11.7
7.Otras infecciones invasivas	13	1	9	23	11.7
8.Tuberculosis	3	0	5	8	4.1
9.Hepatitis C	1	0	3	4	2.0
10.Hepatitis B	1	1	1	3	1.5

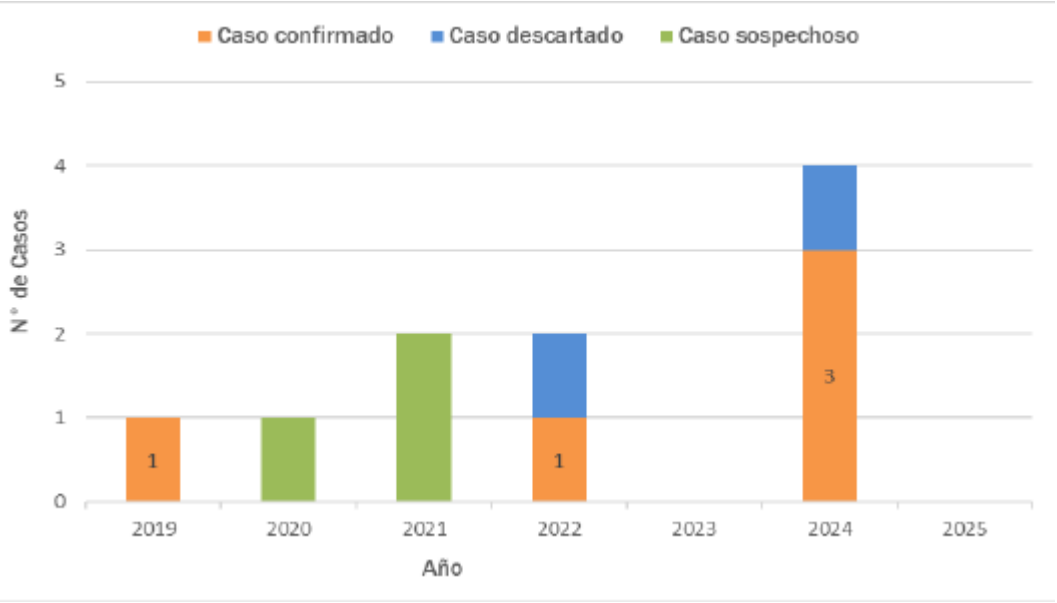
Fuente: SNVS 2.0 Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología e Información en Salud. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.

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

IX.6. Tucumán: Botulismo del lactante

En la provincia de Tucumán, entre el 2019 y en lo que va del 2025 se notificaron un total de 10 casos de botulismo del lactante, entre los cuales 5 casos confirmados, 3 sospechosos y 2 descartados. No se conocen casos de brotes o epidemias de botulismo del lactante.

Número de casos de Botulismo del Lactante en Tucumán. Período 2019-2025.



Fuente: SNVS- Dirección de Epidemiología.

Para más información comunicarse al mail:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **julio** del corriente año, en el marco de su adecuación al Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria.

En lo sucesivo, las futuras actualizaciones de las codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 se publicarán periódicamente, proporcionando una visión detallada y oportuna de las mejoras y ajustes continuos en el sistema.

Para consultar cambios que se hayan realizado en 2024 remitirse al siguiente documento: Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nro 737

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
Julio	Brucelosis en embarazadas	Evento	Se deshabilitó el evento	
Julio	Hepatitis aguda grave de origen desconocido	Evento	Se deshabilitó el evento	