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

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **763**

Semana epidemiológica 26
AÑO 2025
Desde 22/06 al 28/06
Fecha de publicación
07/07/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD · REPÚBLICA ARGENTINA

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Alejandro Alberto VILCHES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

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

Rabia: Antonella Vallone[1], Esteban Couto[2], Dalila Rueda[1], Julián Antman[1], Natalia Casas[3], Emilio Faro[3], Guadalupe Piccirilli Martínez[11].

Monóxido de carbon: Federico Santoro[1], Silvina Moises[1], Antonella Vallone[1]

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, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, 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] Servicio de Neurovirosis, 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:

Las intoxicaciones con monóxido de carbono son más frecuentes en **épocas frías**, porque aumenta el uso de todo tipo de calefactores y porque suelen cerrarse las puertas y ventanas impidiendo la llegada de aire fresco, y también la salida de los gases tóxicos que se acumulan en el interior de las viviendas. Foto tomada de banco libre de derechos.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°763, SE 26.

I. Editorial del BEN 761

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

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

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

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

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

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

¡Hasta la próxima!

Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología

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

II. Sobre este BEN

El Boletín Epidemiológico Nacional N.° 763, correspondiente a la Semana Epidemiológica 26 (22 al 28 de junio de 2025), continúa profundizando el enfoque integral y situado de la vigilancia, consolidando una etapa editorial en la que cada edición aporta no solo datos actualizados, sino también herramientas para su interpretación crítica.

Se presentan nuevamente las Tablas de Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) seleccionados**.** Este conjunto de tablas permite seguir avanzando hacia una lectura más integral y dinámica de los datos, atendiendo a su complejidad y a los desafíos propios del sistema de vigilancia.

Dentro de los eventos priorizados, se actualiza, como en las últimas entregas, la situación de sarampión, dengue **e** infecciones respiratorias agudas**.**

Se continúa incluyendo también una nueva actualización del brote de enfermedad invasiva asociado a fentanilo contaminado, con información sobre los aislamientos identificados, las definiciones de caso utilizadas y el desempeño de las plataformas MALDITOF-MS para la identificación de Klebsiella variicola y Klebsiella pneumoniae.

En la sección de actualización periódica de eventos, se presenta un informe integral sobre rabia en Argentina, que sistematiza por primera vez la situación nacional entre 2019 y 2025. El análisis abarca tanto la rabia humana como animal, incluyendo vigilancia molecular, lineamientos para la toma y envío de muestras, y recomendaciones para los equipos de salud.

Además, se publica un informe sobre intoxicaciones por monóxido de carbono, que describe la evolución histórica del evento entre 2019 y 2024 y actualiza la situación 2025. El documento detalla los principales contextos de ocurrencia, factores de riesgo asociados, definiciones de caso y brote, y medidas clave para la prevención y respuesta desde los servicios de salud, con énfasis en los meses fríos del año.

Finalmente, se difunde la información de seis boletines jurisdiccionales, una nueva entrega del listado de modificaciones recientes en las codificaciones auxiliares del SNVS 2.0, fundamentales para mejorar la calidad de los datos notificados. Además, se informa sobre la incorporación de La Pampa al programa nacional de entrenamiento en epidemiología de campo (EPI-AR), destacando el compromiso federal con la formación de recursos humanos en salud pública.

Con cada nueva entrega, el BEN se sigue construyendo como un instrumento técnico, público y colectivo, que no sólo describe lo que sucede, sino que propone claves para intervenir con mayor profundidad, oportunidad y responsabilidad en los procesos de salud que atraviesan a nuestras comunidades.

Contenido

I. Editorial del BEN 761 5
II. Sobre este BEN 6

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

EVENTOS PRIORIZADOS 16
IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión 17
IV.1. Introducción 17
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional 17
IV.2.A. Canadá 17
IV.2.B. Estados Unidos de América 18
IV.2.C. México 19
IV.2.D. Bolivia 19
IV.3. Situación actual en Argentina 19
IV.3.A. Indicadores para la vigilancia epidemiológica 21
IV.3.B. Sobre el seguimiento de los casos confirmados 23
IV.4. Recomendaciones para la comunidad 23
IV.5. Recomendaciones para los equipos de salud 23
IV.6. Vigilancia epidemiológica 23
IV.6.A. Definición y clasificación de caso: 23
IV.7. Medidas de prevención 24
IV.8. Medidas ante casos y contactos 24
IV.8.A. Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados: 24
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus 26
V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus 26
V.1.A. Subregión Cono Sur 26
V.2. Situación de dengue en Argentina 29
V.2.A. Situación histórica 29
V.2.B. Indicadores basados en la vigilancia para determinar fases epidemiológicas. Actualización 31
V.2.C. Casos de dengue según fase 33
V.2.D. Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras arbovirosis 33
V.2.E. Temporada actual 33
V.2.F. Distribución según región, jurisdicción y departamento 35
V.2.G. Situación según serotipos circulantes 38
V.2.H. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo” 39
V.2.I. Vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue 40
V.2.J. Favorabilidad para brotes de Dengue 41
V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus 43
V.4. Vigilancia entomológica 44
V.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición 44
V.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) –SE15 (2025) 44
V.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios 48
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas 52
VI.1. Nota Metodológica 52
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 52
VI.3. Síntesis de la información nacional destacada 53
VI.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 53
VI.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 55
VI.4.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 55
VI.4.B. Neumonía 56
VI.4.C. Bronquiolitis 57
VI.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 59
VI.5.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 62
VI.6. Recomendaciones ante el aumento de casos de influenza y la circulación de virus respiratorios 63
VI.6.A. Recomendaciones para la población general 64
VI.7. Vacunación antigripal 64
VII. Actualización de estudio de brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado 66
VII.1. Introducción 66
VII.1.A. Antecedentes 66
VII.1.B. Sobre los aislamientos identificados y las definiciones de caso 67

VII.2. Situación epidemiológica 68
VII.3. Desempeño de plataformas MALDITOF-MS para la identificación de Klebsiella variicola y Klebsiella pneumoniae 70
VII.4. Vigilancia epidemiológica 71
VII.4.A. Modalidad de vigilancia y nota metodológica 71
VII.4.B. Objetivos de la vigilancia 71
VII.4.C. Definiciones de caso 71

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS 73
VIII. Rabia - Informe epidemiológico 74
VIII.1. Introducción 74
VIII.2. Situación de Rabia humana en Argentina 74
VIII.2.A. Modalidad de vigilancia y nota metodológica 74
VIII.2.B. Situación Epidemiológica (2021-2025) 75
VIII.3. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Rabia humana 75
VIII.3.A. Consideraciones generales 75
VIII.3.B. Embalaje para derivación de muestras 75
VIII.4. Recomendaciones para el equipo de salud 76
VIII.4.A. Medidas preventivas 76
VIII.4.B. Medidas ante casos y contactos 76
VIII.5. Situación de Rabia animal en Argentina 76
VIII.5.A. Modalidad de vigilancia y nota metodológica 76
VIII.5.B. Vigilancia molecular 82
VIII.6. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Rabia Animal 84
VIII.6.A. Consideraciones generales para la toma de muestra 84
VIII.6.B. Conservación y condiciones de transporte 85
VIII.7. Recomendaciones para el equipo de salud 86
VIII.7.A. Medidas preventivas 86
VIII.7.B. Medidas ante casos y contactos 86
VIII.7.C. Medidas ante brotes 87
VIII.8. Conclusiones 88
VIII.9. Vigilancia epidemiológica 89
VIII.9.A. Rabia Animal 89
VIII.9.B. Rabia en humanos 90
IX. Intoxicación por Monóxido de Carbono- Informe epidemiológico 91
IX.1. Introducción 91
IX.2. Situación de Intoxicación por Monóxido de Carbono en Argentina 91
IX.2.A. Nota metodológica 91
IX.2.B. Situación Epidemiológica Histórica (2019-2024) 92
IX.2.C. Situación Epidemiológica Actual (2025) 95
IX.3. Recomendaciones para el equipo de salud 98
IX.3.A. MEDIDAS preventivas 98
IX.3.B. Medidas ante casos y contactos 99
IX.4. Conclusiones 99
IX.5. Vigilancia epidemiológica 99
IX.5.A. Definiciones de caso 99
IX.5.B. Definiciones de brote 100

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 101
X. Boletines Jurisdiccionales 102
X.1. Buenos Aires: Eventos de Notificación Obligatoria (ENOs) 102
X.2. Mendoza: Vigilancia de virus respiratorios 103
X.3. Salta: Infección respiratoria aguda grave (IRAG) 104
X.4. Tierra del Fuego: Respiratorias agrupadas 105
X.5. Tucumán: Eventos priorizados 106

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 107
XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 108
XII. 1° Edición del Curso: "Vigilancia y notificación de dengue" 111
XIII. 7° Edición: Curso Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud 112
XIV. La Pampa se incorpora al programa de entrenamiento en epidemiología de campo y acciones de salud pública (EPI-AR) 113

TABLAS DE **EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA** SELECCIONADOS

III. Tablas de ENO seleccionados

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

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

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

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

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

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

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

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

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

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

III.1. Nota metodológica

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

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

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

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

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

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

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

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

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

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

III.1. Eventos nominales confirmados

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

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-26. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-26	2025 Acumulados SE 1-26	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	2	2	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	96	81	-15	-16%
Enf. zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	4.526	8.721	4.195	93%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	189	270	81	43%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	72	88	16	22%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o	5	4	-1	-20%
	Cisticercosis	4	5	1	25%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.624	4.533	1.909	73%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	294	526	232	79%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	18	30	12	67%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	13	7	117%
	Brucelosis	56	56	0	0%
	Hantavirosis	32	33	1	3%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	15	12	400%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	788	814	26	3%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	5	11	6	120%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	3	15	12	400%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	0	24	24	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	1	1	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	5.384	5.384	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	365	365	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	285	285	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	6.509	8.528	2.019	31%

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

III.2. Eventos nominales notificados y confirmados

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

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-26. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-26		2025 Acumulados SE 1-26		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enf. prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	1.804	63	1.418	133	-386	-21%	70	111%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	466	1	4.920	34	4.454	956%	33	3300%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	466	0	4.920	0	4.454	956%	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	1.084	447	1.369	448	285	26%	1	0%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	57	0	55	0	-2	-4%	0	N/A
Enf. Transmisibles por vectores	Dengue	85.146	55.081	57.629	17.406	-27.517	-32%	-37.675	-68%
	Encefalitis de San Luis	182	5	265	0	83	46%	-5	-100%
	Fiebre amarilla humana	104	0	128	0	24	23%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	32	0	56	0	24	75%	0	N/A
	Zika	1.438	0	769	0	-669	-47%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	228	76	147	34	-81	-36%	-42	-55%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.446	38	1.410	122	-36	-2%	84	221%
	Psitacosis	178	32	478	98	300	169%	66	206%
ETMI - Enf. del niño	Chagas agudo congénito	722	33	785	27	63	9%	-6	-18%
	Sífilis Congénita	1.537	487	482	467	-1.055	-69%	-20	-4%
	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	1.212	1.152	931	785	-281	-23%	-367	-32%
	Sífilis en embarazadas	5.271	4.672	5.810	5.413	539	10%	741	16%
	Hepatitis B en embarazadas	0	28	62	17	62	N/A	-11	-39%
Hepatitis virales	Hepatitis A	79	22	155	78	76	96%	56	255%
	Hepatitis B	1.423	334	1.639	356	216	15%	22	7%
	Hepatitis C	1.235	612	1.177	693	-58	-5%	81	13%
	Hepatitis E	26	2	16	1	-10	-38%	-1	-50%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	16.075	12.720	25.364	21.839	9.289	58%	9.119	72%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	512	366	696	564	184	36%	198	54%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	24	1	158	55	134	558%	54	5400%

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

III.3. Eventos agrupados clínicos

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

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

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

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

Tabla 3. Tabla de agrupados clínicos. SE 1-26. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-26	2025 Acumulados SE 1-26	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmitidas por alimentos	Diarrea	342.104	390.314	48.210	14%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	969	960	-9	-1%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	576	398	-178	-31%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin	50.655	29.638	-21.017	-41%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	578.890	523.176	-55.714	-10%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	37.444	30.918	-6.526	-17%
	Neumonía (sin especificar)	42.630	33.171	-9.459	-22%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	0	2.790	2.790	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	1	1.952	1.951	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	13.848	13.848	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	883	882	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	3	3.541	3.538	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	3	3.099	3.096	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	52	17.250	17.198	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	12	3.370	3.358	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	3	1.421	1.418	N/A
	Lesiones por electrocución	0	380	380	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	400	400	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	1	38.403	38.402	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	0	13.192	13.192	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	6	18.587	18.581	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	294	294	N/A
	Otras lesiones en el hogar	4	13.970	13.966	N/A

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

III.4. Eventos agrupados laboratoriales

III.4.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA TABLA

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

Esta tabla, se centra en la caracterización de eventos a partir de los datos de muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como aquellas que resultaron positivas,

permitiendo evaluar el volumen de pruebas realizadas y la proporción de casos confirmados para cada patología.

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

Tabla 4. Tabla de eventos agrupados laboratoriales. SE 1-26. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-26		2025 Acumulados SE 1-26		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	2.112	127	1.711	99	-401	-19%	-28	-22%
	Infección por Mycoplasma genitalium	374	7	286	8	-88	-24%	1	14%
	Infección por Mycoplasma hominis	1.427	139	1.379	184	-48	-3%	45	32%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	7.929	256	3.153	201	-4.776	-60%	-55	-21%
	Infección por Trichomonas vaginalis	12.672	1.369	10.053	1.168	-2.619	-21%	-201	-15%

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

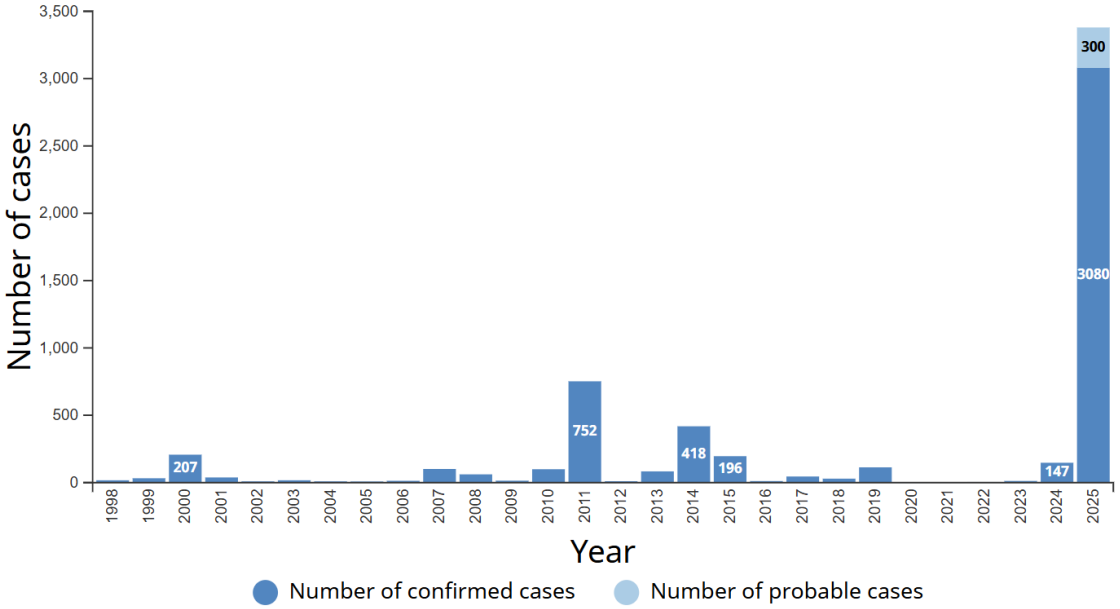
IV.2.A. CANADÁ[5]

En 2025, se han notificado un total de 3.381 casos de sarampión (3.081 confirmados, 300 probables) en 9 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta **el 14 de junio de 2025.**

En la semana 24 (del 8 al 14 de junio de 2025), se notificaron 221 nuevos casos de sarampión (203 confirmados y 18 probables) en 5 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Ontario y Saskatchewan).

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

Figura 1. Número de casos de sarampión notificados en Canadá por año de inicio del exantema, desde la eliminación del sarampión (1998) hasta el 14 de junio de 2025.



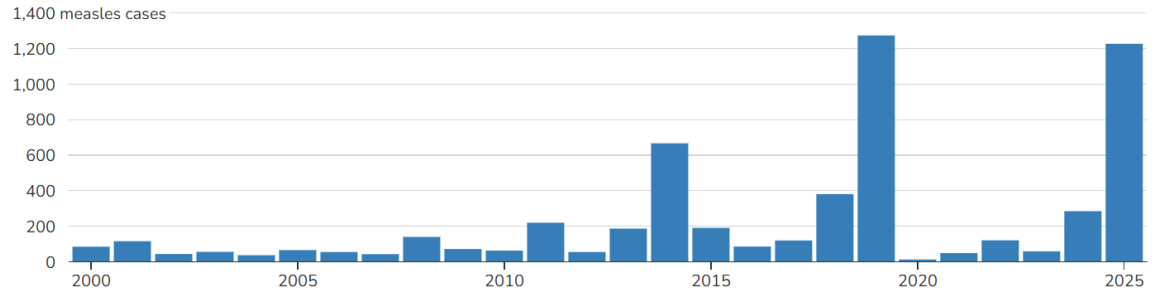
IV.2.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[6]

Al 24 de junio de 2025, se notificaron un total de 1.227 casos confirmados de sarampión en 37 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, Oregon, Pensilvania, Rhode Island, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Vermont, Utah, Virginia y Washington.

En 2025 se han notificado 23 brotes, y el 89% de los casos confirmados (1.088 de 1.227) 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 24/06/25).



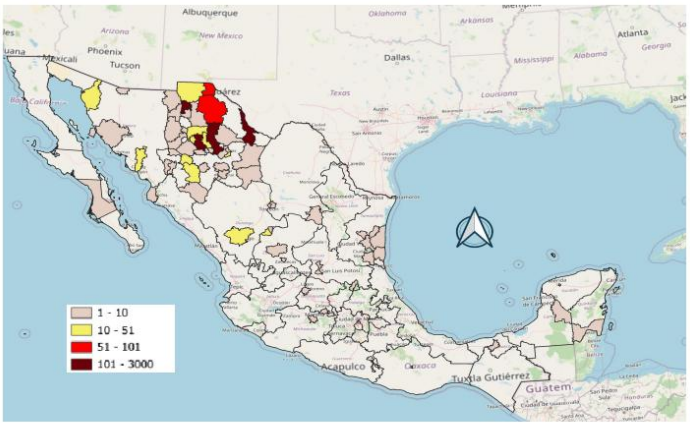
[6] https://www.cdc.gov/measles/data-research/index.html.

IV.2.C. MÉXICO[7]

Al 26 de junio, se han reportado 2.703 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 31 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 18 estados y 61 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 9 fallecimientos.

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios de residencia, 26 de junio 2025, México.



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

IV.2.D. BOLIVIA[8]

Por resolución del Consejo Nacional Estratégico para Emergencias Sanitarias, el martes 24 de junio de 2025, el Ministerio de Salud y Deportes declaró Emergencia Sanitaria Nacional ante el incremento de casos de sarampión en Bolivia, por tanto, de forma inmediata se trabaja en un plan para la toma de acciones con todos los niveles del Estado y coordinación permanente. **Desde el 21 de abril al 24 de junio se reportaron 60 casos positivos en el país**.

IV.3. Situación actual en Argentina

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 2.554 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.

Al cierre de este informe se detectó un nuevo caso (caso 35) confirmado en la localidad de El Pato, departamento Berazategui, en la provincia de Buenos Aires, con fecha de inicio de síntomas el día 25 de junio. Corresponde a una niña de 4 años sin información hasta el momento de la completud de su calendario de vacunación.

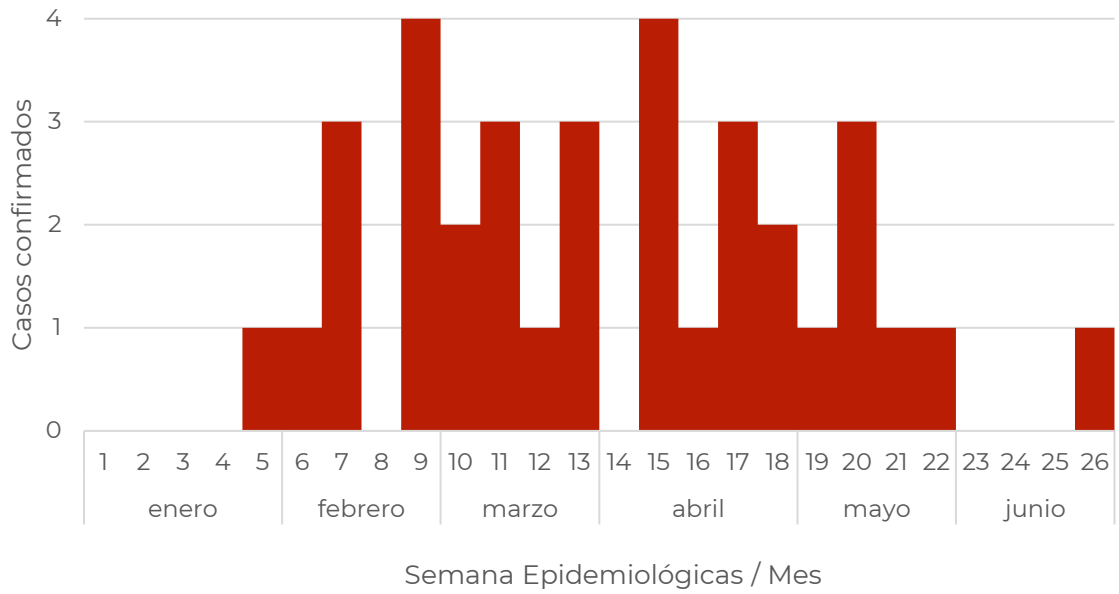
[7] https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2025?idiom=es

[8] https://www.minsalud.gob.bo/8696-bolivia-declara-emergencia-sanitaria-nacional-por-sarampion-para-control-y-contencion-de-la-enfermedad

Las acciones de control y seguimiento se encuentran realizándose por parte de la jurisdicción, y se contemplarán los tiempos de posible aparición de casos secundario y seguimiento de contactos.

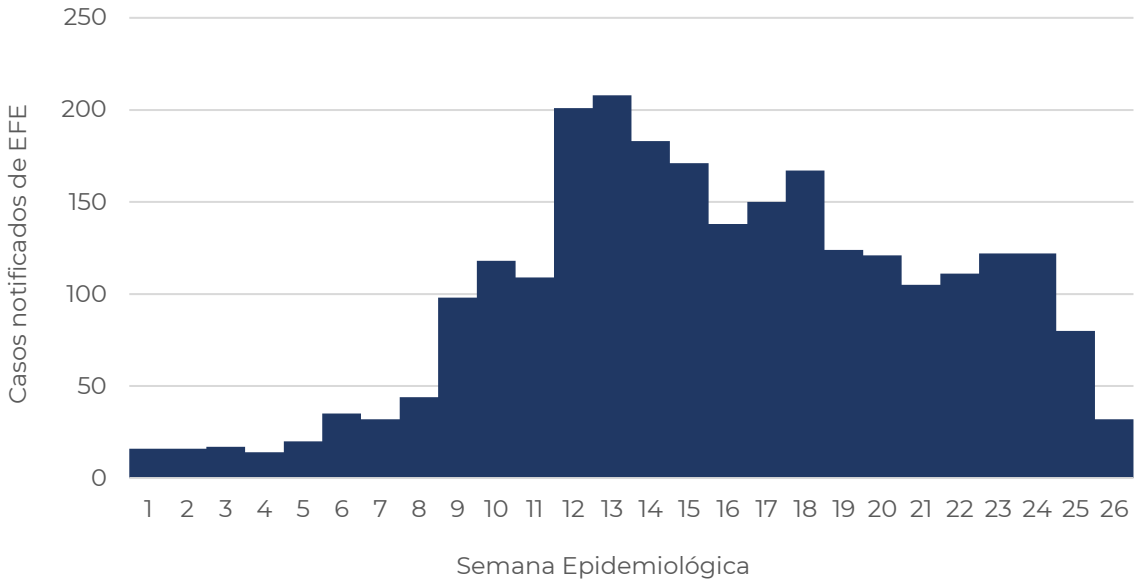
Se destaca que del total de los 35 casos confirmados, 21 corresponden a la provincia de Buenos Aires, 13 a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 1 caso importado de la provincia de San Luis.

Gráfico 1. Número de casos confirmados de Sarampión según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE27 de 2025. N= 35



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

Gráfico 2. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE26 de 2025. N= 2.554



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. 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 SE26 de 2025[9].

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	21	1549	8,4	183	367
CABA	13	603	19,5	31	62
Catamarca		11	2,5	4	9
Chaco		22	1,7	13	25
Chubut		20	3,0	7	13
Córdoba		62	1,6	39	79
Corrientes		6	0,5	12	23
Entre Ríos		37	2,6	14	29
Formosa		2	0,3	6	13
Jujuy		32	3,9	8	16
La Pampa		19	5,1	4	7
La Rioja		1	0,2	4	8
Mendoza		59	2,8	21	42
Misiones		7	0,5	13	27
Neuquén		3	0,4	7	14
Río Negro		6	0,8	8	16
Salta		12	0,8	15	30
San Juan		11	1,3	8	16
San Luis	1	8	1,5	5	11
Santa Cruz		9	2,2	4	8
Santa Fe		47	1,3	37	73
Santiago del Estero		13	1,3	10	21
Tierra del Fuego		1	0,5	2	4
Tucumán		14	0,8	18	36
Total	**35**	**2554**	**5,4**	**473**	**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).

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 al 28 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 181. Por este motivo, las 1.549 que se constatan en esta jurisdicción (en verde) están por encima de lo esperado. De hecho, al igual que CABA, ambas jurisdicciones con casos confirmados, superaron holgadamente las notificaciones esperadas para todo el año. También presentaron más notificaciones que las esperadas para todo el año las siguientes provincias: Catamarca, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza y Santa Cruz.

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

Por encima de lo esperado, específicamente, para la fecha actual, se encuentran: Chaco, Córdoba, San Juan, San Luis, Santa Fe y Santiago del Estero.

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

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

A la fecha de publicación del presente boletín (7 de julio de 2025), se encuentran realizándose las acciones de control y seguimiento vinculadas al último caso notificado (caso 35). El último caso confirmado presenta fecha de exantema el 25 de junio de 2025.

IV.4. Recomendaciones para la comunidad

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

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

IV.5. Recomendaciones para los equipos de salud

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

IV.6. Vigilancia epidemiológica

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

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

IV.6.A. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASO:

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

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

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

IV.7. Medidas de prevención

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

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

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

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

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

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

Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:

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

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

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

IV.8. Medidas ante casos y contactos

IV.8.A. MEDIDAS ANTE CASOS SOSPECHOSOS Y/O CONFIRMADOS:

- Instaurar medidas de aislamiento respiratorio: uso de barbijo para la persona con sintomatología y para acompañantes para la circulación y atención dentro de la institución.
- Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios.
- Asegurar la atención de manera inmediata, evitando traslados innecesarios (evitar circular en transportes públicos y dentro de las instituciones, en caso de ser necesario salir de domicilio debe utilizar doble barbijo)
- El personal de salud a cargo de su atención deberá Utilizar barbijo de Alta eficiencia (N95); y contar con carnet de vacunación que certifique al menos 2 dosis en la vida con componente de sarampión doble viral (DV) o triple viral (SRP) o el antecedente clínico/serológico que demuestre haber padecido la enfermedad o haber sido inmunizado con vacuna.
- Informar inmediatamente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso, sin esperar resultados de laboratorio.
- Confeccionar la ficha de investigación epidemiológica y reportar los datos de la misma en el SNVS 2.0, evento “Enfermedad Febril Exantemática”.
- Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: tomar siempre muestra de sangre sumado a una muestra de orina dentro de los 14 días posteriores a la aparición de exantema y/o hisopado o aspirado nasofaríngeo (HNF o ANF) preferentemente dentro de

los 7 días de inicio del cuadro. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que debe realizarse dentro de las 48 hs. posteriores a la toma.

Vacunación dentro de las 48 a 72 hs.

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

- Realizar búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación).
- Localización y seguimiento de los contactos: Personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con vínculo epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión, o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola). Realizar el seguimiento de los potenciales susceptibles hasta 21 días después del inicio del exantema del caso.
- Búsqueda de la fuente de infección: Se buscará todo posible contacto con un caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar posibles situaciones o lugares de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.

Ficha de notificación:
ficha_de_sarampion_y_rubeola_1742024.pdf

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

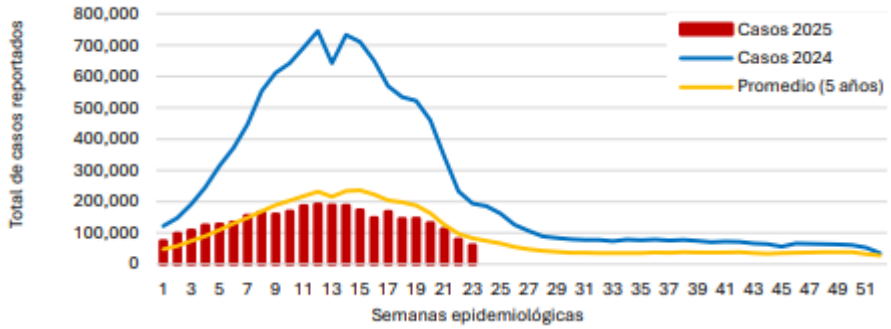
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 23, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud actualizado el 27 de junio.

A la semana epidemiológica (SE) 23 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,220,546 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 317 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 70% en comparación al mismo periodo del 2024 y de 11% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 23 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 3,220,546 casos de dengue reportados en las Américas, 1,287,961 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 4,115 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,450 muertes por dengue, para una letalidad del 0.045%.

Catorce países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 23. Estos países registran en conjunto 60,411 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 23.

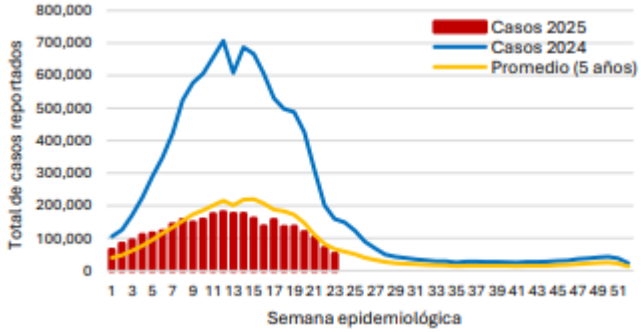
Del total de casos registrados en la SE 23, 75 fueron casos de dengue grave (0.1%) y se reportaron 12 muertes para una letalidad de 0.019%.

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 51,572 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 23. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 70% en comparación con la misma semana del 2024 y de 11% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

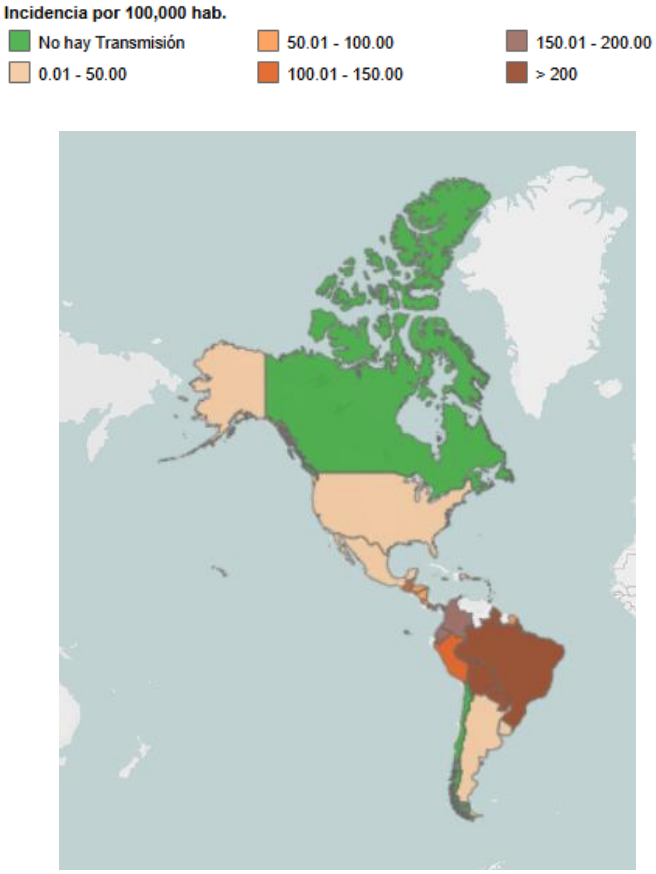
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 23, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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.[10]
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.

[10] 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)[11] y el ARBO-portal[12] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 03/07/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 26/2025 se han reportado 2.989.222 casos de dengue, con 1.347 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 68% respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, hasta la SE 26/2025 se notificaron 181.275 casos, un 52% menos que lo informado para esa semana el año anterior, con 92 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 25/2025 se confirmaron 11.744 casos, un 66% más que en igual período del año pasado, con 4 defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 24/2025, se han reportado 26.105 casos de dengue, con 2 fallecimientos asociados, lo que representa una disminución del 35% en comparación con el mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se registraron 3.863 casos, un aumento de casi 10 veces el valor del año previo, con una defunción. Asimismo, hasta la misma semana se notificaron 601 casos de zika, tres veces más 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 24/2025, se han reportado 20.956 casos de dengue y un fallecimiento asociado, un 92% menos respecto a la misma semana de 2024. En cuanto a chikungunya, hasta la SE 24/2025 se notificaron 39 casos, un 99% menos comparado con el año anterior, sin defunciones por este evento. Respecto al zika, hasta la SE 24/2025 no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían reportado 4 casos.

Perú: hasta la SE 25/2025, se han notificado 35.792 casos de dengue, un 86% menos que el mismo periodo de 2024, con 45 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 24/2025 se registraron 55 casos, un valor similar al año anterior, sin defunciones para este evento. Asimismo, a la SE 24/2025 se han registrado 2 casos de zika, mientras a la misma semana de 2024 se habían notificado 4 casos. 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 marcado aumento de casos. Con respecto al virus del Zika, se registra una disminución en Brasil, un incremento en Bolivia y, hasta la fecha, no se han notificado casos en Paraguay. Por otro lado, se ha registrado un brote de Oropouche en la Región de las Américas que este año afecta a Brasil y Perú.

[11] 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

[12] 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).

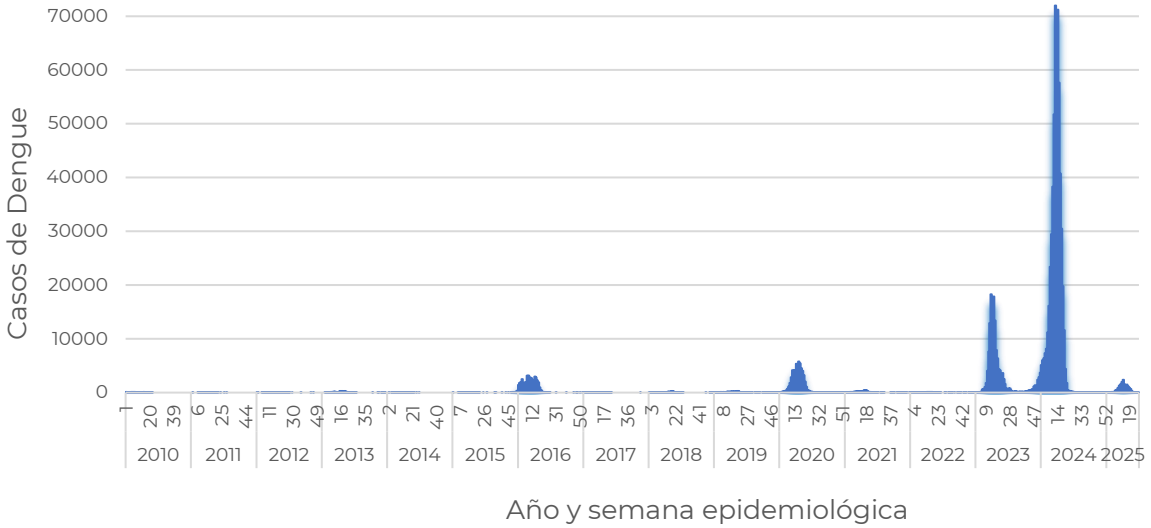
V.2. Situación de dengue en Argentina

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-SE26/2025. Argentina. N=862.779

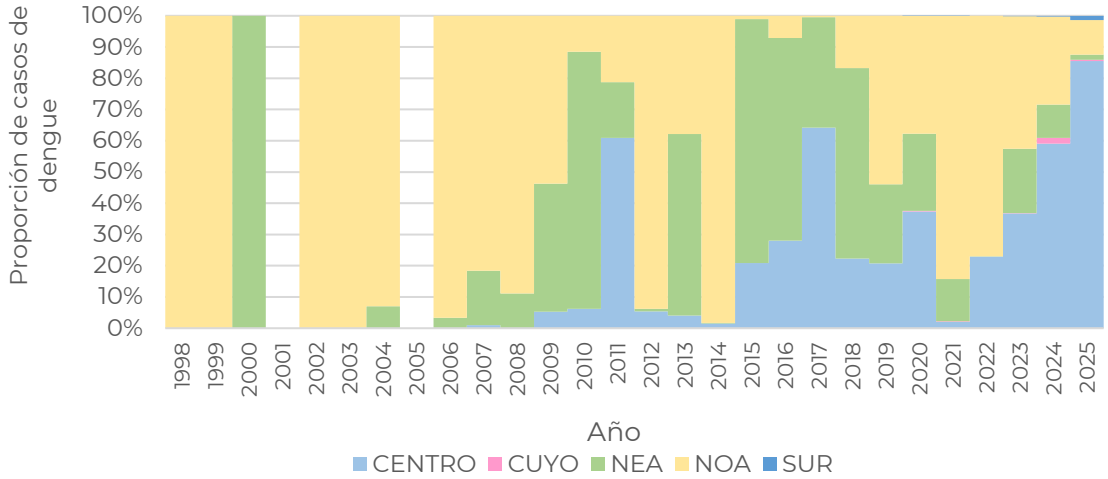


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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.

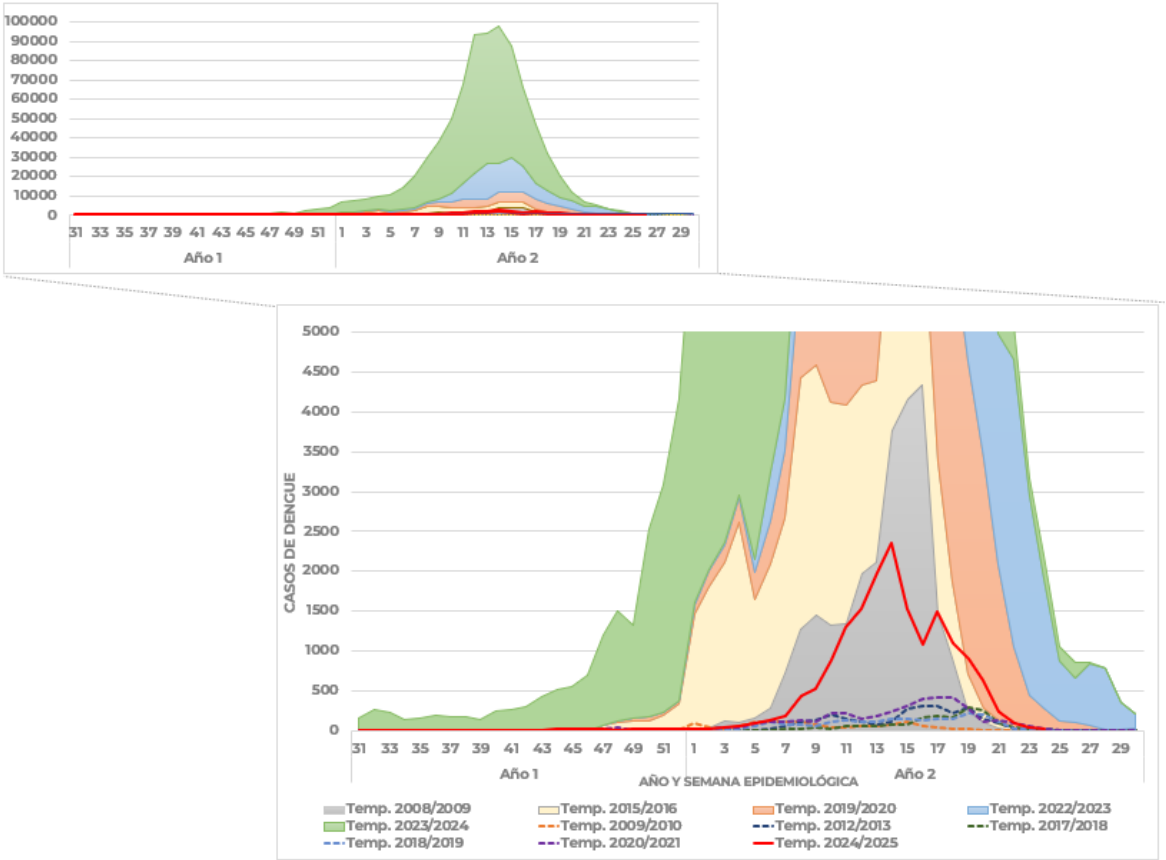
Gráfico 4. Dengue: distribución porcentual por región de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998-2025.



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 SE25/2025. Con el fin de que se visualice con mayor claridad la temporada actual y su comparación con el resto, se seleccionaron para el análisis las temporadas no epidémicas con más de 1000 casos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

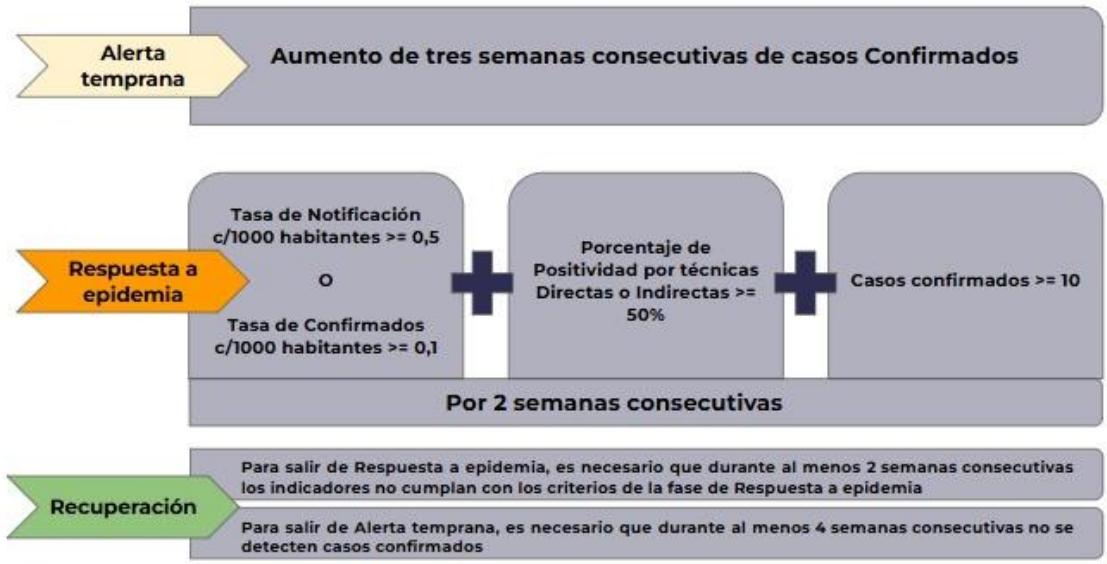
- Cambio de fase de alerta temprana/ respuesta a epidemias a recuperación. Se presentan dos escenarios posibles:

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

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

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

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



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

V.2.C. CASOS DE DENGUE SEGÚN FASE

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

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

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

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

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

V.2.E. TEMPORADA ACTUAL

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE26/2025), se notificaron en Argentina 76.426 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 8319 fueron confirmados por laboratorio y 8693 por nexo clínico epidemiológico, con un **total de 17.012 casos de dengue**[13]. Como se puede observar también en la Tabla 1, un total de 8074 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 157 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas[14]. Se confirmaron 245 casos con antecedente de viaje a Brasil, China, Colombia, Cuba, México, Venezuela, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Republica Dominicana.

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

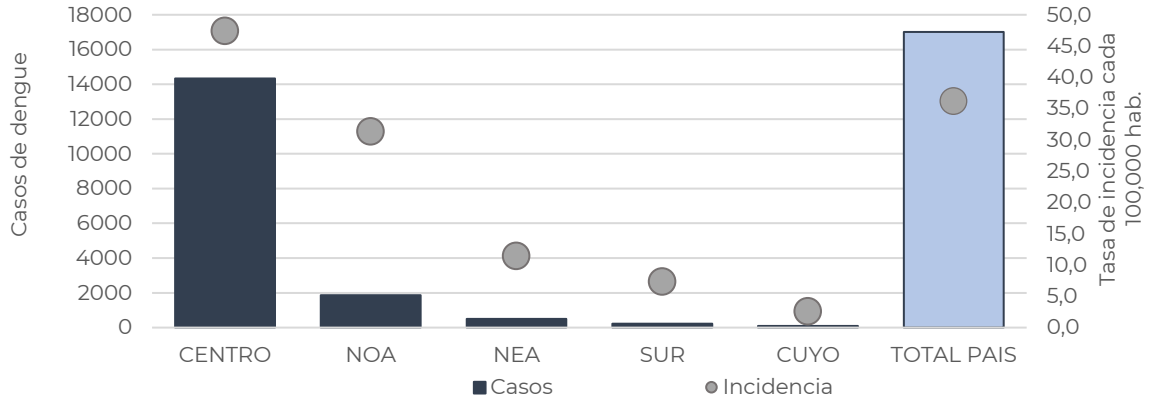
Durante la SE26/2025 (según fecha de notificación al SNVS[15]), se notificaron 329 casos sospechosos[16] de los cuales 15 se confirmaron y 10 fueron clasificados como casos probables donde la totalidad se encuentra en investigación con respecto al antecedente epidemiológico. Cabe destacar que estos casos 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[17]. 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 3. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 84,3% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las Regiones NOA con el 10,9%, NEA con el 2,9%, Sur con el 1,3% y Cuyo con el 0,5%.

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

- Hasta la SE52 se notificaron 13 casos en promedio por semana, cuyo rango oscila entre 5 y 28. Si bien se observan sutiles oscilaciones asociadas al aumento/descenso de casos, la curva mantiene una tendencia estable sin variaciones sustanciales en el comportamiento epidemiológico.
- A partir de la SE1, y considerando la carga retrospectiva de casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), se observa un aumento progresivo en la incidencia de casos, alcanzando su punto máximo en la SE14. A partir de la SE15 se evidencia un cambio en la tendencia, con un descenso progresivo en el número de casos notificados. El promedio de casos hasta la SE26 es 644.
- Es relevante señalar que durante la última semana epidemiológica puede observarse un aparente descenso en el número de casos, lo cual podría estar relacionado con retrasos en la notificación. Esta variabilidad, causada por la carga retrospectiva, podría modificar la dinámica previamente observada. Sin embargo, este fenómeno se corregirá y reflejará adecuadamente en los análisis posteriores, una vez que los registros sean actualizados.

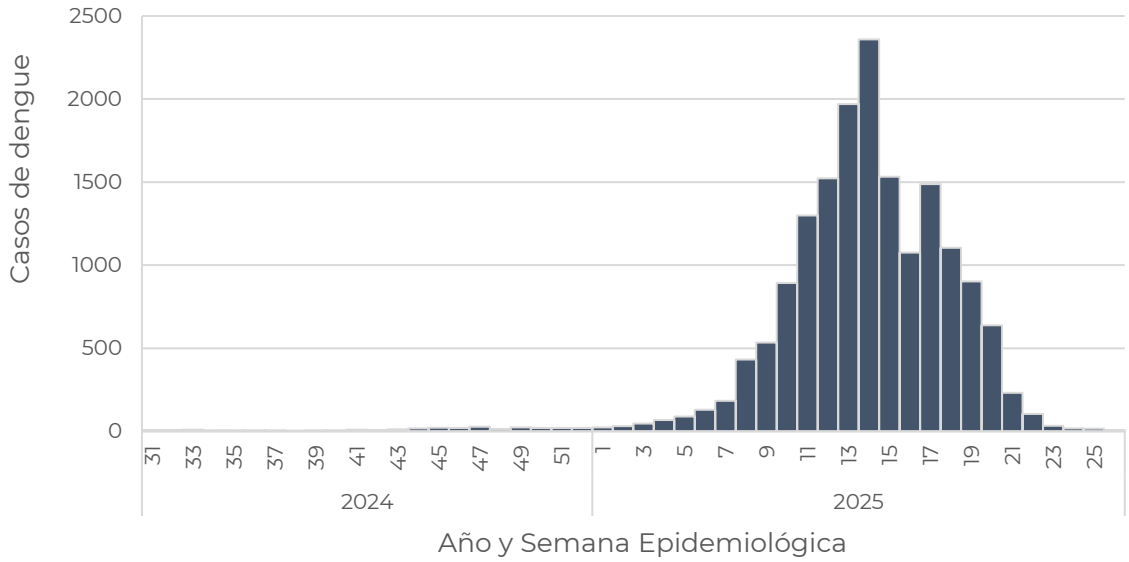
Gráfico 6. Dengue: Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab. según Región. SE31/2024 a SE26/2025. Argentina.



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

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

Gráfico 7. Dengue: Casos de dengue[18] por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE26/2025. Argentina.



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

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

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

[18]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).

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE26/2025. 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	457	564	24	15	55	536	5711	1044	7870
CABA	156	142	18	2	0	174	2255	761	3334
Córdoba	2415	1573	8	3	1155	3578	9407	710	15271
Entre Ríos	107	102	12	10	8	127	884	3	1126
Santa Fe	2890	611	124	11	6913	9927	3835	1285	15669
Total Centro	**6025**	**2992**	**186**	**41**	**8131**	**14342**	**22092**	**3803**	**43270**
Mendoza	11	35	7	3	0	18	1668	97	1821
San Juan	1	1	1	1	0	2	359	9	372
San Luis	59	22	8	5	0	67	290	33	417
Total Cuyo	**71**	**58**	**16**	**9**	**0**	**87**	**2317**	**139**	**2610**
Chaco	15	212	1	0	0	16	2640	108	2976
Corrientes	57	8	1	0	0	58	477	19	562
Formosa	418	5	0	0	0	418	7381	67	7871
Misiones	2	20	3	5	0	5	1272	3	1305
Total NEA	**492**	**245**	**5**	**5**	**0**	**497**	**11770**	**197**	**12714**
Catamarca	10	13	8	5	1	19	884	4	925
Jujuy	0	0	0	0	0	0	1201	2	1203
La Rioja	117	49	0	0	0	117	1346	6	1518
Salta	18	62	6	12	2	26	2204	84	2388
Santiago del Estero	0	37	2	2	0	2	1135	298	1474
Tucumán	1172	433	0	1	522	1694	6408	657	9193
Total NOA	**1317**	**594**	**16**	**20**	**525**	**1858**	**13178**	**1051**	**16701**
Chubut	0	0	6	3	0	6	30	2	41
La Pampa	169	34	9	2	37	215	638	58	947
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	57	4	63
Tierra del Fuego	0	0	2	2	0	2	17	4	25
Total Sur	**169**	**35**	**22**	**10**	**37**	**228**	**787**	**71**	**1131**
Total País	**8074**	**3924**	**245**	**85**	**8693**	**17012**	**50144**	**5261**	**76426**

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

C-E: Clínico-epidemiológico

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

Durante las últimas cuatro semanas, se registraron principalmente casos de dengue en los departamentos Río Chico, Chicligasta, La Cocha y Graneros, en la provincia de Tucumán, y en los departamentos Patiño, Pilcomayo, Pilagás, Pirané y Capital, en la provincia de Formosa.

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

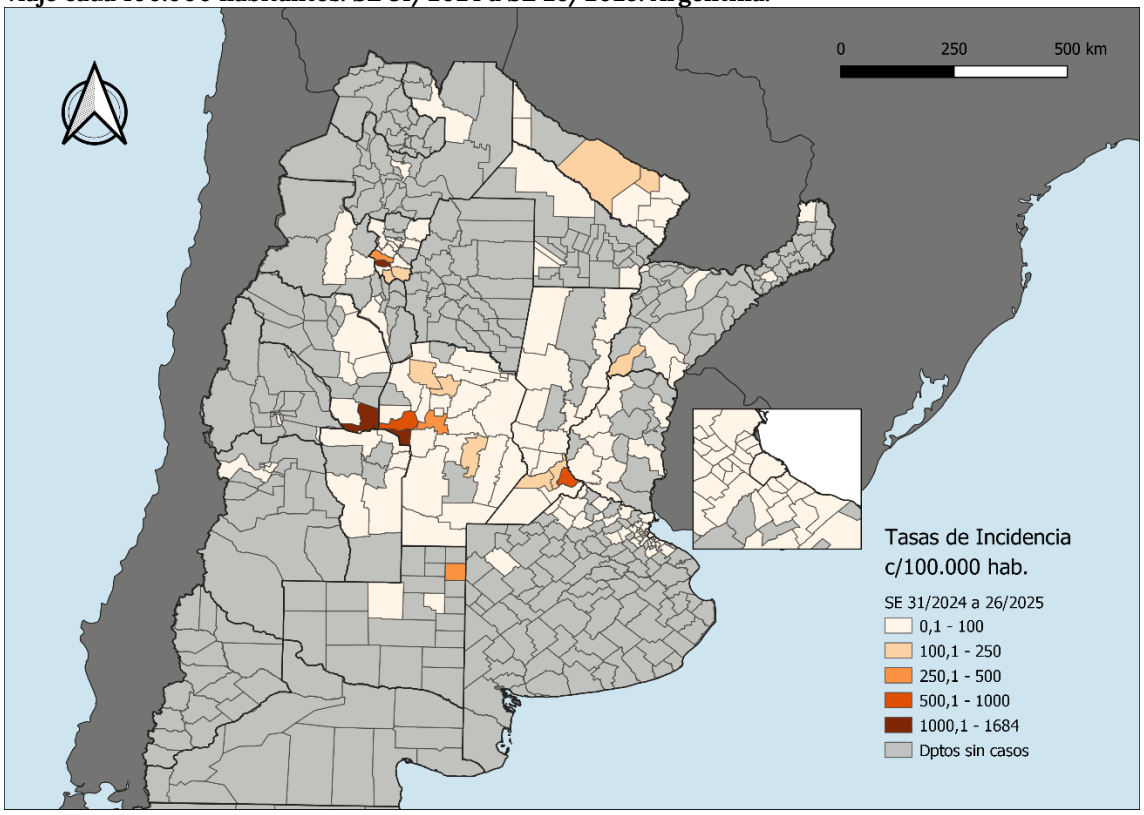
Tabla 2. Dengue: Cambios de Fase según Indicadores Epidemiológicos por Semana Epidemiológica, en Jurisdicciones a Nivel Departamental. Temporada 2024/2025. SE31 a SE26/2025. Argentina.

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

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

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

Mapa 2. Dengue: Incidencia acumulada por departamento con casos de dengue sin antecedente de viaje cada 100.000 habitantes. SE 31/2024 a SE 26/2025. Argentina.



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

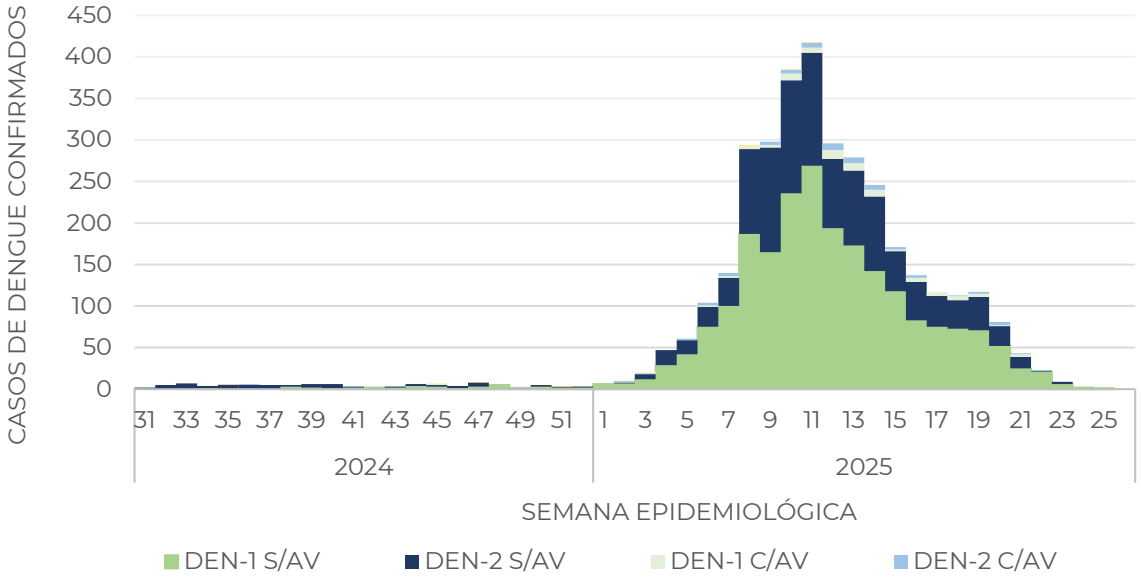
V.2.G. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (64,68%). Los casos a DEN-2 alcanzan un 35,06%, 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.

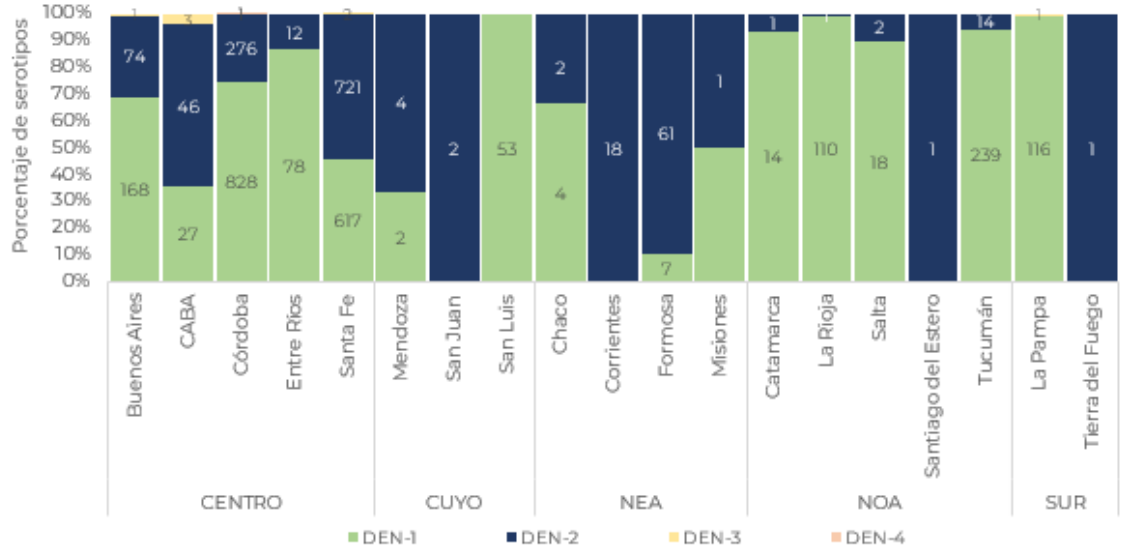
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país (México, Venezuela, Brasil, Tailandia y Cuba).

Gráfico 8. Dengue: número de casos según serotipo y antecedente de viaje por semana epidemiológica. SE31/2024 a SE26/2025. 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=3516) según provincia. SE31/2024 a SE26/2025. Argentina.



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

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

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

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

durante el embarazo" para garantizar la correcta notificación de los casos de dengue asociados a dicha condición clínica y poder registrar los mortinatos, las muertes fetales y los abortos si correspondiera.

Desde su creación, se han notificado 430 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de los cuales, 112 casos ha sido confirmados, 15 casos probables, 266 cuentan con laboratorio negativo y 37 no cuentan con laboratorio.

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

En la provincia de Santa Fe se notificaron 70 casos confirmados de dengue; de los cuales 34 correspondieron al serotipo DEN-1, 25 al serotipo DEN-2, mientras que los restantes no cuentan con serotipificación. El 97% corresponden a la Ciudad de Rosario.

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

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

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

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

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

A partir de abril de 2024, desde la Dirección de Epidemiología en conjunto con distintas direcciones intra ministeriales y consultores externos[19], 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*

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

epidemiológica: vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue"[20] y la "*Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus*"[21]

Entre la SE 31/2024 y la SE 26/2025 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 16 casos con criterio de gravedad. A partir de la implementación de los Comités jurisdiccionales de Vigilancia de Gravedad y Mortalidad por Dengue, el total de casos clasificados como graves o fatales puede estar sujeto a modificaciones, en función de la revisión y dictamen final emitido por dichos comités. Esto aplica en aquellos casos en que la autoridad jurisdiccional determine que el evento no presenta una asociación causal con el caso grave o fallecido reportado.

Con respecto a los casos fallecidos, desde la SE 31/2024 a la SE 26/2025 se han registrado **doce óbitos vinculados al evento.** Diez de los casos correspondieron a residentes de la provincia de Santa Fe, de los departamentos Rosario (8), San Lorenzo (1) y Caseros (1). Los otros dos casos correspondieron a residentes de CABA (Comuna 11) y Córdoba (San Alberto). Los fallecimientos ocurrieron entre las SE 11 y 20 (considerando la fecha de inicio de síntomas). La mediana de edad es de 65 años, con un rango de edades entre 14 meses y 79 años. Nueve de los doce casos presentaban comorbilidades o condiciones clínicas preexistentes que contribuyeron al desarrollo de complicaciones asociadas a la infección por virus dengue y, por tanto, al fallecimiento: obesidad mórbida, diabetes, hipertensión, cardiopatía, enfermedad neurológica crónica y/o inmunocompromiso. Dos de los casos fallecidos correspondieron a personas adultas jóvenes (25 y 47 años) sin comorbilidades identificadas al momento del análisis. Ambos eventos continúan en proceso de evaluación por parte de los comités de vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue, tanto a nivel jurisdiccional como nacional.

V.2.J. FAVORABILIDAD PARA BROTES DE DENGUE

Con el objetivo de fortalecer la capacidad de respuesta ante brotes de dengue, y utilizando como base el trabajo realizado por el Ministerio de Salud de Brasil[22] 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[23] (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

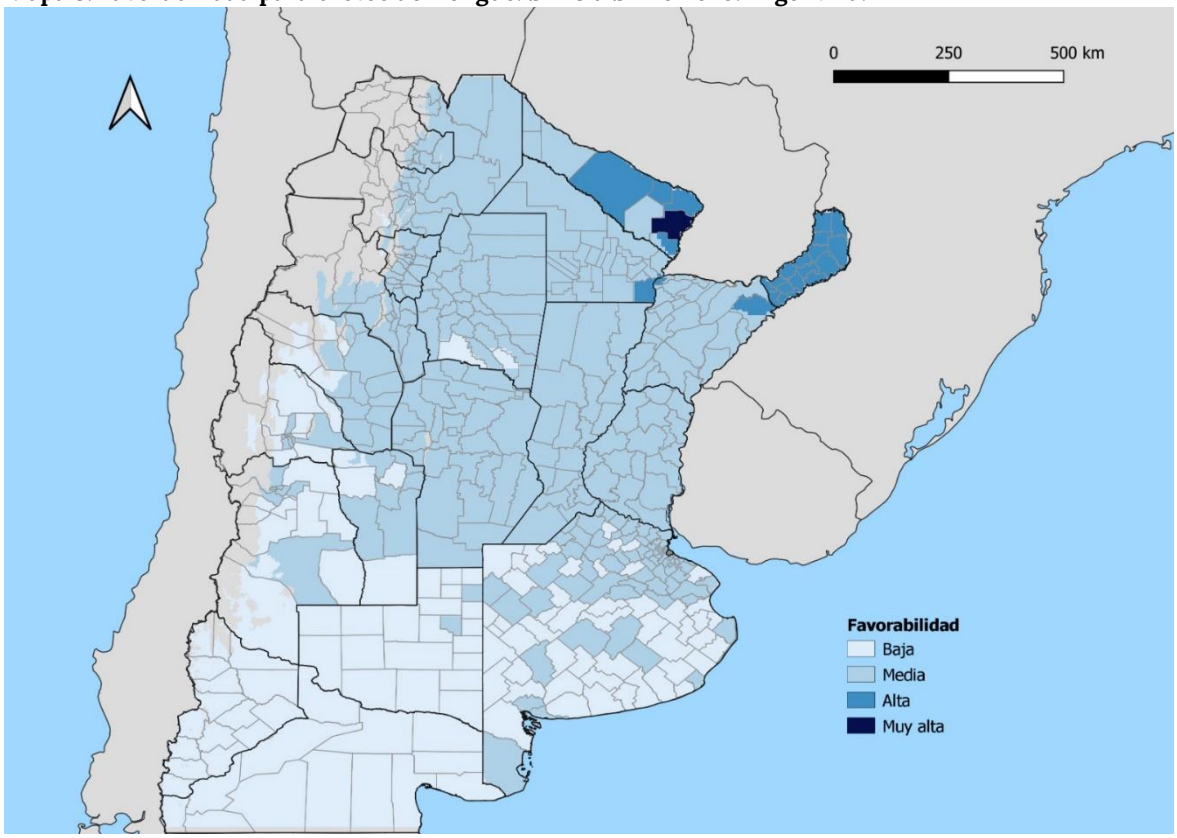
[20] Disponible en: circular_de_vigilancia_dengue_mortalidad_-_junio_2024.pdf
[21] Disponible en: guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf
[22] Ministério da Saúde Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - Nota Informativa Nº 35/2024-CGARB/DEDT/SVSA/MS. Brasilia: 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
[23] Versión de QGIS 3.24.1-Tisler

2.0).

Para la elaboración de este producto, se analizaron factores sociodemográficos, ambientales y epidemiológicos. Entre ellos, la densidad poblacional, las ecorregiones ubicadas por debajo de los 2.500 msnm, la presencia histórica del vector *Aedes aegypti* en cada jurisdicción y el riesgo entomológico reciente, estimado a partir de indicadores larvarios. Asimismo, se incorporaron variables climáticas, como la precipitación acumulada y las temperaturas mínima y máxima promedio de las últimas dos semanas junto con información epidemiológica como la ocurrencia histórica de casos, la tasa de notificación promedio de las últimas dos semanas y la fase de cada departamento (preparación, alerta temprana, respuesta a epidemia, recuperación), según el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante epidemias de dengue y otras arbovirosis[24].

De acuerdo con la sumatoria de estas variables, al cierre de la SE 26/2025, el departamento de 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 26 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)

[24] 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 SE26/2025).

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 **2534** 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 SE26/2025. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	182	0	76	0	152	4	42	2	11
CABA	0	11	0	4	0	1	0	4	0	3
Córdoba	0	214	0	81	0	204	6	396	0	0
Entre Ríos	12	230	0	1	0	29	4	37	0	1
Santa Fe	0	1520	0	96	0	135	0	15	0	19
Total Centro	**12**	**2157**	**0**	**258**	**0**	**521**	**14**	**494**	**2**	**34**
Mendoza	0	336	0	88	0	69	0	2	0	0
San Juan	0	1	0	2	0	2	0	2	0	1
San Luis	0	0	0	2	0	8	0	9	0	0
Total Cuyo	**0**	**337**	**0**	**92**	**0**	**79**	**0**	**13**	**0**	**1**
Chaco	18	835	0	415	0	24	0	2	0	1
Corrientes	0	31	0	10	0	10	0	1	0	0
Formosa	0	17	0	5	0	77	0	0	0	0
Misiones	0	69	0	44	0	29	0	0	0	20
Total NEA	**18**	**952**	**0**	**474**	**0**	**140**	**0**	**3**	**0**	**21**
Catamarca	0	16	0	13	0	1	0	0	0	13
Jujuy	0	43	0	23	0	1	0	3	0	2
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	17	0	14	0	205	0	0	0	1
Total NOA	**1**	**778**	**0**	**487**	**0**	**403**	**0**	**9**	**0**	**92**
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	**31**	**4224**	**0**	**1314**	**0**	**1151**	**14**	**522**	**2**	**148**

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

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

Entre Ríos notificó 12 casos probables[25] de Fiebre Chikungunya en la localidad Federal con IgM positivas. Las muestras fueron enviadas al Laboratorio Nacional de Referencia-Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio Maiztegui" para corroborar dicho diagnóstico.

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

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

V.4. Vigilancia entomológica

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

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

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

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

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

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 actualidad (con un leve ascenso en la SE23). Durante las últimas dos semanas se calcularon IPO menores al 10%, lo que confirma un descenso sostenido provocado por las bajas temperaturas experimentadas en todas las regiones del país (Gráfico 1). Es importante destacar

[25] En esta edición, el total de casos de chikungunya en Entre Ríos es inferior al reportado en la edición anterior (BEN SE25/N°762), debido a reclasificación de casos por parte de las jurisdicciones.

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.

Gráfico 1. Evolución del IPO (línea azul) y el IDH (barras grises) en Argentina, SE 31 (2024)- SE 26 (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 10 semanas se observa una tendencia descendente del IPO con algunas variaciones. En la SE25 se registró una negativización de los sensores coincidente con el descenso de las temperaturas en la región (Gráfico 2). Para esta región los datos se presentan hasta dicha semana.

Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 25 (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 del79,27%, situación que se mantuvo hasta la SE 21 (Gráfico 3). Luego de presentar una disminución marcada durante la SE22, el IPO mostró un aumento relativo en la SE 23, consolidándose posteriormente una tendencia descendente que coloca a la región en una situación de riesgo entomológico bajo, explicada por el descenso de las temperaturas.

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 25 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

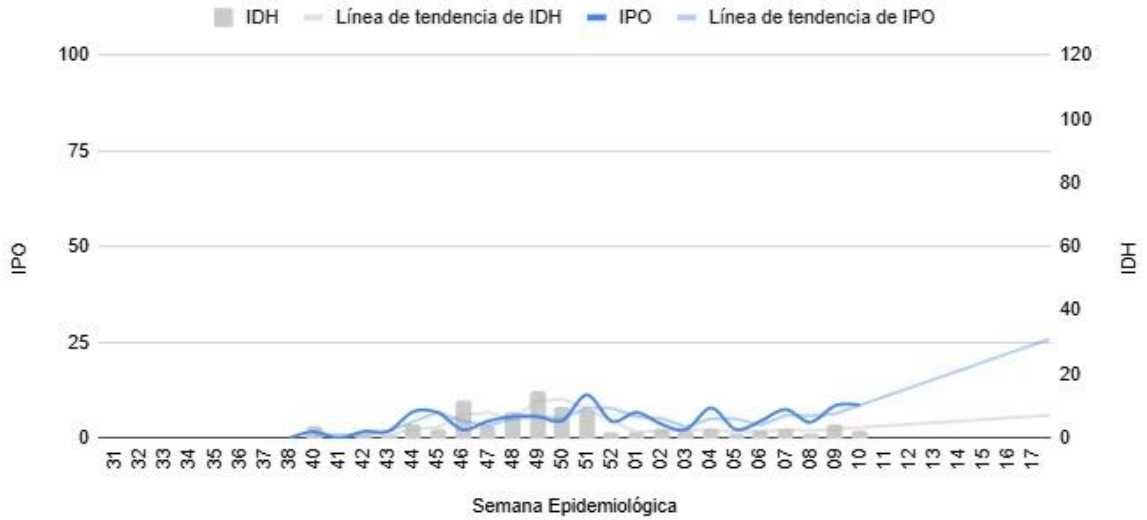
En la región **Centro**, el inicio de la positividad se estableció a partir de la SE 41 (Gráfico 4), mostrando un ascenso del IPO más lento que las regiones de NOA y NEA, coincidente con las diferencias climáticas y ambientales de la región. Durante la SE08 el IPO muestra un pico, superando el límite 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 7 semanas, el IPO de la región mostró un descenso sostenido (Gráfico 4), correspondientes a riesgo entomológico bajo. Durante la última semana, se registró nuevamente la negativización de los sensores (Gráfico 4).

Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 26 (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.

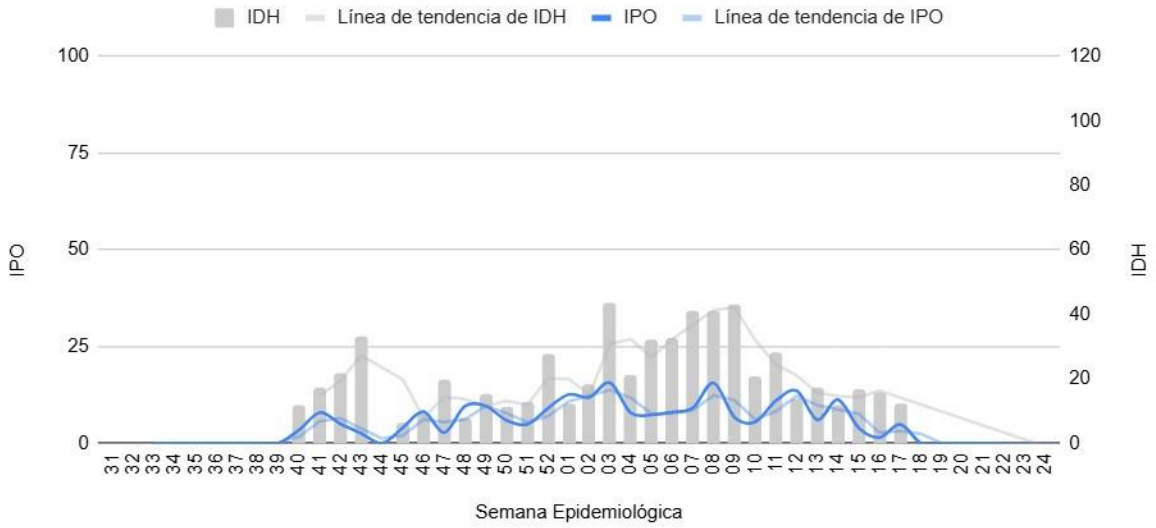
Gráfico 5. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Cuyo SE 31 (2024)- SE 10 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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. Desde la SE17 se aprecia una tendencia descendente en el IPO que culminó con una negativización sostenida de los sensores desde la SE 18 (Gráfico 6). Para esta región los datos se presentan hasta la SE 23 inclusive.

Gráfico 6. 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)

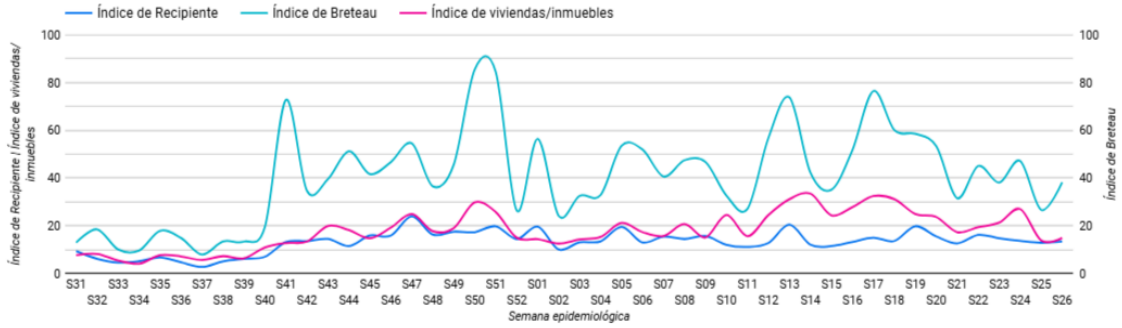
- **Índice de recipiente:(**recipientes positivos para Aedes aegypti / total de recipientes) * 100

  (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)

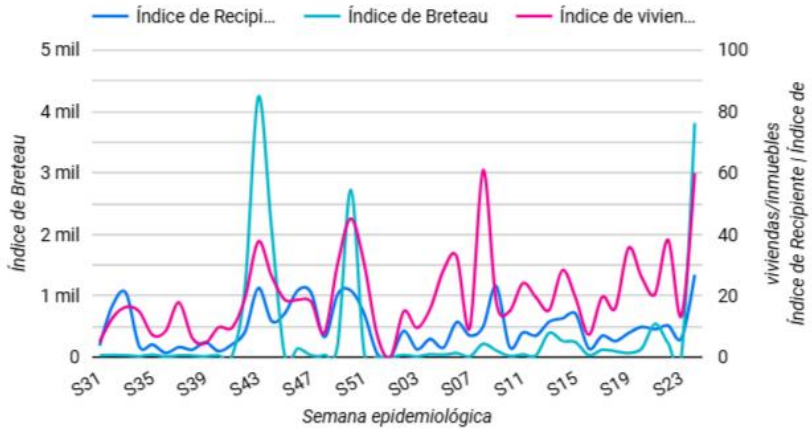
Gráfico 7. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en Argentina SE 31 (2024)- SE 26 (2025).



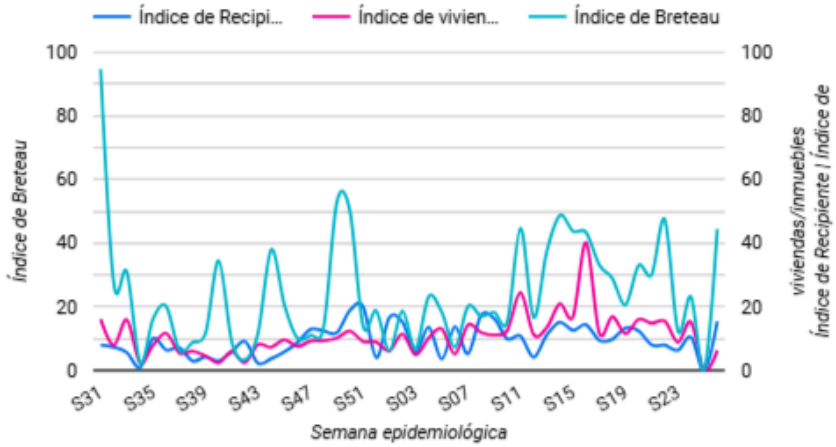
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Gráfico 8. 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 26 (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. Desde la SE18, se observa una tendencia descendente, con algunas fluctuaciones (Gráfico 7). 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, tendencia que se mantiene hasta la actualidad (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. Las acciones en los mismos se presentan hasta la SE23 inclusive. 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.

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

Tabla 1. Media de índices larvarios aédicos por región acumulados a SE26 2025. Argentina. Se presentan los valores totales y excluyendo los sitios críticos (SC) y predios estratégicos (PE).

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	22,61	21,77	19,16	20,01	57,40	48,81
NOA	12,63	13,25	7,63	7,57	69,81	32,26

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

VI.1. Nota Metodológica

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

VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios[26]

Situación Regional: La actividad de influenza continúa disminuyendo en las Américas. La circulación de VSR ha mostrado una tendencia sostenida al alza durante las últimas ocho semanas epidemiológicas (SE), mientras que la actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja y estable en general. En América del Norte, la actividad de influenza sigue en descenso, impulsada por una reducción en los virus de influenza A. El Caribe ha reportado un aumento en la circulación de influenza en las últimas dos semanas, con A(H1N1)pdm09 como subtipo predominante. La actividad de VSR se mantiene baja y estable tanto en América del Norte como en el Caribe. La circulación de SARS-CoV-2 ha aumentado en América del Norte en las últimas dos semanas y se mantiene elevada en el Caribe, con una tasa de positividad del 9.0%. En Centroamérica, la actividad de influenza se mantiene elevada, aunque con una tendencia descendente en las últimas dos semanas, con una tasa de positividad del 18.7%, atribuida predominantemente a A(H1N1)pdm09. La actividad de VSR se mantiene estable, con una positividad de 3.8%, y la circulación de SARS-CoV-2 sigue siendo baja. En la subregión andina, tanto la influenza A como el VSR muestran una disminución sostenida en las tasas de positividad en las últimas cuatro semanas, con tasas de 12.2% y 8.7%, respectivamente. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja y estable. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza sigue siendo alta, pero con una tendencia a la baja, principalmente por la disminución en la circulación de A(H1N1)pdm09, con una tasa de positividad del 15.7%. La circulación de VSR ha aumentado levemente respecto a la semana previa, con una positividad del 4.1%, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 permanece baja, en niveles interestacionales. En todas las subregiones se ha observado un aumento en la circulación de otros virus respiratorios (ORV), con una tasa general de positividad del 4.6%, impulsada principalmente por la circulación de rinovirus, especialmente en América del Norte.

América del Norte: La actividad de influenza y VSR continúa disminuyendo en la subregión. La influenza se mantiene en niveles interestacionales tras una marcada reducción de la circulación de influenza A en Canadá y Estados Unidos, y de A(H1N1)pdm09 en México. La actividad de VSR se está estabilizando tras un descenso sostenido en las últimas SE, con una

positividad actual de 0.3%, consistente con niveles interestacionales. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene relativamente baja en Estados Unidos y Canadá, aunque se ha observado un

[26] 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

leve aumento en la positividad en Canadá en las últimas dos semanas. En contraste, la actividad en México sigue siendo alta, con una positividad de 20.5%. La circulación de ORV continúa aumentando en Canadá, con una tasa de positividad del 10.8%, impulsada principalmente por un incremento de rinovirus.

Caribe: La actividad de influenza, impulsada principalmente por A(H1N1)pdm09, ha aumentado en las últimas dos semanas, con una positividad del 11.7%, junto con un incremento de casos de ETI e IRAG asociados a influenza en toda la subregión. En Haití, la actividad gripal continúa en ascenso, alcanzando una positividad del 28.3%, mientras que en Belice y República Dominicana se mantiene en niveles interestacionales. La positividad de VSR se mantiene baja en toda la subregión. La actividad de SARS-CoV-2 sigue siendo elevada pero estable, con una positividad del 9.0%. En Belice y Surinam, la actividad ha aumentado recientemente, con tasas de positividad de 23.2% y 25.0%, respectivamente, y permanece elevada en República Dominicana, Jamaica, Santa Lucía y Barbados. En Guyana, la actividad de SARS-CoV-2 también continúa en ascenso, con una positividad del 13.3%, además de un aumento en la proporción de casos de ETI e IRAG asociados al virus.

Centroamérica: La actividad gripal se mantiene elevada en la subregión, impulsada principalmente por A(H1N1)pdm09, que representa el 79.9% de las detecciones. Esta actividad se relaciona con un aumento sostenido de casos de ETI. Sin embargo, se ha observado una tendencia descendente en las últimas dos semanas, con una tasa de positividad actual del 18.7%. La circulación de VSR y SARS-CoV-2 se mantiene baja y estable.

Países Andinos: La actividad de influenza ha continuado disminuyendo en las últimas cuatro semanas, con una positividad del 12.2%, principalmente asociada a A(H1N1)pdm09. La circulación de VSR ha disminuido ligeramente, con una tasa de positividad actual de 8.7%. La positividad de SARS-CoV-2 también ha disminuido ligeramente frente a la semana anterior, ubicándose en 1.4%. Las detecciones de ETI e IRAG asociadas a influenza siguen en descenso.

Brasil y Cono Sur: Las detecciones de casos de ETI e IRAG han mostrado una tendencia descendente sostenida en las últimas semanas. Los casos de ETI se asocian principalmente a influenza, mientras que los de IRAG se vinculan tanto a influenza como a VSR. La circulación de VSR ha aumentado respecto a la semana previa. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles interestacionales.

VI.3. Síntesis de la información nacional destacada

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

- Entre la semana epidemiológica 1 y 25 de 2025 se notificaron 524.114 casos de ETI, 70.420 casos de Neumonía y 49.013 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 18, mientras que en neumonía se puede observaron niveles de brote en las SE12 y 14.

Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de influenza en ambulatorios, desde la SE12 se verifica un ascenso tanto del porcentaje de positividad como de las detecciones, con predominio de

influenza A/H1N1. En este sentido, en las últimas dos semanas (SE25 y 26) se registraron 85 casos de influenza entre 286 muestras estudiadas.

- Para VSR, se registraron 21 casos positivos entre las 159 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 25 y 26). En las últimas semanas se verifica un ascenso del porcentaje de positividad de VSR, así como un aumento en las detecciones.

- 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 SE26/2025 se registraron 2 casos positivos para SARS COV 2 entre las 90 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE26 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 2.961 internaciones con diagnóstico de IRAG y 1.116 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.

- Las notificaciones de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), presentan un aumento 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 777 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 10 codetecciones de influenza y VSR, 1 codetección de SARS-CoV-2 y VSR, 195 detecciones de influenza, 3 casos de SARS-CoV-2 y 223 casos de VSR.[27]

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 2742 detecciones de Influenza en las últimas 2 SE (24 y 25). 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 690 detecciones en las últimas 2 SE (24 y 25).
- 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 25 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, con 237 detecciones en las últimas 2 SE (24 y 25).
- Durante la SE25/2025 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

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

- Con respecto a las detecciones de influenza, desde SE 12 se registra un ascenso de los casos en personas internadas, con 969 detecciones en las últimas 2SE (25 y 26). En el año 2025 se registraron al momento 98 fallecidos con este diagnóstico.

- En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados presentan un aumento desde la SE12. En las SE 25 y 26 se registraron 492 personas internadas con este diagnóstico.

- Asimismo, en cuanto a los casos de COVID-19, las detecciones de SARS-CoV-2 en personas internadas permanecen en valores bajos. En la SE 26/2025 se registraron 46 casos positivos con este diagnóstico y 1 caso fallecido.

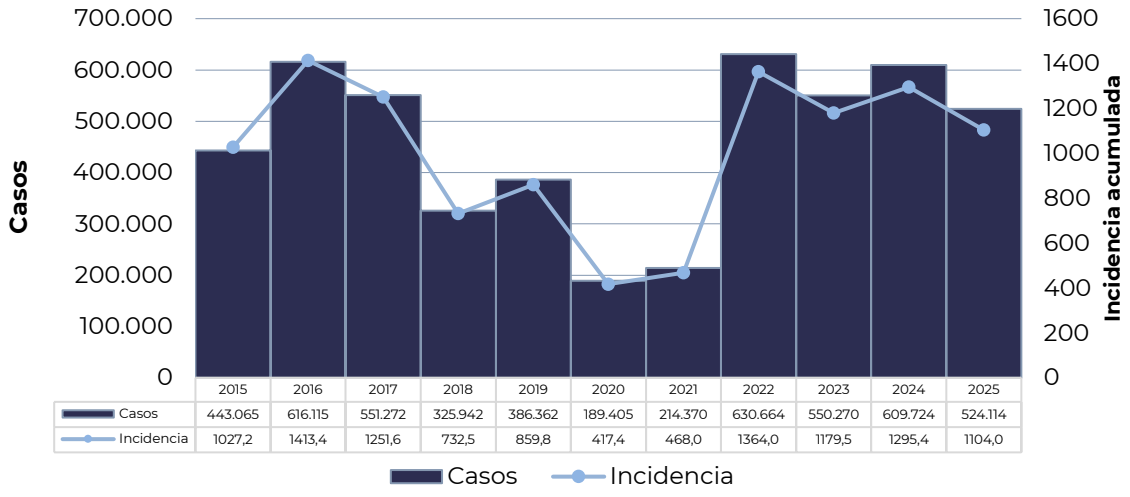
VI.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

Entre las SE 1 y 25 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 524.114 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 1104,0 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registró durante 2022 (630.664 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. SE25. Argentina.

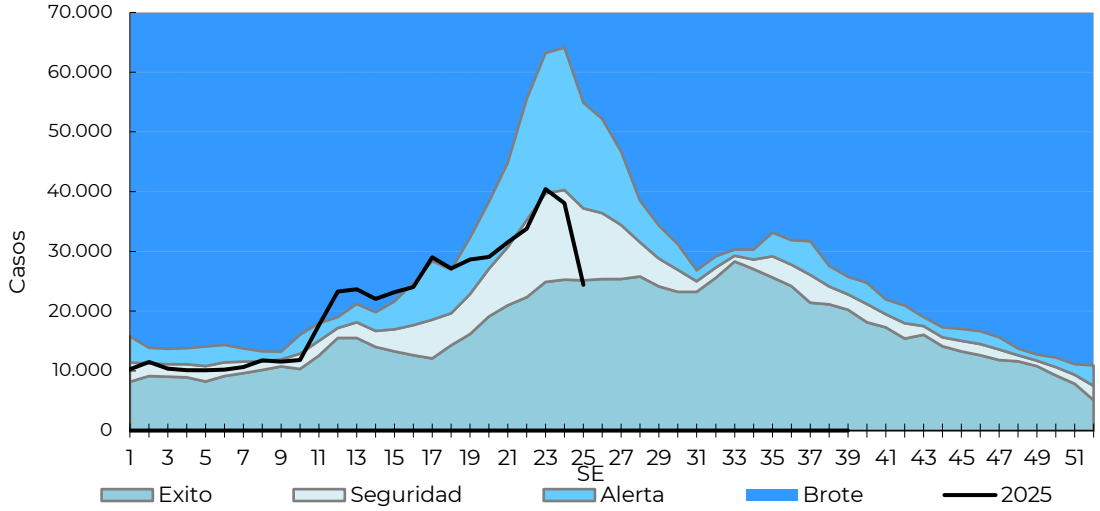


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	443.065	616.115	551.272	325.942	386.362	189.405	214.370	630.664	550.270	609.724	524.114
Incidencia	1027,2	1413,4	1251,6	732,5	859,8	417,4	468,0	1364,0	1179,5	1295,4	1104,0

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].

Las notificaciones de ETI registradas en el SNVS correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, permanecieron entre las SE1 a 10 de 2025 en niveles de seguridad, con algunas oscilaciones. Posteriormente, se registra un ascenso de casos, que niveles de brote entre las SE12 y 18, luego permaneciendo en niveles de alerta hasta la SE 21.

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 25 de 2025[28]. Argentina.



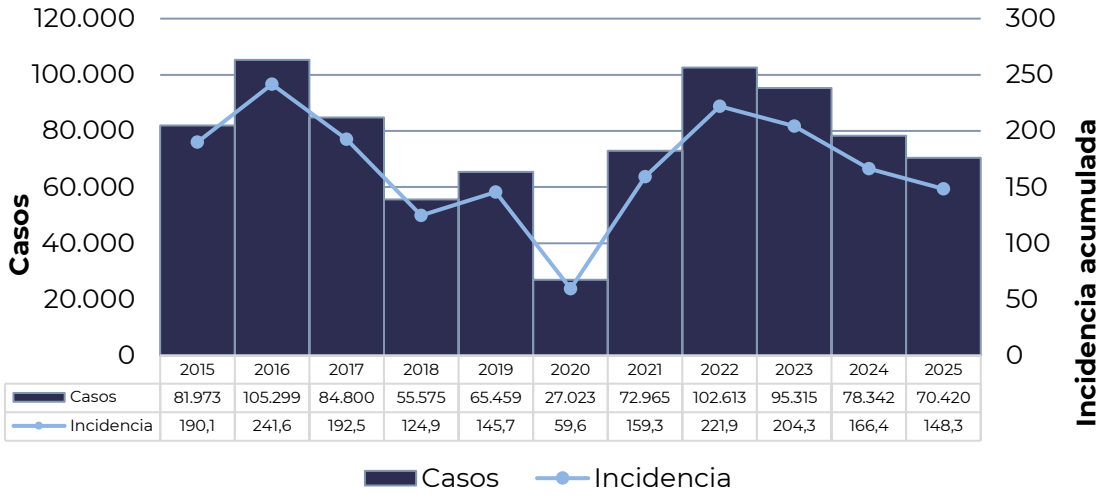
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

VI.4.B. NEUMONÍA

Hasta la SE25 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 70.420 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 148,3 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. SE25. Argentina.



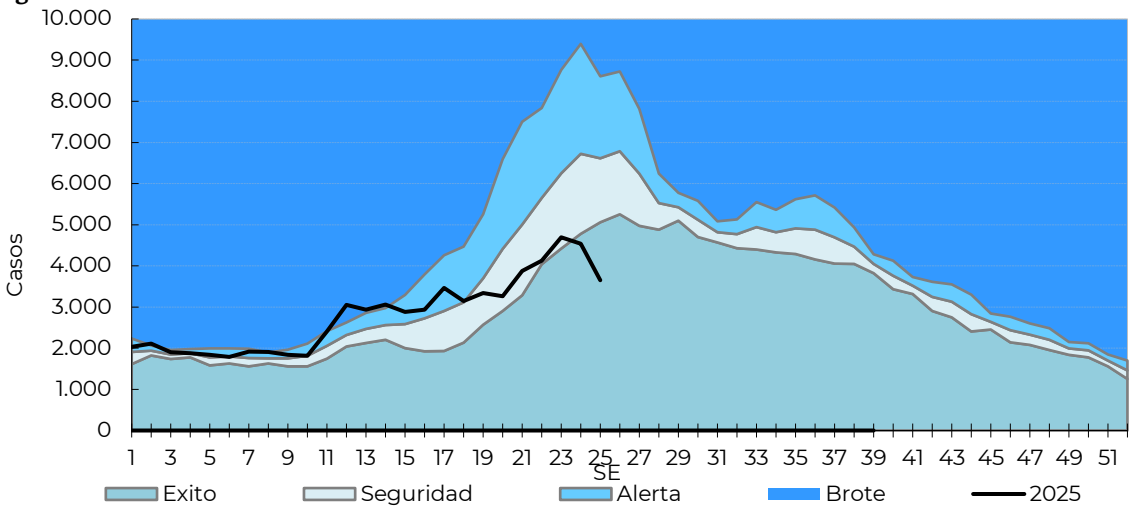
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	81.973	105.299	84.800	55.575	65.459	27.023	72.965	102.613	95.315	78.342	70.420
Incidencia	190,1	241,6	192,5	124,9	145,7	59,6	159,3	221,9	204,3	166,4	148,3

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

[28] 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 entre las SE12 y 14 y niveles de alerta hasta la SE 18.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 25 de 2025[29]. 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.

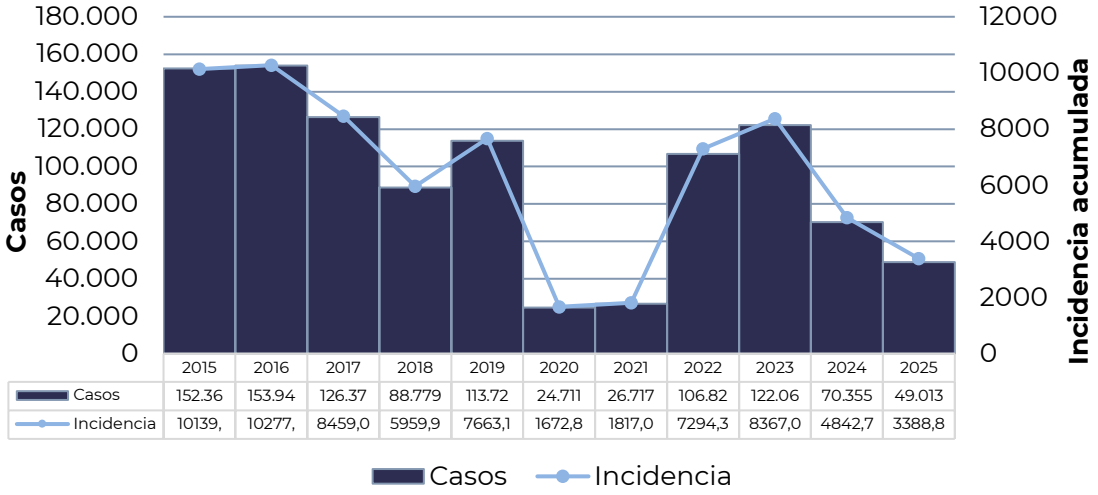
VI.4.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 25 semanas epidemiológicas de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 49.013 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 3388,8 casos/100.000 habitantes.

En relación a los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 25 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 25 semanas. En relación al corriente 2025, los casos permanecen en valores menores en comparación con la mayoría de los años históricos, con excepción de los años 2020 y 2021.

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

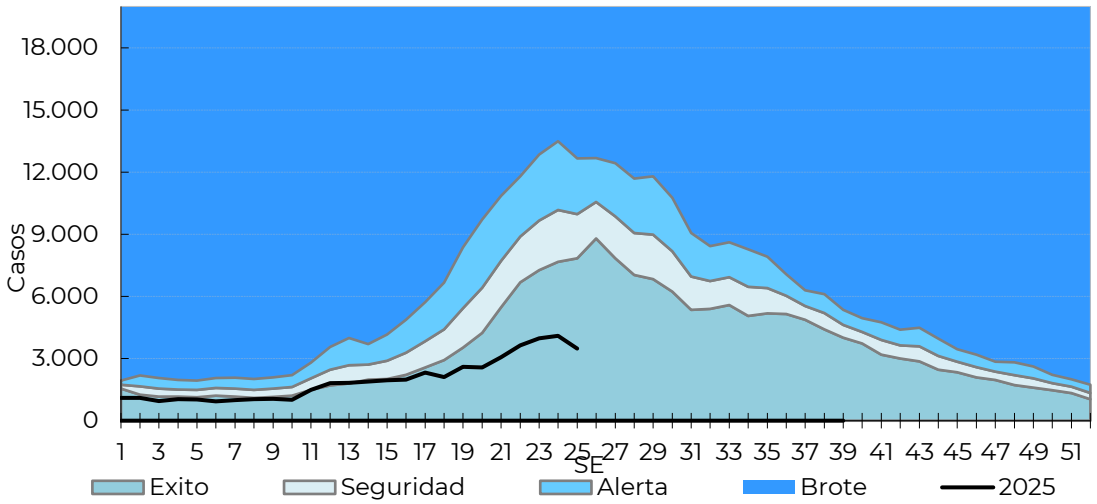
Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE25. Argentina.



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

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

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 25 de 2025[30]. Argentina.



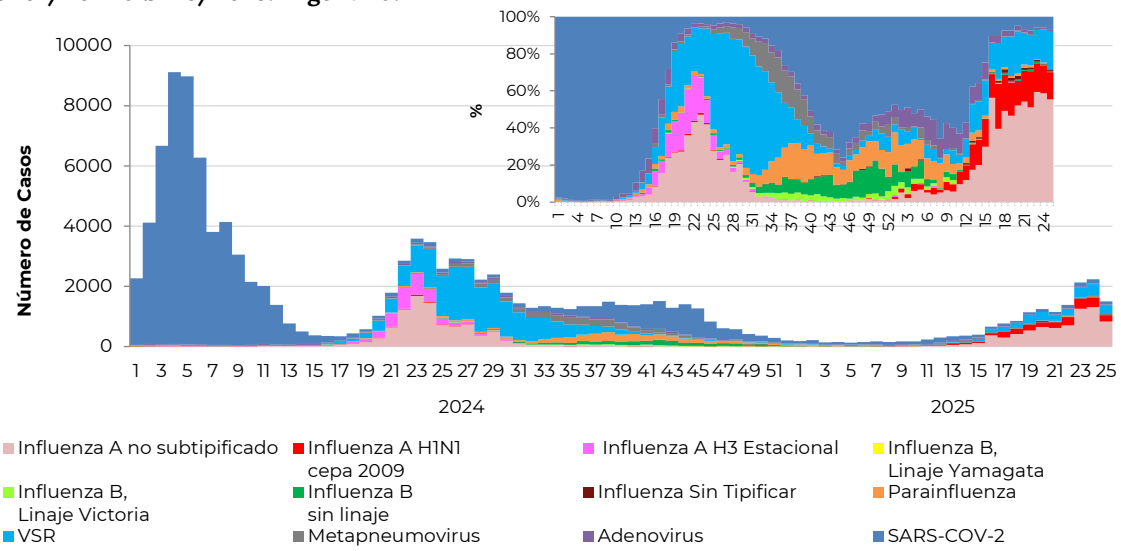
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

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

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 registrado en años anteriores. Además, en relación a VSR se registra un aumento en las detecciones a partir de SE12, con inicio de actividad estacional a partir de la SE20. Las detecciones de SARS-CoV-2 permanecen en niveles bajos.

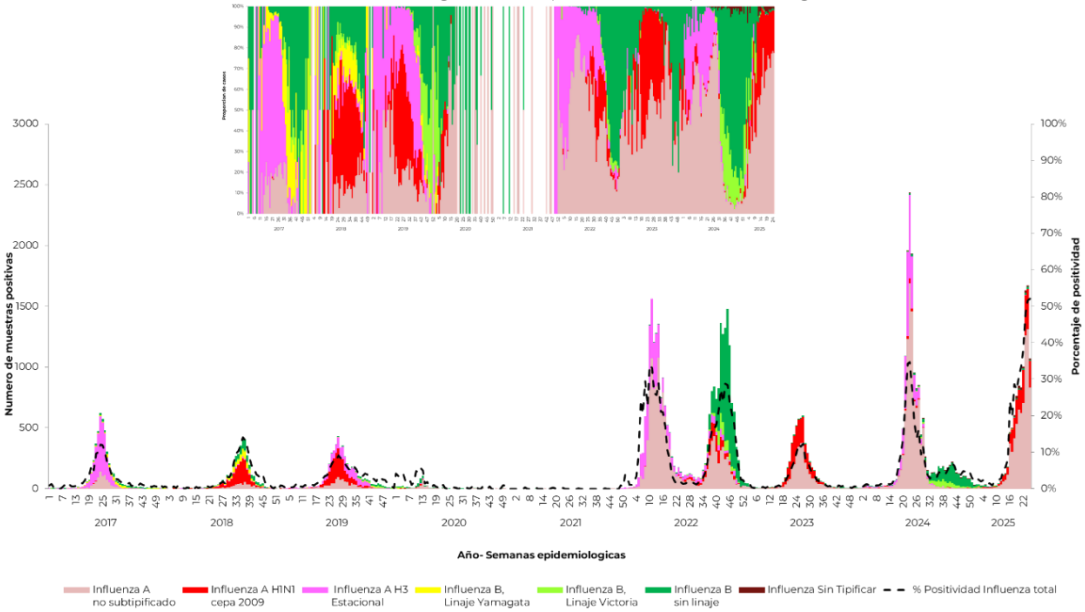
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE25/2025. Argentina.



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

En 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 (24 y 25) se notificaron un total de 2.742 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- SE25/2025. Argentina.

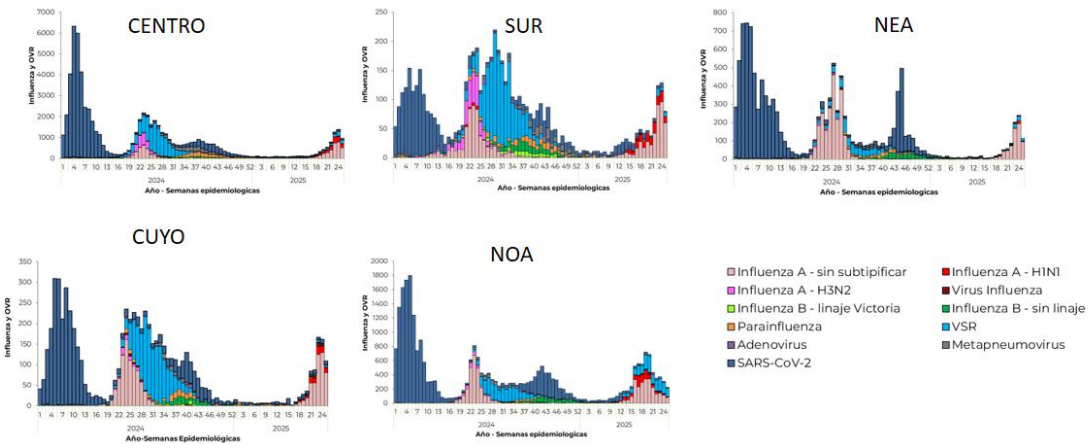


Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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 SE25/2025. Argentina.



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

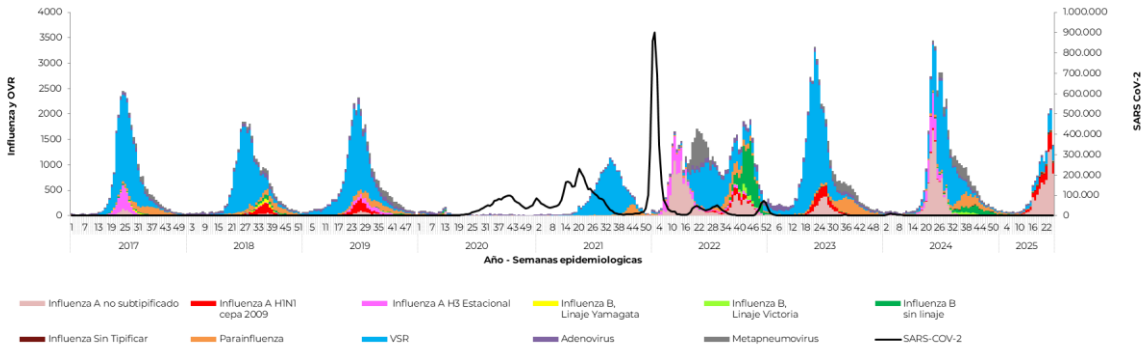
Además, en cuanto a SARS-CoV-2, durante 2024, aun cuando el número de casos por SE fue menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 80% de los casos entre las SE1 y SE12, con el mayor número de casos registrado entre las SE03 y SE06. 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 25 semanas de 2025 los casos se mantuvieron en valores bajos, con 237 detecciones en las últimas 2 SE (24 y 25).

En relación al VSR, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16/2024, alcanzando su máximo en la SE26, y tendencia descendente posterior. En lo que va de 2025, se registra un ascenso de las detecciones desde la SE12, con inicio de actividad estacional a partir de la SE20. En las últimas 2 SE (24 y 25), se notificaron 690 casos de VSR.

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

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

Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE25/2025. 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

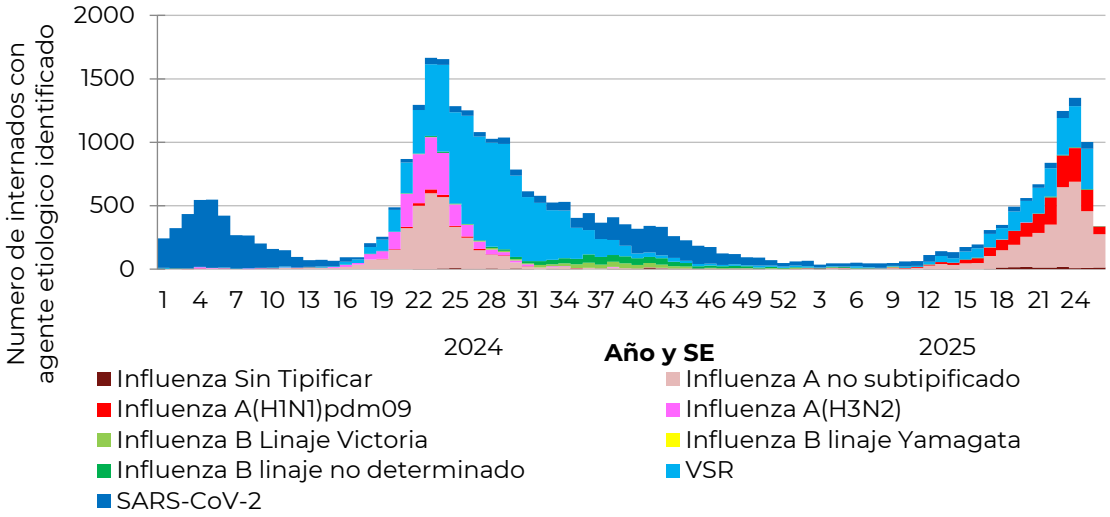
Entre SE01 y SE26 de 2025, se notificaron 939 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas. Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 76,8% menos casos**.** Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y valores estables en lo que va de 2025. Para la SE26/2025 se registraron 46 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, entre las SE1 y 26 de 2025 se registraron un total de 5381 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12, se verifica un ascenso sostenido en los casos, con 339 detecciones de influenza en hospitalizados en la última SE.

Entre los 5381 casos de influenza notificados durante 2025, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 5156), con menor detección de influenza B (n= 96). De los casos de influenza A, 1628 cuentan con subtipificación, correspondiendo 1617 a influenza A (H1N1) pdm09 y 11 a influenza A (H3N2). En relación a influenza B, 12 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. 129 casos de influenza permanecen a la fecha sin tipificar.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 2366 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 (SE26/2025), se registran 172 casos de VSR en hospitalizados.

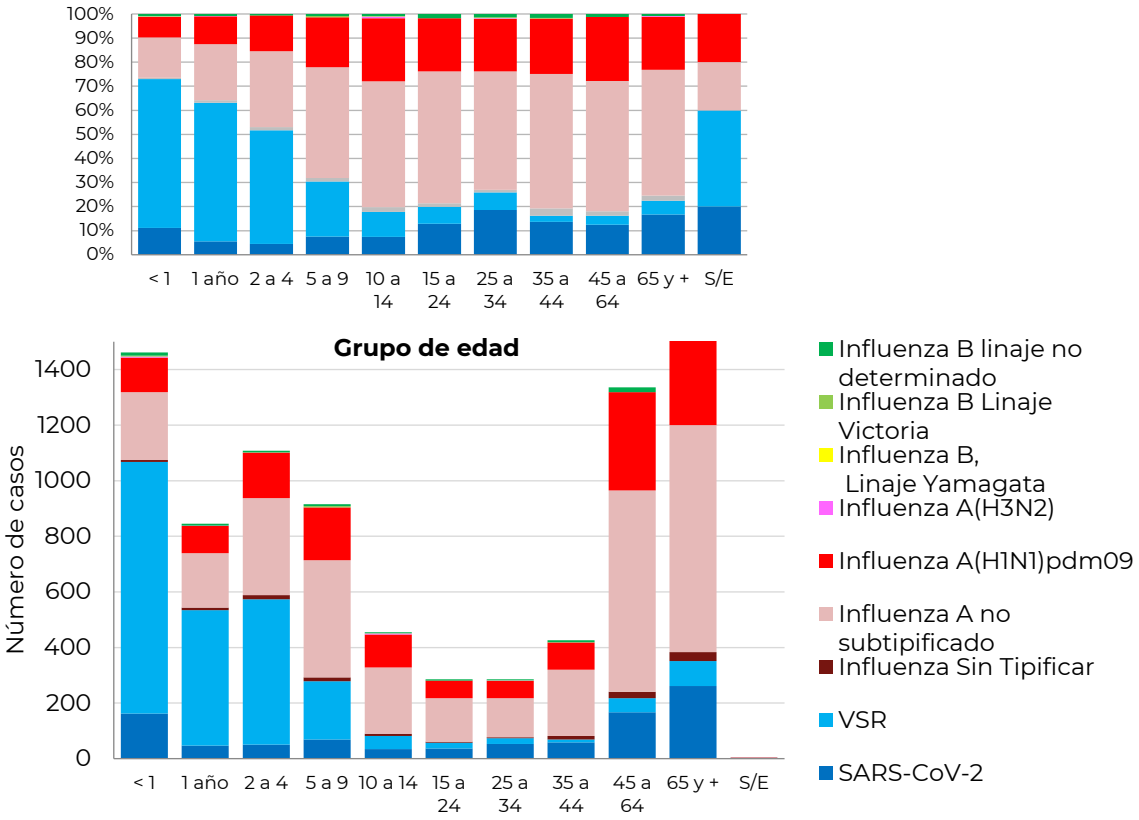
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE26/2025. Argentina.



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 SE26/2025, 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 SE26/2025.



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 98 fallecidos con diagnóstico de influenza [31] . 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.

[31] 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.

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 [32]

VI.7. Vacunación antigripal

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

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

VI.7.A. POBLACIÓN OBJETIVO PARA VACUNACIÓN ANTIGRIPAL

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

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

* 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[33] 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[34]. 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

[33] https://www.argentina.gob.ar/noticias/anmat-alerta-sobre-el-uso-de-un-lote-de-fentanilo-inyectable-por-desvio-de-calidad
[34] 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 4 de julio de 2025 se registraron 98 notificaciones al evento Infección por exposición a medicamento contaminado del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) en 19 establecimientos correspondientes a 4 jurisdicciones. En 10 de esos establecimientos -situados en Buenos Aires, CABA y Santa Fe- el Laboratorio Nacional de Referencia ya confirmó 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 4/07/2025. N=98

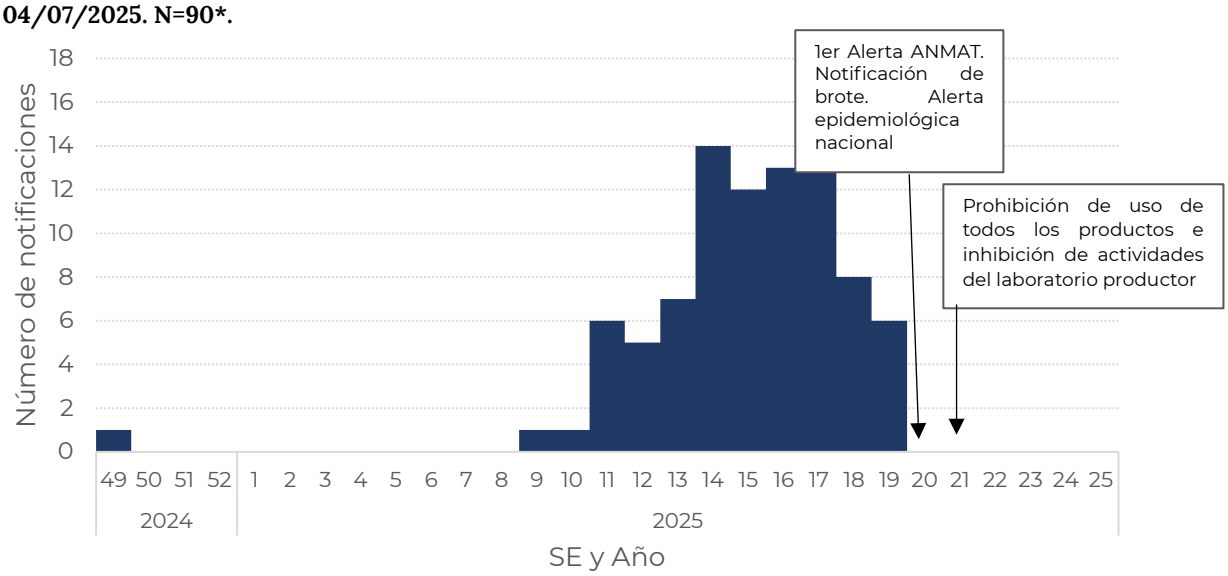
Establecimientos Jurisdicción	Total casos asociados por LNR o Nexo	Sospechosos	No asociados o invalidados	Total notificaciones	Focos confirmados
EPBA01	18			18	SI
EPBA02	1			1	SI
EPBA03		1		1	En investigación
EPBA04			1	1	DESCARTADO
EPBA05			1	1	DESCARTADO
EPBA06		1		1	En investigación
EPBA07		1		1	En investigación
EPBA08		2		2	En investigación
Buenos Aires	19	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 en la SE24 con fecha 14/12/2024. Todos los casos notificados a partir de la alerta epidemiológica fueron identificados de forma retrospectiva, no registrándose nuevas notificaciones ocurridos luego de dicha alerta.

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

Gráfico 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: Distribución de casos asociados por LNR o nexo y sospechosos por SE y medidas sanitarias según semana epidemiológica. Argentina. Hasta el 04/07/2025. N=90*.

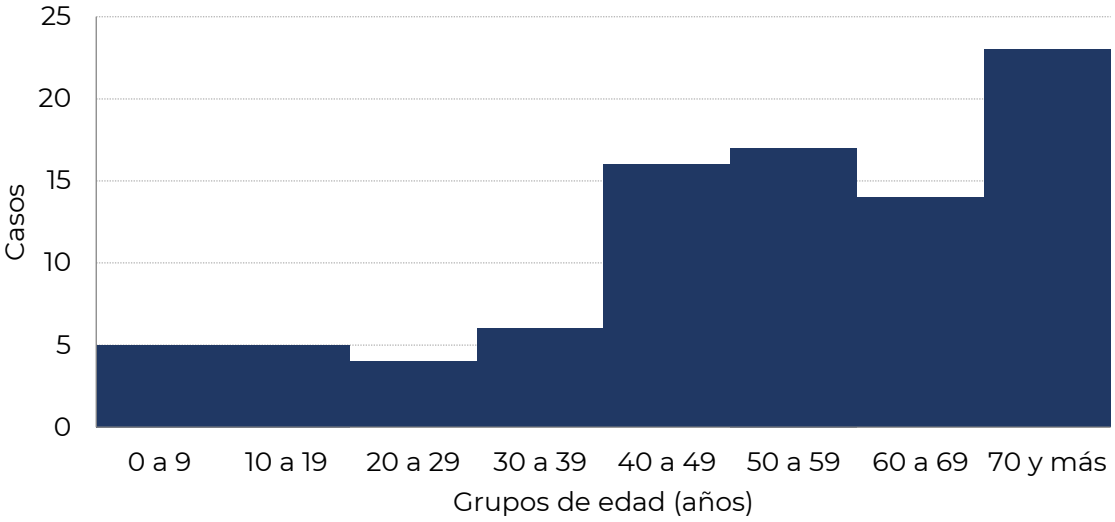


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

** 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 04/07/2025. 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 53, siendo el sexo masculino el más afectado y el grupo etario con más fallecimientos los mayores de 70 años (mediana 59 años). En 8 de los 11 establecimientos que registraron casos fallecidos ya se ha confirmado un foco del brote (al menos un caso en el que se pudo confirmar la asociación al brote por parte del LNR), estando el restante en estudio.

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

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

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

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

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

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

Evaluación del desempeño de dos plataformas MALDITOF EM por el LNR

Especie	Plataforma	Identificación	Observaciones
K. variicola	Biotyper v 13.0[35]	*Klebsiella variicola*	*K. variicola* con score > 2.00 y 10% de divergencia entre especies
	Vitek-MS Prime IVD[36]	*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".

[35] La versión 13.0 está disponible en Microbenet
[36] 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[37]

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[38] 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

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

[38] 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. Rabia - Informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

La rabia es una zoonosis viral que afecta al sistema nervioso central de todos los mamíferos, incluidos los seres humanos, y se caracteriza por una letalidad cercana al 100%. La relevancia de esta enfermedad para la salud pública, tanto en Argentina como a nivel mundial, radica justamente en su alta letalidad y en el hecho de que existen herramientas eficaces para su prevención, tanto en animales como en personas.

En Argentina, la implementación sostenida de estrategias de vigilancia, control e inmunización ha permitido una reducción significativa de los casos de rabia animal. Sin embargo, la persistencia del virus en reservorios silvestres —particularmente en murciélagos— en todo el territorio nacional y en algunos ciclos terrestres en el norte del país evidencia la necesidad de mantener y fortalecer la vigilancia epidemiológica.

Un caso de rabia humana representa una falla crítica en el sistema de salud, ya que se trata de un evento prevenible mediante las acciones adecuadas. Por eso, resulta esencial reforzar la identificación oportuna de los ciclos de transmisión, asegurar el acceso equitativo a la profilaxis postexposición (PEP) y sostener campañas anuales de vacunación antirrábica en perros y gatos.

Este informe destaca la importancia de sostener la vigilancia activa y pasiva de la rabia, fortalecer la capacidad de diagnóstico, promover la sospecha clínica temprana y asegurar la aplicación de medidas de prevención adaptadas a los distintos contextos ecoepidemiológicos del país. Dada la complejidad del sistema de vigilancia y la necesidad de integrar datos de salud humana y animal, la información presentada puede estar sujeta a ajustes o actualizaciones según avances en la notificación y el análisis epidemiológico.

VIII.2. Situación de Rabia humana en Argentina

VIII.2.A. MODALIDAD DE VIGILANCIA Y NOTA METODOLÓGICA

La Rabia humana es un evento de notificación obligatoria en la República Argentina, conforme a lo establecido por la Ley N.º 15.465 y la Resolución N.º 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación. Según lo estipulado en el *Manual de Normas y Procedimientos para la Vigilancia y el Control de los Eventos de Notificación Obligatoria*, la vigilancia de la rabia debe realizarse bajo modalidad individual. Esta vigilancia incluye el registro de datos clínicos, laboratorio y epidemiológicos, a fin de permitir el análisis oportuno de la situación, la planificación de recursos y la implementación de estrategias preventivas y asistenciales.

Para el análisis de las **notificaciones nominales**, se utilizó el evento “Rabia Humana” del SNVS 2.0, del que se excluyeron los casos asintomáticos, por no cumplir con la definición de caso para el evento. Para determinar el año de diagnóstico, se estableció una fecha final utilizando la “Fecha de inicio de síntomas”. En los casos en que esta información no estaba disponible, se tomó la “Fecha de consulta” y, en su defecto, la “Fecha de apertura”. En cuanto a la procedencia de los casos, se prioriza la variable “Provincia de residencia"; cuando ésta no estaba consignada, se utilizó como alternativa la variable “Provincia de carga".

VIII.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA (2021-2025)

Entre 2021 y hasta la SE 22/2025 fueron estudiados 10 casos sospechosos de rabia humana, de los cuales uno se trató de un caso confirmado (caso registrado en la provincia de Buenos Aires en 2021), y el resto presentó resultados de laboratorio negativos para la enfermedad, correspondientes a residentes de Buenos Aires (5), CABA (3) y Santa Fe (1).

En relación al caso de rabia humana registrado en este período, en la semana epidemiológica 18 de 2021 se reportó este caso con desenlace fatal en Coronel Suárez, provincia de Buenos Aires; el mismo luego fue confirmado por el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas INEI ANLIS "Carlos G. Malbrán", con la variante antigénica 4. Como antecedente epidemiológico de importancia se informó que la mujer de 33 años habría sido mordida por un gato callejero desaparecido, al que no se llegó a realizar el seguimiento adecuado. La paciente no acudió a un centro de salud a atenderse las heridas ni denunciar el evento APR al Sistema de Salud, por lo que no fue posible administrar la profilaxis post exposición correspondiente. Este caso es un ejemplo claro de *spillover*, en donde un murciélago *Tadarida brasiliensis* contagió de rabia a un gato y este último contagió a la mujer.

Al momento en los casos de exposición a animales con rabia no se identificaron personas sintomáticas, por lo que se asume que la implementación de control y prevención fueron implementadas de forma correcta.

Para mayor información sobre el caso confirmado de rabia humana consultar en: Alerta epidemiológica. Caso de rabia humana variante murciélago: Provincia de Buenos Aires y Human Rabies by Secondary Transmission in Argentina, 2021.

VIII.3. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Rabia humana

VIII.3.A. CONSIDERACIONES GENERALES

Ante mortem (paciente con sospecha clínica)

- Biopsia de piel de la región cervical.
- Saliva, LCR, Suero

Post mortem

- Tejido cerebral (tronco encefálico, cerebelo, hipocampo y corteza cerebral).

VIII.3.B. EMBALAJE PARA DERIVACIÓN DE MUESTRAS

Conservación y condiciones de transporte

- Las muestras deben conservarse refrigeradas a 2–8 °C desde la recolección hasta su envío. Se debe evitar la congelación y descongelación reiterada.
- El embalaje debe cumplir el sistema de triple envase (SISTEG)
    - Envase primario: tubo o frasco estéril, hermético.
    - Envase secundario: resistente e impermeable.
    - Envase externo: caja rígida etiquetada con los datos del remitente, dirección del laboratorio de destino y rótulos de riesgo biológico.

Envío a laboratorios de referencia

- Para casos humanos y estudios moleculares en animales, remitir al Servicio de Neurovirosis, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán"

Para mayor información comunicarse al Servicio de Neurovirosis (011) 3751-8061 o por mail a neurovirosis@anlis.gob.ar y/o mpiccirilli@anlis.gob.ar

Asimismo, por otras consultas, contactar a la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores por mail a zoonosis@msal.gov.ar

VIII.4. Recomendaciones para el equipo de salud

VIII.4.A. MEDIDAS PREVENTIVAS

- Vacunación antirrábica (profilaxis pre-exposición) en aquellos grupos humanos con alto riesgo de exposición al virus rábico, ya sea por motivos laborales o recreacionales.
- La persona que sufre un Accidente Potencialmente Rábico (APR) debe, antes de concurrir al efector de salud, proceder, lo más rápido posible, a la limpieza de la herida con abundante agua corriente y jabón.
- Concurrir inmediatamente al efector de salud ante la ocurrencia de un accidente potencialmente rábico para recibir el tratamiento que corresponda (profilaxis post-exposición)
- Vacunación antirrábica en animales domésticos de compañía.
- Control poblacional: tenencia responsable de animales de compañía (perros y gatos). Esterilización quirúrgica a hembras y machos.
- Educación para la salud en relación a la prevención de rabia.
- Legislación para la importación de animales tanto por vía aérea como terrestre.

VIII.4.B. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

El sistema de salud puede enfrentarse con la rabia directamente a partir de pacientes con signos o síntomas de encefalitis sin haber existido un accidente de exposición, como es el caso de la transmisión por trasplante y por medio de aerosoles. Frente a estos casos y una vez que la evaluación del cuadro y de sus posibles causas hace sospechar la rabia, se debe efectuar el diagnóstico de laboratorio. Hay que tener en cuenta que, si bien el resultado de laboratorio pre-mortem positivo confirma el diagnóstico de rabia, el resultado negativo no lo descarta. De resultar positivo, se debe proporcionar al paciente una sedación (morfina, benzodiacepinas o barbitúricos) apropiada a su cuadro clínico; queda a criterio del médico actuante la aplicación de protocolos de tratamiento farmacológico. Con respecto al centro de salud, el médico actuante tomará las precauciones necesarias para evitar que el contacto con el paciente implique un riesgo de contagio para el personal; debe considerarse la posibilidad de efectuar la vacunación profiláctica en el personal involucrado. Frente a la muerte del paciente, se debe efectuar la toma de muestra y su envío al laboratorio de diagnóstico de rabia.

VIII.5. Situación de Rabia animal en Argentina

VIII.5.A. MODALIDAD DE VIGILANCIA Y NOTA METODOLÓGICA

La Rabia Animal es un evento de notificación obligatoria en la República Argentina, conforme a lo establecido por la Ley N.° 15.465 y la Resolución N.° 2827/2022 del Ministerio de Salud de la

Nación. Según lo estipulado en el *Manual de Normas y Procedimientos para la Vigilancia y el Control de los Eventos de Notificación Obligatoria*, la vigilancia de la rabia debe realizarse bajo modalidad individual y agrupada. Esta vigilancia incluye el registro de datos clínicos, laboratorial y epidemiológicos, a fin de permitir el análisis oportuno de la situación, la planificación de recursos y la implementación de estrategias preventivas y asistenciales.

Para el análisis de las **notificaciones nominales**, se utilizó el evento "Rabia Animal" del SNVS 2.0. Se consideraron casos de rabia animal a aquellos cuya clasificación manual fue "Caso Confirmado".

La notificación agrupada no será analizada en el presente informe y será contemplada en próximas ediciones.

Situación Epidemiológica Histórica (2019-2024)

La vigilancia del evento "Rabia animal" se lleva a cabo ante la sospecha clínica de la enfermedad en mamíferos, con notificación obligatoria e inmediata de todo caso sospechoso. El sistema busca detectar tempranamente la circulación del virus rábico, identificar reservorios y prevenir la transmisión a otras especies, incluyendo humanos.

Entre 2019 y 2024 se notificaron un total de **927 casos confirmados** de rabia animal en Argentina. El año con mayor número de casos fue 2022, con **224 registros confirmados**, mientras que el menor número se reportó en 2021, con **109 casos.** La tendencia nacional muestra una notificación fluctuante, con un pico en 2022, seguido de una disminución en los años posteriores, aunque sin retornar a los valores bajos de 2019 y 2020.

Distribución regional de casos

En los últimos años, la proporción de **casos confirmados** ha variado considerablemente entre las diferentes **regiones de Argentina**. En general, se observa una tendencia a la disminución de la proporción de confirmados a lo largo del tiempo, aunque con fluctuaciones significativas dependiendo de la jurisdicción.

Tabla 1. Casos confirmados de rabia animal según jurisdicción. Argentina, SE 1 a SE 52, período 2019-2024.

Jurisdicción	CASOS CONFIRMADOS					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Buenos Aires	87	61	62	82	97	63
CABA	12	11	5	9	8	8
Córdoba	15	22	4	6	5	4
Entre Ríos	3	0	0	1	0	0
Santa Fe	6	12	13	8	3	3
Total Centro	**123**	**106**	**84**	**106**	**113**	**78**
Mendoza	0	0	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	1
San Luis	1	10	0	0	0	0
Total Cuyo	**1**	**10**	**0**	**0**	**0**	**1**
Chaco	0	0	0	33	21	10
Corrientes	0	0	0	11	4	5
Formosa	2	1	1	30	4	10
Misiones	0	0	1	5	6	0
Total NEA	**2**	**1**	**2**	**79**	**35**	**25**
Catamarca	0	1	8	2	0	0
Jujuy	0	0	1	1	0	0
La Rioja	1	7	1	0	3	0
Salta	0	0	1	9	1	0
Santiago del Estero	1	0	0	2	0	0
Tucumán	2	0	2	3	0	0
Total NOA	**4**	**8**	**13**	**17**	**4**	**0**
Chubut	4	0	1	2	3	11
La Pampa	11	6	8	18	23	6
Neuquén	1	1	0	0	0	1
Río Negro	4	2	1	1	4	5
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	1	1	0
Total Sur	**20**	**9**	**10**	**22**	**31**	**23**
Total País	**150**	**134**	**109**	**224**	**183**	**127**

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS[2.0]) y Sistema de Información Regional para la Vigilancia Epidemiológica de la Rabia (SIRVERA)

La rabia animal continúa representando un evento de relevancia para la salud pública en Argentina, con patrones de comportamiento regional heterogéneos. Mientras que algunas jurisdicciones mantienen una vigilancia consolidada, otras muestran variaciones abruptas o baja notificación, lo que refuerza la necesidad de fortalecer los sistemas locales de vigilancia, garantizar la cobertura vacunal en especies susceptibles y promover la notificación oportuna ante la aparición de animales con sintomatología compatible.

Caracterización de grupo de especies involucradas

En cuanto a las **especies de animales** con rabia, la mayor cantidad de detecciones fueron realizadas en murciélagos no hematófagos (insectívoros), principalmente en la provincia de Buenos Aires (446), La Pampa (72), CABA (53), Santa Fe (43) y Córdoba (40), seguido por la detección en bovinos (rabia paresiante) en Chaco (57) y Formosa (33) vinculados al ciclo de transmisión por murciélagos hematófagos (*Desmodus rotundus*).

Respecto a los **animales de compañía**, se notificaron 9 casos en perros en Formosa (7), Buenos Aires (1) y Chaco (1) y 8 casos en gatos en Buenos Aires (5), Córdoba (2) y Santa Fe (1).

Grupo de Especie	Especie	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Animales de producción y	Bovino	7	15	9	89	30	14
	Caprino	-	-	1			
	Equino	1		2	1	7	3
Total animales de producción y							
Total animales de compañía		**2**	**4**	**3**	**1**	**4**	**3**
Total general		**150**	**134**	**109**	**224**	**183**	**127**

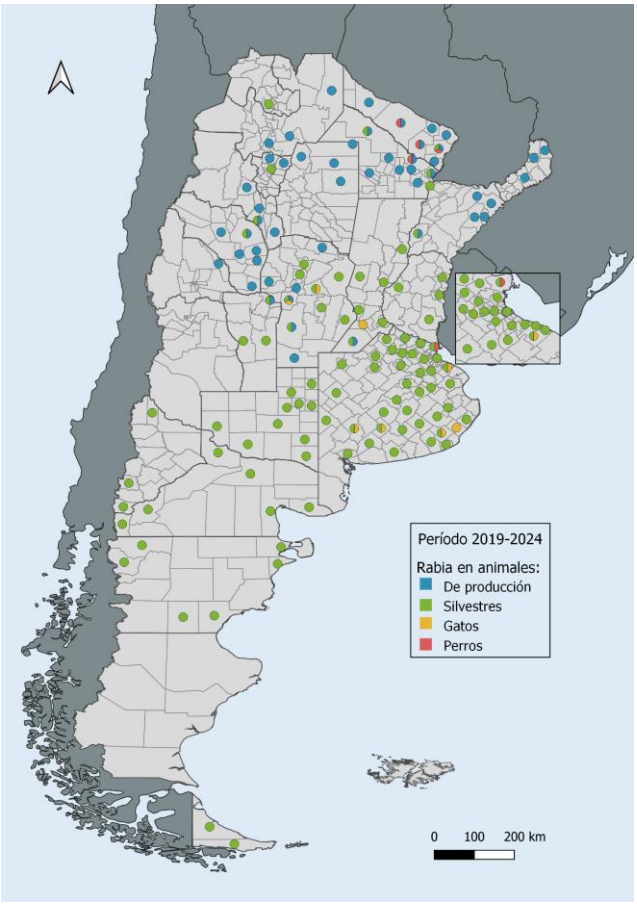
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS[2.0]) *y Sistema de Información Regional para la Vigilancia Epidemiológica de la Rabia* (SIRVERA)

Aquellas provincias que no registraron casos de rabia animal en este período, no significa que sean libres de la enfermedad. Es fundamental la vigilancia epidemiológica y el envío de muestras de animales sospechosos al laboratorio para confirmar y descartar la presencia de rabia.

En relación con los **distintos grupos de especies**, se han registrado casos de rabia animal en fauna silvestre en 18 de las 24 jurisdicciones, en animales de producción y otros animales domésticos en 13 y **en animales de compañía, de forma esporádica, en 5 provincias**.

En el mapa a continuación se muestra la distribución por departamento de hallazgo de los casos de rabia confirmados según la especie animal donde se detecta.

Mapa 1. Casos confirmados de rabia animal según grupo de especie por departamento. Argentina, SE 1 a SE 52, período 2019-2024.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS[2.0]) *y Sistema de Información Regional para la Vigilancia Epidemiológica de la Rabia* (SIRVERA)

Situación Epidemiológica Actual (2025)

Hasta la Semana Epidemiológica 22 del año 2025, se han confirmado **76 casos** de rabia animal en 13 de las 24 jurisdicciones del país. Tal como se ha observado en años anteriores, la mayor proporción de casos corresponde a murciélagos no hematófagos, con un total de 67 detecciones, concentradas principalmente en la región Centro. En menor medida, se notificaron casos en animales de producción, particularmente bovinos, en el NEA (4) y NOA (3).

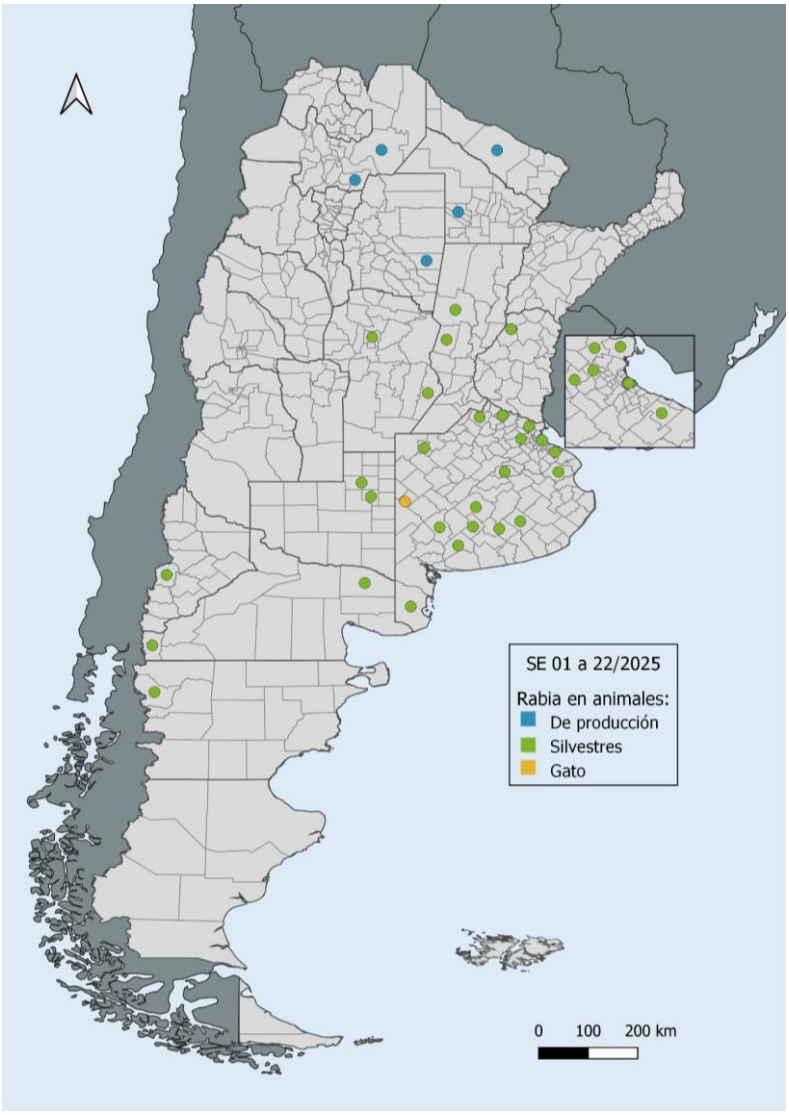
Asimismo, se notificó un caso en un **felino doméstico** en la provincia de Buenos Aires, correspondiente a la variante antigénica 4, asociada a *Tadarida brasiliensis*. La distribución geográfica y por especie de los casos confirmados hasta la fecha se presenta en la Tabla 3 y el Mapa 2.

Jurisdicción	Bovino		Zorro	
Total NEA	0	0	0	
Catamarca	0	0	0	
Total NOA	3	0		
Chubut	0	0	1	
Total País	7	1	67	1

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS[2.0]).

El Mapa 2 presenta la distribución espacial de los casos confirmados de rabia animal en el país en el año en curso, según grupo de especie y departamento de notificación.

Mapa 2. Casos confirmados de rabia animal según grupo de especie por departamento. Argentina, SE 1 a SE 22/2025.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS[2.0]

VIII.5.B. VIGILANCIA MOLECULAR

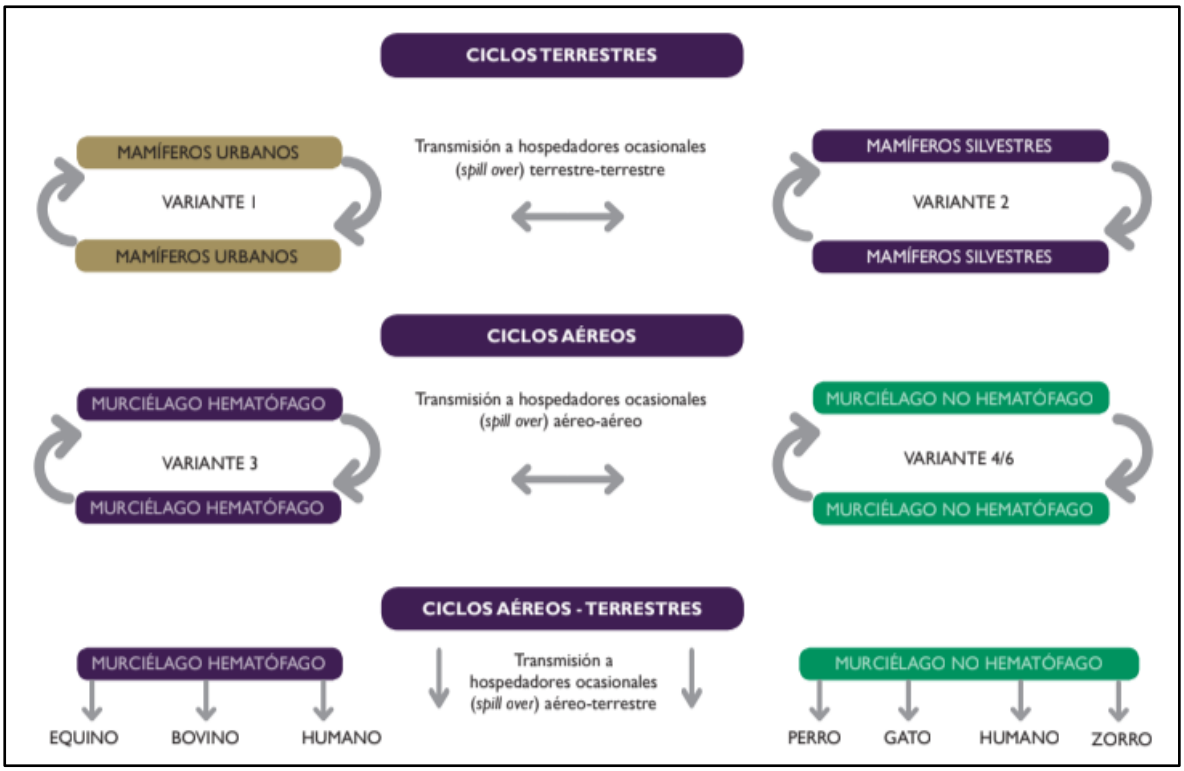
La vigilancia, prevención y el control de la rabia se basan fundamentalmente en el componente animal, ya que el humano adquiere la enfermedad principalmente a través del contacto con un animal infectado.

Los diferentes genotipos del *Lyssavirus* conforman los denominados **ciclos de la rabia** (circulación del virus en un determinado ámbito) a partir de sus reservorios naturales.

Según las características de los reservorios, estos ciclos se pueden clasificar en terrestres (genotipos adaptados a mamíferos terrestres) y aéreos (genotipos adaptados a mamíferos aéreos: quirópteros -murciélagos hematófagos y no hematófagos, insectívoros y frugívoros-).

En función de la distribución geográfica de la enfermedad, los ciclos también pueden clasificarse en ciclos urbanos o ciclos rurales o silvestres.

Figura 1. Transmisión a hospedadores ocasionales entre variantes y ciclos.



Fuente: Guía para la vigilancia, prevención y control de la rabia en Argentina. Dirección de Control de Enfermedades Transmisibles por Vectores, Ministerio de Salud de la Nación. Edición 2018.

Dentro del **ciclo urbano**, el perro es el principal reservorio del ciclo terrestre (variante antigénica 1). Adicionalmente, los murciélagos insectívoros, *Tadarida brasiliensis* y *Lasiurus cinereus*, reservorios de las variantes antigénicas 4 (AgV4) y 6 (AgV6) respectivamente, son las especies más abundantes en zonas urbanas.

Dentro del **ciclo rural**, los cánidos silvestres (zorro, aguará guazú, aguará popé) y otros mamíferos silvestres, como el coatí, colaboran en el mantenimiento de la variante antigénica 2 (AgV2), mientras que el murciélago hematófago *Desmodus rotundus* es el reservorio de las variantes antigénicas 3 (AgV3) y 3a (AgV3a).

Los murciélagos actúan como reservorios del ciclo aéreo tanto en ámbitos rurales como urbanos, y especies domésticas como gatos, animales de producción como bovinos y equinos y, en menor medida, otros mamíferos terrestres, pueden funcionar como eslabones entre los ciclos aéreo y terrestre al adquirir variantes mantenidas en quirópteros (fenómeno conocido como spillover).

La **vigilancia molecular** de la rabia en Argentina se basa en la caracterización genética del virus rábico mediante la secuenciación parcial del gen de la nucleoproteína (N), a partir de muestras derivadas en la Red Nacional de Laboratorios de Rabia. Este enfoque permite identificar el reservorio involucrado, establecer el origen de los casos, detectar variantes emergentes o introducidas desde otros territorios, y diferenciar entre ciclos de transmisión urbanos (terrestres), silvestres y aéreos. Además, constituye una herramienta fundamental para guiar estrategias de prevención, vacunación y control ante brotes, así como para la detección temprana de eventos de derrame (spillover) desde fauna silvestre hacia animales domésticos o humanos.

Durante el período 2020-2025, se han caracterizado variantes genéticas del virus rábico en muestras provenientes de siete provincias argentinas, lo que ha permitido monitorear los ciclos de transmisión y la dinámica de circulación viral en distintas regiones del país (Tabla 4).

Los resultados obtenidos reflejan la coexistencia de ciclos terrestres y aéreos, con evidencia de eventos de spillover hacia hospedadores ocasionales. En el noreste argentino, la variante antigénica 2 (AgV2), asociada al ciclo terrestre, ha mostrado una circulación persistente. En 2020, esta variante fue detectada en un bovino en Corrientes, un aguará popé en Chaco y en un bovino y un canino en Formosa. En 2021 y 2022 se confirmaron nuevos casos en caninos en Formosa, y en 2024 se registraron otras cuatro detecciones (tres en caninos y una en un equino) en Chaco y Formosa. Esta secuencia de hallazgos confirma la existencia de un ciclo enzoótico activo en la región.

Por otra parte, a comienzos de 2025, en la provincia de Buenos Aires, se identificó la variante antigénica 4 (AgV4) en un felino doméstico. El análisis filogenético confirmó que se trató de un evento de spillover desde fauna silvestre, específicamente de *Tadarida brasiliensis*, un murciélago insectívoro. Este hallazgo pone de relieve la importancia de sostener la vigilancia en animales de compañía ante la potencial transmisión desde reservorios aéreos.

Tabla 4: Resultado caracterización molecular por provincias. 2020-2025.

Jurisdicción	AgV 1	AgV 2	AgV 3	AgV 3a	AgV 4	AgV 6	Otras variantes*
Buenos Aires					☑	☑	☑
Chaco		☑	☑	☑			
Chubut					☑	☑	☑
Corrientes		☑				☑	☑
Formosa		☑	☑	☑			☑
Santa Fe			☑			☑	☑
Tierra del Fuego							☑

** Otras variantes: Myotis spp, Eptesicus spp, Histiotus spp.*
Fuente: Servicio de Neurovirosis. INEI. ANLIS-Malbrán

VIII.6. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Rabia Animal

VIII.6.A. CONSIDERACIONES GENERALES PARA LA TOMA DE MUESTRA

Muestras post mortem:

- Tejido cerebral (incluyendo tronco encefálico, cerebelo e hipocampo).
  - En animales pequeños (ej. murciélagos): animal entero
  - En animales domésticos (caninos y felinos): cabeza entera

VIII.6.B. CONSERVACIÓN Y CONDICIONES DE TRANSPORTE

Conservación y condiciones de transporte

- Las muestras deben conservarse refrigeradas a 2–8 °C desde la recolección hasta su envío. Se debe evitar la congelación y descongelación reiterada.
- El embalaje debe cumplir el sistema de triple envase (SISTEG)
    - Envase primario: tubo o frasco estéril, hermético.
    - Envase secundario: resistente e impermeable.
    - Envase externo: caja rígida etiquetada con los datos del remitente, dirección del laboratorio de destino y rótulos de riesgo biológico.

Envío a laboratorios de referencia

- Las muestras animales deben enviarse al laboratorio provincial o nacional de referencia según corresponda.

- Los Laboratorios de la Red de Laboratorios de Rabia son:

    - Servicio de Neurovirosis. Departamento de Virología, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI). ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”. Ministerio de Salud de la Nación.
    - Departamento de Rabia, Dirección General de Laboratorios y Control Técnico (DILAB), Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA), Ministerio de Economía de la Nación.
    - Departamento de Diagnóstico y Producción. Instituto de Zoonosis Luis Pasteur (IZLP), Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
    - Departamento de Zoonosis Urbanas. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.
    - Laboratorio Central de Salud Pública. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.
    - Laboratorio del Centro Especializado en Zoonosis (Regional de Diagnóstico de Rabia) Ministerio de Salud de la provincia de Chaco.
    - Laboratorio de Zoonosis. Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba.
    - Laboratorio de Rabia. División Zoonosis, Reservorios y Vectores. Sección Veterinaria. Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza.
    - Laboratorio de la División de Bioquímica, Farmacia y Droguería Central. Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe.
    - Laboratorio de División Zoonosis - Instituto Antirrábico. Ministerio de Salud de la provincia de Tucumán.
    - Laboratorio Regional Candelaria, Misiones. SENASA. Ministerio de Economía de la Nación.

- Para estudios moleculares en animales, remitir al Servicio de Neurovirosis, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán"

Para mayor información comunicarse al Servicio de Neurovirosis (011) 3751-8061 o por mail a neurovirosis@anlis.gob.ar y/o mpiccirilli@anlis.gob.ar

También pueden comunicarse a la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores por mail a zoonosis@msal.gov.ar

VIII.7. Recomendaciones para el equipo de salud

VIII.7.A. MEDIDAS PREVENTIVAS

Vacunación antirrábica

La vacunación antirrábica es de carácter obligatorio en perros y gatos (Ley Antirrábica 22.953) e incluye una primovacunación a los 3 meses de edad y revacunaciones anuales durante toda la vida del animal.
La vacunación de los animales de importancia económica (bovinos, equinos, ovejas, entre otros) contra la rabia es voluntaria, excepto en las siguientes situaciones, en que la vacunación es obligatoria: frente a la aparición de un caso confirmado de rabia paresiante (vacunación de emergencia) y dentro del área endémica, en los siguientes animales y tipos de establecimiento:

- Establecimientos de engorde a corral: vacunación de los animales a su ingreso.
- Cabañas y haras: vacunación de los animales que se envían a exposiciones o remates: dos dosis, la primera entre 80 y 60 días y la segunda entre 50 y 30 días antes del traslado o remate.
- Herbívoros utilizados para deportes (jineteadas, carreras, polo, salto, entre otros).

Otras medidas

- Control poblacional de perros y gatos mediante la esterilización quirúrgica.
- Educación para la salud sobre prevención de la rabia.
- Legislación para la importación de animales.
- Fortalecimiento de las estructuras de vigilancia de campo, de laboratorio y de control de las poblaciones de murciélagos hematófagos.
- Ejecución de medidas de control de las movilizaciones y de la cuarentena de los animales.

VIII.7.B. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Control de foco ante uno o más casos sospechosos o confirmados de rabia animal

Frente a un caso sospechoso:

1. Recoger antecedentes del caso índice (CI) sospechoso: Localizado/ Muerto / Desaparecido / Especie, edad, sexo, raza / Propietario / Origen (residente habitual o importado y en este último caso de zona endémica o no) / Estado de vacunación antirrábica / Estado clínico / Hábitos (domiciliario o callejero) /Contacto con murciélago u otro animal silvestre / Presencia o ausencia de causa que justifique el acto de morder / Antecedentes de viaje a zona endémica.
2. Identificar inmediatamente los posibles contactos humanos y animales, en el domicilio del animal.
3. Derivar a los contactos humanos a un efector de salud especializado, en donde se considerará el inicio del tratamiento post-exposición.
4. Seguimiento de los animales contactos si la autoridad competente (centro de zoonosis o SENASA si se trata de un contacto animal de importancia económica) considera que las características epidemiológicas del caso índice o animal agresor lo ameritan.[39]

[39] Para ver procedimiento a seguir con los animales contactos ver Guía de Rabia disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000001234cnt-2018-07_guia-rabia.pdf

5. En caso de muerte del CI o de los animales contacto, remitir cabeza o cuerpo entero en caso de ser quiróptero, a un laboratorio de la Red Nacional de Laboratorios de Diagnóstico de Rabia
6. Si el animal doméstico o silvestre no está disponible, también realizar las actividades descritas en los puntos 1) a 4).

Ante la confirmación del caso, continuar con las siguientes actividades[40]:

7. Definir la dimensión espacial comprometida por el CI, la que depende de la especie que originó el foco:
    - Murciélago: 200 metros a la redonda del lugar donde ocurrió la exposición.
    - Gato y perro domiciliarios: 500 metros a la redonda del domicilio y/o del lugar de exposición.
    - Perro no domiciliario: corredor de 100 metros a cada lado del trayecto que haya recorrido el animal.
    - Gato no domiciliario: 500 metros a la redonda del lugar donde ocurrió la exposición.
8. Vacunar los perros y gatos del área definida de acuerdo a lo indicado en el punto anterior.
9. Continuar con la búsqueda de contactos humanos y animales.
10. Concluir con la profilaxis post-exposición de los contactos humanos.
11. Realizar las actividades de educación e información para el público en general, autoridades de salud, autoridades educativas y organizaciones comunitarias, a fin de comprometerlos con la vigilancia epidemiológica. Mantener un contacto permanente entre la comunidad y las autoridades sanitarias.
12. Volcar toda la información obtenida en las planillas de control de foco

Frente a un caso descartado se suspenden las actividades.

VIII.7.C. MEDIDAS ANTE BROTES

Ante la sospecha de un brote de rabia canina (variante antigénica 1), es necesario realizar la fase intensiva de la campaña de vacunación antirrábica. Consiste en una campaña de corta duración y su objetivo es lograr la máxima cobertura (mínimo 80%) en el menor tiempo posible (ideal máximo 15 días), para interrumpir la circulación viral en las poblaciones de perros y, de éstos, a las personas. Puede llevarse a cabo en puestos fijos de vacunación (escuelas, organizaciones no gubernamentales, sociedades de fomento, etc.) o efectuarse casa por casa. Para más información se puede consultar en la Guía para la Prevención, Vigilancia y Control de la Rabia en Argentina disponible en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000001234cnt-2018-07_guia-rabia.pdf

Ante la sospecha de brote de rabia paresiante, debe actuar un veterinario de SENASA que ejecutará las siguientes acciones correspondientes que se pueden consultar en Guía de Rabia disponible en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000001234cnt-2018-07_guia-rabia.pdf

[40] Con respecto a los animales contactos, proceder según Guía de Rabia disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000001234cnt-2018-07_guia-rabia.pdf

VIII.8. Conclusiones

Entre 2019 y 2025, la vigilancia de rabia en Argentina evidenció una circulación sostenida del virus, con predominio en ciclos aéreos en murciélagos insectívoros de amplia distribución. En el Norte del país y región Cuyo se identifica la presencia de ciclos aéreos de murciélagos hematofagos y casos de rabia paresiante en animales de producción. En el noreste del país persisten ciclos enzoóticos terrestre asociado a la variante AgV2, con detección en animales domésticos y silvestres. Durante el año en curso, se confirmó un caso en un felino doméstico en la provincia de Buenos Aires, vinculado a la variante AgV4, lo que constituye un evento de spillover desde la fauna silvestre.

Asimismo, se recomienda, ante la presencia de murciélagos, evitar tocarlos, aunque se encuentren caídos, y nunca hacerlo con las manos descubiertas, dado el riesgo de transmisión. Ante el contacto de este animal con una persona o un animal de compañía, cuando esté disponible, enviarlo a analizar para el diagnóstico de rabia. Cabe destacar, que estos animales cumplen un importante rol en la naturaleza, incluyendo el control de insectos, la dispersión de semillas y la polinización, por lo que no hay que eliminarlos.

Este escenario resalta la importancia de mantener coberturas óptimas de vacunación antirrábica en perros y gatos, asegurar la notificación oportuna de eventos en el SNVS 2.0, garantizar el acceso a profilaxis postexposición y sostener la sospecha clínica ante cuadros neurológicos de causa no determinada, especialmente cuando existan antecedentes epidemiológicos compatibles.

Es prioritario la identificación de Accidentes Potencialmente Rábicos, es decir toda persona con cualquier tipo de herida (mordedura, rasguño) o lamedura de mucosas o de piel herida, producida por animales con rabia confirmada o animales con sintomatología compatible, por animales silvestres (especialmente murciélagos, zorros, monos, coatíes) o por perros, gatos, hurones domésticos imposibles de observar o no vacunados. En el periodo estudiado el único caso humano confirmado de rabia no fue identificado como tal y los contactos de los casos animales con rabia identificados no presentaron síntomas luego de las medidas de tratamiento post-exposición.

Por otro lado, la vigilancia molecular es una herramienta clave para la detección de variantes, el seguimiento de los ciclos de transmisión y la orientación de estrategias de prevención y control. Se recomienda continuar fortaleciendo la Red Nacional de Laboratorios de Rabia para la caracterización genética sistemática de las muestras positivas en todo el país.

Finalmente, se reafirma la necesidad de consolidar un abordaje integral bajo el enfoque de “Una Salud”, articulando acciones entre los sectores de salud humana, salud animal y ambiente, para prevenir y controlar de manera efectiva la rabia en el territorio nacional.

VIII.9. Vigilancia epidemiológica

VIII.9.A. RABIA ANIMAL

Definiciones de caso

Caso sospechoso de rabia animal: animal de especie susceptible de sufrir rabia que reúna una o más de las siguientes condiciones:

- Vivo o muerto con antecedente de sintomatología clínica compatible con infección rábica.
- Que genera un accidente potencialmente rábico (APR).
- Mordido por animal silvestre o animal confirmado a rabia.
- Muerto en la vía pública sin antecedentes, en zonas con circulación de virus rábico.

Caso confirmado de rabia animal: caso sospechoso que presenta resultado positivo en al menos una de las siguientes técnicas: Inmunofluorescencia directa (IFD), Ensayo biológico (EB), Reacción en cadena de la polimerasa con transcripción reversa (RT-PCR) o Rt-qPCR.

Caso descartado de rabia animal:

- Caso con resultado negativo en dos técnicas.
- Caso sospechoso vivo que superó sin novedades el período de observación de 10 días (perro, gato y hurón doméstico).

Definición de brote

Brote de rabia canina: Un brote de rabia canina se define como la aparición repentina y generalizada de casos de rabia en caninos, generalmente dentro de un área geográfica definida y en un período de tiempo corto, de la variante antigénica del perro (AgV1 y AgV2). Este fenómeno implica un aumento significativo en la incidencia de la enfermedad, con el riesgo de transmisión a las personas.

La rabia paresiante, causada por el virus rábico variante 3 y 3a y transmitida por el vampiro común Desmodus rotundus se presenta en forma de brotes que remiten espontáneamente y son seguidos por períodos interepidémicos sin rabia que pueden durar varios años. Ésta afecta principalmente a los bovinos, equinos, con menor frecuencia a otras especies domésticas, al hombre y a animales silvestres. En la República Argentina se diferencia un área endémica ubicada al Norte del Paralelo 31° Latitud Sur y al Este del Meridiano 66° Longitud Oeste, que abarca las provincias de Misiones, Corrientes, Chaco, Santiago del Estero y Formosa, y parte de las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán, Catamarca, Córdoba y Santa Fe; y un área libre, ubicada al sur del mencionado paralelo y al oeste del mencionado meridiano, que abarca el resto del país.

Sospecha de brote de rabia paresiante: Todo ganado con sintomatología nerviosa en área endémica o proveniente de la misma.

Brote de rabia paresiante: confirmación del diagnóstico virológico de rabia en el material remitido al laboratorio

VIII.9.B. RABIA EN HUMANOS

Definiciones de caso

Caso sospechoso: toda persona con sintomatología compatible con rabia humana (excitabilidad, espasmos musculares generalizados, hidrofobia por espasmo de faringe, fonofobia, fotofobia, convulsiones, alteraciones sensoriales e hiperestesia o hipostesia), con antecedente desconocido de exposición a virus rábico.

Caso probable: caso sospechoso de rabia humana con antecedente de exposición al virus rábico.

Caso confirmado: caso sospechoso o probable en que se demostró virus rábico a través del estudio por laboratorio:

- Diagnóstico antemortem: Uno o más de los siguientes criterios: Detección de anticuerpos específicos para rabia en el suero o en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de una persona sin vacunar / Detección de ácido nucleico del virus de la rabia por la reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR) o la RT PCR en tiempo real (Rt-qPCR) en muestras de saliva y/o biopsia de piel de nuca y/o LCR.
- Diagnóstico postmortem: uno o más de los siguientes criterios: Detección de antígeno viral por inmunofluorescencia directa en muestras del sistema nervioso central (SNC), especialmente la porción superior de la médula espinal o tronco encefálico, tálamo, hipotálamo, cerebelo y corteza cerebral / detección de antígeno viral por prueba biológica (en ratones o cultivo celular) en muestras de SNC / Detección de ácido nucleico del virus de la rabia por RT-PCR o Rt-qPCR en muestras del SNC.

Caso descartado:

- Caso sospechoso o probable en el que se confirmó otro diagnóstico.
- Caso sospechoso o probable con muestras post mortem negativas a rabia en al menos dos de las técnicas descritas.
- Caso sospechoso o probable con resultados de laboratorio negativos y con evolución favorable

Definición de brote

En esta etapa, un caso sospechoso de rabia humana debe ser considerado un brote.

Fichas de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-11/ficha-notificacion-rabia-animal.pdf

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-11/ficha-rabia-humana.pdf

Guía para la prevención, vigilancia y control de la rabia en argentina:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000001234cnt-2018-07_guia-rabia.pdf

---

IX. Intoxicación por Monóxido de Carbono- Informe epidemiológico

IX.1. Introducción

La intoxicación por monóxido de carbono (CO) constituye un evento de importancia sanitaria debido a su alta prevalencia y potencial letalidad. El CO es un gas inodoro, incoloro, insípido y no irritante que se produce por la combustión incompleta de materiales que contienen carbono, como gas natural, kerosén, carbón, madera o combustibles líquidos. Su carácter no perceptible por los sentidos lo convierte en un riesgo silencioso, particularmente en contextos domésticos y laborales mal ventilados.

En Argentina, la mayoría de estos eventos se originan en exposiciones no intencionales intradomiciliarias vinculadas al uso inadecuado de artefactos para calefacción o cocción, en ambientes cerrados y sin ventilación adecuada.

La vigilancia epidemiológica de este evento permite, potencialmente, detectar de manera oportuna su ocurrencia, identificar fuentes de exposición, implementar medidas de prevención, y monitorear la efectividad de intervenciones locales. Dado el carácter prevenible del evento, los datos aquí presentados resultan fundamentales para dimensionar su impacto, mejorar las estrategias de control y reforzar la articulación intersectorial para reducir su incidencia.

Es importante destacar que al igual que en todos los informes presentados en los Boletines Epidemiológicos Nacionales, los datos de los eventos notificados son parciales y sujetos a modificación. Si bien sistemáticamente se especifica en las notas metodológicas, en esta oportunidad, dado el carácter estacional y la particular visibilidad en medios de comunicación que presenta la intoxicación por monóxido de carbono, se quiere insistir en que la información aquí expuesta tiene como única fuente oficial el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y proviene de establecimientos que notifican a este Sistema de manera heterogénea.

En el marco, es dable recalcar que desde el Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación y de cada una de las Áreas de Epidemiología jurisdiccionales, se realiza un constante trabajo de monitoreo y evaluación para la mejora de la cobertura, oportunidad, regularidad y calidad de los datos.

IX.2. Situación de Intoxicación por Monóxido de Carbono en Argentina

IX.2.A. NOTA METODOLÓGICA

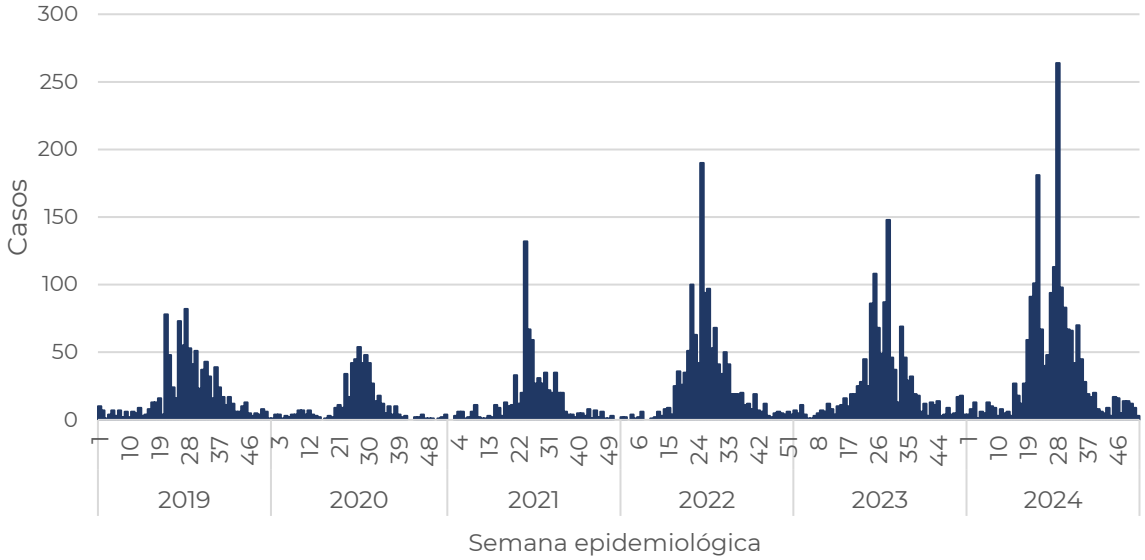
El siguiente análisis considera las notificaciones en el evento “Intoxicación/Exposición por Monóxido de Carbono” del SNVS$^{2.0}$ desde la semana epidemiológica (SE) 1 de 2019 a la SE 26 de 2025. Se contaron como casos confirmados a aquellos que presentaron síntomas compatibles, laboratorio detectable o criterio epidemiológico. Los casos se muestran por jurisdicción de residencia consignada en el SNVS$^{2.0}$, en caso de no tenerla, se muestra por jurisdicción de carga. La fecha mínima que se utiliza para contabilizar la semana epidemiológica (SE) se construye con la fecha de inicio de síntomas (FIS) o la fecha de consulta, toma de muestra, y, por último, de apertura si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.

IX.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA HISTÓRICA (2019-2024)

Entre los años 2019 y 2024, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) un total de 9.630 eventos de intoxicación/exposición por monóxido de carbono, de los cuales **6.706 (70%) fueron clasificados como confirmados.** La mayor cantidad de los casos confirmados (81%) lo fueron por criterio clínico, seguido por confirmación laboratorial (12%) y, en menor proporción, por nexo epidemiológico (7%). Para todo el periodo se registraron 38 fallecidos distribuidos en todos los años, siendo el 2023 el año con más óbitos (11).

Durante el período analizado, los casos de intoxicación por monóxido de carbono mostraron una notificación constante a lo largo del año, con un aumento estacional sostenido entre los meses de abril y septiembre. El mayor número de casos confirmados se registró en julio de 2024, alcanzando un pico en la semana epidemiológica 28 (n=264).

Gráfico 1: Intoxicación por monóxido de carbono: casos confirmados por semana epidemiológica. 2019-2024, Argentina. (n=6.706).

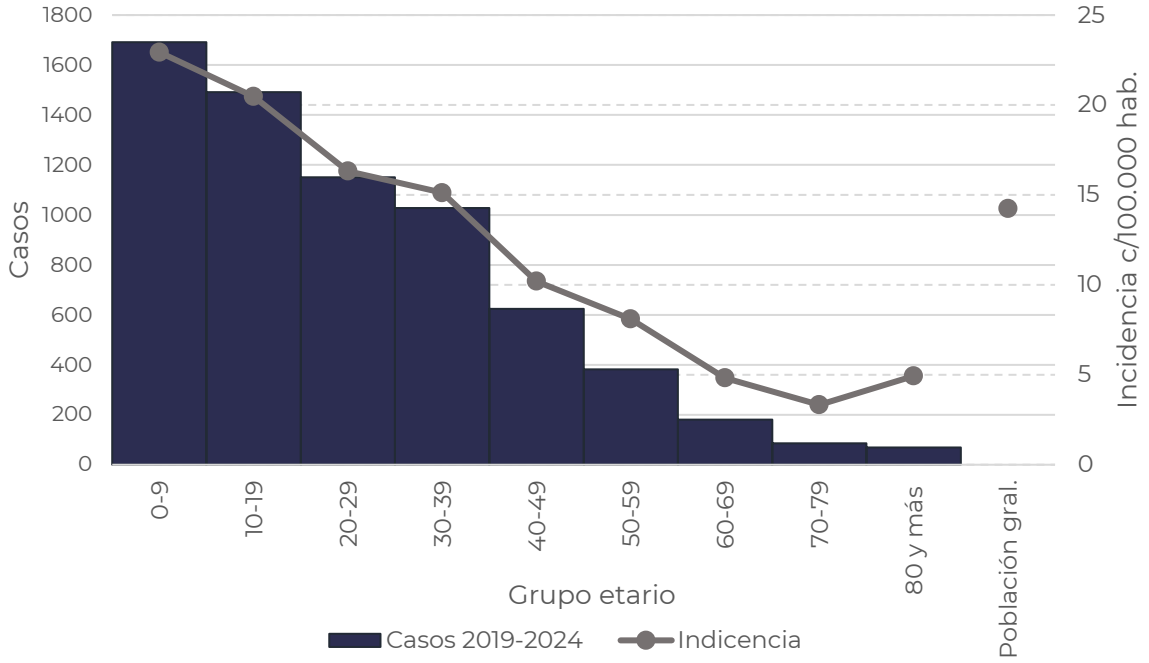


Fuente: Elaboración del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

En cuanto a la distribución por sexo **(n=6.644),** el 56% corresponde a sexo femenino y el 44% restante a sexo masculino.

Respecto a la distribución por edad, el 80% de los casos se concentran en los grupos etarios de 0 a 39 años (Gráfico 2). Dichos grupos presentan una incidencia acumulada superior a la registrada en la población general. La mediana de edad es de 21 años.

Gráfico 2. Intoxicación por monóxido de carbono: casos e incidencia acumulada por 100.000 habitantes según grupo de edad. 2019-2024. Argentina. (n=6.702)*.



*Se excluyen 4 casos que no contaban con dato de edad

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

En relación a la distribución regional de los casos confirmados, el 36% se registró en la región Sur, siendo las provincias de Neuquén, Chubut y Tierra del Fuego las que concentran el mayor número de casos. Le sigue en número de casos la región Centro con un 34%, siendo Buenos Aires la provincia con mayor número de casos en esta región. El 30% restante se distribuye entre Cuyo, NOA y NEA (Tabla 1).

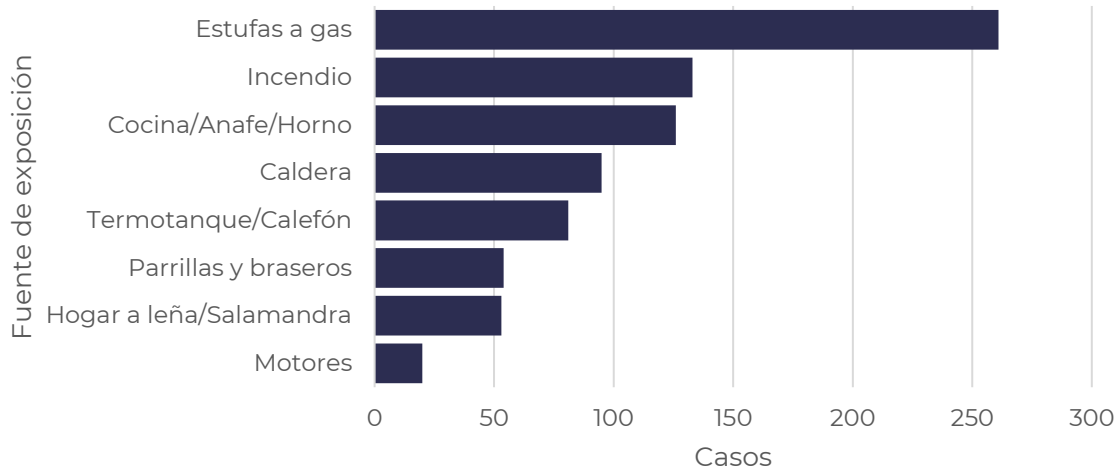
Tabla 1. Intoxicación por monóxido de carbono: casos por jurisdicción y año, Argentina. 2019-2024 (n=6.706).

Jurisdicción	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Buenos Aires	227	76	205	232	241	452
CABA	55	28	28	49	67	90
Córdoba	80	23	29	47	49	91
Entre Ríos	17	16	13	20	35	59
Santa Fe	4	1	2	9	1	5
Total Centro	**383**	**144**	**277**	**357**	**393**	**697**
Mendoza	158	69	44	128	149	176
San Juan	30	69	47	60	79	93
San Luis	21	1	5	10	15	47
Total Cuyo	**209**	**139**	**96**	**198**	**243**	**316**
Chaco	1	0	1	1	1	1
Corrientes	1	0	0	1	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	1	2	0	0
NEA	**2**	**0**	**2**	**4**	**1**	**1**
Catamarca	3	0	0	0	0	0
Jujuy	1	0	1	2	0	7
La Rioja	1	0	16	0	6	17
Salta	0	0	0	61	32	95
Santiago del Estero	0	0	1	5	2	11
Tucumán	82	48	108	73	108	131
Total NOA	**87**	**48**	**126**	**141**	**148**	**261**
Chubut	55	63	91	217	90	167
La Pampa	6	7	8	20	4	8
Neuquén	45	36	20	223	220	255
Río Negro	42	22	11	37	34	26
Santa Cruz	39	53	8	31	41	78
Tierra del Fuego	121	31	80	55	86	103
Total SUR	**308**	**212**	**218**	**583**	**475**	**637**
Total PAIS	**989**	**543**	**719**	**1283**	**1260**	**1912**

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

Respecto de la fuente de exposición, el 13% de los casos confirmados consigna información. De estos el 31% corresponde a exposición a estufas a gas (n=261), el 16% a incendios (n=133), el 15% a cocinas, anafes u hornos (n=126), y el resto se distribuye entre otras fuentes (Gráfico 3).

Gráfico 3. Intoxicación por monóxido de carbono: Casos según fuente de exposición. 2019- 2024. Argentina. (n= 855)



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

IX.2.C. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL (2025)

Durante 2025, hasta la SE 26, se notificaron **642 casos confirmados**. El 68% de estos se confirmó por criterio clínico, el 21% por laboratorio y el resto por criterio epidemiológico. En cuanto a la distribución por sexo se mantiene como en los años previos, mientras que en cuanto a la edad, se observa que el grupo de edad de 20 a 29 es el más afectado (n=135), seguido del grupo de 0 a 9 años (n=121). En el año en curso se registraron 4 casos fallecidos en el SNVS 2.0 dentro del evento intoxicación por monóxido de carbono.

En la tabla 2 se observa que, tanto a nivel nacional como en las regiones de Cuyo y Sur, el índice epidémico acumulado se encuentra en el valor esperado, mientras que en la región Centro, el mismo supera el valor esperado y en NOA es inferior. En la región del NEA no se puede calcular por no tener casos notificados.

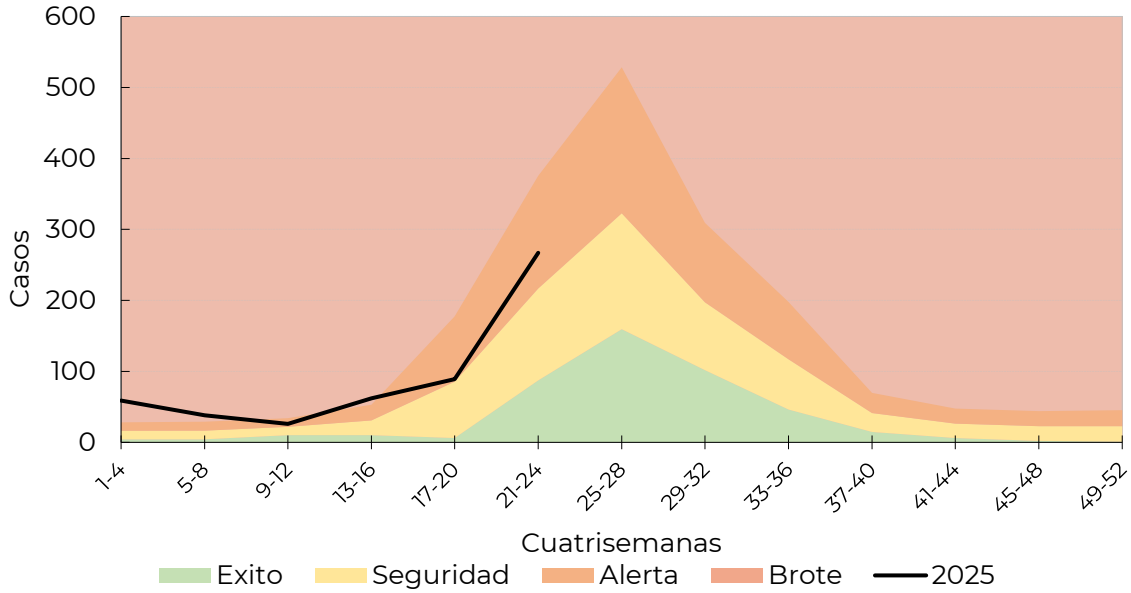
Tabla 2. Intoxicación por monóxido de carbono: casos por jurisdicción y año e índice epidémico, Argentina. SE 1 a 26 de 2020 a 2025 (n=3.411).

Jurisdicción	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Índice epidémico acumulado
Buenos Aires	32	100	97	91	185	165	1.7 ↑
CABA	5	15	30	24	25	64	2.7 ↑
Córdoba	11	20	35	25	29	13	0.52 =
Entre Ríos	7	6	14	17	14	33	2.4 ↑
Santa Fe	0	2	0	0	0	0	-
Centro	55	143	176	157	253	275	1.8 ↑
Mendoza	46	28	75	68	90	42	0.6 ↓
San Juan	32	36	45	29	42	31	0.9 =
San Luis		4	4	13	22	13	1.5 ↑
Cuyo	78	68	124	110	154	86	0.8 =
Chaco	0	1	0	0	1	0	-
Corrientes	0	0	0	0	0	0	-
Formosa	0	0	0	0	0	1	-
Misiones	0	1	1	0	0	1	-
NEA	0	2	1	0	1	2	-
Catamarca	0	0	0	0	0	0	-
Jujuy	0	0	2	0	0	1	-
La Rioja	0	11	0	2	8	0	-
Salta	0	0	41	15	34	23	1.5 ↑
Santiago del Estero	0	0	5	0	1	2	-
Tucumán	21	75	34	41	56	11	0.3 ↓
NOA	21	86	82	58	99	37	0.5 ↓
Chubut	18	56	133	27	80	58	1.0 =
La Pampa	6	3	16	3	8	1	0.2 ↓
Neuquén	13	7	142	101	132	58	0.6 ↓
Río Negro	6	1	14	14	16	21	1.5 ↑
Santa Cruz	15	3	16	34	55	55	3.4 ↑
Tierra del Fuego	18	55	8	40	61	49	1.2 =
Sur	76	125	329	219	352	242	1.1 =
Total general	230	424	712	544	859	642	1.2 =

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

A partir de la construcción del corredor endémico cuatrisemanal se observa que los casos de 2025 se encuentran en la zona de alerta, encontrándose en brote entre las semanas epidemiológicas 1 a 8 y 13 a 16 (Gráfico 4).

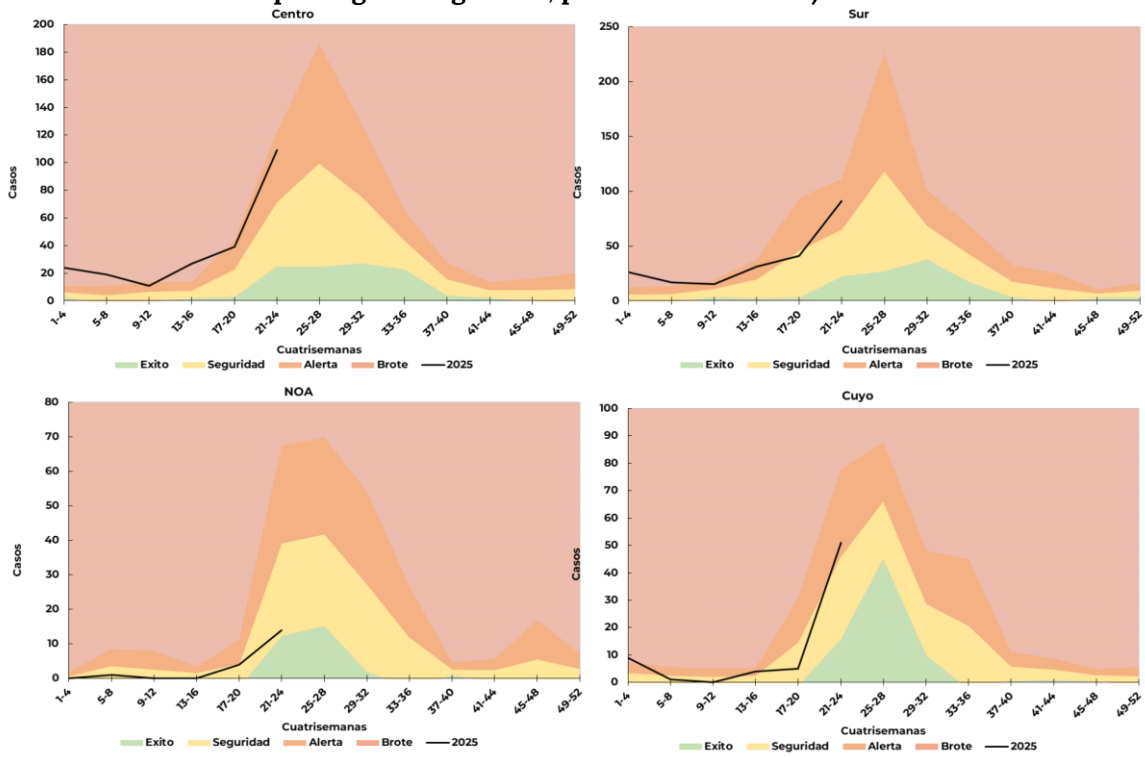
Gráfico 4. Corredor endémico cuatrisemanal de casos confirmados de intoxicación por monóxido de carbono. Argentina, periodo 2019 - SE 24/2025.



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

De acuerdo con los corredores endémicos acumulados por región se observa que, las regiones de Centro, Sur y Cuyo se encuentran en la zona de alerta de acuerdo al registro de casos de los 5 años previos, observándose para las regiones de Centro y Sur algunas semanas epidemiológicas en brote (1 a 8). La región del NOA se encuentra en zona de seguridad en todo el periodo (Gráfico 5).

Gráfico 5. Corredores endémicos cuatrisemanales de casos confirmados de intoxicación por monóxido de carbono por región. Argentina, periodo 2019 - SE24/2025.



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

IX.3. Recomendaciones para el equipo de salud

IX.3.A. FUENTES PROBABLES DE INTOXICACIÓN/EXPOSICIÓN

El CO es un gas inodoro, incoloro, insípido, no irritante que se produce a partir de la combustión incompleta de gas natural u otros productos que contengan carbono. Estas características hacen que no sea percibido por los sentidos y que la persona expuesta no presente ninguna reacción de defensa; facilitando el proceso de intoxicación por inhalación.

El CO se genera por la combustión incompleta de carbón, gasolina, kerosén, petróleo, propano (gas domiciliario o de garrafa) y madera. Estos elementos se utilizan en:

- Motores de automóviles y otros motores nafteros o a kerosén (cortadoras de césped, motosierras, equipos electrógenos, triciclos, cuatriciclos, etc.).
- Parrillas y braseros de carbón de leña utilizados para calentar las habitaciones al dormir o cocinar (frecuente causa de muerte en sectores humildes o rurales).
- Sistemas de calefacción portátiles o para interiores sin tiro balanceado.
- Calefones, termotanques, calderas y otros calentadores de agua que utilicen gas natural, en lugares cerrados no ventilados.
- Incendios donde estén involucrados estos materiales.

El CO proveniente de estas fuentes puede acumularse en lugares cerrados o semicerrados.

El monóxido de carbono ingresa al organismo a través de las vías respiratorias. Reduce la capacidad de la sangre para transportar oxígeno e interfiere también con la capacidad de las células para utilizar todo el oxígeno que les llega. La falta de oxígeno afecta principalmente al cerebro y al corazón.

La toxicidad varía de una persona a otra, pero quienes están en mayor riesgo son los fetos durante el embarazo, los recién nacidos y niños pequeños, ancianos, personas con enfermedad cardíaca, pulmonar o anemia, personas en grandes altitudes y fumadores.

IX.3.B. MEDIDAS PREVENTIVAS

Para prevenir la intoxicación por monóxido de carbono es elemental el control de las instalaciones y el buen funcionamiento de artefactos, así como es importante mantener los ambientes bien ventilados.

El ENARGAS impulsa medidas tales como:

- Campañas publicitarias y educativas de prevención
- Incorporación de nuevos dispositivos de seguridad en los artefactos de gas: en los calefactores sin chimenea el piloto analizador de atmósfera y en todos los artefactos con chimenea, piloto analizador de atmósfera o sensor de temperatura en zonas de gases de combustión.
- Revisión periódica de los artefactos a gas por personal matriculado a través de diferentes resoluciones: la verificación durante las revisiones de funcionamiento de los artefactos, la calidad de la llama, los conductos de evacuación de los productos de la combustión y las aberturas para reposición de aire, además de la correcta ubicación de los artefactos.
- Inspección de seguridad en las escuelas.

IX.3.C. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Nivel Individual

- Ventilar el lugar inmediatamente.
- Retirar al intoxicado y trasladarlo a un espacio abierto donde pueda respirar aire fresco.
- Si hay disponibilidad, colocar oxígeno por máscara o por cánula lo más pronto posible.
- No dar alimentos o bebidas por el riesgo de broncoaspiración.
- El tratamiento se realiza con oxígeno al 100% o cámara hiperbárica. También se trata el edema cerebral y las complicaciones cardiovasculares en caso de ser necesario.

Nivel comunitario

- Una vez identificada la fuente se realizará la comunicación de los resultados y de las recomendaciones a los grupos de interés. Si se tratara de instalaciones de gas defectuosas, se dará intervención al Ente Regulador y a la distribuidora local.
- Determinar si otras personas han estado expuestas.
- Proveer información básica acerca de la intoxicación por CO a los contactos del caso.

IX.4. Conclusiones

En los últimos años se observa un aumento sostenido en las notificaciones de casos confirmados de intoxicación por monóxido de carbono a nivel nacional, con un mayor peso en la región centro-sur, mientras que en Cuyo y el NOA los registros se mantienen estables. En el NEA, la falta de datos suficientes dificulta el análisis. Estas diferencias regionales muestran la importancia de adaptar las estrategias de vigilancia y prevención según el contexto local, y destacan la necesidad de continuar fortaleciendo el sistema para una respuesta sanitaria más oportuna y efectiva.

La implementación de mejoras en el sistema de vigilancia permitió ampliar la cobertura y elevar la calidad de la información registrada. Esto favorece la detección temprana de los casos y una caracterización más precisa de la carga de enfermedad. Contar con datos confiables y actualizados es fundamental para orientar las decisiones en salud pública, priorizar intervenciones y diseñar estrategias basadas en evidencia.

Para prevenir nuevas intoxicaciones es clave mantener una ventilación adecuada en los ambientes, controlar periódicamente el estado de los artefactos y asegurarse de que estén bien instalados y funcionen correctamente. Estas medidas simples, combinadas con una vigilancia activa y una comunicación clara hacia la población, pueden reducir significativamente el riesgo, especialmente en los meses de mayor uso de calefacción.

IX.5. Vigilancia epidemiológica

IX.5.A. DEFINICIONES DE CASO

Caso sospechoso: toda persona con antecedentes de exposición a CO, que no presente síntomas al momento de la consulta.

Caso confirmado: toda persona con antecedentes de exposición a CO, con síntomas atribuibles, con o sin niveles de carboxihemoglobina superior a los valores de referencia, en el momento del diagnóstico.

- Síntomas Generales: debilidad, cansancio, sensación vertiginosa, síncope.
- Neurológicos: cefalea, irritabilidad, somnolencia, mareos, confusión, impotencia funcional de miembros inferiores, ataxia, convulsiones, coma, deterioro neurológico y

psiquiátrico, amnesia, parkinsonismo, pérdida de control de esfínteres, enlentecimiento motor, trastorno del aprendizaje, corea, neuropatías periféricas.
- Gastrointestinales: náuseas, vómitos
- Cardiovasculares: dolor precordial, palpitaciones, taquicardia, isquemia de miocardio, arritmias cardíacas.
- Respiratorios: dificultad respiratoria, taquipnea
- Otros: visión borrosa, alteraciones visuales

Interpretación de resultados de laboratorio: Todo caso con clínica compatible de intoxicación por monóxido de carbono estudiado por laboratorio con: Carboxihemoglobina mayor al 3 %.

Las intoxicaciones intencionales deberán notificarse/vigilarse en el Grupo de eventos "Lesiones intencionales" del SNVS 2.0

IX.5.B. DEFINICIONES DE BROTE

Episodio en el cual dos o más personas presentan un cuadro clínico compatible con intoxicación aguda por monóxido de carbono en un mismo lugar o zona geográfica y donde se compruebe la exposición efectiva al agente causal.

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ficha-intoxicacion-monoxido_0.pdf

Guía de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Vigilancia Epidemiológica de las Intoxicaciones por Monóxido De Carbono

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2020-10/06-2016-guia-intoxicaciones-monoxido.pdf

Recomendaciones para evitar las intoxicaciones por monóxido de carbono

https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/intoxicacionpormonoxidodecarbono

---

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

X. Boletines Jurisdiccionales

X.1. Buenos Aires: Eventos de Notificación Obligatoria (ENOs)

Se presentan los casos acumulados de ENO seleccionados por su impacto en la calidad de vida de las personas, en los servicios de salud, por la severidad o por su carácter endémico en la provincia.

Tabla de ENOs seleccionados y registrados hasta el 23 de junio de 2025
Casos acumulados a SE 24, años 2022-2025 e incremento de casos entre SE 23 y 24.

Eventos seleccionados	2022	2023	2024	2025	Incremento semanal	% Incremento relativo
Enfermedad tipo influenza (ETI)	190.186	189.865	200.392	165.769	11.548	7,5%
Bronquiolitis en menores de dos años	38.922	53.339	31.618	17.664	2.346	15,3%
Neumonía	24.828	37.998	24.748	19.751	1.433	7,8%

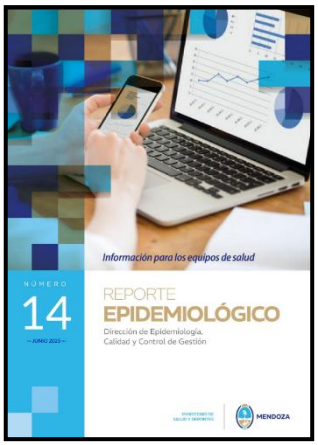
Fuente: SNS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

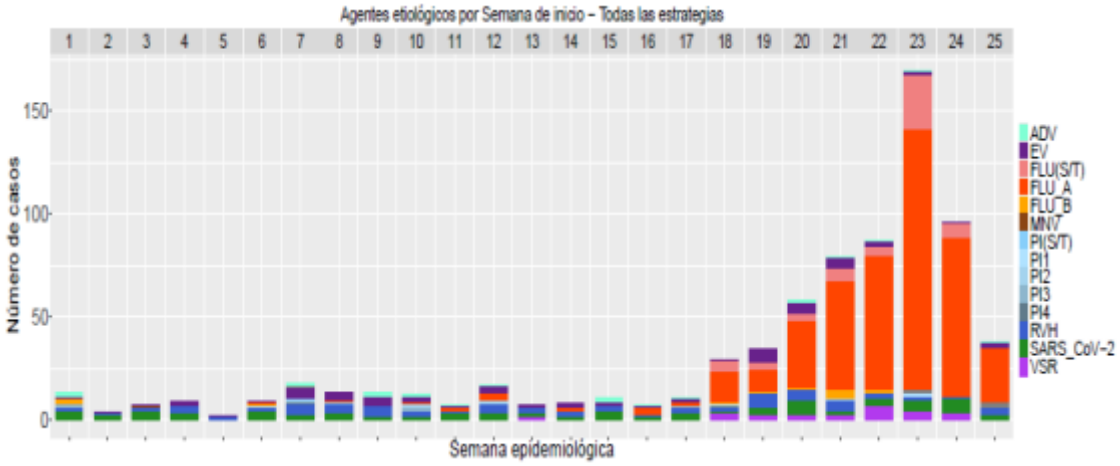
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

X.2. Mendoza: Vigilancia de virus respiratorios

A SE25 (21/06) de 2025, se estudiaron y notificaron en la provincia un acumulado de 2276 muestras de las cuales 759 resultaron positivas para los virus estudiados, lo que representa un 33,3% del total de las muestras estudiadas. Con respecto a la distribución proporcional de las 759 muestras positivas, el mayor porcentaje corresponde a FLU A. Desde la SE 18 se observa un aumento de las detecciones positivas, determinado por la circulación de FLU A, que persiste a SE25, con un pico a SE23.



Vigilancia de virus respiratorios por SE. SE 1 a SE 25/2025. Mendoza



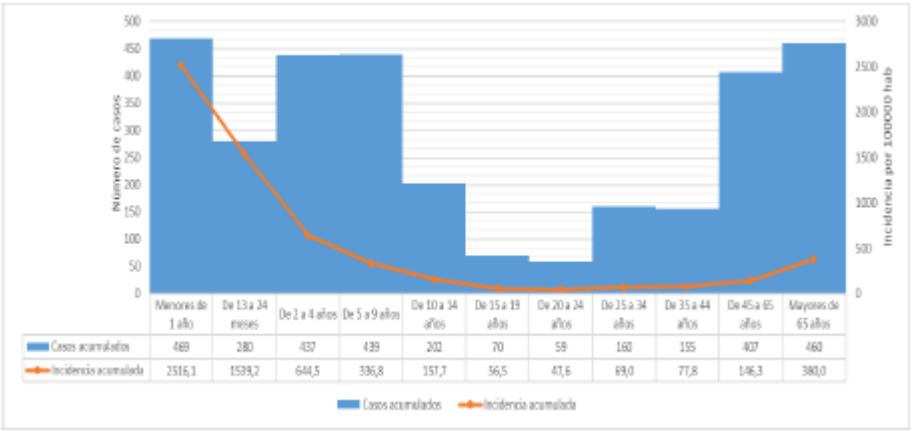
Fuente: SNVS 2.0 – *Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología- DECyCG*

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

X.3. Salta: Infección respiratoria aguda grave (IRAG)

En la SE 25, se notificaron 86 casos de internados por infección respiratoria aguda grave (IRAG), dos casos en unidad de cuidados intensivos.

Distribución de casos y tasa de incidencia por 100.000 habitantes de internados por afección respiratoria aguda grave según grupo de edad. Acumulado hasta SE 25. Provincia de Salta. 2025



	Menores de 1 año	De 13 a 24 meses	De 2 a 4 años	De 5 a 9 años	De 10 a 14 años	De 15 a 19 años	De 20 a 24 años	De 15 a 34 años	De 35 a 44 años	De 45 a 65 años	Mayores de 65 años
Casos acumulados	469	280	437	439	202	70	59	160	155	407	460
Incidencia acumulada	2516,1	1539,2	644,5	336,8	157,7	56,5	47,6	69,0	77,8	146,3	380,0

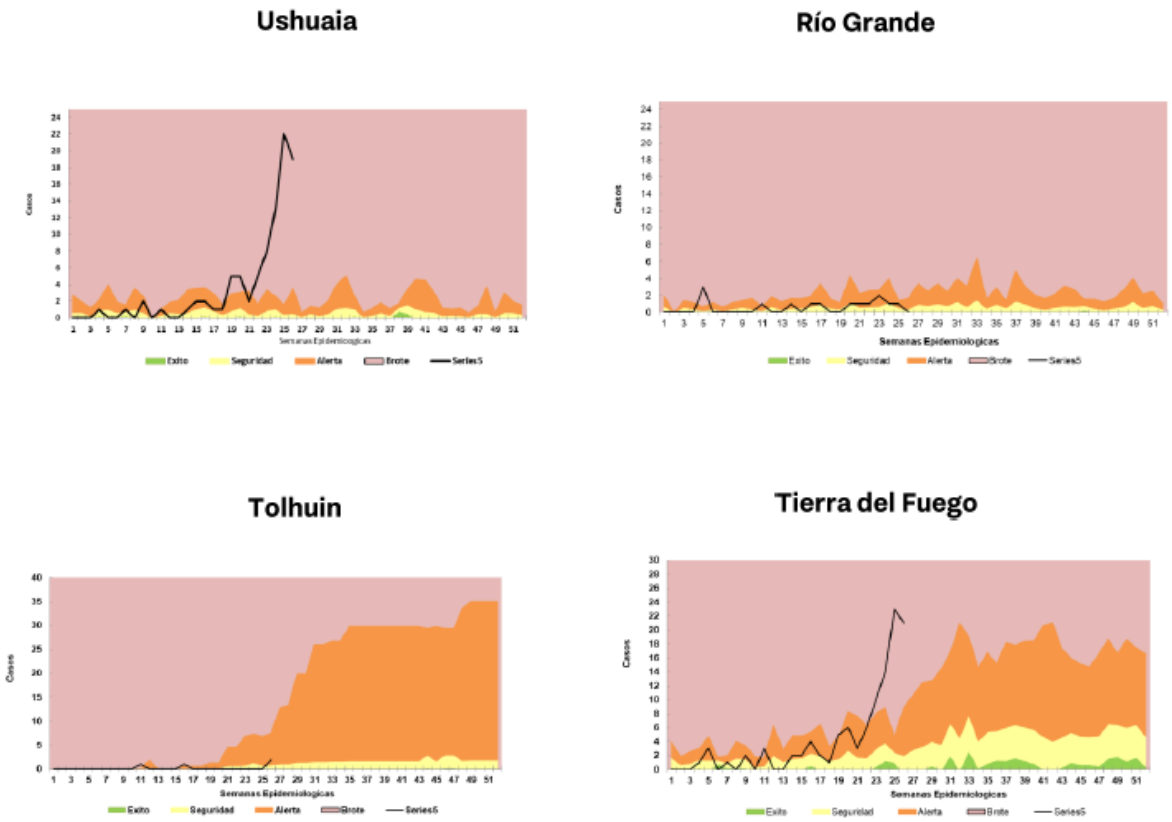
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos provenientes de la vigilancia nominal de casos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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

X.4. Tierra del Fuego: Respiratorias agrupadas

A nivel provincial, con 109 casos acumulados, la incidencia se ubica en la zona de brote. En Ushuaia, con 91 casos acumulados, la incidencia se encuentra en zona de brote. En Río Grande, con 14 casos acumulados, la incidencia se ubica en zona de seguridad. En Tolhuin, se registraron 4 casos en lo que va del año, ubicándose la incidencia en zona de alerta.

Corredor endémico de varicela. Tierra del Fuego. 2025.



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

Para más información:

https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

X.5. Tucumán: Eventos priorizados

La vigilancia epidemiológica, tiene como objetivo monitorear el comportamiento de la ENOS (Enfermedades de Notificación Obligatoria).

La siguiente tabla muestra la situación de aquellas enfermedades con mayor potencial epidémico, comparando con la situación promedio de 5 años anteriores a igual semana epidemiológica.

Casos esperados y ocurridos para la SE 25 (15 al 21 de junio de 2025) de patologías priorizadas. Provincia de Tucumán.

Patología	Esperados	Ocurridos	Diferencia %	Chi^2	*Valor de p* *	Tasa de Incidencia por 1000	IC 95 %	
Diarreas	178	198	11,0	0,76	0,3840	13,1	11,3	14,9
Varicela	13	12	-7,5	0,05	0,8176	0,8	0,3	1,2
Bronquiolitis	321	362	12,7	1,87	0,1714	23,9	21,5	26,4
ETI	630	1187	88,4	162,79	0,0000	78,5	74,1	83,0
Neumonia	80	61	-23,6	2,79	0,0947	4,0	3,0	5,0
Escorpionismo	23	6	-74,3	10,53	0,0012	0,4	0,1	0,7

Fuente: SNVS- Dirección de Epidemiología.

Para más información: direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **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	Araneismo-Envenenamiento por Latrodectus (Latrodectismo)	Clínica	Signos y síntomas	Se adicionaron las siguientes opciones: "Lesión en miembro superior (no manos)", "Lesión en miembro inferior", "Lesión en cara y/o cuello", "Lesión en tronco (tórax/abdomen/dorso)", "Lesión en cabeza", "Lesión en mano/s", "Lesión en región glútea" y "Lesión genital"
	Araneismo-Envenenamiento por Loxosceles (Loxoscelismo)			
	Araneismo-Envenenamiento por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)			
	Escorpionismo o Alacranismo			
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"

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
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 (Yararará)	Clínica	Signos y síntomas	Se adicionaron las siguientes opciones: "Lesión en miembro superior (no manos)", "Lesión en miembro inferior", "Lesión en cara y/o cuello", "Lesión en tronco (tórax/abdomen/dorso)", "Lesión en cabeza", "Lesión en mano/s", "Lesión en región glútea" y "Lesión genital"
			Resultado de tratamiento	Se adicionó la opción: "Tratamiento incompleto por efecto adverso"
			Secuelas	Se adicionaron las opciones: "Amputación", "Parálisis total o parcial de miembro/s afectado/s" y "Neuropatía del paciente crítico"
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	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”
			Antecedentes	Se adicionaron las

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)		epidemiológicos	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. 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

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

Duración: 30 horas

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

XIV. La Pampa se incorpora al programa de entrenamiento en epidemiología de campo y acciones de salud pública (EPI-AR)

Esta semana se puso en marcha en la ciudad de Santa Rosa el programa EPI-AR, una iniciativa destinada a reforzar las capacidades locales para la detección, notificación y respuesta ante problemas de salud pública. Se trata de un curso de formación en servicio, basado en competencias y con un enfoque integral de Una Salud, que se desarrollará durante tres meses, orientado a fortalecer la actuación de los equipos sanitarios en terreno.

La organización de este ciclo de capacitación fue posible gracias al trabajo articulado entre equipos técnicos de la provincia de La Pampa y del Ministerio de Salud de la Nación. En representación de la provincia, participaron autoridades y equipos técnicos de Epidemiología de la provincia. Desde el nivel nacional, participaron integrantes del equipo del Área de Capacitación, Desarrollo y Fortalecimiento de Recursos Humanos en Epidemiología.

El objetivo de aprendizaje de EPI-AR es que los equipos que desarrollan tareas de vigilancia epidemiológica y primera respuesta cuenten con las herramientas técnicas necesarias para detectar, notificar y actuar ante eventos relevantes para la salud pública en todo el territorio nacional. La estrategia está dirigida especialmente a personal responsable de la vigilancia y la implementación de acciones de salud pública en los ámbitos humano, animal y ambiental, bajo un enfoque de Una Salud. La actualización recibida por el equipo de La Pampa será luego replicada a toda la provincia.

El programa completo de capacitación se desarrolla a lo largo de 12 semanas, con una duración total de 240 horas. Incluye talleres presenciales de 5 días cada uno, y actividades de campo con tutoría, así como la presentación de trabajos finales con propuestas de mejora del sistema de vigilancia y control en el nivel de desempeño.

La capacitación, organizada por la dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, a través de su Área de capacitación, desarrollo y fortalecimiento de RRHH en epidemiología, es una adaptación del entrenamiento del FETP - Programa de Capacitación en Epidemiología de Campo de primera línea o Frontline propuesto por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE.UU en colaboración y con el apoyo de TEPHINET (Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network) y la Red Suramericana de Epidemiología de Campo (REDSUR).