



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° 767

Semana epidemiológica 30
AÑO 2025
Desde 20/07 al 26/07
Fecha de publicación
04/08/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA



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 Leishmaniasis Visceral y Tegumentaria

Del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmisibles.

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

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

Agradecimientos:

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

Imagen de tapa:

Los flebótomos, como este *P. Papatasi*, son responsables de la propagación de la leishmaniasis, una enfermedad parasitaria transmitida por vectores. Foto tomada del Center for Disease Control and Prevention (CDC).

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°767, SE 30.

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) N° 765 presenta una actualización integral de la situación sanitaria nacional correspondiente a la Semana Epidemiológica (SE) 30, 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. Además, como parte complementaria de la vigilancia laboratorial se incluye la caracterización genómica de SARS COV-2.

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 sobre leishmaniasis, que incluye visceral, cutánea y mucosa. En esta edición, se actualiza la información de todas las formas de presentación de esta enfermedad tan relevante en la región norte de nuestro país.

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
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. Bolivia	17
IV.2.B. Brasil	17
IV.2.C. Canadá	18
IV.2.D. Estados Unidos de América	18
IV.2.E. México	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.5. Recomendaciones para la comunidad	24
IV.6. Recomendaciones para los equipos de salud	24
IV.7. Vigilancia epidemiológica	24
IV.7.A. Definición y clasificación de caso	24
IV.8. Medidas de prevención	24
IV.9. Medidas ante casos y contactos	25
IV.9.A. Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados:	25
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	27
V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus	27
V.1.A. Subregión Cono Sur	27
V.2. Situación de dengue en Argentina	30
V.2.A. Situación histórica	30
V.2.B. Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras arbovirosis	32
V.2.C. Temporada actual	32
V.2.D. Distribución según región, jurisdicción y departamento	34
V.2.E. Situación según serotipos circulantes	37
V.2.F. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo”	38
V.2.G. Vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue	39
V.2.H. Favorabilidad para brotes de Dengue	40
V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus	42
V.4. Vigilancia entomológica	43
V.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición	43
V.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) –SE15 (2025)	43
V.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios	47
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	51
VI.1. Nota Metodológica	51
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	51
VI.3. Síntesis de la información nacional destacada	52
VI.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	52
VI.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	54
VI.4.A. Enfermedad tipo influenza (ETI)	54
VI.4.B. Neumonía	56
VI.4.C. Bronquiolitis	57

VI.5.	Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios	58
VI.6.	Recomendaciones ante el aumento de casos de influenza y la circulación de virus respiratorios	63
VI.6.A.	Recomendaciones para la población general	63
VI.7.	Vacunación antigripal	63
VI.7.A.	Población objetivo para vacunación antigripal:	64
VII.	Vigilancia Genómica de SARS-CoV-2	65
VII.1.	Situación mundial	65
VII.2.	Situación nacional	66
VIII.	Actualización de estudio de brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado	68
VIII.1.	Introducción	68
VIII.1.A.	Sobre los aislamientos identificados y las definiciones de caso	69
VIII.2.	Situación epidemiológica	70
VIII.3.	Desempeño de plataformas MALDITOF-MS para la identificación de Klebsiella variicola y Klebsiella pneumoniae	72
VIII.4.	Vigilancia epidemiológica	73
VIII.4.A.	Modalidad de vigilancia y nota metodológica	73
VIII.4.B.	Objetivos de la vigilancia	73
VIII.4.C.	Definiciones de caso	73
ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS		75
IX.	Leishmaniasis Visceral y Tegumentaria (Cutánea y Mucosa) - Actualización Informe epidemiológico	76
IX.1.	Introducción	76
IX.1.A.	Sobre esta publicación	76
IX.1.B.	Sobre la enfermedad	76
IX.2.	Descripción clínico-epidemiológica de la leishmaniasis visceral y tegumentaria (cutánea y mucosa)	77
IX.2.A.	Leishmaniasis visceral	77
IX.2.B.	Leishmaniasis cutánea	77
IX.2.C.	Leishmaniasis mucosa	78
IX.3.	Situación Epidemiológica de la Leishmaniasis Visceral Humana en Argentina	79
IX.3.A.	Nota metodológica	79
IX.3.B.	Marco histórico	79
IX.3.C.	Situación epidemiológica 2025	80
IX.4.	Situación Epidemiológica de la Leishmaniasis Cutánea y Mucosa en Argentina	81
IX.4.A.	Nota Metodológica	81
IX.4.B.	Situación Histórica de la Leishmaniasis Tegumentaria	82
IX.4.C.	Situación actual de la leishmaniasis cutánea	82
IX.4.D.	Situación actual de la leishmaniasis mucosa	84
IX.5.	Objetivos de la vigilancia de la Leishmaniasis Visceral y Tegumentaria	84
IX.5.A.	Recomendaciones para la Prevención y el Control de la Leishmaniasis Visceral	84
IX.5.B.	Medidas ante casos y contactos	85
IX.5.C.	Medidas ante brotes	86
IX.6.	Recomendaciones para la Prevención y el Control de la Leishmaniasis Tegumentaria (Cutánea y Mucosa)	86
IX.6.A.	Prevención	86
IX.6.B.	Medidas ante casos y contactos	87
IX.6.C.	Medidas ante brotes	87
ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES		88
X.	Introducción	89
X.1.	Rabia - Timor Oriental	90
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES		92
XI.	Boletines Jurisdiccionales	93
XI.1.	Buenos Aires: Sarampión	93
XI.2.	Entre Ríos: Infecciones respiratorias agudas virales en internados	94
XI.3.	Salta: Neumonía	95
XI.4.	Santa Fe: Influenza en pacientes ambulatorios	96
XI.5.	Tierra del Fuego: Neumonía	97
XI.6.	Tucumán: Bronquiolitis	98
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA		99
XII.	Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	100

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**, contruidos 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 1-30. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-30	2025 Acumulados SE 1-30	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	4	4	N/A
Enfermedades zoonóticas animales	Rabia animal	105	83	-22	-21%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	5.358	10.169	4.811	90%
	Araneísmo-Env. por Latroectus (Latroectismo)	195	273	78	40%
	Araneísmo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	76	92	16	21%
	Araneísmo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	5	4	-1	-20%
	Cisticercosis	4	6	2	50%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.680	4.648	1.968	73%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	302	539	237	78%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	18	30	12	67%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	13	7	117%
	Brucelosis	66	67	1	2%
Hantavirosis	38	37	-1	-3%	
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	16	13	433%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	866	915	49	6%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	6	13	7	117%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	3	18	15	500%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	5	29	24	480%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	3	1	-2	-67%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	6.186	6.186	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	441	441	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	325	325	N/A
Pandrogro resistencia	Pandrogro resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogro resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
	Pandrogro resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	7.511	10.001	2.490	33%

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 1-30. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-30		2025 Acumulados SE 1-30		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	2.550	134	1.952	162	-598	-23%	28	21%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	662	2	5.286	35	4.624	698%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	662	2	5.286	35	4.624	698%	33	1650%
	Meningitis - Meningoencefalitis	1.248	536	1.543	519	295	24%	-17	-3%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomieltitis	69	0	59	0	-10	-14%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	88.205	56.228	58.452	17.453	-29.753	-34%	-38.775	-69%
	Encefalitis de San Luis	209	5	293	0	84	40%	-5	-100%
	Fiebre amarilla humana	104	0	128	0	24	23%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	33	0	62	0	29	88%	0	N/A
	Zika	1.448	0	778	0	-670	-46%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	396	226	223	79	-173	-44%	-147	-65%
Enfermedades zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.552	40	1.509	129	-43	-3%	89	223%
	Psitacosis	196	34	513	98	317	162%	64	188%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	845	39	946	30	101	12%	-9	-23%
	Sifilis Congénita	1.685	562	561	550	-1.124	-67%	-12	-2%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	5	0	5	N/A	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1.410	1.339	1.050	901	-360	-26%	-438	-33%
	Sifilis en embarazadas	6.073	5.387	6.714	6.228	641	11%	841	16%
	Hepatitis B en embarazadas	56	39	71	19	15	27%	-20	-51%
Hepatitis virales	Hepatitis A	93	23	164	83	71	76%	60	261%
	Hepatitis B	1.646	388	1.894	404	248	15%	16	4%
	Hepatitis C	1.444	744	1.393	832	-51	-4%	88	12%
	Hepatitis E	31	3	24	3	-7	-23%	0	0%
Infecciones de transmisión sexual	Sifilis en población general	18.635	14.885	29.534	25.255	10.899	58%	10.370	70%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	849	822	1.485	1.414	636	75%	592	72%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	37	4	196	79	159	430%	75	1875%

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 1-30. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-30	2025 Acumulados SE 1-30	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmitidas por alimentos	Diarrea	361.149	430.643	69.494	19%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.078	1.148	70	6%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	773	528	-245	-32%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	71.559	43.243	-28.316	-40%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	702.899	662.473	-40.426	-6%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	46.832	39.955	-6.877	-15%
	Neumonía (sin especificar)	53.011	42.461	-10.550	-20%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	0	3.492	3.492	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	1	2.236	2.235	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	15.410	15.410	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	996	995	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	3	4.109	4.106	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	3	3.500	3.497	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	58	19.867	19.809	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	12	3.915	3.903	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	3	1.608	1.605	N/A
	Lesiones por electrocución	0	414	414	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	530	530	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	1	45.071	45.070	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	0	15.358	15.358	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	6	21.704	21.698	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	336	336	N/A
Otras lesiones en el hogar	4	16.116	16.112	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 1-30. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-30		2025 Acumulados SE 1-30		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	2.515	141	1.928	112	-587	-23%	-29	-21%
	Infección por Mycoplasma genitalium	432	8	307	9	-125	-29%	1	13%
	Infección por Mycoplasma hominis	1.640	160	1.529	201	-111	-7%	41	26%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	9.028	285	4.436	238	-4.592	-51%	-47	-16%
	Infección por Trichomonas vaginalis	14.577	1.545	11.940	1.370	-2.637	-18%	-175	-11%

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, encefalomiелitis 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. BOLIVIA¹

Hasta el 27 de julio, se han reportado 175 casos de sarampión en cinco departamentos: 147 en Santa Cruz, 11 en La Paz, 5 en Potosí, 3 en Beni, 3 en Chuquisaca, 3 en Cochabamba, 2 en Oruro y 1 en Pando.

De acuerdo con los datos oficiales, hasta la fecha se han registrado 745.161 dosis administradas contra el sarampión.

IV.2.B. BRASIL²

Hasta el momento, Campos Lindos registra 11 casos confirmados de sarampión y otros 6 en investigación. Adherirse a la vacunación es la principal forma de detener la circulación del sarampión en Brasil. En 2024, el país fue certificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como libre de la circulación del sarampión.

¹<https://www.minsalud.gob.bo/8769-la-vacunacion-es-la-primera-medida-de-seguridad-para-el-retorno-a-clases-salud-y-educacion-alistan-protocolo-especifico-contra-el-sarampion>

² <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/julho/vacinacao-contra-sarampo-e-intensificada-no-tocantins-e-maranhao>

Los días 17 y 26 de julio, el Ministerio de Salud llevó a cabo el Día D de vacunación contra el sarampión en las ciudades de Acre, Rondônia, Tocantins, Mato Grosso y Mato Grosso do Sul, ubicadas en la frontera con Bolivia, que enfrenta un brote de la enfermedad. En total, se vacunaron alrededor de 3 mil personas.

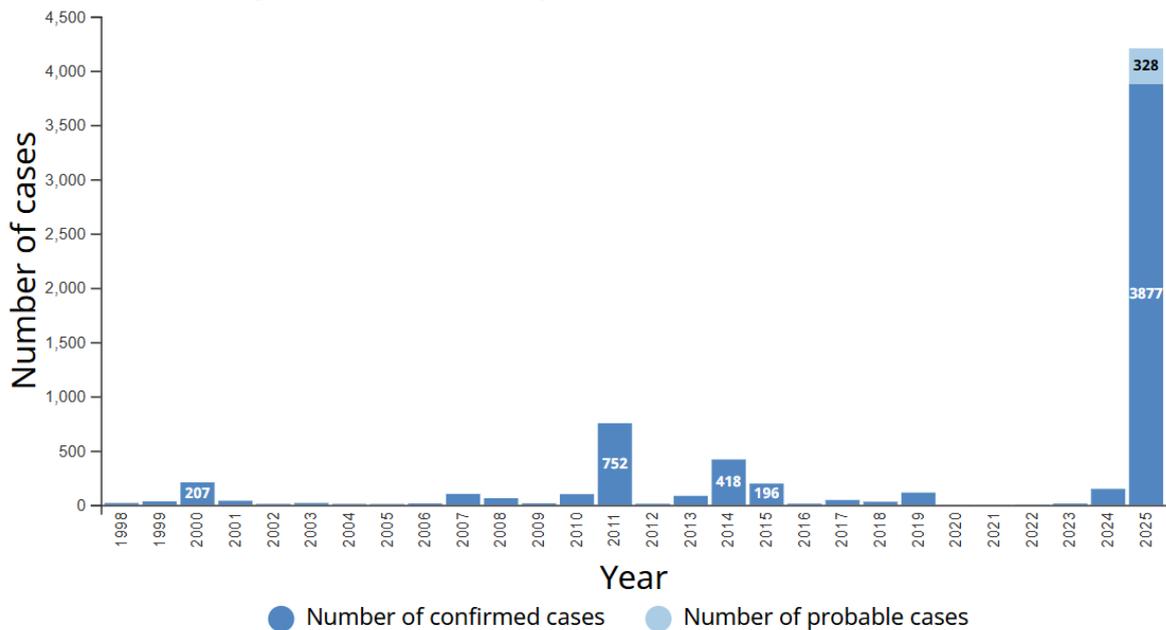
En el primer Día D, Acre aplicó 1.800 dosis –cuatro veces más que en la vacunación de rutina, que registra un promedio de 436 dosis. El último sábado (26), se aplicaron 249 dosis en Acre, 79 en Rondônia, 527 en Mato Grosso y 157 en Mato Grosso do Sul.

IV.2.C. CANADÁ³

En 2025, se han notificado un total de 4.206 casos de sarampión (3.878 confirmados, 328 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta **el 19 de julio de 2025**.

En la semana 29 (del 13 al 19 de julio de 2025), se notificaron 230 nuevos casos de sarampión (212 confirmados y 7 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Nueva Escocia y Ontario).

Figura 1. Número de casos de sarampión notificados en Canadá por año de inicio del exantema, desde la eliminación del sarampión (1998) hasta el 19 de julio de 2025.



IV.2.D. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA⁴

Al 29 de julio de 2025, se notificaron un total de 1.333 casos confirmados de sarampión en 40 jurisdicciones: Alaska, Arkansas, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina

³ <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>

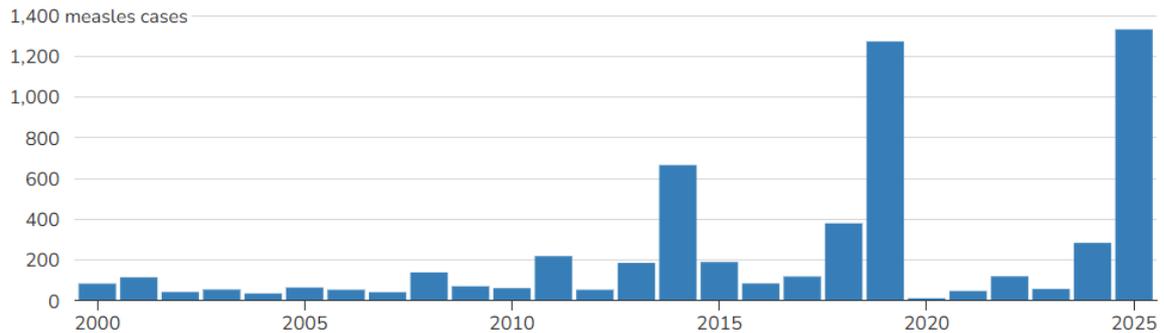
⁴ <https://www.cdc.gov/measles/data-research/>

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 87% de los casos confirmados (1.156 de 1.333) 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 29/07/25).

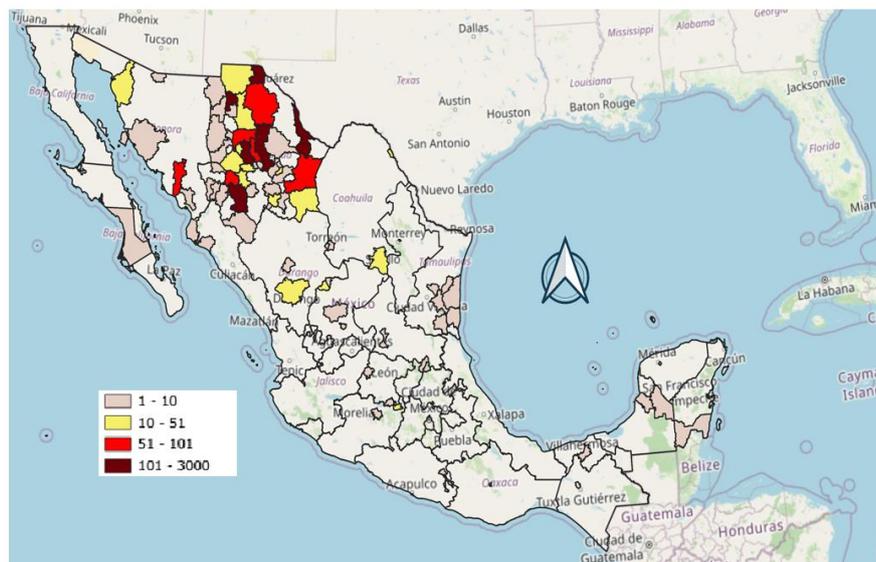


IV.2.E. MÉXICO⁵

Al 31 de julio, se han reportado 3.830 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 20 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 14 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.

⁵ www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2025?idiom=es

IV.3. Situación actual en Argentina

IV.3.A. NOTIFICACIÓN DE CASOS

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 2.759 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.

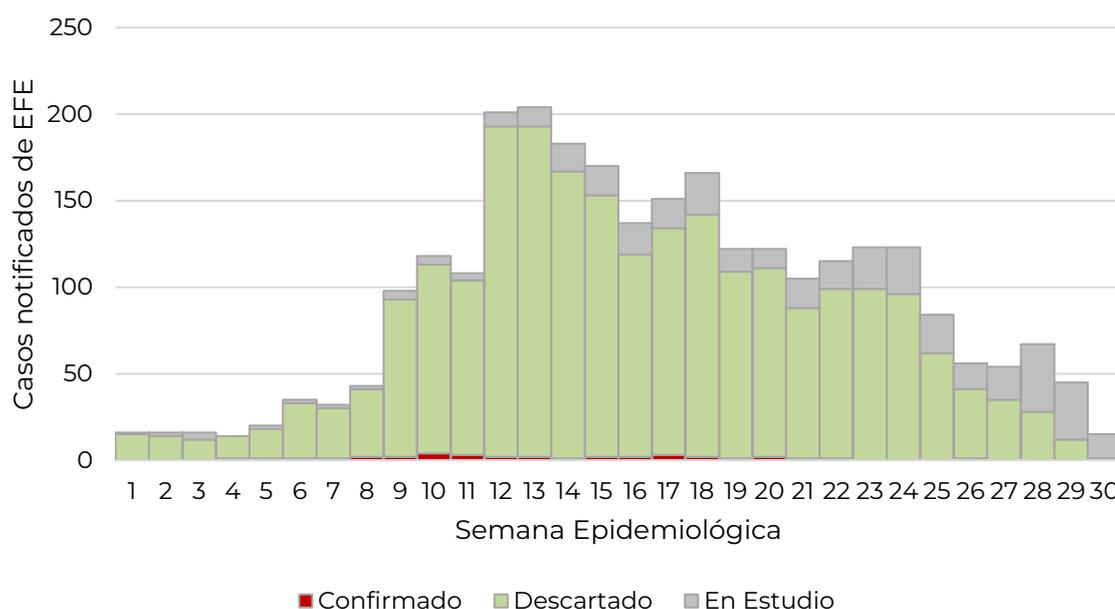
La curva de notificación muestra una sensibilización del sistema de vigilancia, con una respuesta oportuna ante la comunicación de riesgo.

Del total de casos notificados entre la SE1 y la SE30:

- 35 casos fueron confirmados por laboratorio o nexo epidemiológico;
- 2.334 casos fueron descartados tras evaluación clínica, epidemiológica y/o laboratorial;
- 390 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 85%. 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 SE30 de 2025. N= 2.759



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 SE30 de 2025⁶.

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	21	1691	9,2	209	367
CABA	13	638	20,7	35	62
Catamarca		11	2,5	5	9
Chaco		26	2,1	14	25
Chubut		21	3,1	8	13
Córdoba		68	1,7	45	79
Corrientes		5	0,4	13	23
Entre Ríos		39	2,7	16	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	5	8
Mendoza		60	2,9	24	42
Misiones		9	0,7	15	27
Neuquén		8	1,1	8	14
Río Negro		6	0,8	9	16
Salta		12	0,8	17	30
San Juan		11	1,3	9	16
San Luis	1	8	1,5	6	11
Santa Cruz		10	2,4	5	8
Santa Fe		49	1,3	42	73
Santiago del Estero		13	1,3	12	21
Tierra del Fuego		2	1,0	2	4
Tucumán		18	1,0	20	36
Total	35	2759	5,8	541	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 26 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, Chaco, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza y Santa Cruz. En particular, Buenos Aires (con 1.691 notificaciones) y CABA (638) 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. Las provincias Neuquén y Tierra del Fuego alcanzaron las notificaciones esperadas para la SE actual.

⁶ 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.

3. *Jurisdicciones con notificaciones por debajo del valor esperado para esta fecha:* Tal es el caso de Corrientes, Formosa, La Rioja, Misiones, Río Negro, Salta 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.

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

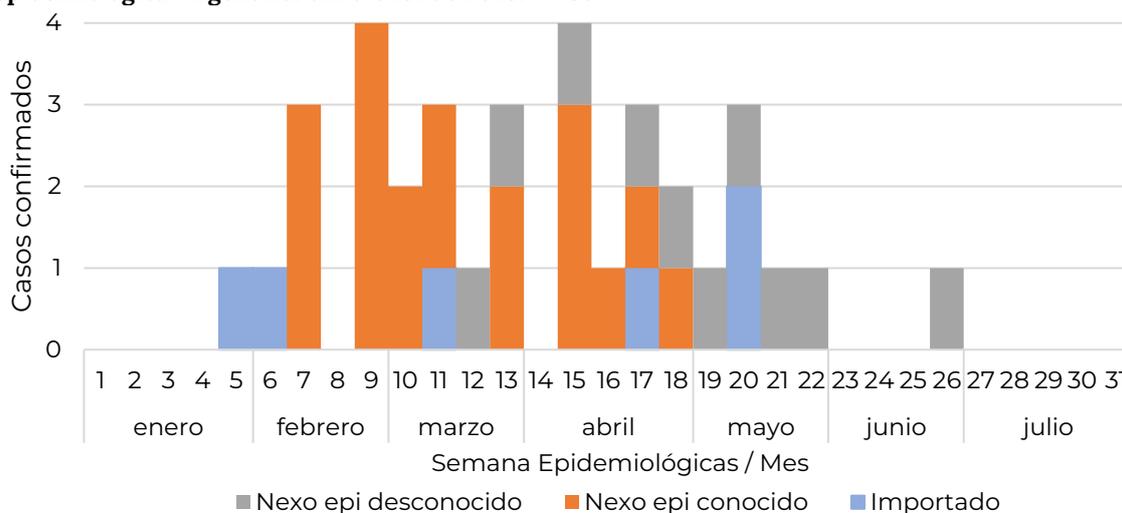
IV.4.A. CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS

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 transmisión 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 SE31 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).

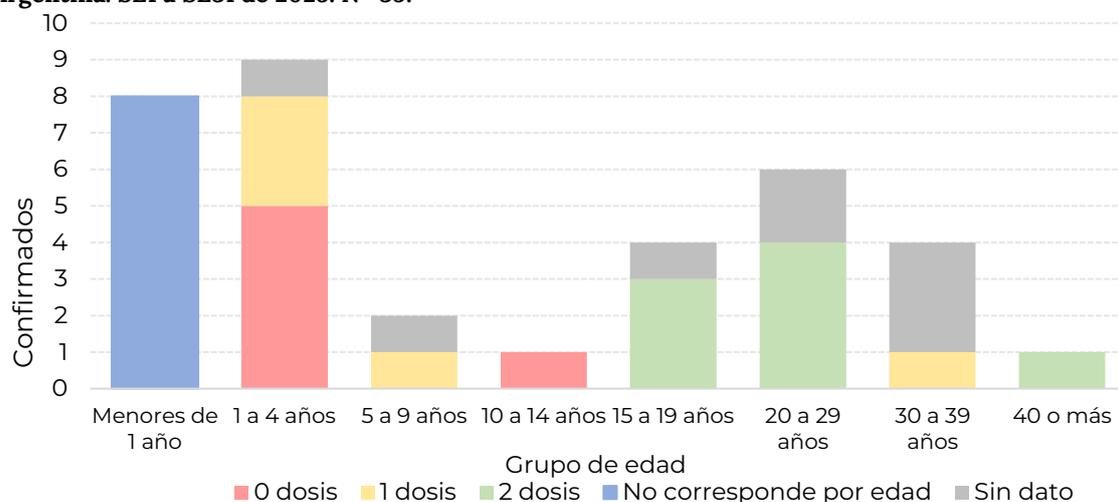
En lo que respecta a la distribución por grupo de edad (Gráfico 3), la mayor proporción de casos confirmados se presenta en los menores de 5 años (17 casos, 49%).

Del total de casos confirmados (35), hay 27 personas que de acuerdo al calendario de vacunación vigente, deberían haber recibido 1 o 2 dosis de vacuna con componente antisarampionoso de acuerdo a la edad. De las 27, existen 6 que no han recibido ninguna dosis, y la mayoría de estos (5) pertenecen al grupo de 1 a 4 años.

La proporción de casos que han recibido al menos 1 dosis de vacuna, considerando los 27 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. Esta limitación dificulta la evaluación completa de la situación.

En lo que respecta al sexo, 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 SE31 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.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 $>38^{\circ}\text{C}$) 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](#)

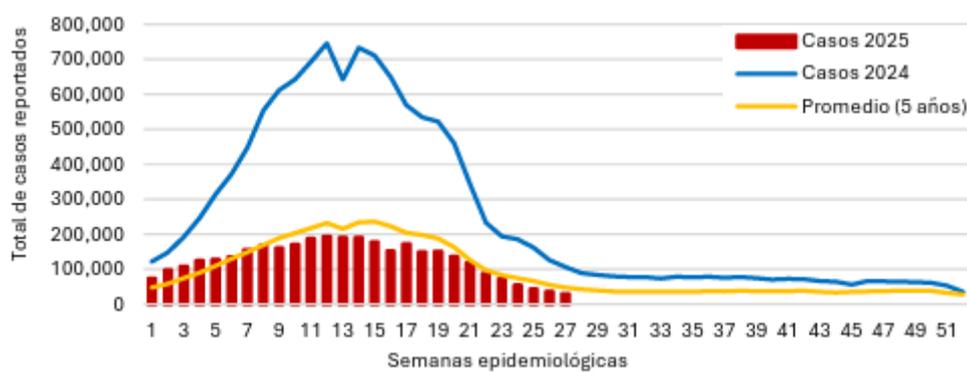
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

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 27, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 24 de julio.

A la semana epidemiológica (SE) 27 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,449,053 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 339 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 69% en comparación al mismo periodo del 2024 y de 11% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE27.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 27 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 3,449,053 casos de dengue reportados en las Américas, 1,396,533 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 4,513 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,689 muertes por dengue, para una letalidad del 0.049%. Diecisiete países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE27. Estos países registran en conjunto 29,176 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE27.

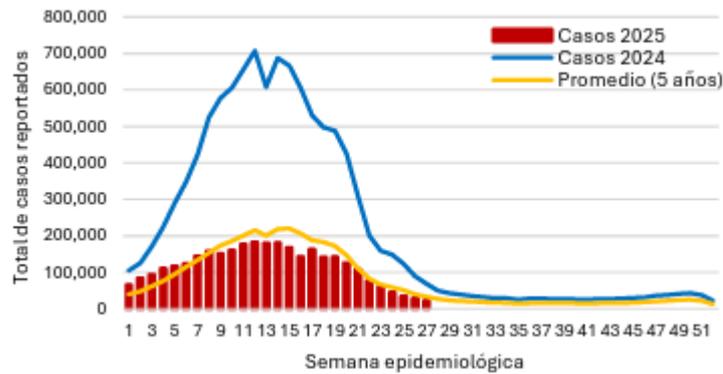
Del total de casos registrados en la SE27, 51 fueron casos de dengue grave (0.2%) y se reportaron 8 muertes para una letalidad de 0.027%.

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 DENV1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4.

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 21,308 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 27. 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.

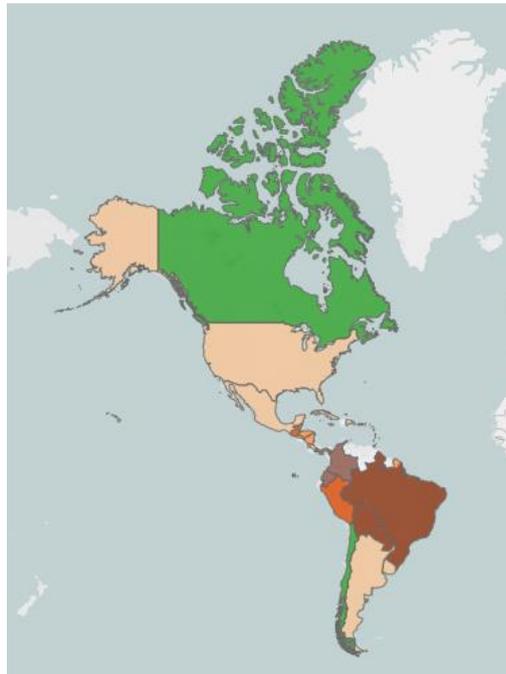
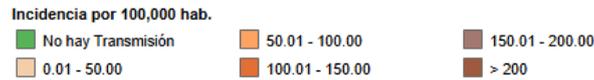
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 27, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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

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

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



Fuente: Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud. Datos reportados por Ministerios e institutos de Salud de los países y territorios de la región.⁷

NOTA METODOLÓGICA:

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

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

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)⁸ y el ARBO-portal⁹ de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 31/07/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 30/2025 se han reportado 3.154.716 casos de dengue, con 1.516 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 67% respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, hasta la misma semana se notificaron 198.510 casos, un 49% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 102 muertes asociadas. Respecto a zika, hasta la SE 29/2025 se registraron 18.015 casos, lo que representa una disminución del 51% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 29/2025 se confirmaron 11.853 casos, un 50% 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 29/2025, se han reportado 22.213 casos de dengue y un fallecimiento asociado, un 92% menos respecto a la misma semana de 2024. En cuanto a chikungunya, se registraron 49 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 29/2025, se han notificado 34.939 casos de dengue, un 86% menos que el mismo periodo de 2024, con 47 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 27/2025 se notificaron 85 casos, un 12% más que el año anterior, sin defunciones para este evento. Hasta la misma semana, se han registrado 6 casos de zika, mientras que al mismo período 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 de casos 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).

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

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

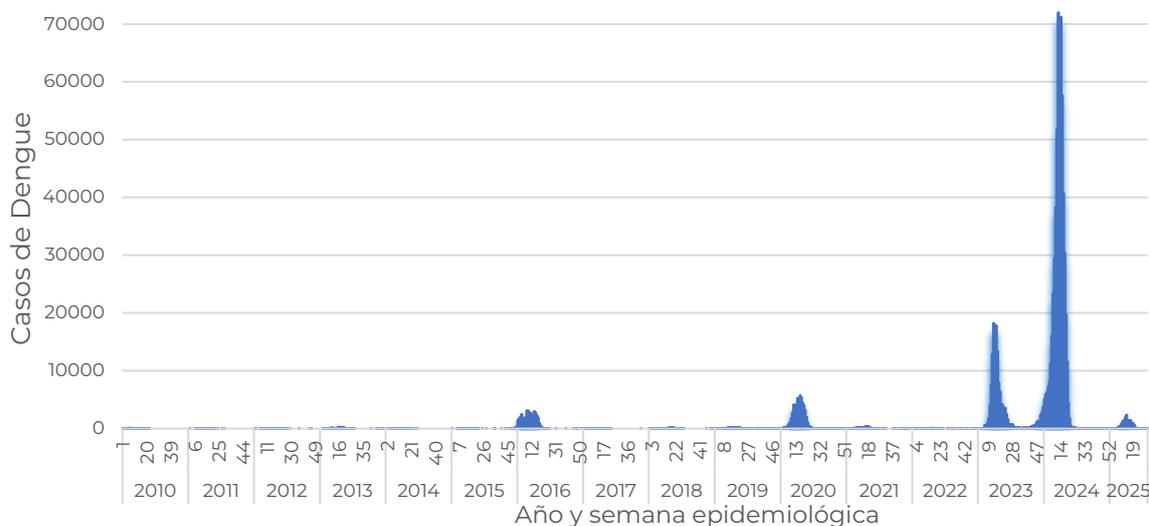
V.2. Situación de dengue en Argentina

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-SE30/2025. Argentina. N=862.829

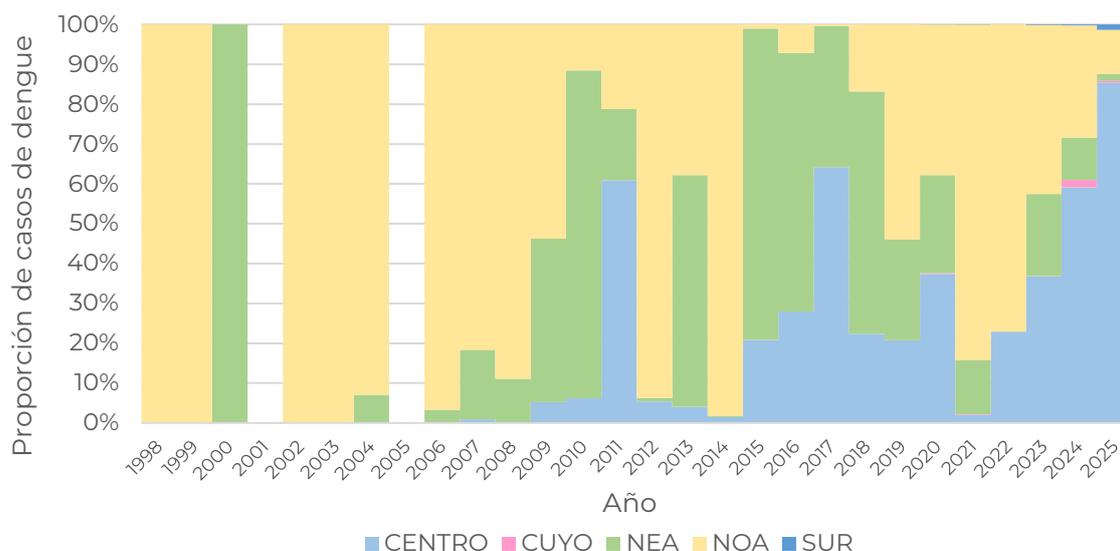


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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.

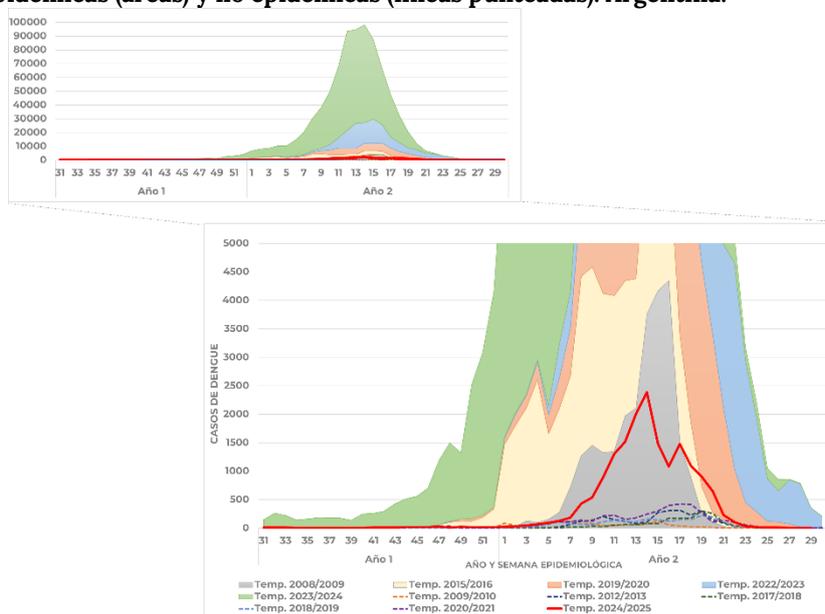
Gráfico 4. Dengue: distribución porcentual por región de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998-2025.



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 SE29/2025. 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.

V.2.B. 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.C. TEMPORADA ACTUAL

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE30/2025), se notificaron en Argentina 77.213 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 8360 fueron confirmados por laboratorio y 8705 por nexo clínico epidemiológico, con un **total de 17.065 casos de dengue**¹⁰. Como se puede observar también en la Tabla 1, un total de 8108 casos no registraron antecedentes de viaje (97%). Se confirmaron además 4 casos asociados a trasplante de órganos en Buenos Aires, CABA y Santa Fe. Se registraron 160 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas¹¹. Se confirmaron 252 casos con antecedente de viaje a Brasil, China, Colombia, Cuba, México, Venezuela, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Republica Dominicana.

Durante la SE30/2025 (según fecha de notificación al SNVS¹²), se notificaron 199 casos sospechosos¹³ de los cuales 13 se confirmaron y 6 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

¹⁰ 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.

¹¹ 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

¹² Fecha de apertura

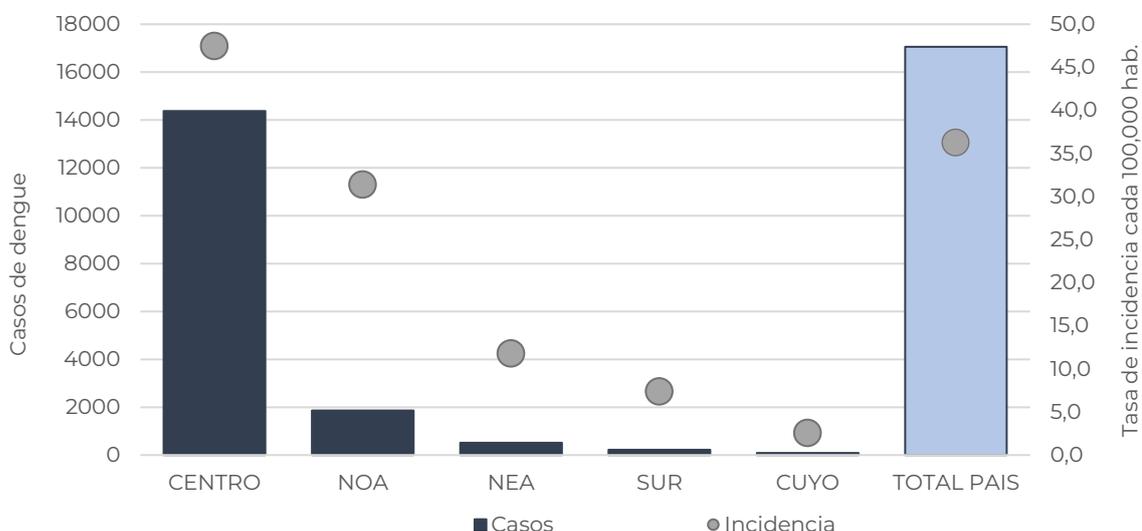
¹³ Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

habitantes¹⁴. 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 84,2% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las Regiones NOA con el 10,9%, NEA con el 3%, 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 SE29 es 559.
- 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.

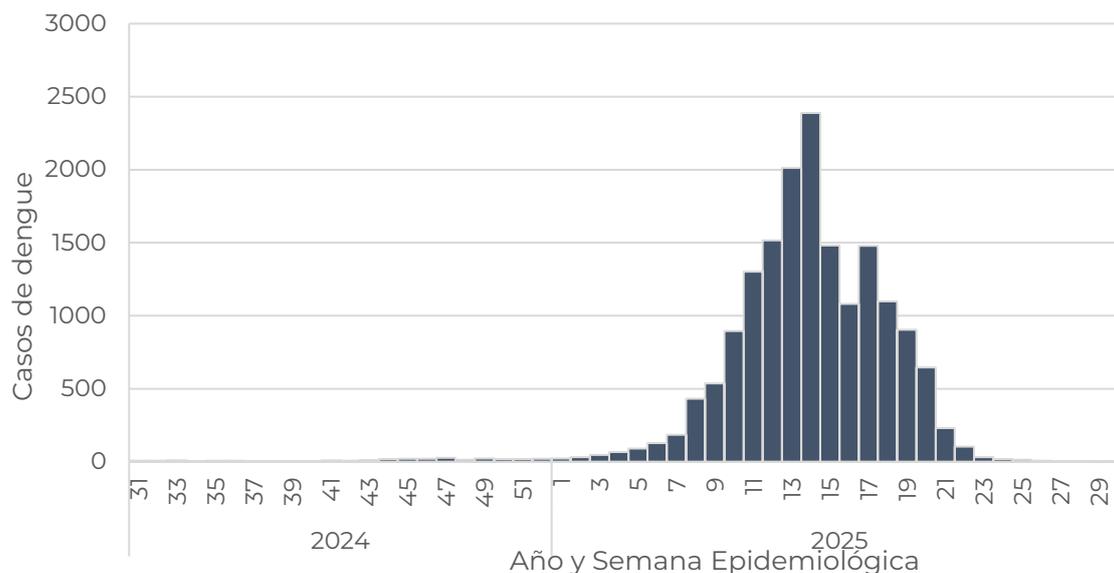
Gráfico 6. Dengue: Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab. según Región. SE31/2024 a SE30/2025. Argentina.



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

¹⁴ Para el cálculo de la incidencia, se utiliza como referencia la población proyectada para 2024, basada en el Censo de 2010.

Gráfico 7. Dengue: Casos de dengue¹⁵ por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE30/2025. Argentina.



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

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

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

¹⁵Incluye 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).

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

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Casos de dengue por criterio C-E*	Total casos de dengue	Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	461	569	26	15	55	542	5765	1037	7928
CABA	159	143	20	2	0	179	2274	760	3358
Córdoba	2416	1554	8	2	1178	3602	9432	714	15304
Entre Ríos	107	103	12	10	8	127	892	4	1136
Santa Fe	2897	626	125	12	6905	9927	3933	1308	15806
Total Centro	6040	2995	191	41	8146	14377	22296	3823	43532
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	33	418
Total Cuyo	71	59	16	9	0	87	2319	139	2613
Chaco	15	214	1	0	0	16	2694	88	3012
Corrientes	57	8	1	0	0	58	481	18	565
Formosa	433	3	0	0	0	433	7781	67	8284
Misiones	2	20	3	5	0	5	1275	3	1308
Total NEA	507	245	5	5	0	512	12231	176	13169
Catamarca	11	11	9	5	1	21	888	4	929
Jujuy	0	0	0	1	0	0	1209	3	1213
La Rioja	117	49	1	0	0	118	1348	7	1522
Salta	18	63	6	12	2	26	2222	84	2407
Sgo del Estero	0	37	2	2	0	2	1139	301	1481
Tucumán	1175	424	0	1	519	1694	6432	659	9210
Total NOA	1321	584	18	21	522	1861	13238	1058	16762
Chubut	0	0	6	3	0	6	30	2	41
La Pampa	169	34	9	2	37	215	645	55	951
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	59	4	65
Tierra del Fuego	0	0	2	2	0	2	18	3	25
Total Sur	169	35	22	10	37	228	797	67	1137
Total País	8108	3918	252	86	8705	17065	50881	5263	77213

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.

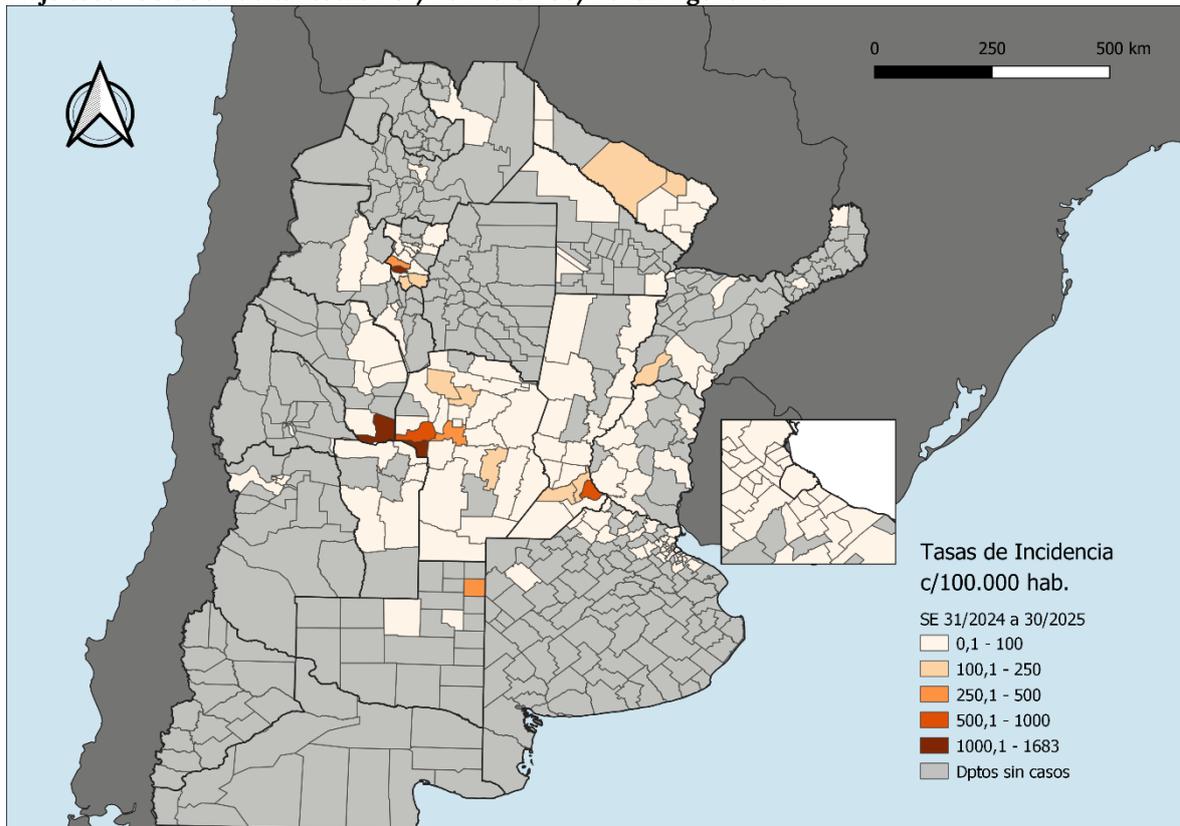
Tabla 2. Dengue: Cambios de Fase según Indicadores Epidemiológicos por Semana Epidemiológica, en Jurisdicciones a Nivel Departamental. Temporada 2024/2025. SE31 a SE30/2025. Argentina.

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 Martín	5	Gral. San Martín	9	Gral. San Martín	11
	Colón	5			Colón	24
	San Alberto	8	San Alberto	11	San Alberto	14
	Santa María	8	Santa María	11	Santa María	13
	Ischilín	11			Ischilín	24
	Marcos Juárez	11			Marcos Juárez	25
	San Justo	11			San Justo	25
Tortoral	13			Tortoral	20	
Formosa	Patiño	34				
	Capital	46				
	Pilcomayo	50				
La Pampa	Maracó	7	Maracó	13	Maracó	16
La Rioja	Rosario Vera Peñaloza	10			Rosario Vera Peñaloza	19
Salta	Capital	10			Capital	22
Santa Fe	Rosario	1	Rosario	11	Caseros	14
	San Lorenzo	7	San Lorenzo	13	San Lorenzo	16
	Caseros	10	Caseros	12	Rosario	19
	San Cristóbal	13			San Cristóbal	19
Tucumán	Río Chico	7	Río Chico	9	Río Chico	21
	Chicligasta	11	Chicligasta	13	Chicligasta	22

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

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 30/2025. Argentina.



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

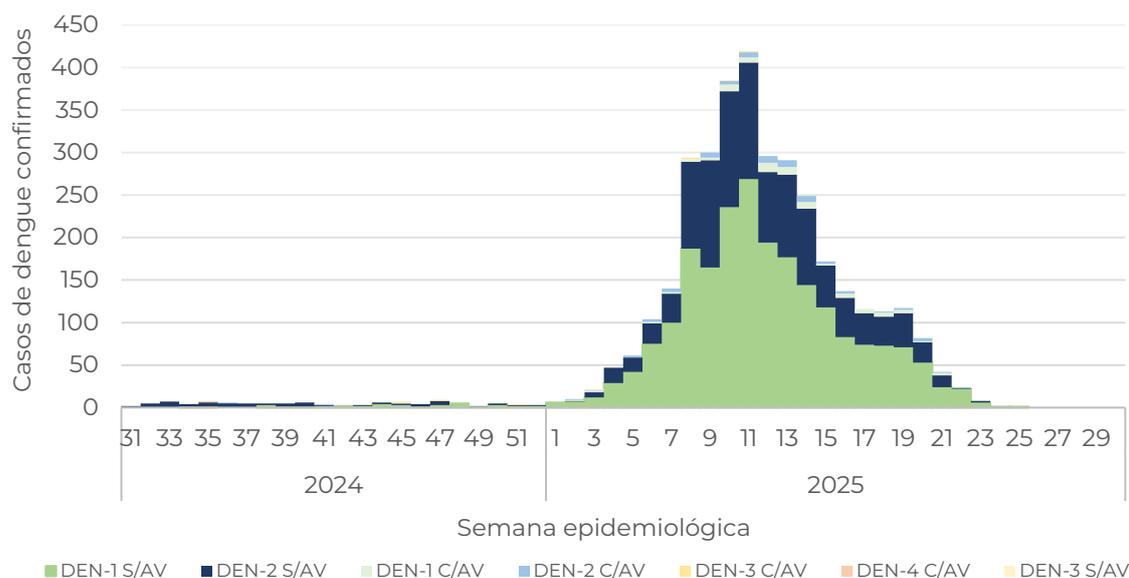
V.2.E. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (64,53%). Los casos a DEN-2 alcanzan un 35,22%, 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.

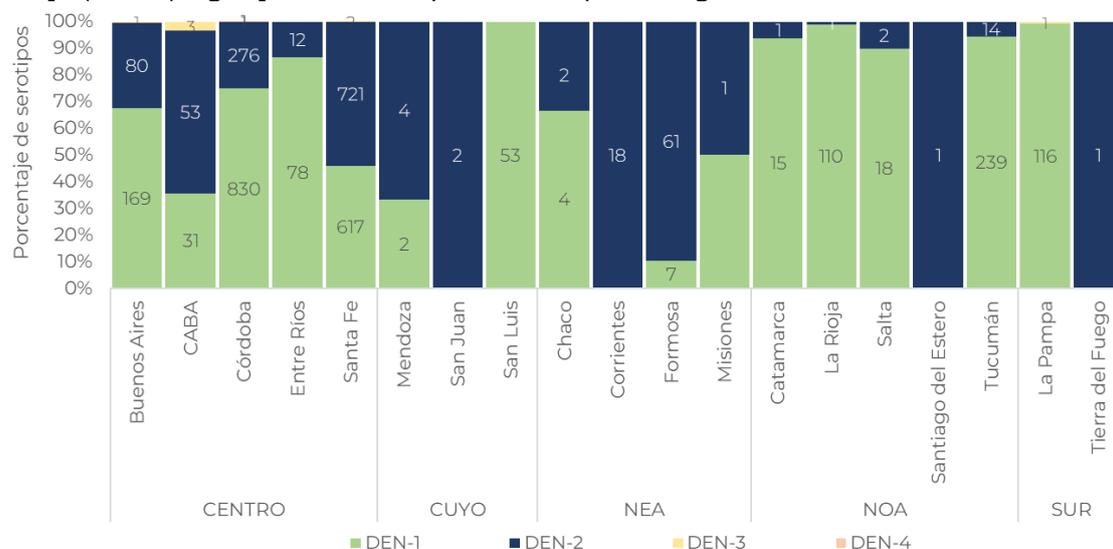
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país (México, Venezuela, Brasil, Tailandia y Cuba).

Gráfico 8. Dengue: número de casos según serotipo y antecedente de viaje por semana epidemiológica. SE31/2024 a SE30/2025. Argentina.



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

Gráfico 9. Dengue: distribución proporcional y número de casos de dengue con identificación de serotipo (n=3549) según provincia. SE31/2024 a SE30/2025. Argentina.



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

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

V.2.F. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL EVENTO “DENGUE DURANTE EL EMBARAZO”

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

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

Desde su creación, se han notificado 440 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de los cuales, 117 casos ha sido confirmados, 16 casos probables, 270 cuentan con laboratorio negativo y 37 no cuentan con laboratorio.

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

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

En la provincia de Córdoba se han registrado 36 casos confirmados con residencia en los siguientes departamentos San Javier (DEN-1), Colón (DEN-2), Capital (DEN-1), General San Martín (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.G. 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 externos¹⁶, 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

¹⁶Dirección 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*¹⁷ y la *“Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus”*¹⁸

Entre la SE 31/2024 y la SE 30/2025 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 30/2025 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.H. 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 Brasil¹⁹ 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 GIS²⁰ (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

¹⁷ Disponible en: [circular_de_vigilancia_dengue_mortalidad_-_junio_2024.pdf](#)

¹⁸ Disponible en: [guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf](#)

¹⁹ Ministério da Saúde Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - Nota Informativa N° 35/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS. Brasília: 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>

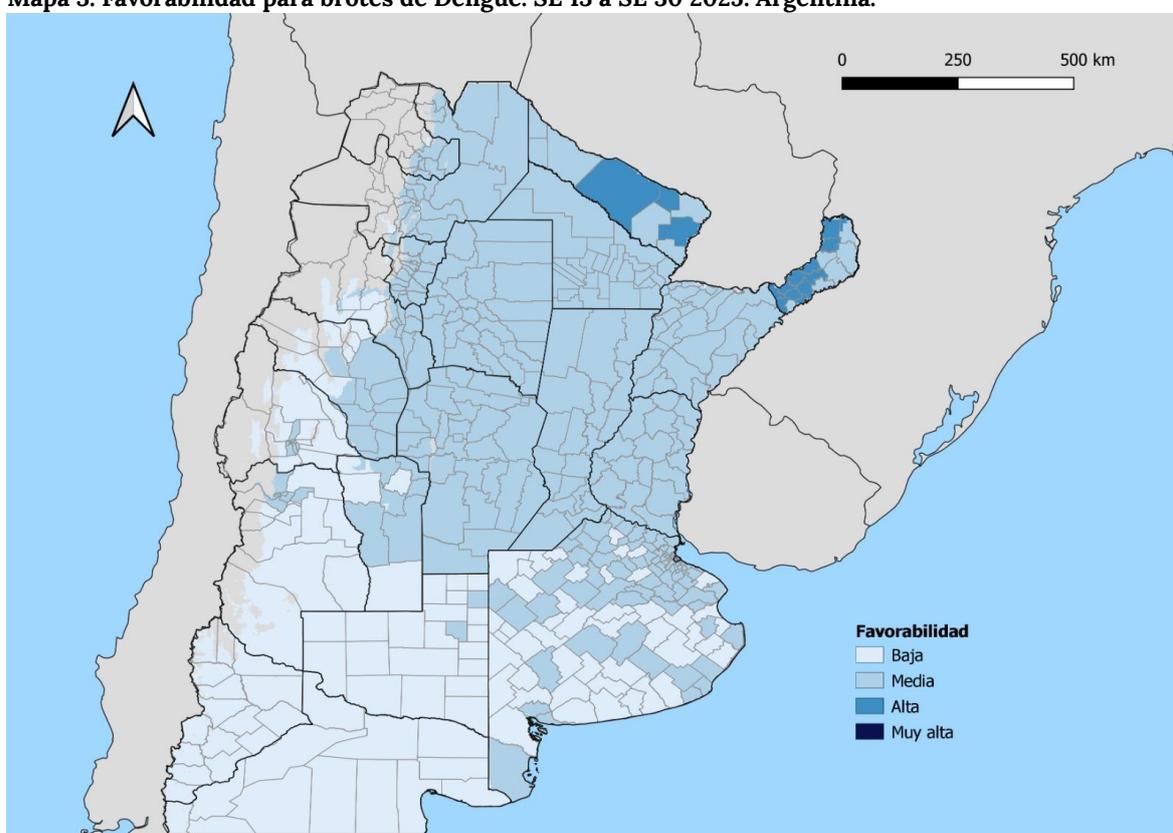
²⁰ Versión de QGIS 3.24.1-Tisler

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 arbovirosis²¹.

De acuerdo con la sumatoria de estas variables, al cierre de la SE 29/2025, 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 30 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)

²¹ 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 SE30/2025).

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

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

Evento Jurisdicción	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre amarilla	
	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	185	0	78	0	155	4	43	2	11
CABA	0	11	0	4	0	1	0	4	0	3
Córdoba	0	216	0	83	0	207	7	419	0	0
Entre Ríos	12	230	0	1	0	32	4	40	0	1
Santa Fe	0	1519	0	96	0	136	1	15	0	19
Total Centro	12	2161	0	262	0	531	16	521	2	34
Mendoza	0	336	0	88	0	72	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	82	0	13	0	1
Chaco	18	837	0	415	0	28	0	2	0	1
Corrientes	0	31	0	10	0	10	0	1	0	0
Formosa	0	17	0	5	0	76	0	0	0	0
Misiones	0	70	0	45	0	29	0	0	0	20
Total NEA	18	955	0	475	0	143	0	3	0	21
Catamarca	0	16	0	13	0	1	0	0	0	13
Jujuy	0	44	0	24	0	2	0	3	0	2
La Rioja	0	127	0	125	0	9	0	2	0	70
Salta	0	531	0	288	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	208	0	0	0	1
Total NOA	1	780	0	490	0	408	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	4236	0	1322	0	1173	16	549	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 probables²² 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 26, se registró una nueva disminución del índice, ubicándose alrededor del 5%.

²² 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.

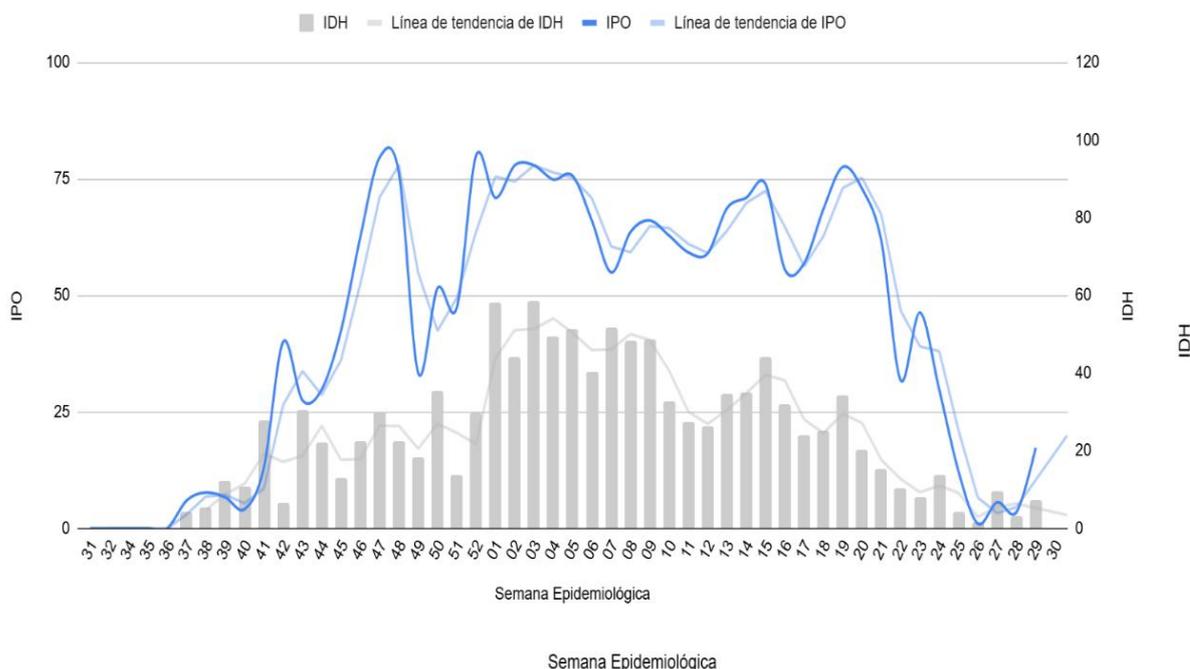
Gráfico 1. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 30 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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 del 79,27%, 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= 0,98, el menor valor registrado desde la SE31 de 2024. Si bien desde la SE27 se observa nuevamente una tendencia ascendente, pero aún por debajo del 20%, 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 30 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

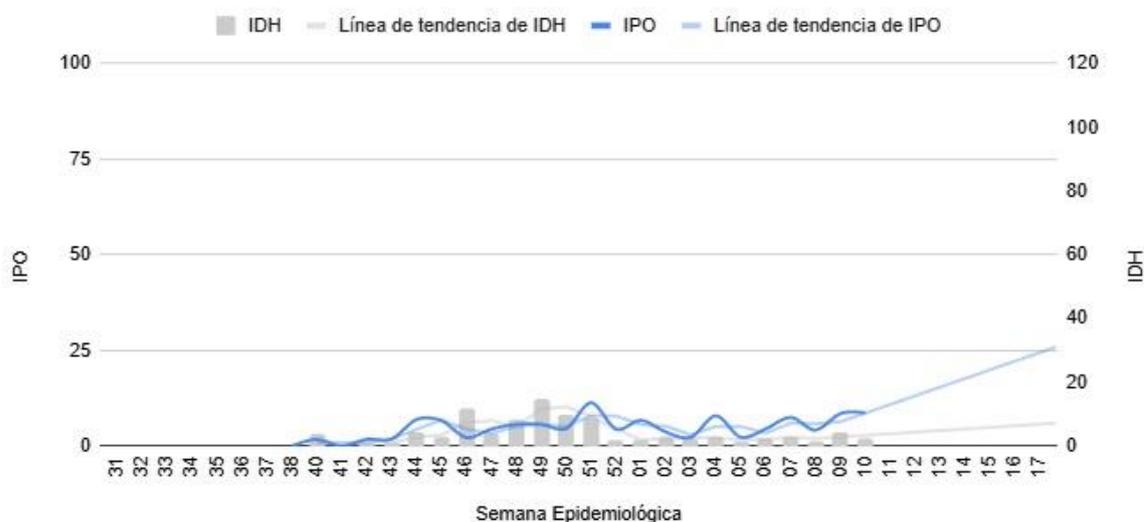
En la región **Centro**, el inicio de la positividad se estableció a partir de la SE 41 (Gráfico 3), mostrando un ascenso del IPO más lento que las regiones de NOA y NEA, coincidente con las diferencias climáticas y ambientales de la región. Durante la SE08 el IPO muestra un pico, superando el límite 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 11 semanas, el IPO de la región mostró un descenso sostenido (Gráfico 3), correspondientes a riesgo entomológico bajo. Desde la SE26, 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 30 (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.

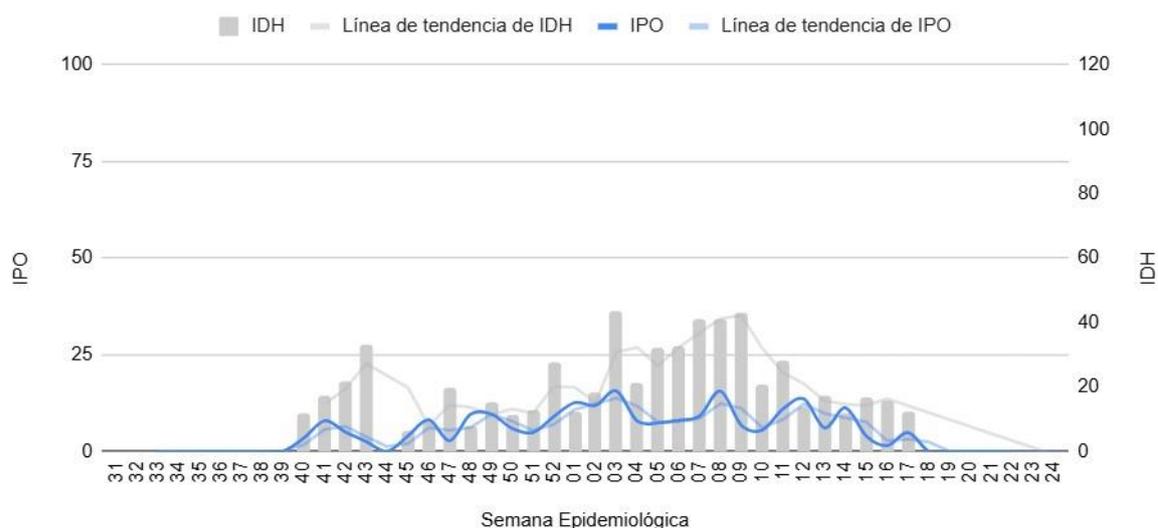
Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 10 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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. aegyptise* 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

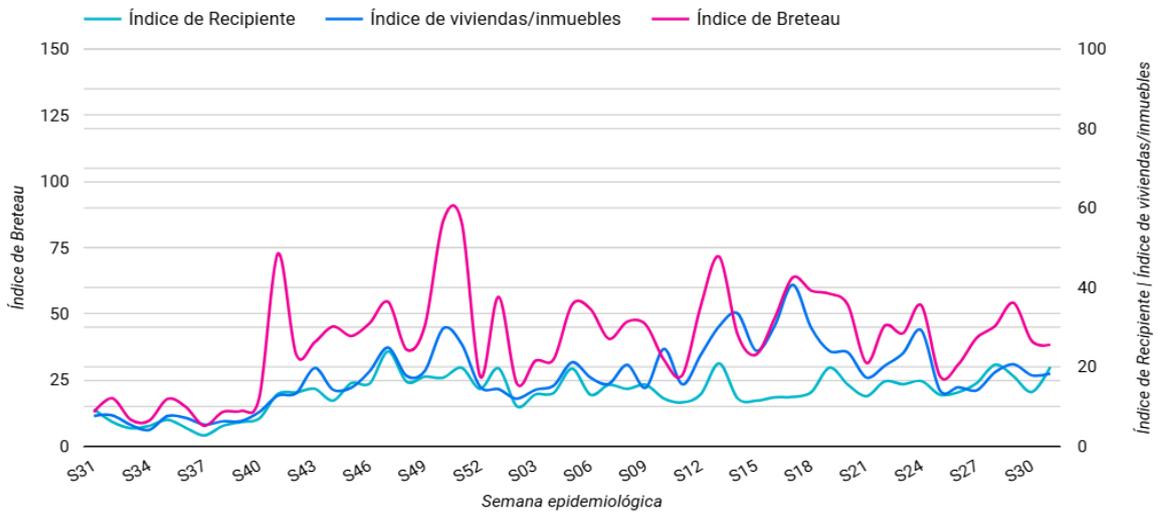
La vigilancia entomológica de *Aedes aegyptise* realiza también mediante la construcción de índices larvarios obtenidos a partir de los datos entomológicos relevados en las acciones de prevención y control vectorial en viviendas y establecimientos público/privados. Dichas acciones son llevadas adelante 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)

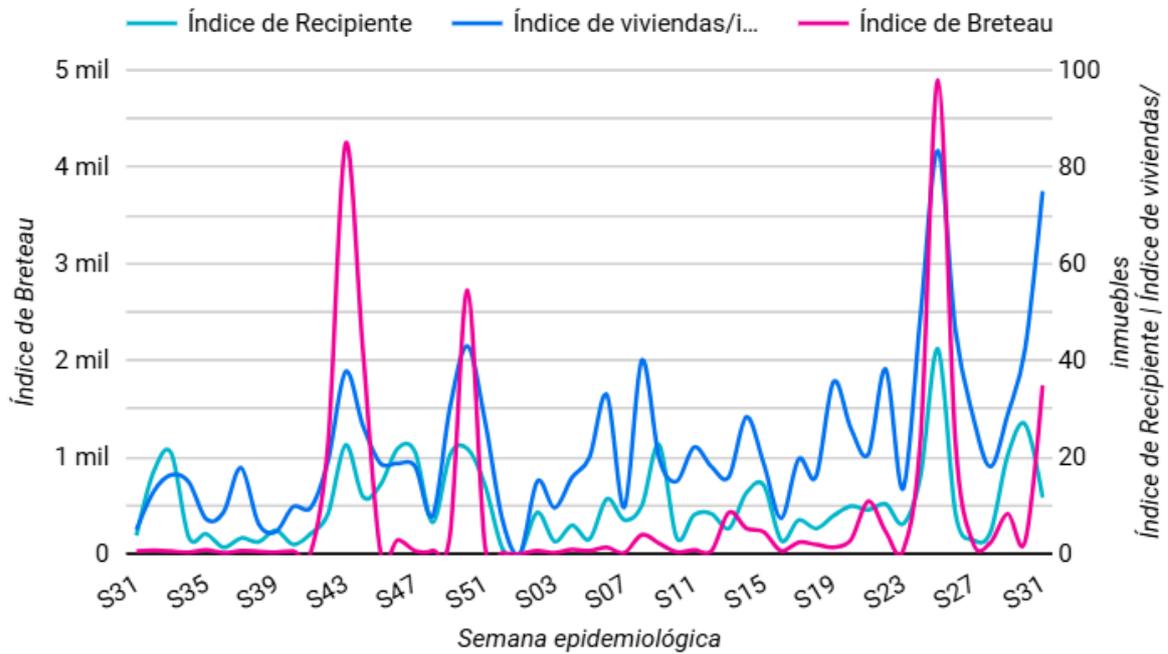
Gráfico 6. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en Argentina SE 31 (2024)- SE 31 (2025).



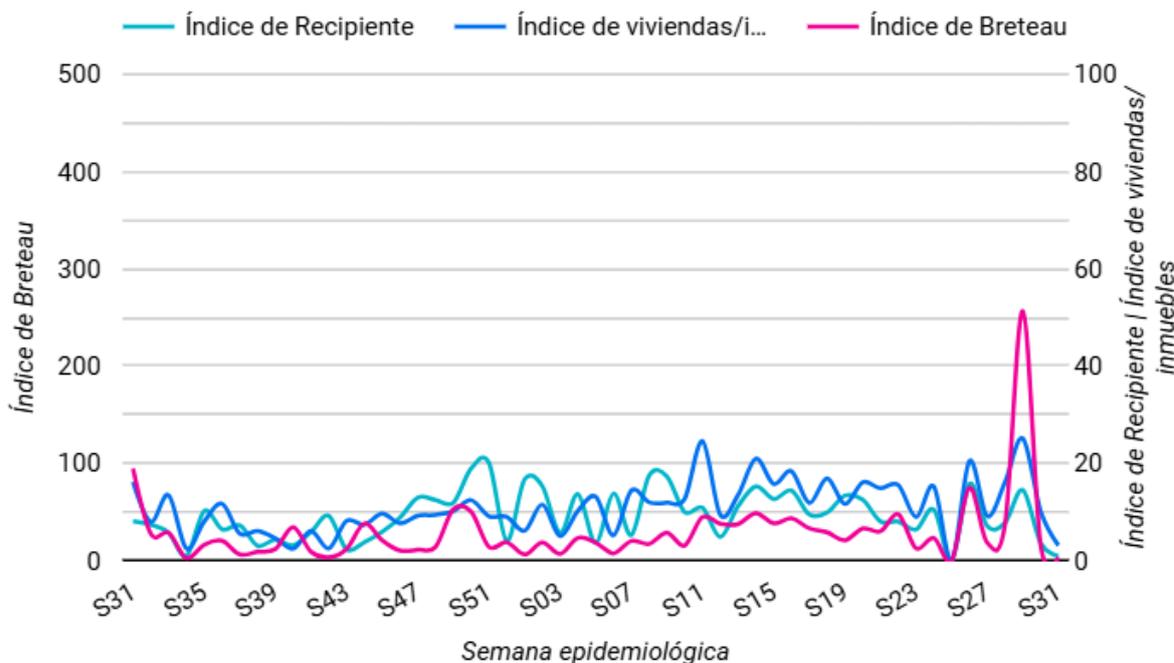
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE.

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 31 (2025).

A.



B.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE.

A nivel nacional, los índices larvarios aélicos 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 implicó un cambio en el nivel de riesgo asociado pasando de riesgo entomológico moderado a alto. Durante las últimas 2 semanas, el nivel de riesgo volvió a ser moderado (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) exceptuando la S29, la cual presenta un pico pronunciado, mostraron menores variaciones en relación a los datos provenientes de viviendas (Gráfico 7B).

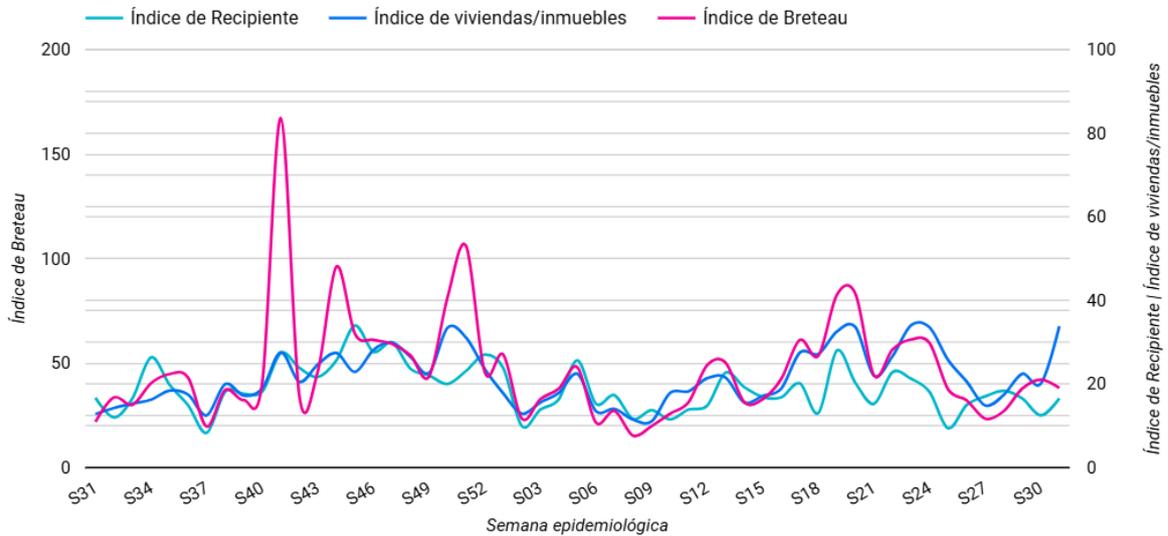
Cuando se realiza la desagregación por región, se observa que, para la región NEA, ya desde la SE31 de 2024 se registraron índices larvarios elevados (Gráfico 8). La región osciló entre el riesgo entomológico alto y moderado durante la temporada de arbovirosis. Desde la SE23 se mantiene en un contexto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

IB entre SE28 y SE29 posicionado en riesgo alto. Ya para las últimas dos semanas los indicadores vuelven a descender a riesgo moderado.

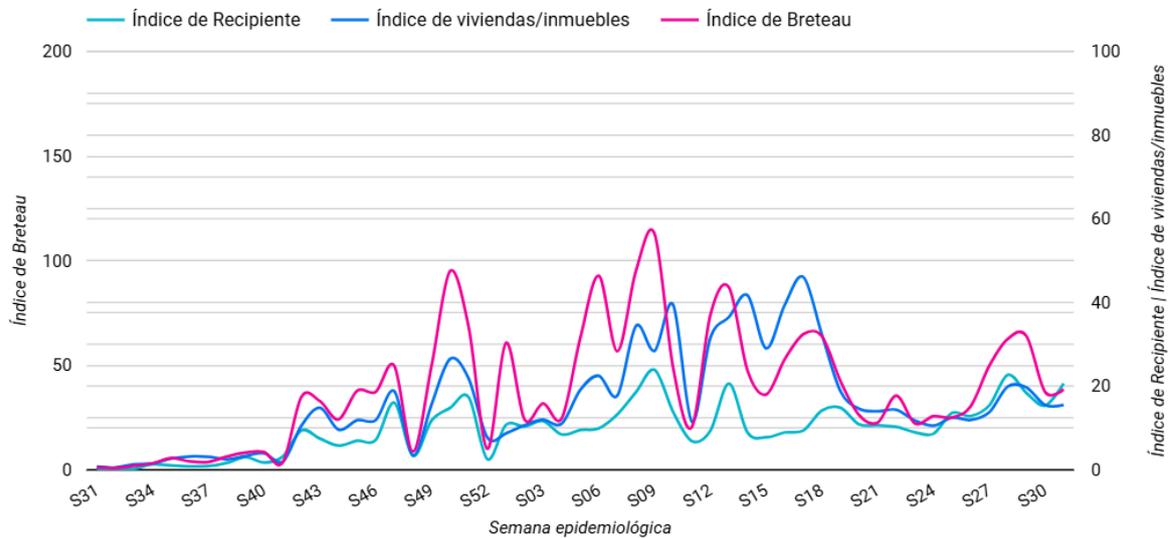
En ambos casos, cabe destacar que la carga retrospectiva de los datos podría modificar estos escenarios.

Gráfico 8. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas en la región NEA SE 31 (2024)- SE 31 (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 31 (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 respiratorios²³

Situación Regional: La actividad de influenza en las Américas continúa su descenso, mientras que la circulación del VSR se mantiene respecto de la última Semana Epidemiológica (SE). La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja y estable. En América del Norte, la actividad de influenza se mantiene en niveles interestacionales. En el Caribe, el aumento previamente reportado en la circulación de influenza se mantiene, con una positividad de 13,3%. El subtipo A(H1N1)pdm09 continúa siendo el predominante. La actividad del VSR se mantiene baja y estable en América del Norte, mientras que en el Caribe alcanzó una positividad de 8,4% incrementándose en la última SE. La actividad de SARS-CoV-2 se ha estabilizado en América del Norte y ha disminuido en el Caribe, donde la positividad alcanzó un 8,6%. En Centroamérica, la actividad de influenza se mantiene elevada, pero con tendencia al descenso, con una positividad del 14,7%. La actividad del VSR aumentó en comparación con la semana anterior, con una positividad del 9,7%, mientras que la circulación de SARS-CoV-2 disminuye en comparación con semanas anteriores. En la subregión andina, la actividad de influenza A disminuyó en comparación con la semana previa, con una positividad del 10,1%. La actividad del VSR se mantuvo respecto a la SE anterior alcanzando una positividad del 11%, mientras que la circulación de SARS-CoV-2 se mantiene baja y estable. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza se mantiene elevada, pero la tendencia descendente persiste, con una positividad del 7,3%. La circulación del VSR continúa en aumento, aunque en niveles bajos, con una positividad del 8,7%, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 permanece en niveles bajos. En todas las subregiones se mantiene en niveles altos la circulación de otros virus respiratorios (ORV), con una positividad del 4,4%, impulsada principalmente por la actividad de rinovirus.

América del Norte: La actividad de influenza se mantiene baja en la subregión, con una positividad de 0,9%, y se mantiene en niveles interestacionales en México, Canadá y Estados Unidos. La mayoría de los casos SARI positivos se han asociado con influenza y VSR. La actividad del VSR sigue siendo baja y estable en todos los países de la subregión. La actividad de SARS CoV-2 es baja en Estados Unidos y Canadá con tendencia al incremento. En contraste, en México la actividad se mantiene alta, con una tasa de positividad de 10,04%, y con una tendencia descendente. La circulación de ORV en Canadá sigue elevada, impulsada principalmente por rinovirus.

²³ Extraído de “Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas- OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud”. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

Caribe: La actividad de influenza, impulsada principalmente por A(H1N1)pdm09, 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 se mantiene elevada en la subregión, impulsada principalmente por A(H1N1)pdm09, que representa la mayoría de los casos notificados de ILI. Sin embargo, la tendencia descendente continúa desde hace varias semanas, con una positividad actual del 14,7%. La circulación del VSR aumentó por tercera semana con una positividad del 9,7%, y que se ve reflejado en la detección de casos SARI. La actividad de SARS-CoV-2 se mantuvo esta semana, alcanzando una positividad de 5,4%.

Países Andinos: La actividad de influenza disminuye en la última SE, con una positividad actual de 10,1%, asociada principalmente con la circulación de A(H1N1)pdm09. La circulación de VSR continúa en aumento, presentando una positividad de 11,1%. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos. Aunque los casos de ILI y SARI asociados con influenza muestran una tendencia descendente, una gran proporción de los casos SARI siguen asociados con VSR e influenza.

Brasil y Cono Sur: La actividad de influenza en la subregión, impulsada principalmente por A(H1N1), continúa disminuyendo, con una positividad actual de 7,3%. La detección de casos SARI ha mostrado una tendencia descendente constante en las últimas semanas, asociada principalmente con influenza y VSR. La circulación del VSR ha aumentado en las últimas tres SE, indicando una positividad del 8,7%, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos.

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 664.216 casos de ETI, 90.521 casos de Neumonía y 72.210 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 (SE29 y 30) se registraron 20 casos de influenza entre 144 muestras estudiadas.
- Para VSR, se registraron 12 casos positivos entre las 75 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 29 y 30). En las últimas semanas se verifica un ascenso del porcentaje de positividad de VSR, con un promedio del 9,9% 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 SE30/2025 se registraron 8 casos positivos para SARS COV 2 entre las 80 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE30 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 4.024 internaciones con diagnóstico de IRAG y 1.531 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 735 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 5 codetecciones de influenza y VSR, 62 detecciones de influenza, 3 casos de SARS-CoV-2 y 330 casos de VSR.²⁴

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 (28 y 29) con un total de 686 detecciones de Influenza.
- Con respecto a VSR, se registra un aumento en el número de casos desde la SE12, con 1.914 detecciones en las últimas 2 SE (28 y 29).

²⁴ Se consideran estudiados aquellos casos de IRAG con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG. Para más información, consultar la Guía Operativa de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

- Durante 2024, se registraron dos ascensos en el número de casos de COVID-19, el primero de ellos entre las SE 1 y 12, y, el segundo ascenso entre las SE29 y 51, de menor magnitud que el previo. En las primeras 29 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, con 202 detecciones en las últimas 2 SE (28 y 29).
- Durante la SE29/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: VSR, Influenza, SARS-CoV-2, metapneumovirus, adenovirus 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 (29 y 30) se detectaron 154 casos. En el año 2025 se registraron al momento 177 fallecidos con este diagnóstico.
- En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados presentan un aumento desde la SE12. En las SE 29 y 30 se registraron 974 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 30/2025 se registraron 36 casos positivos con este diagnóstico, sin registro de fallecimientos.

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

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

Entre las SE 1 y 29 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 664.216 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1399,1 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 - 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registró durante los años 2022 (747.255) y 2024 (751.014 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.

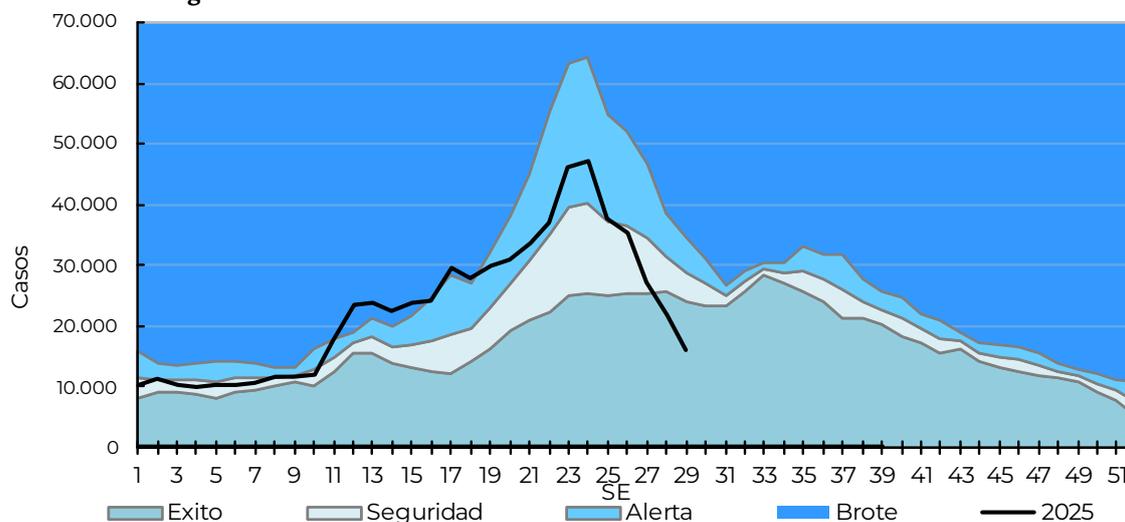
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE29. Argentina.



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}.

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 29 de 2025²⁵. 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}.

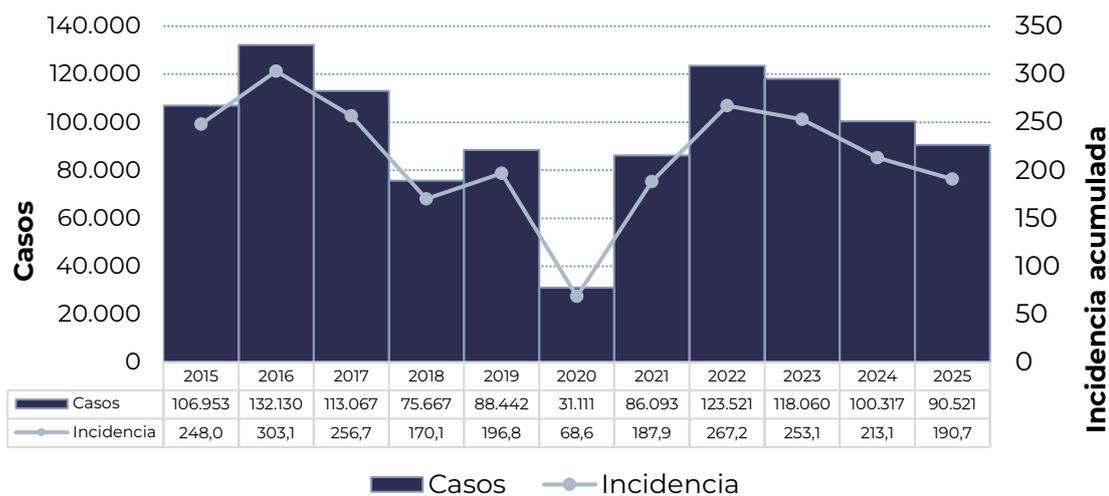
²⁵ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

VI.4.B. NEUMONÍA

Hasta la SE29 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 90.521 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 190,7 casos/ 100.000 habitantes.

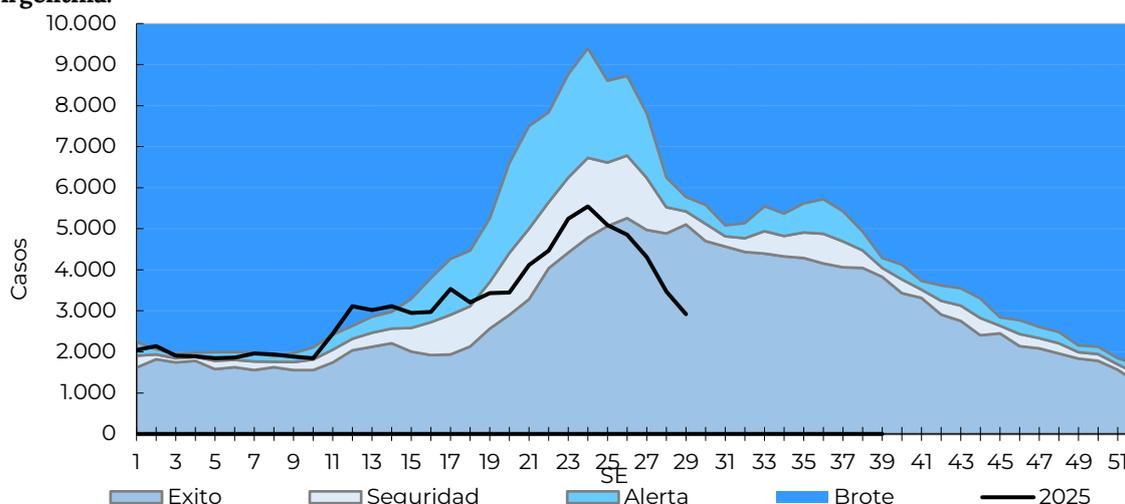
Entre 2015 y 2025, las notificaciones de neumonía mostraron el mayor número de casos en 2016. Las notificaciones presentan una disminución sostenida entre 2017 y 2018, con un ligero ascenso en 2019 respecto del año anterior. En 2020 se registró un nuevo descenso de casos, volviendo a incrementarse durante 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. SE29. 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}.

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 29 de 2025²⁶. 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 SNVS²⁰.

VI.4.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 29 semanas epidemiológicas de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 72.210 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 4992,7 casos/100.000 habitantes.

En relación a los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 29 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.

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

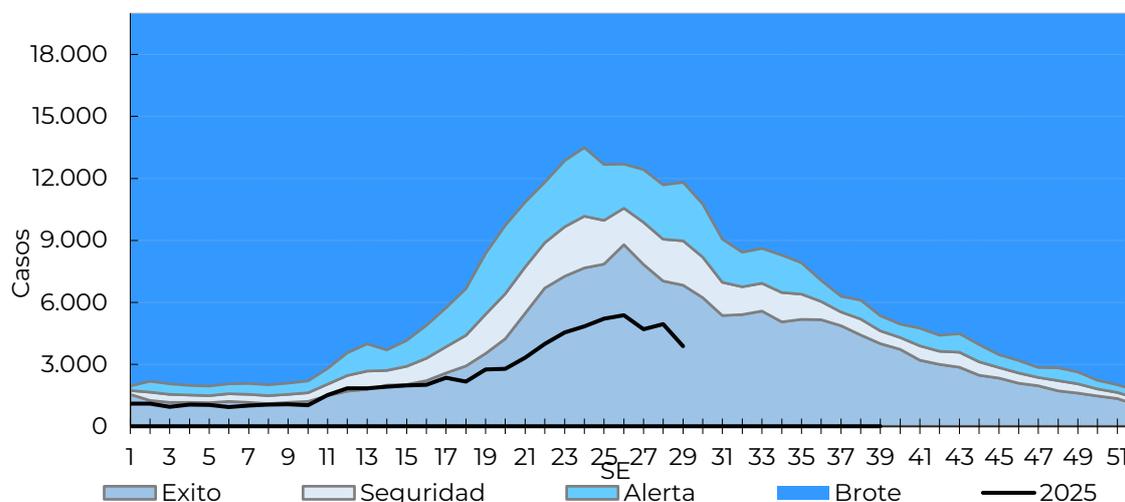
Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE29. Argentina.



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 SNVS²⁰.

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 29 de 2025²⁷. 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 SNVS²⁰.

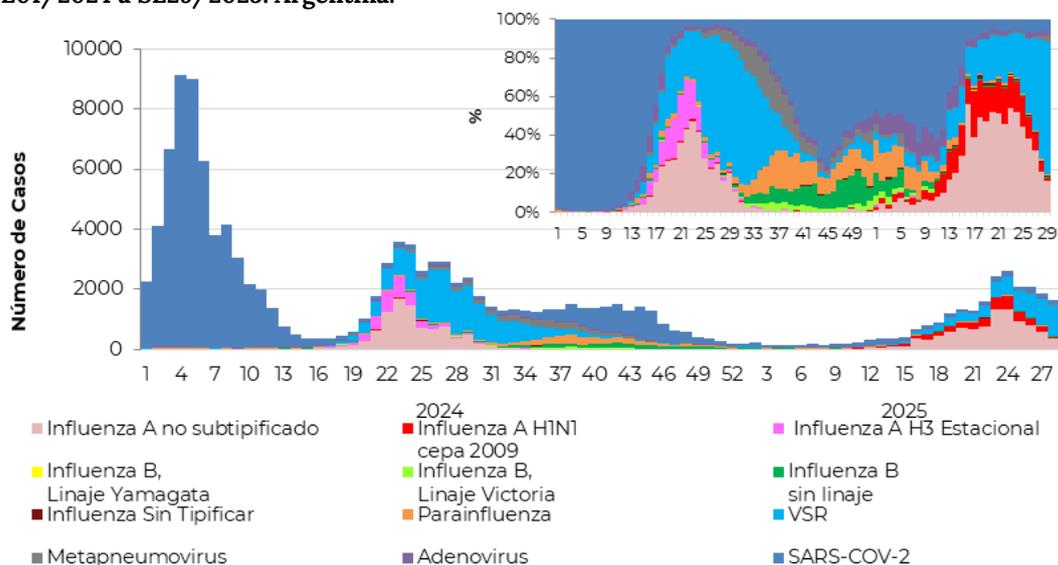
VI.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios

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

²⁷ 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.

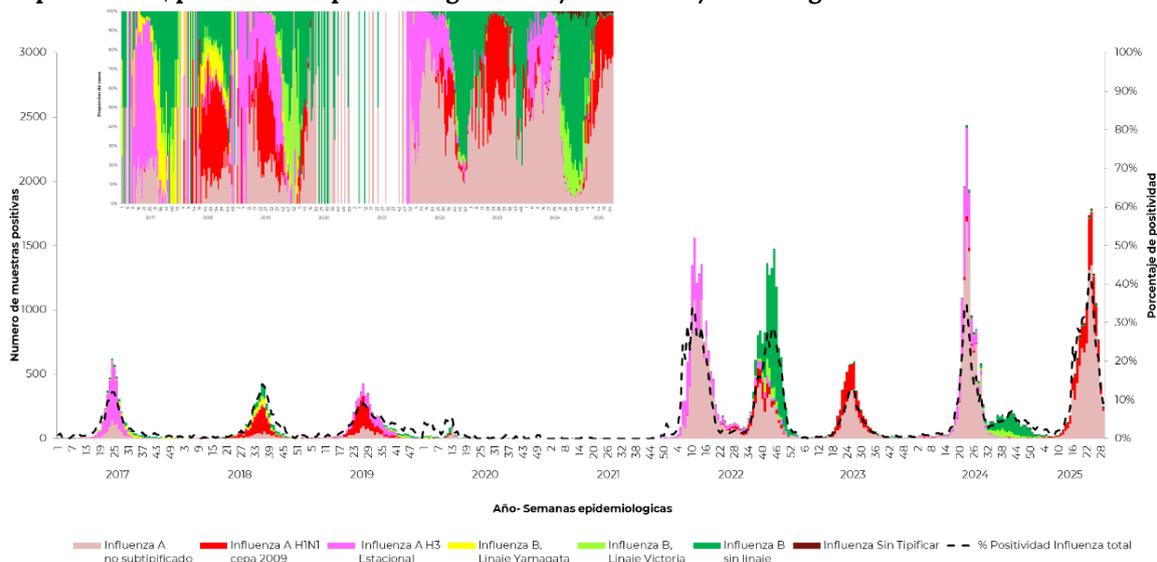
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE29/2025. Argentina.



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 (28 y 29) se notificaron un total de 686 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- SE29/2025. Argentina.

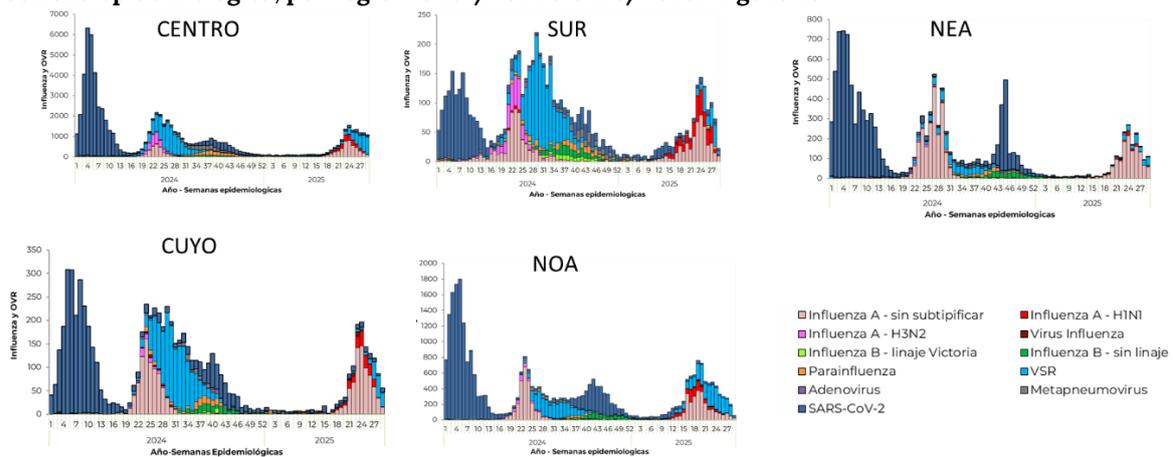


Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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, por región. SE01/2024 a SE29/2025. Argentina.



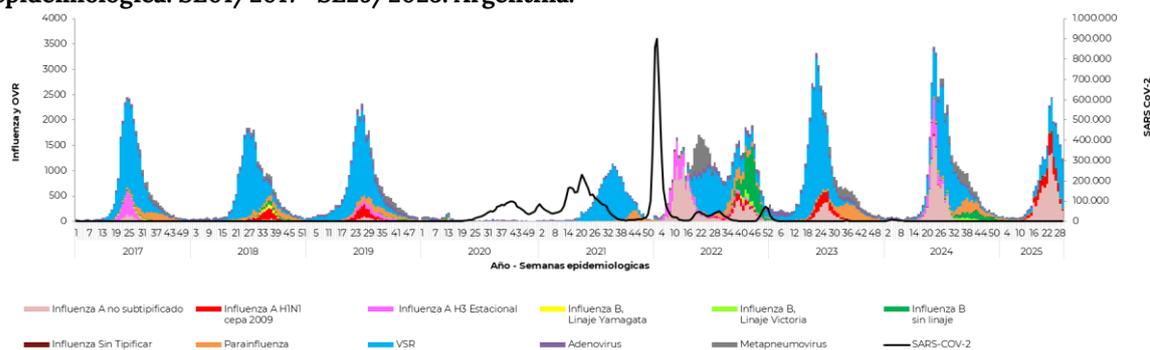
Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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 29 semanas de 2025 los casos se mantuvieron en valores bajos, con 202 detecciones en las últimas 2 SE (28 y 29).

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 (28 y 29), se notificaron 1.914 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 29/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: VSR, Influenza, SARS-CoV-2, metapneumovirus, adenovirus y parainfluenza.

Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE29/2025. 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

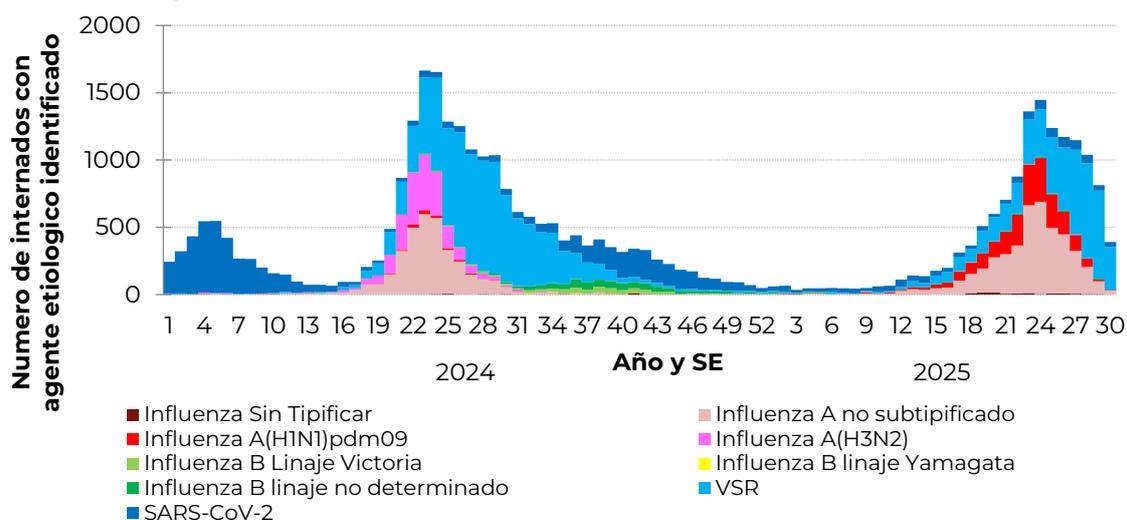
Entre SE01 y SE30 de 2025, se notificaron 1.215 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 71,2% menos casos. Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y valores estables en lo que va de 2025. Para la SE30/2025 se registraron 36 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, entre las SE1 y 30 de 2025 se registraron un total de 6.901 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 154 diagnósticos de influenza en hospitalizados.

Entre los 6.901 casos de influenza notificados durante 2025, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 6.672), con menor detección de influenza B (n= 112). De los casos de influenza A, 2.166 cuentan con subtipificación, correspondiendo 2.153 a influenza A (H1N1) pdm09 y 13 a influenza A (H3N2). En relación a influenza B, 16 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. 117 casos de influenza permanecen a la fecha sin tipificar.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 5.196 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 (SE30/2025), se registran 318 casos de VSR en hospitalizados.

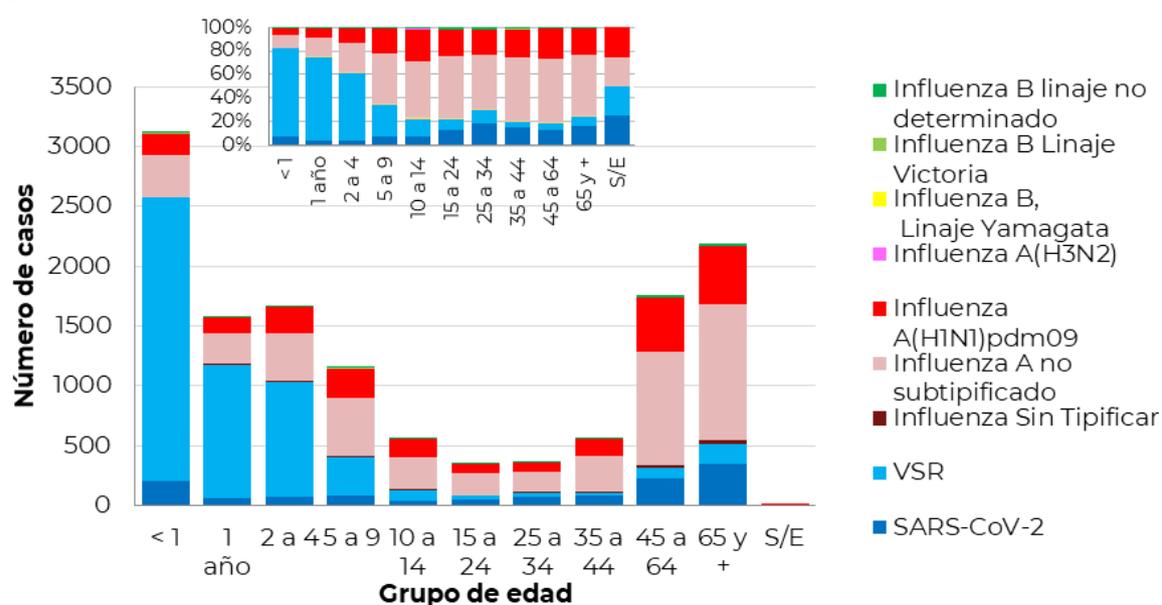
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE30/2025. Argentina.



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 SE30/2025, 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 SE30/2025.



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

A la fecha de elaboración de este informe, en lo que va de 2025, se registran 177 fallecidos con diagnóstico de influenza ²⁸. Respecto a SARS-CoV-2, no se registran 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.
- 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 ²⁹

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**

²⁸ 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.

²⁹ Última versión vigente. Se encuentra en proceso de actualización para el año 2025.

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.

Para mayor información consultar:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/guia_rapida_antigripal_2025_1732025.pdf

VII. Vigilancia Genómica de SARS-CoV-2

VII.1. Situación mundial

Actualmente, se designaron: 6 variantes bajo monitoreo (VUM): KP.3, KP.3.1.1, XEC, LP.8.1, NB.1.8.1 y XFG. y una variante de interés (VOI), JN.1^{30,31,32}.

A nivel mundial, JN.1 representó el 15,3 % de las secuencias en la semana 22 de 2025, con una tendencia ascendente respecto a las semanas anteriores. La última evaluación de riesgo de JN.1 se publicó el 15 de abril de 2024, con una evaluación general de bajo riesgo para la salud pública a nivel mundial basada en la evidencia disponible³³.

Las seis variantes bajo monitoreo enumeradas son todos linajes descendientes de JN.1.

Entre ellas, NB.1.8.1, designada como VUM el 23 de mayo de 2025, presentó en la SE22 una proporción de 24,9 %, con una tendencia al leve descenso a nivel global, permaneciendo como la variante de SARS-CoV-2 más frecuentemente reportada. De acuerdo a la evaluación de riesgo publicada, el riesgo adicional para la salud pública asociado a NB.1.8.1 se considera bajo a nivel global, de acuerdo con la evidencia disponible³⁴.

La variante XFG, la VUM más recientemente designada, fue reportada al 22 de junio por 38 países. Entre las SE19 y 22 presentó un incremento significativo en la proporción global, pasando del 7,4 % al 22,7%. El ascenso en las proporciones de esta variante se registró en las tres regiones que comparten secuencias consistentemente a GISAID, Región Pacífico Oriental, Región de las Américas y Región Europea.

Según la evaluación de riesgo a nivel mundial publicada el 25 de junio de 2025, considerando la evidencia disponible, el riesgo adicional para la salud pública se considera bajo³⁵. Si bien algunos países del Sudeste Asiático, que presentan las mayores proporciones de XFG, reportaron aumentos en casos y hospitalizaciones, no hay informes que sugieran que la gravedad de la enfermedad asociada sea mayor en comparación con otras variantes circulantes.

En relación a las demás VUM, LP.8.1 mostró una leve disminución en su proporción global (39,0 % en la SE17 y 22,6 % en la SE22). XEC, la variante de SARS-CoV-2 previamente más frecuente, disminuyó en prevalencia, representando el 5,2% de las secuencias en la semana 22 de 2025 frente al 11,0 % en la semana 19 de 2025. Las otras variantes bajo monitoreo siguen con tendencias descendentes a nivel global.

Las tasas decrecientes de pruebas y secuenciación a nivel mundial hacen que sea cada vez más difícil estimar el impacto de la gravedad de las variantes emergentes del SARS-CoV-2.

³⁰ COVID-19 epidemiological update - 12 de marzo de 2025. Disponible en <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

³¹ OMS- Tracking SARS-CoV-2 variants-. <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

³² Tomado de: <https://www.who.int/publications/m/item/updated-working-definitions-and-primary-actions-for-sars-cov-2-variants>

³³ Updated Risk Evaluation of JN.1, 15 April 2024. Tomado de https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/15042024_jn1_ure.pdf?sfvrsn=8bd19a5c_7

³⁴WHO TAG-VE Risk Evaluation for SARS-CoV-2 Variant Under NB.1.8.1 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/23052025_nb.1.8.1_ire.pdf

³⁵ Initial Risk Evaluation of XFG, 25 June 2025. Tomado de: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/25062025_xfg_ire.pdf?sfvrsn=260a9981_4

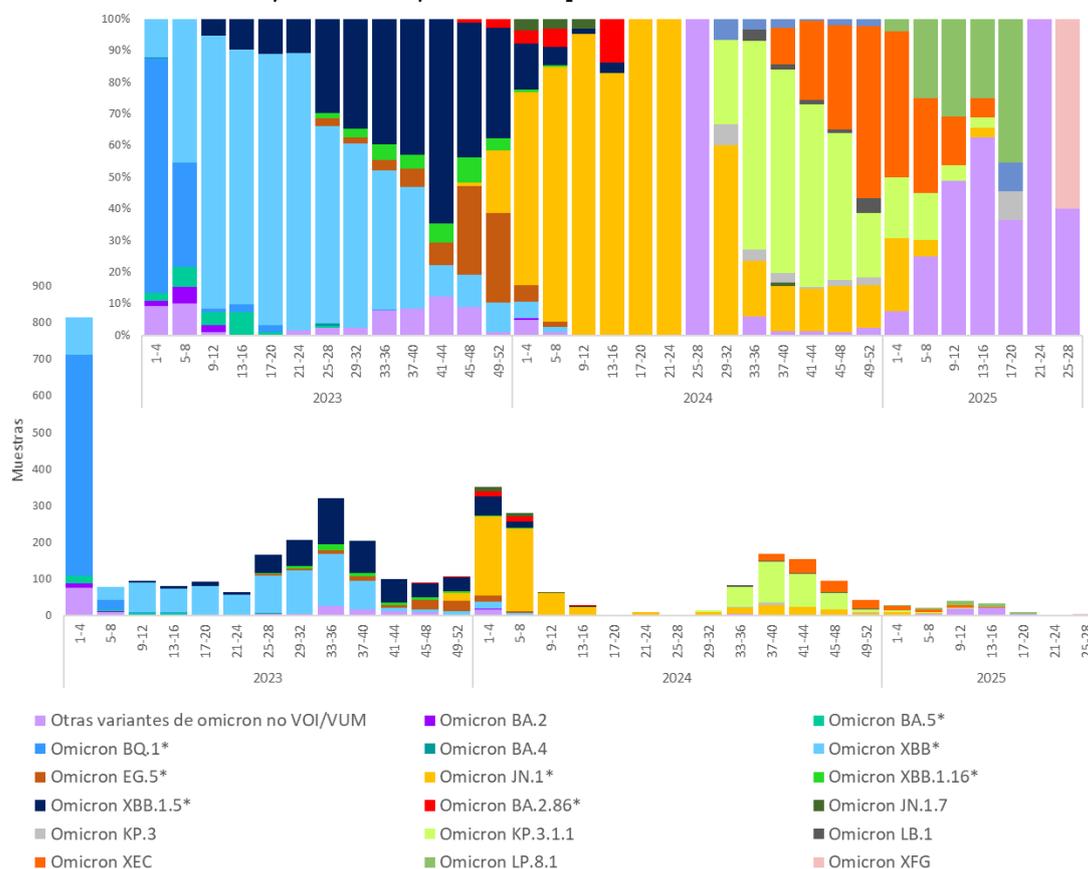
Actualmente no se han reportado datos de laboratorio o informes epidemiológicos que indiquen cualquier asociación entre VOI/VUM y una mayor gravedad de la enfermedad.

VII.2. Situación nacional

En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Ómicron. En relación a esta, se verifica un predominio de las variantes LP.8.1 y XEC. Además, se registran casos de variantes KP.3.1.1, KP.3 y JN.1. Durante las semanas 26 y 27 se detectaron casos de la variante Omicron XGF clasificada recientemente como VUM, con bajo riesgo adicional para la salud pública a nivel mundial.

Durante el periodo de 20 semanas comprendidas entre la SE9 y 28 de 2025, se notificaron al SNVS 89 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales LP.8.1* se identificó en un 28,09% (n= 25), seguida de XEC* en un 8,99% (n=8), KP.3.1.1* en un 3,37% (n=3) y XFG en un 3,37% (n=3). Además, se registró 1 caso de la variante JN.1* y 1 caso de variante KP.3 (*Indica la inclusión de linajes descendientes).³⁶

Gráfico 1: Distribución absoluta y relativa de variantes identificadas según fecha de toma de muestra por cuatrimestras. SE01/2023- SE28/2025. Total país^{37,38}.



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

³⁶ Información nacional actualizada el 29 de julio de 2025. Para la interpretación de la información se debe considerar que durante las últimas semanas se registra un escaso número de muestras.

³⁷ Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.

³⁸ La variante BA.2.86* fue analizada y reclasificada en VOI y VUM

Durante el período mencionado, de acuerdo a la información actualizada al 31 de julio de 2025, el Laboratorio Nacional de Referencia de SARS-CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios – Servicio Virosis Respiratorias del INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”– realizó la secuenciación de 164 virus detectados a partir de muestras recolectadas por los laboratorios integrantes de la Red Nacional de Virus Respiratorios, provenientes de 14 jurisdicciones: CABA, Tucumán, Entre Ríos, La Rioja, Buenos Aires, Santa Cruz, Chaco, Corrientes, Formosa, Mendoza, Salta, La Pampa, Santa Fe y Catamarca. Del total analizado, el 68.3% (n=112) correspondió a variantes no clasificadas como VOI/VUM, seguido por la variante LP.8.1* con un 23.2% (n=38), XEC con un 3.6 % (n=6), XFG 1.8 (n=3) y KP.3 (n=2) y KP.3.1.1 (n=2) ambas con 1.2%.

Notificación de Variantes de Interés al Sistema Nacional de Vigilancia SNVS2.0

La Variante de Interés (VOI) y las 6 Variantes bajo monitoreo (VUM) se encuentran incorporadas a las categorías en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, dentro del listado de resultados de laboratorio en el **Evento “Vigilancia genómica de SARS-CoV-2”**:

- Omicron JN.1*
- Omicron KP.3 (VUM)
- Omicron KP.3.1.1 (VUM)
- Omicron XEC (VUM)
- Omicron LP.8.1 (VUM)
- Omicron NB.1.8.1 (VUM)
- Omicron XFG (VUM)

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

VIII.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 alerta³⁹ 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 producto⁴⁰. 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.

³⁹<https://www.argentina.gob.ar/noticias/anmat-alerta-sobre-el-uso-de-un-lote-de-fentanilo-inyectable-por-desvio-de-calidad>

⁴⁰<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.

VIII.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.

VIII.2. Situación epidemiológica

Desde el Alerta emitido el 08 de mayo y hasta el 1 de agosto 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 01/08/2025. 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		3	3	6	En investigación
ESF06	3			3	SI
ESF07	1			1	SI
ESF08	1		1	2	SI
ESF09	13			13	SI
Santa Fe	46	7	16	69	7
Total general	67	8	19	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

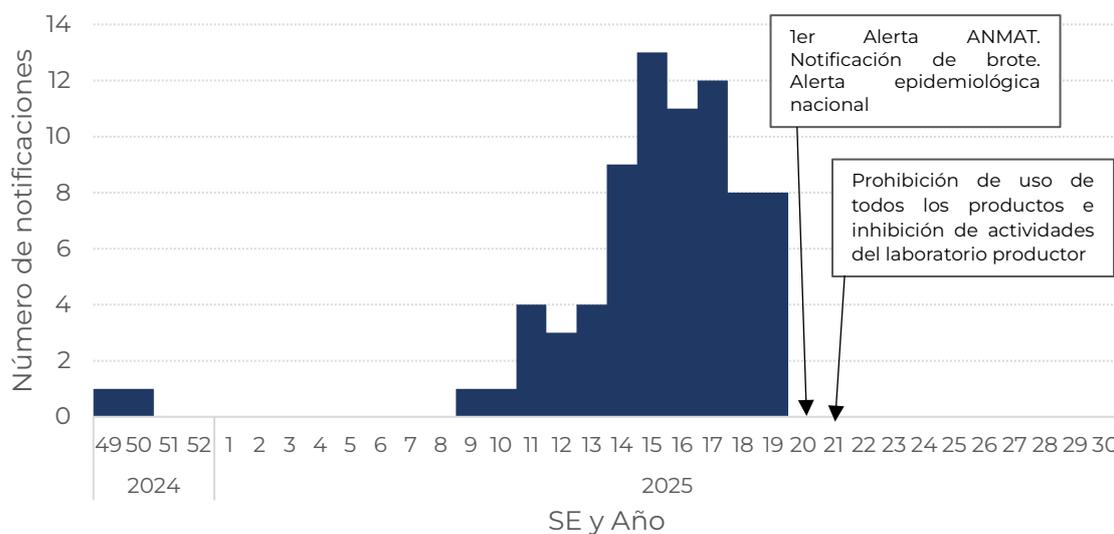
Con respecto a los casos notificados de la provincia de Santa Fe y luego de una trabajosa investigación epidemiológica realizada desde la jurisdicción, se llegó a la conclusión de

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 ocurridas 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 nexos y sospechosos por SE y medidas sanitarias según semana epidemiológica. Argentina. Hasta el 01/08/2025. N=79*.

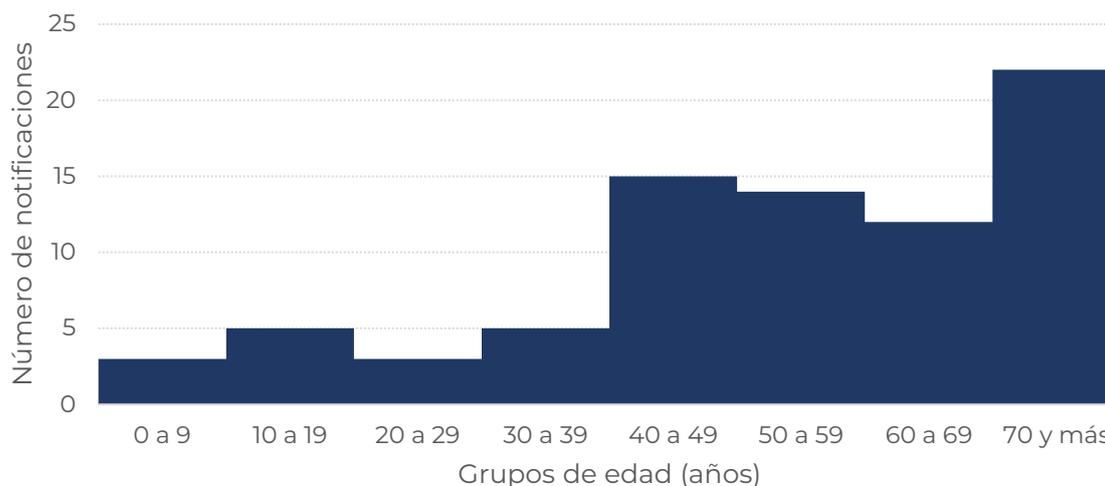


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

* Se excluyen descartados

En relación con la edad, se presentaron casos en todos los grupos etarios, con una mediana de 57 años y un rango entre 0 y 96 años.

Gráfico 2. Infección por exposición a medicamento contaminado: distribución de número de casos asociados por LNR o nexos y sospechosos según grupo de edad. Argentina. Hasta el 01/08/2025. N=79*.



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.

VIII.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 ⁴¹	<i>Klebsiella variicola</i>	K. variicola con score > 2.00 y 10% de divergencia entre especies
	Vitek-MS Prime IVD ⁴²	<i>Klebsiella pneumoniae</i> 50%/K. variicola 50%	El grupo de especies se muestra como un resultado de baja discriminación.
K. pneumoniae	Biotyper V 13.0	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	K. pneumoniae con score > 2.00 y 10% de divergencia entre especies
	Vitek-MS Prime IVD	<i>Klebsiella pneumoniae</i> 99.9%	Alto nivel de confianza

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

VIII.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)**”.

VIII.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 fármacos⁴³

Evento: Infección por Exposición a Medicamento Contaminado.

VIII.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

VIII.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 2025⁴⁴ y que presente, con posterioridad a la administración:

⁴¹ La versión 13.0 está disponible en Microbenet

⁴² Knowledge base IVD 3.3

⁴³ La asignación de este grupo de evento a los usuarios del SNVS debe realizarse a sus referentes jurisdiccionales o al mail nuevosnvs2@gmail.com

⁴⁴ 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 nexos epidemiológicos 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 nexos epidemiológicos con casos o fuentes confirmadas en la institución.

Caso de *Klebsiella variicola* (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 nexos epidemiológicos con casos o fuentes 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

IX. Leishmaniasis Visceral y Tegumentaria (Cutánea y Mucosa) - Actualización Informe epidemiológico

IX.1. Introducción

IX.1.A. SOBRE ESTA PUBLICACIÓN

En los BEN 750 y 751 se publicaron sendos informes epidemiológicos de Leishmaniasis visceral humana y Leishmaniasis Cutánea y Mucosa respectivamente.

La periodicidad de la presentación de los datos epidemiológicos de los diferentes eventos de notificación obligatoria (ENO) está relacionada con múltiples dimensiones: estacionalidad, incremento de casos, situaciones especiales como eventos naturales y/o sociales, cambios en la normativa o en el proceso diagnóstico, presentación de la información para conocimiento sistemático de los cambios en la epidemiología, entre otros.

El BEN, como ya se dijo en otras ocasiones, es un producto de la gestión sanitaria que promueve la visualización de todos los eventos bajo vigilancia con la finalidad de conocer la situación epidemiológica para que los actores involucrados puedan realizar las acciones correspondientes de investigación, control, prevención y/o promoción de la salud.

En este caso, la actualización de las leishmaniasis responde a una necesidad de dar cuenta de la situación epidemiológica en forma sistemática, de acuerdo a la propuesta de periodicidad planteada en función de todos los eventos a vigilar.

IX.1.B. SOBRE LA ENFERMEDAD

Las leishmaniasis son un grupo de enfermedades antropozoonóticas causadas por diferentes parásitos del género *Leishmania*. Son transmitidas a mamíferos susceptibles -entre ellos los seres humanos- por la picadura de la hembra de diferentes especies de flebotomíneos (subfamilia *Phlebotominae*), lo que da lugar a distintos complejos vector-parásito-reservorio/hospedero.

En Argentina, se registran ciclos de transmisión autóctona de las siguientes variantes clínicas: leishmaniasis visceral (LV), que representa la forma de mayor gravedad, y leishmaniasis tegumentaria (LT), que incluye, entre otras, las formas cutánea (LC) y mucosa (LM).

Aunque dinámica, la transmisión está delimitada a focos naturales donde coexisten vector, reservorio y parásito, condicionados por factores ecológicos como clima, temperatura, humedad y cobertura vegetal. Se han caracterizado tres ciclos de transmisión: selvático, doméstico-rural y doméstico-urbano, a diferencia del ciclo de la leishmaniasis visceral, las LT suele ocurrir en el ciclo selvático que, en nuestro medio, corresponden a tres regiones fitogeográficas (Yungas, Chaqueña y Paranaense) de 11 provincias del centro y norte del país. La transmisión silvestre en áreas de vegetación primaria o residual representa un riesgo principalmente asociado a actividades laborales, recreativas o extractivistas desarrolladas en esos ambientes. Ocasionalmente, se registran brotes de transmisión en los ciclos doméstico-rural y doméstico-urbano -vinculados a asentamientos ubicados en zonas contiguas a áreas de vegetación primaria o parches residuales urbanos- donde tanto los vectores como los reservorios (animales vertebrados de vida silvestre) pueden perpetuar la transmisión en el entorno peridomiciliario.

IX.2. Descripción clínico-epidemiológica de la leishmaniasis visceral y tegumentaria (cutánea y mucosa)

IX.2.A. LEISHMANIASIS VISCERAL

La LV es la forma más grave de las leishmaniasis y, en las Américas, es causada por la especie *L. (L.) infantum* (*sinonimia chagasi*), un protozoo perteneciente a la familia Trypanosomatidae. Son principalmente transmitidas por la picadura de la hembra de diferentes especies de flebótomos, infectados con el parásito. El ciclo en Argentina tiene como principal vector a la especie *Lutzomyia longipalpis* y, también, se ha involucrado como vector secundario o putativo a *Migonomyia migonei*.

El reservorio (animal que mantiene al parásito en la naturaleza y perpetúa el ciclo de transmisión) es el perro doméstico. En estos, también existe la transmisión vertical y sexual. El flebótomo se infecta cuando se alimenta de un animal vertebrado infectado independientemente si presenta síntomas o no. La duración del ciclo del parásito en el flebótomo es de cuatro a siete días, luego de los cuales el mismo será capaz de infectar a un individuo susceptible, permaneciendo infectante el resto de su vida.

El periodo de incubación en el humano es de 10 días a 24 meses (en promedio de 2 a 6 meses). La mayoría de las infecciones son inaparentes y se estima que el 20 % de ellos desarrollan la forma clásica de la enfermedad que incluye fiebre prolongada, palidez, pérdida de apetito, pérdida de peso y hepatoesplenomegalia. Se sugiere que los profesionales de la salud presenten un alto índice de sospecha en los pacientes con epidemiología compatible y síndrome febril prolongado. Se asocian a la progresión y gravedad de la enfermedad factores como la edad, el estado nutricional y la reacción inmunitaria inicial del individuo. No se recomienda el estudio de contactos o casos que no cumplan los criterios de caso sospechoso.

La leishmaniasis visceral canina (LVC) es una enfermedad sistémica, en la cual, las manifestaciones clínicas dependen de los órganos afectados y la respuesta inmunitaria del animal infectado. La expresión clínica puede variar desde un animal aparentemente sano, hasta graves afecciones que pueden ser fatales. Los principales síntomas de la LVC incluyen lesiones dermatológicas, linfadenomegalia generalizada, queratoconjuntivitis y lesiones oculares, disminución del apetito, pérdida progresiva de peso, onicogriposis (crecimiento atípico de las uñas), atrofia muscular, claudicación, intolerancia al ejercicio, letargo, esplenomegalia, poliuria y polidipsia, vómitos y diarrea. De las lesiones dermatológicas, las más descriptas son la alopecia, despigmentación de hocico, dermatitis exfoliativa no pruriginosa con o sin alopecia que puede generalizarse o localizarse en la cara, orejas y extremidades, dermatitis ulcerosa sobre prominencias óseas, uniones mucocutáneas, patas y orejas, dermatitis nodular focal o multifocal, dermatitis proliferativa mucocutánea y dermatitis papular. No obstante, los perros infectados pueden permanecer sin síntomas clínicos por un largo período o durante toda la vida manteniéndose infectivos para los flebótomos.⁴⁵

IX.2.B. LEISHMANIASIS CUTÁNEA

La leishmaniasis cutánea (LC) es una enfermedad infecciosa que afecta la piel. Su espectro clínico es muy variado y depende de la interacción de varios factores: edad, estado nutricional, respuesta inmunológica, susceptibilidad genética del huésped, especie infectiva, vector, dosis y

⁴⁵ Organización Panamericana de la Salud. Manual de procedimientos para vigilancia y control de las leishmaniasis en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57740>

sitio de inoculación. La presentación cutánea es la más frecuente de todas las leishmaniasis y genera gran morbilidad pero raramente compromete la vida.

En la región de las Américas se han descrito al menos 15 especies de los subgéneros *Leishmania* (L.) y *Viannia* (V.) vinculados a esta presentación, siendo en Argentina *Leishmania* (V.) *braziliensis* el agente etiológico, aunque hay reportes de aislamientos en pacientes también en el Chaco salteño de *L. (L.) amazonensis* y *L. (V.) guyanensis*. Tanto el agente etiológico, como los vectores y los reservorios son diferentes a lo descrito en leishmaniasis visceral (Ver BEN 750/SE13)⁴⁶. La transmisión ocurre cuando una hembra infectada de un flebotomíneo se alimenta de un vertebrado. En Argentina, la principal especie involucrada en la transmisión de *Leishmania braziliensis* es *Nyssomyia neivai*; también se han involucrado a *Migonemyia migonei* y al complejo *Evandromyia cortelezzii*. *Nyssomyia whitmani* solamente se la involucró, hasta el momento, en Puerto Iguazú- Misiones. Múltiples reservorios (animales vertebrados que mantienen al parásito en la naturaleza y perpetúan el ciclo de transmisión) han sido incriminados en el ciclo de vida del parásito, algunos de los identificados son marsupiales (especies de *Didelphis*), el oso perezoso (especies de *Choloepus* y de *Bradypus*), el oso hormiguero menor (*Tamandua tetradactyla*), el zorro (*Cerdocyon thous*) y a roedores (especies de *Rattus*, *Proechimys*, *Nectomys* y *Oryzomys*, entre otros). En Argentina, los caninos no son reservorio de leishmaniasis cutánea. En cada foco de transmisión hay distintos reservorios principales, siendo una interacción entre los reservorios y los parásitos compleja, multifactorial, circunstancial y dinámica.

La leishmaniasis cutánea localizada es la presentación más habitual de la LC y las lesiones pueden ser únicas o múltiples (hasta 10 lesiones) de localización en zonas expuestas a picaduras, principalmente en las extremidades. La lesión comienza como una pápula que evoluciona a un nódulo, redondeado e indoloro, que aumenta de tamaño de forma progresiva y se ulcera hasta conformar una úlcera característica de bordes elevados y definidos, con un fondo granuloso que puede o no tener un exudado en su fondo y es indolora. Pueden aparecer lesiones secundarias, nodulares y/o ulceradas y en ocasiones se sobreinfectan, pudiendo presentar exudado purulento y generar dolor. Existen otras presentaciones infrecuentes de leishmaniasis tegumentarias como la cutánea diseminada, la leishmaniasis cutánea difusa anérgica, la leishmaniasis cutánea atípica y la cutánea crónica recurrente.

IX.2.C. LEISHMANIASIS MUCOSA

La presentación mucosa (LM) es una entidad clínica crónica y destructiva, que afecta primariamente la mucosa nasal y, con frecuencia, progresa hacia la orofaringe y otros segmentos del tracto aéreo superior. Está principalmente asociada a la especie *L. V. braziliensis*, y en la mayoría de los casos se cuenta con el antecedente de lesiones cutáneas o lesiones concomitantes, por lo que se considera una diseminación hematogena o por contigüidad de la misma. Se considera multicausal, consecuencia de la interacción variable de los factores dependientes del parásito (especie, tropismo, virulencia, capacidad patógena, infección con LRV 1 [*Leishmania* RNA virus 1]) y del huésped (inmunidad, genética), donde se desarrolla una respuesta inflamatoria exagerada con participación de la reacción inmunitaria innata y de las células TCD4+ y TCD8+ que no es modulada por los mecanismos reguladores por lo que ocurre el daño tisular y el desarrollo de la enfermedad.

⁴⁶ Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°750, SE 13. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_750_se_13_vff.pdf

IX.3. Situación Epidemiológica de la Leishmaniasis Visceral Humana en Argentina

IX.3.A. NOTA METODOLÓGICA

En nuestro país, las leishmaniasis están incluidas como eventos de notificación obligatoria, según lo establecido por la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022. En concordancia al Programa Regional de Leishmaniasis instituido por la OPS desde el año 2011, que actualizó en el 2024 su “Plan de acción para fortalecer la vigilancia y el control de las leishmaniasis en las Américas 2023-2030”.⁴⁷

La modalidad de vigilancia es nominal, consiste en la vigilancia universal e inmediata ante la sospecha de caso de Leishmaniasis Visceral Humana y en los casos confirmados de Leishmaniasis Visceral Canina. En los casos caninos sospechosos o asintomáticos con prueba reactiva y los estudios poblacionales la notificación es agrupada semanal.

Para el análisis se utilizó el evento “Leishmaniasis Visceral Humana” del SNVS 2.0 abarcando todos los casos que cumplan con los criterios de caso Confirmado⁴⁸ y Probable⁴⁹ establecidos en el “Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control 2022”.

Se realizó un análisis de los datos contenidos en el SNVS 2.0, desde el 1 de enero de 2019 hasta el día 19 de julio de 2025. Para el análisis temporal de los casos se utilizó la fecha mínima registrada⁵⁰ y se excluyeron aquellos casos correspondientes a fechas previas a 2019.

En cuanto a la distribución geográfica, se consideró la jurisdicción de residencia de los casos (o la de notificación, si la de residencia no se encontraba registrada). En cuanto a las tasas de incidencia, se seleccionaron las jurisdicciones con transmisión activa⁵¹ o vulnerables.⁵²

IX.3.B. MARCO HISTÓRICO

Las leishmaniasis son enfermedades de notificación obligatoria desde la implementación de la Ley 15465. En el año 2000 con la detección del vector *Lutzomyia longipalpis*, en la provincia de Misiones y, luego, en ambiente urbano en Formosa en el año 2004, se generó un alerta y

⁴⁷ Plan de acción para fortalecer la vigilancia y el control de las leishmaniasis en las Américas 2023-2030. Pan American Health Organization; 2024. doi:10.37774/9789275328781

⁴⁸ Caso confirmado de leishmaniasis visceral: Todo caso sospechoso o probable con un resultado positivo para alguna de las siguientes técnicas parasitológicas:

- Frotis de punción aspiración de médula ósea, bazo, hígado, ganglio linfático teñido con Giemsa, May-Grunwald-Giemsa, etc. para la búsqueda de amastigotes,
- Cultivo de promastigotes en medios específicos: NNN (Novy, Nicolle y McNeal), Senekjje, etc.,
- Inoculación en hámster: búsqueda y/o aislamiento parasitario.
- Preparados histológicos a partir de médula ósea, hígado, bazo o ganglio linfático para la búsqueda de amastigotes.
- PCR en muestras de tejidos.

⁴⁹ Caso probable: Caso sospechoso al que se suma una o más pruebas serológicas reactivas entre las siguientes: tiras inmunocromatográficas RK39, ELISA, Inmunofluorescencia indirecta o Test de Aglutinación Directa (DAT).

⁵⁰ La fecha de inicio del caso se construye considerando la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

⁵¹ En Argentina, se han detectado casos humanos, caninos y presencia de vector de leishmaniasis visceral en las provincias de Misiones, Corrientes, Santiago del Estero, Salta, Formosa, Entre Ríos y Chaco. Además, se ha registrado presencia de vector y perros positivos en Córdoba y Jujuy.

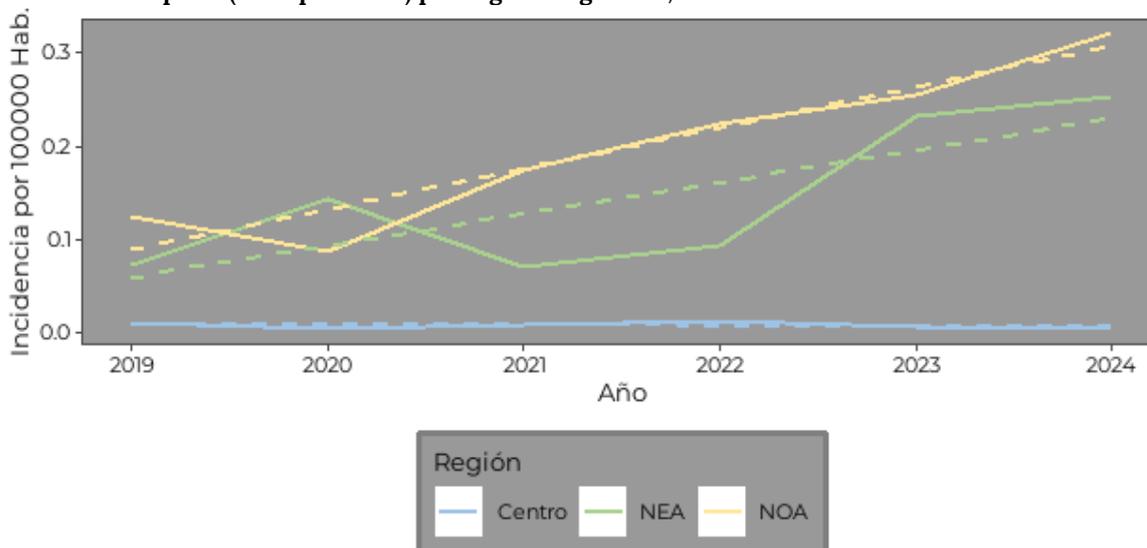
⁵² Áreas vulnerables: Son áreas que cumplen al menos con uno de los siguientes criterios:

a) tener condiciones favorables a la presencia del vector; b) estar contiguas a las áreas con transmisión dentro del país o, en caso de las zonas de frontera, dentro de un país limítrofe; c) presentar tránsito migratorio intenso con otras zonas del país o con las zonas de frontera de países limítrofes; d) compartir redes viales con áreas con transmisión.

fortalecimiento en la vigilancia epidemiológica.⁵³ Aunque hubo casos reportados previamente, es probable que los mismos no fueran causados por *Leishmania (L.) infantum*.⁵⁴ El primer foco de transmisión de LV humana se detectó en 2006 en Misiones y desde esa fecha se han detectado otros focos de transmisión de LV en las provincias de Corrientes, Santiago del Estero, Salta, Formosa y, más recientemente, Entre Ríos y Chaco. En Córdoba (Departamentos de Capital, Colón, Punilla, Río Cuarto y Santa María) y Jujuy (Departamento de El Carmen) se han registrado la presencia del vector y casos de LV canina, sin notificar hasta la fecha, casos de LV humana. La tendencia de casos de leishmaniasis visceral humana del periodo 2019-2024 está en aumento para las regiones NEA y NOA. (Gráfico 1)

El informe histórico sobre leishmaniasis visceral (LV) se encuentra disponible en el Boletín Epidemiológico Nacional Nro. 750/2025, disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_750_se_13_vff.pdf

Gráfico 1. Leishmaniasis visceral: serie temporal de incidencia acumulada anual (línea continua) y la tendencia temporal (línea punteada) por región. Argentina, 2019 a 2024.



Fuente: elaboración propia de las 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

IX.3.C. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2025

Entre la semana epidemiológica 1 y 30 del año 2025 se notificaron 9 casos de Leishmaniasis visceral humana, siendo 5 en la región del NEA y 4 en el NOA (Ver [Tabla 1](#)). En la caracterización de la población para los casos del año 2025, la proporción de casos en personas de sexo femenino (44,4%) fue mayor al de años previos (29,8%). En cuanto a la distribución por edades, a diferencia del histórico, los casos se concentraron en población mayor a 20 años (77,7%). No se registraron casos fallecidos ni comorbilidades asociadas.

⁵³ Salomón OD, Ramos LK, Quintana MG, Acardi SA, Santini MS, Schneider A. Distribución de vectores de leishmaniasis visceral en la Provincia de Corrientes, 2008. *Medicina (Buenos Aires)*. 2009;69(6):625-630.

⁵⁴ Salomón OD, Rossi G, Sosa Estani S, Spinelli G. Presencia de *Lutzomyia longipalpis* y situación de la leishmaniasis visceral en Argentina. *Medicina (Buenos Aires)* 2001; 61: 174-8.

Tabla 1. Casos probables y confirmados de leishmaniasis visceral humana por año y jurisdicción de residencia. Argentina, SE01 a SE30 de los años 2019 a 2025.

Jurisdicción	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024
	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos
Buenos Aires*	2	0	0	1	1	0	0
CABA*	0	0	0	2	0	0	0
Córdoba*	0	0	0	1	1	0	0
Entre Ríos	0	1	0	0	0	0	0
Total Centro	2	1	0	4	2	0	0
Chaco	0	0	0	0	0	0	2
Corrientes	1	1	0	1	2	0	0
Formosa	1	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	3	3	1	3	5	3
Total NEA	2	4	3	2	5	5	5
Jujuy*	0	0	0	1	0	0	0
Salta	3	1	4	7	12	6	4
Total NOA	3	1	4	8	12	6	4
País	7	6	7	14	19	11	9

* Provincias sin casos autóctonos

Fuente: elaboración propia de las 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

IX.4. Situación Epidemiológica de la Leishmaniasis Cutánea y Mucosa en Argentina

IX.4.A. NOTA METODOLÓGICA

La modalidad de vigilancia es nominal, consiste en la vigilancia universal e inmediata ante la sospecha de casos de Leishmaniasis Cutánea y Leishmaniasis Mucosa.

Se consideró como fecha de ocurrencia de los casos a la fecha mínima registrada⁵⁵ y se excluyeron aquellos casos correspondientes a fechas previas a 2019. En cuanto a la distribución geográfica, se consideró la jurisdicción de residencia de los casos (o la de notificación, si la de residencia no se encontraba registrada).

Se considera como probable recaída cutánea a la notificación de un nuevo evento luego de 3 meses del primer evento para LC y 6 meses para LM. En los casos notificados tanto como cutáneas y mucosas, se identificó como probable recidiva mucosa si hubo 6 meses de diferencia entre la notificación el caso cutáneo y mucoso, en caso de ser menor aparece en ambas bases y como concomitante. Debido a las características de los datos recabados en el SNVS 2.0, no se pudo constatar tratamiento y/o cura realizado por la baja completitud de dichas variables.

⁵⁵ La fecha de inicio del caso se construye considerando la fecha de inicio de síntomas, si ésta no está registrada, la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra o la fecha de notificación, de acuerdo a la información registrada en el caso.

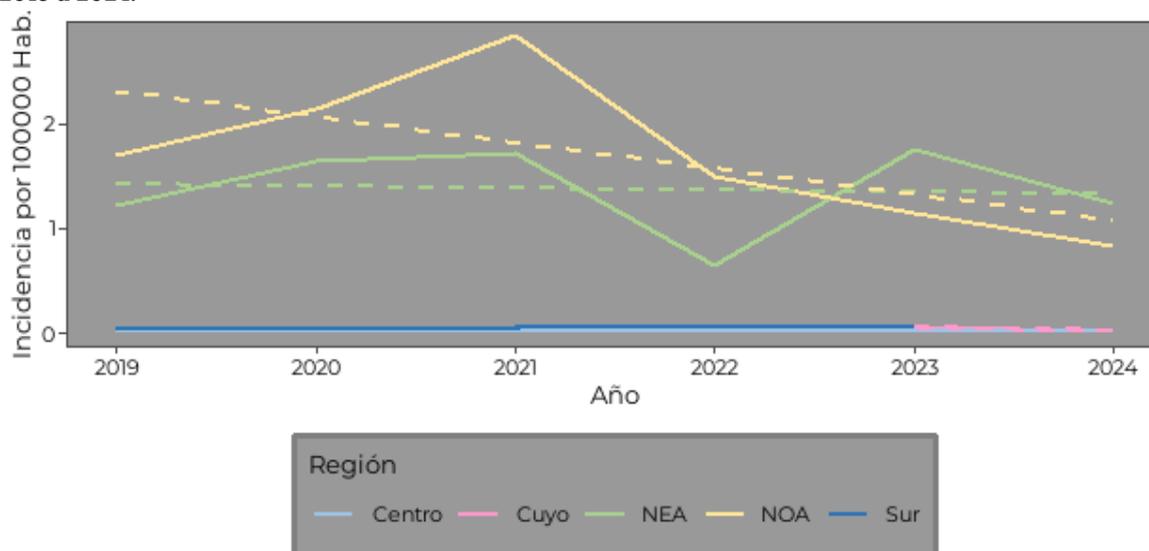
IX.4.B. SITUACIÓN HISTÓRICA DE LA LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA

En nuestro país, el área endémica de LT es de aproximadamente 500.000 km² abarca algunas regiones de las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, Chaco, Catamarca, Corrientes, Misiones, Formosa, y norte de Santa Fe, con tres regiones fitogeográficas (Yungas, Chaqueña y Paranaense). Entre los meses de octubre y mayo existe mayor riesgo de transmisión. Si bien, se han encontrado flebotomos en las provincias de Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos, en las mismas no han ocurrido casos humanos autóctonos.

Hay reportes de casos desde comienzos del siglo XX, cuando se realizó el primer censo en la década de 1920. Siendo una enfermedad de notificación obligatoria desde la implementación de la Ley 15465. Desde la década de 1980 se ha reportado un aumento de los casos vinculado principalmente a brotes de transmisión silvestre y peridoméstica en Formosa, Catamarca, Salta, Chaco, Tucumán, Misiones, Corrientes y Jujuy.⁵⁶ La tendencia de casos de leishmaniasis cutánea del periodo 2019-2024 es en descenso para la región del NOA y estable para el NEA. (Gráfico 2)

El informe histórico sobre leishmaniasis tegumentaria (LT) se encuentra disponible en el Boletín Epidemiológico Nacional Nro. 751/2025, disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_751_se_14_1542025-2.pdf

Gráfico 2. Serie temporal de incidencia acumulada anual y la tendencia temporal por región. Argentina, 2019 a 2024.



Fuente: elaboración propia de las 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.

IX.4.C. SITUACIÓN ACTUAL DE LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA

En el periodo comprendido entre la semana epidemiológica 1 y 30 del año 2025 se diagnosticaron 50 casos de Leishmaniasis cutánea en el país, siendo el 56% de la región NOA y 42% del NEA (Ver Tabla 2). Asimismo, se notificaron 18 casos con una fecha probable de inicio de síntomas previa al año 2025. La media de edad fue de 41,8 años (DE 16), donde el 62% de los casos fue en la franja comprendida entre 20-49 años. El 81,6% de los casos fueron en personas

⁵⁶ Salomon, Oscar & Quintana, María & Rosa, Juan. (2008). Eco-epidemiology of cutaneous leishmaniasis in Argentina. Salud(i)Ciencia. 16. 514-520.

del sexo masculino (Ver gráfico 2). Con respecto a las profesiones, 1 caso se identificó en un guardaparque y 3 en agricultores. No se encontraron recaídas

Tabla 2. Casos confirmados de leishmaniasis cutánea por año y jurisdicción de residencia. Argentina, SE01 a SE30 de los años 2019 a 2025.

Jurisdicción	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos
Buenos Aires	3	3	3	2	3	3	0
CABA	0	1	0	0	1	1	0
Córdoba	1	0	0	0	0	1	0
Santa Fe	1	0	0	0	0	0	0
Entre Ríos	0	0	0	0	1	1	0
Total Centro	5	4	3	2	5	6	0
Chaco	12	5	13	3	13	36	14
Corrientes	3	4	3	2	0	0	1
Formosa	2	6	8	3	1	12	0
Misiones	13	17	26	16	6	5	6
Total NEA	30	32	50	24	20	53	21
Catamarca	1	0	0	0	0	0	0
Jujuy	23	17	22	21	7	8	6
Salta	25	27	91	34	19	23	21
Santiago del Estero	5	1	1	0	3	2	0
Tucumán	0	1	2	1	0	0	1
Total NOA	54	46	116	56	29	33	28
Neuquén	0	0	0	0	0	0	1
Río Negro	0	1	1	0	2	0	0
Total Sur	0	1	1	0	2	0	1
Total País	89	83	170	82	56	92	50

Fuente: elaboración propia de las 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.

Gráfico 4. Casos acumulados de leishmaniasis cutánea, según rango etario y sexo. Argentina, SE01 a SE30 de 2025.



Fuente: elaboración propia de las 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.

IX.4.D. SITUACIÓN ACTUAL DE LA LEISHMANIASIS MUCOSA

En el año 2025 hasta la semana 30 se notificaron 7 casos de Leishmaniasis mucosa de los cuales 2 fueron fuera de área endémica (Santa Fe y CABA) fueron evaluados como recaídas e importados. Los restantes casos son de Chaco, Corrientes, Salta y Jujuy. Todos los casos fueron en hombres de entre 29-70 años. No se constataron comorbilidades

IX.5. Objetivos de la vigilancia de la Leishmaniasis Visceral y Tegumentaria

LV humana

Los principales objetivos de la vigilancia de casos humanos son:

- Alertar en forma temprana a los distintos actores involucrados ante la sospecha clínica de casos de leishmaniasis y facilitar la información necesaria para realizar las acciones de control.
- Identificar tempranamente los casos humanos para procurar la atención adecuada y oportuna.
- Registrar el estudio por laboratorio de todas las formas de leishmaniasis en humanos, así como la confirmación de casos.
- Registrar la ocurrencia de los casos y las áreas de dispersión de la enfermedad para direccionar las acciones de prevención y control.

LV canina

- Detectar y alertar en forma temprana ante la ocurrencia de casos caninos y registrar la información necesaria para realizar las acciones de control.
- Monitorear la dispersión geográfica de los casos caninos.
- Monitorear la prevalencia de leishmaniasis canina en estudios poblacionales.
- Monitorear la presencia del vector según escenario epidemiológico de cada área para alertar en forma temprana su presencia y prevenir la aparición de nuevos casos.

LT (cutánea y mucosa)

- Alertar en forma temprana a los distintos actores involucrados ante la sospecha clínica de casos de leishmaniasis y facilitar la información necesaria para realizar las acciones de control.
- Identificar tempranamente los casos humanos para procurar la atención adecuada.
- Registrar el estudio por laboratorio de todas las formas de leishmaniasis en humanos, así como la confirmación de casos.
- Registrar la ocurrencia de los casos y las áreas de dispersión de la enfermedad para direccionar las acciones de prevención y control.

IX.5.A. RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA LEISHMANIASIS VISCERAL

PREVENCIÓN

De nivel **comunitario**: promoción de la salud, educación y comunicación a la población sobre la existencia de leishmaniasis y el vector, modo de transmisión y tenencia responsable de mascotas incluyendo la castración, el uso de collar o medidas repelentes para los flebótomos. Procurar mantener a las mascotas alejadas y protegidas durante el horario de mayor actividad del vector (el perro es el principal reservorio urbano de la enfermedad).

En zonas de transmisión urbana de LV, mantener siempre limpias las plazas, calles, lotes y baldíos, así como reducir el tiempo para la recolección de residuos, sobre todo en zonas contiguas a reservas, parques naturales y bosques surcados por arroyos.

De nivel **individual**: Para evitar las picaduras de los flebótomos las personas deben utilizar ropa cubriendo la mayor área del cuerpo posible y usar repelentes (N-N dietil toluamida (DEET) en concentraciones de 15% al 25%, Icaridina o IR3535), especialmente cuando se realizan actividades fuera de la vivienda, desde el atardecer hasta la salida del sol.

Es importante tener conocimiento de las acciones individuales que se pueden tomar sobre el ambiente del domicilio como uso de mosquiteros o toldillos de punto fino, manejo de mascotas, animales domésticos y residuos para mitigar el riesgo. Se debe restringir el tránsito y tráfico de perros desde zonas con transmisión a zonas sin transmisión con presencia del vector, así como también se deben tomar las medidas preventivas para que los perros que ingresan hacia una zona de transmisión activa no se infecten y sean nuevos reservorios.

IX.5.B. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Control del paciente:

- En Argentina está normado con el esquema terapéutico sugerido por la OPS/OMS. Consultar recomendaciones vigentes.⁵⁷
- Control de personas o convivientes expuestos al mismo riesgo: Detección de casos sospechosos mediante difusión y búsqueda activa.
- Vigilancia de leishmaniasis canina para direccionar acciones de control canino.

Ambiente inmediato:

- Uso de mosquiteros de trama fina o toldillos de punto fino, con o sin impregnación con insecticidas, en puertas y ventanas de las viviendas.
- Mantener el terreno alrededor de la vivienda libre de malezas, hojarascas, frutos caídos y escombros. Hacer poda de árboles para aumentar la luz solar, con el fin de reducir la sombra en el suelo y evitar las condiciones favorables (temperatura y humedad) para el desarrollo del vector.
- Mantener los animales de compañía refugiados y alejados de la vivienda, en el horario de mayor presencia del vector.
- Mantener apartados e higiénicos los refugios y/o corrales de animales.

Control de caninos: vigilancia de leishmaniasis canina para direccionar acciones de control canino (ver evento Leishmaniasis visceral canina⁵⁸).

Control vectorial frente a la presencia de casos humanos: Para el caso del vector de leishmaniasis visceral, *Lutzomyia longipalpis*, dadas sus características peridomésticas, se aconseja el tratamiento focal y perifocal de los domicilios y peridomicilios del caso y viviendas

⁵⁷ Organización Panamericana de la Salud. Directrices para el tratamiento de las leishmaniasis en la Región de las Américas. Segunda edición. Washington, DC: OPS; 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275325032>.

⁵⁸ Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/msal-manual_de_normas_y_procedimientos_de_vigilancia_y_control_de_eno_2022.pdf

hasta 150 metros alrededor del mismo, con el fin de mitigar el riesgo de ocurrencia de nuevos casos humanos y de evitar la dispersión de flebótomos, respectivamente.

- En todos los casos se debe ampliar la vigilancia para detectar otros casos humanos y evaluar la intervención con fumigación.
- **Dado la baja efectividad de las intervenciones químicas se recomienda evaluar su impacto.**
- Si se decide realizar un tratamiento focal y perifocal, los mismos deben ser por aspersion, aplicado el producto con acción residual a todas las estructuras potenciales donde puede reposar el vector (troncos, gallineros, paredes, etc.).

IX.5.C. MEDIDAS ANTE BROTES

Se considera brote cuando en un **área sin transmisión**, hay presencia del primer caso autóctono humano o canino. En un **área con transmisión vectorial y LVC**, es cuando hay presencia del primer caso humano. En un **área con transmisión de LVH**, es cuando hay un incremento del número de casos humanos en relación con el número de casos esperados.

- Investigación de brote (es necesaria la identificación de la especie de *Leishmania* involucrada)
- Intensificación de la vigilancia.
- Sensibilización de los equipos de salud humana y veterinaria para la detección precoz de posibles casos humanos y caninos.
- Información a la población mediante los medios masivos de comunicación.
- Estudio de foco en un radio de 150 metros alrededor del lugar de transmisión del primer caso humano o canino (o la manzana del caso confirmado y las ocho manzanas que la rodean):
 - Búsqueda activa de nuevos casos humanos. Se desaconseja el estudio de laboratorio cuando el paciente no cumple con los criterios de caso sospechoso ya que no existe indicación terapéutica médica específica en personas asintomáticas.
 - Detección de perros infectados a través de un censo serológico canino por rk39, con confirmación parasitológica si se requiere y realización de las acciones de control según el ítem “medidas ante casos y contactos” en el evento Leishmaniasis Visceral Canina.
 - Búsqueda del vector de leishmaniasis visceral mediante trampeo.
- Análisis y devolución de los resultados a los equipos de salud humana y animal como así también a las áreas de gestión y toma de decisiones.

En las zonas de fronteras se debe mantener el contacto entre países y se deben compartir los datos disponibles de casos atendidos a ambos lados de la frontera.

IX.6. Recomendaciones para la Prevención y el Control de la Leishmaniasis Tegumentaria (Cutánea y Mucosa)

IX.6.A. PREVENCIÓN

A nivel individual:

- Evitar exponerse en horas vespertinas y nocturnas en los sitios de alta transmisión (ambiente selvático primario, selvático intervenido, rural o periurbano).
- Cubrir con ropa la mayor superficie posible, especialmente brazos, piernas, cuello.
- Uso de repelentes N-N dietil toluamida (DEET) en concentraciones de 25% al 35%, Icaridina o IR3535 en forma apropiada.
- Uso de mosquiteros o toldillos de punto fino con o sin impregnación con insecticidas,

así como telas en puertas y ventanas de las viviendas o zonas de trabajo que se encuentren en el monte o al borde del mismo.

- En cunas o carritos de bebés se recomienda utilizar mosquitero individual.

A nivel comunitario:

- Información, educación y comunicación a la población sobre la existencia de leishmaniasis y el vector, modo de transmisión y los métodos de prevención antes mencionados.
- Programar las actividades laborales o comunales a fin de evitar la exposición en los sitios focales, horarios y períodos de mayor riesgo.
- En zonas de transmisión potencial de LC se sugiere mantener un rango de seguridad de 400 m a 500 m entre las viviendas y las zonas de cobertura vegetal densa.

Las medidas de prevención de la LM son las mismas que las mencionadas para la LC debido a que el compromiso mucoso se produce por contigüidad o metástasis de una lesión primaria. También es importante la consulta con el equipo de salud en forma precoz para un diagnóstico adecuado ante un cuadro clínico compatible con una leishmaniasis mucosa.

IX.6.B. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

- Control clínico del paciente: El tratamiento de la leishmaniasis en Argentina está normado con el esquema terapéutico sugerido por la OPS/OMS. Consultar recomendaciones vigentes.
- Control de personas o convivientes expuestos al mismo riesgo: Detección de casos sospechosos mediante difusión y búsqueda activa.
- Ambiente inmediato: No se recomienda la fumigación basada en aproximaciones empíricas.
- Se recomienda realizar una estimación de riesgo ambiental antes de llevar a cabo las modificaciones del entorno (desmonte, construcciones en zona de borde, viviendas, etc.) en áreas endémicas y realizar las medidas de mitigación correspondientes.
- En zonas de transmisión potencial de LC se sugiere mantener un rango de seguridad de 400 m a 500 m entre las viviendas y las zonas de cobertura vegetal densa.

IX.6.C. MEDIDAS ANTE BROTES

Se define como brote a la presencia de casos de leishmaniasis en un área sin transmisión/silenciosa o el incremento de casos en relación con el número esperado, en áreas con transmisión o endémicas.

Ante un brote se debe realizar un estudio donde se debe investigar factores de riesgo para caracterizar e identificar el patrón de edad y género, sitio y época probable de infección (persona, lugar y momento) actividades de riesgo, y distribución en tiempo y espacio de las diferentes especies de vectores, identificar los probables reservorios y la circulación parasitaria. En caso de modificaciones de patrón clínico o epidemiológico se recomienda identificar la especie de *Leishmania* circulante. Existen una serie de condiciones para llevar a cabo la tipificación: situación de brote, nuevos focos de transmisión, focos endémicos sin previo conocimiento de especies circulantes o situación epidemiológica atípica y situaciones en particular que en donde orienta el manejo clínico (ej. inmunosuprimidos).

En las zonas de fronteras se debe mantener el contacto entre países y se deben compartir los datos disponibles de casos atendidos a ambos lados de la frontera.

ALERTAS Y
COMUNICACIONES
INTERNACIONALES

X. Introducción

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

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

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

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

A continuación, se reproducen los informes de los eventos de mayor relevancia que han sido elaborados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 24 y el 30 de julio del 2025.

X.1. Rabia – Timor Oriental

Recibido a través del CNE el 24/07/2025.

Al 17 de junio de 2025, se han confirmado un total de cuatro muertes humanas por rabia en Timor-Leste en lo que va del año 2025. Estos casos ocurrieron en los municipios de Bobonaro (n=2), Ermera (n=1) y Oecusse (n=1).

El 17 de mayo de 2025, el Ministerio de Salud de Timor-Leste (MoH, por sus siglas en inglés) confirmó un caso fatal de rabia humana en un hombre adulto del Municipio de Ermera. La persona había sido mordida por un perro en marzo de 2025 y desarrolló síntomas que incluían hidrofobia, fotofobia, agresividad, convulsiones y alucinaciones. El 15 de mayo, el individuo buscó atención médica y fue derivado a un hospital nacional. La infección por rabia fue confirmada ese mismo día mediante prueba RT-PCR realizada en el Laboratorio Nacional de Salud (NHL) de Timor-Leste, utilizando una muestra de saliva tomada antes del fallecimiento.

El 30 de mayo de 2025, se confirmó un segundo caso fatal de rabia en un hombre adulto del Municipio de Oecusse. La persona había sido mordida por un perro en junio de 2024 y desarrolló síntomas como hidrofobia y fotofobia. El individuo acudió a un hospital regional el 27 de mayo de 2025. La infección por rabia fue confirmada el 29 de mayo mediante prueba RT-PCR en el NHL.

El 13 de junio de 2025, se confirmó un tercer caso fatal en un hombre adulto del Municipio de Bobonaro. La persona había sido mordida por un perro aproximadamente 2 a 3 meses antes del inicio de los síntomas, y presentó signos como hidrofobia y dificultad para tragar. El 12 de junio, el individuo buscó atención médica y fue derivado a un hospital nacional en Dili. Una muestra de saliva recolectada antes del fallecimiento resultó positiva para rabia mediante RT-PCR en el NHL.

El 17 de junio de 2025, se confirmó un cuarto caso fatal en una niña del Municipio de Bobonaro. La niña había sido mordida por un perro aproximadamente dos meses antes del inicio de los síntomas y desarrolló signos como hidrofobia, insomnio, alucinaciones, hiperactividad, dificultad para tragar y convulsiones. El 12 de junio fue llevada a atención médica. Una muestra de saliva dio resultado positivo para rabia mediante RT-PCR en el NHL el 13 de junio. El 14 de junio de 2025, la niña fue derivada a un hospital nacional.

Antes de esto, se habían reportado dos muertes humanas adicionales por rabia en 2024, lo que eleva el número total de muertes humanas confirmadas por rabia desde la aparición de la enfermedad en 2024 a seis.

En marzo de 2024, se notificaron los primeros casos confirmados de rabia animal (en perros) en el Municipio de Oecusse. Al 1 de junio de 2025, se han confirmado un total de 106 casos de rabia animal en Timor-Leste. De estos, 103 (97%) ocurrieron en perros, dos en cabras (en Bobonaro y Oecusse) y uno en un cerdo (en Bobonaro).

El Municipio de Oecusse es un enclave de Timor-Leste ubicado dentro de la provincia de Nusa Tenggara Oriental (NTT) de Indonesia, donde la rabia es endémica y los casos humanos se reportan con frecuencia. Ambos casos humanos fatales reportados en 2024 ocurrieron en Oecusse. Sin embargo, en 2025, se notificó un caso humano en Ermera, un municipio interior que no limita con Indonesia. Esto sugiere que la rabia podría estar propagándose más allá de las zonas fronterizas, lo que resalta la necesidad de ampliar la vigilancia, monitorear el movimiento de perros infectados, aplicar profilaxis posexposición (PEP), vacunar a los perros, realizar actividades de educación y sensibilización, y abordar el riesgo de transmisión no detectada en las regiones interiores del país.

Entre marzo de 2024 y el 15 de junio de 2025, se notificaron un total de 1.445 mordeduras y arañazos de perros en Timor-Leste. De estos, el 41% fueron clasificados como exposiciones de categoría III según la OMS. Solo el 18% de las exposiciones de categoría III recibieron inmunoglobulina antirrábica. Aunque el 66% de todas las personas mordidas iniciaron el esquema de PEP, la mayoría no completó el tratamiento completo.

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON576>

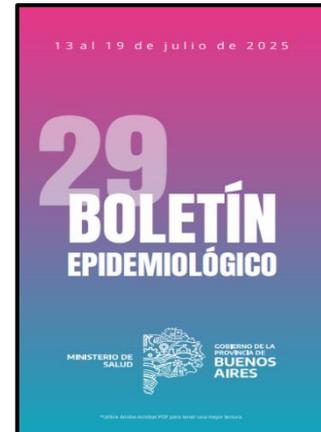
DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

XI. Boletines Jurisdiccionales

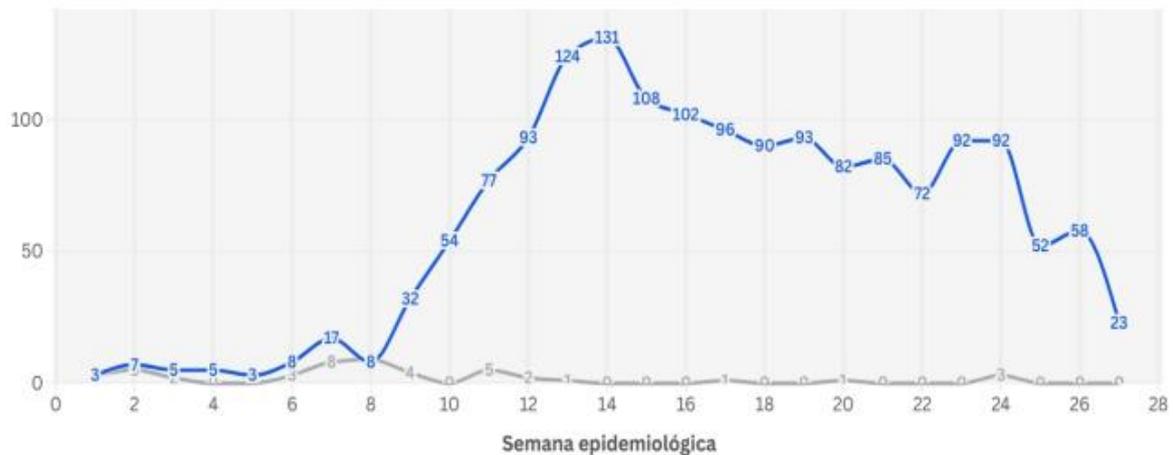
XI.1. Buenos Aires: Sarampión

Durante el 2025 se notificaron en la Provincia de Buenos Aires 1.647 casos sospechosos de enfermedad febril exantemática, de los cuales se confirmaron para sarampión 21 casos, se descartaron 1.279 y 347 permanecen en estudio.

Desde la SE 9, luego del alerta epidemiológica emitido por el Ministerio de Salud de la Nación y el avance del brote en CABA, se observó un aumento progresivo de la notificación de casos sospechosos, alcanzando su punto máximo en las semanas 13 y 14. En las últimas semanas se observa una caída de la notificación



Casos de EFE notificados al Sistema Nacional de Vigilancia. PBA. Años 2024 (n=42) - 2025 (n=1647), hasta SE 28 (parcial).



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

XI.2. Entre Ríos: Infecciones respiratorias agudas virales en internados

Desde la semana epidemiológica (SE) 01/2025 hasta la SE 29/2025, se notificaron 1.119 casos de infecciones respiratorias agudas en pacientes internados en la provincia de Entre Ríos (1), de los cuales se confirmaron 137 casos a virus Influenza A, 3 casos a virus Influenza B, 14 casos a virus SARS-CoV-2 y 42 casos de virus sincitial respiratorio (VSR), mientras que en 686 pacientes no fueron detectados virus respiratorios. (Tabla 1).



Tabla 1: Casos notificados y confirmados a Influenza y SARS-CoV-2. SE 01 a SE 29 de 2025. Entre Ríos.

CASOS NOTIFICADOS	CONFIRMADOS INFLUENZA A	CONFIRMADOS INFLUENZA B	CONFIRMADOS SARS-CoV-2	DESCARTADOS
1.119	137	3	15	686

Fuente: SNVS 2.0. Notificación agrupada componente clínico.

Del total de notificados, 70 pacientes resultaron positivos a otros virus respiratorios (Tabla 2).

Tabla 2: Casos notificados y confirmados a otros virus respiratorios. SE 01 a SE 29 de 2025. Entre Ríos.

CASOS NOTIFICADOS	VSR	ADENOVIRUS	PARAINFLUENZA 1 PARAINFLUENZA 2 PARAINFLUENZA 3	METANEUMO VIRUS HUMANO	RINOVIRUS	ENTEROVIRUS	DESCARTADOS
1.119	53	5	8	1	2	1	686

Fuente: SNVS 2.0.

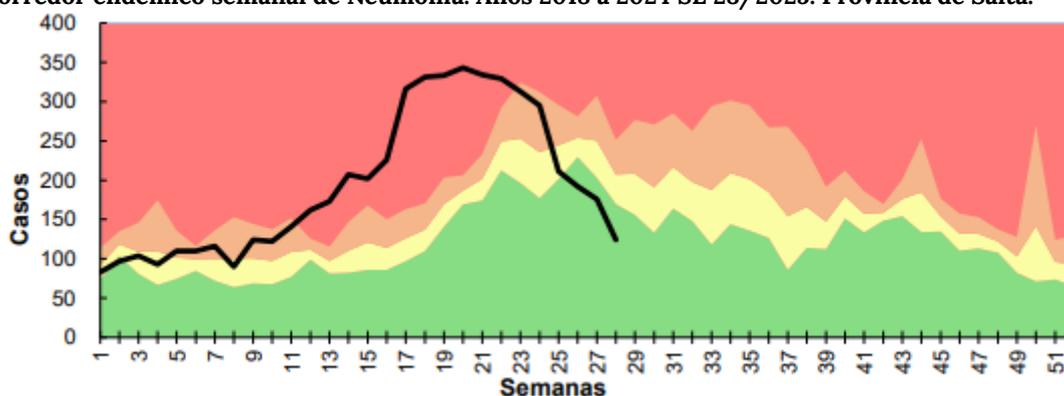
Para más información: <https://portal.entrerios.gov.ar/salud/pf/deptovigilancia/9957>

XI.3. Salta: Neumonía

Continúa la disminución en las notificaciones de neumonía, el corredor endémico sigue en zona de éxito.



Corredor endémico semanal de Neumonía. Años 2018 a 2024 SE 28/2025. Provincia de Salta.



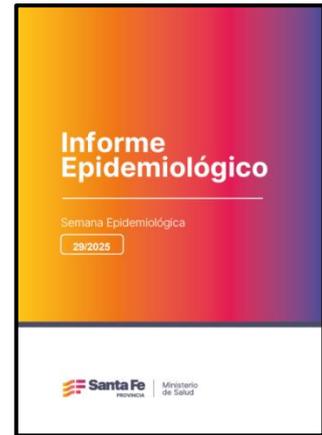
Fuente: *Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y registro de casos y tasas* Anuario estadístico Provincia de Salta, período 2010-2018*.*

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

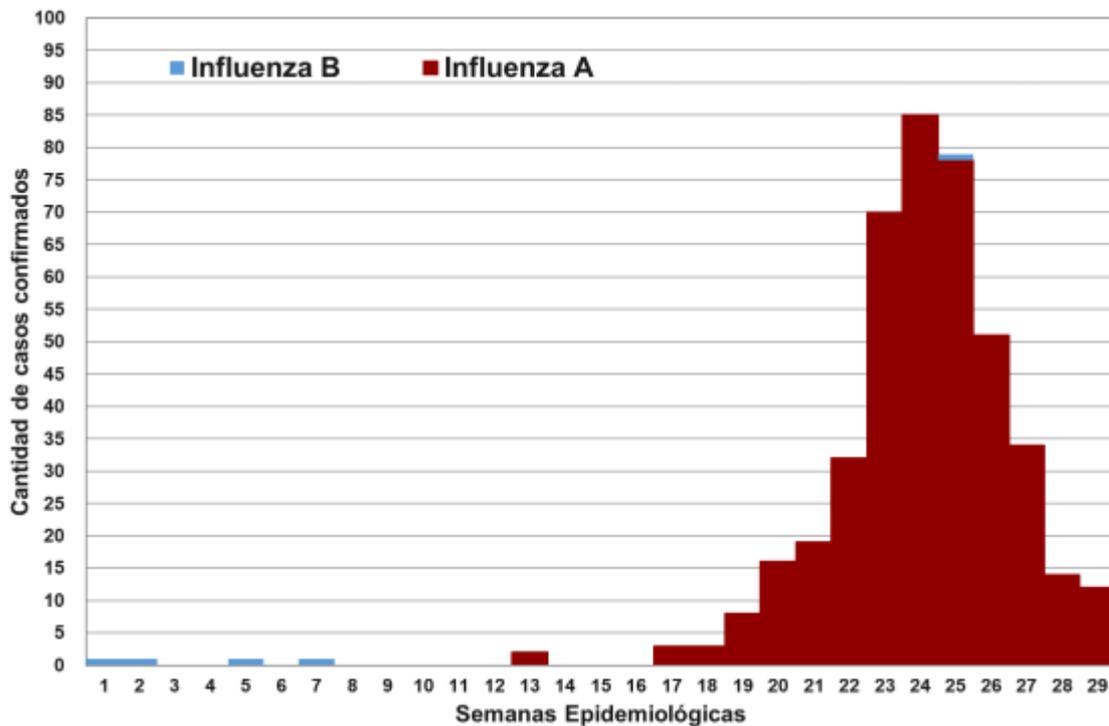
XI.4. Santa Fe: Influenza en pacientes ambulatorios

Desde la SE 01 hasta la SE 29 del 2025 se confirmaron en la provincia de Santa Fe 432 casos de Influenza en pacientes ambulatorios, de los cuales 5 fueron por “Influenza B” y 427 por “Influenza A”.

En el siguiente gráfico se presenta la distribución de los casos por semana epidemiológica.



Distribución de casos positivos de Influenza en ambulatorios según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 29 del 2025. N= 432.



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

Para más información:

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

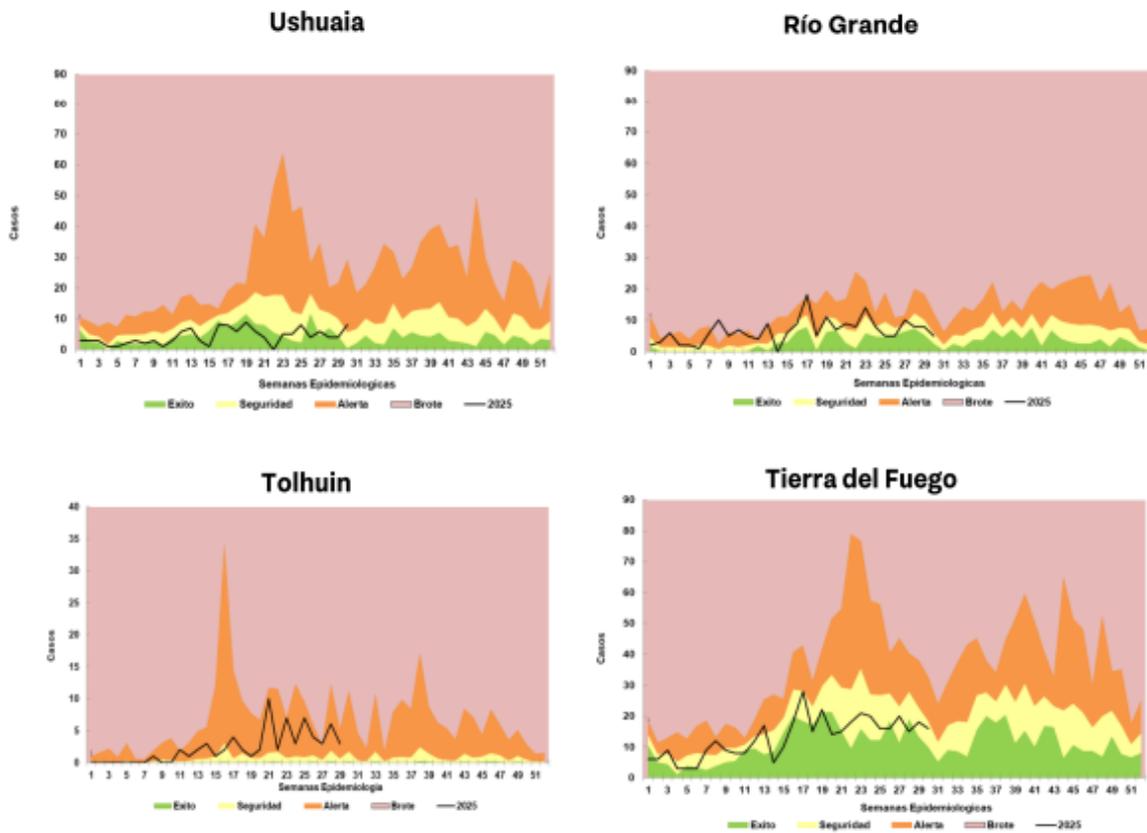
XI.5. Tierra del Fuego: Neumonía

A nivel provincial, la incidencia se ubica dentro de la zona de seguridad con un total de 392 casos acumulados.

En Ushuaia, con 127 casos, la incidencia se ubica en zona de alerta. En Río Grande, con 198 casos, la incidencia se ubica en zona de seguridad. En Tolhuin, se registraron 67 casos hasta la SE 30 de 2025.



Corredor endémico de Neumonía, año 2025 hasta SE 30. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.

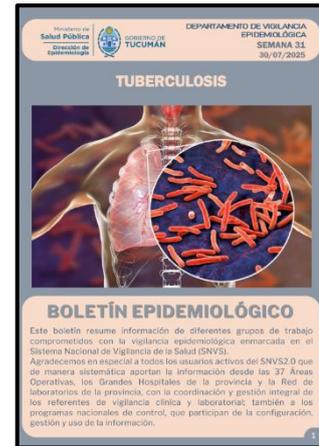


Fuente: SNVS 2.0 Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología e Información en Salud. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.

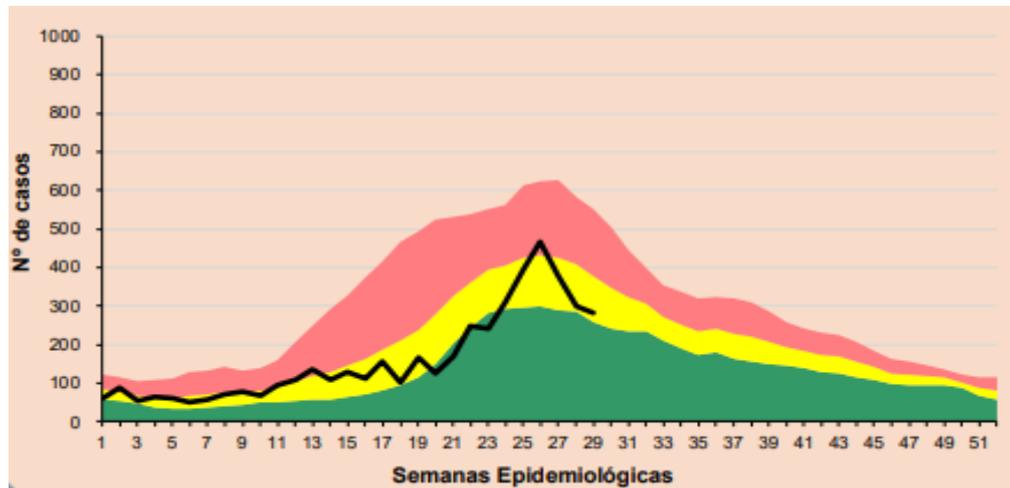
Para más información: <https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/>

XI.6. Tucumán: Bronquiolitis

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 29 se notificaron 283 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis- SE 29. Provincia de Tucumán - Año 2025



Fuente: SNVS- Dirección de Epidemiología.

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

XII. 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