



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Nº 779

Semana epidemiológica 42

AÑO 2025

Desde 12/10 al 18/10

Fecha de publicación

27/10/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA



AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

Dengue y otros Arbovirosis

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

El Servicio Meteorológico Nacional.

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

Informe epidemiológico Hidatidosis

Del Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.

Departamento de Parasitología del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

Departamento de Epidemiología del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

Informe epidemiológico eventos inmunoprevenibles: Tétanos y difteria

Del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Vigilancia de Infecciones Respiratorias

Del INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”: Virus respiratorios y el Departamento de Epidemiología.

Componen la Dirección de Epidemiología: Altschuler Ailén, Amatto María Belén, Amelotti Rina Lucía, Antman Julián Gustavo, Appeceix Ailen Lihuel, Avalos Andrea Karina, Bertaccini Dario Gabriel, Bidart María Laura, Bonifacio Carlos, Cáceres Estefanía, Caparelli Mariel, Caruso Stefanini Margarita, Casal Javier, Casas Natalia, Castell Soledad, Chantefort Lucía, Chaves Karina Lorena, Couto Esteban, Di Pinto Ignacio, Diaz Morena, Echenique Arregui Alexia, El Ahmed Yasmin Dalal, Faedo María Guadalupe, Fernández Gabriela, Fernández María Susana, Fernández María Lorena, Gómez Lara, González Lebrero Cecilia, González Picasso Manuel, Gonzalez Scheffer María Sol, Iglesias María Marta, Joskowicz Abril, Kurten Pérez Manuel, La Regina María Agustina, Laurora Melisa, Martín Aragón María Fernanda, Martínez Karina, Moisés María Silvina, Morgenstern Agostina, Nicolau Victoria, Núñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo, Ormeño Mazzochi Franco, Page María Agustina, Palero Mariano, Parenti Ana Laura, Pastrana Paula, Pierre Ganchegui Guillermina, Pissarra Florencia Magalí, Plantamura Pilar, Prina Martina, Riera Sebastián, Rojas Mena María Paz, Rosin Paula, Rueda Dalila, Santoro Federico, Souto Catalina Sofía, Tapia Julio, Vallone Antonella, Villasanti Johanna, Voto Carla y Wainziger Tamara.

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

Agradecimientos:

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

Imagen de tapa:

La hidatidosis es una enfermedad producida por un parásito llamado *Echinococcus granulosus* que transmite el perro a través de su materia fecal en forma de huevos. Estos huevos liberados en el ambiente son ingeridos, más comúnmente por animales de producción (oveja, vaca o cerdo), ingresando al organismo y esparciéndose en los órganos, principalmente pulmones e hígado, donde se forman los quistes (quistes hidatídicos), en cuyo interior se aloja el parásito. Foto de banco de imágenes libres de derechos.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°779, SE 42.

I. Editorial del BEN 770

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

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

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

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

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

¡Hasta la próxima!



Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología



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

II. Sobre este BEN

El **Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) N° 779** presenta la información correspondiente a la **Semana Epidemiológica (SE) 42 de 2025**, consolidando los principales eventos bajo vigilancia y dos informes de actualización periódica de especial relevancia técnica y programática.

En primer lugar, se incorpora una **fe de erratas** respecto a la **cobertura de vacunación para coqueluche** publicada en el BEN 778.

Entre los **informes de actualización periódica**, el primero está dedicado a la **hidatidosis (equinocosis quística)**, con un análisis que combina la situación regional y la nacional. Se presentan tendencias 2019–2024 y la situación actual, junto definiciones de caso y el rol del Laboratorio Nacional de Referencia. El documento refuerza la necesidad de mantener la vigilancia activa y el abordaje intersectorial, incluyendo la desparasitación canina, el control de faena, la gestión segura de vísceras y la educación comunitaria. También se detallan las medidas de control ante casos, expuestos y brotes, y se formulan recomendaciones específicas para equipos de Salud y Agricultura en territorios rurales y de producción animal.

El segundo informe actualiza la situación de **tétanos y difteria**, diferenciando el análisis entre tétanos neonatal y en otras edades, con información detallada de las coberturas vacunales. En el caso de la difteria, se describe la situación epidemiológica y las estrategias regionales de control. Ambos capítulos incluyen recomendaciones operativas para los equipos de atención primaria y de vigilancia, orientadas a mejorar la oportunidad de la notificación y la respuesta ante eventos sospechosos.

El BEN 779 completa su estructura con las **tablas de eventos de notificación obligatoria (ENO)** y su nota metodológica actualizada; la situación de **infecciones respiratorias agudas**, con los análisis de ETI, neumonía y bronquiolitis; la vigilancia de **dengue y otros arbovirus**, incluyendo la estimación de escenarios epidemiológicos 2025–2026 y la actualización entomológica; además de las **alertas internacionales** y los **boletines jurisdiccionales destacados**. Finalmente, se incluyen nuevas **herramientas de gestión**, entre ellas el listado de modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0 y la octava edición de las **herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud**, destinadas a fortalecer la estandarización y la continuidad de los procesos de análisis en todos los niveles del sistema sanitario.

III. Fe de erratas del BEN 778

III.1. Sobre la cobertura de vacunación para coqueluche

En el Boletín Epidemiológico Nacional N°778, publicado el 20/10/2025, donde se informaron las coberturas parciales de los refuerzos del esquema de vacunación contra *Bordetella pertussis* (páginas 53, 54 y 55), se consignaron porcentajes erróneos correspondientes a la vacunación ampliada de las cohortes mencionadas.

III.1.A. SOBRE LOS DATOS PUBLICADOS

Publicación original (incorrecta):

- Refuerzo DTP (5 años): 44,11% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 08/10/25: **90,51%**)
- Refuerzo dTpa (11 años): 44,12% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 08/10/25: **98,22%**)

Corrección (valores correctos):

- **Refuerzo DTP (5 años):** 44,11%
Porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 10/09/25: **72,48%**
- **Refuerzo dTpa (11 años):** 44,12%
Porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 10/09/25: **74,43%**

III.1.B. SOBRE LA NARRACIÓN

Donde dice:

“...al analizar la vacunación ampliada de la dosis de refuerzo de los 5 años con la vacuna triple bacteriana celular, se observó una mejora significativa: en 2024 se registró una cobertura de la cohorte de 2019 de **46,4%**, mientras que en 2025 la cobertura de esa misma cohorte fue de **44,1%**, alcanzando una cobertura acumulada para la cohorte de **90,5%**. En el caso de la dosis de refuerzo de los 11 años con la vacuna triple bacteriana acelular (dTpa), la cobertura de vacunación de la cohorte de nacidos en 2013 vacunados en 2024 fue del **54,1%** y la misma cohorte alcanzó el **98,2%** durante el año 2025...”

Debe decir:

“...al analizar la vacunación ampliada de la dosis de refuerzo de los 5 años con la vacuna triple bacteriana celular, se observó una mejora en el seguimiento de la cohorte en el tiempo: en 2024 se registró una cobertura oportuna para la cohorte nacida en 2019 de **46,4%** y **durante 2025 esa misma cohorte alcanzó 26,09%, logrando una cobertura ampliada acumulada de 72,48%**. En el caso de la dosis de refuerzo de los 11 años con la vacuna triple bacteriana acelular (dTpa), la cobertura oportuna de la cohorte nacida en 2013 vacunada en 2024 fue de **54,1%**, **y esa misma cohorte alcanzó durante 2025 una cobertura ampliada acumulada de 74,43%**.

Este análisis permite observar que, si bien las coberturas oportunas resultan inferiores respecto de años previos, la evaluación de la vacunación ampliada de cohorte muestra que una proporción adicional de la población objetivo fue alcanzada posteriormente, aunque de manera atrasada.”

El resto de la información presentada en el documento no se ve modificada. Se solicita considerar los valores consignados en la presente fe de erratas como los correctos.

Contenido

I. Editorial del BEN 770	5
II. Sobre este BEN	6
III. Fe de erratas del BEN 778	7
III.1. Sobre la cobertura de vacunación para coqueluche	7
III.1.A. Sobre los datos publicados	7
III.1.B. Sobre la narración	7
TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS	10
IV. Tablas de ENO seleccionados	11
IV.1. Nota metodológica	11
IV.1.A. Sobre la construcción de las tablas	11
IV.1.B. Notas adicionales a tener en cuenta	12
IV.2. Eventos nominales confirmados	12
IV.3. Eventos nominales notificados y confirmados	14
IV.4. Eventos agrupados clínicos	14
IV.5. Eventos agrupados laboratoriales	16
EVENTOS PRIORIZADOS.....	18
V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	19
V.1. Nota Metodológica	19
V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	19
V.3. Síntesis de la información nacional destacada	20
V.3.A. Vigilancia Clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	20
V.3.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados	21
V.3.C. Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios	21
V.3.D. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos	22
V.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	22
V.4.A. Enfermedad tipo influenza (ETI)	22
V.4.B. Neumonía	24
V.4.C. Bronquiolitis	25
V.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios	27
V.5.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas	30
VI. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	32
VI.1.A. Subregión Cono Sur	32
VI.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026.	35
VI.2.A. Nota metodológica	35
VI.3. Situación de dengue en Argentina	37
VI.3.A. Inicio de temporada 2025/2026	37
VI.4. Situación epidemiología de otros arbovirus	39
VI.5. Vigilancia entomológica	41
VI.5.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición	41
VI.5.B. Evolución IPO e IDH SE32-SE42 (2025)	41
VI.5.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios	44
ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS	48
VII. Hidatidosis (Equinocosis quística) - Informe epidemiológico	49
VII.1. Introducción	49
VII.2. Situación regional de la Hidatidosis (Equinocosis Quística)	50
VII.3. Situación de la Hidatidosis (Equinocosis Quística) en Argentina	52
VII.3.A. nota metodológica	52
VII.3.B. Situación Epidemiológica 2019-2024	53
VII.3.C. Situación Epidemiológica Actual	60
VII.4. Medidas preventivas	65
VII.5. Recomendaciones para los equipos de Salud y Agricultura	65
VII.6. Conclusiones	65
VII.7. Vigilancia epidemiológica	66
VII.7.A. Objetivos de la vigilancia	66
VII.7.B. Definiciones de caso	66

VII.7.C.	Rol del Laboratorio Nacional de Referencia	67
VIII. Tétanos y difteria - Informe epidemiológico de eventos inmunoprevenibles		68
VIII.1.	Introducción	68
VIII.1.A.	Sobre la vigilancia de los eventos inmunoprevenibles	68
VIII.1.B.	tétanos neonatal y otras edades	68
VIII.2.	Situación epidemiológica Tétanos neonatal	69
VIII.2.A.	Introducción	69
VIII.2.B.	Situación Regional	69
VIII.2.C.	SITUACIÓN EN Argentina	70
VIII.3.	Situación epidemiológica Tétanos en otras edades	70
VIII.3.A.	Nota metodológica	70
VIII.3.B.	Situación en argentina	70
VIII.3.C.	SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL (2025)	72
VIII.4.	Cobertura de vacunación	72
VIII.5.	Vigilancia epidemiológica	73
VIII.5.A.	Objetivos de vigilancia	73
VIII.5.B.	Definición de caso de tétanos neonatal	73
VIII.5.C.	DEFINICIÓN DE CASO DE TÉTANOS EN OTRAS EDADES	73
VIII.5.D.	DEFINICIÓN DE BROTE	74
VIII.6.	Situación epidemiológica difteria	74
VIII.6.A.	Introducción	74
VIII.6.B.	Nota metodológica	74
VIII.6.C.	SITUACIÓN EN ARGENTINA 2019-2025	75
VIII.7.	Recomendaciones para el equipo de salud	75
VIII.7.A.	MEDIDAS PREVENTIVAS	75
VIII.7.B.	MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS	76
VIII.7.C.	MEDIDAS ANTE BROTES	77
VIII.8.	Cobertura de vacunación	77
VIII.9.	Vigilancia epidemiológica	79
VIII.9.A.	DEFINICIONES DE CASO	79
VIII.9.B.	DEFINICIONES DE BROTE	79
ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES.....		81
IX. Introducción		82
IX.1.	Situación epidemiológica mundial y regional de Sarampión	83
IX.1.A.	Canadá	83
IX.1.B.	Estados Unidos de América2F	83
IX.1.C.	México3F	84
IX.1.D.	Paraguay4F	85
IX.2.	Brote transfronterizo prolongado de Salmonella vinculado a tomates pequeños - Europa	86
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES.....		87
X. Boletines Jurisdiccionales		88
X.1.	Buenos Aires: Internaciones por infecciones respiratorias aguda (IRA)	88
X.2.	Salta: Hepatitis A	89
X.3.	Tierra del Fuego: Brote de Coqueluche en Ushuaia	90
X.4.	Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años	91
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA		92
XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0		93
XII. Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud 8° Edición		97

TABLAS DE
EVENTOS DE
NOTIFICACIÓN
OBLIGATORIA
SELECCIONADOS

IV. Tablas de ENO seleccionados

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

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

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

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

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

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

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

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

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

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

IV.1. Nota metodológica

IV.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.

IV.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.

IV.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 1-42. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-42	2025 Acumulado s SE 1-42	Diferencias 2025 con mediana 2020- 2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Enfermedades zoonóticas animales	Rabia animal	122	106	-16	-13%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	7.836	15.312	7.476	95%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	209	299	90	43%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	82	115	33	40%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	6	5	-1	-17%
	Cisticercosis	8	9	1	13%
	Escorpionismo o Alacranismo	3.171	5.562	2.391	75%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	378	657	279	74%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	24	37	13	54%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	8	14	6	75%
	Brucelosis	97	108	11	11%
	Hantavirus	45	38	-7	-16%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	18	24	6	33%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1.218	1.266	48	4%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	13	24	11	85%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	4	21	17	425%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	9	38	29	322%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	6	1	-5	-83%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	9.325	9.325	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	598	598	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	478	478	N/A
Pandrogos resistencia	Pandrogos resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogos resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
	Pandrogos resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	1	1	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	11.023	14.179	3.156	29%

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.

IV.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 1-42. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-42		2025 Acumulados SE 1-42		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	3.788	165	3.589	382	-199	-5%	217	132%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	952	2	6.176	35	5.224	549%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	952	2	6.176	35	5.224	549%	33	1650%
	Meningitis - Meningoencefalitis	1.964	742	2.233	727	269	14%	-15	-2%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomieltitis	100	0	84	0	-16	-16%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	92.505	58.295	61.145	18.343	-31.360	-34%	-39.952	-69%
	Encefalitis de San Luis	273	1	406	0	133	49%	-1	-100%
	Fiebre amarilla humana	106	0	142	0	36	34%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	44	0	97	1	53	120%	1	N/A
	Zika	1.460	0	862	0	-598	-41%	0	N/A
Enfermedades Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	776	341	503	234	-273	-35%	-107	-31%
Enfermedades zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.890	48	1.840	158	-50	-3%	110	229%
	Psitacosis	194	32	520	99	326	168%	67	209%
	Chagas agudo congénito	1.182	56	1.462	39	280	24%	-17	-30%
ETMI - Enfermedades del niño	Sífilis Congénita	2.280	902	818	805	-1.462	-64%	-97	-11%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	5	0	7	0	2	40%	0	N/A
	Chagas crónico en embarazadas	2.006	1.869	1.514	1.272	-492	-25%	-597	-32%
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Sífilis en embarazadas	9.153	7.654	9.657	8.602	504	6%	948	12%
	Hepatitis B en embarazadas	82	52	103	41	21	26%	-11	-21%
	Hepatitis E	44	6	47	5	3	7%	-1	-17%
Hepatitis virales	Hepatitis A	122	28	199	103	77	63%	75	268%
	Hepatitis B	2.453	567	2.883	623	430	18%	56	10%
	Hepatitis C	2.087	1.221	2.151	1.258	64	3%	37	3%
	Hepatitis E	44	6	47	5	3	7%	-1	-17%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	27.339	21.938	43.178	36.891	15.839	58%	14.953	68%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	1.242	1.181	1.934	1.849	692	56%	668	57%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	368	84	302	127	-66	-18%	43	51%

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

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

IV.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 1-42. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-42	2025 Acumulados SE 1-42	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmitidas por alimentos	Diarrea	593.300	585.663	-7.637	-1%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.372	1.861	489	36%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	933	645	-288	-31%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	109.837	81.841	-27.996	-25%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	1.009.081	1.008.733	-348	0%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	68.705	64.456	-4.249	-6%
	Neumonía (sin especificar)	78.702	66.136	-12.566	-16%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	1	5.364	5.363	N/A
	Lesiones por siniestros viales -	9	3.309	3.300	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	24	23.547	23.523	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte	1	1.443	1.442	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	9	5.831	5.822	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	3	4.922	4.919	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	89	30.084	29.995	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	13	5.753	5.740	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	8	2.296	2.288	N/A
	Lesiones por electrocución	0	564	564	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	838	838	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	16	67.151	67.135	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	7	22.566	22.559	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	7	31.158	31.151	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	391	391	N/A
	Otras lesiones en el hogar	56	22.411	22.355	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.

IV.5. Eventos agrupados laboratoriales

I.1.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 1-42. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-42		2025 Acumulados SE 1-42		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	3.759	207	3.003	185	-756	-20%	-22	-11%
	Infección por Mycoplasma genitalium	622	19	386	12	-236	-38%	-7	-37%
	Infección por Mycoplasma hominis	2.328	232	2.337	310	9	0%	78	34%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	13.078	357	6.172	383	-6.906	-53%	26	7%
	Infección por Trichomonas vaginalis	21.430	2.156	18.749	2.029	-2.681	-13%	-127	-6%

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**

V. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

V.1. Nota Metodológica

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

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

V.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios¹

Situación Regional: La actividad de influenza en las Américas se mantiene baja y con una tendencia al alza. A nivel regional, la circulación de VSR muestra una tendencia descendente, mientras que SARS-CoV-2 presenta una tendencia a la mantención en la última semana epidemiológica (SE), alcanzando una positividad del 8.8%. En América del Norte, la actividad de influenza permanece en niveles interestacionales. La circulación de VSR se mantiene baja y estable, mientras que SARS-CoV-2 mantiene la tendencia de la SE anterior, con una positividad del 10.2%. En el Caribe, la circulación de influenza se mantiene, con una positividad del 5.8%, predominando el subtipo A(H1N1)pdm09. La actividad de VSR aumenta esta SE, alcanzando una positividad del 10%, mientras que SARS-CoV-2, disminuye su circulación a un 2.9%. En Centroamérica, la actividad de influenza disminuye, a una positividad del 4.9%. SARS-CoV-2 muestra una mantención en su circulación para esta semana esta semana (3.5% de positividad), mientras que VSR aumenta a una positividad del 19.3%. En la subregión andina, la actividad de influenza A aumenta levemente a 5.8% de positividad. VSR mantiene su aumento esta semana (11.8% de positividad), mientras que SARS-CoV-2 aumenta en comparación con la semana anterior, alcanzando una positividad del 8.5%. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza muestra un aumento (5.9% de positividad), con circulación principalmente de influenza A(H3N2). La circulación de VSR disminuye respecto a la SE previa, con una positividad del 2.7%, mientras que SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos, aunque con tendencia ascendente (8.5% de positividad). La circulación de otros virus respiratorios (OVR) se mantiene elevada y con tendencia a la mantención a nivel regional.

América del Norte: La actividad de influenza se mantiene baja y estable en la subregión, con una positividad de 0.9%. La mayoría de los casos de SARI positivos se han asociado con influenza y SARS-CoV-2. La circulación de VSR continúa siendo baja y estable en todos los países. En contraste, la actividad de SARS-CoV-2 luego de mantener una tendencia al aumento en la subregión, por primera semana presenta un leve descenso con una positividad del 10.2%. Al analizar la actividad de influenza por país, México, Canadá y Estados Unidos mantienen niveles interestacionales, sin embargo, México presenta una tendencia al aumento en la positividad de

¹ Extraído de “Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas- OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud”. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

influenza con una positividad del 6.3%. En cuanto a SARS-CoV-2, se observa una tendencia a la disminución en todos los países con positivities de 10.4% en Canadá, 7.8% en Estados Unidos, y 7.4% en México.

Caribe: La actividad de influenza, impulsada principalmente por la circulación concurrente de subtipo A(H1N1)pdm09 e influenza B, experimentó un leve aumento en la última SE, con una positividad subregional del 6%. La circulación de VSR aumentó respecto a la SE anterior, con una positividad del 10%. Por su parte, la actividad de SARS-CoV-2 continúa en descenso, alcanzando una positividad subregional del 2.9%. Los casos de IRAG muestran una tendencia a la disminución, asociados principalmente a influenza. En contraste, los casos de ETI presentan un leve incremento, también vinculados mayoritariamente a influenza. Al analizar por país, se observa que la actividad de influenza se observa en niveles epidémicos en Haití, Jamaica, República Dominicana y Belice. En Guyana la actividad disminuyó respecto a la SE anterior, con una positividad del 4%. Barbados e Islas Caimán, reportan niveles bajos de circulación. En cuanto a VSR, la circulación disminuye en Cuba y Barbados en comparación con la SE anterior. En Belice, Haití, Surinam y San Vicente y las Granadinas se mantiene baja, mientras que, en República Dominicana, las Islas Caimán, Santa Lucía y Guyana se observa un aumento, llegando a una positividad del 30%, 24.8%, 7% y 4% respectivamente. Respecto a SARS-CoV-2, la actividad disminuyó en Cuba, Surinam, Guyana, Barbados y Las islas Caimán durante la última SE. Haití, Belice, República Dominicana y Santa Lucía mantienen una circulación baja y estable desde hace varias semanas. San Vincent y las Granadinas presentan mantienen su tendencia a la disminución, con una positividad del 4.5%. Jamaica presenta un aumento con respecto a la SE anterior.

Centroamérica: La actividad de influenza mantiene su circulación en la subregión con una positividad del 4.9%, caracterizada por la circulación de influenza B/Victoria. La circulación del VSR se mantiene elevada, con tendencia al aumento, y una positividad del 19.3%. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene constante esta semana, con una positividad de 3.6%.

Países Andinos: La actividad de influenza mantiene su circulación en la subregión con una positividad del 4.9%, caracterizada por la circulación de influenza B/Victoria. La circulación del VSR se mantiene elevada, con tendencia al aumento, y una positividad del 19.3%. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene constante esta semana, con una positividad de 3.6%.

Brasil y Cono Sur: La actividad de influenza en la subregión, asociada a influenza A(H3N2), continúa su aumento, con una positividad del 5.9%. La circulación del VSR continúa disminuyendo, indicando una positividad del 2.7%. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene esta SE con una positividad del 5.9%. La detección de casos IRAG ha mostrado una tendencia descendente constante en las últimas semanas, asociada principalmente a SARS-CoV-2 e influenza. Se registra un aumento en la detección de casos ETI asociados a influenza seguido de SARS-CoV-2.

V.3. Síntesis de la información nacional destacada

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

- Entre la semana epidemiológica 1 y 41 de 2025 se notificaron 1.026.497 casos de ETI, 147.968 casos de Neumonía y 137.261 casos de Bronquiolititis en menores de dos años. Las notificaciones de ETI y neumonía presentan tendencia ascendente entre las SE11 y 24, ubicándose en niveles elevados en relación con años previos. Las notificaciones de ETI se encuentran en niveles de brote entre las SE12 y 18, mientras que en neumonía se

observaron niveles de brote en las SE7 y 14. Los casos de bronquiolitis presentaron un ascenso que alcanzó niveles de seguridad entre SE29 y 34.

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

Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA) de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de **influenza** en ambulatorios, desde la SE12 se verificó un ascenso tanto del porcentaje de positividad como de las detecciones, con predominio de influenza A/H1N1, alcanzando los mayores niveles entre las SE 22 y 25. En las últimas semanas se observó un descenso, tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad. En este sentido, en las últimas dos semanas (SE41 y 42) se registraron 6 casos de influenza entre 123 muestras estudiadas.
- Para **VSR**, se registró 1 caso positivo entre las 90 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 41 y 42). El porcentaje de positividad de VSR en UMA se mantuvo por encima del 9% entre las SE25 y 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en SE29.
- Con relación a **SARS-CoV-2**, luego del último ascenso de casos registrado durante 2024, las detecciones en UMA permanecen en valores bajos y estables. En las últimas dos semanas (41 y 42/2025) se notificaron 20 casos positivos para SARS COV 2 entre las 112 muestras estudiadas por PCR en UMA.

Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (UC-IRAG):

- En la Red Argentina de UC-IRAG, entre la SE1 y SE41 de 2025, se notificaron de manera nominal un total de 6.694 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3.234 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.
- Las notificaciones de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) mostraron un aumento a partir de la SE12, acompañado de un aumento en las detecciones de virus influenza, principalmente el subtipo A(H1N1). El mayor número de casos de IRAG con diagnóstico de influenza se registró entre las SE23 y SE27, seguido de una disminución en las semanas posteriores, con detecciones de influenza B en las últimas SE. Además, desde la SE20 se verifica un aumento en las detecciones de VSR, con tendencia descendente en las últimas semanas y, a partir de la SE35, un leve incremento de IRAG con diagnóstico de SARS-CoV-2.
- En las últimas 4 semanas, entre los 560 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 1 codetección de SARS-CoV-2 y VSR, 26 casos de SARS-CoV-2 y 76 casos de VSR y 1 detección de influenza.

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

- Desde la SE11 se observó un incremento en el número de casos de **Influenza**, con predominio de Influenza A (H1N1), con un adelanto en el ascenso de casos en relación con lo observado en años anteriores. El mayor número de notificaciones se observó entre las SE22 y 26, con más de 1.000 detecciones semanales. En las últimas dos semanas (SE40 y 41) se registraron un total de 69 detecciones de influenza, con predominio de influenza B desde SE36.
- Con respecto a **VSR**, se registra un aumento en el número de casos desde la SE12, con inicio de la actividad estacional en SE20 y el máximo registrado en SE29 y 30. En las últimas 2 SE (40 y 41), se notificaron 218 casos de VSR.

- Durante 2024, se registraron dos ascensos en el número de casos de COVID-19, el primero de ellos entre las SE 1 y 12, y, el segundo ascenso entre las SE29 y 51, de menor magnitud que el previo. Durante las primeras 41 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, si bien se registra un ligero ascenso en las detecciones a partir de la SE34.
- Durante la SE41/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, VSR, parainfluenza, metapneumovirus, Influenza y adenovirus.

V.3.D. VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS EN INTERNADOS Y/O FALLECIDOS

- Con respecto a las detecciones de influenza, desde SE 12 se registró un ascenso de los casos en personas internadas. El mayor número de casos se observó entre las SE22 y 26. En la última semana (SE42) se detectaron 12 casos. Durante el año 2025 se registraron al momento 210 fallecidos con este diagnóstico.
- Con relación a VSR, las detecciones en hospitalizados presentan un aumento desde la SE12, con un descenso en las últimas semanas. En la SE 42 se registraron 21 personas internadas con este diagnóstico.
- Asimismo, en cuanto a los casos de COVID-19, las detecciones de SARS-CoV-2 en personas internadas permanecen en valores bajos. En la SE 42/2025 se registraron 42 casos positivos internados. Se notificaron 2 fallecimientos con este diagnóstico en la última semana.

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

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

Entre las SE 1 y 41 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.026.497 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2162,2 casos/100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registraron en 2024 (1.087.939 casos) y 2016 (1.031.619), mientras que en 2020 y 2021 se reportó un nivel de casos inferior en comparación con los años previos.

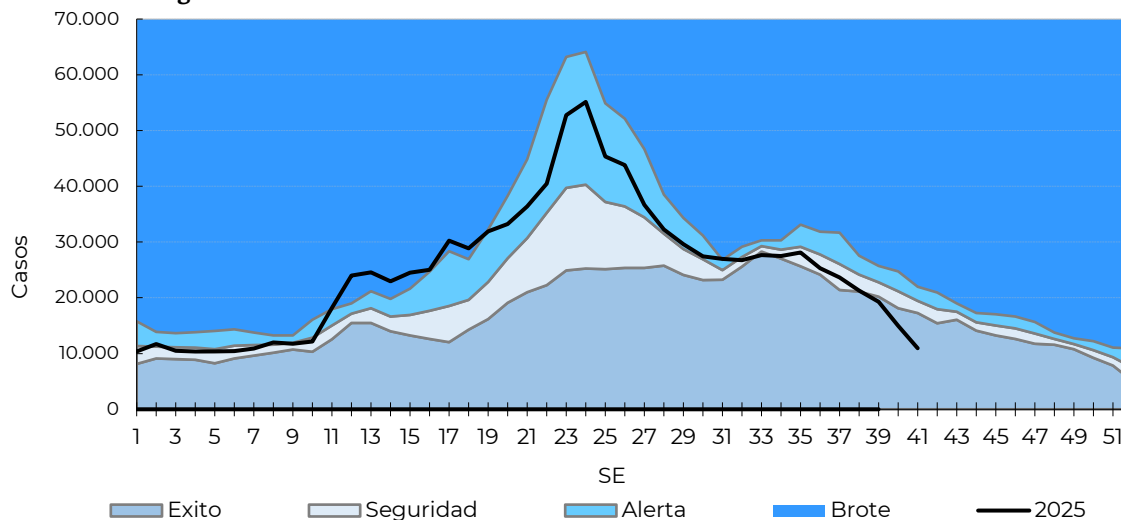
Gráfico 1. Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE41. Argentina².



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}.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 a 10 de 2025, las notificaciones de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) registradas en el SNVS, correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, se mantuvieron dentro de niveles de seguridad, con algunas oscilaciones. A partir de la SE 11 se observa un aumento progresivo de casos, alcanzando niveles de brote entre las SE 12 y 18. Posteriormente, la tendencia ascendente se sostiene hasta la SE 24, ubicándose en niveles de alerta hasta la SE 31.

Gráfico 2. Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 41 de 2025³. Argentina.



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

² Para el cálculo de la tasa de incidencia se utiliza como denominador las proyecciones de población calculadas por INDEC a partir del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

³ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

V.4.B. NEUMONÍA

Hasta la SE41 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 147.968 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 311,7 casos/ 100.000 habitantes.

Como se muestra en el gráfico a continuación entre los años 2015 y 2025, las notificaciones de neumonía mostraron el mayor número de casos en 2016. Posteriormente se observó una disminución sostenida entre 2017 y 2018, seguida de un ligero ascenso en 2019. En 2020 se registró un nuevo descenso de casos, volviendo a incrementarse durante los años 2021-2023, y mostrando una tendencia descendente los años 2024 y 2025.

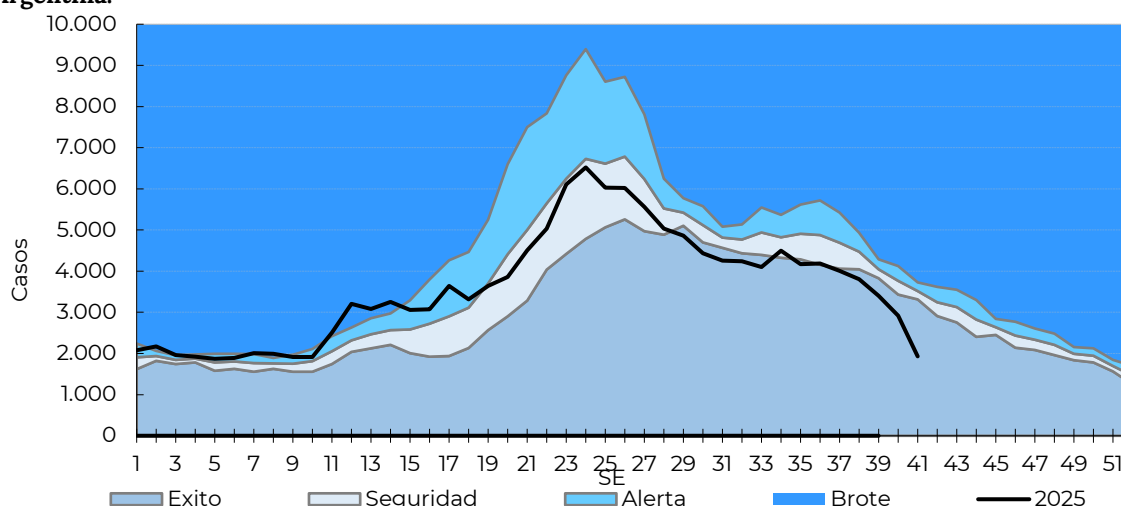
Gráfico 3. Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE41. Argentina.



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 el corredor endémico se observa que las notificaciones de neumonía a nivel país de 2025, en comparación con años históricos, se ubican en niveles de alerta durante las SE1 y 2, y posteriormente permanecen en niveles de seguridad, con algunas oscilaciones. A partir de la SE11 se registra un ascenso de los casos semanales de neumonía, que alcanza niveles de brote hasta SE14 y niveles de alerta hasta la SE18.

Gráfico 4. Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 41 de 2025⁴. Argentina.



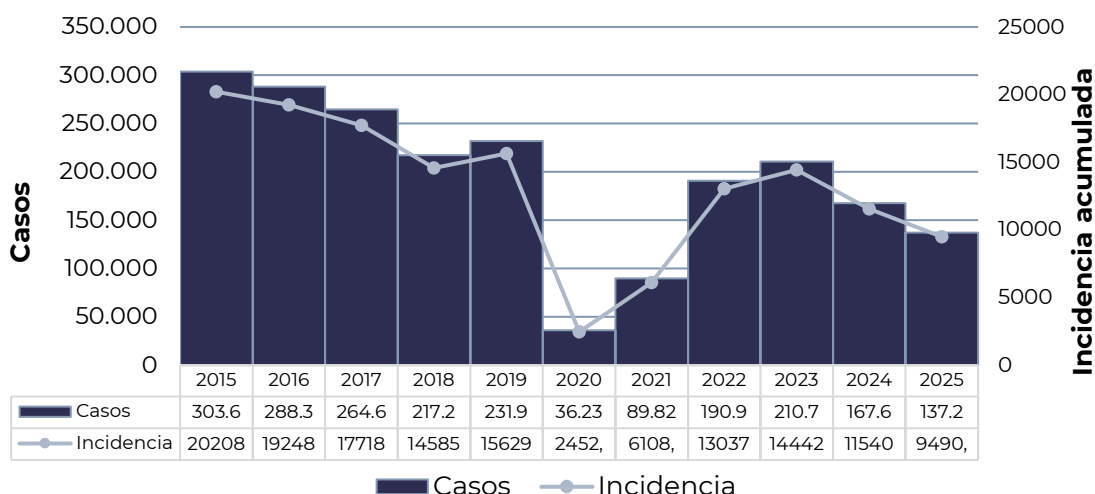
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

V.4.C. BRONQUIOLITIS

Desde la SE01 a la SE41 de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 137.261 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 9490,4 casos/100.000 habitantes.

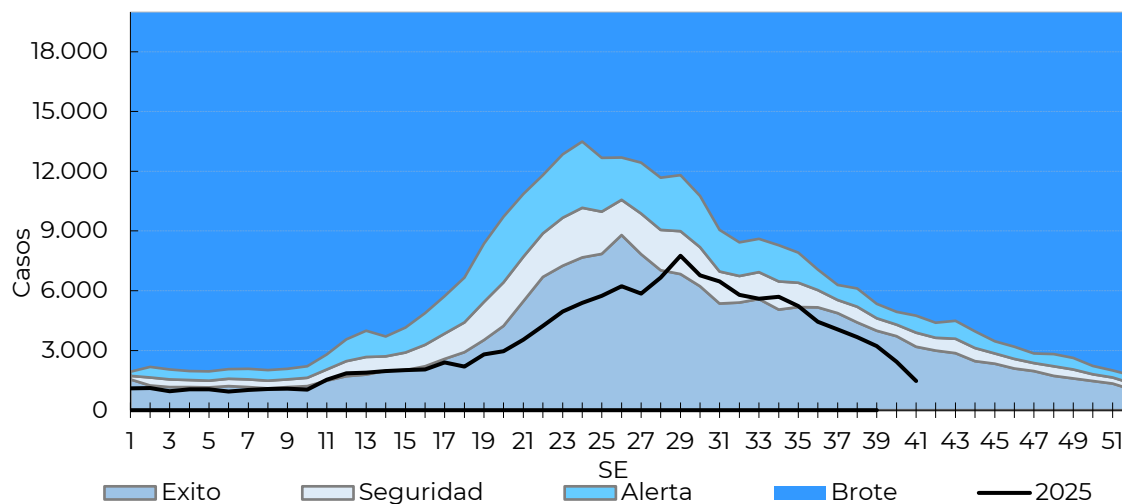
En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 41 alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso sostenido hasta 2018. En 2019, se registró un incremento respecto al año anterior, con un nuevo descenso en 2020 y 2021. Para los años 2022 a 2023 se verifica un aumento en las notificaciones de bronquiolitis, mientras que en 2024 las notificaciones presentaron un nuevo descenso. En 2025, los casos se mantienen en valores inferiores a la mayoría de los años previos, con excepción de los años 2020 y 2021.

⁴ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

Gráfico 5. Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolititis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE41. 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 SNVS²⁰.

En las primeras semanas del año 2025, las notificaciones semanales de bronquiolititis se mantuvieron dentro de los límites esperados. Entre las SE 11 y 13 alcanzaron niveles de seguridad y posteriormente se ubicaron nuevamente en niveles esperados, con una tendencia ascendente en las notificaciones semanales entre las SE11 y 29, llegando a niveles de seguridad nuevamente, aunque con un posterior descenso.

Gráfico 6. Bronquiolititis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 41 de 2025⁵. Argentina.

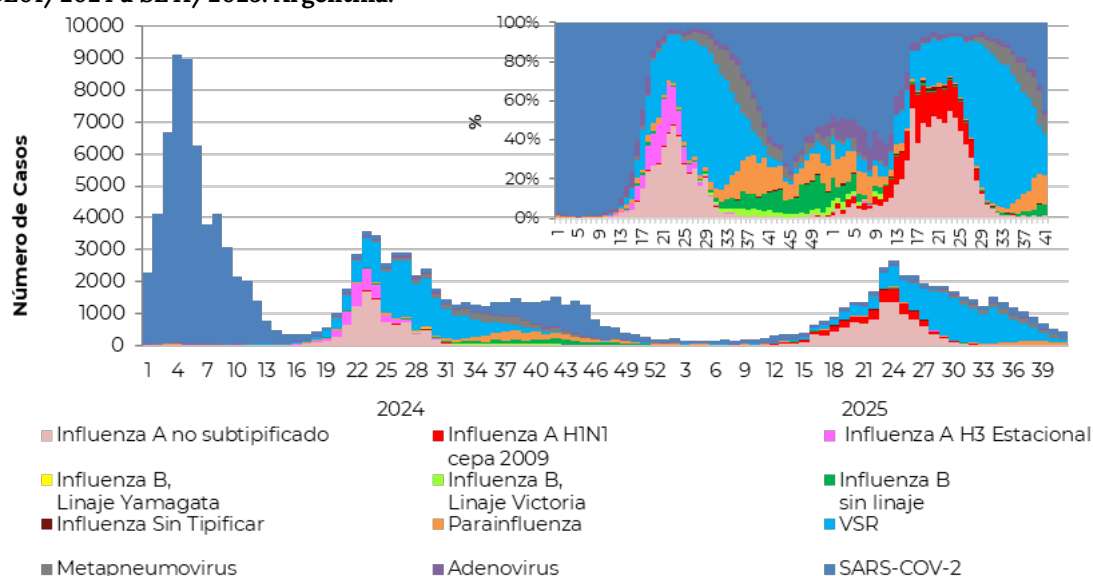
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS²⁰.

⁵ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

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

A partir de la SE11 se observó un aumento en el número de casos de **Influenza**, con predominio de Influenza A (H1N1), con un adelanto del ascenso estacional respecto de años anteriores. En las últimas semanas se registra un descenso de las notificaciones, con un ligero aumento de los casos de influenza B. En cuanto a **VSR** se verifica un aumento en las detecciones a partir de SE12, con inicio de actividad estacional a partir de la SE20. Las detecciones de **SARS-CoV-2** permanecen en niveles bajos, si bien se verifica un ligero ascenso en el número de casos desde la SE 34.

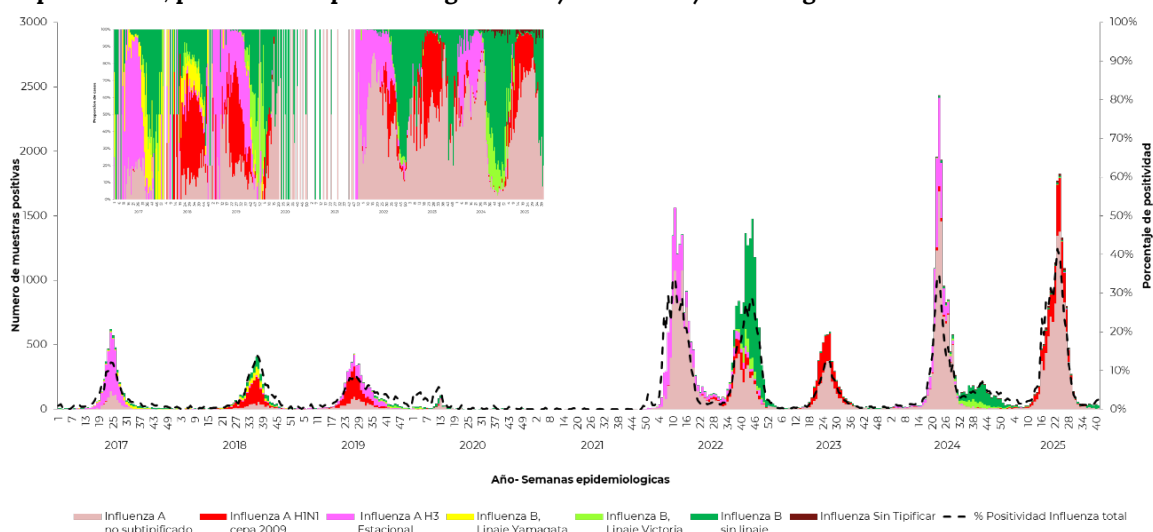
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE41/2025. Argentina.



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 SNVS²⁰.

Durante 2025 se registraron casos de influenza en forma continua a lo largo de todas las semanas epidemiológicas. A partir de la SE11 se observó un incremento sostenido de las detecciones, con predominio de influenza A no subtipificada y del subtipo A(H1N1). El número máximo de notificaciones semanales se alcanzó entre las SE22 y SE26, seguido de una tendencia descendente. En las últimas semanas se verifica un ligero aumento de las detecciones de influenza B, que predomina desde la SE36. En las dos semanas epidemiológicas más recientes (SE40 y SE41) se notificaron 69 detecciones de influenza en total.

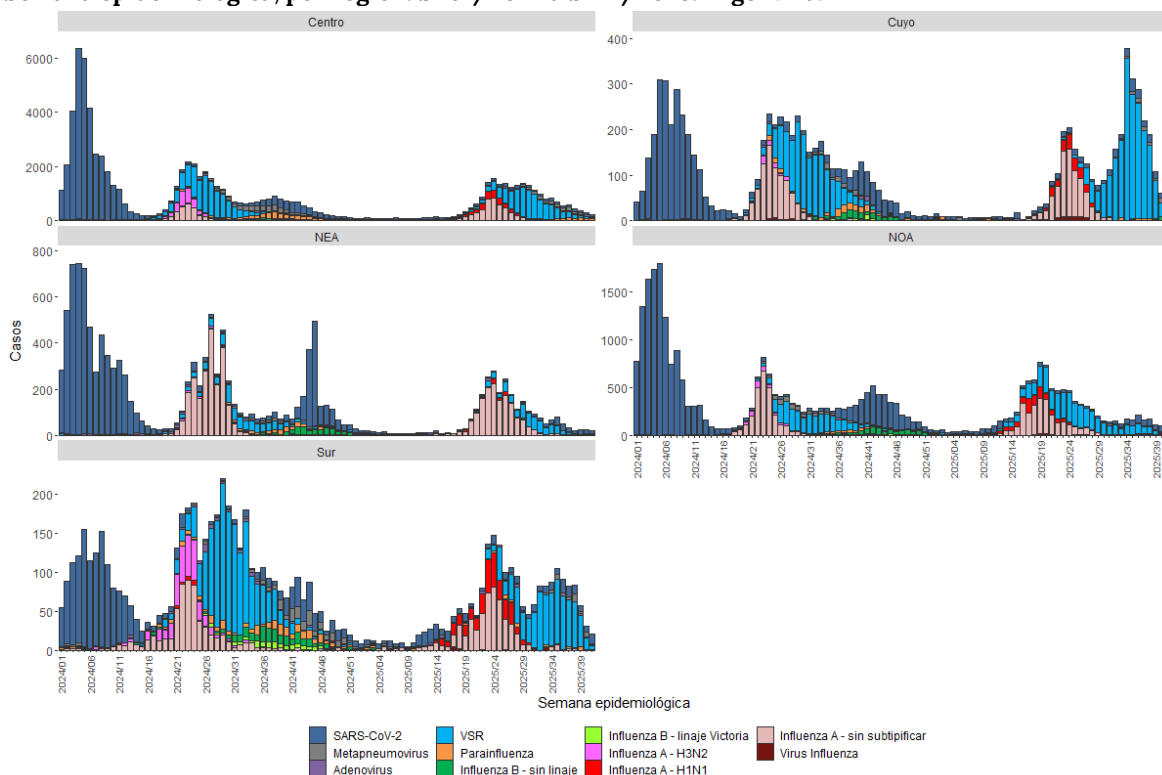
Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE41/2025. Argentina.



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}.

Se destaca que durante la temporada en curso la circulación viral de influenza presentó un inicio adelantado con relación a lo observado en años históricos en el país. Como se mencionó previamente, los casos comenzaron su ascenso desde SE11 y, además, la positividad, se presentó en niveles elevados desde SE13. Las temporadas de mayor circulación de virus influenza en el periodo 2016-2024 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.

En el análisis regional, se observa que los casos de influenza en la temporada actual comenzaron con un ascenso en el Noroeste (NOA) y en la región Sur. En las semanas posteriores, se evidenció una tendencia ascendente en las detecciones en el resto de las regiones del país. Actualmente, los casos se encuentran en descenso en todas las regiones.

Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2024 a SE41/2025. Argentina.

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

Además, en cuanto a **SARS-CoV-2**, durante 2024, aun cuando el número de casos por SE fue menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 80% de los casos entre las SE1 y SE12, con el mayor número de casos registrado entre las SE03 y SE06. Posteriormente, las detecciones semanales disminuyeron y, a partir de la SE32, los casos volvieron a incrementarse, alcanzando un nuevo pico en la SE44, aunque con una magnitud menor al ascenso previo.

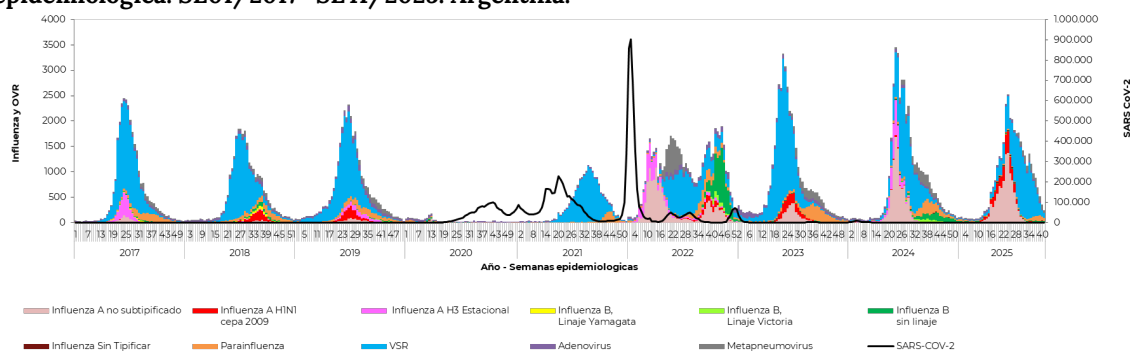
Durante las primeras 41 semanas de 2025, los casos se mantuvieron en valores bajos, si bien se registra un ligero aumento desde la SE 34.

En relación con el **VSR**, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16/2024, alcanzando su máximo en la SE26, y tendencia descendente posterior. En 2025 se registra un nuevo ascenso de las detecciones desde la SE12, con inicio de la actividad estacional a partir de la SE20. El pico se verificó entre las SE29 y SE30, seguido de un descenso posterior. En las últimas 2 SE (40 y 41), se notificaron 218 casos de VSR.

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

En lo que va de 2025, se observa un ascenso en las detecciones de metapneumovirus desde la SE 27 y de parainfluenza desde la SE35.

Durante la SE 41/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, VSR, parainfluenza, metapneumovirus, influenza y adenovirus.

Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE41/2025. Argentina.

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

La curva histórica de casos positivos de virus respiratorios por semana muestra un marcado descenso para el año 2020 en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios. Durante el año 2022 se ha registrado un comportamiento inusual tanto en la estacionalidad y número de casos registrados de Influenza con un ascenso entre las SE3-14 y SE34-45 -este último a expensas fundamentalmente de Influenza A (H1N1) e Influenza B; así como también por la frecuencia y distribución de OVR, fundamentalmente de metapneumovirus para el cual se registró una elevada frecuencia absoluta y relativa entre las semanas 16 y hasta la 26. Además, durante el año 2023, VSR presentó actividad estacional adelantada en comparación con la mayoría de los años pre-pandémicos y años 2021-2022, con un rápido ascenso de notificaciones entre SE 13 y 22.

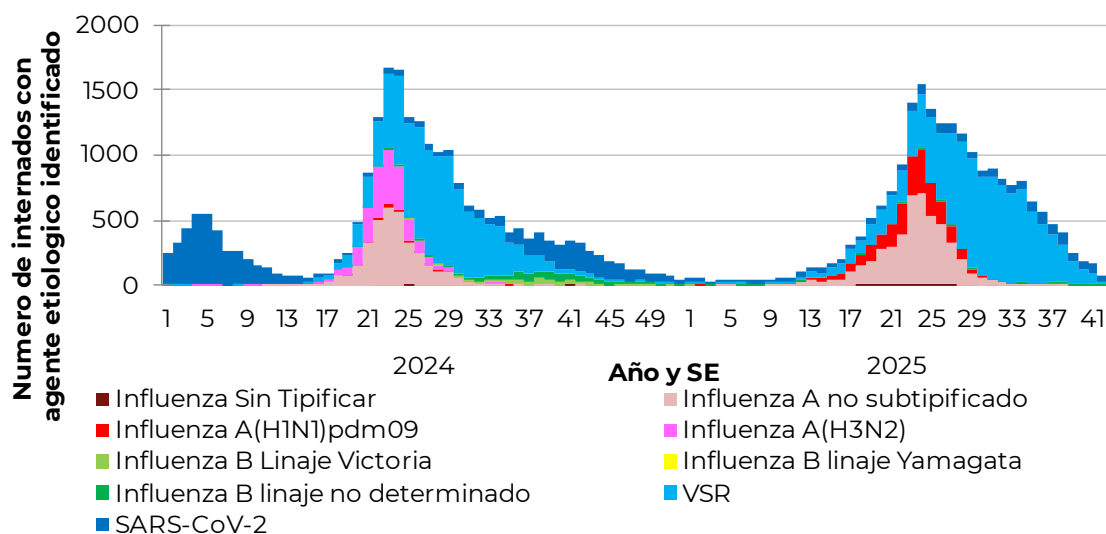
V.5.A. VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PERSONAS INTERNADAS Y FALLECIDAS

En el período comprendido entre las SE01 y SE42 de 2025 se notificaron 2.122 casos de **SARS-CoV-2** en personas internadas, cifra que resulta un 63,1% inferior a la registrada en igual período de 2024. Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y valores estables en lo que va de 2025. Para la SE42/2025 se registraron 42 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, entre las SE1 y 42 de 2025 se registraron un total de 7.443 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12, se verifica un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzaron el máximo en SE24, con tendencia descendente en las detecciones entre hospitalizados en las siguientes semanas. En la última SE, se detectaron 12 casos positivos para influenza en internados.

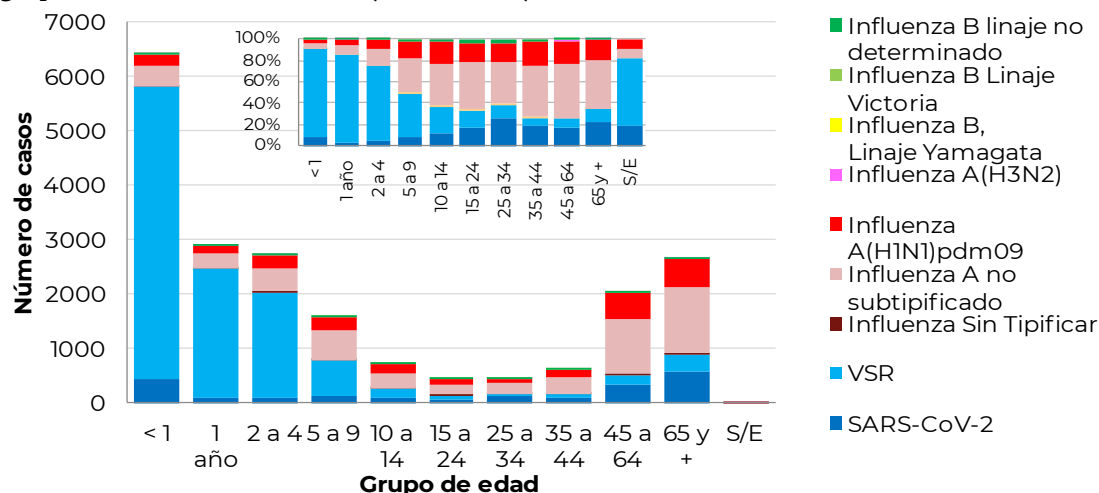
Entre los 7.443 casos de influenza notificados durante 2025, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n=7081), con menor detección de influenza B (n=227). De los casos de influenza A, 2230 cuentan con subtipificación, correspondiendo 2.215 a influenza A (H1N1) pdm09 y 15 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B, que predomina desde la SE36 en adelante, 17 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. A la fecha, 135 casos de influenza permanecen sin tipificar.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 11.162 casos hospitalizados positivos para VSR, con tendencia ascendente de los casos a partir de la SE12. Durante 2024, a partir de la SE16 se registró un ascenso de las detecciones semanales de VSR, que alcanzaron su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En la última semana analizada (SE42/2025), se registran 21 casos de VSR en hospitalizados.

Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE42/2025. 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 SNVS²⁰.

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE42/2025, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en adultos mayores y personas de 45 a 64 años, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, y menores de 1 año.

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE42/2025.

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

A la fecha de elaboración de este informe, en lo que va de 2025, se registran 210 fallecidos con diagnóstico de influenza⁶. Respecto a SARS-CoV-2, se registran 2 fallecimientos con este diagnóstico en la última SE.

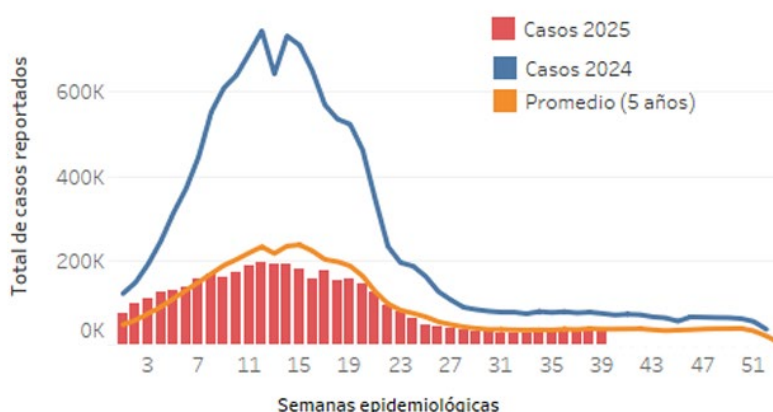
⁶ Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

VI. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Informe de la situación epidemiológica del dengue en las Américas](#) actualizado el 17 de septiembre.

A la semana epidemiológica (SE) 39 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,931,323 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 387 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 68% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 10% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 39.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 39 en 2025, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



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

De los 3,931,323 casos de dengue reportados en las Américas, 1,558,127 casos (39%) fueron confirmados por laboratorio y 6,500 (0.2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,972 muertes por dengue, para una letalidad del 0.050%.

17 países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 39. Estos países registran en conjunto 31,045 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 39.

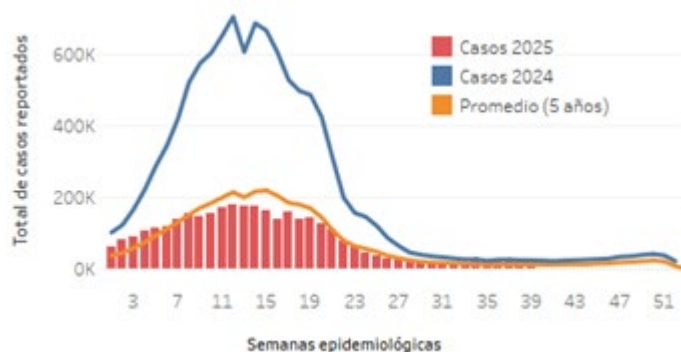
Del total de casos registrados en la SE 39, 79 fueron clasificados como dengue grave (0.2%), y se reportaron 2 muertes. para una letalidad de 0.006%.

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

VI.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notifican 22,019 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 39. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 68% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 5% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

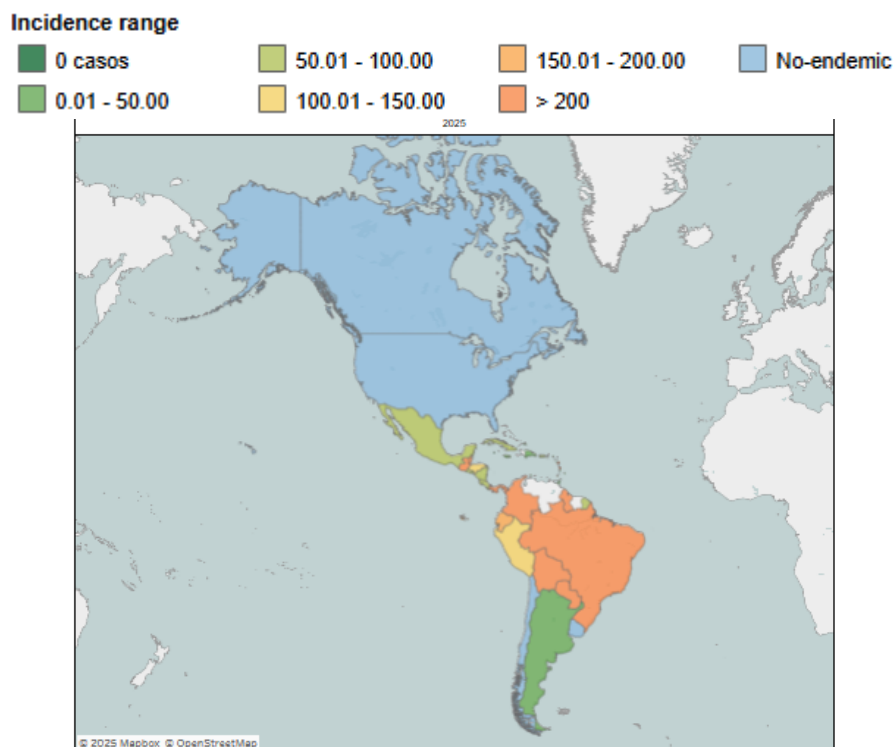
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 39, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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

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

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



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

NOTA METODOLOGICA:

1. Números de casos reportados de fiebre por dengue. Incluye todos los casos de dengue: sospechosos, probables, confirmados, no-grave, grave y muertes.
2. Población: total de habitantes para ese País o Territorio según las proyecciones de Naciones Unidas.

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

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)⁸ y el ARBO-portal⁹ de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 23/10/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 41/2025 se han reportado 3.468.487 casos de dengue, con 1.672 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 65% respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se notificaron 229.790 casos, un 56% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 111 muertes por este evento. Respecto al zika, se han registrado 21.761 casos, lo que representa una disminución del 46% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 40/2025, se confirmaron 11.978 casos, un 44% más que en igual período del año pasado, con 5 defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 37/2025, se han reportado 30.387 casos de dengue, con 3 fallecimientos asociados, lo que representa una disminución del 40% en comparación con el mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se registraron 5.372 casos, un aumento de 13 veces el valor del año previo, con 4 defunciones por este evento. Asimismo, se notificaron 965 casos de zika, cuatro veces más de lo notificado durante el mismo período de 2024. No obstante, a la fecha no se han confirmado casos por laboratorio para este evento. En lo que respecta a Oropouche, durante 2025 no se han registrado casos.

Paraguay: hasta la SE 41/2025, se han reportado 25.136 casos de dengue y un fallecimiento asociado, un 91% menos respecto a la misma semana de 2024. En relación con chikungunya, se notificaron 51 casos, lo que representa una disminución del 98% respecto al año anterior, sin registrarse defunciones asociadas. Sin embargo, los casos confirmados por laboratorio mostraron un incremento del 41%. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían notificado 7 casos.

Perú: hasta la SE 40/2025, se han notificado 36.099 casos de dengue, un 86% menos que el mismo periodo de 2024, con 52 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, se notificaron 81 casos, un valor similar al del año previo, sin defunciones para este evento. Respecto al zika, se han notificado 3 casos, un 63% menos en relación al mismo periodo del 2024, y a la fecha no se han confirmado casos por laboratorio para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 38/2025 se confirmaron 330 casos, un 96% 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. Respecto a la circulación de serotipos del virus del dengue, Bolivia presenta circulación de DEN-1 y DEN-2; mientras que Perú y Paraguay de DEN-1, DEN-2 y DEN-3. En tanto, Brasil reporta la circulación de los cuatro serotipos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4).

⁸ Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: [PAHO/WHO Data - Topics](#)

⁹ Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: [Enfermedad por virus Oropouche - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)

La Organización Panamericana de la Salud emitió una alerta epidemiológica sobre Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas¹⁰, debido a que en 2025 se han reportado brotes de chikungunya en varias regiones del mundo. En las Américas, distintos países notificaron un incremento de casos para este evento, especialmente Bolivia donde se registró un aumento muy superior al observado en 2024. Asimismo, se continúan notificando casos autóctonos de Oropouche en países de la Región como Brasil y Perú.

Con respecto al virus del Zika, se registra una disminución de casos en Brasil, sin casos confirmados por laboratorio en el resto de los países citados.

VI.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026.

VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA

La estimación de **escenarios nacionales** para la próxima temporada de dengue se realizó mediante el análisis comparativo de curvas epidémicas históricas por semana epidemiológica (SE), tomando como referencia temporadas con distinta magnitud en el número de casos notificados en Argentina. Para cada escenario se establecieron rangos de casos esperados y un criterio metodológico específico (Gráfico 3).

- **Escenario 1 (<20.000 casos):** se calculó a partir del promedio de casos semanales correspondientes a temporadas históricas con más de 1000 y menos de 100.000 casos de dengue, lo que refleja períodos de baja circulación viral y brotes de alcance limitado.
- **Escenario 2 (20.000 a 130.000 casos):** se utilizó como modelo la dinámica observada durante la temporada 2022/2023, considerada de magnitud intermedia, caracterizada por un inicio de brote en octubre en la región NOA/NEA y una posterior propagación hacia la región centro del país con aumento en la intensidad de la transmisión.
- **Escenario 3 (130.000 a 600.000 casos):** se basó en los casos notificados por SE durante la temporada 2023/2024, la de mayor magnitud registrada hasta el momento, con transmisión viral sostenida en múltiples regiones y elevada incidencia acumulada.
- **Escenario 4 (>600.000 casos):** se proyectó adicionando un 50% de aumento a los casos semanales observados en la temporada 2023/2024, simulando un escenario de máxima transmisión caracterizado por la introducción temprana del virus en regiones endémicas y una rápida expansión territorial.

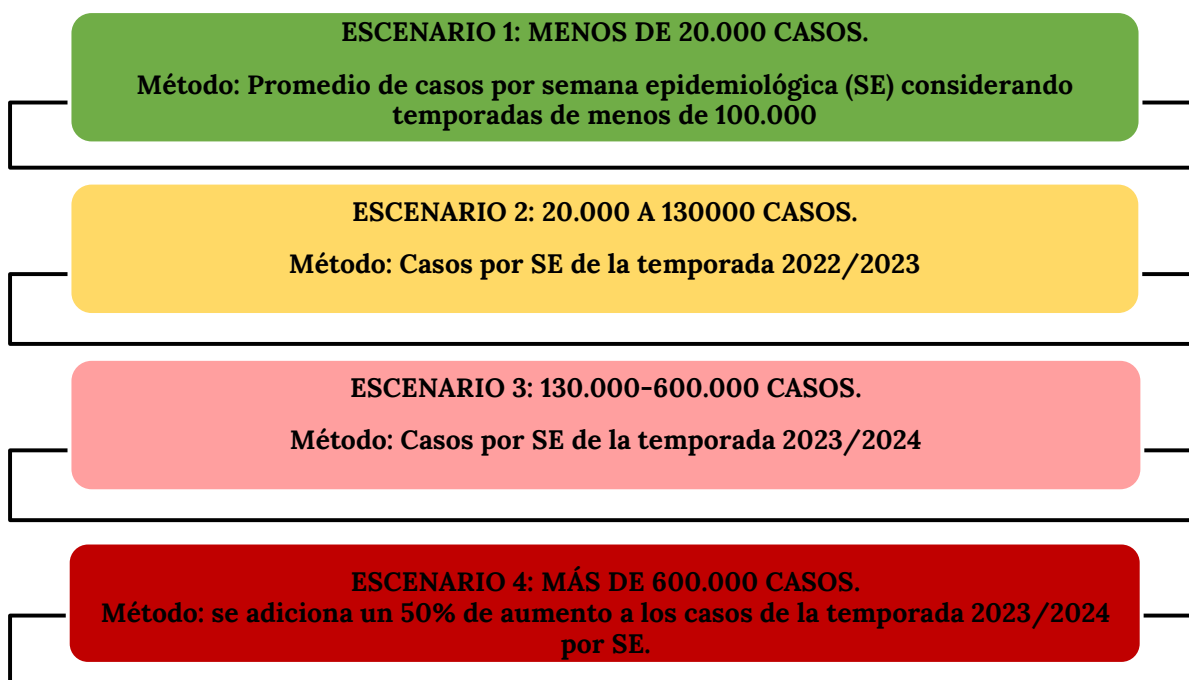
El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la vigilancia epidemiológica, clínica, entomológica y virológica.

En el último gráfico (detalle en zoom) se proyectan los casos de la temporada 2025-2026 en los diferentes escenarios. Entre las SE31 y SE41 se notificaron 6 casos confirmados de dengue, de los cuales 3 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas – 28 de agosto de 2025. Disponible en: [Alerta epidemiológica Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas – 28 de agosto del 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)

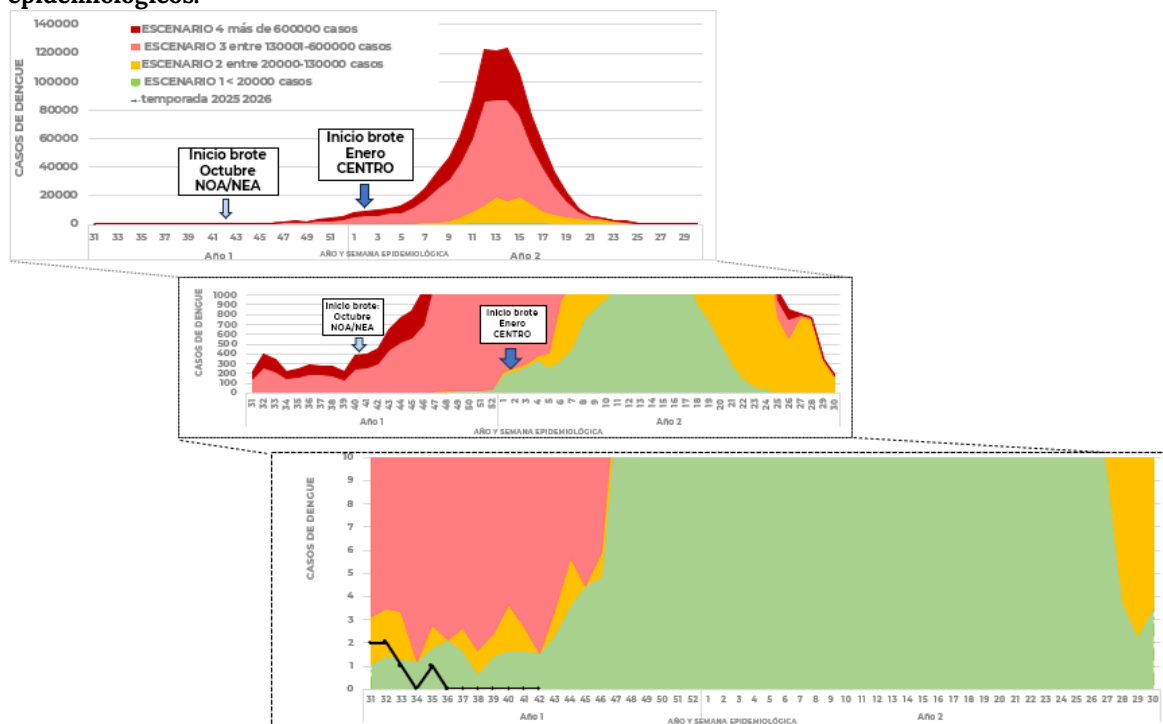
temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 4)

Gráfico 3. Modelo de estimación de escenarios epidemiológicos. Año 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 4. Proyección de la temporada 2025-2026 en modelo de estimación de escenarios epidemiológicos.



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

VI.3. Situación de dengue en Argentina

VI.3.A. INICIO DE TEMPORADA 2025/2026

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

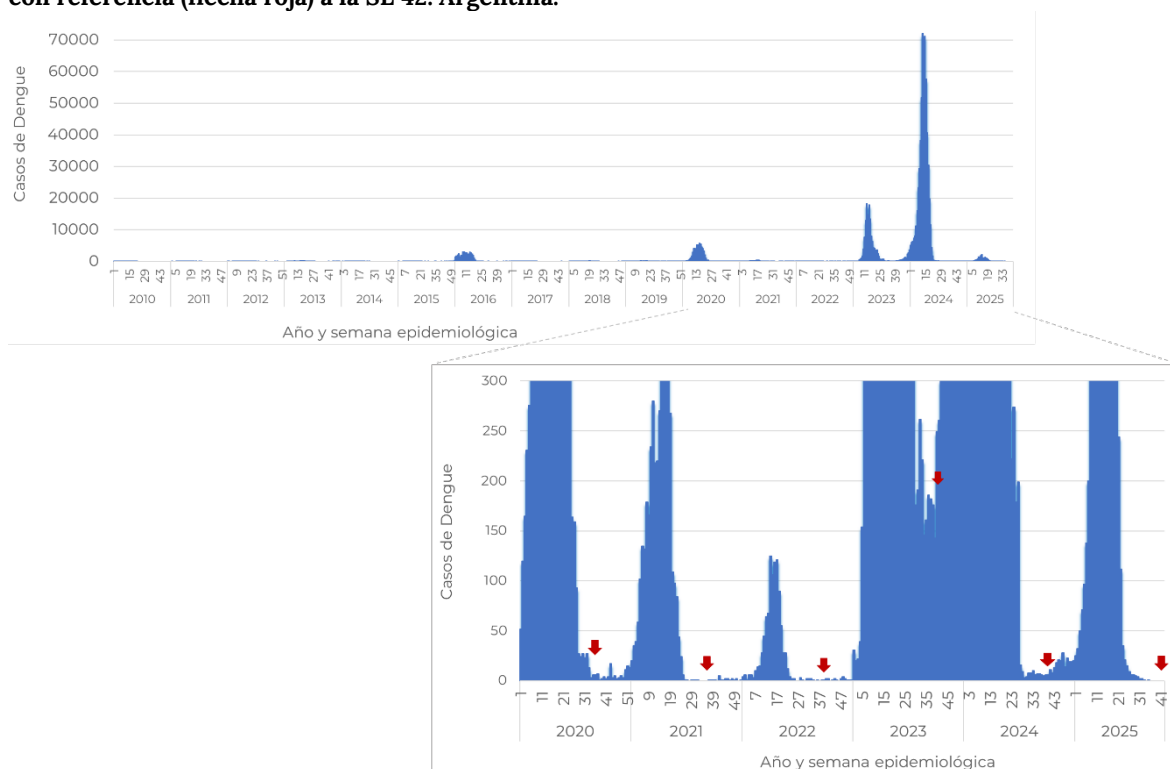
La definición operativa de temporada permite estructurar la vigilancia en un marco temporal en consonancia con la dinámica de transmisión, facilitando el análisis comparativo entre períodos y la planificación de las acciones de prevención y control. En este sentido, la temporada de dengue en Argentina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

Desde la reemergencia del dengue en Argentina en 1997, los años 2023 y 2024 se han constituido como las temporadas epidémicas de mayor magnitud registradas hasta la fecha, concentrando en conjunto aproximadamente el 82% del total de casos acumulados en la serie histórica.

El análisis temporal de los casos notificados para el período comprendido entre los años 2022 y 2025, evidencia que, para la SE42/2025, se observa un descenso sostenido en el número de casos en comparación con los máximos alcanzados durante las epidemias de 2023 y 2024.

Esta tendencia sugiere una interrupción de la transmisión viral autóctona sostenida en el territorio nacional; no obstante, persiste la necesidad de mantener una vigilancia intensificada ante la posibilidad de circulación en áreas con condiciones sociodemográficas, ambientales y epidemiológicas favorables para la transmisión como ingreso de nuevos serotipos a partir de casos importados.

Gráfico 5. Dengue: Casos de dengue¹¹ según semana epidemiológica. Años 2010-2025 y detalle 2020-2025 con referencia (flecha roja) a la SE 42. 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)

De acuerdo con la fecha mínima¹², desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 2401 casos sospechosos de dengue, de los cuales 6 fueron confirmados por laboratorio: dos casos autóctonos en Formosa, un caso con residencia en el departamento Pilagás (SE31) y un caso en el departamento Patiño (SE32), un caso de la Provincia de Buenos Aires (Tres de Febrero) que, de acuerdo a la investigación epidemiológica actual, no se pudo constatar antecedente de viaje, dos casos con antecedente de viaje a Brasil y Sri Lanka notificados en CABA y un caso con antecedente de viaje a Paraguay notificado por Provincia de Buenos Aires (Escobar) (Tabla 1).

Con respecto al caso sin antecedente de viaje en la Provincia de Buenos Aires, cabe destacar que se realizaron las acciones de control en el domicilio y peridomicilio del caso y no se obtuvieron ni febriles ni otros casos confirmados. Desde la jurisdicción, se informó que no fue posible completar los estudios de laboratorio.

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE42/2025 se notificaron 363 casos sospechosos de dengue. Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

¹¹Incluye casos de dengue autóctonos e importados. La ubicación en las semanas epidemiológicas se realizó por la fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible o "fecha mínima" (orden de jerarquía: 1) fecha de inicio de síntomas, 2) fecha de consulta, 3) fecha de toma de muestra, y 4) fecha de notificación).

¹²Fecha mínima: fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible (orden de jerarquía: 1. fecha de inicio de síntomas, 2. fecha de consulta, 3. fecha de toma de muestra, y 4. fecha de notificación).

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE42/2025. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.			
Buenos Aires	1	4	1	2	113	31	152
CABA	0	1	2	0	41	17	61
Córdoba	0	7	0	0	213	11	231
Entre Ríos	0	0	0	0	17	1	18
Santa Fe	0	0	0	0	120	23	143
Total Centro	1	12	3	2	504	83	605
Mendoza	0	0	0	0	8	0	8
San Juan	0	0	0	0	6	0	6
San Luis	0	0	0	0	7	4	11
Total Cuyo	0	0	0	0	21	4	25
Chaco	0	1	0	0	150	0	151
Corrientes	0	1	0	0	6	4	11
Formosa	2	3	0	0	1120	0	1125
Misiones	0	0	0	0	62	2	64
Total NEA	2	5	0	0	1338	6	1351
Catamarca	0	0	0	0	25	0	25
Jujuy	0	0	0	0	45	2	47
La Rioja	0	0	0	0	16	1	17
Salta	0	0	0	0	79	12	91
Santiago del Estero	0	0	0	0	30	1	31
Tucumán	0	5	0	1	167	9	182
Total NOA	0	5	0	1	362	25	393
Chubut	0	0	0	0	4	0	4
La Pampa	0	0	0	0	11	1	12
Neuquén	0	0	0	0	3	0	3
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	6	0	6
Tierra del Fuego	0	0	0	0	2	0	2
Total Sur	0	0	0	0	26	1	27
Total País	3	22	3	3	2251	119	2401

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

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. 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 2025-2026 (SE31/2025 a SE42/2025).

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 66 casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

Tabla 2. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para Otros arbovirus. SE31/2025 a SE42/2025. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo Occidental		Fiebre amarilla	
	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	4	0	6	0	5	0	4	0	4	0	2
CABA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Córdoba	0	33	0	9	0	12	0	74	0	0	0	0
Entre Ríos	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
Santa Fe	0	12	0	12	0	10	0	10	0	8	0	1
Total Centro	0	50	0	27	0	29	0	89	0	12	0	3
Mendoza	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
San Juan	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
San Luis	0	1	0	1	0	2	0	4	0	4	0	0
Total Cuyo	0	3	0	2	0	2	0	6	0	4	0	0
Chaco	0	23	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	9	0	6	0	3	0	0	0	3	0	3
Total NEA	0	32	0	19	0	3	0	0	0	3	0	3
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	1	0	1	0	1	0	1	0	13	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salta	0	16	0	19	0	28	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Tucumán	0	5	0	5	0	3	0	0	0	0	0	3
Total NOA	0	22	0	25	0	32	0	2	0	13	0	3
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0
Total País	0	107	0	73	0	66	0	99	0	33	0	9

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).

En la tabla publicada únicamente se presentan las muestras estudiadas y positivas de casos sin antecedente de viaje. Sin embargo, es importante destacar que en la SE37 se recibió la confirmación de un caso de Fiebre del Nilo Occidental el cual corresponde a una persona con residencia en Kansas, EE.UU., que inicia con síntomas compatibles en su paso por Argentina y fue atendido en la provincia Buenos Aires. Fue confirmado por el Laboratorio Nacional de Referencia, Instituto Nacional de Infecciones Virales Humanas- INEVH MAIZTEGUI. Como antecedentes epidemiológicos se conoció que había estado cazando en su país en zonas con presencia de mosquitos.

VI.5. Vigilancia entomológica

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

VI.5.A. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR SENSORES DE OVIPOSICIÓN

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

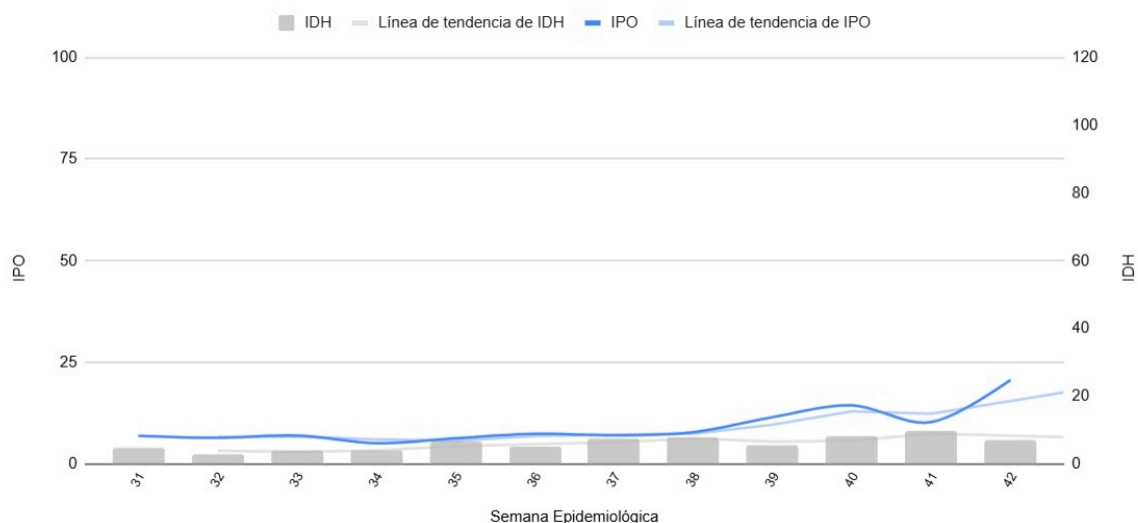
- Índice de Positividad de Ovitrapas (IPO): Expresa la relación entre sensores positivos y examinados, estimando el riesgo entomológico. Este índice permite categorizar el riesgo como bajo ($\text{IPO} < 40\%$), moderado (IPO entre 40% y 70%) o alto ($\text{IPO} > 70\%$).
- Índice de Densidad de Huevos (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.

VI.5.B. EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32–SE42 (2025)

Durante el período de menores temperaturas, las jurisdicciones de las regiones Cuyo y Sur discontinúan la vigilancia entomológica por lo que, actualmente, se presentan los resultados de la vigilancia entomológica con sensores de oviposición para las regiones NEA, NOA y Centro de forma quincenal. Por el momento, no se publicarán gráficos a nivel nacional dado que, por lo anteriormente expuesto, el registro no resulta representativo de lo que ocurre con la dinámica de *Aedes aegypti* en nuestro país.

Durante las SE 31 a la actualidad se registraron sensores positivos en la región **NEA**, con valores de IPO menores al 7% hasta la SE41, asociados a un riesgo entomológico bajo. Durante la SE 42 se observó un ascenso del IPO hasta superar el umbral del 20%. Por el contrario, el IDH mantuvo valores similares durante todas las SE. Este patrón refleja un incremento gradual de la actividad reproductiva del vector en coincidencia con el incremento de las temperaturas para la región. Es importante destacar que, aunque baja, el vector mantuvo actividad reproductiva durante todo el período invernal, evidenciando un potencial endémico en algunas jurisdicciones de la región.

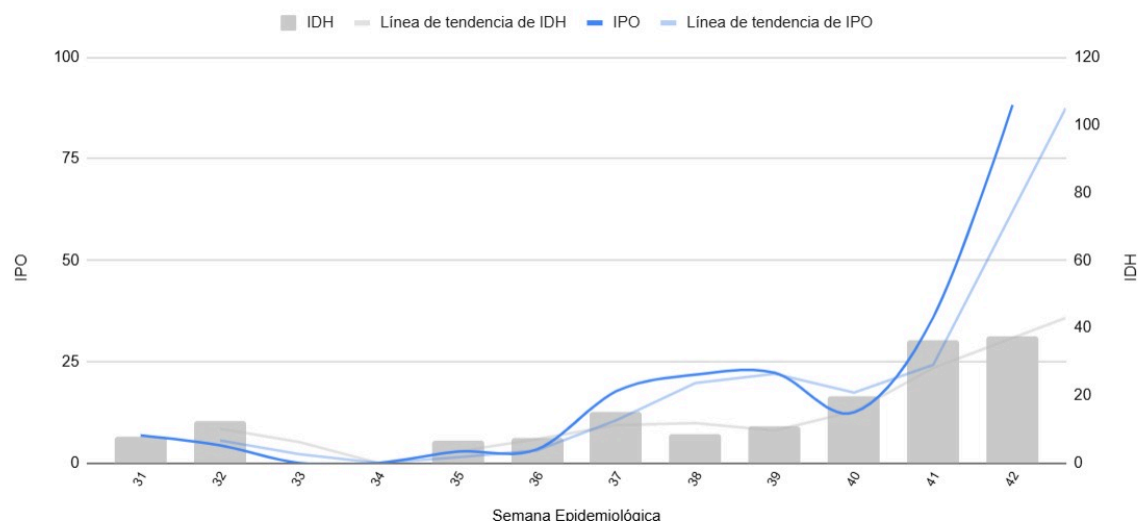
Gráfico 1. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2025)- SE 42 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región **NOA**, el inicio de la positividad se observó en la SE31 con valores de IPO por debajo del 6%, asociados a una situación de riesgo entomológico bajo (Gráfico 2). Durante las semanas siguientes, se registró una caída marcada de los índices, sin registro de actividad reproductiva entre las SE33 y SE34. A partir de la SE35 se observaron nuevamente sensores positivos, con una tendencia ascendente que llevó al IPO a superar el umbral del 25% (Gráfico 2). Durante las SE41 y 42, el IPO aumentó aceleradamente (35,94% y 88,24%, respectivamente), colocando a la región en un contexto de riesgo entomológico alto. El IDH acompañó estas variaciones, superando durante las últimas dos semanas el umbral del 35%. Al comparar las tendencias registradas en las regiones NEA y NOA, se observó una mayor actividad reproductiva del vector en NOA, incluso pese a haberse observado una interrupción breve de la actividad entre las SE33 y SE34.

Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2025)- SE 42 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.

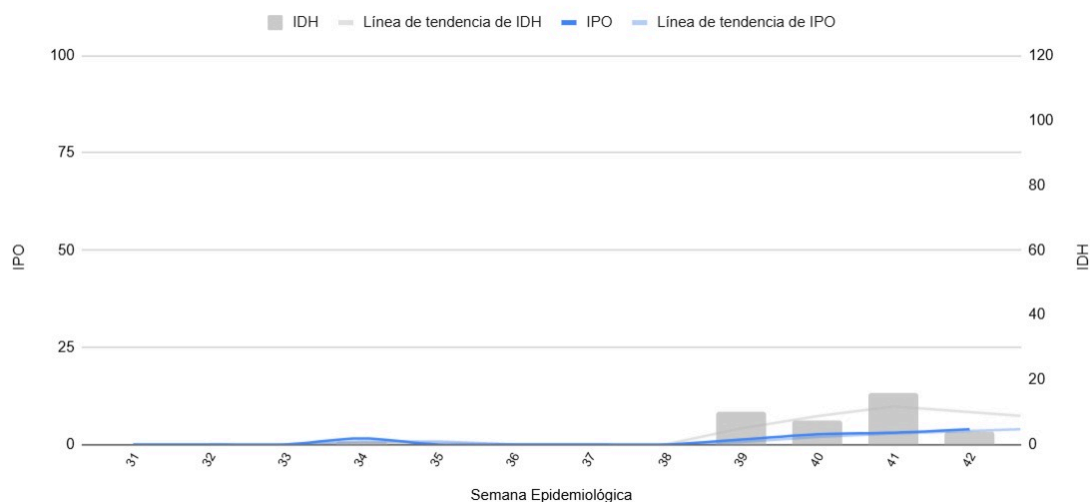


Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

En la región **Centro**, los sensores de oviposición fueron negativos entre las SE 31 y 38, a excepción de un único sensor positivo registrado durante la SE 34 (Gráfico 3). A partir de la SE39

se empezó a detectar positividad en los sensores evidenciando el reinicio paulatino de la actividad reproductiva en la región, coincidente con el aumento de temperaturas (Gráfico 3). Al momento, la actividad del vector continúa siendo baja, con valores del IPO menores al 5%. Si bien se trató de un hecho aislado, el hallazgo de un sensor positivo durante el período invernal representa una señal a considerar en comparación con los registros históricos para la región, en la que no se observaba actividad reproductiva del vector en esta época del año.

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2025)- SE 42 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Como se detalló previamente, la vigilancia entomológica de *Ae. aegypti* se ve interrumpida durante los meses de menores temperaturas en diferentes jurisdicciones, algunas de las cuales presentan temperaturas invernales incompatibles con la supervivencia, el desarrollo y/o la reproducción del mosquito. Sin embargo, desde la DZyCETV se sostiene la vigilancia entomológica en localidades centinelas elegidas para monitorear la dinámica poblacional del mosquito durante todo el año. Durante las últimas dos semanas, se reactivó la vigilancia entomológica en algunas jurisdicciones de la región Sur, observándose por el momento sensores negativos. Durante las próximas semanas se iniciará la vigilancia entomológica en otras jurisdicciones de dicha región y de la región Cuyo.

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.

VI.5.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)

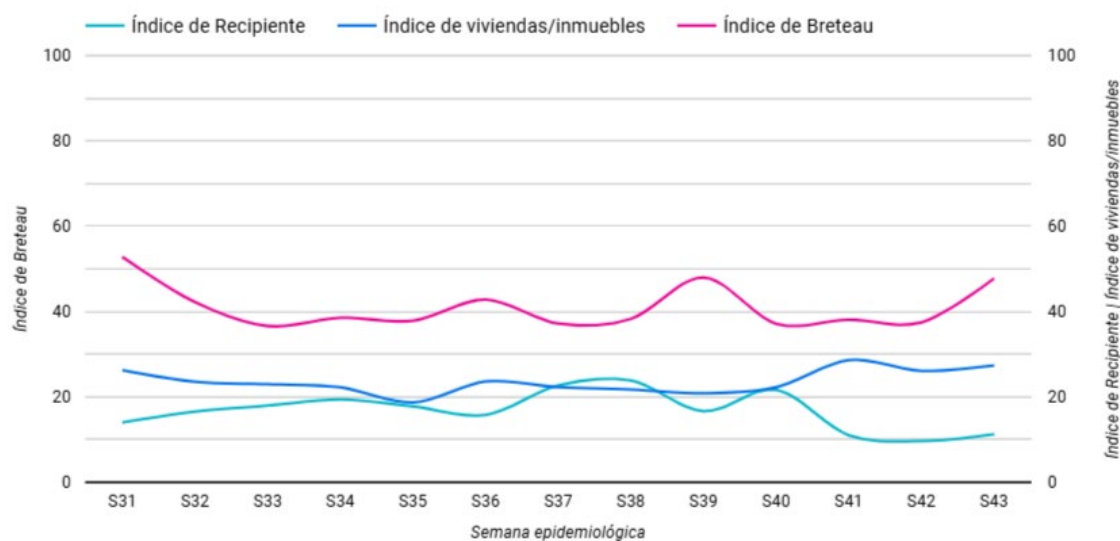
Cuando se realiza la desagregación por región se observa que, para la región **NEA**, se registraron índices entomológicos altos en las viviendas visitadas durante la SE31 de 2025, coincidente en el caso del IB con una situación de riesgo entomológico alto (IB > 50%) y moderado de acuerdo a IV e IR (Gráfico 4A). Estos valores descendieron en las siguientes semanas, con ciertas oscilaciones, alcanzando todos los índices valores asociados a un riesgo entomológico moderado. En la última SE, los tres índices evidenciaron una tendencia ascendente aunque su magnitud no modificó aún el nivel de riesgo entomológico. Durante el período invernal, los equipos operativos dependientes de la DZyCETV profundizan las acciones sobre sitios críticos y predios estratégicos con el objetivo de reducir las poblaciones vectoriales previamente al aumento generalizado de las temperaturas. En el caso de los sitios críticos relevados en la región NEA, los índices entomológicos resultaron muy superiores a los calculados en las viviendas, principalmente el IB (Gráfico 4B), mientras que en el caso de los predios estratégicos visitados los índices calculados fueron similares a los domiciliarios (Gráfico 4C).

Para la región **NOA**, se registran índices entomológicos altos en las viviendas visitadas durante la SE31 de 2025, coincidente en el caso del IB con una situación de riesgo entomológico moderado de acuerdo a los valores alcanzados por los tres índices entomológicos (Gráfico 5A). Estos valores descendieron en las siguientes semanas, con ciertas oscilaciones, manteniendo

todos los índices valores asociados a un riesgo entomológico moderado. En la SE42, el IB mostró un nuevo aumento (IB= 23,72) aunque los IR e IV evidenciaron un aumento más moderado (Gráfico 5A). Las acciones realizadas en sitios críticos muestran variaciones en el IB de hasta dos órdenes de magnitud mayores que los hallados en viviendas durante el período muestreado (Gráfico 5B). En el caso de los IV e IR, las diferencias son menores aunque varias de las SE representadas (Gráfico 5B), confirmando la necesidad de profundizar las acciones territoriales en este tipo de sitios. En el caso de los predios estratégicos visitados, se observaron índices entomológicos similares a los hallados en viviendas excepto durante la SE39 confirmando, también, la relevancia de las acciones de prevención en los mismos (Gráfico 5C).

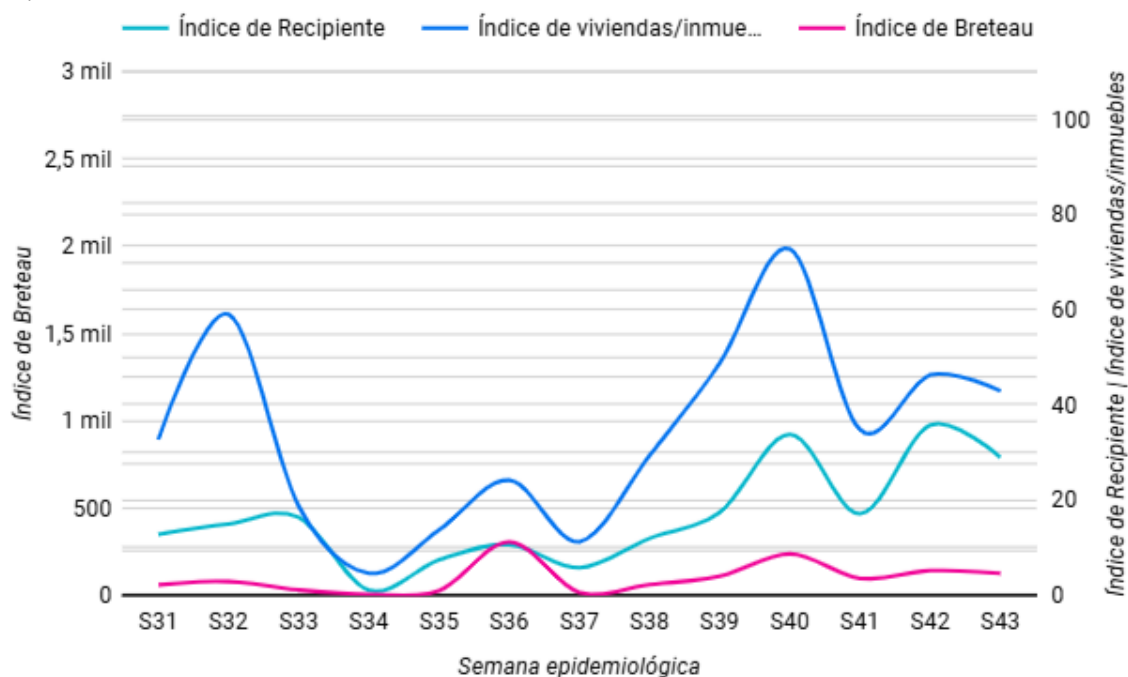
Gráfico 4 A. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas (A), Sitios Críticos (B) y Predios Estratégicos (C) en la región NEA SE 31 (2025)- SE 42 (2025).

A.



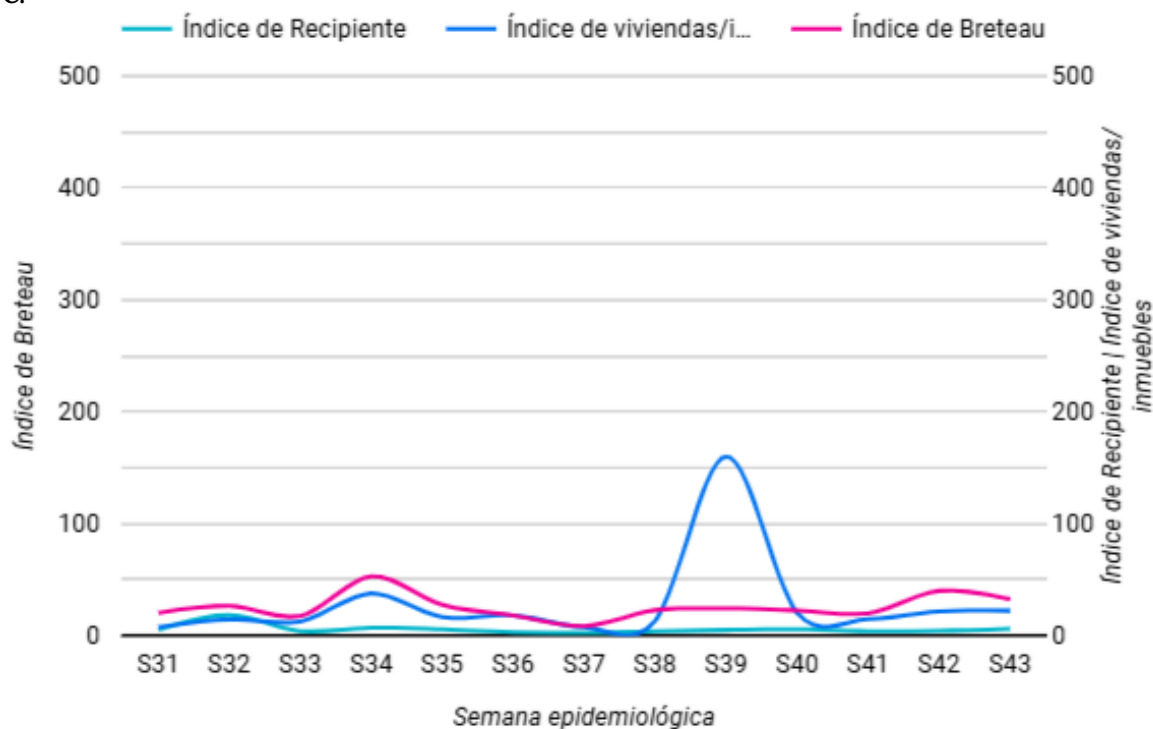
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

B.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

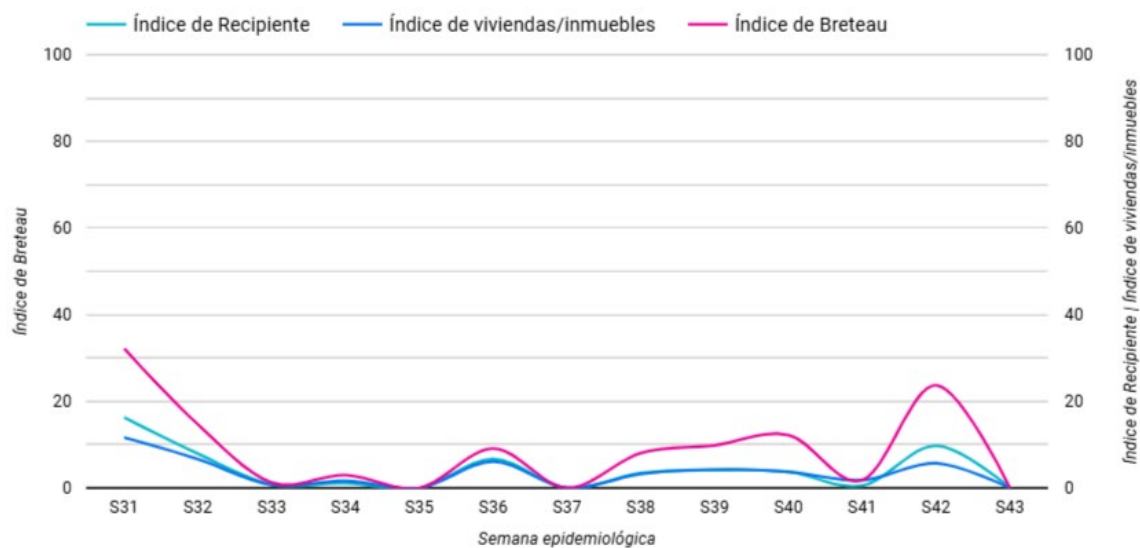
C.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

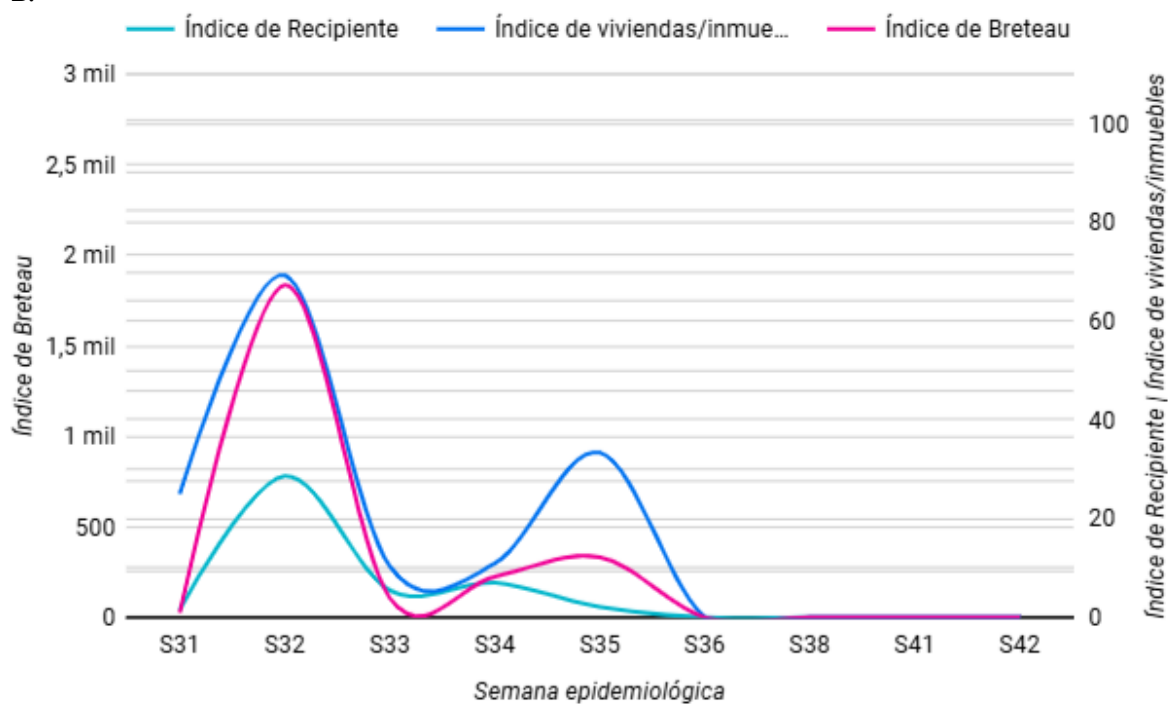
Gráfico 5. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas (A), Sitios Críticos (B) y Predios Estratégicos (C) en la región NOA SE 31 (2025)- SE 43 (2025).

A.



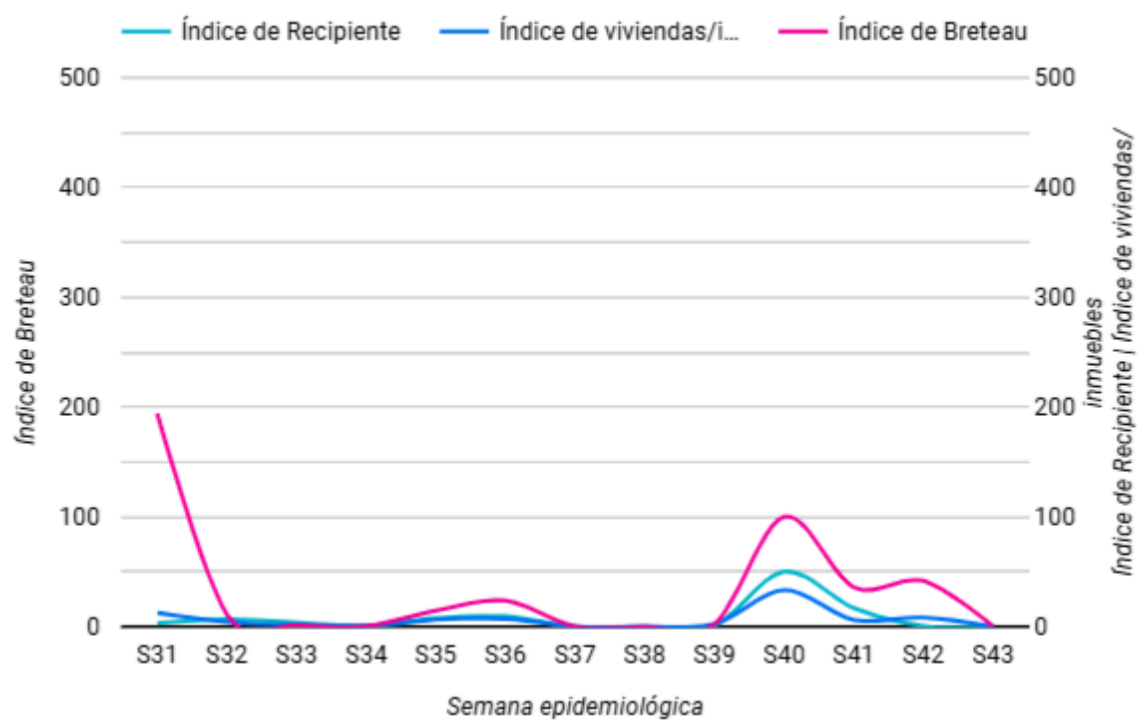
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

B.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

C.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

VII. Hidatidosis (Equinococosis quística) - Informe epidemiológico

VII.1. Introducción

La hidatidosis o Equinococosis quística (EQ) es una zoonosis parasitaria de evolución crónica causada por el complejo *Echinococcus granulosus sensu lato*, siendo *E. granulosus sensu stricto* (G1) el genotipo más prevalente en Argentina. Esta enfermedad representa un importante problema de salud pública y económico en regiones con economías ganaderas, y afecta tanto a seres humanos como a animales domésticos, especialmente ovinos, bovinos, cerdos y caninos.

La transmisión ocurre mediante la ingestión de huevos del parásito eliminados en las heces de perros infestados, a través del contacto directo con estos animales, con su pelaje contaminado, suelos contaminados o por el consumo de agua y alimentos contaminados sin lavar. El perro actúa como hospedador definitivo, mientras que las personas y diversos herbívoros actúan como hospedadores intermediarios. El ciclo se perpetúa en contextos de faena sin control sanitario, eliminación inadecuada de vísceras con posterior consumo por parte del perro y escaso acceso a medidas preventivas como la desparasitación canina periódica.

En las personas, puede presentarse en forma asintomática o manifestarse como una enfermedad quística que compromete principalmente el hígado (67–89%) y los pulmones (10–15%), pudiendo generar complicaciones severas y requerir tratamiento quirúrgico o terapias farmacológicas prolongadas. En localización hepática el crecimiento suele ser lento por la resistencia del parénquima; cuando hay síntomas, predominan dolor en hipocondrio derecho, sensación de masa/hepatomegalia y dispepsia. La comprensión o comunicación con la vía biliar se asocia a colestasis, ictericia y colangitis; la fistulización quisto-biliar es una complicación típica. La apertura a cavidad peritoneal puede manifestarse como abdomen agudo y/o anafilaxia.

En pulmón, la elasticidad del tejido ofrece menor resistencia, lo que favorece un crecimiento más rápido y síntomas precoces (tos, dolor torácico, disnea, fiebre). La rotura a vía aérea puede ocasionar hemoptisis y “vómica” con expectoración de líquido salado y membranas, con riesgo de neumotórax, empiema o fistula bronquial. Otros sitios ($\leq 10\%$ en conjunto) incluyen bazo, peritoneo, riñón, músculo (dolor o masa), hueso (dolor crónico y fracturas) y sistema nervioso central (cefalea, convulsiones, hipertensión endocraneana). Durante el embarazo y en personas inmunocomprometidas puede acelerarse el crecimiento quístico y aumentar el riesgo de rotura, por lo que se recomienda abordaje multidisciplinario.¹³

En el marco de la vigilancia epidemiológica, el análisis de los casos en **menores de 15 años** adquiere especial relevancia, ya que constituye un indicador sensible de **transmisión activa reciente**. La detección de hidatidosis en este grupo etario sugiere exposición a ciclos parasitarios aún vigentes en el entorno domiciliario o periurbano, en contraste con los casos en adultos, que reflejan infecciones adquiridas tiempo atrás y más crónica. Por ello, la vigilancia en población infantil permite estimar la intensidad y actualidad del riesgo, orientar las acciones de control sobre los reservorios y reforzar la educación sanitaria en las comunidades afectadas.

¹³ Equinococosis. CDC. Disponible en: <https://www.cdc.gov/dpdx/echinococcosis/index.html> Enfermedades Parasitarias. Dickson D. Despomnier, Robert W. Gwadz, Daniel O. Griffin, Peter J. Hotez, Charles A. Knirsch: - 6a edición, 2017.

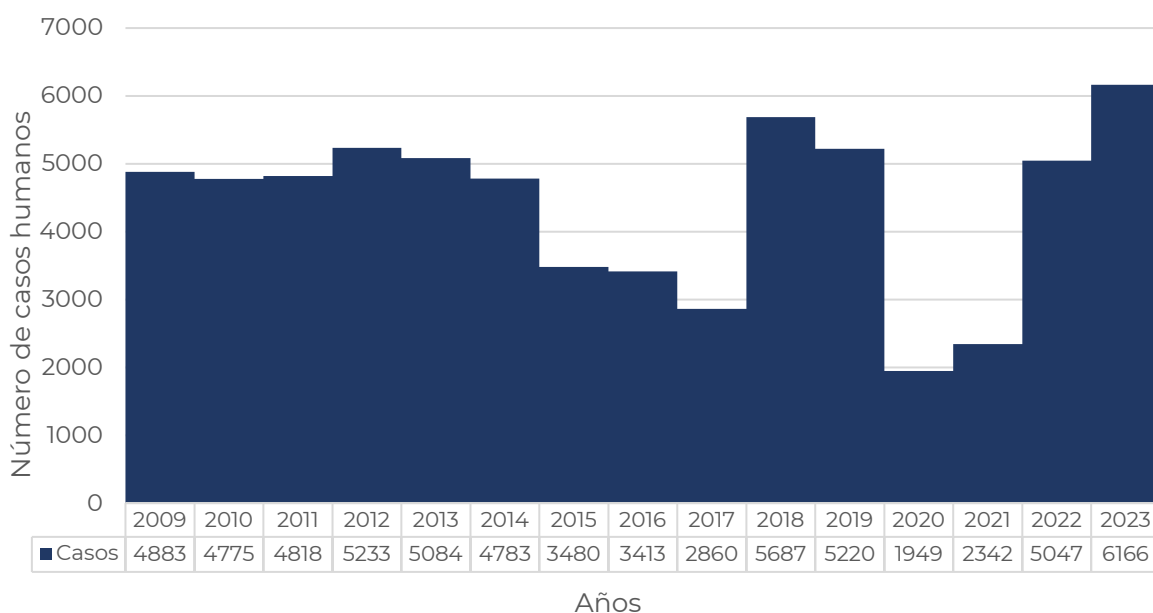
Los datos presentados pueden estar sujetos a revisión en función del grado de confirmación clínica, imagenológica o molecular del agente involucrado. No obstante, su análisis resulta fundamental para dimensionar el comportamiento del evento, guiar intervenciones de prevención y control, y consolidar las capacidades institucionales de vigilancia en áreas rurales y ganaderas con riesgo persistente de transmisión.

VII.2. Situación regional de la Hidatidosis (Equinocosis Quística)¹⁴

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera a la EQ como una prioridad. A través del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa y Salud Pública Veterinaria (PANAFTOSA/SPV), la OPS apoya a los países de la Región en el desarrollo de estrategias para el control de esta enfermedad, así como también apoya la Iniciativa Sudamericana para el Control y Vigilancia de la Equinocosis Quística, formada por un grupo de expertos multidisciplinarios y profesionales de la salud de Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Paraguay, Perú y Uruguay.

En el período 2009 a 2023, se confirmaron 65740 casos humanos de EQ en los países que forman parte de la Iniciativa e informan sus datos (gráfico 1)

Gráfico 1. Evolución del número de casos humanos de equinocosis quística confirmados. Región de América del Sur. Años 2009– 2023.



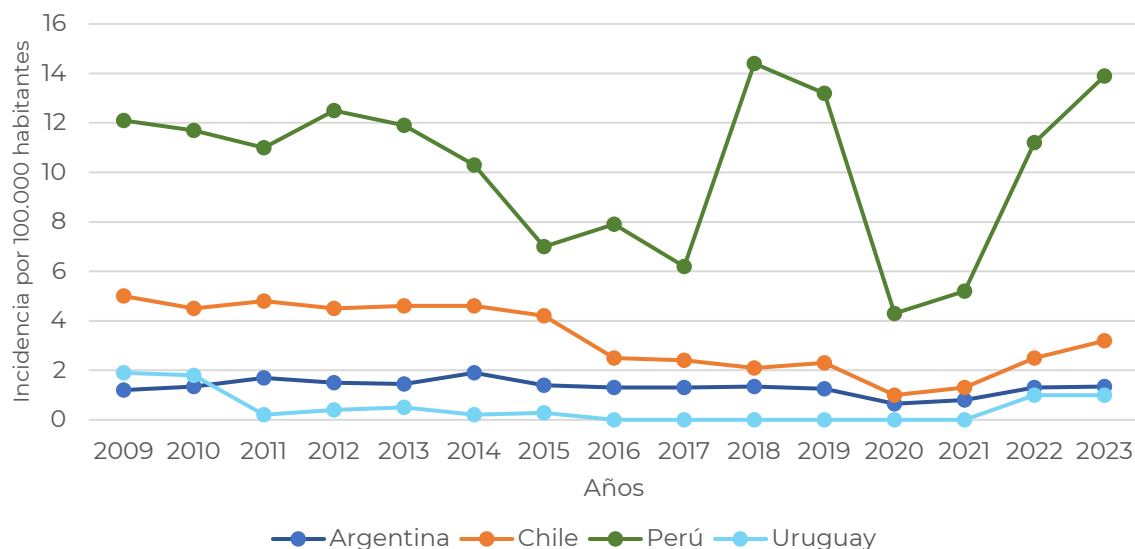
Fuente: Basado en Organización Panamericana de la Salud (OPS). Equinocosis: informe epidemiológico en la región de América del Sur, 2022–2023 (Informe N.º 6), abril de 2025.

Elaborado por la Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

El bajo número de casos confirmados en el 2020 y el 2021 se debió a las restricciones generadas por la emergencia sanitaria de la pandemia de COVID-19 en la Región. Las incidencias anuales por cada 100 000 habitantes para Argentina, Chile, Perú y Uruguay se presentan en el gráfico 2.

¹⁴ Equinocosis: informe epidemiológico en la región de América del Sur - 2022-2023, n.6, abril 2025
<https://www.paho.org/es/documentos/equinocosis-informe-epidemiologico-region-america-sur-2022-2023-n6-abril-2025>

Gráfico 2. Incidencia anual de equinocosis quística en seres humanos (por 100 000) en cuatro países de América del Sur entre el 2009 y el 2023. Región de América del Sur, años 2009-2023.



Fuente: Basado en Organización Panamericana de la Salud (OPS). Equinocosis: informe epidemiológico en la región de América del Sur, 2022-2023 (Informe N.º 6), abril de 2025.

Elaborado por la Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

Del total de casos reportados, 1465 casos ocurrieron en niños menores de 15 años (13,07%). Históricamente, en la Región, el promedio anual del porcentaje de casos en niños menores de 15 años se ha mantenido entre el 8,55% y el 18,10%.

Entre enero del 2022 y diciembre del 2023, Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Perú y Uruguay confirmaron un total de 11213 casos humanos en la región: 5047 casos en el 2022 y 6166 en el 2023. Bolivia no notificó casos en este período y más del 70% de los casos fueron informados por las autoridades de Perú. Del total de casos notificados, 6225 (58,19%) se produjeron en mujeres y 4688 (41,81%), en hombres.

tratamiento, a fin de permitir el análisis oportuno de la situación, la planificación de recursos y la implementación de estrategias preventivas y asistenciales.

Para el análisis de las **notificaciones nominales**, se utilizó el evento “Hidatidosis (*Echinococcus granulosus*)” del SNVS 2.0, del que se excluyeron los casos clasificados de forma manual como “Invalidados por Epidemiología”. Se consideraron casos de hidatidosis a aquellos que cumplen con las siguientes características, compatibles con la definición de caso del Manual de Normas vigente: 1) resultado positivo en pruebas parasitológicas directas (PCR o visualización microscópica de elementos parasitarios); 2) prueba de inmunodiagnóstico positiva (ELISA, HAI o Western Blot), en combinación con hallazgos clínicos compatibles como la presencia de masa; 3) clasificación manual de caso probable o confirmado, con diagnóstico previo validado por el equipo epidemiológico; 4) tratamiento específico con albendazol en un contexto clínico compatible. Para determinar el año de diagnóstico, se estableció una fecha final utilizando la “Fecha de inicio de síntomas”. En los casos en que esta información no estaba disponible, se tomó la “Fecha de consulta”, “Fecha de toma de muestra” y, en su defecto, la “Fecha de apertura”. En cuanto a la procedencia de los casos, se prioriza la variable “Provincia de residencia”; cuando ésta no estaba consignada, se utilizó como alternativa la variable “Provincia de carga”.

Para el cálculo de las tasas de incidencia se utilizaron las proyecciones de población por sexo y grupo de edad elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), correspondientes al período intercensal basado en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Estas proyecciones permiten una comparación homogénea de las notificaciones entre años y regiones.

Para la elaboración de los mapas de distribución departamental se utilizó la base de población del Censo Nacional 2022, también provista por INDEC. Esta fuente fue seleccionada por su mayor precisión a nivel geográfico subprovincial, lo que permite representar adecuadamente la densidad y concentración de los eventos notificados en cada jurisdicción.

VII.3.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA 2019-2024

Antecedentes

La EQ ha sido objeto de vigilancia epidemiológica continua en la Argentina, dado su impacto sostenido en la salud pública, particularmente en regiones rurales con alta exposición a factores de riesgo. El gráfico 3 muestra la evolución anual de los casos notificados y las tasas entre 2009 y 2024, reflejando la carga histórica del evento y su comportamiento en los últimos años.

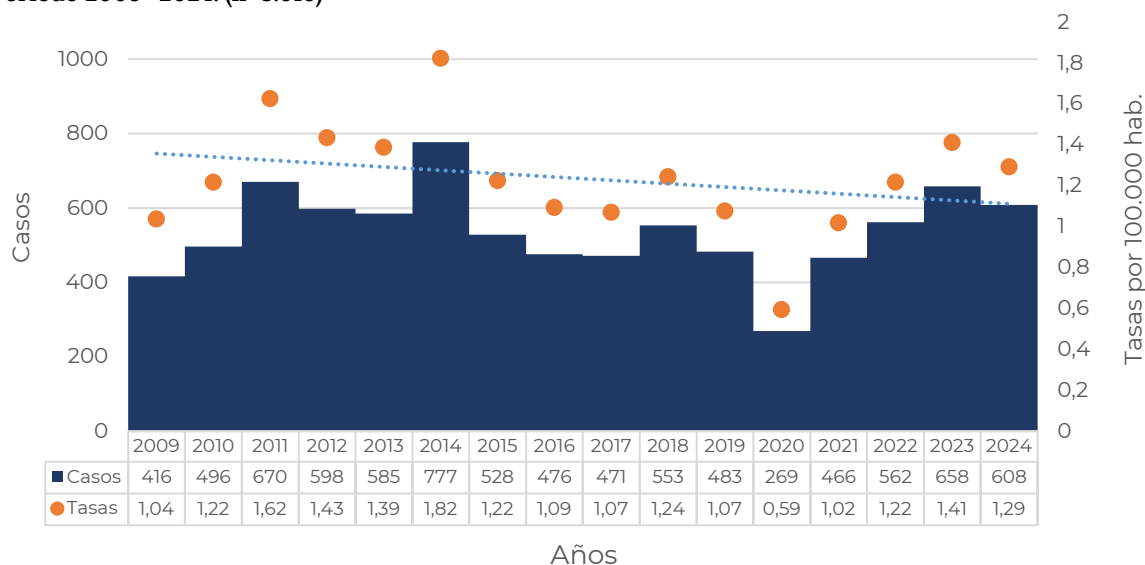
Entre 2009 y 2015, las notificaciones de EQ se mantuvieron en niveles estables, con un pico de 777 casos en 2014 y tasas anuales que oscilaron entre 1,2 y 1,8 por 100.000 habitantes. El pico de casos del 2014 estaría relacionado a una mayor búsqueda activa a raíz de los cursos FASE (Evaluación enfocada a la equinocosis con ecografía, por sus siglas en inglés), brindados por el Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con las jurisdicciones, dirigidos a médicos generalistas que trabajaban en centros de salud de áreas endémicas.

A partir de 2016, se observa una disminución progresiva en la cantidad de casos notificados, con un mínimo en 2020, cuando se notificaron 269, en el contexto de la pandemia por COVID-19. En los años 2020 y 2021, esta caída podría vincularse al impacto de la emergencia sanitaria sobre la accesibilidad a la atención y el diagnóstico, junto al funcionamiento en general de los servicios de salud y la disminución de catastros o estrategias de búsqueda activa.

A partir de 2022, los casos notificados presentaron un nuevo ascenso, alcanzando 658 casos en 2023 (la cifra más alta desde 2015), con una tasa de 1,4 por 100.000 habitantes. En 2024 se observó una leve reducción en el número de casos (608) y en la tasa (1,3), aunque ambos valores

se mantienen por encima del promedio de la serie, pudiendo deberse al retraso diagnóstico originado en la emergencia sanitaria.

Gráfico 3. Número de casos confirmados y tasas por 100.000 hab. de EQ por año. Argentina. SE 1 a SE 52. Periodo 2009 -2024. (n=8.616)



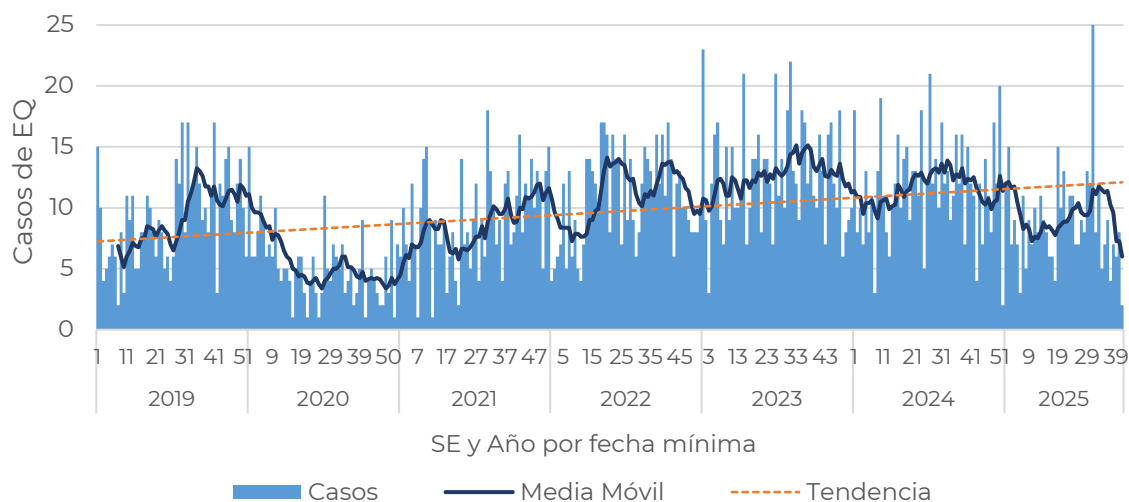
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Cabe señalar que el aumento de notificaciones no debe interpretarse de manera lineal como un incremento de la incidencia, sino que también puede reflejar una mayor sensibilidad del sistema de vigilancia, mejoras en la detección activa, o acciones focalizadas en territorios endémicos. En este sentido, uno de los indicadores más sensibles para aproximar la transmisión reciente es la proporción de casos en menores de 15 años, cuya evolución permitirá evaluar si los casos notificados corresponden a infecciones antiguas o reflejan procesos activos de contagio en la actualidad.

Evolución temporal de las notificaciones

En la evolución semanal de los casos de EQ en Argentina entre las semanas epidemiológicas 1 a 52 entre los años 2019 y 2024 y las semanas 1 a 41 de 2025 se observa un incremento de los casos sin mostrar una estacionalidad marcada con picos variables entre las SE 10 y 30, aunque sin un patrón claramente repetido en todos los años (Gráfico 4).

Gráfico 4. Número de casos confirmados y media móvil de EQ por semana epidemiológica. Argentina, Periodo 2019–2024 (SE 1–52) y 2025 (SE 1–41). (n=3.411)

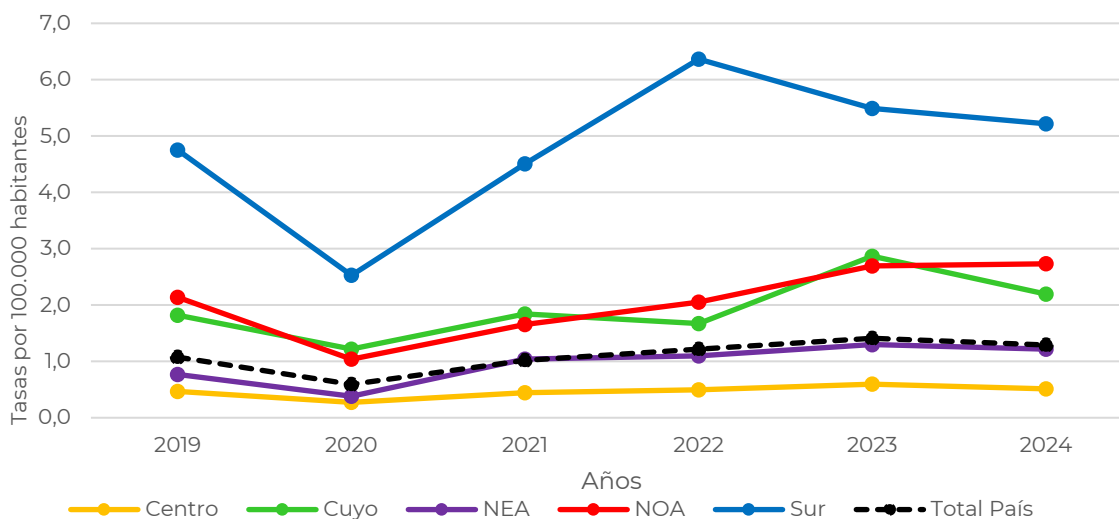


Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Distribución geográfica y tasas de notificación

La **evolución de las tasas regionales** de EQ entre 2019 y 2024 muestra patrones bien diferenciados en el territorio nacional. Estas tendencias permiten identificar territorios prioritarios y orientan la necesidad de sostener estrategias de control diferenciadas, adaptadas a las dinámicas epidemiológicas regionales.

Gráfico 5. Casos confirmados de EQ según región y total del país por año. Argentina. Periodo 2019–2024 (SE 1–52). (n=3.046)



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 región Sur mantuvo la tasa más elevada durante todo el período, con un ascenso marcado hasta 2022 (6,4 por 100.000 habitantes) y una disminución posterior, aunque manteniéndose por encima de 5,0 en 2023 y 2024. Por otro lado, las regiones del NOA y Cuyo evidenciaron un aumento progresivo a partir de 2020, alcanzando en 2023 tasas de 2,7 y 2,9 respectivamente, que, si bien están por debajo del Sur, representan niveles elevados con relación al promedio nacional. En el caso del NEA, la evolución fue más moderada, con un crecimiento sostenido hasta 2023 (1,3 por 100.000 habitantes) y un leve descenso en 2024 (1,2). Mientras que, la región

Centro, mantuvo tasas significativamente más bajas a lo largo de todo el período, sin superar el 0,6 por 100.000 habitantes, lo que indica una menor intensidad de transmisión en comparación con otras regiones.

Durante el **período 2019–2024**, se notificaron en Argentina un total de **3.046 casos** de EQ. La serie muestra una tendencia general al incremento de casos, con un mínimo de 269 casos en 2020, en el contexto de la pandemia de COVID-19, y un máximo de 658 casos en 2023, año en el que también se registró la tasa más elevada del período, con 1,4 casos por cada 100.000 habitantes.

Tabla 1. Casos confirmados y tasas por 100.000 hab. de EQ según jurisdicción y año de ocurrencia. Argentina. SE 1-52. Período 2019–2024. (n= 3.046)

Jurisdicción	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Buenos Aires	64	0,4	46	0,3	88	0,5	95	0,5	104	0,6	94	0,5
CABA	2	0,1	3	0,1	7	0,2	8	0,3	13	0,4	7	0,2
Córdoba	47	1,3	18	0,5	11	0,3	24	0,6	32	0,8	30	0,8
Entre Ríos	17	1,2	12	0,9	21	1,5	13	0,9	22	1,5	15	1,0
Santa Fe	5	0,1	1	0,0	5	0,1	8	0,2	8	0,2	10	0,3
Total Centro	135	0,5	80	0,3	132	0,4	148	0,5	179	0,6	156	0,5
Mendoza	38	7,6	20	3,9	36	7,0	31	6,0	67	12,7	42	7,9
San Juan	11	1,4	10	1,3	12	1,5	8	1,0	15	1,9	18	2,2
San Luis	10	0,5	10	0,5	13	0,6	17	0,8	15	0,7	15	0,7
Total Cuyo	59	1,8	40	1,2	61	1,8	56	1,7	97	2,9	75	2,2
Chaco	6	0,5	8	0,7	9	0,7	16	1,3	31	2,5	23	1,8
Corrientes	10	0,9	3	0,3	14	1,2	18	1,6	9	0,8	7	0,6
Formosa	15	2,5	5	0,8	19	3,1	13	2,1	15	2,4	22	3,5
Misiones	1	0,1	0	0,0	2	0,2	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Total NEA	32	0,8	16	0,4	44	1,0	47	1,1	56	1,3	53	1,2
Catamarca	11	2,7	12	2,9	18	4,3	22	5,2	16	3,8	26	6,1
Jujuy	21	2,8	6	0,8	22	2,8	12	1,5	14	1,8	7	0,9
La Rioja	5	1,3	3	0,8	4	1,0	7	1,7	17	4,2	11	2,7
Salta	31	2,2	18	1,3	26	1,8	42	2,9	57	3,9	54	3,6
Santiago del Estero	34	3,5	11	1,1	17	1,7	20	2,0	30	3,0	24	2,4
Tucumán	18	1,1	9	0,5	8	0,5	16	0,9	24	1,4	40	2,3
Total NOA	120	2,1	59	1,0	95	1,7	119	2,0	158	2,7	162	2,7
Chubut	51	8,4	32	5,2	48	7,6	73	11,4	46	7,1	55	8,3
La Pampa	6	1,7	7	2,0	8	2,2	4	1,1	10	2,7	5	1,4
Neuquén	48	7,3	26	3,9	42	6,2	73	10,7	51	7,4	52	7,5
Río Negro	23	3,1	3	0,4	23	3,0	23	3,0	46	5,9	34	4,3
Santa Cruz	8	2,2	6	1,6	10	2,7	17	4,4	14	3,6	12	3,0
Tierra del Fuego	1	0,6	0	0,0	3	1,7	2	1,1	1	0,5	4	2,1
Total Sur	137	4,8	74	2,5	134	4,5	192	6,4	168	5,5	162	5,2
Total País	483	1,1	269	0,6	466	1,0	562	1,2	658	1,4	608	1,3

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 **2024** se notificaron 608 casos, lo que representa una disminución moderada respecto del año previo, aunque la tasa nacional (1,3 por 100.000 habitantes) se mantuvo elevada y por encima del promedio del período analizado. Este leve descenso no se expresó de forma homogénea a nivel territorial. Mientras algunas jurisdicciones presentaron una reducción en el número de casos y tasas de notificación (Jujuy, La Rioja, Santa Cruz y La Pampa), otras mantuvieron valores elevados o registraron aumentos significativos, como Catamarca (6,1 por 100.000 habitantes), Formosa (3,5), Tucumán (2,3) y Neuquén (7,5). Estos datos evidencian que la transmisión de la enfermedad persiste con intensidad variable según el territorio, determinada por factores como las condiciones sanitarias locales, la implementación de estrategias de control y la capacidad de los sistemas de salud para detectar, diagnosticar y notificar los casos en forma oportuna.

La **región Sur** concentró de forma sostenida las tasas más elevadas de EQ del país durante el período 2019–2024, con valores que oscilaron entre 2,5 y 6,4 casos cada 100.000 habitantes, y un total acumulado de 867 casos notificados. En esta región, se destacan Chubut y Neuquén, que registraron tanto casos como tasas anuales persistentemente elevadas. Neuquén registró un total de 292 casos en el período, con tasas superiores a 6,0 por 100.000 habitantes todos los años y un pico de 10,7 en 2022. Por otra parte, Chubut notificó 305 casos totales, con tasas máximas de 11,4 en 2022 y 8,3 en 2024. También se destacan Río Negro, con un aumento sostenido entre 2021 y 2023 (hasta 5,9 por 100.000), y Santa Cruz, que duplicó sus tasas entre 2020 y 2022, alcanzando un máximo de 4,4. La Pampa mostró una evolución más irregular, con picos en 2023 (2,7) y caída posterior (1,4 en 2024). Tierra del Fuego, si bien presenta bajos valores absolutos, notificó tasas elevadas en años puntuales, como en 2021 (1,7) y 2024 (2,1).

En la región de **Cuyo**, las tasas de notificación fueron consistentemente superiores al promedio nacional, especialmente en los últimos tres años del período analizado. La tasa regional pasó de 1,2 por 100.000 habitantes en 2020 a 2,9 en 2023, con una disminución en 2024 (2,2), lo que evidencia una transmisión activa y persistente. Mendoza continúa siendo la provincia con mayor carga relativa de la región, registrando tasas elevadas de manera sostenida: 7,0 en 2021, 6,0 en 2022, 12,7 en 2023 y 7,9 en 2024, lo que la ubica entre las jurisdicciones más afectadas del país. Si bien presenta valores absolutos menores, San Juan, ha mostrado una tendencia al aumento en sus tasas, alcanzando 2,2 por 100.000 en 2024, el valor más alto de la serie para esa provincia. En contraste, San Luis mantuvo tasas bajas y estables en torno a 0,7–0,8, sin variaciones significativas durante todo el período. Estos datos reflejan desigualdades intrarregionales en la realización de acciones de vigilancia y búsqueda activa de casos, lo que subraya la necesidad de fortalecer los programas de control en territorios de alta endemividad, sin descuidar las áreas con tasas en ascenso.

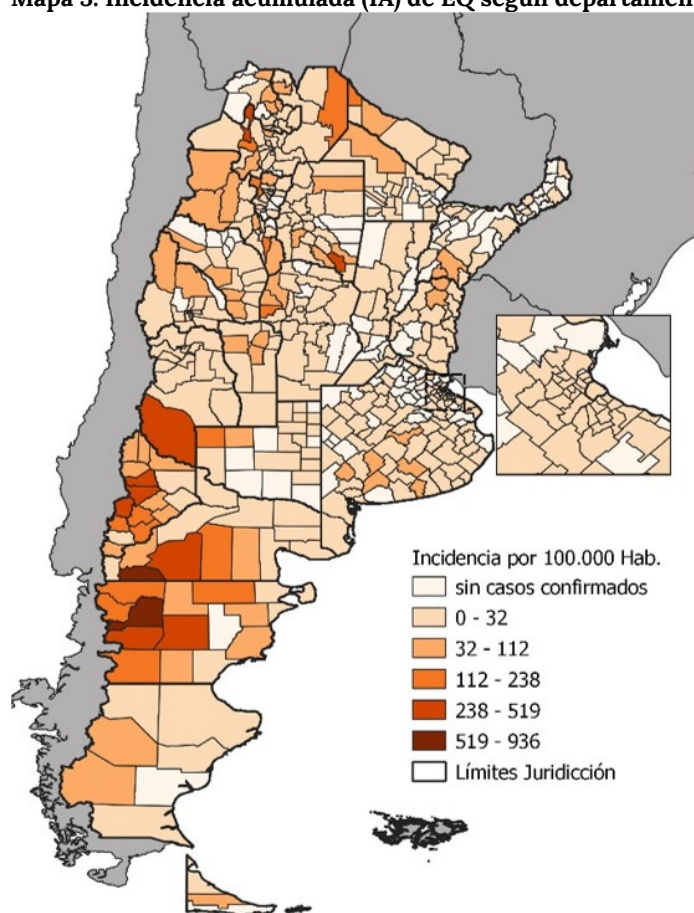
La **región del Noreste Argentino (NEA)** presentó durante el período tasas de notificación inferiores al promedio nacional, aunque con fluctuaciones interanuales y diferencias marcadas entre provincias. Las tasas regionales oscilaron entre 0,4 y 1,3 casos por 100.000 habitantes, con un leve descenso a 1,2 en 2024, tras alcanzar el valor máximo en 2023 (1,3). Dentro de la región, Formosa fue la jurisdicción con las tasas más elevadas y sostenidas, registrando un incremento relevante en los últimos dos años: 2,4 en 2023 y 3,5 en 2024. Este aumento posiciona a Formosa por encima del promedio regional y nacional, lo que sugiere una transmisión persistente en determinadas áreas del territorio. Asimismo, Chaco también mostró un patrón creciente hasta 2023, cuando alcanzó una tasa de 2,5 por 100.000, seguida de un descenso a 1,8 en 2024. Corrientes y Misiones, en cambio, mantuvieron tasas bajas o marginales en todo el período.

En la **región Centro**, las tasas se mantuvieron por debajo del promedio nacional durante todo el período, con valores que oscilaron entre 0,3 y 0,6 casos por 100.000 habitantes. La provincia de Buenos Aires, si bien concentró el mayor número absoluto de casos de la región, presentó tasas establemente bajas, entre 0,3 y 0,6, lo cual se vincula directamente con su alta densidad poblacional. Entre Ríos fue la jurisdicción con las tasas más elevadas de la región, alcanzando 1,5 por 100.000 habitantes en 2021 y 2023, con un descenso a 1,0 en 2024. En Córdoba, se observó un incremento sostenido a partir de 2021, con tasas de 0,8 en los dos últimos años analizados. Por otro lado, Santa Fe presentó tasas muy bajas durante todo el período, aunque con una evolución progresiva de 0,1 en 2021 a 0,3 en 2024, sin cambios abruptos. Finalmente, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) notificó tasas, entre 0,1 y 0,4. Es importante considerar que esta última jurisdicción alberga establecimientos de salud de alta complejidad, los cuales actúan como centros de referencia y reciben derivaciones de pacientes provenientes de otras jurisdicciones, en particular de la provincia de Buenos Aires.

Finalmente, la región del **Noroeste Argentino (NOA)** mantuvo una tasa de notificación por EQ elevada y estable durante el período 2019–2024, en torno a 2,0–2,7 casos por 100.000 habitantes, ubicándose de manera constante por encima del promedio nacional. Entre las jurisdicciones más afectadas se encuentra Catamarca, que mostró una evolución ascendente en los últimos años, pasando de 2,9 en 2020 a 6,1 por 100.000 habitantes en 2024, una de las tasas más altas del país ese año. Salta, en tanto, presentó valores elevados durante todo el período, alcanzando un máximo de 3,9 en 2023 y 3,6 en 2024. Tucumán duplicó su tasa entre 2022 y 2024 (de 0,9 a 2,3), mientras que Santiago del Estero mantuvo una carga estable, con tasas entre 2,0 y 3,5. En ambos casos, los valores superan el promedio nacional de forma sistemática. Por el contrario, Jujuy redujo su tasa en los últimos años, de 2,8 en 2021 a 0,9 en 2024, y La Rioja, tras alcanzar 4,2 en 2023, registró un descenso a 2,7 en 2024, aunque permanece en niveles altos.

El mapa 3 representa la distribución espacial de los casos de EQ notificados en Argentina entre 2019 y 2025. Se delimita el alcance territorial del evento en base al nivel departamental, permitiendo visualizar los patrones geográficos de exposición. En la tabla asociada se describen los departamentos con una tasa de incidencia mayor a 200 por 100000 habitantes.

Mapa 3. Incidencia acumulada (IA) de EQ según departamento. Argentina. Periodo 2019-2024.



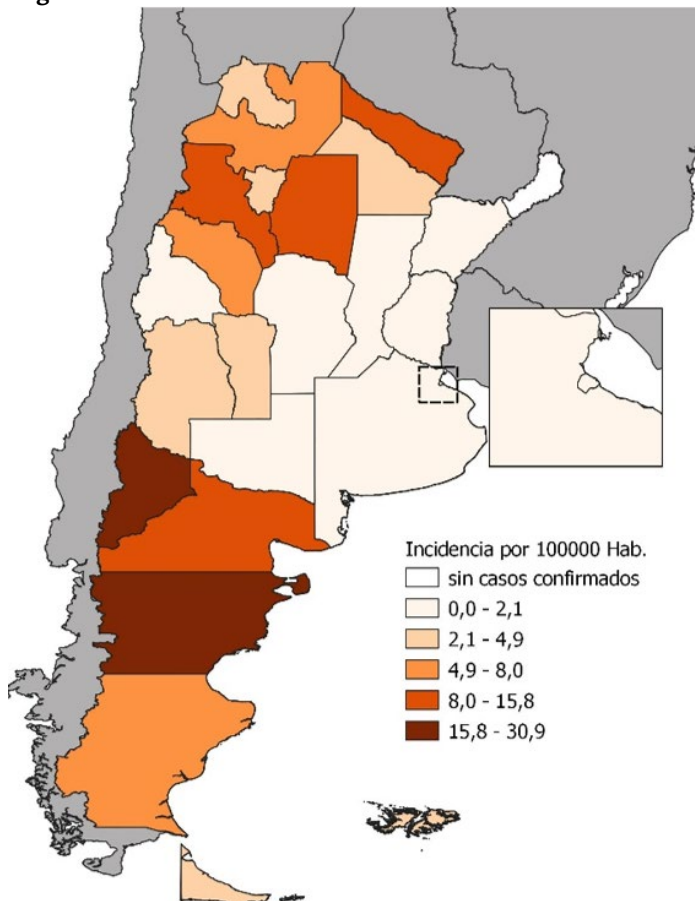
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

En el mapa se observa que las IA más elevadas se presentan en departamentos de las provincias de Chubut, Río Negro, Neuquén, Mendoza, Salta, Santiago del Estero y La Pampa.

Análisis 2019-2024 espacial de los menores de 15 años

En el siguiente mapa se observa la situación de las personas menores de 15 años con EQ. Se presenta la incidencia acumulada según jurisdicción.

Mapa 4. Incidencia acumulada en menores de 15 años de EQ por 100.000 habitantes según jurisdicción. Argentina. Periodo 2019-2024.



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

Las jurisdicciones con incidencia acumulada más elevadas son Chubut (30,9), Neuquén (28,1), Río Negro (15,7) y Catamarca (10,4), todas por encima de 10 casos cada 100.000 habitantes.

Mientras que las de menor incidencia acumulada corresponde a Buenos Aires, La Pampa, Córdoba y Entre Ríos, con menos de 2 casos cada 100.000 habitantes.

Análisis clínico - epidemiológico

Del total de 3.046 casos notificados de EQ en el periodo analizado, el 44% (n=1.325) presentó consignado la presencia de masa quística. El 70% (n=948) en hígado, el 16% (n=214) en pulmón y el 14% (n=190) restante en otras localizaciones como bazo, mesenterio, SNC, hueso, corazón.

En relación con los antecedentes epidemiológicos, el 26,2% de los casos (n=803) presentó consignado al menos uno. Dentro de este grupo, los antecedentes más frecuentemente consignados fueron haber habitado una vivienda rural (21,9%), haber habitado en un área de producción ganadera (20,2%) y la presencia de perros en la vivienda (19,9%). Estos tres factores suman más del 60% de las menciones y están vinculados al ciclo de la enfermedad, que se vincula a la población rural que trabaja en producción ganadera.

También se destacan como antecedentes frecuentes el contacto con mascotas (13,7%), la faena domiciliaria de ganado (10,1%) y la alimentación de perros con vísceras crudas (8,8%), que representan prácticas directamente asociadas al ciclo de transmisión del *Echinococcus granulosus* en las que se debe intervenir mediante educación y capacitación.

En menor proporción se reportaron antecedentes como contacto con animales silvestres (1,4%), ingesta o uso de agua no segura (1,2%), presencia de animales muertos en cercanías del domicilio (0,5%) o tener huerta domiciliaria (0,5%), entre otros. Si bien su frecuencia es baja, estos antecedentes podrían indicar otros riesgos de exposición.

Gráfico 6. Antecedentes epidemiológicos consignados en casos confirmados de EQ. Argentina. SE 1-52. Periodo 2019-2024. (n= 803)



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

Sobre los tratamientos realizados consignados en el sistema (311 casos), en 89% (277) se administró albendazol solamente, el 8,3% (26) requirió cirugía y albendazol, el 2,2% (7) cirugía, mientras que el 0,3% (1) recibió la combinación de albendazol y praziquantel. Resulta clave fomentar la carga de esta variable en el Sistema Nacional de Vigilancia para fortalecer la gestión integral de los casos.

Finalmente, durante el periodo analizado, se notificaron 9 casos fallecidos de la región Sur (7), Centro (1) y Cuyo (1).

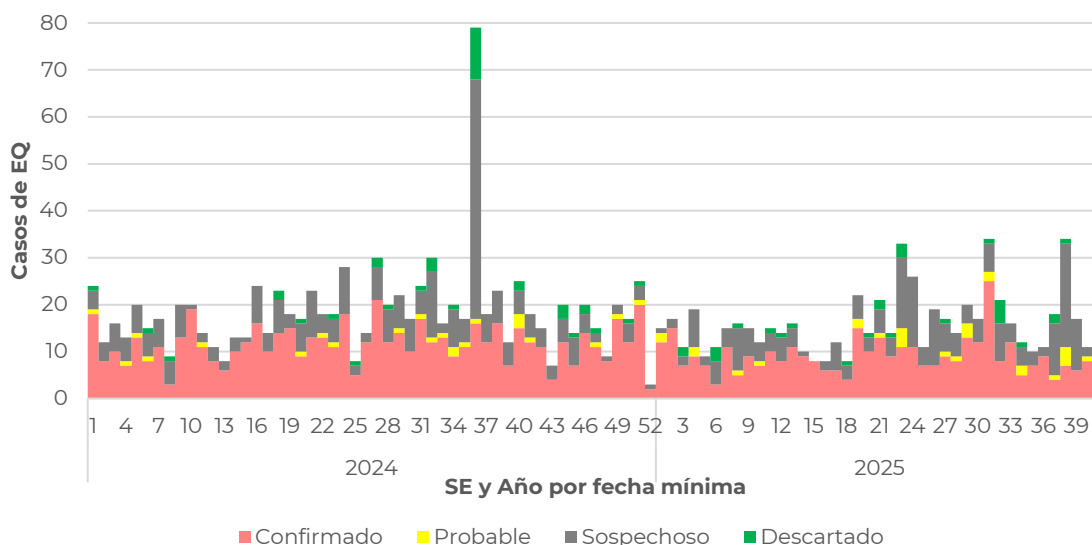
VII.3.C. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL

Evolución temporal de las notificaciones

Para dimensionar de manera correcta los datos, es importante destacar que el evento bajo análisis presenta un patrón de notificación estrechamente vinculado a las acciones de vigilancia activa y operativos territoriales. A diferencia de otros eventos con comportamiento estacional definido, en este caso el volumen de notificaciones semanales responde fundamentalmente a la intensidad de las estrategias de pesquisa, búsqueda activa y captación implementadas por los equipos de salud en distintos momentos del año.

En el siguiente gráfico se presentan las notificaciones del 2024 y 2025, hasta la actualidad.

Gráfico 7. Notificaciones totales de EQ según clasificación de los casos por semana epidemiológica. Argentina. Años 2024-2025 (SE 41). (n=1.611)



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

Un ejemplo de lo explicado en el párrafo precedente, es el pico observado en la semana epidemiológica (SE) 36 de 2024, cuando se registraron 79 notificaciones en total, de las cuales 51 fueron clasificadas como sospechosas y 16 como confirmadas. Este aumento coincide con el despliegue de actividades territoriales específicas con catastros ecográficos llevadas a cabo en determinadas jurisdicciones, orientadas a la identificación activa de personas con antecedentes compatibles, y no con un incremento real en la incidencia del evento.¹⁵

En consecuencia, el análisis de estos datos debe considerar la lógica operativa del sistema de vigilancia, en la cual los movimientos de la curva no expresan necesariamente un comportamiento del evento, sino el resultado de intervenciones de búsqueda focalizada. Esta particularidad subraya la necesidad de articular los datos epidemiológicos con la planificación territorial de las acciones de detección, seguimiento y notificación.

Durante todo el período analizado se consignaron notificaciones en cada una de las semanas epidemiológicas, lo que evidencia un monitoreo sostenido del evento por parte de los efectores locales.

Distribución geográfica y notificación

Durante el año 2025, la incidencia acumulada nacional fue de 0,8 casos cada 100.000 habitantes, lo que representa un descenso del 23% respecto al valor notificado para el mismo período en 2024 (1,04). Esta disminución se observó de forma consistente en todas las regiones del país, aunque con intensidad variable.

¹⁵ Frente a este pico inusitado de casos que cuadruplicaba la media semanal para el evento, se realizó una investigación en profundidad, donde se confirmó con una jurisdicción la realización de acciones específicas de vigilancia activa durante dicha semana.

Tabla 2. Casos confirmados e incidencia acumulada (IA) cada 100.000 hab. de EQ según jurisdicción. Argentina. SE 1-41. Años 2024- 2025. (n= 855)

Jurisdicción	2024		2025	
	Casos	IA	Casos	IA
Buenos Aires	77	0,42	64	0,35
CABA	6	0,19	4	0,13
Córdoba	21	0,54	13	0,33
Entre Ríos	12	0,84	7	0,48
Santa Fe	6	0,16	3	0,08
Total Centro	122	0,4	91	0,3
Mendoza	38	7,13	37	6,86
San Juan	14	1,72	18	2,19
San Luis	13	0,63	10	0,48
Total Cuyo	65	1,9	65	4,78
Chaco	17	1,36	11	0,87
Corrientes	7	0,6	2	0,17
Formosa	17	2,73	5	0,8
Misiones	1	0,08	0	0
Total NEA	42	0,97	18	0,41
Catamarca	20	4,66	11	2,54
Jujuy	6	0,75	6	0,74
La Rioja	9	2,18	5	1,19
Salta	45	3,01	31	2,05
Santiago del Estero	22	2,16	19	1,85
Tucumán	34	1,92	20	1,12
Total NOA	136	2,29	92	1,54
Chubut	45	6,83	33	4,93
La Pampa	3	0,81	5	1,34
Neuquén	41	5,88	29	4,12
Río Negro	23	2,93	26	3,28
Santa Cruz	9	2,24	6	1,46
Tierra del Fuego	4	2,1	0	0
Total Sur	125	4,03	99	3,15
Total País	490	1,04	365	0,8

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 **región Sur** se mantuvieron las tasas más elevadas del país (3,15 en 2025), a pesar de presentar un descenso respecto al año anterior (4,03). En este grupo regional, las provincias de Chubut (4,93) y Neuquén (4,12) concentraron las tasas más altas, seguidas por Río Negro (3,28). Cabe señalar que Río Negro fue una de las únicas dos jurisdicciones del país que aumentó tanto en número absoluto de casos como en tasa, junto con San Juan.

La **región del NOA** registró una tasa de 1,54 por 100.000 habitantes, con disminución generalizada en casi todas sus jurisdicciones. Sin embargo, Catamarca (2,54), Salta (2,05) y Santiago del Estero (1,85) mantuvieron valores elevados en el contexto nacional. Jujuy fue la única provincia de la región que no registró cambios interanuales en la tasa (0,75 en 2024 y 0,74 en 2025).

La **región de Cuyo** mostró una tasa consolidada de 1,89, inferior a la observada en 2024 (2,37). Dentro de esta región, San Juan presentó un incremento tanto en casos notificados como en tasa (de 1,72 a 2,19), mientras que Mendoza redujo su tasa de poca manera significativa (de 7,1 a 6,9), lo que sugiere un cambio relevante en la estrategia de vigilancia o en las acciones territoriales implementadas.

Por su parte, la **región Centro** presentó una de las tasas más bajas del país (0,30), con valores especialmente bajos en Santa Fe (0,08), CABA (0,13) y Buenos Aires (0,35). Este patrón de disminución generalizada se sostuvo también en Córdoba y Entre Ríos.

En la **región del NEA**, la tasa pasó de 0,97 a 0,41 casos por 100.000 habitantes. El descenso se observó en todas las jurisdicciones, siendo Misiones la única provincia del país que no registró casos en 2025. Chaco (0,87) y Formosa (0,80) fueron las jurisdicciones con las tasas más elevadas dentro del grupo, aunque por debajo del promedio nacional.

En conclusión, el comportamiento observado en las tasas refuerza la necesidad de interpretar los datos considerando el contexto operativo de cada jurisdicción, ya que en muchos casos las variaciones pueden vincularse con cambios en la intensidad de las acciones de pesquisa activa, priorización territorial o criterios de carga en el sistema.

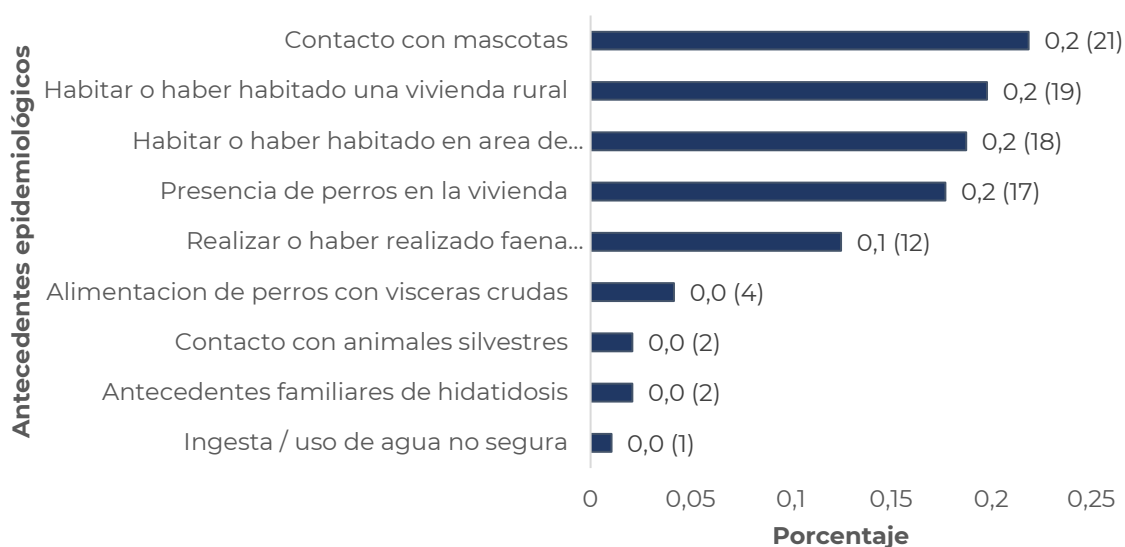
Análisis clínico - epidemiológico

Del total de 365 casos notificados de EQ en el período analizado, el 52% (n=191) presentó consignado la presencia de masa quística. El 67% (n= 128) en hígado, el 19% (n=36) en pulmón y el 14% (n=27) restante en otras localizaciones.

En relación con los antecedentes epidemiológicos, el 26% de los casos (n=93) presentó consignado al menos uno. Dentro de este grupo, los antecedentes más frecuentemente consignados fueron contacto con mascotas (22%), haber habitado una vivienda rural (20%), haber habitado en un área de producción ganadera (19%) y la presencia de perros en la vivienda (18%). Estos cuatro factores suman más del 75% de las menciones y están vinculados a contextos rurales y de exposición doméstica, lo que refuerza la importancia del entorno domiciliario y productivo como espacios de riesgo para la transmisión de la enfermedad.

También se destacan como antecedentes frecuentes la faena domiciliaria de ganado (13%) y la alimentación de perros con vísceras crudas (4%), y en menor proporción, contacto con animales silvestres (2%), antecedentes familiares de hidatidosis (2%) e ingesta o uso de agua no segura (0,1%).

Gráfico 6. Antecedentes epidemiológicos consignados en casos confirmados de EQ. Argentina. SE 1-41. Año 2025 (n=96)



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

Sobre los tratamientos realizados consignados en el sistema (56 casos), en 55 se registró la administración de albendazol y un único caso con requerimiento de cirugía. Resulta clave fomentar la carga de esta variable en el Sistema Nacional de Vigilancia para fortalecer la gestión integral de los casos.

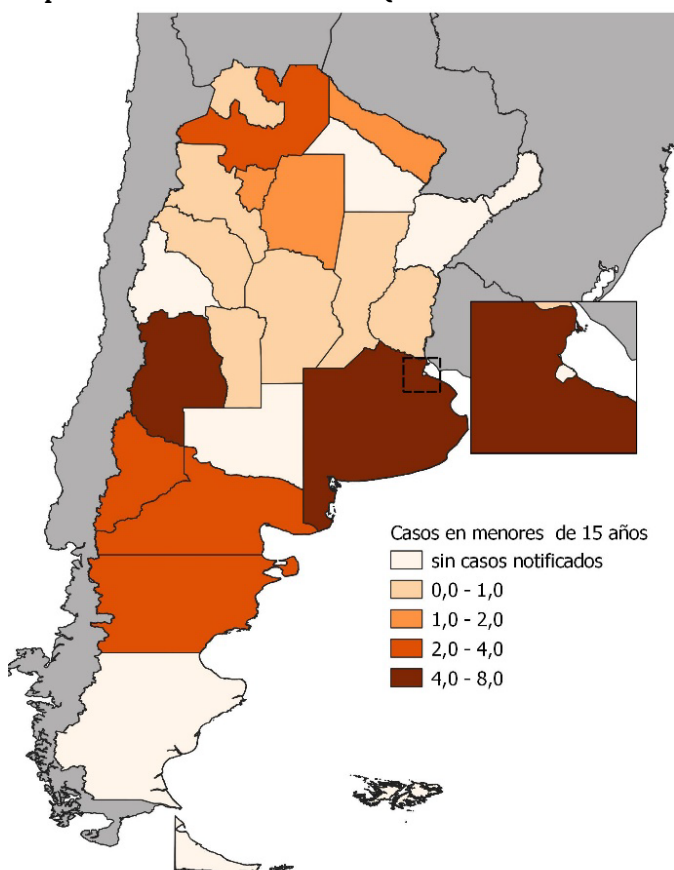
Finalmente, durante el periodo analizado, se notificaron 4 casos fallecidos pertenecientes a la región Sur (2) y Centro (2). Corresponden a un hombre de 74 años con situación de calle y múltiples quistes hepáticos, un hombre de 65 años, posquirúrgico con diabetes tipo 2, una mujer de 33 años con hidatidosis diseminada con sepsis e insuficiencia hepática y un hombre de 52 años con septicemia postquirúrgica).

Análisis según grupo de edad: menores de 15 años

Durante el presente año, las provincias de Buenos Aires y Mendoza presentaron la mayor notificación de casos en menores de 15 años, con 8 casos y 7 casos confirmados notificados respectivamente, seguidas por Neuquén y Río Negro, con 4 casos cada una.

Las jurisdicciones que no notificaron casos en menores de 15 años durante lo que va de 2025 fueron: CABA, Chaco, Corrientes, La Pampa, Misiones, San Juan, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Mapa 5. Casos confirmados de EQ en menores de 15 años. Argentina. SE1-SE41. Año 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).

VII.4. Medidas preventivas

Los riesgos están implicados en la convivencia y el contacto estrecho con los perros parasitados y en las faenas domiciliarias o sin control.

- Lavarse siempre las manos con agua y jabón antes de comer y de la preparación de alimentos.
- No dejarse lamer por los perros.
- Evitar el contacto oral de niños con mucosas y pelajes de animales.
- Lavar bien las verduras y frutas antes de comerlas.
- Consumir sólo agua potable. Si no es posible, enseñar a potabilizar el agua (agregar 2 gotas de lavandina (55 grs. de cloro) por litro de agua, dejar reposar 30 minutos luego de lo cual está disponible para el consumo).
- Evitar que los perros consuman vísceras crudas de animales o cadáveres de animales y eliminar de forma segura las vísceras de los animales de producción.
- Disponer de infraestructura para la faena (carneadero y pozo cercado) en áreas urbanas y en establecimientos ganaderos. Se recomienda también la construcción de caniles en estos últimos.
- Cumplir con la desparasitación periódica de todos los perros con praziquantel monodroga o incluido en la fórmula de un antiparasitario de amplio espectro.
- Aplicación de vacuna para ovinos.

VII.5. Recomendaciones para los equipos de Salud y Agricultura

- Realizar tamizaje por control ecográfico anual en población menor de 15 años en áreas endémicas para detección temprana y derivación para diagnóstico y tratamiento.
- Intensificar los controles de faena en los mataderos y frigoríficos oficiales y privados.
- Coordinar de forma intersectorial entre salud, agricultura y ambiente las acciones de prevención.

VII.6. Conclusiones

El análisis de los casos humanos de equinocosis quística (EQ) notificados al SNVS 2.0 permite no solo caracterizar la situación epidemiológica a nivel nacional, regional y provincial, sino también identificar fortalezas y limitaciones del sistema de vigilancia. La disminución en la notificación observada en los años 2020 y 2021, tanto en Argentina como en otros países de América del Sur, podría vincularse con los efectos de la pandemia por COVID-19.

La naturaleza crónica de la enfermedad, que puede evolucionar de forma asintomática durante años, exige interpretar las variaciones en la incidencia en estrecha relación con la intensidad de las actividades de detección, en particular los catastros ecográficos. Tal como se evidenció en Mendoza durante 2024, el reinicio de estas estrategias en localidades endémicas como Malargüe y San Rafael se tradujo en un aumento de los casos notificados, especialmente en población pediátrica. Este patrón refuerza la importancia de utilizar las tasas en menores de 15 años como indicador sensible para identificar transmisión activa y orientar acciones focalizadas de control.

En este sentido, el monitoreo sistemático de la EQ requiere articular los datos epidemiológicos con la planificación operativa territorial. La vigilancia activa sostenida, la inclusión completa de variables clínicas y de tratamiento en el SNVS 2.0, y la priorización de áreas con registros de casos en edades tempranas son pilares fundamentales para fortalecer la gestión integral del evento.

VII.7. Vigilancia epidemiológica

VII.7.A. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

- Registrar nuevos casos de EQ
- Monitorear la prevalencia de equinococosis en Unidades Epidemiológicas de áreas endémicas seleccionadas, permitiendo dirigir y evaluar las acciones de control.
- Identificar casos asintomáticos para tratamiento oportuno a través de estudios poblacionales (catastros ecográficos).
- Estimar la prevalencia en menores de 15 años a través de estudios poblacionales (catastros ecográficos).

VII.7.B. DEFINICIONES DE CASO

Caso sospechoso de echinococosis quística (EQ): toda persona con presencia de masa quística sugestiva (única o múltiple) en los exámenes diagnósticos por imágenes (más frecuentemente en hígado o pulmón) y algunos de los siguientes criterios epidemiológicos:

- Contacto con perros de áreas endémicas.
- Convivientes con diagnóstico de hidatidosis y que han compartido residencia o viaje a la misma zona geográfica o endémica.
- Antecedentes de viaje o permanencia en áreas rurales o semirurales

Caso confirmado de echinococosis quística (EQ):

- Visualización directa por microscopía de protoescolices o ganchos del cestode, restos de membranas y/o estudio histopatológico de la pieza extraída por cirugía o identificación del genoma del parásito mediante técnicas moleculares (PCR)
- Caso sospechoso con imágenes compatibles con signo patognomónico: imagen de membrana desprendida (clasificación Gharbi tipo II o CE3) de quiste hidatídico detectados por estudios de imágenes, en cualquier localización
- Caso sospechoso con prueba de inmunodiagnóstico positiva (ELISA, HAI o Western Blot.)

Caso descartado: por otro diagnóstico etiológico

Caso probable en estudios poblacionales (catastro ecográfico): toda persona menor de 15 años estudiada por ecografía en el marco del tamizaje poblacional en un área endémica que presente imágenes compatibles con quiste hidatídico

Unidades Epidemiológicas Positivas: todo establecimiento ganadero, vivienda rural o urbana que forme parte de la vigilancia de unidades epidemiológicas en zona endémica con al menos un hallazgo en alguno de las siguientes situaciones:

- Con estudios de material fecal de perros con al menos un resultado positivo y/o a copro Elisa o copro Elisa más PCR.
- Identificación post mortem de la presencia de quistes hidatídicos en hospederos intermediarios juveniles (corderos, terneros, lechones) y/o ELISA o Western blot positivo en al menos un animal.
- Se hayan detectado casos humanos en menores de 15 años a demanda o por catastros poblacionales.

VII.7.C. ROL DEL LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA

El Departamento de Parasitología del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”, actúa como Laboratorio Nacional de Referencia en Enfermedades Parasitarias, con responsabilidad en el diagnóstico confirmatorio y control de la EQ en Argentina.

En el marco de la vigilancia integrada, el Departamento recibe anualmente cerca de 300 muestras provenientes de diferentes regiones del país para la confirmación del diagnóstico y seguimiento de casos humanos, para esto desarrolla, optimiza y valida ensayos inmunológicos (ELISA y Western blot) “in house” para satisfacer la demanda del departamento y de la Red Nacional de Laboratorio de Helmintos y Enteroparásitos. Desarrolla, valida y transfiere técnicas moleculares utilizadas en la vigilancia del hospedero definitivo. Participa en la caracterización de cepas de *Echinococcus granulosus sensu lato* y coordina la Red Nacional de Laboratorios de Parasitología (RNLP), fortaleciendo las capacidades diagnósticas provinciales y hospitalarias.

Asimismo, desarrolla y produce reactivos estratégicos de uso diagnóstico, lleva adelante actividades de control de calidad y evaluación de desempeño y brinda asesoramiento técnico-científico a los programas nacionales y jurisdiccionales de vigilancia y control de la enfermedad.

Estas acciones permiten garantizar la calidad, trazabilidad y oportunidad de la información epidemiológica incluida en el presente boletín, y contribuyen al fortalecimiento del diagnóstico y la vigilancia de la hidatidosis en todo el territorio nacional.

Para más información: <https://www.argentina.gob.ar/salud/anlis/inei/departamento-parasitologia>

Ficha de notificación:

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-11/ficha-notificacion-hidatidosis.pdf>

VIII. Tétanos y difteria - Informe epidemiológico de eventos inmunoprevenibles

VIII.1. Introducción

VIII.1.A. SOBRE LA VIGILANCIA DE LOS EVENTOS INMUNOPREVENIBLES

La vigilancia de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) inmunoprevenibles tiene como objetivo detectar, notificar, investigar y analizar los casos de enfermedades que pueden prevenirse mediante vacunación, con el fin de orientar acciones de control, eliminación o erradicación. Estas enfermedades incluyen, entre otras, sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita, tos ferina, difteria, tétanos, poliomielitis y parotiditis. Se basa en la notificación inmediata de casos sospechosos por parte de los servicios de salud, seguida de la investigación epidemiológica correspondiente y la toma de muestras para su confirmación en laboratorio. Cada evento cuenta con definiciones de caso específicas que permiten su identificación oportuna y la clasificación final según criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio. Los datos generados se integran con la información sobre coberturas de vacunación, lo que permite detectar brechas de inmunización, orientar campañas de refuerzo, prevenir brotes e identificar áreas de riesgo.

El presente informe describe la situación del tétanos neonatal, tétanos en otras edades y difteria, con base en los datos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Los datos históricos hasta la SE18 del 2018 corresponden a los sistemas de información en salud vigentes y a otras fuentes de registro oficial publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación y fuentes jurisdiccionales oficiales. Desde la SE19 del 2018 en adelante, corresponden al SNVS 2.0.

Los eventos analizados en este informe son de notificación obligatoria en la República Argentina, conforme a lo establecido por la Ley N.º 15.465 y la Resolución N.º 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación. Según lo estipulado en el Manual de Normas y Procedimientos para la Vigilancia y el Control de los Eventos de Notificación Obligatoria, la vigilancia del tétanos debe realizarse bajo modalidad individual. Esta vigilancia incluye el registro de datos clínicos, epidemiológicos y de tratamiento, a fin de permitir el análisis oportuno de la situación, la planificación de recursos y la implementación de estrategias preventivas y asistenciales.

El análisis de estas enfermedades, si bien de baja incidencia en la actualidad, resulta prioritario para garantizar el sostenimiento de la eliminación del tétanos neonatal, prevenir la reemergencia del tétanos en otras edades y mantener una vigilancia sensible frente a posibles casos de difteria, todas ellas enfermedades prevenibles mediante vacunación sistemática y refuerzos adecuados.

VIII.1.B. TÉTANOS NEONATAL Y OTRAS EDADES

El tétanos es una enfermedad neurológica aguda causada por una neurotoxina producida por el *Clostridium tetani* que prolifera en el sitio de una lesión. La mortalidad es potencialmente elevada y el tratamiento requiere hospitalización. La pronta administración de toxoide tetánico y gammaglobulina antitetánica pueden contribuir a disminuir su severidad.

Esta bacteria, ampliamente distribuida en el ambiente, penetra en el organismo a través de heridas contaminadas, quemaduras, úlceras, abscesos o procedimientos invasivos realizados sin condiciones adecuadas de higiene. La enfermedad se caracteriza por rigidez muscular

progresiva, espasmos dolorosos y compromiso respiratorio, y presenta una alta letalidad en ausencia de tratamiento oportuno. No es transmisible de persona a persona.

La serie completa de toxoide tetánico tiene una eficacia de casi 100% para prevenir la enfermedad. Sin embargo, los niveles de antitoxina disminuyen con el tiempo. Diez años después de la última dosis, la mayoría de las personas tienen niveles de antitoxina que solo se acercan al nivel mínimo de protección, es por esta razón que se recomiendan refuerzos de rutina cada 10 años.

En Argentina, los menores de 7 años deben recibir una serie primaria con un esquema de 3 dosis con componente tetánico (quíntuple o séxtuple), a los 2, 4 y 6 meses y refuerzos a los 15-18 meses (quíntuple), al ingreso escolar (triple bacteriana). La dosis del ingreso escolar no es necesaria si la cuarta dosis se aplicó después de que el niño haya cumplido 4 años de vida. A los 11 años todos los adolescentes deben recibir un refuerzo de triple bacteriana acelular (dTpa). El personal de salud que asiste a menores de 12 meses debe recibir una dosis de vacuna triple bacteriana acelular (dTpa) con refuerzos cada 5 años.

Las embarazadas deben recibir una dosis de Vacuna Triple Bacteriana Acelular del adulto (protege contra la Difteria, Tétanos y Coqueluche) en todos los embarazos independientemente de su estado inmunitario y de las vacunas recibidas anteriormente. Esta vacuna es segura y eficaz. Para que la protección adecuada debe aplicarse a partir de la semana 20 de gestación.

En el caso de personas no vacunadas, se le aplica una serie primaria de tres dosis de toxoides tetánico y diftéricos adsorbidos (dT para adultos). Las primeras dos dosis se aplican a intervalos de 4 a 8 semanas, y la tercera dosis, de seis meses a un año después de la segunda.

VIII.2. Situación epidemiológica Tétanos neonatal

VIII.2.A. INTRODUCCIÓN

El tétanos neonatal es una forma clínica particular que afecta a recién nacidos y constituye una de las principales causas prevenibles de mortalidad neonatal en contextos de vulnerabilidad. En la mayoría de los casos, se produce por la contaminación del cordón umbilical con esporas de *Clostridium tetani*, habitualmente en embarazadas no inmunizadas, en el marco de partos antihigiénicos y/o prácticas deficientes de higiene posnatal. La presentación clínica suele iniciarse entre el tercer y el décimo día de vida, con dificultad para succionar, trismos, rigidez y espasmos generalizados.

VIII.2.B. SITUACIÓN REGIONAL¹⁶

En la Región de las Américas, el tétanos materno y neonatal fue declarado eliminado en 2017, convirtiéndose en la sexta enfermedad prevenible por vacunación en alcanzar dicha meta, luego de la erradicación de la viruela (1971), poliomielitis (1994), rubéola y síndrome de rubéola congénita (2015), y sarampión (2016).

Previo al inicio de la vacunación sistemática contra el tétanos materno y neonatal en la década de 1970, la enfermedad causaba la muerte de más de 10.000 recién nacidos cada año en la región, aunque esta cifra se consideraba subestimada por el alto grado de subnotificación. Según estimaciones de la OMS, en 2015 el tétanos neonatal ocasionó aproximadamente 34.000 muertes en recién nacidos a nivel global, lo que representa una disminución del 96% en

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud. <https://immunizationdata.who.int/> recuperado de BEN N°640 del 2023.

comparación con 1988, cuando se registraban alrededor de 787.000 muertes neonatales por esta causa.

VIII.2.C. SITUACIÓN EN ARGENTINA

En Argentina el tétanos neonatal se encuentra eliminado, no se registraron casos confirmados ni sospechosos desde el año 2007.

Para sostener la eliminación del tétanos materno y neonatal, resulta fundamental mantener coberturas adecuadas de vacunación en embarazadas, así como garantizar controles prenatales oportunos y de calidad. Asimismo, es indispensable que todos los partos sean asistidos por personal de salud calificado, ya sea médico u obstétrico. En paralelo, debe fortalecerse la promoción de la salud mediante estrategias de educación dirigidas a madres, equipos obstétricos y personal sanitario, con el fin de prevenir prácticas de riesgo y asegurar cuidados adecuados en el período perinatal.

VIII.3. Situación epidemiológica Tétanos en otras edades

VIII.3.A. NOTA METODOLÓGICA

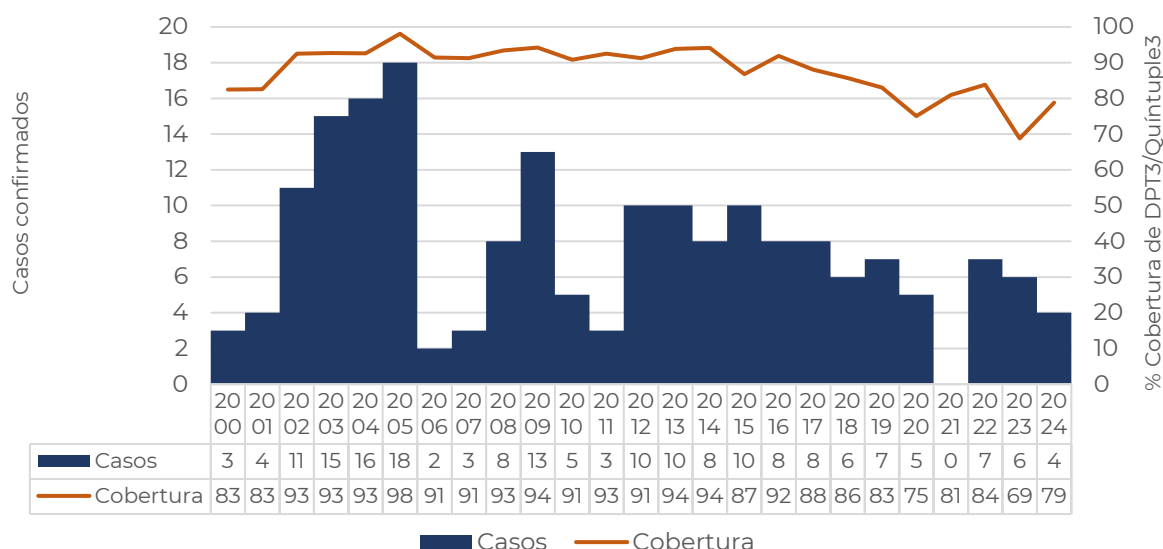
Para el análisis de las **notificaciones nominales**, se utilizó el evento “Tétanos” del SNVS 2.0, del que se excluyeron los casos clasificados de forma manual como “Invalidados por Epidemiología”. Se consideraron casos de tétanos aquellos cuya clasificación manual fue “Caso Confirmado” y “Caso Sospechoso”, y aquellos en los que se consignó tratamiento con gammaglobulina humana antitetánica. Para determinar el año de diagnóstico, se estableció una fecha final utilizando la “Fecha de inicio de síntomas”. En los casos en que esta información no estaba disponible, se tomó la “Fecha de consulta”, la “Fecha de internación”, o en su defecto, la “Fecha de apertura”. En cuanto a la procedencia de los casos, se prioriza la variable “Provincia de residencia”; cuando ésta no estaba consignada, se utilizó como alternativa la variable “Provincia de carga”.

Para el cálculo de las tasas de incidencia se utilizaron las proyecciones de población por sexo y grupo de edad elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), correspondientes al período intercensal basado en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Estas proyecciones permiten una comparación homogénea de las notificaciones entre años y regiones.

VIII.3.B. SITUACIÓN EN ARGENTINA

En Argentina entre los años 2000 y 2024 se notificaron 190 casos confirmados de tétanos en otras edades con un promedio de 7,6 casos por año, a excepción del 2021 donde no se registraron casos.

Las coberturas de vacunación en los menores de 6 meses se mantuvieron por encima del 90% hasta el año 2017. A partir del mencionado año la tendencia se mantuvo constante en descenso alcanzando el menor valor en 2020 probablemente secundario a la pandemia de COVID-19. En 2021 se observó un leve recupero de las coberturas (Gráfico 1).

Gráfico 1. Casos confirmados de tétanos en otras edades y porcentaje de cobertura de vacunación (DPT3/Quíntuple3) por año. Argentina. Periodo 2000 a 2024. (N=190)

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

En la siguiente tabla se presentan los casos notificados a año cerrado para el período 2019-2024, según jurisdicción. Se consigna sólo aquellas jurisdicciones que notificaron casos.

Tabla 1. Número de casos notificados de tétanos en otras edades por región y jurisdicción por año. Argentina. Periodo 2019-2024. (n= 29)

Jurisdicción	CASOS CONFIRMADOS					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Buenos Aires	4	2	0	5	2	1
CABA	0	0	0	0	1	0
Entre Ríos	0	1	0	0	0	1
Santa Fe	0	0	0	1	0	0
Total Centro	4	3	0	6	3	2
Corrientes	0	1	0	0	1	0
Misiones	0	0	0	1	0	1
Total NEA	0	1	0	1	1	1
Jujuy	0	0	0	0	1	0
Salta	1	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	1	1	0	0	0	0
Total NOA	2	1	0	0	1	0
La Pampa	1	0	0	0	0	1
Neuquén	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	1	0
Total Sur	1	0	0	0	1	1
Total País	7	5	0	7	6	4

Jurisdicciones con casos confirmados

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 periodo 2019 a 2024 se confirmaron 29 casos de tétanos en 12 jurisdicciones del país, con un mínimo de 4 casos en 2024 y un máximo de 7 en 2019 y 2022. La tasa por 1.000.000 de habitantes a nivel país fue de 0,1.

De los 29 casos de tétanos confirmados, el 62,1 % (n=18) correspondió a personas de sexo masculino. El grupo de mayores de 80 años concentró el 24,1 % (n=7) de los casos registrados,

mientras que en menores de 10 años el 13,8% (n=4). En relación con los antecedentes epidemiológicos, solo en 8 casos (27,6 %) se consignó información: siete casos presentaron antecedentes de traumatismo corto-punzante y uno refirió uso de drogas inyectables. Respecto a la inmunización, únicamente tres casos contaban con esquemas incompletos; en el resto no se registraron antecedentes vacunales.

Cabe mencionar que se notificaron tres casos fallecidos durante el período analizado. Todos correspondieron a personas de sexo femenino, mayores de 80 años y residentes en la región Centro del país. Todos requirieron internación en Unidad de Cuidados Intensivos, dos de los casos requirieron asistencia respiratoria mecánica y uno recibió tratamiento con inmunoglobulina humana antitetánica.

VIII.3.C.SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL (2025)

Durante el año en curso, entre las SE 1 y 42, se notificaron 4 casos de 4 jurisdicciones con requerimiento de internación en Unidad de Cuidados Intensivos, mayores de 60 años, en los que se consignó haber recibido gammaglobulina humana antitetánica (3), haber presentado antecedente de herida cortopunzante (3), sin antecedentes de vacunación y un fallecido.

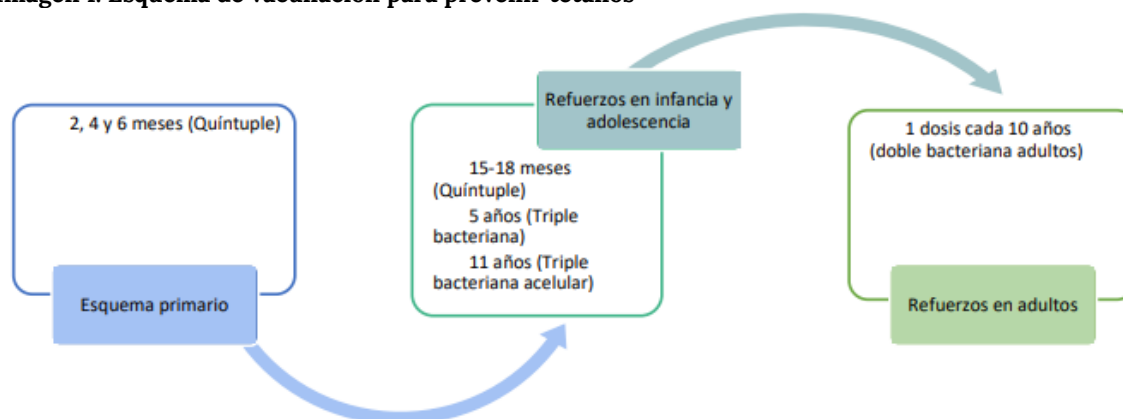
VIII.4.Cobertura de vacunación

Durante el mismo período (2019–2024), las coberturas nacionales de las vacunas se mantuvieron con valores entre el 70 al 80%, mientras que los refuerzos de los 15–18 meses, ingreso escolar y 11 años mostraron mayor variabilidad y valores inferiores.

El **año 2023 marcó un punto de inflexión** con un **descenso en la cobertura de los refuerzos y de la vacuna dTpa en embarazadas**, pero que coincide con la **implementación del registro nominal**, que no se utilizaba previamente; esto último podría traducirse en una aparente caída de la cobertura nacional. En 2024, las coberturas retomaron una tendencia ascendente, lo que sugiere una progresiva consolidación del nuevo sistema de registro.

El sostenimiento de coberturas adecuadas es esencial para prevenir tanto el tétanos neonatal como el tétanos en otras edades. En el caso del **tétanos neonatal**, la vacunación oportuna de las embarazadas con dTpa y las prácticas obstétricas seguras han permitido mantener la eliminación del evento en el país. Por otra parte, en el **tétanos de otras edades**, las mayores tasas de incidencia se observan históricamente en adultos mayores, lo que refuerza la importancia de los refuerzos decenales y la indicación oportuna de la vacuna antitetánica en casos de heridas tetanígenas.

Imagen 1. Esquema de vacunación para prevenir tétanos



Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

VIII.5. Vigilancia epidemiológica

Con respecto a la vigilancia epidemiológica de los eventos analizados, la información que se expone a continuación fue extraída del Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria. Al momento de la edición de este boletín, dichas normas se encuentran en un proceso de actualización, pero aún no fueron publicadas, motivo por el cual, tiene validez la información del último manual publicado (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).

VIII.5.A. OBJETIVOS DE VIGILANCIA

Tétanos neonatal

- Reducir la incidencia al servir como insumo a las acciones de control, asegurar el diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Prevenir casos graves.
- Permitir el seguimiento de los casos.
- Caracterizar la distribución, población de riesgo.

Tétanos en otras edades

- Monitorear la carga de enfermedad y cambios epidemiológicos para medir el impacto de la vacunación e identificar brechas de coberturas de vacunación. Esta información debe utilizarse para optimizar estrategias de fortalecimiento de los servicios de inmunización de rutina.
- Detectar e investigar clusters de la enfermedad
- Detectar rápidamente los casos para proveerles oportunamente el tratamiento adecuado incluyendo la antitoxina o la inmunoglobulina antitetánica.

VIII.5.B. DEFINICIÓN DE CASO DE TÉTANOS NEONATAL

Caso sospechoso: todo recién nacido (RN) que durante los dos primeros días de vida haya succionado y llorado normalmente y a partir del tercer día presentó algún signo o síntoma compatible con tétanos.

Caso probable: caso sospechoso con elevación de enzimas: CPK, aldolasa, cuenta de leucocitos elevada (ocasionalmente cultivo de *C. tetani*, que no puede aislarse en todos los casos).

Caso confirmado: todo RN que se alimentó y lloró normalmente en los primeros dos días de vida, con aparición de signos y síntomas de la enfermedad entre días 3 a 28 de vida, junto a inhabilidad para succionar (trismus) seguido de rigidez muscular generalizada o convulsiones (espasmo muscular).

Caso descartado: caso que tuvo como resultado otro diagnóstico de certeza para otra patología. Si no hay claridad en otro diagnóstico es mejor confirmar el caso como tétanos neonatal.

VIII.5.C. DEFINICIÓN DE CASO DE TÉTANOS EN OTRAS EDADES

Caso sospechoso: paciente \geq de 28 días de edad con inicio agudo de al menos uno de los siguientes síntomas: trismus, risa sardónica o espasmos musculares generalizados. Sin ninguna otra causa aparente con antecedentes o no de heridas (traumáticas, quirúrgicas o por inyectables).

Caso probable: caso sospechoso con elevación de enzimas como CPK, aldolasa, recuento de leucocitos elevado (ocasionalmente cultivo de *C. tetani*, que puede no aislarse en todos los casos).

Caso confirmado¹⁷: caso sospechoso que es confirmado por un médico entrenado. No hay hallazgos de laboratorio característicos de tétanos.

Durante los espasmos del tétanos, el paciente suele estar consciente, y el espasmo a menudo es provocado por estímulos como luz y sonido, a diferencia de otras convulsiones donde el paciente puede estar inconsciente. Aunque el diagnóstico de tétanos generalmente incluye antecedentes de lesión o herida, también puede ocurrir que algunos pacientes no puedan recordar una herida o lesión específica.

Caso descartado: caso que después de la investigación no cumple con el criterio clínico para confirmación y/o tiene un diagnóstico alternativo¹⁸.

VIII.5.D. DEFINICIÓN DE BROTE

Los brotes de tétanos son infrecuentes, pero pueden ocurrir ante desastres naturales o asociados al uso de drogas inyectables.

VIII.6. Situación epidemiológica difteria

VIII.6.A. INTRODUCCIÓN

La difteria es una enfermedad infecciosa aguda potencialmente letal, causada por cepas toxigénicas de *Corynebacterium diphtheriae* y, en menor medida, por *C. ulcerans* y *C. pseudotuberculosis*. Su principal forma de presentación clínica es la faringoamigdalitis exudativa con pseudomembranas grisáceas adherentes, que pueden ocasionar obstrucción respiratoria, acompañada de síntomas sistémicos como fiebre y malestar general. En casos severos, la toxina diftérica puede producir complicaciones graves como miocarditis, neuropatías y parálisis respiratoria.

La enfermedad se transmite de persona a persona a través de gotículas respiratorias, contacto directo con secreciones o lesiones cutáneas, y en ocasiones por objetos contaminados. Si bien es prevenible mediante vacunación, la disminución de coberturas en algunas regiones y la reemergencia de casos en países con sistemas de salud debilitados refuerzan la necesidad de mantener una vigilancia activa y sensible, especialmente ante cuadros compatibles en contextos de alta vulnerabilidad social o migratoria.

VIII.6.B. NOTA METODOLÓGICA

Para el análisis de las **notificaciones nominales**, se utilizó el evento “Difteria” del SNVS 2.0, del que se excluyeron los casos clasificados de forma manual como “Invalidados por Epidemiología”. Se consideraron casos de difteria aquellos cuya clasificación manual fue “Caso Confirmado” y aquellos en los que se consignó tratamiento con la antitoxina diftérica. Para determinar el año de diagnóstico, se estableció una fecha final utilizando la “Fecha de inicio de síntomas”. En los casos en que esta información no estaba disponible, se tomó la “Fecha de consulta” y, en su

¹⁷ La base para la clasificación de casos es completamente clínica y no depende de la confirmación del laboratorio. En regiones de baja incidencia de la enfermedad, muchos médicos pueden no haber visto un caso de tétanos, lo que dificulta el diagnóstico clínico.

¹⁸ Los diagnósticos diferenciales más frecuentes son: tetania hipocalcémica, distonías inducidas por fármacos, meningoencefalitis, envenenamiento por estricnina y trismus debido a infecciones dentales.

defecto, la "Fecha de apertura". En cuanto a la procedencia de los casos, se prioriza la variable "Provincia de residencia"; cuando ésta no estaba consignada, se utilizó como alternativa la variable "Provincia de carga".

Para el cálculo de las tasas de incidencia se utilizaron las proyecciones de población por sexo y grupo de edad elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), correspondientes al período intercensal basado en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Estas proyecciones permiten una comparación homogénea de las notificaciones entre años y regiones.

VIII.6.C. SITUACIÓN EN ARGENTINA 2019-2025

Previo al período analizado, el último caso confirmado de difteria en el país se notificó en 2006 y correspondió a la Región Centro.

En 2019 se notificaron 4 casos sospechosos; 3 fueron descartados y 1 caso de difteria cutánea fue confirmado en una persona de sexo masculino residente de la Región Centro, mediante detección del gen de la toxina diftérica por PCR (tox) y demostración de producción de toxina por prueba de Elek.

Durante 2020–2024 se notificaron 4 casos sospechosos en las regiones NEA, NOA y Centro; todos fueron descartados.

En 2025, hasta la SE 42, se confirmó 1 caso de difteria cutánea (SE 25/2025) en una persona de sexo femenino mayor a 65 años, residente de la Región Centro. La confirmación se obtuvo por prueba de Elek positiva. Presentaba antecedentes de úlceras crónicas, no registraba antecedente de vacunación y cursó evolución clínica favorable.

VIII.7. Recomendaciones para el equipo de salud

VIII.7.A. MEDIDAS PREVENTIVAS

El Calendario Nacional de Vacunación contempla en los menores de 7 años una serie primaria un esquema de 3 dosis con Quintuple/Pentavalente, aplicados con intervalos de 6–8 semanas. Se recomienda una cuarta dosis a los 6–12 meses después de la tercera (15–18 meses). Se aplica una dosis de refuerzo de DPT al ingreso escolar. A los 11 años de edad se aplica un refuerzo en forma de vacuna triple bacteriana acelular (dTap). De acuerdo a la edad de la persona, se debe evaluar administrar triple acelular. En el caso de las personas no vacunadas, se evaluará de acuerdo a la edad administrar triple acelular o se le aplica una serie primaria de tres dosis de toxoides tetánico y diftéricos adsorbidos (Td para adultos). Las primeras dos dosis se aplican a intervalos de 4 a 8 semanas, y la tercera dosis, de seis meses a un año después de la segunda. La protección activa se debe conservar mediante la administración de una dosis de refuerzo de Td cada 10 años.

Los viajeros que se dirigen a áreas con brotes de difteria deben contar con el esquema de vacunación al día e indicar el refuerzo necesario si estuviera incompleto.

El antecedente de difteria no deja inmunidad de por vida, por lo que las personas con antecedente de haber padecido la enfermedad deben continuar su esquema de vacunación con componente difteria, según la edad.

VIII.7.B. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Medidas ante un caso confirmado

- Antitoxina diftérica: el tratamiento deberá iniciarse sin aguardar los resultados de laboratorio. Descartar hipersensibilidad, aplicar por vía intramuscular (IM) una sola dosis de 20.000 a 100.000 unidades, según la duración de los síntomas, la zona de afección, y la gravedad de la enfermedad. En las infecciones graves puede estar indicada la vía intravenosa e intramuscular simultáneamente. La antitoxina no neutraliza la toxina que ya está fijada a los tejidos, pero neutraliza la toxina que se halla circulando y previene la progresión de la enfermedad. La antitoxina se solicita a la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI), previa notificación del evento a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).
- Tratamiento antibiótico: la eritromicina y la penicilina son eficaces junto con la antitoxina, pero no como sustituto de ella. Se recomienda aplicar por vía intravenosa 40-50 mg de eritromicina parenteral por Kg de peso por día (hasta un máximo de 2 gramos al día), mientras el enfermo no pueda deglutir cómodamente, o penicilina G sódica, 100.000 a 150.000.
- Se indicará aislamiento de contacto y gota ante la difteria faríngea hasta obtener dos cultivos negativos de secreciones tanto faríngeas como nasales; las muestras deberán obtenerse con un intervalo mayor de 24 horas entre ellas y no menos de 24 horas después de terminar la antibioticoterapia. De no poder realizarse cultivos deberá aislarse hasta cumplir 14 días de tratamiento antibiótico adecuado.
- Las medidas de aislamiento de contacto en la difteria cutánea se El aislamiento de la difteria cutánea se mantendrá hasta obtener dos cultivos negativos de la lesión cutánea; las muestras deberán obtenerse con un intervalo mayor de 24 horas entre ellas y no menos de 24 horas después de terminar la antibioticoterapia.

Definición de contacto estrecho

- Todos los miembros del hogar.
- Personas con antecedentes de contacto habitual y cercano con el paciente.
- Personas expuestas directamente a las secreciones del sitio sospechoso de infección del paciente.

Medidas ante un contacto estrecho

- Seguimiento de los contactos durante 7 días contando a partir del último contacto con el caso índice no tratado. Durante la observación los contactos deberán permanecer aislados. Los contactos adultos cuya ocupación conlleve la manipulación de alimentos, especialmente leche, o la relación estrecha con niños no inmunizados deben ser excluidos de su trabajo hasta que hayan sido tratados y los exámenes bacteriológicos corroboren que no son portadores. Tomar muestra de hisopado de fauces e hisopado nasal para cultivo (independiente de su antecedente de vacunación).
- Iniciar quimioprofilaxis (después de la toma de muestra) con alguno de los siguientes esquemas a todas las personas de cualquier edad que no estén vacunadas, con estado desconocido de vacunación o vacunación incompleta:
 - Penicilina benzatínica por vía intramuscular (en niños de menos de 30 kg.: 600.000 UI y en personas de más de 30 kg.: 1.200.000 UI) como única dosis.
 - Eritromicina por vía oral (en niños: 40 – 50 mg/kg/día dividido en 4 dosis durante 7 días; en adultos: 500 mg cada 6 horas durante 7 días)

- Se completarán o iniciarán esquemas de acuerdo a lo indicado para la edad. Los contactos íntimos asintomáticos con esquema de vacunación completo que hubieran recibido la dosis anterior más de 5 años antes deben recibir un refuerzo como triple bacteriana o doble bacteriana según la edad. Los contactos íntimos asintomáticos que tuvieran esquema incompleto (con menos de 3 dosis de toxoide diftérico) o cuyo estado de inmunización se desconoce, deben recibir una dosis y completar el esquema.

VIII.7.C. MEDIDAS ANTE BROTES

La vacunación es clave para prevenir casos y brotes. Ante la ocurrencia de uno o más casos autóctonos se recomienda implementar estrategias de vacunación, basadas en la epidemiología de la enfermedad, enfocadas en las áreas geográficas afectadas, lo cual puede implicar la vacunación de adultos. Inmunizar indiscriminadamente la población en riesgo, dando prioridad a las áreas y grupos de edad más afectados, lactantes y escolares, aquellos que no presenten esquema de vacunación completo o que no hubieran recibido 1 dosis de refuerzo en los últimos 5 años.

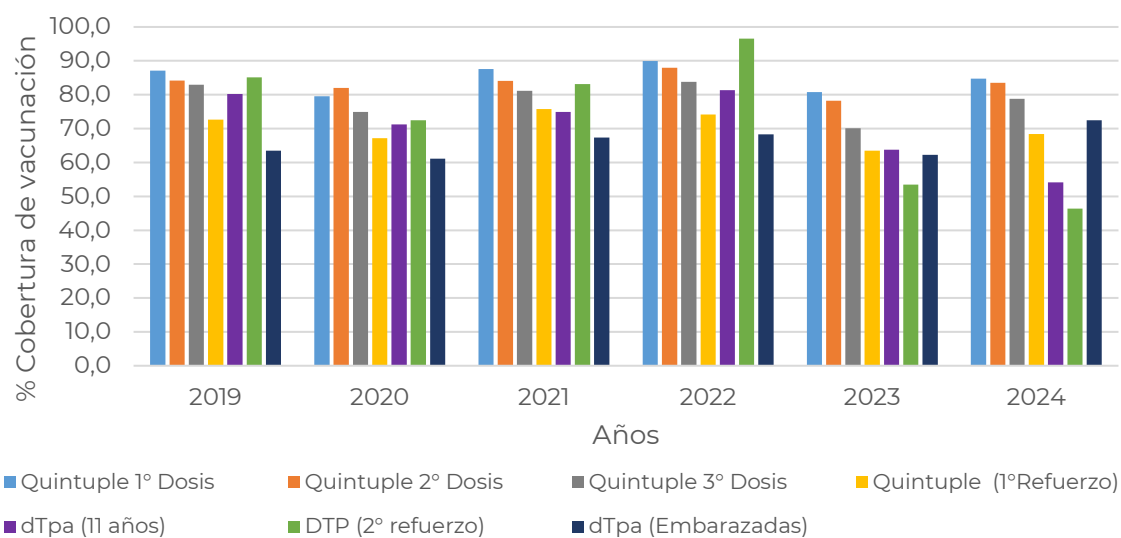
VIII.8. Cobertura de vacunación

Entre los años 2019 y 2024, las coberturas nacionales de las vacunas que incluyen el componente diftérico en sus diferentes formulaciones (pentavalente, DPT, dTpa y dT) se mantuvieron en valores constantes, con leves variaciones interanuales. Durante el período 2019–2022, la serie primaria (tres dosis de vacuna pentavalente en el primer año de vida) presentó niveles estables, cercanos al 80–85%, alcanzando su punto más alto en 2022.

A partir de 2023 se observó un descenso en los valores de las coberturas de los refuerzos aplicados a los 15–18 meses, al ingreso escolar y a los 11 años. Esta disminución coincidió con el **cambio en la modalidad de registro**, que pasó de la notificación **agrupada a la nominal**, proceso que pudo haber generado **subregistros transitorios** durante el primer año de implementación. En 2024 se evidenció una **recuperación**, en la mayoría de las series, aunque sin alcanzar los niveles previos.

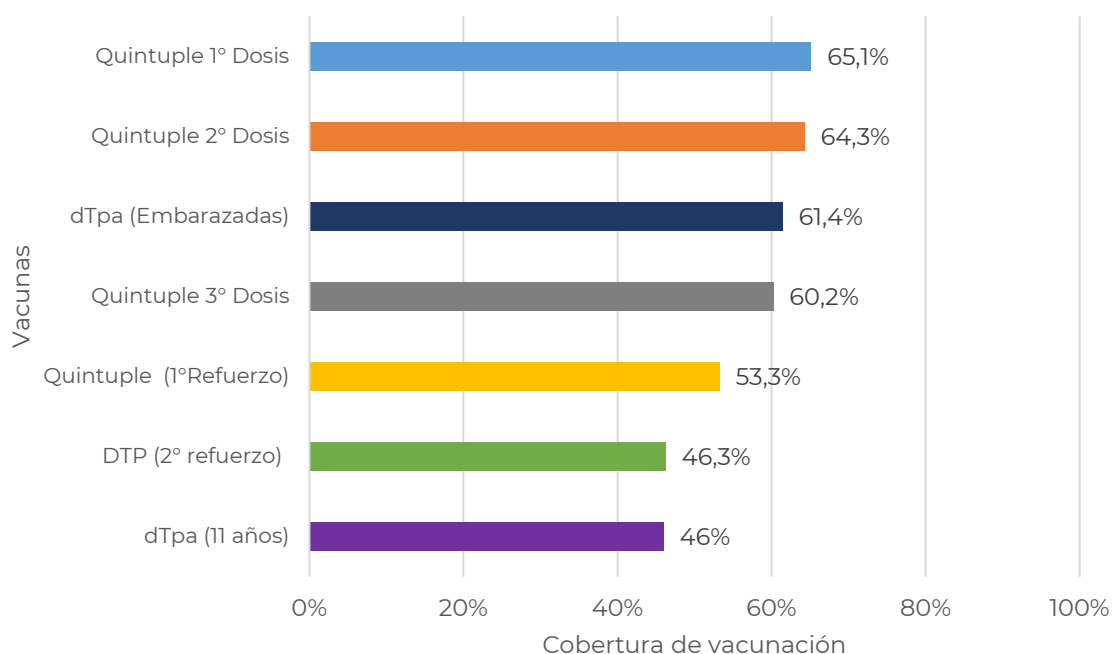
Por otra parte, las bajas coberturas de los refuerzos pueden aumentar la proporción de personas susceptibles en edad escolar y adolescentes, especialmente en contextos donde las coberturas históricas ya se encontraban por debajo del umbral recomendado para mantener la inmunidad comunitaria.

El mantenimiento de coberturas óptimas en los grupos de lactantes, garantiza la protección frente a las formas graves de la enfermedad, aunque, la inmunidad individual y colectiva depende de la aplicación sistemática de los refuerzos en edad escolar, adolescencia y adultez.

Gráfico 2. Cobertura de vacunación Difteria, Tétanos y Tétanos neonatal por año. Argentina. Periodo 2019-2024

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

Hasta el 22 de octubre de 2025 (SE 43), las coberturas nacionales de las vacunas que incluyen los componentes diftérico y tetánico presentan valores parciales de 65,1 % para la primera dosis de quintuple, 64,3 % para la segunda dosis, 60,2 % para la tercera dosis, 53,3 % para el refuerzo de quintuple, 46,0 % para DTP-R, 46,3 % para dTpa a los 11 años y 61,4 % para dTpa en embarazadas. Estos datos deben considerarse provisorios, dado que corresponden a registros en proceso de carga y consolidación nominal, y permiten un seguimiento preliminar del comportamiento de las coberturas durante el año en curso.

Gráfico 3. Cobertura de vacunación Difteria, Tétanos y Tétanos neonatal. Argentina. Año 2025

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

VIII.9. Vigilancia epidemiológica

Con respecto a la vigilancia epidemiológica de los eventos analizados, la información que se expone a continuación fue extraída del Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria. Al momento de la edición de este boletín, dichas normas se encuentran en un proceso de actualización, pero aún no fueron publicadas, por lo que, tiene validez la información en el último manual publicado.

Objetivos de vigilancia

- Realizar el seguimiento continuo de los casos de difteria, según los procesos establecidos, permitiendo generar información oportuna, válida y confiable para orientar adecuadas medidas de control y prevención del evento.
- Detectar la circulación en forma oportuna y orientar las medidas de control dentro de las primeras 72 horas a partir de la notificación.
- Realizar los estudios de laboratorio que permitan confirmar o descartar el diagnóstico.
- Detectar brotes en forma oportuna.
- Monitorear el impacto del programa de inmunizaciones y evaluar la necesidad de modificar o ajustar estrategias.

VIII.9.A. DEFINICIONES DE CASO

Caso sospechoso: toda persona que presenta cuadro agudo de infección orofaríngea, con presencia de pseudomembranas blanco-grisáceas adherentes, ocupando las amígdalas y pudiendo invadir otras áreas de la faringe nasofaringe o laringe, infección no respiratoria específicas de sitio, como mucosas (conjuntival, genital) o piel, con compromiso del estado general y fiebre moderada.

Caso compatible: toda persona que cumple con la definición de caso sospechoso sin muestra adecuada para su estudio por laboratorio ni nexo epidemiológico. El caso compatible es un error de la vigilancia epidemiológica.

Caso confirmado: todo caso sospechoso, confirmado por laboratorio (con aislamiento de agente etiológico productor de toxina) o por nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio. La toxigenicidad debe ser confirmada en el Laboratorio de Referencia Nacional mediante la Prueba de Elek para detección de producción de toxina diftérica.

Caso descartado: caso sospechoso con detección de *Corynebacterium* spp. con test de Elek negativo (cepa no toxigénica) o PCR negativa para el gen tox. En estos casos deben considerarse además el estado de inmunización del paciente, el tratamiento antimicrobiano previo y otros factores de riesgo.

VIII.9.B. DEFINICIONES DE BROTE

Notificación de la ocurrencia de uno o más casos autóctonos (no importados ni relacionados con la importación).

Fichas de notificación:

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha-tetanos-neonatal.pdf>

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-11/ficha-tetanos_0.pdf

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha-difteria.pdf>

Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación
Obligatoria:

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/msal-
manual_de_normas_y_procedimientos_de_vigilancia_y_control_de_eno_2022.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/msal-manual_de_normas_y_procedimientos_de_vigilancia_y_control_de_eno_2022.pdf)

ALERTAS
EPIDEMIOLÓGICAS
INTERNACIONALES

IX. Introducción

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

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

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

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

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

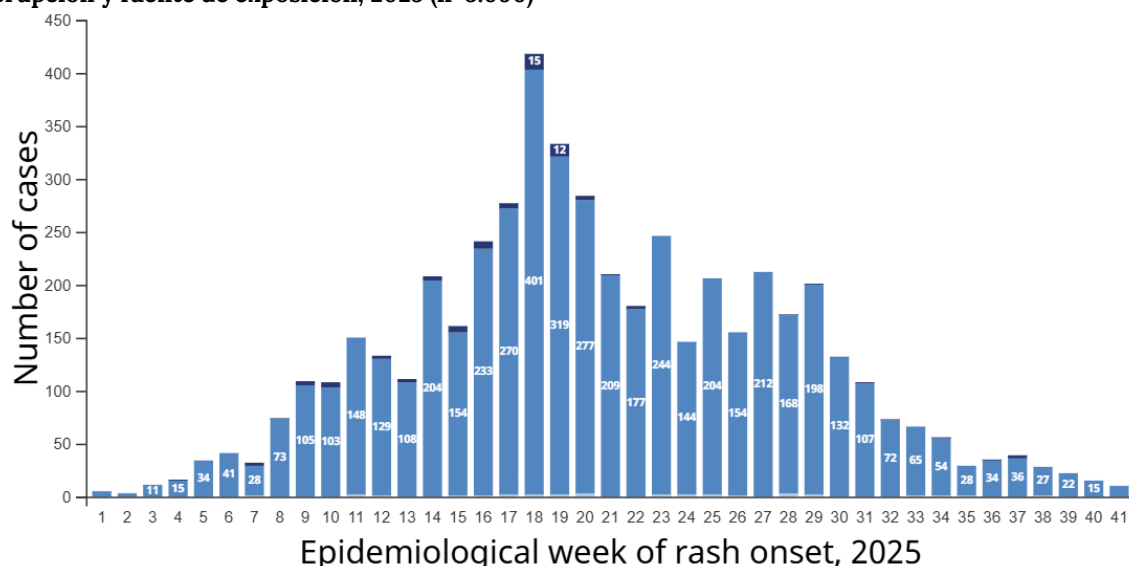
IX.1. Situación epidemiológica mundial y regional de Sarampión

IX.1.A. CANADÁ¹⁹

En 2025, se han notificado un total de 5.090 casos de sarampión (4.729 confirmados, 361 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 11 de octubre de 2025.

En la semana 41 (del 05 al 11 de octubre de 2025), se notificaron 30 nuevos casos de sarampión (30 confirmados y 0 probables) en 5 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Ontario y Saskatchewan).

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=5.090)



IX.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA²⁰

Al 21 de octubre de 2025, se notificaron un total de 1.618 casos confirmados de sarampión. De ellos, 1.595 casos han sido confirmados en 42 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arkansas, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming. Un total de 23 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

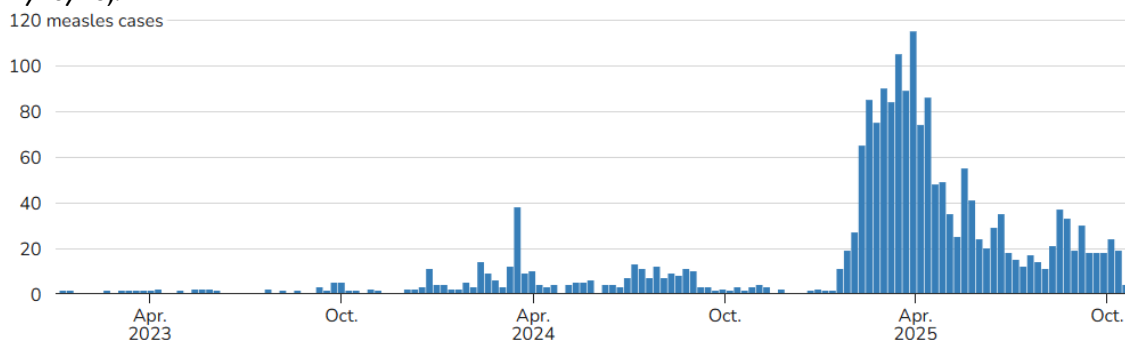
En 2025 se han notificado 43 brotes, y el 87% de los casos confirmados (1.401 de 1.618) están asociados a brotes. En comparación, durante 2024 se notificaron 16 brotes y el 69% de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a brotes.

¹⁹ <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>

²⁰ <https://www.cdc.gov/measles/data-research/>

En el 2025 hubo 3 muertes confirmadas por sarampión.

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2023-2025 (hasta 14/10/25).

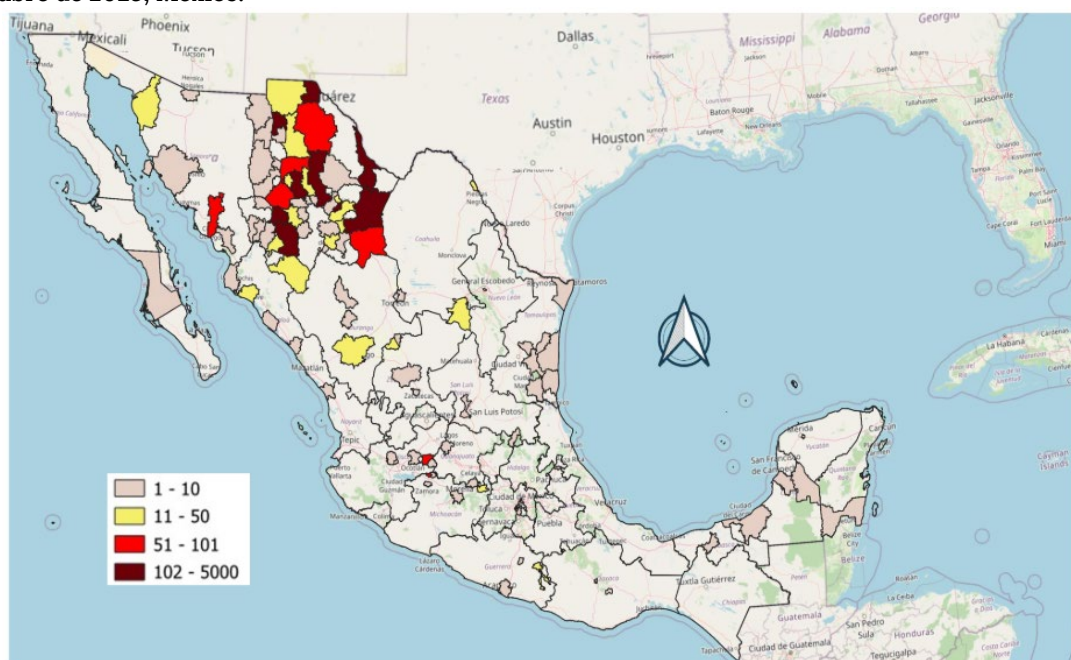


IX.1.C. MÉXICO²¹

Al 16 de octubre, se han reportado 4.948 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 17 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 25 estados y 120 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 23 fallecimientos.

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios de residencia, 16 de octubre de 2025, México.



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

²¹ <https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2025?idiom=es>

IX.1.D. PARAGUAY²²

Hasta la SE 40 se confirmaron 45 casos en el país.

Características de los 45 casos confirmados: 60% (27/45) del sexo femenino, rango de edad 3 meses a 54 años, principalmente en el grupo de 1 a 4 años. Desde el inicio del brote 7 requirieron hospitalización todos procedentes de San Pedro. A la fecha todos con alta médica. Ningún caso requirió cuidados intensivos. No se registraron fallecidos.

Vigilancia genómica: se identificó el genotipo D8 en San Pedro.

Hasta el momento Paraguay mantiene su estatus de país libre de sarampión gracias al cumplimiento sostenido de los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este reconocimiento se respalda en la ausencia de transmisión endémica del virus, la existencia de un sistema de vigilancia epidemiológica sensible y mejoras en la cobertura de vacunación con dos dosis de la vacuna SPR en la población objetivo.

²² https://dgvs.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2025/10/WEB-Sarampion-Paraguay_SE_40_03_10_2025.pdf

IX.2. Brote transfronterizo prolongado de Salmonella vinculado a tomates pequeños - Europa

Un brote prolongado de Salmonella Strathcona en varios países de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE) ha dado lugar a la notificación de 437 casos confirmados en 17 países de la UE/EEE entre el 1 de enero de 2023 y el 30 de septiembre de 2025. Italia, Alemania y Austria son los países más afectados de la UE, pero también se han notificado casos en el Reino Unido, Canadá y Estados Unidos.

Las investigaciones realizadas durante un período de tres años han identificado sistemáticamente los tomates como la probable fuente de infección. Investigaciones recientes realizadas en Austria en 2025 también identificaron tomates pequeños procedentes de Sicilia (Italia) como fuente de infección, lo que concuerda con los hallazgos de brotes anteriores en Italia (2024) y Austria (2023). Esta cepa de Salmonella Strathcona se ha detectado en la UE/EEE durante más de una década, y el primer brote se notificó en Dinamarca en 2011, también vinculado a los mismos tomates de Sicilia.

La autoridad italiana de seguridad alimentaria ha llevado a cabo investigaciones que incluyen un plan de muestreo para tomates comercializados a nivel nacional, inspecciones específicas y monitoreo ambiental. Se detectó S. Strathcona en una muestra de agua de riego recolectada en una planta de producción primaria, lo que confirma el papel del medio ambiente en la contaminación del producto.

Para evitar que se produzcan nuevos casos, se deben realizar más investigaciones para verificar si los tomates de Sicilia son el vehículo de infección de las infecciones recientemente notificadas y para orientar medidas de control efectivas durante el período (previo a la) cosecha, incluidas las fuentes de agua de riego.

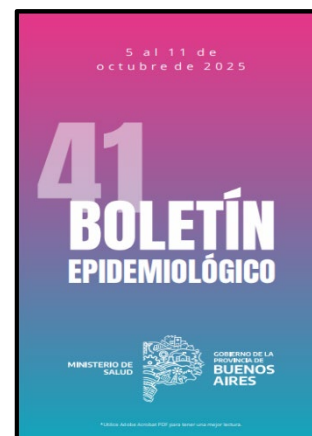
Fuente: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/prolonged-cross-border-salmonella-outbreak-linked-small-tomatoes>

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

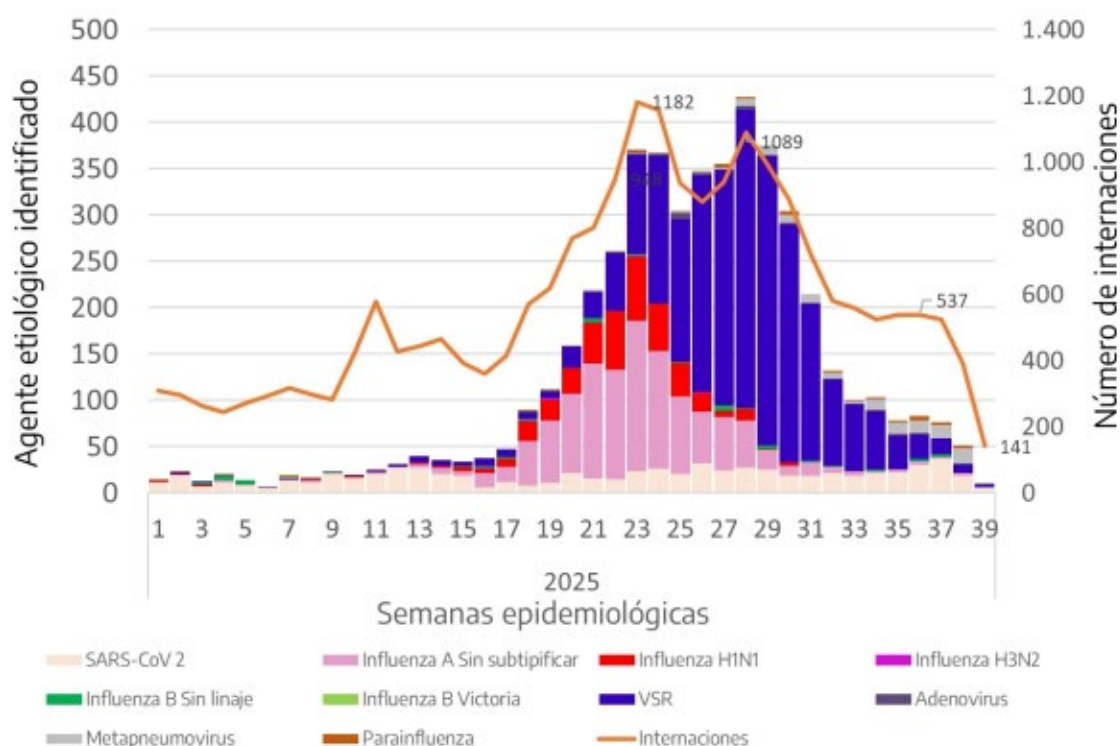
X. Boletines Jurisdiccionales

X.1. Buenos Aires: Internaciones por infecciones respiratorias aguda (IRA)

En la provincia de Buenos Aires entre mediados de agosto (SE 34) y principios de septiembre (SE 37) de 2025 se registró un amesetamiento de las internaciones por IRA que venían en descenso desde mediados de julio (SE 29). En la segunda semana de Octubre (SE 41) se registraron 44 internaciones por IRA.



Internaciones por IRA y agentes etiológicos hallados. PBA, año 2025.



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

Para más información:

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

X.2. Salta: Hepatitis A

Hasta la semana epidemiológica (SE) N° 41 del año 2025, se notificaron un total de 58 casos sospechosos de hepatitis A, de los cuales se confirmaron 13 por laboratorio y 3 por nexo epidemiológico. A continuación, se muestra la evolución del número de casos y tasa de incidencia por 100.000 mil habitantes durante el periodo 2010 hasta SE 41 del año 2025.



Casos confirmados de hepatitis a y tasa cada 100mil hab. periodo 2010 hasta se 41/2025. Provincia de Salta.



Fuente: Elaboración propia de Sala de situación la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

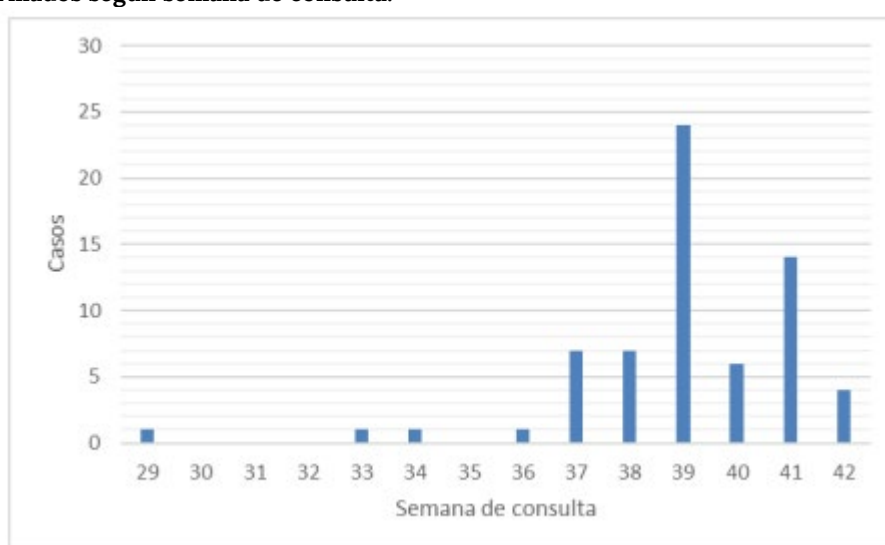
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

X.3. Tierra del Fuego: Brote de Coqueluche en Ushuaia

En la localidad de Ushuaia se encuentra en curso un brote de Coqueluche. Hasta el 16 de Octubre de 2025, se notificaron 171 casos y se confirmaron un total de 66 casos.



Casos confirmados según semana de consulta.



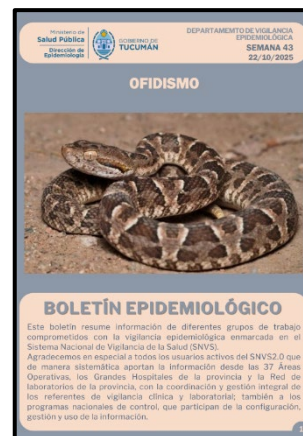
Fuente: SNVS 2.0 D.E.I.S. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.

Para más información:

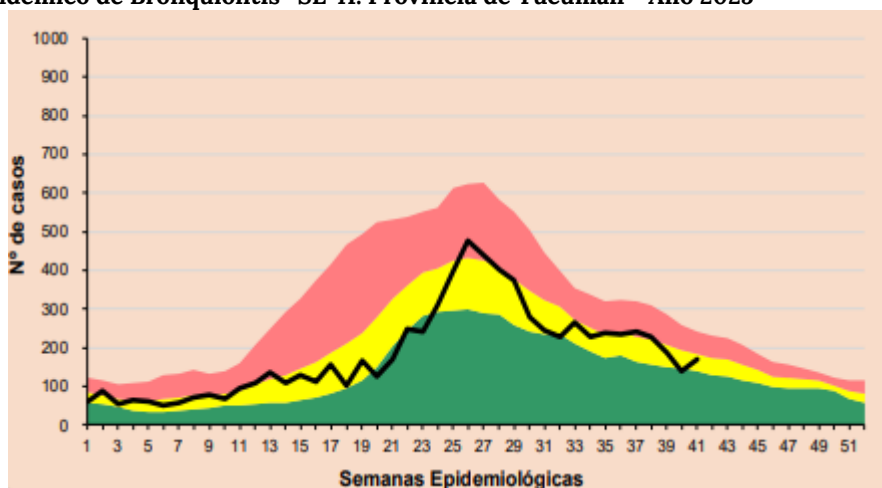
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/boletines-provinciales/>

X.4. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 41 se notificaron 169 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis- SE 41. Provincia de Tucumán - Año 2025



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **septiembre** 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
Octubre	Vigilancia de Varicela por laboratorio	Evento	Clasificación de caso	Clasificación de caso: “Caso confirmado VZV clado 1”, “Caso confirmado VZV clado 2”, “Caso confirmado VZV clado 3”, “Caso confirmado VZV clado 4”, “Caso confirmado VZV clado 5”, “Caso VZV confirmado por laboratorio sin especificar”, “Caso descartado por diagnóstico diferencial”
		Clínica	Signos y Síntomas	Se adiciona: “Fiebre”, “Pápulas”, “Máculas”, “Vesículas”, “Enantema”, “Diarrea”, “Costra”, “Síntomas respiratorios y pulmonares”, “Compromiso del Sistema Nervioso Central (SNC)”
			Diagnóstico Referido	Se adiciona: “No SNC - Varicela”, “SNC - Encefalitis”, “SNC - Meningitis”, “Otro”
			Comorbilidades	Se adiciona: “Inmunocomprometido no VIH”
		Laboratorio	Muestras	En tipo de muestra: “Humano-espacios estériles” Se adiciona: “Líquido cefalorraquídeo (LCR)”, en “Humano-

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
				lesiones específicas" se adiciona: "hisopado vesicular", en "Humano-espacios estériles" se adiciona: "Sangre"
			Determinaciones	Para la determinación "Detección de genoma de Virus Varicela Zoster", se adiciona la técnica: "PCR en tiempo real", para la determinación "Genotipificación de Virus Varicela Zoster" se adiciona "Secuenciación de Sanger".
			Resultados	Se adiciona: "Detectable", "No detectable", "VZV clado 1", "VZV clado 2", "VZV clado 3", "VZV clado 4", "VZV clado 5"
			Clínico	Se adiciona: "Fisicoquímico de LCR", "Albúmina (g/l)", "Glucemia (mg/dl)", "Glucorraquia (mg/dl)", "Rto de leucocitos en LCR/mm3", "Neutrófilos", "Linfocitos".
	Psitacosis	Epidemiológica	Vacunas	Se adiciona: "No vacunado contra varicela", "Vacunado contra varicela"
		Laboratorio	Determinación	Para la determinación: "ADN de Chlamydia psittaci", se adiciona la técnica: "rtPCR (CDS AEB55237.1)".
		Laboratorio	Determinación	Se agrega la determinación: "detección de genoma de Legionella pneumophila," y se adiciona la técnica: "PCR múltiple (Certest)", se agrega la determinación: "detección de genoma de Legionella pneumophila" y se adiciona la técnica: "PCR Múltiple (Eplex)", se agrega la determinación: "detección de genoma de

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
				Legionella pneumophila” y se adiciona la técnica: “PCR múltiple (otros)”.
	Fiebre tifoidea y paratifoidea	Epidemiología	Factores de riesgo	Se asocia al evento: “Consumo: Alimento o jugos adquiridos en locales de comida, ferias, comedores” y “Consumo: Frutas y vegetales crudos o sin lavar o lavados con aguas no seguras”.
	Brucelosis animal	Epidemiología	Factores de riesgo	Se adiciona: “Antecedente de aborto”, “Contacto con ganado vacuno o porcino”, “Contacto con ovejas y/o cabras”, “Consumo de restos de abortos”, “Contacto con perros sospechosos”, “Consumo de leche no pasteurizada o derivados lácteos artesanales”, “Hábitos callejeros”, “Contacto con otros perros”, “Hábitos domiciliarios con acceso al exterior de la vivienda”, “Hábitos domiciliarios sin acceso al exterior de la vivienda”.
	Fiebre amarilla (sospecha de epizootia)	Epidemiología	Factores de riesgo	Se adiciona: “Reside en Parque / Reserva”, “Reside en Zoológico”, “Reside en Centro de Rescate”, “Reside en zona rural”, “Reside en zona urbana”
		Clínica	Signos y síntomas	Se adiciona: “Deshidratación”, “Lesiones en piel”, “Lesiones oculares”, “Lesiones en mucosa”
	Leishmaniasis visceral canina	Clínica	Tratamiento	Se adiciona: “Pipetas spot on con permetrina más imidacloprid”, “Miltefosina”.
		Epidemiología	Factores de riesgo	Se adiciona: “Procedencia: Criadero/ familia”, “Procedencia: Importación”, “Procedencia: Procedencia

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
	Leptospirosis canina			Calle", "Procedencia: Refugio", "Traslados en los últimos dos años", "Presencia de aves en jaula y/o gallineros"
		Clínica	Tratamiento	Se adiciona: "Penicilina G benzatínica", "Amoxicilina", "Estreptomicina", "Doxiciclina"
		Epidemiología	Factores de riesgo	Se adiciona: "Contacto con otros animales enfermos", "Contacto con roedores", "Contacto con aguas recreacionales no seguras: laguna, río, pileta, etc", "Hábitos callejeros", "Contacto con otros perros", "Hábitos domiciliarios con acceso al exterior de la vivienda", "Hábitos domiciliarios sin acceso al exterior de la vivienda".
	Rabia animal	Clínica	Signos y síntomas	Se adiciona: "Anisocoria", "Vuelo de día", "Imposibilidad de volar", "Temblores", "Decúbito", "Mov. anormales en extremidades posteriores"
		Laboratorio	Resultado	Se asocia al evento: "No detectable" y se adiciona: "Virus rábico, variante antigénica 6"
		Epidemiología	Factores de riesgo	Se adiciona: "Búsqueda de personas expuestas al animal", "Búsqueda animales expuestos al animal", "VAR bloqueo en caninos de esa localidad", "VAR bloqueo en felinos de esa localidad"
	Sospecha de Brote de ETA	Laboratorio	Resultado	Se adiciona la opción: "Sapovirus (genogrupos I II IV V)"

XII. Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud 8° Edición



Herramientas básicas para la implementación de Salas de Situación de Salud. 8° Edición

Modalidad: Virtual Autoadministrada
Plataforma Virtual de Salud



**Disponible
del 2/9 al 10/12 de 2025**

Este curso brinda herramientas de gestión y de análisis para los equipos técnicos jurisdiccionales y servicios de salud que deseen trabajar con la estrategia de Salas de Situación

INSCRIPCIONES EN:



Consultas: cursos.direpizacion@gmail.com

Destinado a: Personal de salud que realiza tareas de vigilancia epidemiológica.

Duración: 30 horas

Formulario de inscripción: <https://forms.gle/kT3bxwU63PRaf9m77>