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

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **761**

Semana epidemiológica 24
AÑO 2025
Desde 08/06 al 14/06
Fecha de publicación
23/06/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD · REPÚBLICA ARGENTINA

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Alejandro Alberto VILCHES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Autores de este boletín

EVENTOS PRIORIZADOS

Sarampión: Federico M. Santoro[1], Tamara Wainzinger[1], Pilar Plantamura[1], Lucia Valenzuela Chanteford[1], Margarita Caruso Stefanini[1], Julián Antman[1], Cecilia González Lebrero[1].

Dengue y otros arbovirus: Gabriela Fernández[1], Yasmin El Ahmed[1], Dalila Rueda[1], Federico M. Santoro[1], Silvina Moisés[1], Karina Chaves[1], Esteban Couto[2], Julieta Siches[3], Lucía Maffey[3], Julián Antman[1], Cintia Fabbri[4], Victoria Luppo[4], María Alejandra Morales[4], Gonzalo Díaz[5], Carolina Cerrudo[5], Gabriela Anahí Chiavetta[5], Lorena Ferreira[5].

Infecciones respiratorias agudas: Carla Voto[1], María Paz Rojas Mena[1], Dalila Rueda[1], Federico M. Santoro[1], Silvina Moisés[1], Lara Victoria Gomez[1].

Brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado: Yasmin El Ahmed[1], Julián Antman[1], Cecilia González Lebrero[1], Carlos Giovacchini[7], Alejandra Corso[8], Fernando Pasteran[8], Juan Manuel de Mendieta[8], Paulina Marchetti[8], Alejandra Menocal[8], Diego Faccone[8], Ezequiel Albornoz[8], Celeste Lucero[8], Melina Rapoport[8], Belén Sanz[8], Nahir Gattoni[8], Sonia Gomez[8], Tomas Poklepovich[9], María Sol Haim[9], Mónica Prieto[10], Ariel Gianecini[10], y Lucia Cipolla[10].

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

Coqueluche – Actualización informe epidemiológico: Carla Voto[1], María Paz Rojas Mena[1], Lara Victoria Gomez[1], Claudia Lara[13], Patricia Rosana González[12] y Stella Maris Sappa[12].

INFORMES ESPECIALES

Vigilancia por laboratorio de Diarreas Virales – Argentina, año 2024: Paula Rosín[1], Mariel Capparelli[1], Juan I. Degiuseppe[11], Karina A. Gomes[11], Paula M. Moron[11], Karina A. Rivero[11] y Christian Barrios Mathieur[11].

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

Irene Oks[1].

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA

Antonella Vallone[1], Morena Diaz[1], Laura Bidart[1], Agustina Page[1], Martina Prina[1].

Gestión del SNVS y de los datos de vigilancia: Alexia Echenique Arregui[1], Leonardo Baldivieso[1], Estefanía Cáceres[1], Guillermina Pierre[1], Juan Pablo Ojeda[1], Julio Tapia[1].

Compilación: Sebastián Riera[1], Franco Ormeño Mazzochi[1].

Coordinación General: Cecilia González Lebrero[1], Julián Antman[1].

[1] Dirección de Epidemiología.
[2] Instituto Nacional de Medicina Tropical.
[3] Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades transmitidas por vectores.
[4] Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui”, INEVH-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[5] Servicio Meteorológico Nacional.
[6] Instituto Nacional de Producción de Biológicos – ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[7] Departamento de Epidemiología, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[8] Servicio de Antimicrobianos, INEI–ANLIS “Carlos G. Malbrán”.
[9] Unidad Operativa Centro Nacional de Genómica y Bioinformática - ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[10] Servicio Bacteriología Especial, INEI – ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[11] Laboratorio de Gastroenteritis Virales. Laboratorio Nacional de Referencia de Rotavirus y Norovirus, INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"
[12] Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria, Ministerio de Salud de la Nación.
[13] Servicio Bacteriología Clínica, Dto. Bacteriología, INEI - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

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:

Coqueluche, también conocida como tos ferina o tos convulsiva, es una enfermedad infecciosa aguda y altamente contagiosa, causada principalmente por la bacteria *Bordetella pertussis*. Foto tomada del Centro Nacional de Inmunización y Enfermedades Respiratorias (CDC).

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°761, SE 24.

I. Nuevo editorial

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 N.° 761, correspondiente a la Semana Epidemiológica 24 (8 al 14 de junio de 2025), profundiza una etapa editorial centrada en el fortalecimiento del análisis crítico y situado de la vigilancia. Esta edición reafirma el compromiso con una herramienta que no solo informa, sino que propone lecturas complejas y orientadas a la acción colectiva sobre los procesos de salud que atraviesan al país.

Se presentan nuevamente las **Tablas de Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)** seleccionados, que constituyen un insumo estratégico para los equipos que analizan los datos del SNVS 2.0 en los distintos niveles del sistema. Las tablas permiten abordar todos los eventos bajo vigilancia y constituyen una base para el análisis de tendencias, la detección de alertas y la planificación de respuestas.

En cuanto a los **eventos priorizados**, se actualiza la situación de sarampión, dengue, las infecciones respiratorias agudas y el brote de enfermedad invasiva por fentanilo contaminado. Si bien en esta edición no se presentan novedades significativas respecto a sarampión ni a dengue, se mantienen estos temas en agenda ante la situación general regional y la magnitud histórica de la última temporada. Se destacan novedades en el análisis de la circulación de virus respiratorios, con actualizaciones en la vigilancia centinela, universal y laboratorial, así como las recomendaciones ante el aumento de casos de influenza. También se incorpora información ampliada sobre el brote asociado a fentanilo, incluyendo hallazgos recientes sobre las especies bacterianas involucradas, el desempeño de las plataformas de identificación MALDITOF-MS y los enfoques de vigilancia implementados.

En la sección de **actualización periódica de eventos**, se presenta una actualización ampliada sobre coqueluche en Argentina, que aborda la situación epidemiológica nacional con un enfoque integral. Se analizan las coberturas de vacunación por grupo etario y jurisdicción, y se incluyen orientaciones clínicas y de vigilancia para los equipos del primer nivel de atención. Se detallan las medidas recomendadas ante casos y contactos, los criterios diagnósticos actualizados y las consideraciones para el fortalecimiento de la notificación. El informe permite situar la actual circulación de *Bordetella pertussis* en un contexto de subregistro histórico y reducción de coberturas, e identifica oportunidades concretas para mejorar la respuesta desde el sistema de salud.

Como **informe especial**, se incorpora una caracterización exhaustiva de la vigilancia por laboratorio de diarreas virales en el país durante 2024. A partir del trabajo coordinado por la red de laboratorios del SNVS, se sistematiza la información sobre rotavirus, adenovirus y norovirus, incluyendo los datos consolidados de notificación agrupada y el estudio de los genotipos circulantes. Este informe representa un avance en la construcción de una línea base para eventos que históricamente han presentado importantes niveles de subregistro, y ofrece herramientas para fortalecer la vigilancia en un contexto de estacionalidad invernal y exposición múltiple a virus entéricos.

Esta edición también documenta **aportes de los boletines jurisdiccionales** elaborados por los equipos de Buenos Aires, La Pampa y Tucumán, que describen experiencias diferenciales de vigilancia de dengue, bronquiolitis y enfermedad tipo influenza.

Por último, se actualizan **herramientas normativas y formativas** que apuntalan las capacidades del sistema.

Con esta nueva entrega, el BEN continúa construyéndose como una herramienta técnica, pública y colectiva, que articula datos y contexto, vigilancia y formación, rigor e intervención.

Contenido

I. Nuevo editorial **5**
II. Sobre este BEN **6**

TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS **9**
III. Tablas de ENO seleccionados **10**
III.1. Nota metodológica 10
III.1.A. Sobre la construcción de las tablas 10
III.1.B. Notas adicionales a tener en cuenta 11
III.2. Eventos nominales confirmados 11
III.3. Eventos nominales notificados y confirmados 12
III.4. Eventos agrupados clínicos 13
III.5. Eventos agrupados laboratoriales 14
III.5.A. Sobre la construcción de esta tabla 14

EVENTOS PRIORIZADOS **16**
IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión **17**
IV.1. Introducción 17
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional 17
IV.2.A. Canadá 17
IV.2.B. Estados Unidos de América 18
IV.2.C. México 18
IV.2.D. Perú 19
IV.2.E. Bolivia 19
IV.2.F. Belice 19
IV.3. Situación actual en Argentina 20
IV.3.A. Descripción de los casos confirmados de Sarampión en Argentina - 2025 20
IV.3.B. Indicadores para la vigilancia epidemiológica 22
IV.3.C. Sobre el seguimiento de los casos confirmados 24
V. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus **25**
V.1. Situación regional de dengue y otros Arbovirus 25
V.1.A. Subregión Cono Sur 25
V.2. Situación de dengue en Argentina 28
V.2.A. Situación histórica 28
V.2.B. Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras arbovirosis 30
V.2.C. Temporada actual 30
V.2.D. Distribución según región, jurisdicción y departamento 33
V.2.E. Situación según serotipos circulantes 35
V.2.F. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo” 36
V.2.G. Vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue 37
V.2.H. Favorabilidad para brotes de Dengue 38
V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus 40
V.3.A. Situación epidemiológica de fiebre amarilla en argentina 41
V.4. Vigilancia entomológica 41
V.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición 42
V.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) –SE15 (2025) 42
V.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios 46
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **50**
VI.1. Nota Metodológica 50
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 50
VI.3. Síntesis de la información nacional destacada 51
VI.3.A. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados 51
VI.3.B. Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios 52
VI.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 53
VI.4.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 53
VI.4.B. Neumonía 54
VI.4.C. Bronquiolitis 55
VI.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 56
VI.5.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 59
VI.6. Recomendaciones ante el aumento de casos de influenza y la circulación de virus respiratorios 61

VI.6.A. Recomendaciones para la población general 61
VI.7. Vacunación antigripal 61
VII. Actualización de estudio de brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado 63
VII.1. Introducción 63
VII.1.A. Antecedentes 63
VII.1.B. Sobre los aislamientos identificados y las definiciones de caso 64
VII.2. Situación epidemiológica 65
VII.3. Desempeño de plataformas MALDITOF-MS para la identificación de Klebsiella variicola y Klebsiella pneumoniae 67
VII.4. Vigilancia epidemiológica 68
VII.4.A. Modalidad de vigilancia y nota metodológica 68
VII.4.B. Objetivos de la vigilancia 68
VII.4.C. Definiciones de caso 68

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS 70
VIII. Coqueluche - Actualización Informe epidemiológico 71
VIII.1. Introducción 71
VIII.2. Situación Internacional 71
VIII.3. Nota Metodológica 72
VIII.4. Situación Epidemiológica Actual de Coqueluche en Argentina 73
VIII.5. Coberturas de Vacunación 76
VIII.6. Recomendaciones para el equipo de salud 79
VIII.6.A. Recomendaciones para los equipos de salud del primer nivel de atención respecto a la coqueluche. 79
VIII.6.B. Medidas preventivas 80
VIII.6.C. Medidas ante casos y contactos 80
VIII.7. Vigilancia Epidemiológica 83
VIII.7.A. Objetivos de la vigilancia 83
VIII.7.B. Definiciones y clasificaciones de caso 83
VIII.7.C. Notificación 84
VIII.8. Consideraciones sobre el diagnóstico 84

INFORMES ESPECIALES 86
IX. Vigilancia por Laboratorio de Diarreas virales. Argentina, año 2024 87
IX.1. Nota metodológica 87
IX.2. Vigilancia por laboratorio de Rotavirus – Argentina 87
IX.2.A. Condensado de notificación agrupada (snvs 2.0) - Datos al 07/03/2025 87
IX.2.B. Estudio de los genotipos circulantes 89
IX.3. Vigilancia por laboratorios de Adenovirus – Argentina 90
IX.3.A. Condensado de notificación agrupada (snvs 2.0) - Datos al 07/03/2025 90
IX.3.B. Estudio de los genotipos circulantes 91
IX.4. Vigilancia por laboratorios de Norovirus – Argentina 92
IX.4.A. Condensado de notificación agrupada (snvs 2.0) - Datos al 07/03/2025 92
IX.4.B. Estudio de los genotipos circulantes 93

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 95
X. Boletines Jurisdiccionales 96
X.1. Buenos Aires: Dengue 96
X.2. La Pampa: Bronquiolitis 97
X.3. Tucumán: Enfermedad Tipo Influenza (ETI) 98

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 99
XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 100
XII. Residencia Nacional en Epidemiología y el Concurso de Ingreso 2025. 102
XII.1. Información detallada sobre la residencia: 102
XII.1.A. Profesiones habilitadas a concursar: 102
XII.1.B. Publicación de información definitiva del Concurso Unificado: 102
XIII. 1° Edición del Curso: "Vigilancia y notificación de dengue" 103
XIV. 7° Edición: Curso Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud 104

TABLAS DE **EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA** SELECCIONADOS

III. Tablas de ENO seleccionados

Luego de varios años y distintos formatos, las tablas de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) vuelven a formar parte del Boletín Epidemiológico Nacional. Consideramos fundamental recuperar la presentación sistemática de estos datos para lograr una comprensión más integral de la situación epidemiológica actual.

La pandemia y la complejidad del trabajo en epidemiología en los años posteriores han dificultado el seguimiento de eventos que no sean emergentes o priorizados. No obstante, entendemos que disponer de estos datos es esencial para fortalecer la vigilancia epidemiológica.

Si bien reconocemos la importancia de esta presentación, sabemos que las tablas aquí expuestas pueden contener errores, principalmente debido a la complejidad de la gestión de la vigilancia, que involucra múltiples actores en la cadena de notificación. Esto incluye desde la notificación local hasta la validación final por el laboratorio de referencia nacional, pasando por diversas áreas técnicas y equipos de análisis, siempre dependiendo del evento.

A pesar de estas posibles limitaciones, consideramos que la publicación de estas tablas es un paso clave para robustecer y optimizar el proceso de vigilancia epidemiológica y dar cuenta de la situación epidemiológica.

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

Primera tabla: Muestra **26** eventos en los que solo se presentan los **casos nominales confirmados**, ya que la notificación en sí misma no es un criterio central de vigilancia en estos casos. Es decir, para estos eventos, el enfoque está en los casos confirmados más que en los sospechosos.

Segunda tabla: Contiene **25 eventos nominales** donde se considera relevante tanto la sospecha como la notificación en general, antes de caracterizar los casos confirmados.

Tercera tabla: presenta **23 eventos agrupados clínicos**, construidos a partir del conteo de casos según grupo de edad y componente clínico.

Cuarta tabla: muestra **5 eventos agrupados laboratoriales**, basados en el conteo de casos por grupo etario, considerando muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como las que resultaron positivas.

Este esfuerzo es un proceso en evolución. A medida que recibamos sugerencias, perfeccionemos los procedimientos y consolidemos los datos, ajustaremos la presentación de las tablas para que respondan mejor a las necesidades de los distintos ámbitos que las utilizan.

III.1. Nota metodológica

III.1.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LAS TABLAS

Las tablas se elaboran con datos basados en la fecha de notificación (o fecha de apertura del caso) en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), considerando las semanas epidemiológicas (SE) seleccionadas de los años 2020 a 2025.

Para calcular la mediana de los valores acumulados entre 2020 y 2024, se ordenan los datos de menor a mayor y se toma el valor central (tercer puesto en un conjunto de cinco años).

Por ejemplo, si el evento X presentó los siguientes valores entre la SE 1-10 de cada año:

Sección	Evento	Acumulado 2020	Acumulado 2021	Acumulado 2022	Acumulado 2023	Acumulado 2024	Mediana acumulada 2020-2024	Acumulado 2025
X	X	38	40	34	139	75	40	80

Los valores ordenados serían: **34, 38, 40, 75, 139**, por lo que la mediana es **40**. En este caso, los **80 casos de 2025** se compararían con la mediana de 40, resultando en un incremento absoluto de **40 casos** y un aumento **del 100%** en términos porcentuales.

El procedimiento de cálculo es el mismo para ambas tablas, con la diferencia de que en la segunda tabla se incluye el total de notificaciones además de los casos confirmados.

III.1.B. NOTAS ADICIONALES A TENER EN CUENTA

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

- **Datos parciales y sujetos a modificación:** Se compara un año en curso (2025) con años cerrados (2020-2024), por lo que las cifras pueden cambiar.
- **Diferencias con otros informes:** Las tablas se basan en la **fecha de notificación o apertura del caso**, mientras que otros análisis pueden utilizar la **fecha de inicio de síntomas (FIS)** o una fecha ajustada para cada evento.
- **Exclusión de casos invalidados:** No se incluyen en las tablas los casos invalidados por epidemiología.
- **Clasificación de los casos confirmados:** La metodología varía según el evento, pudiendo emplearse algoritmos específicos o una **clasificación manual**.
- **Confirmaciones prolongadas en ciertos eventos:** En patologías como Chagas y Sífilis Congénita, los casos sospechosos pueden permanecer en esa categoría durante varios meses antes de su confirmación.
- **Interpretación del "N/A":** Cuando aparece "N/A" en las tablas, significa que la diferencia porcentual "**No Aplica**", generalmente porque uno de los valores en la comparación es cero.
- **Valores bajos y análisis porcentual:** Aunque se presentan los valores porcentuales para todos los eventos, en aquellos con menos de 20-30 casos, se recomienda cautela en la interpretación.

III.2. Eventos nominales confirmados

Para la siguiente tabla, se utilizaron clasificaciones manuales con el fin de determinar los casos confirmados, excepto para hantavirus, donde se aplica un algoritmo específico acordado con las áreas involucradas.

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-24. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-24	2025 Acumulados SE 1-24	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	1	1	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	86	80	-6	-7%
Enf. zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	4.208	7.965	3.757	89%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	184	264	80	43%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	70	85	15	21%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	5	4	-1	-20%
	Cisticercosis	4	4	0	0%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.574	4.465	1.891	73%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	272	519	247	91%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	16	30	14	88%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	13	7	117%
	Brucelosis	52	52	0	0%
	Hantavirosis	27	33	6	22%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	15	12	400%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	734	747	13	2%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	5	10	5	100%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	3	15	12	400%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	0	20	20	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	0	0	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	5.034	5.034	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	357	357	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	269	269	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	6.043	7.905	1.862	31%

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

III.3. Eventos nominales notificados y confirmados

En la siguiente tabla, la mayoría de los casos se clasifica mediante algoritmos específicos definidos para cada evento, garantizando un criterio uniforme en la confirmación de los mismos. Sin embargo, existen algunas excepciones en las que se emplea una clasificación manual confirmatoria, debido a la naturaleza de la vigilancia y los procesos diagnósticos particulares. Estos casos incluyen Sarampión y Rubéola, PAF en <15 años, Trichinellosis, Chagas crónico en emb, Sífilis Congénita, Intox./Exp. a Monóxido de Carbono y mpox.

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-24. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-24		2025 Acumulados SE 1-24		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enf. prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	1.467	52	1.239	126	-228	-16%	74	142%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	450	1	4.598	34	4.148	922%	33	3300%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	450	0	4.598	0	4.148	922%	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	989	402	1.285	421	296	30%	19	5%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	53	0	51	0	-2	-4%	0	N/A
Enf. Transmisibles por vectores	Dengue	82.988	54.474	56.910	17.311	-26.078	-31%	-37.163	-68%
	Encefalitis de San Luis	172	4	255	0	83	48%	-4	-100%
	Fiebre amarilla humana	104	0	127	0	23	22%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	31	0	54	0	23	74%	0	N/A
	Zika	1.424	0	762	0	-662	-46%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	175	63	138	32	-37	-21%	-31	-49%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.396	37	1.374	122	-22	-2%	85	230%
	Psitacosis	163	29	461	99	298	183%	70	241%
ETMI - Enf. del niño	Chagas agudo congénito	674	28	719	27	45	7%	-1	-4%
	Sífilis Congénita	1.442	451	431	417	-1.011	-70%	-34	-8%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	2	0	2	N/A	0	N/A
ETMI - Enf. en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1.144	1.092	877	732	-267	-23%	-360	-33%
	Sífilis en embarazadas	4.933	4.380	5.458	5.103	525	11%	723	17%
	Hepatitis B en embarazadas	0	27	57	13	57	N/A	-14	-52%
Hepatitis virales	Hepatitis A	73	20	140	71	67	92%	51	255%
	Hepatitis B	1.290	313	1.533	333	243	19%	20	6%
	Hepatitis C	1.168	565	1.094	638	-74	-6%	73	13%
	Hepatitis E	23	2	16	1	-7	-30%	-1	-50%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	14.706	11.564	23.547	20.318	8.841	60%	8.754	76%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	342	253	550	444	208	61%	191	75%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	12	1	142	44	130	1083%	43	4300%

Nota: La asignación de la semana epidemiológica a los casos de coqueluche que se notifican a través del SNVS se realiza utilizando una fecha mínima.
Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

III.4. Eventos agrupados clínicos

Para los eventos agrupados clínicos (tercera tabla), una de sus principales particularidades es que los datos se presentan tal como están registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), sin modificaciones o reclasificaciones posteriores. Esto implica que no se aplican procesos de validación adicionales ni criterios específicos de clasificación manual o por algoritmo, como ocurre en las tablas de eventos nominales.

En esta tabla, los datos se presentan agrupados según grupo etario, contabilizando los casos de eventos clínicos. Este enfoque permite analizar la distribución de ciertas condiciones en distintos grupos de edad a partir de la información reportada en el sistema, reflejando la carga de enfermedad según manifestaciones clínicas.

Dado que los datos de estas tablas reflejan directamente lo reportado en el sistema, pueden estar sujetos a inconsistencias o variaciones según la calidad del registro en cada jurisdicción. Sin embargo, su utilidad radica en proporcionar una visión agregada y operativa de la vigilancia epidemiológica, facilitando el monitoreo de tendencias y patrones en distintos contextos.

Es importante remarcar, para el caso de las diferentes lesiones que se presentan, que este evento comenzó a notificarse en 2023, a partir de su inclusión en la actualización de las normas en 2022.

Tabla 3. Tabla de agrupados clínicos. SE 1-24. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-24	2025 Acumulados SE 1-24	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmitidas por alimentos	Diarrea	332.233	365.872	33.639	10%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	908	871	-37	-4%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	334	366	32	10%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin	39.098	23.446	-15.652	-40%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	503.512	434.108	-69.404	-14%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	31.606	25.649	-5.957	-19%
	Neumonía (sin especificar)	36.934	28.113	-8.821	-24%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	0	2.592	2.592	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	1	1.824	1.823	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	12.792	12.792	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	840	839	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	3	3.209	3.206	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	3	2.896	2.893	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	47	15.915	15.868	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	12	3.088	3.076	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	3	1.327	1.324	N/A
	Lesiones por electrocución	0	357	357	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	383	383	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	1	34.994	34.993	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	0	12.308	12.308	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	6	17.580	17.574	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	284	284	N/A
	Otras lesiones en el hogar	2	12.855	12.853	N/A

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

III.5. Eventos agrupados laboratoriales

III.5.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA TABLA

Para los eventos agrupados laboratoriales (cuarta tabla), es preciso señalar que los datos se presentan tal como están registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), sin modificaciones o reclasificaciones posteriores. Esto implica que no se aplican procesos de validación adicionales ni criterios específicos de clasificación manual o por algoritmo, como ocurre en las tablas de eventos nominales.

Esta tabla, se centra en la caracterización de eventos a partir de los datos de muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como aquellas que resultaron positivas, permitiendo evaluar el volumen de pruebas realizadas y la proporción de casos confirmados para cada patología.

Dado que los datos de estas tablas reflejan directamente lo reportado en el sistema, pueden estar sujetos a inconsistencias o variaciones según la calidad del registro en cada jurisdicción. Sin embargo, su utilidad radica en proporcionar una visión agregada y operativa de la vigilancia epidemiológica, facilitando el monitoreo de tendencias y patrones en distintos contextos.

Tabla 4. Tabla de eventos agrupados laboratoriales. SE 1-24. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-24		2025 Acumulados SE 1-24		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	1.957	112	1.612	89	-345	-18%	-23	-21%
	Infección por Mycoplasma genitalium	324	6	278	6	-46	-14%	0	0%
	Infección por Mycoplasma hominis	1.326	134	1.324	176	-2	0%	42	31%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	7.423	245	2.528	180	-4.895	-66%	-65	-27%
	Infección por Trichomonas vaginalis	11.727	1.287	8.197	1.024	-3.530	-30%	-263	-20%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

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

IV.1. Introducción

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

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

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

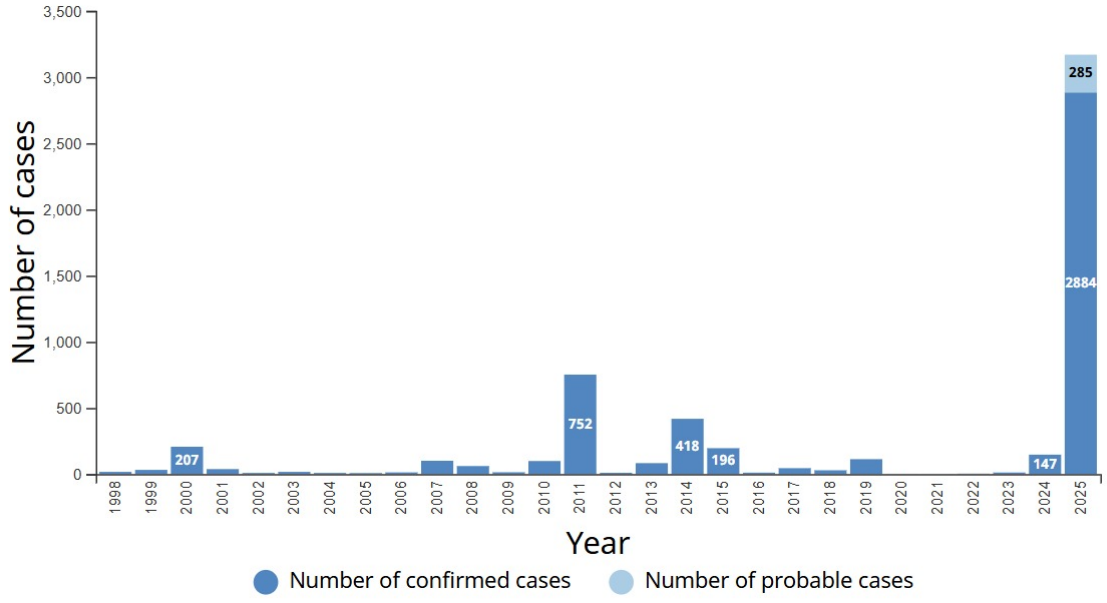
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional

IV.2.A. CANADÁ[5]

En 2025, se han notificado un total de 3.170 casos de sarampión (2.885 confirmados, 285 probables) en 9 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta **el 7 de junio de 2025.**

En la semana 23 (del 1 al 7 de junio de 2025), se notificaron 202 nuevos casos de sarampión (183 confirmados y 19 probables) en 4 jurisdicciones (Alberta, Manitoba, Ontario y Saskatchewan).

Figura 1. Número de casos de sarampión notificados en Canadá por año de inicio del exantema, desde la eliminación del sarampión (1998) hasta el 7 de junio de 2025.



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

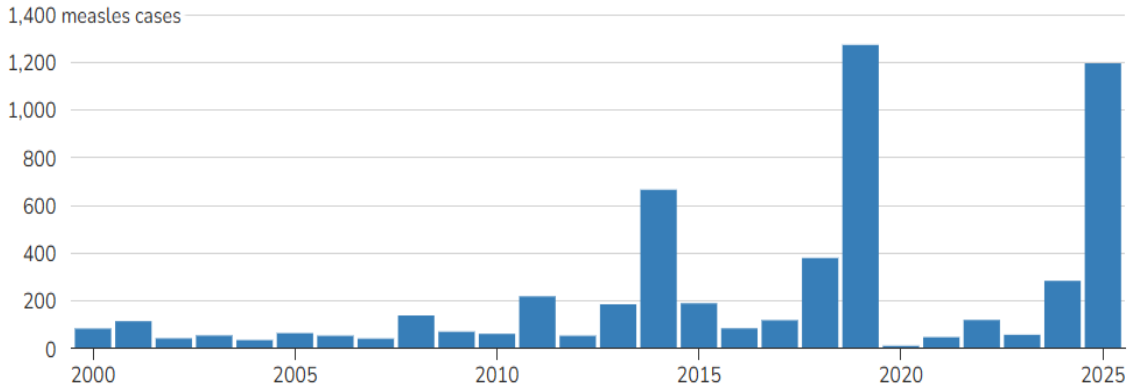
IV.2.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA [6]

Al 12 de junio de 2025, se notificaron un total de 1.197 casos confirmados de sarampión en 35 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, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Pensilvania, Rhode Island, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Vermont, Virginia y Washington.

En 2025 se han notificado 21 brotes, y el 90% de los casos confirmados (1.072 de 1.197) 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 12/06/25).



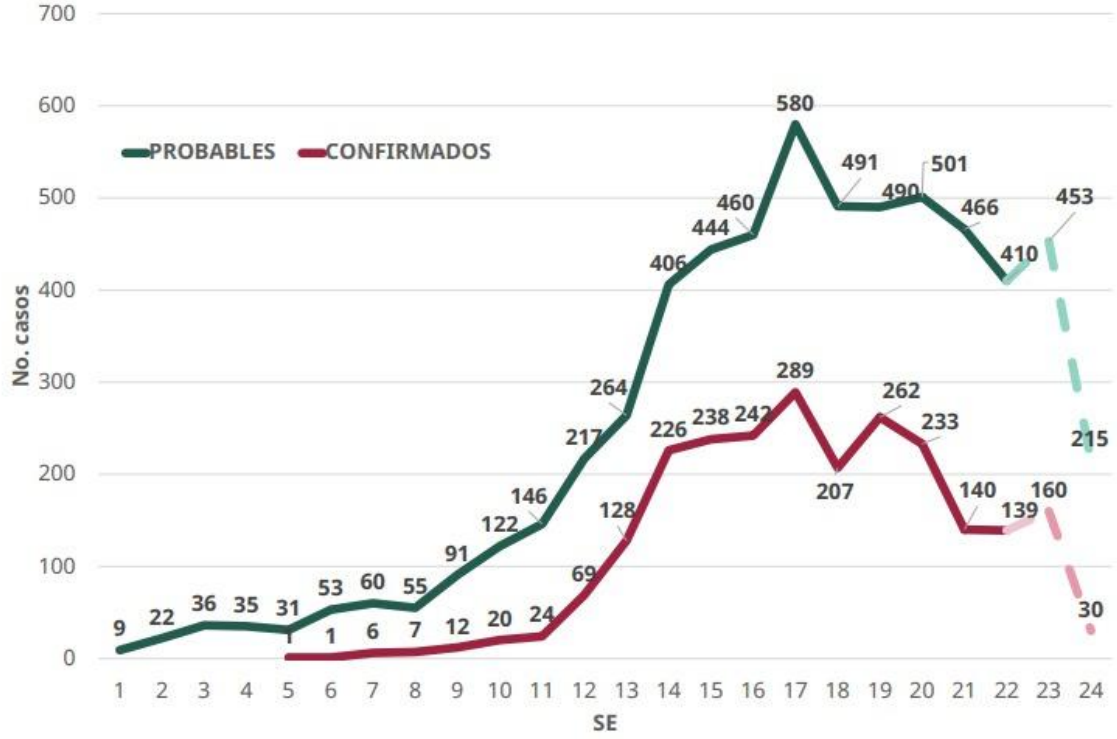
IV.2.C. MÉXICO[7]

Al 16 de junio, se han reportado 2.434 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 48 horas previas se reportaron 53 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 18 estados y 58 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 5 fallecimientos.

[6] https://www.cdc.gov/measles/data-research/index.html.
[7] *https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1002445/INFORME_DIARIOSARAMPI_N_16062025.pdf*

Figura 3. Casos probables y confirmados de sarampión por semana epidemiológica y fecha de inicio de exantema, México 2025.



Línea punteada: Con información preliminar al corte de 16 de junio de 2025.

IV.2.D. PERÚ[8]

El 11 de junio, Perú informó que hasta la SE 23 se han registrado 272 casos sospechosos y 4 confirmados. De los casos confirmados, dos corresponden a casos importados en hermanos menores de edad y no vacunados, residentes en el distrito de Ate, con antecedentes de viaje reciente a Kansas (EEUU) y exposición conocida a un caso confirmado de sarampión. Los dos casos confirmados adicionales corresponden al personal sanitario que prestó asistencia a uno de los casos importados.

IV.2.E. BOLIVIA[9]

El Ministerio de Salud y Deportes informó que hasta el día 16 de junio hay 20 casos de sarampión registrados en 2025, todos reportados en el departamento de Santa Cruz. Las personas afectadas tienen entre 2 y 22 años. Se informa que se están ejecutando acciones inmediatas de bloqueo vacunal, investigación epidemiológica y vigilancia activa.

IV.2.F. BELICE[10]

Al 30 de mayo de 2025 el Ministerio de Salud y Bienestar informa sobre el brote de sarampión en curso. Se recolectaron muestras de 69 personas con fiebre y exantema. Se han confirmado 9 casos por laboratorio y 9 por nexo epidemiológico.

[8] https://epipublic.dge.gob.pe/uploads/alertas/alertas_20253_11_211144.pdf.
[9]https://www.minsalud.gob.bo/8686-salud-confirma-20-casos-de-sarampion-en-santa-cruz-y-refuerza-acciones-para-evitar-la-propagacion-de-la-enfermedad
[10] https://www.pressoffice.gov.bz/measles-outbreak-in-belize-public-health-update-2/

IV.3. Situación actual en Argentina

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 2.383 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.

A la fecha, se han confirmado 34 casos de sarampión en el país, de los cuales 20 corresponden a la provincia de Buenos Aires, 13 a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 1 caso a la provincia de San Luis.

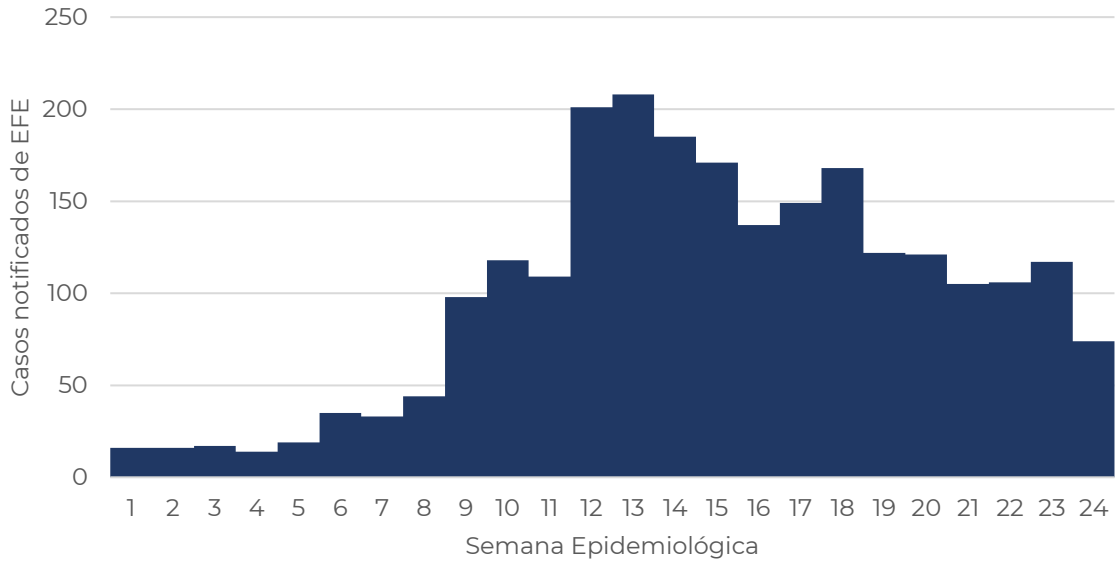
De los 34 casos confirmados, 6 fueron importados: 2 provenientes de Rusia (Genotipo B3 DSID 9240), 1 de Tailandia (Genotipo D8 DSID 5963 linaje Patán), 1 de México (Genotipo D8 DSID 9171 linaje Ontario) y 2 de Inglaterra (genotipo B3 DSID 6418 linaje Quetta).

De los 28 casos restantes, a la fecha, la situación es la siguiente:

En 24 casos, la investigación epidemiológica y/o la genotipificación del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR), permitió inferir que pertenecen a la misma cadena de transmisión de los casos importados de Rusia, considerándolos entonces relacionados con la importación.

Por último, 4 casos continúan en investigación para determinar su posible relación con las cadenas vinculadas a casos confirmados.

Gráfico 1. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE24 de 2025. N= 2.383



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.A. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN EN ARGENTINA - 2025

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)

De los 34 casos confirmados en el país, 13 residen en la Ciudad de Buenos Aires.

En febrero se confirmaron dos casos importados a partir de los cuales se identificaron otros 8 casos relacionados, ya sea por vínculo directo o por transmisión comunitaria ocurrida en la zona o en una sala de espera hospitalaria. En el mes de mayo se confirmaron otros dos casos importados que no generaron casos secundarios. El caso restante se encuentra en investigación para determinar su relación con los casos anteriores.

De acuerdo a la investigación epidemiológica, las personas afectadas residen en las comunas 1, 2, 12 y 14 y se distribuyen en un rango de edad de 5 meses a 40 años, con una mayor frecuencia en el sexo femenino (9 mujeres y 4 varones).

Provincia de Buenos Aires (PBA)

De los 34 casos confirmados, 20 corresponden a la provincia de Buenos Aires.

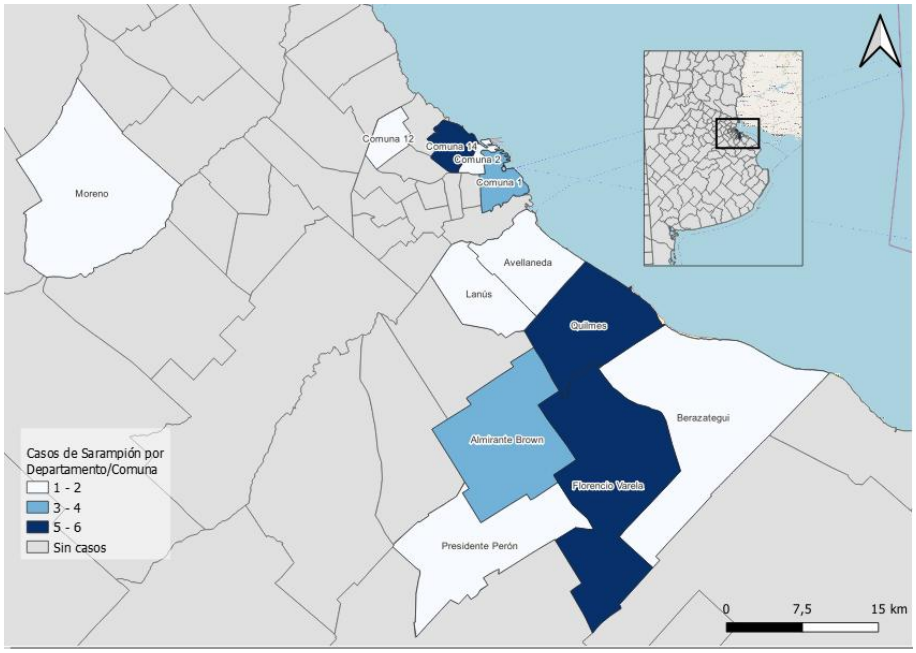
A través de la investigación epidemiológica de los casos y/o a la información provista por el LNR, se puede indicar que 16 de ellos tienen vínculos con los casos de la Ciudad de Buenos Aires, ya sea por nexo epidemiológico o cadena de transmisión a partir de la genotipificación. Un caso de marzo presenta antecedente de viaje a Tailandia, su genotipificación descarto la relación epidemiológica con el resto de los casos y no ha generado casos secundarios. Los tres casos restantes permanecen en investigación.

De acuerdo a la investigación epidemiológica, las personas afectadas se distribuyen en un rango etario de 6 meses a 37 años, con predominio del sexo masculino (4 mujeres y 16 varones).

Provincia de San Luis

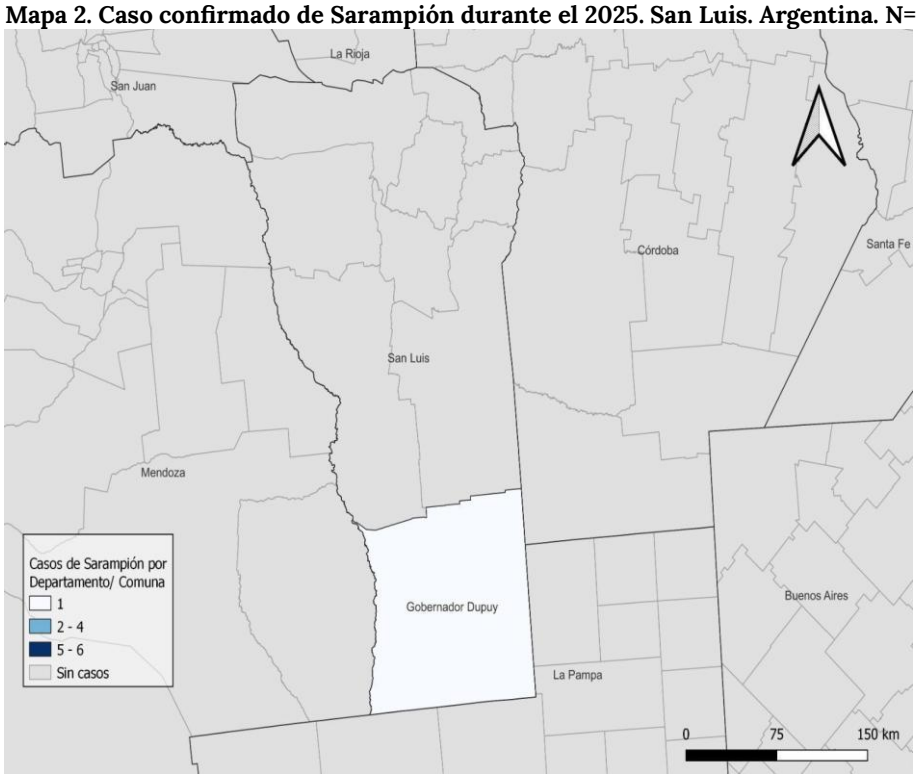
Se ha confirmado 1 caso importado en una beba de ocho meses, que no contaba con vacunación para el evento por no corresponder por la edad. Presenta antecedente de viaje a México, al Estado de Chihuahua.

Mapa 1. Distribución espacial de los casos confirmados de Sarampión durante el 2025. AMBA. Argentina. N= 33



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

Mapa 2. Caso confirmado de Sarampión durante el 2025. San Luis. Argentina. N= 1.



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. INDICADORES PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

En el *Plan de acción para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita* 2018–2023 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se establece como línea estratégica de acción N.º 2 el fortalecimiento de la capacidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica para estas enfermedades. En el marco de esta línea, se

define el Objetivo 2.1, orientado a *monitorear la calidad y la sensibilidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita*. Para su evaluación, se proponen los siguientes indicadores:

2.1.1: Número de países que cumplen con la **tasa mínima anual esperada** de casos sospechosos de sarampión/rubéola (al menos 2 casos por cada 100.000 habitantes), y que además cumplan con al menos tres de los siguientes cinco indicadores:

1. Al menos el 80% de los casos sospechosos reciben una investigación adecuada.
2. En al menos el 80% de los casos sospechosos se obtienen muestras de suero adecuadas.
3. Al menos el 80% de las muestras llegan al laboratorio en un plazo máximo de cinco días.
4. Al menos el 80% de los resultados de laboratorio se notifican en un plazo máximo de cuatro días.
5. Se alcanza una tasa anual de casos sospechosos de síndrome de rubéola congénita de al menos 1 por cada 10.000 nacidos vivos.

A continuación, se presenta una tabla con la distribución de casos confirmados y sospechosos por provincia, la tasa esperada por jurisdicción y el grado de cumplimiento de cada una hasta la fecha de 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 SE24 de 2025[11].

Jurisdicción	Confir-mado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notifi. mínimas esperadas actuales	Notif. esperadas anuales
Buenos Aires	20	1442	7,9	166	367
CABA	13	572	18,5	28	62
Catamarca		10	2,3	4	9
Chaco		22	1,7	11	25
Chubut		19	2,8	6	13
Córdoba		56	1,4	36	79
Corrientes		5	0,4	11	23
Entre Ríos		35	2,4	13	29
Formosa		2	0,3	6	13
Jujuy		28	3,5	7	16
La Pampa		17	4,6	3	7
La Rioja		1	0,2	4	8
Mendoza		54	2,6	19	42
Misiones		7	0,5	12	27
Neuquén		4	0,6	6	14
Río Negro		6	0,8	7	16
Salta		11	0,7	14	30
San Juan		10	1,2	7	16
San Luis	1	6	1,1	5	11
Santa Cruz		8	1,9	4	8
Santa Fe		42	1,1	33	73
Sgo. del Estero		11	1,1	9	21
T. del Fuego		1	0,5	2	4
Tucumán		14	0,8	16	36
Total	**34**	**2383**	**5,0**	**429**	**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).

[11] Los casos notificados corresponden a los reportados hasta la SE21, mientras que la información sobre los casos confirmados refleja la más reciente disponible al momento de la elaboración de este boletín epidemiológico.

En la tabla precedente se observan 2 situaciones. En primer lugar, las jurisdicciones que presentan notificaciones por encima de lo esperado para la fecha, teniendo en cuenta las notificaciones esperadas, al 14 de junio a partir de la tasa anual de 2 x 100.000. Así, la provincia de Buenos Aires, en todo el año debería alcanzar las 367 notificaciones y en la actualidad cumplir con al menos 166. Por este motivo, las 1.442 que se constatan en esta jurisdicción (en verde) están por encima de lo esperado. De hecho, al igual que CABA, ambas jurisdicciones superaron las notificaciones de todo el año. Por encima de lo esperado también se encuentran: Catamarca, Chaco, Chubut, Córdoba, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe y Santiago del Estero.

En rosado se muestra la segunda situación posible: aquellas jurisdicciones que presentan menos notificaciones que las esperadas. Aquí se encuentran Corrientes, Formosa, La Rioja, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, Tierra del Fuego y Tucumán.

IV.3.C. SOBRE EL SEGUIMIENTO DE LOS CASOS CONFIRMADOS

A la fecha de publicación del presente boletín (23 de junio de 2025), no quedan casos confirmados que puedan generar casos secundarios. El último caso confirmado presenta fecha de exantema el 26 de mayo de 2025.

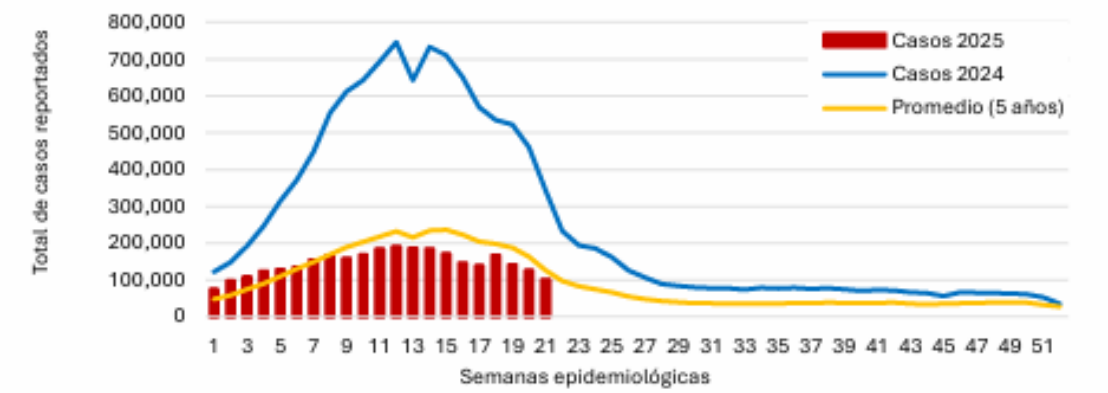
V. Vigilancia de dengue y otros Arbovirus

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 21, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud actualizado el 12 de junio.

Ala semana epidemiológica (SE) 21 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,035,646 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 299 casos por 100,000 hab). Esta cifra representa una disminución de 70% en comparación al mismo periodo del 2024 y de 12% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 21 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 3,035,646 casos de dengue reportados en las Américas, 1,210,296 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 3,830(0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,324 muertes por dengue, para una letalidad del 0.044%

Veinte países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 21. Estos países registran en conjunto 100,772 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 21.

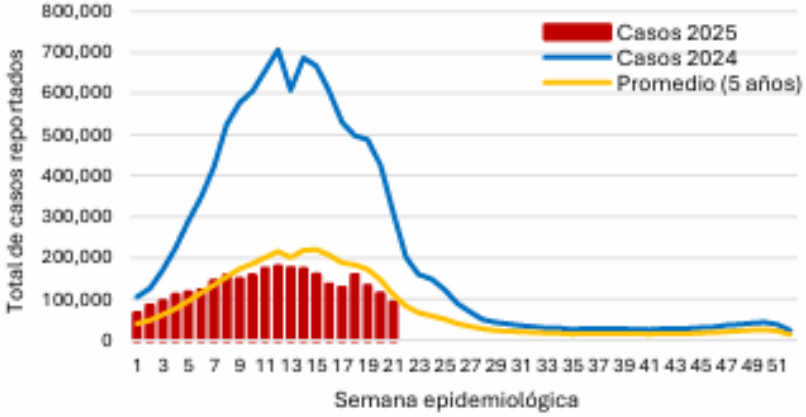
Del total de casos registrados en la SE 21, 84 fueron casos de dengue grave (0.1%) y se reportaron 15 muertes para una letalidad de 0.015%.

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

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 91,281 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 21. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 71% en comparación con la misma semana del 2024 y de 12% con respecto al promedio de los últimos 5 años. Los casos reportados esta semana por Paraguay presentan un incremento de 18% en comparación al promedio de sus cuatro semanas epidemiológicas previas.

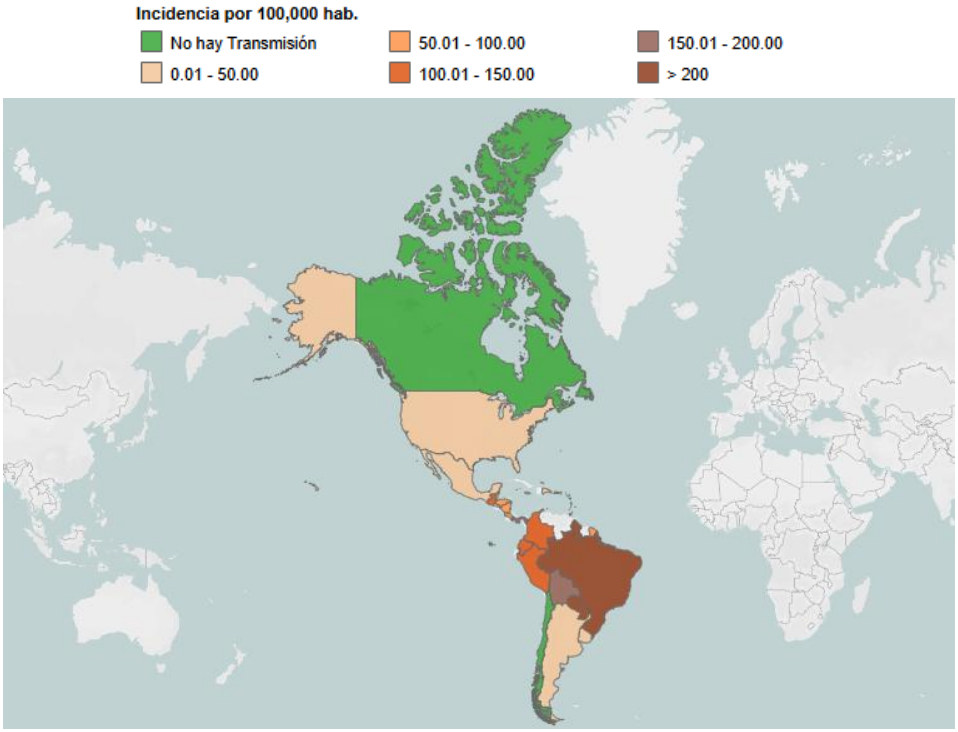
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 21, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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

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

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



Fuente: Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud. Datos reportados por Ministerios e institutos de Salud de los países y territorios de la región.[12]
NOTA METODOLOGICA:
1. Números de casos reportados de fiebre por dengue. Incluye todos los casos de dengue: sospechosos, probables, confirmados, no-grave, grave y muertes.
2. Población: total de habitantes para ese País o Territorio según las proyecciones de Naciones Unidas.

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

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[13] y el ARBO-portal[14] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 19/06/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 24/2025 se han reportado 2.897.821 casos de dengue, con 1.225 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 69 % respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, hasta la SE 24/2025 se notificaron 173.131 casos, un 53% menos que lo informado para esa semana el año anterior, con 82 muertes asociadas. Respecto a zika, se registraron 14.871 casos hasta la SE 23/2025, lo que representa una disminución del 57% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 23/2025 se confirmaron 11.565 casos, un 60% más que en igual período del año pasado, con 4 defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 20/2025, se han reportado 19.945 casos de dengue, con 2 fallecimientos asociados, lo que representa una disminución del 46% en comparación con el mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se registraron 1.240 casos, un aumento del 62% en comparación con el año previo. Asimismo, hasta la misma semana se notificaron 348 casos de zika, el doble de lo registrado durante el mismo período de 2024. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos. En lo que respecta a Oropouche, durante 2025 no se han registrado casos.

Paraguay: hasta la SE 22/2025, se han reportado 19.736 casos de dengue y un fallecimiento asociado, un 93% menos respecto a la misma semana de 2024. En cuanto a chikungunya, hasta la SE 22/2025 se notificaron 74 casos, un 97% menos comparado con el año anterior, sin defunciones por este evento. Respecto al zika, hasta la SE 23/2025 no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían reportado 4 casos.

Perú: hasta la SE 23/2025, se han notificado 35.051 casos de dengue, un 86% menos que el mismo periodo de 2024, con 46 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 14/2025 se registraron 46 casos, un valor similar al año anterior, sin defunciones para este evento. Asimismo, a la SE 14/2025 se han registrado 3 casos de zika, mientras a la misma semana de 2024 se había notificado un caso. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos. En relación con Oropouche, hasta la SE 18/2025, se confirmaron 233 casos para este evento, un 98% menos que a la misma semana de 2024.

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

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

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

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).

Por otro lado, se ha registrado un brote de Oropouche en la Región de las Américas que este año afecta a Brasil y Perú.

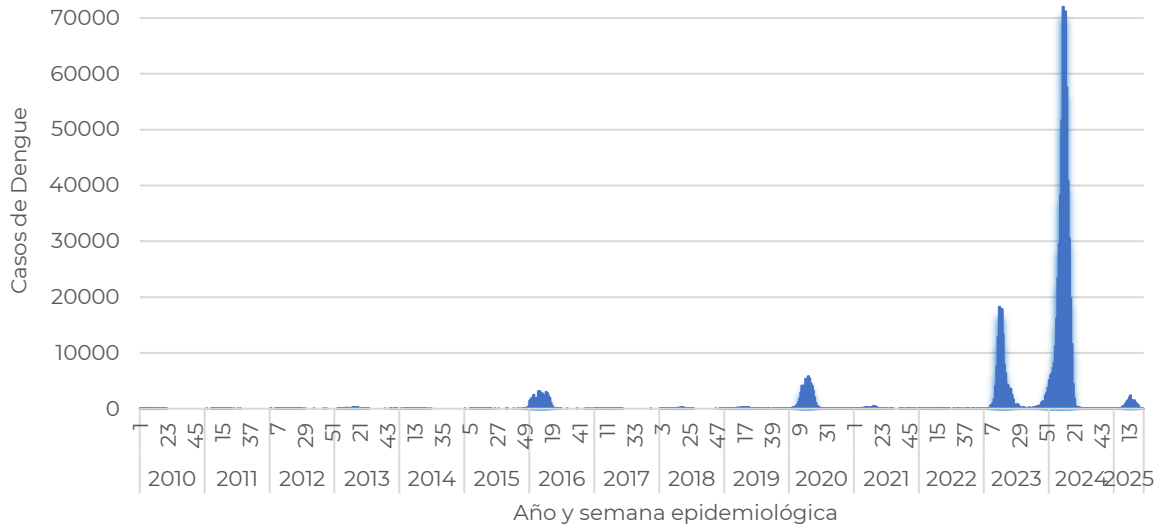
V.2. Situación de dengue en Argentina

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-SE24/2025. Argentina. N=862.737

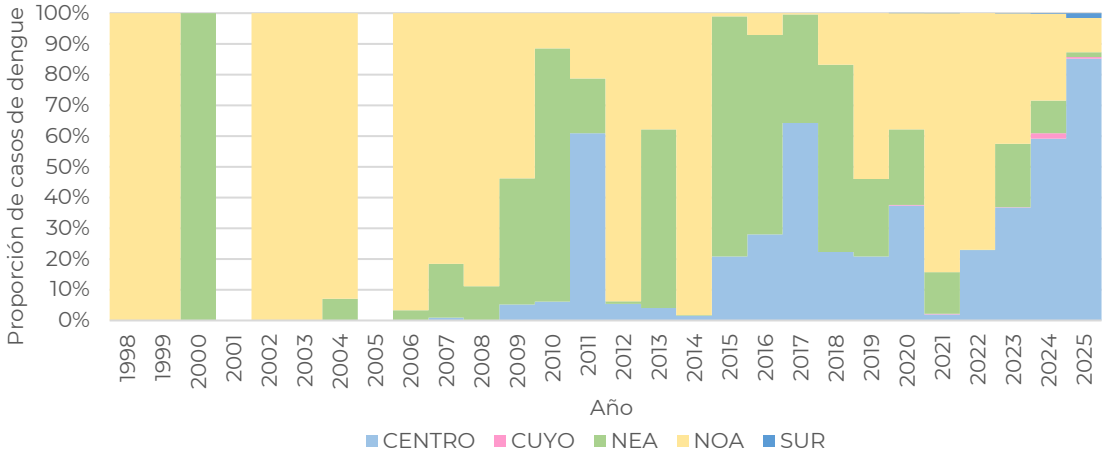


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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.

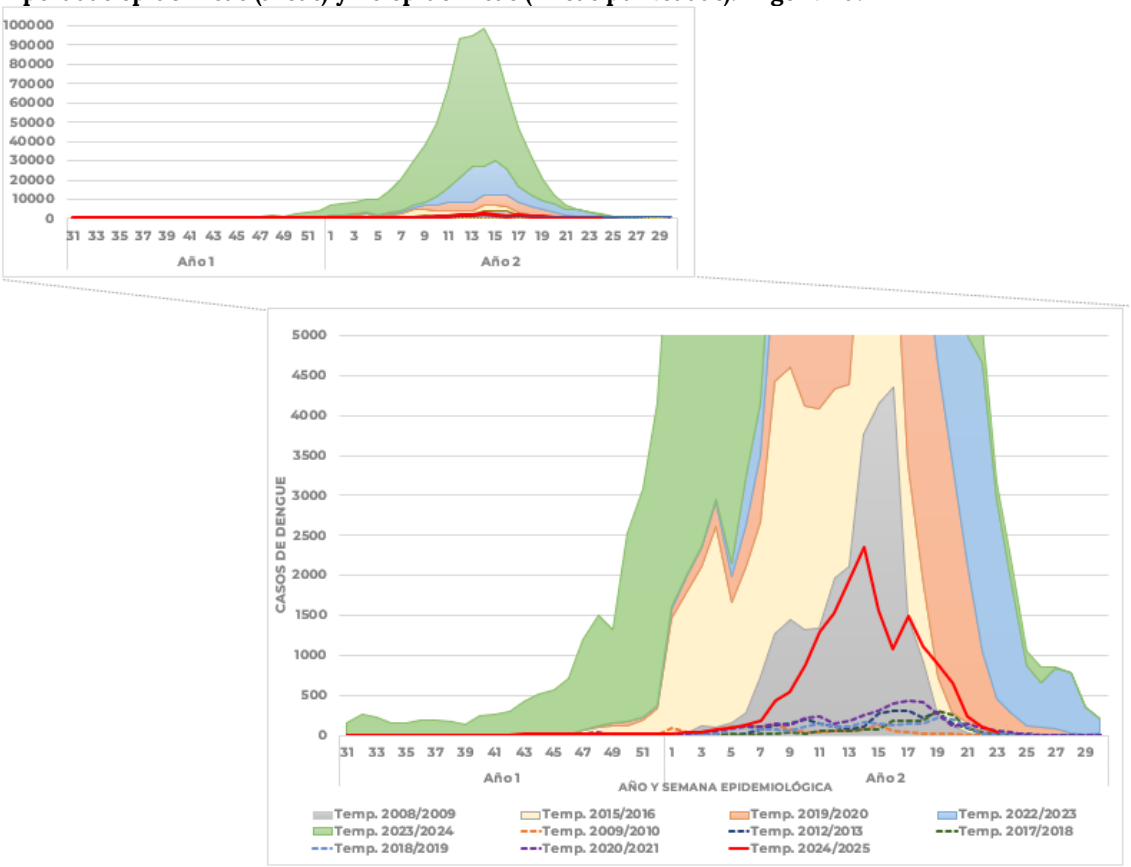
Gráfico 4. Dengue: distribución porcentual por región de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998-2025.



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 SE23/2025. Con el fin de que se visualice con mayor claridad la temporada actual y su comparación con el resto, se seleccionaron para el análisis las temporadas no epidémicas con más de 1000 casos.

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

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

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

V.2.B. 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 SE24/2025), se notificaron en Argentina 75.741 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 8274 fueron confirmados por laboratorio y 8695 por nexo clínico epidemiológico, con un **total de 16.969 casos de dengue**[15]. Como se puede observar también en la Tabla 1, un total de 8036 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 155 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas[16]. Se

[15] En esta edición, el total de casos de dengue según criterio clínico-epidemiológico es inferior al reportado en la edición anterior (BEN SE22/N°759), debido a reclasificación de casos por parte de las jurisdicciones.
[16] 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

confirmaron 238 casos con antecedente de viaje a Brasil, China, Colombia, Cuba, México, Venezuela, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Republica Dominicana.

Durante la SE24/2025 (según fecha de notificación al SNVS[17]), se notificaron 709 casos sospechosos[18] de los cuales 14 se confirmaron y 44 fueron clasificados como casos probables donde la totalidad se encuentra en investigación con respecto al antecedente epidemiológico. Cabe destacar que estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

La incidencia acumulada a nivel país para la temporada actual es de 36 casos cada 100.000 habitantes[19]. 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 11, Sur con 7 y Cuyo con 2. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 84,5% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las Regiones NOA con el 1%, NEA con el 3%, Sur con el 1% 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 SE24 es 696.
- 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.

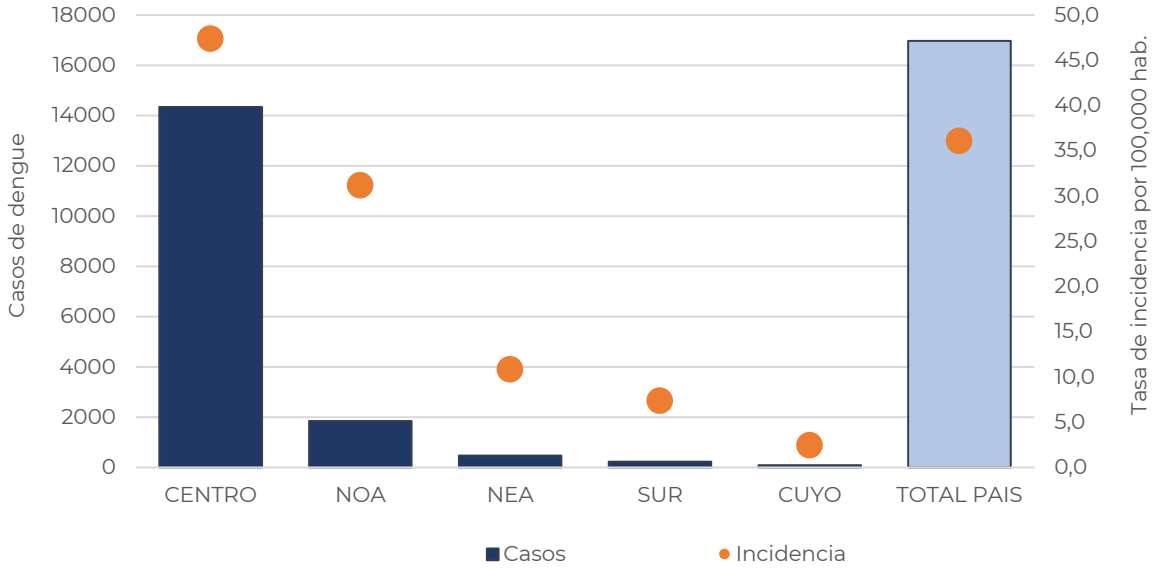
epidemiológica, y por lo tanto desencadenar las medidas de prevención y control pertinentes, pero no se recomienda realizar en ellos pruebas para el estudio etiológico, excepto en casos graves y fatales. Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus. Dirección de Epidemiología. Noviembre 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

[17] Fecha de apertura

[18] Incluye los eventos: Dengue y Dengue en embarazadas.

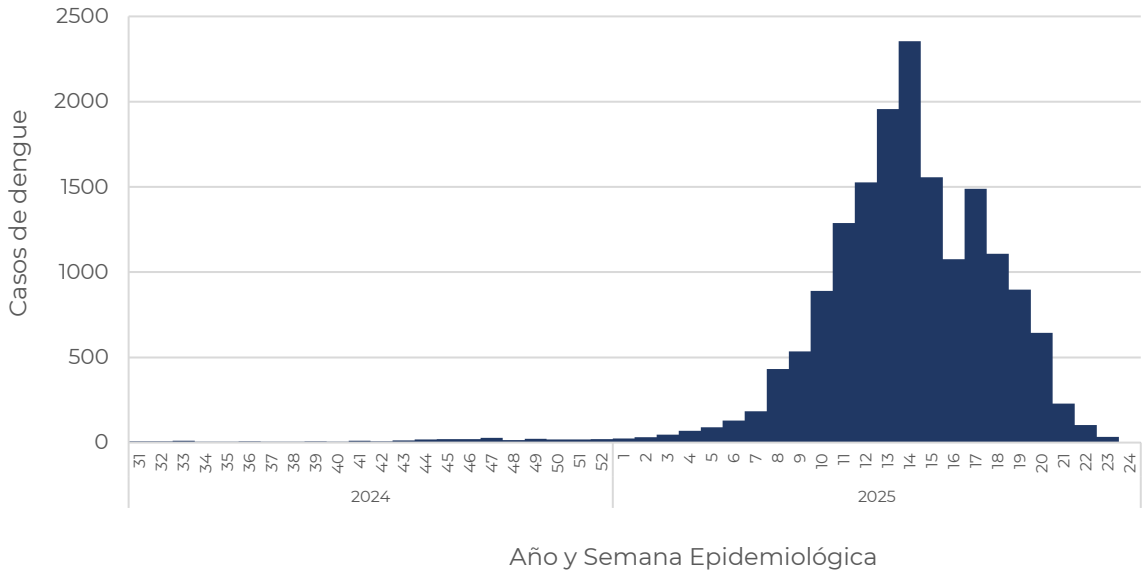
[19] Para el cálculo de la incidencia, se utiliza como referencia la población proyectada para 2024, basada en el Censo de 2010.

Gráfico 6. Dengue: Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab. según Región. SE31/2024 a SE24/2025. Argentina.



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

Gráfico 7. Dengue: Casos de dengue[20] por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE24/2025. 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)

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

V.2.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.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE24/2025. 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	456	553	23	14	51	530	5667	1053	7817
CABA	157	141	18	2	0	175	2243	757	3318
Córdoba	2415	1587	8	3	1153	3576	9336	721	15223
Entre Ríos	109	106	9	7	7	125	875	6	1119
Santa Fe	2887	603	124	11	6921	9932	3779	1278	15603
Total Centro	**6024**	**2990**	**182**	**37**	**8132**	**14338**	**21900**	**3815**	**43080**
Mendoza	11	35	5	3	0	16	1667	97	1818
San Juan	1	1	1	1	0	2	358	10	372
San Luis	59	23	7	5	0	66	288	35	417
Total Cuyo	**71**	**59**	**13**	**9**	**0**	**84**	**2313**	**142**	**2607**
Chaco	15	211	1	0	0	16	2589	104	2920
Corrientes	57	15	1	0	0	58	472	22	567
Formosa	392	5	0	0	0	392	7121	67	7585
Misiones	2	20	3	5	0	5	1192	3	1225
Total NEA	**466**	**251**	**5**	**5**	**0**	**471**	**11374**	**196**	**12297**
Catamarca	10	12	8	5	1	19	878	3	917
Jujuy	0	0	0	0	0	0	1195	4	1199
La Rioja	117	49	0	0	0	117	1341	6	1513
Salta	18	61	6	12	2	26	2191	87	2377
Santiago del Estero	0	37	2	2	0	2	1128	299	1468
Tucumán	1161	429	0	1	523	1684	6388	655	9157
Total NOA	**1306**	**588**	**16**	**20**	**526**	**1848**	**13121**	**1054**	**16631**
Chubut	0	0	6	3	0	6	30	2	41
La Pampa	169	35	9	2	37	215	636	56	944
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	56	5	63
Tierra del Fuego	0	0	2	2	0	2	16	3	23
Total Sur	**169**	**36**	**22**	**10**	**37**	**228**	**783**	**69**	**1126**
Total País	**8036**	**3924**	**238**	**81**	**8695**	**16969**	**49491**	**5276**	**75741**

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).

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

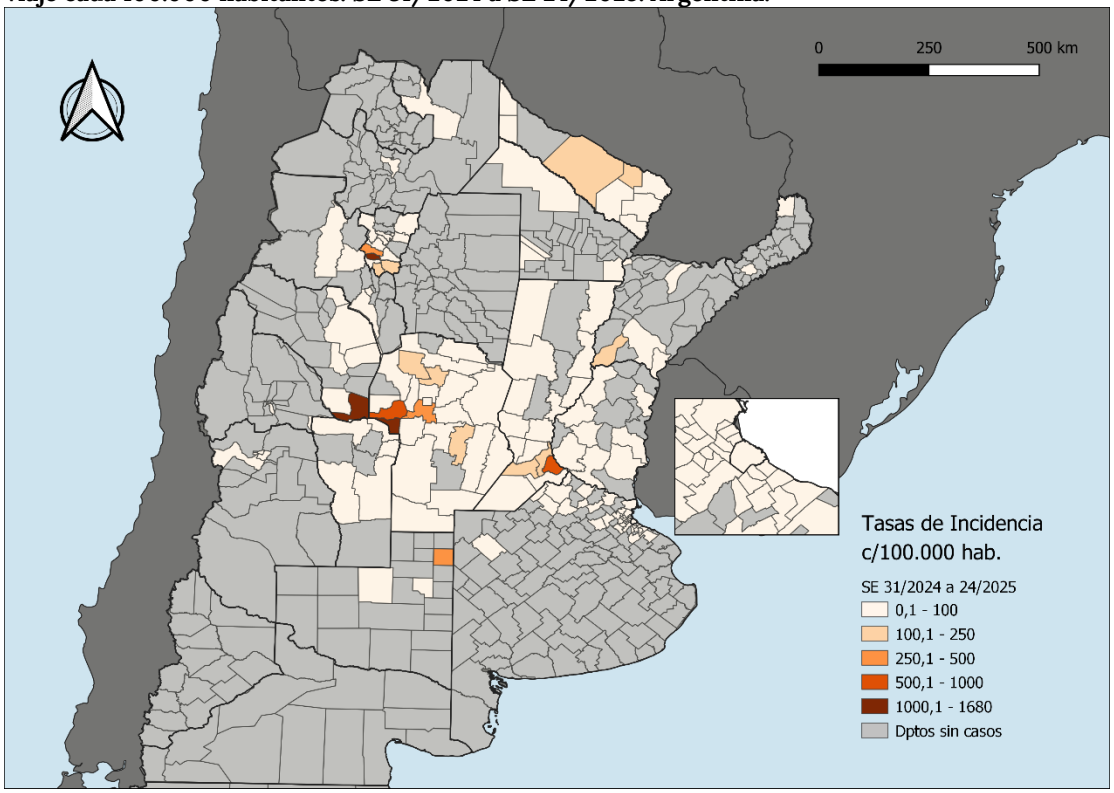
Tabla 2. Dengue: Cambios de Fase según Indicadores Epidemiológicos por Semana Epidemiológica, en Jurisdicciones a Nivel Departamental. Temporada 2024/2025. SE31 a SE24/2025. Argentina.

urisdicción	Fases					
	Alerta temprana		Respuesta a epidemia		Recuperación	
	Departamento	SE	Departamento	SE	Departamento	SE
Buenos Aires	General San Martín	9				
	Vicente López	11				
	Ituzaingó	11				
	Lanús	11				
	Tres de Febrero	12				
	La Matanza	13				
	Malvinas Argentinas	15				
Córdoba	Capital	4	San Javier	7	Gral. San Martin	11
	San Javier	5	Gral. San Martin	9	Santa María	11
	Gral. San Martin	5	San Alberto	11	San Alberto	14
	Colón	5	Santa María	11	San Javier	16
	San Alberto	8				
	Santa María	8				
	Ischilín	11				
	Marcos Juarez	11				
	San Justo	11				
	Tortoral	13				
Formosa	Patiño	34				
	Capital	46				
	Pilcomayo	50				
La Pampa	Maracó	7	Maracó	13	Maracó	16
La Rioja	Rosario Vera Peñaloza	10				
Salta	Capital	10				
Santa Fe	Rosario	1	Rosario	11	Caseros	14
	San Lorenzo	7	San Lorenzo	13	San Lorenzo	16
	Caseros	10	Caseros	12	Rosario	19
	San Cristobal	13				
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 24/2025. 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).

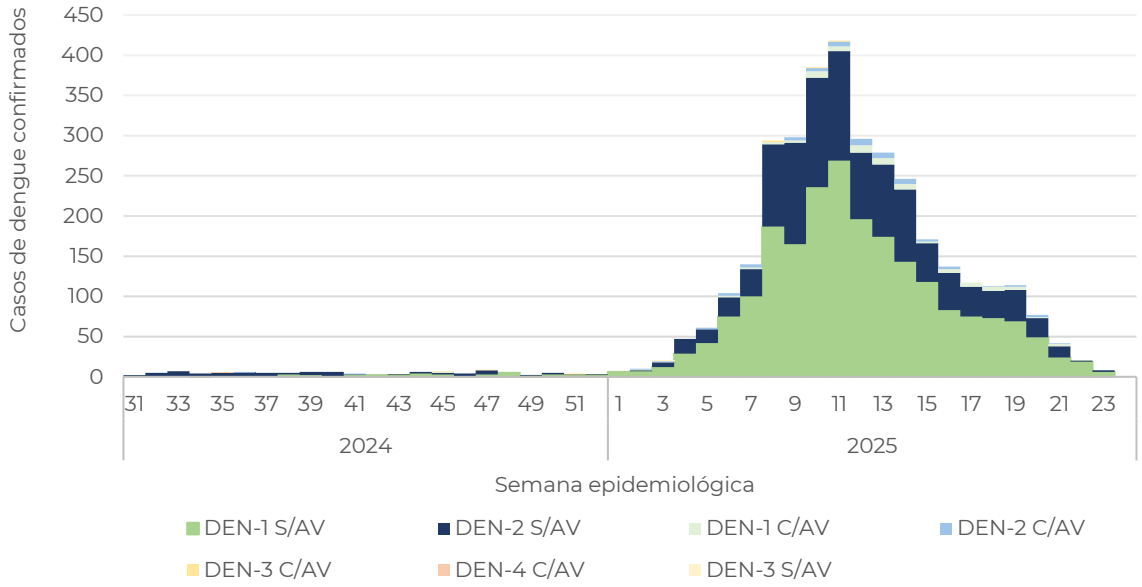
V.2.E. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (64,66%). Los casos a DEN-2 alcanzan un 35,08%, 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.

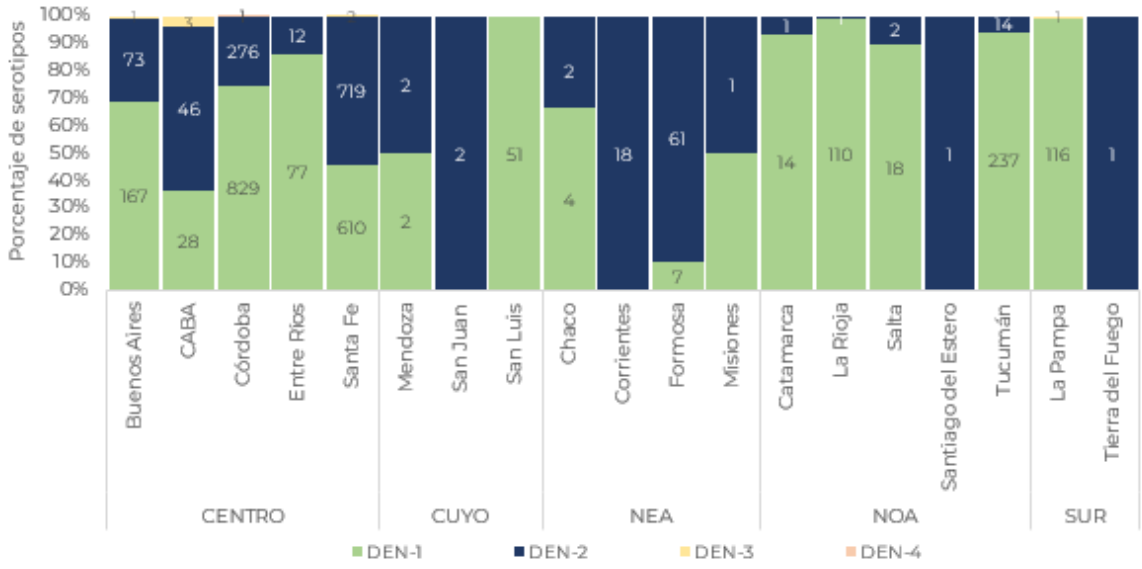
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país (México, Venezuela, Brasil, Tailandia y Cuba).

Gráfico 8. Dengue: número de casos según serotipo y antecedente de viaje por semana epidemiológica. SE31/2024 a SE24/2025. 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=3475) según provincia. SE31/2024 a SE24/2025. 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 última temporada (2023-2024), se notificaron 2.380 casos de dengue en embarazadas, con una mediana de edad de 27 años, 21 casos se notificaron como dengue grave y 4 casos fallecieron. Por lo tanto, ha sido creado en octubre 2024 el evento "Dengue durante el embarazo" para garantizar la correcta notificación de los casos de dengue asociados

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

Desde su creación, se han notificado 423 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de los cuales, 110 casos ha sido confirmados, 15 casos probables, 259 cuentan con laboratorio negativo y 39 no cuentan con laboratorio.

El primer caso confirmado se registró en la jurisdicción de Tucumán (departamento Río Chico) y correspondió al serotipo DEN-1. Se notificó otro caso en Río Chico, correspondiente a la SE11.

En la provincia de Santa Fe se notificaron 69 casos confirmados de dengue; de los cuales 34 correspondieron al serotipo DEN-1, 25 al serotipo DEN-2, mientras que los restantes no cuentan con serotipificación. El 97% corresponden a la Ciudad de Rosario.

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

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

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

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

V.2.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 externos[21], 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 epidemiológica: vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue*"[22] y la "*Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus*"[23]

[21] Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles, Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Dirección de Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Dirección de Salud Perinatal y Niñez, Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud comunitaria, Dirección de Adolescencias y Juventudes y el Centro Nacional de Referencia de Dengue y Otros Arbovirus del INEVH-ANLIS.
[22] Disponible en: circular_de_vigilancia_dengue_mortalidad_-_junio_2024.pdf
[23] Disponible en: guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf

Entre la SE 31/2024 y la SE 24/2025 se notificaron 35 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 15 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 24/2025 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 Brasil[24] en fiebre amarilla, se desarrolló un mapa de favorabilidad que permite identificar áreas geográficas con mayor predisposición a la ocurrencia de brotes. Su elaboración se realizó en un entorno de Sistemas de Información Geográfica, Quantum GIS[25] (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 2.0).

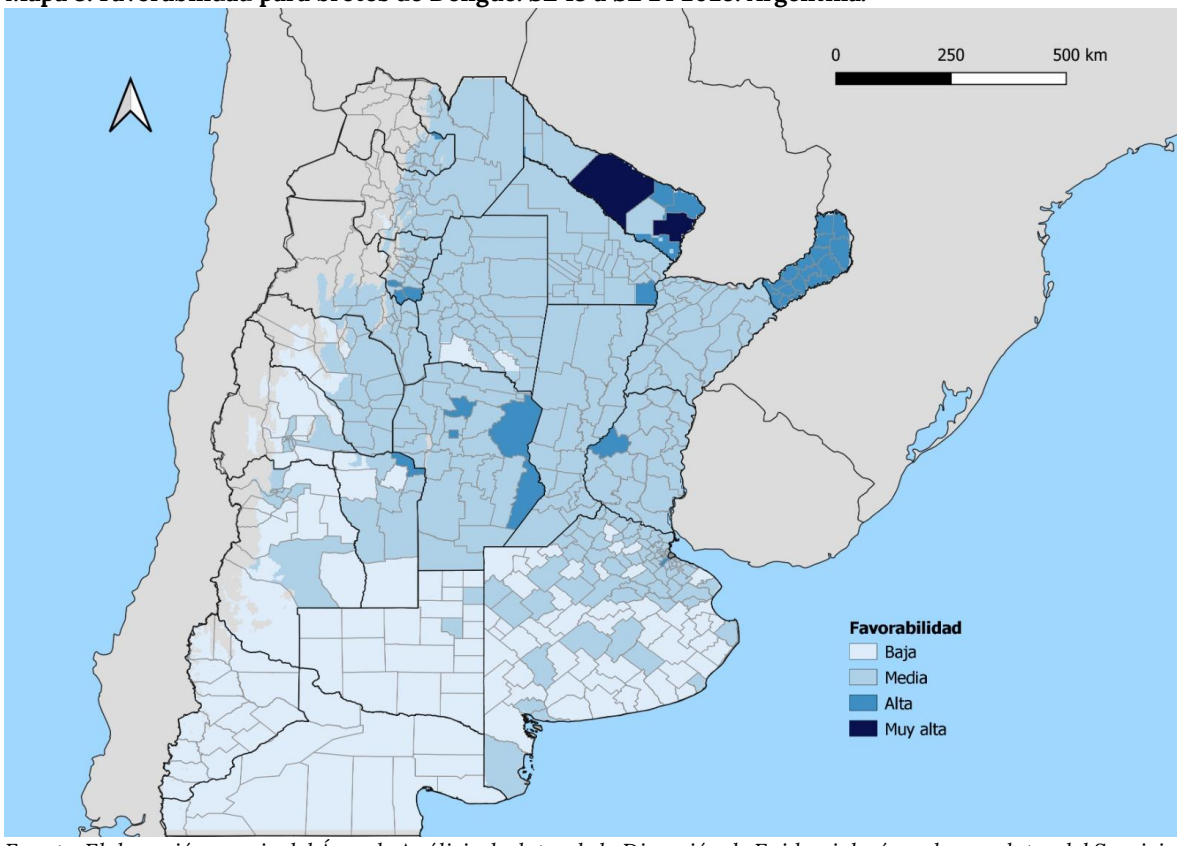
Para la elaboración de este producto, se analizaron factores sociodemográficos, ambientales y epidemiológicos. Entre ellos, la densidad poblacional, las ecorregiones ubicadas por debajo de los 2.500 msnm, la presencia histórica del vector *Aedes aegypti* en cada jurisdicción y el riesgo

[24] Ministério da Saúde Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - Nota Informativa Nº 35/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS. Brasilia: Saude; 2025. Disponible en: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/estudos-e-notas-informativas/2024/nota-informativa-no-35-2024.pdf
[25] Versión de QGIS 3.24.1-Tisler

entomológico reciente, estimado a partir de indicadores larvarios. Asimismo, se incorporaron variables climáticas, como la precipitación acumulada y las temperaturas mínima y máxima promedio de las últimas dos semanas junto con información epidemiológica como la ocurrencia histórica de casos, la tasa de notificación promedio de las últimas dos semanas y la fase de cada departamento (preparación, alerta temprana, respuesta a epidemia, recuperación), según el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante epidemias de dengue y otras arbovirosis[26].

De acuerdo con la sumatoria de estas variables, al cierre de la SE 24/2025, los departamentos de Patiño y Formosa, de la provincia homónima, presentan una favorabilidad muy alta para la ocurrencia de brotes de dengue.

Mapa 3. Favorabilidad para brotes de Dengue. SE 13 a SE 24 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)

[26] 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 SE24/2025).

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 **2495** 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 SE24/2025. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	183	0	76	0	135	4	42	2	11
CABA	0	11	0	4	0	1	0	4	0	3
Córdoba	0	214	0	80	0	195	6	387	0	0
Entre Ríos	14	228	0	1	0	25	4	37	0	1
Santa Fe	0	1514	0	95	0	133	0	14	0	19
Total Centro	**14**	**2150**	**0**	**256**	**0**	**489**	**14**	**484**	**2**	**34**
Mendoza	0	336	0	88	0	69	0	2	0	0
San Juan	0	1	0	2	0	2	0	2	0	1
San Luis	0	0	0	2	0	5	0	9	0	0
Total Cuyo	**0**	**337**	**0**	**92**	**0**	**76**	**0**	**13**	**0**	**1**
Chaco	18	830	0	413	0	24	0	2	0	1
Corrientes	0	31	0	10	0	10	0	1	0	0
Formosa	0	17	0	5	0	77	0	0	0	0
Misiones	0	67	0	42	0	29	0	0	0	20
Total NEA	**18**	**945**	**0**	**470**	**0**	**140**	**0**	**3**	**0**	**21**
Catamarca	0	16	0	13	0	1	0	0	0	13
Jujuy	0	42	0	22	0	1	0	3	0	1
La Rioja	0	127	0	125	0	8	0	2	0	70
Salta	0	530	0	286	0	179	0	0	0	2
Santiago del Estero	0	45	0	26	0	9	0	4	0	4
Tucumán	1	13	0	14	0	201	0	0	0	1
Total NOA	**1**	**773**	**0**	**486**	**0**	**399**	**0**	**9**	**0**	**91**
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	3	0	0	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**	**0**	**0**	**3**	**0**	**8**	**0**	**3**	**0**	**0**
Total País	**33**	**4205**	**0**	**1307**	**0**	**1112**	**14**	**512**	**2**	**147**

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 14 casos probables 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.3.A. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE AMARILLA EN ARGENTINA

En los últimos meses del 2024 y el comienzo del 2025 hubo un aumento de casos humanos por fiebre amarilla en los países de la Región de las Américas por lo cual el 3 de febrero la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emite un Alerta Epidemiológica[27]. La evaluación rápida de riesgo determinó un alto riesgo de propagación, con un nivel de certeza igualmente alto. El registro de casos humanos y epizootias en primates no humanos en el Estado de São Paulo (Brasil) proyecta una posible propagación hacia el sur de Brasil, Paraguay y las provincias argentinas de Corrientes y Misiones.

En Argentina **no se registran** casos en viajeros desde el 2018 y transmisión autóctona desde 2009. Se contempla una zona con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla selvática que incluye a las provincias de Formosa, Misiones, Corrientes, Jujuy (departamentos de Ledesma, Santa Bárbara, San Pedro, Valle Grande), Salta (departamentos de General José de San Martín, Orán, Rivadavia, Anta) y Chaco (departamento de Bermejo) donde se encuentra contemplada la vacunación para todas las personas residentes.

Desde la SE 31/2024 a la SE24/2025 se han estudiado 147 casos con sospecha de Fiebre Amarilla en humanos, 23 de esos en las provincias con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla (Misiones, Jujuy y Salta). Todos los casos presentaron pruebas de laboratorio negativas. Durante el mismo período se reportaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), dos epizootias en PNH en la provincia de Misiones y una en la provincia de Corrientes, que fueron estudiadas para fiebre amarilla: un ejemplar de *Allouatta carayá* (Paso de los Libres, Corrientes) y dos ejemplares de *Sapajus nigritus* (Puerto Iguazú, Misiones). Todos fueron descartados para FA por el laboratorio nacional de referencia (INEVH).

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. 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

[27] Alerta Epidemiológica Fiebre amarilla en la Región de las Américas - 3 de febrero del 2025. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americas-3-febrero-2025

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)

Desde la semana epidemiológica (SE) 37 de 2024, los datos sistematizados en el Tablero Nacional muestran un aumento gradual en la positividad de los sensores de oviposición (IPO) hasta la SE48 (Gráfico 1). A partir de entonces, el IPO se mantuvo, con ciertas fluctuaciones por mayoritariamente por debajo del 25% hasta la SE08 de 2025 donde superó este valor hasta la semana SE21. Durante las últimas semanas, se observa picos aislados seguidos de semanas con valores descendentes (Gráfico 1). Hasta el momento, las temperaturas registradas en las regiones NEA y NOA del país aún se encuentran dentro del rango que permite la reproducción y la actividad del mosquito *Aedes aegypti*. Por otro lado, la región Centro empieza a registrar temperaturas por debajo de los valores óptimos para la reproducción del vector, por lo que, se espera que en las próximas semanas se observe un descenso de los indicadores y con una interrupción de la reproducción del vector y la negativización de los sensores. Luego del aumento registrado durante la SE 18, a partir de la SE19 se detectó un descenso en el IPO hasta la SE22 (Gráfico 1). Durante la última semana, el IPO mostró un nuevo aumento generado por los datos registrados en NOA. Es importante destacar que actualmente los datos incluidos en el gráfico nacional corresponden a los registrados en las regiones NEA, NOA y Centro dado que la vigilancia entomológica en las jurisdicciones correspondientes a las regiones Sur y Cuyo se interrumpió luego de la negativización sostenida de los sensores. El IDH presentó inicialmente un aumento paulatino, alcanzando sus valores máximos entre la SE01 de 2025 y la SE05, con un amesetamiento del indicador desde la SE06 y un descenso relativo desde la SE10. Luego de algunas fluctuaciones, se observa una disminución del IDH desde la SE19 hasta la actualidad, contabilizándose 4 semanas consecutivas de valores descendentes, salvo en la SE24 que presenta un aumento pronunciado, aunque podría presentar modificaciones posteriormente por la carga retrospectivos de datos.

Gráfico 10. Evolución del IPO (línea azul) y el IDH (barras grises) en Argentina, SE 31 (2024)- SE 24 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Al desagregar 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 2). 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 2). Durante las últimas 7 semanas se detecta un descenso sostenido del IPO manteniendo a la región en una situación de riesgo entomológico bajo.

Gráfico 11. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 24 (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 3). 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 3). Luego de presentar una disminución marcada durante la SE22, el IPO volvió a aumentar, colocando nuevamente a la región en una situación de riesgo entomológico moderado.

Gráfico 12. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 24 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

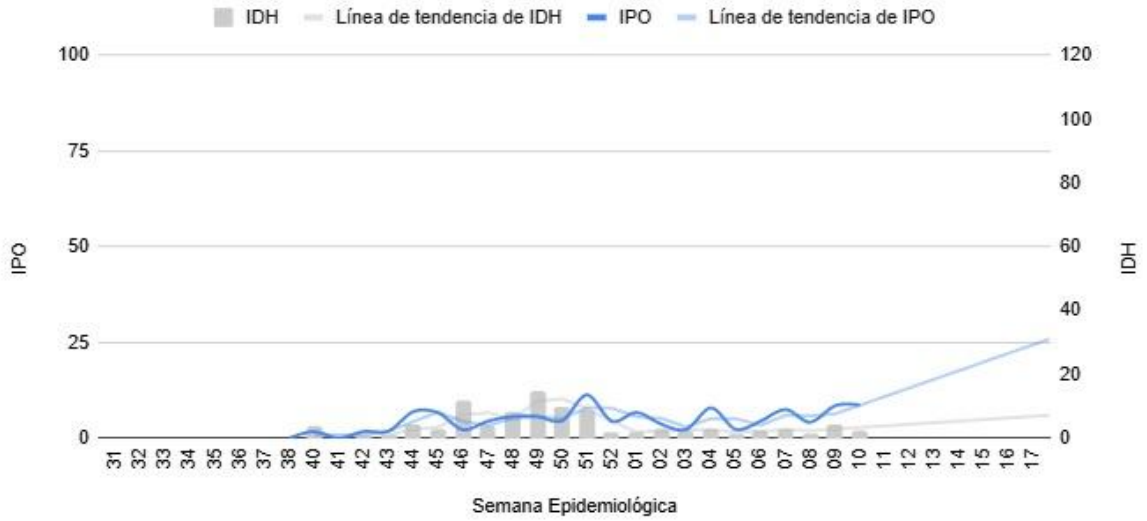
En la región **Centro**, el inicio de la positividad se estableció a partir de la SE 41 (Gráfico 4), mostrando un ascenso del IPO más lento que las regiones de NOA y NEA, coincidente con las diferencias climáticas y ambientales de la región. Durante la SE08 el IPO muestra un pico, superando el límite 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 5 semanas, el IPO de la región mostró un descenso sostenido (Gráfico 4), correspondientes a riesgo entomológico bajo.

Gráfico 13. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro 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

En el caso de la región **Cuyo**, se observaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 5), 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.

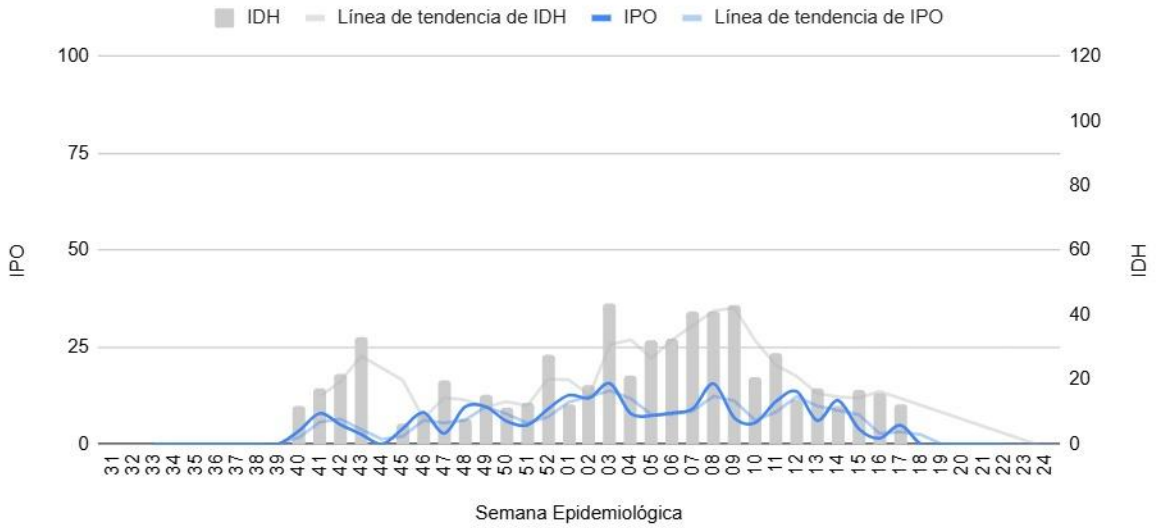
Gráfico 14. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 10 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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 6), 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. Durante las últimas ocho semanas, se aprecia una tendencia descendente en el IPO que culminó con una negativización sostenida de los sensores desde la SE 18 (Gráfico 6).

Gráfico 15. 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

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

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

V.4.C. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR ÍNDICES LARVARIOS

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

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

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

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

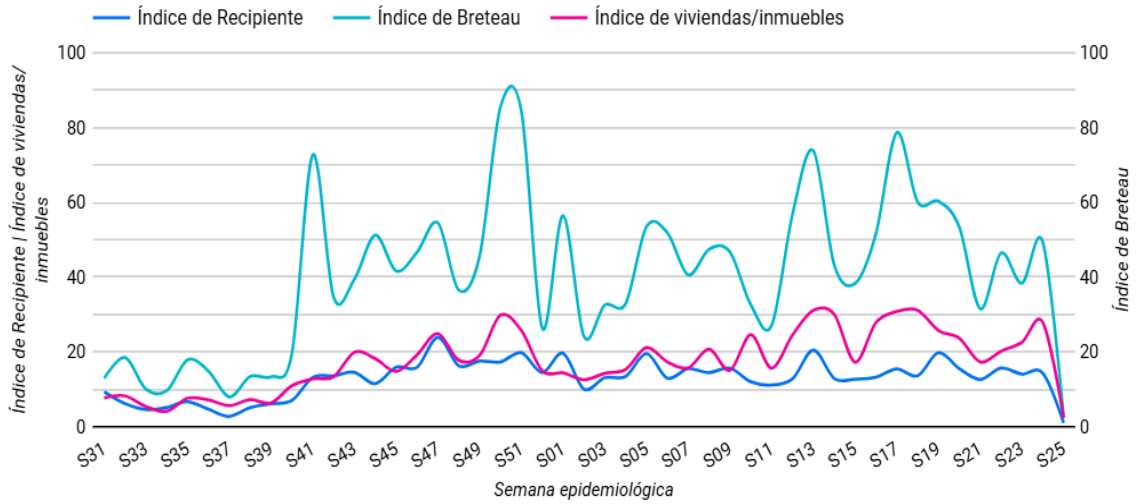
- **Índice de recipiente:**(recipientes positivos para Aedes aegypti / total de recipientes) * 100

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

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

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

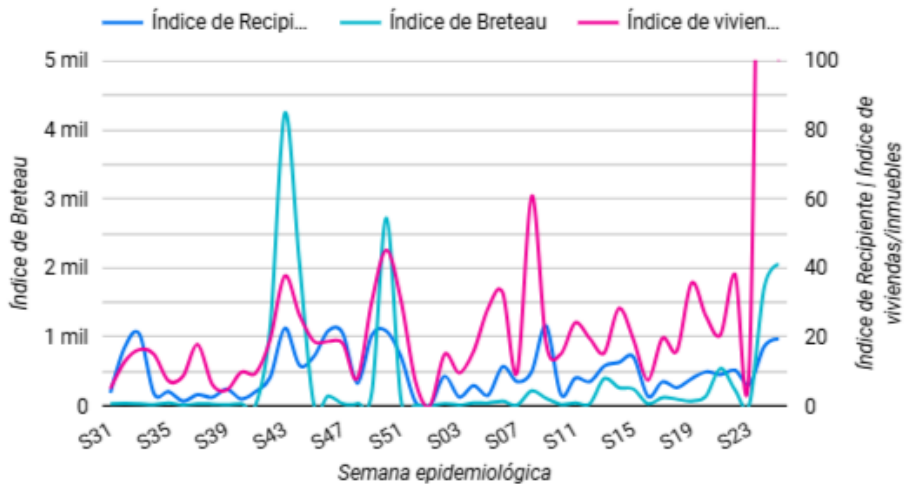
Gráfico 16. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en Argentina SE 31 (2024)- SE 25 (2025).



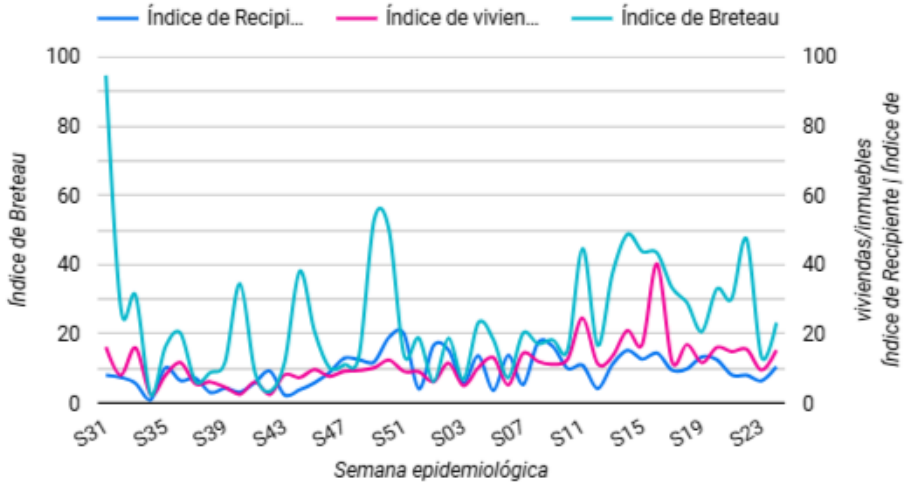
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Gráfico 17. 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 25 (2025).

A.



B.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

A nivel nacional, los índices larvarios aédicos para las viviendas presentaron un ascenso a partir de la SE40 (Gráfico 7), 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. Durante las SE 19 y 20, se registró un descenso en el IB, colocándose por primera vez desde la SE 11 en un nivel de riesgo entomológico medio. Durante la SE24, todos los índices mostraron un aumento, pero vuelve a disminuir en la última semana. Esta tendencia podría verse modificada por la carga retrospectiva de datos (Gráfico 7).

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 8A), 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) no mostraron variaciones tan marcadas en relación a los datos provenientes de viviendas (Gráfico 8B).

Cuando se realiza la desagregación por región, se observan pocas variaciones en los índices relevados para las regiones de NOA y NEA (Tabla 1), manteniendo la tendencia previa. La región NEA mostró un leve aumento de todos los índices larvarios (Tabla 1). En NEA se mantiene en riesgo entomológico alto de acuerdo al IB total y riesgo moderado de acuerdo a los índices IR e IV totales. En este caso, incluimos también los valores de los tres índices larvarios excluyendo los valores obtenidos en las tareas de control focal realizadas en SC y PE que históricamente presentan una mayor abundancia de criaderos y potenciales criaderos para *Aedes aegypti*.

Por su parte, la región NOA muestra una tendencia similar con un leve aumento en relación a los índices previamente registrados (Tabla 1), permaneciendo la región en una situación de riesgo entomológico alto según el IB y moderado según IV e IR. Al excluir de los cálculos los datos obtenidos en SC y PE se observa un patrón similar a lo hallado para la región NEA, con un descenso significativo del IB ($p<0,05$) y variaciones menores en los demás parámetros.

Hasta el momento, el volumen de las intervenciones territoriales registradas en las regiones de Cuyo y Centro no permiten aún realizar cálculos robustos de índices larvarios.

Tabla 4. Media de índices larvarios aédicos por región acumulados a SE25 2025. Argentina.

REGIÓN	Índice de Vivienda TOTAL	Índice de Vivienda sin SC y PE	Índice de Recipiente TOTAL	Índice de Recipiente sin SC y PE	Índice de Breteau TOTAL	Índice de Breteau sin SC y PE
NEA	22,49	21,62	17,02	18,13	55,03	47,69
NOA	12,16	12,72	7,06	7,56	66,41	32,38

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Se presentan los valores totales y excluyendo los sitios críticos (SC) y predios estratégicos (PE).

VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

VI.1. Nota Metodológica

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

VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios[28]

Situación Regional: En general, América del Norte y algunas partes del Caribe continúan registrando una disminución en la actividad de influenza A(H1N1)pdm09 y de influenza B. La actividad de VRS se mantiene en niveles interestacionales en América del Norte, mientras que en el Caribe ha disminuido en comparación con las semanas epidemiológicas (SE) previas. La circulación de SARS-CoV-2 se mantiene baja en América del Norte, pero en el Caribe continúa en aumento, con una tasa de positividad de 9.0%. En América Central, la circulación de influenza A(H1N1)pdm09 continúa aumentando en comparación con semanas anteriores, con una tasa de positividad de 26.0%. La actividad de VRS ha aumentado en comparación con las últimas dos semanas, mientras que la circulación de SARS-CoV-2 se ha mantenido baja desde su pico a finales de marzo. En la subregión andina, la actividad de casos de influenza A se está estabilizando, con una disminución en la tasa de positividad respecto a la semana anterior (15.7%), mientras que la circulación de SARS-CoV-2 mantiene una tendencia baja. La circulación de VRS comenzó a disminuir en comparación con la SE previa, con una tasa de positividad de 9.0%. En Brasil y el Cono Sur, la circulación de influenza A(H1N1)pdm09 se mantiene en niveles elevados, con una tendencia al alza en comparación con la SE previa, con una tasa de positividad de 20.1%. La detección de SARS-CoV-2 sigue siendo baja, mientras que la circulación de VRS ha aumentado en comparación con la semana anterior, con una tasa de positividad de 4.1%. En toda la región, la disminución observada en la tasa de positividad de otros virus respiratorios (ORV) no se mantuvo, aumentando al 8.7%, destacando la circulación de rinovirus en América del Norte y en Brasil/Cono Sur.

América del Norte: **América del Norte:** La actividad de influenza y VRS en la región continúa con una tendencia descendente. La actividad de influenza ha disminuido a niveles interestacionales en México y Canadá, impulsada por una reducción en la circulación de influenza A(H1N1)pdm09. En México, la influenza A(H1N1)pdm09 (59.3%) sigue siendo el subtipo predominante, en co-circulación con influenza B (34.3%). En Canadá, continúa la co-circulación de influenza A y B. La actividad de VRS se está estabilizando tras un descenso sostenido en las SE recientes, probablemente alcanzando niveles interestacionales, con una tasa de positividad actual de 0.4%. La circulación de SARS-CoV-2 se mantiene estable en Canadá, con una tasa de

[28] 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

positividad de 2.5%. En México, la actividad se mantiene alta pero estable, con una tasa de positividad de 18.8%.

Caribe: La actividad de influenza, principalmente A(H1N1)pdm09, sigue siendo baja en casos de IRAG, mientras que se ha observado un aumento en los casos de ETI asociados a influenza y SARS-CoV-2. La circulación de VRS continúa a la baja.

Centroamérica: La actividad de influenza, con A(H1N1)pdm09 como subtipo predominante, aumentó en la última SE, con una tasa de positividad de 26.0%, asociada principalmente con un aumento en la detección de casos de ETI. La actividad de VRS continuó aumentando en comparación con las últimas 2 SE. La detección de SARS-CoV-2 se mantiene baja.

Países Andinos: La actividad de influenza disminuyó en comparación con la SE previa, pero mantiene una elevada tasa de positividad (15.7%), asociada principalmente a la circulación de influenza A(H1N1)pdm09. La circulación de VRS disminuyó a una tasa de positividad de 9.0%. La positividad de SARS-CoV-2 ha disminuido levemente respecto a la semana anterior, situándose en 2.4%.

Brasil y Cono Sur: La tendencia creciente de casos de ETI e IRAG se ha desacelerado en las últimas semanas. Los casos de ETI están principalmente asociados a influenza A(H1N1)pdm09. La circulación de VRS se ha mantenido estable en niveles bajos. En casos de IRAG, la detección de influenza muestra una tendencia descendente, al igual que los casos asociados a SARS-CoV-2 y VRS.

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 23 de 2025 se notificaron 435.029 casos de ETI, 59.317 casos de Neumonía y 34.029 casos de Bronquiolitis en menores de dos años. Las notificaciones de ETI y neumonía presentan tendencia ascendente desde SE11, ubicándose en niveles elevados en relación con años previos. Las notificaciones de ETI se encuentran en niveles de brote entre las SE12 y 17, mientras que en neumonía se puede observaron niveles de brote en las SE12 y 13.

VI.3.B. VIGILANCIA CENTINELA DE VIRUS RESPIRATORIOS PRIORIZADOS

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de influenza en ambulatorios, desde la SE12 se verifica una tendencia ascendente tanto del porcentaje de positividad como de las detecciones, con predominio de influenza A/H1N1. En este sentido, en la última semana (SE24/2025), la positividad en UMA para virus influenza alcanza el 43,21%.

- Para VSR, se registraron 15 casos positivos entre las 179 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 23 y 24). En las últimas semanas se verifica un ligero ascenso del porcentaje de positividad de VSR.

- 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 SE24/2025 no se registraron casos positivos para SARS COV 2 entre las 99 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave)

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE24 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 2.648 internaciones con diagnóstico de IRAG y 993 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.

- Las notificaciones de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), presentan un aumento sostenido desde la SE12, con un ascenso en las detecciones de virus influenza, principalmente influenza A/H1N1. Además, en las últimas semanas se registra un ascenso de las detecciones de VSR.

- En las últimas 4 semanas, entre 599 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 7 codetecciones de influenza y VSR, 132 detecciones de influenza, 5 casos de SARS-CoV-2 y 151 casos de VSR.[29]

VI.3.C. VIGILANCIA UNIVERSAL A TRAVÉS DE LA RED DE LABORATORIOS DE VIRUS RESPIRATORIOS

- Desde la SE11 se observa un ascenso sostenido en el número de casos de Influenza, con predominio de Influenza A (H1N1), con un total de 2.354 detecciones de Influenza en las últimas 2 SE (22 y 23). Además, durante el año en curso se verifica un adelanto en el ascenso de casos de influenza en relación a lo observado en años anteriores.
- Con respecto a VSR, se registra un aumento en el número de casos desde la SE12, con 514 detecciones en las últimas 2 SE (22 y 23).
- 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 23 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, con 205 detecciones en las últimas 2 SE (22 y 23).
- Durante la SE23/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, VSR, SARS-CoV-2, adenovirus, parainfluenza y metapneumovirus.

Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos

- Con respecto a las detecciones de influenza, desde SE 12 se registra un ascenso de los casos en personas internadas, con 1.235 detecciones en las últimas 2SE (23 y 24). En el año 2025 se registraron 59 fallecidos con este diagnóstico.

- En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados permanecen bajas, en relación al máximo alcanzado en 2024, aunque con un aumento desde la SE12. En las SE 23 y 24 se registraron 357 personas internadas con este diagnóstico.

[29] 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

- 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 24/2025 se registraron 41 casos positivos con este diagnóstico y 1 caso fallecido.

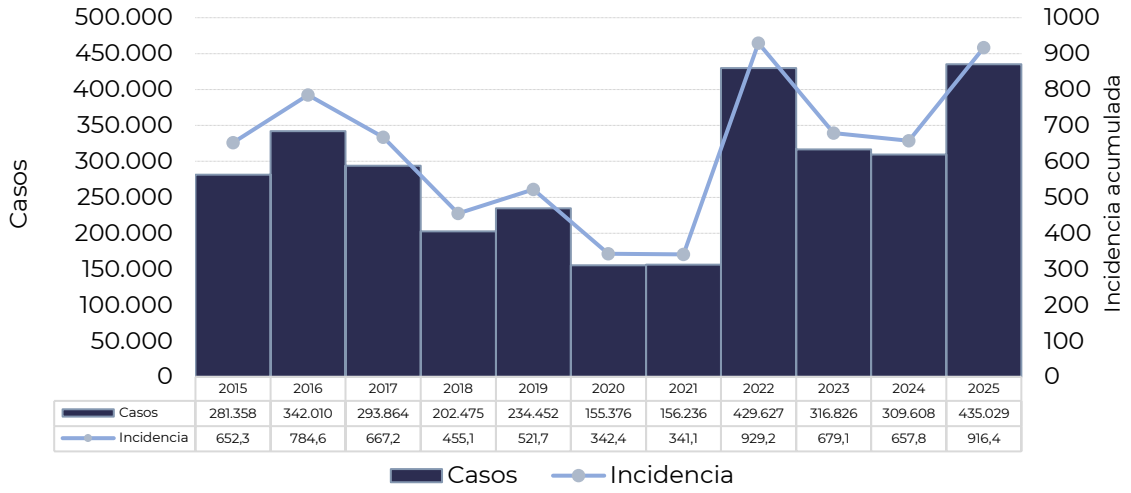
VI.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

Entre las SE 1 y 23 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 435.029 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 916,4 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registró durante 2022 (565.702 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. SE23. Argentina.

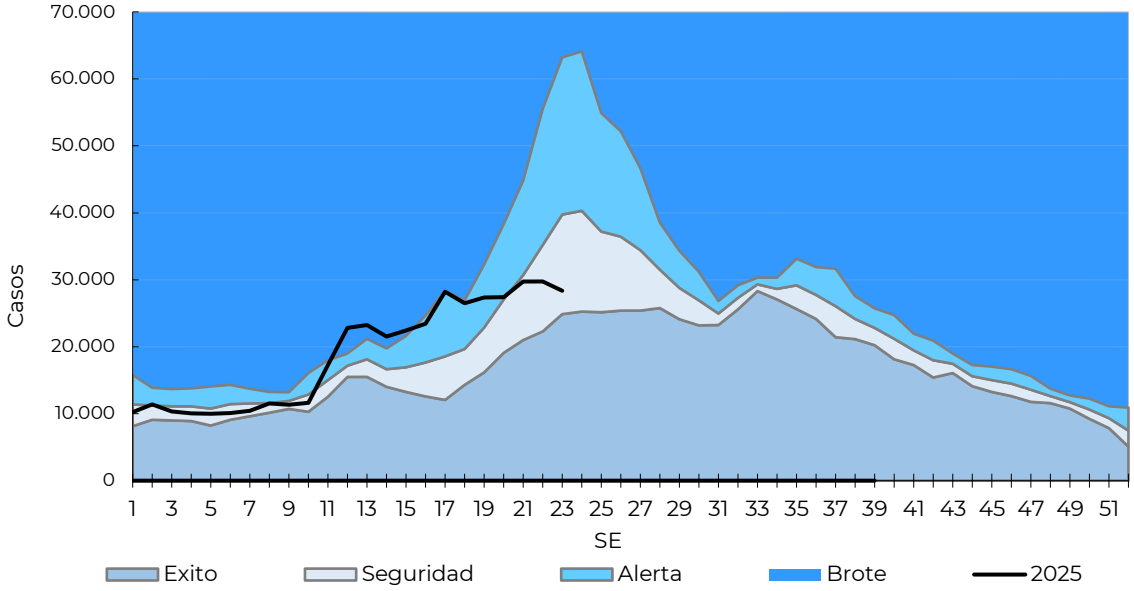


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	281.358	342.010	293.864	202.475	234.452	155.376	156.236	429.627	316.826	309.608	435.029
Incidencia	652,3	784,6	667,2	455,1	521,7	342,4	341,1	929,2	679,1	657,8	916,4

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

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 17, luego permaneciendo en niveles de alerta hasta la SE 20.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 23 de 2025[30]. Argentina.



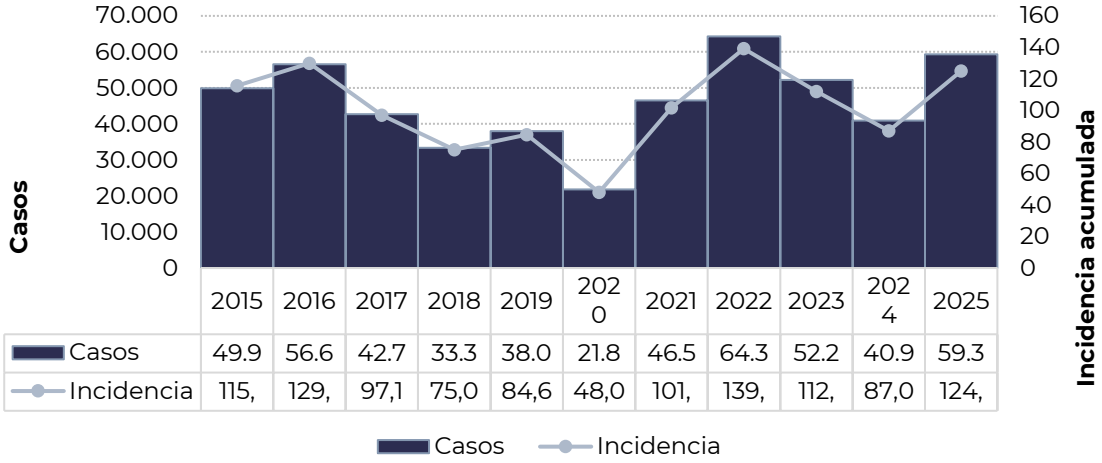
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

VI.4.B. NEUMONÍA

Hasta la SE23 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 59.317 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 124,9 casos/ 100.000 habitantes.

Entre 2015 y 2025, las notificaciones de neumonía mostraron el mayor número de casos en 2022. Las notificaciones presentan una disminución sostenida entre 2016 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. SE23. Argentina.

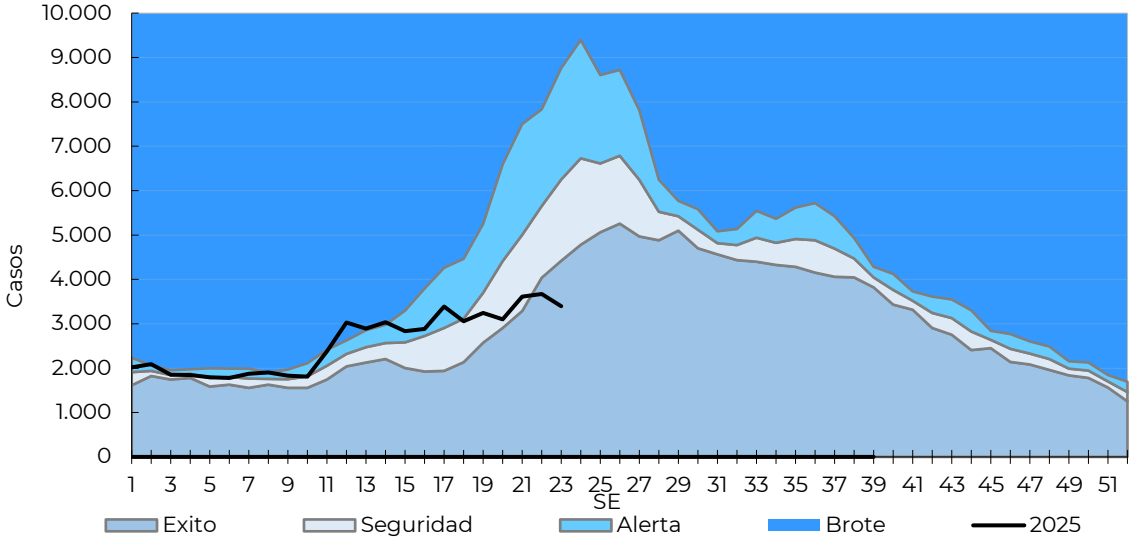


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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

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 en las SE12 y 13 y niveles de alerta hasta la SE 17

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 23 de 2025[31]. Argentina.



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

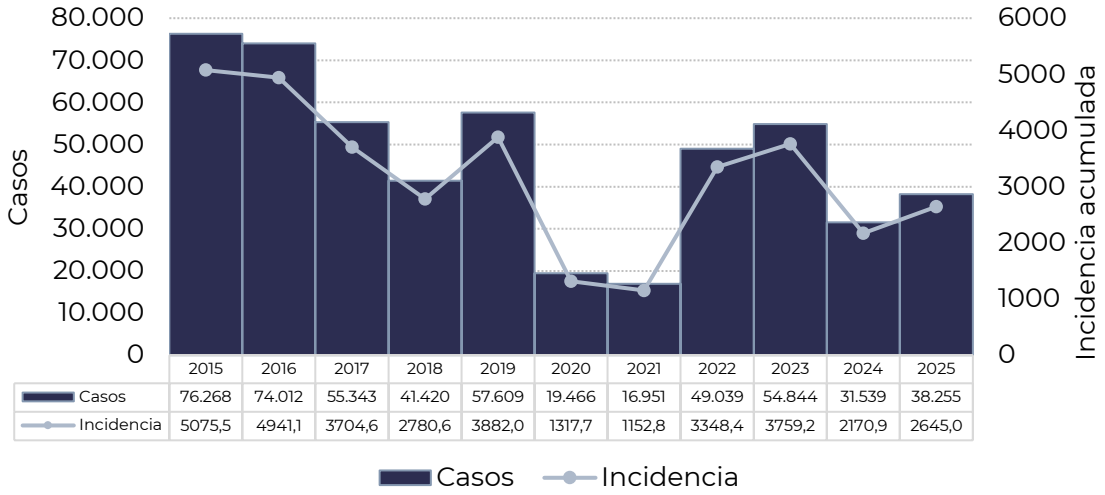
VI.4.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 23 semanas epidemiológicas de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 38.255 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 2645,0 casos/100.000 habitantes.

En relación a los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 23 alcanzaron su pico en 2016, seguido de un descenso en 2017 y 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 23 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.

[31] 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. SE23. Argentina.

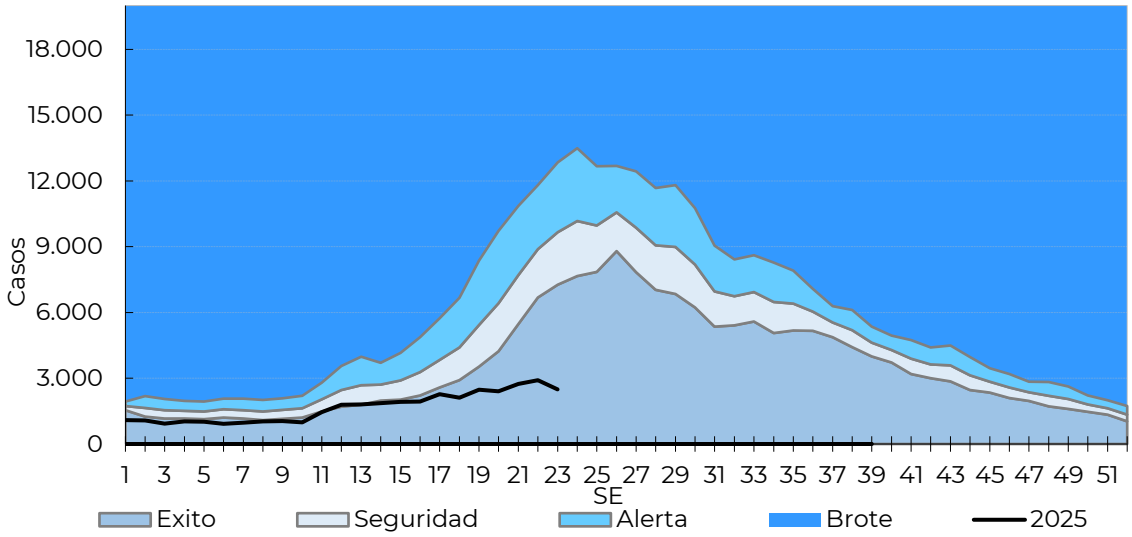


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	76.268	74.012	55.343	41.420	57.609	19.466	16.951	49.039	54.844	31.539	38.255
Incidencia	5075,5	4941,1	3704,6	2780,6	3882,0	1317,7	1152,8	3348,4	3759,2	2170,9	2645,0

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

En las 23 primeras semanas del año 2025, las notificaciones de bronquiolitis por semana se encontraron dentro de los límites esperados.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2015-2024. SE 1 a 23 de 2025[32]. Argentina.



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

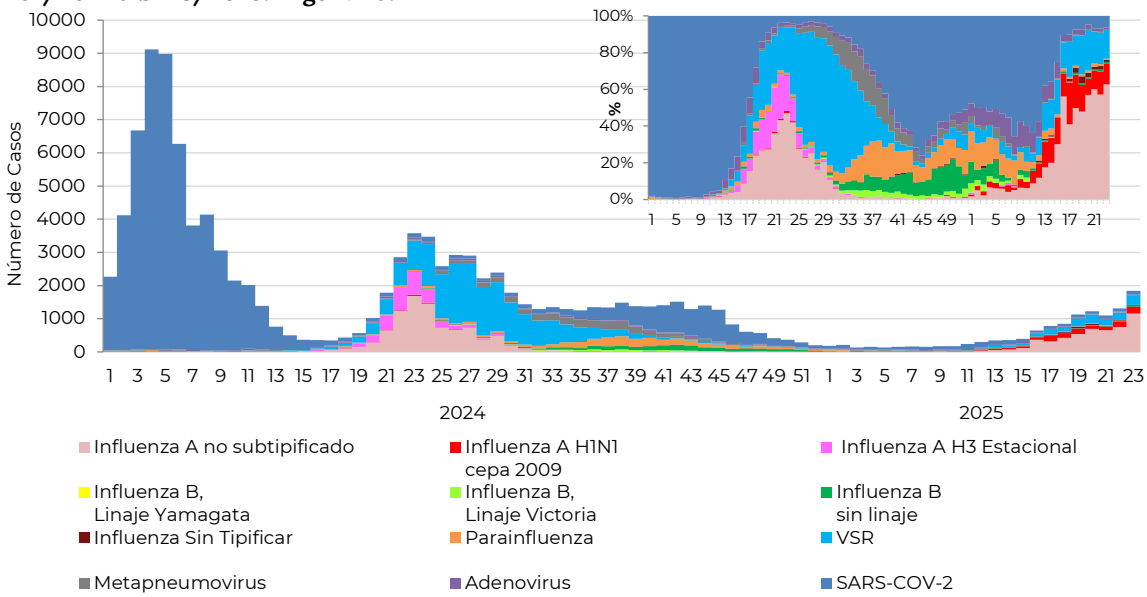
VI.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios

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

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

registrado en años anteriores. Además, en relación a VSR se registra un aumento en las detecciones a partir de SE12. Las detecciones de SARS-CoV-2 permanecen en niveles bajos.

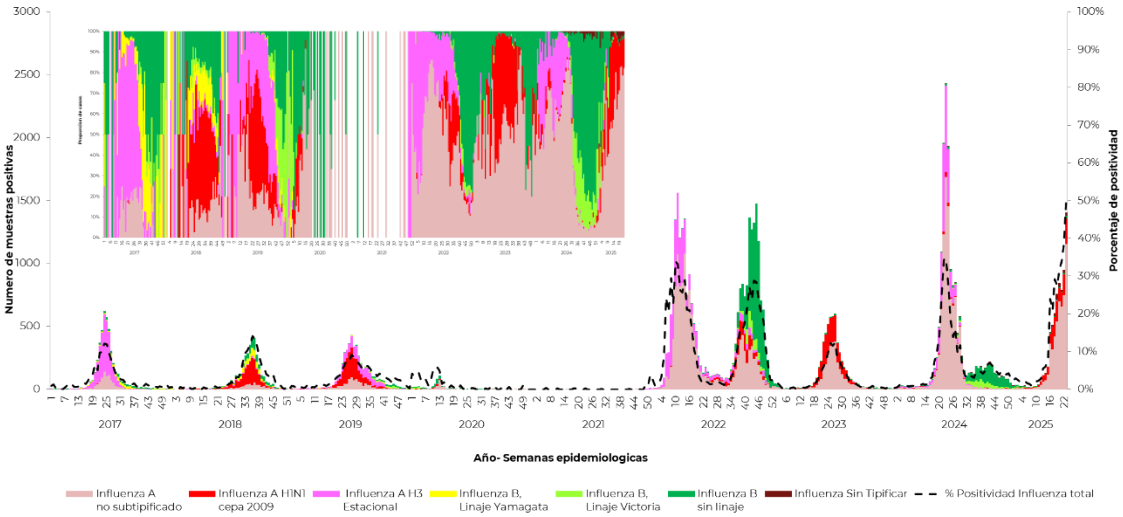
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE23/2025. Argentina.



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 (22 y 23) se notificaron un total de 2.354 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- SE23/2025. Argentina.



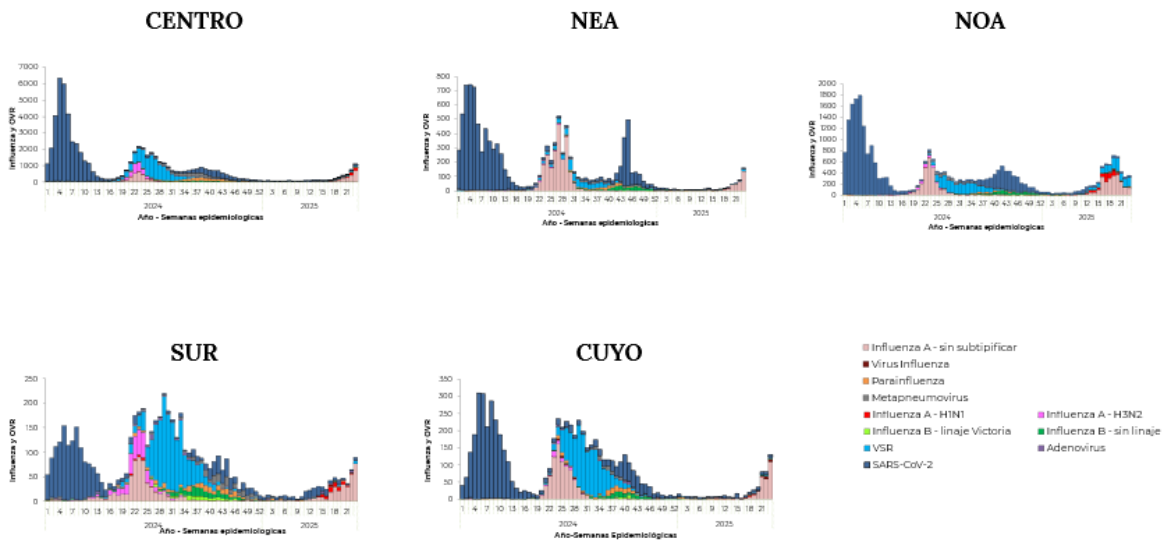
Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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 presenta 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 SE23/2025. Argentina.



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

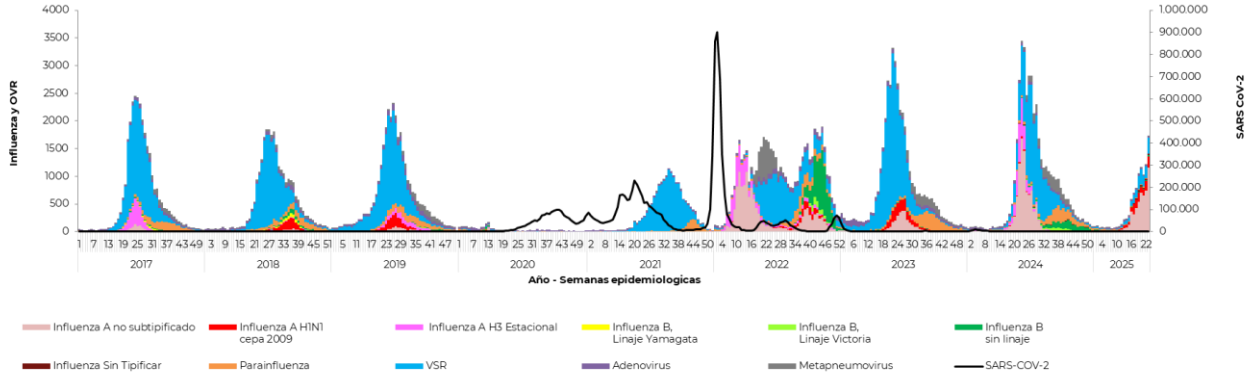
Además, en cuanto a SARS-CoV-2, durante 2024, aun cuando el número de casos por SE fue menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 80% de los casos entre las SE1 y SE12, con el mayor número de casos registrado entre las SE03 y SE06. 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 23 semanas de 2025 los casos se mantuvieron en valores bajos, con 205 detecciones en las últimas 2 SE (22 y 23).

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, si bien los casos permanecen en valores bajos, se registra un ascenso de las detecciones desde la SE12, con 514 detecciones en las últimas 2 SE (22 y 23).

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 23/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: Influenza, VSR, SARS-CoV-2, adenovirus, parainfluenza y metapneumovirus.

Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE23/2025. 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.

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

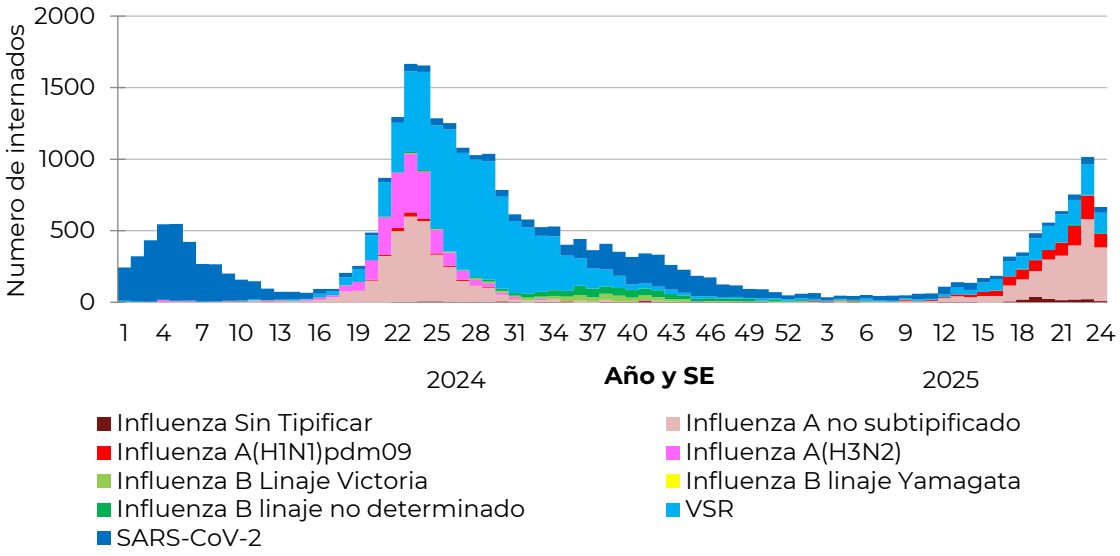
Entre SE01 y SE24 de 2025, se notificaron 803 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 79,7% menos casos**.** Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y valores estables en lo que va de 2025. Para la SE24/2025 se registraron 41 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, entre las SE1 y 24 de 2025 se registraron un total de 3.720 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12, se verifica un ascenso sostenido en los casos, con 483 detecciones de influenza en hospitalizados en la última SE.

Entre los 3.720 casos de influenza notificados durante 2025, se notificaron predominantemente detecciones de influenza A (n= 3.479), con menor detección de influenza B (n= 85). De los casos de influenza A, 899 cuentan con subtipificación, correspondiendo 889 a influenza A (H1N1) pdm09 y 10 a influenza A (H3N2). En relación a influenza B, 12 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. 156 casos de influenza permanecen a la fecha sin tipificar.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 1.561 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 (SE24/2025), se registran 143 casos de VSR en hospitalizados.

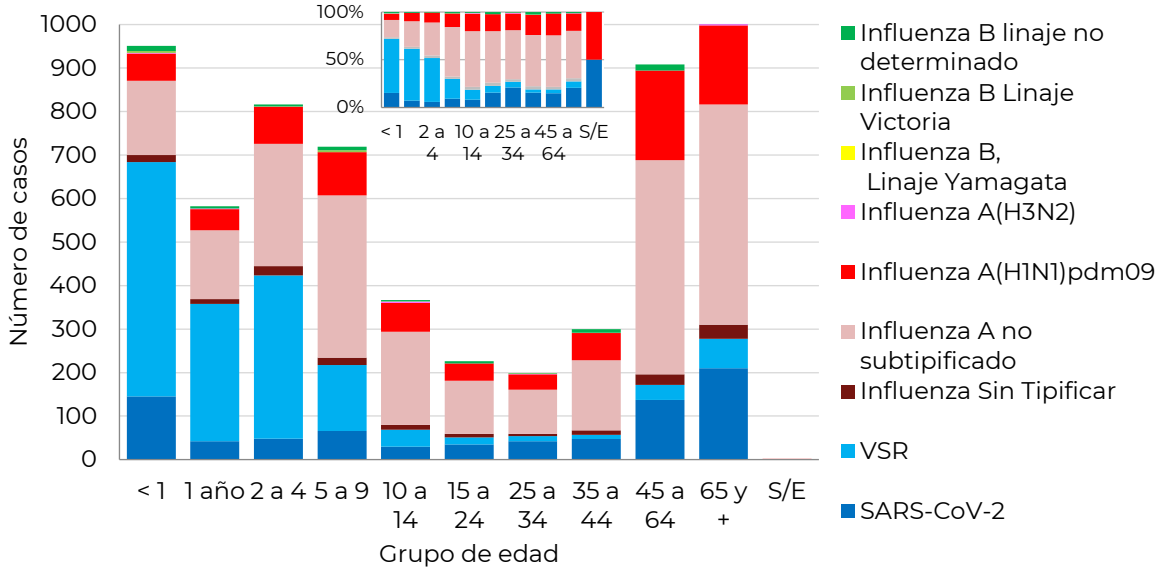
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE24/2025. Argentina.



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 SE24/2025, 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 SE24/2025.



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

A la fecha de elaboración de este informe, en lo que va de 2025, se registran 59 fallecidos con diagnóstico de influenza [33] . Respecto a SARS-CoV-2, se registra 1 fallecimiento 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 [34]

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**

[33] 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.
[34] 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.

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

VII.1. Introducción

VII.1.A. ANTECEDENTES

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

A partir de ese momento se tomaron acciones de investigación y control y en virtud de estos datos el 8 de mayo ANMAT emite un alerta[35] sobre el uso de un lote de fentanilo, indicando que NO deberá utilizarse en todo el territorio nacional el producto: "FENTANILO HLB / FENTANILO (CITRATO), concentración 0,05 mg/ml, en la forma farmacéutica solución inyectable, lote 31202,vto. SEP-26, presentación por 100 ampollas por 5 ml, Certificado N°53.100" por encontrarse en investigación por desvío de calidad.

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

El 13 de mayo se publicó en el Boletín Oficial la Disposición N°3156/25 de la ANMAT, por la cual se prohibió el uso, la comercialización y la distribución en todo el territorio nacional del producto[36]. 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

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

[36] 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

de Buenos y que fueron remitidas al Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS para su confirmación y caracterización.

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

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

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

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

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

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

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

ese establecimiento). Los casos descartados, no asociados al brote, son los que habiendo cumplido la definición de sospechoso se haya establecido que los aislamientos no tienen relación molecular o genómica con los patógenos asociados al brote.

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

VII.2. Situación epidemiológica

Desde el Alerta emitido el 08 de mayo y hasta el 19 de junio 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 39 casos asociados al brote y otras 37 notificaciones de casos sospechosos de los mismos establecimientos, se consideran asociados por nexo epidemiológico, totalizando 76 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 19/06/2025. N=98

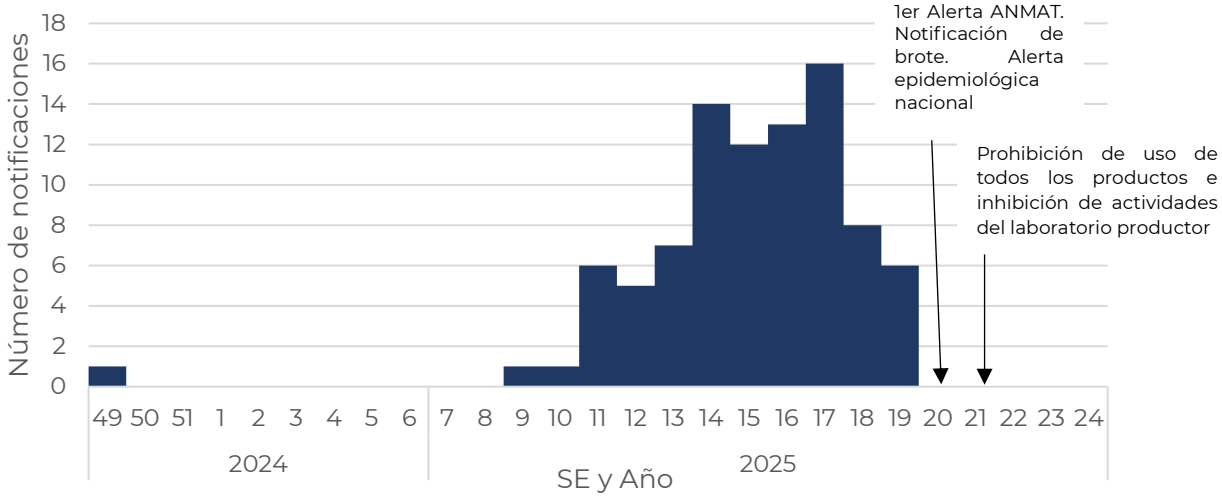
Establecimientos Jurisdicción	Total casos asociados por LNR o Nexo	Sospechosos	No asociados o invalidados	Total notificaciones	Focos confirmados
EPBA01	18			18	SI
EPBA02	1			1	SI
EPBA03		1		1	En investigación
EPBA04			1	1	DESCARTADO
EPBA05			1	1	DESCARTADO
EPBA06		1		1	En investigación
EPBA07		1		1	En investigación
EPBA08		2		2	En investigación
Buenos Aires	19	5	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	16		3	19	SI
ESF04		4		4	En investigación
ESF05		5	1	6	En investigación
ESF06	3			3	SI
ESF07	1			1	SI
ESF08	1		1	2	SI
ESF09	13			13	SI
Santa Fe	55	9	5	69	7
Total general	**76**	**14**	**8**	**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

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 esta semana con fecha 2/12/2024. Todos los casos notificados a partir de la alerta epidemiológica fueron identificados de forma retrospectiva, no registrándose nuevas notificaciones ocurridos luego de dicha alerta.

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

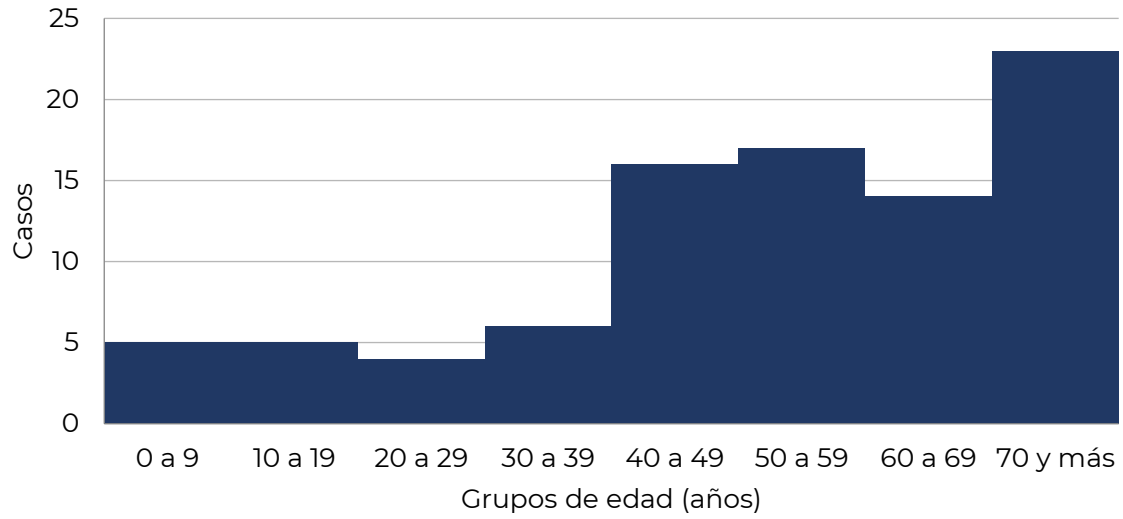
Gráfico 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: Distribución de casos asociados por LNR o nexo y sospechosos por SE y medidas sanitarias según semana epidemiológica. Argentina. Hasta el 19/06/2025. N=90*.



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 nexo y sospechosos según grupo de edad. Argentina. Hasta el 19/06/2025. N=90*.



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 60 años). En 8 de los 11 establecimientos que registraron casos fallecidos ya se ha confirmado un foco del brote (al menos un caso en el que se pudo confirmar la asociación al brote por parte del LNR), estando el restante en estudio.

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

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

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

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

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

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

Evaluación del desempeño de dos plataformas MALDITOF EM por el LNR

Especie	Plataforma	Identificación	Observaciones
K. variicola	Biotyper v 13.0[37]	*Klebsiella variicola*	*K. variicola* con score > 2.00 y 10% de divergencia entre especies
	Vitek-MS Prime IVD[38]	*Klebsiella pneumoniae* 50%/*K. variicola* 50%	El grupo de especies se muestra como un resultado de baja discriminación.
K. pneumoniae	Biotyper V 13.0	*Klebsiella pneumoniae*	*K. pneumoniae* con score > 2.00 y 10% de divergencia entre especies
	Vitek-MS Prime IVD	*Klebsiella pneumoniae* 99.9%	Alto nivel de confianza

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

[37] La versión 13.0 está disponible en Microbenet
[38] Knowledge base IVD 3.3

VII.4. Vigilancia epidemiológica

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

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

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

Grupo de evento: Otros eventos de importancia para la salud pública; o Brotes asociados a fármacos[39]

Evento: Infección por Exposición a Medicamento Contaminado.

VII.4.B. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

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

VII.4.C. DEFINICIONES DE CASO

Caso sospechoso:

Toda persona que:

1. Haya recibido FENTANILO HLB / FENTANILO (CITRATO) entre noviembre de 2024 y el 15 de mayo de 2025[40] y que presente, con posterioridad a la administración:
2. diagnóstico de enfermedad invasiva (bacteriemia, meningitis, abscesos en sitio de punción, entre otros.) por
    - *Ralstonia spp* y/o
    - *Klebsiella pneumoniae* (Kpn) metalobetalactamasa (MBL) no betalactamasa de espectro extendido (BLEE); y/ **ó**
    - *Klebsiella variicola* (Kva) productora de metalobetalactamasa (MBL) y betalactamasa de espectro extendido (BLEE).

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

Caso de *Ralstonia mannitolilytica* con confirmación de asociación al brote: caso sospechoso con aislamiento de *Ralstonia spp.* en el que el Laboratorio Nacional de Referencia demostró la

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

[40] 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.

asociación del patógeno detectado en el brote o con nexo epidemiológico con casos o fuentes confirmadas en la institución.

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

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

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

Ficha de notificación en el siguiente link:

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

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS

VIII. Coqueluche - Actualización Informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

La tos convulsa, tos ferina o coqueluche es una enfermedad respiratoria aguda prevenible por vacunación, que puede afectar a personas de todas las edades, aunque presenta mayores tasas de morbilidad y mortalidad en lactantes y niños pequeños. Los adolescentes y adultos jóvenes pueden presentar la enfermedad de forma leve, atípica e inclusive con las manifestaciones clásicas, y representan una fuente importante de transmisión hacia los menores. Dado su alto grado de contagiosidad —especialmente en contextos de contacto estrecho y prolongado como el hogar, jardines maternales, jardines de infantes o escuelas—, resulta fundamental el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar la propagación entre personas susceptibles.

El principal agente etiológico es *B. pertussis*, y en menor grado, *B. parapertussis*. Existen vacunas seguras y efectivas disponibles actualmente, que solo protegen contra *B. pertussis*.

En Argentina, además de la vacunación a los 2, 4, 6, 15-18 meses y a los 5 años con componente pertussis, desde 2009 se inició la vacunación a los 11 años con el objeto de disminuir los reservorios en adolescentes. En el año 2012 se recomendó la vacunación contra tos convulsa para embarazadas a partir de la semana 20 de gestación y se incorporó esta indicación al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) en el año 2013 con el propósito de lograr el pasaje transplacentario de anticuerpos para proteger al lactante durante los primeros meses de vida contra la tos convulsa, y de esta manera disminuir la morbi-mortalidad por coqueluche en lactantes pequeños. Las recomendaciones actuales de vacunación contra tos convulsa durante el embarazo es vacunar con dTpa (triple bacteriana acelular) luego de la semana 20 de gestación, en cada embarazo, independientemente de la edad, antecedente de vacunación con dTpa u otras vacunas con componente antitetánico y del tiempo transcurrido desde el embarazo anterior.

La introducción de las vacunas antipertussis ha contribuido a la disminución de la incidencia global de la enfermedad. En este contexto, la vigilancia epidemiológica de coqueluche cumple un rol clave al permitir evaluar el impacto de la vacunación, monitorear tendencias nacionales, identificar poblaciones en riesgo y orientar estrategias de prevención y control.

Desde el punto de vista clínico, coqueluche se desarrolla en tres fases (catarral, paroxística y de convalecencia), con formas clínicas que pueden variar desde leves hasta graves, especialmente en lactantes menores de seis meses. La enfermedad presenta un patrón cíclico con picos epidémicos cada 3 a 5 años.

VIII.2. Situación Internacional

El 31 de mayo la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió una alerta epidemiológica ante el aumento de casos de coqueluche en varios países de la región de las Américas [41]. Este

[41] Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Aumento de tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas. 31 de mayo del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-aumento-tos-ferina-coqueluche-region-americas-31-mayo-2025

incremento se produce en un contexto de disminución sostenida de las coberturas de vacunación, con un descenso profundizado durante la pandemia de COVID-19.

A nivel mundial, durante la década de 2010 a 2019, se notificaron en promedio 170.000 casos anuales de coqueluche. Luego, durante la pandemia, los casos disminuyeron significativamente, alcanzando un mínimo histórico en 2021 con 29.623 casos. Posteriormente, se observó un aumento en 2022 y 2023, con 63.024 y 158.910 casos respectivamente.[42]

Con respecto a la situación de la región de las Américas, desde 2013 en adelante se registra una disminución progresiva de los casos notificados anualmente, con el menor número de casos notificados en 2022 (3.283 casos) y un posterior ascenso en 2023 (4139 casos). Durante el año 2024 se registra de manera provisional un aumento en el número de casos respecto a los años previos, con un total de 43.751 casos en la región. Además, en 2025 los sistemas de vigilancia de varios países de la región —Brasil, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, México, Paraguay y Perú— han reportado un aumento de casos de tos ferina.

Durante la pandemia de COVID-19, se registró un importante descenso en las coberturas de coberturas para DPT1 y DPT3, alcanzando para 2021 en la Región de las Américas el nivel más bajo de cobertura en dos décadas. Sin embargo, en 2023 se observó una recuperación parcial de coberturas, aunque persisten marcadas desigualdades tanto entre los distintos países como dentro de ellos, a nivel subnacional. Particularmente, cuatro de los siete países en los que se reportó aumento de los casos de coqueluche—Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú— evidencian una disminución en la cobertura de DTP3 en el último año con datos disponibles.

Ante esta situación, la OPS recomienda a los países fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica, garantizar la detección temprana de casos y asegurar altas coberturas de vacunación, especialmente en niños menores de 1 año.

VIII.3. Nota Metodológica

Para el presente informe se analizó la información registrada en el Sistema Nacional de Vigilancia (SNVS2.0) al 15/06/2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 de 2019 a la SE 24 de 2025, en el evento “Coqueluche”. Se excluyeron casos invalidados por epidemiología y duplicados.

Se definieron como casos confirmados de coqueluche aquellos en los que se consignó la detección de *B. pertussis*, *B.parapertussis* por cultivo o PCR, IgG anti toxina pertussis positiva (específica para para *B. pertussis*) o bien la detección de Bordetella sp. por PCR, sin identificación de especie. También se consideraron confirmados para coqueluche aquellos casos clasificados como tales en clasificación manual, sin resultado de laboratorio.

En relación a los casos probables (a partir de la clasificación manual y sin confirmación de laboratorio), se observó que su curva sigue tendencia de notificaciones del evento, sin corresponderse con la curva epidémica de casos confirmados. Es por esto que se definió incluir a estos casos probables en el grupo de "casos con sospecha de coqueluche".

Para el parámetro temporal, se analizan los casos según la variable “Fecha Mínima del Caso”, construida a partir de la selección de datos en el siguiente orden jerárquico: “Fecha de Inicio de Síntomas”, “Fecha de consulta”, “Fecha de toma de muestra” o “Fecha de notificación del caso”.

[42] Organización Mundial de la Salud. The Global Health Observatory, Pertussis - number of reported cases. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/pertussis-number-of-reported-cases

Para la jurisdicción de asignación del caso, se consideró la provincia de residencia o, en caso de no disponer del mismo, la jurisdicción del establecimiento notificador.

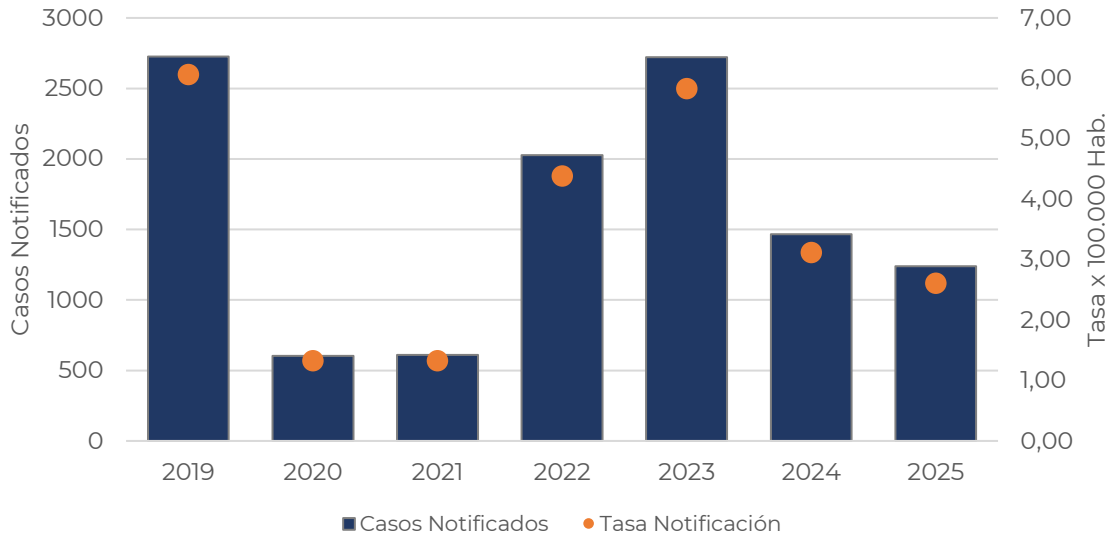
Las tasas de notificación fueron calculadas utilizando las proyecciones poblacionales publicadas por INDEC, a partir de datos del Censo de Población, Hogares y Viviendas del año 2010.

VIII.4. Situación Epidemiológica Actual de Coqueluche en Argentina

Entre la SE1 y 24 de 2025, se registraron un total de 1.239 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales se confirmaron 126. En 104 de los casos confirmados se registró la confirmación de laboratorio[43], con identificación en un 94,9% (n=98) de *B. pertussis*, 5 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella sp.*) y 1 caso corresponde a *B. parapertussis*.

En relación a las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche, durante las SE1 a SE24, el año 2025 presenta una tasa ligeramente más baja a la registrada en el mismo período de 2024. En comparación, en el mismo periodo de los años 2019, 2022, 2023 y 2024 se registró un mayor número de notificaciones, mientras que en 2020 y 2021, se registra el menor número de notificaciones en esas SE.

Gráfico 1: Notificaciones y Tasa de notificación de casos sospechosos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. SE 1-24, años 2019-2025. Argentina.



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

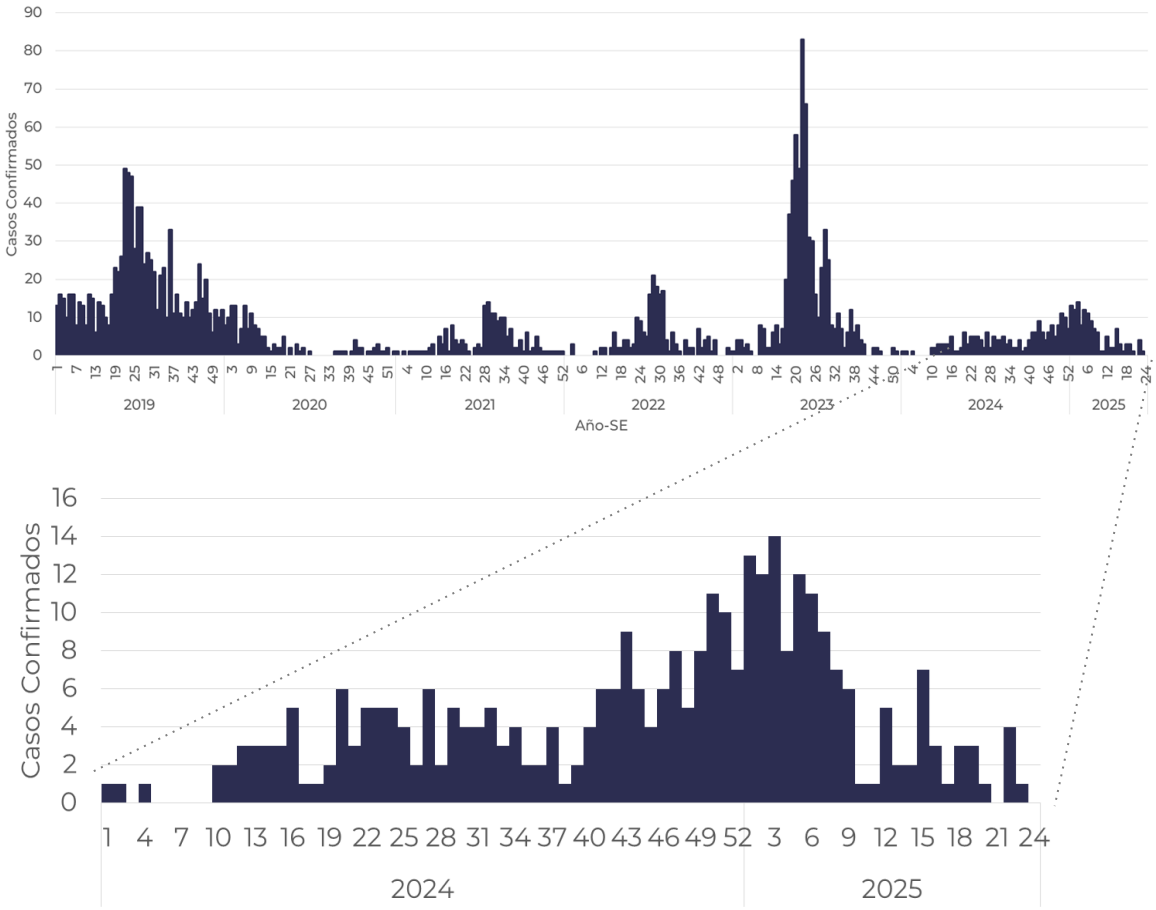
Las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche durante 2025 corresponden principalmente a establecimientos de Salta (n=408), CABA (n=227) y Córdoba (n=216), seguidos de establecimientos de la provincia de Buenos Aires (n= 143), Mendoza (n= 102), Santa Fe (n=85). En otras provincias se registraron 15 casos sospechosos o menos, mientras que en 5 de las 24 jurisdicciones no se registró ninguna notificación en el evento hasta la SE24 de 2025[44].

[43] Los restantes casos confirmados no cuentan con información de estudios de laboratorio en SNVS2.0. Estos casos, se contabilizan como confirmados de acuerdo a la clasificación manual del caso, y no es posible definir si se trata de casos confirmados por laboratorio o bien de acuerdo a criterio clínico-epidemiológico

[44] Las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche según jurisdicción se analizan de acuerdo a la variable "Establecimiento de Carga" y "Provincia de Carga".

En cuanto a los casos confirmados, se identifica un ligero ascenso de los casos de coqueluche a partir de la SE43/2024, que alcanzó su máximo en SE3/2025, con descenso posterior. Asimismo, los casos de coqueluche registrados entre SE1 y 24 de 2025 superan las confirmaciones para el mismo periodo de los años 2021, 2022 y 2024, con una incidencia acumulada de 0,27 casos cada 100.000 habitantes en lo que va del año[45].

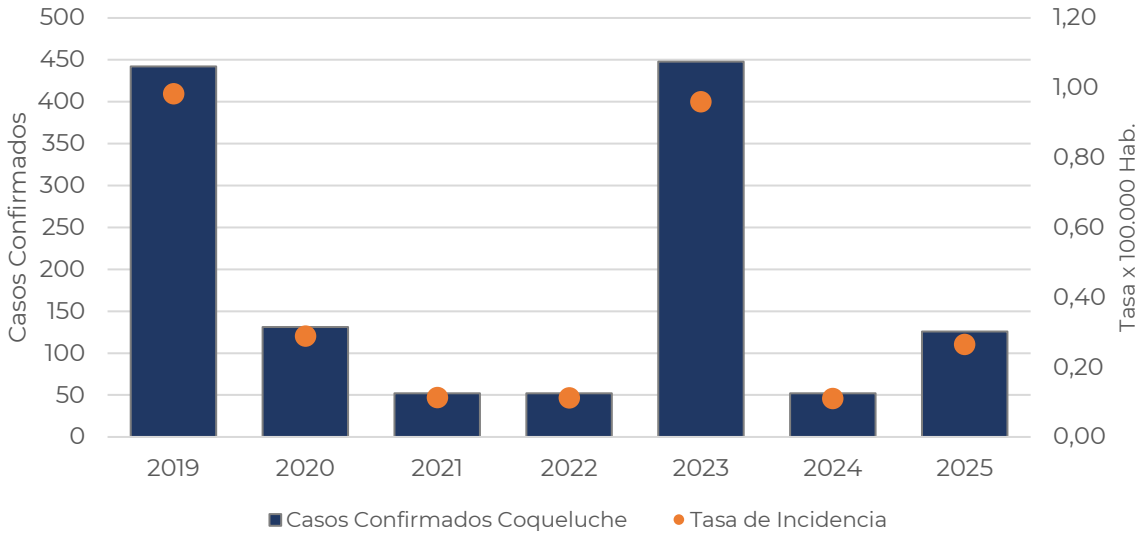
Gráfico 2: Curva epidémica de casos confirmados de coqueluche. Argentina. SE1/2019 a SE21/2025 (detalle SE1/2024 a SE24/2025). (El 2° grafico es un aumento del periodo 2024-2025).



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

[45] En el año 2023, se registró el mayor número de casos con sospecha y confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de B. pertussis, sin registrarse el mismo patrón en el resto del país.

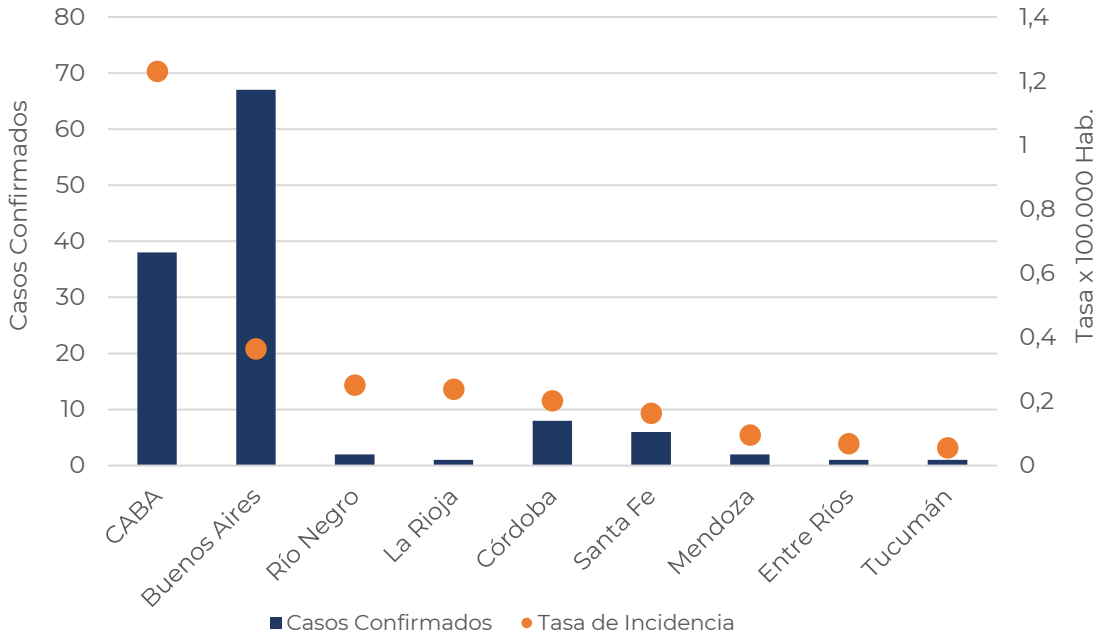
Gráfico 3: Casos confirmados y Tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. SE 1-24, años 2019-2025. Argentina.



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

Los casos confirmados se registraron en 9 jurisdicciones, principalmente en la Región Centro del país. La mayor tasa de incidencia acumulada durante 2025 corresponde a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mientras que el mayor número de casos corresponde a la provincia de Buenos Aires.

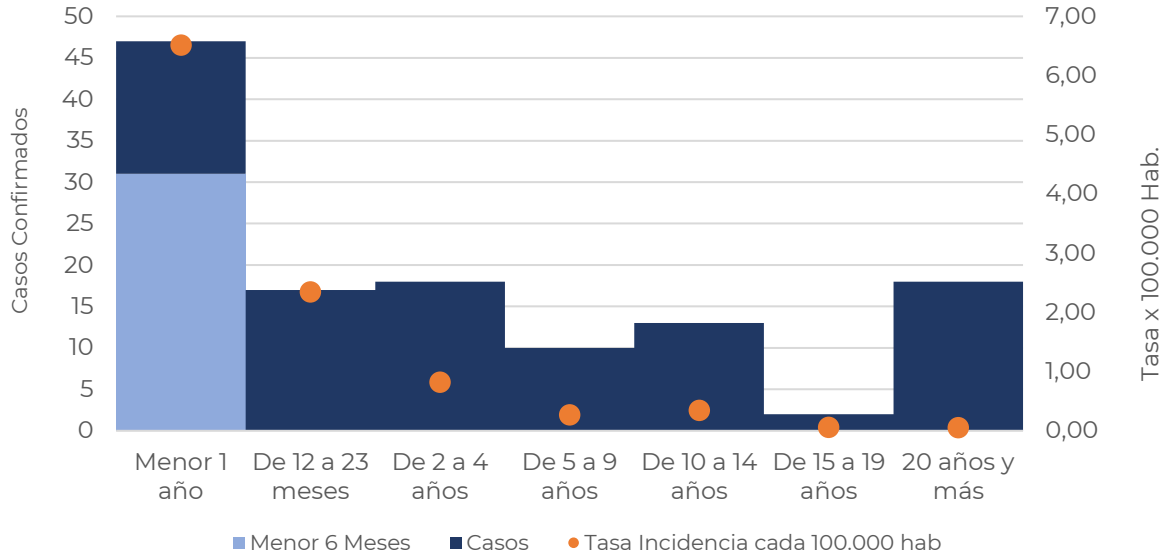
Gráfico 4: Casos confirmados y Tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. SE 1-24, 2025.



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

Las mayores incidencias acumuladas se observan en el grupo de 0 a 5 años, particularmente en menores de 1 año. Este grupo concentra el 37,6% de los casos confirmados en 2025 (n=47), predominantemente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=31).

Gráfico 5: Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por grupos de edad. SE 1-24, 2025.



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

En relación a la gravedad de la enfermedad, entre las SE1 y 25 de 2025, se notificó el fallecimiento de 1 caso confirmado con detección de *B. pertussis*, menor de 6 meses.

VIII.5. Coberturas de Vacunación

Como fuera referido anteriormente, existen vacunas seguras y efectivas para prevenir la infección por *Bordetella pertussis*. Sin embargo, se registra a nivel mundial, regional y nacional un descenso progresivo de las coberturas que redunda en una acumulación de personas susceptibles a contraer la enfermedad. Por este motivo, es necesario realizar un análisis sobre las características que asumen actualmente las coberturas de vacunación para definir las mejores acciones específicas de recupero.

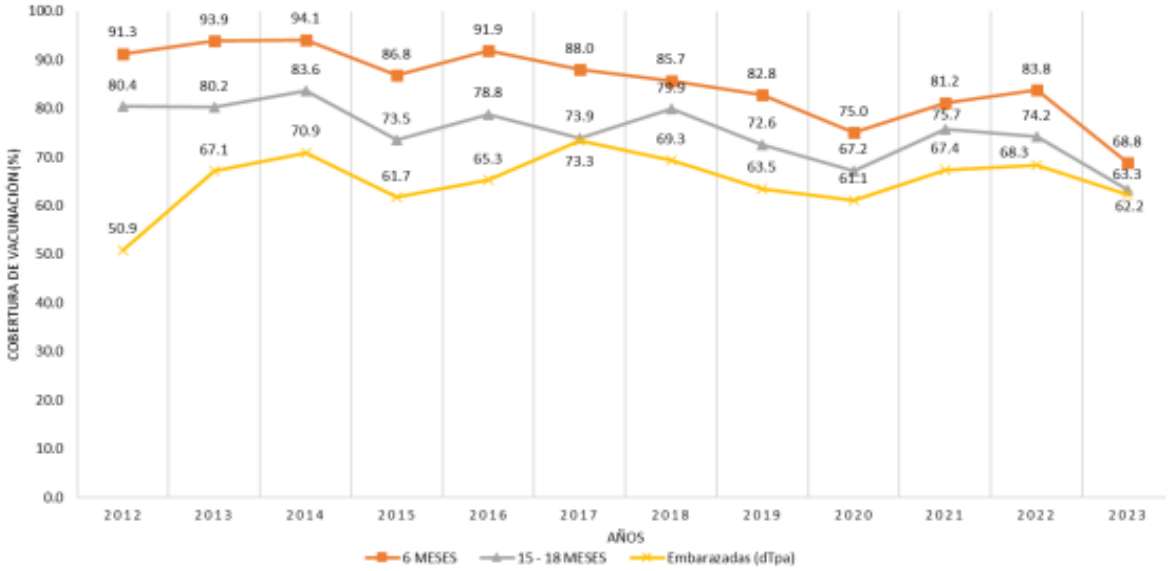
El gráfico analiza las coberturas de vacunación para tres grupos objetivo en el período 2012 - 2023:

I. lactantes de 6 meses (vacunados con tercera dosis de quíntuple o pentavalente)

II. niños de 15-18 meses (vacunados con primer refuerzo de quíntuple o pentavalente)

III. embarazadas (vacunadas con dTpa — triple bacteriana acelular para embarazadas)

Gráfico 6. Coberturas de vacunación con componente pertussis. Periodo 2012 – 2023. Argentina.



Fuente: elaboración por la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Entre 2012 y 2016, las coberturas de vacunación en lactantes de 6 meses y en niños de 15-18 meses se mantuvieron en niveles cercanos al 90% y el 80% respectivamente, mientras que las embarazadas mostraban coberturas más bajas, pero en ascenso, acercándose al 70%. Sin embargo, a partir de 2017 comienza a observarse una tendencia de descenso progresivo en todos los grupos, con un quiebre más abrupto en 2020, coincidiendo con el inicio de la pandemia de COVID-19 y, probablemente asociado con las medidas de aislamiento social.

En el caso de los lactantes de 6 meses, luego de 2020 se observó un aumento de 6,2 puntos porcentuales en 2021 y 2,6 puntos porcentuales en 2022 para la tercera dosis de vacuna quíntuple. Sin embargo, se registró una fuerte caída en 2023 alcanzando el valor más bajo de toda la serie (68,8%) implicando un descenso de más de 20 puntos porcentuales respecto de los valores de 2012.

Para el caso del primer refuerzo de quíntuple, se presentó una caída de 5,4 puntos porcentuales en el primer año de la pandemia (2020), pero en 2021 se registró una franca recuperación que permitió alcanzar una cobertura de 75,7%, significando 3,1 puntos por encima de los valores de 2019. Sin embargo, esta tendencia en ascenso se detuvo y en 2023 la cobertura nacional mostró una caída de 12,4 puntos porcentuales respecto a 2021, alcanzando valores mínimos en los últimos 12 años (63,3%).

Por su parte, las embarazadas, que nunca alcanzaron coberturas óptimas de vacunación, muestran fuertes fluctuaciones a lo largo del período, con caídas importantes post-pandemia, llegando a 62,2% en el último año analizado.

Las coberturas preliminares de 2024 al 28/05/2025, son:

- 1º dosis de Quíntuple (DTP/HB +Hib) (2 meses): 81%
- 2º dosis de Quíntuple (4 meses): 80%
- 3º dosis Quíntuple (DTP/HB +Hib) (6 meses): 75,5%
- Ref Quíntuple (DTP/HB +Hib) (15 -18 meses): 67%
- Ref DTP (5 años): 46%
- Ref dTpa (11 años): 54%
- Embarazadas dTpa: 70%

Estas tendencias reflejan una disminución sostenida de las coberturas vacunales alcanzando niveles entre el 60 y el 80% en los grupos de mayor vulnerabilidad, con posibles implicancias en la pérdida de la inmunidad individual y colectiva y el aumento del riesgo de brotes de enfermedades prevenibles por vacunas.

Para realizar un análisis completo de la situación de las coberturas de vacunación, es necesario hacer referencia a que el descenso observado de coberturas es global (para todas las vacunas en todos los grupos etarios) y multicausal, y se acentuó con posterioridad a la pandemia de COVID-19.

Entre las variables que es necesario evaluar se encuentran la falta de percepción de riesgo por parte de personal de salud y de la comunidad en general la presencia de falsas contraindicaciones, las oportunidades perdidas de vacunación, la presencia de grupos antivacunas, la reticencia, las *fake news* o noticias falsas, las dificultades en producción y suministro de los insumos, la rotación del personal de salud, la insuficiente estrategia de comunicación, etc.

Sin embargo, otro de los factores a tener en cuenta es el sistema de registro y las posibles diferencias entre la cobertura administrativa y la real. Por este motivo, se avanzó con un análisis sobre el cambio en la manera de registrar que se realizó en 2023: a diferencia de años anteriores, donde la fuente de información era combinada entre registros agrupados numéricos y registros nominales, durante el año 2023 se comenzó a utilizar como única fuente datos para el cálculo de coberturas, lo informado en el Registro Nominal de Vacunación electrónico (RNVe). De esta manera se sostuvo y fortaleció el cálculo de coberturas de calendario nacional, siendo la fuente de información los datos cargados de manera nominal únicamente.

La implementación del RNVe permite sistematizar las bases de datos y el circuito de información para el cálculo de las coberturas de vacunación, con la implementación de un modelo de gestión informatizada a través de un registro nominalizado que brinda a todos los niveles sanitarios la posibilidad de contar con datos actualizados, consistentes y confiables para la toma de decisiones. Esto implica un gran salto de calidad en la gestión de datos.

Sin embargo, cabe destacar que la adecuación de los sistemas de RNVe con la inclusión de todas las vacunas del calendario nacional, implicó cierto atraso en la carga (dada la complejidad y extensión del CNV) y diferencias con algunos sistemas provinciales por lo que es posible que existan registros de dosis aplicadas que aún no hubieran impactado en el sistema nacional para la publicación de las coberturas del año 2023.

Además, también existe un universo de personas vacunadas que no han sido registradas en ningún sistema (ya sea provincial, nacional, institucional, del subsector público o privado).

Estas dos últimas consideraciones implican que existe a la fecha subregistro de dosis aplicadas. Por este motivo, se trabaja diariamente en la mejora de los sistemas de registro tanto del nivel jurisdiccional como desde el nivel nacional a través del apoyo a las jurisdicciones y de la implementación de nuevas y mejores tecnologías con el objetivo de contar con datos de mayor calidad para apoyar la toma de decisiones en materia de política de inmunizaciones.

Además del cambio realizado en 2023 para el cálculo de las coberturas a partir de la consideración únicamente de los registros nominales; en 2024, y en consenso con las 24 jurisdicciones, se definió considerar para la planificación de dosis a administrar a las personas de 5 y 11 años y para el cálculo de coberturas a partir de la evaluación de las dosis aplicadas y registradas, la cohorte de nacimiento en lugar del ingreso escolar o la adolescencia respectivamente.

Esto significó una simplificación en ambos procesos (planificación y cálculo de coberturas) y permite evaluar actualmente la cobertura de vacunación "oportuna" es decir las dosis aplicadas a los 5 y 11 años únicamente y la cobertura "extendida" o "ampliada" es decir a la misma cohorte de nacimiento a los 6 y 12 años respectivamente. Este análisis permitió observar que, si bien las coberturas oportunas son más bajas que lo observado en años anteriores, si se evalúa como siguió vacunándose esa cohorte de nacimiento más allá de los 5 y 11 años respectivamente, se alcanzó a un mayor número de la población objetivo de manera atrasada.

Luego del análisis histórico de coberturas de vacunación, incluidos los últimos cambios realizados para su cálculo, es necesario trabajar de manera integrada y articulada entre los diferentes niveles y con participación de representantes de todos los actores involucrados para revertir la tendencia sostenida y progresiva de disminución de las coberturas contra *Bordetella pertussis*. Esta caída compromete la inmunidad colectiva, expone a los grupos más vulnerables especialmente lactantes pequeños y embarazadas, y aumenta el riesgo de reemergencia de formas graves de la enfermedad. La recuperación de las coberturas requiere de estrategias sostenidas, focalizadas y sensibles al contexto, que garanticen el acceso efectivo a la vacunación, mejoren los registros nominales y fortalezcan la confianza de la población en las vacunas. La respuesta debe ser proactiva, coordinada y basada en evidencia, con el compromiso del sistema de salud en su conjunto, para preservar los logros alcanzados y evitar retrocesos que comprometan la salud de las personas.

VIII.6. Recomendaciones

Frente al aumento de casos de coqueluche registrado a nivel global y regional, se insta a los equipos de salud de todo el país a fortalecer el monitoreo, el diagnóstico precoz y las medidas de prevención y control de la enfermedad, con especial énfasis en la vacunación.

VIII.6.A. RECOMENDACIONES PARA LOS EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Prevención y promoción de la vacunación

- Realizar campañas de sensibilización para informar sobre la importancia de la vacunación según Calendario Nacional de Vacunación.

-Promover la vacunación de todas las vacunas con componente Pertussis (DTP y dTpa en las poblaciones objetivos) para reducir la incidencia de la enfermedad, facilitando la misma en centros de salud, puestos móviles y comunidades vulnerables.

Detección temprana

-Capacitar al personal de salud para identificar los signos y síntomas de la coqueluche, como tos persistente y episodios agudos de tos, especialmente en lactantes y niños pequeños, quienes son los más vulnerables.

Notificación y vigilancia

-Asegurar una adecuada notificación de los casos sospechosos a las autoridades sanitarias para facilitar el seguimiento epidemiológico y la implementación de medidas de control.

Manejo clínico

-Brindar atención oportuna y adecuada a los pacientes, incluyendo el uso de antibióticos específicos en las etapas iniciales para reducir la transmisión y la gravedad de la enfermedad.

- Derivar oportunamente a un mayor nivel de complejidad según se considere necesario.

Control de contactos

-Identificar y tratar a los contactos cercanos de casos confirmados para prevenir la propagación de la enfermedad.

Sensibilización de la comunidad

-Informar a las familias sobre la importancia de la vacunación, las medidas de higiene respiratoria, personal y ambiental, y la búsqueda de atención médica ante síntomas sospechosos.

VIII.6.B. MEDIDAS PREVENTIVAS

El esquema de vacunación contra coqueluche incluye un esquema primario de tres dosis durante el primer año de vida (2, 4 y 6 meses) en forma de vacuna quíntuple celular, y refuerzos a los 15-18 meses (quíntuple celular), 5-6 años (triple bacteriana celular), 11 años (triple bacteriana acelular) y en cada embarazo (triple bacteriana acelular).

En el personal de salud en contacto con niños menores de un año está indicada una dosis de triple bacteriana acelular cada 5 años.

Se calcula que la eficacia de la vacuna en personas que han recibido como mínimo cuatro dosis es de 80%; la protección es mayor contra la enfermedad grave. La inmunización activa que se inicia después de la exposición no protegerá contra la enfermedad que surja por tal exposición, pero tampoco está contraindicada. La inmunización pasiva es ineficaz. La vacuna contra *B. pertussis* no protege de la infección por *B. parapertussis*.

Los casos confirmados deberán continuar con el esquema de vacunación según corresponda ya que la infección natural no confiere inmunidad duradera, pudiendo existir reinfección.

VIII.6.C. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Medidas ante un caso sospechoso:

- Todos los casos sospechosos de coqueluche identificados que se encuentren sintomáticos deben aislarse al momento de la consulta bajo medidas de aislamiento de gota (colocar un barbijo quirúrgico al paciente en la medida de ser posible hasta realizar el aislamiento efectivo), debe tomarse una muestra de aspirado o hisopado nasofaríngeo y/o suero e iniciar tratamiento antibiótico específico. Los macrólidos acortan el período

de transmisibilidad y pueden modificar la evolución clínica si se los administra durante el período de incubación o en los comienzos de la fase catarral de la enfermedad, pero no aplacan los síntomas cuando se administran durante la fase paroxística.

- En caso de permanecer internados, el aislamiento se debe mantener hasta completar 5 días de terapia antibiótica con macrólidos (todas las dosis correspondientes a 5 días) o hasta 21 días desde el diagnóstico si la terapia antimicrobiana no fue realizada con macrólidos.
- En caso de manejo ambulatorio, los casos sospechosos deben aislarse de los lugares habituales donde desarrollan sus actividades hasta completados los 5 días de terapia antibiótica con macrólidos (todas las dosis correspondientes a 5 días) o hasta los 21 días desde el diagnóstico si la terapia antimicrobiana no fue realizada con macrólidos. Se debe indicar mantener hábitos de higiene respiratoria de acuerdo a la edad del caso durante ese tiempo: desechar materiales descartables que puedan tener secreciones respiratorias en el cesto de basura y limpiar los ambientes con frecuencia; cubrirse la nariz y la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar y desecharlos rápidamente en el cesto de la basura; cubrirse la tos o los estornudos con la parte superior del brazo o el codo si no tiene un pañuelo desechable; lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón por al menos 20 segundos; usar un desinfectante de manos a base de alcohol si no se dispone de agua y jabón. En caso de trasladarse en ámbitos públicos, utilizar barbijo quirúrgico en la medida de lo posible.
- Las precauciones de aislamiento se tomarán ante la sospecha del caso, sin aguardar a la confirmación, para evitar exponer inadvertidamente a otros pacientes.

Definición de Contacto estrecho:

- Toda persona con contacto directo cara a cara por un período no definido con el caso sintomático.
- Haber compartido un espacio reducido (la misma habitación) por más de una hora con el caso sintomático.
- Haber tenido contacto directo (sin protección) con secreciones respiratorias orales o nasales de un caso sintomático.

Contacto de alto riesgo de enfermedad severa:

- Menores de 1 año o convivientes de menores de 1 año
- Personas con inmunodeficiencias o con enfermedad pulmonar.
- Embarazadas y personal de salud.

Medidas ante un contacto:

- Realizar toma de aspirado o hisopado nasofaríngeo y/o suero, para confirmación de la enfermedad ante la sospecha diagnóstica en los contactos.
- Aislar de escuelas, guarderías o jardines a los contactos estrechos del caso que tengan menos de 7 años de edad con inmunización incompleta, hasta que hayan cumplido 5 días de tratamiento antibiótico quimioprofiláctico efectivo.
- Controlar esquemas de vacunación de los contactos y administrar una dosis de vacuna con componente pertussis lo antes posible después de la exposición a los contactos estrechos menores de 7 años de edad que no hayan recibido cuatro dosis de vacuna o una dosis de ella en los últimos tres años.

- En situaciones en que esté o puede estar expuesto al riesgo un lactante o un niño de corta edad no inmune, conviene identificar los casos tempranos o inadvertidos y atípicos.
- En los contactos institucionales deberá hacerse control estricto de ausentismo para detectar posibles casos sospechosos.
- La quimioprofilaxis con macrólidos está indicada en todos los contactos estrechos, especialmente los de alto riesgo, ante la sospecha independientemente del antecedente de vacunación. Los macrólidos (eritromicina, claritromicina o azitromicina) acortan el período de transmisibilidad, pero no aplacan los síntomas, excepto cuando se administran durante el período de incubación o en los comienzos de la fase catarral de la enfermedad.

Antibióticos recomendados para el tratamiento y la profilaxis postexposición de *B. Pertussis* en lactantes, niños, adolescentes y adultos.

Edad	Azitromicina	Eritromicina	Claritromicina	Trimetoprima-Sulfametoxazol TMP-SMZ **
Menor de 1 mes	10 mg/kg/día dosis única por 5 días De primera elección.	40-50 mg/kg/día en 4 dosis por 14 días. No de primera elección*	No recomendado (no hay datos de seguridad)	Contraindicado en menores de 2 meses (riesgo de kernicterus)
1-5 meses	10 mg/kg/día dosis única por 5 días	40-50 mg/kg/día dividido en 4 dosis por 14 días	15 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 7 días	En >2 meses: TMP 8 mg/kg/día y SMZ 40 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 14 días
Infantes (≥ 6 meses) y niños	10 mg/kg como dosis única el primer día (máximo 500 mg); luego 5 mg/kg como dosis única desde el día 2 al 5 (máximo 250 mg/día).	40-50 mg/kg/día (máximo 2 gr/día) dividido en 4 dosis por 14 días	15 mg/kg/día (máximo 1 gr/día) dividido en 2 dosis por 7 días	TMP 8 mg/kg/día y SMZ 40 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 14 días
Adolescentes y Adultos	500 mg como dosis única el primer día; luego 250 mg como dosis única desde el día 2 al 5	2 gramos /día dividido en 4 dosis por 14 días	1 gramo/día dividido en 2 dosis por 7 días	TMP 320 mg/día y SMZ 1600 mg/día dividido en 2 dosis por 14 días

*La azitromicina es el macrólido de elección en los menores de 1 mes por el riesgo de hipertrofia pilórica asociado a eritromicina.

** TMP-SMZ puede ser utilizado como alternativa a los macrólidos en personas de ≥2 meses de edad alérgicos o intolerantes a macrólidos o que estén infectados por una cepa rara de *B. pertussis* resistente a macrólidos.

El embarazo no es una contraindicación para el uso de macrólidos (eritromicina, azitromicina o claritromicina) pero la FDA ha catalogado la eritromicina y azitromicina como categoría B y la claritromicina como C.

VIII.7. Vigilancia Epidemiológica

VIII.7.A. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

- Lograr la detección oportuna de casos sospechosos para realizar las acciones de control correspondientes, que contribuyan a disminuir la transmisión y la morbimortalidad en los grupos de mayor riesgo.
- Monitorear el comportamiento de la enfermedad, así como el impacto de las acciones de vacunación, esenciales para la toma de decisiones adecuadas y oportunas en la población.

VIII.7.B. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

Toda persona con clínica compatible según los siguientes criterios por grupo etario:

- Menores de 6 meses: toda infección respiratoria aguda, con al menos uno de los siguientes síntomas: apnea, cianosis, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o tos paroxística.
- Mayores de 6 meses hasta 11 años: tos de 14 o más días de duración acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos después de la tos.
- Mayores de 11 años: tos persistente de 14 o más días de duración, sin otra sintomatología acompañante. sin otra causa aparente.

O bien que un trabajador de la salud sospeche coqueluche independientemente de la edad y del antecedente vacunal.

Caso confirmado

- Caso sospechoso con cultivo positivo para el agente causal y/o resultados positivos del ensayo de PCR específicos para el agente causal y/o resultados positivos para detección de IgG anti toxina pertussis (estandarizado con el testigo de referencia internacional de la OMS) [46]

- Caso sospechoso con nexo epidemiológico con caso de coqueluche confirmado por laboratorio entre 3 y 21 días antes del inicio de los síntomas.

Caso probable

Paciente con clínica compatible (según criterios clínicos estratificados por edad) y sin confirmación por laboratorio (sin muestra para estudio o resultados negativos de laboratorio)

Caso descartado por diagnóstico diferencial

Caso sospechoso descartado que presenta diagnóstico de otra enfermedad de presentación

[46] En adolescentes y adultos, requiere una sola muestra de suero y está indicado en casos con más de 14 días de tos y que hayan recibido la vacunación con componente pertussis al menos un año o más antes de la toma de muestra.

similar.

Caso descartado

Clínica incompleta o con datos insuficientes, resultado de laboratorio negativo y sin nexo epidemiológico con un caso confirmado.

VIII.7.C. NOTIFICACIÓN

Evento SNVS	Modalidad	Estrategia / Componente	Periodicidad
Coqueluche (tos convulsa)	Nominal	Universal / Clínica-Laboratorio-Epidemiología	Inmediata

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-10/ficha_de_investigacion_coqueluche_9102023.pdf

VIII.8. Consideraciones sobre el diagnóstico

El diagnóstico de Coqueluche se basa en la **sospecha oportuna** de la enfermedad y la utilización de las **pruebas de laboratorio adecuadas**. Para el diagnóstico de laboratorio puede realizarse cultivo, PCR y/o serología. La prueba serológica internacionalmente aceptada es la detección de IgG anti toxina pertussis mediante ELISA validado contra el "Standard de Referencia de la OMS (06/140)" [47]. Para el cultivo y la PCR la muestra apropiada es el aspirado nasofaríngeo o el hisopado nasofaríngeo recolectado con hisopo de dacrón, nylon o rayón.

La sensibilidad del cultivo, la PCR y la serología varían según el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la toma de muestra, la edad del paciente, el estado de inmunización, entre otros factores.

El cultivo presenta 100% de especificidad y puede utilizarse durante las dos primeras semanas luego del inicio de la tos, ya que en dicho momento presenta la mayor sensibilidad. También presenta mayor sensibilidad en casos severos, en pacientes no vacunados y en menores de un año.

La PCR presenta elevada especificidad y notable mayor sensibilidad que el cultivo. Puede utilizarse durante las cuatro semanas siguientes al inicio de la tos, aunque la mayor sensibilidad

[47] Guiso N, Berbers G, Fry NK, He Q, Riffelmann M, Wirsing von König CH; EU Pertstrain group. What to do and what not to do in serological diagnosis of pertussis: recommendations from EU reference laboratories. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2011 Mar;30(3):307-12. doi: 10.1007/s10096-010-1104-y. Epub 2010 Nov 11. PMID: 21069406; PMCID: PMC3034915.

es durante las dos primeras semanas.

Finalmente, la toma de muestra de suero para la detección de anticuerpos IgG anti toxina pertussis debe realizarse luego de 14 días de tos y antes de que finalice la duodécima semana luego del inicio de los síntomas.

Puntos críticos en el diagnóstico de Coqueluche

Si bien la PCR es la prueba de elección dado la elevada sensibilidad, especificidad y rapidez de los resultados, es importante realizar el cultivo, ya que esto permite la caracterización molecular de los aislados clínicos locales y la vigilancia de la sensibilidad a los antimicrobianos de primera elección para el tratamiento.

Para las pruebas de **PCR**, existen diversos blancos de amplificación descriptos en la literatura para *B. pertussis*, *B. parapertussis* y *B. holmesii*. El LNR recomienda utilizar para la detección y confirmación de *B. pertussis* los blancos de amplificación: IS*481* + promotor del gen de la toxina pertussis (*ptxP*). Se desaconseja totalmente emplear una sola prueba. La utilización exclusiva de la secuencia de inserción IS*481* no resulta una prueba específica dado que también está presente en *B. holmesii* y algunas *B. bronchiseptica*[48]. Por otro lado, *ptxP* es de copia única, a diferencia de la secuencia de inserción IS*481* que posee entre 50 y 238 copias en el genoma completo de *B. pertussis*[49], por lo tanto la PCR que usa como blanco de amplificación al promotor del gen de la toxina pertussis resulta de menor sensibilidad que la antes mencionada.

Para la confirmación de *B. parapertussis* y *B. holmesii* también es necesario utilizar más de un blanco de amplificación. En caso de no poder estudiar todos ellos se solicita remitir la muestra clínica y/o el aislado al LNR-Servicio Bacteriología Clínica – INEI-ANLIS-"Dr. Carlos G. Malbrán" para la confirmación de estas especies de *Bordetella*.

Ante casos identificados como *Bordetella* sp contactar al LNR-Servicio Bacteriología Clínica – INEI-ANLIS-"Dr. Carlos G. Malbrán" para evaluar el estudio de *targets* adicionales que permitan confirmar la especie.

Para el diagnóstico serológico mediante la detección de **IgG anti toxina pertussis** es importante recordar que dicha metodología no resulta útil en infantes ya que su sistema inmune es inmaduro y además existe la posibilidad de interferencia de los anticuerpos maternos. En adolescentes y adultos que recibieron una dosis de la vacuna triple bacteriana acelular, la serología puede emplearse si transcurrió un año desde la recepción de la misma.

[48] Reischl U, Lehn N, Sanden GN, Loeffelholz MJ. Real-time PCR assay targeting IS481 of Bordetella pertussis and molecular basis for detecting Bordetella holmesii. J Clin Microbiol. 2001;39(5):1963–6. pmid:11326023)

[49] Loeffelholz M. Towards improved accuracy of Bordetella pertussis nucleic acid amplification tests. J Clin Microbiol. 2012;50(7):2186–2190. doi:10.1128/JCM.00612-12;Parkhill J., et al. 2003. Comparative analysis of the genome sequences of Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis and Bordetella bronchiseptica. Nat. Genet. 35:32–40)

INFORMES **ESPECIALES**

IX. Vigilancia por Laboratorio de Diarreas virales. Argentina - 2024

IX.1. Nota metodológica

La información analizada corresponde al año 2024 y fue extraída del SNVS 2.0 el 7 de marzo de 2025. Únicamente en el análisis de las notificaciones se incorporaron datos del año 2023 con fines comparativos.

IX.2. Vigilancia por laboratorio de Rotavirus

IX.2.A. CONDENSADO DE NOTIFICACIÓN AGRUPADA

En el año 2024, 21 jurisdicciones aportaron información del evento Rotavirus (RVA) al SNVS2.0. Se notificaron 10.705 determinaciones realizadas de las cuales 1.286 (12,0%) resultaron positivas para rotavirus. Las determinaciones realizadas en 2024 aumentaron en un 14% a aquellas notificadas en 2023. Asimismo, en 15 jurisdicciones se notificó una mayor cantidad de determinaciones realizadas con respecto al año anterior mientras que en 6 ese valor fue menor al registrado en 2023.

De las 24 jurisdicciones, 19 cumplieron con la periodicidad de notificación recomendada (>75% de las 52 semanas epidemiológicas).

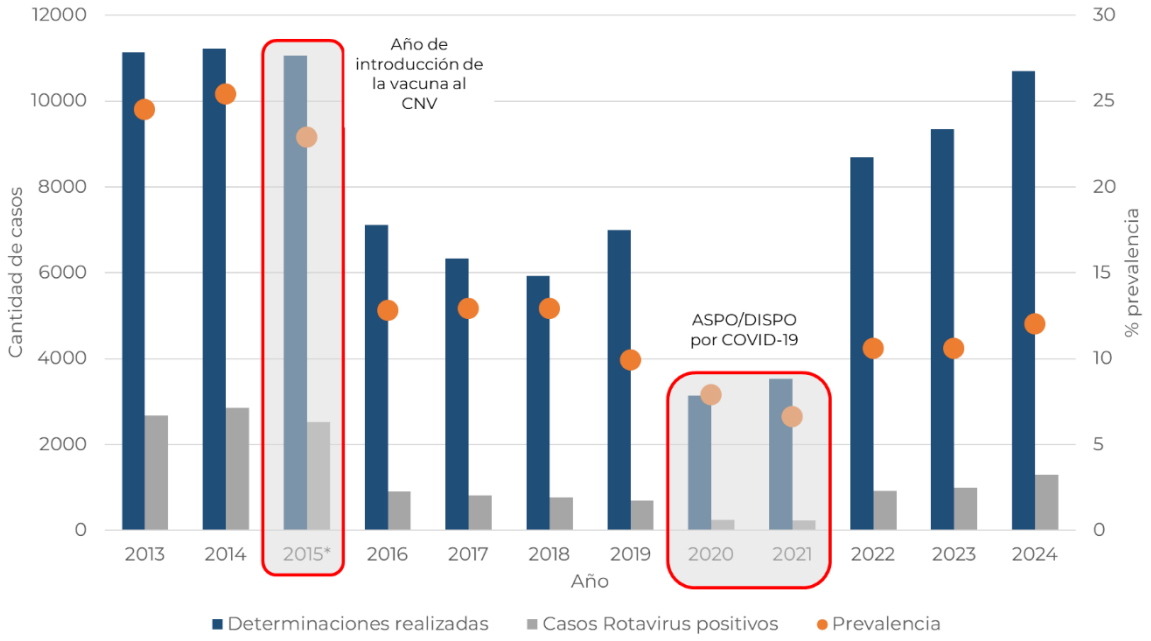
Tabla 1. Número de casos estudiados y positivos para rotavirus (RVA), frecuencia de detección y periodicidad en la notificación al SNVS2.0 por jurisdicción y total país. Argentina. Años 2023-2024.

Jurisdicción	2024 (SE1-52)			2023 (SE1-52)		Diferencia estudiados 2024/2023 (%)	Periodicidad en	
	Casos positivos RVA	Casos estudiados RVA	Frecuencia de detección (%)	Casos positivos RVA	Casos estudiados RVA		SE notificadas	SE notificadas/ SE totales
Buenos Aires	92	2035	4,5%	123	2014	1,0	52	100%
CABA	127	2771	4,6%	113	2464	12,5	45	87%
Catamarca	24	63	38,1%	---	---	n/a	41	79%
Chaco	8	119	6,7%	10	86	38,4	44	85%
Chubut	13	188	6,9%	25	287	-34,5	51	98%
Córdoba	220	996	22,1%	107	548	81,8	52	100%
Corrientes	4	37	10,8%*	---	---	n/a	42	81%
Entre Ríos	22	75	29,3%	1	33	127,3	31	60%
Formosa	---	---	n/a	---	---	n/a	0	0%
Jujuy	52	384	13,5%	17	320	20,0	52	100%
La Pampa	34	114	29,8%	6	14	714,3	52	100%
La Rioja	15	23	65,2%*	9	44	-47,7	14	27%
Mendoza	200	1109	18,0%	320	1284	-13,6	52	100%
Misiones	3	246	1,2%	0	93	164,5	48	92%
Neuquén	33	363	9,1%	68	299	21,4	52	100%
Río Negro	0	11	0%*	2	13	-15,4	52	100%
Salta	116	715	16,2%	102	1111	-35,6	52	100%
San Juan	---	---	n/a	---	---	n/a	0	0%
San Luis	126	442	28,5%	10	75	489,3	52	100%
Santa Cruz	35	160	21,9%	60	231	-30,7	52	100%
Santa Fe	80	458	17,5%	13	259	76,8	52	100%
Santiago del Estero	---	---	n/a	---	---	n/a	0	0%
Tierra del Fuego	8	44	18,2%	0	23	91,3	52	100%
Tucumán	74	352	21,0%	6	156	125,6	52	100%
TOTAL PAÍS	**1286**	**10705**	**12,0%**	**992**	**9354**	**14,4**		

** Los resultados deben interpretarse cuidadosamente porque la cantidad de casos estudiados es muy baja*
n/a: no aplica
Fuente: elaboración propia a partir de datos del SNVS 2.0

Entre 2013 y 2015, se observó una elevada prevalencia de rotavirus sobre un número importante de determinaciones. A partir de 2016, coincidiendo con el año posterior al inicio de la incorporación de la vacuna contra rotavirus en menores de 12 meses al Calendario Nacional de Vacunación en Argentina, se registró una disminución sostenida tanto en el número de casos positivos como en la prevalencia. Durante los años 2020-2021, se aprecia además una fuerte caída en la cantidad de determinaciones realizadas, probablemente asociada al impacto de la pandemia por COVID-19, que implicó una sobrecarga del sistema de salud y la reasignación de recursos humanos hacia la atención de enfermedades respiratorias, afectando negativamente las estrategias de vigilancia epidemiológica de otros eventos. En contraste, a partir del año 2022 la cantidad de determinaciones vuelve a aumentar y con ello también los casos positivos y la prevalencia, aunque sin alcanzar los valores prevacunales.

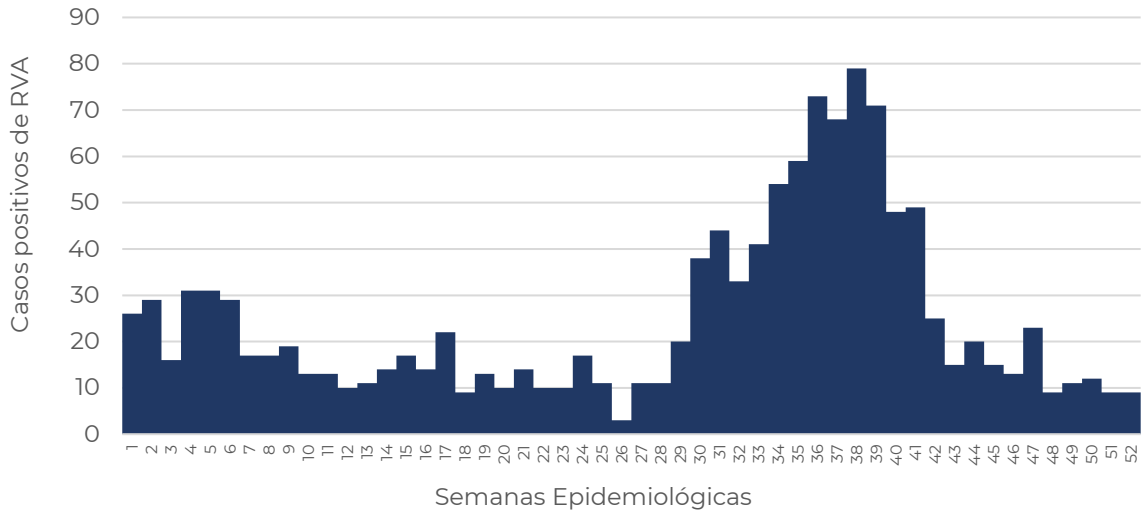
Gráfico 1. Número de determinaciones realizadas, casos de rotavirus positivos y prevalencia por año. Argentina. Período 2013-2024.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SIVILA y SNVS 2.0

En cuanto a la distribución temporal de los casos de rotavirus, la mayor cantidad de casos positivos notificados se observó entre las SE 34 y 41, alcanzando el máximo en la SE38 con 79 casos.

Gráfico 2. Distribución temporal de casos positivos de rotavirus por Semana Epidemiológica. Argentina, 2024. N=1286

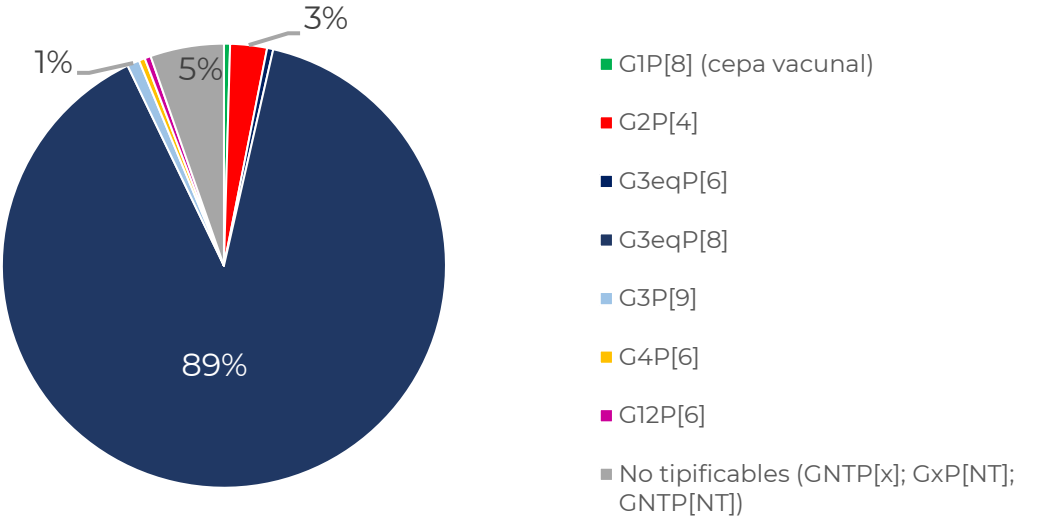


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SNVS 2.0

IX.2.B. ESTUDIO DE LOS GENOTIPOS CIRCULANTES

De las muestras recibidas en el Laboratorio Nacional de Referencia para su caracterización molecular, la asociación G-/P- tipo predominante en 2024 fue G3P[8] variante símil equina (*equine-like*). Asimismo, se detectó una muestra relacionada con la cepa vacunal (G1P[8]).

Gráfico 3. Distribución porcentual de los genotipos circulantes. Muestras en condiciones de ser caracterizadas por el LNR. N= 224*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Laboratorio Nacional de Referencia de Rotavirus y Norovirus
**Jurisdicciones que participaron en el envío de muestras al LNR: Buenos Aires, CABA, Chaco, Córdoba, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe, Tierra del Fuego y Tucumán.*

IX.3. Vigilancia por laboratorios de Adenovirus

IX.3.A. CONDENSADO DE NOTIFICACIÓN AGRUPADA

En el año 2024, un total de 21 jurisdicciones aportaron información del evento Adenovirus (DV) al SNVS 2.0. Durante ese período, se notificaron 10.335 determinaciones realizadas de las cuales 518 (5,0%) resultaron positivas para adenovirus. En comparación con el año 2023, se observó un incremento del 12% en la cantidad de determinaciones, lo que refleja una mejora en la actividad diagnóstica y en la notificación del evento. Asimismo, 19 jurisdicciones cumplieron con la periodicidad de notificación recomendada (>75% de las 52 SE).

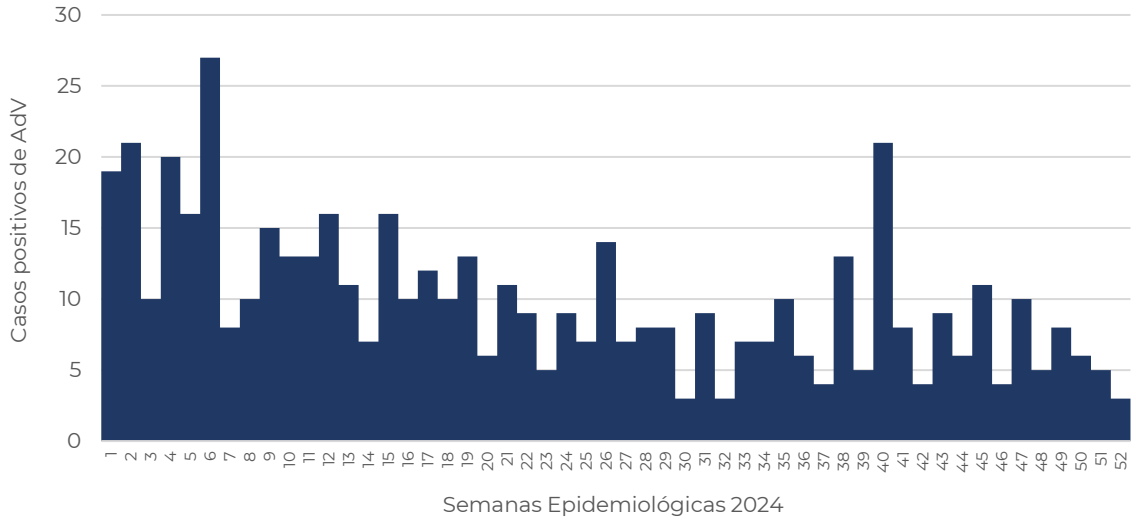
Tabla 2. Número de casos estudiados y positivos para adenovirus (AdV), frecuencia de detección y periodicidad en la notificación al SNVS 2.0 por jurisdicción y total país. Argentina. Años 2023 y 2024.

Jurisdicción	2024 (SE1-52)			2023 (SE1-52)		Diferencia estudiados 2024/2023 (%)	Periodicidad en la notificación - 2024	
	Casos positivos AdV	Casos estudiados AdV	Frecuencia de detección (%)	Casos positivos AdV	Casos estudiados AdV		SE notificadas	SE notificadas /SE totales
Buenos Aires	72	2041	3,5%	64	2011	1,5	52	100%
CABA	77	2585	3,0%	85	2468	4,7	45	87%
Catamarca	1	62	1,6%	---	---	n/a	40	77%
Chaco	2	115	1,7%	1	5	2200,0	44	85%
Chubut	20	190	10,5%	12	287	-33,8	52	100%
Córdoba	53	994	5,3%	34	548	81,4	52	100%
Corrientes	0	36	0%*	---	---	n/a	42	81%
Entre Ríos	5	78	6,4%	0	33	136,4	31	60%
Formosa	---	---	n/a	---	---	n/a	0	0%
Jujuy	12	384	3,1%	11	319	20,4	52	100%
La Pampa	12	104	11,5%	4	11	845,5	52	100%
La Rioja	0	3	0%*	---	---	n/a	2	4%
Mendoza	113	1108	10,2%	154	1274	-13,0	52	100%
Misiones	3	212	1,4%	0	81	161,7	48	92%
Neuquén	27	358	7,5%	50	300	19,3	52	100%
Río Negro	0	11	0%*	0	14	-21,4	52	100%
Salta	28	730	3,8%	126	1111	-34,3	52	100%
San Juan	---	---	n/a	---	---	n/a	0	0%
San Luis	43	414	10,4%	17	86	381,4	52	100%
Santa Cruz	16	162	9,9%	56	231	-29,9	52	100%
Santa Fe	22	460	4,8%	20	264	74,2	52	100%
Sgo. del Estero	---	---	n/a	---	---	n/a	0	0%
Tierra del Fuego	1	44	2,3%	0	23	91,3	51	98%
Tucumán	11	244	4,5%	9	127	92,1	52	100%
TOTAL PAÍS	**518**	**10335**	**5,0%**	**643**	**9193**	**12,4**		

Fuente: elaboración propia a partir de datos del SNVS 2.0
** Los resultados deben interpretarse cuidadosamente porque la cantidad de casos estudiados es muy baja*
n/a: no aplica

En el análisis de la distribución semanal de los casos positivos de adenovirus (AdV) notificados durante 2024, no se identificó un patrón estacional definido. Si bien se observaron picos aislados en las semanas 6, 12, 26 y 40, la ocurrencia de casos se mantuvo a lo largo del año, con moderadas fluctuaciones.

Gráfico 4. Distribución temporal de casos positivos de Adenovirus por Semana Epidemiológica. Argentina, 2024. N=518

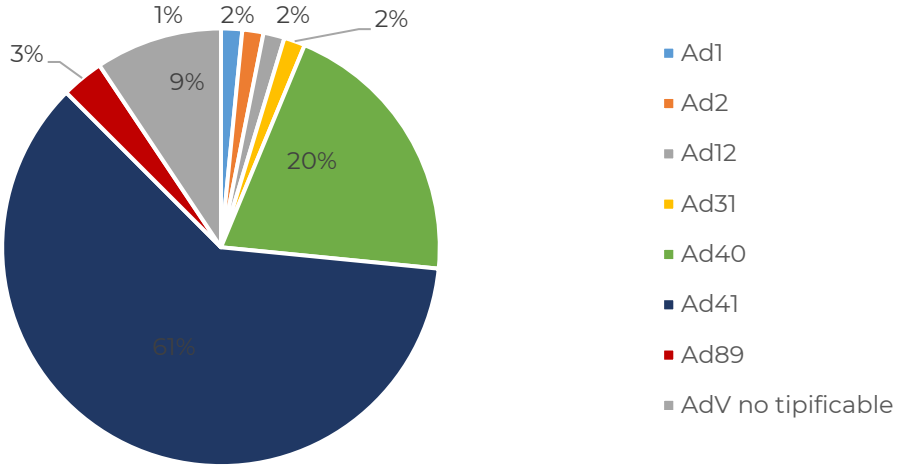


Fuente: elaboración propia a partir de datos del SNVS 2.0

IX.3.B. ESTUDIO DE LOS GENOTIPOS CIRCULANTES

En el año 2024, el genotipo predominante entre los casos de adenovirus caracterizados fue el HAdV-F41, de acuerdo con los estudios moleculares realizados en el Laboratorio Nacional de Referencia. Esta distribución es consistente con la literatura científica, identificando al genotipo HAdV-F41 como uno de los más fuertemente asociados a los cuadros de gastroenteritis de origen viral.

Gráfico 5. Distribución porcentual de los genotipos circulantes. Muestras en condiciones de ser caracterizadas por el LNR. N=64*



*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Laboratorio Nacional de Referencia de Rotavirus y Norovirus. *Jurisdicciones que participaron en el envío de muestras al LNR: Buenos Aires, CABA, Chaco, Córdoba, Mendoza, Salta, San Juan, San Luis, Santa Fe.*

IX.4. Vigilancia por laboratorios de Norovirus

IX.4.A. CONDENSADO DE NOTIFICACIÓN AGRUPADA

En el año 2024, norovirus fue incorporado como evento de notificación agrupada y semanal en el SNVS 2.0. Durante este primer año de implementación, 14 jurisdicciones aportaron información sobre el evento, notificando 1.807 determinaciones realizadas, de las cuales 192 (10,6%) resultaron positivas para norovirus.

Tabla 3. Número de casos estudiados y positivos para norovirus (NV), frecuencia de detección y periodicidad en la notificación al SNVS 2.0 por jurisdicción y total país. Argentina. Años 2023 y 2024.

Jurisdicción	2024 (SE1-52)			2023 (SE1-52)		Periodicidad en la notificación - 2024	
	Casos positivos NV	Casos estudiados NV	Frecuencia de detección (%)	Casos positivos NV	Casos estudiados NV	SE notificadas	SE notificadas / SE totales
Buenos Aires	43	229	18,8%	No aplica (Norovirus se incorpora como Evento de Notificación Obligatoria a partir del año 2024)		52	100%
CABA	6	190	3,2%			31	60%
Catamarca	---	---	n/a			0	0%
Chaco	1	5	20%*			4	8%
Chubut	0	5	0%*			26	50%
Córdoba	105	868	12,1%			52	100%
Corrientes	1	26	3,8%*			42	81%
Entre Ríos	0	3	0%*			11	21%
Formosa	---	---	n/a			0	0%
Jujuy	---	---	n/a			0	0%
La Pampa	1	2	50%*			52	100%
La Rioja	---	---	n/a			0	0%
Mendoza	4	44	9,1%*			52	100%
Misiones	---	---	n/a			0	0%
Neuquén	3	8	37,5%*			52	100%
Río Negro	---	---	n/a			0	0%
Salta	28	413	6,8%			52	100%
San Juan	---	---	n/a			0	0%
San Luis	0	2	0%*			52	100%
Santa Cruz	0	6	0%*			52	100%
Santa Fe	0	6	0%*			46	88%
Sgo. del Estero	---	---	n/a			0	0%
Tierra del Fuego	---	---	n/a			0	0%
Tucumán	---	---	n/a			0	0%
TOTAL PAÍS	**192**	**1807**	10,6%				

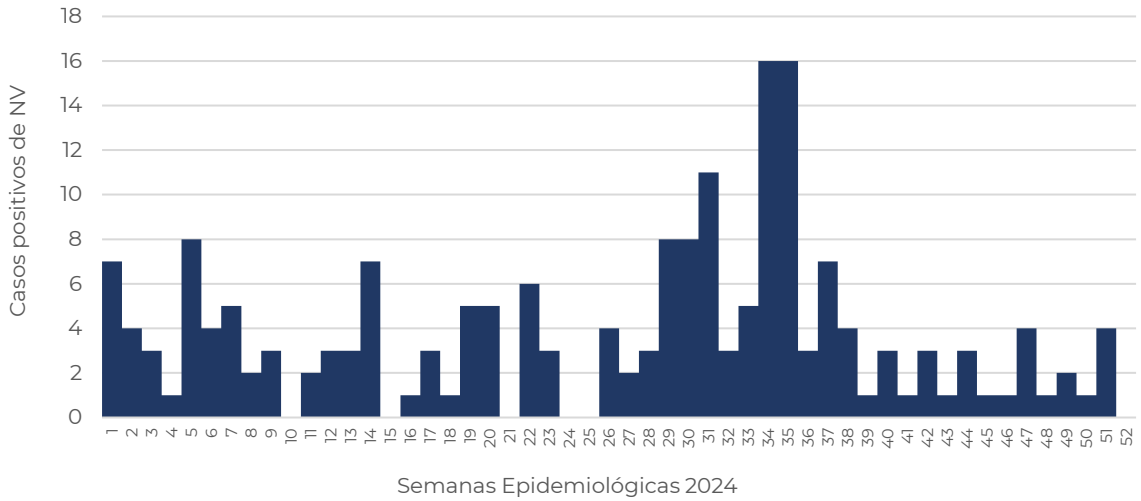
Fuente: elaboración propia a partir de datos del SNVS 2.0

** Los resultados deben interpretarse cuidadosamente porque la cantidad de casos estudiados es muy baja*

n/a: no aplica

La mayor cantidad de casos se notificó durante la temporada de invierno, en concordancia con el patrón estacional habitual descripta para norovirus.

Gráfico 6. Distribución temporal de casos positivos de Norovirus por Semana Epidemiológica. Argentina, 2024. N=192

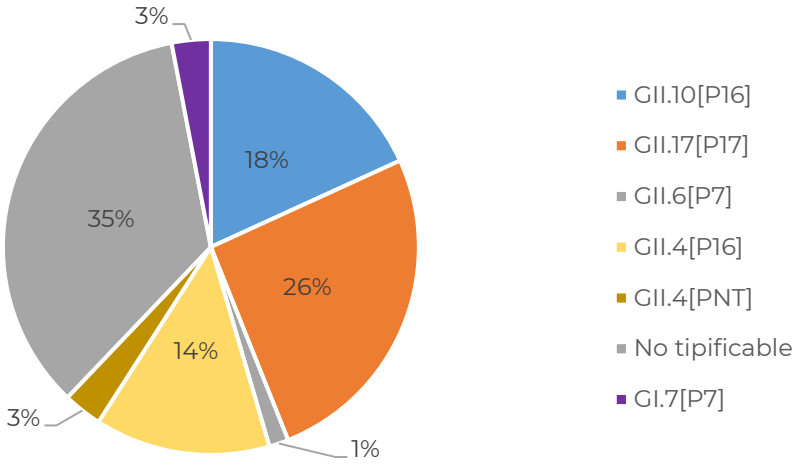


Fuente: elaboración propia a partir de datos del SNVS 2.0

IX.4.B. ESTUDIO DE LOS GENOTIPOS CIRCULANTES

La vigilancia de genotipos circulantes de norovirus durante 2024 se realizó mediante dos abordajes complementarios: i) caracterización molecular de muestras con diagnóstico positivo para norovirus remitidas por los laboratorios integrantes de la Red Nacional y; ii) búsqueda activa de casos de norovirus en muestras con resultado negativo para rotavirus. Como resultado, se identificó al genotipo GII.17[P17] como el predominante en el país durante ese período, seguido de GII.10[P16].

Gráfico 7. Distribución porcentual de los genotipos circulantes. Muestras en condiciones de ser caracterizadas por el LNR. N=65*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Laboratorio Nacional de Referencia de Rotavirus y Norovirus
**Jurisdicciones que participaron en el envío de muestras al LNR: Chaco, Córdoba, La Rioja, Mendoza, Salta y Tucumán.*

IX.5. Conclusiones

Durante el año 2024 se observó un incremento en la actividad diagnóstica y en las notificaciones al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud por laboratorios para los agentes rotavirus, adenovirus y norovirus, lo que representa un avance positivo en la consolidación de la red y en el fortalecimiento de la respuesta nacional frente a las gastroenteritis virales. En particular, el aumento en la cantidad de determinaciones realizadas respecto del año anterior y el cumplimiento de la periodicidad de notificación por parte de la mayoría de las jurisdicciones reflejan una mejora en la oportunidad y calidad de los datos reportados. No obstante, aún persisten desafíos, entre ellos la necesidad de incorporar a las jurisdicciones que no aportan información de manera sostenida al sistema nacional de vigilancia, y de continuar promoviendo el uso sistemático de los eventos de notificación obligatoria como herramienta de gestión e información para la toma de decisiones.

Desde el punto de vista epidemiológico, se mantuvieron patrones esperados en términos de estacionalidad y circulación de genotipos, en concordancia con lo reportado a nivel regional y global.

En este sentido, se destaca la importancia de sostener y profundizar el compromiso institucional con la vigilancia por laboratorios, no solo como herramienta para dimensionar con mayor precisión la carga de enfermedad de estos agentes, sino también como insumo esencial para diseñar estrategias eficaces de prevención y control basadas en evidencia local.

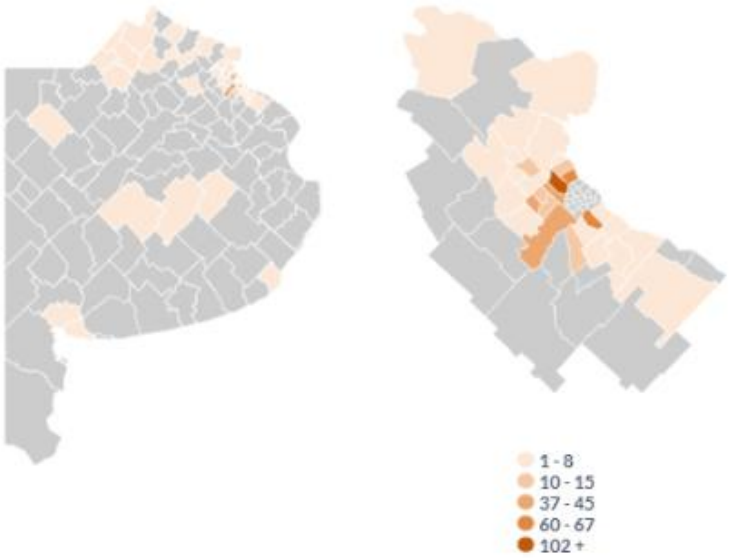
DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

X. Boletines Jurisdiccionales

X.1. Buenos Aires: Dengue

Desde la finalización de la última epidemia de dengue en la provincia en junio 2024 (SE 25) y hasta el 7 de junio (SE 23) se notificaron 7.929 casos compatibles con dengue de los cuales 604 fueron confirmados (543 autóctonos, 60 importados y 1 en investigación), 424 probables, 2.540 en estudio y 4.361 con muestras de laboratorio negativas (descartados y sospechosos no conclusivos). Del total de casos autóctonos (543), 441 ocurrieron en contexto de los brotes identificados.

Casos confirmados acumulados de dengue autóctonos e importados por municipio en PBA y AMBA, SE 26/2024 a SE 22/2025.



Fuente. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEISBA)

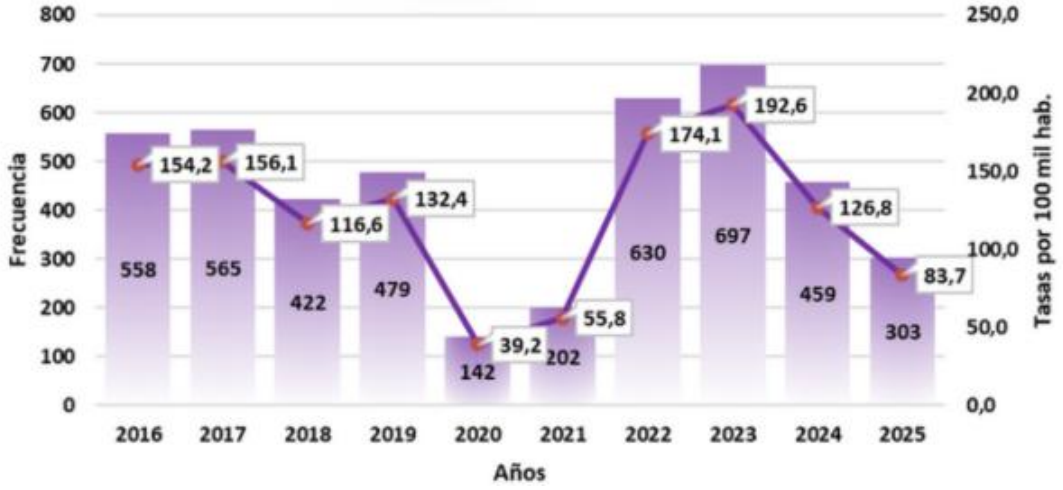
Para más información:

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

X.2. La Pampa: Bronquiolitis

En 2025 se notificaron 303 casos de bronquiolitis. Se observa una disminución del 34% respecto del año anterior.

Casos y tasas (por 100.000 hab.) de Bronquiolitis hasta SE22 período 2016-2025. La Pampa.

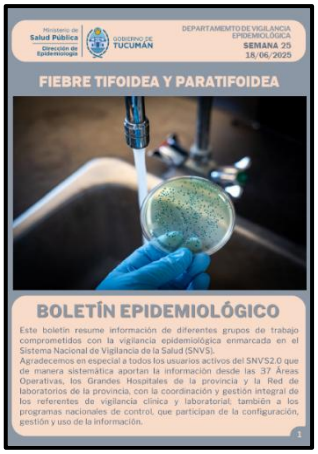


Fuente: Elaboración propia de Área de vigilancia de la Dirección General de Epidemiología en base a información proveniente del SNVS.

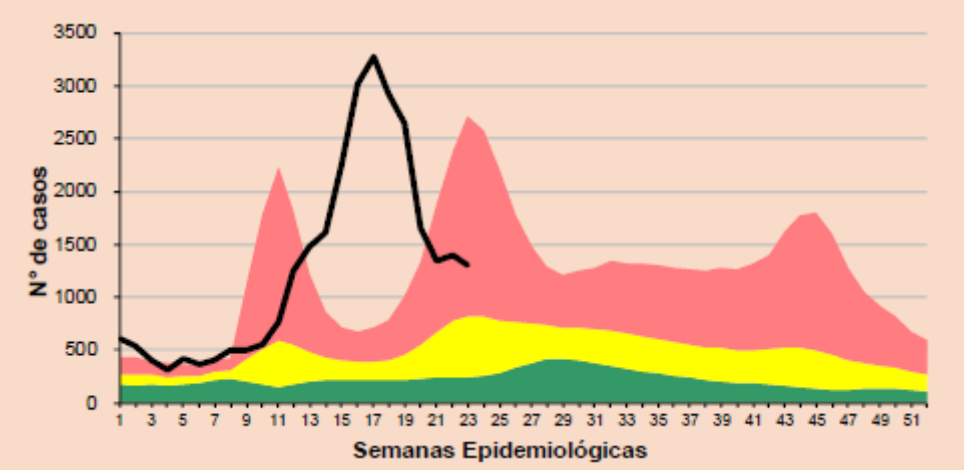
Para más información: vigilanciaepidemiologia@lapampa.gob.ar

X.3. Tucumán: Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

Las infecciones respiratorias agudas son comúnmente causadas por influenza y otros virus respiratorios, ocurren durante todo el año con picos epidémicos. Debido a su morbilidad, se han establecido estrategias para el monitoreo permanente. En la semana epidemiológica 23 se registraron 1309 casos para este evento.



Corredor endémico de Enfermedad Tipo Influenza (ETI). SE23, Provincia de Tucumán, Año 2025.



Fuente: SNVS - *Dirección de Epidemiología.*

Para más información comunicarse al mail:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas hasta **junio** 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**
Junio	Diarrea aguda	Laboratorio	Determinaciones /Técnicas	Se adicionó la opción "Detección de categoría de E coli" asociada a la técnica "PCR de aislamiento"
			Resultados	Se adicionó la opción “E. coli enteropatogeno (EPEC)”
Junio	Fiebre tifoidea y paratifoidea	Laboratorio	Muestras	Se modificó el tipo de muestra de la opción "Agua de red", de "Ambientales" a "Agua".
				Se adicionó la opción '"Agua de pozo", asociada al tipo de muestra "Agua"
Junio	Sospecha de Brote de ETA	Laboratorio	Determinaciones /Técnicas	Se adicionó la opción "Detección de categoría de E coli" asociada a la técnica "PCR de aislamiento"
Junio	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	Epidemiología	Ocupación	Se adicionaron las opciones: “Militar”, “Otro trabajo con exposición al agua”, “Personal de la fuerza de seguridad”, “Tareas de desmalezado”, “Trabajador agropecuario y/o silvícola”, “Trabajador de laboratorio”, “Trabajador de parques”, “Trabajador de reservas”, “Trabajador de zoológicos”, “Trabajador en contacto con animales silvestres”, “Veterinario o auxiliar veterinario”
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)			
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)		Antecedentes epidemiológicos	Se adicionaron las opciones: “Circunstancia de exposición: Accidental”, “Circunstancia de Exposición: Desconocida”, “Circunstancia de exposición: Laboral”, “Circunstancia de exposición:Ambiental/exterior”, “Habitar o haber habitado una vivienda rural”, “Residente o viajero de zonas endémicas”

XII. Residencia Nacional en Epidemiología y el Concurso de Ingreso 2025.

La Residencia en Epidemiología es un programa remunerado de formación de posgrado a tiempo completo y con dedicación exclusiva, perteneciente a las residencias del equipo de salud. Se orienta a la producción de información para describir, comprender y explicar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de la población, detectar y priorizar problemas, proponer estrategias de intervención, apoyar la toma de decisiones y contribuir al monitoreo de políticas, programas y servicios de salud.

XII.1. Información detallada sobre la residencia:

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

XII.1.A. PROFESIONES HABILITADAS A CONCURSAR:

Medicina; Veterinaria; Lic. en Bioquímica; Bioquímica; Lic. en Ciencia y Tecnología de Alimentos; Lic. en Ciencias Biológicas; Lic. en Biotecnología; Lic. en Ciencias Matemáticas; Lic. en Ciencias Químicas; Farmacia; Lic. en Enfermería; Lic. en Fonoaudiología; Lic. en Kinesiología/Fisiatría; Lic. en Nutrición; Lic. en Obstetricia; Odontología; Lic. en Estadística; Lic. en Sociología; Lic. en Trabajo Social; Lic. en Ciencias Antropológicas; Prof. Universitario en Antropología; Lic. en Psicología; Lic. en Ciencias de la Comunicación.

XII.1.B. PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN DEFINITIVA DEL CONCURSO UNIFICADO:

https://www.argentina.gob.ar/salud/residencias/ingreso/concurso-unificado

XIII. 1° Edición del Curso: “Vigilancia y notificación de dengue”

Destinado a personal de salud que realiza tareas de vigilancia epidemiológica.

Modalidad Virtual Autoadministrada

Plataforma Virtual de Salud: https://pvs.msal.gov.ar

Inicia el 2 de diciembre

Duración: 25 horas.

INSCRIPCIONES EN:

Consultas a: capacitaciondirepinacion@msal.gov.ar

XIV. 7° Edición: Curso Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud

Duración: 30 horas

Formulario de inscripción: https://forms.gle/B2YKwVXmEVQZLRT1A