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

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **759**

Semana epidemiológica 22
AÑO 2025
Desde 25/05 al 31/05
Fecha de publicación
09/06/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD · REPÚBLICA ARGENTINA

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Alejandro Alberto VILCHES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Autores de este boletín

EVENTOS PRIORIZADOS

Sarampión: Federico M. Santoro[1], Tamara Wainzinger[1], M. Agustina La Regina Coce[1], Manuel González Picasso[1], Julián Antman[1], Cecilia González Lebrero[1].

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

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

Brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado: Yasmin El Ahmed[1], Julián Antman[1], Cecilia González Lebrero[1], Carlos Giovacchini[9], Alejandra Corso[10], Fernando Pasteran[10], Juan Manuel de Mendieta[10], Paulina Marchetti[10], Alejandra Menocal[10], Diego Faccone[10], Ezequiel Albornoz[10], Celeste Lucero[10], Melina Rapoport[10], Belén Sanz[10], Nahir Gattoni[10], Sonia Gomez[10], Tomas Poklepovich[11], María Sol Haim[11], Mónica Prieto[12], Ariel Gianecini[12], y Lucia Cipolla[12].

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

Hantavirus – Actualización informe epidemiológico: Julián Antman[1], Antonella Vallone[1], Melisa Laurora[1], Esteban Couto[2], Celeste Castillo[3], Laura Geffner[3], Alejandra Gaiano[3], Valeria Martinez[13], Julia Brignone[4], Carina Sen[4], María Laura Martin[4], Anabel Sinchi[4], María Alejandra Morales[4].

Mpox – Actualización informe epidemiológico: Antonella Vallone[1], Silvina Moisés[1], Tamara Wainzinger[1], María Marta Iglesias[1]

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES

Ignacio Di Pinto[1].

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES

Irene Oks[1].

HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y RESPUESTA

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

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

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

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

[1] Dirección de Epidemiología.
[2] Instituto Nacional de Medicina Tropical.
[3] Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades transmitidas por vectores.
[4] Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui”, INEVH-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[5] Servicio Meteorológico Nacional.
[6] Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio, Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental.
[7] Equipo de Epidemiología en Salud Mental, Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental.
[8] Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, “Emilio Coni”, INER- ANLIS “Carlos G. Malbrán”.
[9] Departamento de Epidemiología, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[10] Servicio de Antimicrobianos, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI–ANLIS “Carlos G. Malbrán”.
[11] Unidad Operativa Centro Nacional de Genómica y Bioinformática - ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[12] Servicio Bacteriología Especial, INEI – ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.
[13] INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

Agradecimientos:

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

Imagen de tapa:

El Hantavirus es una enfermedad grave y potencialmente mortal que afecta los pulmones. Los síntomas suelen aparecer entre una y ocho semanas después del contacto con un roedor infectado. O. longicaudatus. Foto aportada por Luciana Piudo.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°759, SE 22.

I. Editorial del BEN 756

En el marco de un proceso sostenido de transformación, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) consolida una nueva etapa editorial. Desde el lanzamiento de su versión renovada en el BEN N.°740, cada edición ha buscado profundizar no sólo el acceso y la calidad de los datos, sino también el sentido estratégico de la información producida para la toma de decisiones en salud.

En esta edición, el BEN se publica en un contexto de creciente visibilidad pública. No sólo es tomado por todas las jurisdicciones del país o ámbitos académicos y referencias en espacios de formación profesional, sino que, en particular, se ha tomado en numerosas notas en medios de comunicación. Este hecho da cuenta del interés que despierta la herramienta. Desde la Dirección de Epidemiología celebramos esa expansión como un avance relevante, no sólo por el reconocimiento, sino porque reafirma el valor de una epidemiología pública, situada y comprometida con la transformación. Al mismo tiempo, esa visibilidad nos interpela sobre la forma en que circula la información y la necesidad de fortalecer narrativas rigurosas, técnicamente válidas, éticamente responsables y profesionalmente honestas.

Desde la incorporación de la nueva estética y la presentación de los ENO seleccionados con alertas frente a la mediana 2020-2024, hasta la creación de la sección "Actualización periódica de eventos", esta etapa del BEN ha permitido la publicación de 24 informes epidemiológicos específicos: 17 de ellos corresponden a eventos abordados por primera vez y 7 a actualizaciones que profundizan análisis previamente presentados. Estos informes representan una apuesta concreta por problematizar los fenómenos de manera constante, caracterizando su evolución en el tiempo y su distribución territorial, y proponiendo medidas técnicas integradas.

En esta línea, el boletín se sigue construyendo como una herramienta en tensión: entre la técnica y la política, entre la comunicación y la gestión, entre la necesidad de síntesis y la complejidad de los fenómenos. Nos interesa promover una mirada crítica sobre los problemas sanitarios, entendiendo que lo que definimos como tales surge de arduos procesos de identificación, evaluación y priorización. Estos procesos implican múltiples actores y perspectivas, y reclaman respuestas que no se reduzcan a recetas únicas ni a lecturas fragmentadas.

Frente a abordajes lineales o simplistas, el BEN aspira a tejer un entramado colectivo de conocimiento y acción. Cada edición aporta un hilo a esa trama, combinando datos, contextos y propuestas que nos permitan no sólo describir lo que sucede, sino también entender sus sentidos y orientar intervenciones con mayor profundidad, responsabilidad y compromiso. Esa tarea es la que asumimos desde la DIREPI en conjunto con todos los equipos jurisdiccionales, convencidos de que la información epidemiológica debe ser una herramienta compartida para comprender mejor y actuar con mayor eficacia sobre los procesos de salud que atraviesan a nuestras comunidades.

¡Hasta la próxima!

Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología

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

II. Sobre este BEN

El Boletín Epidemiológico Nacional N.º 759, correspondiente a la Semana Epidemiológica 22 (del 25 al 31 de mayo de 2025), continúa consolidando una estrategia de vigilancia técnicamente rigurosa, situada y orientada a la acción, que busca visibilizar temas prioritarios en la agenda epidemiológica nacional a través de datos sistematizados, análisis contextualizados y herramientas de intervención.

En esta edición se actualiza, como en números anteriores, la situación epidemiológica de sarampión, dengue e infecciones respiratorias agudas. En el caso de sarampión, se profundiza el análisis de las cadenas de transmisión en curso, con énfasis en los vínculos con casos importados, la distribución territorial y los indicadores de vigilancia. El abordaje de dengue incluye la situación histórica, regional y nacional, la caracterización por serotipos, la temporalidad de la transmisión y la incidencia durante el embarazo. En cuanto a las infecciones respiratorias agudas, se continúa con la presentación de datos de vigilancia centinela, vigilancia universal por laboratorio y caracterización genómica de influenza.

Se actualiza también la información sobre el brote de enfermedad invasiva asociado a fentanilo contaminado, con mayor detalle sobre la evolución clínica de los casos, los aislamientos bacterianos identificados y el avance de la investigación en curso.

En la sección de actualización periódica de eventos, se incluyen nuevos informes sobre hantavirosis y sobre mpox, con la situación actualizada a nivel nacional, regional y global.

El apartado de Alertas y Comunicaciones Internacionales informa sobre fiebre amarilla y coqueluche en la Región de las Américas, en línea con las alertas recientes de la OPS/OMS. Además, se destacan contribuciones jurisdiccionales y se continúan difundiendo herramientas normativas y formativas destinadas al fortalecimiento de la vigilancia. En esta edición, se incluyen actualizaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0, detalles del concurso de la residencia nacional en epidemiología y nuevas ediciones de los cursos virtuales del Ministerio de Salud.

Con cada entrega, el BEN refuerza su papel como insumo público para la toma de decisiones, construido colectivamente por equipos de todo el país, y como herramienta de fortalecimiento técnico y político de la vigilancia en salud pública.

Contenido

I. Editorial del BEN 756 **5**
II. Sobre este BEN **6**

TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS **10**
III. Tablas de ENO seleccionados **11**
III.1. Nota metodológica 11
III.1.A. Sobre la construcción de las tablas 11
III.1.B. Notas adicionales a tener en cuenta 12
III.2. Eventos nominales confirmados 12
III.3. Eventos nominales notificados y confirmados 13
III.4. Eventos agrupados clínicos 14
III.5. Eventos agrupados laboratoriales 15
III.5.A. Sobre la construcción de esta tabla 15

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.3. Situación actual en Argentina 21
IV.3.A. Descripción de los casos confirmados de Sarampión en Argentina - 2025 22
IV.3.B. Indicadores para la vigilancia epidemiológica 24
IV.4. Recomendaciones para la comunidad 28
IV.5. Recomendaciones para los equipos de salud 28
IV.6. Vigilancia epidemiológica 28
IV.6.A. Definición y clasificación de caso: 29
IV.7. Medidas de prevención 29
IV.8. Medidas ante casos y contactos 30
IV.8.A. Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados: 30
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **32**
V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus 32
V.1.A. Subregión Cono Sur 32
V.2. Situación de dengue en Argentina 35
V.2.A. Situación histórica 35
V.2.B. Plan de preparación y respuesta a epidemias de dengue y otras arbovirosis 37
V.2.C. Temporada actual 37
V.2.D. Distribución según región, jurisdicción y departamento 39
V.2.E. Situación según serotipos circulantes 42
V.2.F. Situación epidemiológica del evento “dengue durante el embarazo” 43
V.2.G. Vigilancia de gravedad y mortalidad por dengue 44
V.2.H. Favorabilidad para brotes de Dengue 45
V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus 47
V.3.A. Situación epidemiológica de fiebre amarilla en argentina 48
V.4. Vigilancia entomológica 48
V.4.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición 49
V.4.B. Evolución IPO e IDH SE32 (2024) –SE15 (2025) 49
V.4.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios 53
VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **55**
VI.1. Situación Actual en Argentina 55
VI.2. Vigilancia centinela de influenza y otros virus respiratorios en casos ambulatorios e internados 55
VI.3. Vigilancia universal de influenza y otros virus respiratorios 56
VI.4. Casos fallecidos con diagnóstico de influenza. 58
VI.5. Caracterización genómica de virus influenza 2024 – 2025 58

VI.6. Situación internacional 59
VI.6.A. Influenza estacional: situación mundial 59
VI.6.B. Influenza estacional: situación regional 59
VI.6.C. Influenza en la interfaz humano - animal: situación regional 60
VI.7. Recomendaciones para equipos de salud 60
VI.8. Vigilancia epidemiológica 61
VI.9. Recomendaciones para la población 61
VI.10. Vacunación antigripal 61
VI.11. Tratamiento antiviral 62
VII. Actualización de estudio de brote de enfermedad invasiva asociada a fentanilo contaminado 64
VII.1. Introducción 64
VII.1.A. Antecedentes 64
VII.1.B. Sobre los aislamientos identificados y las definiciones de caso 65
VII.2. Situación epidemiológica 66
VII.3. Vigilancia epidemiológica 68
VII.3.A. Modalidad de vigilancia y nota metodológica 68
VII.3.B. Objetivos de la vigilancia 68

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS 70
VIII. Hantavirosis - Actualización informe epidemiológico 71
VIII.1. Introducción 71
VIII.2. Situación epidemiológica actual 71
VIII.2.A. Nota metodológica 71
VIII.2.B. situación epidemiológica 72
VIII.2.C. Conclusión 78
VIII.3. Recomendaciones 78
VIII.3.A. Medidas preventivas 78
VIII.3.B. Medidas de bioseguridad dentro del ámbito hospitalario 79
VIII.3.C. Medidas ante casos y contactos 80
VIII.3.D. Medidas ante brotes 82
VIII.4. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Hantavirus 82
VIII.5. Vigilancia epidemiológica 83
VIII.5.A. Modalidad de notificación 83
VIII.5.B. Definiciones de caso 84
VIII.5.C. Definición de brote 86
IX. MPOX – Actualización Informe epidemiológico 87
IX.1. Introducción 87
IX.2. Situación internacional 87
IX.2.A. Situación en África 88
IX.2.B. Situación en las Américas 88
IX.3. Situación en Argentina 89
IX.4. Recomendaciones para el equipo de salud 91
IX.5. Vigilancia Epidemiológica 91
IX.5.A. Definiciones y clasificaciones de caso 92
IX.5.B. Notificación 93
IX.6. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox 93
IX.7. Medidas ante casos sospechosos 94
IX.8. Medidas ante contactos 95

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 96
X. Introducción 97
X.1. Alerta Epidemiológica Fiebre Amarilla en la Región de las Américas 98
X.1.A. Ocurrencia de casos fuera de la región amazónica 98
X.2. Alerta epidemiológica Aumento de tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas 108

X.2.A. Coberturas de vacunación de la Región de las Américas 108
X.2.B. Resumen de la situación por países seleccionados de la Región de las Américas 109

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 112
XI. Boletines Jurisdiccionales 113
XI.1. Buenos Aires: Arbovirosis 113
XI.2. Chubut: Neumonía 114
XI.3. Mendoza – Bronquiolitis 115
XI.4. Salta: Infecciones respiratorias agudas (IRA) 116
XI.5. Santa Fe: Virus respiratorios en pacientes internados con infecciones respiratorias agudas (IRA) 117
XI.6. Tierra del Fuego: Diarrea aguda 118
XI.7. Tucumán: Vigilancia de síndrome febril inespecífico 119

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 120
XII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 121
XIII. Residencia Nacional en Epidemiología y el Concurso de Ingreso 2025. 122
XIII.1. Información detallada sobre la residencia: 122
XIII.1.A. Profesiones habilitadas a concursar: 122
XIII.1.B. Publicación de información definitiva del Concurso Unificado: 122
XIV. 1° Edición del Curso: "Vigilancia y notificación de dengue" 123
XV. 4° Edición del Curso Virtual "Introducción al SNVS 2.0" 124
XVI. 7° Edición: Curso Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud 125

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

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

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

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

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

III.1. Nota metodológica

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

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

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

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

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

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

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

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

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

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

III.2. Eventos nominales confirmados

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

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-22. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-22	2025 Acumulados SE 1-22	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	83	77	-6	-7%
Enf. zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	3.824	7.416	3.592	94%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	181	253	72	40%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	69	84	15	22%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	5	4	-1	-20%
	Cisticercosis	4	4	0	0%
	Escorpionismo o Alacranismo	2.514	4.379	1.865	74%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	257	507	250	97%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	16	30	14	88%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	5	13	8	160%
	Brucelosis	51	51	0	0%
	Hantavirosis	27	31	4	15%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	12	9	300%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	634	664	30	5%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	5	6	1	20%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	2	14	12	600%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	0	20	20	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	0	0	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	4.613	4.613	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	347	347	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	249	249	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	5.564	7.219	1.655	30%

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 1-22. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-22		2025 Acumulados SE 1-22		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enf. prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	1.137	51	1.035	120	-102	-9%	69	135%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	428	1	4.156	33	3.728	871%	32	3200%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	428	0	4.156	1	3.728	871%	1	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	907	367	1.176	380	269	30%	13	4%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	51	0	48	0	-3	-6%	0	N/A
Enf. Transmisibles por vectores	Dengue	79.100	52.579	55.329	16.603	-23.771	-30%	-35.976	-68%
	Encefalitis de San Luis	160	4	212	0	52	33%	-4	-100%
	Fiebre amarilla humana	102	0	124	0	22	22%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	25	0	51	0	26	104%	0	N/A
	Zika	1.379	0	741	0	-638	-46%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	147	52	130	32	-17	-12%	-20	-38%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.291	36	1.299	113	8	1%	77	214%
	Psitacosis	155	29	442	94	287	185%	65	224%
ETMI - Enf. del niño	Chagas agudo congénito	615	27	644	24	29	5%	-3	-11%
	Sífilis Congénita	1.340	405	394	383	-946	-71%	-22	-5%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	2	0	2	N/A	0	N/A
ETMI - Enf. en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1.060	1.015	802	671	-258	-24%	-344	-34%
	Sífilis en embarazadas	4.473	3.967	4.973	4.658	500	11%	691	17%
	Hepatitis B en embarazadas	0	25	54	12	54	N/A	-13	-52%
Hepatitis virales	Hepatitis A	65	14	129	66	64	98%	52	371%
	Hepatitis B	1.166	296	1.359	302	193	17%	6	2%
	Hepatitis C	1.027	507	996	576	-31	-3%	69	14%
	Hepatitis E	21	2	10	1	-11	-52%	-1	-50%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	13.512	10.579	21.522	18.520	8.010	59%	7.941	75%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	236	155	374	291	138	58%	136	88%
Otros eventos de importancia para la salud	Viruela símica (mpox)	5	1	108	29	103	N/A	28	N/A

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

III.4. Eventos agrupados 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 1-22. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-22	2025 Acumulados SE 1-22	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Transmitidas por alimentos	Diarrea	322.602	335.621	13.019	4%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	851	796	-55	-6%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	243	303	60	25%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	29.503	18.845	-10.658	-36%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	421.339	344.542	-76.797	-18%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	24.780	20.911	-3.869	-16%
	Neumonía (sin especificar)	29.560	23.719	-5.841	-20%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	0	2.362	2.362	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	1	1.665	1.664	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	0	11.765	11.765	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	785	784	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	3	2.918	2.915	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	3	2.636	2.633	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	40	14.332	14.292	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	12	2.784	2.772	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	3	1.189	1.186	N/A
	Lesiones por electrocución	0	297	297	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	354	354	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	1	31.184	31.183	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	0	11.260	11.260	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	6	15.949	15.943	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	279	279	N/A
	Otras lesiones en el hogar	2	11.382	11.380	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 1-22. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN DEL MANUAL DE NORMAS	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-22		2025 Acumulados SE 1-22		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	1.739	95	1.462	78	-277	-16%	-17	-18%
	Infección por Mycoplasma genitalium	296	5	278	6	-18	-6%	1	20%
	Infección por Mycoplasma hominis	1.102	108	1.200	163	98	9%	55	51%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	6.849	240	2.271	166	-4.578	-67%	-74	-31%
	Infección por Trichomonas vaginalis	10.719	1.175	6.648	858	-4.071	-38%	-317	-27%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

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

IV.1. Introducción

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

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

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

IV.2. Situación epidemiológica mundial y regional

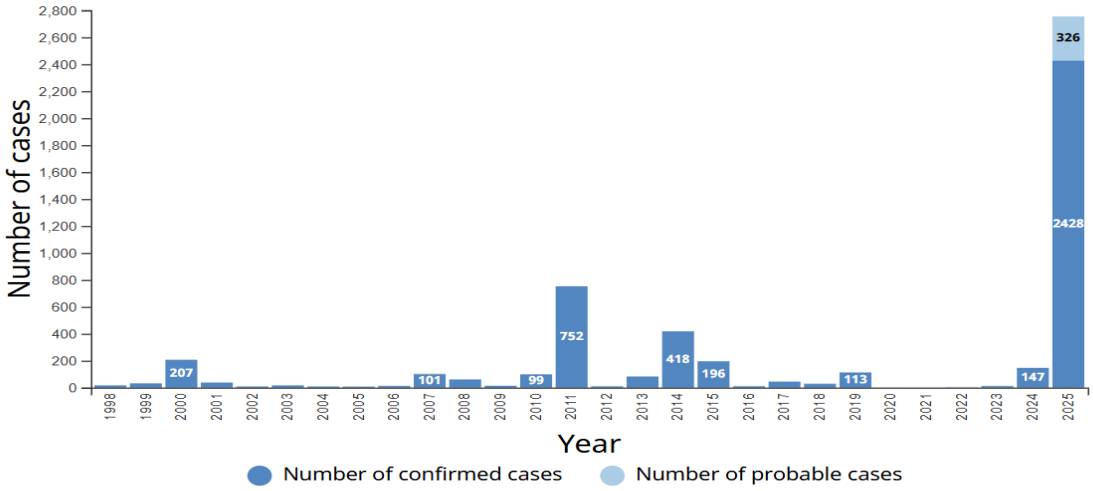
Canadá[5]

En 2025, se han notificado un total de 2.755 casos de sarampión (2.429 confirmados, 326 probables) en 9 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta **el 24 de mayo de 2025.**

En la semana 21 (del 18 al 24 de mayo de 2025), se notificaron 244 nuevos casos de sarampión (233 confirmados y 11 probables) en 5 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Ontario, Saskatchewan).

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

Figura 1. Número de casos de sarampión notificados en Canadá por año de inicio del exantema, desde la eliminación del sarampión (1998) hasta el 24 de mayo de 2025.



Estados Unidos de América [6]

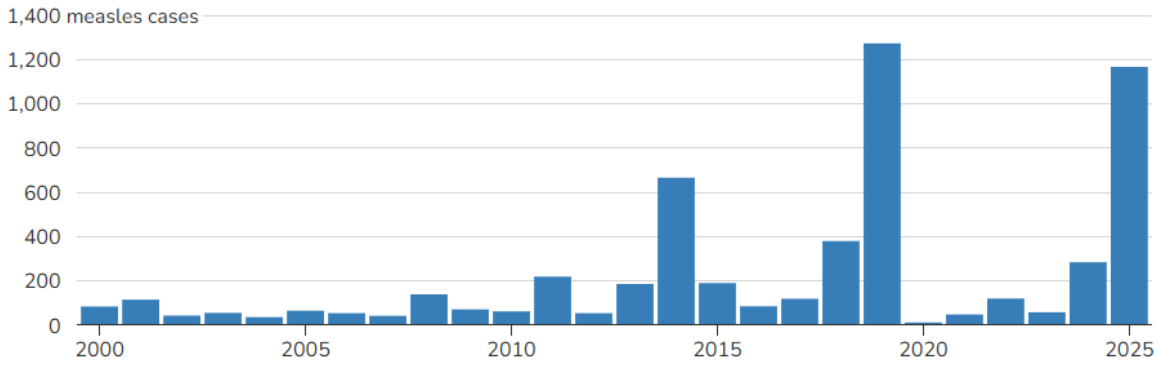
Al 6 de junio de 2025, se notificaron un total de 1.168 casos confirmados de sarampión en 34 jurisdicciones: Alaska, Arkansas, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Pensilvania, Rhode Island, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Vermont, Virginia y Washington.

En 2025 se han notificado 17 brotes, y el 89% de los casos confirmados (1.040 de 1.1168) están asociados a brotes. En comparación, durante 2024 se notificaron 16 brotes y el 69% de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a brotes.

En el 2025 ha habido 3 muertes confirmadas por sarampión.

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

Figura 2. Casos anuales de sarampión. Estados Unidos de América. 2023-2025 (hasta 5/06/25).

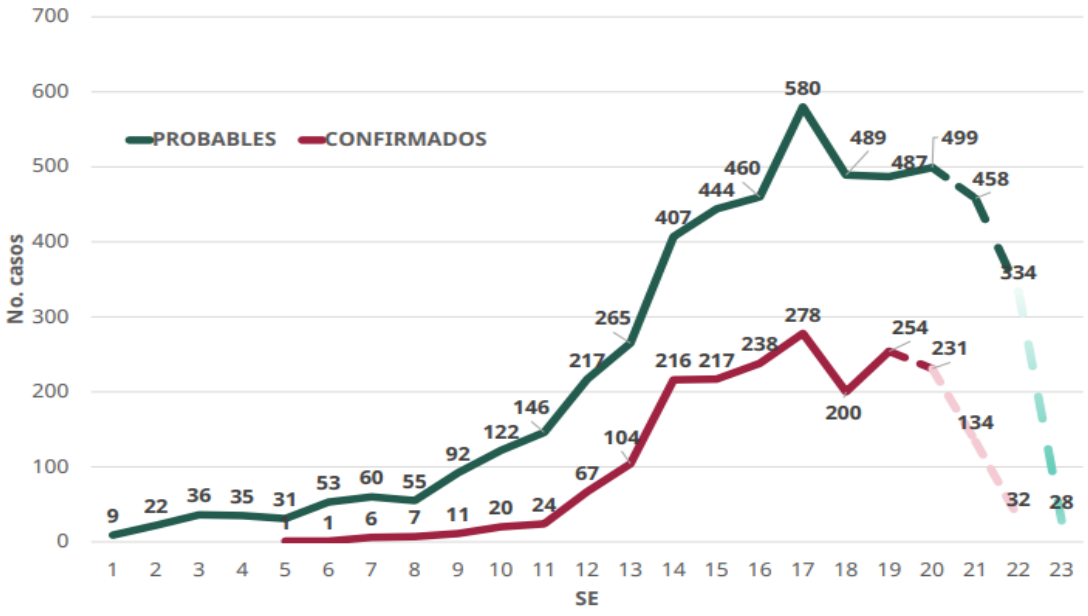


México[7]

Al 4 de junio, se han reportado 2.041 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 94 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 17 estados y 57 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 5 fallecimientos.

Gráfica 1. Casos probables y confirmados de sarampión por semana epidemiológica y fecha de inicio de exantema, México 2025.



[7] https://shorturl.at/KUEqZ

Perú[8]
El Ministerio de Salud emitió la alerta epidemiológica a los servicios de salud del Perú ante el riesgo de importación de casos de sarampión al país, a fin de que se intensifique la vigilancia epidemiológica y las actividades de vacunación.

Esto debido a la confirmación de un (1) caso importado de sarampión en un niño de 11 años con antecedente de viaje a EE.UU., donde uno de sus familiares fue diagnosticado con esa enfermedad.

Detectado el caso, se está realizando el cerco epidemiológico y vacunación a los contactos del menor. Hasta el momento no se han reportado casos sospechosos.

Bolivia[9]
El Ministerio de Salud y Deportes informó que hasta el día 2 de julio hay dos casos de sarampión registrados en 2025. Se informa que se está llevando a cabo la búsqueda activa de contactos y un barrido de al menos 25 manzanos alrededor del domicilio para ejecutar el bloqueo vacunal.

Belice[10]
Al 30 de mayo de 2025 el Ministerio de Salud y Bienestar informa sobre el brote de sarampión en curso. Se recolectaron muestras de 69 personas con fiebre y exantema. Se han confirmado 9 casos por laboratorio y 9 por nexo epidemiológico.

IV.3. Situación actual en Argentina

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 2.136 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el país (Gráfico 1). A partir de la Semana Epidemiológica (SE) 6, coincidiendo con la emisión del alerta epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, se evidencia un aumento progresivo en la notificación de casos, alcanzando su punto máximo en las semanas 12 y 13.

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

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

De los 28 casos restantes, en el momento actual de la investigación, la situación es la siguiente:

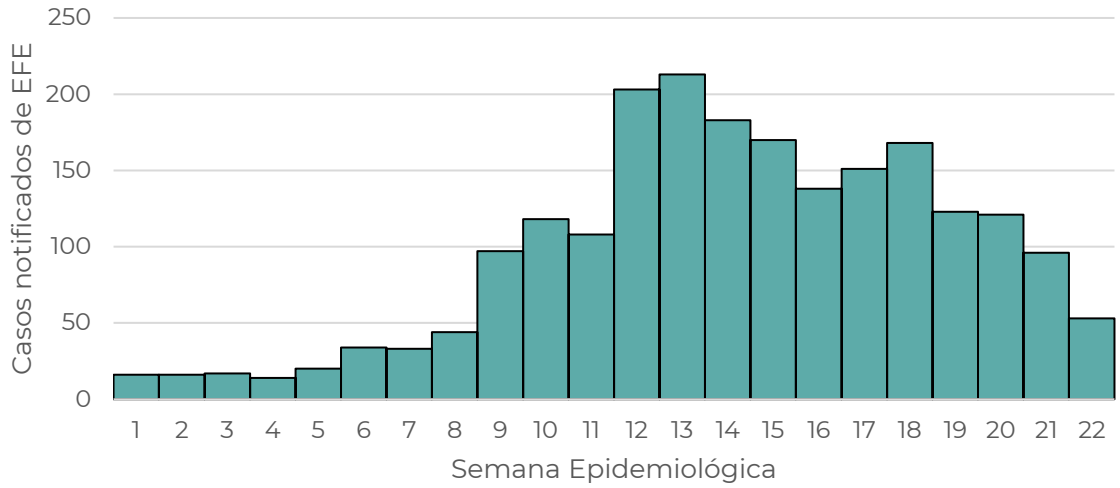
En 3 de ellos existe un vínculo estrecho con los casos importados provenientes de Rusia, ya que vivían en el mismo lugar, 2 trabajaban en un comercio de cercanía y 1 reside a pocos metros del edificio.

En 17 casos, la investigación epidemiológica y/o la genotipificación del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR), permitió inferir que pertenecen a la misma cadena de transmisión de los casos importados de Rusia, considerándolos entonces relacionados con la importación.

Por último, 5 casos continúan en investigación para determinar su posible relación con las cadenas vinculadas a casos confirmados.

[8] *https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias*
[9] https://www.minsalud.gob.bo/8658-bolivia-reporta-segundo-caso-de-sarampion-del-ano-2025-salud-refuerza-la-vigilancia-epidemiologica-y-bloqueo-vacunal
[10] https://www.pressoffice.gov.bz/measles-outbreak-in-belize-public-health-update-2/

Gráfico 1. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE22 de 2025. N= 2136



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

IV.3.A. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPIÓN EN ARGENTINA - 2025

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA):

Se han confirmado un total de 13 casos. Hay cuatro casos importados, dos de los cuales fueron detectados en febrero de este año, y 8 relacionados con los mismos, ya sea por vínculo directo (tres de los casos residen en un mismo edificio ubicado en la Comuna 14, y uno en un edificio a pocos metros) o por transmisión comunitaria ocurrida en la zona o en una sala de espera hospitalaria. De los dos casos importados restantes, detectados en mayo de este año, se encuentra pendiente la genotipificación. De acuerdo con la investigación epidemiológica, los otros casos pertenecen a las comunas 1, 2, 14 y 12.

En uno de los casos confirmados no se pudo establecer vínculo epidemiológico con el resto y no se pudo obtener secuencias genómicas para establecer algún vínculo con las cadenas de transmisión conocidas relacionadas a la importación.

Los casos se distribuyen en un rango de edad de 5 meses a 40 años, con una mayor frecuencia en el sexo femenino (9 mujeres y 4 varones).

Provincia de Buenos Aires (PBA):

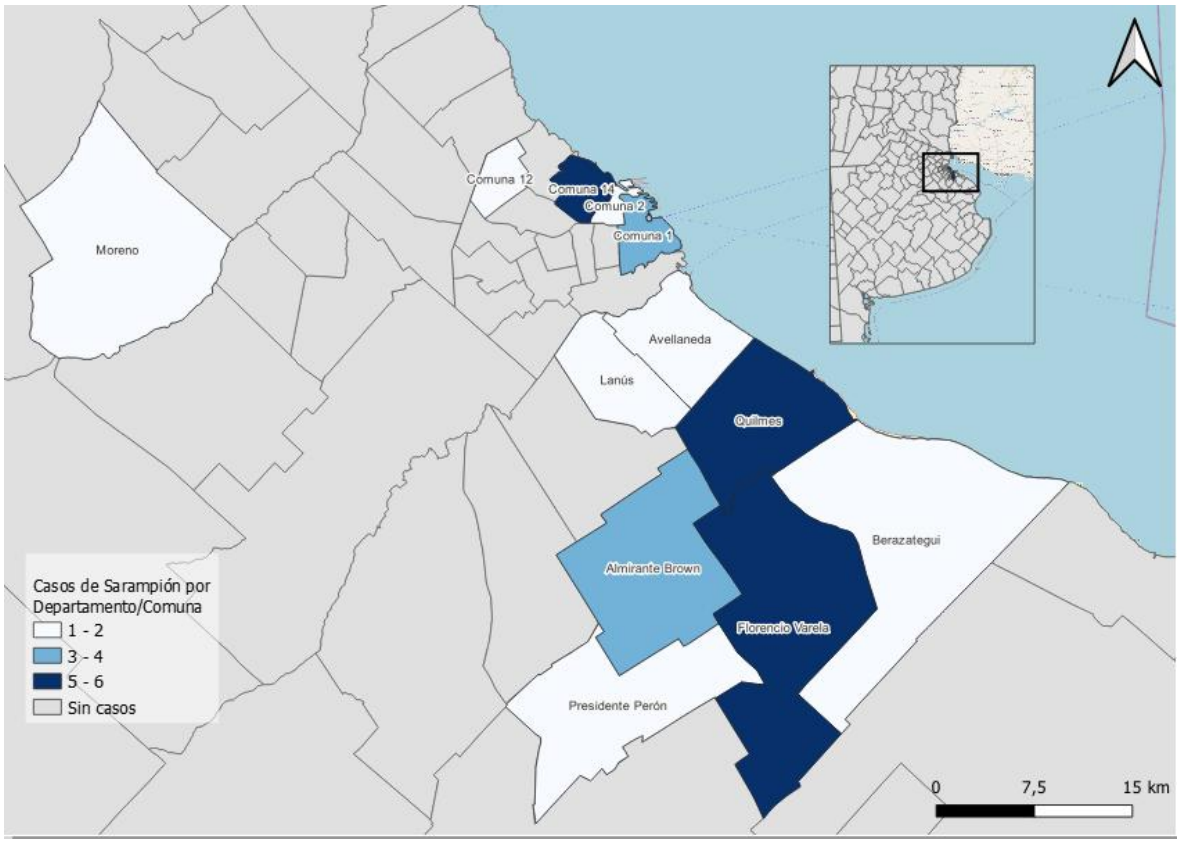
Se han confirmado 20 casos. De éstos, 15 presentan vínculos epidemiológicos con los casos de CABA o entre sí y/o el LNR ha permitido constatar que corresponden a la misma cadena de transmisión a partir de la genotipificación.

Un caso presenta antecedente de viaje a Tailandia, con genotipificación que descarta relación epidemiológica con el resto de los casos y plantea una nueva cadena de transmisión.

En cinco de los casos, aún no ha sido posible determinar el nexo con las cadenas de transmisión conocidas por lo que aún permanecen en investigación.

Los casos se distribuyen en un rango etario de 6 meses a 37 años, con predominio del sexo masculino (4 mujeres y 16 varones).

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

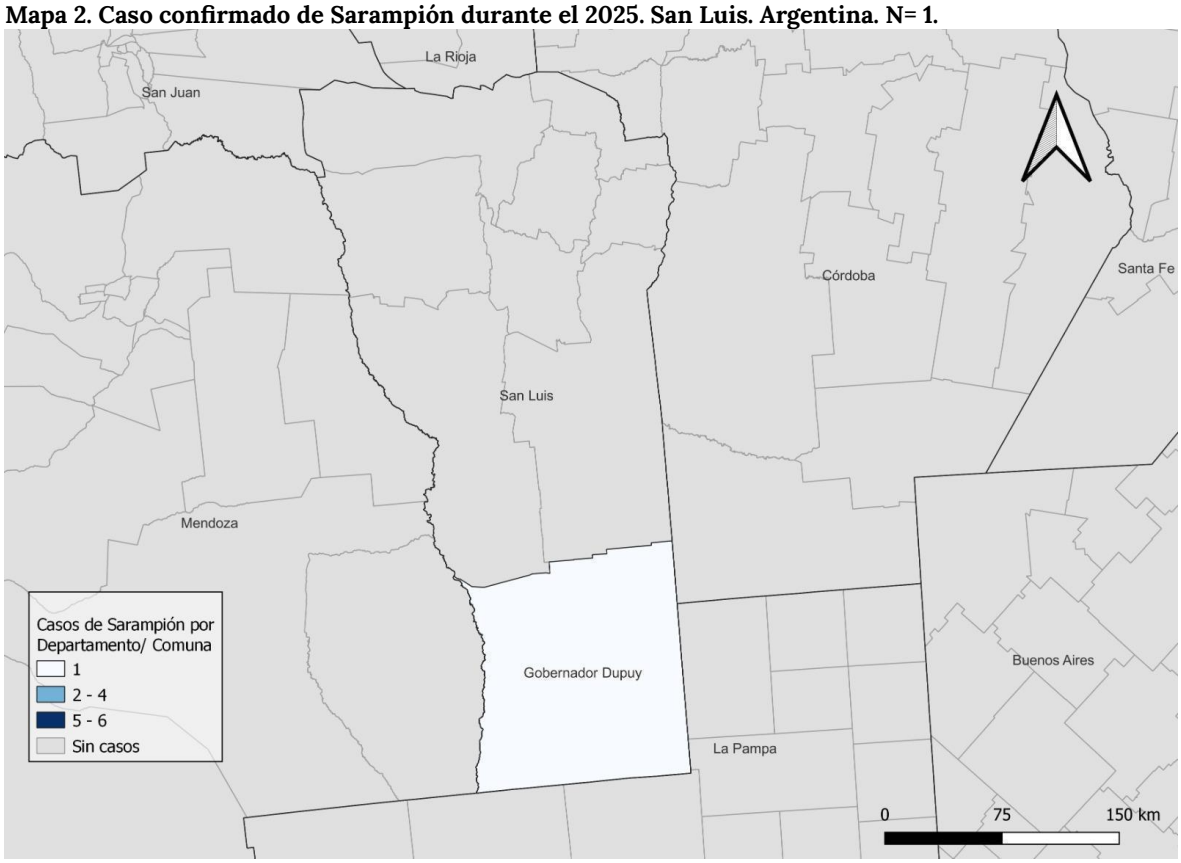


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Provincia de San Luis:

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

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



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

IV.3.B. INDICADORES PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

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

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

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

A continuación, se presenta una tabla con la distribución de casos confirmados y sospechosos por provincia, la tasa esperada por jurisdicción y el grado de cumplimiento de cada una hasta la fecha de corte del informe.

Tabla 1. Distribución de casos notificados y confirmados por jurisdicción en Argentina. Tasa cada 100 mil habitantes y notificaciones esperadas para el período actual. SE1 a SE22 de 2025[11].

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	20	1264	6,9	153	367
CABA	13	541	17,5	26	62
Catamarca		10	2,3	4	9
Chaco		20	1,6	11	25
Chubut		19	2,8	6	13
Córdoba		54	1,4	33	79
Corrientes		5	0,4	10	23
Entre Ríos		34	2,3	12	29
Formosa		1	0,2	5	13
Jujuy		26	3,2	7	16
La Pampa		17	4,6	3	7
La Rioja		1	0,2	3	8
Mendoza		46	2,2	17	42
Misiones		6	0,5	11	27
Neuquén		3	0,4	6	14
Río Negro		6	0,8	7	16
Salta		9	0,6	13	30
San Juan		9	1,1	7	16
San Luis	1	6	1,1	4	11
Santa Cruz		6	1,5	3	8
Santa Fe		35	1	31	73
Santiago del Estero		3	0,3	9	21
Tierra del Fuego		1	0,5	2	4
Tucumán		14	0,8	15	36
Total	**34**	**2136**	**4,5**	**395**	**949**

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

En la tabla precedente se observan 2 situaciones. En primer lugar, las jurisdicciones que presentan notificaciones por encima de lo esperado para la fecha, esto se tiene en cuenta en virtud de las notificaciones esperadas al 24 de mayo a partir de la tasa anual de 2 x 100.000. Así, la provincia de Buenos Aires, en todo el año debería alcanzar las 367 notificaciones y en la actualidad cumplir con al menos 153. Por este motivo, las 1264 que se constatan en esta

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

jurisdicción (en verde) están por encima de lo esperado. De hecho, al igual que CABA, ambas jurisdicciones superaron las notificaciones de todo el año. Por encima de lo esperado también se encuentran: Catamarca, Chaco, Chubut, Córdoba, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santa Cruz y Santa Fe.

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

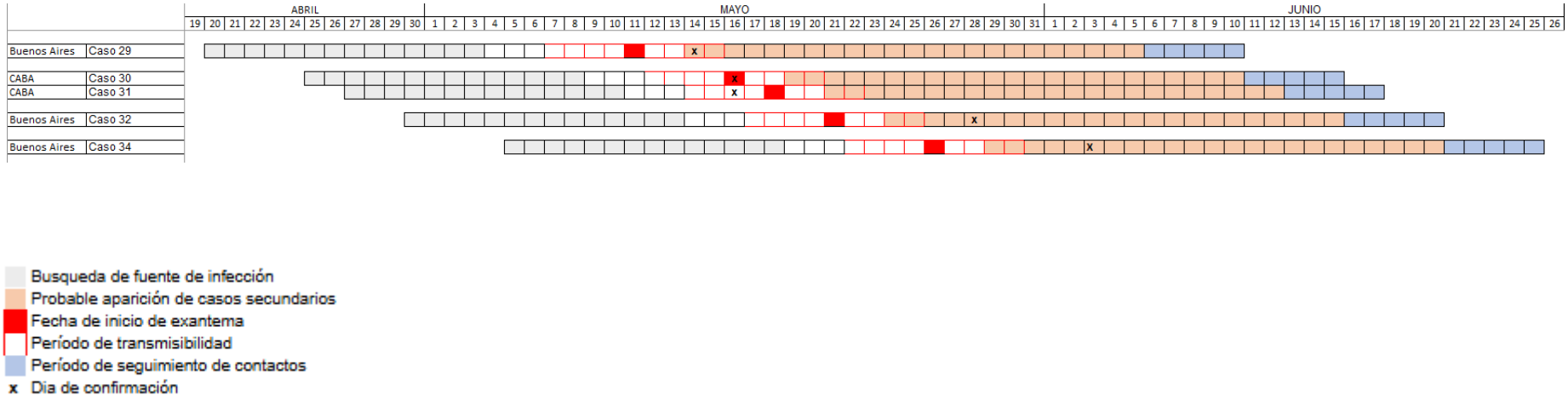
A continuación, se presentan las líneas temporales de los casos confirmados a partir del caso 29, detectado durante el mes de mayo[12]. Las líneas temporales que se presentan juntas corresponden a la misma cadena de transmisión, mientras que las que están separadas corresponden a nuevas cadenas de transmisión.

Al cierre de este informe, 2 casos permanecen en investigación para determinar su posible fuente de infección, y el último caso confirmado se encuentra en estudio en el Laboratorio Nacional de Referencia para identificar genotipo. Cinco casos permanecen en la fase de probable aparición de casos secundarios y seguimiento de contactos.

Veintiún casos fueron confirmados en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS "Carlos G. Malbrán" con identificación del **genotipo B3 DSID 9240**, mientras que el caso con antecedente de viaje a Tailandia fue confirmado con identificación del **genotipo D8 DSID 5963, linaje Patán** y el caso notificado con antecedente de viaje a México se identificó el **genotipo D8 DSID 9171, linaje Ontario** coincidente con la circulación en el estado de Chihuahua. Los últimos dos casos con antecedentes de viaje a Londres se identificaron con el **genotipo B3 DSID 6418, Quetta.**

[12] Para mayor información de los casos previos se pueden consultar los boletines epidemiológicos anteriores.

Figura 1. Líneas temporales de los últimos casos de sarampión que aún pueden dar casos secundarios.



Fuente: Elaboración propia en base a datos brindados por los Ministerios de Salud CABA y PBA

Medidas ante brotes

Las acciones de control de brote se deben realizar dentro de las primeras 48hs., ante todo caso sospechoso sin esperar la confirmación diagnóstica. Todas las instituciones, tanto públicas como privadas, deben notificar al SNVS 2.0 dentro de las 24hs. Se deben realizar las acciones de bloqueo con vacuna triple o doble viral según indicación dentro de las 72hs. o gammaglobulina dentro de los 6 días del contacto.

IV.4. Recomendaciones para la comunidad

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

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

IV.5. Recomendaciones para los equipos de salud

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

IV.6. Vigilancia epidemiológica

Los casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) constituyen eventos de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación que actualiza las normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria[13] .

Todo caso sospechoso de EFE deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)[14] al grupo de eventos Enfermedad Febril Exantemática, con datos completos tanto de identificación, clínicos, epidemiológicos y por laboratorio.

[13] Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-05/2022-Manual_normas_y_procedimientos_vigilancia_y_control_ENO_22_05_2023_2.pdf

[14] Para consultas sobre cómo obtener permisos y capacitación para operar en el SNVS 2.0, comunicarse con la autoridad epidemiológica de la jurisdicción o por correo electrónico a epidemologia@msal.gov.ar

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

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

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

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

IV.7. Medidas de prevención

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

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

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

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

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

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

Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:

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

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

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

IV.8. Medidas ante casos y contactos

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

- Instaurar medidas de aislamiento respiratorio: uso de barbijo para la persona con sintomatología y para acompañantes para la circulación y atención dentro de la institución.
- Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios.
- Asegurar la atención de manera inmediata, evitando traslados innecesarios (evitar circular en transportes públicos y dentro de las instituciones, en caso de ser necesario salir de domicilio debe utilizar doble barbijo)
- El personal de salud a cargo de su atención deberá Utilizar barbijo de Alta eficiencia (N95); y contar con carnet de vacunación que certifique al menos 2 dosis en la vida con componente de sarampión doble viral (DV) o triple viral (SRP) o el antecedente clínico/serológico que demuestre haber padecido la enfermedad o haber sido inmunizado con vacuna.
- Informar inmediatamente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso, sin esperar resultados de laboratorio.
- Confeccionar la ficha de investigación epidemiológica y reportar los datos de la misma en el SNVS 2.0, evento “Enfermedad Febril Exantemática”.
- Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: tomar siempre muestra de sangre sumado a una muestra de orina dentro de los 14 días posteriores a la aparición de exantema y/o hisopado o aspirado nasofaríngeo (HNF o ANF) preferentemente dentro de los 7 días de inicio del cuadro. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que debe realizarse dentro de las 48 hs. posteriores a la toma.

  Vacunación dentro de las 48 a 72 hs.:

  1. Contactos entre 6 y 11 meses de edad deberán recibir UNA DOSIS de vacuna triple o doble viral. Esta dosis no debe ser tenida en cuenta como parte del esquema de vacunación del calendario nacional.

  2. Contactos de 12 meses: se deberá asegurar UNA DOSIS de vacuna triple viral.

  3. Contactos de 13 meses o más (excepto personas adultas nacidas antes de 1965) se deberán asegurar DOS DOSIS de vacuna con componente anti sarampionoso.

  4. Contactos menores de 6 meses de edad, gestantes sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y severamente inmunosuprimidas (independientemente del antecedente de vacunación) deberán recibir Inmunoglobulina de pool dentro de los 6 días de contacto. La inmunoglobulina se aplica por vía intramuscular, la dosis recomendada es de 0.25 ml/kg. En personas inmunocomprometidas, la dosis es de 0,5 ml/kg (dosis máxima 15 ml).

- Realizar búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación).
- Localización y seguimiento de los contactos: Personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con vínculo epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión, o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola). Realizar el seguimiento de los potenciales susceptibles hasta 21 días después del inicio del exantema del caso.

- Búsqueda de la fuente de infección: Se buscará todo posible contacto con un caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar posibles situaciones o lugares de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.

Ficha de notificación:

ficha_de_sarampion_y_rubeola_1742024.pdf

Alerta epidemiológica del 06 de marzo de 2025.

alerta_epidemiologica-sarampion_07032025_0.pdf

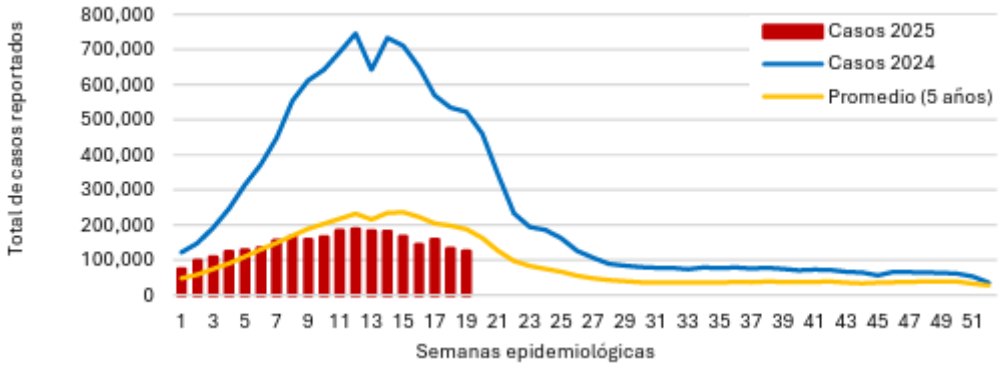
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional de dengue y otros arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento Situación epidemiológica del dengue en las Américas - Semana epidemiológica 19, 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud actualizado el 29 de mayo.

A la semana epidemiológica (SE) 19 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 2,755,110 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 271 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 71% en comparación al mismo periodo del 2024 y de 13% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE19.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 19 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 2,755,110 casos de dengue reportados en las Américas, 1,096,668 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 3,490(0.1%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,160 muertes por dengue, para una letalidad del 0.042%.

Doce países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 19. Estos países registran en conjunto 123,799 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 19.

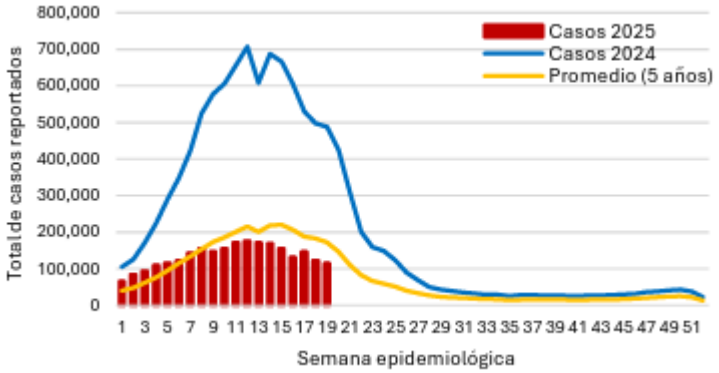
Del total de casos registrados en la SE 19, 139 fueron casos de dengue grave (0.1%) y se reportaron 7 muertes para una letalidad de 0.006%.

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

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notificaron 114,079 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 19. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 72% en comparación con la misma semana del 2024 y de 13% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

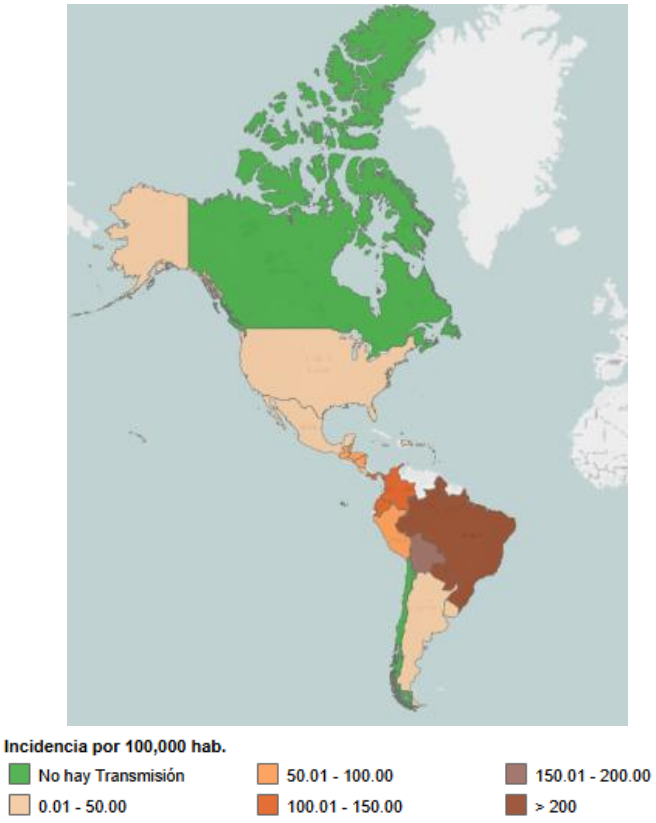
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 19, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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.[15]
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.

[15] 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)[16] y el ARBO-portal[17] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 05/06/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 22/2025 se han reportado 2.708.880 casos de dengue, con 1.091 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 70 % respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, hasta la SE 21/2025 se notificaron 150.419 casos, un 57% menos que lo informado para esa semana el año anterior, con 79 muertes asociadas. Respecto a zika, se registraron 13.229 casos hasta la misma semana, lo que representa una disminución del 60 % en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 22/2025 se confirmaron 11.305 casos, un 60% más que en igual período del año pasado, con 4 defunciones por este evento.

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

Paraguay: hasta la SE 21/2025, se han reportado 18.805 casos de dengue y un fallecimiento asociado, un 93% menos respecto a la misma semana de 2024. En cuanto a chikungunya, hasta la SE 18/2025 se notificaron 13 casos, un 100% menos comparado con el año anterior, sin defunciones por este evento. Respecto al zika, hasta la SE 21/2025 no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían reportado 4 casos.

Perú: hasta la SE 21/2025, se han notificado 34.328 casos de dengue, un 86% menos que el mismo periodo de 2024, con 44 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 14/2025 se registraron 46 casos, un valor similar al año anterior, sin defunciones para este evento. Asimismo, a la SE 14/2025 se han registrado 3 casos de zika, mientras a la misma semana de 2024 se había notificado un caso. No se reportaron fallecidos para estos dos eventos. En relación con Oropouche, hasta la SE 18/2025, se confirmaron 233 casos para este evento, un 98% menos que a la misma semana de 2024.

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

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).

[16] 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

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

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

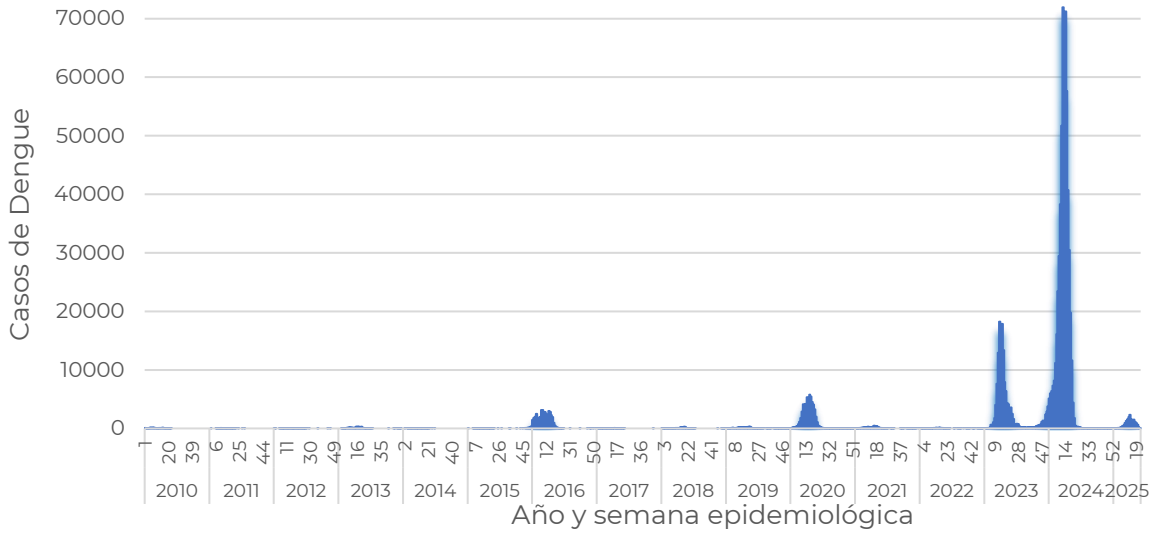
V.2. Situación de dengue en Argentina

V.2.A. SITUACIÓN HISTÓRICA

Realizando un análisis histórico de la situación de Dengue se observa en el gráfico 4 que desde el año 2010 se evidencia una disminución en los intervalos Inter epidémicos, tendencia que se ha acentuado en los últimos cinco años.

Desde la reemergencia del dengue en Argentina en 1997, se evidencia que los años 2023 y 2024 han sido escenario de dos epidemias de magnitud sin precedentes, concentrando el 82% del total de casos históricos registrados en el país hasta el momento.

Gráfico 3. Dengue: Casos por semana epidemiológica. SE01/2010-SE22/2025. Argentina. N=862.648

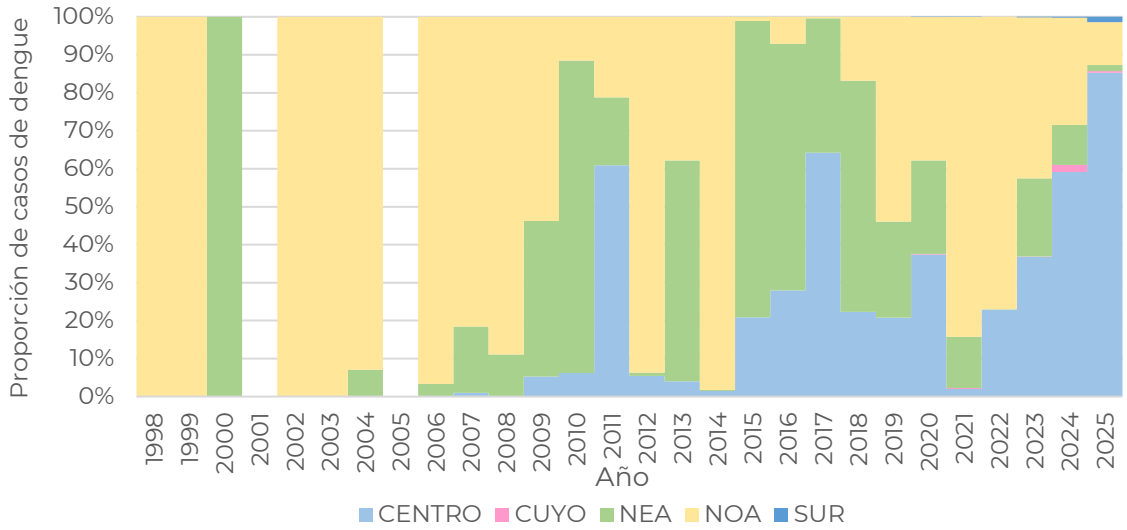


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

La contribución de casos aportado por cada región al total nacional ha experimentado variaciones a lo largo de los años. Hasta el año 2008, las regiones del NOA, y en menor medida del NEA, aportaron la mayoría de los casos registrados. Sin embargo, a partir del año 2009, la región Centro comenzó a mostrar un incremento en su participación durante los años epidémicos. Desde entonces, esta región ha concentrado, en diversos períodos, una proporción considerable de los casos notificados, llegando a representar más del 50% del total nacional durante la epidemia de 2024.

Por su parte, la región de Cuyo ha reportado casos desde 2021, con una participación más destacada en los últimos dos años epidémicos. En la región Sur, durante los últimos dos años, se identificaron casos autóctonos en La Pampa, marcando un hito en la expansión territorial de la enfermedad.

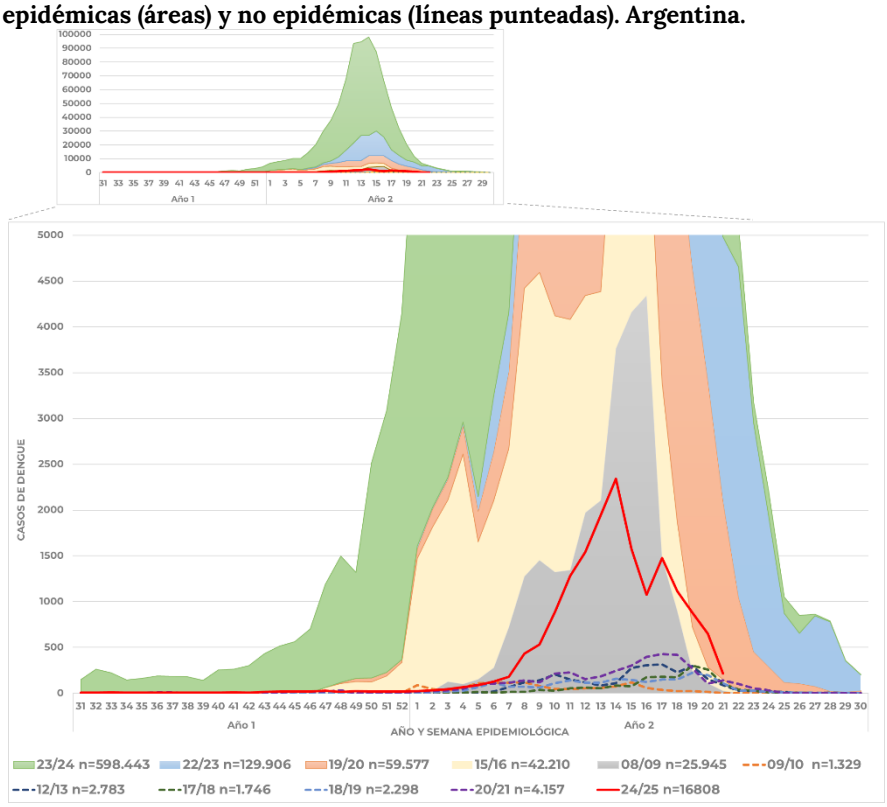
Gráfico 4. Dengue: distribución porcentual por región de casos de dengue desde la reemergencia. Argentina. Año 1998-2025.



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

En los últimos cinco años, Argentina ha experimentado un incremento sostenido en el número de casos de dengue, con la aparición de brotes en departamentos sin antecedentes de transmisión. A partir de 2023, se constató la persistencia de la circulación viral durante la temporada invernal en la región del NEA y adelantamiento de los casos, evidenciando un cambio en la temporalidad.

Gráfico 5. Dengue: casos totales por semana epidemiológica. Comparación entre temporada actual, temporadas epidémicas (áreas) y no epidémicas (líneas punteadas). Argentina.



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

En el Gráfico 5 se presenta una comparación de la temporada actual (línea continua roja), con los datos históricos de temporadas epidémicas (áreas sombreadas) y no epidémicas (líneas punteadas). Este análisis refleja los casos de dengue notificados según semana epidemiológica (SE), abarcando el período comprendido entre SE31/2008 y la SE20/2025. Con el fin de que se visualice con mayor claridad la temporada actual y su comparación con el resto, se seleccionaron para el análisis las temporadas no epidémicas con más de 1000 casos.

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

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

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

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

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

V.2.C. TEMPORADA ACTUAL

En lo que va de la temporada 2024-2025 (SE31/2024 hasta la SE22/2025), se notificaron en Argentina 74219 casos sospechosos de dengue y dengue durante el embarazo en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los cuales 8176 fueron confirmados por laboratorio y 8704 por nexo clínico epidemiológico, con un **total de 16.880 casos de dengue**[18]. Como se puede observar también en la Tabla 1, un total de 7941 casos no registraron antecedentes de viaje (97%). Se confirmaron además 4 casos asociados a trasplante de órganos en Buenos Aires, CABA y Santa Fe. Se registraron 155 casos notificados con antecedente de vacunación contra el dengue dentro de los 30 días previos al inicio de los síntomas[19]. Se

18 En esta edición, el total de casos de dengue según criterio clínico-epidemiológico es inferior al reportado en la edición anterior (BEN SE21/N°758), debido a reclasificación de casos por parte de las jurisdicciones.

[19] En los casos que cuentan con antecedente de vacunación reciente, un resultado positivo por métodos confirmatorios puede deberse a una transmisión vectorial (infección aguda) o infección por virus salvaje o vacunal. Por lo tanto, aquellos

confirmaron 235 casos con antecedente de viaje a Brasil, China, Colombia, Cuba, México, Venezuela, Tailandia, India, Perú, Paraguay y Republica Dominicana.

Durante la SE22/2025 (según fecha de notificación al SNVS[20]), se notificaron 1359 casos sospechosos[21] de los cuales 123 se confirmaron y 111 fueron clasificados como casos probables donde la totalidad se encuentra en investigación con respecto al antecedente epidemiológico. Cabe destacar que estos casos pueden tener inicio de síntomas, consulta o toma de muestra en semanas anteriores.

La incidencia acumulada a nivel país para la temporada actual es de 36 casos cada 100.000 habitantes[22]. En cuanto a la afectación por región, la mayor incidencia acumulada fue la de la región Centro con 47 casos cada 100.000 habitantes, seguida por NOA con 31, NEA con 10, Sur con 7 y Cuyo con 2. En cuanto al aporte de casos absolutos, la región Centro aportó el 84% de todos los casos de dengue notificados, seguida por las Regiones NOA con el 1%, NEA con el 3%, Sur con el 1% y Cuyo con el 0,5%.

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

- Hasta la SE52 se notificaron 13 casos en promedio por semana, cuyo rango oscila entre 5 y 28. Si bien se observan sutiles oscilaciones asociadas al aumento/descenso de casos, la curva mantiene una tendencia estable sin variaciones sustanciales en el comportamiento epidemiológico.
- A partir de la SE1, y considerando la carga retrospectiva de casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), se observa un aumento progresivo en la incidencia de casos, alcanzando su punto máximo en la SE14. A partir de la SE15 se evidencia un cambio en la tendencia, con un descenso progresivo en el número de casos notificados. El promedio de casos hasta la SE22 es 754.
- Es relevante señalar que durante la última semana epidemiológica puede observarse un aparente descenso en el número de casos, lo cual podría estar relacionado con retrasos en la notificación. Esta variabilidad, causada por la carga retrospectiva, podría modificar la dinámica previamente observada. Sin embargo, este fenómeno se corregirá y reflejará adecuadamente en los análisis posteriores, una vez que los registros sean actualizados.

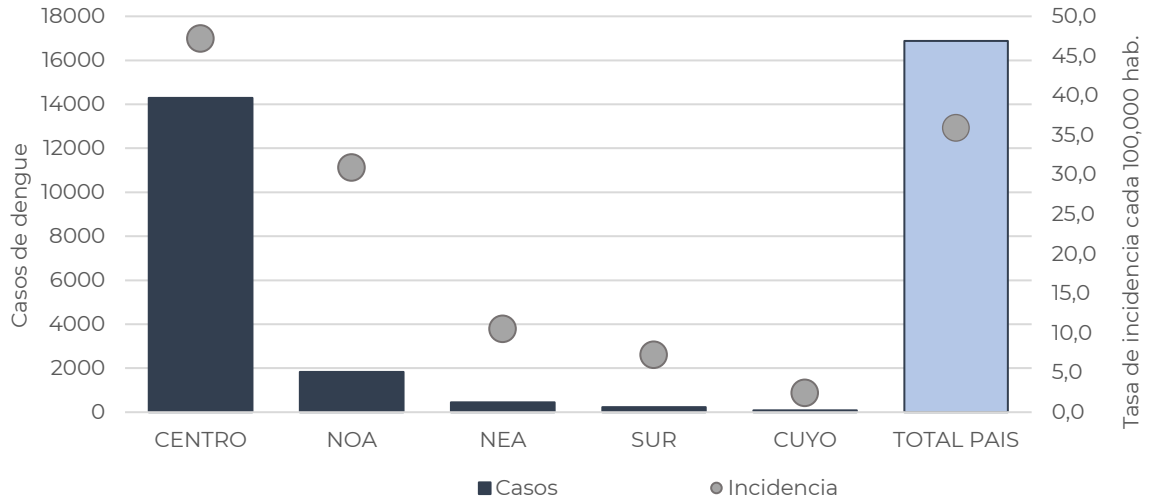
casos vacunados de menos de 30 días se deberán considerar como sospechosos a los efectos de la vigilancia epidemiológica, y por lo tanto desencadenar las medidas de prevención y control pertinentes, pero no se recomienda realizar en ellos pruebas para el estudio etiológico, excepto en casos graves y fatales. Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus. Dirección de Epidemiología. Noviembre 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus-11-2024_0.pdf

[20] Fecha de apertura

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

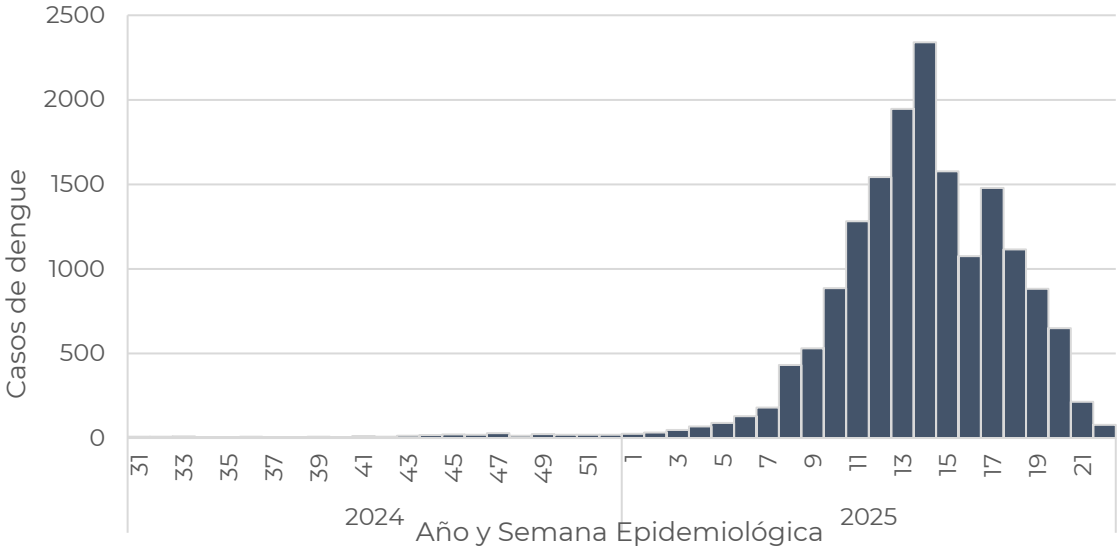
[22] Para el cálculo de la incidencia, se utiliza como referencia la población proyectada para 2024, basada en el Censo de 2010.

Gráfico 6. Dengue: Casos y tasas de incidencia acumulada cada 100.000 hab. según Región. SE31/2024 a SE22/2025. Argentina.



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

Gráfico 7. Dengue: Casos de dengue[23] por semana epidemiológica de fecha mínima. SE31/2024 a SE22/2025. Argentina.



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

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

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

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

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2024/2025. SE31 a SE22/2025. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Casos de dengue por criterio C-E*	Total casos de dengue	Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	446	541	24	14	45	515	5520	1099	7689
CABA	153	135	17	2	0	170	2215	754	3276
Córdoba	2408	1566	8	3	1156	3572	9000	763	14904
Entre Ríos	108	104	9	7	6	123	858	5	1097
Santa Fe	2852	555	123	11	6929	9904	3604	1246	15320
Total Centro	**5967**	**2901**	**181**	**37**	**8136**	**14284**	**21197**	**3867**	**42286**
Mendoza	11	35	5	3	0	16	1666	98	1818
San Juan	1	1	1	1	0	2	356	9	369
San Luis	58	21	7	4	0	65	283	33	406
Total Cuyo	**70**	**57**	**13**	**8**	**0**	**83**	**2305**	**140**	**2593**
Chaco	15	210	1	0	0	16	2520	100	2846
Corrientes	53	23	1	0	0	54	468	42	587
Formosa	382	4	0	0	0	382	6656	60	7102
Misiones	2	20	2	4	0	4	1185	4	1217
Total NEA	**452**	**257**	**4**	**4**	**0**	**456**	**10829**	**206**	**11752**
Catamarca	9	12	8	5	1	18	874	3	912
Jujuy	0	0	0	0	0	0	1185	3	1188
La Rioja	117	49	0	0	0	117	1322	7	1495
Salta	18	60	6	12	2	26	2171	87	2356
Santiago del Estero	0	37	2	2	0	2	1117	298	1456
Tucumán	1141	413	0	1	528	1669	6342	651	9076
Total NOA	**1285**	**571**	**16**	**20**	**531**	**1832**	**13011**	**1049**	**16483**
Chubut	0	0	6	3	0	6	30	2	41
La Pampa	167	34	9	2	37	213	619	60	928
Neuquén	0	1	4	1	0	4	40	3	49
Río Negro	0	0	0	1	0	0	5	0	6
Santa Cruz	0	0	1	1	0	1	53	5	60
Tierra del Fuego	0	0	1	2	0	1	16	2	21
Total Sur	**167**	**35**	**21**	**10**	**37**	**225**	**763**	**72**	**1105**
Total País	**7941**	**3821**	**235**	**79**	**8704**	**16880**	**48105**	**5334**	**74219**

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación
****C-E: Clínico-epidemiológico***
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

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

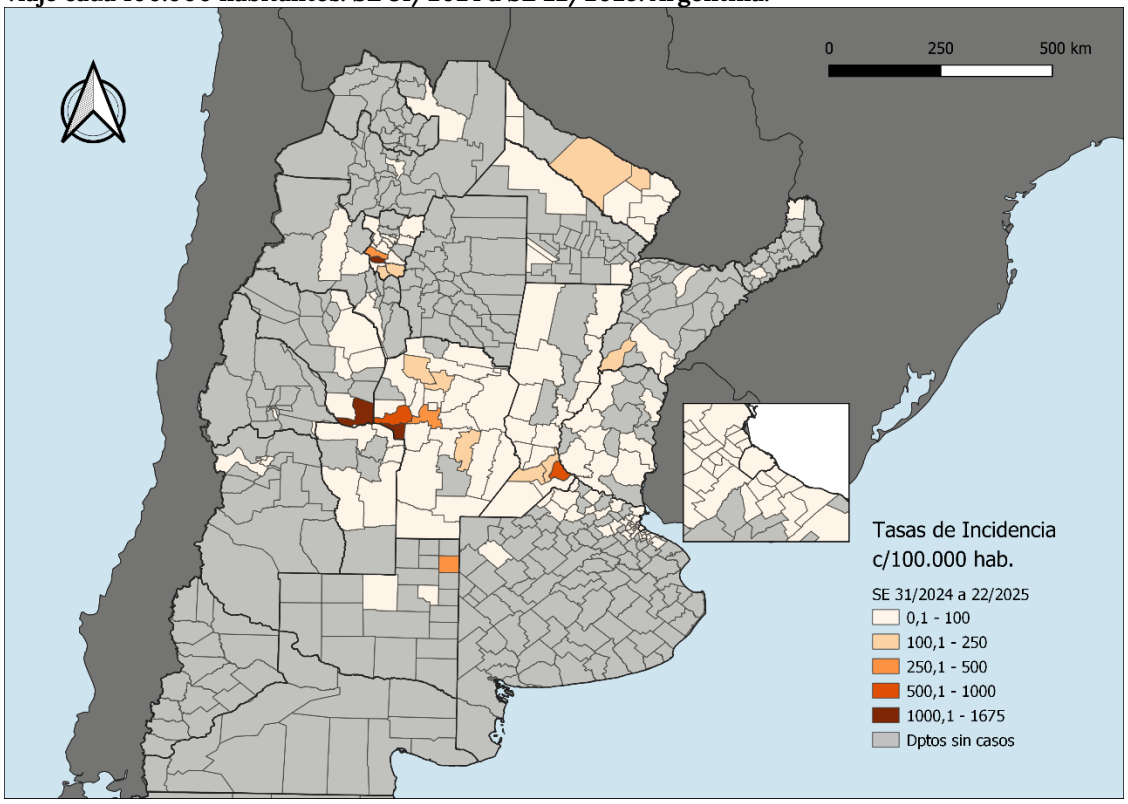
Tabla 2. Dengue: Cambios de Fase según Indicadores Epidemiológicos por Semana Epidemiológica, en Jurisdicciones a Nivel Departamental. Temporada 2024/2025. SE31 a SE22/2025. Argentina.

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

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

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

Mapa 2. Dengue: Incidencia acumulada por departamento con casos de dengue sin antecedente de viaje cada 100.000 habitantes. SE 31/2024 a SE 22/2025. Argentina.



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

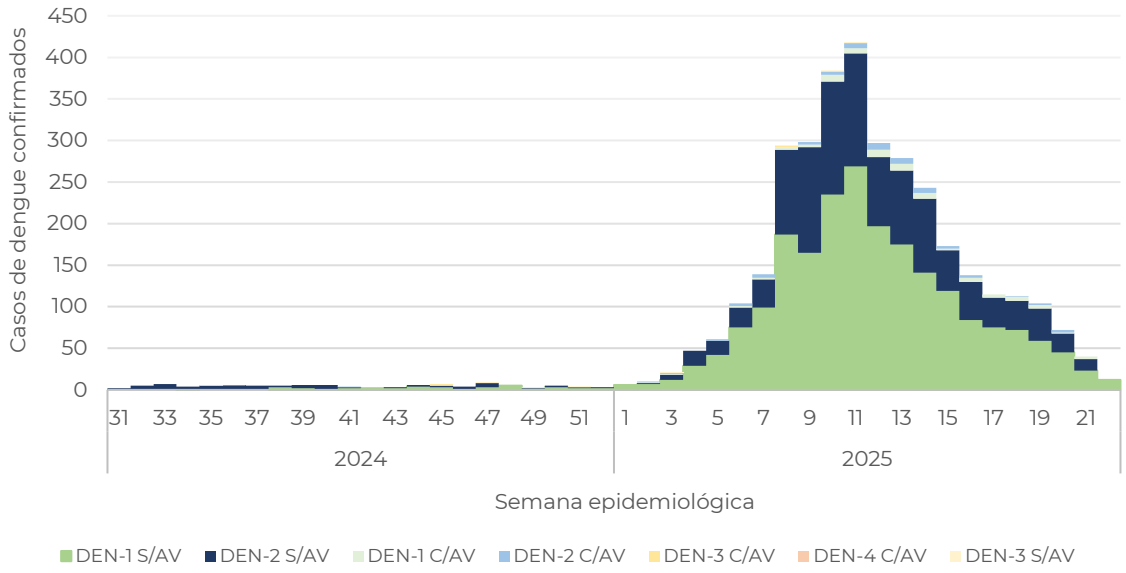
V.2.E. SITUACIÓN SEGÚN SEROTIPOS CIRCULANTES

En relación con la distribución de los serotipos hallados, se observa una mayor prevalencia de DEN-1 (64,2%). Los casos a DEN-2 alcanzan un 35,5%, sobre todo a expensas de la notificación de las provincias de Córdoba, Formosa y Santa Fe. Menos del 1% corresponden a serotipos DEN-3 y DEN-4.

Durante la SE4 se ha notificado el primer caso de dengue con serotipo DEN-3, sin antecedente de viaje, en el departamento de Rosario, Santa Fe.

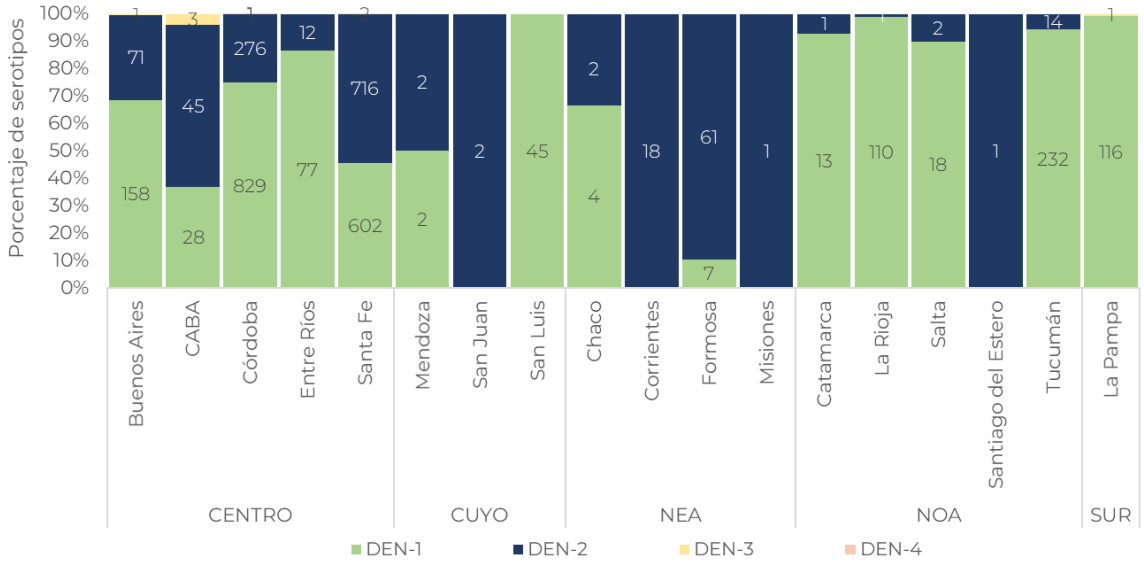
Los DEN-3 restantes y el caso asociado a DEN-4, corresponden a notificaciones de casos con antecedente de viaje al exterior del país (México, Venezuela, Brasil, Tailandia y Cuba).

Gráfico 7. Dengue: número de casos según serotipo y antecedente de viaje por semana epidemiológica. SE31/2024 a SE22/2025. Argentina.



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

Gráfico 9. Dengue: distribución proporcional y número de casos de dengue con identificación de serotipo (n=3475) según provincia. SE31/2024 a SE22/2025. Argentina.



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

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

En Argentina, durante la última temporada (2023-2024), se notificaron 2.380 casos de dengue en embarazadas, con una mediana de edad de 27 años, 21 casos se notificaron como dengue grave y 4 casos fallecieron. Por lo tanto, ha sido creado en octubre 2024 el evento "Dengue durante el embarazo" para garantizar la correcta notificación de los casos de dengue asociados a dicha condición clínica y poder registrar los mortinatos, las muertes fetales y los abortos si correspondiera.

Desde su creación, se han notificado 413 casos sospechosos de dengue durante el embarazo de

los cuales, 109 casos ha sido confirmados, 15 casos probables, 251 cuentan con laboratorio negativo y 38 no cuentan con laboratorio.

El primer caso confirmado se registró en la jurisdicción de Tucumán (departamento Río Chico) y correspondió al serotipo DEN-1.

En la provincia de Santa Fe se notificaron 68 casos confirmados de dengue; de los cuales 34 correspondieron al serotipo DEN-1, 25 al serotipo DEN-2, mientras que los restantes no cuentan con serotipificación. El 97% corresponden a la Ciudad de Rosario.

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

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

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

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

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

A partir de abril de 2024, desde la Dirección de Epidemiología en conjunto con distintas direcciones intra ministeriales y consultores externos[24], implementó el *"Comité de vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue"* que tiene como función asesorar a los comités jurisdiccionales y colaborar en la evaluación exhaustiva de la mortalidad por dengue y sus determinantes. La investigación retrospectiva de los decesos por dengue brinda información clave del funcionamiento de la red de atención a partir de la evaluación exhaustiva de aspectos como el manejo clínico en los distintos niveles de atención, tiempos de respuesta, accesibilidad al sistema de salud, etc. Por ende, se recomienda el desarrollo de **comités jurisdiccionales** que trabajen en red con el comité nacional. La definición de caso de muerte por dengue y la guía operativa para el análisis de la gravedad y mortalidad se encuentra en "*Circular de vigilancia epidemiológica: vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue*"[25] y la "*Guía de vigilancia epidemiológica y laboratorial de Dengue y otros Arbovirus*"[26]

Entre la SE 31/2024 y la SE 22/2025 se notificaron 35 casos de dengue grave de los cuales 11 fallecieron. Las jurisdicciones que reportaron casos graves fueron: Buenos Aires (San Martín, Lanús, Moreno, Merlo), CABA (Comuna 11 y 12), Córdoba (Capital, Ischilín, San Alberto y Santa María), La Rioja (Capital), Entre Ríos (Nogoyá), Mendoza (Las Heras), y Santa Fe (Rosario y San

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

[25] Disponible en: circular_de_vigilancia_dengue_mortalidad_-_junio_2024.pdf

[26] Disponible en: guia-vigilancia-dengue-otros-arbovirus_version_marzo_2025-vf.pdf

Lorenzo). Se registró en el SNVS 2.0 la recuperación con alta médica en 15 casos con criterio de gravedad. A partir de la implementación de los Comités jurisdiccionales de Vigilancia de Gravedad y Mortalidad por Dengue, el total de casos clasificados como graves o fatales puede estar sujeto a modificaciones, en función de la revisión y dictamen final emitido por dichos comités. Esto aplica en aquellos casos en que la autoridad jurisdiccional determine que el evento no presenta una asociación causal con el caso grave o fallecido reportado.

Con respecto a los casos fallecidos, desde la SE 31/2024 a la SE 22/2025 se han registrado **once óbitos vinculados al evento.** Nueve de los casos correspondieron a residentes de la provincia de Santa Fe, de los departamentos Rosario (7), San Lorenzo (1) y Caseros (1). Los otros dos casos correspondieron a residentes de CABA (Comuna 11) y Córdoba (San Alberto). Los fallecimientos ocurrieron entre las SE 11 y 20 (considerando la fecha de inicio de síntomas). La mediana de edad es de 68 años, con un rango de edades entre 14 meses y 79 años. Cinco de los siete casos presentaban comorbilidades o condiciones clínicas preexistentes que contribuyeron al desarrollo de complicaciones asociadas a la infección por virus dengue y, por tanto, al fallecimiento: obesidad mórbida, diabetes, hipertensión, cardiopatía, enfermedad neurológica crónica y/o inmunocompromiso. Dos de los casos fallecidos correspondieron a personas adultas jóvenes (25 y 47 años) sin comorbilidades identificadas al momento del análisis. Ambos eventos continúan en proceso de evaluación por parte de los comités de vigilancia de la gravedad y mortalidad por dengue, tanto a nivel jurisdiccional como nacional.

V.2.H. FAVORABILIDAD PARA BROTES DE DENGUE

Con el objetivo de fortalecer la capacidad de respuesta ante brotes de dengue, y utilizando como base el trabajo realizado por el Ministerio de Salud de Brasil[27] en fiebre amarilla, se desarrolló un mapa de favorabilidad que permite identificar áreas geográficas con mayor predisposición a la ocurrencia de brotes. Su elaboración se realizó en un entorno de Sistemas de Información Geográfica, Quantum GIS[28] (QGIS), mediante la integración de capas ráster que representan distintas variables relevantes para la transmisión del dengue. Cada una de estas variables fue ponderada según su aporte relativo al riesgo y posteriormente sumada para obtener un índice total, que clasifica el territorio en cuatro niveles de favorabilidad: baja, media, alta y muy alta.

Las fuentes de datos utilizadas fueron el Censo 2022 (INDEC), Instituto Geográfico Nacional (IGN), Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (DZYCETV), Servicio Meteorológico Nacional (SMN) y el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 2.0 (SNVS 2.0).

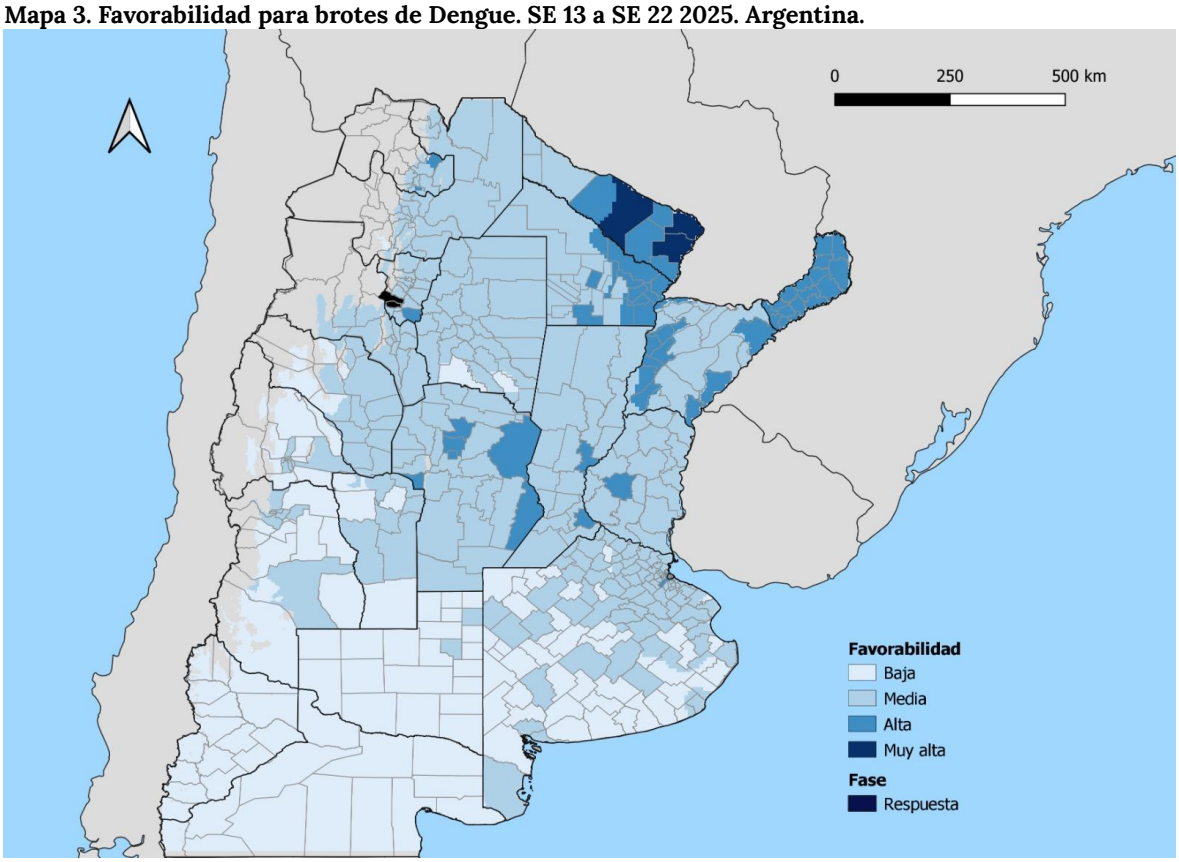
Para la elaboración de este producto, se analizaron factores sociodemográficos, ambientales y epidemiológicos. Entre ellos, la densidad poblacional, las ecorregiones ubicadas por debajo de los 2.500 msnm, la presencia histórica del vector *Aedes aegypti* en cada jurisdicción y el riesgo entomológico reciente, estimado a partir de indicadores larvarios. Asimismo, se incorporaron variables climáticas, como la precipitación acumulada y las temperaturas mínima y máxima promedio de las últimas dos semanas junto con información epidemiológica como la ocurrencia histórica de casos, la tasa de notificación promedio de las últimas dos semanas y la fase de cada

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

departamento (preparación, alerta temprana, respuesta a epidemia, recuperación), según el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante epidemias de dengue y otras arbovirosis[29].

De acuerdo con la sumatoria de estas variables, al cierre de la SE 22/2025, los departamentos de Patiño, Capital y Pilcomayo (provincia de Formosa), presenta una favorabilidad muy alta para la ocurrencia de brotes de dengue.

Mapa 3. Favorabilidad para brotes de Dengue. SE 13 a SE 22 2025. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Análisis de datos de la Dirección de Epidemiología en base a datos del Servicio Meteorológico Nacional, la Dirección de Control de enfermedades transmitidas por Vectores y Zoonosis y datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. (SNSVS 2.0)

[29] Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/08/plan_de_preparacion_arbovirus_2782024.pdf

V.3. Situación epidemiológica de otros arbovirus

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de Fiebre Chikungunya, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2024-2025 (SE31/2024 a SE22/2025).

La vigilancia de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y estudios en personas con antecedentes de viaje a zonas donde se está registrando transmisión; desde el inicio de la vigilancia de Oropouche, se han investigado hasta el momento **2469** casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para Otros arbovirus. SE31/2024 a SE22/2025. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	179	0	74	0	135	3	41	2	10
CABA	0	11	0	4	0	1	0	3	0	3
Córdoba	0	210	0	79	0	176	6	350	0	0
Entre Ríos	15	207	0	1	0	25	4	36	0	1
Santa Fe	0	1503	0	92	0	129	0	14	0	18
Total Centro	**15**	**2110**	**0**	**250**	**0**	**466**	**13**	**444**	**2**	**32**
Mendoza	0	336	0	88	0	69	0	2	0	0
San Juan	0	1	0	2	0	2	0	2	0	1
San Luis	0	0	0	2	0	5	0	8	0	0
Total Cuyo	**0**	**337**	**0**	**92**	**0**	**76**	**0**	**12**	**0**	**1**
Chaco	17	822	0	408	0	24	0	2	0	1
Corrientes	0	31	0	10	0	10	0	1	0	0
Formosa	0	17	0	5	0	77	0	0	0	0
Misiones	0	63	0	38	0	29	0	0	0	20
Total NEA	**17**	**933**	**0**	**461**	**0**	**140**	**0**	**3**	**0**	**21**
Catamarca	0	16	0	13	0	1	0	0	0	13
Jujuy	0	42	0	22	0	1	0	3	0	1
La Rioja	0	126	0	124	0	8	0	1	0	70
Salta	0	525	0	284	0	177	0	0	0	2
Santiago del Estero	0	45	0	26	0	9	0	4	0	4
Tucumán	1	13	0	14	0	201	0	0	0	1
Total NOA	**1**	**767**	**0**	**483**	**0**	**397**	**0**	**8**	**0**	**91**
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**8**	**0**	**2**	**0**	**0**
Total País	**33**	**4147**	**0**	**1287**	**0**	**1087**	**13**	**469**	**2**	**145**

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

Los 17 casos positivos de Fiebre Chikungunya de la provincia del Chaco corresponden a casos probables por IgM positiva; casos aislados desde la SE35 hasta la SE48/2024 y 4 casos en las SE2 y SE8 del 2025, en los departamentos Quitilipi y San Fernando.

Entre Ríos notificó 15 casos probables de Fiebre Chikungunya en la localidad Federal con IgM positivas. Las muestras fueron enviadas al Laboratorio Nacional de Referencia-Instituto

Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio Maiztegui” para corroborar dicho diagnóstico.

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

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

V.3.A. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE AMARILLA EN ARGENTINA

En los últimos meses del 2024 y el comienzo del 2025 hubo un aumento de casos humanos por fiebre amarilla en los países de la Región de las Américas por lo cual el 3 de febrero la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emite un Alerta Epidemiológica[30]. La evaluación rápida de riesgo determinó un alto riesgo de propagación, con un nivel de certeza igualmente alto. El registro de casos humanos y epizootias en primates no humanos en el Estado de São Paulo (Brasil) proyecta una posible propagación hacia el sur de Brasil, Paraguay y las provincias argentinas de Corrientes y Misiones.

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

Desde la SE 31/2024 a la SE22/2025 se han estudiado 146 casos con sospecha de Fiebre Amarilla en humanos, 23 de esos en las provincias con riesgo de circulación viral de fiebre amarilla (Misiones, Jujuy y Salta). Todos los casos presentaron pruebas de laboratorio negativas. Durante el mismo período se reportaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), dos epizootias en PNH en la provincia de Misiones y una en la provincia de Corrientes, que fueron estudiadas para fiebre amarilla: un ejemplar de *Allouatta carayá* (Paso de los Libres, Corrientes) y dos ejemplares de *Sapajus nigritus* (Puerto Iguazú, Misiones). Todos fueron descartados para FA por el laboratorio nacional de referencia (INEVH).

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

V.4. Vigilancia entomológica

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

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

y herramientas de gestión de datos, permite compartir y disponer de información actualizada y accesible para todas las jurisdicciones.

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

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

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

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

Desde la semana epidemiológica (SE) 37 de 2024, los datos sistematizados en el Tablero Nacional muestran un aumento gradual en la positividad de los sensores de oviposición (IPO) hasta la SE48 (Gráfico 1). A partir de entonces, el IPO se mantuvo, con ciertas fluctuaciones por debajo del 25% hasta la SE 08 donde volvió a superar este valor. Durante las últimas semanas, se observa picos aislados seguidos de semanas con valores descendentes (Gráfico 1). Hasta el momento, las temperaturas registradas en las regiones NEA, NOA y Centro del país aún se encuentran dentro del rango que permite la reproducción y la actividad del mosquito *Aedes aegypti*, por lo que, aunque pueda observarse un descenso en algunas jurisdicciones, no se espera aún la interrupción total de la reproducción del vector y la negativización de los sensores. En la región Sur,se observó un descenso del IPO con negativización en algunas jurisdicciones asociado al descenso de las temperaturas mínimas durante las últimas semanas. Luego de aumento registrado durante la SE 18, en la SE19 se detectó un descenso en el IPO (Gráfico 1). El IDH presentó inicialmente un aumento más paulatino, con una recuperación en el número de huevos registrado desde la SE06 y un descenso relativo desde la SE 10. Luego de algunas fluctuaciones, se observa una disminución del IPO desde la SE 18 hasta la actualidad, contabilizándose 4 semanas consecutivas de valores descendentes.

Gráfico 1. Evolución del IPO (línea azul) y el IDH (barras grises) en Argentina, SE 31 (2024)- SE 22 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.

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

Al desagregar por región, se observa que la región NEA presentó SO positivos desde la SE 39, con un ascenso posterior, con algunas fluctuaciones, hasta la SE 02 de 2025 (Gráfico 2). A partir de dicha semana, se observa un descenso en los valores generales de la región hasta la SE07

donde nuevamente se detectó un incremento en el IPO. A partir de la SE10 se observó un descenso hasta la SE12 a partir de los cualvolvió a aumentar hasta la SE14 (Gráfico 2). Durante las últimas 6 semanas se detecta un descenso sostenido del IPO, con un pequeño aumento detectado en la última SE que puede deberse a cargas incompletas de datos. La región se mantiene en una situación de riesgo entomológico bajo.

Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2024)- SE 22 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.

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

En el caso de la región **NOA**, el inicio de la positividad se detectó a partir de la SE 37 2024, con un ascenso oscilante a partir de la SE 42 y superando, por primera vez en la temporada, el umbral de riesgo entomológico moderado (valores de IPO superiores al 40%) (Gráfico 3). De conjunto, los datos de la región muestran un patrón de distintos picos en el IPO seguidos de períodos de brusco descenso en el mismo, asociados a la oportunidad de las medidas de control implementadas y a variaciones en las variables climáticas.A partir de la SE 47, el IPO de la región oscila entre valores que indican riesgo entomológico moderado o alto. Durante la SE14, el IPO volvió a situarse dentro del rango de riesgo entomológico alto con valores del 79,27%, situación que se mantuvo hasta la SE 21 (Gráfico 3). Sin embargo, durante las últimas 3 SE se detecta una tendencia descendente en dicho índice lo que permitió situar actualmente a la región en un contexto de riesgo entomológico moderado.

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2024)- SE 22 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región **Centro**, el inicio de la positividad se estableció a partir de la SE 41 (Gráfico 4), mostrando un ascenso del IPO más lento que las regiones de NOA y NEA, coincidente con las diferencias climáticas y ambientales de la región Centro. Durante la SE08 el IPO de la región muestra un pico, superando el límite correspondiente a riesgo entomológico moderado. Posteriormente, se registra un descenso del índice y un nuevo aumento a partir de la SE12, tendencia coincidente con un aumento en las semanas previas de las precipitaciones en la zona. En el último período, el IPO de la región descendió con valores menores al 20%, correspondientes a riesgo entomológico bajo, situación que se mantiene hasta la actualidad (Gráfico 4).

Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2024)- SE 22 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En el caso de la región **Cuyo**, se observaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 5), aunque el patrón en este caso es oscilante, intercalando períodos de positividad y negatividad característicos de la región. En términos generales, se observa un riesgo entomológico asociado

bajo, aunque evidenciando una tendencia ascendente con ciertas fluctuaciones desde la SE05. Para esta región se presentan los datos hasta la SE10 inclusive.

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

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región SUR, se hallaron sensores positivos a partir de la SE 40 (Gráfico 6), aunque no en todas las jurisdicciones monitoreadas. La tendencia observada muestra un ascenso sostenido inicial con algunas intermitencias y luego valores más estables. Desde la SE03 se observa un descenso hasta un nuevo pico en la SE08 y un nuevo descenso durante las SE09 y 10. Durante las últimas siete semanas, se aprecia una tendencia descendente en el IPO que culminó con una negativización sostenida de los sensores desde la SE 18 hasta la actualidad (Gráfico 6).

Gráfico 6. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barra grises) en la región Sur SE 31 (2024)- SE 22 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

La implementación de esta red marca un avance significativo en la vigilancia entomológica en Argentina, ya que permite a las jurisdicciones contar con datos sistematizados que antes no existían. Esta información no solo mejora la planificación y ejecución de medidas de control y prevención, sino que también genera un registro histórico que podrá utilizarse para desarrollar herramientas predictivas y analizar tendencias en futuras temporadas. La RNVE representa un

ejemplo de cómo la colaboración interjurisdiccional y el uso de tecnología pueden fortalecer la capacidad del país para anticiparse a los desafíos sanitarios asociados a las enfermedades transmitidas por vectores. Sin embargo, los datos actuales presentan limitaciones debido a la ausencia de vigilancia entomológica en algunos distritos y a la no adherencia de algunas jurisdicciones a la RNVE.
Con el objetivo de ampliar y consolidar esta iniciativa, se invita a las jurisdicciones que aún no forman parte de la Red Nacional a incorporarse, promoviendo la vigilancia entomológica en todo el territorio nacional. Para más información, pueden contactarse a través del correo electrónico: **etm.vectores@msal.gov.ar**.

V.4.C. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR ÍNDICES LARVARIOS

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

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

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

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

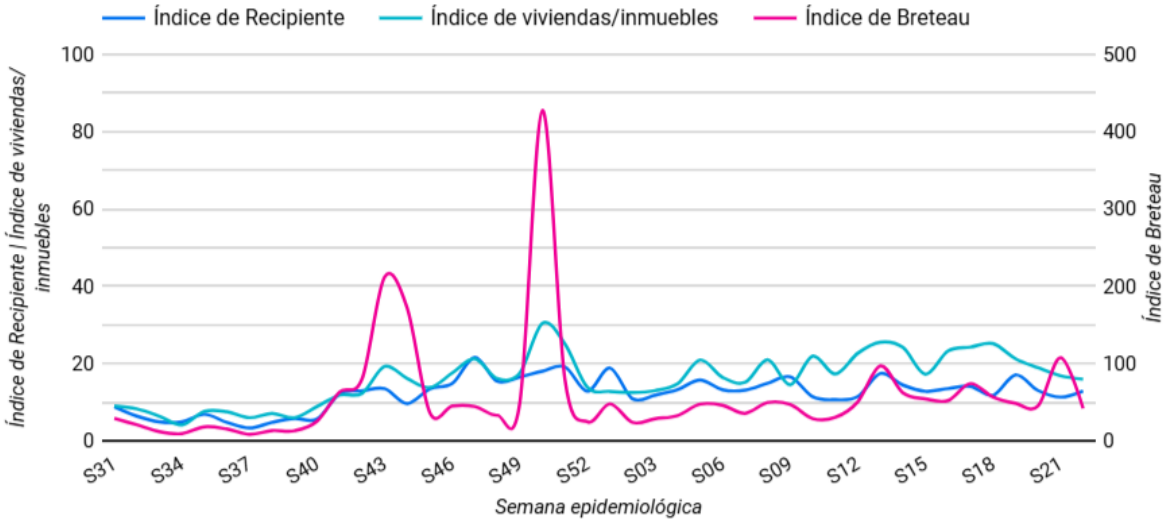
- **Índice de recipiente:(**recipientes positivos para *Aedes aegypti* / total de recipientes) * 100

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

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

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

Gráfico 7. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU en Argentina SE 31 (2024)- SE 22 (2025).



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

A nivel nacional, los índices larvarios aédicos presentaron un ascenso a partir de la SE40 (Gráfico 7), mostrando un retraso temporal respecto de la tendencia observada en los índices calculados a partir de sensores de oviposición. Este retraso se debe a que los sensores de oviposición presentan una mayor sensibilidad para la detección de presencia y actividad reproductiva de *Aedes aegypti* con tamaños poblacionales bajos en relación a los índices larvarios. Durante las SE 19 y 20, se registró un descenso en el IB, colocándose por primera vez desde la SE 11 en un nivel de riesgo entomológico medio. Durante la última SE21, el IB sufrió un aumento debido a la inclusión de datos de control focal en sitios críticos de la región NOA que presentan históricamente valores aédicos altos. Durante la SE22, el IB descendió nuevamente y alcanzó el punto más bajo registrado desde la SE 11 de la actual temporada, con un valor de 42,08 correspondiente a riesgo entomológico moderado (Gráfico 7). Los IV e IR, por su parte, sufrieron un leve aumento, pero se mantuvieron dentro del rango de riesgo entomológico moderado (Gráfico 7). Estos datos se presentan hasta la SE22.

Cuando se realiza la desagregación por región, se observan pocas variaciones en los índices relevados para las regiones de NOA y NEA (Tabla 1), manteniendo la tendencia previa. La región NEA mostró un leve aumento de todos los índices larvarios (Tabla 1) aunque continúa la misma tendencia respecto de los índices registrados en NOA: mayores IV e IR y menor IB (Tabla 1). La región NEA se mantiene en riesgo entomológico alto de acuerdo al IB y riesgo moderado de acuerdo a los índices IR IV. La región NOA, por su parte, muestra una tendencia similar en términos de riesgo entomológico (Tabla 1), aunque con IV e IR menores y un IB mayor a los detectados en NEA. Hasta el momento, el volumen de las intervenciones territoriales registradas en las regiones de Cuyo y Centro no permiten aún realizar cálculos robustos de índices larvarios.

Tabla 1. Media de índices larvarios aédicos por región acumulados a SE23 2025. Argentina.

Región	Índice de Vivienda	Índice de Recipiente	Índice de Breteau
NEA	21,28	15,89	53,67
NOA	10,75	6,11	60,19

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

VI. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

VI.1. Situación Actual en Argentina

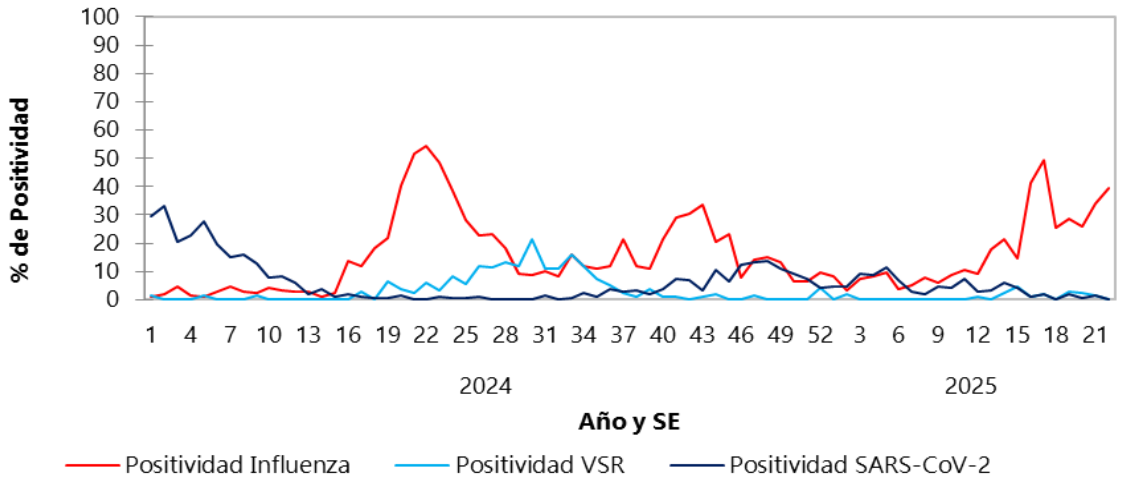
Desde la semana epidemiológica (SE) 11 de 2025, se registra en Argentina un ascenso sostenido en el número casos de influenza, con predominio de influenza A(H1N1), alcanzando valores elevados de positividad desde la SE13. Esta tendencia se observa tanto en casos ambulatorios registrados por las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Enfermedad tipo influenza (ETI) como en hospitalizados por infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), que muestran un aumento a partir de la SE12. Las notificaciones de ETI, alcanzaron niveles de brote entre las SE12 y 14, y se mantuvieron en las semanas posteriores por encima de los límites esperados. Este comportamiento representa un ascenso estacional adelantado en comparación con años previos, con excepción de 2022, durante el cual influenza presentó un comportamiento atípico. Asimismo, se verifica la circulación de otros virus respiratorios.

VI.2. Vigilancia centinela de influenza y otros virus respiratorios en casos ambulatorios e internados

En casos ambulatorios en las Unidades de Monitoreo de ETI, a partir de la SE11, se verifica tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad para influenza. En las primeras 22 semanas de 2025, se registraron 375 detecciones para influenza entre 1.828 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 20,51%.

Además, de las 1.408 muestras estudiadas para VSR, 17 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 1,21%. Para SARS-CoV-2, En las primeras 22 semanas de 2025 en establecimientos UMA, se analizaron 2.265 muestras para SARS-CoV-2, de las que 85 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 3,75%. En las últimas semanas, en casos ambulatorios, la positividad para influenza es superior a la proporción de positividad para SARS COV 2 y VSR (Gráfico 1).

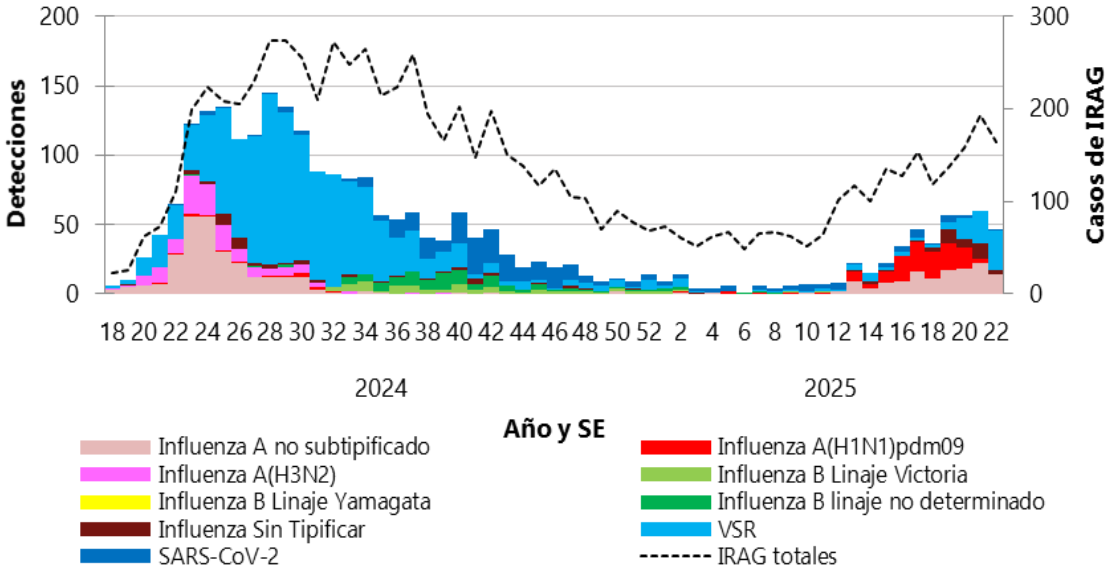
Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE22/2025.



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

En relación con los casos internados registrados en las Unidades Centinela de IRAG, se observa un aumento sostenido en las notificaciones desde la semana epidemiológica 12. A partir de la SE 13, se verifica un incremento en las detecciones de virus influenza, principalmente del subtipo influenza A(H1N1). En menor proporción, también se detectaron casos de influenza B, correspondientes al linaje Victoria.

Gráfico 2. 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 SE22/2025.

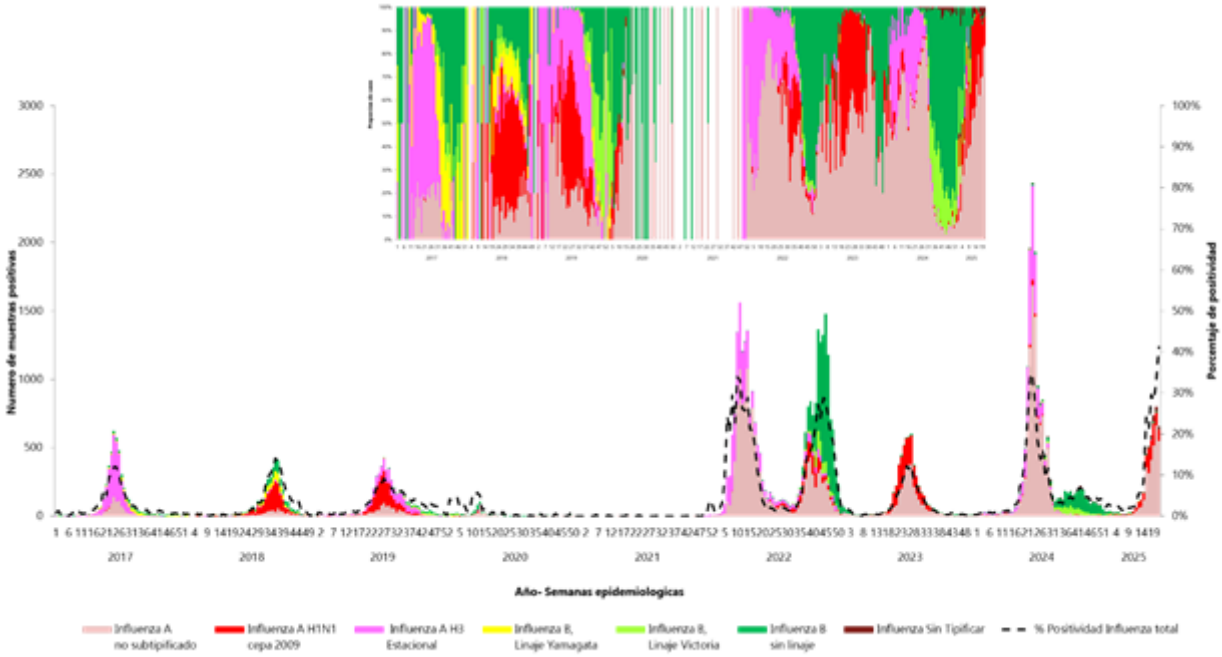


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

VI.3. Vigilancia universal de influenza y otros virus respiratorios

Desde la SE 01 de 2025, se registraron casos de influenza todas las semanas. A partir de la SE11, se verifica un aumento en las detecciones, con predominio de influenza A no subtipificado y del subtipo A (H1N1), con valores elevados de positividad desde la SE 13. Este comportamiento representa un inicio adelantado en relación a lo observado en años históricos en el país. Las temporadas de mayor circulación de virus influenza en el periodo 2017-2024 tuvieron un inicio posterior a lo observado en la temporada actual, excepto por el año 2022 en el que el comportamiento fue inusual tanto en el número de casos como en la estacionalidad.

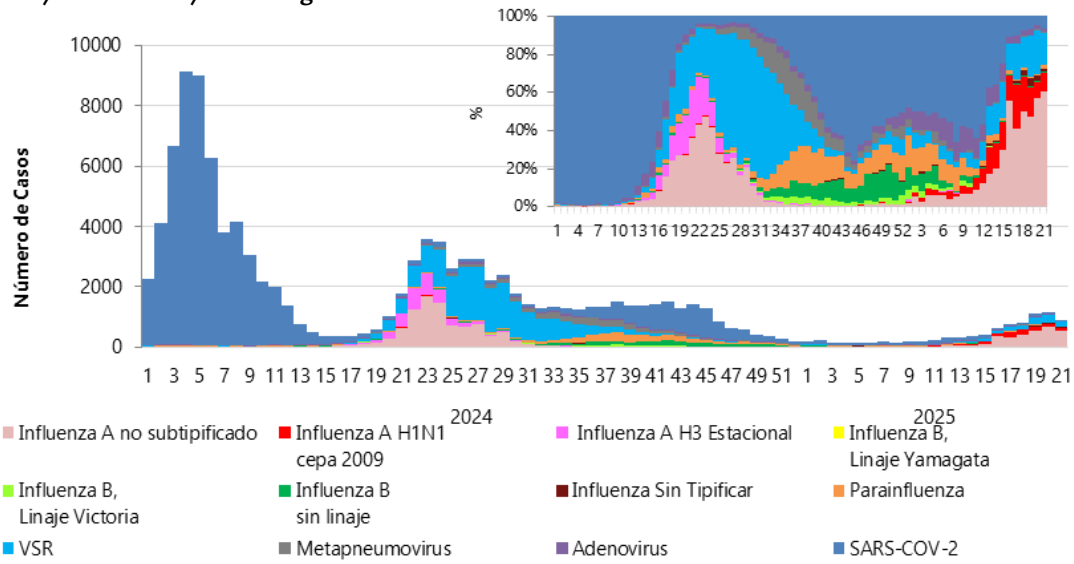
Gráfico 3. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y % de positividad para influenza por Semana epidemiológica, SE 01/2017- SE21/2025. Argentina.



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

En la SE 21/2025, además de influenza, se verifica circulación de otros virus respiratorios, en orden de frecuencia, VSR, SARS-CoV-2, parainfluenza, adenovirus, y metapneumovirus. En relación a VSR se verifica un ligero ascenso a partir de SE12.

Gráfico 4. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE21/2025. Argentina.



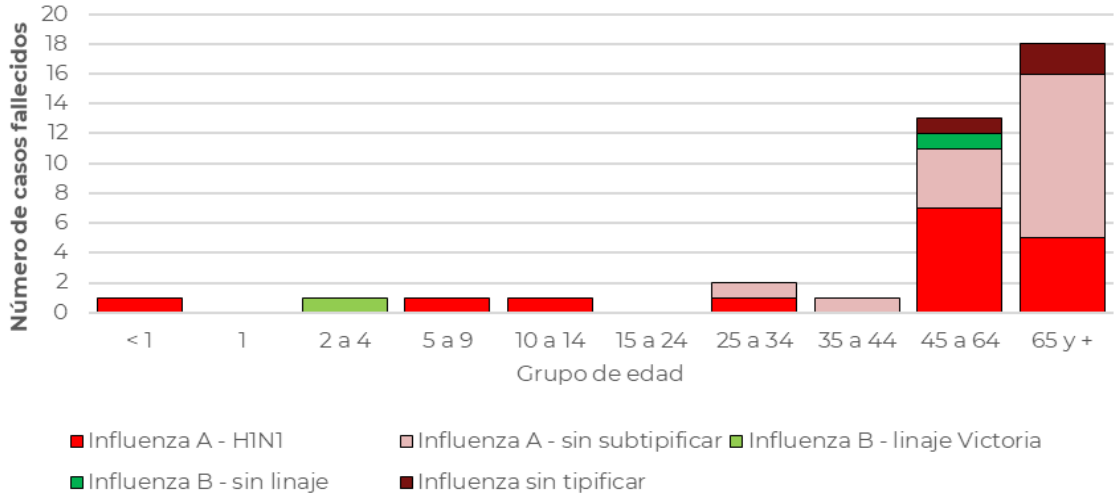
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

VI.4. Casos fallecidos con diagnóstico de influenza.[31]

Entre las SE 01 a 22 del año 2025, se notificaron al SNVS 2.0 un total de 38 casos fallecidos con diagnóstico de influenza. En cuanto a la distribución etiológica, 33 casos (86,8%) corresponden a influenza A y 2 (5,3%) a Influenza B, las restantes permanecen sin tipificar. Entre las detecciones de influenza A, 16 fueron subtipificadas, todas identificadas como influenza A (H1N1). De los casos de influenza B, se detectó 1 con linaje Victoria[32]

La mediana de edad de las personas fallecidas fue de 63,5 años (RIC= 23,8). Los grupos de edad con mayor número de fallecidos fueron los de 65 años y más, y el de 45 a 64 años, en los cuales predominó la detección de influenza A no subtipificada e influenza A (H1N1). Se registraron 2 fallecimientos en menores de 5 años, 1 de ellos en una persona menor de 1 año, con diagnóstico de influenza A H1N1.

Gráfico 5. Distribución de casos fallecidos con diagnóstico de Influenza notificados al SNVS según agente etiológico y grupos de edad. SE1/2025 a SE22/2025.



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

Del total de personas fallecidas, el 89,5 % (n=34) cuenta con información sobre comorbilidades o factores de riesgo en el SNVS 2.0. De ellas, el 91,2 % (n=31) registra al menos una comorbilidad o factor de riesgo para enfermedad grave. En cuanto al antecedente de vacunación antigripal, solo dos casos contaban con registro de vacunación antigripal en la temporada actual.

VI.5. Caracterización genómica de virus influenza 2024 – 2025

A partir de una selección de muestras recibidas en el Laboratorio Nacional de Referencia durante el 2024, se llevó a cabo la caracterización genómica y el análisis filogenético de las cepas circulantes y su comparación con la fórmula de la vacuna antigripal. La secuenciación de 119 influenza A(H3N2) mostró que la gran mayoría pertenecía al clado 2a.3a.1 subclado J.2 (derivado

[31] La información de los casos fallecidos con diagnóstico de Influenza confirmado por laboratorio surge de las notificaciones nominales al SNVS 2.0 con el objetivo de caracterizar la población afectada y registrar antecedentes de comorbilidades y vacunación antigripal. Este análisis no implica una estimación de la mortalidad real por influenza y OVR en el país ni un reemplazo de las estimaciones que se realizan anualmente a partir de los registros estadísticos.
[32] Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

del clado J que incluía a la cepa vacunal). La caracterización genética de 8 virus influenza A(H1N1)pdm09 mostró que 5 pertenecían al clado 5a.2a, subclados C.1.1 (3) y C.1.9 (2) y 3 pertenecían al clado 5a.2a.1, subclado D.5; coincidiendo con los clados que incluían a las componentes vacunales correspondientes. La secuenciación de 19 virus influenza B linaje Victoria mostró que todos pertenecían al clado V1A.3a.2 (C) que incluía a la componente vacunal; la mayoría de ellos pertenecían al subclado C.5.1 y el resto al subclado C.5.7.

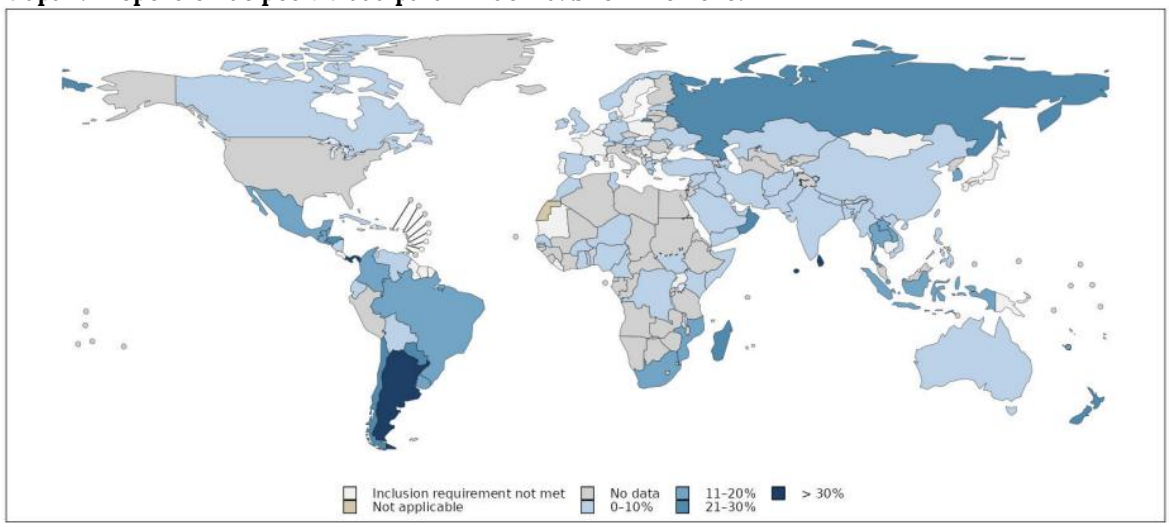
Para el año 2025, la caracterización genómica preliminar de 17 virus influenza A(H1N1)pdm09 mostró que la mayoría pertenece al clado 5a.2a.1 (D), coincidiendo con el clado que incluye la cepa vacunal A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09.

VI.6. Situación internacional

VI.6.A. INFLUENZA ESTACIONAL: SITUACIÓN MUNDIAL[33]

A nivel mundial, en países del hemisferio norte, la positividad para influenza disminuyó o se mantuvo estable, excepto aumentos en algunos países de América Central, el Caribe y el sur de Asia, con circulación predominante de A(H1N1) pdm09, A(H3N2) y virus B según la región. En países del hemisferio sur, la positividad se mantuvo estable o en aumento, particularmente en zonas templadas de América del Sur, África Oriental y Oceanía, predominando los subtipos A(H1N1) pdm09 y A(H3N2).

Mapa 1: Proporción de positividad para influenza. SE01 - 20 2025.



Fuente: Global Respiratory Virus Activity Weekly Update No. 528.

VI.6.B. INFLUENZA ESTACIONAL: SITUACIÓN REGIONAL[34]

En América del Norte y el Caribe [35], la actividad de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B continúa en descenso; el VSR se encuentra en niveles interestacionales en América del Norte y estable en el Caribe. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja en América del Norte, con

[33] WHO. Global Respiratory Virus Activity Weekly Update No. 528.
[34] https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza
[35] Aruba, Las Bahamas, Barbados, Bermuda, Islas Caimán, Cuba, Curaçao, Dominica, La República Dominicana, Guayana Francesa, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Saint Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, y Trinidad y Tobago.

incremento en el Caribe. En América Central [36], influenza A(H1N1)pdm09 muestra tendencia descendente (positividad 16,8%), VSR estable y SARS-CoV-2 en baja circulación. La subregión Andina[37] presenta aumento de influenza A(H3N2), circulación estable de SARS-CoV-2 y mayor detección de VSR (positividad 13,4%).

En la Subregión del Cono Sur[38], los casos de ETI e IRAG aumentan en las últimas semanas, la circulación de influenza A(H1N1) pmd09 se mantiene en niveles altos, presentando una positividad del 17,9%. El VSR presenta una tendencia estable y con una positividad del 2,8%, las detecciones de SARS-CoV-2 se mantienen bajas. La positividad de otros virus respiratorios es del 8,1%, predominando rinovirus en varias subregiones, y circulación de parainfluenza en el Caribe.

VI.6.C. INFLUENZA EN LA INTERFAZ HUMANO - ANIMAL: SITUACIÓN REGIONAL39

Desde el año 2022 y hasta la SE18 de 2025 un total de 19 países y territorios de la Región de las Américas notificaron 4.948 brotes en animales de influenza aviar A(H5N1) a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA), incluyendo 235 brotes nuevos desde la última actualización de marzo de 2025.

En particular, durante el transcurso de 2025 y hasta la SE 18, se notificaron 330 brotes de influenza aviar en aves, afectando principalmente a aves domésticas, aunque también se reportaron casos en aves silvestres. La mayoría de estos brotes se concentraron en los Estados Unidos. En ese país, además, se detectaron más de 1.250 casos del virus en aves silvestres y 75 brotes en mamíferos, principalmente en ganado bovino lechero. Desde marzo de 2024, se ha documentado una expansión sostenida del virus en ganado bovino lechero, con un total de 1.053 rebaños afectados en 17 estados hasta el 9 de mayo de 2025, incluyendo 77 nuevos brotes desde marzo de este año. También se reportaron algunas detecciones en mamíferos silvestres en otros países de la región.

Asimismo, se reportaron 75 infecciones humanas por influenza A(H5) en cinco países: Estados Unidos (71 casos, 70 de ellos desde 2024), México (1), Canadá (1), Chile (1) y Ecuador (1).

En 2025, hasta la SE18, se notificaron 4 casos humanos: 3 en EE. UU. y 1 en México. Este último corresponde al primer caso humano confirmado en ese país, una niña de tres años del estado de Durango sin antecedentes de exposición directa ni condiciones médicas previas. El caso evolucionó con falla respiratoria y falleció. La secuenciación identificó el virus como A(H5N1) clado 2.3.4.4b, genotipo D1.1. No se identificaron casos secundarios entre los 91 contactos investigados.

VI.7. Recomendaciones para equipos de salud

Considerando el aumento en el número de casos de influenza registrado en las últimas semanas y la circulación continua de otros virus respiratorios, se reitera a los equipos de salud, reforzar la sospecha de influenza y su estudio en el diagnóstico diferencial de cuadros respiratorios, especialmente en los grupos de alto riesgo para el desarrollo de cuadros graves (adultos mayores de 65 años, personas gestantes, niños menores de 5 años, personas con enfermedades

[36] Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, and Panamá
[37] Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela (República Bolivariana de).
[38] Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.
[39] OPS. Actualización Epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas. 15 de mayo del 2025.

crónicas); vigilancia epidemiológica, manejo clínico adecuado, medidas de prevención y control de la infección.

VI.8. Vigilancia epidemiológica

Los lineamientos vigentes para la vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas virales están disponibles en: Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control 2024. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf

VI.9. Recomendaciones para la población

Se reiteran las recomendaciones generales para la prevención y control de la transmisión de las infecciones respiratorias agudas:

- 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).

VI.10. 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 insiste en la aplicación de la vacuna 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, separadas al menos de 4 semanas, excepto quienes hubieren recibido dos dosis anteriormente.
- Entre los 2 y 64 años que tengan factores de riesgo*: dosis anual 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 en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/guia_rapida_antigripal_2025_1732025.pdf.

En la semana 12 de vacunación de la estrategia de prevención de enfermedades respiratorias 2025, las coberturas de Antigripal son de 34,1% para la franja etaria de 6 a 24 meses (1 dosis y Única Dosis), 32,7% para mayores de 65 años, 35,2% para embarazo y 70,8% para personal de salud.

Para más información sobre Campaña Nacional de Prevención de Enfermedades Respiratorias consultar en: https://www.argentina.gob.ar/salud/enfermedades-respiratorias.

VI.11. Tratamiento antiviral

Las epidemias de influenza causan anualmente millones de casos graves y cientos de miles de muertes en el mundo, afectando especialmente a niños pequeños, adultos mayores y personas con comorbilidades. El tratamiento antiviral con oseltamivir, un inhibidor de la neuraminidasa, es una herramienta terapéutica complementaria a la vacunación, especialmente útil en pacientes con factores de riesgo. Aunque su mayor efectividad se observa cuando se administra dentro de las primeras 48 horas del inicio de síntomas, hay evidencia que demuestra beneficios incluso en tratamientos iniciados más tardíamente en pacientes con enfermedad grave. Sin embargo, debe considerarse que el uso indiscriminado del fármaco podría llevar a la aparición de resistencia, en consecuencia, debe promoverse un uso racional del mismo bajo ciertas indicaciones médicas.

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la

incidencia de complicaciones.[40],[41] En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de mortalidad, especialmente cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, aunque también se observan beneficios cuando se inicia más tardíamente en casos graves o progresivos.[42],[43] En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

No se debe esperar la confirmación de influenza por laboratorio para tomar decisiones acerca del inicio del tratamiento con antivirales.

Es importante el seguimiento clínico de los pacientes para detectar de manera oportuna condiciones de agravamiento de la enfermedad.

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional
-Casos de Infección respiratoria aguda grave.
Pacientes hospitalizados que pertenecen a grupos con riesgo aumentado de complicaciones por Influenza o con enfermedad progresiva o grave: iniciar tratamiento sin esperar el resultado de laboratorio.
-Si el resultado es Influenza positivo o negativo para otros virus respiratorios, continuar con el tratamiento.
-Si el resultado es positivo para otro virus respiratorio mantener o suspender el tratamiento según criterio médico (gravedad y progresión de la enfermedad), edad del paciente y presencia de comorbilidades.
-Casos ambulatorios con Enfermedad Tipo Influenza (ETI)
-Puede considerarse la administración de oseltamivir en casos ambulatorios con Enfermedad tipo influenza (ETI) y que pertenecen a grupos con mayor riesgo de desarrollar complicaciones por Influenza.
En períodos de circulación de virus Influenza, se recomienda la indicación de tratamiento en aquellos pacientes con resultado positivo para Influenza o en caso de no disponer de estudio diagnóstico o con resultado más allá de las 48 horas, iniciar tratamiento empírico.
La administración de tratamiento antiviral con oseltamivir debe ser registrada al SNVS.2.0 completando la solapa clínica en el evento correspondiente y en todas las estrategias de vigilancia implementadas.
*Para mayor información en relación a los **factores de riesgo** para el desarrollo de formas graves por influenza consultar: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf.

[40] Dobson J, Whitley RJ, Pocock S, Monto AS. Oseltamivir treatment for influenza in adults: a meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet. 2015 May 2;385(9979):1729-1737. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62449-1. Epub 2015 Jan 30. Erratum in: Lancet. 2015 May 2;385(9979):1728. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60892-3. Erratum in: Lancet. 2015 May 2;385(9979):1728.
[41] Venkatesan S, et al. Impact of Outpatient Neuraminidase Inhibitor Treatment in Patients Infected With Influenza A(H1N1)pdm09 at High Risk of Hospitalization: An Individual Participant Data Metaanalysis. Clin Infect Dis. 2017 May 15;64(10):1328-1334.
[42] Muthuri SG, Venkatesan S, Myles PR, et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in reducing mortality in patients admitted to hospital with influenza A H1N1pdm09 virus infection: a meta-analysis of individual participant data. Lancet Respir Med. 2014 May;2(5):395-404.
[43] Sharma Y, Horwood C, Hakendorf P, Thompson C. Effectiveness of Oseltamivir in reducing 30-day readmissions and mortality among patients with severe seasonal influenza in Australian hospitalized patients. Int J Infect Dis. 2021 Mar;104:232-238. doi: 10.1016/j.ijid.2021.01.011. Epub 2021 Jan 9. PMID: 33434667.

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

VII.1. Introducción

VII.1.A. ANTECEDENTES

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

A partir de ese momento se tomaron acciones de investigación y control y en virtud de estos datos el 8 de mayo ANMAT emite un alerta[44] sobre el uso de un lote de fentanilo, indicando que NO deberá utilizarse en todo el territorio nacional el producto: "FENTANILO HLB / FENTANILO (CITRATO), concentración 0,05 mg/ml, en la forma farmacéutica solución inyectable, lote 31202,vto. SEP-26, presentación por 100 ampollas por 5 ml, Certificado N°53.100" por encontrarse en investigación por desvío de calidad.

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

El 13 de mayo se publicó en el Boletín Oficial la Disposición N°3156/25 de la ANMAT, por la cual se prohibió el uso, la comercialización y la distribución en todo el territorio nacional del producto[45]. 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

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

[45] https://www.argentina.gob.ar/noticias/anmat-prohibe-el-uso-de-fentanilo-hlb-citrato-de-fentanilo-concentracion-005-mgml-solucion
https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/325221/2025051
https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/325222/2025051

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

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

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

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

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

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

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

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

cumplido la definición de sospechoso se haya establecido que los aislamientos no tienen relación genómica con los patógenos asociados al brote.

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

VII.2. Situación epidemiológica

Desde el Alerta emitido el 08 de mayo y hasta el 6 de junio de 2025 se registraron 81 notificaciones al evento Infección por exposición a medicamento contaminado del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) en 15 establecimientos correspondientes a 4 jurisdicciones. En 8 de esos establecimientos -situados en Buenos Aires, CABA y Santa Fe- el Laboratorio Nacional de Referencia ya confirmó 33 casos asociados al brote y otras 27 notificaciones de casos sospechosos de los mismos establecimientos, se consideran asociados por nexo epidemiológico, totalizando 60 casos confirmados. Un caso notificado por la provincia de Neuquén se invalidó por no cumplir con la definición de caso y otros 5 establecimientos se encuentran en investigación en Buenos Aires y Santa Fe. El resto de las provincias del país no han notificado casos sospechosos hasta el momento.

Tabla 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: distribución de casos según clasificación. Argentina. Hasta el 06/06/2025. N=81.

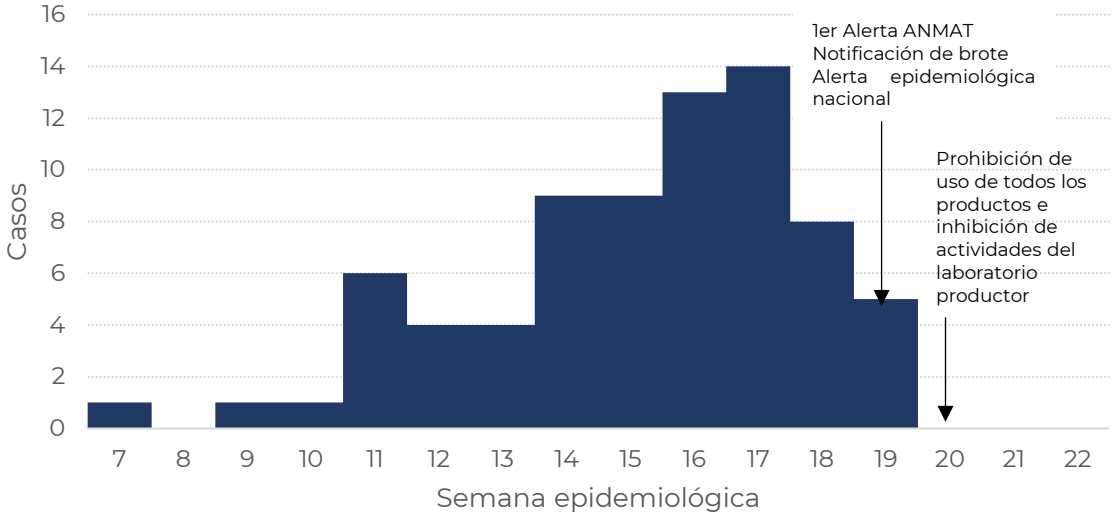
Establecimientos /Jurisdicción	Total casos asociados por LNR o Nexo	Sospechosos	No asociados o invalidados	Total notificaciones	Focos confirmados
EPBA01	18			18	SI
EPBA02	1			1	SI
EPBA03		1		1	En investigación
EPBA04			1	1	DESCARTADO
Buenos Aires	19	1	1	21	2
ECABA01	2			2	SI
CABA	2	0	0	2	1
ENQN01			1	1	DESCARTADO
Neuquén	0	0	1	1	0
ESF01	15			15	SI
ESF02	6			6	SI
ESF03	16		3	19	SI
ESF04		4		4	En investigación
ESF05		5	1	6	En investigación
ESF06	3			3	SI
ESF07	1			1	SI
ESF08		2		2	En investigación
ESF09		1		1	En investigación
Santa Fe	41	12	4	57	5
Total general	**62**	**13**	**6**	**81**	**8**

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

Los casos notificados hasta el momento tienen fecha de internación (o fecha de toma de muestra, cuando no se encuentra consignada la fecha de internación) entre el 10/02 y el 09/05. Todos los casos notificados a partir de la alerta epidemiológica fueron identificados de forma retrospectiva, no registrándose nuevas notificaciones ocurridos luego de dicha alerta.

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

Gráfico 1. Infección por exposición a medicamento contaminado: Distribución de casos asociados por LNR o nexo y sospechosos por SE y medidas sanitarias según semana epidemiológica. Argentina. Hasta el 06/06/2025. N=75*.

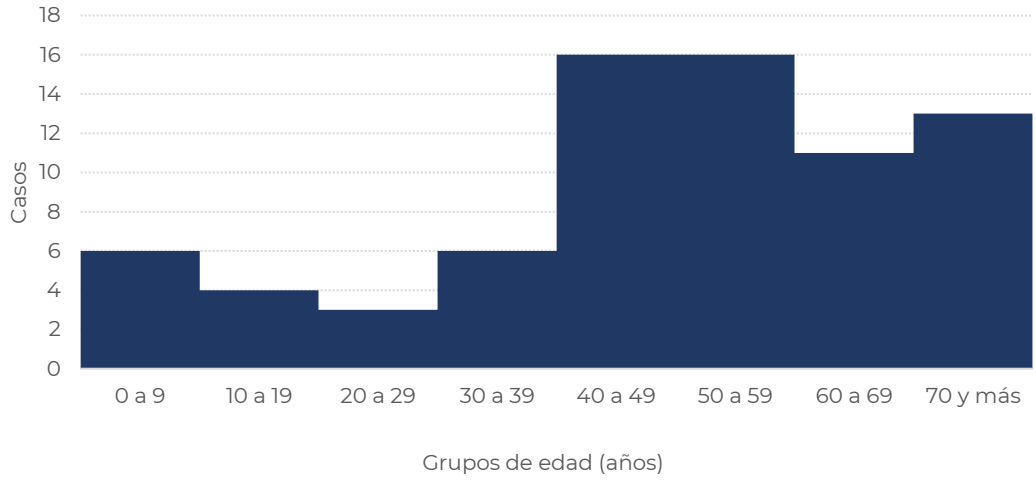


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" en base a datos provenientes del SNVS 2.0

** Se excluyen descartados*

En relación con la edad, se presentaron casos en todos los grupos etarios, con una mediana de 53 años y un rango entre 0 y 84 años.

Gráfico 2. Infección por exposición a medicamento contaminado: distribución de número de casos asociados por LNR o nexo y sospechosos según grupo de edad. Argentina. Hasta el 06/06/2025. N=75*.



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, 8 de los 16 establecimientos que notificaron casos hasta el momento registraron casos fallecidos en el SNVS, sumando un total de 38, siendo el sexo y grupo con más fallecimientos el sexo masculino de 45 a 64 años (mediana 57 años). En 6 de los 8 establecimientos que registraron casos fallecidos ya se ha confirmado un foco del brote (al menos un caso en el que se pudo confirmar la asociación al brote por parte del LNR), estando el restante en estudio.

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

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

VII.3. Vigilancia epidemiológica

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

VII.3.A. MODALIDAD DE VIGILANCIA Y NOTA METODOLÓGICA

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

Grupo de evento: Otros eventos de importancia para la salud pública; o Brotes asociados a fármacos[46]

Evento: Infección por Exposición a Medicamento Contaminado.

VII.3.B. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

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

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

Definiciones de caso

Caso sospechoso:

Toda persona que:

1. Haya recibido FENTANILO HLB / FENTANILO (CITRATO) entre noviembre de 2024 y el 15 de mayo de 2025[47] y que presente, con posterioridad a la administración:
2. diagnóstico de enfermedad invasiva (bacteriemia, meningitis, abscesos en sitio de punción, entre otros.) por
    - *Ralstonia spp* y/o
    - *Klebsiella pneumoniae* (Kpn) metalobetalactamasa (MBL) no betalactamasa de espectro extendido (BLEE); y/ **ó**
    - *Klebsiella variicola* (Kva) productora de metalobetalactamasa (MBL) y betalactamasa de espectro extendido (BLEE).

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

Caso de *Ralstonia mannitolilytica* con confirmación de asociación al brote: caso sospechoso con aislamiento de *Ralstonia spp.* en el que el Laboratorio Nacional de Referencia demostró la asociación del patógeno detectado en el brote o con nexo epidemiológico con casos o fuentes confirmadas en la institución.

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

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

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

Ficha de notificación en el siguiente link:

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

---

[47] El período abarca desde dos meses posteriores a la fabricación del primer lote identificado como contaminado y hasta dos días posteriores a la prohibición de uso del medicamento sospechado. Esta definición temporal puede modificarse, si es necesario, de acuerdo a los resultados de la investigación.

ACTUALIZACION PERIÓDICA DE EVENTOS

VIII. Hantavirosis - Actualización informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

La hantavirosis es una zoonosis emergente causada por virus del género *Orthohantavirus*, transmitidos al ser humano principalmente por inhalación de aerosoles contaminados con secreciones de roedores silvestres. En América, la presentación clínica más frecuente es el Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH), caracterizado por un inicio abrupto de fiebre, malestar general y síntomas gastrointestinales, seguido de dificultad respiratoria e hipotensión. Esta enfermedad presenta una letalidad elevada, con variaciones regionales que oscilaron entre el 10% y el 32% en Argentina entre 2019 y 2024.

En el país, se han identificado áreas de riesgo en cuatro regiones geográficas: Noroeste (Salta, Jujuy y Tucumán), Noreste (Misiones, Formosa y Chaco), Centro (Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos) y Sur (Neuquén, Río Negro y Chubut). Aunque los casos se notifican durante todo el año, se observa una estacionalidad marcada con mayor incidencia entre los meses de octubre y mayo. La amplia distribución de los reservorios, junto con la interacción humana con hábitats silvestres, genera condiciones propicias para la aparición de casos en otras provincias fuera de las históricamente endémicas.

Además, la posibilidad de transmisión interhumana —especialmente con el virus Andes— refuerza la necesidad de una vigilancia epidemiológica robusta y sensible. En este sentido, se debe sospechar infección por hantavirus en personas que residan o se hayan desplazado a zonas donde haya circulación viral y presenten fiebre sin etiología definida, acompañada de mialgias, escalofríos, astenia, cefalea o dolor abdominal, habiendo tenido en las seis semanas previas exposición a roedores o contacto estrecho con un caso confirmado de hantavirosis por virus Andes.

En respuesta a estos desafíos sanitarios, las normas de vigilancia fueron revisadas y actualizadas con el objetivo de optimizar los criterios diagnósticos, fortalecer las estrategias de detección temprana y respuesta ante brotes, y mejorar la calidad de la información notificada al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Dada la complejidad clínica y epidemiológica del evento, los datos aquí presentados pueden estar sujetos a revisión en función del grado de confirmación diagnóstica o clasificación final del caso. No obstante, resultan fundamentales para dimensionar el comportamiento del evento, fortalecer los sistemas de vigilancia y consolidar las capacidades de respuesta ante este tipo de emergencias.

VIII.2. Situación epidemiológica actual

VIII.2.A. NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información se realiza para la caracterización epidemiológica del evento nominal “Hantavirosis”. Se consideran como casos confirmados aquellos que contaban con laboratorio detectable según la última definición de caso consensuada publicada en la Circular

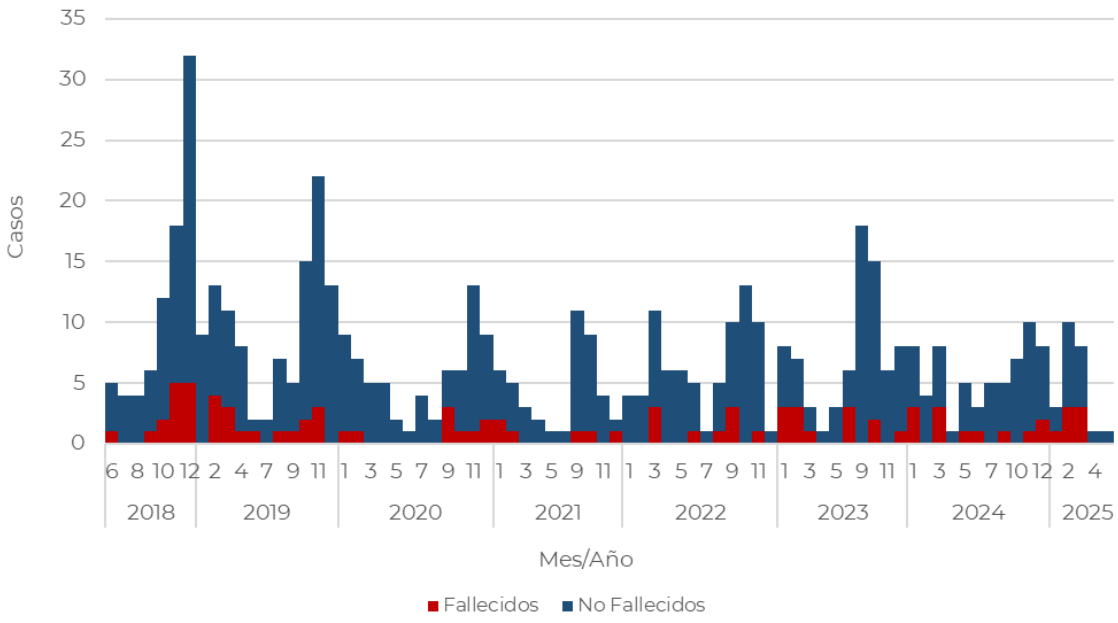
de Vigilancia de Mayo 2025[48], o una clasificación manual correspondiente a confirmado. Los casos se muestran por jurisdicción de residencia consignada en el SNVS 2.0, en caso de no tenerla, se muestra por jurisdicción de carga. La fecha mínima se construye según orden de priorización con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, toma de muestra, y, por último, de apertura si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.

VIII.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de períodos comprendidos entre la SE25 de un año, y la SE24 del siguiente (Por ej. SE25/2019- SE24/2020) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre sí. Esto se interpreta a partir de la curva histórica de casos (Gráfico 1), donde se observa que el 90% de los casos se concentran entre los meses de septiembre a abril (SE 34 a SE 20), con una concentración del 50% entre los meses de noviembre y enero (SE39 a SE2). Este patrón se repite en las 3 regiones que concentran la mayor parte de las notificaciones (NEA, Sur y Centro) con la leve diferencia que en NEA el aumento de casos comienza previamente (Gráfico 2). El periodo en estudio incluye el año con más casos confirmados (126), en coincidencia con el brote de transmisión interhumana de Epuyén, Chubut.

A nivel nacional, en el período 2024-2025 se registraron 62 casos confirmados de hantavirus, de los cuales 12 fallecieron, representando una letalidad de 19,3%.

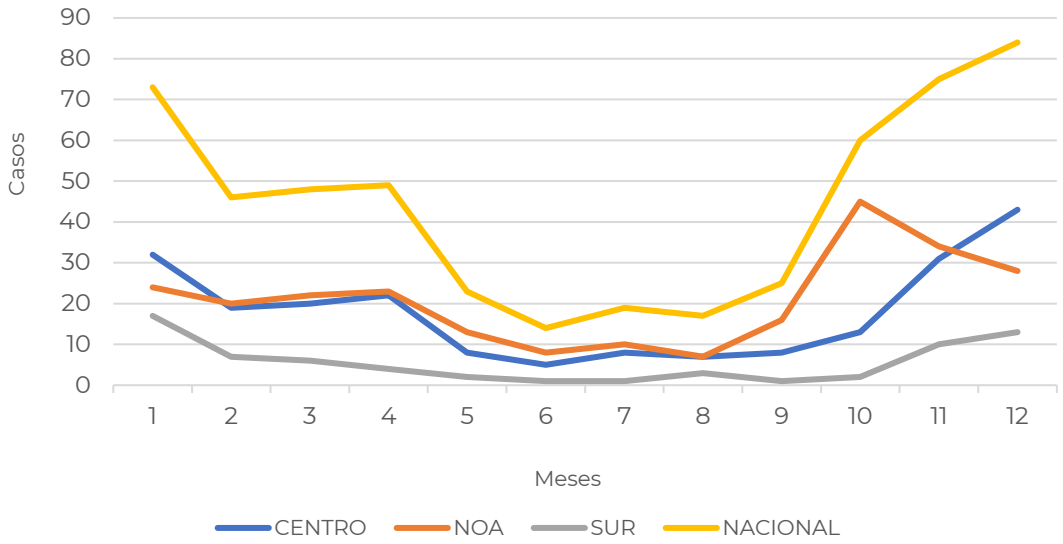
Gráfico 1. Hantavirosis: Casos confirmados por cuatrisemana epidemiológica desde CSE01/2019 a CSE05/2025, Argentina. (N=490)



Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

[48] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

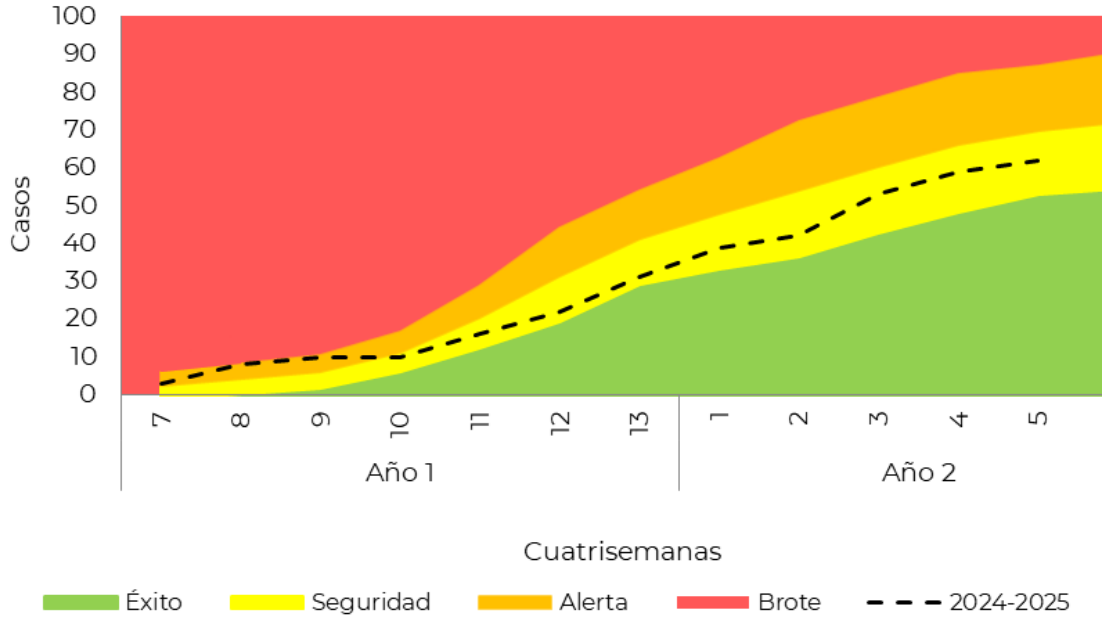
Gráfico 2. Hantavirosis: Casos acumulados según mes para el periodo CSE25/2018 a CSE21/2025, Argentina y Regiones NOA, Centro y SUR. (N=533)



Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Puede observarse que a nivel nacional la cantidad de casos para el período 2024-2025 se encuentra dentro de los umbrales esperados, respecto a años previos.

Gráfico 3. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado cuatrisemanal. Período analizado: SE25/2024 a SE20/2025 respecto a equivalente período de los cinco años previos (SE25/2019 a SE24/2024). Argentina. (N=413)

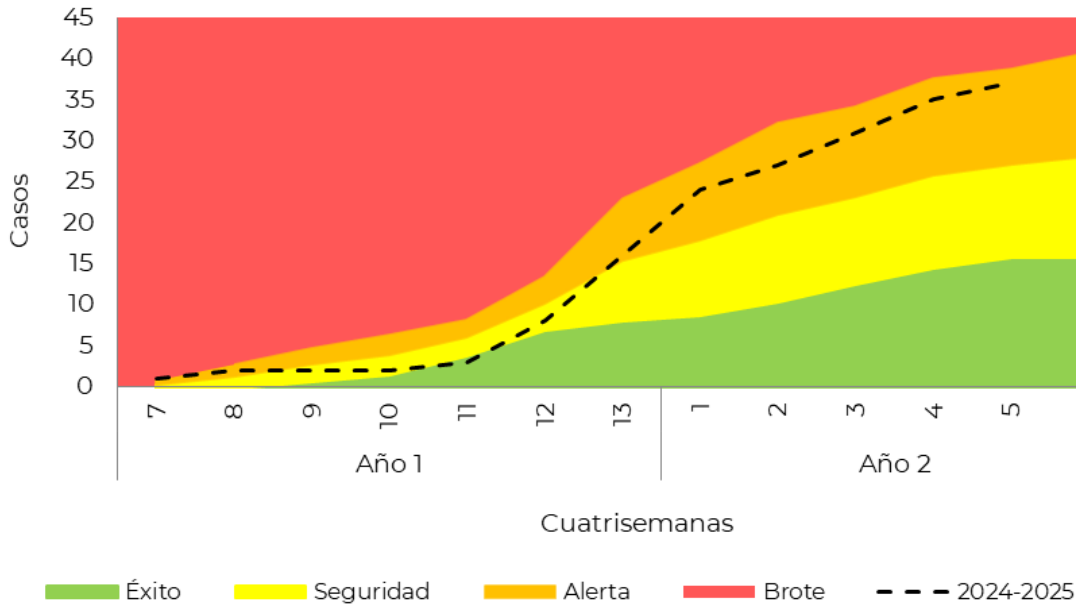


Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis -DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

Región Centro

Para la región Centro, la cual incluye las jurisdicciones de CABA, Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe, el número de casos se encuentra en el umbral de alerta para el período 2024-2025.

Gráfico 4. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado cuatrisemanal. Período analizado: SE25/2024 a SE20/2025 respecto a equivalente período de los cinco años previos (SE25/2019 a SE24/2024). Región Centro. (N=174)

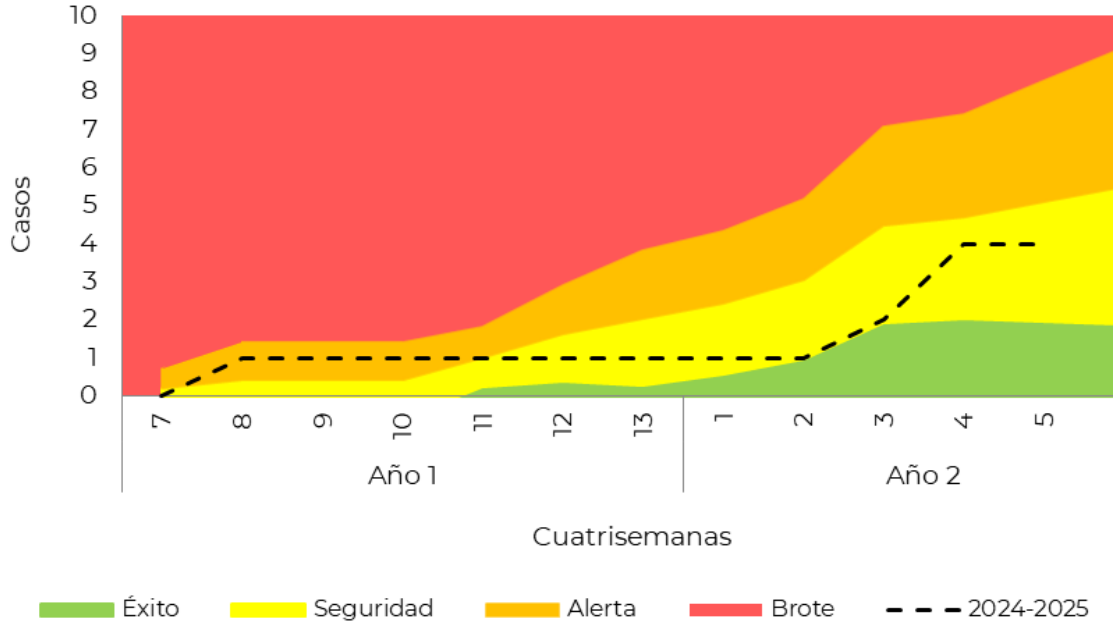


Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

Región Sur

Para la región Sur, la cual incluye las jurisdicciones de Chubut, Neuquén y Rio Negro, el número de casos se encuentra en el umbral de seguridad para el período 2024-2025.

Gráfico 5. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado cuatrisemanal. Período analizado: SE25/2024 a SE20/2025 respecto a equivalente período de los cinco años previos (SE25/2019 a SE24/2024). Región Sur. (N=31)

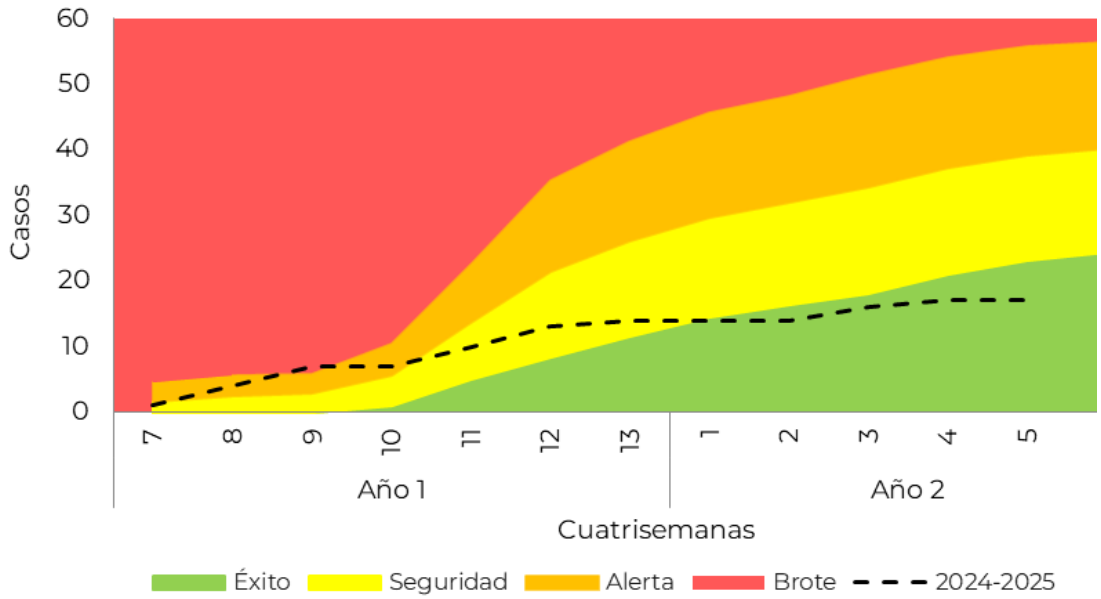


Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

Región NOA

Para la región NOA, en la cual se presentaron casos en las jurisdicciones de Salta, Jujuy y Tucumán, el número de casos se encuentra en el umbral de éxito para el período 2024-2025, aunque presentó un incremento inusitado en época invernal.

Gráfico 6. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado cuatrisemanal. Período analizado: SE25/2024 a SE20/2025 respecto a equivalente período de los cinco años previos (SE25/2019 a SE24/2024). Región NOA. (N=215)



Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

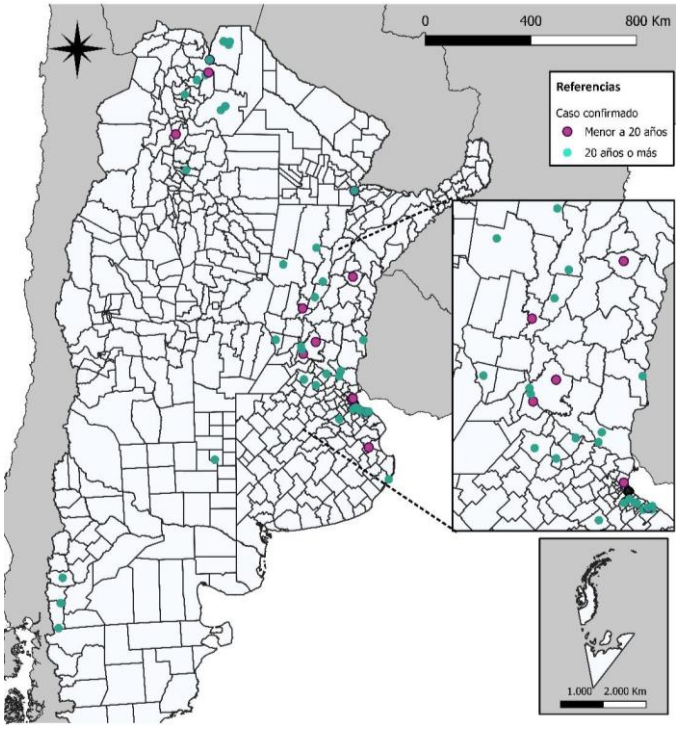
A diferencia de periodos anteriores la mayor proporción de casos para el período 2024-2025 se encuentra en la región Centro (60%, seguida por la región NOA (Ver Tabla 1 y Mapa 1).

Tabla 1. Hantavirosis: Casos confirmados y tasa por 100.000 habitantes según jurisdicción (con casos), año y región desde SE 25/2024 a SE21/2025. Argentina. (N=62)

Jurisdicción	Casos	Casos fallecidos	Tasa por 100.000 hab.
Buenos Aires	21	3	0,11
Entre Ríos	6	2	0,42
Santa Fe	10	1	0,27
Centro	**37**	**6**	**0,12**
Chaco	2	0	0,16
NEA	**2**	**0**	**0,05**
Jujuy	5	0	0,62
Salta	13	2	0,87
Tucumán	1	1	0,06
NOA	**19**	**3**	**0,32**
Neuquén	1	1	0,14
Rio Negro	3	2	0,38
Sur	**4**	**3**	**0,13**
Total País	**62**	**12**	**0,13**

Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

Mapa 1. Hantavirosis: Casos confirmados desde SE 25/2024 a SE21/2025. Argentina. (N=62)

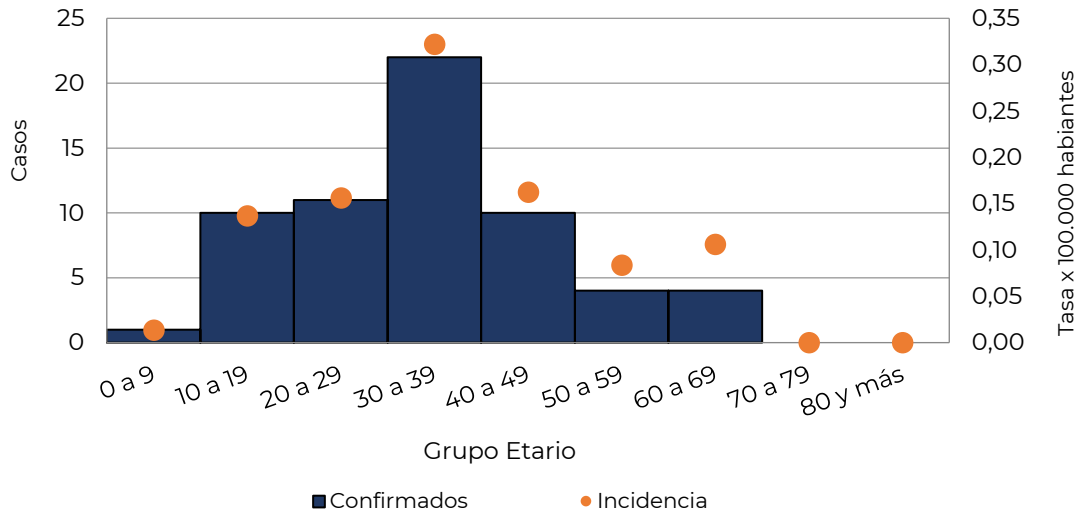


Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Caracterización según grupos de edad y letalidad

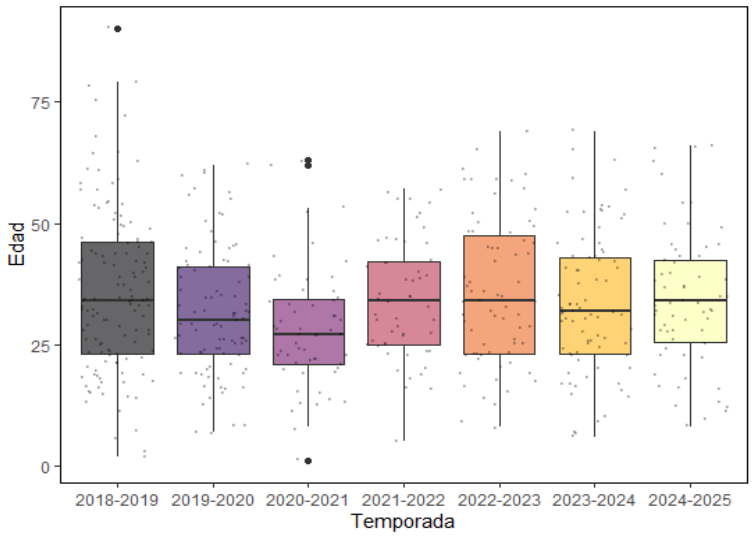
A nivel país, la mediana de edad fue de 33,5 años, concentrándose el 85% (53) de los casos entre los 10 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes en el período (Gráfico 7). Si bien la mediana de edad es mayor a otros años (por ej. periodo 2020-2021), este indicador no varía de manera significativa tomando en cuenta el período analizado. En efecto, el rango de la mediada de edad entre el 2018 y el 2025 es de se encuentra entre los 27 y los 34 años (Gráfico 8).

Gráfico 7. Hantavirosis: Casos y tasas de incidencia acumulada según grupo de edad. SE25/2024 a SE21/2025. Argentina. (N=62)



Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

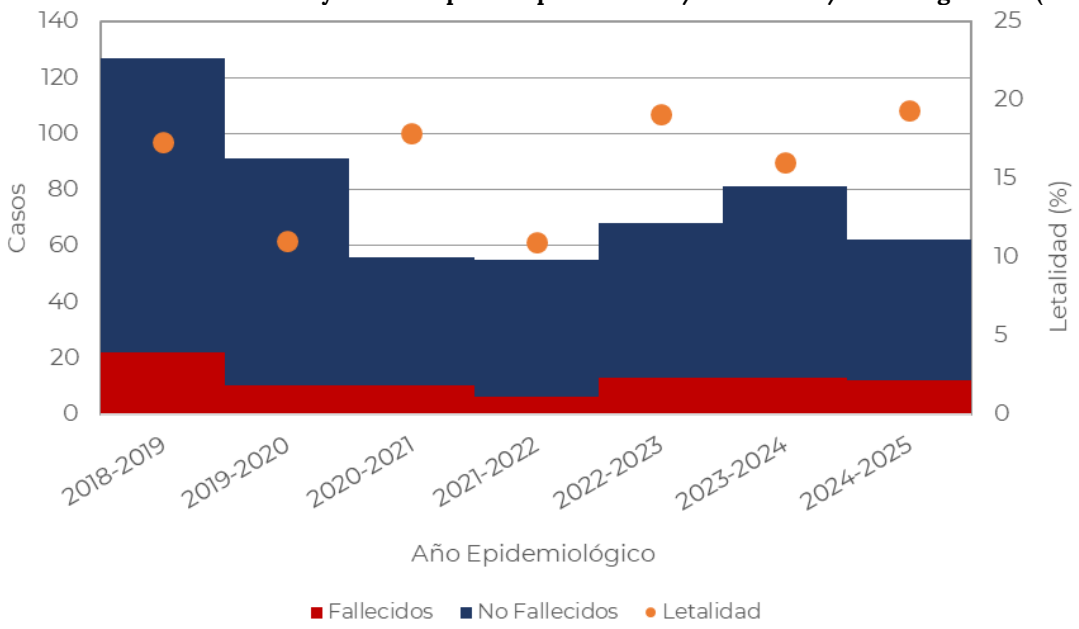
Gráfico 8. Hantavirosis: Boxplot de casos confirmados por edad según temporada. SE25/2018 a SE21/2025. Argentina. (N=540)



Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En el periodo 2024-2025 se registraron 12 casos fallecidos, con una mediana de edad de 35 (Rango: 16-40), con una letalidad del 19.4% de los casos fallecidos. Este indicador se posicional levemente por encima de los años previos (Gráfico 9).

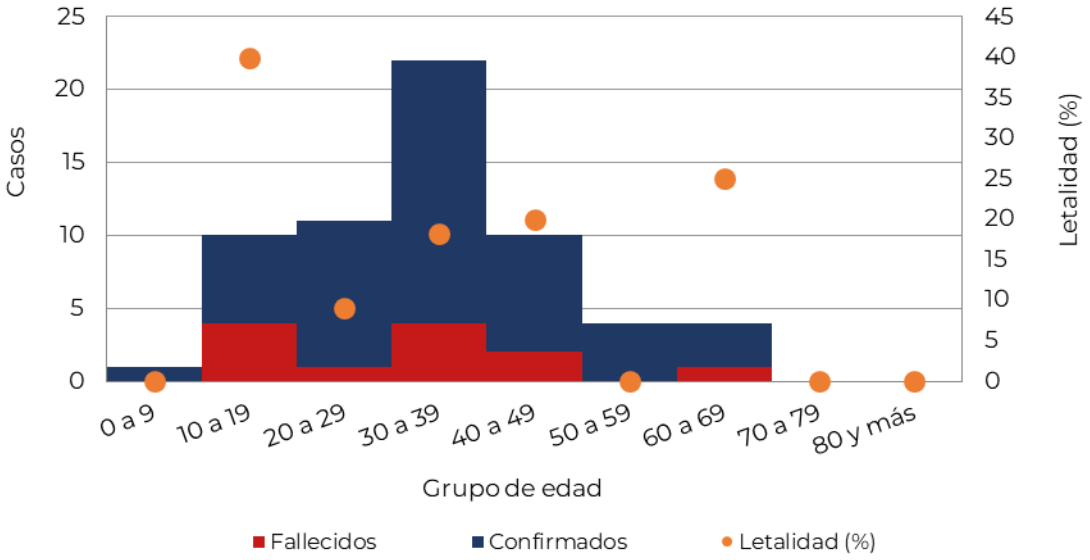
Gráfico 9. Hantavirosis: Casos y letalidad por temporada. SE25/2018 a SE21/2025. Argentina. (N=54)



Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En el subgrupo de menores de 20 años, a pesar de evidenciar una letalidad global mayor que en años previos (40%) (Gráfico 10), no se evidenciaron agrupamientos témporo-espaciales, y los antecedentes epidemiológicos corresponden a los reportados previamente vinculados a vivir en ámbito rural y/o realizar actividades en áreas silvestres o rurales.

Gráfico 10. Hantavirosis: Casos y letalidad según grupo de edad. SE25/2024 a SE21/2025. Argentina. (N=62)



Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis - DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

VIII.2.C.CONCLUSIÓN

El periodo 2024-2025 presentó un incremento de casos en la zona Centro comparando los períodos previos en la misma región. Concomitantemente, se observa una disminución de los casos en el NOA. A partir de esto, se puede observar un leve incremento en la letalidad global. En el grupo etario de menores de 20 años se identifican 10 casos con 4 fallecidos, el análisis de los mismos no muestra condiciones asociadas a un mayor riesgo, excepto residir y/o realizar actividades en zonas rurales endémicas, por lo mismo se sugiere intensificar la sospecha de hantavirosis en estas zonas principalmente entre los meses de septiembre y abril, considerándola entre los diagnósticos diferenciales de otros síndromes febriles agudos inespecíficos.

VIII.3. Recomendaciones

VIII.3.A. MEDIDAS PREVENTIVAS

- Evitar la convivencia con roedores y el contacto con sus secreciones.
- Evitar que los roedores entren o hagan nidos en las viviendas.
- Tapar orificios en puertas, paredes y cañerías.
- Realizar la limpieza (pisos, paredes, puertas, mesas, cajones y alacenas) con una parte de hipoclorito de sodio y nueve de agua (dejar 30 minutos y luego enjuagar). Humedecer el piso antes de barrer para no levantar polvo.
- Ubicar huertas y leña (a 30 cm de altura del piso) a más de 30 metros de las viviendas, cortar pastos y malezas hasta un radio de 30 metros alrededor del domicilio.
- Ventilar por lo menos 30 minutos antes de entrar a lugares como viviendas, galpones, o refugios ubicados en ambientes rurales y/o silvestres en zonas endémicas que hayan estado cerrados por periodos prolongados. Cubrirse la boca y la nariz con un barbijo N95 antes de ingresar.
- En caso de vehículos en desuso por varios días, ventilar el habitáculo antes de ingresar y utilizar el ventilador del vehículo con las ventanas bajas o puertas abiertas por un

periodo prudencial para eliminar el polvo o aire que ingrese desde el motor donde puedan haber anidado roedores.
- Tener especial cuidado en la puesta en marcha de ventiladores y de aparatos de aire acondicionado cuyos filtros o conductos puedan haber tenido contacto con polvo contaminado, roedores o excretas de estos. De tener que realizarlo, realizar la limpieza adecuada previamente y cubrirse con un barbijo N95.
- Al acampar hacerlo alejado de maleza y basurales. No dormir directamente sobre el suelo; consumir agua potable.
- Si se encuentra un roedor vivo en el domicilio o peridomicilio: usar trampas para capturarlo (no intentar tocarlo o golpearlo). Reforzar las medidas anteriores para evitar ingreso y anidación.
- Si se encuentra un roedor muerto: rociarlo con hipoclorito de sodio junto con todo lo que haya podido estar en contacto y esperar un mínimo de 30 minutos. Luego recogerlo usando guantes y enterrarlo a más de 30 cm de profundidad o quemarlo.
- En ambientes silvestres no se realiza ningún tipo de control poblacional de roedores, dado su impacto ecológico. En el interior de las viviendas o peridomicilio se puede realizar el control de las poblaciones a través del uso de trampas mecánicas, NO se utilizan cebos tóxicos.

VIII.3.B. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD DENTRO DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

Se recomienda para todos los contextos de infecciones por hantavirus las precauciones estándares. En Áreas de riesgo para virus Andes o Buenos Aires, deben usarse otras estrategias por la potencial transmisión del virus persona a persona.

Precauciones estándares

- Higiene de manos.
- Etiqueta de tos: una persona que presenta síntomas respiratorios (tos) por una enfermedad infecciosa debe toser en la cara interna del codo, utilizar pañuelos descartables
- Utilizar guantes, camisolín, barbijo y/o antiparras/máscaras faciales frente al riesgo de salpicaduras durante la realización de maniobras con sangre o fluidos corporales.
- Utilizar los EPP según el tipo de exposición en la asistencia al paciente*.

*Equipo de protección personal recomendado para atención de pacientes en Áreas de riesgo para virus Andes o Buenos Aires, según categoría de exposición:

Personal	Actividad /Estado	Tipo de Protección Respiratoria
Personal sanitario atención al paciente	Prácticas invasivas en vías aéreas	Respirador de paneles N100[1] o FFP3[2] (Con o sin Válvula[3] de exhalación)
	Prácticas invasivas	Respirador de paneles N95 o FFP2 (Con o sin Válvula de exhalación)
	Prácticas no invasivas	Respirador de paneles N95 o FFP2 (Con o sin Válvula de exhalación)
Personal sanitario de traslado de paciente	Traslado con posible contacto con sospechoso o enfermo	Respirador de paneles N95 o FFP2 (Con o sin Válvula de exhalación)
Paciente	Aislado (cama única)	Sin protección
	Aislado con otros pacientes	N95 o FFP2 (Sin Válvula de exhalación)
	Sospechoso	N95 o FFP2 (Sin Válvula de exhalación)

Áreas de riesgo para virus Andes o Buenos Aires

- Aislamiento respiratorio en quienes se sospecha infección por hantavirus, donde puedan ser causantes el virus Andes y Buenos Aires.
- Internación en habitación individual. De ser posible, la misma tendrá presión negativa con 12 recambios de aire por hora o bien se evaluará la instalación de purificadores de aire con filtros de alta eficiencia (HEPA) portátiles.
- Higiene de manos
- Ingresar a la habitación del paciente con barbijo N95.
- Ante el posible contacto con secreciones o fluidos corporales, utilizar además camisolín, antiparras/máscaras faciales y guantes; con especial cuidado durante las maniobras de alto riesgo de aerosolización tales como la intubación orotraqueal, traqueostomía, realización de lavado bronquioalveolar y similares.
- Para pacientes en asistencia respiratoria mecánica se recomienda de ser posible, la utilización de filtros en la rama espiratoria 99,9% y sistema de aspiración cerrada.
- Restricción de visitas. En caso de ser impostergable se autorizará 1 visita por paciente con uso de barbijo N95 permanente.
- Traslado de pacientes con uso de barbijo N95.

Se sugiere que los pacientes con virus Andes permanezcan en aislamiento durante toda la hospitalización atribuible a hantavirosis, según criterio médico.

Manipulación de muestras biológicas

- Uso de guantes y camisolín.
- Barbijo N95 o superior.
- Antiparras.
- Minimizar producción de aerosoles.
- Lavado de manos antes y después de la manipulación y del retiro de guantes.
- Descontaminación de superficies (hipoclorito de sodio 10%).
- Autoclavar todos los materiales antes de ser eliminados.
- Asegurar la capacitación permanente del personal de salud

VIII.3.C.MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Medidas ante casos

La identificación temprana y la atención médica oportuna pueden disminuir la morbimortalidad asociada. Dada la rápida progresión del SCPH, es clave la sospecha clínica precoz, la hospitalización de todos los casos sospechosos de hantavirus y la eventual derivación a centros con unidades de cuidados intensivos. El tratamiento clínico debe centrarse en el monitoreo hemodinámico del paciente, el manejo de fluidos y el soporte de ventilación. Los casos graves deben transferirse de inmediato a las unidades de cuidados intensivos (UCI). Las infecciones por hantavirus pueden parecerse a otras enfermedades como la leptospirosis, el dengue, la Fiebre Hemorrágica Argentina, las rickettsiosis, la fiebre chikungunya, e incluso la influenza y la COVID-19 en la etapa temprana. Incluir esta enfermedad en el diagnóstico diferencial con respecto a los síndromes febriles puede dar lugar a un reconocimiento más oportuno y a un adecuado manejo de casos. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que puede iniciar con síntomas distintos de la fiebre. Las tasas de mortalidad pueden disminuir considerablemente gracias al diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

Si la etiología del caso es por virus Andes, el cual presenta potencial transmisión de persona a persona, o bien proviene de área de riesgo para virus Andes, se procederá a la hospitalización y al aislamiento respiratorio del paciente.

Medidas ante Personas co-expuestas

Para personas co-expuestas no se indica el aislamiento respiratorio y se recomienda:

- Seguimiento clínico o epidemiológico y pautas de alarma por 45 días desde el momento de exposición.
- Si la persona co-expuesta comenzara con síntomas de caso sospechoso de hantavirus, se sugiere realizar estudios diagnósticos y evaluar eventual internación.

Medidas ante contactos estrechos de caso confirmado

Virus Andes

Para contactos estrechos de casos confirmados de virus Andes o confirmado sin genotipo cuyo antecedente epidemiológico de riesgo haya sido de exposición en **Áreas de riesgo para virus Andes** se deberá considerar dos escenarios:

- **Escenario 1: identificación, intervención y seguimiento en el contexto de uno o más casos con una hipótesis de transmisión ambiental/ zoonótica del caso índice**

  Contactos de alto riesgo: se recomienda aislamiento de 21 días más seguimiento clínico hasta los 45 días*.

  Contactos de bajo riesgo: se recomienda seguimiento clínico hasta los 45 días*.

- **Escenario 2: identificación, intervención y seguimiento en el contexto de uno o más casos con una hipótesis de transmisión interhumana (a partir de casos secundarios)**

  Contactos de alto riesgo: se recomienda de aislamiento de 30 días más seguimiento clínico hasta los 45 días*.

  Contactos de bajo riesgo: se recomienda aislamiento de 21 días más seguimiento clínico hasta los 45 días*.

Para ambos escenarios, si fuera posible, se recomienda cumplir el aislamiento durante todo el período de incubación (45 días)

***Seguimiento clínico cada 24 hs:** el periodo de seguimiento dura 45 días desde el último contacto con el caso confirmado de hantavirus Andes. Durante este periodo se debe:

Realizar monitoreo clínico frecuente, telefónico o domiciliario.
Proponer un automonitoreo diario de síntomas (estén o no en aislamiento domiciliario).
Evitar la concurrencia a eventos sociales masivos durante todo el periodo de seguimiento.
La asistencia escolar o laboral no está restringida durante el periodo de seguimiento (fuera del periodo de aislamiento).
Se recomienda uso de barbijo quirúrgico hasta el día 45.
Internación en condiciones de aislamiento ante la aparición de síntomas en centros adecuados para la atención en caso de requerir cuidados intensivos.

La utilización del seguimiento por RT-PCR para hantavirus en contactos asintomáticos queda sujeta a la disponibilidad de recursos logísticos y de laboratorio. De llevarse a cabo, este procedimiento no debe afectar el aislamiento del contacto. Cabe destacar que esta estrategia no reemplaza el seguimiento clínico.

Indicaciones para el aislamiento

- Restringir las salidas del domicilio a razones estrictamente necesarias, siempre con la utilización de barbijo N95 (deberá capacitarse debidamente a la persona en aislamiento en el uso adecuado del respirador).

- No concurrir a escuela, trabajo, clubes, eventos sociales, viajes en vehículo, etc.
- Restringir las visitas al domicilio, los que concurran deberán usar barbijo N95.
- Lavado frecuente de manos con agua y jabón.
- No compartir elementos de higiene personal y utensilios, como tazas, cubiertos, mate, etc.
- Utilizar barbijo N95 sin válvula espiración en los ambientes compartidos con otros convivientes.
- Distanciamiento entre convivientes dentro de la vivienda.
- Limpieza periódica de la vivienda con agua con hipoclorito de sodio (diluir una parte de hipoclorito de sodio en 9 partes de agua).
- Ventilación diaria de la vivienda.

Las personas aisladas deberán ser eximidas de la concurrencia laboral y escolar.

Virus Buenos Aires

Para contactos estrechos de **casos confirmados de virus Buenos Aires**

- Seguimiento clínico**/epidemiológico y pautas de alarma por 45 días desde el momento del contacto de riesgo.
- Si el contacto estrecho comenzara con síntomas de caso sospechoso de hantavirus, se sugiere realizar estudios diagnósticos y evaluar eventual internación.

****Seguimiento clínico:** el periodo de seguimiento dura 45 días desde el último contacto con el caso confirmado de hantavirus Buenos Aires. Durante este periodo se debe: -Realizar monitoreo clínico frecuente, telefónico o domiciliario. -Proponer un automonitoreo diario de síntomas.

Otros virus distintos de Andes o virus Buenos Aires

- Se recomienda brindar pautas de alarma y automonitoreo de síntomas.

VIII.3.D. MEDIDAS ANTE BROTES

Evaluación eco-epidemiológica integral

La misma debe incluir la identificación de lugares probables de exposición, la definición de medidas de prevención y control orientadas a limitar la transmisión entorno al foco, la identificación de contactos estrechos y personas expuestas al mismo riesgo, el aislamiento respiratorio selectivo de acuerdo a los escenarios epidemiológicos descritos en la sección anterior “Medidas ante contactos” y la comunicación de las medidas de prevención y control generales. Todas estas recomendaciones son dinámicas teniendo en cuenta la evolución del brote y las áreas de riesgo, según antecedentes de circulación viral, etc

VIII.4. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Hantavirus

Ante la sospecha del caso, para realizar el diagnóstico se tomará al ingreso a la consulta una muestra de sangre entera o sangre con EDTA (5-10 ml) sin anticoagulantes, o suero (1-2 ml) y coágulo ya separados (en este caso es imprescindible el envío de ambos). Se deben tomar muestras en el período agudo de la enfermedad:

Confirmación diagnóstica

1. Detección de anticuerpos específicos IgM o seroconversión de IgG por técnica de ELISA.

- La IgM específica indica infección reciente; aparece entre el primer y el tercer día después del inicio de síntomas.
- Los anticuerpos IgG aparecen pocos días después de los IgM, y permanecen por períodos prolongados.
- La presencia de IgM específica solamente en fase aguda no es confirmatoria. Se debe confirmar por detección de genoma viral o por seroconversión

2. Detección del genoma viral por RT- qPCR o RT PCR en suero/coágulo y/u órganos. Si se obtiene amplificación del genoma viral mediante RT-qPCR (en tiempo real), el resultado es confirmatorio.

3. Inmunohistoquímica en órganos de autopsia.

- Enviar las muestras inmediatamente después de obtenidas, refrigeradas a 4°C. En caso que el envío deba ser demorado, conservarlas a -20°C.
- Rotular todos los tubos detallando:
  - Tipo de muestra
  - Apellido y Nombre del paciente
  - Fecha de toma de muestra

Embalaje

- Se debe verificar el perfecto cierre de cada tubo. Envolver cada uno en papel absorbente y colocarlo en una bolsa plástica.
- Colocar las bolsas conteniendo cada tubo en recipientes de bioseguridad.
- De no contar con recipientes de bioseguridad se puede utilizar un recipiente con cierre hermético y resistente a los golpes, colocando dentro del recipiente cantidad suficiente de material absorbente para evitar el derrame de las muestras en caso de ruptura o pérdida de los tubos.
- Acompañar las muestras con ficha clínico-epidemiológica correspondiente.
- Si se agrega hielo seco debe hacerse por fuera de ambos recipientes contenedores.

VIII.5. Vigilancia epidemiológica

VIII.5.A. MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN

En nuestro país, la hantavirosis es un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022. La estrategia de vigilancia contempla tres componentes: vigilancia clínica universal, vigilancia por laboratorio e investigación epidemiológica. La modalidad de notificación es nominal y la periodicidad, inmediata.

El objetivo principal de la vigilancia es generar alertas tempranas ante la detección de casos y brotes, posibilitando la adopción oportuna de medidas de investigación, prevención y control. Para ello, es fundamental registrar de manera sistemática las distintas etapas del algoritmo diagnóstico, así como asegurar la carga completa de los datos clínicos, de laboratorio y epidemiológicos vinculados a cada caso y brote.

Asimismo, resulta esencial garantizar la comunicación en tiempo real entre los actores intervinientes, con el fin de compartir información sobre los casos notificados, los resultados de las investigaciones y las acciones implementadas.

En este contexto, y tras un proceso de revisión técnica iniciado en 2023, se consolidó en mayo de 2025 la **actualización de las normas para la vigilancia de hantavirosis**, formalizada mediante la Circular "Actualización de normas para la vigilancia de hantavirosis – Mayo 2025". Este proceso implicó un trabajo articulado entre los equipos jurisdiccionales y nacionales, con el objetivo de fortalecer los criterios diagnósticos, los mecanismos de notificación y las estrategias de respuesta ante casos y brotes.

El texto completo de la normativa puede consultarse en el siguiente enlace: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

VIII.5.B. DEFINICIONES DE CASO

Caso sospechoso[49]

Situación 1

Toda persona que presente las siguientes tres condiciones:

1. Fiebre aguda, sin afección de las vías aéreas superiores (a excepción de dolor de garganta) y sin otra etiología definida; Y,
2. Al menos uno de los siguientes signos o síntomas: cefalea, mialgias, malestar general, náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, dificultad respiratoria, disnea, infiltrados intersticiales; descenso de plaquetas o presencia de inmunoblastos; Y,
3. Al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos, entre 4 y 45 días previo al inicio de los síntomas:
    a. Residir o haber visitado zona endémica para hantavirus
    b. Exposición a roedores reservorios o sus excretas;
    c. Realización de actividades/prácticas de riesgo*;
    d. Contacto estrecho con caso confirmado de hantavirus Buenos Aires.

* Algunos ejemplos de actividades de riesgo:

Actividades laborales: desmalezamiento, limpieza de galpones/viviendas deshabitadas por varias semanas, recolección de leña, trabajadores agrícolas, crianceros, entre otros. Pobladores rurales, camioneros o transportistas, guardafaunas, guardaparques, gendarmes, policía, trabajadores de vialidad, trabajadores municipales, recolectores de residuos, trabajadores de sectores rurales donde habita el reservorio, recolección de frutas finas, hongos, caña de azúcar, etc.

Actividades recreativas: Acampes y/o caminatas en lugares agrestes. Pernocte a la intemperie en área de riesgo, o refugios o cabañas que hubieran permanecido cerradas. Deportes en lugares agrestes de riesgo. Caza, pesca, entre otros.

[49] Los pacientes con hantavirus pueden presentar síntomas sistémicos, **aún antes de la fiebre**, por lo cual, es **muy importante un alto índice de sospecha**, en las áreas de riesgo o en contactos estrechos de casos confirmados

Por contacto directo con roedores o sus excreciones en áreas endémicas: manipulación roedores silvestres vivos o muertos, contacto con excrementos o mordeduras.

Situación 2 (en contactos estrechos de caso confirmado de hantavirus, en áreas de riesgo para virus Andes):

Toda persona que presente las siguientes dos condiciones:

1. Haya tenido contacto estrecho con un caso confirmado de hantavirus Andes (o caso confirmado de hantavirus sin genotipificar con antecedente epidemiológico en área de riesgo para este genotipo) durante el período de transmisibilidad; Y,
2. Presente al menos uno de los siguientes signos o síntomas, sin afección de las vías aéreas superiores (a excepción de dolor de garganta) y sin otra etiología definida: fiebre, cefalea, mialgias, malestar general, náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, dificultad respiratoria, disnea, infiltrados intersticiales, descenso de plaquetas o presencia de inmunoblastos.

Caso confirmado: todo caso sospechoso con confirmación por laboratorio por alguno de los siguientes criterios.

Detección de anticuerpos específicos IgM e IgG por técnica de ELISA.
Seroconversión de anticuerpos entre dos muestras con más de 48 horas de diferencia.
Detección del genoma viral específico por RT-PCR en tiempo real en sangre, suero, coágulo u órganos.
Detección del genoma viral por RT-PCR seguida de secuenciación nucleotídica en sangre, suero, coágulo u órganos.

Caso probable: caso sospechoso con detección de anticuerpos específicos IgM positiva, y con IgG negativa por técnica de ELISA.

Caso confirmado por criterio clínico-epidemiológico: todo caso sospechoso para el cual no se pueda realizar la toma de muestra (por fallecimiento del paciente u otras circunstancias excepcionales), que cuente o haya contado con sintomatología específica y reúna las condiciones de ser una persona co-expuesta (transmisión zoonótica) y/o expuesta a un caso confirmado por laboratorio, podrá ser confirmado mediante criterio clínico-epidemiológico.

Caso descartado por laboratorio: todo caso sospechoso con resultados negativos para la detección de anticuerpos específicos IgM e IgG por técnica de ELISA en muestra de suero de 48 horas o más desde el inicio de la fiebre o ausencia de genoma viral específico por RT-PCR. Se podrá notificar en el SNVS 2.0 bajo la clasificación “Caso descartado por laboratorio”.

Caso descartado por diagnóstico diferencial: todo caso sospechoso con diagnóstico laboratorial confirmatorio para otra etiología que explica el cuadro clínico. Se podrá notificar en el SNVS 2.0 bajo la clasificación “Caso descartado por diagnóstico diferencial”.

Caso descartado (probable infección remota): todo caso sospechoso con detección de anticuerpos específicos IgG, y demás determinaciones negativas.

Caso invalidado por epidemiología: toda notificación que no cuente con criterios epidemiológicos que lo conviertan en un caso sospechoso.

Contacto estrecho: convivientes, parejas sexuales, personas que hayan compartido utensilios, mate, botellas, vasos, chupetes, etc. o hayan realizado cualquier actividad que involucre el intercambio de fluidos (semen, lágrimas, saliva, leche materna, etc.), trabajadores de la salud

que hayan atendido casos de hantavirus, sin el uso correcto del equipo de protección personal, ó toda persona que mantuvo una cercanía a menos de un metro de distancia durante al menos 30 minutos en un ambiente cerrado con un caso confirmado de hantavirus durante el periodo de transmisibilidad, sin protección respiratoria adecuada. Los contactos de **casos confirmados** de Andes deberán ser notificados en el evento correspondiente.

A su vez, se considerará la siguiente estratificación de riesgo:

Alto riesgo: convivientes, parejas sexuales, personas que hayan compartido elementos como utensilios de cocina, mate, botella, o hayan realizado cualquier actividad que involucre el intercambio de fluidos (semen, lágrimas, saliva, leche materna, etc.), con un caso confirmado de hantavirus durante el periodo de transmisibilidad. También trabajadores de la salud que hayan atendido casos de hantavirus sin el uso correcto del equipo de protección personal.

Bajo riesgo: toda persona que mantuvo una cercanía a menos de un metro de distancia durante al menos 30 minutos en un ambiente cerrado con un caso confirmado de hantavirus durante el periodo de transmisibilidad, sin protección respiratoria adecuada.

Persona co-expuesta: personas que hayan compartido con un caso confirmado de hantavirus la actividad de donde presuntamente se produjo la transmisión. Esta clasificación no requiere ser notificada

VIII.5.C.DEFINICIÓN DE BROTE

Aparición de un caso de hantavirus autóctono en una zona donde no se habían notificado casos previamente.

En zona endémica, aumento de casos por encima de lo esperado o aparición de dos o más casos con nexo epidemiológico (conglomerados).

Circular "Actualización de normas para la vigilancia de hantavirosis - Mayo 2025", disponible en el siguiente link:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

La Ficha de Notificación e Investigación Epidemiológica se encuentra disponible en el siguiente link: https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas (Síndrome Febril Agudo Inespecífico)

La ficha clínica epidemiológica para derivación y el Instructivo de envío de muestras para diagnóstico se encuentran disponible en el siguiente link: https://www.argentina.gob.ar/hantavirus-0

IX. MPOX – Actualización Informe epidemiológico

IX.1. Introducción

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

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

La OMS emitió “recomendaciones permanentes”, en las cuales insta a los Estados Miembros a elaborar un “Plan estratégico de preparación y respuesta para Mpox 2024-202520”, a fin de dar una orientación general y una respuesta coordinada. Este Plan, llevado a cabo por el Ministerio de Salud de la Nación, es clave para guiar las actividades de preparación y respuesta de salud pública a nivel nacional, jurisdiccional y local, con el objetivo principal de detener los brotes de transmisión de Mpox de persona a persona y mitigar su impacto en salud humana a través de medidas coordinadas a nivel nacional. Para facilitar el abordaje de este plan, se han estipulado tres escenarios epidemiológicos frente al ingreso y transmisión de casos de Mpox en Argentina:

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

El Manual se encuentra en el siguiente link;

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

IX.2. Situación internacional

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

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

El clado IIa rara vez se ha aislado en humanos y la mayoría de las secuencias genéticas disponibles provienen de especies animales. El clado IIb ha estado circulando de manera sostenida en humanos desde al menos 2016 y ha provocado el brote multipaís en curso desde 2022 hasta la actualidad.

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

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

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

IX.2.A. SITUACIÓN EN ÁFRICA

En los últimos doce meses, hasta el 25 de mayo de 2025, 26 países notificaron 32.342 casos confirmados, incluidas 119 muertes. Los tres países con más casos son la República Democrática del Congo (17.637 casos), Uganda (6.465) y Burundi (3.934).

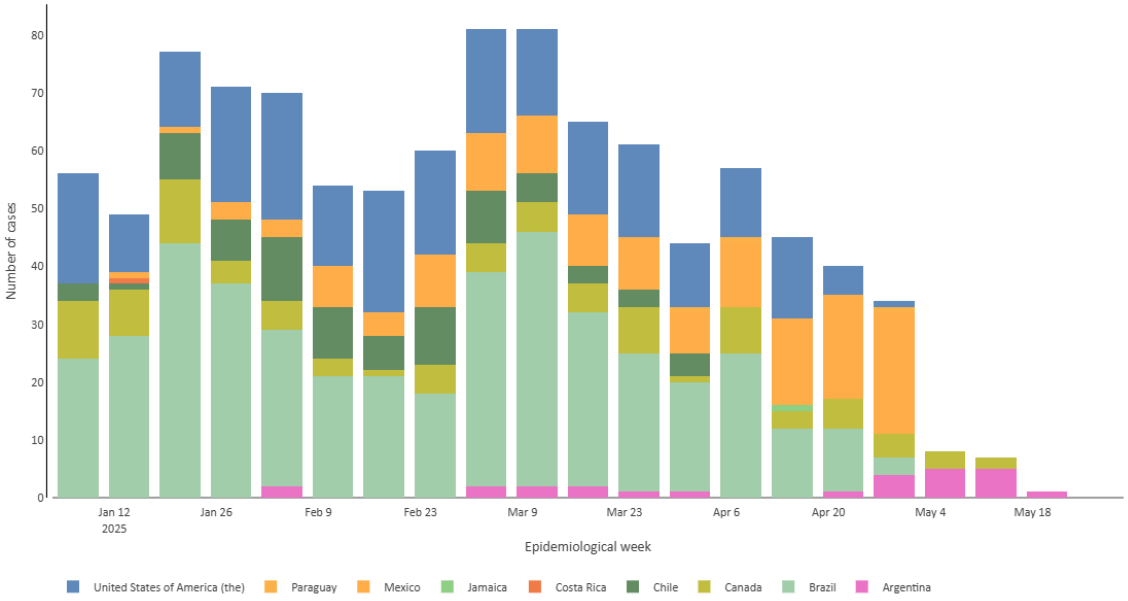
Este indicador debe interpretarse con cautela, ya que los casos sospechosos de mpox se registran según distintas definiciones de casos nacionales. Además, no todos los países cuentan con sistemas de vigilancia sólidos para mpox, lo que significa que es probable que los recuentos de casos notificados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

IX.2.B. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS

Respecto de la situación regional, según la última actualización epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 22 de 2025 fueron notificados en la Región de las Américas 1.014 casos de mpox, con una defunción.

Los países de la región que detectaron casos de mpox durante 2025 son los siguientes: Brasil (425 casos y 1 defunción), Estados Unidos (245), México (138), Canadá (96), Chile (79), Paraguay (3), Costa Rica (1) y Jamaica (1).

Gráfico 1. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según país. Región de las Américas, SE1 a SE22 2025.



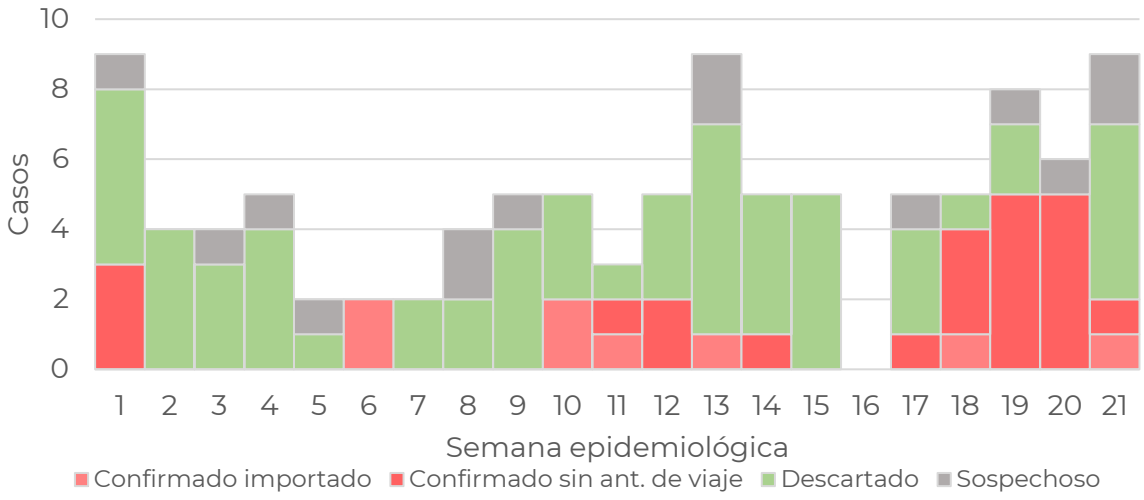
Fuente: https://shiny.paho-phe.org/mpox/

IX.3. Situación en Argentina

Entre las SE 1 y 22 de 2025 se notificaron 108 casos, de los cuales 30 fueron confirmados. Se detectaron 18 casos nuevos desde la última actualización (SE15/2025), correspondientes a Buenos Aires y CABA.

Se observa un aumento de casos desde la SE 18, con un promedio de 4 casos semanales.

Gráfico 2. Casos notificados de mpox según clasificación por semana epidemiológica de fecha mínima[50]. Argentina, SE1 a SE22/2025. (N=102[51])



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

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

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

De los 30 casos de 2025, 29 corresponden a personas de sexo masculino, con una mediana de edad de 38 años, y 8 casos consignan antecedente de viaje al exterior (Brasil y Chile). Tienen residencia en CABA, Buenos Aires, Córdoba y Corrientes.

Tabla 1. Casos notificados y confirmados de mpox según jurisdicción de residencia. Argentina, SE1 a SE22/2025.

Provincia	Confirmados SE 1 a 22 2025	Confirmados notificados en la última semana	Confirmados notificados en las últimas 4 semanas	Total de notificaciones 2025
Buenos Aires	6	0	2	37
CABA	21	1	13	50
Córdoba	2	0	0	5
Entre Ríos	0	0	0	2
Santa Fe	0	0	0	4
Centro	**29**	**1**	**15**	**98**
Mendoza	0	0	0	1
San Juan	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0
Cuyo	**0**	**0**	**0**	**1**
Chaco	0	0	0	0
Corrientes	1	0	0	2
Formosa	0	0	0	2
Misiones	0	0	0	1
NEA	**1**	**0**	**0**	**5**
Catamarca	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0
La Rioja	0	0	0	0
Salta	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	1
NOA	**0**	**0**	**0**	**1**
Chubut	0	0	0	1
La Pampa	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	1
Río Negro	0	0	0	1
Santa Cruz	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0
SUR	**0**	**0**	**0**	**3**
Total PAIS	**30**	**1**	**15**	**108**

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

Hasta el momento, se realizaron estudios para la identificación de clado en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS “Carlos Malbrán” en 17 de los casos confirmados, identificándose en todos ellos el clado II.

IX.4. Recomendaciones para el equipo de salud

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

IX.5. Vigilancia Epidemiológica

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

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

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

IX.5.A. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

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

Ó

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

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

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

Ó

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

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

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

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

Caso confirmado

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

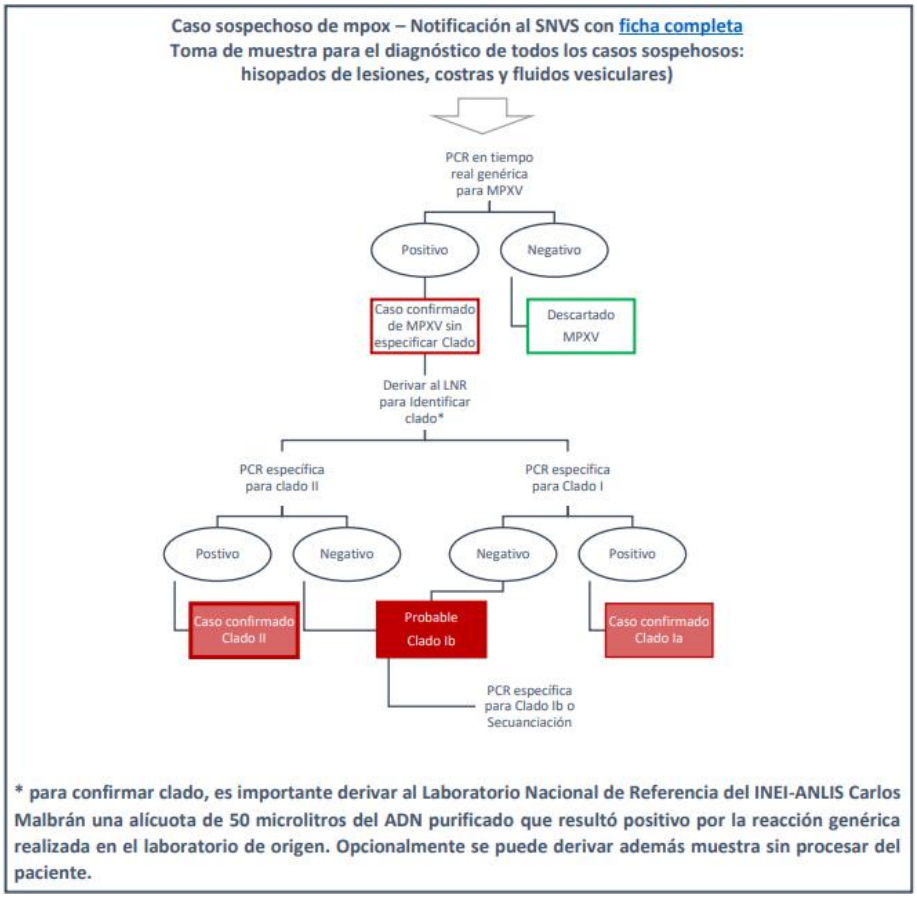
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión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

IX.5.B. NOTIFICACIÓN

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

IX.6. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox

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



IX.7. Medidas ante casos sospechosos

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

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

IX.8. Medidas ante contactos

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

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

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

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

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

Ficha de notificación:

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

---

Más recomendaciones e información en:

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

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

X. Introducción

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

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

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

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

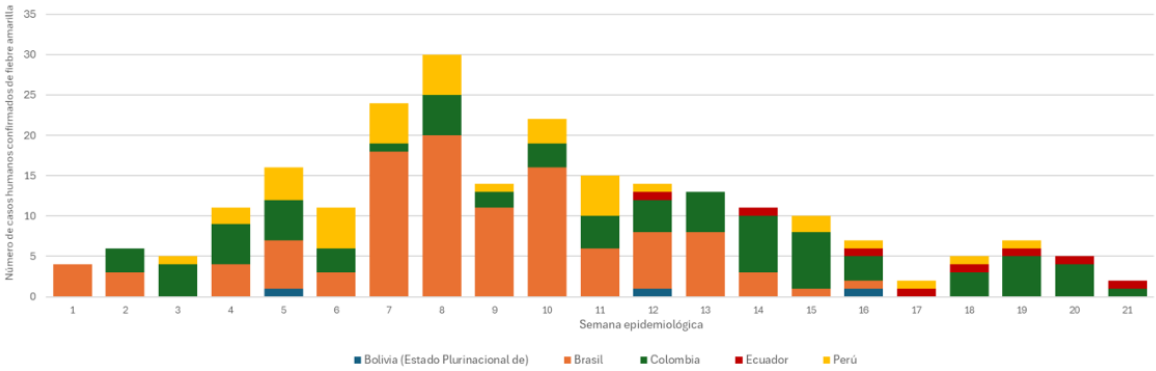
A continuación, se reproducen los informes de los eventos de mayor relevancia que han sido elaborados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), o por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE) entre el 29 de mayo al 04 de junio del 2025.

X.1. Alerta Epidemiológica Fiebre Amarilla en la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 31/05/2025.

En 2025 y hasta el 25 de mayo se han notificado 235 casos humanos confirmados de fiebre amarilla en cinco países de la Región de las Américas, incluyendo 96 defunciones (tasa de letalidad [TL] 41%). Estos casos de fiebre amarilla han sido reportados en: el Estado Plurinacional de Bolivia, con cuatro casos incluyendo dos defunciones; Brasil con 111 casos, incluyendo 44 defunciones; Colombia con 74 casos, incluyendo 31 defunciones; Ecuador con ocho casos, incluyendo seis defunciones; y Perú con 38 casos, incluyendo 13 defunciones.

Figura 1. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos por país, y semana epidemiológica (SE) de inicio de síntomas en la Región de las Américas*, SE 1 a SE 21 del 2025.



**Nota: Incluye únicamente los casos para los cuales se dispone de información de inicio de síntomas por semana epidemiológica. Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerios de Salud.*

Desde la Actualización Epidemiológica de fiebre amarilla de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) publicada el 24 de abril del 2025, se notificaron 46 casos adicionales confirmados de fiebre amarilla en humanos: Bolivia (n= 2 casos), Brasil (n= 9 casos), Colombia (n= 21 casos), Ecuador (n= 8 casos) y Perú (n= 6 casos).

En 2024, los casos de fiebre amarilla en humanos se registraron principalmente a lo largo de la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. En 2025, sin embargo, los casos se han detectado principalmente en el estado de São Paulo, en Brasil, y el departamento de Tolima, en Colombia, regiones que se encuentran fuera de la región amazónica de ambos países.

X.1.A. OCURRENCIA DE CASOS FUERA DE LA REGIÓN AMAZÓNICA

El aumento de casos humanos de fiebre amarilla observados en las Américas en 2025 se relaciona a la reactivación periódica del ciclo de transmisión selvático en la cuenca del Amazonas, que es un fenómeno esperado. Los casos de fiebre amarilla notificados durante 2024-2025 han surgido en zonas consideradas de riesgo, pero sin reportes de casos, incluso durante varias décadas.

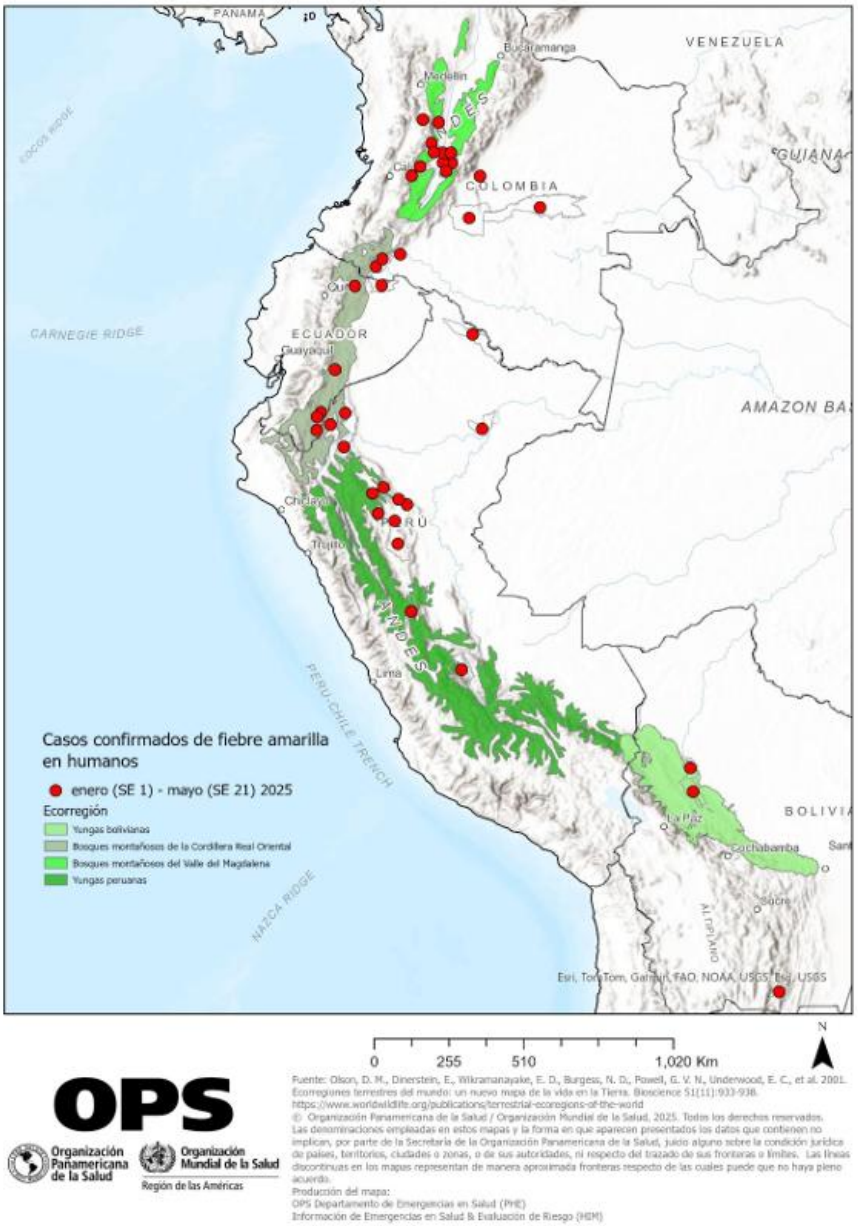
El brote de fiebre amarilla de 2025 afecta a la cuenca amazónica en general. Se han notificado numerosos casos en bosques latifoliados húmedos tropicales y subtropicales de tierras bajas de Perú, el este de Ecuador, el sureste de Colombia y la Amazonia brasileña.

Adicionalmente a estas áreas afectadas, entre mediados de 2024 y principios de 2025, los casos humanos confirmados de fiebre amarilla en Sudamérica fueron reportados en un área geográfica más amplia que en los años inmediatamente anteriores, incluidos los detectados en Colombia (zonas de bosque montano, como el Parque Natural Regional Bosque de Galilea, ubicado sobre la vertiente occidental de la cordillera Oriental que conecta con el páramo de Sumapaz) y a lo largo de las estribaciones andinas de Perú.

En Perú y Bolivia, los casos se notificaron con frecuencia en las ecorregiones de Yungas (zonas húmedas y boscosas a lo largo de las laderas orientales de los Andes que hacen la transición entre los bosques de las tierras bajas y los altos Andes). En Colombia y Ecuador, los casos ocurrieron principalmente en bosques montanos, ecosistemas caracterizados por temperaturas moderadas y altas precipitaciones, ecológicamente similares a las Yungas. La proximidad de los casos recientes en Ecuador a sus fronteras con Colombia y Perú -dentro de estas ecorregiones compartidas- sugiere una posible transmisión transfronteriza.

En su conjunto, el reporte de casos de fiebre amarilla en un área ampliada del continente pone de manifiesto los continuos episodios de propagación selvática en los bordes de los bosques, donde las actividades humanas se cruzan con ecosistemas biodiversos. Estas zonas ofrecen las condiciones ideales para que los mosquitos que viven en las copas de los árboles transmitan la enfermedad a las poblaciones humanas a partir de reservorios no humanos. La detección de casos relacionados a transmisión selvática próximos a centros urbanos aumenta el riesgo de brotes urbanos.

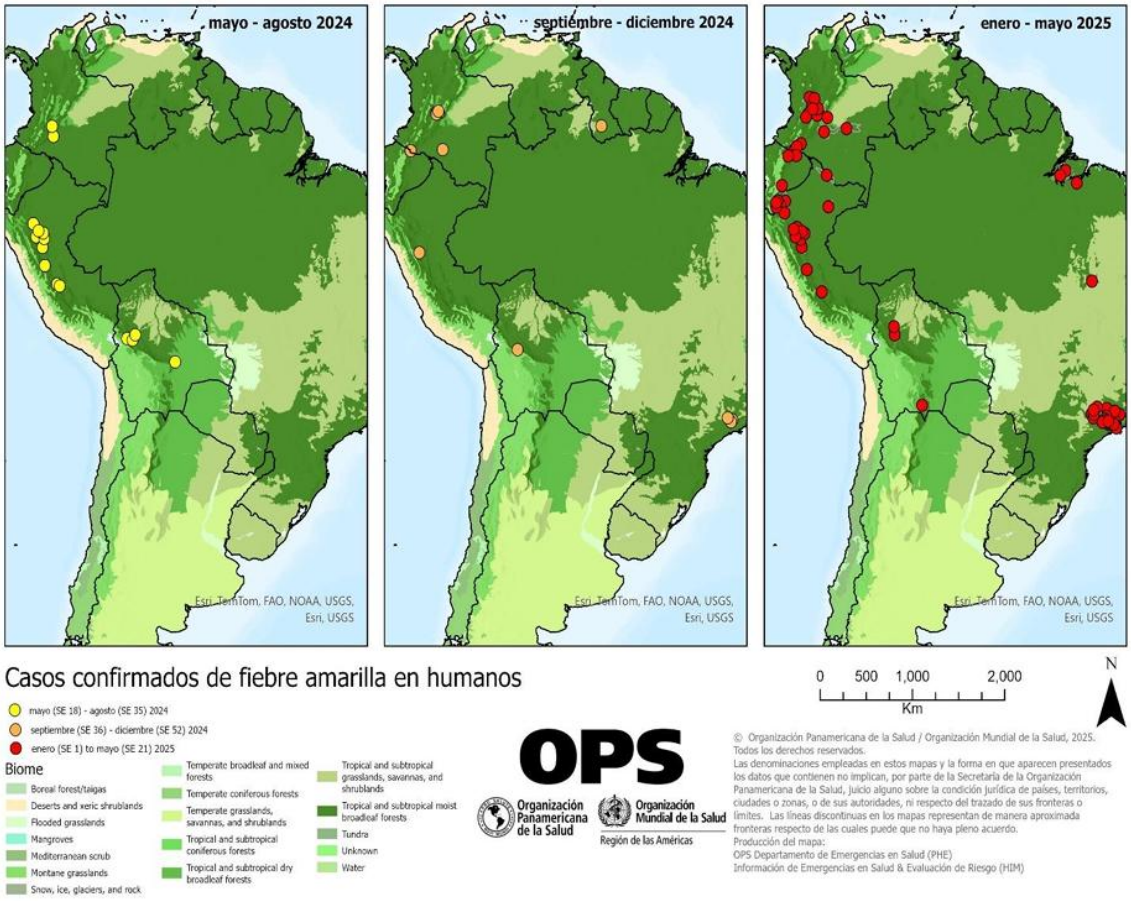
Figura 2. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, 2025 (hasta SE 21).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerio de Salud.

La evaluación de riesgo para la salud pública relacionado con la situación de fiebre amarilla en la Región de las Américas realizada por la OPS en febrero de 2025 y actualizada en mayo, clasificó el **riesgo general en las Américas como «Alto»**. Los factores que contribuyen a esta evaluación incluyen el aumento del número de casos, las altas tasas de letalidad y la propagación a zonas que antes no estaban afectadas.

Figura 3. Casos confirmados de fiebre amarilla en humanos por año en la Región de las Américas, 2023 a 2025 (hasta SE 21).



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los países o publicados por los Ministerio de Salud.

Comparado al número anual de casos reportados en las Américas entre los años 1960 a 2024, el número de casos reportados en 2025 es elevado, sin embargo, similar a otros años con un número elevado de casos.

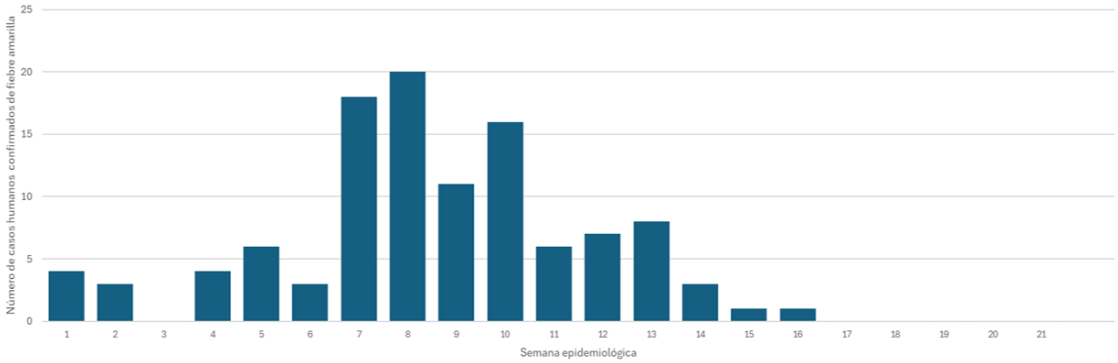
A continuación, se presenta la situación epidemiológica de fiebre amarilla en los países, por orden alfabético, que han notificado casos confirmados en 2025.

En **Bolivia**, en 2025, hasta el 25 de mayo se notificaron cuatro casos confirmados de fiebre amarilla en humanos, incluyendo dos defunciones (TL: 50 %). Los casos se notificaron en los departamentos de Beni (n= 1 caso), la Paz (n= 2 casos fatales) y Tarija (n= 1 caso). Los casos tuvieron lugar probable de exposición en el municipio de Rurrenabaque (n= 1), departamento de Beni; en el municipio de Palos Blancos (n= 2 casos fatales) en el departamento de La Paz; y en el municipio de Tarija (n= 1 caso), departamento de Tarija. Dos de los casos han informado antecedente de vacunación contra fiebre amarilla. Adicionalmente, se confirmó una epizootia (muerte de primate no humano) en el municipio de San Buenaventura en el departamento de La Paz.

En **Brasil**, en 2025 hasta el 25 de mayo, se notificaron 111 casos confirmados de fiebre amarilla en humanos, incluyendo 44 defunciones (TL: 39,6%). Los casos se notificaron en los estados de

São Paulo (n= 55 casos, incluyendo 31 defunciones), Pará (n= 45 casos, incluyendo siete defunciones), Minas Gerais (n= 10 casos, incluyendo cinco defunciones) y Tocantins (n= 1 caso fatal). El 90,1 % de los casos corresponden a hombres (n= 100). Los casos se encuentran en edades entre los 10 y 75 años e iniciaron síntomas entre el 2 de enero y el 20 de abril del 2025. Solo uno de los casos presentó antecedente de vacunación contra fiebre amarilla.

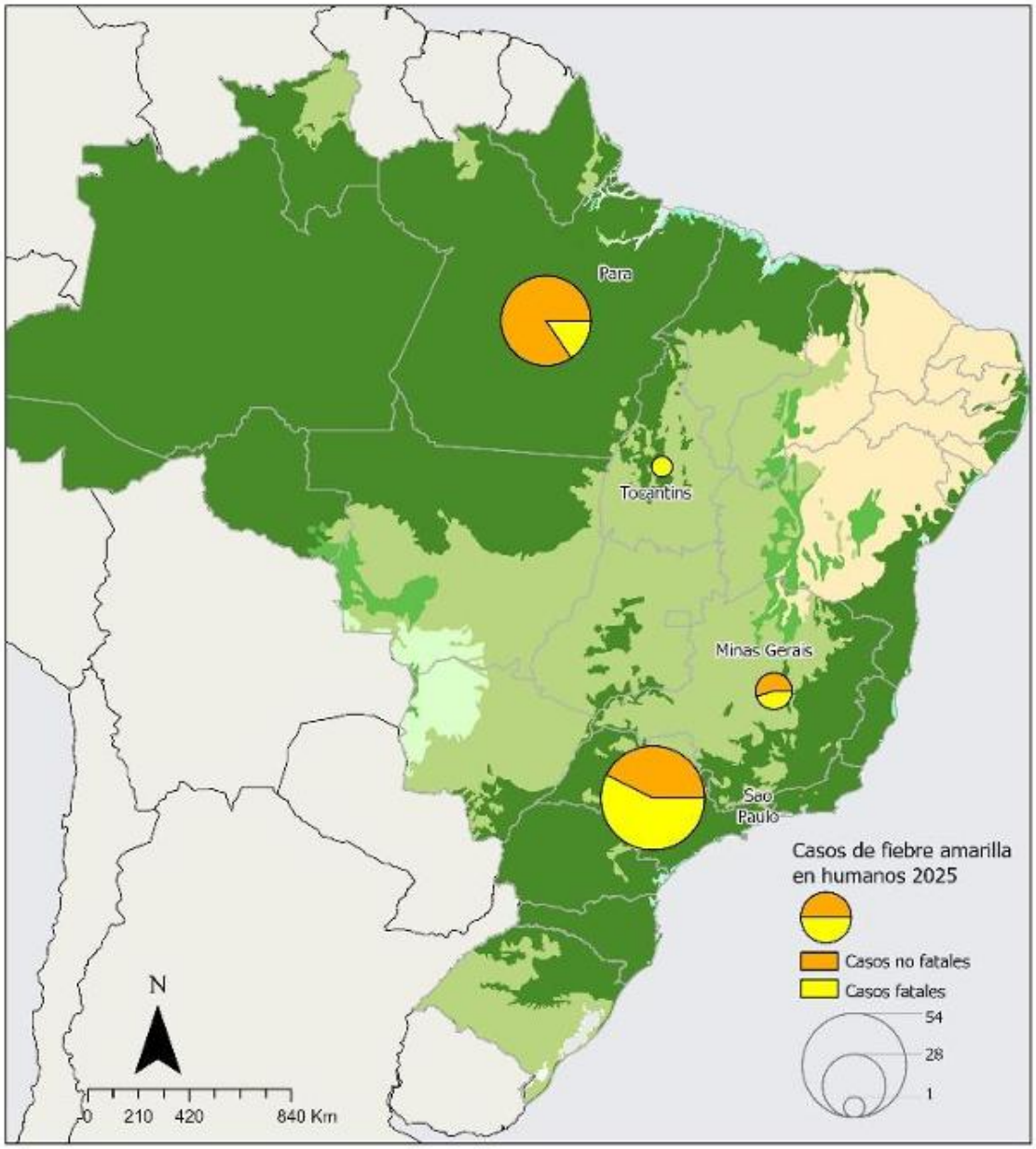
Figura 3. Casos de fiebre amarilla en humanos por semana epidemiológica de inicio de síntomas en Brasil, 2025, hasta SE 21.



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil.

Los casos tuvieron lugar probable de exposición en el estado de Minas Gerais, municipios Cambuí (n= 1 caso), Extrema (n= 1 caso), Gonçalves (n =1 caso), Maria da Fé (n= 1 caso), Monte Sião (n= 1 caso), Poços de Caldas (n= 1 caso), Pouso Alegre (n= 1 caso), Sapucai Mirim (n= 1 caso), Silvianópolis (n= 1 caso) y Soledade de Minas (n= 1 caso); el estado de Pará, municipios de Afuá (n =1 caso), Breves (n= 42 casos), Cametá (n= 1 caso) y Melgaço (n= 1 caso); el estado de São Paulo, municipios de Águas de Lindoia (n= 1 caso), Águas de São Pedro (n= 1 caso), Amparo (n= 1 caso), Bragança Paulista (n= 2 casos), Brotas (n= 2 casos), Caçapava (n= 6 casos), Campinas (n= 3 casos),Itatiba(n= 1 caso) Itirapina (n= 1 caso), Jambeiro (n= 3 casos), Joanópolis (n= 9 casos), Monteiro Lobato (n= 1 caso), Nazaré Paulista (n= 4 casos), Paraibuna (n= 1 caso), Pedra Bela (n= 2 casos), Pedreira (n= 2 casos), Pindamonhangaba (n=1 caso), Piracaia (n= 3 casos), Santa Rita do Passa Quatro (n= 1 caso), São Carlos (n= 1 caso), São José dos Campos (n= 1 caso), Socorro (n= 3 casos), Taubeté (n= 1 caso), Tuiuti (n= 1 caso), Valinhos (n= 1 caso) y Vargem (n= 1 caso); y el estado de Tocantins, municipio de Monte do Carmo (n= 1 caso). Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas selváticas y/o boscosas, debido a actividades laborales o recreacionales, y fueron confirmados por laboratorio.

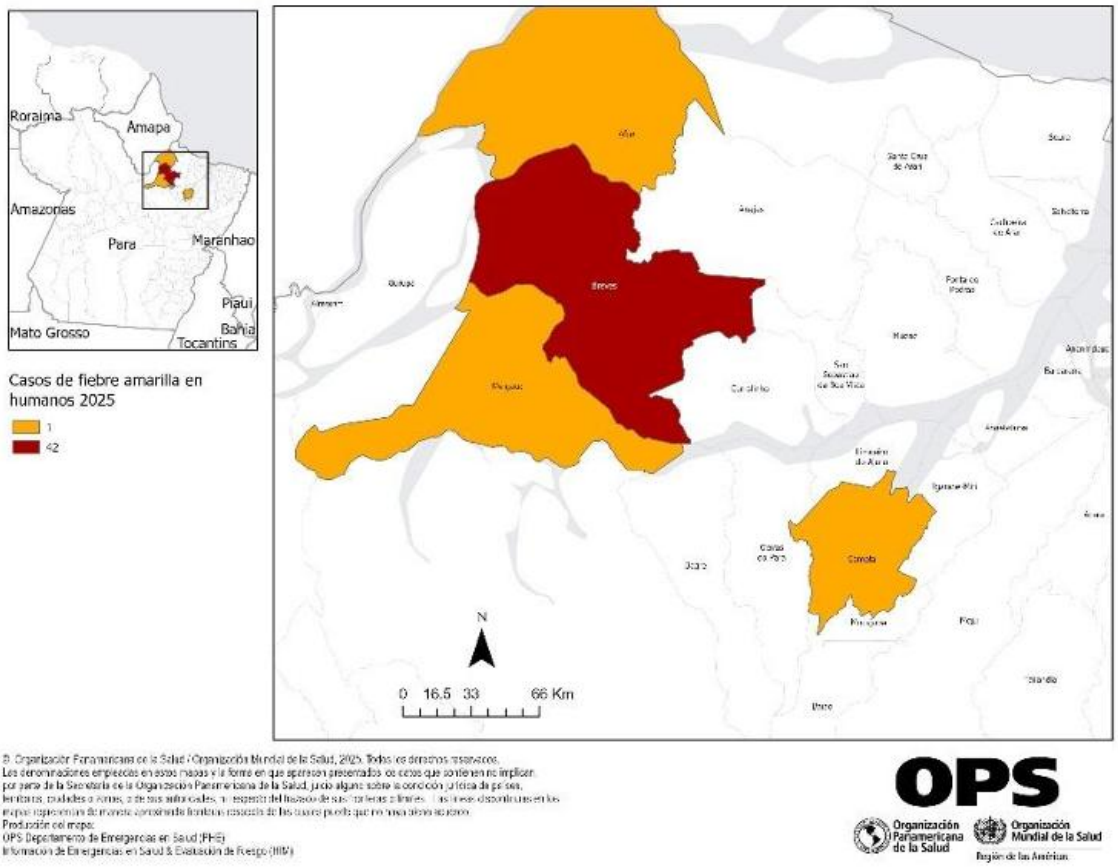
Figura 4. Casos de fiebre amarilla en humanos por estado. Brasil, en 2025, hasta SE 21.



© 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)

Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil.

Figura 5. Casos de fiebre amarilla en humanos. Estado de Pará, Brasil, SE 1 a SE 21 del 2025.

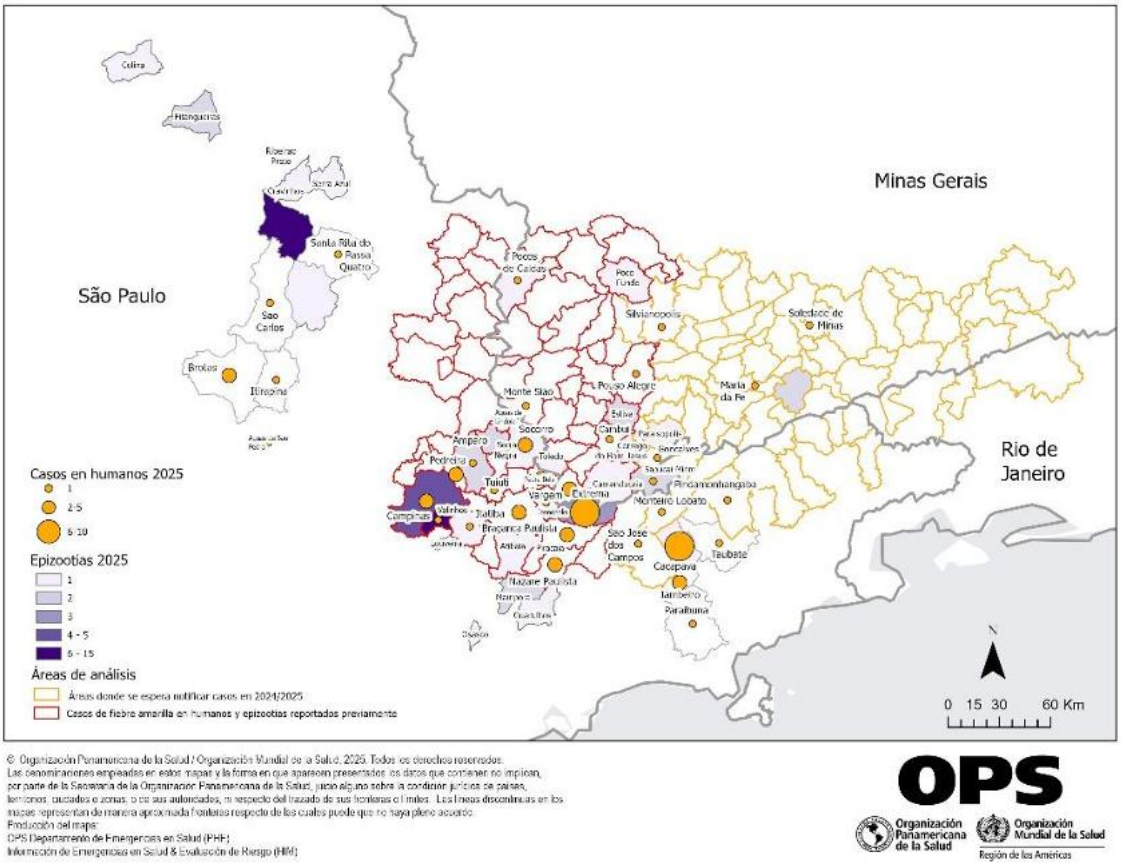


Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace de Brasil.

Durante el 2025, hasta el 25 de mayo, en Brasil se informaron 1.032 eventos que involucraron primates no humanos muertos (epizootias). De este total, 80 (7,8 %) fueron confirmados para fiebre amarilla por criterios de laboratorio (n= 60) y por vínculo epidemiológico (n= 20), 66 en el estado de São Paulo y 14 en el estado de Minas Gerais.

La mayoría de los casos de fiebre amarilla en humanos registrados en Sao Paulo y Minas Gerais provienen de áreas, donde según lo anticipado por el Modelo de los Corredores Ecológicos, se había previsto la ocurrencia de casos para el periodo 2024/2025 o bien de zonas previamente afectadas tanto por casos humanos como epizootias por fiebre amarilla. Esta distribución se refleja en el Modelo de los Corredores Ecológicos, ilustrados en la figura 4 de la Alerta Epidemiológica: Fiebre amarilla en la Región de las Américas, 3 de febrero del 2025 de la OPS/OMS.

Figura 6. Casos de fiebre amarilla en humanos y epizootias confirmadas de fiebre amarilla. Estados de Sao Paulo y Minas Gerais, Brasil, SE 1 a SE 21 del 2025.



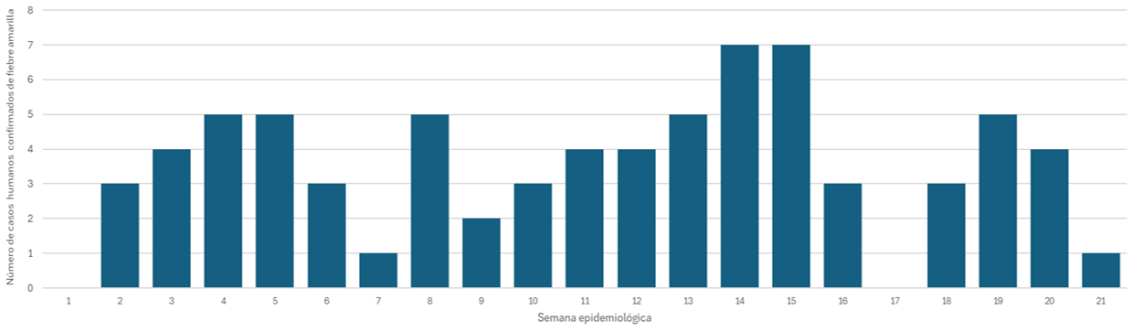
© Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2025. Todos los derechos reservados.
Las denominaciones empleadas en estos mapas y la forma en que aparecen presentados los datos que contienen no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, 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)

Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil.

En **Colombia**, desde el inicio del brote en 2024 y hasta el 25 de mayo se han reportado un total de 97 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 44 defunciones (TL: 45,3%).

En 2025 y hasta el 25 de mayo, se ha registrado un total de 74 casos confirmados de fiebre amarilla en humanos, incluyendo 31 defunciones (TL: 42%). Los casos corresponden a personas residentes en los departamentos de Caldas (n= 1 caso fatal), Cauca (n= 1 caso fatal), Meta (n= 2 casos, incluyendo una defunción), Putumayo (n= 3 casos, incluyendo una defunción) y Tolima (n= 65 casos, incluyendo 24 defunciones). Los casos corresponden a personas con edad entre 2 y 84 años, quienes iniciaron síntomas entre el 6 enero y el 20 de mayo del 2025. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en zonas de riesgo para fiebre amarilla, en el contexto de actividades laborales que incluyeron agricultura.

Figura 7. Casos de fiebre amarilla en humanos por año y semana epidemiológica de inicio de síntomas en Colombia, SE 1 a SE 21 del 2025.

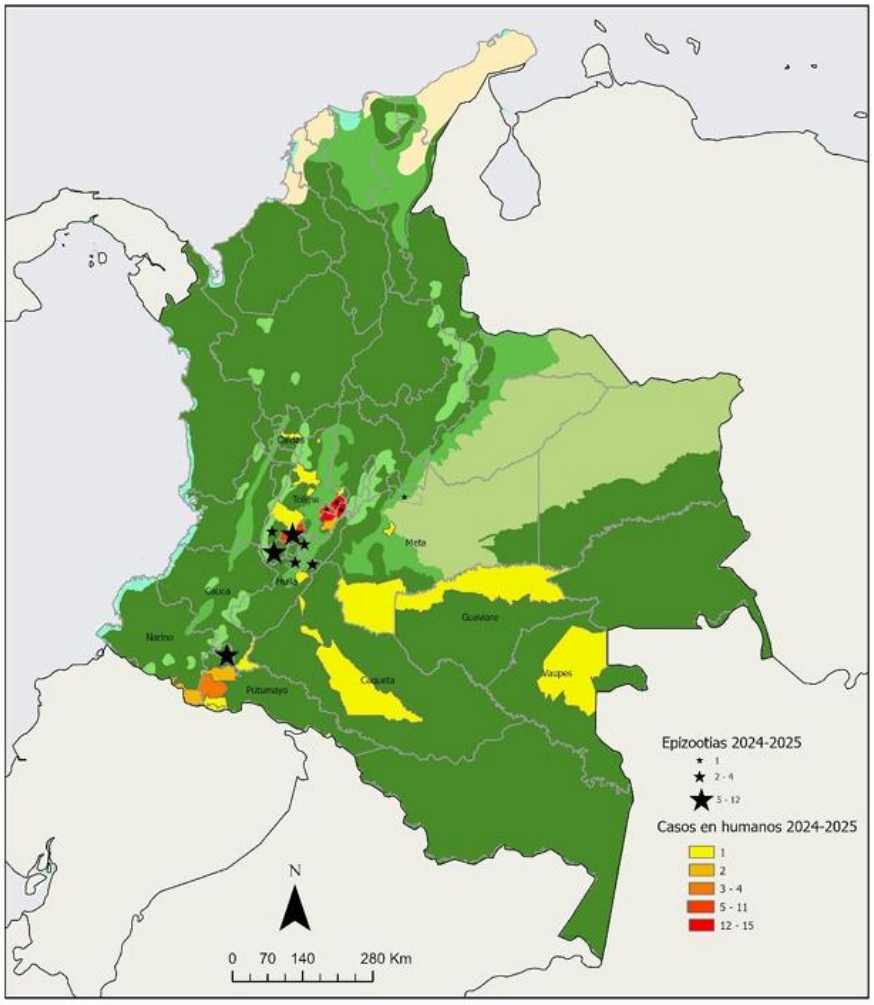


Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Colombia

En el actual brote que se registra en el departamento del Tolima, entre el 2024 y 2025, se han notificado 78 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 30 defunciones (TL: 35%), este brote que comenzó a finales del año 2024 y continua durante el 2025, inició en la zona rural colindante a la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea y actualmente afecta a doce municipios que son identificados de alto riesgo: Ataco (n= 15 casos, incluyendo siete defunciones), Chaparral (n= 3 casos), Cunday (n= 15 casos, incluyendo cinco defunciones), Dolores (n= 2 casos, incluyendo un caso fatal), Espinal (n= 1 caso fatal), Ibagué (n=1 caso), Palo Cabildo (n=1 caso), Prado (n= 17 casos, incluyendo seis defunciones), Purificación (n= 5 casos, incluyendo tres defunciones), Rioblanco(n= 2 casos, incluyendo una defunción), Valle de San Juan (n= 1 caso fatal) y Villarrica (n= 15 casos, incluyendo cinco defunciones). El 77% de los casos (n= 60 casos) son hombres, los casos presentan edades comprendidas entre los 11 y los 89 años, y fecha de inicio de los síntomas entre el 8 de septiembre de 2024 y el 20 de mayo del 2025.

Durante el 2025 y hasta el 25 de mayo, en Colombia se confirmaron 51 eventos que involucraron primates no humanos muertos (epizootias) para fiebre amarilla por criterios de laboratorio, 37 en el departamento del Tolima en los municipios de Purificación (n= 1), Cunday (n= 1), Ataco (n= 10),Chaparral (n= 15), Planadas (n= 6), Villarrica (n= 1) y Rioblanco (n= 3); ocho en el departamento del Huila en los municipios de Neiva (n= 3), Palermo (n= 3), Aipe (n= 2); cinco en el departamento de Putumayo en el municipio de Mocoa (n= 5) y uno en el departamento del Meta en el municipio de Villavicencio (n= 1).

Figura 8. Casos de fiebre amarilla en humanos y epizootias confirmadas de fiebre amarilla por departamento. Colombia, 2024 hasta SE 21 del 2025.



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Colombia.

En **Ecuador**, en 2025, hasta el 25 de mayo se notificaron ocho casos confirmados de fiebre amarilla en humanos, incluyendo seis defunciones (TL: 75 %). Los casos se notificaron en las provincias de Morona Santiago (n= 1 caso fatal), Sucumbíos (n= 2 casos) y Zamora Chinchipe (n= 5 casos, incluyendo cinco defunciones). Los casos tuvieron lugar probable de exposición en el cantón Sucúa (n= 1 caso fatal), en la provincia de Morona Santiago; en los cantones Lago Agrio (n= 1 caso) y Gonzalo Pizarro (n= 1 caso) en la provincia de Sucumbíos; y en los cantones Zamora (n= 2 casos fatales), Nangaritza (n=1 caso fatal), Yantzaza (n=1 caso fatal) y Cóndor (n=1 caso fatal), en la provincia de Zamora Santiago. El 75 % de los casos corresponden a hombres (n= 6). Los casos se encuentran en edades entre los 20 y 66. Ninguno de los casos tiene antecedente de vacunación contra fiebre amarilla. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en zonas de riesgo para fiebre amarilla, en el contexto de actividades laborales que incluyeron agricultura.

En **Perú**, en 2025, hasta el 25 de mayo, se notificaron 38 casos confirmados de fiebre amarilla, incluidas 13 defunciones, en los departamentos de Amazonas (n= 24, incluidas siete defunciones), Huánuco (n= 1 caso fatal), Junín (n= 3 casos), Loreto (n= 2 casos, incluida una defunción) y San Martín (n= 8 casos, incluidas cuatro defunciones). De los casos confirmados,

31 (88%) eran hombres. Los casos presentan edades comprendidas entre 1 y 57 años y fecha de inicio de los síntomas entre el 15 de enero y el 15 de mayo del 2025. Todos los casos tenían antecedentes de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades de trabajo agrícola, y el 71,8% de los casos no tenían antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla. El número de casos de fiebre amarilla confirmados en 2025 en Perú muestra un incremento de 1,9 veces respecto a los casos confirmados notificados durante el 2024 (20 casos) y es el número más alto de casos registrados desde el 2017.

Los sitios probables de exposición incluyen los siguientes distritos de Imaza (n= 18 casos, incluidas cuatro defunciones), El Cenepa (n= 2 casos), Nieva (n= 1 caso fatal), Río Santiago (n= 3 casos, incluidas dos defunciones), en el departamento de Amazonas; el distrito de Chaglla (n= 1 caso fatal) en el departamento de Huánuco; los distritos de Mazamari (n=2 casos), Pangoa (n= 1 caso), en el departamento de Junín; los distritos de San Juan Bautista (n= 1 caso), Rosa Panduro (n=1 caso fatal), en el departamento de Loreto; y los distritos de Chazuta (n= 1 caso fatal), Soritor (n= 1 caso fatal), Alto Biavo (n= 1 caso), Bajo Biavo (n= 1 caso fatal), Saposoa (n= 1 caso), Pinto Recodo (n=2 casos, incluida una defunción) y La Banda de Shilcayo (n= 1 caso), en el departamento de San Martín (7, 8).

Fuente: *https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-region-americas-31-mayo-2025*

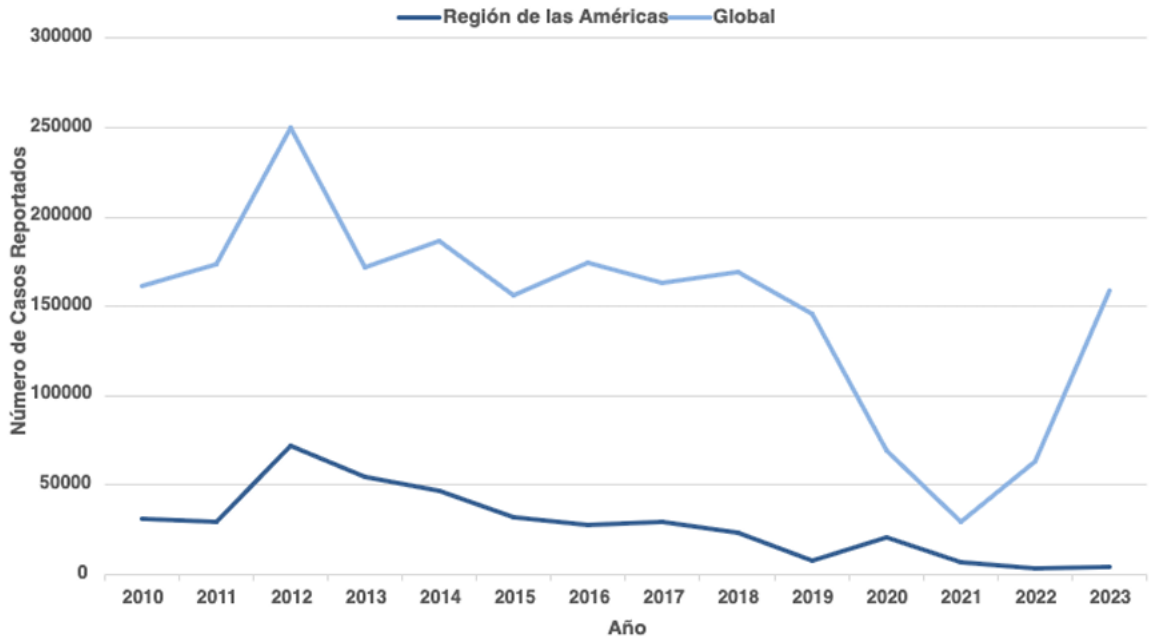
X.2. Alerta epidemiológica Aumento de tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 31/05/2025.

Resumen de la situación Durante la década del 2010 a 2019, al nivel mundial, se notificaron en promedio 170.000 casos anuales de tos ferina (coqueluche). Sin embargo, durante la pandemia de COVID-19 se observó un descenso importante, con un promedio de 80.227 casos anuales entre 2020 y 2023, lo que representa una reducción de aproximadamente dos veces con respecto al periodo anterior. El año 2021 marco el mínimo histórico reciente, con solo 29.623 casos notificados a nivel mundial, para luego aumentar el 2022 y 2023 con 63.024 y 158.910 casos respectivamente.

En la Región de las Américas, el año 2012 registro el mayor número de casos de la década, con 72.328 casos notificados de tos ferina. Desde 2013, se evidenció una disminución progresiva en el número de casos notificados anualmente en la Región hasta el 2022, cuando se alcanzó su punto más bajo con 3.283 casos y luego en 2023 aumentó a 4.139 casos. Actualmente, la Región de las Américas cuenta con 43.751 casos como un total provisional para el año pasado del 2024 (sujeto a cambios cuando todos los países reporten sus totales en junio del 2024).

Figura 1. Casos de tos ferina reportados a nivel global y en la Región de las Américas, durante 2010 al 2023.



Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud, The Global Health Observatory, Pertussis - number reported cases. Ginebra: OMS; 2024. Disponible. en: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/pertussis-number-of-reported-cases

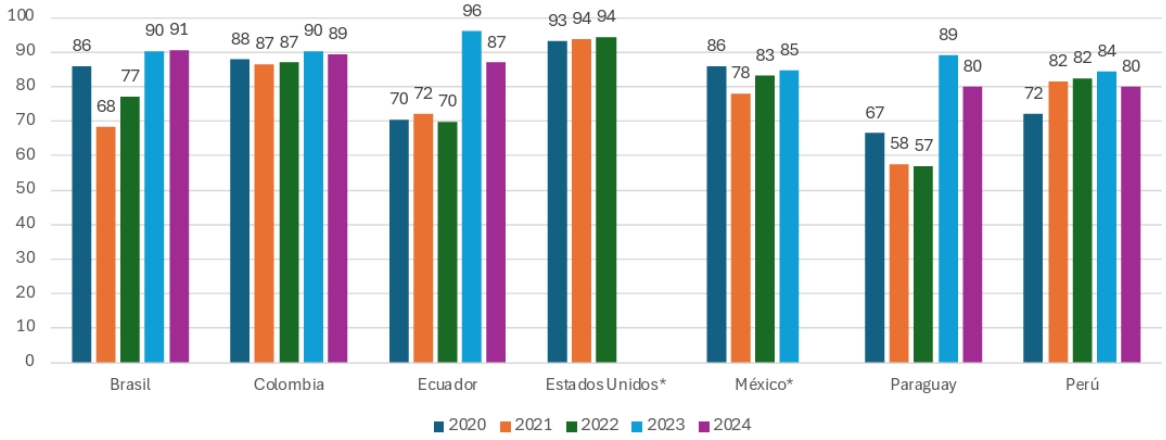
X.2.A. COBERTURAS DE VACUNACIÓN DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Las coberturas de vacunación para la primera y tercera dosis de la vacuna contra difteria, tétanos y tos ferina (DTP1 y DTP3), se utilizan habitualmente como indicadores de desempeño de los programas nacionales de inmunización, tanto a nivel regional como global. Durante la pandemia por COVID-19 se produjo un descenso importante de estas coberturas. En 2021, la Región de las Américas alcanzó su nivel más bajo en dos décadas, con coberturas de 87% para

DTP1 y 81% DTP3. No obstante, los datos de 2023 muestran una recuperación parcial con un 90% para DTP1 y 88% para DTP3. Es importante señalar que existen disparidades importantes entre países y dentro de ellos a nivel subnacional.

En la **Figura 2** se presenta la evolución de las coberturas de DTP3 entre 2020 y 2024 en los siete países—Brasil, Colombia, Ecuador, los Estados Unidos de América, Mexico, Paraguay y Perú— de la Región de las Américas que actualmente presentan brotes de tos ferina en el año 2025. Cuatro de los siete países analizados —Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú— evidencian una disminución en la cobertura de DTP3 en el último año con datos disponibles. Aunque los otros países presentan un aumento en la cobertura, esta información no permite visualizar las coberturas a nivel subnacional ni identificar posibles brechas de inmunidad en determinados grupos etarios, lo cual podría contribuir a explicar la aparición de brotes, como se elabora en la siguiente sección.

Figura 2. Coberturas de vacunación de DTP3 entre los años 2020 – 2024* de los países en las Américas que han reportados brotes de tos ferina en 2025.



** No hay datos de para México para el año 2024 y en los Estados Unidos de América para el año 2023 y 2024. Fuente: Adaptado del Formulario Conjunto de la OPS/OMS y UNICEF sobre Inmunizaciones (JRF por sus siglas en ingles). Washington, D.C.: OPS; 2025. Inédito.*

X.2.B. RESUMEN DE LA SITUACIÓN POR PAÍSES SELECCIONADOS DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

A continuación, se presenta un resumen de la situación en los siete países seleccionados de la Región de las Américas que reportaron un aumento de casos de tos ferina durante el 2025 en comparación con los años previos (listados en orden alfabético).

En **Brasil**, desde la SE 1 y hasta la SE 19 del 2025 se notificaron 1.634 casos confirmados de tos ferina, incluyendo cinco defunciones. Siendo el segundo año con más casos reportados en el país desde el 2019, después del 2024. De los estados con casos confirmados de tos ferina, los con mayor número de casos son Mato Grosso do Sul (n= 318 casos, incluyendo una defunción), São Paulo (n= 274 casos, incluyendo una defunción) y Rio Grande do Sul (n= 234 casos, incluyendo una defunción). El grupo edad más afectado son los menores de un año (n= 452 casos) representando 27,7%, seguido del grupo de 1 a 4 años (n= 416) representando 25,5%. La distribución por sexo muestra una mayor afectación en hombres (n= 739 casos) que en mujeres (n= 894 casos). Los brotes identificados no incluyen poblaciones especiales, pero se identificaron, en 2025, un brote en una guardería y cinco brotes en hogares.

En **Colombia**, desde la SE 1 hasta SE 18 del 2025 se reportaron 318 casos confirmados de tos ferina, incluyendo dos defunciones. Siendo el 2025 el año con mayor número de casos reportados en Colombia desde el 2019 en el país. De las entidades territoriales con casos

confirmados de tos ferina, las que concentran el mayor número son Bogotá (n= 142 casos) y Antioquia (n= 63 casos, incluyendo una defunción). El grupo edad más afectado son los menores de un año (n= 137 casos) representando 43,1%, seguido del grupo de 1 a 4 años (n= 73 casos) representando 23%. La distribución por sexo muestra una mayor afectación en hombres (n= 170 casos) que en mujeres (n= 148 casos). En el año 2025 se han reportado brotes en comunidades indígenas principalmente en: Antioquia (n= 26 casos, incluyendo una defunción), Chocó (n= 6 casos), Cauca-Caloto (n= 1 caso), Bogotá D.C. (n= 6 casos) y La Guajira (n= 9 casos).

En **Ecuador**, desde la SE 1 y hasta la SE 19 del 2025, se han notificado un total de 593 casos de tos ferina, incluyendo 15 defunciones. El total de casos de tos ferina para el año 2025 es el más alto reportado desde el 2002 en el país. De las provincias con casos confirmados de tos ferina, las con mayor número de casos son Guayas (n= 147 casos, incluyendo seis defunciones), seguida por Manabí (n= 141casos) y Pichincha (n= 105 casos, incluyendo una defunción). El grupo edad más afectado son los menores de un año (n= 327 casos) representando 55,1%, seguido del grupo de 1 a 4 años (n= 84 casos) representando 14,1%. La distribución por sexo muestra una mayor afectación en hombres 51,7% (n= 307 casos) que en mujeres 48,2% (n= 286 casos). En zonas con población indígena, como en la provincia de Napo y Santo Domingo, se registran 16 y 39 casos respectivamente.

En los **Estados Unidos de América**, desde la SE 1 y la SE 18 del 2025, se notificaron 10.062 casos confirmados y probables de tos ferina, incluyendo cinco defunciones. Siendo el segundo año con más casos reportados desde el 2020, después del 2024 en el país. De los estados con casos confirmados y probables de tos ferina, los con el mayor número en 2025 son Washington (n= 1.067 casos), Oregon (n= 723 casos) y California (n= 590 casos). Los grupos de edad más afectados son los de 11 a 19 años, representando 31% y de 1 a 6 años representando 24%. Los fallecimientos se notificaron principalmente en menores de 1 año (n= 4 casos fatales).

En **México**, desde la SE 1 y hasta la SE 19 del 2025, se reportaron 943 casos confirmados de tos ferina incluyendo 51 defunciones, distribuidos en 31 estados del país. El total de casos para el año 2025 es el más alto reportado desde el 2016 en el país. De las jurisdicciones con un mayor número de casos confirmados de tos ferina, son en Chihuahua (n= 99, incluyendo cinco defunciones), la Ciudad de México (n= 96 casos, incluyendo siete defunciones) y el estado de Aguascalientes (n= 96 casos, incluyendo dos defunciones). El grupo edad más afectado son los menores de un año (n= 482 casos) representando 51,1%, seguido del grupo de 1 a 4 años (n=127 casos) representando 13,4 %. La distribución por sexo muestra una mayor afectación en mujeres (n= 538 casos) que en hombres (n= 405 casos).

En **Paraguay**, entre la SE 1 y la SE 19 del 2025, se reportaron 37 casos confirmados de tos ferina incluyendo dos defunciones, de este total, 33 casos son confirmados por laboratorio y cuatro por nexo epidemiológico. El total de casos para el año 2025 es el más alto reportado desde el 2018 en el país. Los casos por área de residencia corresponden a siete departamentos más la capital del país: Central (n= 13 casos, incluyendo una defunción), Alto Paraná (n= 8 casos), Asunción Capital (n= 7 casos), Paraguarí (n= 3 casos), Caaguazú (n= 2 casos), San Pedro (n= 2 casos, incluyendo una defunción), Guairá (n= 1 caso) y Presidente Hayes (n= 1 caso). El rango de edad oscila entre un mes y 59 años, con un promedio de 6 años, en cuanto a la distribución por sexo muestra mayor afectación en hombres (n= 20 casos) y en mujeres (n= 17 casos). El mayor número de casos se concentraron en los grupos de menores de 1 año (n= 11 casos) representando 30%, siendo en este grupo donde ocurrieron las dos defunciones en lactantes menores de 1 año, y en el grupo de 1 a 4 años (n= 11 casos) también representando 30%, éstos evolucionaron favorablemente.

En **Perú**, desde la SE1 y hasta la SE 19 del 2025, se han reportado 404 casos confirmados y 219 casos probables de tos ferina, incluyendo 13 defunciones. El total de casos de tos ferina para el año 2025, es el más alto reportado desde el 2013 en el país. De los departamentos con casos confirmados y probables de tos ferina, los con el mayor número de casos son Loreto (n= 462 casos, incluyendo 11 defunciones), Lima (n= 42 casos, incluyendo una defunción), Callao (n= 24 casos), Cajamarca (n= 16 casos) y Cusco (n= 15 casos). El grupo edad más afectado son los niños de 1 a 4 años (n= 199 casos) representando 31,9%, seguido de los grupos de menores de un año (n= 145 casos) representando 23,3% y los de 5 a 11 años (n= 136 casos) representando 21,8%. La distribución por sexo muestra una mayor afectación en mujeres (n= 314 casos) que en hombres (n= 309 casos).

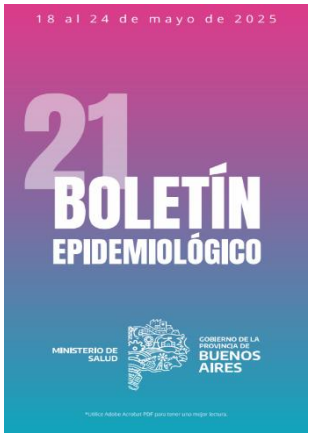
Fuente: *https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-aumento-tos-ferina-coqueluche-region-americas-31-mayo-2025*

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

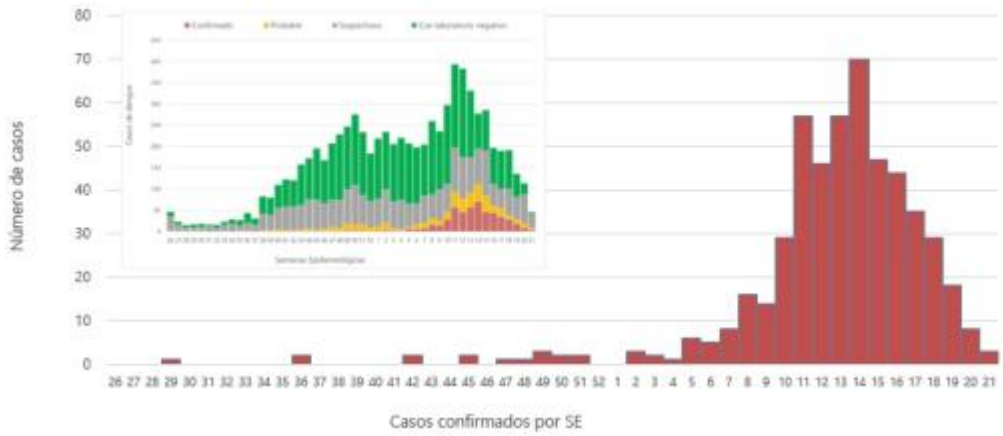
XI. Boletines Jurisdiccionales

XI.1. Buenos Aires: Arbovirosis

En la provincia de Buenos Aires se encuentran en curso brotes de dengue por los serotipos DEN-1 y DEN-2 en 5 localidades de municipios de la región AMBA. Los brotes registrados son de escasa magnitud, acumulando un total de 362 casos, con una curva en descenso. Se mantiene la vigilancia para evaluar su cierre.



Casos confirmados y notificados de dengue por semana epidemiológica. PBA, SE 26/2024 -SE 21/2025. n= 7.731

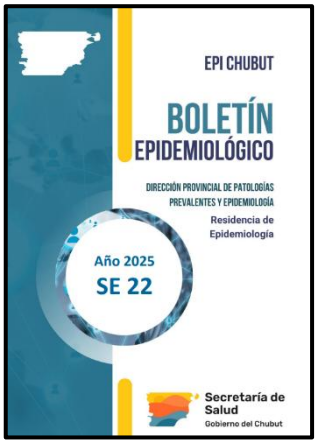


Fuente. SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

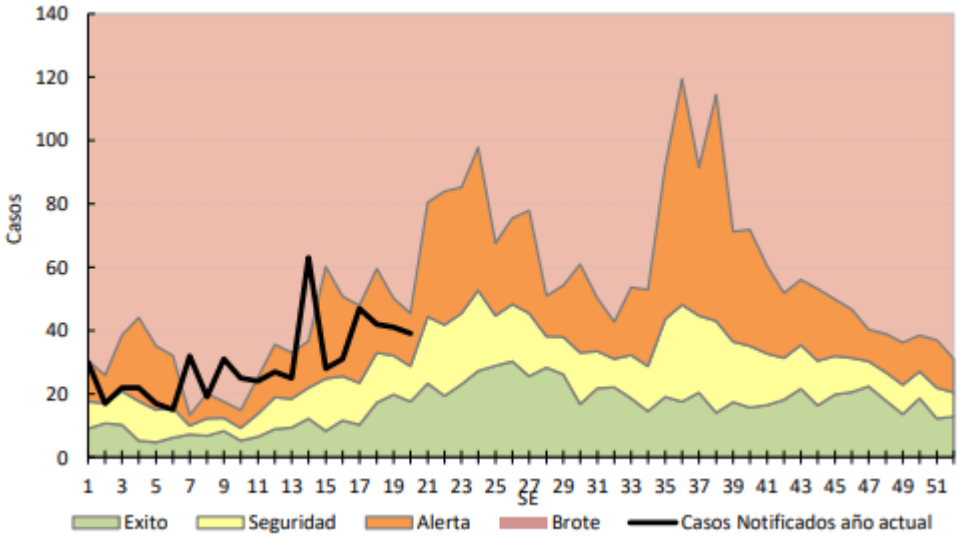
Para más información: https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

XI.2. Chubut: Neumonía

El corredor endémico de neumonía en las últimas 4 semanas del 2025 se ubica en la zona de alerta.



Corredor endémico semanal de Neumonía. Provincia de Chubut. SE 1-20 Año 2025. N=597



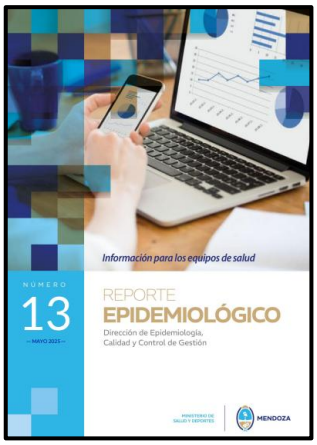
Fuente: Elaboración propia de Residencia de Epidemiología HZPM en base al SNVS 2.0.

Para más información: http://ministeriodesalud.chubut.gov.ar/epidemiological_releases

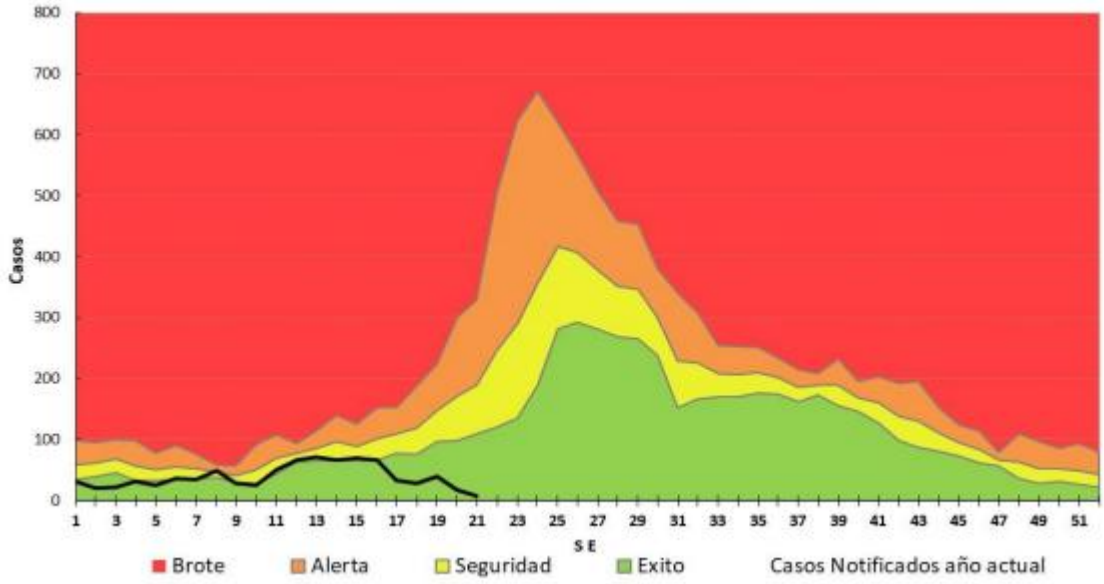
XI.3. Mendoza – Bronquiolitis

Los casos notificados hasta SE21 del año 2025 de Bronquiolitis suman 822 casos. Se ubican desde SE1 en la zona de Éxito, con excepción de la SE8 (49casos) en que toca la zona de Alerta. A pesar de mantenerse en zona de Éxito, se observa en la SE11 (51 casos) un ascenso que llega a tocar la zona de seguridad a SE 13 (72 casos).

Luego los casos reportados se mantienen al borde de la zona de seguridad hasta que en SE 17 (33 casos) descienden manteniéndose en zona de Éxito hasta la última semana analizada, sin embargo, hay que tener presente que este descenso puede ocurrir por una posible demora en la carga de datos.



Corredor endémico semanal de Bronquiolitis en menores de 2 años. Año 2025 hasta SE 21 (18 al 24 de mayo). Histórico 5 Años Período: 2018 a 2024 (se excluyen 2020 / 2021).



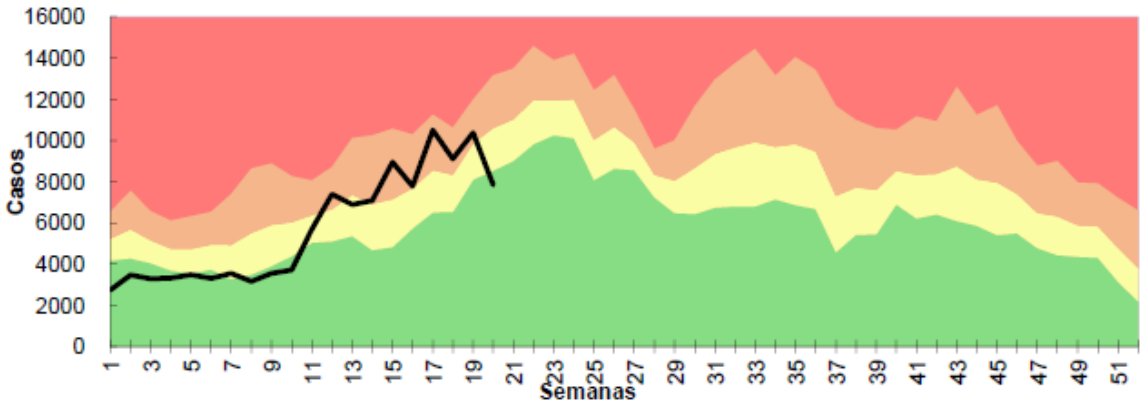
Fuente: SNVS 2.0

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

XI.4. Salta: Infecciones respiratorias agudas (IRA)

Las notificaciones de IRA registraron un descenso con respecto a la semana anterior. El corredor endémico ingresa a zona de éxito

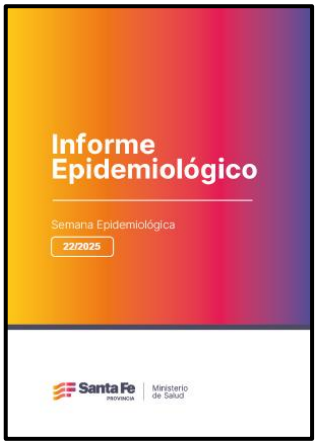
Corredor endémico semanal de ira. Años: 2018 a 2024. SE20 de 2025. Provincia de Salta. (n=115218*)



Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este grafico

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

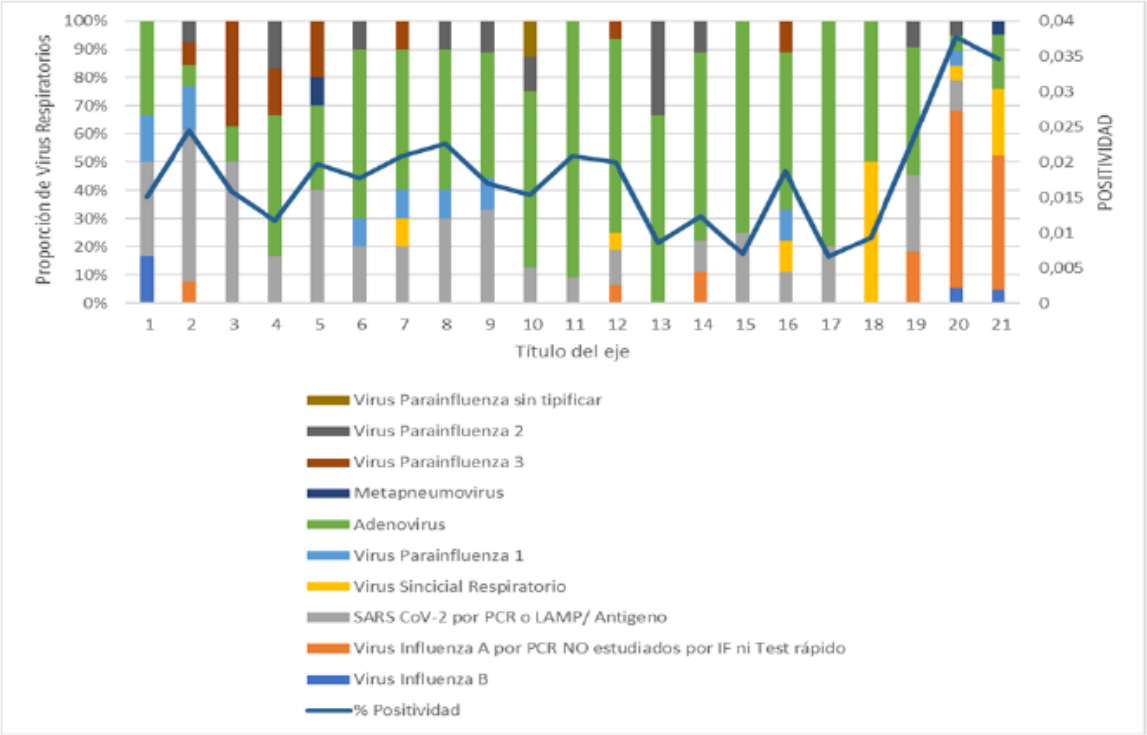
XI.5. Santa Fe: Virus respiratorios en pacientes internados con infecciones respiratorias agudas (IRA)



Desde la SE 1 hasta la SE21 se estudiaron 194990 muestras de las cuales 3818 fueron positivas para Virus respiratorios en pacientes internados con IRA.

Según el porcentaje de positividad se puede observar que a partir de la SE19 se incrementaron los casos de Virus Influenza A. Por otro lado, se informan casos positivos de SARS CoV-2 en todas las semanas, con excepción de la SE13, SE18 y SE21. Los casos positivos de Influenza B en internados, se notificaron en SE1, SE20 y SE21 de 2025. Respecto a casos positivos de Virus Sincicial Respiratorio, el mayor porcentaje de positividad se visualiza en la SE18 y SE21. Los casos positivos de Adenovirus fueron informados en todas las semanas del 2025.

Distribución de casos positivos de Virus respiratorios en pacientes internados con IRA según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 21 - Año 2025.



Fuente: Elaboración propia de la Dirección Provincial de Red de Laboratorios en base a datos extraídos del SNVS 2.0 – Notificación agrupada: Infecciones respiratorias virales – Internados.

Para más información:

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

XI.6. Tierra del Fuego: Diarrea aguda

Hasta la semana epidemiológica (SE) 22 en 2025 se notificaron 3.282 casos de diarrea aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período de 2024 del año 2024, se observa un aumento del 12,2% de los casos registrados a nivel provincial.

Diarreas agrupadas, años 2024 y 2025.

	SE 22 / Año 2024	SE 22 /Año 2025	% Variación interanual
Río Grande	1306	1440	↑ 10.3
Tolhuin	101	148	↑ 46.5
Ushuaia	1517	1694	↑ 11.7
Tierra del Fuego	2924	3282	↑ 12.2

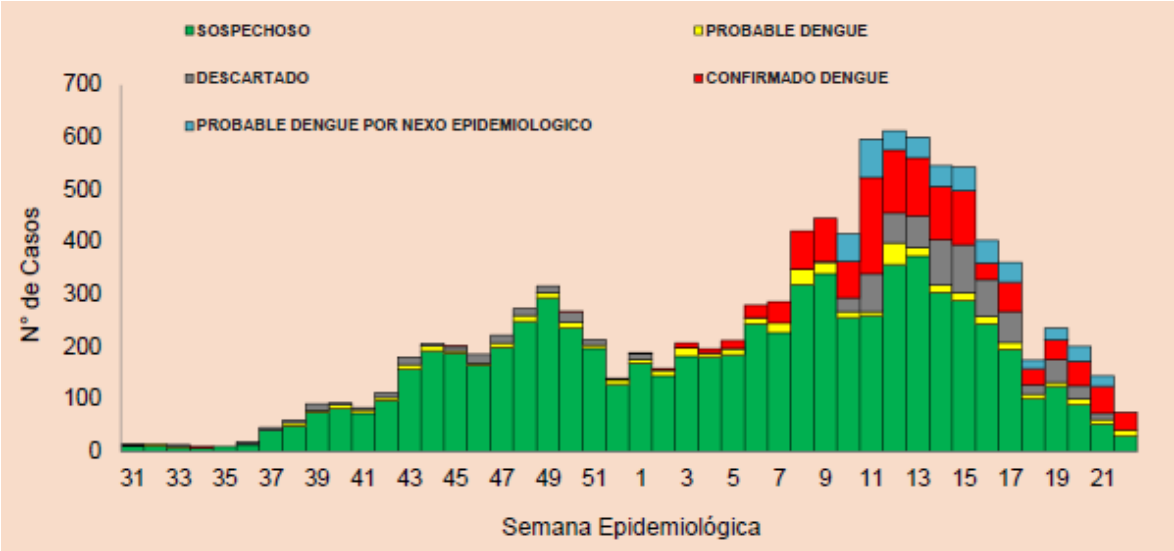
Fuente: SNVS 2.0. D.E.I.S. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.

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

XI.7. Tucumán: Vigilancia de síndrome febril inespecífico

Entre la SE 31 del 2024 y la SE22 del 2025 se notificaron 10.085 casos de SFAI, de los cuales 6.737 son sospechosos (entre los cuales hay 55 casos sospechosos de dengue con antecedente de vacunación menor o igual a 30 días y 359 sospechosos no conclusivos) 1.231 confirmados, 436 son probables, 352 son probables por nexo, 808 descartados, 5 sospechosos de ZIKAV/CHIKV, 1 probable flavivirus y 1 caso con firmado de CHIKV. En la SE22/2025 se notificaron 75 casos de SFAI en total: 33 casos confirmados.

Curva epidémica de SFAI desde la SE 31/2024 hasta la SE 22/2025 (n=10085)



Fuente: Dirección de Epidemiología en base a datos del SNVS 2.0

Para más información: direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

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

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

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

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
Junio	Fiebre tifoidea y paratifoidea	Laboratorio	Muestras	Se modificó el tipo de muestra de la opción "Agua de red", de "Ambientales" a "Agua".
				Se adicionó la opción '"Agua de pozo", asociada al tipo de muestra "Agua"

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

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

XIII.1. Información detallada sobre la residencia:

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

XIII.1.A. PROFESIONES HABILITADAS A CONCURSAR:

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

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

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

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

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

Modalidad Virtual Autoadministrada

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

Inicia el 2 de diciembre

Duración: 25 horas.

INSCRIPCIONES EN:

Consultas a: cursos.direpinacion@gmail.com

XV. 4° Edición del Curso Virtual “Introducción al SNVS 2.0”

Destinado a: Personal de salud que realiza tareas de vigilancia epidemiológica o con interés en la temática.

Duración: 25 horas

Formulario de inscripción: https://forms.gle/SyywXdyd8ocSh2XU6

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

Duración: 30 horas

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