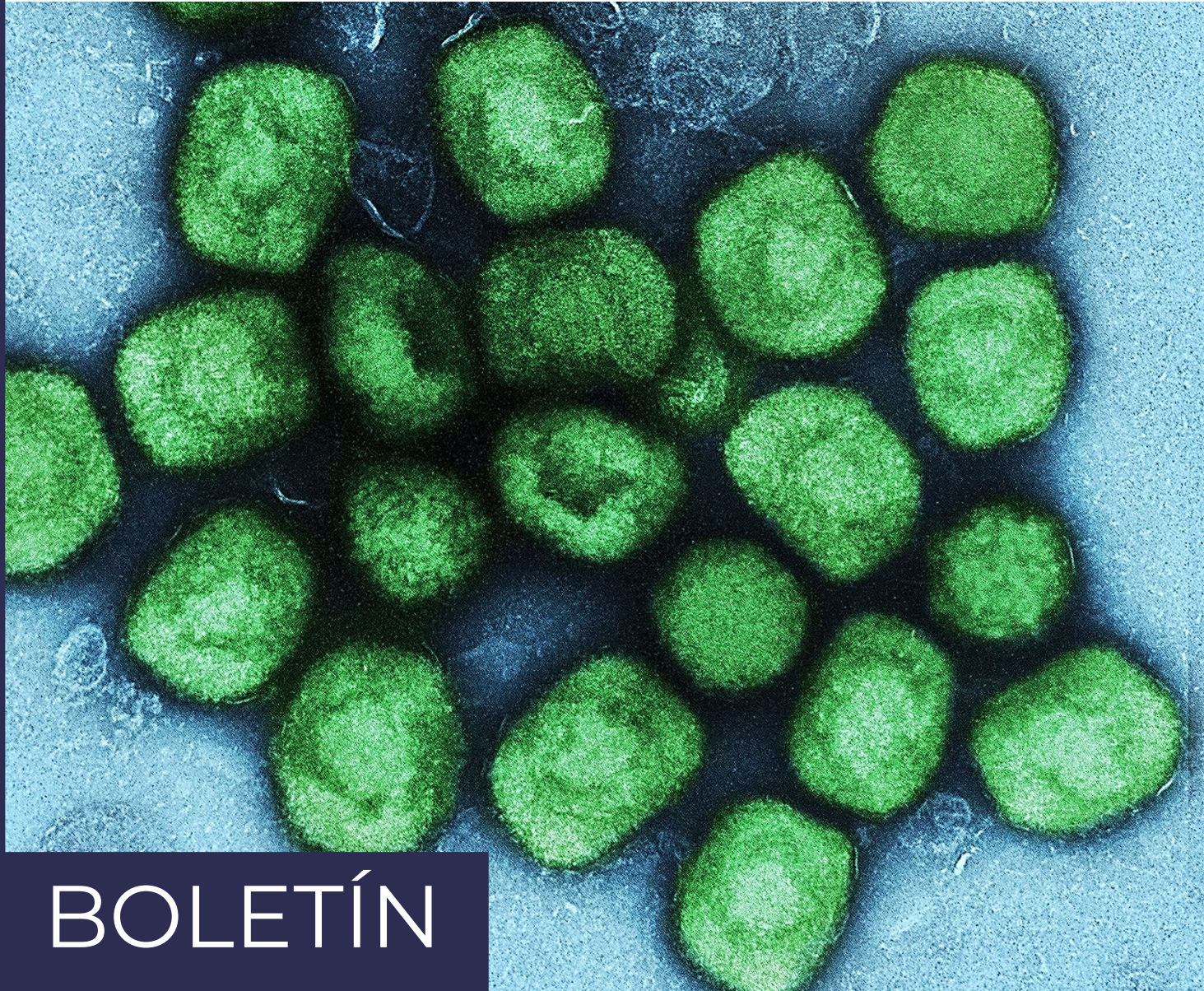




BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Nº 768

Semana epidemiológica 31

AÑO 2025

Desde 27/07 al 02/08

Fecha de publicación

11/08/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA



AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Alejandro Alberto VILCHES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

Dengue y otros Arbovirosis

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

El Servicio Meteorológico Nacional.

El Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui”, INEVH-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

Brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado

Del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”: el Área de Epidemiología, el Servicio de Antimicrobianos y el Servicio de Bacteriología Especial.

De la ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”, la Unidad Operativa Centro Nacional de Genómica y Bioinformática.

Actualización informe Epidemiológico de Mpox

Del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”: Laboratorio Nacional de Referencia Viruela Símica y Área de Epidemiología.

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

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

Agradecimientos:

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

Imagen de tapa:

Imagen coloreada de microscopía electrónica de transmisión de partículas del virus mpox (verde) cultivadas y purificadas a partir de un cultivo celular. Foto tomada del Center for Disease Control and Prevention (CDC).

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°768, SE 31.

I. Editorial del BEN 761

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

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

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

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

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

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

¡Hasta la próxima!



Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología



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

II. Sobre este BEN

El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) N.º 768 presenta la actualización nacional correspondiente a la Semana Epidemiológica (SE) 31, en el marco del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Como en cada edición, se incluyen los eventos de notificación obligatoria seleccionados con sus tablas nominales y agrupadas, acompañadas de notas metodológicas que facilitan su interpretación.

En relación con sarampión y dengue, se mantiene la presentación de la información epidemiológica y los indicadores de vigilancia, sin cambios relevantes respecto de la edición anterior, reafirmando la importancia de sostener la sensibilidad y oportunidad en la detección de casos.

Se actualiza la situación de las infecciones respiratorias agudas, con datos clínicos y virológicos de ETI, neumonía y bronquiolitis, y recomendaciones ante la circulación de influenza y otros virus respiratorios, incluyendo información sobre la campaña de vacunación antigripal.

En la sección de actualización periódica de eventos, se incluye un informe sobre mpox con datos de vigilancia nacional, evolución genómica y detalles sobre la Red Nacional de Laboratorios de Diagnóstico. También se presentan alertas internacionales, boletines jurisdiccionales y actualizaciones en las codificaciones auxiliares del SNVS 2.0, reforzando el rol del BEN como herramienta central para el monitoreo y la toma de decisiones en salud pública.

Además, se incorpora una nueva actualización sobre la enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado.

Como informe especial, se presentan los avances en la investigación del brote de listeriosis notificado en abril de 2025, con resultados de laboratorio, hallazgos epidemiológicos y recomendaciones para los equipos de salud y la comunidad.

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.2. Eventos nominales confirmados	11
III.3. Eventos nominales notificados y confirmados	12
III.4. Eventos agrupados clínicos	13
III.5. Eventos agrupados laboratoriales	14
III.5.A. Sobre la construcción de esta tabla	14
EVENTOS PRIORIZADOS	16
IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión	17
IV.1. Introducción	17
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional	17
IV.3. Situación actual en Argentina	17
IV.3.A. Notificación de casos	17
IV.3.B. Distribución geográfica	18
IV.4. Caracterización de los casos confirmados	20
IV.4.A. Clasificación de los casos	20
IV.5. Recomendaciones para la comunidad	22
IV.6. Recomendaciones para los equipos de salud	22
IV.7. Vigilancia epidemiológica	22
IV.7.A. Definición y clasificación de caso	23
IV.8. Medidas de prevención	23
IV.9. Medidas ante casos y contactos	23
IV.9.A. Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados:	23
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	25
V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus	25
V.1.A. Subregión Cono Sur	25
V.2. Situación de dengue en Argentina	28
V.2.A. Inicio de temporada 2025/2026	28
Informe de fin de temporada 2024/25	29
V.3. Vigilancia entomológica	29
V.3.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición	30
V.3.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) –SE15 (2025)	30
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	32
VI.1. Nota Metodológica	32
VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	32
VI.3. Síntesis de la información nacional destacada	33
VI.3.A. Vigilancia clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	33
VI.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados	35
VI.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI	35
VI.5. Recomendaciones ante el aumento de casos de influenza y la circulación de virus respiratorios	42
VI.5.A. Recomendaciones para la población general	42
VI.6. Vacunación antigripal	43
VII. Actualización de estudio de brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado	44
VII.1. Introducción	44
VII.2. Situación epidemiológica	45

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS.....	49
VIII. MPOX – Actualización Informe epidemiológico	50
VIII.1. Introducción	50
VIII.2. Situación internacional	50
VIII.2.A. Situación en África	51
I.1.A. Situación en las Américas	51
VIII.3. Situación en Argentina	52
VIII.4. Evolución genómica del virus Monkeypox	54
VIII.4.A. Vigilancia de Mpox a través de la Red Nacional de Laboratorios de Mpox	56
VIII.4.B. Composición de la Red Nacional de Laboratorios de Diagnóstico de mpox	57
VIII.5. Recomendaciones para el equipo de salud	58
VIII.6. Vigilancia Epidemiológica	58
VIII.6.A. Definiciones y clasificaciones de caso	59
VIII.6.B. Notificación	60
VIII.7. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox	60
VIII.8. Medidas ante casos sospechosos	61
VIII.9. Medidas ante contactos	62
INFORMES ESPECIALES	63
IX. Actualización de resultados de la investigación de brote de Listeriosis informada en el mes de abril de 2025	64
IX.1. Situación Epidemiológica actual	64
IX.1.A. Resultados de la investigación	64
IX.1.B. Informe del Laboratorio Nacional de Referencia sobre aislamientos proveniente de alimento sospechoso:	65
IX.1.C. Conclusiones:	65
IX.2. Recomendaciones para los equipos de salud	66
IX.2.A. Vigilancia epidemiológica	66
IX.2.B. Derivación de aislamientos al Laboratorio Nacional de Referencia	66
IX.2.C. Recomendaciones para la investigación epidemiológica de casos y brotes de listeriosis	66
IX.3. Recomendaciones para la población	67
ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES	68
X. Introducción	69
X.1. Infección por virus Nipha – Timor Oriental	70
X.2. Actualización Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas	71
X.2.A. Resumen a nivel global	71
X.2.B. Resumen de la situación en la Región de las Américas	71
X.2.C. Situación epidemiológica de sarampión en 2025 por país en la Región de las Américas	72
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES.....	77
XI. Boletines Jurisdiccionales	78
XI.1. Buenos Aires: Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)	78
XI.2. CABA: Eventos respiratorios de abordaje ambulatorio	79
XI.3. Entre Ríos: Infecciones respiratorias agudas virales en internados	80
XI.4. Mendoza: Diarreas	81
XI.5. Salta: Hepatitis A	82
XI.6. San Luis: Intoxicación por monóxido de carbono	83
XI.7. Santa Fe: Hantavirus	84
XI.8. Tucumán: Bronquiolitis	85
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA	86
XII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	87

TABLAS DE
EVENTOS DE
NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA
SELECCIONADOS

III. Tablas de ENO seleccionados

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

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

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

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

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

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

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

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

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

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

III.1. Nota metodológica

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

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

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

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

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

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

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

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

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

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

III.2. Eventos nominales confirmados

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

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-31. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-31	2025 Acumulados SE 1-31	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	4	4	N/A
Enfermedades zoonóticas animales	Rabia animal	114	83	-31	-27%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	5.523	10.169	4.646	84%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	197	273	76	39%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	78	92	14	18%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	5	4	-1	-20%
	Cisticercosis	5	6	1	20%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.717	4.648	1.931	71%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	327	539	212	65%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	19	30	11	58%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	13	7	117%
	Brucelosis	70	67	-3	-4%
	Hantavirus	38	38	0	0%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	16	13	433%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	882	915	33	4%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	6	13	7	117%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	3	18	15	500%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	5	29	24	480%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	3	1	-2	-67%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	6.186	6.186	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	441	441	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	325	325	N/A
Pandrogro resistencia	Pandrogro resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogro resistencia en Enterobacteriales	0	1	1	N/A
	Pandrogro resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	7.800	10.340	2.540	33%

Nota: La asignación de la semana epidemiológica a los casos de tuberculosis que se notifican a través del SNVS se realiza, a partir de este reporte, utilizando la fecha de carga. En las tablas de los informes previos, se asignó a los casos la semana epidemiológica de la fecha de diagnóstico del caso que no necesariamente coincide con la fecha de carga cuando la carga se realiza posteriormente.

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

III.3. Eventos nominales notificados y confirmados

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

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-31. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-31		2025 Acumulados SE 1-31		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	2.684	134	2.082	170	-602	-22%	36	27%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	702	2	5.286	35	4.584	653%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	702	2	5.286	35	4.584	653%	33	1650%
	Meningitis - Meningoencefalitis	1.297	552	1.543	519	246	19%	-33	-6%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomieltitis	71	0	59	0	-12	-17%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	88.987	56.500	58.452	17.453	-30.535	-34%	-39.047	-69%
	Encefalitis de San Luis	209	5	293	0	84	40%	-5	-100%
	Fiebre amarilla humana	104	0	128	0	24	23%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	34	0	62	0	28	82%	0	N/A
	Zika	1.449	0	778	0	-671	-46%	0	N/A
Enfermedades Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	406	234	223	79	-183	-45%	-155	-66%
Enfermedades zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.576	42	1.509	129	-67	-4%	87	207%
	Psitacosis	194	32	520	99	326	168%	67	209%
	Chagas agudo congénito	860	41	946	30	86	10%	-11	-27%
ETMI - Enfermedades del niño	Sífilis Congénita	1.742	583	561	550	-1.181	-68%	-33	-6%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	5	0	5	N/A	0	N/A
	Chagas crónico en embarazadas	1.455	1.382	1.050	901	-405	-28%	-481	-35%
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Sífilis en embarazadas	6.318	5.608	6.714	6.228	396	6%	620	11%
	Hepatitis B en embarazadas	56	41	71	19	15	27%	-22	-54%
	Hepatitis A	94	23	164	83	70	74%	60	261%
Hepatitis virales	Hepatitis B	1.693	407	1.894	404	201	12%	-3	-1%
	Hepatitis C	1.496	775	1.393	832	-103	-7%	57	7%
	Hepatitis E	31	3	24	3	-7	-23%	0	0%
	Infecciones de transmisión sexual	19.417	15.507	29.534	25.255	10.117	52%	9.748	63%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Intoxicaciones	901	874	1.485	1.414	584	65%	540	62%
	Viruela símica (mpox)	40	6	196	79	156	390%	73	1217%

Nota: La asignación de la semana epidemiológica a los casos de coqueluche que se notifican a través del SNVS se realiza utilizando una fecha mínima.

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

III.4. Eventos agrupados clínicos

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

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

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

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

Tabla 3. Tabla de agrupados clínicos. SE 1-31. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-31	2025 Acumulados SE 1-31	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmitidas por alimentos	Diarrea	374.413	442.197	67.784	18%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.095	1.191	96	9%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	787	560	-227	-29%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	75.568	46.238	-29.330	-39%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	728.685	690.114	-38.571	-5%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	48.911	41.915	-6.996	-14%
	Neumonía (sin especificar)	55.432	44.175	-11.257	-20%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	0	3.635	3.635	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	1	2.295	2.294	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	15.743	15.743	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	1.022	1.021	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	3	4.256	4.253	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	3	3.574	3.571	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	59	20.584	20.525	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	12	4.077	4.065	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	3	1.665	1.662	N/A
	Lesiones por electrocución	0	433	433	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	551	551	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	1	46.645	46.644	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	0	15.941	15.941	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	6	22.519	22.513	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	343	343	N/A
	Otras lesiones en el hogar	4	16.766	16.762	N/A

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

III.5. Eventos agrupados laboratoriales

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

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

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

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

Tabla 4. Tabla de eventos agrupados laboratoriales. SE 1-31. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-31		2025 Acumulados SE 1-31		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	2.633	149	2.069	121	-564	-21%	-28	-19%
	Infección por Mycoplasma genitalium	443	9	327	9	-116	-26%	0	0%
	Infección por Mycoplasma hominis	1.717	171	1.639	220	-78	-5%	49	29%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	9.360	293	4.623	252	-4.737	-51%	-41	-14%
	Infección por Trichomonas vaginalis	15.292	1.618	12.577	1.454	-2.715	-18%	-164	-10%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

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

IV.1. Introducción

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

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

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

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

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

IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional

La caracterización regional se encuentra en el siguiente apartado de [Comunicaciones Internacionales](#) con un informe de OPS.

A su vez, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay emitió un alerta¹ a partir de un brote en relación a un caso importado. Son un total de 4 casos confirmados en el distrito de Santa Rosa del Aguaray del departamento de San Pedro, donde ninguno de los cuatro casos refiere antecedentes de vacunación.

IV.3. Situación actual en Argentina

IV.3.A. NOTIFICACIÓN DE CASOS

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 2.798 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.

¹https://dgvs.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2025/08/Alerta_Epidemiologica_Nro.4-2025-Sarampion_final.pdf

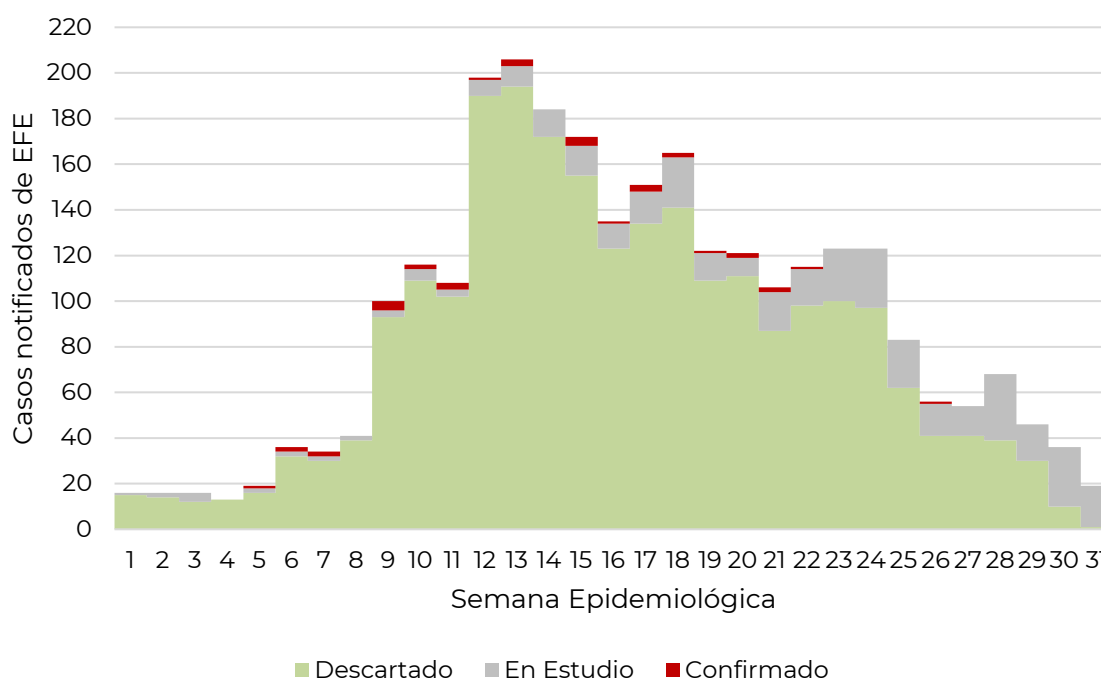
La curva de notificación muestra una sensibilización del sistema de vigilancia, con una respuesta oportuna ante la comunicación de riesgo.

Del total de casos notificados entre la SE1 y la SE31:

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

La proporción de casos descartados sobre el total notificado es del 85%. La cifra de casos en estudio refleja la actividad continua de evaluación de los eventos notificados.

Gráfico 1. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE31 de 2025. N= 2.798



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

Como se evidencia en la curva, a medida que nos alejamos de la fecha de los casos confirmados el sistema de salud disminuye las sospechas y la sensibilidad de detectar posibles casos.

IV.3.B. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

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

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

Tabla 1. Distribución de casos notificados y confirmados por jurisdicción en Argentina. Tasa cada 100 mil habitantes y notificaciones esperadas para el período actual. SE1 a SE31 de 2025².

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	21	1717	9,4	216	367
CABA	13	647	21,0	36	62
Catamarca		12	2,8	5	9
Chaco		26	2,1	15	25
Chubut		22	3,3	8	13
Córdoba		70	1,8	46	79
Corrientes		4	0,3	14	23
Entre Ríos		39	2,7	17	29
Formosa		2	0,3	7	13
Jujuy		32	3,9	10	16
La Pampa		19	5,1	4	7
La Rioja		1	0,2	5	8
Mendoza		61	2,9	25	42
Misiones		9	0,7	16	27
Neuquén		9	1,3	8	14
Río Negro		6	0,8	9	16
Salta		12	0,8	18	30
San Juan		11	1,3	10	16
San Luis	1	8	1,5	6	11
Santa Cruz		10	2,4	5	8
Santa Fe		48	1,3	43	73
Santiago del Estero		13	1,3	12	21
Tierra del Fuego		2	1,0	2	4
Tucumán		18	1,0	21	36
Total	35	2798	5,9	559	949

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

Del análisis de la información notificada al 2 de agosto se identifican tres situaciones diferenciadas entre las jurisdicciones:

1. Jurisdicciones que ya superaron la cantidad esperada de notificaciones para todo el año: Este grupo incluye a Buenos Aires, CABA, Catamarca, Chaco, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza y Santa Cruz. En particular, Buenos Aires (con 1.691 notificaciones) y CABA (638) presentan cifras muy por encima de lo esperado si se considera el total anual.

2. Jurisdicciones que no superaron el total anual esperado, pero se encuentran por encima del valor esperado para la semana epidemiológica (SE) vigente: Aquí se encuentran Córdoba,

² Los casos notificados corresponden a los reportados hasta la SE31, mientras que la información sobre los casos confirmados refleja la más reciente disponible al momento de la elaboración de este boletín epidemiológico.

Neuquén, San Juan, San Luis, Santa Fe y Santiago del Estero. La provincia de Tierra del Fuego alcanzó las notificaciones esperadas para la SE actual.

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

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

IV.4. Caracterización de los casos confirmados

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

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

IV.4.A. CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS

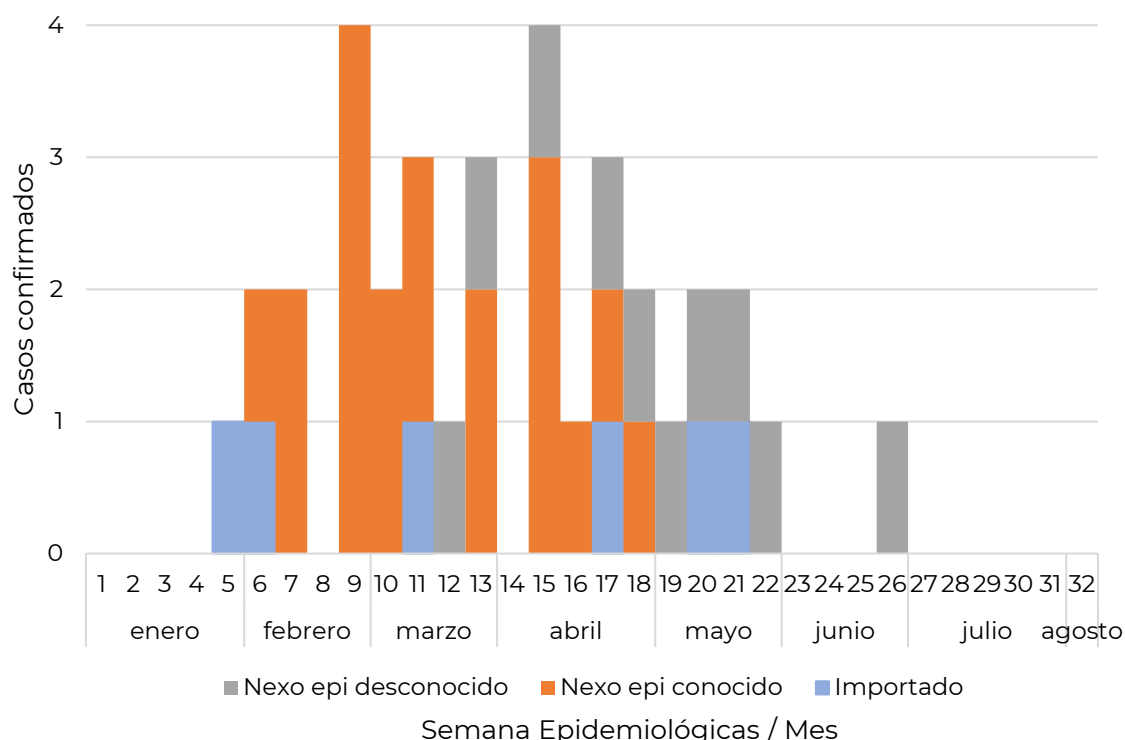
En cuanto a la distribución de los casos confirmados de sarampión según semana de ocurrencia (de acuerdo a la fecha de inicio del exantema) y el nexa epidemiológico (conocido o desconocido), se observa que desde la SE 5 (fines de enero) hasta la SE 22 (fin de mayo), se presentaron casos todas las semanas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

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

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

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

Gráfico 2. Número de casos confirmados de Sarampión según clasificación epidemiológica y semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE32 de 2025. N= 35.



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

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

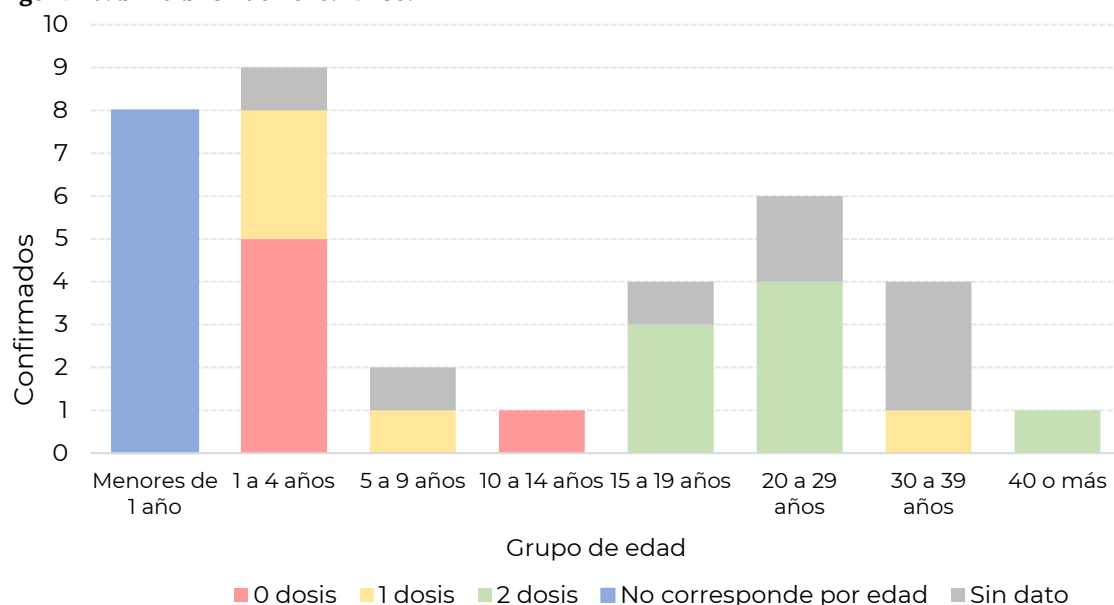
Del total de casos confirmados (35), hay 27 personas que, de acuerdo al calendario de vacunación vigente, deberían haber recibido 1 o 2 dosis de vacuna con componente antisarampiñoso de acuerdo a la edad. De las 27, existen 6 que no han recibido ninguna dosis, y la mayoría de estos (5) pertenecen al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

La proporción de casos que han recibido al menos 1 dosis de vacuna, considerando los 27 casos mayores de 1 año, es del 50%, siendo mayor en los grupos de edad de 15 a 29 años.

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

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

Gráfico 3. Número de casos confirmados de Sarampión según grupo etario y antecedente de vacunación. Argentina. SE1 a SE32 de 2025. N= 35.



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

La indicación de vacunación se explica en [el siguiente apartado](#) de este informe.

IV.5. Recomendaciones para la comunidad

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

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

IV.6. Recomendaciones para los equipos de salud

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

IV.7. Vigilancia epidemiológica

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

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

IV.7.A. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASO

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

Persona de cualquier edad con fiebre (temperatura axilar $>38^{\circ}\text{C}$) y exantema, independientemente del antecedente vacunal, o bien que un personal de salud sospeche sarampión o rubéola.

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

IV.8. Medidas de prevención

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

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

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

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

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

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

Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:

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

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

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

IV.9. Medidas ante casos y contactos

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

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

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

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

El personal de salud a cargo de su atención deberá Utilizar barbijo de Alta eficiencia (N95); y contar con carnet de vacunación que certifique al menos 2 dosis en la vida con componente de sarampión doble viral (DV) o triple viral (SRP) o el antecedente

clínico/serológico que demuestre haber padecido la enfermedad o haber sido inmunizado con vacuna.

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

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

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

Vacunación dentro de las 48 a 72 hs.

1. Contactos entre 6 y 11 meses de edad deberán recibir UNA DOSIS de vacuna triple o doble viral. Esta dosis no debe ser tenida en cuenta como parte del esquema de vacunación del calendario nacional.
 2. Contactos de 12 meses: se deberá asegurar UNA DOSIS de vacuna triple viral.
 3. Contactos de 13 meses o más (excepto personas adultas nacidas antes de 1965) se deberán asegurar DOS DOSIS de vacuna con componente anti sarampionoso.
 4. Contactos menores de 6 meses de edad, embarazadas sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y severamente inmunosuprimidas (independientemente del antecedente de vacunación) deberán recibir Inmunoglobulina de pool dentro de los 6 días de contacto. La inmunoglobulina se aplica por vía intramuscular, la dosis recomendada es de 0.25 ml/kg. En personas inmunocomprometidas, la dosis es de 0,5 ml/kg (dosis máxima 15 ml).
- Realizar búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación).
 - Localización y seguimiento de los contactos: Personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con vínculo epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión, o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola). Realizar el seguimiento de los potenciales susceptibles hasta 21 días después del inicio del exantema del caso.
 - Búsqueda de la fuente de infección: Se buscará todo posible contacto con un caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar posibles situaciones o lugares de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.

Ficha de notificación:

[ficha_de_sarampion_y_rubeola_1742024.pdf](#)

Alerta epidemiológica del 06 de marzo de 2025.

[alerta_epidemiologica-sarampion_07032025_0.pdf](#)

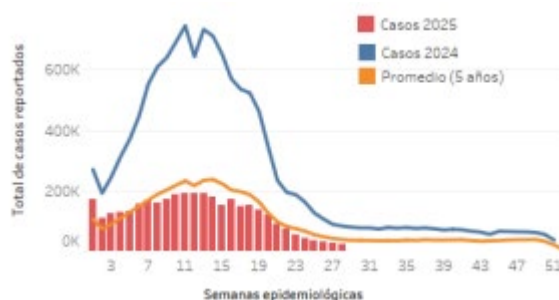
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 27, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 24 de julio.

A la semana epidemiológica (SE) 28 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,503,992 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 345 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 69% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 11% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 28.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 28 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 3,503,992 casos de dengue reportados en las Américas, 1,429,627 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 4,651 (0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,741 muertes por dengue, para una letalidad del 0.050%. 15 países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 28. Estos países registran en conjunto 27,775 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 28.

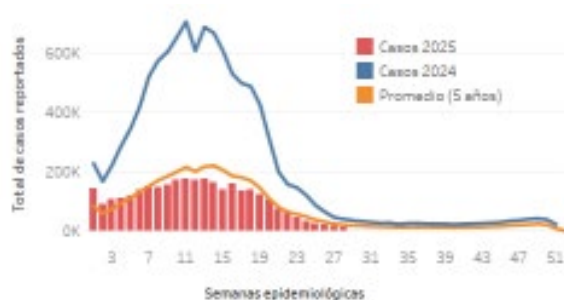
Del total de casos registrados en la SE 28, 49 fueron clasificados como dengue grave (0.1%), y se reportaron 18 muertes para una letalidad de 0.065%.

15 países han reportado la circulación de serotipos de dengue en las Américas. Brasil, Costa Rica, El Salvador, México, Panamá con circulación simultánea de DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4. El gráfico 7 muestra los serotipos reportados por país.

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notifican 20,314 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 28. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 70% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 9% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

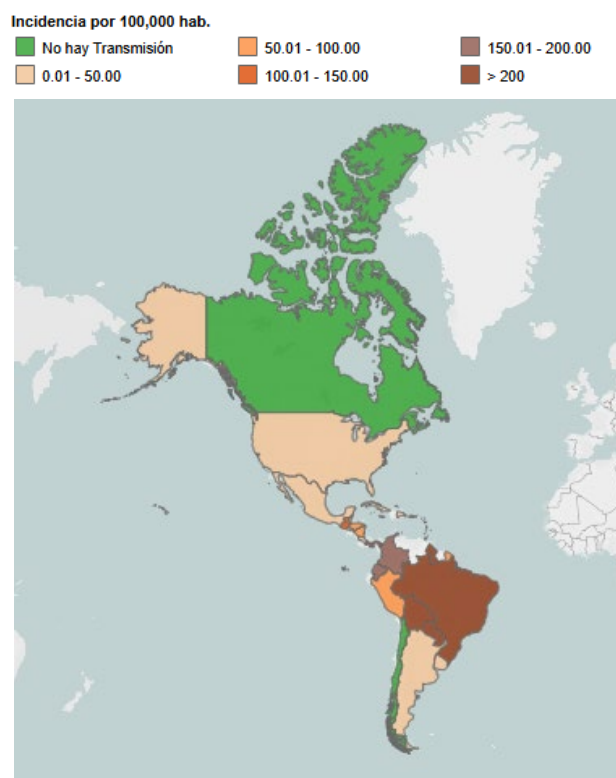
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 28, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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.³

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.

³ <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)⁴ y el ARBO-portal⁵ de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 07/08/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 31/2025 se han reportado 3.180.580 casos de dengue, con 1.534 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 67% respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se notificaron 198.510 casos, un 48% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 106 muertes por este evento. Respecto a zika, hasta la SE 29/2025 se registraron 18.015 casos, lo que representa una disminución del 51% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 29/2025 se confirmaron 11.853 casos, un 50% más que en igual período del año pasado, con 5 defunciones por este evento.

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

Paraguay: hasta la SE 30/2025, se han reportado 22.475 casos de dengue y un fallecimiento asociado, un 92% menos respecto a la misma semana de 2024. En cuanto a chikungunya, se registraron 49 casos, un 98% menos comparado con el año anterior, sin defunciones por este evento. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían reportado 4 casos.

Perú: hasta la SE 30/2025, se han notificado 34.776 casos de dengue, un 86% menos que el mismo período de 2024, con 47 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 27/2025 se notificaron 85 casos, un 12% más que el año anterior, sin defunciones para este evento. Hasta la misma semana, se han registrado 6 casos de zika, mientras que al mismo período de 2024 se habían notificado 4 casos, sin fallecidos para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 18/2025 se confirmaron 233 casos, un 98% menos que a la misma semana de 2024.

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

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

⁴ 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>

⁵ Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-por-virus-oropouche>

V.2. Situación de dengue en Argentina

V.2.A. INICIO DE TEMPORADA 2025/2026

En Argentina, la vigilancia epidemiológica del dengue se analiza en función de temporadas, en lugar de años calendario, debido al carácter estacional de la transmisión viral. Si bien existe una alta heterogeneidad en el territorio nacional, esta estacionalidad está determinada por las condiciones climáticas que favorecen la proliferación del *Aedes aegypti*, vector responsable de la transmisión del virus. Durante los meses más cálidos y húmedos del año, que comprenden principalmente la primavera, el verano y parte del otoño, se registra un aumento en la abundancia poblacional del vector y, consecuentemente, se generan condiciones que permiten la ocurrencia de brotes. Por el contrario, durante el invierno la actividad reproductiva del vector disminuye considerablemente, interrumpiéndose en gran parte del territorio nacional.

La definición operativa de temporada permite estructurar la vigilancia en un marco temporal en consonancia con la dinámica de transmisión, facilitando el análisis comparativo entre períodos y la planificación de las acciones de prevención y control. En este sentido, la temporada de dengue en Argentina se delimita entre la SE 31 de un año y la SE 30 del año siguiente, abarcando el período de mayor riesgo para la circulación viral.

De acuerdo con la fecha mínima⁶, durante la SE31/2025 (primera semana de la temporada 2025/26) se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 131 casos sospechosos de dengue, de los cuales uno (1) fue confirmado por laboratorio, con residencia en el departamento Pilagás, jurisdicción de Formosa.

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE31/2025 se notificaron 204 casos sospechosos de dengue, entre los cuales 6 fueron confirmados por laboratorio y 3 fueron clasificados como casos probables. Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

Desde la reemergencia del dengue en Argentina en 1997, los años 2023 y 2024 representan los de mayor magnitud registrados hasta la fecha, concentrando en conjunto aproximadamente el 82% del total de casos notificados en la serie histórica nacional. El análisis de la notificación para dichos períodos evidencia que, a la SE 31/2025, el número de casos presenta un descenso sostenido en comparación con los picos observados en la misma semana de 2023 y 2024.

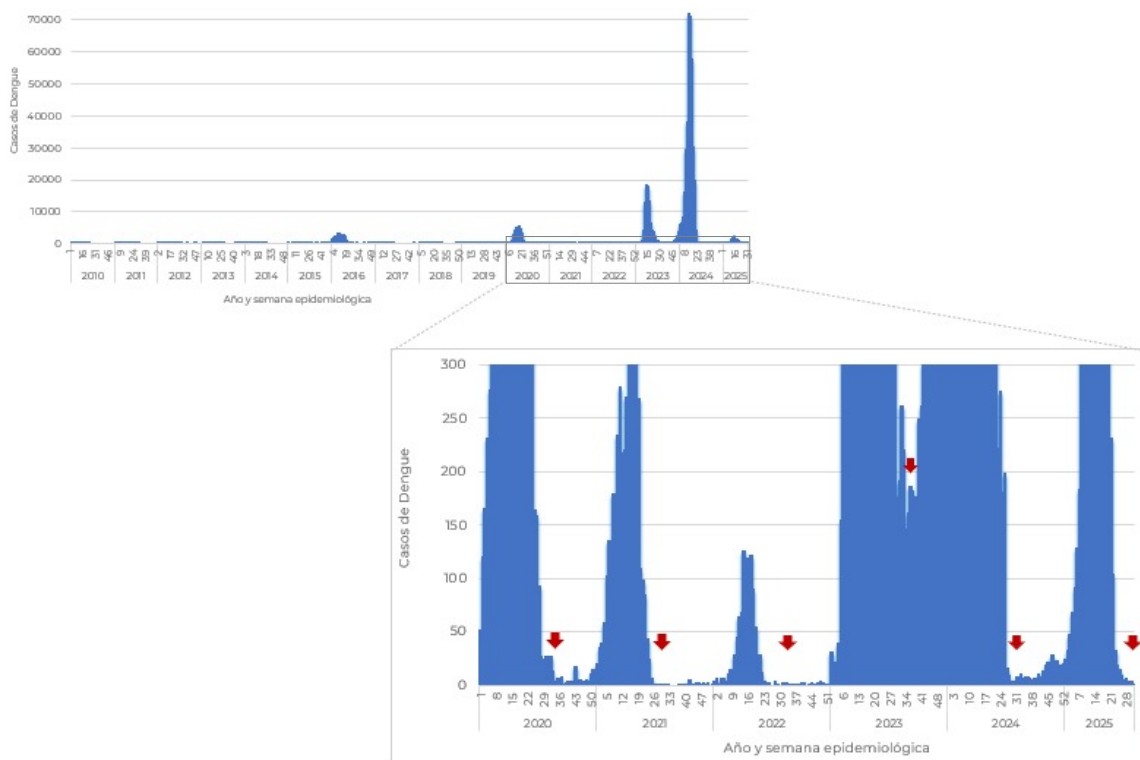
En los años previos a 2023, los casos notificados durante los meses de invierno correspondían predominantemente a casos importados, asociados a antecedentes de viaje a países con circulación activa de dengue. Sin embargo, a partir de 2023 se registra la ocurrencia de casos autóctonos en meses invernales, lo que indica cambios en el patrón de transmisión.

La tendencia descendente actual sugiere una reducción de la transmisión viral sostenida, con circulación limitada principalmente a localidades específicas de la región del Noreste Argentino (NEA). No obstante, persiste la necesidad de mantener una vigilancia epidemiológica intensificada, dada la presencia de áreas con condiciones sociodemográficas, ambientales y entomológicas favorables para la reintroducción y expansión del virus. Asimismo, resulta

⁶ Fecha mínima: fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible (orden de jerarquía: 1. fecha de inicio de síntomas, 2. fecha de consulta, 3. fecha de toma de muestra, y 4. fecha de notificación).

imprescindible sostener el estado de alerta ante eventuales modificaciones en la dinámica epidemiológica o en las características del vector que puedan favorecer nuevos brotes.

Gráfico 3. Dengue: Casos de dengue⁷ por semana epidemiológica. Años 2010-2025 y detalle 2020-2025. 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)

INFORME DE FIN DE TEMPORADA 2024/25

El análisis se encuentra en proceso, dado que los equipos jurisdiccionales continúan con el cierre y la validación de casos. Los resultados consolidados serán publicados en las próximas semanas.

V.3. 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.

⁷Incluye casos de dengue autóctonos e importados. La ubicación en las semanas epidemiológicas se realizó por la fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible o "fecha mínima" (orden de jerarquía: 1) fecha de inicio de síntomas, 2) fecha de consulta, 3) fecha de toma de muestra, y 4) fecha de notificación).

V.3.A. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR SENSORES DE OVIPOSICIÓN

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

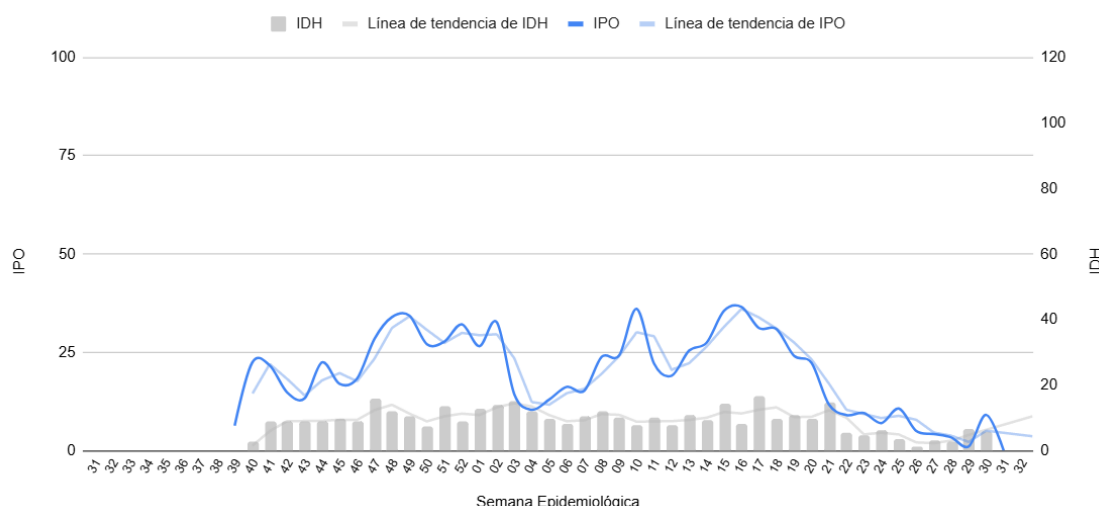
- Índice de Positividad de Ovitrapas (IPO): Expresa la relación entre sensores positivos y examinados, estimando el riesgo entomológico. Este índice permite categorizar el riesgo como bajo (IPO < 40%), moderado (IPO entre 40% y 70%) o alto (IPO > 70%).
- Índice de Densidad de Huevos (IDH): Mide la relación 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.3.B. EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32 (2024) –SE15 (2025)

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

Al desagregar los datos por región, se observa que la región **NEA** presentó SO positivos desde la SE 39, con un ascenso posterior, con algunas fluctuaciones, hasta la SE 02 de 2025 (Gráfico 1). A partir de dicha semana, se observa un descenso en los valores generales de la región hasta la SE07 donde nuevamente se detectó un incremento en el IPO. A partir de la SE10 se observó un descenso hasta la SE12, donde volvió a aumentar hasta la SE16 (Gráfico 1). Durante las últimas 12 semanas se observa una tendencia descendente del IPO con algunas variaciones. Si bien en la SE 30 se aprecia un pequeño pico en el IPO, durante la última SE se negativizó, confirmando la tendencia descendente apreciada previamente. La curva podría verse modificada debido a la carga retrospectiva de datos.

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



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En el caso de la región NOA, el inicio de la positividad se detectó a partir de la SE 37 2024, con un ascenso oscilante a partir de la SE 42 y superando, por primera vez en la temporada, el umbral de riesgo entomológico moderado (valores de IPO superiores al 40%) (Gráfico 2).

A partir de la SE 47, el IPO de la región oscila entre valores que indican riesgo entomológico moderado o alto. Durante la SE14, el IPO volvió a situarse dentro del rango de riesgo entomológico alto, con valores del 79,27%, situación que se mantuvo hasta la SE 21 (Gráfico 2). Desde la SE19 se observa una tendencia general descendente en la región. Durante la SE26 se detectó un IPO= 0,98, el menor valor registrado desde la SE31 de 2024. Aunque en las semanas subsiguientes el IPO evidenció un leve aumento, la región se mantiene en una situación de riesgo entomológico bajo.

VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

VI.1. Nota Metodológica

En el presente Boletín, se presenta la síntesis semanal de situación epidemiológica de infecciones respiratorias agudas, incluyendo la información epidemiológica obtenida a partir de la Vigilancia Centinela, a través de las **Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Enfermedad Tipo Influenza –UMA–** y de la **Red Argentina de Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave –UC IRAG–**.

En relación al parámetro temporal, la fecha de corte del análisis corresponde a la semana de elaboración del BEN para los eventos de notificación nominal y una semana previa para aquellos de notificación agrupada.

VI.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios⁸

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

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

⁸ 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>

descendente. La circulación de ORV en Canadá sigue elevada, impulsada principalmente por rinovirus.

Caribe: La actividad de influenza, impulsada principalmente por A(H1N1)pdm09, disminuye en la última SE, con una tasa de positividad subregional de 13,3%. En Haití, la actividad de influenza continúa en niveles epidémicos. En contraste, en Belice, Cuba, Jamaica, Barbados y República Dominicana se mantiene en niveles interestacionales. En Islas Caimán y Guyana, la actividad aumentó en comparación con la SE anterior. La circulación del VSR se mantiene estable en la mayoría de los países de la subregión, con una positividad del 8,4%. Sin embargo, Santa Lucía continúa reportando una actividad elevada, además, Cuba y Guyana muestran un incremento en su circulación a por segunda semana. En República Dominicana, la positividad del VSR disminuyó en comparación con la semana previa, alcanzando 2,3%. La actividad de SARS-CoV-2 disminuyó en comparación con la semana anterior, con una positividad subregional de 8,3%. En Barbados, Cuba, Guyana y República Dominicana, la actividad disminuyó, alcanzando tasas de positividad de 10,5%, 14,9%, 2% y 8,6%, respectivamente. En Belice, Santa Lucía, Islas Caimán y Surinam, la positividad aumentó.

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

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

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

VI.3. Síntesis de la información nacional destacada

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

- Entre la semana epidemiológica 1 y 30 de 2025 se notificaron 691.925 casos de ETI, 94.525 casos de Neumonía y 77.217 casos de Bronquiolititis en menores de dos años. Las notificaciones de ETI y neumonía presentan tendencia ascendente desde SE11, ubicándose en niveles elevados en relación con años previos. Las notificaciones de ETI se encuentran en niveles de brote entre las SE12 y 17, mientras que en neumonía se puede observar niveles de brote en las SE12 y 14.

Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de influenza en ambulatorios, desde la SE12 se verificó un ascenso tanto del porcentaje de positividad como de las detecciones, con predominio de influenza A/H1N1, alcanzando los mayores niveles entre las SE 22 y 24. En las últimas semanas se observó un descenso, tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad. En este sentido, en las últimas dos semanas (SE30 y 31) se registraron 12 casos de influenza entre 173 muestras estudiadas.
- Para VSR, se registraron 15 casos positivos entre las 108 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 30 y 31). En las últimas semanas se verifica un ascenso del porcentaje de positividad de VSR, con un promedio del 15,0% de positividad semanal en las últimas 4 semanas.
- En relación a SARS-CoV-2, luego del ascenso de casos registrado desde la SE34 de 2024, las detecciones en UMA presentaron tendencia descendente a partir de la SE45, con valores bajos en las últimas semanas. En la SE31/2025 se registraron 6 casos positivos para SARS COV 2 entre las 80 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE31 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 4.420 internaciones con diagnóstico de IRAG y 1.793 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.
- Las notificaciones de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), presentaron un aumento desde la SE12, con un ascenso en las detecciones de virus influenza, principalmente influenza A/H1N1. En las SE24 a 26 se observó el mayor número de casos, luego de las cuales comenzó a descender. Desde la SE 21 se registra un ascenso de las detecciones de VSR. En las últimas semanas se observó una ligera disminución en los casos de IRAG, aunque los valores se mantienen en niveles elevados.
- En las últimas 4 semanas, entre 754 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 3 codetecciones de influenza y VSR, 38 detecciones de influenza, 3 casos de SARS-CoV-2 y 342 casos de VSR.⁹

Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios

- Desde la SE11 se observó un incremento en el número de casos de Influenza, con predominio de Influenza A (H1N1), con un adelanto en el ascenso de casos en relación con lo observado en años anteriores. El mayor número de casos se observó entre las SE22 y 26, con más de

⁹ 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>

1000 detecciones semanales. En las SE 29 y 30 se observó un total de 380 detecciones de Influenza.

- Con respecto a VSR, se registra un aumento en el número de casos desde la SE12, con 1949 detecciones en las últimas 2 SE (29 y 30).
- 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 30 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, con 186 detecciones en las últimas 2 SE (29 y 30).
- Durante la SE30/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: VSR, Influenza, SARS-CoV-2, metapneumovirus, adenovirus y parainfluenza.

Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos

- Con respecto a las detecciones de influenza, desde SE 12 se registró un ascenso de los casos en personas internadas. El mayor número de casos se observó entre las SE22 y 26. En las últimas 2 SE (30 y 31) se detectaron 86 casos. En el año 2025 se registraron al momento 191 fallecidos con este diagnóstico.
- En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados presentan un aumento desde la SE12. En las SE 30 y 31 se registraron 875 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 31/2025 se registraron 33 casos positivos con este diagnóstico, sin registro de fallecimientos.

VI.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

VI.4.A. UNIDADES DE MONITOREO AMBULATORIO DE ETI

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios (UMA) son dispositivos de vigilancia centinela que permiten el monitoreo de la circulación de SARS-CoV-2, Influenza y VSR en casos leves ambulatorios. El objetivo de las UMA es describir la tendencia de las consultas ambulatorias por casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), así como la proporción atribuible a SARS-CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año en las 24 jurisdicciones del país.¹⁰

Definición de caso Enfermedad Tipo Influenza (ETI): infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días.

Durante el año 2024, el porcentaje de positividad para **SARS-CoV-2**, se mantuvo por encima del 10% entre las SE1 a 9, relacionado con el ascenso de casos registrado entre las SE1 y 12. Luego del máximo alcanzado en SE2 (33,19%), el porcentaje de positividad presentó tendencia

¹⁰ Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevenccion_y_control_ira-2024.pdf

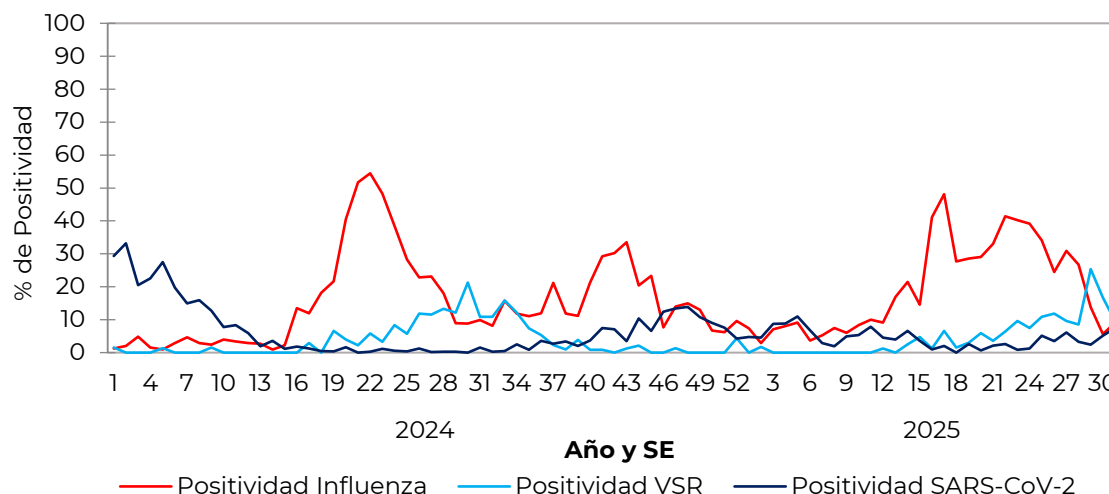
descendente y se mantuvo en valores bajos las siguientes semanas. A partir de la SE34/2024, se registró un ligero aumento de casos, que se acompañó de un nuevo ascenso en el porcentaje de positividad, alcanzando, con oscilaciones, valores por encima del 10% entre las SE44 y 49. En las primeras 31 semanas de 2025 en establecimientos UMA, se analizaron 3.930 muestras para SARS-CoV-2, de las cuales 151 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 3,84%. Además, en la última semana analizada, SE 29 del año 2025, se registraron 6 casos confirmados de SARS-COV-2 entre las 80 muestras estudiadas por PCR.

Como se mencionó en el Boletín Epidemiológico Nacional 767 (SE 30), se detectaron al momento tres casos de la variante XFG de SARS-CoV-2 en el país. Dos de estos casos, fueron identificados en el marco de la vigilancia centinela de ETI de la UMA en la ciudad de Córdoba. Las muestras fueron recolectadas en el hospital Rawson y derivadas al Laboratorio Central de la provincia, que posteriormente fueron analizadas por el Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas INEI-ANLIS “Carlos G. Malbrán”. Ambos casos correspondieron a personal de salud, quienes presentaron cuadros clínicos leves y se encuentran actualmente recuperados. Ninguna de las personas había recibido dosis de vacuna contra SARS-CoV-2 en el último año, aunque sí contaban con esquemas previos de vacunación.

Adicionalmente, se identificó un tercer caso en un establecimiento privado de la ciudad de Córdoba, a través del mismo circuito de derivación de muestras. Se trató de un paciente internado por un accidente cerebrovascular isquémico que presentó fiebre durante su estancia hospitalaria, por lo que se presume una transmisión intranosocomial. El paciente evolucionó favorablemente y se recuperó de la infección por SARS-CoV-2. Al igual que los casos detectados por la estrategia UMA, no había recibido dosis de vacuna contra SARS-CoV-2 en el último año, aunque presentaba antecedentes de vacunación en años previos.

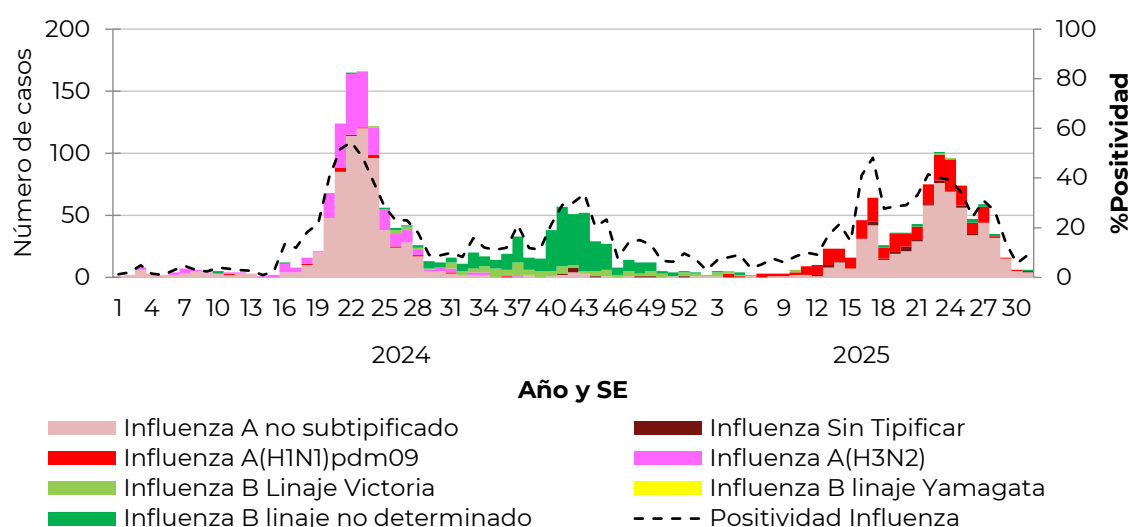
En relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16 de 2024, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 (ver gráfico 2). Posteriormente, si bien registró un descenso, permaneció en valores elevados, con oscilaciones, asociados a la circulación de influenza B, alcanzando una positividad máxima de 33,55% en SE43. En las primeras 31 semanas de 2025, se registraron 884 detecciones entre 3.542 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 24,96%. A partir de la SE11, se verificó una tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad, alcanzando los mayores niveles entre las SE 22 y 24. En este sentido, en las SE30 y 31/2025 se notificaron 12 casos de influenza entre las 173 muestras estudiadas en UMA.

En cuanto a **VSR**, se verifica un ascenso de las detecciones a partir de la SE19 de 2024, con aproximadamente el 73% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. En relación a este ascenso de casos, la positividad en UMA permaneció por encima del 10% entre las SE 26 Y 34. Entre las SE1 y 31 de 2025, de las 2.481 muestras estudiadas, 141 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 5,68%. En las últimas semanas se verifica un ascenso del porcentaje de positividad de VSR, con 15 casos entre las 108 muestras estudiadas en las SE30 y 31.

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE31/2025

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

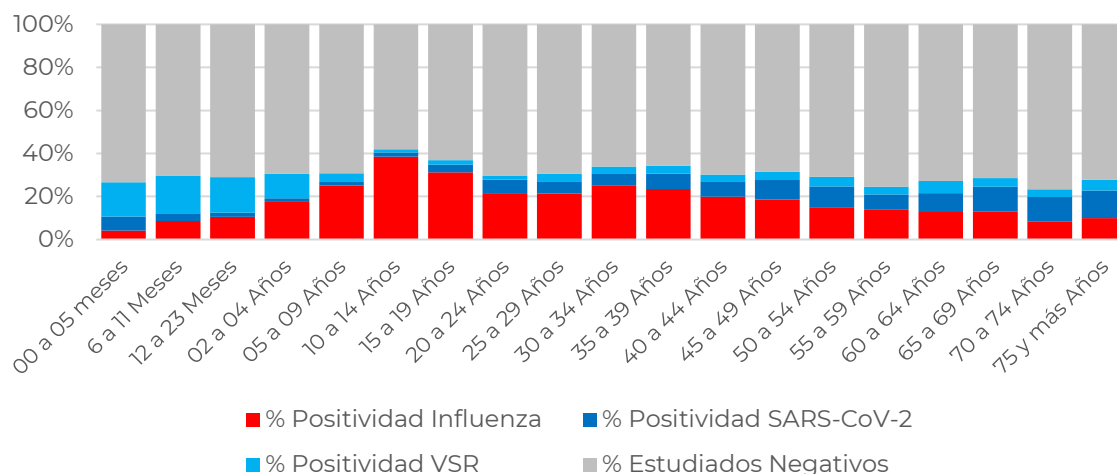
Aun cuando desde el inicio de 2024 se registraron casos de influenza durante todas las semanas del año, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24. Como se mencionó previamente, este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. En las 31 SE transcurridas de 2025 se detectan predominantemente casos de influenza A (n= 829), con un menor número de detecciones de influenza B (n=32). Entre los casos de influenza A, 242 detecciones corresponden a influenza A (H1N1), el resto permanece sin subtipificar. Además, se detectó el linaje Victoria en 14 de los casos de influenza B (las detecciones restantes permanecen sin identificación de linaje). Se registran 23 casos de influenza que permanecen sin tipificar en lo que va del año.

Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE31/2025. Estrategia UMA. Argentina.

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

En relación a la distribución por grupos de edad, si bien los casos de influenza acumulados desde inicio de 2024 en UMA corresponden a todos los grupos, los mayores porcentajes de positividad se observan en adolescentes y adultos jóvenes, seguidos de niños mayores de 5 años y adultos de edad media (grupos de 5 a 39 años). En cuanto a SARS-CoV-2, la positividad fue mayor para adultos y adultos mayores. En relación a los casos de VSR, los grupos de edad con mayor positividad fueron 0 a 4 años y adultos mayores.

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE31/2025. Estrategia UMA. Argentina¹¹.



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}

Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 40 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país.¹²

Definiciones de caso Vigentes

IRAG: Paciente de cualquier edad con infección respiratoria aguda con:

- Fiebre referida o constatada $\geq 38^{\circ}\text{C}$; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico¹³.

¹¹ Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de ETI en UMA.

¹² Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guía Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

¹³ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.

IRAG Extendida en < 2 años y >= 60 años: Infección respiratoria: definida por tos o dificultad respiratoria; e

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico¹⁴.

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia¹⁵ y shock¹⁶ y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE1 de 2025 y la SE29 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 4.420 internaciones con diagnóstico de IRAG y 1.793 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG¹⁷.

La curva de casos de IRAG presentó tendencia ascendente entre las SE 18 y 28 de 2024, asociada al aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 y, posteriormente, al ascenso de casos de VSR, permaneciendo por encima de los 200 casos semanales de IRAG entre las SE24 y 37. En 2025, las notificaciones de IRAG experimentan un aumento desde la SE12. En las últimas semanas se observó una ligera disminución en los casos de IRAG, aunque los valores se mantienen en niveles elevados, con un promedio de 250 casos semanales en las últimas 4 semanas.

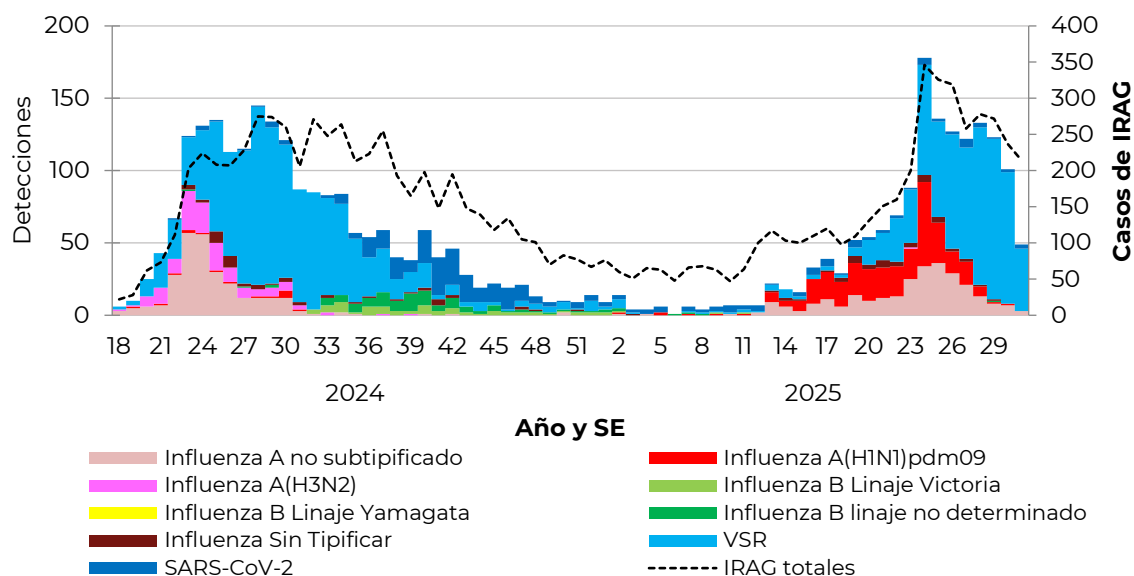
¹⁴ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

¹⁵ La fiebre se define como una temperatura $\geq 37,5$ C. La hipotermia se define como una temperatura

¹⁶ El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.

¹⁷ Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

Gráfico 4: Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a 31/2025



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

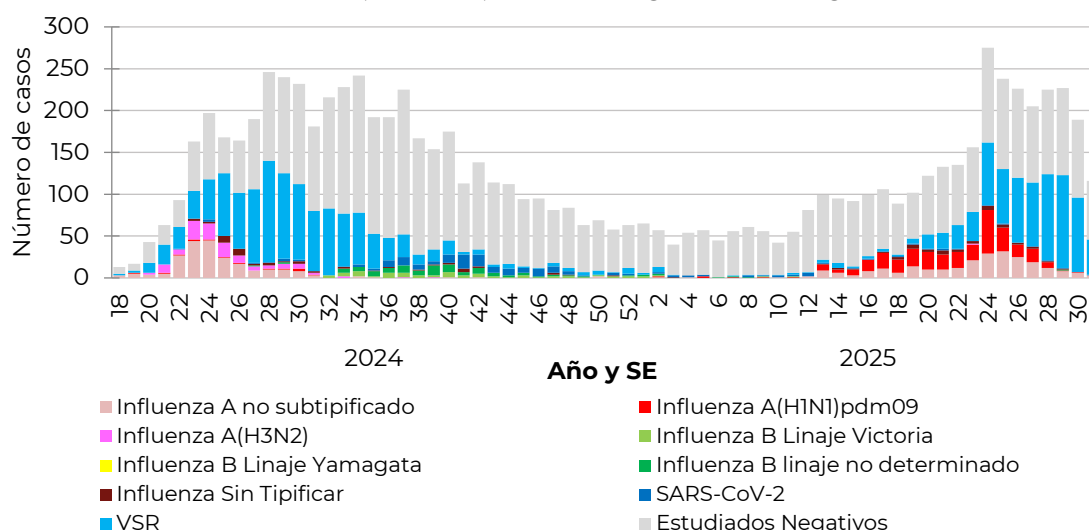
En relación a los casos de IRAG por **SARS-CoV-2**, si bien los casos se mantuvieron en niveles bajos desde SE18 de 2024, se registró un ligero ascenso desde SE36 de 2024, que alcanzó su máximo en SE 41 y 42 con descenso posterior.

Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todo el periodo, entre la SE18 y la SE31 de 2024 se observó un ascenso de detecciones influenza A/H3N2, que alcanzó sus valores máximos entre SE 23/2024 y 24/2024. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de SE32/2024 un cambio en el tipo predominante, con un aumento de casos de influenza B/linaje Victoria, con el mayor número de casos detectados entre las SE 33/2024 y 42/2024.

En lo que va de 2025, se verificó un ascenso de detecciones de influenza desde la SE13, alcanzando los valores máximos entre las SE 24 y 26, con un descenso posterior. Los casos corresponden predominantemente a influenza A, con un total de 584 detecciones en lo que va de 2025, y un menor número de casos de influenza B (n=13). En relación a los casos de Influenza A, se registraron 310 detecciones de H1N1 y 1 detección de H3N2 (el resto permanece sin subtipificar) y, entre los casos de influenza B, se registraron 5 detecciones del linaje Victoria. Además, 43 detecciones de influenza permanecen sin tipificar a la fecha.

En cuanto a IRAG con diagnóstico de **VSR**, desde SE18/2024 se registró tendencia ascendente tanto de casos como del porcentaje de positividad, que alcanzaron valores máximos en SE28/2024, con descenso posterior, permaneciendo estable y en valores bajos desde SE41/2024. Desde la SE20/2025 se registra un nuevo ascenso de las detecciones de VSR entre los casos de IRAG, con un promedio de 88 casos semanales en las últimas 4 semanas.

Gráfico 5: Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR de acuerdo al resultado, por SE. SE18/2024 a 31/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina ¹⁸.



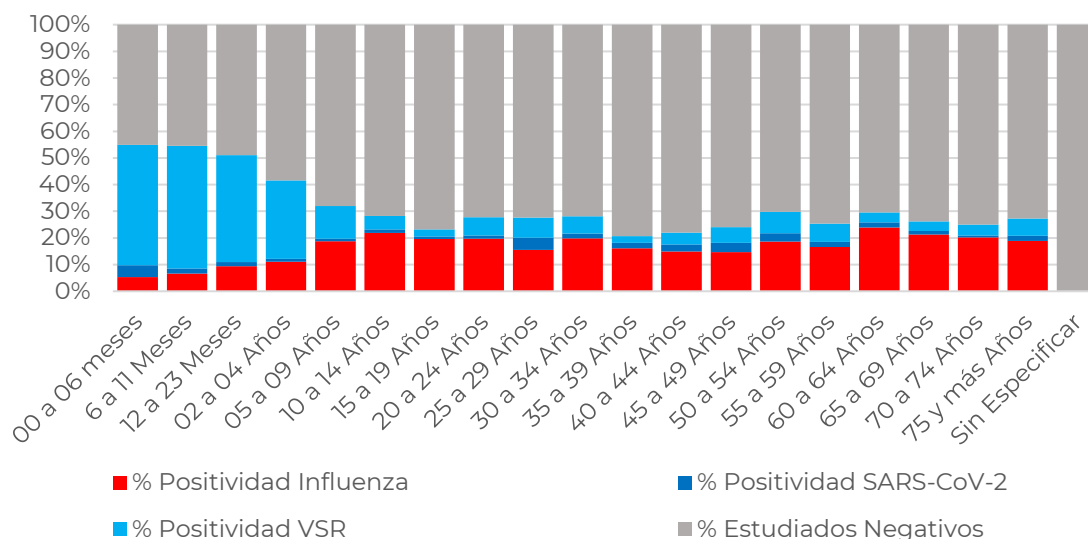
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS¹⁸.

En las últimas 4 semanas, entre 749 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 3 codetecciones de influenza y VSR, 38 detecciones de influenza, 3 casos de SARS-CoV-2 y 342 casos de VSR. Los restantes 344 casos resultaron negativos para estos agentes etiológicos.

En relación a la distribución por grupos de edad, entre los casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados por técnica molecular desde la SE18/2024, se registra la mayor positividad para influenza en adultos mayores y los grupos de edad comprendidos entre 5 y 34 años. Para SARS-CoV-2, el porcentaje de positividad fue más alto en menores de 6 meses, adultos y niños menores de 2 años. En relación a las IRAG por VSR, los porcentajes de positividad más elevados se registran en menores de 1 año, 1 año y 2 a 4 años.

¹⁸ Solo se incluyen en el gráfico los casos estudiados y 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.

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a 31/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina¹⁹.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS²⁰

VI.5. Recomendaciones ante el aumento de casos de influenza y la circulación de virus respiratorios

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

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

VI.5.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).

¹⁹ Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de de IRAG.

Para mayor información consultar:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevenccion_y_control_ira-2024.pdf²⁰

VI.6. 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.**

Población objetivo para vacunación antigripal:

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

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

Para mayor información consultar:

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

²⁰ Última versión vigente. Se encuentra en proceso de actualización para el año 2025.

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

VII.1. Introducción

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

A partir de ese momento se tomaron acciones de investigación y control y en virtud de estos datos el 8 de mayo ANMAT emite un alerta²¹ 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 producto²². También se publicó el mismo día la [Disposición N°3158/25](#), de la ANMAT, por la cual se inhiben las actividades productivas de la firma HLB PHARMA GROUP S.A. con planta sita en la provincia de Buenos Aires, por las razones expuestas en la Disposición, donde se prohíbe el uso, distribución y comercialización en todo el territorio de la República Argentina, de todos los productos registrados a nombre de la firma, hasta que se hallen las condiciones técnicas y sanitarias para levantar la presente medida. Además, en la misma Disposición, se inhibe las actividades productivas de la firma LABORATORIOS RAMALLO S.A. en la provincia de Buenos Aires, debido a que las ampollas habrían sido elaboradas en las instalaciones de esta firma.

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

²¹<https://www.argentina.gob.ar/noticias/anmat-alerta-sobre-el-uso-de-un-lote-de-fentanilo-inyectable-por-desvio-de-calidad>

²²<https://www.argentina.gob.ar/noticias/anmat-prohibe-el-uso-de-fentanilo-hlb-citrato-de-fentanilo-concentracion-005-mgml-solucion>

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/325221/2025051>
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/325222/2025051>

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

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

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.

*Para conocer más información sobre los aislamientos identificados, el desempeño de plataformas MALDITOF-MS para la identificación de *Klebsiella variicola* y *Klebsiella pneumoniae* y las definiciones de caso se recomienda consultar el [Boletín Epidemiológico Nacional N° 767](#).*

VII.2. Situación epidemiológica

Notificaciones totales	Establecimientos con notificaciones	Jurisdicciones afectadas
98	19	4
Casos asociados por LNR o Nexos (confirmados)	Casos sospechosos	Casos no asociados o invalidados
67	12	19
Casos fallecidos confirmados	Focos en establecimientos confirmados por LNR	
48	10	

Desde el Alerta emitido el 08 de mayo y hasta el 1 de agosto de 2025 se registraron 98 notificaciones al evento Infección por exposición a medicamento contaminado del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) en 19 establecimientos correspondientes a 4 jurisdicciones. En 10 de esos establecimientos -situados en Buenos Aires, CABA y Santa Fe- el Laboratorio Nacional de Referencia ya confirmó 62 casos asociados al brote y otras 5 notificaciones de casos sospechosos de los mismos establecimientos, se consideran asociados por nexo epidemiológico, totalizando 67 casos confirmados. Un caso notificado por la provincia de Neuquén se invalidó por no cumplir con la definición de caso y otros 6 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 08/08/2025. N=98

Establecimientos/ Jurisdicción	Total casos asociados por LNR o Nexo	Sospechosos	No asociados o invalidados	Total notificaciones	Focos confirmados
EPBA01	18			18	SI
EPBA02	1			1	SI
EPBA03		1		1	En investigación
EPBA04			1	1	DESCARTADO
EPBA05			1	1	DESCARTADO
EPBA06		1		1	En investigación
EPBA07		1		1	En investigación
EPBA08		2		2	En investigación
Buenos Aires	19	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	7		12	19	SI
ESF04		4		4	En investigación
ESF05		3	3	6	En investigación
ESF06	3			3	SI
ESF07	1			1	SI
ESF08	1		1	2	SI
ESF09	13			13	SI
Santa Fe	46	7	16	69	7
Total general	67	12	19	98	10

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

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

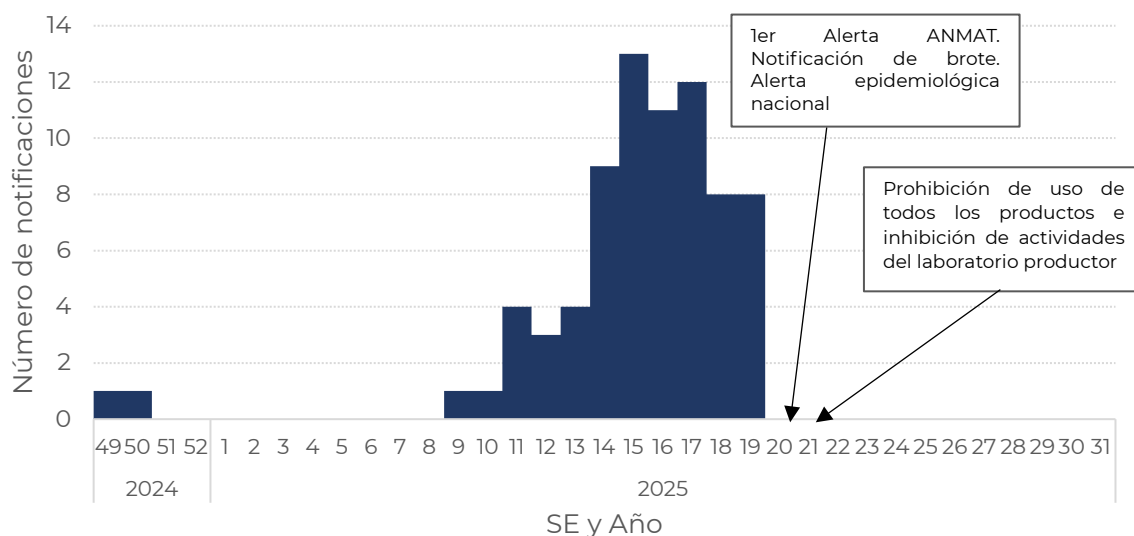
Al momento de la edición de este boletín, no se han recibido notificaciones del evento presentado provenientes de la provincia de Córdoba, la jurisdicción se encuentra realizando la investigación epidemiológica para recabar la información pertinente.

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

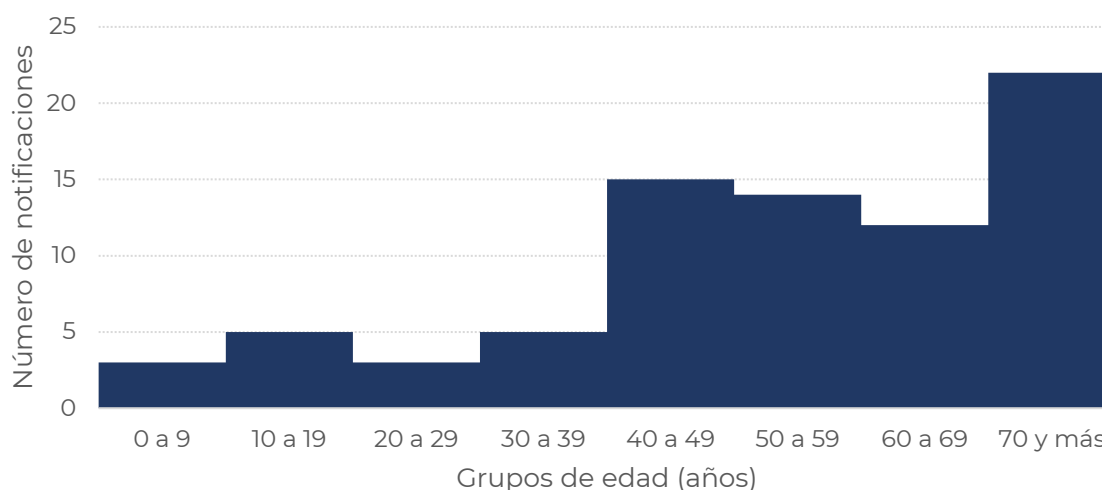


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

** Se excluyen descartados*

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

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



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

** Se excluyen descartados*

En cuanto a la evolución clínica, 11 de los 19 establecimientos que notificaron casos hasta el momento registraron casos fallecidos en el SNVS, sumando un total de 48, siendo el sexo

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

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

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

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS

VIII. MPOX – Actualización Informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

Ante el recrudecimiento de la mpox asociado a la aparición de un nuevo clado del virus de la mpox (clado Ib), su rápida propagación en el este de la República Democrática de Congo y la notificación de casos en varios países vecinos, la Organización Mundial de la Salud lo ha declarado como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de acuerdo Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI [2005]). A raíz de ello y en virtud de dar difusión a las medidas de prevención, vigilancia y respuesta, el Ministerio de Salud de la Nación ha emitido una Alerta Epidemiológica el 16 de agosto de 2024, incluyendo la descripción de la situación y las directrices vigentes para la vigilancia epidemiológica y las medidas ante casos y contactos –entre otros aspectos relacionados con este evento que se encuentra disponible en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta_viruela_simica_16082024.pdf

La OMS emitió “recomendaciones permanentes”, en las cuales insta a los Estados Miembros a elaborar un “Plan estratégico de preparación y respuesta para Mpox 2024-2025”, a fin de dar una orientación general y una respuesta coordinada. Este Plan, llevado a cabo por el Ministerio de Salud de la Nación, es clave para guiar las actividades de preparación y respuesta de salud pública a nivel nacional, jurisdiccional y local, con el objetivo principal de detener los brotes de transmisión de Mpox de persona a persona y mitigar su impacto en salud humana a través de medidas coordinadas a nivel nacional. Para facilitar el abordaje de este plan, se han estipulado tres escenarios epidemiológicos frente al ingreso y transmisión de casos de Mpox en Argentina:

1. Sin transmisión autóctona pero con casos importados del Clado II
2. Con casos esporádicos de transmisión autóctona del Clado II y sin Clado I
3. Con introducción del Clado I

El Manual se encuentra en el siguiente link;

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/250407_plan_mpox_2025.pdf

VIII.2. Situación internacional²³

Según el análisis filogenético, el virus de la mpox (MPXV) se divide en dos clados principales: el clado I (uno, anteriormente clado de la Cuenca del Congo) y el clado II (dos, anteriormente clado de África Occidental). Cada uno de estos clados se subdivide a su vez en dos subclados: el clado Ia y el clado Ib dentro del clado I; el clado IIa y el clado IIb dentro del clado II.

El clado Ia circula en varios países de África central y se asocia con una propagación regular desde uno o más reservorios animales con cierta transmisión de persona a persona. El clado Ib surgió en 2023 en las regiones orientales de la República Democrática del Congo y está sufriendo una transmisión sostenida de persona a persona.

El clado IIa se ha detectado principalmente en especies animales, con solo un número limitado de casos humanos. Sin embargo, recientemente se ha notificado un número creciente de casos

²³ Tendencias globales de Mpox. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/

en varios países de África Occidental. El clado I1b ha estado circulando de manera sostenida en humanos desde al menos 2016 y ha provocado el brote multipaís en curso desde 2022 hasta la actualidad.

La OMS realizó la última evaluación rápida de riesgos globales de mpox en junio de 2025. Con base en la información disponible, el riesgo se evalúa de la siguiente manera:

- Clado I1b MPXV: Afecta predominantemente áreas no endémicas de mpox en la República Democrática del Congo y países vecinos – Alto
- Clado I1a MPXV: Afecta principalmente a las zonas endémicas de mpox en la República Democrática del Congo – Moderado
- Clado II MPXV: Observado en Nigeria y otros países endémicos de África Occidental y Central – Moderado
- Clado I1b MPXV: Asociado con la epidemia mundial de mpox a partir de 2022 – Moderado

Respecto del **clado I1b**, en las últimas 6 semanas fueron detectados casos confirmados con transmisión comunitaria en **República Democrática del Congo, Uganda, Burundi, Ruanda, Kenia, Congo, Zambia, Tanzania, Etiopía, Sudán del Sur, Malawi y Mozambique**, y casos relacionados con viajes a zonas endémicas en **China, Reino Unido, Estados Unidos de América y Australia**.

VIII.2.A. SITUACIÓN EN ÁFRICA

En los últimos doce meses, hasta el 27 de julio de 2025, 28 países notificaron 40.888 casos confirmados, incluidas 170 muertes. Los tres países con más casos son la República Democrática del Congo (21.439 casos), Uganda (7.645) y Sierra Leona (4.967).

Este indicador debe interpretarse con cautela, ya que los casos sospechosos de mpox se registran según distintas definiciones de casos nacionales. Además, no todos los países cuentan con sistemas de vigilancia sólidos para mpox, lo que significa que es probable que los recuentos de casos notificados subestimen el alcance de la transmisión comunitaria.

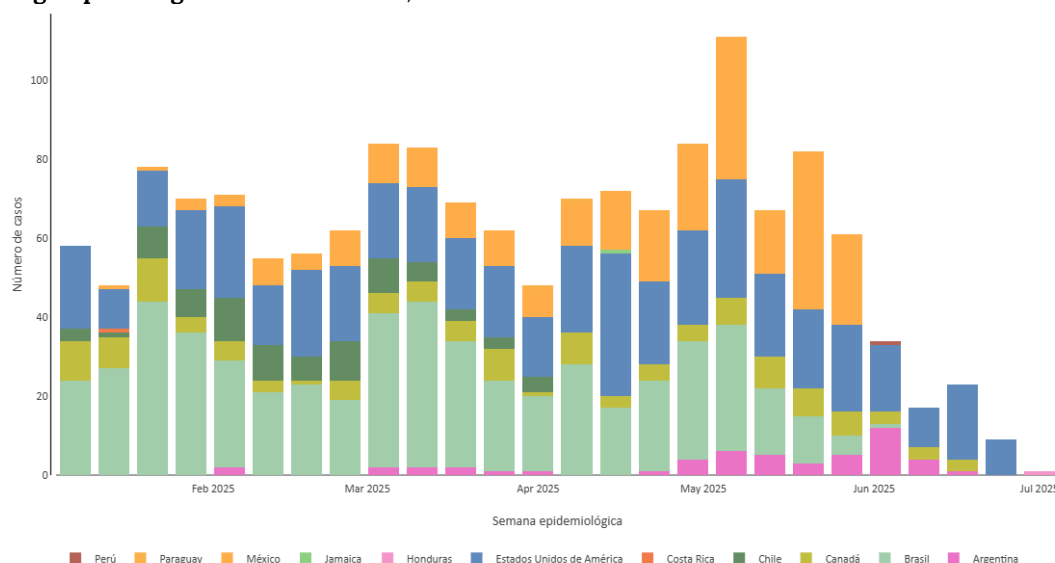
I.1.A. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS²⁴

Respecto de la situación regional, según la última actualización epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 27 de 2025 fueron notificados en la Región de las Américas 1.542 casos de mpox.

Los países de la región que detectaron casos de mpox durante 2025 son los siguientes: Brasil (541 casos), Estados Unidos (484), México (252), Canadá (127), Chile (79), Paraguay (4), Perú (1), Costa Rica (1), Honduras (1) y Jamaica (1).

²⁴ Casos de mpox - Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/>

Gráfico 1. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según país. Región de las Américas, SE1 a SE27 2025.

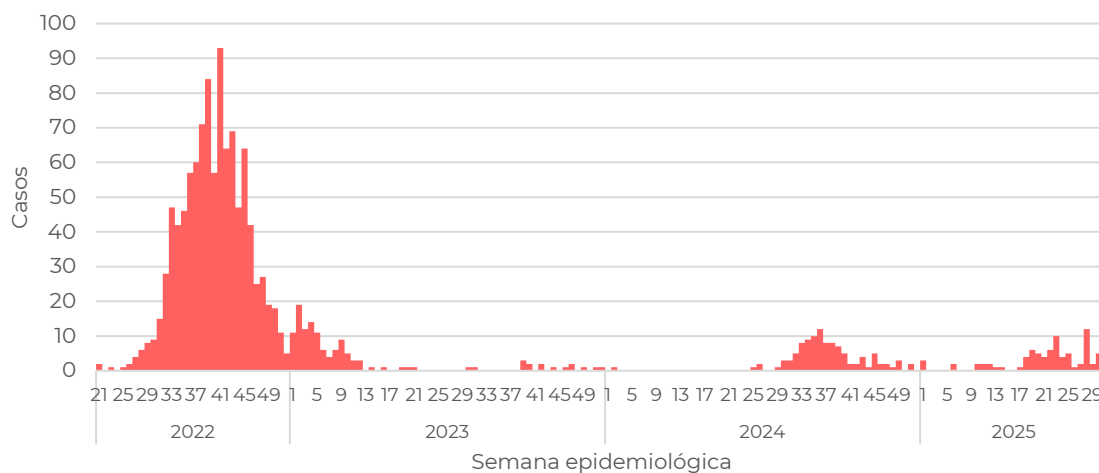


Fuente: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/>

VIII.3. Situación en Argentina

Durante el año 2022 (año epidémico), a partir de la SE 21, fueron notificados 1024 casos confirmados. En 2023 se notificaron 124 casos confirmados, principalmente en la primera mitad del año, mientras que en 2024 se confirmaron 107 casos, concentrados en la segunda mitad del año. Durante el año en curso, entre las SE 1 y 31 de 2025 se han notificado 207 casos, de los cuales 81 fueron confirmados.

Gráfico 2. Casos confirmados de mpox por semana epidemiológica de fecha mínima²⁵. Argentina, SE22/2022 a SE31/2025. (N=1.136²⁶)



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

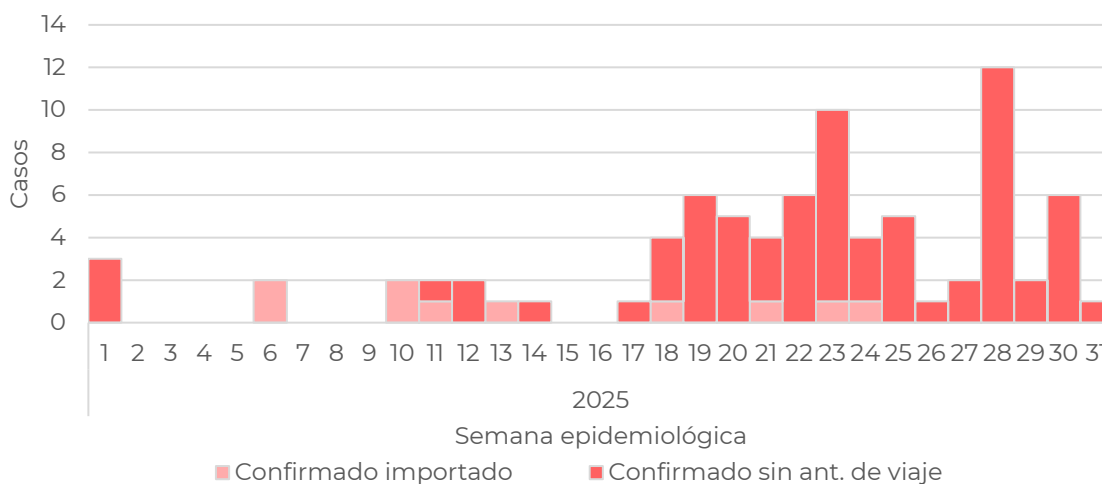
²⁵ La fecha mínima se construye según una jerarquía que prioriza la mayor cercanía al momento de inicio de la enfermedad: con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra, y, por último, la de notificación si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.

²⁶ Seis de los casos notificados en 2025 corresponden a 2024 según fecha mínima del caso.

Para mayor información sobre de los casos notificados en años previos, dirigirse a: [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nro 737](#) y [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nro 685](#).

Para el año en curso, se observa un aumento de casos desde la SE 18, una disminución en la SE 26 y un nuevo aumento desde la SE 28, con un pico de 12 casos en dicha semana.

Gráfico 3. Casos confirmados de mpox según antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima²⁷. Argentina, SE1 a SE31/2025. (N=81²⁸)



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

El 93% de los casos confirmados residen en jurisdicciones de la región Centro, principalmente en CABA (63%) y Buenos Aires (27%).

²⁷ La fecha mínima se construye según una jerarquía que prioriza la mayor cercanía al momento de inicio de la enfermedad: con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra, y, por último, la de notificación si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.

²⁸ Seis de los casos notificados en 2025 corresponden a 2024 según fecha mínima del caso.

Tabla 1. Casos notificados y confirmados de mpox según jurisdicción de residencia. Argentina, SE1 a SE31/2025.

Provincia	Confirmados SE 1 a 31 2025	Confirmados notificados en la última semana	Confirmados notificados en las últimas 4 semanas	Total de notificaciones 2025
Buenos Aires	22	2	7	64
CABA	51	1	16	94
Córdoba	2	0	0	10
Entre Ríos	0	0	0	2
Santa Fe	0	0	0	4
Centro	75	3	23	174
Mendoza	5	0	0	23
San Juan	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0
Cuyo	5	0	0	23
Chaco	0	0	0	0
Corrientes	1	0	0	2
Formosa	0	0	0	2
Misiones	0	0	0	1
NEA	1	0	0	5
Catamarca	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0
Salta	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	1
NOA	0	0	0	1
Chubut	0	0	0	1
La Pampa	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	1
Río Negro	0	0	0	1
Santa Cruz	0	0	0	1
Tierra del Fuego	0	0	0	0
SUR	0	0	0	4
Total PAIS	81	3	23	207

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

De los 81 casos de 2025, 23 fueron detectados en las últimas cuatro semanas. Dichos casos corresponden a residentes de Buenos Aires (7 casos) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (16 casos). Corresponden a personas de sexo masculino, con una mediana de edad de 37 años, y ninguno consigna antecedente de viaje al exterior o contacto con viajeros.

En aquellos casos que consignan información (n=6), el principal antecedente epidemiológico son las relaciones sexuales con hombres (5 casos) y las relaciones sexuales con parejas nuevas múltiples y ocasionales (2 casos).

VIII.4. Evolución genómica del virus Monkeypox

El virus Monkeypox (Mpxv), causante de la enfermedad conocida como mpox, pertenece a la familia de los Poxvirus, al género Orthopox y hasta 2022 era considerado una zoonosis endémica de África donde producía brotes siempre asociados a transmisión animal-humano con casos muy esporádicos de transmisión interpersonal, nunca en forma sostenida. Se distinguen dos variantes o clados (I y II) del virus que difieren en patogenia y área geográfica de la endemia.

A partir de 2022 se registra un brote internacional producido por una variante del clado II conocida desde entonces como clado IIb, con transmisión interhumana sostenida fundamentalmente por vía sexual hombre-hombre.

A fines de 2023 se detectó en la República Democrática del Congo un brote que se diseminó rápidamente por numerosos países de África y con más de veinte casos de exportación por viajeros a países del resto del mundo de una nueva variante, esta vez derivada del clado I, bautizada clado Ib. En este caso también se observa transmisión persona a persona sostenida, pero con transmisión fundamentalmente por vía sexual hombre-mujer, por contacto a los niños y no se descartan otras vías de transmisión que están en estudio.

El análisis de la evolución viral por medio del estudio de las secuencias del genoma completo de Mpxv permitió evidenciar la aparición de cambios genéticos mediados por mecanismos previamente no identificados en los Poxvirus.

A nivel de las mutaciones puntuales, se observa un aumento significativo en su tasa de aparición, que lleva a una muy alta proporción de mutaciones con el patrón característico de las producidas por el mecanismo APOBEC3, anteriormente no descrito en la evolución de estos virus. Un ejemplo de este efecto se puede observar en la comparación entre secuencias obtenidas en Argentina con respecto a la secuencia de referencia NC_063383.1 (prototípica del clado IIB linaje A)

MPXV/AR-ANLIS038/2022 Linaje B.1 **72** mutaciones (**60** APOBEC3 + **12** no APOBEC3), **34** cambios de aminoácidos

MPXV/AR-ANLIS1000/2023 Linaje B.1 **77** mutaciones (**65** APOBEC3 + **12** no APOBEC3), **36** cambios de aminoácidos

MPXV/AR-ANLIS1262/2025 Linaje E.3 **105** mutaciones (**96** APOBEC3 + **9** no APOBEC3), **52** cambios de aminoácidos

Se observa claramente que en el período de tres años hay un aumento constante en el número de mutaciones tipo APOBEC3, que se traducen en un aumento en cambios de aminoácidos, mientras que las producidas por los mecanismos anteriormente conocidos se mantienen estables.

Sumado a este mecanismo de variabilidad, en los Poxvirus ya eran conocidos otros que implican la aparición de inserciones, deleciones y duplicación de genes virales, conocido como “acordeón genómico”, pero recientemente se describió una variante de este mecanismo que involucra secuencias repetitivas cortas (STRs) que al variar el número de repeticiones tienen la capacidad de activar, desactivar o modificar la expresión de genes del virus. Estas STRs requieren para su estudio métodos especiales de secuenciación debido a que los ensambles genómicos basadas en lecturas cortas no resuelven adecuadamente estas repeticiones.

El virus Monkeypox tiene un genoma complejo, con casi doscientos genes potenciales, muchos de los cuales tienen una función poco o nada conocida. Por el momento no es posible en la gran mayoría de los casos asociar un determinado cambio genómico con una variación en la patogenicidad o el comportamiento de la infección viral, por lo que es fundamental realizar un estudio coordinado entre la clínica, la epidemiología, el diagnóstico de laboratorio y los análisis genómicos para aumentar el conocimiento sobre esta enfermedad y lograr su control.

VIII.4.A. VIGILANCIA DE MPOX A TRAVÉS DE LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS DE MPOX

A partir de 2025 se constituyó la Red Nacional de Laboratorios de Mpx, integrada por 25 laboratorios en todas las jurisdicciones del país y con la coordinación del Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS. La red tiene por objetivo garantizar un diagnóstico oportuno y de calidad en todo el país, y asegurar los estudios necesarios para reconocer la situación epidemiológica nacional en forma permanente.

En 2025 y hasta el 06/08 se realizaron 208 diagnósticos en laboratorios de la Red Nacional de Mpx, que detectaron 81 casos positivos de los cuales se derivaron 56 al LNR para identificación de clado. Todos los casos estudiados hasta el momento por el LNR han resultado ser del Clado II.

En el mes de junio, la provincia de Mendoza identifica un conglomerado de 5 casos positivos, todos con vínculos familiares entre sí. El brote involucró a tres adultos (dos varones y una mujer) y a dos menores de nueve y trece años, todos pertenecientes a una misma familia.

El diagnóstico de mpx fue realizado mediante la reacción genérica de PCR en tiempo real por el Laboratorio Núcleo, Laboratorio de Referencia provincial de la Red Nacional de Laboratorios de diagnóstico de mpx.

Las muestras fueron remitidas al Servicio de Microscopía Electrónica, Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” donde se determinó mediante reacción específica de PCR en tiempo real que todas corresponden al clado II, el cual está circulando a nivel mundial desde mayo de 2022.

La secuenciación genómica fue obtenida mediante una estrategia híbrida de ensamblado utilizando secuencias de las plataformas Illumina y Oxford Nanopore por el CNGB de ANLIS. El análisis genómico fue realizado por el LNR. Las secuencias analizadas pertenecen al clado IIb linaje F.2, utilizando la herramienta Nextclade. Este linaje había sido descrito anteriormente en secuencias pertenecientes a casos registrados en Sudáfrica y Australia en 2024.

Las secuencias presentan una gran delección de 912 nucleótidos comprometiendo el gen OPG023, otras seis delecciones menores y 26 mutaciones puntuales en todo el genoma, que se traducen en 8 cambios de aminoácidos (genes OPG034, OPG064, OPG074, OPG104, OPG118, OPG188, OPG204 y OPG208) con respecto a la secuencia de referencia mpxv_usa_2022_ma001, considerada la primera detectada del brote internacional de mpx de 2022 y prototípica del linaje B.1.

Con respecto a la referencia NC_063383.1, prototipo del linaje A, del 2017 la primera en ser considerada parte del clado IIb, presenta 83 mutaciones que se traducen en 33 cambios de aminoácidos.

Uno de los pacientes afectados presenta inmuno-compromiso y desarrolló una infección grave y de muy larga duración, por lo que se continúa el estudio de la evolución viral en este caso, debido a que este tipo de infecciones favorecen la selección de mutaciones de adaptación al huésped.

Los cambios detectados en las secuencias genómicas analizadas ya han sido descritos en variantes estudiadas previamente en todo el mundo y no han sido asociados con cambios significativos en la patogenia del virus. Por lo cual, la transmisión atípica en Argentina de este conglomerado (que implica la afectación de mujeres y niños en una misma cadena de transmisión) no puede atribuirse a cambios a nivel del virus. No obstante, la cantidad de

mutaciones que se van sumando en los distintos linajes virales -particularmente en los genes implicados en la modulación de la respuesta inmune del huésped- indica que el virus, originalmente zoonótico está adaptándose rápidamente al humano, lo que puede provocar cambios tanto en la transmisibilidad como en la patogenicidad de la enfermedad.

La investigación de este brote fue posible gracias a un sistema de vigilancia sensible y una respuesta rápida y exhaustiva de la jurisdicción en la investigación epidemiológica. Así mismo, pone de relieve la importancia de contar con una Red de Laboratorios que permite diagnosticar rápidamente y con calidad los casos de mpxv para tomar las medidas adecuadas para contener la transmisión y caracterizar cambios en el genoma viral que puedan ser asociados a variaciones en los mecanismos de transmisión y patogenicidad.

VIII.4.B. COMPOSICIÓN DE LA RED NACIONAL DE LABORATORIOS DE DIAGNÓSTICO DE MPOX

Laboratorio Nacional de Referencia	Servicio Microscopía Electrónica. INEI-ANLIS
Buenos Aires	Hospital Fiorito
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Hospital Muñiz
Catamarca	Laboratorio Central. Ministerio de Salud
Chaco	Laboratorio Central de Salud Pública
Chubut	Laboratorio de Epidemiología Chubut
Córdoba	Departamento Laboratorio Central
Corrientes	Laboratorio Central de Redes y Programas
Entre Ríos	Laboratorio Provincial de Epidemiología
Formosa	Dirección de Laboratorio
Jujuy	Laboratorio Central
La Pampa	Laboratorio Dirección Epidemiología
La Rioja	Hospital Virgen María de Fátima
Mendoza	Laboratorio Núcleo
Misiones	Laboratorio Central de Misiones LACMI
Nuequén	Laboratorio Central
Rio Negro	Hospital Zonal de Bariloche "Ramón Carrillo"
Salta	Hospital Señor del Milagro
San Juan	Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson
San Luis	Laboratorio de Salud Pública "Dalmiro Pérez Laborda"
Santa Cruz	Hospital Regional Rio Gallegos
Santa Fe	Laboratorio CEMAR
Santiago del Estero	Centro de Análisis Moleculares y Metabólicos CEAMM
Tierra del Fuego	Hospital Regional Ushuaia
Tucumán	Laboratorio de Salud Pública

VIII.5. Recomendaciones para el equipo de salud

- Las principales medidas para disminuir el riesgo de propagación de la enfermedad consisten en la identificación temprana de los casos, las medidas aislamiento de casos y rastreo de contactos.
- En el marco de la prevención combinada del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual, la evaluación de una persona con sospecha o confirmación de mpox debe ser una oportunidad para ofrecer en forma sistemática servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y otras ITS, y para articular el manejo de la mpox en las personas con diagnóstico de VIH conocido a servicios de atención de enfermedad avanzada por VIH.
- El grupo técnico asesor de OMS actualmente NO recomienda la vacunación masiva ni de la población general. La vigilancia epidemiológica debe intensificarse para proveer la información suficiente para identificar a las personas con mayor riesgo de infección y, por lo tanto, la prioridad si se lleva a cabo la vacunación. Actualmente la principal medida de salud pública para interrumpir la transmisión de la enfermedad es la identificación efectiva de casos, implementando medidas de control de la transmisión, aislamiento, y el rastreo de contactos para su seguimiento en caso de desarrollar clínica compatible.
- Una vigilancia epidemiológica sensible y de calidad es indispensable para lograrlo. Los equipos de salud de todo el país deben estar preparados para sospechar la enfermedad, asistir de manera adecuada a las personas afectadas -incluyendo las medidas de protección del personal de salud-, recabar la información necesaria para caracterizar epidemiológicamente los casos e implementar las medidas de aislamiento y rastreo de contactos de forma inmediata (ante la sospecha).

VIII.6. Vigilancia Epidemiológica

Una vigilancia epidemiológica sensible y de calidad es indispensable para lograr la identificación temprana de los casos, una correcta anamnesis, registro y notificación que permita las acciones de control. Para ello los equipos de salud de todo el país deben estar preparados para sospechar la enfermedad, asistir de manera adecuada a las personas afectadas -incluyendo las medidas de protección del personal de salud-, con foco en el manejo de las complicaciones potenciales; recabar la información necesaria para caracterizar epidemiológicamente los casos e implementar las medidas de aislamiento y rastreo de contactos de forma inmediata ante la sospecha.

Es importante tener en cuenta que una vigilancia sensible incluye facilitar la accesibilidad de la población a la atención oportuna y de calidad, eliminando todas las posibles barreras de acceso, principalmente las que puedan relacionarse con cualquier tipo de discriminación o estigma relacionado con la enfermedad, con las poblaciones que son desproporcionadamente afectadas por la mpox o con las prácticas potencialmente asociadas a su transmisión.

En vistas a la potencial introducción del clado Ib a través de viajeros infectados, resulta de suma importancia indagar al momento de realizar la entrevista epidemiológica a las personas que resulten tener síntomas compatibles con la enfermedad acerca de antecedente de viaje a África o contacto con viajeros a países donde está circulando el virus.

VIII.6.A. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

- Toda persona que presente exantema característico*, sin etiología definida, de aparición reciente (menor a 7 días) y que se localiza en cualquier parte del cuerpo (incluyendo lesiones genitales, perianales, orales o en cualquier otra localización) aisladas o múltiples; o que presente proctitis (dolor anorrectal, sangrado) sin etiología definida**. Y al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos*** dentro de los 21 días previos al inicio de los síntomas:
 - Contacto físico directo, incluido el contacto sexual, con un caso sospechoso o confirmado.
 - Contacto con materiales contaminados -como ropa o ropa de cama-, por un caso sospechoso o confirmado.
 - Contacto estrecho sin protección respiratoria con un caso sospechoso o confirmado.
 - Relaciones sexuales con una o más parejas sexuales nuevas, múltiples u ocasionales,

Ó

- Toda persona que haya estado en contacto directo con un caso de mpox sospechoso o confirmado,

Y presente, entre 5 y 21 días del contacto de riesgo, uno o más de los siguientes signos o síntomas:

- Fiebre >38,5° de inicio súbito
- Linfadenopatía
- Astenia
- Cefalea
- Mialgia
- Malestar general
- Lesiones cutáneo mucosas
- Proctitis

Ó

- Toda persona que no presenta o refiere un antecedente epidemiológico claro, que presente lesiones cutáneo-mucosas características* con una evolución compatible y en el que haya una alta sospecha clínica.

* Exantema característico: lesiones profundas y bien delimitadas, a menudo con umbilicación central y progresión de la lesión a través de etapas secuenciales específicas: máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras, que pueden evolucionar a la necrosis que no correspondan a las principales causas conocidas de enfermedades exantemáticas (varicela, herpes zoster, sarampión, herpes simple, sífilis, infecciones bacterianas de la piel). No obstante, no es necesario descartar por laboratorio todas las etiologías para estudiar al caso para mpox.

** En el caso de proctitis y/o úlceras genitales se deben investigar también en forma conjunta los diagnósticos de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Treponema pallidum*, entre otros.

*** Indagar sobre viajes o contacto con viajeros especificando la procedencia, en particular provenientes de los países de África con circulación conocida de clado Ib.

Caso confirmado

- Todo caso sospechoso con resultados detectables de PCR para Orthopox del grupo eurasiático-africano o de PCR en tiempo real para virus MPX genérica o específica de los clados.

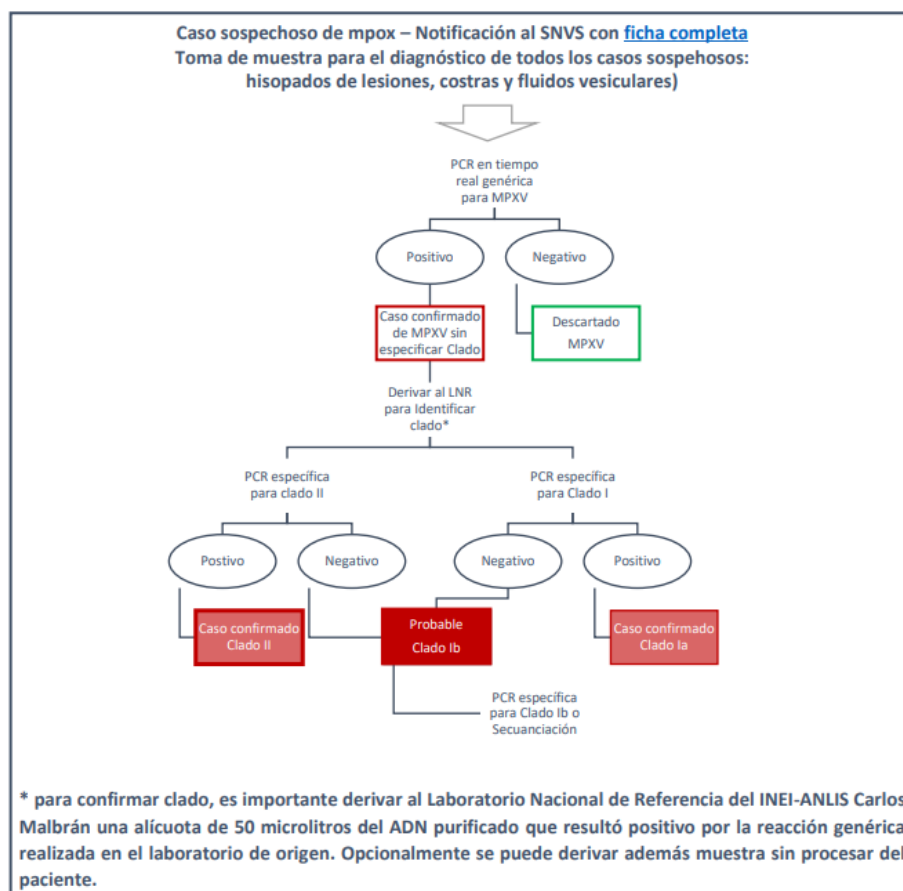
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión de laboratorio cuando se analizan muestras clínicas se aconseja limitar la cantidad de personal que analiza las muestras, evitar cualquier procedimiento que pueda generar aerosoles y usar el equipo de protección personal. Las normas nacionales e internacionales sobre el transporte de sustancias infecciosas deben seguirse estrictamente durante el embalaje de las muestras y el transporte al laboratorio de referencia.

VIII.6.B. NOTIFICACIÓN

Los casos deben notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, al evento Viruela Símica (mpox) de forma inmediata ante la sospecha.

VIII.7. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox

- Se debe notificar el caso al SNVS dentro de las 24hs. Grupo de evento: Viruela / Evento: mpox (ex viruela símica).



VIII.8. Medidas ante casos sospechosos

- Se recomienda el aislamiento de todo caso sospechoso hasta la obtención del resultado de laboratorio (confirmado o descartado); en caso de confirmarse, continuar el aislamiento hasta que todas las costras de las lesiones se hayan caído y haya formado una nueva capa de piel.
- Si no se puede realizar aislamiento permanente se deberá implementar medidas para la minimizar el riesgo de la transmisión (cubrir las lesiones, utilizar barbijo quirúrgico bien ajustado, cubriendo nariz, boca y mentón, evitar contacto con personas vulnerables, evitar el contacto estrecho con otras personas, ventilar los ambientes).
- Realizar la investigación epidemiológica correspondiente, incluyendo los antecedentes epidemiológicos, características clínicas e información sobre contactos estrechos, garantizando la privacidad, el trato digno y la completitud de la información.
- Realizar la notificación dentro de las 24 horas.
- En caso de que se necesite hospitalización, debe realizarse en una habitación individual con baño privado y eventualmente internación por cohortes.
- Si el paciente precisa moverse por fuera de la habitación, debe hacerlo siempre con barbijo quirúrgico y cubriéndose las heridas.
- La movilidad del paciente fuera de su habitación debe limitarse a lo esencial para realizar procedimientos o métodos diagnósticos que no puedan llevarse a cabo en ella. Durante el transporte, el paciente debe utilizar barbijo quirúrgico y las lesiones cutáneas deben estar cubiertas.
- Se debe establecer el correcto manejo de casos para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo desde el triaje hasta las salas de aislamiento, en cualquier nivel de atención, evitando el contacto con otras personas en salas de espera y/o salas de hospitalización de personas internadas por otras causas.
- El personal de salud que atienda casos sospechosos o confirmados debe utilizar protección para los ojos (gafas protectoras o un protector facial que cubra el frente y los lados de la cara), barbijo quirúrgico, camisolín y guantes desechables.
- Durante la realización de procedimientos generadores de aerosoles deben utilizarse barbijos tipo máscaras N95 o equivalentes.
- El aislamiento domiciliario debe realizarse en una habitación o área separada de otros convivientes durante todas las etapas de la enfermedad hasta que todas las lesiones hayan desaparecido, se hayan caído todas las costras y surja piel sana debajo.
- Si durante el aislamiento domiciliario el paciente requiere atención médica debe comunicarse con el sistema de salud.
- Las personas convivientes deben evitar el contacto con el caso sospechoso o confirmado, especialmente contacto de piel con piel.
- No se debe compartir ropa, sábanas, toallas, cubiertos, vasos, platos, mate, etc.
- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y embarazadas durante el período de transmisión.
- Ante el riesgo potencial de transmisión del virus de las personas enfermas a los animales, se recomienda que las personas con diagnóstico sospechoso o confirmado de mpox eviten el contacto directo con animales, incluidos los domésticos (como gatos, perros, hámsters, hurones, jerbos, cobayos), el ganado y otros animales en cautividad, así como la fauna silvestre. Las personas deben estar especialmente atentas a los animales que se sabe que son susceptibles, como los roedores, los primates no humanos, etc.
- Debe también evitarse el contacto de los residuos infecciosos con animales, especialmente roedores.

La sospecha o confirmación de mpox debe ser una oportunidad para ofrecer en forma sistemática el testeo para VIH y otras ITS.

VIII.9. Medidas ante contactos

- La identificación de contactos debe iniciarse dentro de las 24hs.
- Verificar diariamente la posible aparición de cualquier signo o síntoma compatible, incluyendo medir la temperatura y verificar mediante autoevaluación si no han aparecido lesiones en la piel en cualquier parte del cuerpo, o si aparecen síntomas como cansancio/decaimiento, inflamación de los ganglios linfáticos, cefalea, dolores musculares, dolor de espalda.
- El contacto en seguimiento debe disponer de un teléfono para comunicarse con el equipo de seguimiento en caso de presentar síntomas y, en ese caso, una vía facilitada para su atención adecuada en un centro asistencial.
- Ante la aparición de cualquier síntoma debe considerarse un caso sospechoso y, como tal, realizar las acciones recomendadas ante casos sospechosos.
- El contacto deberá estar en seguimiento por el sistema de salud por 21 días para identificar el posible comienzo de síntomas compatibles.
- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y embarazadas.

Para más información, consultar el Manual para la vigilancia epidemiológica y control disponible en Argentina

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-05/2022-Manual_normas_y_procedimientos_vigilancia_y_control_ENO_22_05_2023_2.pdf

Manual para la vigilancia epidemiológica y control de la viruela símica en Argentina:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Manual_viruela_simica_10-08-2022.pdf

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Nueva_ficha_viruela_simica_11_08_2022.pdf

Más recomendaciones e información en:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/viruela-simica-mpox>

INFORMES ESPECIALES

IX. Actualización de resultados de la investigación de brote de Listeriosis informada en el mes de abril de 2025

La listeriosis es una enfermedad infecciosa de transmisión alimentaria causada por la bacteria *Listeria monocytogenes*, que se encuentra en el agua y el suelo, y puede contaminar diversos alimentos, especialmente aquellos que no se cocinan antes de ser consumidos, como fiambres, quesos de pasta blanda y vegetales crudos.

Si bien la listeriosis suele ser leve en personas sanas, puede causar enfermedades graves y potencialmente mortales en embarazadas, recién nacidos, personas mayores y aquellas con sistemas inmunitarios debilitados. Es una de las enfermedades de transmisión alimentaria de mayor importancia, pero relativamente rara (0,1 a 10 casos anuales por millón de personas, dependiendo del país y la región – según datos OPS). A pesar del bajo número de casos reportados anualmente, esta enfermedad presenta una alta tasa de mortalidad, lo que la convierte en un importante problema de salud pública.

La prevención y control de la multiplicación de la bacteria plantea desafíos considerables, dada la ubicuidad de la bacteria, su gran resistencia a los métodos de conservación habituales, como la sal, el humo o la acidez, y su capacidad de sobrevivir y crecer a temperaturas de refrigeración (Ver Recomendaciones para la población).

IX.1. Situación Epidemiológica actual

El 24 de abril de 2025 el Ministerio de Salud de la Nación emitió una comunicación epidemiológica a raíz de la identificación por parte del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) de casos de *L. monocytogenes* con residencia en 3 jurisdicciones diferentes (con una alta relación genómica entre sí, lo cual sugería una fuente común de exposición, posiblemente vinculada al consumo del mismo alimento o diferentes alimentos contaminados desde una fuente común o por contaminación cruzada). Los primeros casos habían sido notificados en diciembre de 2024 (dos residentes en diferentes localidades de la provincia de Buenos Aires). Durante el 2025, se sumaron: 1 caso residente en CABA (notificado en enero), con viaje previo a Tucumán; y en febrero y mayo dos casos con residencia en Tucumán. Todos con alta relación genómica con el conglomerado mencionado.

IX.1.A. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Ante los hallazgos del LNR se coordinaron acciones para la investigación y control entre todos los actores involucrados –tanto del Ministerio de Salud de la Nación (LNR, Epidemiología e INAL) como de las jurisdicciones involucradas (bromatología, epidemiología y laboratorio).

La provincia de Tucumán, en un trabajo colaborativo entre las áreas de Epidemiología y Bromatología, entrevistaron a las personas afectadas (o a un familiar) sobre los alimentos que consumieron antes de enfermarse y posibles lugares de adquisición de estos productos. Además, se realizaron visitas a lugares donde se vendían productos que podrían estar contaminados y se tomaron muestras de alimentos listos para consumir (que no requieren cocción adicional), para estudiar su posible contaminación con *Listeria*.

Como resultado de las investigaciones realizadas se estudiaron 26 muestras de alimentos, dentro de las cuales se identificaron 5 con aislamiento de *L. monocytogenes*. En una de ellas – correspondiente a un queso criollo de producción industrial de baja escala– pudo establecerse

una alta relación genómica con los casos humanos detectados previamente, identificando a la planta productora del queso como fuente de la contaminación.

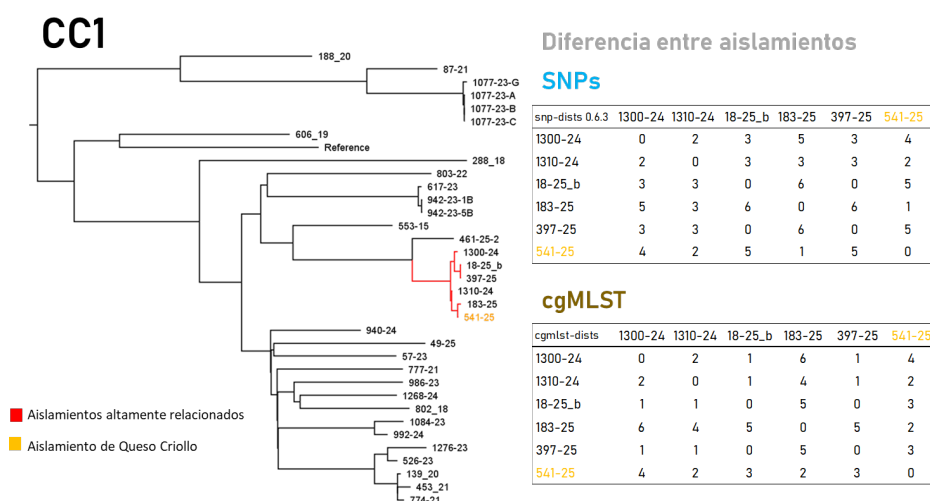
En respuesta a la investigación realizada se decomisaron los alimentos listos para consumir de los establecimientos afectados.

IX.1.B. INFORME DEL LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA SOBRE AISLAMIENTOS PROVENIENTE DE ALIMENTO SOSPECHOSO:

Vigilancia genómica de *L. monocytogenes*

El aislamiento de queso criollo corresponde al complejo clonal hipervirulento 1 (CC1) y en el análisis de comparación mostró una alta relación genómica (≤ 9 SNPs o alelos de cgMLST) con los aislamientos de casos humanos previamente identificados Cuadro 1 y Figura 1.

Figura 1: Análisis filogenético de aislamientos de *L. monocytogenes* pertenecientes al complejo clonal 1 (CC1) y diferencias de polimorfismos de nucleótido único (SNPs) y alelos en el esquema de cgMLST de los aislamientos altamente relacionados.



Criterios incluidos en Manual de Normas de Vigilancia.

- Dos o más casos de aislamientos altamente relacionados desde el punto de vista genómico [≤ 9 diferencias alélicas en el esquema de cgMLST o ≤ 9 polimorfismos de nucleótido único (SNPs)], sustentados con la información epidemiológica.
- Entre 10 – 30 alelos o SNPs de diferencia se consideran aislamientos posiblemente relacionados y requiere de la investigación epidemiológica adicional para confirmar o descartar la relación.

La alta relación genómica entre los aislamientos de los casos humanos y el aislamiento obtenido del queso criollo confirma la identificación de este alimento como contaminado con el mismo patógeno que el que produjo los casos, identificando a la planta productora del queso como la fuente del brote.

IX.1.C. CONCLUSIONES:

Esta es la primera vez que se puede establecer en la Argentina un nexo entre casos humanos de listeriosis y una fuente común comprobada por análisis genómicos.

Este estudio permite poner en valor el rol de la vigilancia genómica en la identificación de brotes comunitarios de listeriosis y en la confirmación de la fuente, la importancia de la notificación y envío de muestras de todos los casos y de una completa encuesta alimentaria inicial para guiar la investigación epidemiológica. Y, fundamentalmente, destaca la trascendencia de las acciones

realizadas por la provincia que permitieron identificar e intervenir sobre la fuente, previniendo nuevos casos.

La identificación del alimento relacionado al conglomerado de casos evidenció la necesidad de fortalecer las recomendaciones a los productores locales en las buenas prácticas de manufactura, de inspecciones regulares a los lugares de producción y distribución para cumplir las normas sanitarias, y de difusión de información preventiva para seguridad de los consumidores.

IX.2. Recomendaciones para los equipos de salud

IX.2.A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Todo caso de listeriosis probable o confirmado identificado por un servicio de salud de cualquier subsector (público, privado o de la seguridad social) constituye un Evento de Notificación Obligatoria en el marco de la Ley 15465 y la res. 2827/2022. Se deberá notificar en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) en forma inmediata y nominal y deberá derivarse el aislamiento para estudios moleculares al LNR.

Las definiciones y clasificaciones de casos y brotes se encuentran disponibles en Definiciones y clasificaciones de caso en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/com-epi_brotelisteriosis_2842025.pdf

IX.2.B. DERIVACIÓN DE AISLAMIENTOS AL LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA

La derivación se deberá realizar con su correspondiente ficha epidemiológica y adjuntar la encuesta alimentaria al caso cargado en el SNVS (sección Documentos).

Los resultados de laboratorio serán informados únicamente a través del SNVS

Los estudios de subtipificación molecular forman parte de la vigilancia y no son arancelados para instituciones privadas

Los aislamientos DEBEN SER DERIVADOS EN TRIPLE ENVASE A TEMPERATURA AMBIENTE o 4°C en cultivo en placa de Petri plástica o vial de agar blando en tubo plástico.

IX.2.C. RECOMENDACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS Y BROTES DE LISTERIOSIS

Ante casos probables y confirmados de listeriosis debe iniciarse de forma inmediata una investigación epidemiológica que incluya la administración de una encuesta alimentaria completa.

La encuesta alimentaria propuesta se encuentra disponible en https://back.argentina.gob.ar/sites/default/files/encuesta_alimentaria_listeria.pdf

Más información sobre orientaciones para la investigación de casos y brotes disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/com-epi_brotelisteriosis_2842025.pdf

IX.3. Recomendaciones para la población²⁹

Las siguientes **medidas** se recomiendan para la **población en general**, pero **principalmente** para la **población con mayor riesgo** de desarrollar formas graves:

- Embarazadas
- Niños recién nacidos
- Adultos mayores de 65 años
- Personas inmunosuprimidas
- Mantener la higiene al momento de preparar y consumir alimentos: lávese las manos con agua y jabón durante al menos 20 segundos.
- Lavar cuidadosamente utensilios de cocina y superficies en contacto con alimentos (por ejemplo: mesadas, tablas de picar, cuchillas, etc.).
- Separación de alimentos: evitar la contaminación cruzada entre alimentos crudos y cocidos o listos para consumir, mantenerlos separados durante la compra, preparación y conservación en heladera o freezer.
- Mantener siempre la heladera en buenas condiciones de higiene, realice limpieza periódica separando los alimentos crudos de los cocidos, preferentemente en recipientes cerrados.
- Prefiera alimentos recién cocinados/ preparados.
- Cocinar completamente los alimentos antes de consumirlos: principalmente carnes y mariscos; brotes y germinados; vegetales crudos y cocidos congelados.
- Cocinar los embutidos completamente antes de consumirlos o elija sólo los que llevan cocción y cocínelos bien (morcilla, chorizo fresco, salchicha tipo Viena)
- Lavar con abundante agua segura las frutas y verduras que va a consumir y que utilizará para elaborar ensaladas, jugos, batidos y licuados.
- Evitar consumir alimentos listos para el consumo (carnes frías, fiambres, embutidos, mariscos fríos, ensaladas de frutas y/o verduras con o sin carnes, arrollados, sándwich, paté o picadillo no envasado) preparados en locales de comida.
- Al consumir alimentos elaborados fuera del hogar (ej en restaurantes, rotiserías, eventos y otros locales de comida) elegir siempre alimentos que se sirven bien cocidos, y calientes.
- Elegir siempre productos lácteos que hayan sido pasteurizados.
- Seleccionar quesos blandos, semiblandos y madurados con hongos pasteurizados y de elaboradores habilitados.
- Refrigerar los alimentos preparados que no se consuman inmediatamente.
- Al consumir alimentos que no hayan sido elaborados en el momento, asegúrese que hayan sido conservados en refrigeración por no más de 24 horas.
- En caso de recalentar alimentos ya cocidos, hacerlo completamente hasta que todas sus partes estén bien calientes y humeantes.
- Tener especial precaución al realizar actividades que impliquen contacto con animales o sus fluidos o muestras de material de abortos, o sangre, líquido cefalorraquídeo, etc. donde pueda estar la bacteria.
- Evitar utilizar materia fecal para abono de huertas de plantas comestibles.

²⁹ RENAPRA-ANMAT (2024) Ficha técnica n° 12 – LISTERIOSIS

ALERTAS Y
COMUNICACIONES
INTERNACIONALES

X. Introducción

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

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

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

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

A continuación, se reproducen los informes de los eventos de mayor relevancia que han sido elaborados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 31 de julio y el 6 de agosto del 2025.

X.1. Infección por virus Nipha – Timor Oriental

Recibido a través del CNE el 06/08/2025.

Entre el 17 de mayo y el 12 de julio de 2025, el Departamento de Información y Relaciones Públicas del Gobierno de Kerala, a través de una serie de comunicados de prensa oficiales, informó sobre cuatro casos confirmados de infección por el virus Nipah (NiV), incluidos dos fallecimientos, en dos distritos del estado de Kerala. De los cuatro casos, dos fueron reportados en el distrito de Malappuram y dos en el distrito de Palakkad. Este brote representa el primero registrado en el distrito de Palakkad.

De los cuatro casos, uno se reportó en mayo (con inicio de síntomas en abril) y tres en julio, con inicio de síntomas en junio (dos casos) y julio (un caso).

La primera paciente fue una mujer adulta del distrito de Malappuram, con inicio de síntomas el 25 de abril. Fue ingresada en estado crítico en un hospital local de Malappuram con fiebre, tos y dificultad respiratoria debido al empeoramiento de su cuadro clínico. El 2 de mayo fue trasladada a cuidados intensivos debido a un síndrome de encefalitis aguda. Se tomaron muestras que dieron resultado positivo para NiV en el Colegio Médico de Calicut el 6 de mayo. La confirmación diagnóstica fue realizada por el Instituto Nacional de Virología en Pune, el 8 de mayo.

La segunda paciente, también una mujer adulta del distrito de Malappuram, desarrolló síntomas el 23 de junio y falleció el 1 de julio. Consultó en múltiples centros de salud antes de ser trasladada a un establecimiento médico público, donde la sospecha clínica de infección por NiV motivó la recolección de muestras y su análisis en laboratorio.

La tercera paciente es una mujer adulta del distrito de Palakkad que desarrolló síntomas el 25 de junio. Buscó atención médica en varios centros de salud antes de ser ingresada en un hospital de alta complejidad, donde permanece en estado crítico con asistencia ventilatoria. Este es el primer caso confirmado de NiV en el distrito de Palakkad.

El cuarto caso corresponde a un hombre adulto, también del distrito de Palakkad, quien presentó síntomas el 6 de julio de 2025. Acudió por atención médica el mismo día, fue hospitalizado en una institución privada el 10 de julio y trasladado a un hospital de alta complejidad el 11 de julio. El 12 de julio falleció y se confirmó la infección por NiV. Este es el segundo caso confirmado en Palakkad.

Las fuentes de infección de estos casos aún están bajo investigación. Ninguno de ellos parece estar vinculado entre sí, lo que sugiere eventos independientes de transmisión desde el reservorio natural. Se ha observado una presencia significativa de murciélagos frugívoros, conocidos como reservorios del NiV, en las zonas afectadas.

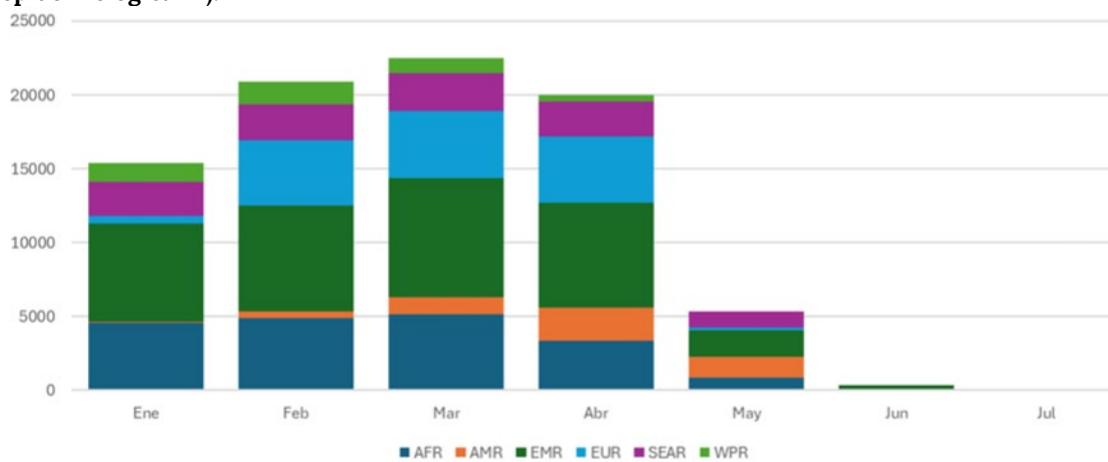
Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON577>

X.2. Actualización Epidemiológica Sarampión en la Región de las Américas

X.2.A. RESUMEN A NIVEL GLOBAL

De acuerdo con los datos mensuales de vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2025, hasta el 6 junio del 2025 se notificaron 188.355 casos sospechosos de sarampión, en 168 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 88.853 (47,1%) fueron confirmados¹. El 35% de los casos se registra en la Región de la OMS del Mediterráneo Oriental (EMR), seguido por la Región de la OMS de África (AFR) con el 21 % de los casos y Región de la OMS de Europa (EURO) con el 16% de los casos (Figura 1).

Figura 1. Distribución de casos de sarampión por mes y región de la OMS, 2025 (hasta la semana epidemiológica 24).



Regiones de la OMS: AFR: Región de África; AMR: Región de las Américas; EMR: Región del Mediterráneo Oriental; EUR: Región de Europa, SEAR: Región de Asia Sudoriental; WPR: Región del Pacífico Occidental.

Fuente: Adaptado de datos publicados por la Organización Mundial de la Salud. Immunization data- Provisional measles and rubella data. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 27 de junio del 2025]. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global?topic=Provisional-measles-and-rubella-data&location=>.

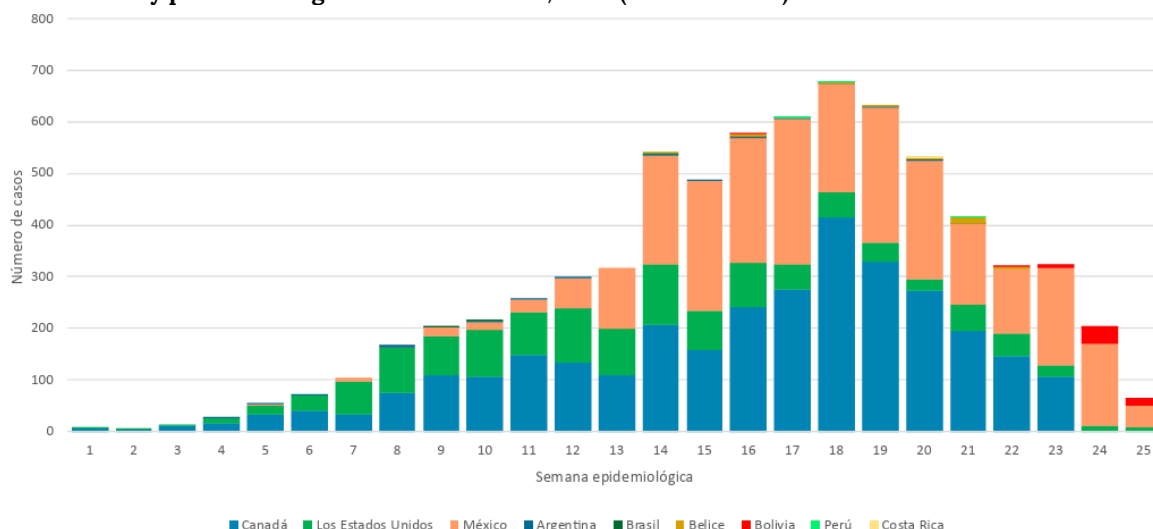
X.2.B. RESUMEN DE LA SITUACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

En 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 24, en la Región de las Américas, 7.132 casos de sarampión han sido confirmados, incluyendo 13 defunciones, en Argentina (n= 34), Belice (n= 34), el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 60), Brasil (n= 5), Canadá (n= 3.170, incluyendo una defunción), Costa Rica (n= 1 caso), los Estados Unidos de América (n= 1.227, incluyendo tres defunciones), México (n= 2.597 casos, incluyendo nueve defunciones) y Perú (n= 4 casos) (Figura 2). Este total representa un aumento de 29 veces en comparación con los 244 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2024.

La distribución de los casos confirmados de sarampión en la Región de las Américas por semana epidemiológica muestra un incremento de casos a partir de la SE 3 del 2025, con el número máximo de casos registrado en la SE 18 relacionado a los brotes en comunidades renuentes a la vacunación asentadas en varios países de la región. De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados, el grupo de edad con la mayor proporción de casos corresponde al de 10-19 años (22%), el grupo de 20-29 años (20%) y al grupo de 14 años (17%). No obstante, la tasa de incidencia es mayor en menores de 1 año de edad (2,9 casos por 100,000 habitantes), seguido del grupo de 1 a 4 años (2,3 casos por 100,000 hab.) y 5 a 9 años (1,4 casos por 100,000

habitantes). Con relación al antecedente de vacunación, el 56% de los casos no estaban vacunados y en 35% dicha información era desconocida o ausente (Figura 3).

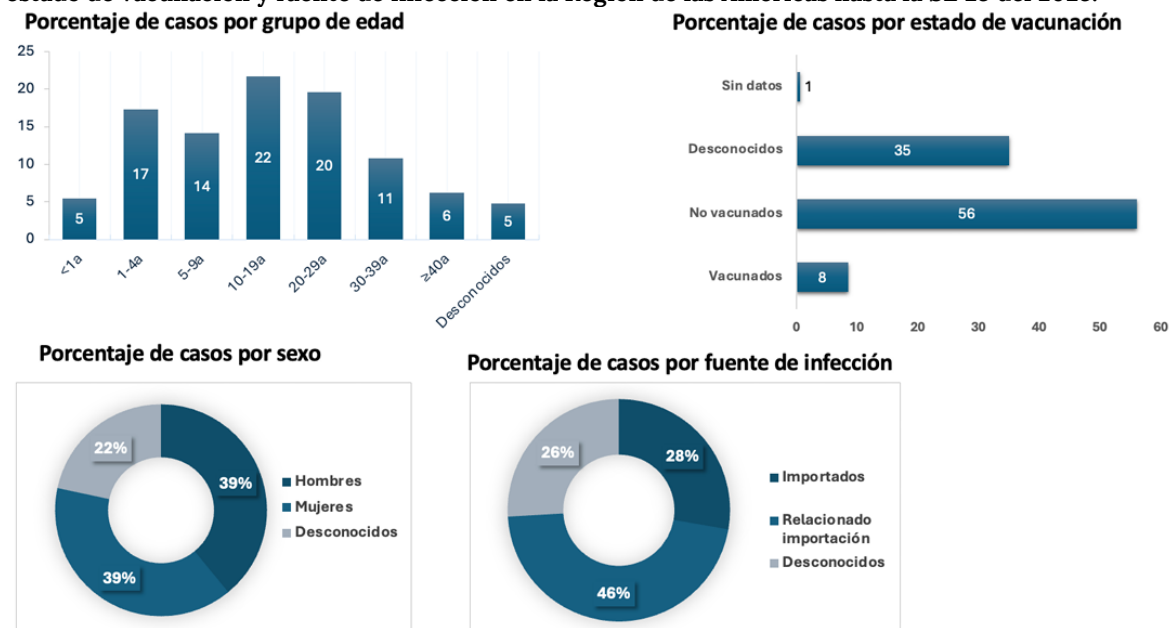
Figura 2. Casos confirmados* de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema o de notificación y país en la Región de las Américas, 2025 (hasta la SE 25).



**Nota: Incluye casos confirmados y probables para Canadá.*

Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países.

Figura 3. Distribución porcentual de los casos confirmados de sarampión por grupo de edad, sexo, estado de vacunación y fuente de infección en la Región de las Américas hasta la SE 25 del 2025.



Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Sistema Integrado de Información de Vigilancia (ISIS) para la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita e informes de los países a CIM/OPS. Washington, D.C.: OPS; 2025 [consultado el 25 de junio del 2025]. Inédito.

X.2.C. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE SARAMPIÓN EN 2025 POR PAÍS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

A continuación, se presenta la actualización de la situación epidemiológica de sarampión en los países que han notificado casos confirmados en las Américas en 2025. Desde la última alerta epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la

Salud (OPS/OMS) publicada el 2 de mayo del 2025, los países que han reportado casos confirmados en la Región de las Américas fueron Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Costa Rica, los Estados Unidos, México y Perú (Figura 4).

La situación actualizada de **Argentina**, se encuentra detallada y actualizada en el [apartado](#) correspondiente en el presente Boletín.

En **Belice**, entre la SE1 y la SE 26 del 2025, se han confirmado 34 casos de sarampión. De estos, diez fueron confirmados mediante pruebas de laboratorio y 24 por vínculo epidemiológico. Los casos confirmados se han identificado en los Distritos de Cayo (n= 33) y Corozal (n= 1). Del total de casos confirmados, cuatro son importados y 30 están relacionados con la importación. Los casos importados tienen antecedentes de viaje a México entre enero y abril de 2025. Los casos se distribuyen en un rango de edad de 0 a 45 años, siendo el 20,6% (n= 7) menores de 5 años, el 58,8% (n= 20) entre 5 y 19 años y el 20,6% (n= 7) mayores de 20 años. En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, el 100% (n= 34) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido al momento del diagnóstico. Un solo caso ha requerido hospitalización.

En **Bolivia**, entre la SE 1 y la SE 24 del 2025, se han confirmado 60 casos de sarampión, un relacionado con la importación y el resto con fuente de infección en estudio. El 95% (n= 57) de los casos notificados confirmados están en el departamento de Santa Cruz, distribuidos en 10 municipios. El restante 5% (n= 3) pertenece a dos departamentos: La Paz (n= 2) y Potosí (n= 1). El primer caso reportado en 2025 corresponde a un niño de 14 meses, con antecedente de viaje a Brasil. El segundo caso notificado el 2 de junio, corresponde a una mujer de 22 años, que participó en un evento masivo con asistentes nacionales e internacionales, que tuvo lugar en el municipio de Santa Cruz de la Sierra.

Los casos se distribuyen en un rango de edad de 9 meses a 44 años, el 30,0% (n= 18) de los casos corresponden a niños de 5 a 9 años, el 28,3% (n= 17) a personas de entre 10 a 19 años, el 25,0 % (n= 15) a niños de entre 1 a 4 años, el 3,3 % (n= 2) a mayores de 40 años y 3,3% (n= 2) a menores de 1 año. El 37% (n= 22) son personas de sexo femenino y el 63% (n= 38) del masculino. En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, el 80% de los casos (n= 48) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, incluyendo 26 casos que corresponden a personas de comunidades con bajos niveles de cobertura que interactúan entre sí; el 7% (n= 4) tenían una dosis de vacuna contra el sarampión; el 7% (n= 4) tenían dos dosis de vacuna contra el sarampión; y el 7% (n= 4) tenían tres dosis de vacuna contra el sarampión. Ninguno de los casos requirió hospitalización.

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 22 del 2025, se confirmaron cinco casos de sarampión en el Distrito Federal (n= 1 caso), Río de Janeiro (n= 2 casos), São Paulo (n= 1 caso) y Rio Grande do Sul (n= 1 caso). Los casos de Río de Janeiro corresponden a dos lactantes menores de 8 meses, no vacunados. Se identificó el genotipo B3, con un 99,8% de identidad genómica con la cepa MVs/Quetta.PAK/44.20, correspondiente al linaje MVs/São João de Meriti.BRA/9.25 (caso 1) y MVs/São João de Meriti.BRA/10.25 (caso 2). Los casos del Distrito Federal y de Rio Grande do Sul fueron clasificados como importados. Ambos corresponden a mujeres adultas con antecedentes de viaje internacional. El caso del Distrito Federal corresponde a una mujer de 35 años con cinco dosis de vacuna contra el sarampión y antecedentes de viaje a Estados Unidos, Singapur, las Filipinas y Australia antes de la aparición de los síntomas. Se identificó el genotipo D8, con un 100% de identidad genómica con cepas detectadas en el Pacífico Occidental (Filipinas) y Asia Sudoriental (Indonesia), y un 99,8% de similitud genómica con la cepa MVs/Pasaman Barat.IDN/13.22. El caso de Rio Grande do Sul corresponde a una mujer de 50 años con antecedente de viaje a Estados Unidos, de quien se identificó el genotipo B3, con un

100% de identidad genómica con el linaje MVs/New South Wales.AUS/10.24 y con otras 180 secuencias detectadas en las Américas (Canadá, los Estados Unidos y México), Europa (Austria, Belarús, Francia, Alemania, Italia, España, Suecia, Suiza y el Reino Unido), el Sudeste Asiático (Tailandia) y el Pacífico Occidental (Australia, Camboya, China, Japón, Malasia, Mongolia, Nueva Zelanda, la República de Corea, Singapur y Viet Nam). El caso reportado São Paulo corresponde a un hombre de 31 años, sin antecedentes de viaje internacional y vacunado con tres dosis contra el sarampión. La fuente de infección para este caso permanece desconocida.

En **Canadá**, entre la semana epidemiológica SE 1 y la SE 23 del 2025, se notificaron 3.170 casos de sarampión (2.885 confirmados y 285 probables), incluyendo un fallecido, en nueve provincias y territorios: Alberta (n= 843), British Columbia (n= 12), Manitoba (n= 106), Northwest Territories (n= 1), New Scotia (n= 1), Ontario (n= 2.118, incluyendo un fallecido), Prince Edward Island (n= 2), Québec (n= 36) y Saskatchewan (n= 51). Los casos de sarampión notificados hasta la fecha en 2025 superan ampliamente los 177 casos confirmados y probables detectados en 2024 y constituyen el mayor número anual de casos desde que se logró la eliminación en 1998. Se ha reportado una defunción, correspondiente a un lactante con sarampión congénito, nacido prematuramente y con otras complicaciones médicas graves no relacionadas con el virus.

Del total de casos reportados en 2025, el 93% (n= 2.935) se expusieron en Canadá, el 1% (n= 45) fueron casos importados y el 6% (n= 190) tienen una fuente de exposición desconocida o en investigación. El 46% de los casos tenía entre 5 y 17 años, seguido por el 28% que eran mayores de 18 años y el 19% que eran niños entre 1 y 4 años. En cuanto al historial de vacunación, el 85% no estaban vacunados, el 2% había recibido una dosis de vacuna contra el sarampión y el 5% había recibido dos o más dosis. Por grupo de edad, el porcentaje de casos que recibió una o más dosis de vacuna contra el sarampión fue del 2% en niños de 1 a 4 años, del 3% en casos de 5 a 17 años y del 21% en adultos de 18 años o más. El 8% de los casos fueron hospitalizados (n= 243). Entre los casos confirmados con información de genotipificación disponible, se identificó el genotipo D8 en 687 casos y el genotipo B3 en 29 casos. La mayoría de los casos notificados en 2025 están relacionados con un brote multijurisdiccional que afecta a personas no vacunadas en comunidades con bajos niveles de cobertura que interactúan entre sí. El brote comenzó a finales de 2024. Entre el 27 de octubre de 2024 y el 7 de junio del 2025, se han notificado 2.248 casos en diez provincias y territorios asociados a este brote (Alberta, British Columbia, Manitoba, New Brunswick, Northwest Territories, New Scotia, Ontario, Prince Edward Island, Québec y Saskatchewan). El brote se originó a partir de un caso importado que asistió a un evento en New Brunswick en octubre del 2024, al cual asistieron personas de múltiples provincias. La mayoría de los casos relacionados con este brote no estaban vacunados (84%) o tenían un estado vacunal desconocido (12%).

En **Costa Rica**, entre la SE 1 y la SE 24 del 2025, se ha confirmado un caso importado de sarampión en la provincia de Guanacaste. Se trata de una mujer de 18 años que ingresó al país el 3 de mayo del 2025 proveniente de Canadá. El caso no tenía antecedente de vacunación. La paciente inició síntomas el 11 de mayo con fiebre y malestar general, presentando exantema el 12 de mayo. Fue hospitalizada el 13 de mayo como medida de precaución, sin que desarrollara complicaciones asociadas a la enfermedad. El caso fue confirmado por RT-PCR el 15 de mayo por el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA). No se han registrado casos secundarios, ni defunciones.

En los **Estados Unidos**, entre la SE 1 y la SE 25 del 2025, se han notificado 1.227 casos de sarampión, incluyendo tres fallecidos, en 37 jurisdicciones: Alaska, Arkansas, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawaii, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Missouri, Montana, Nebraska, New Jersey, New Mexico (incluyendo un fallecido), New York City, New York State, North Dakota, Ohio, Oklahoma,

Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, South Dakota, Tennessee, Texas (incluyendo dos fallecidos), Utah, Vermont, Virginia y Washington.

Del total de casos, el 89% (n= 1.088) están asociados a brotes (definidos como tres o más casos), con 23 brotes identificados este año. Un brote en los estados de Texas, New Mexico y Oklahoma representa el 69% de los casos reportados. Según grupos de edad, el 29% (n= 355) de los casos corresponden a niños menores de 5 años, el 37% (n= 455) a personas entre 5 y 19 años, el 33% (n= 404) a adultos mayores de 20 años y el 1% (n= 13) a personas de edad desconocida. En cuanto a la vacunación, el 95% de los casos no estaban vacunados o tenían antecedentes de vacunación desconocidos, el 2% tenía una dosis de la vacuna contra el sarampión y el 3% tenía dos dosis. Entre los casos vacunados confirmados, el 17% son menores de 5 años, el 13% personas entre 5 y 19 años, el 68% adultos mayores de 20 años y el 2% de edad desconocida.

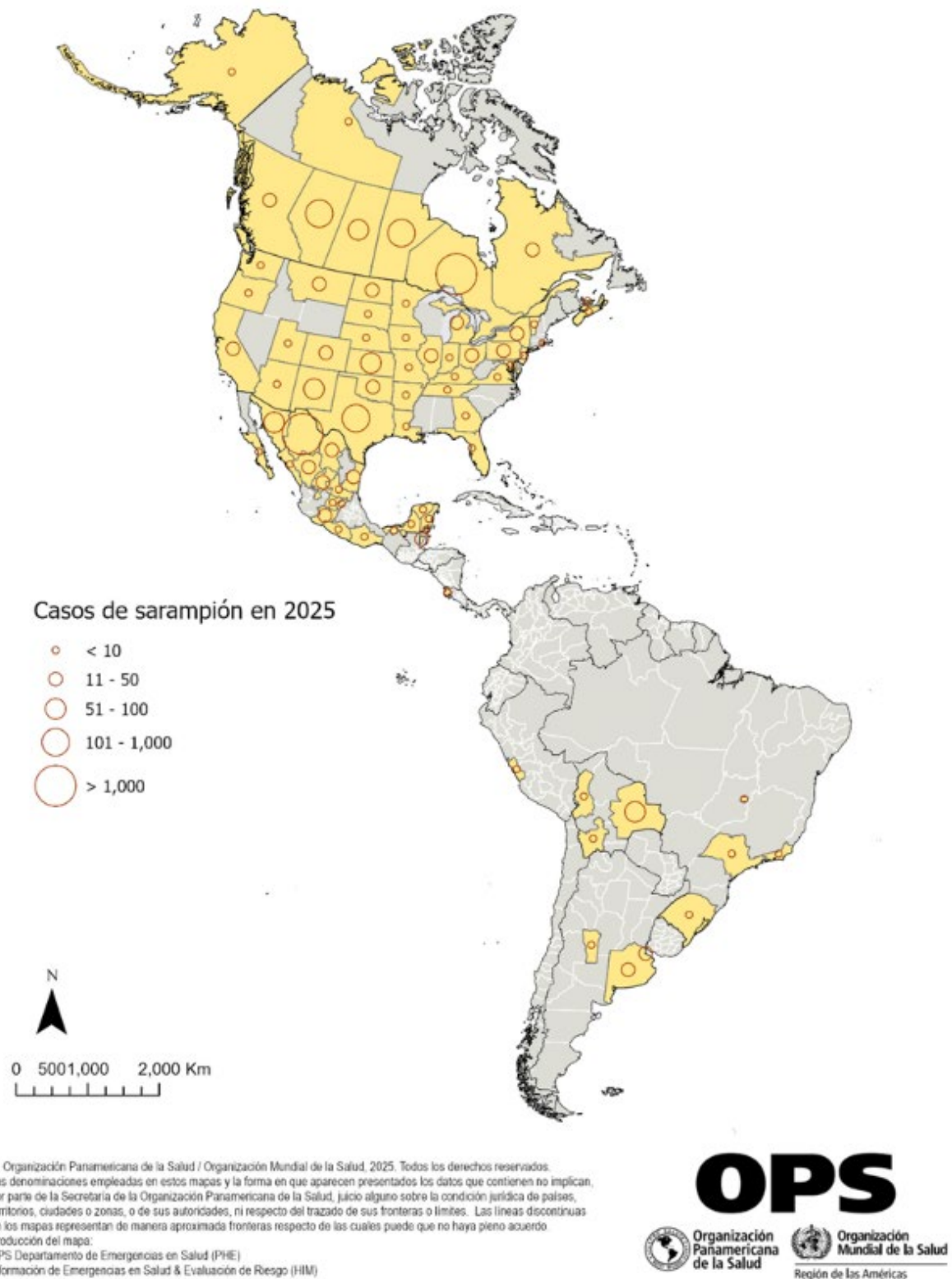
El 12% (n= 148) de los casos requirieron hospitalización, principalmente niños menores de 5 años con un 20% (n= 72). La cobertura de vacunación con triple viral en niños ha disminuido en los últimos años, pasando del 95,2% en 2019-2020 al 92,7% en 2023-2024.

En **México**, entre la SE 1 y la SE 24 del 2025, se han confirmado 2.597 casos de sarampión, incluyendo nueve fallecidos. Los casos fueron reportados en Campeche (n= 6), Chihuahua (n= 2.417, incluyendo ocho fallecidos), Coahuila (n= 13), Durango (n= 15), Guanajuato (n= 2), Guerrero (n= 5), Michoacán (n= 13), Oaxaca (n= 4), Querétaro (n= 1), Quintana Roo (n= 1), San Luis Potosí (n= 1), Sinaloa (n= 2), Sonora (n= 78, incluyendo un fallecido), Tabasco (n= 1), Tamaulipas (n= 12), Yucatán (n= 1) y Zacatecas (n= 20) (9).

De los casos confirmados, el 52,5% son mujeres (n= 1.364) y el 47,5% hombres (n= 1.233). El grupo de edad más afectado fue el de 25 a 29 años con un 14,9% (n= 368), seguido del grupo de 30 a 34 años con un 12,3% (n= 320). En cuanto al antecedente de vacunación, el 92,4% (n= 2.396) no contaba con vacunación, el 3,8% (n= 101) tenía una dosis de SRP y el 3,8% (n= 100) contaba con dos o más dosis de SRP documentadas en la cartilla nacional de vacunación. Entre los casos confirmados con información de genotipificación disponible, se identificaron genotipos B3 y D8.

En **Perú**, entre la SE 19 y la SE 24 del 2025, se confirmaron cuatro casos de sarampión en la provincia de Lima. Dos casos importados y dos relacionados con la importación. Los dos primeros casos corresponden a dos niños de 8 y 11 años, residentes en el distrito de Ate, sin antecedente vacunal contra el sarampión y con antecedente de viaje y estadía en los Estados Unidos donde mantuvieron contacto directo con un caso confirmado de sarampión. Los dos casos relacionados a la importación corresponden a dos adultos de 23 y 34 años, personal de salud que brindaron atención directa al caso índice, el primero con antecedente de dos dosis de vacuna contra el sarampión y el segundo caso sin evidencia de antecedente de vacunación.

Figura 4. Distribución geográfica de los casos confirmados de sarampión a nivel subnacional (en amarillo) en la Región de las Américas, 2025 (hasta la SE 25)



Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países.

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-sarampion-region-americas-1-julio-2025>

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

XI. Boletines Jurisdiccionales

XI.1. Buenos Aires: Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)

En lo que va del año 2025 se notificaron en la provincia 128 casos sospechosos de FHA hasta la cuarta semana de julio (SE 30), de los cuales 15 fueron confirmados por laboratorio, 7 descartados y 106 permanecen como sospechosos.

Todos los casos confirmados pertenecen al área endémica de la provincia de Buenos Aires. La adquisición de la enfermedad se vinculó mayoritariamente con haber permanecido en zona rural, semi rural o periurbana.

Considerando el corredor endémico los casos acumulados, en las primeras semanas del año el número de casos detectados se encontró en zona de brote, desde la SE 21 descendió a zona de alerta (Gráfico 1). En los años 2024 y 2022 se registró un aumento de casos confirmados anuales respecto de la serie histórica, con 23 casos en 2024 y 28 casos en el 2022. También en esos años la mayor concentración de casos ocurrió en el municipio de San Nicolás (21/28 casos en 2022 y 18/23 casos en 2024)

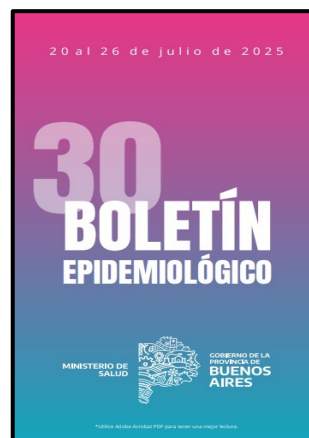
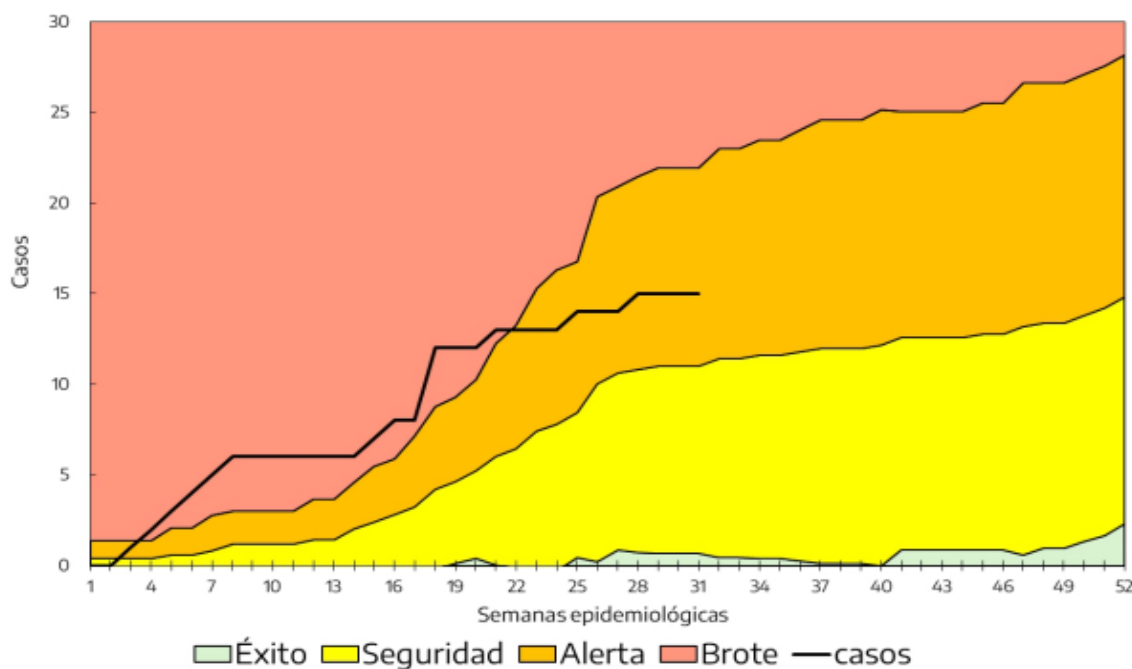


Gráfico 1. Corredor endémico acumulativo de casos de FHA. Años 2020 - 2025. Provincia de Buenos Aires.



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

Para más información:

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

XI.2. CABA: Eventos respiratorios de abordaje ambulatorio

Se observa un predominio de las detecciones de SARS COV-2 al inicio de 2024, y luego el reemplazo periódico de la circulación por otros agentes, en particular Influenza A y VSR. Con respecto a otros agentes y su circulación, se brinda mayor claridad en el siguiente detalle, que excluye SARS COV-2, y donde se observa el incremento de casos ambulatorios de Influenza A entre SE 16 y 24 de 2025, con magnitudes variables y un pico, hasta el momento, en SE20 de 2025, seguido de detecciones de VSR.

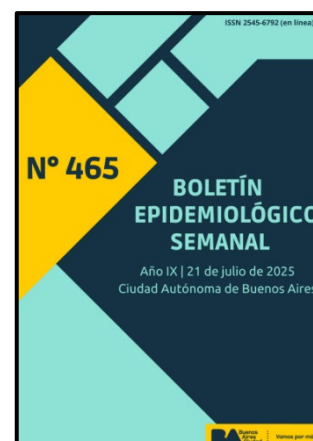
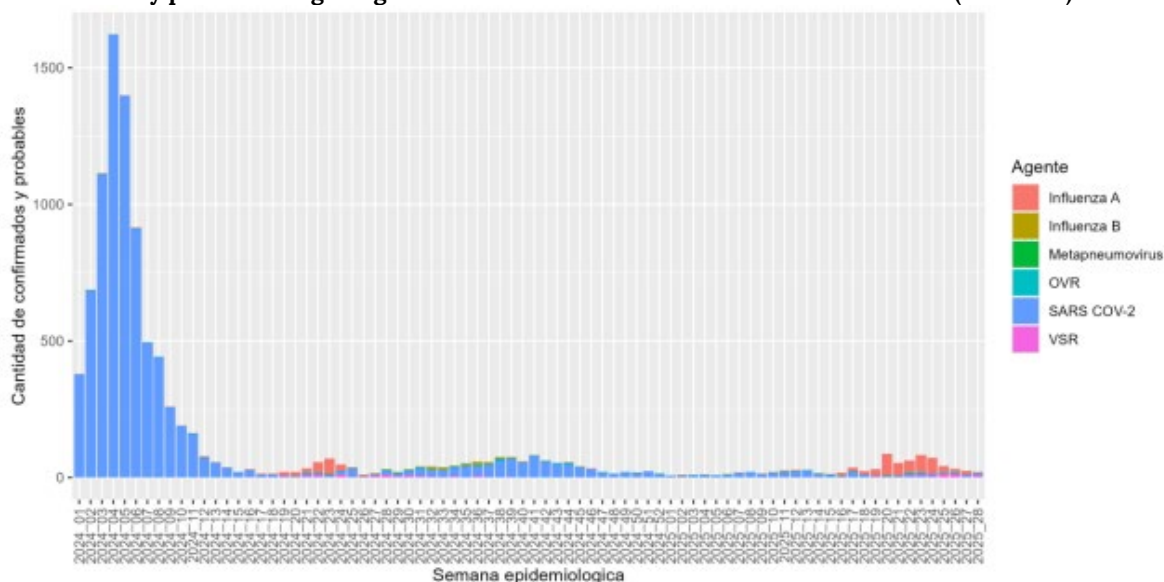


Gráfico 2. Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias en eventos ambulatorios. Casos confirmados y probables según agente identificado Residentes CABA. Años 2024-25 (N = 10132)



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

Para más información:

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

XI.3. Entre Ríos: Infecciones respiratorias agudas virales en internados

Desde la semana epidemiológica (SE) 01/2025 hasta la SE 30/2025, se notificaron 1.131 casos de infecciones respiratorias agudas en pacientes internados en la provincia de Entre Ríos (1), de los cuales se confirmaron 137 casos a virus Influenza A, 3 casos a virus Influenza B, 16 casos a virus SARS-CoV-2 y 42 casos de virus sincitial respiratorio (VSR), mientras que en 708 pacientes no fueron detectados virus respiratorios. (Tabla 1)



Tabla 1: Casos notificados y confirmados a Influenza y SARS-CoV-2. SE 01 a SE 30 de 2025. Entre Ríos

CASOS NOTIFICADOS	CONFIRMADOS INFLUENZA A	CONFIRMADOS INFLUENZA B	CONFIRMADOS SARS-CoV-2	DESCARTADOS
1.131	137	3	16	708

Fuente: SNVS 2.0

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

Tabla 2: Casos notificados y confirmados a otros virus respiratorios. SE 01 a SE 30 de 2025. Entre Ríos.

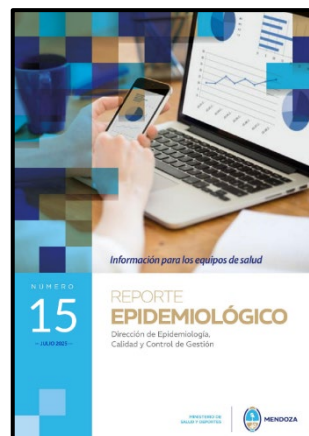
CASOS NOTIFICADOS	VSR	ADENOVIRUS	PARAINFLUENZA 1 PARAINFLUENZA 2 PARAINFLUENZA 3	METANEUMO VIRUS HUMANO	RINOVIRUS	ENTEROVIRUS	DESCARTADOS
1.131	66	5	8	1	2	1	708

Fuente: SNVS 2.0

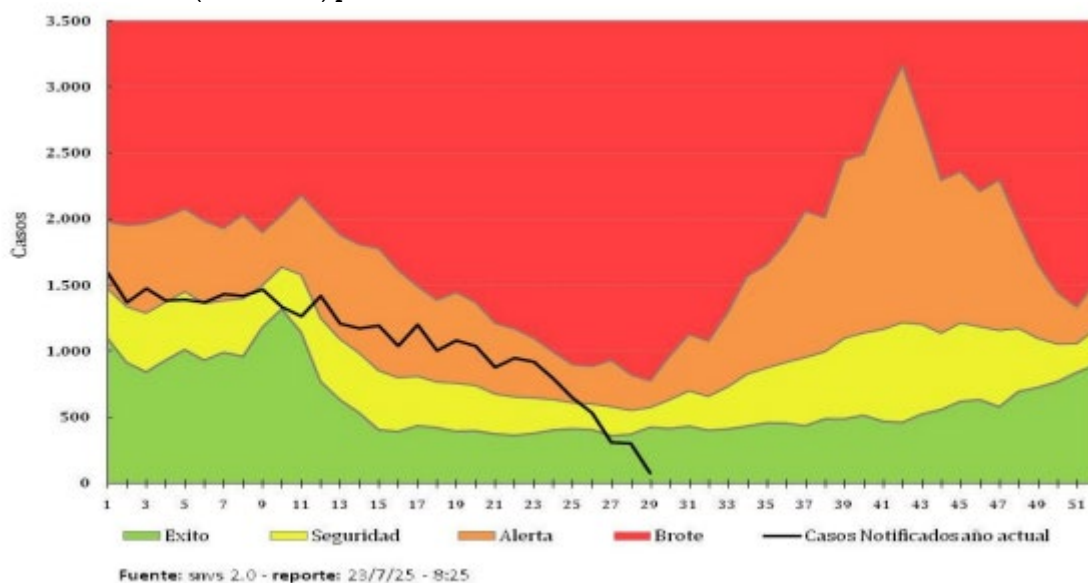
Para más información: <https://portal.entrerios.gov.ar/salud/pf/deptovigilancia/9957>

XI.4. Mendoza: Diarreas

En las primeras 29 semanas epidemiológicas del año 2025 se han notificado al SNVS, un total de 31.398 casos de diarreas. En la SE01, la curva se ubicó en zona de alerta con 1.598 casos, descendiendo en la SE 5 a la zona de seguridad. En la SE 12 (1.422), retorna a la zona de alerta hasta la SE 25 descendiendo progresivamente, lo que probablemente se deba a demora en la carga por parte de los establecimientos notificadores.



Corredor endémico (2020-2024) por SE. SE1 a SE29- DIARREAS -Año 2025- Mendoza



Fuente. SNVS 2.0- Elaboración: Dpto. de procesamiento y análisis de datos- 23/07/2025

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

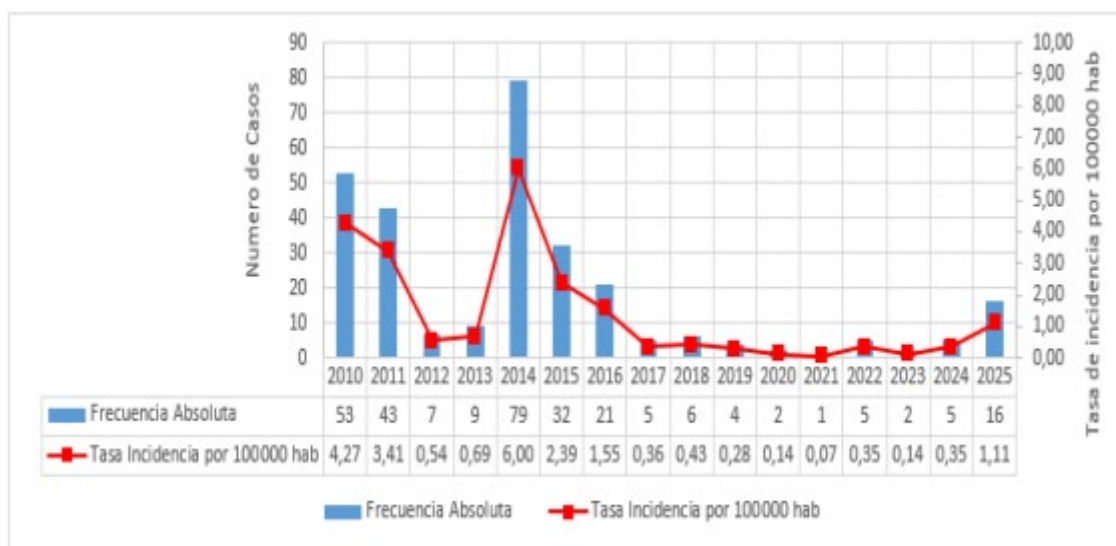
XI.5. Salta: Hepatitis A

Hasta la semana epidemiológica (SE) N° 30 del año 2025, se notificaron un total de 54 casos sospechosos de hepatitis A, de los cuales se confirmaron 13 por laboratorio y 3 por nexo epidemiológico.

A continuación, se muestra la evolución del número de casos y tasa de incidencia por 100.000 mil habitantes durante el periodo 2010 hasta SE 30 del año 2025.



Casos confirmados de hepatitis a y tasa cada 100mil hab. periodo 2010 hasta se 30/2025. provincia de Salta.

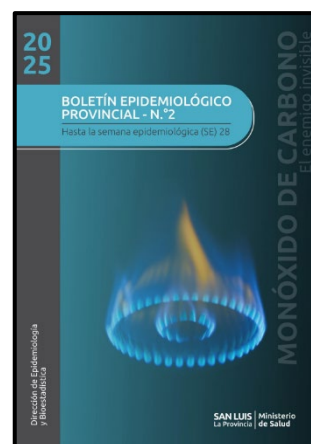


Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y registro de casos y tasas "Anuario estadístico Provincia de Salta, periodo 2010-2018"

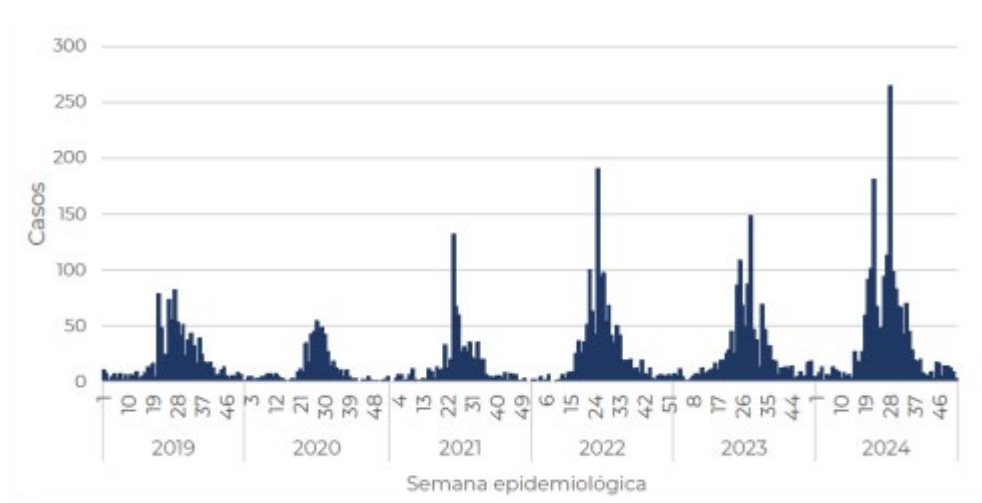
Para más información: <http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

XI.6. San Luis: Intoxicación por monóxido de carbono

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 de 20 a 29 es el más afectado (n=135), seguido del grupo de 0 a 9 años (n=121). En lo que va del año, se registraron 4 casos fallecidos en el SNVS 2.0 dentro del evento intoxicación por monóxido de carbono.



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

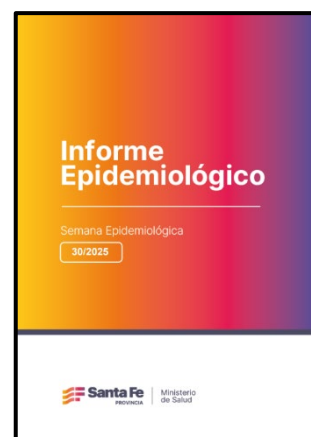


Fuente: Elaboración del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

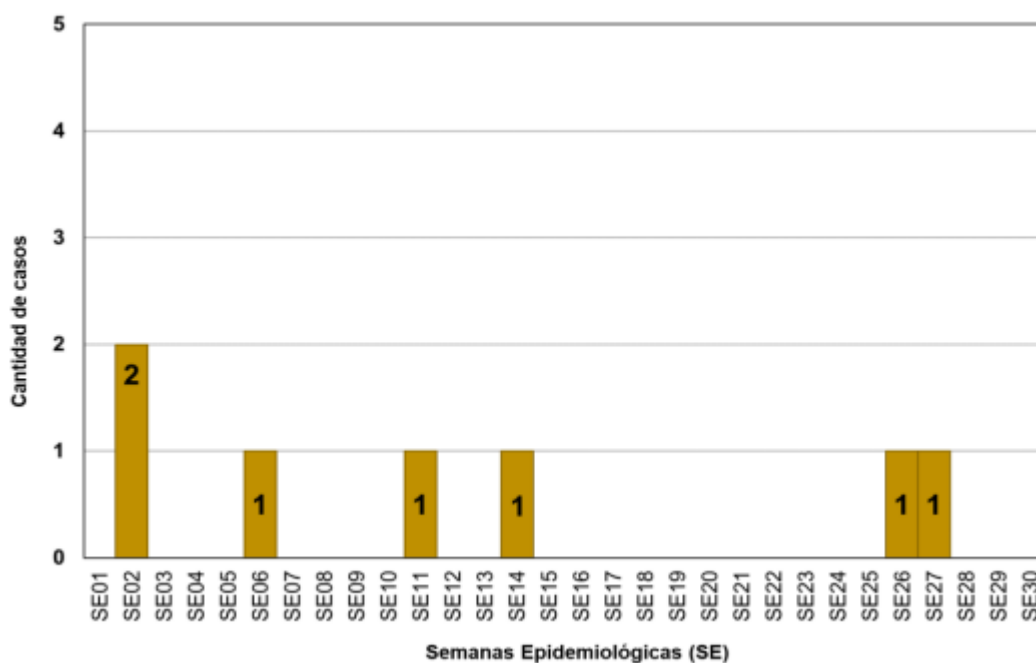
Para más información: <https://salud.sanluis.gov.ar/observatorio-salud/>

XI.7. Santa Fe: Hantavirus

Desde la SE 1 a la SE 30 de 2025 se notificaron 320 casos al evento hantavirus, de los cuales 7 se confirmaron. Entre los casos confirmados se informa un fallecido que corresponde a un niño de 13 años de la localidad de Recreo (departamento La Capital).



Cantidad de casos confirmados al evento de Hantavirus por Semana Epidemiológica. Provincia de Santa Fe. Año 2025 (SE 01 hasta SE 30). N= 7.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) hasta el 26/07/2025.

Para más información:

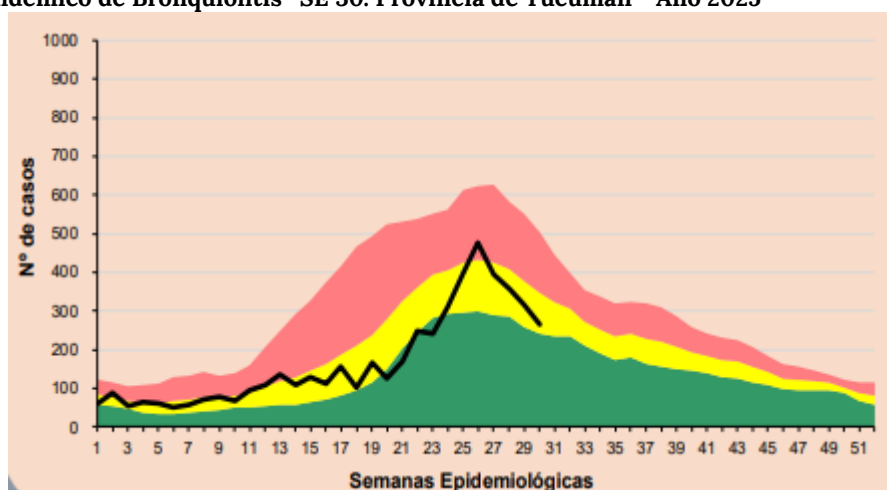
[https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/\(subtema\)/93802](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/(subtema)/93802)

XI.8. Tucumán: Bronquiolitis

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 30 se notificaron 267 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis- SE 30. Provincia de Tucumán - Año 2025



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología.

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

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

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

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

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

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
Agosto	Influenza aviar seguimiento de expuestos	Clínica	Tratamiento	Se adiciona la opción: "Profilaxis post exposición con oseltamivir"
Agosto	Influenza aviar seguimiento de expuestos		Resultado de tratamiento	Se adicionan las opciones: "En curso", "Completo", "Abandono por efectos adversos" y "No corresponde"