

BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Nº 770

Semana epidemiológica 33

AÑO 2025

Desde 10/08 al 16/08

Fecha de publicación

25/08/2025

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.

Vigilancia de Influenza Aviar

Del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmisibles, Del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”, Departamento de Virología y Departamento de Epidemiología, SENASA y Ministerio de Salud de PBA.

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:

La influenza aviar (IA) tipo A es una enfermedad altamente infecciosa, producida por un virus de la familia Orthomyxoviridae que afecta principalmente a las aves domésticas y silvestres. En ocasiones también pueden contraerlo las personas y otras especies animales, como equinos, porcinos y caninos. Foto tomada de banco de imágenes libre de derechos.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°770, SE 33.

I. Editorial del BEN 770

El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) continúa consolidando su lugar como herramienta estratégica de comunicación y gestión de la vigilancia en Argentina. Desde su relanzamiento en el BEN N.º740, el boletín se ha transformado en un espacio donde la técnica, la política y la comunicación se entrelazan de manera constante, en un intento de equilibrar estos tres aspectos con una mirada constructiva y honesta. Este ejercicio busca no solo fortalecer la toma de decisiones en salud pública, sino también aportar a un debate más amplio sobre el sentido y el alcance de la información epidemiológica.

En las primeras 31 semanas de este año hemos publicado 158 informes, distribuidos en Eventos Priorizados (81), Informes especiales (10), Situaciones emergentes (23) y Actualizaciones periódicas de eventos (44). Esta última sección, creada a partir del BEN 741 en la SE 4, marca una diferencia sustantiva en relación con el mismo período del año pasado. Mientras que durante las primeras 31 semanas epidemiológicas de 2024 se habían producido 110 informes en total, este año, como dijimos, el número asciende a 158: 48 informes más en estos siete meses de mucho trabajo. Esta diferencia no sólo expresa un incremento en la productividad editorial, sino también un esfuerzo por sostener la vigilancia con una mirada dinámica, flexible y en diálogo permanente con los equipos jurisdiccionales y con la realidad sanitaria.

El BEN no es únicamente un repositorio de datos: es una narrativa colectiva que articula fenómenos sanitarios, contextos sociales y propuestas de acción. Cada informe, cada tabla, cada actualización es parte de un entramado que busca ampliar la capacidad del sistema de vigilancia para comprender mejor los procesos en curso y anticipar respuestas más efectivas. En esa tarea, la sección de Actualización periódica de eventos se ha consolidado como una innovación clave, permitiendo seguir la evolución de problemas sanitarios con mayor sensibilidad temporal y territorial.

De este modo, el boletín se reafirma como una herramienta en tensión y en movimiento, atravesada por los desafíos de comunicar con claridad sin perder profundidad, de traducir la complejidad de los fenómenos en insumos útiles para la acción, y de sostener el equilibrio entre lo técnico, lo político y lo comunicacional. Seguimos apostando a una vigilancia robusta, integrada y participativa, convencidos de que sólo desde la construcción compartida podremos fortalecer las capacidades del sistema y mejorar la salud de nuestras comunidades.

En esa dirección, invitamos a quienes integran el sistema de vigilancia a continuar aportando ideas, sugerencias y experiencias que enriquezcan este espacio. Cada contribución suma al esfuerzo colectivo por consolidar un BEN cada vez más pertinente, transparente y comprometido con la salud pública de nuestro país.

¡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° 770 presenta una actualización integral de la situación sanitaria nacional correspondiente a la Semana Epidemiológica (SE) 33, en el marco del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Como es habitual, se incluyen los eventos de notificación obligatoria seleccionados, con sus tablas nominales y agrupadas, acompañadas de notas metodológicas que facilitan su interpretación.

En esta edición se destaca un informe especial sobre influenza aviar, que aborda la situación internacional y nacional, con detalle de los brotes recientes en animales, la vigilancia en la interfase humano-animal y las medidas preventivas y de control recomendadas tanto para los equipos de salud como para la población.

Asimismo, se incluyen alertas epidemiológicas internacionales recientes, entre ellas la actualización sobre Oropouche en la Región de las Américas y la notificación de poliovirus derivado de la vacuna tipo 1 en circulación en Israel, aportando claves para la vigilancia regional y nacional.

Finalmente, se presenta el taller regional de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de Brotes en la Región Sur, un espacio de intercambio y fortalecimiento de capacidades locales que consolida la estrategia de trabajo conjunto entre equipos jurisdiccionales y nacionales.

Junto con estos apartados, se mantienen las actualizaciones de los eventos priorizados, entre los que se incluyen los informes de sarampión y dengue, reafirmando al BEN como una herramienta estratégica para el monitoreo y la toma de decisiones en salud pública.

Contenido

I. Editorial del BEN 770	5
II. Sobre este BEN	6
Contenido	7
TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS.....	9
III. Tablas de ENO seleccionados	10
III.1. Nota metodológica	10
III.1.A. Sobre la construcción de las tablas	10
III.1.B. Notas adicionales a tener en cuenta	11
III.2. Eventos nominales confirmados	11
III.3. Eventos nominales notificados y confirmados	13
III.4. Eventos agrupados clínicos	14
III.5. Eventos agrupados laboratoriales	16
III.5.A. Sobre la construcción de esta tabla	16
EVENTOS PRIORIZADOS	17
IV. Vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión	18
IV.1. Introducción	18
IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional	18
IV.2.A. Bolivia	18
IV.2.B. Canadá	18
IV.2.C. Estados Unidos de América	19
IV.2.D. México	20
IV.2.A. Paraguay	20
IV.3. Situación actual en Argentina	21
IV.3.A. Notificación de casos	21
IV.3.B. Distribución geográfica	22
IV.4. Sobre los casos confirmados	23
IV.5. Recomendaciones para la comunidad	23
IV.6. Recomendaciones para los equipos de salud	23
IV.7. Vigilancia epidemiológica	24
IV.7.A. Definición y clasificación de caso	24
IV.8. Medidas de prevención	24
IV.9. Medidas ante casos y contactos	25
IV.9.A. Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados:	25
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	27
V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus	27
V.1.A. Subregión Cono Sur	27
V.2. Situación de dengue en Argentina	30
V.2.A. Inicio de temporada 2025/2026	30
V.2.B. Informe de fin de temporada 2024/25	31
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	41
VI.5.A. Recomendaciones para la población general	41
VI.6. Vacunación antigripal	42
VII. Actualización de estudio de brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado	43
VII.1. Introducción	43
VII.2. Situación epidemiológica	45
SITUACIONES	49
EMERGENTES.....	49
VIII. Vigilancia de Influenza Aviar	50
VIII.1. Introducción	50
VIII.2. Situación Internacional	50
VIII.3. Situación de Influenza Aviar en Argentina	50
VIII.3.A. Antecedentes	50
VIII.3.B. Situación actual de brotes de IAAP en animales (2025)	51
VIII.3.C. Situación actual nacional de vigilancia de la interfase humano-animal (2025)	51
VIII.4. Recomendaciones para el equipo de salud	52
VIII.4.A. Medidas de prevención y control ante un brote de influenza aviar	52
VIII.4.B. Recomendaciones para la población	53
VIII.5. Vigilancia epidemiológica	54
VIII.5.A. Vigilancia en humanos	54
ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES.....	56
IX. Introducción	57
IX.1. Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas	58
IX.1.A. Resumen de la situación	58
IX.1.B. Resumen de casos autóctonos confirmados de Oropouche en la Región de las Américas en 2025	58
IX.2. Poliovirus derivado de la vacuna tipo 1 en circulación – Israel	63
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES.....	64
X. Boletines Jurisdiccionales	65
X.1. Buenos Aires: Sarampión	65
X.2. CABA: Eventos respiratorios de abordaje ambulatorio	66
X.3. Entre Ríos: Infecciones respiratorias agudas virales en internados	67
X.4. Salta: Bronquiolitis	68
X.5. Santa Fe: Situación de Sars-CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios (OVR) de importancia clínica en pacientes internados	69
X.6. Tierra del Fuego: Varicela	70
X.7. Tucumán: Diarreas	71
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA.....	72
XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	73
XII. Taller regional de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de Brotes. Región SUR	76

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 1-33. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-33	2025 Acumulados SE 1-33	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	4	4	N/A
Enfermedades zoonóticas animales	Rabia animal	115	89	-26	-23%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	5.951	11.300	5.349	90%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	198	277	79	40%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	80	98	18	23%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	5	4	-1	-20%
	Cisticercosis	5	7	2	40%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.770	4.776	2.006	72%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	330	562	232	70%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	19	30	11	58%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	6	13	7	117%
	Brucelosis	73	76	3	4%
	Hantaviriosis	39	38	-1	-3%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	17	14	467%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	914	994	80	9%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	8	18	10	125%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	3	18	15	500%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	5	33	28	560%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	3	1	-2	-67%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	6.832	6.832	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	466	466	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	335	335	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	8.286	10.967	2.681	32%

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 1-33. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-33		2025 Acumulados SE 1-33		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	2.952	134	2.351	203	-601	-20%	69	51%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	714	2	5.488	35	4.774	669%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	714	2	5.488	35	4.774	669%	33	1650%
	Meningitis - Meningoencefalitis	1.383	582	1.706	565	323	23%	-17	-3%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomieltitis	78	0	64	0	-14	-18%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	90.838	57.595	58.851	17.563	-31.987	-35%	-40.032	-70%
	Encefalitis de San Luis	209	5	332	0	123	59%	-5	-100%
	Fiebre amarilla humana	104	0	131	0	27	26%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	36	0	75	0	39	108%	0	N/A
	Zika	1.449	0	786	0	-663	-46%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	457	256	262	101	-195	-43%	-155	-61%
Enfermedades zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.653	43	1.578	138	-75	-5%	95	221%
	Psitacosis	199	32	532	99	334	168%	67	209%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	916	43	1.086	30	170	19%	-13	-30%
	Sífilis Congénita	1.823	681	597	585	-1.226	-67%	-96	-14%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	6	0	6	N/A	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1.600	1.513	1.160	989	-440	-28%	-524	-35%
	Sífilis en embarazadas	6.784	6.003	7.571	7.012	787	12%	1.009	17%
	Hepatitis B en embarazadas	58	43	82	28	24	41%	-15	-35%
Hepatitis virales	Hepatitis A	99	23	171	90	72	73%	67	291%
	Hepatitis B	1.825	434	2.165	456	340	19%	22	5%
	Hepatitis C	1.593	842	1.581	941	-12	-1%	99	12%
	Hepatitis E	32	3	28	3	-4	-13%	0	0%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	20.761	16.488	32.705	27.959	11.944	58%	11.471	70%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	986	952	1.703	1.631	717	73%	679	71%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	54	13	221	90	167	309%	77	592%

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 1-33. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-33	2025 Acumulados SE 1-33	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmitidas por alimentos	Diarrea	403.493	463.993	60.500	15%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.140	1.267	127	11%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios	819	579	-240	-29%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	83.415	53.337	-30.078	-36%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	786.920	753.159	-33.761	-4%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	53.327	45.375	-7.952	-15%
	Neumonía (sin especificar)	60.117	48.289	-11.828	-20%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	0	3.828	3.828	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	1	2.451	2.450	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	16.894	16.894	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	1.089	1.088	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	3	4.555	4.552	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	3	3.809	3.806	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	72	22.282	22.210	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	12	4.276	4.264	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	3	1.747	1.744	N/A
	Lesiones por electrocución	0	451	451	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	563	563	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	1	49.678	49.677	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	0	17.064	17.064	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	6	23.764	23.758	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	348	348	N/A
	Otras lesiones en el hogar	4	17.662	17.658	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 1-33. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-33		2025 Acumulados SE 1-33		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	2.770	152	2.242	135	-528	-19%	-17	-11%
	Infección por Mycoplasma genitalium	471	11	335	9	-136	-29%	-2	-18%
	Infección por Mycoplasma hominis	1.853	182	1.753	243	-100	-5%	61	34%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	9.997	302	4.796	262	-5.201	-52%	-40	-13%
	Infección por Trichomonas vaginalis	16.288	1.721	13.789	1.572	-2.499	-15%	-149	-9%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

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

IV.1. Introducción

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

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

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

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

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

IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional

IV.2.A. BOLIVIA¹

Hasta el 19 de agosto, se han reportado 254 casos de sarampión en cinco departamentos: 214 en Santa Cruz, 14 en La Paz, 6 en Potosí, 4 en Beni, 4 en Chuquisaca, 7 en Cochabamba, 4 en Oruro y 1 en Pando.

Más del 85% de los casos se encuentran entre 1 y 19 años.

IV.2.B. CANADÁ²

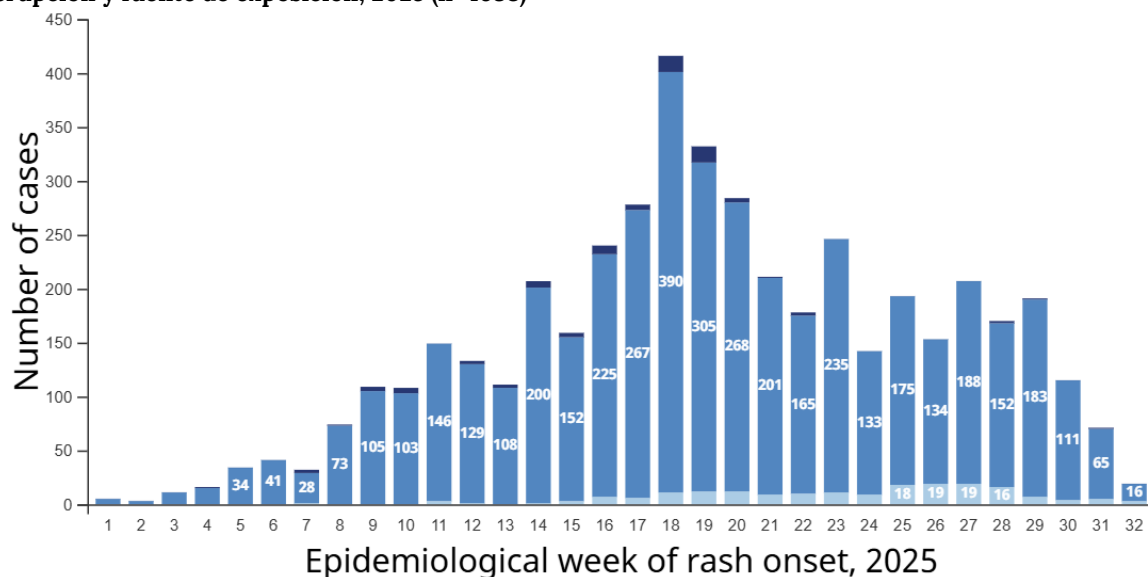
En 2025, se han notificado un total de 4.638 casos de sarampión (4.310 confirmados, 328 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 9 de agosto de 2025.

¹<https://www.minsalud.gob.bo/8788-brigadas-intensifican-vacunacion-y-acciones-de-control-de-la-epidemia-de-sarampion-en-comunidades-menonitas-en-santa-cruz>

²<https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>

En la semana 32 (del 3 al 9 de agosto de 2025), se notificaron 94 nuevos casos de sarampión (93 confirmados y 10 probables) en 5 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Ontario y Saskatchewan).

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=4638)



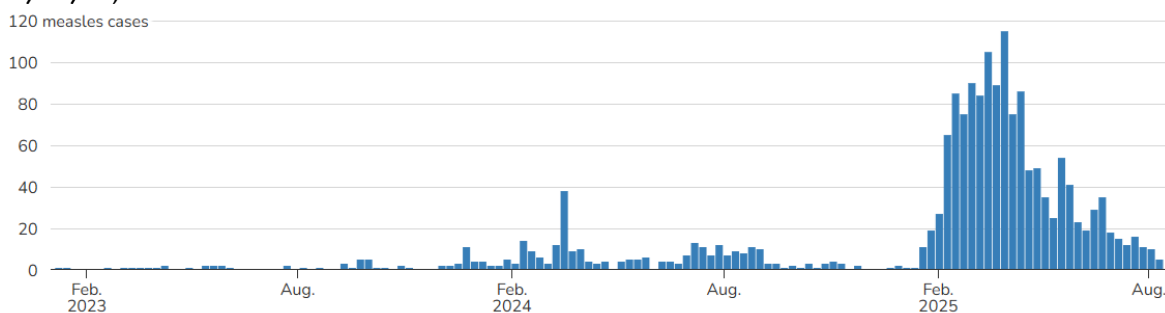
IV.2.C. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA³

Al 19 de agosto de 2025, se notificaron un total de 1.375 casos confirmados de sarampión en 42 jurisdicciones: Alaska, Arkansas, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming

En 2025 se han notificado 35 brotes, y el 87% de los casos confirmados (1.190 de 1.375) están asociados a brotes. En comparación, durante 2024 se notificaron 16 brotes y el 69% de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a brotes.

En el 2025 hubo 3 muertes confirmadas por sarampión.

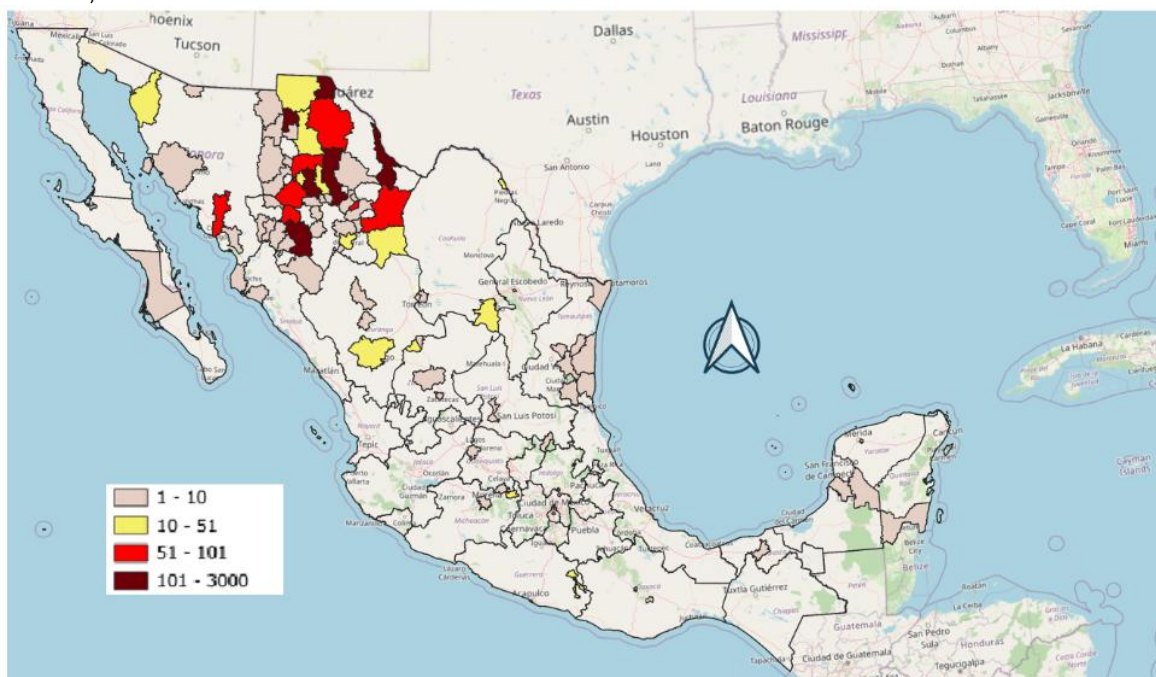
³ <https://www.cdc.gov/measles/data-research/>

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2023-2025 (hasta 19/08/25).

IV.2.D. MÉXICO⁴

Al 31 de julio, se han reportado 4.207 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 21 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 21 estados y 89 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 15 fallecimientos.

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

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

IV.2.A. PARAGUAY⁵

Se han notificado recientemente 9 casos de sarampión, en el departamento de San Pedro, todos asociados a importación, y que ninguno de los afectados registraba antecedente de vacunación contra el virus.

⁴ www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2025?idiom=es

⁵ <https://www.mspbs.gov.py/portal/33665/identifican-nuevos-casos-de-sarampion-en-san-pedro.html>

Actualmente, se hallan en estudio otras 9 personas con sospecha de sarampión, procedentes de las zonas del brote y distritos cercanos. Hasta el momento, no se registran hospitalizados ni fallecidos.

A la fecha, se han identificado en el país un total de 16 afectados por el virus del sarampión. De estos, 14 asociados a importación, uno importado y uno por nexo epidemiológico.

IV.3. Situación actual en Argentina

IV.3.A. NOTIFICACIÓN DE CASOS

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 2.867 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el país (Gráfico 1). A partir de la Semana Epidemiológica (SE) 6, coincidiendo con la emisión del alerta epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, se evidencia un aumento progresivo en la notificación de casos, alcanzando su punto máximo en las semanas 12 y 13.

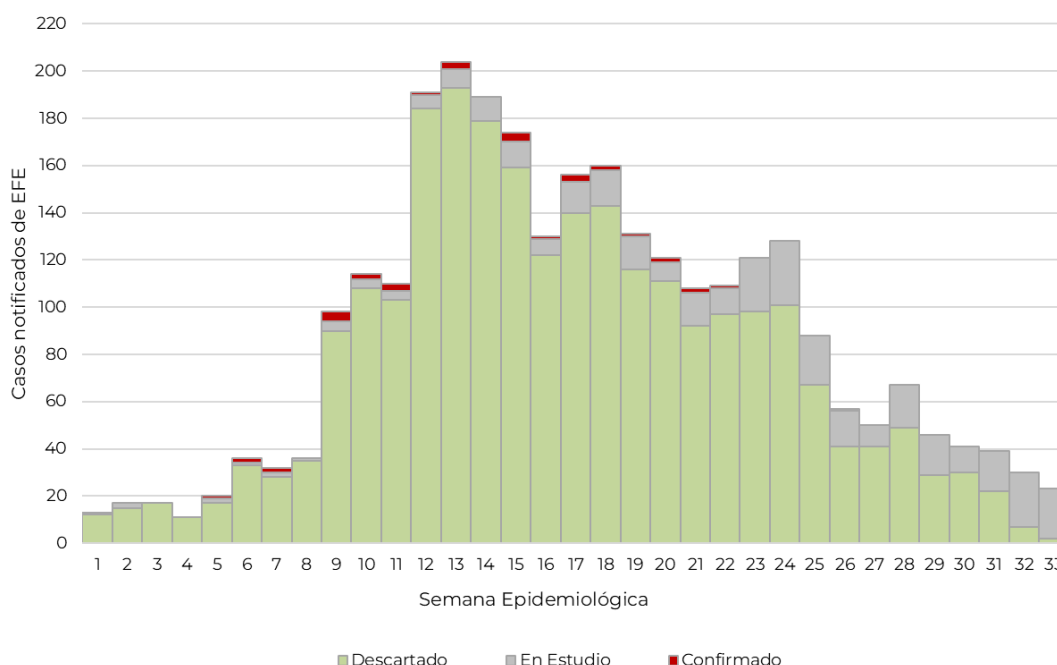
La curva de notificación muestra una sensibilización del sistema de vigilancia, con una respuesta oportuna ante la comunicación de riesgo.

Del total de casos notificados entre la SE1 y la SE32:

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

La proporción de casos descartados sobre el total notificados es del 87%. 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 SE33 de 2025. N= 2.867



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 SE32 de 2025⁶.

Jurisdicción	Confirmados	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	21	1769	9,6	230	367
CABA	13	656	21,3	39	62
Catamarca		12	2,8	5	9
Chaco		25	2,0	16	25
Chubut		22	3,3	8	13
Córdoba		71	1,8	50	79
Corrientes		3	0,3	15	23
Entre Ríos		39	2,7	18	29
Formosa		2	0,3	8	13
Jujuy		34	4,2	10	16
La Pampa		20	5,4	5	7
La Rioja		1	0,2	5	8
Mendoza		61	2,9	26	42
Misiones		9	0,7	17	27
Neuquén		9	1,3	9	14
Río Negro		7	0,9	10	16
Salta		14	0,9	19	30
San Juan		12	1,5	10	16
San Luis	1	8	1,5	7	11
Santa Cruz		11	2,7	5	8
Santa Fe		48	1,3	46	73
Sgo. del Estero		13	1,3	13	21
Tierra del Fuego		3	1,5	2	4
Tucumán		18	1,0	22	36
Total	35	2867	6,0	596	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).

⁶ Los casos notificados corresponden a los reportados hasta la SE33, mientras que la información sobre los casos confirmados refleja la más reciente disponible al momento de la elaboración de este boletín epidemiológico.

Del análisis de la información notificada al 16 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, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza y Santa Cruz. En particular, Buenos Aires (con 1.769 notificaciones) y CABA (656) presentan cifras muy por encima de lo esperado si se considera el total anual. La provincia de Chaco alcanzó las notificaciones esperadas para el total anual superando ampliamente las esperadas a la semana epidemiológica actual.

2. Jurisdicciones que no superaron el total anual esperado, pero se encuentran por encima del valor esperado para la semana epidemiológica (SE) vigente: Aquí se encuentran Córdoba, San Juan, San Luis, Santa Fe y Tierra del Fuego. Las provincias de Neuquén y de Santiago del Estero alcanzaron 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. Sobre los casos confirmados

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

La caracterización detallada de estos casos —incluyendo distribución territorial y temporal, edad, sexo, antecedente de vacunación y nexos epidemiológico— fue presentada hasta el **Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) N.º 769**, disponible en [este enlace](#).

Actualmente, las jurisdicciones continúan realizando la investigación de contactos y la implementación de acciones sobre los casos sospechosos.

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](#)

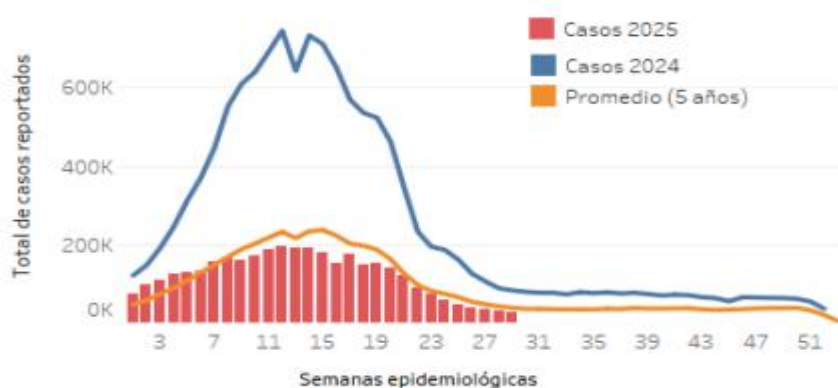
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

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 29, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#) actualizado el 8 de agosto.

A la semana epidemiológica (SE) 29 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,558,860 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 350 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 29.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 29 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 3,558,860 casos de dengue reportados en las Américas, 1,440,821 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 5,561 (0.2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,770 muertes por dengue, para una letalidad del 0.050%. 13 países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 29. Estos países registran en conjunto 26,472 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 29.

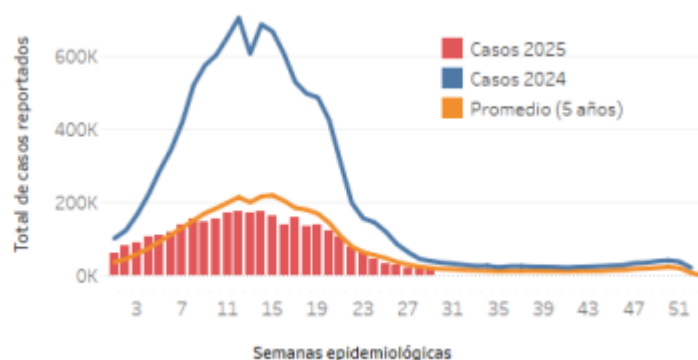
Del total de casos registrados en la SE 29, 97 fueron clasificados como dengue grave (0.2%), y se reportaron 7 muertes. para una letalidad de 0.026%.

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.

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notifican 18,507 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 29. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 69% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 9% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

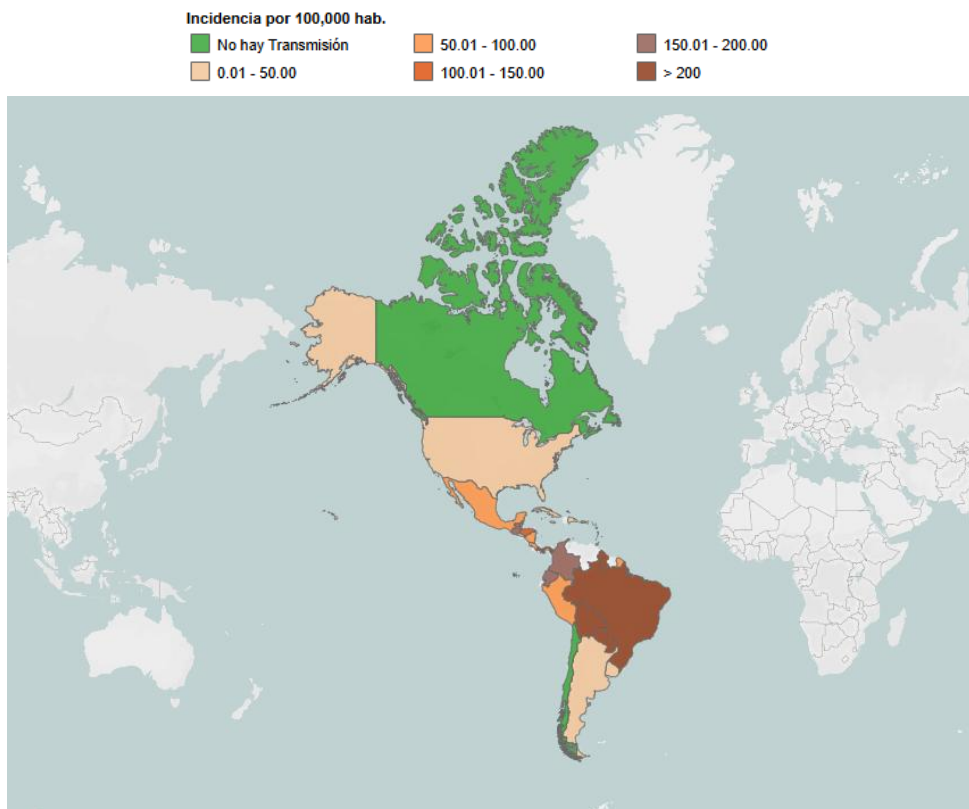
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 29, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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

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

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



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

NOTA 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.

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

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)⁸ y el ARBO-portal⁹ de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 21/08/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 33/2025 se han reportado 3.235.747 casos de dengue, con 1.583 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 67% respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se notificaron 207.461 casos, un 48% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 106 muertes por este evento. Respecto al zika, hasta la SE 32/2025 se han registrado 19.222 casos, lo que representa una disminución del 49% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la misma semana, se confirmaron 11.900 casos, un 47% más que en igual período del año pasado, con 5 defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 32/2025, se han reportado 29.155 casos de dengue, con 2 fallecimientos asociados, lo que representa una disminución del 40% en comparación con el mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se registraron 5.113 casos, un aumento de 13 veces el valor del año previo, con una defunción por este evento. Asimismo, se notificaron 893 casos de zika, casi cuatro veces más de lo notificado 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 32/2025, se han reportado 22.978 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 notificado 5 casos.

Perú: hasta la SE 32/2025, se han notificado 34.652 casos de dengue, un 87% menos que el mismo periodo de 2024, con 49 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 31/2025 se notificaron 84 casos, un 8% más que el año anterior, sin defunciones para este evento. Hasta la SE 32/2025 se han notificado 4 casos de zika, un valor similar al año anterior, 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, en Brasil se registra una disminución de casos. Por otro lado, se ha registrado un brote de Oropouche en la Región de las Américas que este año afecta a Brasil y Perú.

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

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

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

V.2. Situación de dengue en Argentina

V.2.A. 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.

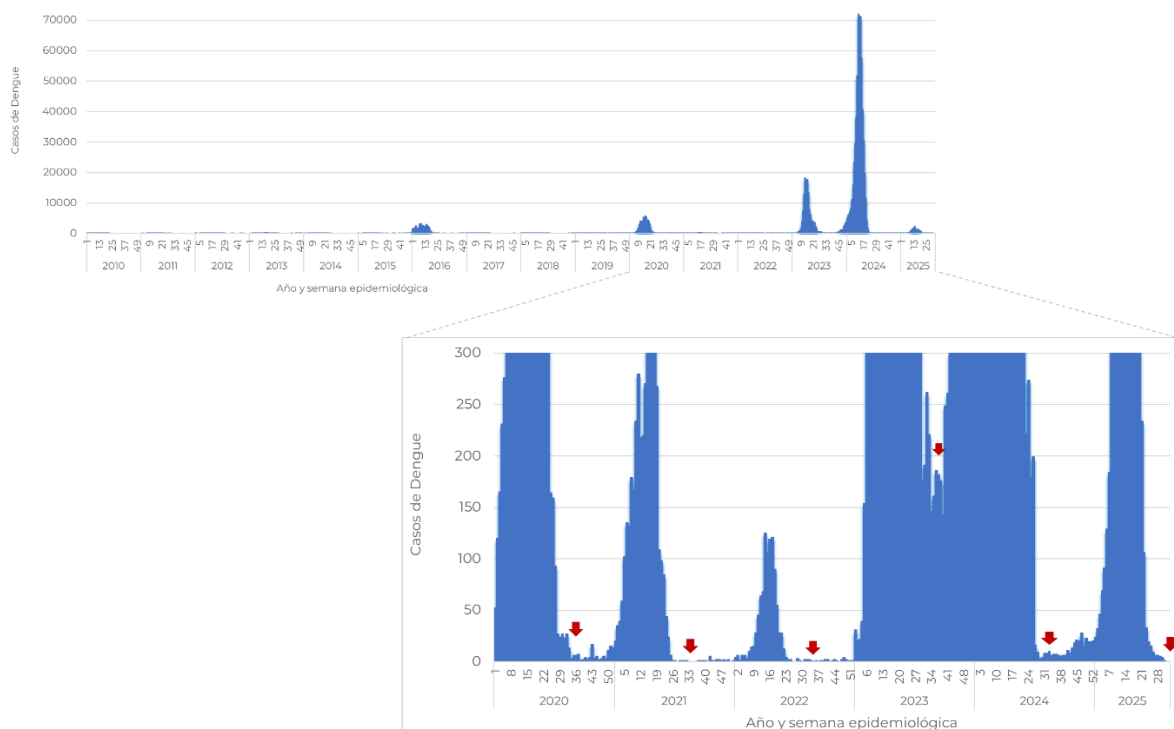
De acuerdo con la fecha mínima¹⁰, desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 299 casos sospechosos de dengue, de los cuales uno (1) fue confirmado por laboratorio, con residencia en el departamento Pilagás, jurisdicción de Formosa.

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE33/2025 se notificaron 63 casos sospechosos de dengue, con un único caso confirmado con antecedente de viaje a Brasil, residente de CABA. 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 se han constituido como las temporadas epidémicas de mayor magnitud registradas hasta la fecha, concentrando en conjunto aproximadamente el 82% del total de casos acumulados en la serie histórica. El análisis temporal de los casos notificados para el período comprendido entre los años 2022 y 2025, evidencia que, para la SE33/2025, se observa un descenso sostenido en el número de casos en comparación con los máximos alcanzados durante las epidemias de 2023 y 2024. Esta tendencia sugiere una interrupción de la transmisión viral sostenida en el territorio nacional; no obstante, persiste la necesidad de mantener una vigilancia intensificada ante la posibilidad de circulación en áreas con condiciones sociodemográficas, ambientales y epidemiológicas favorables para la transmisión.

¹⁰ 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).

Gráfico 3. Dengue: Casos de dengue¹¹ según semana epidemiológica. Años 2010-2025 y detalle 2020-2025 con referencia (flecha roja) a la SE 33. Argentina.



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

V.2.B. 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.

¹¹Incluye 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).

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 respiratorios¹²

Situación Regional: Situación Regional: La actividad de influenza en las Américas continúa su descenso. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja y estable. Para VSR la circulación a nivel regional muestra una tendencia ascendente. En América del Norte, la actividad de influenza se mantiene en niveles interestacionales. En el Caribe, la circulación se mantiene en niveles altos y con una positividad de 14,4%. 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 del 7% disminuyendo en la última SE. La actividad de SARS-CoV-2 se ha estabilizado en América del Norte y aumenta en el Caribe, donde la positividad alcanzó un 16,8%. En Centroamérica, la actividad de influenza se mantiene elevada, pero con tendencia al descenso, con una positividad del 10,3%. La actividad de SARS-CoV-2 y VSR se mantienen sin cambios esta semana y con una positividad del 11,0% para VSR. En la subregión andina, la actividad de influenza A continúa su tendencia a la disminución con una positividad del 7,4%. La actividad del VSR se mantiene en niveles altos pero con una tendencia al descenso y una positividad del 8,4%, mientras que la circulación de SARS-CoV-2 se mantiene en comparación a la última SE. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza continúa disminuyendo, con una positividad del 4,2%. La circulación del VSR se mantiene con respecto a la SE anterior, con una positividad del 10,1%, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 permanece en niveles bajos.

América del Norte: La actividad de influenza se mantiene baja en la subregión, con una positividad de 0,7%, y se mantiene en niveles interestacionales en México, Canadá y Estados Unidos. La mayoría de los casos IRAG positivos se han asociado con influenza y SARS-CoV-2. 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 del 8,8%, y con una tendencia descendente.

Caribe: La actividad de influenza, impulsada principalmente por A(H1N1)pdm09, disminuye en la última SE, con una tasa de positividad subregional de 14,4%. En Haití y Belice la actividad de influenza continúa en niveles epidémicos. En contraste, en Cuba, Jamaica, Barbados y República Dominicana se mantiene en niveles interestacionales. En Guyana, la actividad disminuye respecto de la SE anterior. La circulación del VSR disminuye en la subregión, con una positividad

¹² 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>

del 6,9%, especialmente en, Santa Lucía, Guyana y República Dominicana. La actividad de SARS-CoV-2 aumentó en comparación con la semana anterior, con una positividad subregional de 16,8%. En Cuba, Santa Lucía y Guyana la actividad disminuyó. En Belice, República Dominicana, Haití, Jamaica, Barbados y San Vincent y las granadinas, 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 ETI. Sin embargo, la tendencia descendente continúa desde hace varias semanas, con una positividad actual del 10,3%. La circulación del VSR se mantiene elevada, con una positividad del 11%, y que se ve reflejado en la detección de casos IRAG. La actividad de SARS-CoV-2 se mantuvo esta semana, alcanzando una positividad de 8,4% ocupando una proporción importante de los casos de IRAG detectados.

Países Andinos: La actividad de influenza continúa disminuyendo, con una positividad actual de 7,4%, asociada principalmente con la circulación de A(H1N1)pdm09. La circulación de VSR disminuye, presentando una positividad de 8,4%. La actividad de SARS-CoV-2 aumenta alcanzando una positividad de 2,6%. Aunque los casos de ETI e IRAG asociados con influenza muestran una tendencia descendente, una gran proporción de los casos IRAG 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 4,2%. 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 disminuido en la última SE, indicando una positividad del 10,1%, 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 32 de 2025 se notificaron 754.857 casos de ETI, 102.603 casos de Neumonía y 88.969 casos de Bronquioltis en menores de dos años. Las notificaciones de ETI y neumonía presentan tendencia ascendente entre las SE11 y 24, ubicándose en niveles elevados en relación con años previos. Las notificaciones de ETI se encuentran en niveles de brote entre las SE12 y 18, mientras que en neumonía se puede 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 (SE32 y 33) se registraron 5 casos de influenza entre 156 muestras estudiadas.
- Para VSR, se registraron 9 casos positivos entre las 102 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 32 y 33). A partir de la SE23 se verifica un ascenso del porcentaje de

positividad de VSR, con un promedio del 10,5% de positividad semanal en las últimas 4 semanas.

- En relación a SARS-CoV-2, luego del último ascenso de casos registrado durante 2024, las detecciones en UMA permanecen en valores bajos y estables. En la SE33/2025 se notificaron 4 casos positivos para SARS COV 2 entre las 42 muestras estudiadas por PCR.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE33 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 4.707 internaciones con diagnóstico de IRAG y 2.139 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.
- Las notificaciones de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), presentaron un aumento desde la SE12, acompañado de un aumento en las detecciones de virus influenza, principalmente el subtipo A(H1N1). El mayor número de casos de IRAG con diagnóstico de influenza se registró entre las SE24 y SE26, seguido de una tendencia descendente en las semanas posteriores. Asimismo, desde la SE21 se observa un incremento en las detecciones de VSR.
- 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 1 codetección de influenza y VSR, 15 detecciones de influenza, 8 casos de SARS-CoV-2 y 349 casos de VSR.¹³

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 1000 detecciones semanales. En las SE 31 y 32 se observó un total de 111 detecciones de Influenza.
- Con respecto a VSR, se registra un aumento en el número de casos desde la SE12, con inicio de la actividad estacional en SE20 y 1516 detecciones en las últimas 2 SE (31 y 32).
- 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 32 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, con 220 detecciones en las últimas 2 SE (31 y 32).
- Durante la SE32/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: VSR, SARS-CoV-2, metapneumovirus, Influenza, adenovirus y parainfluenza.

¹³ 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>

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 (32 y 33) se detectaron 33 casos. En el año 2025 se registraron al momento 199 fallecidos con este diagnóstico.
- En relación a VSR, las detecciones en hospitalizados presentan un aumento desde la SE12. En las SE 32 y 33 se registraron 903 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 33/2025 se registraron 76 casos positivos con este diagnóstico, sin registro de fallecimientos.
- 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 32/2025 se registraron 31 casos positivos internados con este diagnóstico, además de 1 fallecimiento.

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.¹⁴

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 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 33 semanas de 2025 en establecimientos UMA, se analizaron 4.156 muestras para SARS-CoV-2, de las cuales 165 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 3,97%. Además, en la última semana analizada, SE 33 del año 2025, se registraron 4 casos confirmados de SARS-COV-2 entre las 42 muestras estudiadas por PCR.

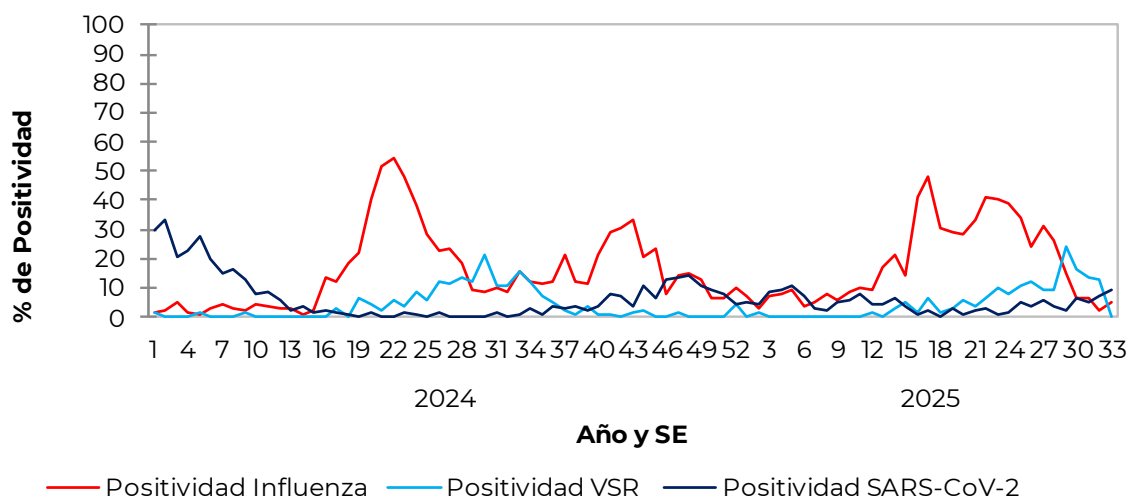
En relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16 de 2024, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de casos de influenza

¹⁴ 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

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 33 semanas de 2025, se registraron 901 detecciones entre 3.787 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 23,79%. 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 SE32 y 33/2025 se notificaron 5 casos de influenza entre las 156 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 33 de 2025, de las 2.636 muestras estudiadas, 158 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 5,99%. En las últimas semanas se verifica un ascenso del porcentaje de positividad de VSR, con 9 casos entre las 102 muestras estudiadas en las SE32 y 33.

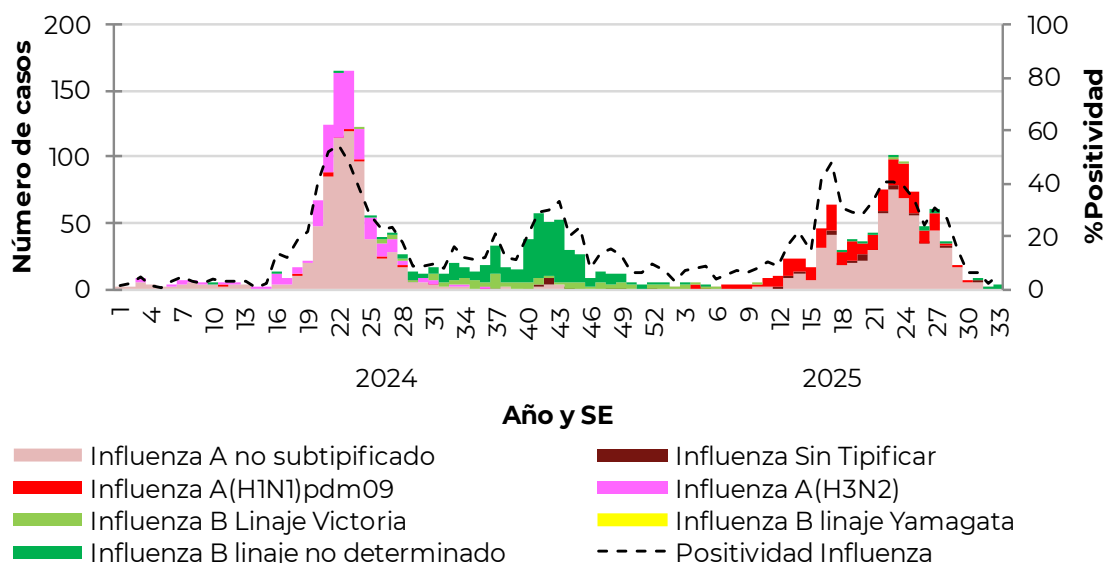
Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE33/2025



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 notificaron 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 33 SE transcurridas de 2025 se detectan predominantemente casos de influenza A (n= 843), con un menor número de detecciones de influenza B (n=35). Entre los casos de influenza A, 243 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.

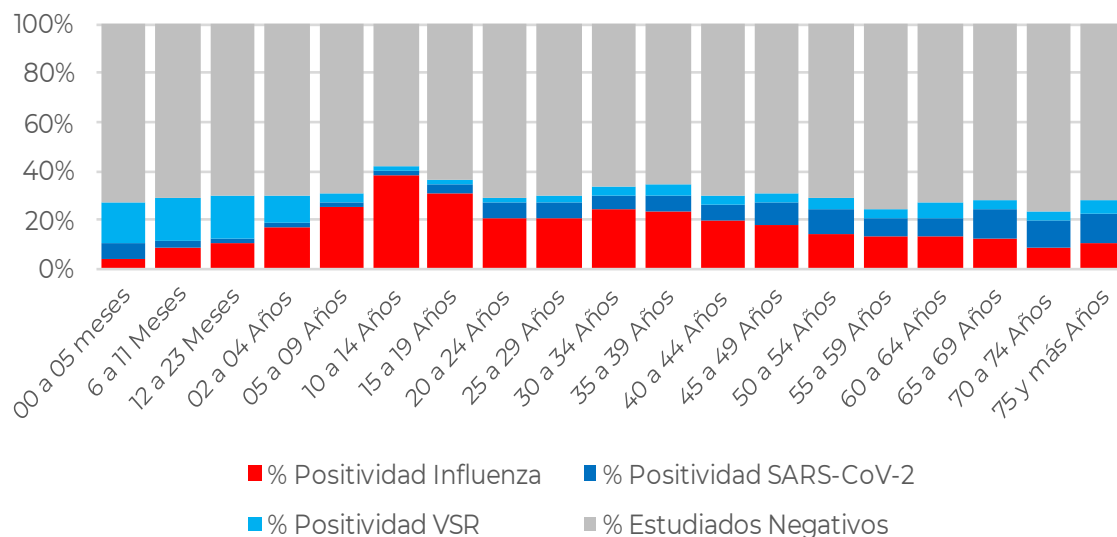
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE33/2025. Estrategia UMA. Argentina.



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 SE33/2025. Estrategia UMA. Argentina¹⁵.



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}.

¹⁵ 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.

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.¹⁶

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 clínico¹⁷.

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 clínico¹⁸.

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia¹⁹ y shock²⁰ 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-IRAG²¹.

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 los casos de IRAG se mantienen en niveles elevados, con un promedio de 240 casos semanales en las últimas 4 semanas.

¹⁶ 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>

¹⁷ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.

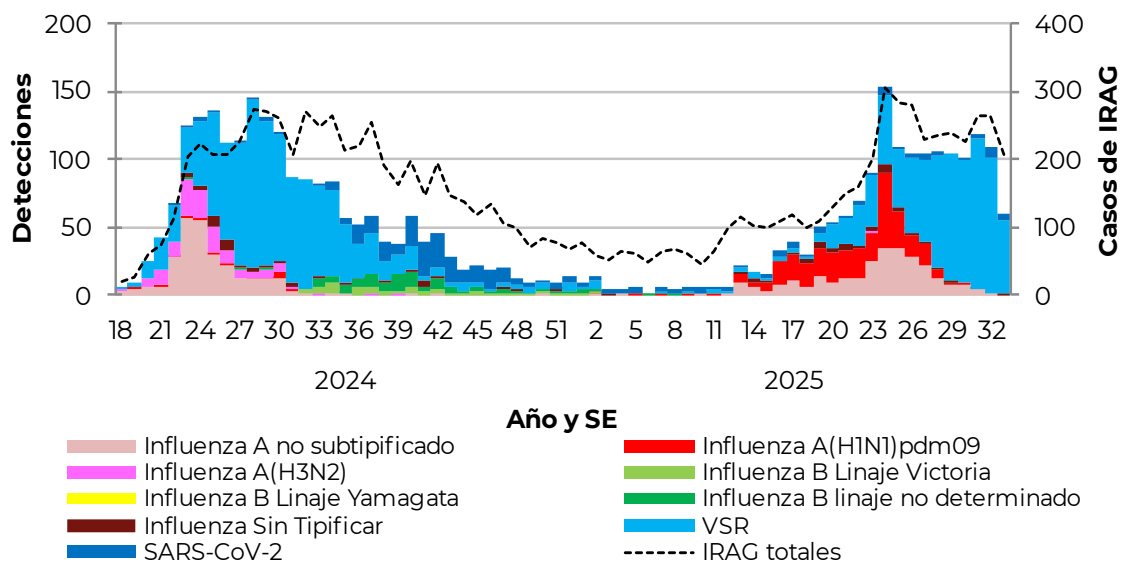
¹⁸ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

¹⁹ La fiebre se define como una temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$. La hipotermia se define como una temperatura

²⁰ El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.

²¹ 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 33/2025



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}

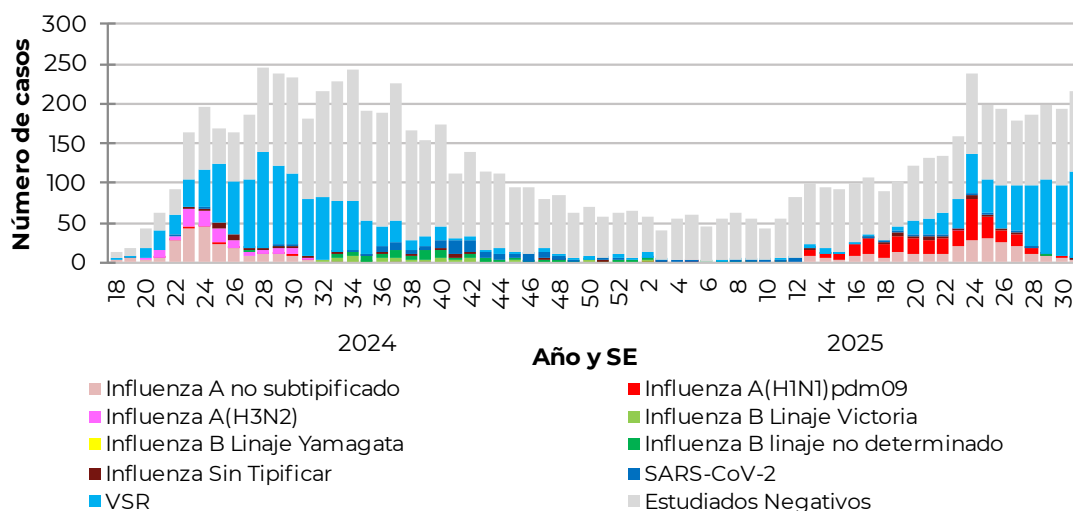
En relación a los casos de IRAG por **SARS-CoV-2**, si bien los casos se mantuvieron en niveles bajos desde SE18 de 2024, se registró un ligero ascenso desde SE36 de 2024, que alcanzó su máximo en SE 41 y 42 con descenso posterior.

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 583 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 308 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, 48 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 33/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina ²².



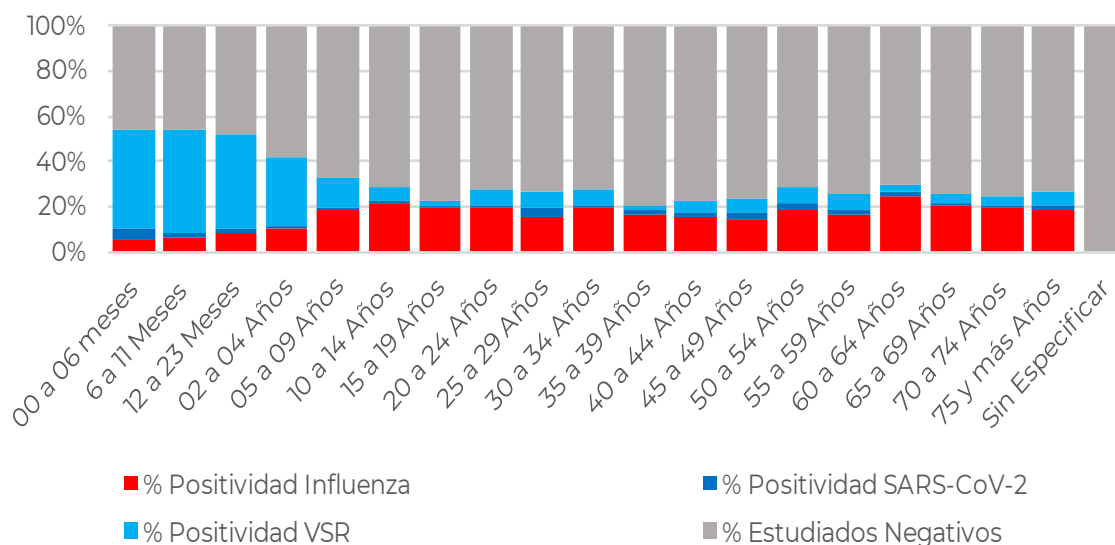
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS²⁰

En las últimas 4 semanas, entre 754 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registró 1 codetección de influenza y VSR, 15 detecciones de influenza, 8 casos de SARS-CoV-2 y 349 casos de VSR. Los restantes 390 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.

²² 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 33/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina²³.



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 SNVS²³.

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).

²³ 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.pdf²⁴

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/quia_rapida_antigripal_2025_1732025.pdf

²⁴ 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 alerta²⁵ 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 producto²⁶. 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.

²⁵<https://www.argentina.gob.ar/noticias/anmat-alerta-sobre-el-uso-de-un-lote-de-fentanilo-inyectable-por-desvio-de-calidad>

²⁶<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

Los datos presentados en este informe provienen de las notificaciones registradas en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). La inclusión de casos se realiza únicamente cuando cumplen con las definiciones de caso establecidas²⁷, considerándose confirmados aquellos validados por el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) o vinculados a un foco confirmado.

De igual modo, los fallecimientos consignados corresponden exclusivamente a personas que cumplieron con el criterio de caso, ya sea por confirmación del LNR o por nexo con un caso confirmado.

Notificaciones totales 107	Establecimientos con notificaciones 22	Jurisdicciones afectadas 6
Casos asociados al brote por el LNR o Nexos (confirmados) 69	Casos sospechosos 19	Casos no asociados al brote o invalidados 19
Casos fallecidos 51	Focos en establecimientos confirmados por LNR 10	

Desde el Alerta emitido el 08 de mayo y hasta el 22 de agosto de 2025 se registraron 107 notificaciones al evento Infección por exposición a medicamento contaminado del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) en 22 establecimientos correspondientes a 6 jurisdicciones. En 10 de esos establecimientos -situados en Buenos Aires, CABA y Santa Fe- el Laboratorio Nacional de Referencia ya confirmó 63 casos asociados al brote y otras 6 notificaciones de casos sospechosos de los mismos establecimientos, se consideran asociados por nexo epidemiológico, totalizando 69 casos confirmados. Un caso notificado por la provincia de Neuquén se invalidó por no cumplir con la definición de caso y otros 8 establecimientos se encuentran en investigación en Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Río Negro. El resto de las provincias del país no han notificado casos sospechosos hasta el momento.

²⁷ Circular de vigilancia epidemiológica - Actualización de estudio de brote de infección invasiva por exposición a medicamento contaminado. 31 de mayo 2025. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/segunda-circular_vigilancia-fentanilo_3625.pdf

Tabla 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: distribución de casos según clasificación. Argentina. Hasta el 22/08/2025. N=107

Establecimientos/ Jurisdicción	Total casos asociados por LNR o Nexo	Sospechosos	No asociados o invalidados	Total notificaciones	Focos confirmados
EPBA01	19			19	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	20	5	2	27	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
ERN01		1		1	En investigación
Río Negro		1		1	
ECB01	1	5		6	En investigación
ECB02		1		1	En investigación
Córdoba	1	6		7	
Total general	69	19	19	107	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

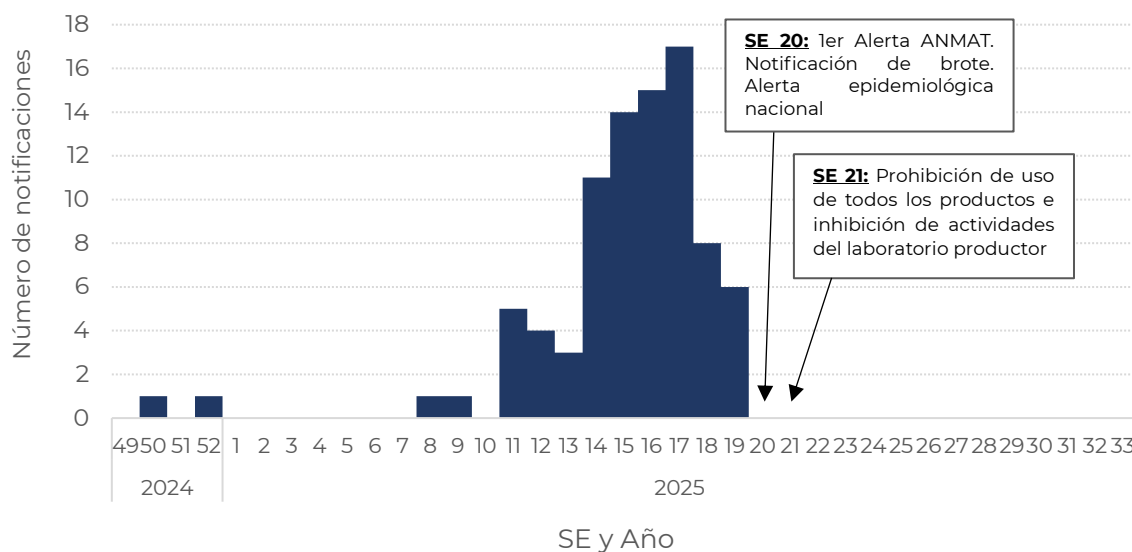
Con respecto a los casos notificados de la provincia de Santa Fe y luego de una trabajosa investigación epidemiológica realizada desde la jurisdicción, se llegó a la conclusión de invalidar casos que no cumplían con la definición para la vigilancia del evento. Dada esta actualización, tanto el número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

Tanto los casos de Córdoba como el caso de Río Negro se encuentran en proceso de investigación epidemiológica con el fin de recabar más información sobre resultados de laboratorio y antecedentes epidemiológicos.

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 22/08/2025. N=87*.

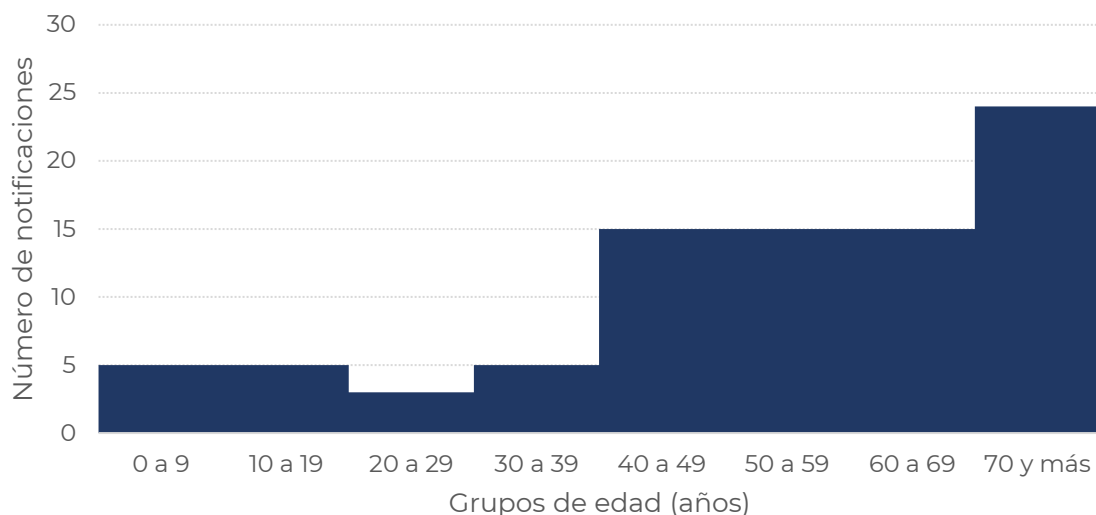


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

** Se excluyen descartados y un caso sin dato de internación al momento de la edición del boletín*

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 22/08/2025. N=87*.



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, 12 de los 22 establecimientos que notificaron casos hasta el momento registraron casos fallecidos en el SNVS, sumando un total de 51, siendo el sexo masculino el más afectado y el grupo etario con más fallecimientos los mayores de 70 años (mediana 63 años). En 8 de los 12 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.

SITUACIONES EMERGENTES

VIII. Vigilancia de Influenza Aviar

VIII.1. Introducción

La influenza aviar es una enfermedad viral de distribución mundial altamente contagiosa que afecta a aves de corral, traspatio y silvestres, causada por subtipos de Influenza A (como H5N1, H5N3, H5N8). Las aves acuáticas silvestres son reservorios importantes del virus, y las aves de corral pueden infectarse por contacto con aves silvestres.

En general, las múltiples cepas del virus de influenza aviar pueden clasificarse en dos categorías en función de la gravedad de la enfermedad en las aves de corral:

- **Influenza aviar de baja patogenicidad (IABP)** que, típicamente, causa pocos o ningún signo clínico;
- **Influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP)** que puede causar signos clínicos graves y, potencialmente, altos índices de mortalidad.

En los últimos años, se ha observado un aumento de detección del virus A(H5N1) en mamíferos terrestres y marinos en las Américas, tanto salvajes como domésticos y, más recientemente, ganado bovino en los Estados Unidos.

Aunque las infecciones humanas son poco frecuentes, ocurren principalmente tras contacto directo con animales infectados o sus entornos contaminados.

No se ha registrado transmisión sostenida entre personas, pero debido a la capacidad del virus para evolucionar, es fundamental el monitoreo de la infección en humanos expuestos. La enfermedad puede presentar síntomas leves o graves, como fiebre, tos, mialgias, y en casos más severos, neumonía y compromiso multiorgánico.

VIII.2. Situación Internacional²⁸

Desde 2020, el virus de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) A(H5N1) clado 2.3.4.4b ha causado brotes sin precedentes en aves silvestres y de corral en múltiples regiones del mundo, incluyendo África, Asia, Europa y, desde 2021, en las Américas.

Entre 2022 y la semana epidemiológica 18 de 2025, se notificaron 4.948 brotes animales en 19 países y territorios de la Región de las Américas. Asimismo, se ha registrado un aumento sostenido en la detección del virus en mamíferos terrestres y marinos, tanto silvestres como domésticos. Hasta el 12 de mayo de 2025, se confirmaron 75 casos humanos de influenza aviar A(H5) en la región, mayormente en EE. UU. (71 casos), y casos aislados en México, Canadá, Chile y Ecuador. A nivel global, desde 2003 hasta abril de 2025, se han reportado 973 casos humanos de A(H5N1), con una letalidad del 48%.

VIII.3. Situación de Influenza Aviar en Argentina

VIII.3.A. ANTECEDENTES

Durante 2023, Argentina había registrado la introducción del virus IAAP subtipo A(H5N1), con brotes en aves silvestres, de traspatio y comerciales, así como en mamíferos marinos. En total,

²⁸<https://www.paho.org/sites/default/files/2025-05/2025-mayo-15-phe-actualizacion-influenza-aviar-es.pdf>

se notificaron 81 brotes en aves de traspatio, 18 en aves comerciales y 8 en aves silvestres. El país recuperó su estatus libre de IAAP en aves de corral el 7 de agosto de 2023. Posteriormente, se confirmaron brotes en mamíferos marinos a lo largo de la costa atlántica.

Luego de la implementación del protocolo de vigilancia epidemiológica, prevención y control de la influenza aviar (IA) en humanos, se llevó a cabo el seguimiento de 327 casos expuestos y 21 casos sospechosos en el país, todos los cuales fueron descartados por el Laboratorio Nacional de Referencia. Estos esfuerzos de monitoreo y vigilancia fueron posibles gracias a las medidas preventivas y de detección precoz establecidas en el protocolo.

VIII.3.B. SITUACIÓN ACTUAL DE BROTES DE IAAP EN ANIMALES (2025)

Durante el corriente 2025, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) confirmó al momento un total de 5 brotes de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) en Argentina.

El 14 de febrero de 2025 se confirmó un brote de IAAP H5 en aves de traspatio en la localidad de Tres Isletas, departamento de Maipú, provincia de Chaco²⁹.

Más recientemente, el 15 de julio del año actual se confirmó la detección de IAAP H5 en aves de traspatio en el partido de Lezama, provincia de Buenos Aires, que afectó gallinas, gallos, patos, palomas, gansos, y pavos. Las muestras fueron analizadas por el Laboratorio Oficial de la Dirección General de Laboratorios y Control Técnico, de SENASA resultando positivas para IAAP H5 clado 2.3.4.4.³⁰

Durante el mes de agosto, se notificaron 3 brotes de IAAP en aves en la provincia de Buenos Aires.

El primero corresponde al partido de Navarro, donde el 1° de agosto se confirmó IAAP H5, clado 2.3.4.4, en un establecimiento de aves de traspatio. Posteriormente, el 14 de agosto, se confirmó un nuevo brote, correspondiente a IAAP H5, clado 2.3.4.4, en un establecimiento de aves de traspatio ubicado en el partido de Arrecifes.

En la última semana, el 19 de agosto, se confirmó un brote de IAAP, subtipo H5, clado 2.3.4.4, en un establecimiento avícola de aves de postura localizado en la localidad de Los Toldos, partido de General Viamonte.

Ante esta detección, los equipos de salud animal y humana nacionales y jurisdiccionales están realizando la identificación de personas expuestas, la investigación epidemiológica correspondiente y la implementación de medidas de control.

Se reitera a la comunidad que no existe riesgo al momento de consumir productos como huevos, carne aviar o cualquier otro derivado de la industria avícola.

VIII.3.C. SITUACIÓN ACTUAL NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA INTERFASE HUMANO-ANIMAL (2025)

Las personas en riesgo de contraer infecciones son aquellas expuestas, directa o indirectamente, a aves infectadas (domésticas, silvestres o en cautiverio), por ejemplo,

²⁹ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/comunicacion_aviar-19022025.pdf

³⁰ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/250717_comunicacion_epidemiologica-17-julio-influenza-aviar.pdf

tenedores de aves que mantengan contacto estrecho y regular con aves infectadas o durante el sacrificio o la limpieza desinfección de las granjas afectadas.

En Argentina, de acuerdo con las recomendaciones regionales, se realiza la identificación temprana de las personas expuestas (en contacto con aves enfermas o muertas en contextos de brotes de Influenza Aviar) y su seguimiento durante 10 días para identificar posibles casos sospechosos (aquellos que presenten síntomas dentro del período de seguimiento).

A continuación, se presenta la información notificada sobre personas expuestas y casos sospechosos identificados y estudiados hasta la fecha, registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia. A la fecha se registraron un total de 41 personas expuestas durante 2025. Hasta el momento se han registrado 2 casos sospechosos, que han sido estudiados por los Centros Nacionales de Influenza todos los cuales han sido descartados.

Tabla 1. Expuestos en seguimiento de Influenza Aviar según resultado por provincia. Año 2025. Argentina. Actualizado al 22/08/2025.

Jurisdicción de Carga	Personas Expuestas		Casos Sospechos	
	En seguimiento	Finalizó seguimiento	Continúan como sospechosos	Descartados
Buenos Aires	14	22	0	0
Chaco	0	5	0	2
Total	14	27	0	2

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

VIII.4. Recomendaciones para el equipo de salud

VIII.4.A. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL ANTE UN BROTE DE INFLUENZA AVIAR

Todas las personas expuestas estarán bajo vigilancia para detectar de manera temprana los casos sospechosos de infección.

- Realizar monitoreo diario de síntomas de personas expuestas hasta el décimo día inclusive luego del último contacto con animales infectados o entornos posiblemente contaminados. Las personas expuestas deben ser instruidas para detectar tempranamente los síntomas.

- No se requiere el aislamiento de personas expuestas mientras permanecen asintomáticas.

- Los casos expuestos a influenza aviar deberán notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud dentro de las 24 hs. al evento correspondiente.

- Las personas involucradas en las tareas de control de foco en los establecimientos deben utilizar un equipo de protección personal adecuado y evitar el contacto directo sin protección con animales enfermos o muertos, cadáveres, heces y ambientes potencialmente contaminados. El EPP recomendado incluye mameluco descartable, gafas o antiparras, barbijo N95, botas o cubre calzados y guantes de látex, nitrilo o vinilo.

-La indicación de quimioprofilaxis post-exposición se fundamenta en una evaluación integral del riesgo.

-El uso de oseltamivir puede considerarse en personas asintomáticas con alto riesgo de exposición (contacto directo con aves o animales confirmados con influenza aviar, así como quienes participan en actividades de muestreo, captura, eliminación de animales infectados o desinfección de ambientes contaminados con hallazgos positivos de influenza aviar), sin utilizar equipo de protección personal (EPP) o con uso inadecuado del mismo.

-En caso de indicarse profilaxis, se recomienda iniciarla lo antes posible, preferentemente dentro de las primeras 48 horas posteriores a la exposición.

Para mayor información sobre las recomendaciones, esquemas de dosificación y consideraciones de oseltamivir, se sugiere consultar: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/250717_comunicacion_epidemiologica-17-julio-influenza-aviar.pdf.

VIII.4.B. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

- Evitar el contacto con aves y/o mamíferos sospechosos o muertos.
- No tocar superficies que podrían estar contaminadas con saliva, mucosa o heces de aves silvestres o de corral.
- Cualquier persona que encuentre aves silvestres o domésticas con sintomatología nerviosa, respiratoria o diarrea, o muertas, deberá ponerse en contacto con las autoridades del SENASA inmediatamente.
- Ante sospechas, se debe contactar a la oficina más cercana—por teléfono o personalmente—; Whatsapp, al (11) 5700-5704; por correo electrónico a notificaciones@senasa.gob.ar; a través del Formulario Avisá al Senasa, disponible en el sitio web oficial (Link: [Avisá al Senasa Sanidad Animal | Argentina.gob.ar](https://www.argentina.gob.ar/sanidad-animal/avisar)). Para más información, ingresar en el Micrositio del Senasa. <https://www.argentina.gob.ar/senasa> ³¹
- Seguir las recomendaciones generales para la prevención y control de la transmisión de las infecciones respiratorias agudas: lavado de manos frecuente con agua y jabón, cubrir la boca y la nariz al toser y estornudar; lavarse las manos frecuentemente, no compartir cubiertos ni vasos, ventilar los ambientes, no acudir a actividades laborales o educativas mientras está enfermo.
- Si bien no hay una vacuna específica para la influenza aviar se recomienda que las personas con indicación de vacuna antigripal según los lineamientos nacionales se vacunen oportunamente.
- Es importante destacar que la enfermedad no se transmite a las personas por el consumo de huevos, carne aviar y subproductos aviares.

³¹ Para ampliar la información sobre el marco normativo y las actividades llevadas a cabo para resguardar sanidad aviar, dirigirse al siguiente link: <https://www.argentina.gob.ar/senasa/programas-sanitarios/cadenaanimal/aves/aves-produccion-primaria/sanidad-animal>

VIII.5. Vigilancia epidemiológica

VIII.5.A. VIGILANCIA EN HUMANOS³²

En el marco de la Estrategia de Vigilancia y Control Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas, dada la actual situación epidemiológica regional y nacional en la que se destaca la evidencia de la circulación de virus de la Influenza A(H5), se requiere poner en marcha la vigilancia epidemiológica (detección y seguimiento) de personas expuestas a Influenza Aviar, así como fortalecer la detección de eventos respiratorios inusuales y el monitoreo de enfermedades tipo influenza (ETI) e infección respiratoria aguda grave (IRAG) a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Definiciones de Caso

- **Persona expuesta a Influenza Aviar:** Toda persona que haya tenido exposición³³ a animales enfermos o muertos, o sus entornos contaminados con excreciones (heces, sangre, secreciones respiratorias, etc.), en una zona³⁴ donde hubo un brote de Influenza AH5 en aves u otros animales en los últimos 10 días y sin uso adecuado de equipo de protección personal³⁵.
- **Caso sospechoso de Influenza Aviar:** Toda persona expuesta a influenza a aviar que presenta –dentro de los 10 días de la última exposición– inicio agudo de al menos uno de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta, coriza, dificultad para respirar, conjuntivitis; con o sin fiebre.

Registro y Notificación

Todo caso expuesto a Influenza Aviar deberá notificarse al SNVS2.0 desde su detección hasta el fin de seguimiento al evento *Influenza Aviar: expuestos a animales sospechosos o confirmados de gripe aviar*.

Grupo de Eventos/Evento	Modalidad	Estrategia/Componente	Periodicidad
Infecciones respiratorias agudas / Influenza Aviar: expuestos a animales sospechosos o confirmados de gripe aviar.	Nominal	Epidemiológica y clínica	Inmediata

³² Este documento presenta las recomendaciones vigentes al momento de su publicación. Los lineamientos de vigilancia, prevención y control están sujetos a un proceso de revisión continua.

³³ Las exposiciones pueden incluir: permanecer en el mismo espacio cerrado (< 2 metros), tocar o manipular aves o mamíferos infectados o enfermos o muertos con sospecha de IAAP o haber tenido contacto directo con superficies contaminadas.

³⁴ Se tomará como “zona donde hubo un brote” a lo comprendida por foco, perifoco y vigilancia definida por el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA).

³⁵ Las personas intervinientes en las tareas de control de foco que hayan utilizado EPP en forma adecuada deberán realizar auto monitoreo de síntomas e informar a la autoridad sanitaria en caso de presentar síntomas dentro de los 10 días de la última exposición de riesgo.

Identificación del Operativo: Para lograr asociar la notificación con el foco de Influenza Aviar del cual resulta Expuesto se dispone usar el ítem Vigilancia Activa de la ficha del SNVS y el listado de focos identificados, de manera tal que el operador seleccione a cuál de los focos activos corresponde el expuesto que se está notificando. Para ello deberá tildarse en “Vigilancia Activa” y luego seleccionar el foco de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad (IAAP) que corresponda.

Ante todo caso sospechoso, se deberá tomar una muestra para el diagnóstico con uso de EPP y derivada en triple envase al Laboratorio Nacional de Referencia (NO deberán estudiarse muestras de caso sospechoso en laboratorios locales o jurisdiccionales). Todas las personas que cumplan con la definición de **caso sospechoso** deben ser notificadas de forma nominal e inmediata al SNVS.2.0 al evento “**Sospecha de virus emergente**”. Se deberán completar los datos correspondientes a los componentes de vigilancia clínica, de laboratorio y epidemiológico consignando la condición de fallecido si corresponde y el antecedente de vacunación antigripal según corresponda.³⁶

³⁶ MSAL. Infecciones respiratorias agudas. Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para prevención y control. Link: [guia_para_la_vigilancia_preencion_y_control_ira-2024.pdf](#)

ALERTAS Y
COMUNICACIONES
INTERNACIONALES

IX. 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 13 al 20 de agosto del 2025.

IX.1. Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas

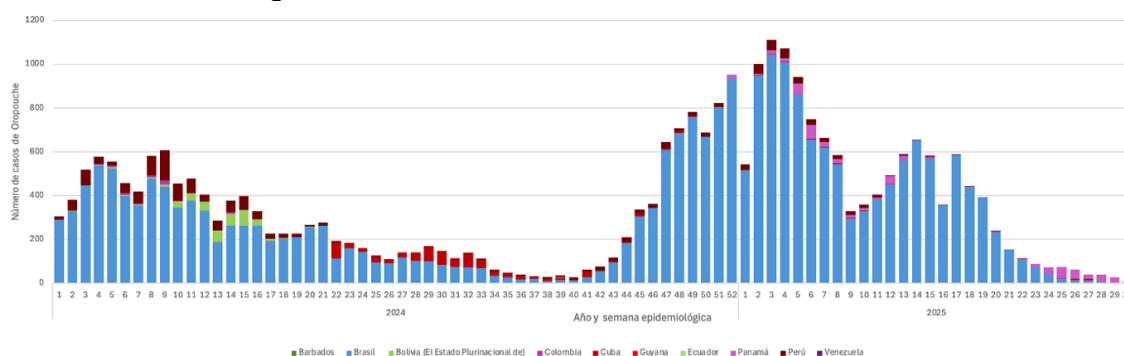
Recibido a través del CNE el 13/08/2025.

IX.1.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN

En el 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 30 se notificaron 12.786 casos confirmados de Oropouche en la Región de las Américas. Los casos confirmados se reportaron en once países de la Región de las Américas: Brasil (n= 11.888 casos), Canadá (n= 1 caso importado), Chile (n= 2 casos importados), Colombia (n= 26 casos), Cuba (n= 28 casos), los Estados Unidos de América (n= 1 caso importado), Guyana (n= 1 caso), Panamá (n= 501 casos), Perú (n= 330 casos), Uruguay (n= 3 casos importados) y Venezuela (República Bolivariana de) (n= 5 casos).

Previamente durante el 2024, se habían notificaron 16.239 casos confirmados de Oropouche, incluidas cuatro defunciones en la Región de las Américas. Los casos confirmados se reportaron en 11 países y un territorio de la Región de las Américas: Barbados (n= 2 casos), el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 356 casos), Brasil (n=13.785 casos, incluidas cuatro defunciones), Canadá (n= 2 casos importados), Colombia (n= 74 casos), Cuba (n= 626 casos), Ecuador (n= 3 casos), los Estados Unidos de América (n= 108 casos importados), Guyana (n= 3 casos), las Islas Caimán (n= 1 caso importado), Panamá (n= 16 casos) y Perú (n= 1.263 casos). Adicionalmente, se reportaron casos importados de Oropouche en países de la Región Europea (n= 30 casos).

Figura 1. Número de casos autóctonos confirmados de Oropouche por país y semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas, Región de las Américas, 2024-2025.



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los respectivos países y reproducidos por la OPS/OMS.

Desde la Actualización Epidemiológica de Oropouche de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) publicada el 11 de febrero del 2025, se notificaron 9.014 casos más confirmados de Oropouche y cinco países adicionales de la Región han presentado casos confirmados (Chile, Colombia, los Estados Unidos de América, Uruguay y Venezuela).

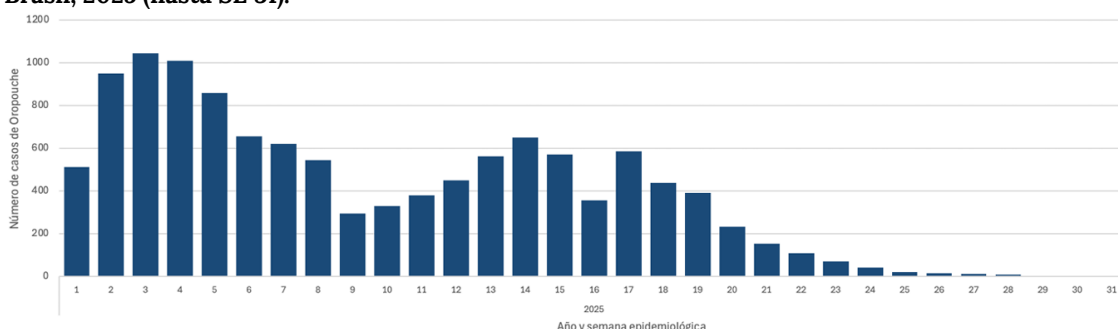
IX.1.B. RESUMEN DE CASOS AUTÓCTONOS CONFIRMADOS DE OROPOUCHE EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS EN 2025

A continuación, se brinda un resumen de la situación en los países que han notificado casos autóctonos confirmados de Oropouche en la Región de las Américas durante el 2025.

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 31 del 2025, se han notificado 11.888 casos de infección por Oropouche (OROV) confirmados por laboratorio. Los casos se han registrado en los estados de Alagoas (n= 5), Amapá (n= 99), Bahía (n= 11), Ceará (n= 693), Distrito Federal (n= 1), Espírito Santo (n= 6.322), Minas Gerais (n= 1.366), Mato Grosso do Sul (n= 1), Pará (n= 10), Paraíba (n= 645),

Pernambuco (n= 2), Piauí (n= 1), Paraná (n= 47), Río de Janeiro (n= 2.497), Rondônia (n= 7), Roraima (n= 1), Santa Catarina (n= 15), São Paulo (n= 143) y Tocantins (n= 22). Los casos identificados en Pará, Maranhão, Piauí, Pernambuco, Mato Grosso, Goiás, Distrito Federal y Rio Grande do Sul presentaron sitios probables de infección en estados con transmisión autóctona (Espírito Santo, Río de Janeiro y Paraíba). En cuanto a las defunciones asociadas a Oropouche en 2025, se informó sobre cinco defunciones asociadas a la infección por OROV en los estados de Espírito Santo (n= 1) y Río de Janeiro (n= 4). En relación, a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, el 52,4% (n= 6.231) corresponden al sexo masculino y la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 30 a 39 años con el 19,1% (n= 2.267) de los casos notificados. Se encuentran aún en investigación cinco casos con complicaciones neurológicas y dos casos de muerte fetal.

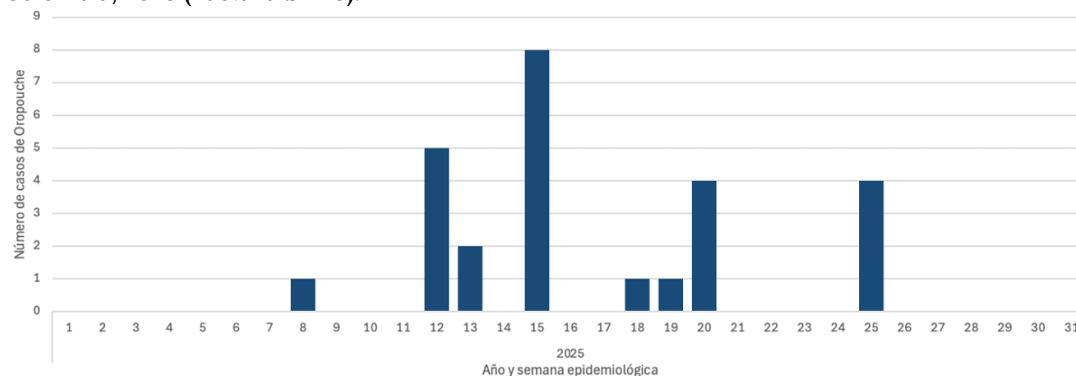
Figura 2. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, Brasil, 2025 (hasta SE 31).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil. Comunicación recibida el 6 de agosto del 2025 mediante correo electrónico. Brasília; 2025. Inédito.

En **Colombia**, entre la SE 1 y la SE 29 del 2025, se han notificado 26 casos de infección por el virus Oropouche confirmados por laboratorio. Estos casos se distribuyen en los departamentos de Vaupés (n= 19), Tolima (n= 4), Córdoba (n= 2) y Huila (n= 1). De los 26 casos confirmados, tres casos presentan antecedentes de viaje a zonas con transmisión del virus: dos casos procedentes del departamento de Córdoba, notificados desde Cundinamarca y Bogotá D.C., respectivamente, y un caso con antecedente de viaje a Tolima, también notificado por Cundinamarca. Hasta la fecha, no se han registrado defunciones ni complicaciones asociadas a la infección por OROV. En cuanto a la distribución por sexo y grupo de edad, el 53,9% (n= 14) de los casos corresponde a hombres. La mayor proporción se presenta en el grupo etario de 11 a 22 años, con un 38,5% (n= 10) del total de casos notificados.

Figura 3. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, Colombia, 2025 (hasta la SE 29).



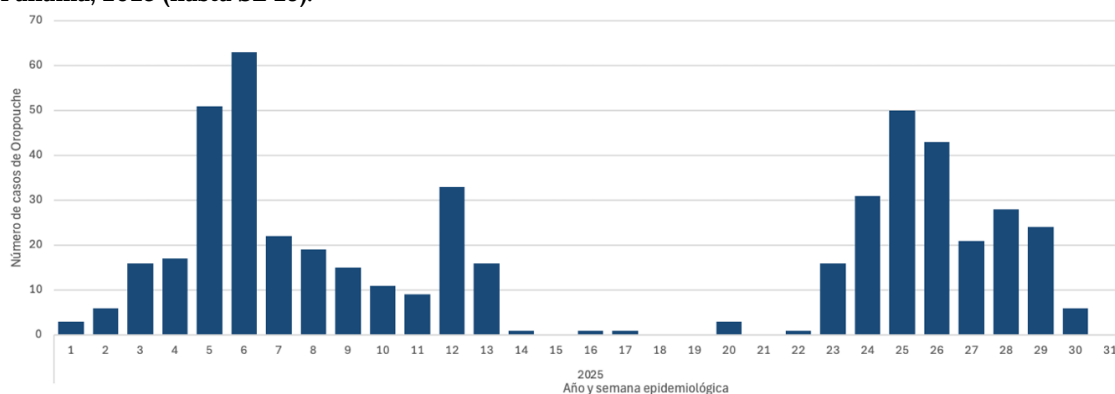
Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Colombia. Comunicación recibida el 1 de agosto del 2025 mediante correo electrónico. Bogotá D.C.; 2025. Inédito.

En **Cuba**, entre la SE 1 y la SE 29 del 2025, se han confirmado 28 casos de Oropouche, por laboratorio. Los casos se distribuyen en las provincias de Pinar del Río (n= 6 casos), Villa Clara (n= 5 casos), Guantánamo (n= 4 casos), La Habana (n= 3), Matanzas (n= 3), Artemisa (n= 2), Cienfuegos (n= 1), Ciego de Ávila (n= 1), Camagüey (n= 1), Las Tunas (n= 1) y Santiago de Cuba (n= 1). En cuanto a la distribución por sexo y grupo de edad, el 71% (n= 20) de los casos confirmados corresponden al sexo femenino y el 28% (n= 8) al masculino. El 96% (n= 27) de los casos confirmados pertenece al grupo de edad de 0 a 54 años. Cuatro casos confirmados presentaron síndrome neurológico: tres casos reportaron meningoencefalitis y un caso encefalitis.

En **Guyana**, entre la SE 1 y la SE 29 del 2025, se notificó un caso confirmado de infección por virus Oropouche. Corresponde a una adolescente de 15 años, residente en la región N°5, sin antecedentes de viaje y con inicio de síntomas el 2 de enero del 2025. El caso fue confirmado por el Laboratorio Nacional de Salud Pública mediante prueba RT-PCR y no requirió hospitalización. Hasta la fecha, no se han reportado defunciones ni complicaciones asociadas a la infección por OROV.

En **Panamá**, entre la SE 1 y la SE 29 del 2025, se han notificado 501 casos de Oropouche confirmados por laboratorio, procedentes de la Provincia de Darién (n= 265) y Panamá Este (n= 236). En cuanto a la distribución por sexo, el 53,7% (n= 269) corresponde al sexo femenino, mientras que la mayor proporción de casos se registró en personas de 25 a 49 años con un 40% (n= 205). Se han registrado 1 defunción asociadas a la infección por OROV en la Provincia de Darién. Se han reportado 3 casos con complicaciones neurológicas: cinco hospitalizaciones con sospecha de síndrome febril agudo neurológico asociado a OROV, de los cuales tres fueron confirmados y en relación con los casos en gestantes, se han identificado cinco mujeres embarazadas con diagnóstico confirmado de OROV y sin casos de transmisión vertical hasta el momento.

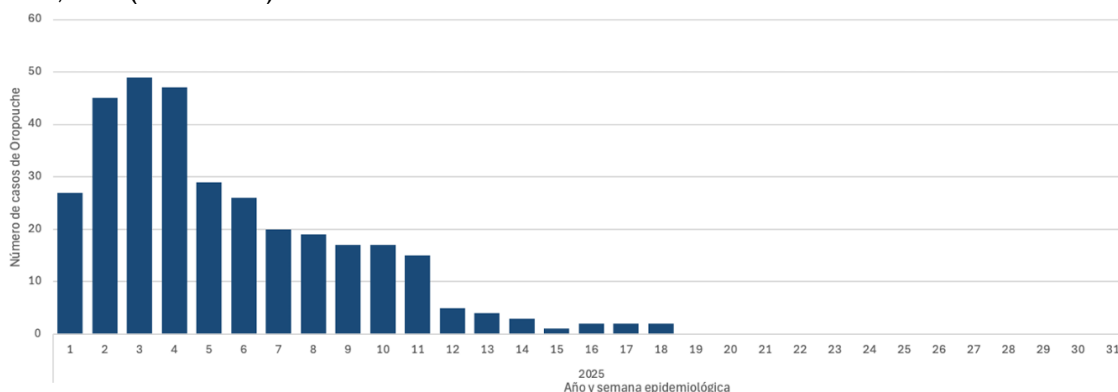
Figura 5. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, Panamá, 2025 (hasta SE 29).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Panamá. Comunicación recibida 5 de agosto del 2025 mediante correo electrónico. Ciudad de Panamá; 2025. Inédito.

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 29 del 2025, se han notificado 330 casos confirmados de Oropouche en ocho departamentos del país. Los departamentos en donde se notificaron los casos confirmados son: Loreto (n= 164), Junín (n= 74), Ayacucho (n= 38), Cusco (n= 23), San Martín (n= 20), Ucayali (n= 7), Cajamarca (n= 3), y Amazonas (n= 1). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, el 55,9% (n= 185) corresponde al sexo femenino, la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 30 a 59 años con el 38,8% (n= 128) de los casos. No se han registrado defunciones ni complicaciones que pudiesen estar asociadas a la infección por OROV.

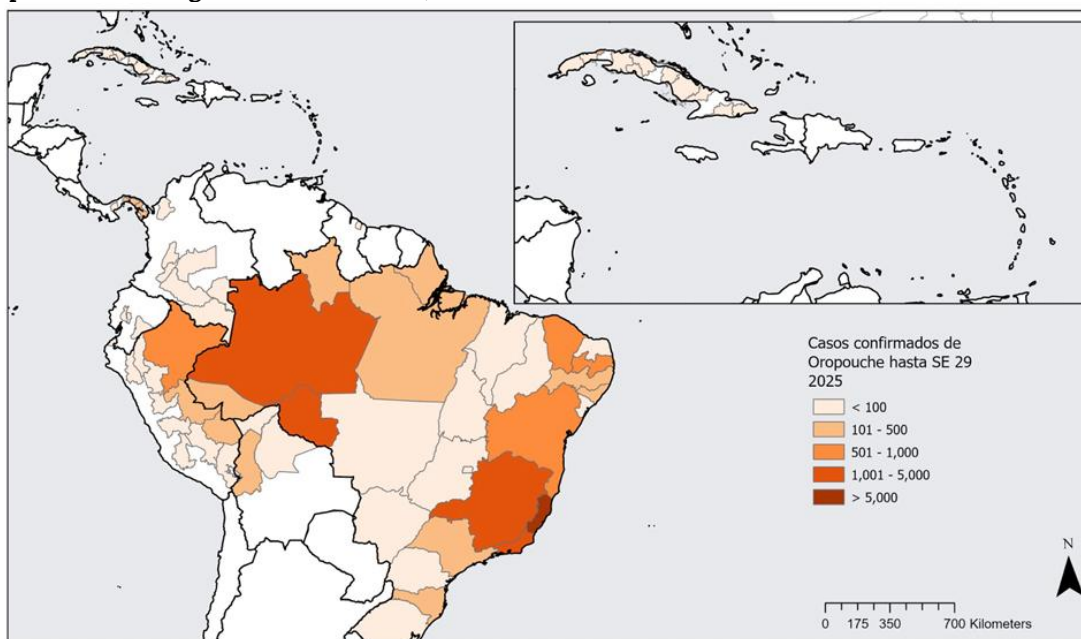
Figura 6. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, Perú, 2025 (hasta SE 29).



Fuente: Adaptado de los datos de Oropouche aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Perú. Información de correo electrónico del 31 de julio del 2025. Lima; 2025. Inédito.

En **Venezuela**, entre la SE 1 y la SE 13 del 2025, se han notificado cinco casos confirmados por laboratorio de Oropouche, de los cuales el 60% ($n=3$) de los casos corresponde a personas menores de 18 años.

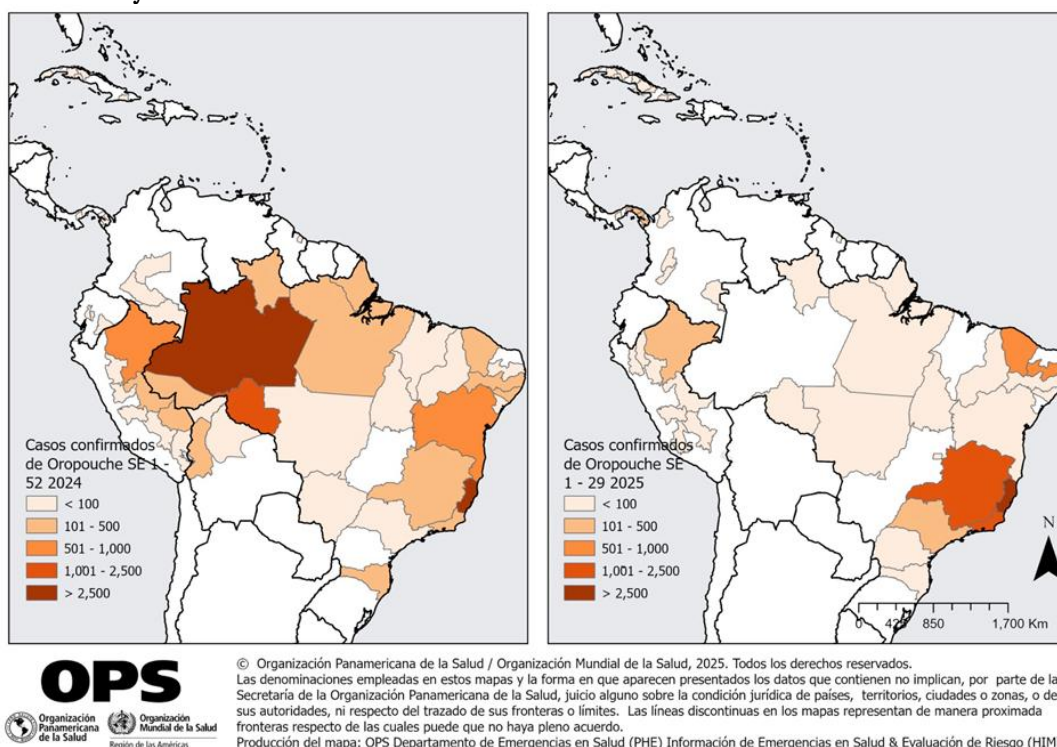
Figura 7. Distribución geográfica de casos confirmados acumulados de transmisión autóctona de Oropouche en la Región de las Américas, 2025.



© Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2025. Todos los derechos reservados. Las denominaciones empleadas en estos mapas y la forma en que aparecen presentados los datos que contienen no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo. Producción del mapa: OPS Departamento de Emergencias en Salud (PHE) Información de Emergencias en Salud & Evaluación de Riesgo (HIM)

**Nota: La información de Brasil se encuentra actualizada hasta SE 30 del 2025. Fuente: Adaptado de los datos aportados por los respectivos países y reproducidos por la OPS/OMS.*

Figura 8. Distribución geográfica de casos de Oropouche de transmisión autóctona en la Región de las Américas. 2024 y 2025.



**Nota: La información de Brasil se encuentra actualizada hasta SE 30 del 2025.*

Fuente: Adaptado de los datos aportados por los respectivos países y reproducidos por la OPS/OMS.

Casos importados en países y territorios en la Región de las Américas en 2025.

En 2025 (hasta SE 29), en la Región de las Américas, la situación en los países y territorios que han reportado solo casos importados de Oropouche se brinda a continuación.

En **Canadá**, entre la SE 1 y la SE 29 del 2025, se ha notificado un caso importado confirmado de Oropouche en la SE 3, con antecedente de viaje a Colombia.

En **Chile**, entre la SE 1 y la SE 29 del 2025, se ha reportado dos casos importados confirmados de Oropouche, ambos casos se reportaron en la Región Metropolitana, con antecedente de viaje a Brasil. Los casos no reportaron complicaciones asociadas a la enfermedad.

En los **Estados Unidos**, entre la SE 1 y la SE 29 del 2025, se reportó un caso importado de Oropouche en el estado de Wisconsin (n=1). El caso tenía antecedentes de viaje a Panamá, el cual fue hospitalizado por enfermedad neuroinvasiva, y posteriormente se recuperó de la enfermedad.

En **Uruguay**, entre la SE 1 y la SE 29 del 2025, se han reportado tres casos importados confirmados de Oropouche, todos los casos tuvieron antecedente de viaje a Brasil. Los casos no reportaron complicaciones asociadas a la enfermedad.

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-oropouche-region-america-13-agosto-2025>

IX.2. Poliovirus derivado de la vacuna tipo 1 en circulación – Israel

El 4 de agosto de 2025, la OMS recibió una notificación en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Punto Focal Nacional (PFN) para Israel, informando la declaración de un brote de poliovirus derivado de la vacuna tipo 1 en circulación (cVDPV1) en el país. Entre febrero y julio de 2025, se detectaron nueve aislados de VDPV1 genéticamente relacionados en muestras ambientales recolectadas en siete sitios de muestreo, cuatro de los cuales no se superponen geográficamente en el distrito de Jerusalén y la Región Central. Los análisis de laboratorio y la secuenciación genómica completa (WGS) indican que estos virus están genéticamente relacionados entre sí y con múltiples virus de tipo Sabin detectados en muestras ambientales desde octubre de 2024. Al 8 de agosto de 2025, el cVDPV1 se ha detectado únicamente en muestras ambientales, sin haberse reportado casos de parálisis en esta etapa. Sin embargo, la evidencia actual respalda la clasificación de este evento como un brote de cVDPV1 con transmisión comunitaria sostenida.

Previo a este brote, un virus Sabin-like tipo 1 (SL1), relacionado con los virus SL1 detectados en la vigilancia ambiental, fue la causa de un caso de parálisis flácida aguda (PFA) en un adolescente de 17 años no vacunado de Jerusalén, reportado el 23 de diciembre de 2024 y clasificado como poliomielitis paralítica asociada a la vacuna (VAPP).

Israel suspendió el uso rutinario de la vacuna oral bivalente contra la polio (bOPV) en marzo de 2025, pero continúa administrando cuatro dosis de la vacuna inactivada contra la polio (IPV) como parte del esquema de inmunización rutinaria hasta los 12 meses de edad. Las Estimaciones de Cobertura Nacional de Inmunización de la OMS/UNICEF para tres dosis de IPV en 2024 fueron del 98%. Sin embargo, la cobertura de vacunación en Jerusalén es notablemente más baja y se encuentra por debajo del umbral recomendado por la OMS, necesario para mantener una inmunidad poblacional suficiente y prevenir la transmisión del poliovirus.

Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON578>

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

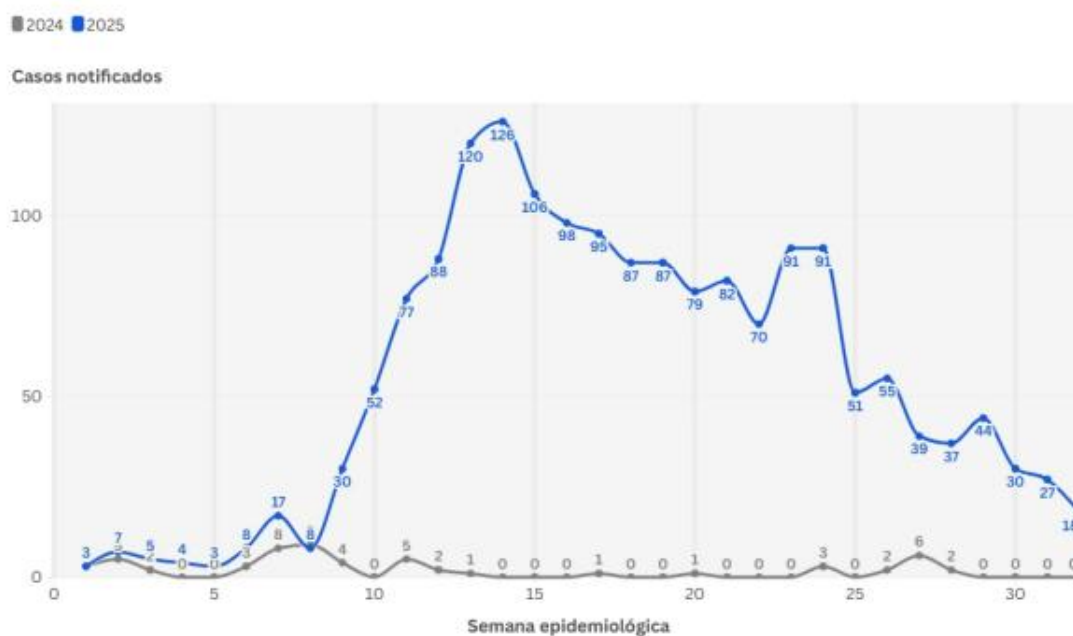
X. Boletines Jurisdiccionales

X.1. Buenos Aires: Sarampión

Desde la SE 9, luego de la alerta epidemiológica emitido por el Ministerio de Salud de la Nación y el avance del brote en CABA, se observó un aumento progresivo de la notificación de casos sospechosos, alcanzando su punto máximo en las semanas 13 y 14 (23 de marzo a 15 de abril), otro pico en las semanas 23 y 24 (1 al 14 de junio), seguida de una caída sostenida.



Casos de EFE notificados al Sistema Nacional de Vigilancia. PBA. Años 2024 (n=59) - 2025 (n=1728), hasta SE 32 (parcial).



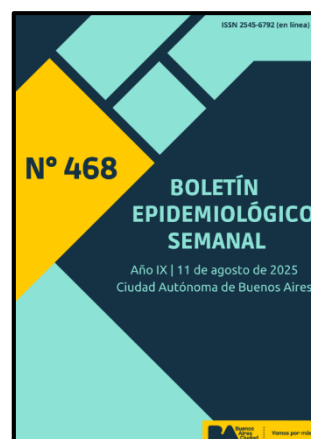
Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

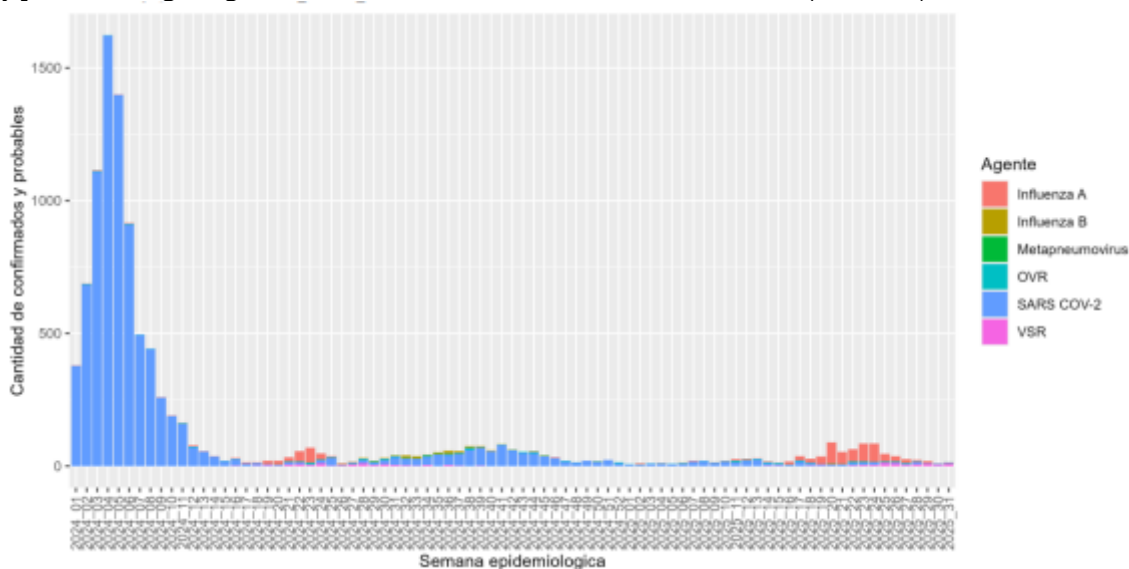
https://www.gba.gov.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

X.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.



Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias en eventos ambulatorios. Casos confirmados y probables según agente identificado Residentes CABA. Años 2024-25 (N = 10224)



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

Para más información:

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

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

Desde la semana epidemiológica (SE) 01/2025 hasta la SE 32/2025, se notificaron 1.248 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, 19 casos a virus SARS-CoV-2 y 109 casos de virus sincitial respiratorio (VSR), mientras que en 774 pacientes no fueron detectados virus respiratorios. (Tabla 1)



Tabla 1: Casos notificados y confirmados a Influenza y SARS-CoV-2. SE 01 a SE 31 de 2025. Entre Ríos

CASOS NOTIFICADOS	CONFIRMADOS INFLUENZA A	CONFIRMADOS INFLUENZA B	CONFIRMADOS SARS-CoV-2	DESCARTADOS
1.248	137	3	19	774

Fuente: SNVS 2.0

Del total de notificados, 22 pacientes resultaron positivos a otros virus respiratorios (Tabla 2).

Tabla 2: Casos notificados y confirmados a otros virus respiratorios. SE 01 a SE 31 de 2025. Entre Ríos.

CASOS NOTIFICADOS	VSR	ADENOVIRUS	PARAINFLUENZA 1 PARAINFLUENZA 2 PARAINFLUENZA 3	METANEUMO VIRUS HUMANO	RINOVIRUS	ENTEROVIRUS	DESCARTADOS
1.248	109	6	12	1	2	1	774

Fuente: SNVS 2.0

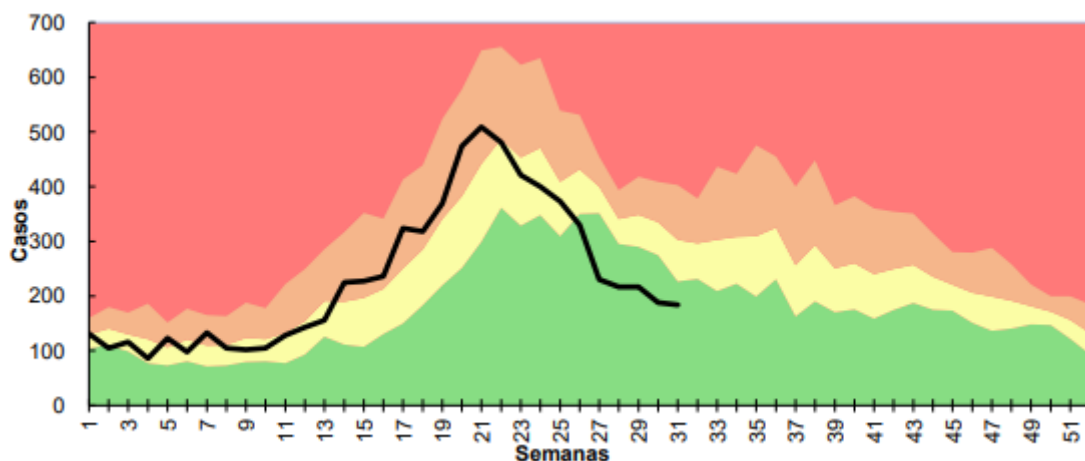
Para más información: <https://portal.entrerios.gov.ar/salud/pf/deptovigilancia/9957>

X.4. Salta: Bronquiolitis

Las notificaciones de Bronquiolitis disminuyeron, el corredor endémico continúa en zona de éxito. Se registraron 184 casos en la SE 31 del 2025.



Corredor endémico semanal de bronquiolitis en menores de 2 años. Periodo 2018 a 2024. SE 31 de 2025. provincia de salta. (n=7.252*)



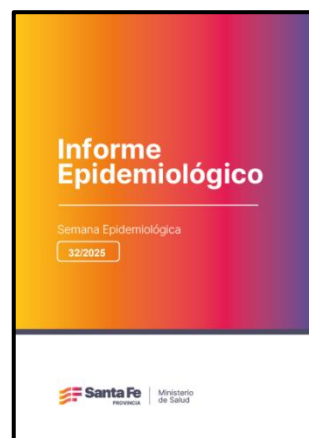
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y registro de casos y tasas "Anuario estadístico Provincia de Salta, periodo 2010-2018"

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

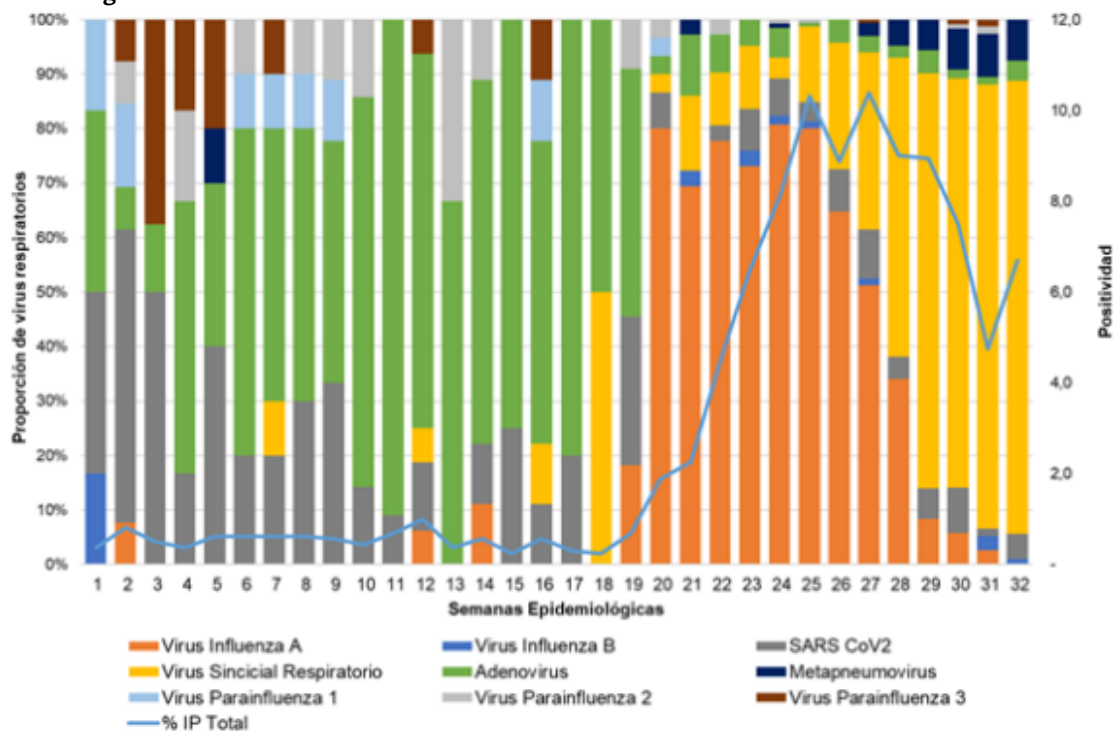
X.5. Santa Fe: Situación de Sars-CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios (OVR) de importancia clínica en pacientes internados

Según el porcentaje de positividad se puede observar que a partir de la SE19 se incrementaron los casos de influenza A, con predominio de influenza A H1N1. Los casos positivos de Influenza B en internados, se notificaron en SE 1, SE 21, SE 23, SE 24, SE 25, SE 27, SE 31 y SE32.

Por otro lado, se informan casos positivos de SARS CoV-2 en todas las semanas, con excepción de la SE 13, SE 18 y SE 21. Respecto al Virus Sincial Respiratorio (VSR) se notificaron casos en forma aislada en las SE7, SE 12, SE 16 y SE 18 y de manera consecutiva desde la SE 20 hasta la SE 32, registrándose un aumento en las últimas SE. Los casos positivos de Adenovirus fueron informados desde la SE 1 hasta la SE 32.



Distribución de casos positivos de Virus respiratorios en pacientes internados IRA según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 32 - Año 2025.



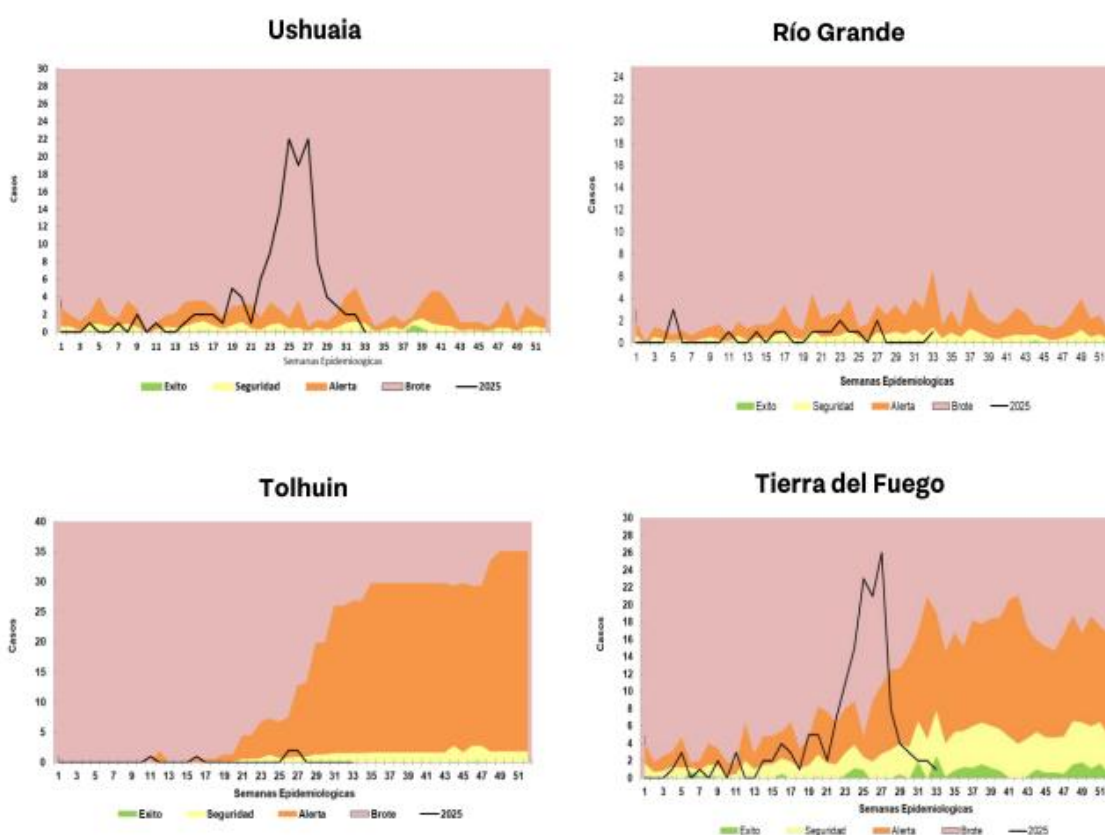
Fuente: Elaboración del Área de Análisis de información e Investigación en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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)

X.6. Tierra del Fuego: Varicela

A nivel provincial, con 153 casos acumulados, la incidencia se ubica en la zona de éxito. En Ushuaia, con 130 casos acumulados, la incidencia se encuentra en zona de seguridad. Se observa un descenso de casos a partir de la semana epidemiológica 28. En Río Grande, con 107 casos acumulados, la incidencia se ubica en zona de seguridad. En Tolhuin, se registraron 6 casos en lo que va del año, ubicándose la incidencia en zona de seguridad.



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

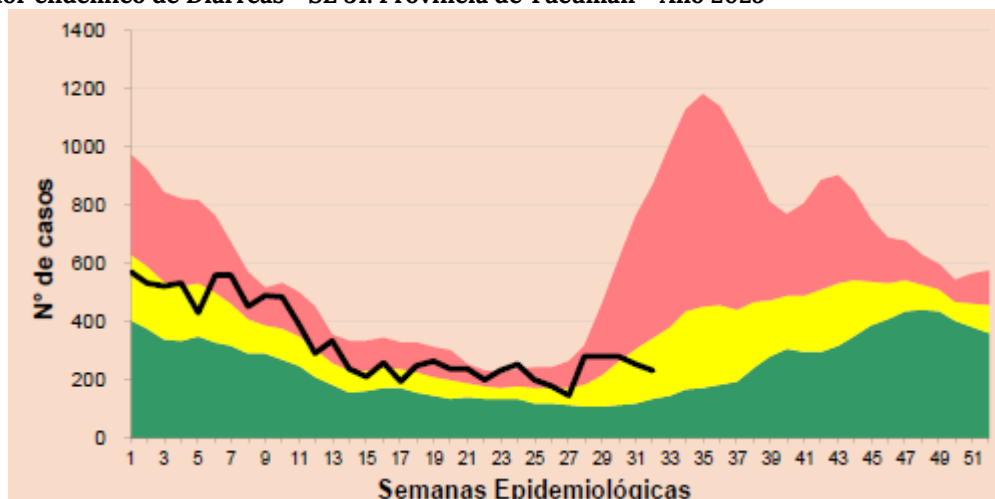
X.7. Tucumán: Diarreas

Las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo uno de los problemas más serios en salud pública, constituyendo una de las principales causas que podría evolucionar en un desenlace fatal en niños menores de 5 años.

En la semana epidemiológica 32 se notificaron 232 casos de diarreas en menores de 5 años.



Corredor endémico de Diarreas - SE 31. Provincia de Tucumán - Año 2025



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología.

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **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	Esporotricosis Animal	Evento	Clasificación Manual de caso	Se adiciona la opción: "Caso descartado"
		Clínica	Signo/síntoma	Se adicionan las opciones "Fiebre", "Estornudos", "Lesiones almohadillas plantares", "Síntomas respiratorios y pulmonares", "Lesiones mucocutáneas", "Lesiones oculares", "Otras lesiones cutáneas ulceradas", "Nódulos subcutáneos ulcerados", "Debilidad", "Leucocitosis", "Adenomegalia parcial".
			Tratamiento	Se adicionan las opciones: "Terbinafina (cutánea/linfocutánea)", "Itraconazol (en compromiso osteoarticular en inmunocompetentes)", "Solución salina de yoduro de potasio (en enfermedad cutánea)", "Ketoconazol", "Anfotericina B".
			Estadios clínicos	Se adicionan las opciones: "Esporotricosis cutánea fija", "Esporotricosis cutánea diseminada", "Linfocutánea", "Mucosa (nasal y/u ocular)", "Extracutánea", "Pulmonar", "Sistémica/Sistémica diseminada".

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
Agosto		Epidemiológica	Comorbilidades	Se adicionan las opciones: "Virus de la inmunodeficiencia felina FIV", "Virus de la leucemia felina VLF".
			Antecedentes epidemiológicos	Se adicionan las opciones: "Reside en zona rural", "Hábitos domiciliarios con acceso al exterior de la vivienda", "Hábitos domiciliarios sin acceso al exterior de la vivienda".
			Muestras	Se adicionan las opciones: "Biopsia", "Suero", "Escaraficaciones", "Materia fecal".
		Laboratorio	Determinación	Se adicionan las opciones: "Detección de ADN de Sporothrix spp" a "Detección de ADN de Sporothrix en muestras clínicas". Para determinación "Observación de estructuras fúngicas" se quitó: "Directo". Para "Observación de estructuras fúngicas", se adicionó la opción: "Coloración calcofluor", para "Detección genérica de ADN fúngico en muestras clínicas" Se adiciona la opción: "PCR panfúngica", para "Identificación de género/especie" Se adicionan las opciones: "Macro y micromorfología", "Termoconversión", "Maldi Tof", "Secuenciación", "PCR especie específica".
			Resultados	Se adicionan las opciones: "Sporothrix Brasilens", "Sporothrix globosa", "Sporothrix schenckii ss", "No identificable", "Prueba no válida".

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
Agosto	Monitoreo de SARS-COV-2, Influenza y VSR en ambulatorios	Clínica	Clasificación manual	Se adiciona la opción "ETI sin muestra" NOTA: debe utilizarse para la notificación nominal de casos de ETI no estudiados por técnica molecular (Casos que cumplen con la definición de caso y no fueron incluidos en el muestreo semanal de ETI)
Agosto	Influenza aviar seguimiento de expuestos	Clínica	Resultado de tratamiento	Se adicionan las opciones: "En curso", "Completo", "Abandono por efectos adversos" y "No corresponde"

XII. Taller regional de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de Brotes. Región SUR



Desde la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se dio inicio esta semana al Taller Regional de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de Brotes para la Región del SUR. El taller se brindó en las oficinas de UNICEF, sito en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Participaron de la tercera cohorte equipos técnicos de las provincias de Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego quienes se reunieron en un espacio de formación, intercambio técnico y trabajo colaborativo.

El objetivo principal de esta capacitación fue fortalecer las capacidades regionales en vigilancia epidemiológica, investigación y respuesta ante brotes, promoviendo una actuación oportuna y eficaz ante eventos de importancia en salud pública. Para ello, se convocaron perfiles que no solo integran los equipos de vigilancia provincial, sino que también cumplen funciones de capacitación y coordinación en sus respectivas jurisdicciones, con la intención de replicar y multiplicar los aprendizajes en sus territorios.

El curso se desarrolló bajo una modalidad de taller intensivo, combinando presentaciones magistrales, análisis de casos reales, ejercicios prácticos, material de lectura y una instancia evaluativa. Esta dinámica permitió generar espacios de reflexión y debate en torno a los desafíos actuales de la vigilancia, así como reforzar herramientas conceptuales y operativas.

El encuentro representó un paso clave para consolidar una respuesta regional articulada ante brotes y eventos sanitarios, con el compromiso de continuar fortaleciendo el trabajo conjunto y sostenido entre los equipos provinciales, nacionales y los organismos internacionales.