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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **781**

Semana epidemiológica 44
AÑO 2025
Desde 26/10 al 01/11
Fecha de publicación
10/11/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD · REPÚBLICA ARGENTINA

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. 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".

Coqueluche - Actualización informe epidemiológico
Del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y la Dirección de Salud Perinatal, Niñez y Adolescencias. Del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán": el Departamento de Epidemiología y el Servicio de Bacteriología Clínica.

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, Pisarra 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 forma más efectiva para prevenir la tos convulsa o Coqueluche es la vacunación que es parte del calendario nacional de vacunación. Foto creada mediante Inteligencia Artificial.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°781, SE 44.

I. Editorial BEN 780

A lo largo de estos meses, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) ha seguido afirmándose como un espacio donde la vigilancia en salud se piensa, se comunica y se ejerce de manera colectiva. Cada edición refleja el esfuerzo cotidiano de equipos nacionales y jurisdiccionales que transforman los datos en información útil, y la información en acciones. El boletín no es solo una publicación: es un ejercicio de construcción continua del sistema de vigilancia, que integra la mirada técnica con la gestión, la comunicación y el análisis.

En las primeras 42 semanas de 2025, se publicaron 218 informes, distribuidos en las secciones *Eventos Priorizados* (123), *Informes Especiales* (12), *Situaciones Emergentes* (23) y *Actualizaciones Periódicas de Eventos* (60). Esta última sección, incorporada desde el BEN 741, consolidó un modo de trabajo que combina la sistematicidad del seguimiento con la flexibilidad del análisis. En comparación con el mismo período del año anterior, cuando se habían elaborado 158 informes, el incremento de 60 informes adicionales no solo refleja un aumento en la productividad editorial, sino también una consolidación de los mecanismos de respuesta y de la articulación entre Nación y las jurisdicciones.

En los 60 informes de Actualización Periódica de Eventos, se caracterizaron 32 eventos diferentes, mostrando la amplitud de situaciones que integran la vigilancia de la salud a nivel nacional. Dos eventos fueron actualizados seis veces, otros dos cuatro veces, cuatro eventos tres veces, y otros cuatro en dos ocasiones, mientras que los 20 restantes se presentaron una única vez. Este ejercicio de seguimiento periódico permitió captar la evolución de cada problema con mayor sensibilidad temporal y territorial, favoreciendo la detección temprana de cambios en los patrones epidemiológicos. Además, muchos de estos eventos fueron llevados y trabajados en la Sala de Situación Nacional, donde se revisó la información y debatieron los hallazgos desde una perspectiva integral, fortaleciendo la interpretación colectiva y la toma de decisiones conjuntas.

El crecimiento del BEN no puede medirse solo en cantidad de informes, sino en la calidad del intercambio que propicia. Cada número es el resultado de una red que aprende y se adapta, que sostiene la vigilancia en contextos cambiantes y que apuesta por la transparencia como principio rector. La integración de fuentes, la periodicidad de los análisis y el diálogo entre disciplinas y niveles de gestión continúan siendo los pilares sobre los cuales se construye este espacio.

En esta nueva etapa, reafirmamos el compromiso de seguir produciendo un boletín cada vez más pertinente, accesible y participativo. La vigilancia es, ante todo, una práctica colectiva que se fortalece en el intercambio, la confianza y la continuidad. El BEN 780 es una nueva muestra de ese trabajo compartido, que busca no solo informar, sino también acompañar, interpretar y fortalecer la salud pública del 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.º 781 concentra esta semana el análisis detallado de la situación epidemiológica de coqueluche en Argentina, en un contexto de aumento sostenido de casos notificados y confirmados en distintas jurisdicciones del país. El informe incluye la distribución de casos por edad, región y tipo de confirmación, con un apartado especial sobre gravedad y hospitalización en menores de un año, grupo en el que se mantiene la mayor carga de enfermedad y letalidad.

Se presenta también un repaso de las **coberturas de vacunación** del esquema primario y refuerzos, con especial atención en las brechas detectadas durante los últimos años y su impacto en la transmisión comunitaria. El documento destaca la necesidad de fortalecer la aplicación oportuna de la vacuna triple bacteriana celular en lactantes y el refuerzo con vacuna acelular en embarazadas, como estrategias prioritarias de prevención.

El informe incluye un conjunto de **recomendaciones actualizadas para los equipos de salud del primer nivel de atención**, orientadas a la detección temprana de casos, la notificación inmediata en el SNVS 2.0 y el manejo clínico y epidemiológico de contactos. Asimismo, se profundiza en los lineamientos de vigilancia para la confirmación laboratorial por PCR y el uso de las definiciones de caso vigentes.

Junto con este análisis, el BEN 781 incorpora la actualización habitual de los principales eventos bajo vigilancia, con la **síntesis nacional de infecciones respiratorias agudas** en el cierre de la temporada 2025, los resultados recientes de la **vigilancia genómica de SARS-CoV-2**, y la **proyección de escenarios de dengue** para la temporada 2025-2026, con indicadores entomológicos de la red de sensores de oviposición y los índices larvarios registrados hasta la semana 45.

En el apartado internacional, se presentan las **alertas recientes de sarampión en América del Norte** y los brotes de **fiebre del Valle del Rift** en África occidental, junto con las medidas de vigilancia recomendadas por la OMS. Finalmente, el número incluye los **boletines jurisdiccionales destacados**, que continúan reflejando la producción técnica de los equipos provinciales y su aporte a la vigilancia integrada de la salud.

Contenido

I. Editorial BEN 780 **5**
II. Sobre este BEN **6**

TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS **9**
III. Tablas de ENO seleccionados **10**
III.1. Nota metodológica 10
III.1.A. Sobre la construcción de las tablas 10
III.1.B. Notas adicionales a tener en cuenta 11
III.2. Eventos nominales confirmados 11
III.3. Eventos nominales notificados y confirmados 13
III.4. Eventos agrupados clínicos 14
III.5. Eventos agrupados laboratoriales 16
III.5.A. Sobre la construcción de esta tabla 16

EVENTOS PRIORIZADOS **17**
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **18**
IV.1.A. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 18
IV.2. Síntesis de la información nacional destacada 19
IV.2.A. Vigilancia Clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 19
IV.2.B. Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados 20
IV.2.C. Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios 20
IV.2.D. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos 21
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 21
IV.3.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 21
IV.3.B. Neumonía 23
IV.3.C. Bronquiolitis 24
IV.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 26
IV.4.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 29
V. Vigilancia Genómica de SARS-CoV-2 **31**
V.1. Situación mundial 31
V.2. Situación nacional 32
VI. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **35**
VI.1.A. Subregión Cono Sur 35
VI.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026. 38
VI.2.A. Nota metodológica 38
VI.3. Situación de dengue en Argentina 40
VI.3.A. Inicio de temporada 2025/2026 40
VI.4. Situación epidemiología de otros arbovirus 42
VI.5. Vigilancia entomológica 44
VI.5.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición 44
VI.5.B. Evolución IPO e IDH SE32–SE45 (2025) 44
VI.5.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios 47

SITUACIONES EMERGENTES **52**
VII. Coqueluche - Actualización informe epidemiológico **53**
VII.1. Introducción 53
VII.2. Situación internacional 53
VII.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina 54
VII.3.A. Introducción 54
VII.3.B. Análisis de los casos notificados y confirmados 55
VII.3.C. Análisis según región y jurisdicciones 57
VII.3.D. Análisis según edad y gravedad 60

VII.4. Coberturas de Vacunación 60
VII.5. Recomendaciones para los equipos de salud del primer nivel de atención respecto a la Coqueluche 63
VII.5.A. Prevención y promoción de la vacunación 64
VII.5.B. Detección temprana 64
VII.5.C. Notificación y vigilancia 65
VII.5.D. Manejo clínico 65
VII.5.E. Control de contactos 66
VII.5.F. Sensibilización de la comunidad 66
VII.5.G. Medidas preventivas 66
VII.5.H. Medidas ante casos y contactos 67
VII.6. Vigilancia Epidemiológica 69
VII.6.A. Objetivos de la vigilancia 69
VII.6.B. Definiciones y clasificaciones de caso 70
VII.6.C. Notificación 71
VII.7. Consideraciones sobre el diagnóstico 71
VII.8. Nota Metodológica 72

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES 74
VIII. Introducción 75
VIII.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión 75
VIII.1.A. Canadá 75
VIII.1.B. Estados Unidos de América 76
VIII.1.C. México 77
VIII.2. Fiebre del Valle del Rift – Mauritania y Senegal 78
VIII.2.A. Descripción de la situación 78

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 81
IX. Boletines Jurisdiccionales 82
IX.1. Buenos Aires: Triquinosis 82
IX.2. CABA: Viruela Símica 83
IX.3. Salta: Hepatitis A 84
IX.4. Santa Fe: Coqueluche 85
IX.5. Tierra del Fuego: Varicela 86
IX.6. Tucumán: Enfermedad tipo Influenza (ETI) 87

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 88
X. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 89
XI. Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud 8° Edición 90

TABLAS DE **EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA** SELECCIONADOS

III. Tablas de ENO seleccionados

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

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

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

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

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

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

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

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

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

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

III.1. Nota metodológica

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

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

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

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

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

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

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

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

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

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

III.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 1-44. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-44	2025 Acumulados SE 1-44	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Enfermedades zoonóticas animales	Rabia animal	129	112	-17	-13%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	8.236	16.372	8.136	99%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	216	305	89	41%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	84	118	34	40%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	7	5	-2	-29%
	Cisticercosis	10	9	-1	-10%
	Escorpionismo o Alacranismo	3.484	5.961	2.477	71%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	386	681	295	76%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	24	37	13	54%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	8	14	6	75%
	Brucelosis	99	113	14	14%
	Hantavirosis	47	38	-9	-19%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	18	25	7	39%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1.298	1.328	30	2%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	13	25	12	92%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	5	24	19	380%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	9	45	36	400%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	6	1	-5	-83%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	9.814	9.814	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	622	622	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	488	488	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	1	1	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	11.632	15.078	3.446	30%

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

III.3. Eventos nominales notificados y confirmados

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

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-44. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-44		2025 Acumulados SE 1-44		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	3.918	172	3.988	456	70	2%	284	165%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	536	2	3.152	35	2.616	488%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)		0		0		N/A	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	2.085	772	2.358	761	273	13%	-11	-1%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	111	0	93	0	-18	-16%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	92.673	58.312	61.866	18.317	-30.807	-33%	-39.995	-69%
	Encefalitis de San Luis	286	1	431	0	145	51%	-1	-100%
	Fiebre amarilla humana	106	0	143	0	37	35%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	46	0	100	1	54	117%	1	N/A
	Zika	1.464	0	892	0	-572	-39%	0	N/A
Enfermedades Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	787	350	556	252	-231	-29%	-98	-28%
Enfermedades zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.945	49	1.975	190	30	2%	141	288%
	Psitacosis	194	32	520	99	326	168%	67	209%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	1.265	59	1.520	47	255	20%	-12	-20%
	Sífilis Congénita	2.374	978	865	850	-1.509	-64%	-128	-13%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	6	0	7	0	1	17%	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	2.092	1.950	1.564	1.322	-528	-25%	-628	-32%
	Sífilis en embarazadas	9.667	8.432	10.171	9.287	504	5%	855	10%
	Hepatitis B en embarazadas	85	55	112	44	27	32%	-11	-20%
Hepatitis virales	Hepatitis A	126	29	208	109	82	65%	80	276%
	Hepatitis B	2.564	605	3.058	653	494	19%	48	8%
	Hepatitis C	2.218	1.300	2.289	1.344	71	3%	44	3%
	Hepatitis E	49	7	50	5	1	2%	-2	-29%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	28.908	23.252	45.739	39.114	16.831	58%	15.862	68%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	1.268	1.207	1.993	1.908	725	57%	701	58%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	374	87	329	137	-45	-12%	50	57%

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

III.4. Eventos agrupados clínicos

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

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

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

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

Tabla 3. Tabla de agrupados clínicos. SE 1-44. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-44	2025 Acumulados SE 1-44	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmitidas por alimentos	Diarrea	626.140	619.295	-6.845	-1%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.421	1.989	568	40%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	951	660	-291	-31%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	113.370	85.745	-27.625	-24%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	1.042.624	1.055.793	13.169	1%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	71.543	67.475	-4.068	-6%
	Neumonía (sin especificar)	81.590	69.545	-12.045	-15%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	3	5.543	5.540	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	10	3.639	3.629	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	34	26.160	26.126	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	1.515	1.514	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	15	6.560	6.545	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	5	5.134	5.129	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	90	31.971	31.881	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	13	6.164	6.151	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	8	2.442	2.434	N/A
	Lesiones por electrocución	1	587	586	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	894	894	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	38	72.012	71.974	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	9	24.026	24.017	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	7	32.555	32.548	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	412	412	N/A
	Otras lesiones en el hogar	87	23.715	23.628	N/A

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

III.5. Eventos agrupados laboratoriales

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

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

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

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

Tabla 4. Tabla de eventos agrupados laboratoriales. SE 1-44. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-44		2025 Acumulados SE 1-44		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	3.951	216	3.230	200	-721	-18%	-16	-7%
	Infección por Mycoplasma genitalium	677	20	411	14	-266	-39%	-6	-30%
	Infección por Mycoplasma hominis	2.452	242	2.481	320	29	1%	78	32%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	13.914	364	6.520	410	-7.394	-53%	46	13%
	Infección por Trichomonas vaginalis	22.879	2.285	19.573	2.119	-3.306	-14%	-166	-7%

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.

Fe de erratas – Boletín Epidemiológico Nacional

En relación con los eventos publicados en ediciones recientes del *Boletín Epidemiológico Nacional*, se informan a continuación las siguientes correcciones:

Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): En las ediciones anteriores se identificó un error en la asignación de los datos: los casos de sarampión y rubeola fueron contabilizados de manera conjunta, generando un valor que corresponde al doble de lo que debería haberse informado de manera individual. Este error ha sido subsanado en la versión corregida del boletín.

Boletín Epidemiológico Nacional N.° 780, SE 43, Año 2025

Esta fe de erratas forma parte del compromiso del equipo editorial con la transparencia, la calidad de la información publicada y la mejora continua del sistema de vigilancia. Agradecemos la comprensión de las personas usuarias del boletín y reiteramos nuestra disposición para seguir fortaleciendo la confiabilidad y utilidad de este instrumento.

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

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.

IV.1.A. SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS[1]

Situación Regional: La actividad de influenza en las Américas se mantiene en niveles bajos, pero con una tendencia al alza. La circulación de VSR continúa descendiendo, así como SARS-CoV-2 que disminuye en la última semana epidemiológica (SE), con una positividad del 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 disminuye con respecto a la SE anterior, con una positividad del 9%. En el Caribe, la circulación de influenza se mantiene en niveles bajos, con una positividad del 5.5%. La actividad de VSR mantiene su aumento, alcanzando una positividad del 11.8%, sumado además, a un aumento de la circulación de SARS-CoV-2, con un 6.7% de positividad. En Centroamérica, la actividad de influenza mantiene niveles bajos de circulación, con una positividad del 5.3%. SARS-CoV-2 disminuye su circulación para esta semana (4.2% de positividad), mientras que VSR mantiene una tendencia ascendente y una positividad del 14.9%. En la subregión andina, la actividad de influenza A se mantiene en niveles bajos y un 5.2% de positividad. VSR disminuye esta semana a un 12% de positividad, mientras que SARS-CoV-2 aumenta levemente en comparación con la SE anterior, alcanzando una positividad del 8.3%. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza continúa su aumento (6.6% de positividad), con circulación principalmente de influenza A(H3N2). La circulación de VSR continúa disminuyendo, presentando una positividad del 1.8%, mientras que SARS CoV-2 se mantiene en niveles bajos, y con una tendencia hacia la mantención (6.1% de positividad). La circulación de otros virus respiratorios (OVR) se mantiene elevada y con una tendencia a la disminución a nivel regional.

América del Norte: La actividad de influenza y VSR se mantiene baja y estable en la subregión, con una positividad de 0.9% y 0.4% respectivamente. La actividad de SARS-CoV-2 luego de mantener una tendencia al aumento en la subregión, desciende a una positividad del 9%. Se observó un aumento de los casos ILI asociados en mayor proporción a SARS-CoV-2. Por otro lado, los casos de SARI se han mantenido estables en las últimas semanas y se han asociado con influenza y SARS CoV-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 influenza con una positividad del 5.6%. En cuanto a SARS-CoV-2,

[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

se observa una tendencia a la disminución con positividades de 9.2% en Canadá y 5.9% en México.

Caribe: La actividad de influenza, impulsada principalmente por la circulación concurrente de subtipo A(H1N1)pdm09 e influenza B, experimento un aumento en la última SE, con una positividad subregional del 5.5%. La circulación de VSR aumentó respecto a la SE anterior, con una positividad del 11.8%. Por su parte, la actividad de SARS-CoV-2 experimenta un aumento en la última SE, alcanzando una positividad subregional del 6.7%. Los casos de SARI muestran una tendencia a la disminución, asociados principalmente a influenza. En contraste, los casos de ILI presentan un leve incremento, también vinculados mayoritariamente a influenza seguido de SARS-CoV-2. Al analizar por país, se observa que la actividad de influenza tiene una tendencia al aumento en Belice y Republica Dominicana, por otro lado, presentaron una tendencia a la disminución Cuba, Haití, Jamaica, Islas Caimán y Guyana. En cuanto a VSR, la circulación disminuye en Cuba y Barbados en comparación con la SE anterior. También disminuye en Las Islas Caimán, pero mantienen una positividad alta (16.8%). En Belice, Haití, Surinam y San Vicente y las Granadinas se mantiene una baja circulación, mientras que, en República Dominicana, Jamaica, Santa Lucía y Guyana se observa un aumento, llegando a una positividad del 42.9%, 3.1%, 7% y 4% respectivamente. Respecto a SARS-CoV-2, la actividad disminuyó en Cuba y Surinam durante la última SE. Haití, Belice, Republica Dominicana y Santa Lucía mantienen una circulación baja y estable desde hace varias semanas. Jamaica mantiene una tendencia al aumento con una positividad del 6.7%, así como Barbados, Las Islas Caimán, San Vincent y las Granadinas y Guyana aumentan su circulación esta SE con una positividad del 15.6%, 7.8%, 6.2% y 0.1% respectivamente.

Centroamérica: La actividad de influenza mantiene su circulación al alza con una positividad del 5.3%, caracterizada por la circulación de influenza B. La circulación del VSR se mantiene elevada, con tendencia al aumento, y una positividad del 14.9%. La actividad de SARS-CoV-2 disminuye esta semana, con una positividad del 4.2%.

Países Andinos: La actividad de influenza A(H1N1)pdm09 disminuye respecto de la SE previa, con una positividad del 5.2%. La circulación de VSR disminuye, presentando una positividad del 7.6%. La actividad de SARS-CoV-2 aumenta esta SE alcanzando una positividad del 8.3%. Los casos de SARI se asocian principalmente a influenza.

Brasil y Cono Sur: La actividad de influenza en la subregión, asociada a influenza A(H3N2), continua su aumento, con una positividad del 6.6%. La circulación del VSR continúa disminuyendo, indicando una positividad del 1.8%. La actividad de SARS CoV-2 aumenta levemente esta SE con una positividad del 6.1%. La detección de casos SARI 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 ILI asociados a influenza seguido de SARS-CoV-2.

IV.2. Síntesis de la información nacional destacada

IV.2.A. VIGILANCIA CLÍNICA DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI), NEUMONÍA Y BRONQUIOLITIS

- Entre la semana epidemiológica 1 y 43 de 2025 se notificaron 1.074.286 casos de ETI, 155.551 casos de Neumonía y 144.072 casos de Bronquiolitis en menores de dos años. Las notificaciones de ETI y neumonía presentan tendencia ascendente entre las SE11 y 24, ubicándose en niveles elevados en relación con años previos. Las notificaciones de ETI se encuentran en niveles de brote entre las SE12 y 18, mientras que en neumonía se

puede 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.

IV.2.B. VIGILANCIA CENTINELA DE VIRUS RESPIRATORIOS PRIORIZADOS

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de **influenza** en ambulatorios, desde la SE12 se verificó un ascenso tanto del porcentaje de positividad como de las detecciones, con predominio de influenza A/H1N1, alcanzando los mayores niveles entre las SE 22 y 25. Posteriormente se observó un descenso sostenido, tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad. En las últimas semanas se registra un leve incremento en las detecciones y en la positividad, aunque los valores se mantienen en niveles bajos: en las SE 43 y 44 se notificaron 13 casos entre 166 muestras analizadas.

- Para **VSR**, no se registraron casos positivos entre las 123 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 43 y 44). 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. A partir de la SE 34 se observa un ligero ascenso en el número de casos y en el porcentaje de positividad, con un aumento más marcado en las últimas semanas. En las SE 43 y 44 de 2025 se notificaron 41 casos positivos entre 174 muestras estudiadas por PCR en UMA.

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE44 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 6.879 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3.340 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. A partir de la SE35, se registra un ligero incremento de IRAG con diagnóstico de SARS-CoV-2.
- En las últimas 4 semanas, entre los 491 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, 35 casos de SARS-CoV-2, 51 casos de VSR y 6 detecciones de influenza.

IV.2.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 (SE42 y 43)

se registraron un total de 106 detecciones de influenza, con predominio de detecciones 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 (42 y 43), se notificaron 130 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 43 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, que se acentúa en las últimas dos semanas (SE42 y SE43).

Durante la SE43/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, parainfluenza, influenza, VSR, metapneumovirus y adenovirus.

IV.2.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 (SE44) se detectaron 6 casos. Durante el año 2025 se registraron al momento 213 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 44 se registraron 6 personas internadas con este diagnóstico.

- Asimismo, en cuanto a los casos de COVID-19, las detecciones de SARS-CoV-2 en personas internadas se mantuvieron en valores bajos, con algunas oscilaciones a lo largo del año. En la SE 44/2025 se registraron 41 casos positivos internados. Se notificó 1 fallecimiento con este diagnóstico en la última semana.

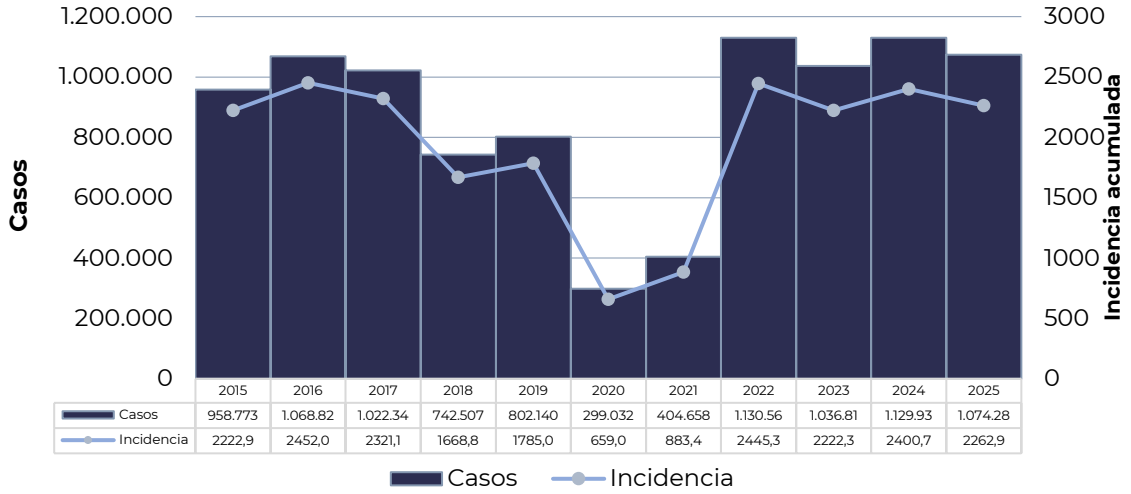
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

IV.3.A. ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre las SE 1 y 43 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.074.286 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2262,9 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registraron en 2022 (1.130.564 casos) seguido por 2024 (1.129.939), mientras que en 2020 y 2021 se reportó un nivel de casos inferior en comparación con los años previos. En el corriente año se registra un menor número de casos que los años 2022 y 2024, pero ligeramente superior a al registrado en 2016.

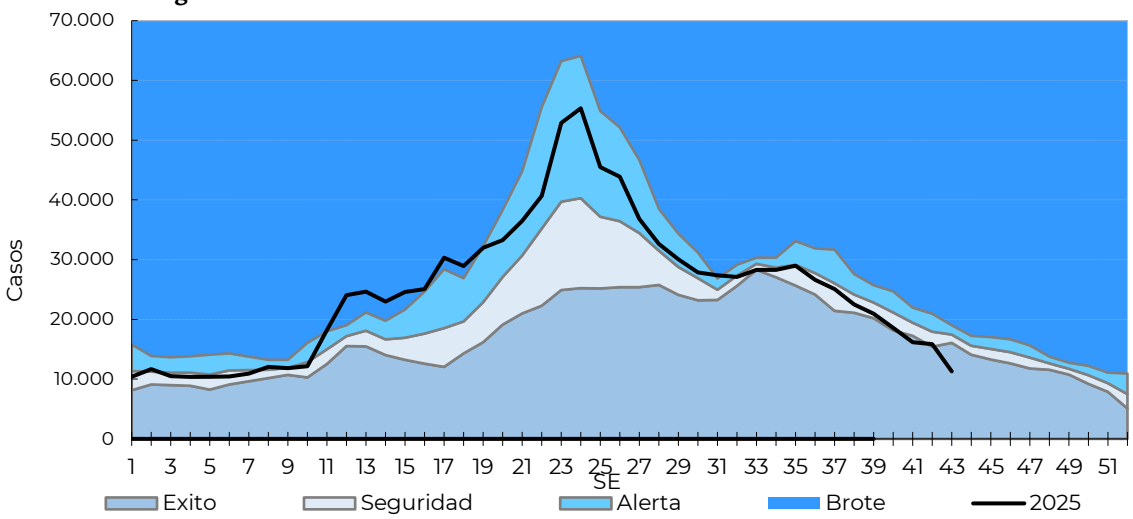
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE43. Argentina[2].



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

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 43 de 2025[3]. 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

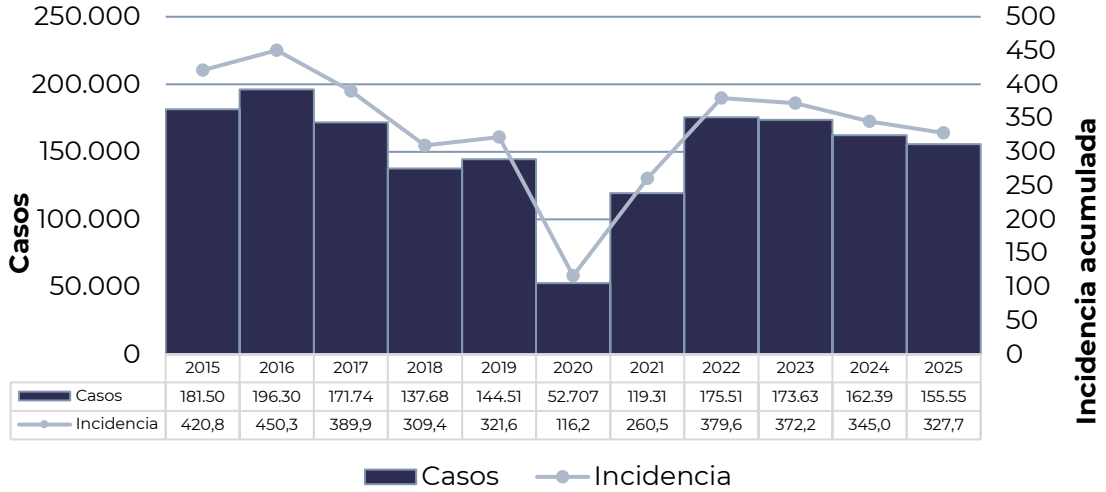
[3] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

IV.3.B. NEUMONÍA

Hasta la SE43 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 155.551 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 327,7 casos/ 100.000 habitantes.

Entre 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. SE43. Argentina.

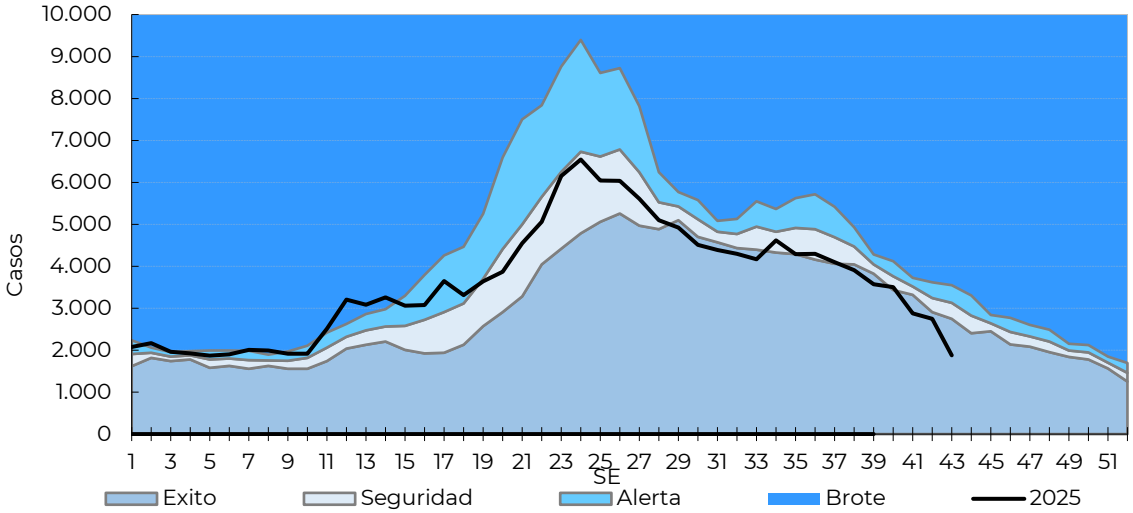


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	181.50	196.30	171.74	137.68	144.51	52.707	119.31	175.51	173.63	162.39	155.55
Incidencia	420,8	450,3	389,9	309,4	321,6	116,2	260,5	379,6	372,2	345,0	327,7

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 2025, las notificaciones de neumonía a nivel país, 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 43 de 2025[4]. 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].

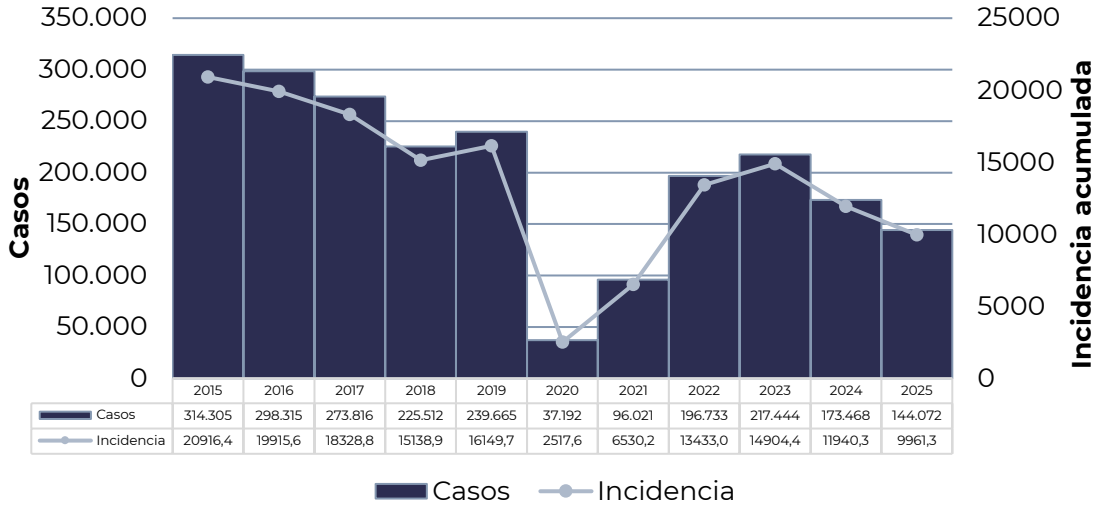
IV.3.C. BRONQUIOLITIS

Desde la SE01 a la SE43 de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 144.072 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 9961,3 casos/100.000 habitantes.

En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 43 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.

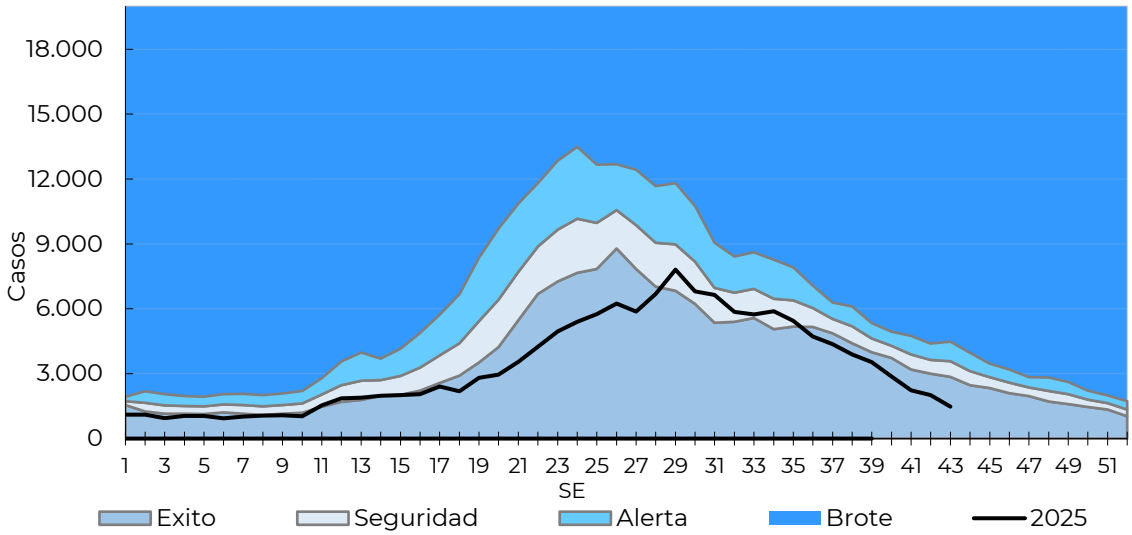
Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE43. Argentina.



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

En las primeras semanas del año 2025, las notificaciones semanales de bronquiolitis 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: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 43 de 2025[5]. Argentina.



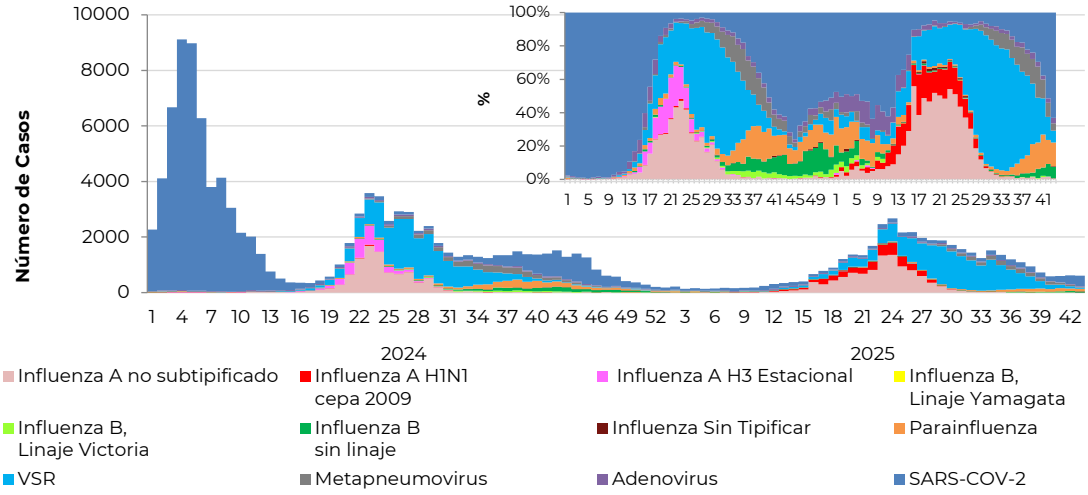
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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

IV.4. 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 a expensas 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, que se acentúa en las últimas dos semanas (SE42 y SE43).

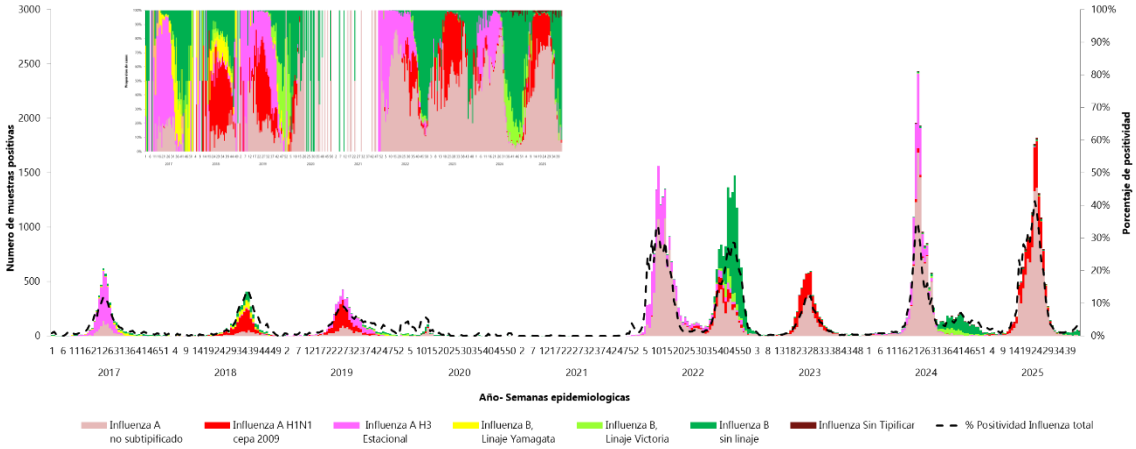
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE43/2025. Argentina.



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].

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 (SE42 y SE43) se notificaron 106 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- SE43/2025. Argentina.

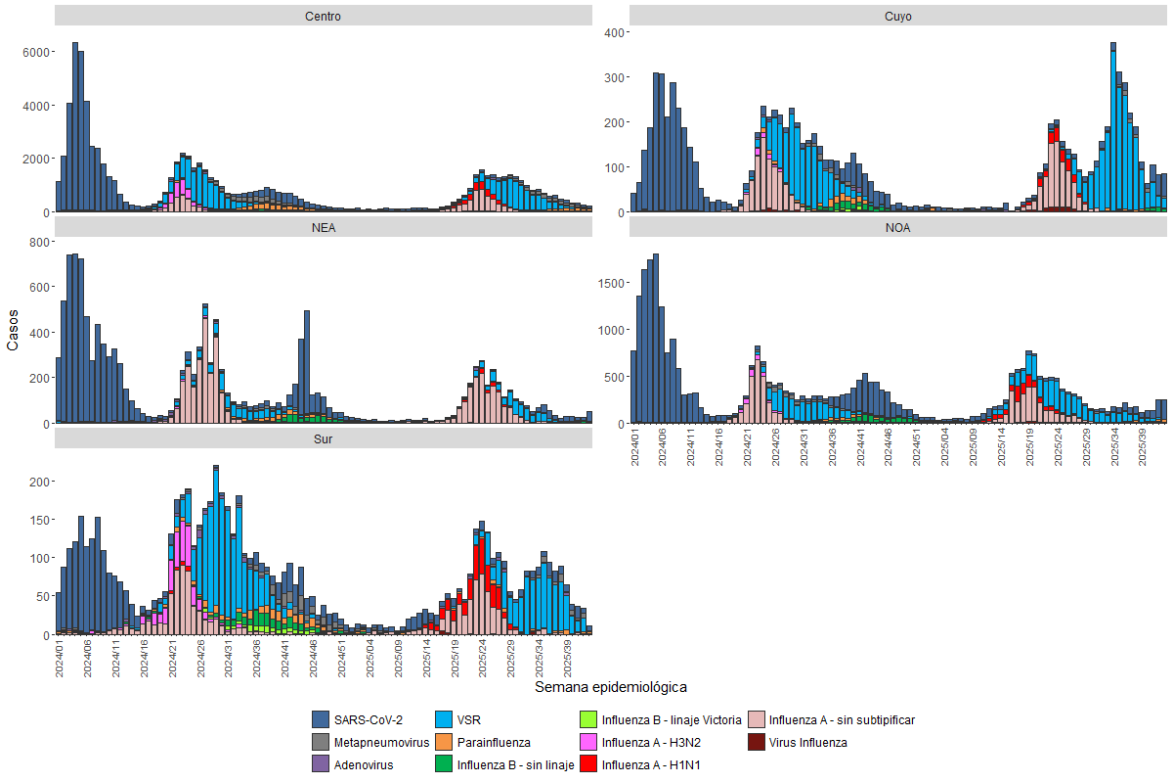


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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 SE43/2025. 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 43 semanas de 2025, los casos se mantuvieron en valores bajos, si bien se registra un ligero aumento desde la SE 34, que se acentúa en las últimas dos semanas (SE42 y SE43).

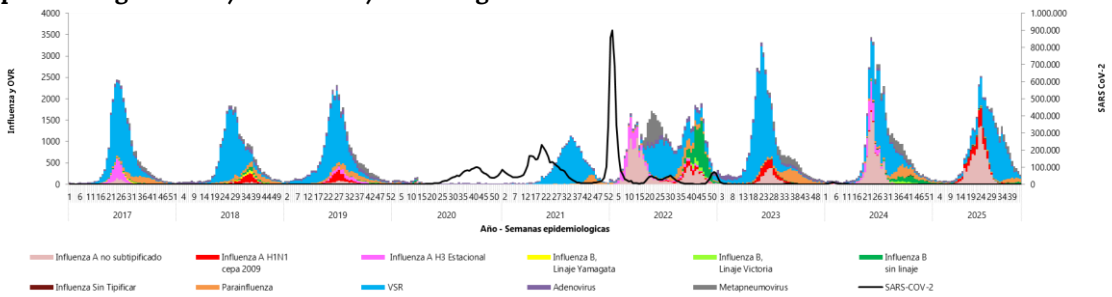
En relación con el **VSR**, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16/2024, alcanzando su máximo en la SE26, y tendencia descendente posterior. En 2025 se registra un nuevo ascenso de las detecciones desde la SE12, con inicio de la actividad estacional a partir de la SE20. El pico se verificó entre las SE29 y SE30, seguido de un descenso posterior. En las últimas 2 SE (42 y 43), se notificaron 130 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, alcanzando el mayor número de casos en la SE 37, seguido de un descenso sostenido hasta la SE 43. Adicionalmente, los casos de parainfluenza muestran un ascenso desde la SE35.

Durante la SE 43/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, parainfluenza, influenza, VSR, metapneumovirus y adenovirus.

Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE43/2025. 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.

IV.4.A. VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PERSONAS INTERNADAS Y FALLECIDAS

En el período comprendido entre las SE01 y SE44 de 2025 se notificaron 2.355 casos de SARS-CoV-2 en personas internadas, cifra que resulta un 61,3% 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 de valores bajos con algunas oscilaciones en lo que va de 2025. Para la SE44/2025 se registraron 41 casos hospitalizados con este diagnóstico.

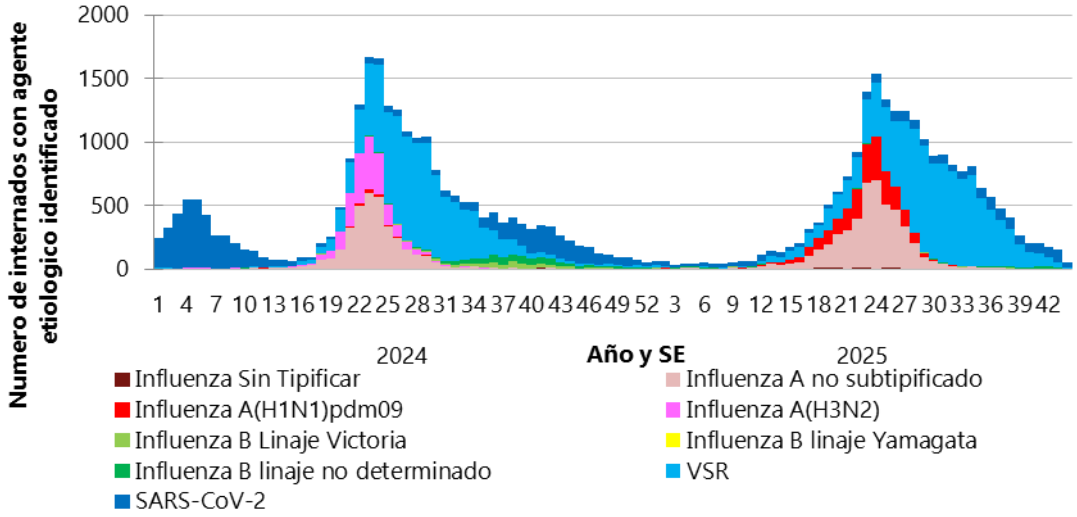
Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, entre las SE1 y 44 de 2025 se registraron un total de 7.453 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12, se verifica un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzaron el máximo en SE24, con tendencia descendente en las detecciones entre hospitalizados en las siguientes semanas. En la última SE, se detectaron 6 casos positivos para influenza en internados.

Entre los 7.453 casos de influenza notificados durante 2025, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 7069), con menor detección de influenza B (n= 260). De los casos de influenza A, 2312 cuentan con subtipificación, correspondiendo 2.295 a influenza A (H1N1) pdm09 y 17 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B, que predomina desde la SE36 en adelante, 35 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. A la fecha, 124 casos de influenza permanecen sin tipificar.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 11.291 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 (SE44/2025), se registran 6 casos de VSR en hospitalizados.

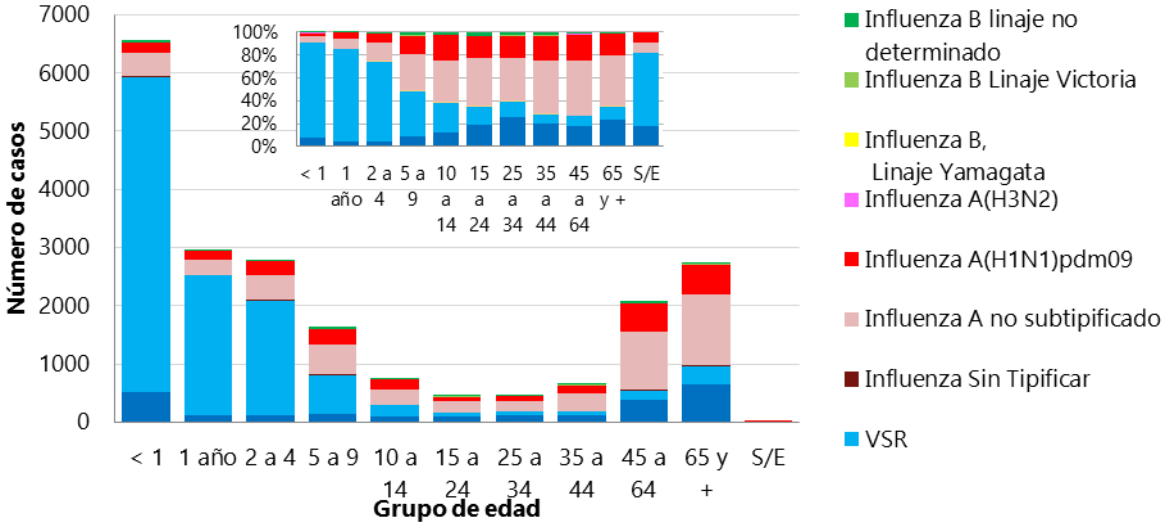
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE44/2025. Argentina.



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

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE44/2025, 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 SE44/2025.



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 213 fallecidos con diagnóstico de influenza[6]. Respecto a SARS-CoV-2, se registra 1 fallecimiento con este diagnóstico en la última SE.

V. Vigilancia Genómica de SARS-CoV-2

V.1. Situación mundial

Actualmente, la clasificación de la OMS incluye una variante de interés (VOI), JN.1, y cinco variantes bajo monitoreo (VUM): KP.3.1.1, XEC, LP.8.1, NB.1.8.1 y XFG [7],[8];[9] .

A nivel mundial, JN.1 representó el 15,3 % de las secuencias en la semana 22 de 2025, con una tendencia ascendente respecto a las semanas anteriores. La última evaluación de riesgo de JN.1 se publicó el 15 de abril de 2024, con una evaluación general de bajo riesgo para la salud pública a nivel mundial basada en la evidencia disponible [10].

Las 5 variantes bajo monitoreo enumeradas son todos linajes descendientes de JN.1. Entre ellas, NB.1.8.1, designada como VUM el 23 de mayo de 2025, presentó en la SE22/2025 una proporción de 24,9 %, con una tendencia al leve descenso a nivel global, permaneciendo como la variante de SARS-CoV-2 más frecuentemente reportada. De acuerdo a la evaluación de riesgo publicada, el riesgo adicional para la salud pública asociado a NB.1.8.1 se considera bajo a nivel global, de acuerdo con la evidencia disponible[11].

XFG, la VUM más recientemente designada, fue reportada al 22 de junio por 38 países. Entre las SE19 y 22 presentó un incremento significativo en la proporción global, pasando del 7,4 % al 22,7%. El ascenso en las proporciones de esta variante se registró en las tres regiones que comparten secuencias consistentemente a la plataforma GISAID: Región Pacífico Oriental, Región de las Américas y Región Europea.

Según la evaluación de riesgo a nivel mundial publicada el 25 de junio de 2025, considerando la evidencia disponible, el riesgo adicional para la salud pública se considera bajo[12]. **Si bien algunos países del Sudeste Asiático, que presentan las mayores proporciones de XFG, reportaron aumentos en casos y hospitalizaciones, no hay informes que sugieran que la gravedad de la enfermedad asociada sea mayor en comparación con otras variantes circulantes.**

En relación a las demás VUM, LP.8.1 mostró una leve disminución en su proporción global (39,0 % en la SE17 y 22,6 % en la SE22). XEC, la variante de SARS-CoV-2 previamente más frecuente, disminuyó en prevalencia, representando el 5,2% de las secuencias en la semana 22 de 2025

[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.
[7] COVID-19 epidemiological update – 12 de marzo de 2025. Disponible en https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports
[8] OMS- Tracking SARS-CoV-2 variants-. https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants
[9] Tomado de: https://www.who.int/publications/m/item/updated-working-definitions-and-primary-actions-for--sars-cov-2-variants
[10] Updated Risk Evaluation of JN.1, 15 April 2024. Tomado de https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/15042024_jn1_ure.pdf?sfvrsn=8bd19a5c_7
[11]WHO TAG-VE Risk Evaluation for SARS-CoV-2 Variant Under NB.1.8.1 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/23052025_nb.1.8.1_ire.pdf
[12] Initial Risk Evaluation of XFG, 25 June 2025. Tomado de: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/tracking-sars-cov-2/25062025_xfg_ire.pdf?sfvrsn=260a9981_4

frente al 11,0 % en la semana 19 de 2025. Las otras variantes bajo monitoreo siguen con tendencias descendentes a nivel global.

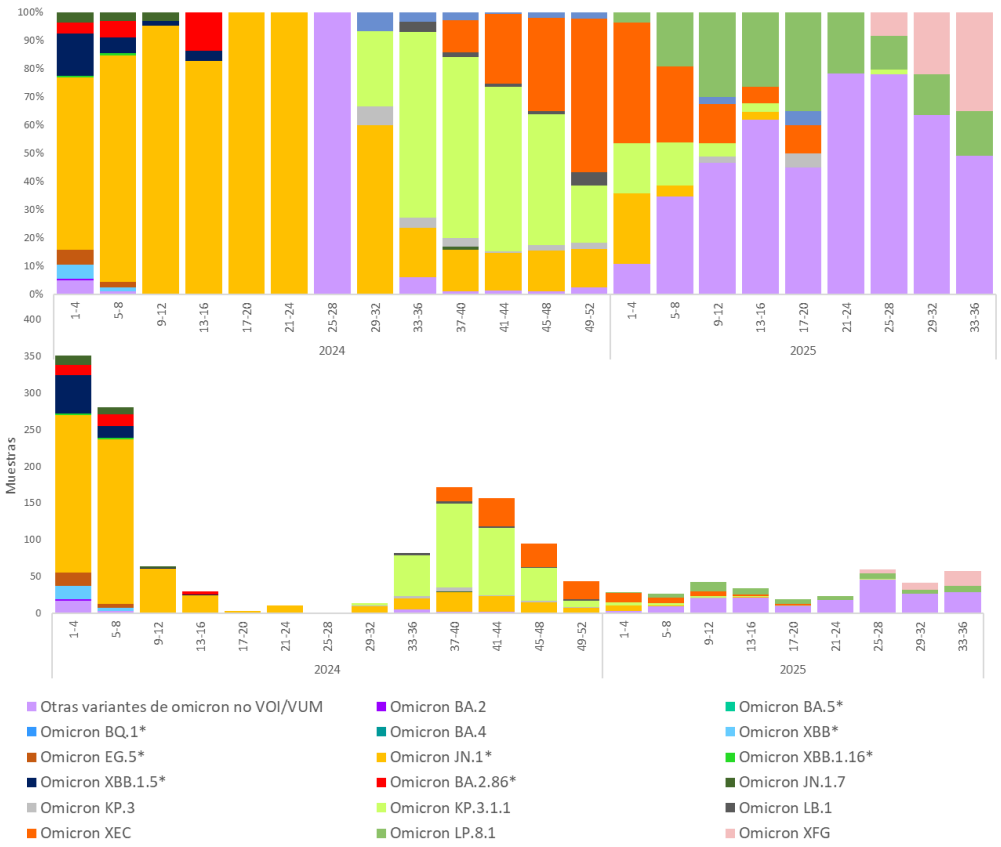
Las tasas decrecientes de pruebas y secuenciación a nivel mundial hacen que sea cada vez más difícil estimar el impacto de la gravedad de las variantes emergentes del SARS-CoV-2. Actualmente no se han reportado datos de laboratorio o informes epidemiológicos que indiquen cualquier asociación entre VOI/VUM y una mayor gravedad de la enfermedad.

V.2. Situación nacional

En Argentina, la situación actual de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Ómicron. En relación a esta, se verifica un predominio de las variantes de Omicron no VOI/VUM. En cuanto a las variantes de Omicron VOI/VUM, se detectaron casos de XFG y LP.8.1.

Durante el periodo de 8 semanas comprendidas entre la SE29 y 36 de 2025, se notificaron al SNVS 98 muestras analizadas por secuenciación genómica de SARS-CoV-2, de las cuales XFG se identificó en un 29,59% (n=29), seguida de LP.8.1 en un 15,31% (n= 15). Las restantes muestras secuenciadas, correspondieron a otras variantes de Omicron (no VOI, ni VUM).

Gráfico 1: Distribución absoluta y relativa de variantes identificadas según fecha de toma de muestra por cuatrisemanas. SE01/2024- SE36/2025. Total país[13].



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

Durante el período mencionado (SE29 a SE36), de acuerdo a la información disponible hasta el momento, el Laboratorio Nacional de Referencia de SARS-CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios —Servicio Virosis Respiratorias del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"— realizó la secuenciación de 161 virus detectados a partir de muestras recolectadas por los laboratorios integrantes de la Red Nacional de Virus Respiratorios, provenientes de 16 jurisdicciones: Buenos Aires, CABA, Catamarca, Chaco, Chubut, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Neuquén, San Juan, Santa Fe, Tierra del Fuego y Tucumán. A partir de las secuencias obtenidas, se observó que el 87.6% (n=141) correspondió a variantes recombinantes, siendo la mayoritaria la XFG con un 24.2% (n=39). La VUM LP.8.1* ocupa el tercer lugar en frecuencia con un 9.9% (n=16).[14]

[13] Datos sujetos a modificaciones en base a la información actualizada registrada por las Jurisdicciones.
[14] Algunas muestras procesadas en el Laboratorio Nacional de Referencia no se encuentran registradas en el SNVS al momento del cierre de este informe, debido a que aún está pendiente su derivación desde los establecimientos de origen

Notificación de Variantes de Interés al Sistema Nacional de Vigilancia SNVS2.0

La Variante de Interés (VOI) y las 5 Variantes bajo monitoreo (VUM) se encuentran incorporadas a las categorías en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, dentro del listado de resultados de laboratorio en el **Evento "Vigilancia genómica de SARS-CoV-2":**

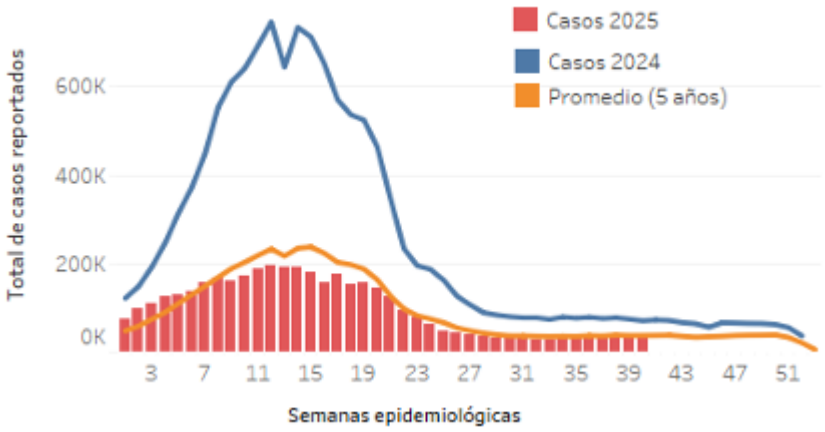
- Omicron JN.1*
- Omicron KP.3.1.1 (VUM)
- Omicron XEC (VUM)
- Omicron LP.8.1 (VUM)
- Omicron NB.1.8.1 (VUM)
- Omicron XFG (VUM)

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 27 de octubre.

A la semana epidemiológica (SE) 40 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,974,271 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 391 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 68% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 9% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 40.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 40 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 3,974,271 casos de dengue reportados en las Américas, 1,567,052 casos (39%) fueron confirmados por laboratorio y 6,568 (0.2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,994 muertes por dengue, para una letalidad del 0.050%.

18 países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 40. Estos países registran en conjunto 33,245 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 40.

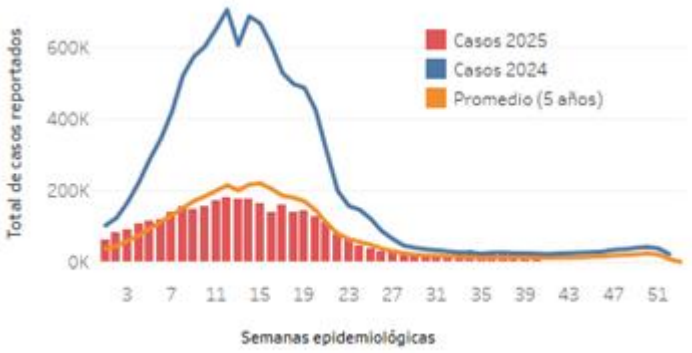
Del total de casos registrados en la SE 40, 43 fueron clasificados como dengue grave (0.2%), y se reportaron 5 muertes. para una letalidad de 0.015%.

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 25,250 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 40. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 67% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 5% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

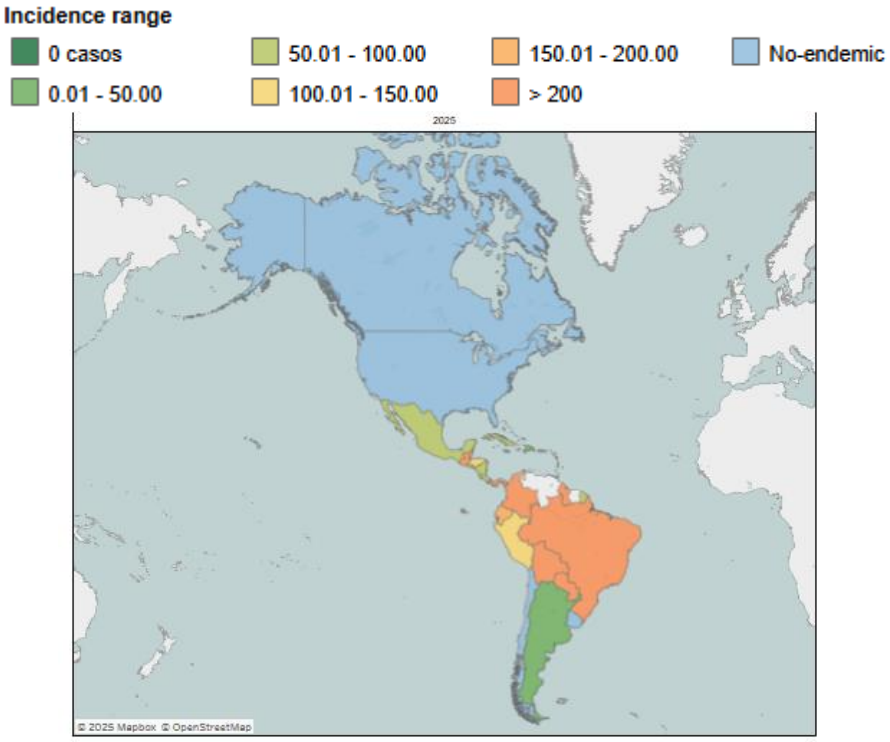
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 40, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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

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

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



Fuente: Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud. Datos reportados por Ministerios e institutos de Salud de los países y territorios de la región.[15]
NOTA METODOLOGICA:
1. Números de casos reportados de fiebre por dengue. Incluye todos los casos de dengue: sospechosos, probables, confirmados, no-grave, grave y muertes.
2. Población: total de habitantes para ese País o Territorio según las proyecciones de Naciones Unidas.

[15] https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics/indicadores-dengue-en/dengue-nacional-en/254-dengue-incidencia-en.html

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[16] y el ARBO-portal[17] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 06/11/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 43/2025 se han reportado 3.520.062 casos de dengue, con 1.690 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 65% respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se notificaron 233.042 casos, un 43% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 114 muertes por este evento. Respecto al zika, hasta la SE 42 se han registrado 22.537 casos, lo que representa una disminución del 44% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 40 se confirmaron 11.978 casos, un 44% más que en igual período de 2024, con 5 defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 43/2025, se han reportado 31.885 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 5.577 casos, un aumento de 13 veces el valor del año previo, con 4 defunciones por este evento. Asimismo, se notificaron 1.024 casos de zika, cinco 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 43/2025, se han reportado 25.784 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 43/2025, se han notificado 36.761 casos de dengue, un 86% menos que el mismo periodo de 2024, con 52 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 40 se notificaron 81 casos, un valor similar al del año previo, sin defunciones para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 40 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 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).

La Organización Panamericana de la Salud emitió una alerta epidemiológica sobre Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas18, debido a que en 2025 se han reportado brotes de chikungunya en varias regiones del mundo. En las Américas, distintos países notificaron un

[16] Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: PAHO/WHO Data - Topics
[17] Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: Enfermedad por virus Oropouche - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud
[18] 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

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

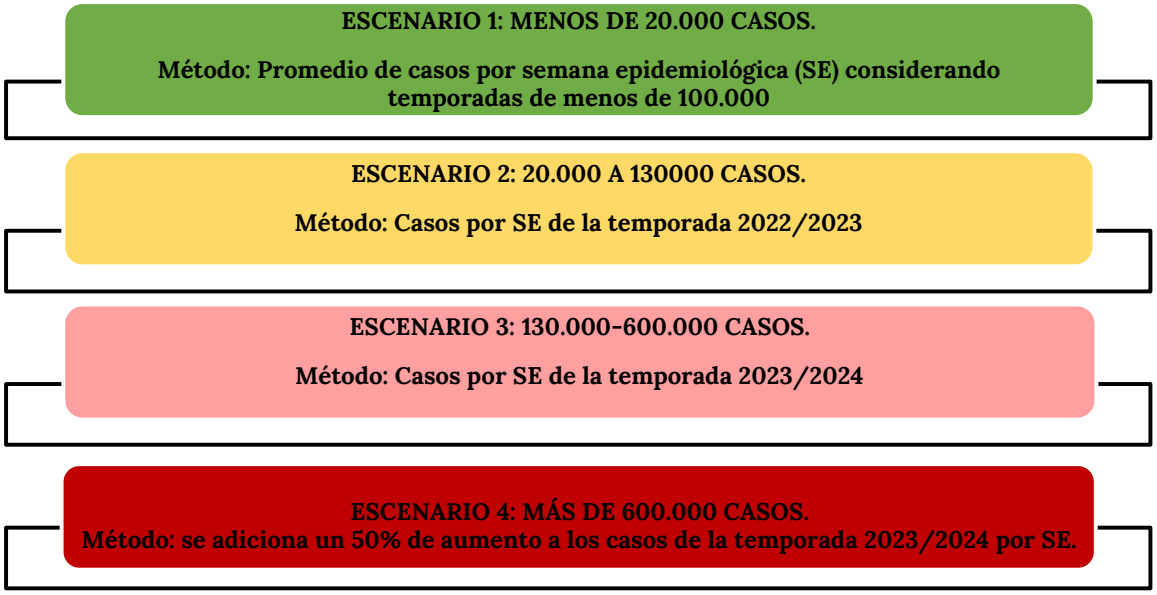
La estimación de **escenarios nacionales** para la próxima temporada de dengue se realizó mediante el análisis comparativo de curvas epidémicas históricas por semana epidemiológica (SE), tomando como referencia temporadas con distinta magnitud en el número de casos notificados en Argentina. Para cada 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.

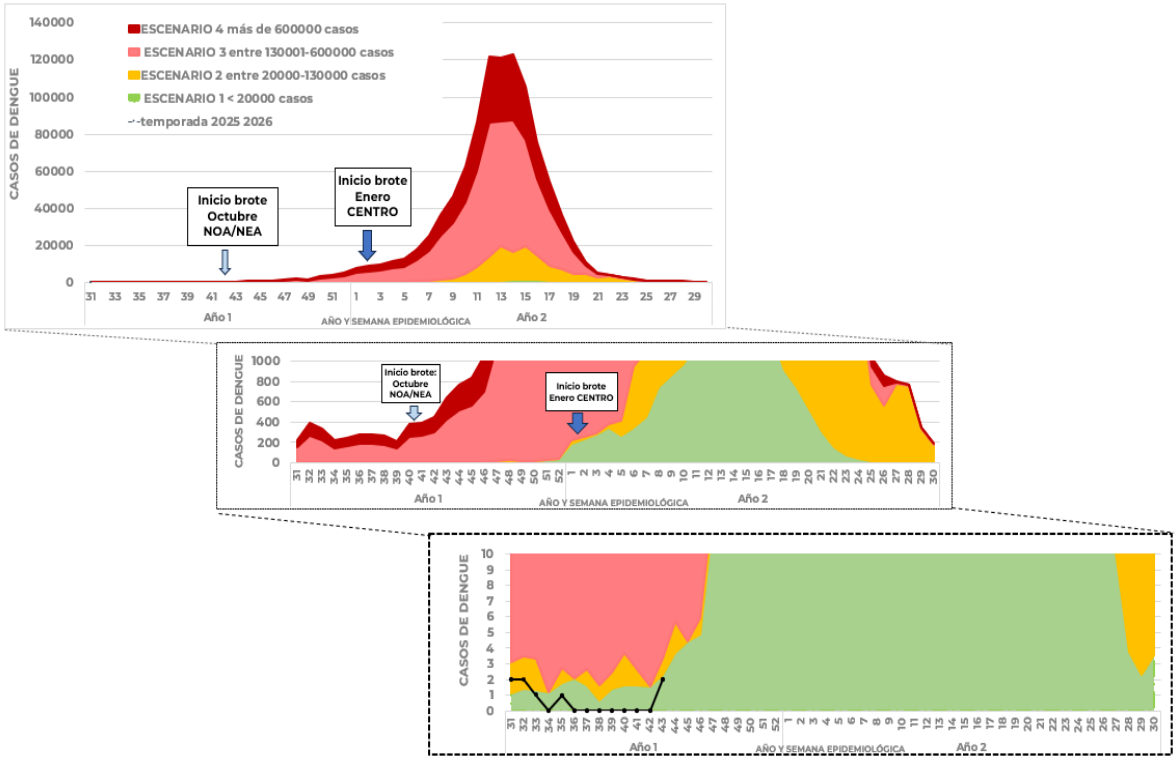
En el último gráfico (detalle en zoom) se proyectan los casos de la temporada 2025-2026 en los diferentes escenarios. Entre las SE31 y SE44 se notificaron 8 casos confirmados de dengue, de los cuales 5 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar 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.

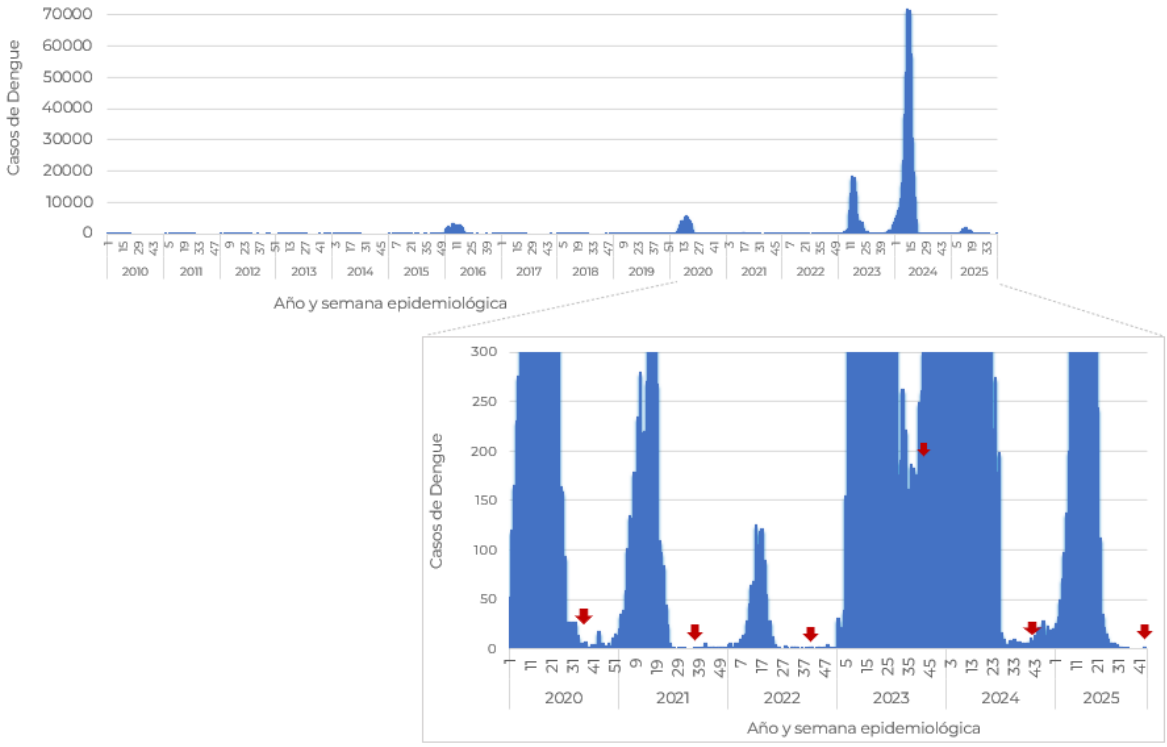
La definición operativa de temporada permite estructurar la vigilancia en un marco temporal en consonancia con la dinámica de transmisión, facilitando el análisis comparativo entre períodos y la planificación de las acciones de prevención y control. En este sentido, la temporada de dengue en Argentina 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 SE44/2025, 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 dengue[19] según semana epidemiológica. Años 2010-2025 y detalle 2020-2025 con referencia (flecha roja) a la SE 44. 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 mínima[20], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 3166 casos sospechosos de dengue, de los cuales 8 fueron confirmados por laboratorio (Tabla 1):

- 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
- un caso con antecedente de viaje a Paraguay notificado por Provincia de Buenos Aires (Escobar)
- un caso con antecedente de viaje a Cuba notificado por Entre Ríos (Colón).
- un caso con antecedente epidemiológico en estudio notificado por Provincia de Buenos Aires (San Isidro).

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE44/2025 se notificaron 390 casos sospechosos de dengue. Es importante destacar que estos eventos

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

pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE44/2025. 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	2	7	1	2	157	35	204
CABA	0	1	2	0	44	24	71
Córdoba	0	13	0	0	313	17	343
Entre Ríos	0	0	1	0	25	5	31
Santa Fe	0	0	0	0	197	23	220
Total Centro	**2**	**21**	**4**	**2**	**736**	**104**	**869**
Mendoza	0	0	0	0	12	1	13
San Juan	0	0	0	0	7	0	7
San Luis	0	0	0	0	10	2	12
Total Cuyo	**0**	**0**	**0**	**0**	**29**	**3**	**32**
Chaco	0	5	0	0	209	8	222
Corrientes	0	0	0	0	11	3	14
Formosa	2	1	0	0	1365	0	1368
Misiones	0	0	0	0	86	2	88
Total NEA	**2**	**6**	**0**	**0**	**1671**	**13**	**1692**
Catamarca	0	1	0	0	36	0	37
Jujuy	0	0	0	0	59	3	62
La Rioja	0	0	0	0	26	2	28
Salta	0	0	0	0	114	9	123
Santiago del Estero	0	0	0	0	31	4	35
Tucumán	0	15	0	1	225	10	251
Total NOA	**0**	**16**	**0**	**1**	**491**	**28**	**536**
Chubut	0	0	0	0	4	1	5
La Pampa	0	0	0	0	17	1	18
Neuquén	0	0	0	0	4	0	4
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	7	0	7
Tierra del Fuego	0	0	0	0	3	0	3
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**35**	**2**	**37**
Total País	**4**	**43**	**4**	**3**	**2962**	**150**	**3166**

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 epidemiología 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 SE44/2025).

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 82 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 SE44/2025. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo Occidental		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	7	0	10	0	9	0	5	0	5	0	2
CABA	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Córdoba	0	109	0	9	0	13	0	92	0	0	0	0
Entre Ríos	0	5	0	0	0	2	0	4	0	0	0	0
Santa Fe	0	14	0	14	0	12	0	12	0	10	0	0
Total Centro	**0**	**135**	**0**	**33**	**0**	**38**	**0**	**113**	**0**	**15**	**0**	**2**
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	32	0	20	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	15	0	11	0	3	0	0	0	3	0	4
Total NEA	**0**	**47**	**0**	**31**	**0**	**3**	**0**	**0**	**0**	**3**	**0**	**4**
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	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Salta	0	31	0	28	0	28	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	2	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0
Tucumán	0	5	0	5	0	10	0	0	0	0	0	3
Total NOA	**0**	**40**	**0**	**36**	**0**	**39**	**0**	**3**	**0**	**13**	**0**	**4**
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	1	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**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**2**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**0**	**226**	**0**	**102**	**0**	**82**	**0**	**124**	**0**	**36**	**0**	**10**

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).

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:

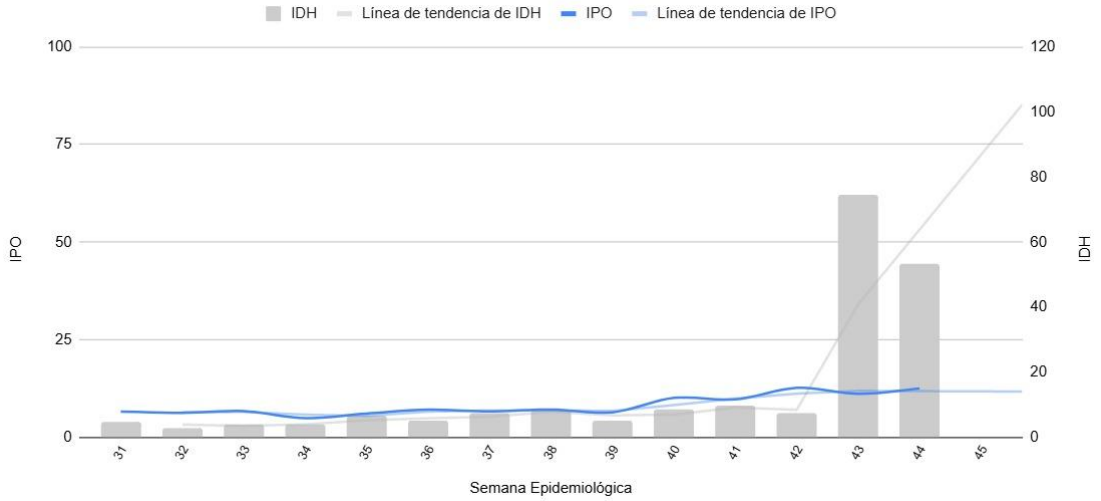
- Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO): Expresa la relación entre sensores positivos y examinados, estimando el riesgo entomológico. Este índice permite categorizar el riesgo como bajo (IPO < 40%), moderado (IPO entre 40% y 70%) o alto (IPO > 70%).
- Índice de Densidad de Huevos (IDH): Mide la relación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

VI.5.B. EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32–SE45 (2025)

Durante el período de menores temperaturas, las jurisdicciones de las regiones Cuyo y Sur discontinúan la vigilancia entomológica y la misma se retoma paulatinamente durante la primavera. A partir de esta SE vuelven a publicarse los índices entomológicos de la región Sur, aunque solo de algunas de sus jurisdicciones. Por el momento, no se publicarán gráficos a nivel nacional dado que, por lo anteriormente expuesto, el registro no resulta aún representativo de lo que ocurre con la dinámica de *Aedes aegypti* en nuestro país.

Desde la 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 (Gráfico 1). A partir de la SE 42, se observó un ascenso del IPO hasta superar el umbral del 20% que se mantuvo hasta la actualidad. Por su parte, el IDH mantuvo valores bajos (alrededor del 10%) hasta la SE 42. Durante las últimas dos semanas, el IDH mostró un fuerte aumento, superando el umbral del 50%, evidenciando una mayor productividad reproductiva de las hembras (Gráfico 1). A pesar de que las condiciones ambientales de temperatura y humedad resultan más favorables para la actividad de la especie, se observa en la región NEA un patrón De 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.

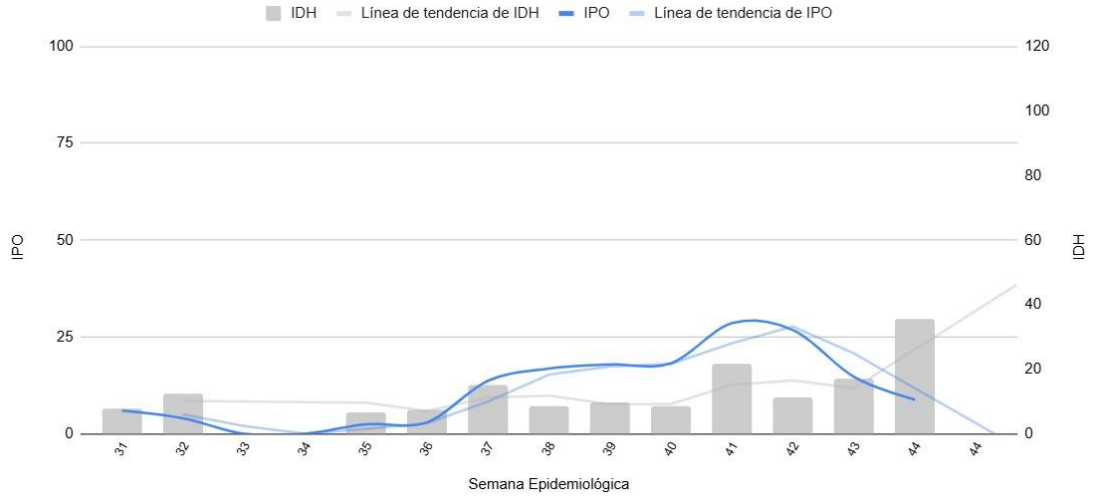
Gráfico 1. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2025)- SE 44 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia de la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores 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 medio de la región aumentó hasta alcanzar valores cercanos al 30% correspondiente al límite superior del intervalo de riesgo entomológico bajo. Posteriormente, el IPO mostró un nuevo descenso en las SE 43 y 44, aunque los valores mostrados podrían modificarse por la carga retrospectiva de datos. Es importante destacar que, durante las últimas semanas, algunas de las jurisdicciones monitoreadas evidenciaron un IPO elevado coincidente con riesgo entomológico moderado o alto. El IDH acompañó en términos generales las variaciones del IPO, aunque en la última semana mostró un aumento hasta alcanzar valores cercanos al 40%. 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 34.

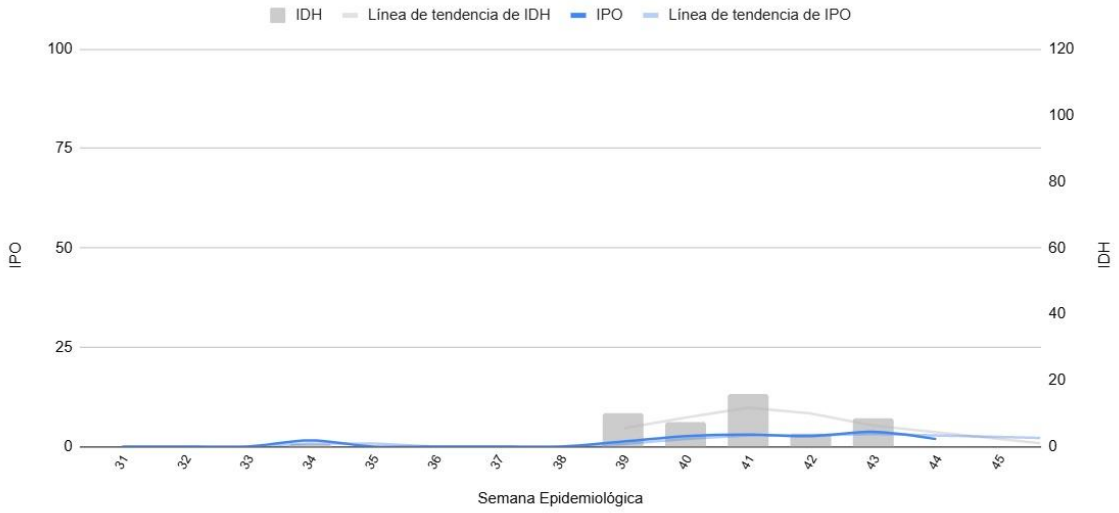
Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2025)- SE 44 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia de la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores a partir de datos de la RNVE

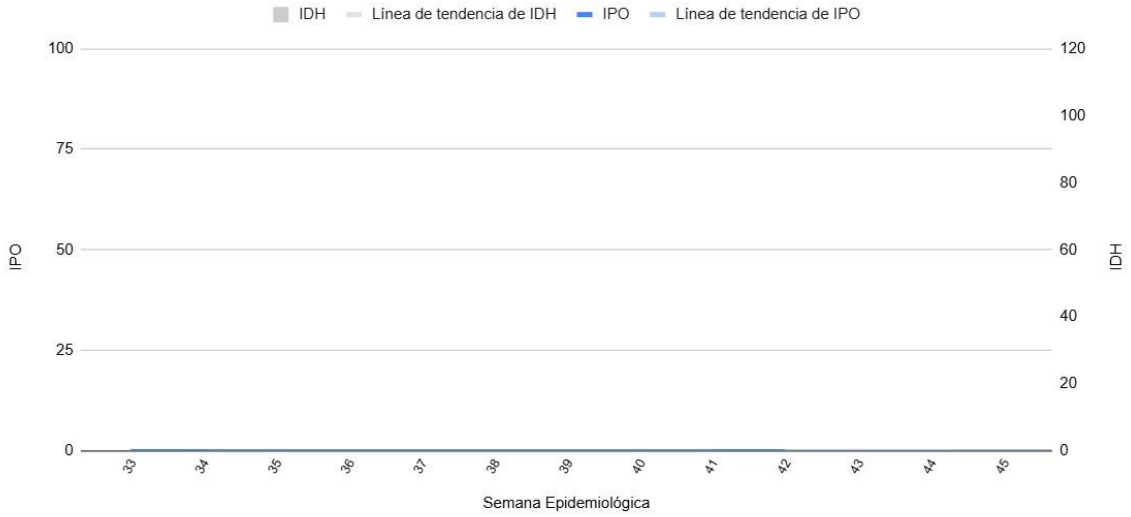
En la región **Centro**, los sensores de oviposición fueron negativos entre las SE 31 y 38, a excepción de un único sensor positivo registrado durante la SE 34 (Gráfico 3). A partir de la SE39 se empezó a detectar positividad en los sensores evidenciando el reinicio paulatino de la actividad reproductiva 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 44 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia de la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores a partir de datos de la RNVE

Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Sur SE 33 (2025)- SE 44 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



Fuente: elaboración propia de la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores a partir de datos de la RNVE

Como se detalló previamente, la vigilancia entomológica de *Ae. aegypti* en la región Sur 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. A partir de la SE 33 se reanudó la vigilancia entomológica en una de las jurisdicciones, mostrando hasta el momento sensores negativos (Gráfico 4). En las próximas semanas se espera reanudar la vigilancia en más 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).

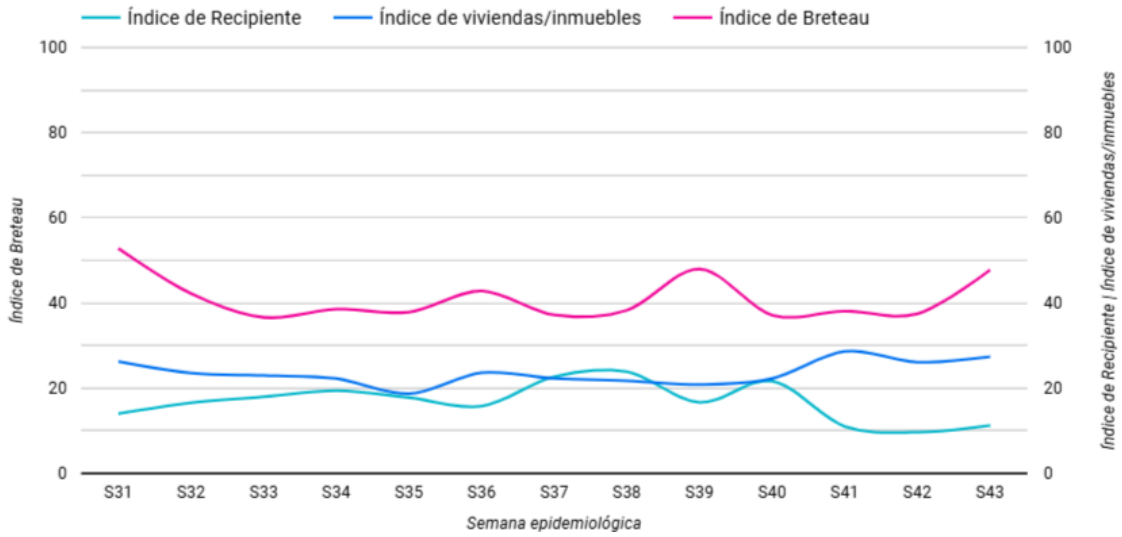
Para la región **NOA**, se registran índices entomológicos altos en las viviendas visitadas durante la SE31 de 2025, coincidente en el caso del IB con una situación de riesgo entomológico moderado de acuerdo a los valores alcanzados por los tres índices entomológicos (Gráfico 5A). Estos valores descendieron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

La información para índices larvarios se presenta hasta la SE 43 inclusive por modificaciones en la forma de relevamiento de datos.

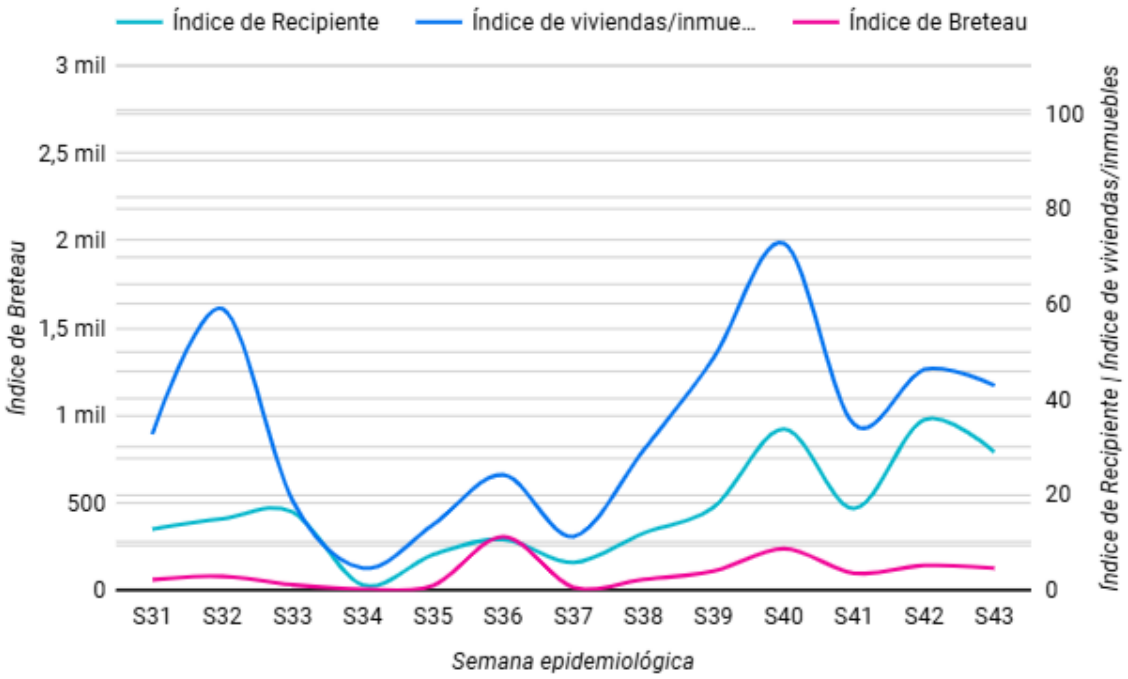
Gráfico 4 A. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas (A), Sitios Críticos (B) y Predios Estratégicos (C) en la región NEA SE 31 (2025)- SE 42 (2025).

A.



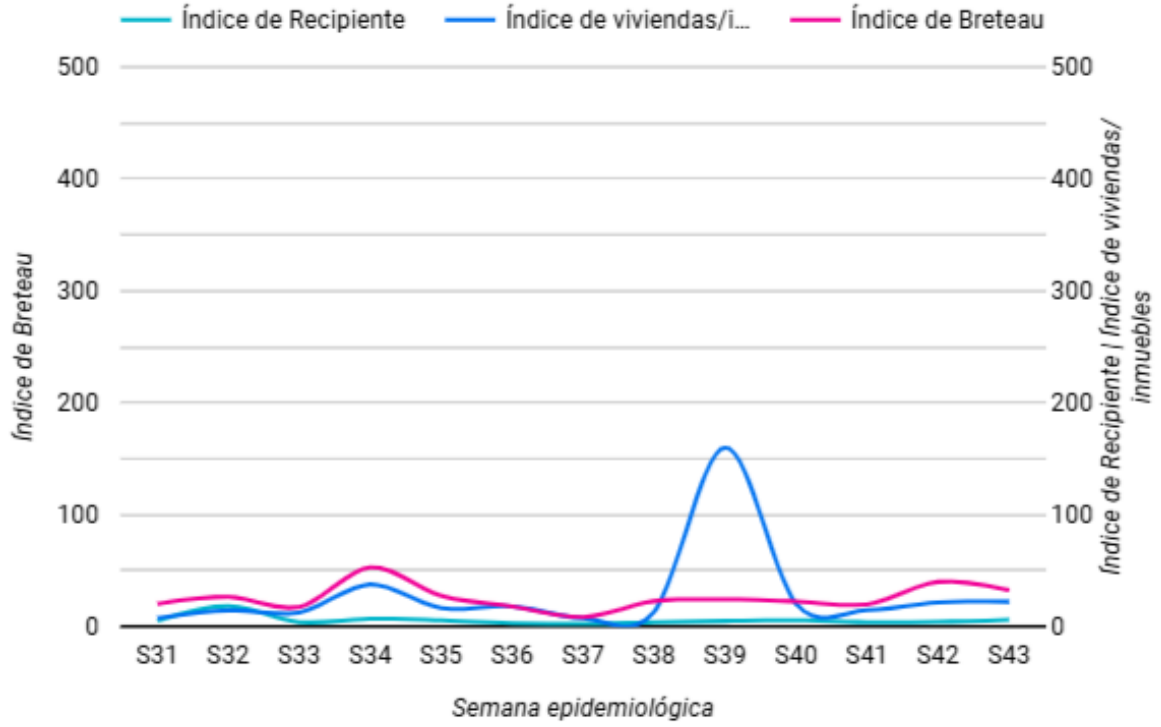
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

B.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

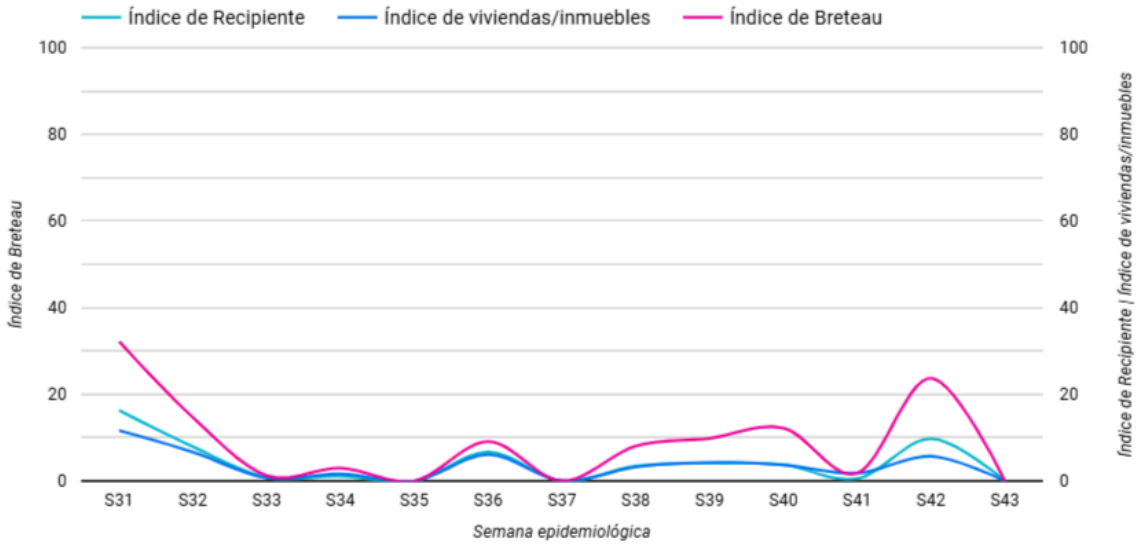
C.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

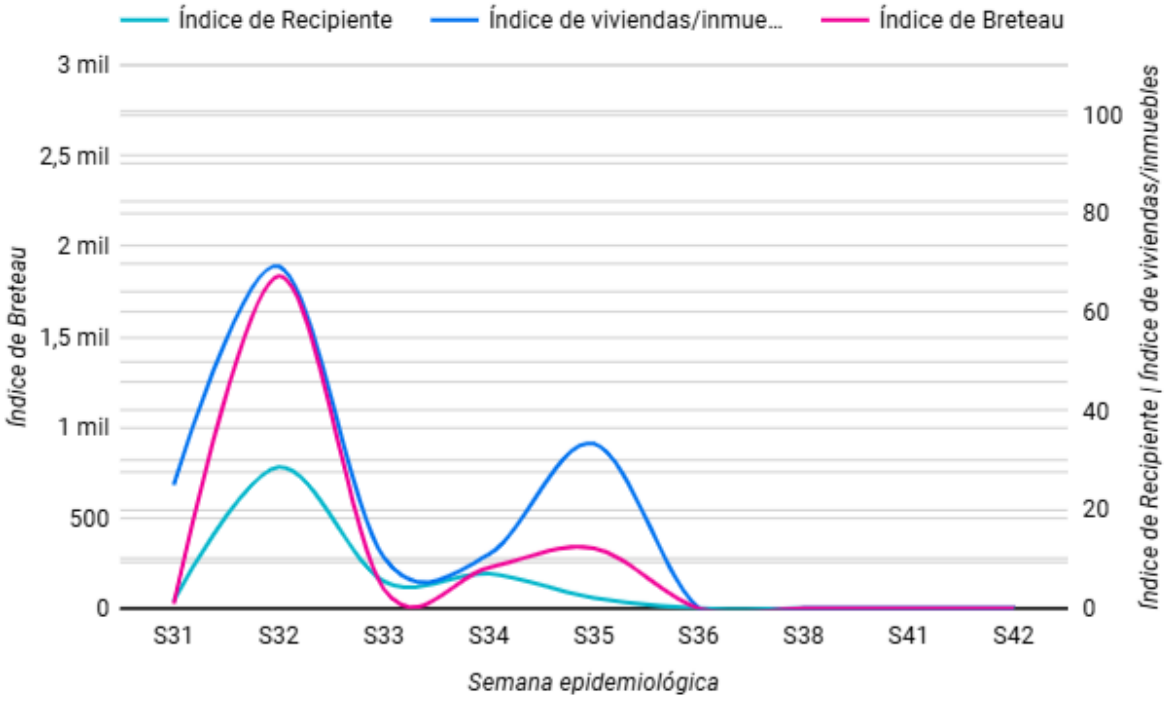
Gráfico 5. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas (A), Sitios Críticos (B) y Predios Estratégicos (C) en la región NOA SE 31 (2025)- SE 43 (2025).

A.



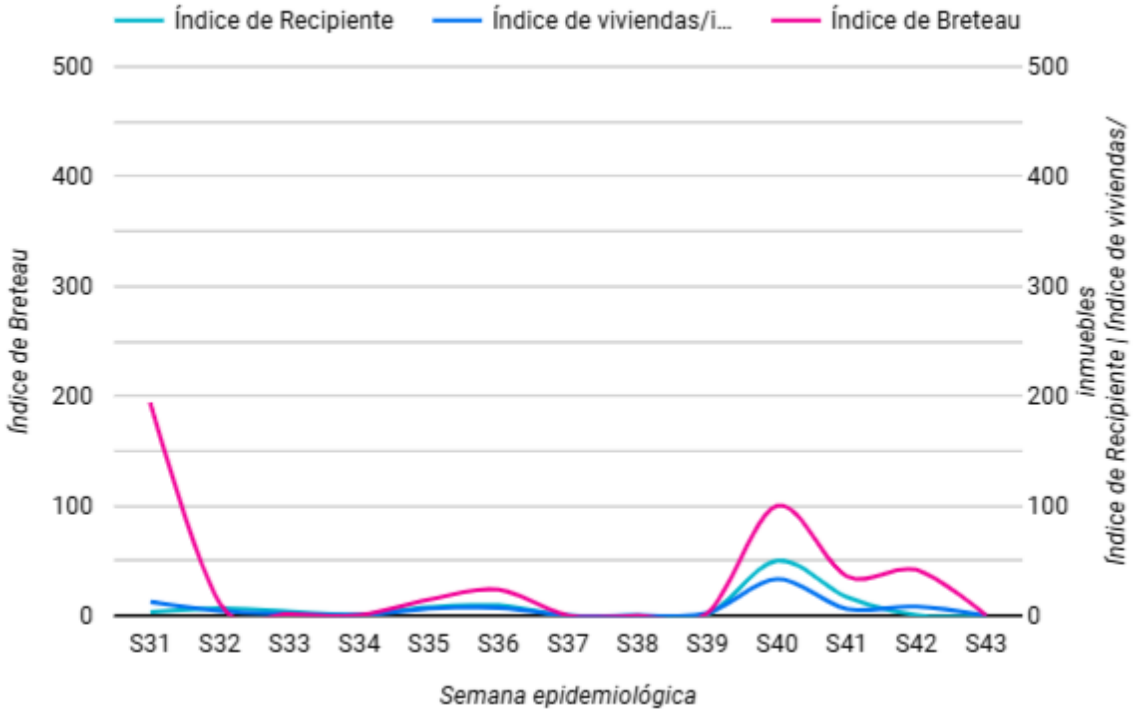
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

B.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

C.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

SITUACIONES
EMERGENTES

VII. Coqueluche - Actualización informe epidemiológico

VII.1. Introducción

La tos convulsa, tos ferina o coqueluche es una enfermedad respiratoria aguda prevenible por vacunación, que puede afectar a personas de todas las edades, aunque presenta mayores tasas de morbilidad y mortalidad en lactantes y niños pequeños. Los adolescentes y adultos jóvenes pueden presentar la enfermedad de forma leve, atípica e inclusive con las manifestaciones clásicas, y representan una fuente importante de transmisión hacia los menores. Dado su alto grado de contagiosidad —especialmente en contextos de contacto estrecho y prolongado como el hogar, jardines maternales, jardines de infantes o escuelas—, resulta fundamental el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar la propagación entre personas susceptibles.

El principal agente etiológico es *B. pertussis*, y en menor grado, *B. parapertussis*. Existen vacunas seguras y efectivas disponibles actualmente, que solo protegen contra *B. pertussis*.

En Argentina, además de la vacunación a los 2, 4, 6, 15-18 meses y a los 5 años con componente pertussis, desde 2009 se inició la vacunación a los 11 años con el objeto de disminuir los reservorios en adolescentes. En el año 2012 se recomendó la vacunación contra tos convulsa para todas las personas gestantes a partir de la semana 20 de gestación y se incorporó esta indicación al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) en el año 2013 con el propósito de lograr el pasaje transplacentario de anticuerpos para proteger al lactante durante los primeros meses de vida contra la tos convulsa, y de esta manera disminuir la morbi-mortalidad por coqueluche en lactantes pequeños. Las recomendaciones actuales de vacunación contra tos convulsa durante el embarazo es vacunar con dTpa (triple bacteriana acelular) luego de la semana 20 de gestación, en cada embarazo, independientemente de la edad, antecedente de vacunación con dTpa u otras vacunas con componente antitetánico y del tiempo transcurrido desde el embarazo anterior.

La introducción de las vacunas antipertussis ha contribuido a la disminución de la incidencia global de la enfermedad. En este contexto, la vigilancia epidemiológica de coqueluche cumple un rol clave al permitir evaluar el impacto de la vacunación, monitorear tendencias nacionales, identificar poblaciones en riesgo y orientar estrategias de prevención y control.

Desde el punto de vista clínico, coqueluche se desarrolla en tres fases (catarral, paroxística y de convalecencia), con formas clínicas que pueden variar desde leves hasta graves, especialmente en lactantes menores de seis meses. La enfermedad presenta un patrón cíclico con picos epidémicos cada 3 a 5 años.

VII.2. Situación internacional

El 10 de junio la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió una alerta epidemiológica ante el aumento de casos de coqueluche en varios países de la región de las Américas [21]. Este

[21] Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Aumento de tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas. 10 de junio del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-aumento-tos-ferina-coqueluche-region-americas-31-mayo-2025

incremento se produce en un contexto de disminución sostenida de las coberturas de vacunación, con un descenso profundizado durante la pandemia de COVID-19.

A nivel mundial, durante la década de 2010 a 2019, se notificaron en promedio 170.000 casos anuales de coqueluche. Luego, durante la pandemia, los casos disminuyeron significativamente, alcanzando un mínimo histórico en 2021 con 29.623 casos. Posteriormente, se observó un aumento en 2022 y 2023, con 63.024 y 158.910 casos respectivamente.[22]

Con respecto a la situación de la región de las Américas, desde 2013 en adelante se registra una disminución progresiva de los casos notificados anualmente, con el menor número de casos notificados en 2022 (3.283 casos) y un posterior ascenso en 2023 (4.139 casos). Durante el año 2024 se registra de manera provisional un aumento en el número de casos respecto a los años previos, con un total de 43.751 casos en la región. Además, en 2025 los sistemas de vigilancia de varios países de la región —Brasil, Colombia, Ecuador, Estados Unidos, México, Paraguay y Perú— han reportado un aumento de casos de tos ferina.

Durante la pandemia de COVID-19, se registró un importante descenso en las coberturas de coberturas para DPT1 y DPT3, alcanzando para 2021 en la Región de las Américas el nivel más bajo de cobertura en dos décadas. Sin embargo, en 2023 se observó una recuperación parcial de coberturas, aunque persisten marcadas desigualdades tanto entre los distintos países como dentro de ellos, es decir a nivel subnacional. Particularmente, cuatro de los siete países en los que se reportó aumento de los casos de coqueluche—Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú— evidencian una disminución en la cobertura de DTP3 en el último año con datos disponibles.

Ante esta situación, la OPS recomienda a los países fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica, garantizar la detección temprana de casos y asegurar altas coberturas de vacunación, especialmente en niños menores de 1 año.

VII.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina

VII.3.A. INTRODUCCIÓN

Entre la SE1 y 44 de 2025 se notificaron un total de 3.989 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 456 fueron confirmados. En 391 de ellos, se contó con confirmación de laboratorio[23], identificándose *B. pertussis* en el 83,4% (n=326); 1 caso correspondió a *B. parapertussis* y 63 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.).

Los 456 casos confirmados superan las cifras registradas para el mismo período desde 2020, con excepción de 2023, cuando se notificó un mayor número de casos, principalmente en la provincia de Salta[24]. La incidencia acumulada en lo que va del año es de 0,96 caso por cada 100.000 habitantes. Este incremento resulta relevante para dimensionar la situación actual,

[22] Organización Mundial de la Salud. The Global Health Observatory, Pertussis - number of reported cases. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/pertussis-number-of-reported-cases

[23] Los restantes casos confirmados no cuentan con información de estudios de laboratorio en SNVS 2.0. Estos casos, se contabilizan como confirmados de acuerdo a la clasificación manual del caso, y no es posible definir si se trata de casos confirmados por laboratorio o bien de acuerdo a criterio clínico-epidemiológico

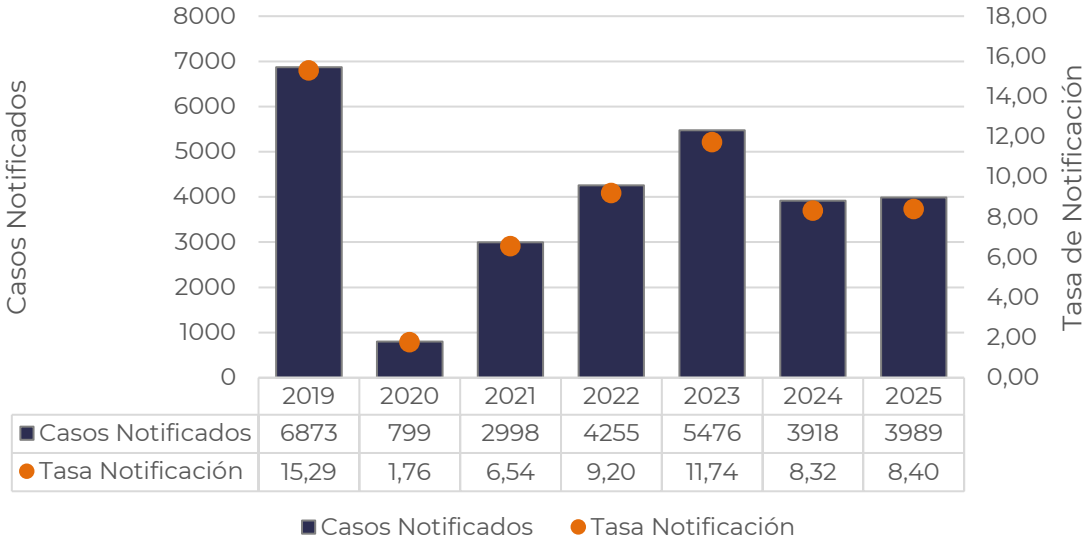
[24] En el año 2023, se registró el mayor número de casos con sospecha y confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de B. pertussis, sin registrarse el mismo patrón en el resto del país.

dado que el aumento de casos se observa en distintas jurisdicciones y de forma heterogénea. Además, se registraron 6 fallecimientos por la enfermedad, todos en menores de 2 años.

VII.3.B. ANÁLISIS DE LOS CASOS NOTIFICADOS Y CONFIRMADOS

En las SE1-44, la tasa de notificación de casos sospechosos en 2025 fue similar a la registrada en el mismo período durante en 2024. Al analizar la serie 2019–2025, se observa que las mayores tasas de notificación correspondieron a los años 2019, 2022 y 2023, mientras que 2020 y 2021 presentaron los valores más bajos del período.

Gráfico 1. Casos notificados y Tasa de notificación cada 100.00 hab. de casos con sospecha de coqueluche según año. SE 1-44. Argentina. Años 2019-2025.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos Notificados	6873	799	2998	4255	5476	3918	3989
Tasa Notificación	15,29	1,76	6,54	9,20	11,74	8,32	8,40

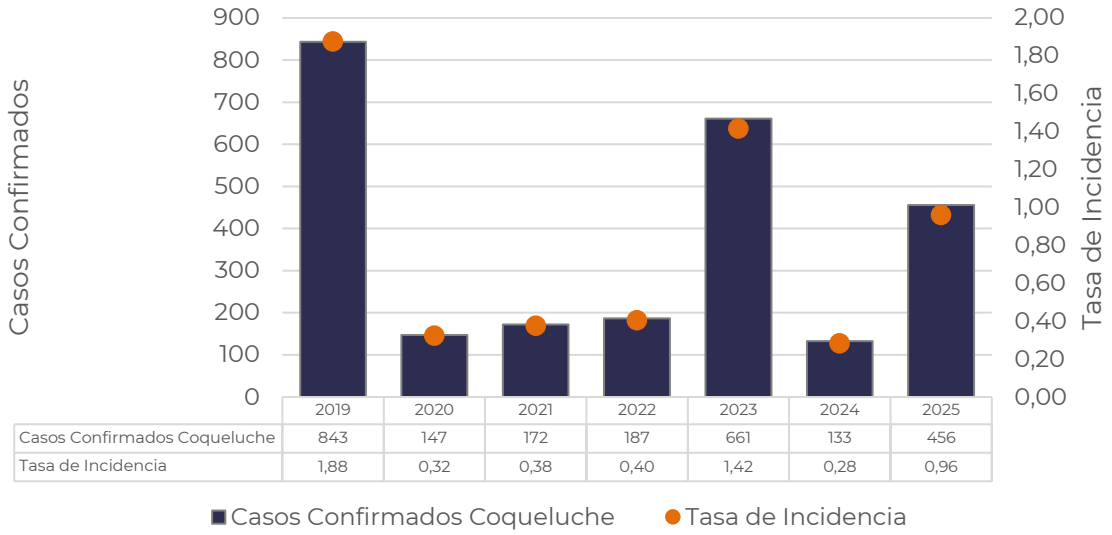
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de Córdoba (n= 1.199) y Salta (n=618), seguidos por la provincia de Buenos Aires (n=550), Mendoza (n=477), CABA (n=428), Tierra del Fuego (n= 302) Santa Fe (n=169). En el resto de las provincias se notificaron menos de 40 casos sospechosos en lo que va del año.[25]

Del total de notificados, se confirmaron 456 casos, representando una tasa de incidencia de 0,96 casos cada 100.000 habitantes. En el período analizado, las mayores tasas de incidencia se observaron, en orden decreciente, en 2019, 2023 y 2025.[26] Asimismo, los casos de coqueluche notificados entre SE1 y 44 de 2025 superan las confirmaciones para el mismo periodo de los años 2020 a 2022 y 2024

[25] Las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche según jurisdicción se analizan de acuerdo a la variable "Establecimiento de Carga" y "Provincia de Carga".
[26] En el año 2023, se registró el mayor número de casos con sospecha y confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de B. pertussis, sin registrarse el mismo patrón en el resto del país.

Gráfico 2. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. SE 1-44. Argentina. Años 2019-2025.

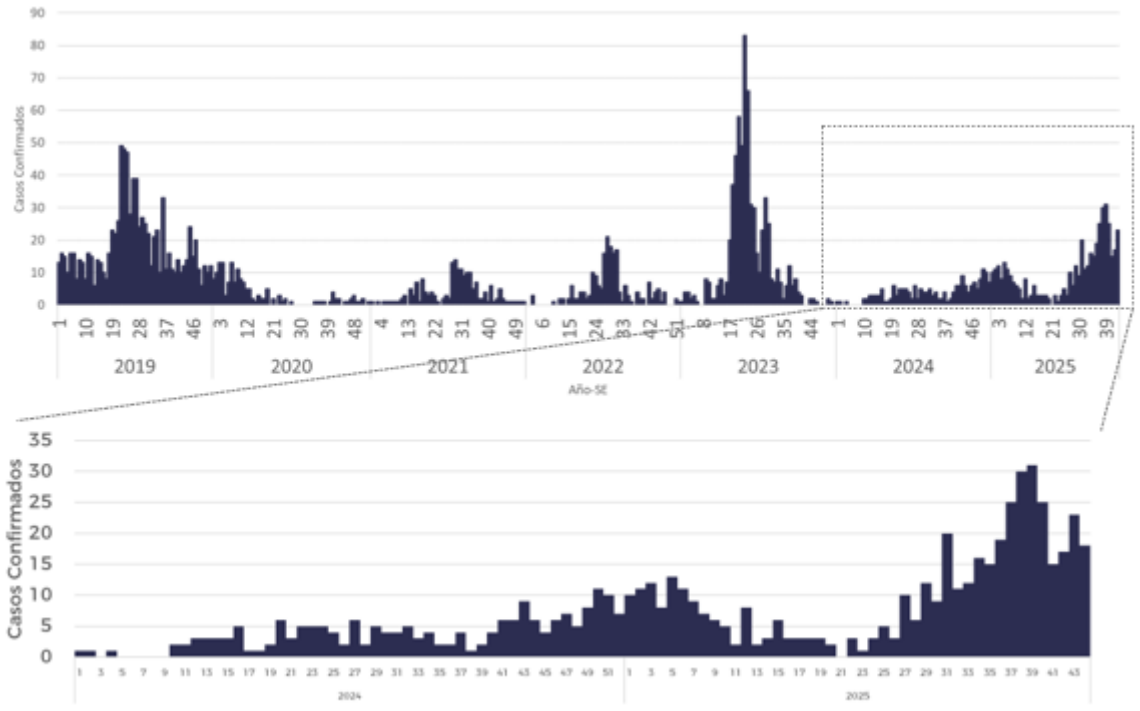


	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos Confirmados Coqueluche	843	147	172	187	661	133	456
Tasa de Incidencia	1,88	0,32	0,38	0,40	1,42	0,28	0,96

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

A continuación, se presenta la distribución de los casos confirmados de acuerdo con el año y semana epidemiológica de inicio de síntomas.

Gráfico 3. Curva epidémica de casos confirmados de coqueluche. Argentina. SE1/2019 a SE44/2025 (detalle SE1/2024 a SE44/2025).



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

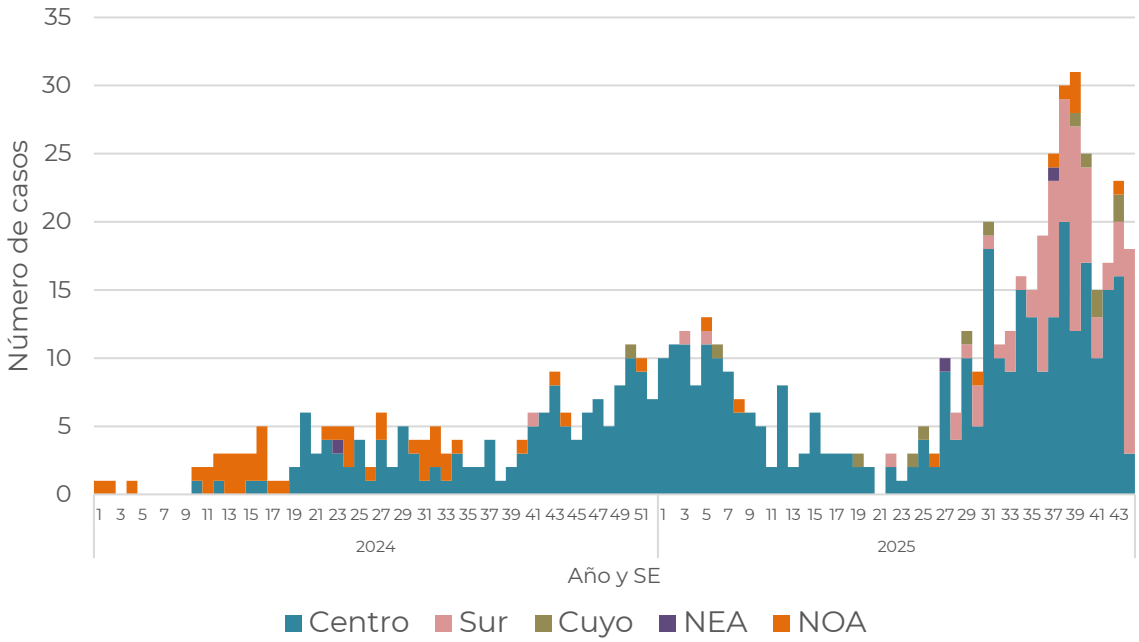
En relación con los casos confirmados, se observa un ligero incremento de coqueluche a partir de la SE 43/2024, que alcanzó su punto máximo en la SE 5/2025, seguido de un descenso. Desde la SE 27/2025 vuelve a registrarse un aumento, con un pico en la SE 39/2025, asociado al brote en curso en Ushuaia y a un ascenso de casos confirmados en la Región Centro, especialmente

en la provincia de Buenos Aires.[27]Es importante destacar que el incremento actual de casos se registra en múltiples jurisdicciones del país.

VII.3.C. ANÁLISIS SEGÚN REGIÓN Y JURISDICCIONES

En el siguiente gráfico se desagregan los casos confirmados según región.

Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. SE 1/2024-44/2025.



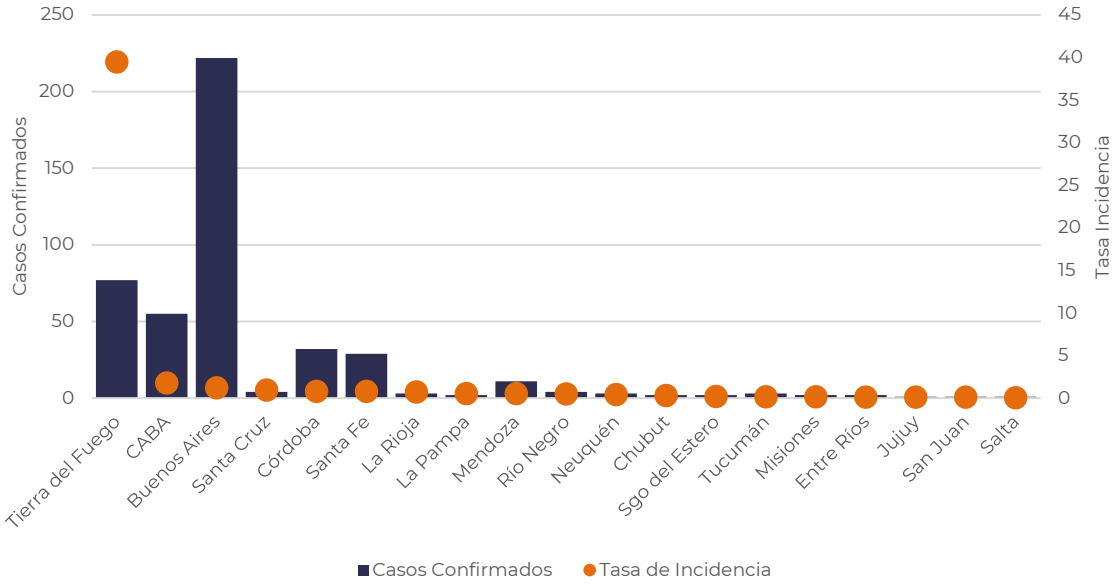
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyen en 19 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observa en la Región Centro (n=340), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n=222) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=55). En la Región Sur se confirmaron 92 casos, principalmente vinculados al brote en curso en Tierra del Fuego.

En el siguiente gráfico se observan los casos absolutos y la incidencia acumulada (IA) cada 100.000 habitantes según jurisdicción (ordenadas de mayor a menor IA), para el año 2025.

[27] En el año 2023, se registró el mayor número de casos con sospecha y confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de B. pertussis, sin registrarse el mismo patrón en el resto del país.

Gráfico 5. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. SE 1-44, 2025.



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

La mayor incidencia acumulada se registra en Tierra del Fuego, que —en el marco del brote actualmente en curso en Ushuaia y Río Grande— presenta una IA de 39,5 casos por cada 100.000 habitantes, valor 22 veces superior al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que ocupa el segundo lugar con una IA de 1,78 casos por 100.000 habitantes. En tercer lugar, se ubica la provincia de Buenos Aires, que, si bien concentra el mayor número absoluto de casos, presenta una tasa de 1,21 por 100.000 habitantes.

A continuación, se presenta la tabla con el número de casos confirmados por año y jurisdicción entre las semanas epidemiológicas 1 y 44, con el objetivo de describir la situación actual en relación con los años previos (2019–2025) [28].

[28] La escala de colores (del verde, que indica menor número de casos, al rojo, que representa el mayor número de casos) muestran el año donde cada una de las jurisdicciones presentó el mayor número de casos de los 7 años analizados.

Tabla 1. Casos confirmados coqueluche según jurisdicción y año. SE 1-44. 2019-2025.

Jurisdicciones	Casos Confirmados						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	183	43	40	55	45	49	222
CABA	14	11	0	1	2	27	55
Catamarca	5	0	0	11	2	0	0
Chaco	4	3	0	2	0	0	0
Chubut	9	5	2	1	1	0	2
Córdoba	169	31	36	5	80	10	32
Corrientes	2	0	0	1	0	0	0
Entre Ríos	41	1	1	0	1	2	2
Formosa	1	2	0	1	0	0	0
Jujuy	2	0	3	0	2	0	1
La Pampa	8	0	0	0	0	0	2
La Rioja	0	0	0	0	25	1	3
Mendoza	237	8	16	9	24	0	11
Misiones	7	1	5	5	9	1	2
Neuquén	1	1	0	0	1	0	3
Río Negro	4	1	0	0	1	1	4
Salta	119	23	67	92	423	42	1
San Juan	2	1	0	0	0	0	1
San Luis	7	5	1	0	0	0	0
Santa Cruz	0	1	0	0	0	0	4
Santa Fe	13	4	0	4	43	0	29
Sgo del Estero	2	0	0	0	0	0	2
Tierra del Fuego	6	2	0	0	0	0	77
Tucumán	7	4	1	0	2	0	3
Total Nacional	**843**	**147**	**172**	**187**	**661**	**133**	**456**

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

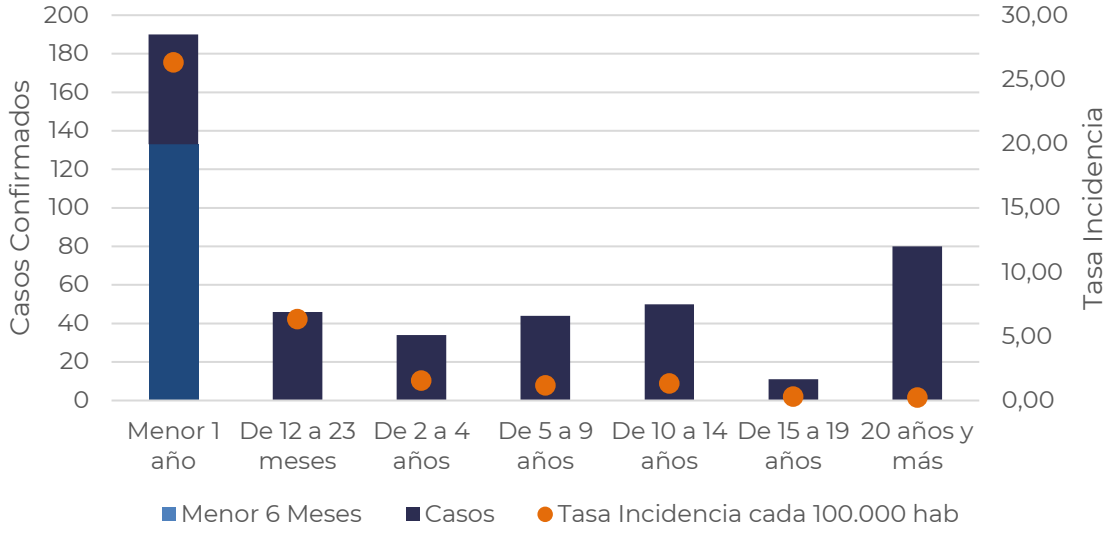
Como se mencionó previamente, si bien 19 jurisdicciones presentan casos de coqueluche en el corriente año, el incremento observado respecto de los años anteriores se concentra en Tierra del Fuego, Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Asimismo, se destaca lo ya señalado para 2023, cuando se registró el mayor número de casos confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de *B. pertussis*. Otras provincias como Mendoza, Córdoba o Santa Fe registraron para este año un aumento de casos de coqueluche, pero con un patrón diferente, e identificación predominante casos de *B. parapertussis* (los casos de Provincia de Buenos Aires si correspondieron predominantemente a *B.pertussis* y para *La Rioja* no se cuenta con identificación de especie).

VII.3.D. ANÁLISIS SEGÚN EDAD Y GRAVEDAD

En el siguiente gráfico se presentan los casos confirmados y la IA cada 100.000 habitantes a nivel nacional, según grupo de edad.

Gráfico 6. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por grupos de edad. SE 1-44, 2025.



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

Las mayores incidencias acumuladas se observaron en el grupo de 0 a 5 años, con predominio en los menores de 1 año, que concentraron el 41,8% de los casos confirmados en 2025 (n=190), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=133). En las últimas semanas, el número de casos y la tasa de incidencia en el grupo de 20 años y más presentaron un aumento, vinculado al brote en curso en Tierra del Fuego.

Con relación a los fallecimientos, entre las SE 1 y 44 de 2025 se notificaron 6 fallecimientos en casos confirmados con detección de *Bordetella pertussis*: 3 en menores de 6 meses, 1 en el grupo de 6 a 11 meses y 2 en el grupo de 12 a 23 meses. Para el año en curso la tasa de letalidad es de 1,3%. Ninguno de los 4 casos en edad de vacunación registra dosis en NOMIVAC, mientras que los otros dos casos corresponden a menores de 2 meses.

VII.4. Coberturas de Vacunación

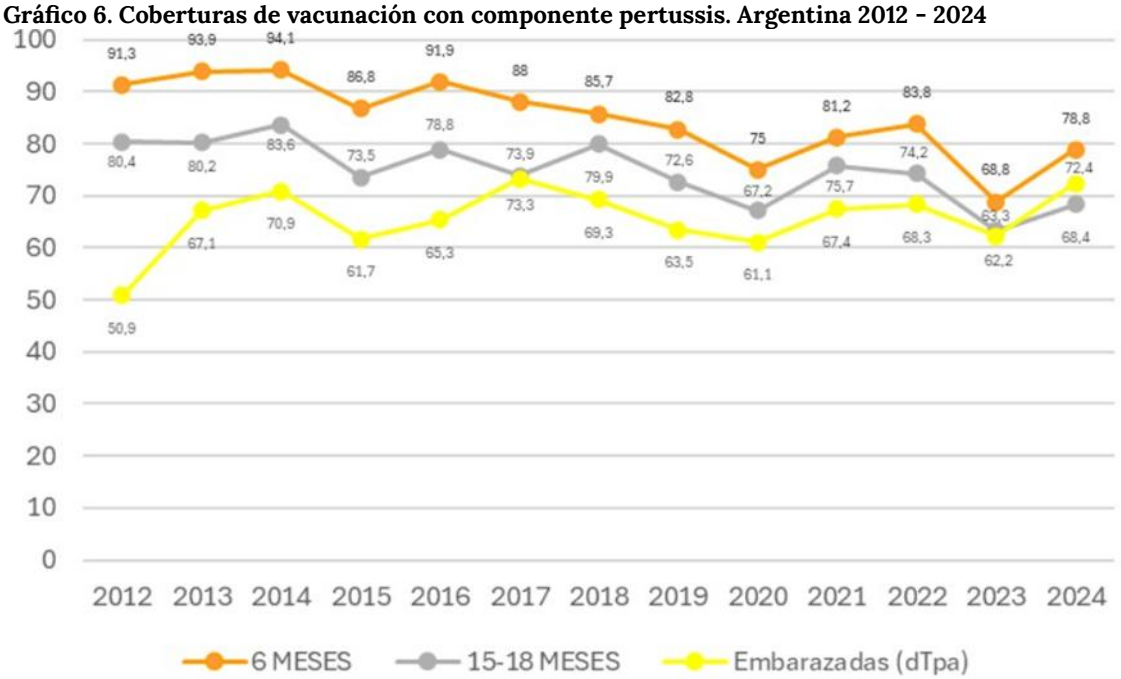
El alcance de coberturas de vacunación óptimas de todas las enfermedades inmunoprevenibles es una prioridad en el desarrollo de políticas públicas en la República Argentina, sin embargo, debido a factores internos y externos, al igual que como ocurre en todo el mundo, se encuentran lejos de ser logradas.

Existen vacunas seguras y efectivas para prevenir la infección por *Bordetella pertussis*. Sin embargo, se registra a nivel mundial, regional y nacional un descenso progresivo de las coberturas que redunda en una acumulación de personas susceptibles a contraer la enfermedad. Por este motivo, es necesario realizar un análisis sobre las características que asumen actualmente las coberturas de vacunación para definir las mejores acciones específicas de recupero de esquemas.

El gráfico 6 analiza las coberturas de vacunación para tres grupos objetivo en el período 2012 - 2024:

I. Lactantes de 6 meses (vacunados con tercera dosis de quíntuple o pentavalente)
II. Niños de 15-18 meses (vacunados con primer refuerzo de quíntuple o pentavalente)
III. Embarazadas (vacunadas con dTpa — triple bacteriana acelular para embarazadas)

Gráfico 6. Coberturas de vacunación con componente pertussis. Argentina 2012 - 2024



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

Entre 2012 y 2016, las coberturas de vacunación en lactantes de 6 meses y en niños de 15-18 meses se mantuvieron en niveles cercanos al 90% y el 80% respectivamente, mientras que las embarazadas mostraban coberturas más bajas, pero en ascenso, acercándose al 70%. Sin embargo, a partir de 2017 comenzó a observarse una tendencia de descenso progresivo en todos los grupos, con un quiebre más abrupto en 2020, coincidiendo con el inicio de la pandemia de COVID-19 y, probablemente asociado con las medidas de aislamiento social.

En el caso de los lactantes de 6 meses, luego de 2020 se observó un aumento de 6,2 puntos porcentuales en 2021 y de 2,6 puntos porcentuales en 2022 para la tercera dosis de vacuna quíntuple/séxtuple. Sin embargo, en 2023 se registró una fuerte caída, alcanzando el valor más bajo de toda la serie (68,8%), lo que implicó un descenso de más de 20 puntos porcentuales respecto de los valores de 2012. En 2024 se evidenció una recuperación de 10 puntos porcentuales, con una cobertura nacional de 78,8%.

Para el caso del primer refuerzo de quíntuple/séxtuple, se observó una caída de 5,4 puntos porcentuales en el primer año de la pandemia (2020), pero en 2021 se registró una franca recuperación que permitió alcanzar una cobertura de 75,7%, es decir, 3,1 puntos por encima de los valores de 2019. Sin embargo, esta tendencia ascendente se detuvo y en 2023 la cobertura nacional mostró una caída de 12,4 puntos porcentuales respecto de 2021, alcanzando valores mínimos en los últimos 12 años (63,3%). En 2024, las coberturas volvieron a incrementarse, alcanzando 68,4%, lo que representa una recuperación de 5,1 puntos porcentuales respecto del año anterior, aunque aún por debajo de los niveles previos a la pandemia.

Por su parte, las embarazadas, que nunca alcanzaron coberturas óptimas de vacunación, muestran fluctuaciones marcadas a lo largo del período. En 2023 la cobertura fue de 62,2%, mientras que en 2024 fue de 72,4%, lo que representó un incremento de más de 10 puntos porcentuales respecto del año anterior.

Las coberturas parciales de 2025 al 05/11/2025, son:

1° dosis de Quíntuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 68.22%
2° dosis de Quíntuple (4 meses): 67,50%
3° dosis Quíntuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 63,44%
Ref Quíntuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 55,81%
Ref DTP (5 años): 47,97% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 10/09/25: 72,48%)
Ref dTpa (11 años): 48,50% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 10/09/25: 74,43%)
Embarazadas dTpa: 64,36%

Para realizar un análisis completo de la situación de las coberturas de vacunación, es necesario hacer referencia a que el descenso observado de coberturas es global (para todas las vacunas en todos los grupos etarios) y multicausal, y se acentuó con posterioridad a la pandemia de COVID-19.

Entre las variables que es necesario evaluar se encuentran la falta de percepción de riesgo por parte del personal de salud y de la comunidad en general, la presencia de falsas contraindicaciones, las oportunidades perdidas de vacunación, la presencia de grupos antivacunas, la reticencia, las *fake news* o noticias falsas, las dificultades en producción y suministro de los insumos, la rotación del personal de salud y la insuficiente estrategia de comunicación, entre otras.

Sin embargo, otro de los factores a tener en cuenta es el sistema de registro y las posibles diferencias entre la cobertura administrativa y la real. Por este motivo, se avanzó con un análisis sobre el cambio en la manera de registrar que se realizó en 2023: a diferencia de años anteriores, donde la fuente de información era combinada entre registros agrupados numéricos y registros nominales, durante el año 2023 se comenzó a utilizar como única fuente de datos para el cálculo de coberturas, lo informado en el Registro Nominal de Vacunación electrónico (RNVe). De esta manera se sostuvo y fortaleció el cálculo de coberturas de calendario nacional, siendo la fuente de información los datos cargados de manera nominal únicamente.

La implementación del RNVe permite sistematizar las bases de datos y el circuito de información para el cálculo de las coberturas de vacunación, con la implementación de un modelo de gestión informatizada a través de un registro nominalizado que brinda a todos los niveles sanitarios la posibilidad de contar con datos actualizados, consistentes y confiables para la toma de decisiones. Esto implica un gran salto de calidad en la gestión de datos.

Sin embargo, cabe destacar que la adecuación de los sistemas de RNVe con la inclusión de todas las vacunas del calendario nacional, implicó cierto atraso en la carga (dada la complejidad y extensión del CNV) y diferencias con algunos sistemas provinciales, por lo que es posible que existan registros de dosis aplicadas que aún no hubieran impactado en el sistema nacional para la publicación de las coberturas del año 2023.

Además, también existe un universo de personas vacunadas que no han sido registradas en ningún sistema (ya sea provincial, nacional, institucional, del subsector público o privado).

Estas dos últimas consideraciones implican que existe a la fecha subregistro de dosis aplicadas. Por este motivo, se trabaja diariamente en la mejora de los sistemas de registro, tanto del nivel jurisdiccional como desde el nivel nacional, a través del apoyo a las jurisdicciones y de la

implementación de nuevas y mejores tecnologías con el objetivo de contar con datos de mayor calidad para apoyar la toma de decisiones en materia de política de inmunizaciones.

Además del cambio realizado en 2023 para el cálculo de las coberturas a partir de la consideración únicamente de los registros nominales; en 2024, y en consenso con las 24 jurisdicciones, se definió considerar para la planificación de dosis a administrar a las personas de 5 y 11 años, y para el cálculo de coberturas, a partir de la evaluación de las dosis aplicadas y registradas, la cohorte de nacimiento en lugar del ingreso escolar o la adolescencia respectivamente.

Esto significó una simplificación en ambos procesos (planificación y cálculo de coberturas) y permite evaluar actualmente la cobertura de vacunación oportuna, es decir las dosis aplicadas a los 5 y 11 años únicamente, y la vacunación ampliada por cohorte, es decir a la misma cohorte de nacimiento a los 6 y 12 años respectivamente. En este sentido, 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 permitió observar que, si bien las coberturas oportunas son más bajas que lo observado en años anteriores, si se evalúa cómo siguió vacunándose esa cohorte de nacimiento más allá de los 5 y 11 años respectivamente, se alcanzó a un mayor número de la población objetivo de manera atrasada.

Luego del análisis histórico de coberturas de vacunación, incluidos los últimos cambios realizados para su cálculo, es necesario trabajar de manera integrada y articulada entre los diferentes niveles y con participación de representantes de todos los actores involucrados para revertir la tendencia sostenida y progresiva de disminución de las coberturas contra *Bordetella pertussis*. Esta caída compromete la inmunidad colectiva, expone a los grupos más vulnerables, especialmente lactantes pequeños y embarazadas, y aumenta el riesgo de reemergencia de formas graves de la enfermedad. La recuperación de las coberturas requiere de estrategias sostenidas, focalizadas y sensibles al contexto, que garanticen el acceso efectivo a la vacunación, mejoren los registros nominales y fortalezcan la confianza de la población en las vacunas. La respuesta debe ser proactiva, coordinada y basada en evidencia, con el compromiso del sistema de salud en su conjunto, para preservar los logros alcanzados y evitar retrocesos que comprometan la salud de las personas.

VII.5. Recomendaciones para los equipos de salud del primer nivel de atención respecto a la Coqueluche

Frente al aumento de casos de coqueluche registrado a nivel global y regional, se insta a los equipos de salud de todo el país a fortalecer el monitoreo, el diagnóstico precoz, la notificación y las medidas de prevención y control de la enfermedad, con especial énfasis en la vacunación.

El primer nivel de atención (PNA) cumple un rol central en la promoción de hábitos saludables, la prevención de la enfermedad, la detección temprana de casos con su vigilancia y la

notificación oportuna, el manejo clínico de casos sospechosos o confirmados en el PNA incluyendo el control de contactos, sin olvidar su rol estratégico en la sensibilización a la comunidad. dada la situación epidemiológica actual —con incremento de casos en varios países de la región y circulación sostenida en distintas jurisdicciones del país—, se recomienda reforzar las siguientes acciones:

VII.5.A. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA VACUNACIÓN

La vacunación constituye la principal estrategia de prevención de coqueluche y una de las intervenciones más costo-efectivas para reducir la morbimortalidad en lactantes y otros grupos vulnerables. Desde el primer nivel de atención, los equipos de salud cumplen un rol esencial en la promoción de vacunación, la identificación de brechas de cobertura y la articulación con otros actores de la comunidad para favorecer el acceso a la inmunización. Debe considerarse la vulnerabilidad de poblaciones rurales, indígenas y con acceso limitado a servicios, garantizando estrategias activas de captación y vacunación.

En este sentido, se recomienda:

-Realizar campañas de sensibilización para informar sobre la importancia de la vacunación según Calendario Nacional de Vacunación. Suele resultar útil adecuar la información a lenguas originarias.

-Promover la vacunación de todas las vacunas con componente Pertussis (DTP/HB + Hib, DTP y dTpa en las poblaciones objetivo) para reducir la incidencia de la enfermedad, facilitando la misma en centros de salud, puestos móviles y comunidades vulnerables.

-Generar acciones articuladas con otros sectores de la comunidad, en especial donde se encuentra el grupo etario de 5 y 11 años, como por ejemplo las escuelas o clubes barriales para la búsqueda activa de la población objetivo.

- Estimular la vacunación con una dosis de triple bacteriana acelular cada 5 años en el personal de salud en contacto con niños menores de 12 meses.

VII.5.B. DETECCIÓN TEMPRANA

La detección temprana de coqueluche es clave para reducir la transmisión y prevenir formas graves, especialmente en lactantes y niños pequeños. Desde el primer nivel de atención, los equipos de salud cumplen un papel estratégico en la identificación oportuna de casos sospechosos, gracias a su cercanía con la comunidad y su capacidad de identificar los primeros síntomas en el territorio. El fortalecimiento de las estrategias de vigilancia y comunicación efectiva con la población permite acortar los tiempos entre el inicio de los síntomas y la consulta, mejorando el control epidemiológico y la atención integral.

-Capacitar y sensibilizar al personal de salud para identificar los signos y síntomas de coqueluche, como tos persistente y episodios agudos de tos, especialmente en lactantes y niños pequeños, quienes son los más vulnerables.

- Fomentar modalidades de atención que prioricen el contacto temprano con el efector de primer nivel, por ejemplo, servicios de demanda espontanea, teleconsulta. Consolidando el rol de agentes sanitarios y promotores de salud en las acciones de salud territorial.

- Incrementar la comunicación efectiva con las familias y la comunidad, enfatizando la importancia de la consulta temprana ante la presencia de tos persistente o síntomas respiratorios, para contrarrestar la percepción de banalidad del cuadro y reducir el retraso diagnóstico. A tal fin suelen ser efectivas las campañas locales con mensajes breves y que

prioricen los recursos visuales o las microcampañas digitales o radiales dirigidas a madres/padres jóvenes que aumentan la intención de consulta al servicio de salud. También resultan útiles estrategias de recordatorios en el punto de contacto sanitario como carteles en salas de espera o recordatorios impresos en carnets de vacunación.

VII.5.C. NOTIFICACIÓN Y VIGILANCIA

La notificación oportuna y la vigilancia de los casos de coqueluche son componentes esenciales para interrumpir la transmisión y orientar las acciones de control. En el PNA, el registro adecuado de los casos sospechosos permite generar alertas locales, fortalecer la respuesta sanitaria y articular con los niveles jurisdiccional y nacional del sistema de vigilancia. La integración de la vigilancia comunitaria, amplía la capacidad de respuesta del sistema ante un aumento de casos y facilita la implementación de medidas preventivas de manera temprana.

-Asegurar una adecuada notificación y acceso al diagnóstico de todos los casos sospechosos al sistema de vigilancia epidemiológica (SNVS 2.0), conforme a la normativa vigente, para facilitar el seguimiento epidemiológico y la implementación de medidas de control.

-Fortalecer la articulación entre los equipos de salud y las áreas de epidemiología locales, para retroalimentar la información y coordinar las acciones de control ante casos confirmados o conglomerados de casos sospechosos.

VII.5.D. MANEJO CLÍNICO

El manejo clínico oportuno de los casos sospechosos o confirmados de coqueluche en el primer nivel de atención es fundamental para reducir la transmisión, evitar complicaciones y proteger a los grupos de mayor vulnerabilidad, especialmente lactantes menores de seis meses. El inicio temprano del tratamiento antibiótico es una medida efectiva para limitar la diseminación del principal agente etiológico de la enfermedad (*Bordetella pertussis*) y disminuir la gravedad del cuadro clínico. Asimismo, la oportuna derivación de pacientes a niveles asistenciales de mayor complejidad en los casos que así requieran, la educación a las familias y el seguimiento cercano de los casos y contactos son componentes clave de la respuesta integral.

-Brindar atención oportuna y adecuada a los pacientes, incluyendo el uso de antibióticos específicos en las etapas iniciales para reducir la transmisión y la gravedad de la enfermedad.

-Derivar oportunamente a los pacientes a un nivel de complejidad superior, según se considere necesario, atento a la evaluación de la presencia de factores de riesgo y signos de alarma (edad menor de seis meses, dificultad respiratoria, apneas, cianosis, deshidratación, comorbilidades, entre otras) y una vez superado el cuadro debe promoverse la continuidad del cuidado asegurando seguimiento clínico en el primer nivel de atención y vacunación completa.

- Asegurar el aislamiento respiratorio de los casos sospechosos o confirmados durante el período de contagio, reforzando las medidas de higiene respiratoria y el uso de barbijos en el entorno domiciliario y comunitario.

- Garantizar el seguimiento clínico y comunitario de los pacientes tratados ambulatoriamente, mediante visitas domiciliarias o controles periódicos, para monitorear la evolución y asegurar la adherencia al tratamiento.

- Brindar consejería a las familias y cuidadores, reforzando la importancia de completar el tratamiento indicado, mantener las medidas de aislamiento y vigilar síntomas en convivientes o contactos cercanos.

VII.5.E. CONTROL DE CONTACTOS

Atento a la alta tasa de contagio de la enfermedad el control de contactos constituye una estrategia esencial para interrumpir la transmisión de la enfermedad, especialmente en contextos familiares o comunitarios donde existen lactantes menores de seis meses o personas no vacunadas. Los equipos del PNA, por su cercanía territorial y conocimiento de las dinámicas locales, son clave para identificar contactos, indicar medidas preventivas y reforzar la vacunación según las recomendaciones vigentes. Una intervención rápida y coordinada permite disminuir la propagación de la enfermedad y proteger a los grupos de mayor riesgo.

-Identificar y registrar sistemáticamente los contactos cercanos de casos sospechosos o confirmados priorizando convivientes y cuidadores de lactantes, embarazadas, personal de salud y personas con esquema incompleto de vacunación.

- Indicar quimioprofilaxis antibiótica y revisar esquemas de vacunación de los contactos domiciliarios y comunitarios según las recomendaciones vigentes.

- Coordinar acciones intersectoriales y comunitarias para la búsqueda activa de contactos en ámbitos educativos, laborales o recreativos, cuando exista riesgo de diseminación en grupos cerrados.

VII.5.F. SENSIBILIZACIÓN DE LA COMUNIDAD

Resulta prioritario generar espacios de educación sanitaria para lograr la sensibilización y la comunicación efectiva con la comunidad y así fortalecer la prevención y el control de coqueluche. En el primer nivel de atención, los equipos de salud desempeñan un rol clave en la generación de confianza, en la difusión de información basada en evidencia y en la promoción de conductas protectoras frente a síntomas respiratorios. La comunicación de riesgo oportuna, empática y adaptada al territorio permite contrarrestar la percepción de banalidad del síntoma, fomentar la consulta temprana y sostener altas coberturas de vacunación, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad.

- Brindar información clara y accesible a las familias y comunidades sobre la importancia de la vacunación, las medidas de higiene respiratoria, personal y ambiental, y la necesidad de consultar tempranamente ante tos persistente o síntomas compatibles con coqueluche.

- Desarrollar campañas de comunicación de riesgo localizadas, coordinadas por los equipos del primer nivel de atención bajo mensajes simples y directos, utilizando espacios comunitarios, redes sociales locales, radios barriales y centros educativos.

- Promover la participación activa de actores comunitarios (por ejemplo, escuelas, líderes territoriales, medios locales, organizaciones sociales y religiosas) para amplificar los mensajes preventivos y difundir información confiable sobre la enfermedad y los servicios de salud disponibles.

- Aprovechar las instancias de contacto habitual con la comunidad como los controles de salud, la vacunación, las actividades territoriales de salud para incluir mensajes breves de prevención y detección temprana.

VII.5.G. MEDIDAS PREVENTIVAS

El esquema de vacunación contra coqueluche incluye un esquema primario de tres dosis durante el primer año de vida (2, 4 y 6 meses) en forma de vacuna quíntuple celular, y refuerzos a los 15-18 meses (quíntuple celular), 5-6 años (triple bacteriana celular), 11 años (triple bacteriana acelular) y en cada embarazo (triple bacteriana acelular).

En el personal de salud en contacto con niños menores de un año está indicada una dosis de triple bacteriana acelular cada 5 años.

Se calcula que la eficacia de la vacuna en personas que han recibido como mínimo cuatro dosis es de 80%; la protección es mayor contra la enfermedad grave. La inmunización pasiva es ineficaz. La vacuna contra *B. pertussis* no protege de la infección por *B. parapertussis*.

Los casos confirmados deberán continuar con el esquema de vacunación según corresponda ya que la infección natural no confiere inmunidad duradera, pudiendo existir reinfección.

VII.5.H. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Medidas ante un caso sospechoso:

- Todos los casos sospechosos de coqueluche identificados que se encuentren sintomáticos deben aislarse al momento de la consulta bajo medidas de aislamiento de gota (colocar un barbijo quirúrgico al paciente en la medida de ser posible hasta realizar el aislamiento efectivo).

- Deben tomarse muestras para el diagnóstico etiológico (aspirado o hisopado nasofaríngeo para pruebas moleculares y cultivo, y suero para mayores de 12 años con más de 14 días de tos y que no hayan sido vacunados en el último año).

- Iniciar tratamiento antibiótico específico. Los macrólidos acortan el período de transmisibilidad y pueden modificar la evolución clínica si se los administra durante el período de incubación o en los comienzos de la fase catarral de la enfermedad, pero no aplacan los síntomas cuando se administran durante la fase paroxística.
- En caso de permanecer internados, el aislamiento se debe mantener hasta completar 5 días de terapia antibiótica con macrólidos (todas las dosis correspondientes a 5 días) o hasta 21 días desde el diagnóstico si la terapia antimicrobiana no fue realizada con macrólidos.
- En caso de manejo ambulatorio, los casos sospechosos deben aislarse de los lugares habituales donde desarrollan sus actividades hasta completados los 5 días de terapia antibiótica con macrólidos (todas las dosis correspondientes a 5 días) o hasta los 21 días desde el diagnóstico si la terapia antimicrobiana no fue realizada con macrólidos. Se debe indicar mantener hábitos de higiene respiratoria de acuerdo a la edad del caso durante ese tiempo: desechar materiales descartables que puedan tener secreciones respiratorias en el cesto de basura y limpiar los ambientes con frecuencia; cubrirse la nariz y la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar y desecharlos rápidamente en el cesto de la basura; cubrirse la tos o los estornudos con la parte superior del brazo o el codo si no tiene un pañuelo desechable; lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón por al menos 20 segundos; usar un desinfectante de manos a base de alcohol si no se dispone de agua y jabón. En caso de trasladarse en ámbitos públicos, utilizar barbijo quirúrgico en la medida de lo posible.
- Las precauciones de aislamiento se tomarán ante la sospecha del caso, sin aguardar a la confirmación, para evitar exponer inadvertidamente a otros pacientes.

- Tener en cuenta la existencia de un sistema de ventilación ambiental, ya sea natural o artificial (se necesitan al menos 2,5 recambios de aire por hora para cambiar el 90 % del aire en una habitación).[29]

Definición de Contacto estrecho:

- Toda persona con contacto directo cara a cara por un período no definido con el caso sintomático.
- Haber compartido un espacio reducido (la misma habitación) por más de una hora con el caso sintomático.
- Haber tenido contacto directo (sin protección) con secreciones respiratorias orales o nasales de un caso sintomático.

Contacto de alto riesgo de enfermedad severa:

- Menores de 1 año o convivientes de menores de 1 año
- Personas con inmunodeficiencias o con enfermedad pulmonar.
- Personas gestantes y personal de salud.

Medidas ante un contacto:

- Ante contactos sintomáticos, deben tomarse muestras para el diagnóstico etiológico (aspirado o hisopado nasofaríngeo para pruebas moleculares y cultivo, y suero para mayores de 12 años con más de 14 días de tos y que no hayan sido vacunados en el último año).

- Aislar de escuelas, guarderías o jardines a los contactos estrechos del caso que tengan menos de 7 años con inmunización incompleta, hasta que hayan cumplido 5 días de tratamiento antibiótico quimioprofiláctico efectivo.
- Inmunización
    - Los contactos estrechos menores de 7 años, a los que se les hubiera aplicado por lo menos 4 dosis de vacuna con componente pertussis, deben recibir una dosis de refuerzo de DTP, a menos que hubieran recibido una dosis en los últimos 3 años.
    - Los contactos estrechos menores de 7 años que no estuvieran vacunados o que hubieran recibido menos de 4 dosis de vacuna con componente pertussis deben recuperar esquemas. A los niños que recibieron su tercera dosis 6 o más meses antes de la exposición se les debe aplicar la cuarta dosis en ese momento (quíntuple o DTP, según corresponda).
    - Los contactos estrechos mayores de 7 años con esquemas incompletos de vacunación deben recibir una dosis de vacuna dTpa. Asimismo, debe verificarse que los niños de 11 años ya hayan recibido la dosis del calendario correspondiente a su edad.

[29] Para más información: https://vihda.gov.ar/documentos/buenas-practicas-y-directrices/IF-2023-134428010-APN-DMCYSP-MS.pdf

- En situaciones en que esté o puede estar expuesto al riesgo un lactante o un niño de corta edad no inmunizado, conviene identificar los casos tempranos o inadvertidos y atípicos.
- En los contactos institucionales deberá hacerse control estricto de ausentismo para detectar posibles casos sospechosos.
- La quimioprofilaxis con macrólidos está indicada en todos los contactos estrechos, especialmente los de alto riesgo, ante la sospecha independientemente del antecedente de vacunación. Los macrólidos (eritromicina, claritromicina o azitromicina) acortan el período de transmisibilidad, pero no aplacan los síntomas, excepto cuando se administran durante el período de incubación o en los comienzos de la fase catarral de la enfermedad.

Antibióticos recomendados para el tratamiento y la profilaxis postexposición de *B. Pertussis* en lactantes, niños, adolescentes y adultos.

Edad	Azitromicina	Eritromicina	Claritromicina	Trimetoprima-Sulfametoxazol TMP-SMZ **
Menor de 1 mes	10 mg/kg/día dosis única por 5 días De primera elección.	40-50 mg/kg/día en 4 dosis por 14 días. No de primera elección*	No recomendado (no hay datos de seguridad)	Contraindicado en menores de 2 meses (riesgo de kernicterus)
1-5 meses	10 mg/kg/día dosis única por 5 días	40-50 mg/kg/día dividido en 4 dosis por 14 días	15 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 7 días	En >2 meses: TMP 8 mg/kg/día y SMZ 40 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 14 días
Infantes (≥ 6 meses) y niños	10 mg/kg como dosis única el primer día (máximo 500 mg); luego 5 mg/kg como dosis única desde el día 2 al 5 (máximo 250 mg/día).	40-50 mg/kg/día (máximo 2 gr/día) dividido en 4 dosis por 14 días	15 mg/kg/día (máximo 1 gr/día) dividido en 2 dosis por 7 días	TMP 8 mg/kg/día y SMZ 40 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 14 días
Adolescentes y Adultos	500 mg como dosis única el primer día; luego 250 mg como dosis única desde el día 2 al 5	2 gramos /día dividido en 4 dosis por 14 días	1 gramo/día dividido en 2 dosis por 7 días	TMP 320 mg/día y SMZ 1600 mg/día dividido en 2 dosis por 14 días

*La azitromicina es el macrólido de elección en los menores de 1 mes por el riesgo de hipertrofia pilórica asociado a eritromicina.

** TMP-SMZ puede ser utilizado como alternativa a los macrólidos en personas de ≥2 meses de edad alérgicos o intolerantes a macrólidos o que estén infectados por una cepa rara de B. *pertussis* resistente a macrólidos.

El embarazo no es una contraindicación para el uso de macrólidos (eritromicina, azitromicina o claritromicina) pero la FDA ha catalogado la eritromicina y azitromicina como categoría B y la claritromicina como C.

VII.6. Vigilancia Epidemiológica

VII.6.A. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

- Lograr la detección oportuna de casos sospechosos para realizar las acciones de control correspondientes, que contribuyan a disminuir la transmisión y la morbimortalidad en los grupos de mayor riesgo.

- Monitorear el comportamiento de la enfermedad, así como el impacto de las acciones de vacunación y medidas de control, esenciales para la toma de decisiones adecuadas y oportunas en la población.

VII.6.B. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

Toda persona con clínica compatible según los siguientes criterios por grupo etario:

- Menores de 6 meses: toda infección respiratoria aguda, con al menos uno de los siguientes síntomas: apnea, cianosis, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o tos paroxística.
- Mayores de 6 meses hasta 11 años: tos de 14 o más días de duración acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos después de la tos.
- Mayores de 11 años: tos persistente de 14 o más días de duración, sin otra sintomatología acompañante, sin otra causa aparente.

O bien que un trabajador de la salud sospeche coqueluche independientemente de la edad y del antecedente vacunal.

Caso confirmado

- Caso sospechoso con cultivo positivo para el agente causal y/o resultados positivos del ensayo de PCR específicos para el agente causal y/o resultados positivos para detección de IgG anti toxina pertussis (estandarizado con el testigo de referencia internacional de la OMS) [30]

- Caso sospechoso con nexo epidemiológico con caso de coqueluche confirmado por laboratorio entre 3 y 21 días antes del inicio de los síntomas.

Caso probable

Paciente con clínica compatible (según criterios clínicos estratificados por edad) y sin confirmación por laboratorio (sin muestra para estudio o resultados negativos de laboratorio)

Caso descartado por diagnóstico diferencial

Caso sospechoso descartado que presenta diagnóstico de otra enfermedad de presentación similar.

Caso descartado

Clínica incompleta o con datos insuficientes, resultado de laboratorio negativo y sin nexo epidemiológico con un caso confirmado.

[30] En adolescentes y adultos, requiere una sola muestra de suero y está indicado en casos con más de 14 días de tos y que hayan recibido la vacunación con componente pertussis al menos un año o más antes de la toma de muestra.

VII.6.C. NOTIFICACIÓN

Evento SNVS	Modalidad	Estrategia / Componente	Periodicidad
Coqueluche (tos convulsa)	Nominal	Universal / Clínica-Laboratorio- Epidemiología	Inmediata

VII.7. Consideraciones sobre el diagnóstico

El diagnóstico de Coqueluche se basa en la **sospecha oportuna** de la enfermedad y la utilización de las **pruebas de laboratorio adecuadas**. Para el diagnóstico de laboratorio puede realizarse cultivo, PCR y/o serología. La prueba serológica internacionalmente aceptada es la detección de IgG anti toxina pertussis mediante ELISA validado contra el "Standard de Referencia de la OMS (06/140)" [31]. Para el cultivo y la PCR la muestra apropiada es el aspirado nasofaríngeo o el hisopado nasofaríngeo recolectado con hisopo de dacrón, nylon o rayon.

La sensibilidad del cultivo, la PCR y la serología varían según el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la toma de muestra, la edad del paciente, el estado de inmunización, entre otros factores. El cultivo presenta 100% de especificidad y puede utilizarse durante las dos primeras semanas luego del inicio de la tos, ya que en dicho momento presenta la mayor sensibilidad. También presenta mayor sensibilidad en casos severos, en pacientes no vacunados y en menores de un año. La PCR presenta elevada especificidad y notable mayor sensibilidad que el cultivo. Puede utilizarse durante las cuatro semanas siguientes al inicio de la tos, aunque la mayor sensibilidad es durante las dos primeras semanas.

Finalmente, la toma de muestra de suero para la detección de anticuerpos IgG anti toxina pertussis debe realizarse luego de 14 días de tos y antes de que finalice la duodécima semana luego del inicio de los síntomas.

Puntos críticos en el diagnóstico de Coqueluche

Si bien la PCR es la prueba de elección dado la elevada sensibilidad, especificidad y rapidez de los resultados, es importante realizar el cultivo, ya que esto permite la caracterización molecular de los aislados clínicos locales y la vigilancia de la sensibilidad a los antimicrobianos de primera elección para el tratamiento.

Para las pruebas de **PCR**, existen diversos blancos de amplificación descriptos en la literatura para *B. pertussis*, *B. parapertussis* y *B. holmesii*. El LNR recomienda utilizar para la detección y confirmación de *B. pertussis* los blancos de amplificación: IS481 + promotor del gen de la toxina pertussis (*ptxP*). Se desaconseja totalmente emplear una sola prueba. La utilización exclusiva de la secuencia de inserción IS481 no resulta una prueba específica dado que también está presente en *B. holmesii* y algunas *B. bronchiseptica*[32]. Por otro lado, *ptxP* es de copia única, a diferencia de

[31] Guiso N, Berbers G, Fry NK, He Q, Riffelmann M, Wirsing von König CH; EU Pertstrain group. What to do and what not to do in serological diagnosis of pertussis: recommendations from EU reference laboratories. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2011 Mar;30(3):307-12. doi: 10.1007/s10096-010-1104-y. Epub 2010 Nov 11. PMID: 21069406; PMCID: PMC3034915.

[32] Reischl U, Lehn N, Sanden GN, Loeffelholz MJ. Real-time PCR assay targeting IS481 of Bordetella pertussis and molecular basis for detecting Bordetella holmesii. J Clin Microbiol. 2001;39(5):1963–6. pmid:11326023)

la secuencia de inserción IS481 que posee entre 50 y 238 copias en el genoma completo de *B. pertussis*[33], por lo tanto la PCR que usa como blanco de amplificación al promotor del gen de la toxina pertussis resulta de menor sensibilidad que la antes mencionada.

Para la confirmación de *B. parapertussis* y *B. holmesii* también es necesario utilizar más de un blanco de amplificación. En caso de no poder estudiar todos ellos se solicita remitir la muestra clínica y/o el aislado al LNR-Servicio Bacteriología Clínica – INEI-ANLIS-"Dr. Carlos G. Malbrán" para la confirmación de estas especies de *Bordetella*.

Ante casos identificados como *Bordetella* sp contactar al LNR-Servicio Bacteriología Clínica – INEI-ANLIS-"Dr. Carlos G. Malbrán" para evaluar el estudio de *targets* adicionales que permitan confirmar la especie.

Para el diagnóstico serológico mediante la detección de **IgG anti toxina pertussis** es importante recordar que dicha metodología no resulta útil en infantes ya que su sistema inmune es inmaduro y además existe la posibilidad de interferencia de los anticuerpos maternos. En adolescentes y adultos que recibieron una dosis de la vacuna triple bacteriana acelular, la serología puede emplearse si transcurrió un año desde la recepción de la misma. Excepcionalmente, en niños mayores de un año que no han recibido previamente vacunas antipertussis, la detección de IgG anti toxina pertussis podría resultar de utilidad, sin dejar de notar que igualmente es mandatorio la recolección de ANF/HNF para realizar también el cultivo y la PCR.

VII.8. Nota Metodológica

Para el presente informe se analizó la información registrada en el Sistema Nacional de Vigilancia (SNVS2.0) al 02/11/2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 de 2019 a la SE 44 de 2025, en el evento "Coqueluche". Se excluyeron casos invalidados por epidemiología y duplicados.

Se definieron como casos confirmados de coqueluche aquellos en los que se consignó la detección de *B. pertussis*, *B.parapertussis* por cultivo o PCR, IgG anti toxina pertussis positiva (específica para para *B. pertussis*) o bien la detección de Bordetella sp. por PCR, sin identificación de especie. También se consideraron confirmados para coqueluche aquellos casos clasificados como tales en clasificación manual, sin resultado de laboratorio.

Con relación a los casos probables (a partir de la clasificación manual y sin confirmación de laboratorio), se observó que su curva sigue tendencia de notificaciones del evento, sin corresponderse con la curva epidémica de casos confirmados. Por ello se definió incluir a estos casos probables en el grupo de "casos con sospecha de coqueluche".

Para el parámetro temporal, se analizan los casos según la variable "Fecha Mínima del Caso", construida a partir de la selección de datos en el siguiente orden jerárquico: "Fecha de Inicio de Síntomas", "Fecha de consulta", "Fecha de toma de muestra" o "Fecha de notificación del caso". Para la jurisdicción de asignación del caso, se consideró la provincia de residencia o, en caso de no disponer del mismo, la jurisdicción del establecimiento notificador.

[33] Loeffelholz M. Towards improved accuracy of Bordetella pertussis nucleic acid amplification tests. J Clin Microbiol. 2012;50(7):2186–2190. doi:10.1128/JCM.00612-12;Parkhill J., et al. 2003. Comparative analysis of the genome sequences of Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis and Bordetella bronchiseptica. Nat. Genet. 35:32–40)

Las tasas de notificación fueron calculadas utilizando las proyecciones poblacionales publicadas por INDEC, a partir de datos del Censo de Población, Hogares y Viviendas del año 2010.

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-10/ficha_de_investigacion_coqueluche_9102023.pdf

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS **INTERNACIONALES**

VIII. 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).

VIII.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión

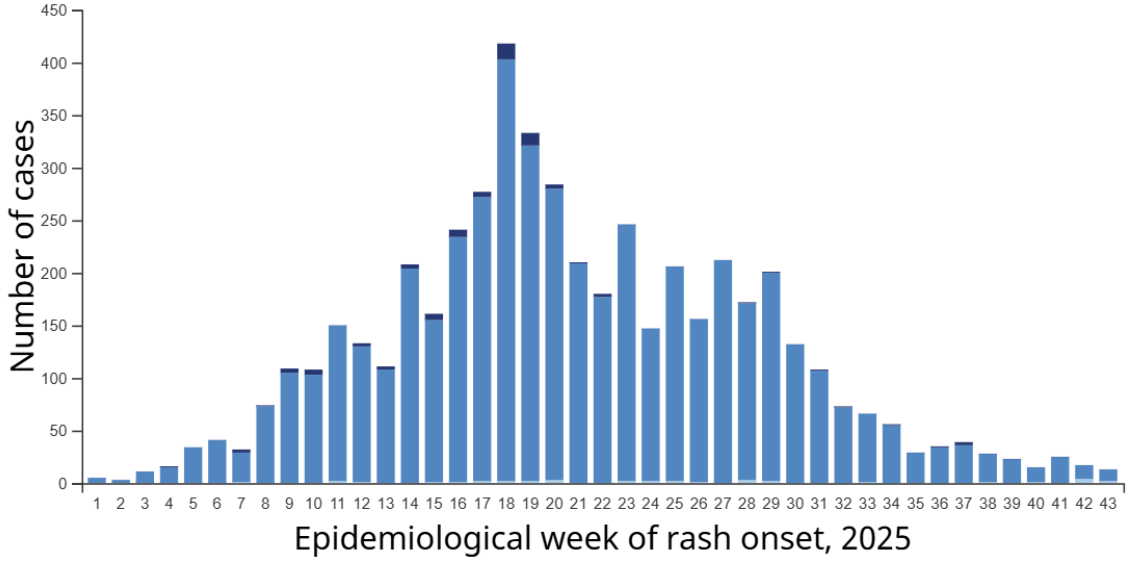
VIII.1.A. CANADÁ[34]

En 2025, se han notificado un total de 5.138 casos de sarampión (4.777 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 25 de octubre de 2025.

En la semana 43 (del 19 al 25 de octubre de 2025), se notificaron 29 nuevos casos de sarampión (29 confirmados y 0 probables) en 4 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Ontario).

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

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=5.138)



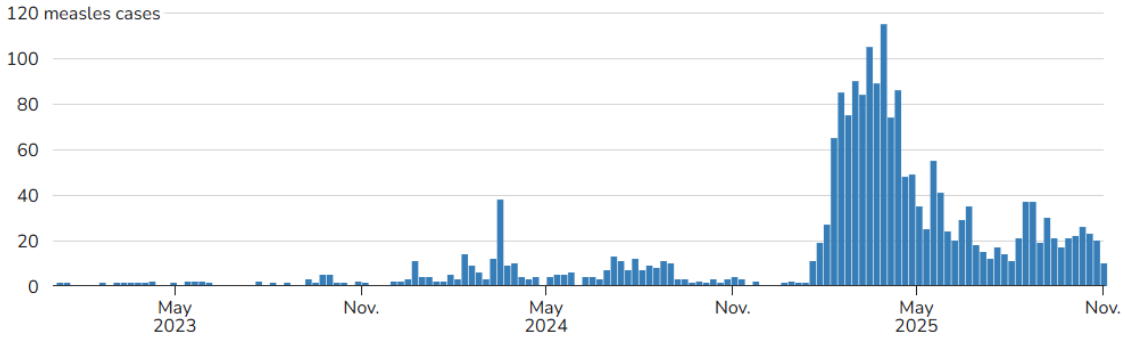
VIII.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[35]

Al 04 de noviembre de 2025, se notificaron un total de 1.681 casos confirmados de sarampión. De ellos, 1.658 casos han sido confirmados en 42 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arkansas, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Míchigan, 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 44 brotes, y el 87% de los casos confirmados (1.464 de 1.681) están asociados a brotes. En comparación, durante 2024 se notificaron 16 brotes y el 69% de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a brotes.

En el 2025 hubo 3 muertes confirmadas por sarampión.

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



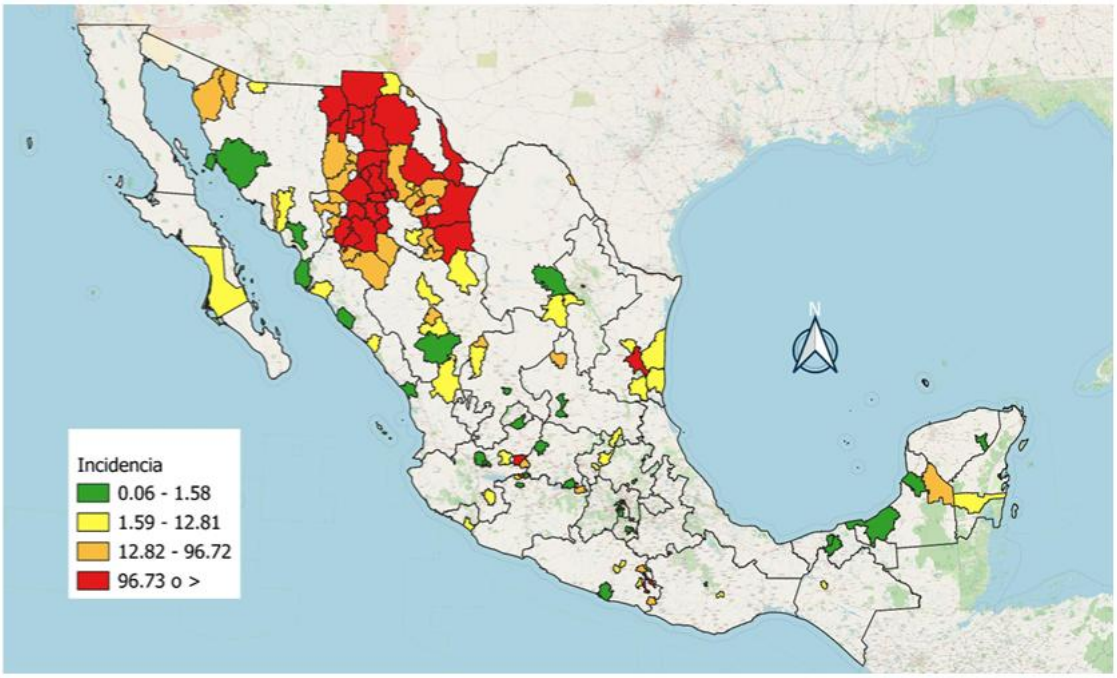
[35] https://www.cdc.gov/measles/data-research/

VIII.1.C. MÉXICO[36]

Al 16 de octubre, se han reportado 5.166 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 06 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 27 estados y 136 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 23 fallecimientos.

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios de residencia, 05 de noviembre de 2025, México.



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

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

VIII.2. Fiebre del Valle del Rift – Mauritania y Senegal

Entre el 20 de septiembre y el 30 de octubre de 2025, un total de 404 casos humanos confirmados de fiebre del Valle del Rift (FVR), incluidos 42 fallecimientos, fueron notificados por las autoridades sanitarias nacionales en dos países de África Occidental: Mauritania y Senegal. La FVR es una enfermedad zoonótica que afecta principalmente a los animales, pero que también puede infectar a los seres humanos. La mayoría de las infecciones humanas resultan del contacto con la sangre u órganos de animales infectados, aunque también se han producido infecciones humanas por picaduras de mosquitos infectados. Hasta la fecha, no se ha documentado transmisión de FVR de persona a persona. Si bien la FVR a menudo provoca una enfermedad grave en los animales, su impacto en los humanos varía, desde síntomas leves similares a los de la gripe hasta fiebre hemorrágica grave que puede ser mortal. La FVR es endémica en ambos países, donde se han notificado brotes recurrentes tanto en el ganado como en humanos. El riesgo de una mayor propagación sigue siendo alto, especialmente con condiciones ambientales favorables para la proliferación de mosquitos, períodos de fuertes lluvias y aumento de la actividad de los mosquitos, así como movimientos de ganado dentro del país y hacia Malí y Gambia para el pastoreo y el comercio. La respuesta a los brotes de FVR requiere un enfoque de "Una Salud", basado en una colaboración reforzada entre los sectores de salud humana, salud animal y medio ambiente, tanto en los países afectados como a nivel regional. La OMS, en colaboración con la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), evalúa actualmente el riesgo general como alto a nivel nacional, moderado a nivel regional y bajo a nivel mundial.

VIII.2.A. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

Mauritania

Casos humanos: Entre el 27 de septiembre y el 30 de octubre de 2025, se notificaron un total de 46 casos humanos confirmados de FVR, incluidos 14 fallecimientos asociados (tasa de letalidad: 30%), en once distritos de trece regiones (wilayas), tres de las cuales comparten fronteras internacionales: Assaba (limítrofe con Malí al sur), Brakna y Trarza (ambas limítrofes con Senegal a lo largo del río Senegal). De un total de 190 muestras analizadas, 46 fueron positivas, es decir, una tasa de positividad del 24,2%.

Casos animales: El 30 de octubre de 2025, el Ministerio Mauritano de Recursos Animales informó un total de 62 brotes animales, con 235 muestras positivas de 1106 recolectadas y analizadas. Los primeros casos animales, que involucraron cabras y dromedarios, se notificaron en agosto de 2025. Se han notificado un total de 235 casos animales, incluidos 71 fallecimientos (dos en camellos y 14 en cabras), en Aioun (región de Hodh El Gharbi) y Timbedra (región de Hodh Ech Chargui), ambas ubicadas en el sureste cerca de la frontera con Malí, así como en Maghta Lahjar (región de Brakna) en el centro del país. En la región de Brakna, se han informado 46 casos animales y 55 muertes a la OMSA. Las especies afectadas incluyen ovejas, cabras, dromedarios y ganado vacuno.

La FVR es endémica en Mauritania. El último gran brote ocurrió en 2022, con 47 casos humanos confirmados, incluidos 23 fallecimientos (tasa de letalidad 49%), que afectó principalmente a pastores en nueve de las quince regiones. Durante este brote, también se vieron afectados bovinos, camellos y pequeños rumiantes, con tasas de positividad en animales cercanas al 21,2%.

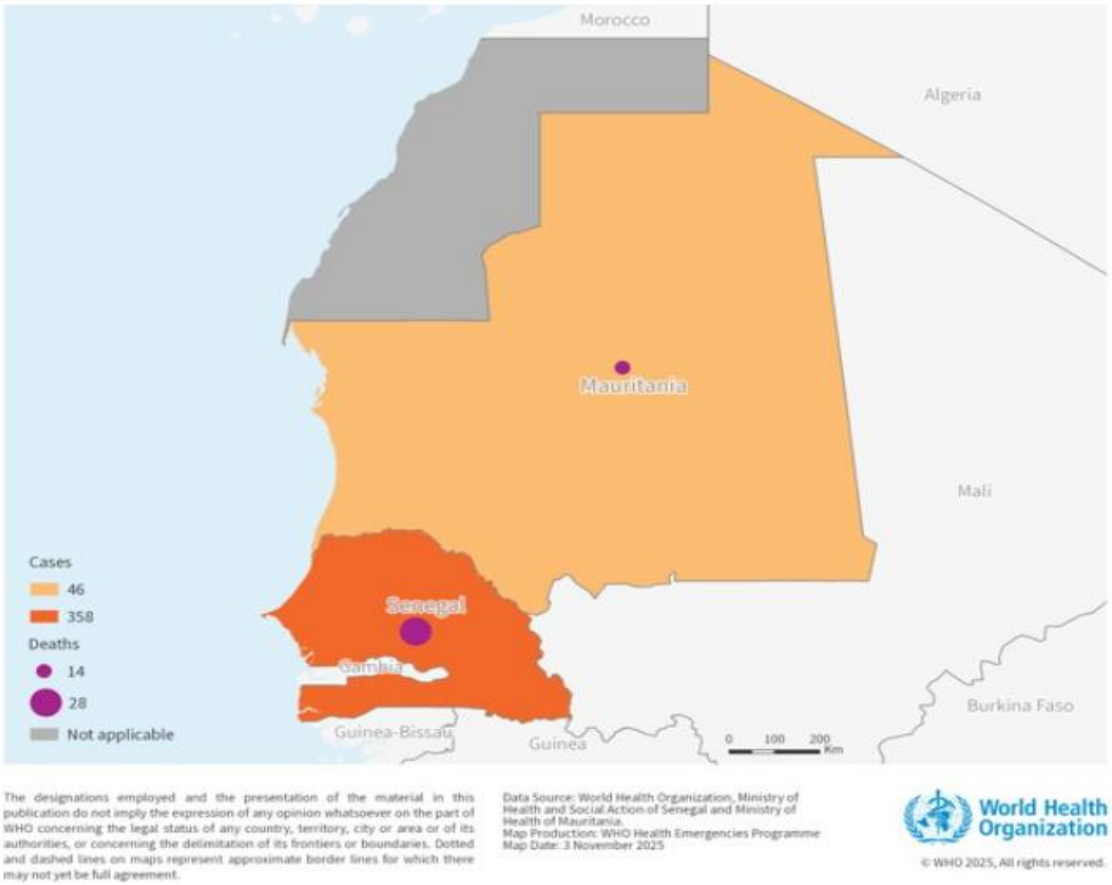
Senegal

Casos humanos: Entre el 20 de septiembre y el 30 de octubre de 2025, la República de Senegal notificó un total de 358 casos humanos confirmados de FVR, incluidos 28 fallecimientos (tasa de letalidad: 7,8%). Los casos se registraron en 22 distritos sanitarios de ocho regiones administrativas, con la gran mayoría (78%) notificados en la región de Saint-Louis. También se notificaron casos adicionales en Dakar (nueve casos), Fatick (12 casos), Kaolack (13 casos), Louga (18 casos), Matam (23 casos), Thiès (2 casos) y Tambacounda (2 casos). Los distritos afectados en la región de Saint-Louis, a saber, Dagana (32 casos), Pete (9 casos), Podor (32 casos), Richard-Toll (133 casos) y Saint-Louis (73 casos), están todos ubicados a lo largo de la frontera norte con Mauritania, cerca del río Senegal.

Casos animales: Se han detectado infecciones animales en las mismas áreas que los casos humanos. El 23 de septiembre de 2025, las autoridades recolectaron 1122 muestras de sangre y cuatro muestras de aborto de rebaños de pequeños rumiantes en las aldeas afectadas. Los análisis de laboratorio confirmaron 36 muestras positivas de seis rebaños. Al 29 de octubre de 2025, se han notificado un total de 160 casos animales confirmados de FVR en ovejas, cabras y ganado vacuno en siete regiones de Senegal: Dakar, Fatick, Louga, Matam, Saint-Louis, Tambacounda y Thiès. Además, se notificaron 640 abortos animales en tres regiones. Al 22 de octubre de 2025, el país ha notificado a la OMSA 26 brotes de FVR, que afectan a un total de 59 animales, incluidos dos fallecimientos.

La FVR es endémica en Senegal, con brotes anteriores que afectaron tanto a poblaciones humanas como animales. El último caso humano confirmado antes de este brote se notificó en enero de 2025 en Touba, región de Diourbel, mientras que el último caso humano en la región de Saint-Louis fue en 2022.

Figura 1. Distribución geográfica de los casos humanos confirmados de FVR (404) y fallecimientos (n=42) en Mauritania y Senegal, del 20 de septiembre al 30 de octubre de 2025.



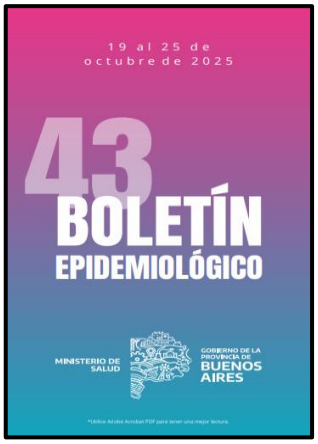
Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-ne

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

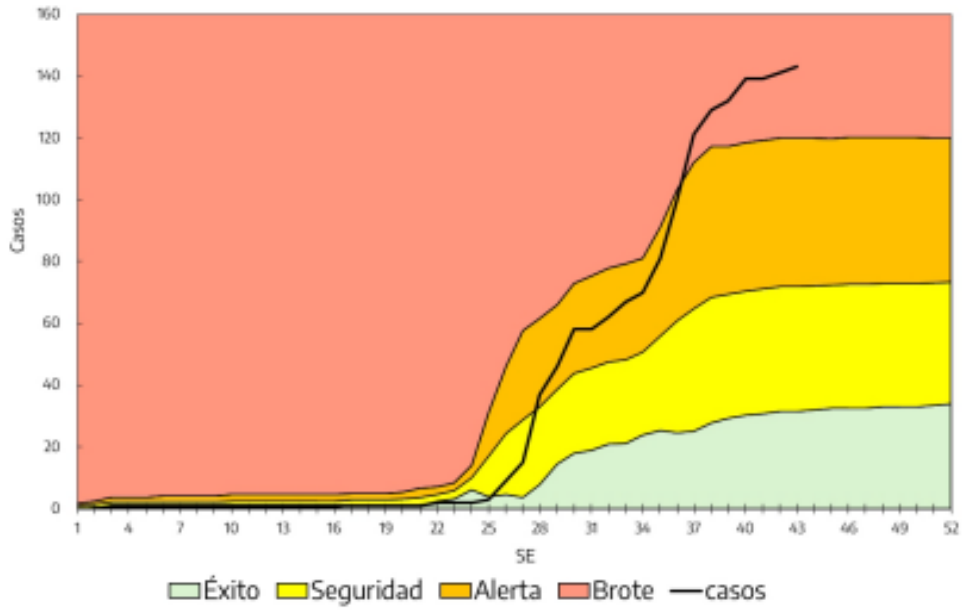
IX. Boletines Jurisdiccionales

IX.1. Buenos Aires: Triquinosis

Desde la semana epidemiológica (SE) 1 hasta la cuarta semana de octubre (SE 43), en la PBA se notificaron 212 casos sospechosos de triquinosis, de los cuales se confirmaron 143 casos, 5 descartados y 64 continúan en estudio.



Corredor endémico acumulativo de triquinosis. Años 2019 - 2025. Provincia de Buenos Aires.



**Se excluye el año 2023, debido a la ocurrencia del brote de gran extensión por consumo de productos de origen comercial.*

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

Para más información:

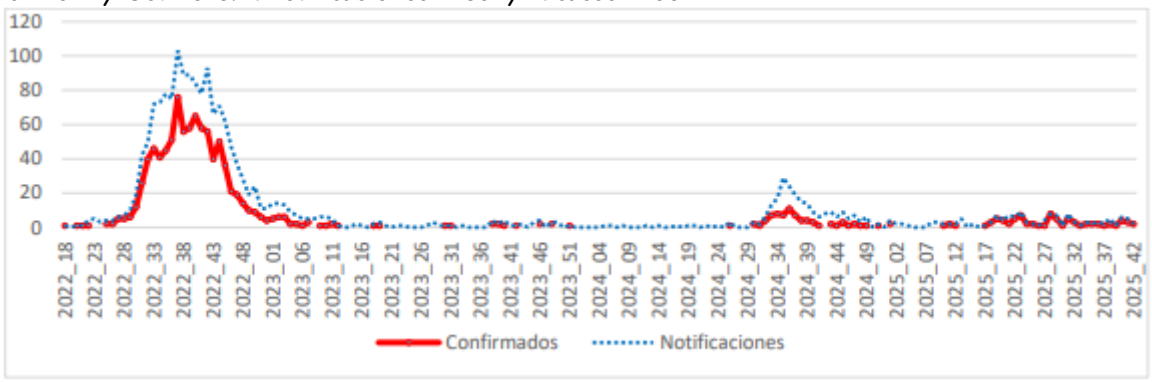
https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2025

IX.2. CABA: Viruela Símica

En 2024-25, en el período comprendido entre la SE 1 de 2024 y las SE 42 de 2025 fueron notificados en total 359 residentes, que se distribuyeron de la siguiente manera: 153 casos confirmados, 152 descartados y 54 casos que se encuentran en investigación. De los 153 casos confirmados, un caso requirió internación, la cual transcurrió con resolución favorable. Del total de casos notificados en residentes, las notificaciones se distribuyeron equitativamente entre el subsector público y privado. Hasta la fecha no se han informado casos relacionados con el clado Ib.



Notificaciones y casos confirmados viruela símica. Residentes CABA - por año y semana epidemiológica Abr-2022 / Oct-2025. N notificaciones = 1861 / N casos = 1061



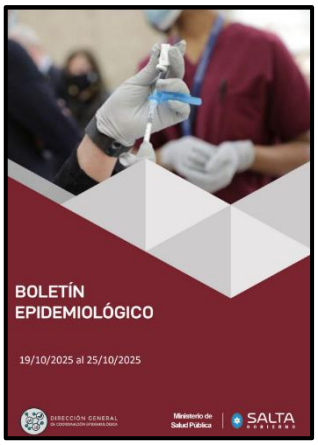
Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0

Para más información:

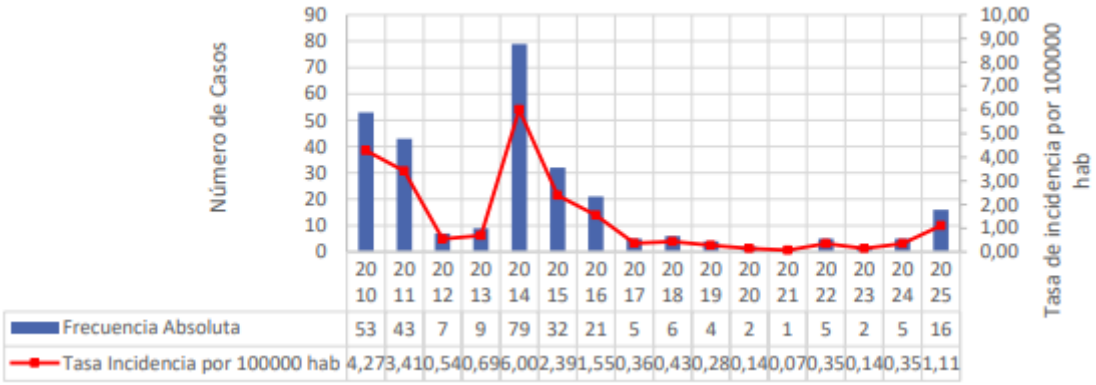
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

IX.3. Salta: Hepatitis A

Hasta la semana epidemiológica (SE) N°43 del año 2025, se notificaron un total de 59 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 43 del año 2025.



Casos confirmados de Hepatitis A y tasa cada 100mil hab. periodo 2010 hasta se 43/2025. Provincia de Salta.



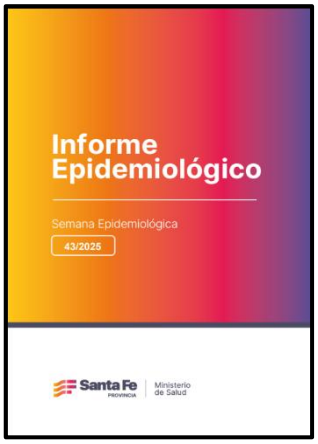
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y registro de casos y tasas "Anuario estadístico Provincia de Salta, periodo 2010-2018".

Para más información:

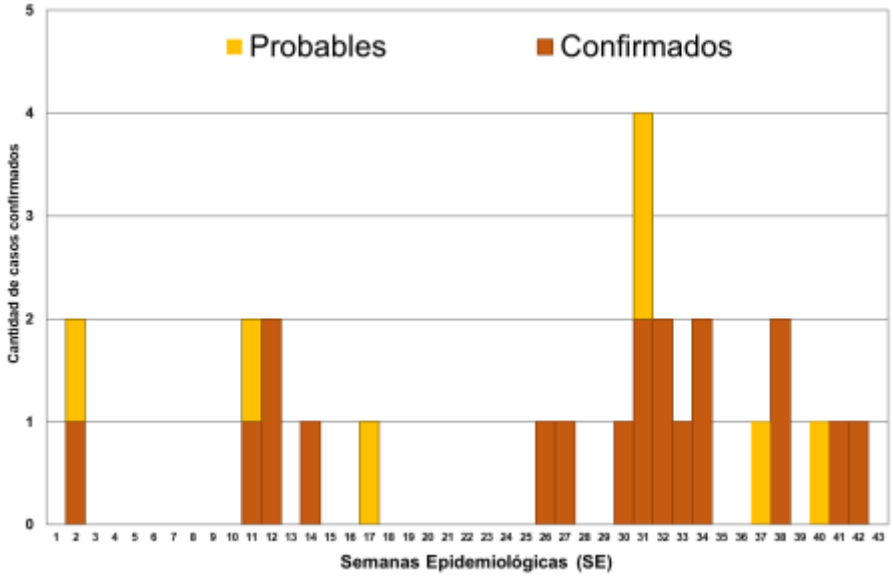
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

IX.4. Santa Fe: Coqueluche

En la provincia de Santa Fe, desde la SE 1 a 43 del año 2025 se notificaron 166 casos al evento de Coqueluche, de los cuales 19 se confirmaron y 7 se clasificaron como probables. De los 19 casos confirmados, 16 casos corresponden al departamento Rosario, un caso al departamento General López, un caso al departamento La Capital y un caso al departamento Caseros.



Distribución de casos confirmados (n= 19) y probables (n= 7) según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 43. Año 2025. N= 26.



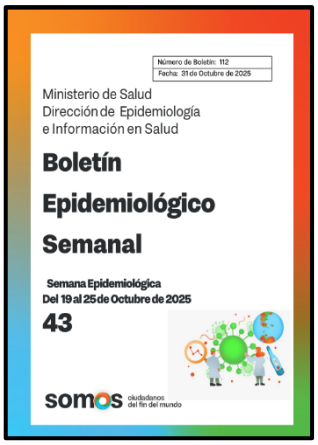
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

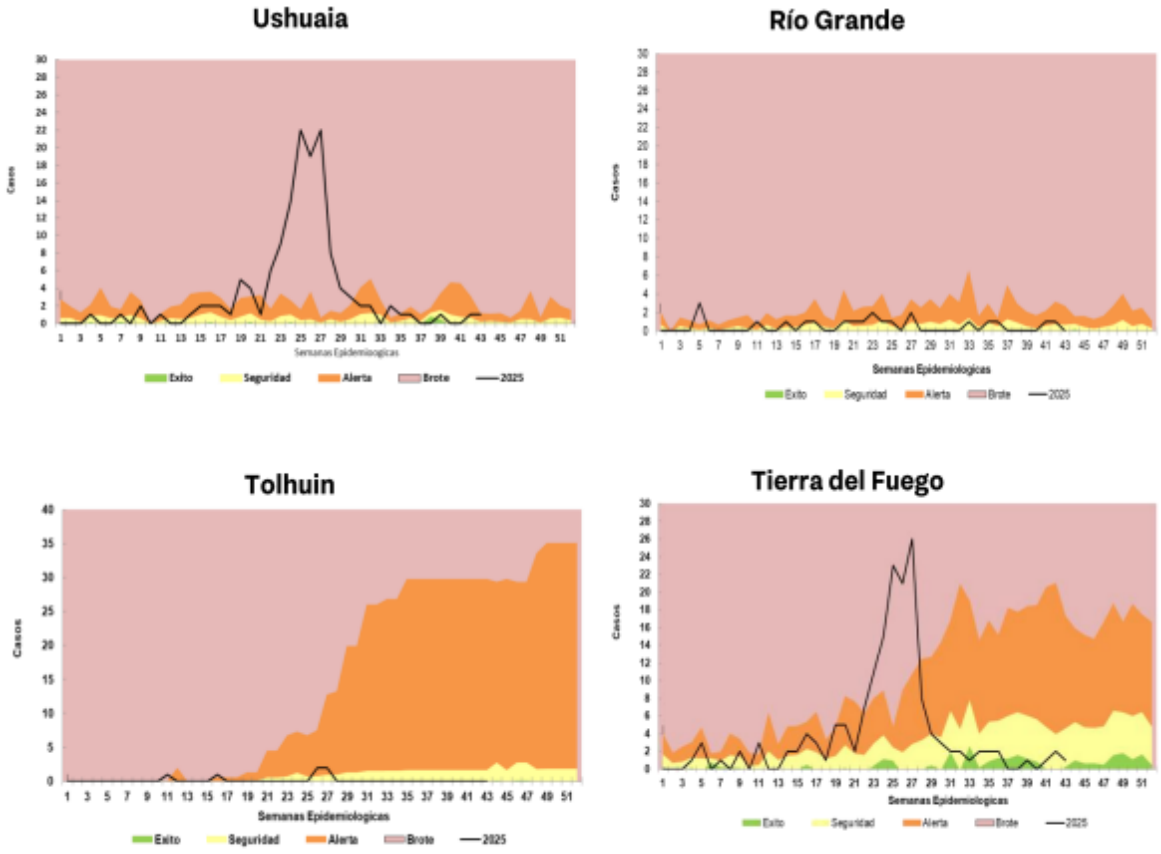
Para más información:

https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/%28subtema%29/93802

IX.5. Tierra del Fuego: Varicela

A nivel provincial, con 164 casos acumulados, la incidencia se ubica en la zona de seguridad. En Ushuaia, con 137 casos acumulados, la incidencia se encuentra en zona de alerta. En Río Grande, con 21 casos acumulados, la incidencia se ubica en zona de seguridad. En Tolhuin, se registraron 6 casos en lo que va del año, ubicándose la incidencia en zona de seguridad.





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

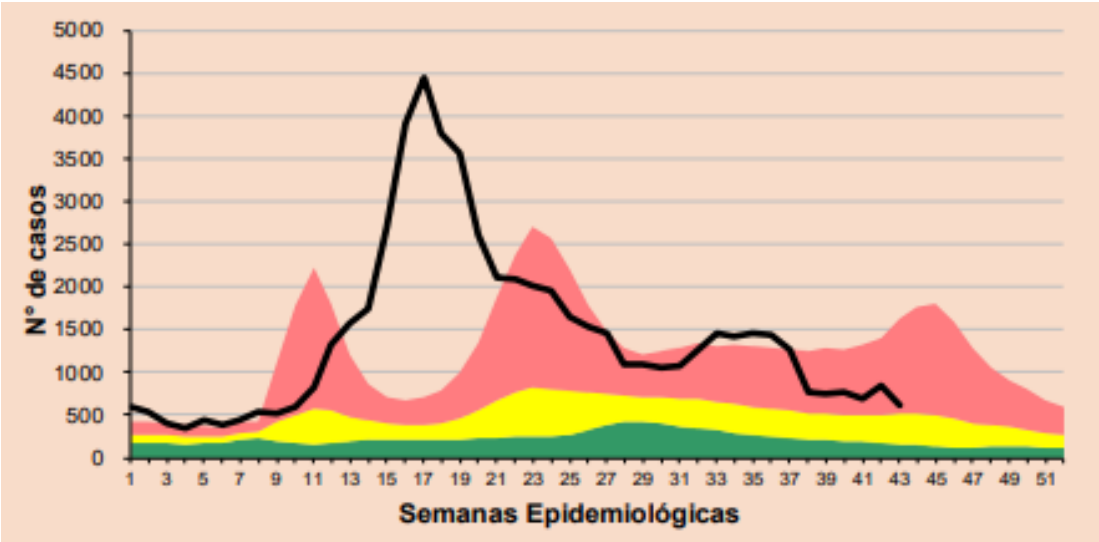
Para más información:

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

IX.6. Tucumán: Enfermedad tipo Influenza (ETI)

Las infecciones respiratorias agudas son comúnmente causadas por influenza y otros virus respiratorios, ocurren durante todo el año con picos epidémicos. Debido a su morbilidad, se han establecido estrategias para el monitoreo permanente. En la semana epidemiológica 43 se registraron 609 casos para este evento.





Fuente: SNVS – *Dirección de Epidemiología*

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

X. 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 genómica de Varicela" se modifica por "Vigilancia de Varicela por laboratorio"			
	Otras enfermedades invasivas (bacterianas y otras)	Laboratorio	Resultados	Se adiciona: "Yersinia enterocolítica"
	Sospecha de brote de ETA, o por agua o ruta fecal-oral	Laboratorio	Resultados	Sapovirus (genogrupos I II IV V)

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



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

Duración: 30 horas

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