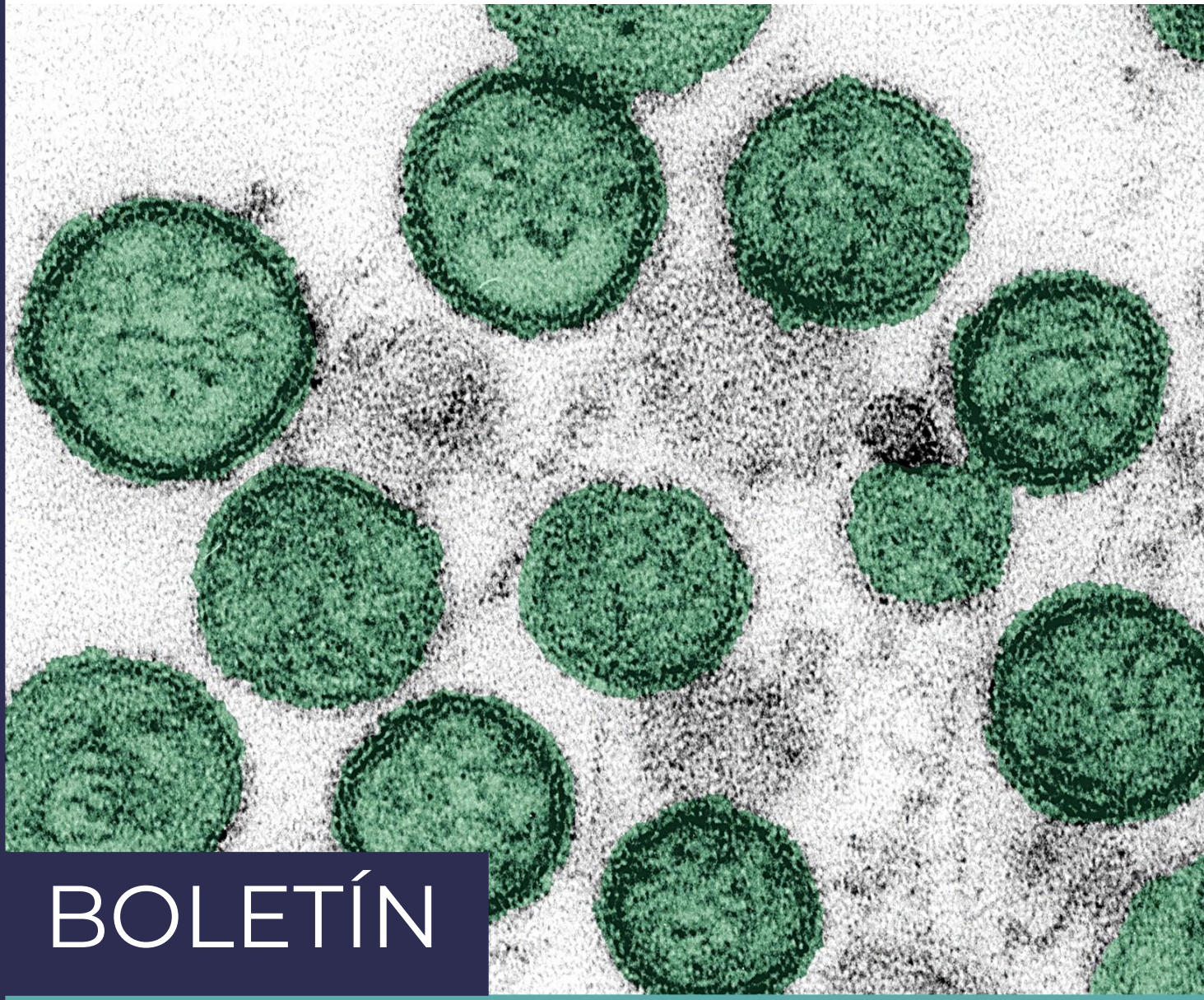
ISNN:2422-698X (en línea)
ISNN:2422-6998 (correo electrónico)



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **785**

Semana epidemiológica 48
AÑO 2025
Desde 23/11 al 29/11
Fecha de publicación
9/12/2025

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:

Coqueluche
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.

Hantavirosis
Del Ministerio de Salud de La Nación, la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmisibles.
Del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán": Laboratorio Nacional de Referencia de Hantavirus, Servicio de Biología Molecular, Departamento de Virología.

Infecciones Respiratorias
Del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán": Virus respiratorios y el Departamento de Epidemiología.

Dengue y otros Arbovirosis
Del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmisibles.
El Servicio Meteorológico Nacional.
INEVH-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán": El Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui".

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 enfermedad por hantavirus es una zoonosis emergente producida por virus ARN pertenecientes a la familia *Bunyaviridae*. La transmisión al ser humano ocurre principalmente a través de roedores silvestres, que actúan como reservorios naturales del virus. Foto tomada del Centro para el control y prevención de enfermedades (CDC).

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°785, SE 48.

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

Este BEN 785 incluye las tablas de eventos de notificación obligatoria seleccionados, con su nota metodológica actualizada y la aclaración específica sobre los criterios cromáticos utilizados para la interpretación. Se presentan los eventos nominales, los agrupados clínicos y los agrupados laboratoriales, junto con las indicaciones necesarias para la lectura de cada sección.

En el bloque de vigilancia de infecciones respiratorias agudas, se ofrece una síntesis de la información nacional destacada y el análisis de influenza, VSR y SARS-CoV-2 en las distintas estrategias de vigilancia: clínica, centinela ambulatoria y universal de laboratorios. Se incluye además la situación regional de influenza y otros virus respiratorios.

En cuanto a los arbovirus, se presenta la estimación de escenarios epidemiológicos para dengue de la temporada 2025–2026, junto con la descripción del inicio de circulación en el país y la actualización de la situación de otros arbovirus notificados recientemente.

Dentro de situaciones emergentes, esta edición continúa incorporando el informe de coqueluche con la situación internacional, el comportamiento nacional entre las SE1–48/2025, el análisis por edad y gravedad, la distribución de coberturas de vacunación y las recomendaciones actualizadas para los equipos de salud. Se destaca la detección de *Bordetella holmessi* en cinco jurisdicciones.

En el apartado de actualización periódica se incluye un informe de hantavirosis, con la caracterización temporal, geográfica y por grupos poblacionales, además de los aportes recientes de la vigilancia genómica.

Asimismo, se resumen las alertas epidemiológicas internacionales difundidas recientemente y se incorporan los contenidos seleccionados de los boletines jurisdiccionales de esta semana.

Finalmente, esta edición presenta el listado actualizado de modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0 y las herramientas disponibles para el desarrollo de salas de situación de 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. Nota general sobre la interpretación cromática en las tablas 14
III.5. Eventos agrupados clínicos 14
III.6. Eventos agrupados laboratoriales 16
III.6.A. Sobre la construcción de esta tabla 16

EVENTOS PRIORIZADOS **17**
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **18**
IV.1. Nota Metodológica 18
IV.1.A. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 18
IV.2. Síntesis de la información nacional destacada 18
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 19
IV.3.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 19
IV.3.B. Neumonía 20
IV.3.C. Bronquiolitis 22
IV.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 23
IV.4.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 26
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **29**
V.1. Situación regional 29
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 30
V.2.A. Nota metodológica 30
V.3. Situación de dengue en Argentina 32
V.3.A. Inicio de temporada 2025/2026 32
V.4. Situación epidemiología de otros arbovirus 33
V.4.A. Casos de fiebre chikungunya con antecedente de viaje (importados) 34
V.5. Vigilancia entomológica 35
V.5.A. Vigilancia entomológica por sensores de oviposición 35
V.5.B. Evolución IPO e IDH SE32–SE49 (2025) 35
V.5.C. Vigilancia entomológica por índices larvarios 39

SITUACIONES EMERGENTES **44**
VI. Coqueluche - Actualización informe epidemiológico **45**
VI.1. Introducción 45
VI.2. Situación internacional 46
VI.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina 46
VI.3.A. Introducción 46
VI.3.B. Análisis de los casos notificados y confirmados 47
VI.3.C. Análisis según edad y gravedad 51
VI.4. Coberturas de Vacunación 52
VI.4.A. Coberturas para Total país 52
VI.4.B. Coberturas según jurisdicción 54
VI.5. Recomendaciones para los equipos de salud del primer nivel de atención respecto a la Coqueluche 55
VI.5.A. Prevención y promoción de la vacunación 55
VI.5.B. Detección temprana 56
VI.5.C. Notificación y vigilancia 56
VI.5.D. Manejo clínico 56
VI.5.E. Control de contactos 57
VI.5.F. Sensibilización de la comunidad 57
VI.5.G. Medidas preventivas 58
VI.5.H. Medidas ante casos y contactos 58
VI.6. Consideraciones sobre el diagnóstico 61

VI.7. Nota Metodológica 63

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS 64
VII. Hantavirosis – Actualización Informe epidemiológico 65
VII.1. Introducción 65
VII.2. Situación epidemiológica 66
VII.2.A. Nota metodológica 66
VII.2.B. Introucción 66
VII.2.C. Caracterización según tiempo y espacio 67
VII.2.D. Caracterización según personas afectadas 71
VII.2.E. Vigilancia genómica 75
VII.2.F. Conclusión 75
VII.3. Medidas preventivas generales 76

COMUNICACIÓNES EPIDEMIOLÓGICAS 78
VIII. Circulación de casos confirmados de sarampión por Argentina 79
VIII.1. Introducción 79
VIII.2. Situación actual 79
VIII.3. Situación epidemiológica mundial y regional 80
VIII.4. Situación epidemiológica y antecedentes en Argentina 82
VIII.5. Recomendaciones para los equipos de salud 83
VIII.5.A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA 83
VIII.6. Medidas de prevención 83
VIII.7. Medidas ante casos y contactos 84
VIII.7.A. Medidas ante un caso sospechoso 84
VIII.7.B. Medidas en los contactos 85
VIII.7.C. Medidas ante brotes 85
VIII.7.D. Herramientas para la vigilancia y control de Sarampión y Rubéola 86

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES 87
IX. Introducción 88
IX.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión 88
IX.1.A. Canadá1F 88
IX.1.B. Estados Unidos de América2F 89
IX.1.C. México3F 90
IX.1.D. paraguay3F 90
IX.2. Etiopía Enfermedad por virus del Ébola – República Democrática del Congo 91
IX.3. Alerta Epidemiológica Influenza estacional en la Región de las Américas 93
IX.3.A. Resumen de la situación inicio de temporada 2025-26 en el hemisferio norte 93
IX.3.B. Resumen de la situación cierre de temporada 2025 en el hemisferio sur 94
IX.3.C. Resultados preliminares sobre la efectividad de la vacuna contra la influenza en la temporada 2025 en el hemisferio sur de la Región de las Américas 98
IX.3.D. Caracterización virológica de los virus de influenza estacional temporada 2025 y composición de la vacuna para el hemisferio sur 2026 99

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 100
X. Boletines Jurisdiccionales 101
X.1. Buenos Aires: Triquinelosis 101
X.2. Santa Fe: Coqueluche 102
X.3. Salta: Bronquiolitis 103
X.4. Tierra del Fuego: Varicela 104
X.5. Tucumán: Neumonía 105

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 106
XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 107
XII. Taller regional de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de Brotes. Región Centro 108

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 1-48. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-48	2025 Acumulados SE 1-48	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	141	128	-13	-9%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	9.120	17.974	8.854	97%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	238	321	83	35%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	105	129	24	23%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	7	5	-2	-29%
	Cisticercosis	10	10	0	0%
	Escorpionismo o Alacranismo	4.137	7.087	2.950	71%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	442	729	287	65%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	27	37	10	37%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	9	16	7	78%
	Brucelosis	112	134	22	20%
	Hantavirosis	61	68	7	11%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	20	17	567%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1.418	1.446	28	2%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	15	26	11	73%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	5	27	22	440%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	11	48	37	336%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	18	1	-17	-94%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	10.848	10.848	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	682	682	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	551	551	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	12.764	16.388	3.624	28%

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 1-48. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-48		2025 Acumulados SE 1-48		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	4.115	177	5.346	765	1.231	30%	588	332%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	640	2	3.250	35	2.610	408%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)		0		0		N/A	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	2.301	845	2.577	832	276	12%	-13	-2%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	124	0	101	0	-23	-19%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	93.232	58.349	63.659	18.317	-29.573	-32%	-40.032	-69%
	Encefalitis de San Luis	314	1	459	0	145	46%	-1	-100%
	Fiebre amarilla humana	106	0	150	0	44	42%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	51	0	107	1	56	110%	1	N/A
	Zika	1.471	0	951	0	-520	-35%	0	N/A
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	904	355	630	297	-274	-30%	-58	-16%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	2.099	53	2.134	193	35	2%	140	264%
	Psitacosis	268	40	642	107	374	140%	67	168%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	1.395	63	1.652	53	257	18%	-10	-16%
	Sífilis Congénita	2.605	1.060	951	936	-1.654	-63%	-124	-12%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	8	0	9	0	1	13%	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en emb.	2.212	2.111	1.729	1.452	-483	-22%	-659	-31%
	Sífilis en emb.	10.521	9.213	11.335	10.329	814	8%	1.116	12%
	Hepatitis B en emb.	96	58	126	51	30	31%	-7	-12%
Hepatitis virales	Hepatitis A	130	29	216	114	86	66%	85	293%
	Hepatitis B	2.848	652	3.273	702	425	15%	50	8%
	Hepatitis C	2.402	1.393	2.604	1.592	202	8%	199	14%
	Hepatitis E	50	7	53	6	3	6%	-1	-14%
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	31.356	25.337	49.932	42.743	18.576	59%	17.406	69%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	1.311	1.231	2.029	1.940	718	55%	709	58%
Otros eventos de imp. p/ la salud pública	Viruela símica (mpox)	388	102	352	150	-36	-9%	48	47%

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. Nota general sobre la interpretación cromática en las tablas

Los colores sintetizan la comparación del acumulado 2025 frente a la mediana 2020–2024, tanto en diferencia absoluta como, cuando corresponde, en variación porcentual; el **verde** indica disminución respecto de la mediana histórica (menor magnitud en 2025), el **rojo** señala aumento (mayor magnitud en 2025) y el **amarillo** advierte interpretación con cautela ante variaciones muy bajas; diferencias no aplicables ("N/A" por comparaciones con cero) o contextos de inestabilidad/heterogeneidad de registro y clasificación que afectan la comparabilidad; estas señales son operativas y no sustituyen el análisis epidemiológico contextual de cada evento, que debe considerar particularidades metodológicas (criterios de asignación de semana, algoritmos de confirmación y procesos manuales), calidad y oportunidad del dato y posibles cambios en normas o prácticas de vigilancia antes de concluir tendencias o variaciones inusuales.

Asimismo, se refuerza que todos los datos de la vigilancia epidemiológica son parciales y sujetos a modificación

III.5. 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 1-48. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-48	2025 Acumulados SE 1-48	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Trans. Por alimentos	Diarrea	683.392	681.850	-1.542	0%
Infecc. de trans. sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.518	2.336	818	54%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	1.021	707	-314	-31%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	119.056	91.480	-27.576	-23%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	1.103.683	1.134.090	30.407	3%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	76.454	72.806	-3.648	-5%
	Neumonía (sin especificar)	86.510	74.663	-11.847	-14%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	3	5.777	5.774	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	10	3.944	3.934	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	34	28.529	28.495	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	1.897	1.896	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	15	6.978	6.963	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	8	5.575	5.567	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	100	35.678	35.578	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	13	6.714	6.701	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	13	2.677	2.664	N/A
	Lesiones por electrocución	1	631	630	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	996	996	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	39	79.239	79.200	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	9	26.138	26.129	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	9	35.228	35.219	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	459	459	N/A
	Otras lesiones en el hogar	87	26.188	26.101	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.6. Eventos agrupados laboratoriales

III.6.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 1-48. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-48		2025 Acumulados SE 1-48		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	4.309	237	4.113	254	-196	-5%	17	7%
	Infección por Mycoplasma genitalium	737	22	627	21	-110	-15%	-1	-5%
	Infección por Mycoplasma hominis	2.695	262	2.981	404	286	11%	142	54%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	14.652	394	7.183	443	-7.469	-51%	49	12%
	Infección por Trichomonas vaginalis	24.699	2.487	21.603	2.295	-3.096	-13%	-192	-8%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1. Nota Metodológica

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

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

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

La actividad de influenza en las Américas se mantiene en niveles bajos, pero con una tendencia al alza y una positividad del 3.8%. La circulación de VSR continúa descendiendo en la última semana epidemiológica (SE), mientras que SARS-CoV-2 presenta una tendencia a la mantención y una positividad del 7.1%. En América del Norte, la actividad de influenza y VSR permanece en niveles bajos y con una tendencia al alza. SARS-CoV-2 se mantiene con respecto a la SE anterior, con una positividad del 7.1%. En el Caribe, la circulación de influenza A(H1N1)pdm09 disminuye, con una positividad del 11.2%. La actividad de VSR mantiene su aumento, alcanzando una positividad del 22%, mientras que SARS CoV-2 se observa en niveles bajos y estables de circulación. En Centroamérica, la actividad de influenza aumenta su circulación, con una positividad del 5.7%. SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos y estables, mientras que VSR se mantiene esta semana con una positividad del 17.5%. En la subregión andina, la actividad de influenza A aumenta levemente esta semana a un 6.6% y VSR disminuye a un 4.5% de positividad. SARS-CoV-2 disminuye en comparación con la SE anterior, presentando una positividad del 5.1%. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza continúa su aumento (11.3% de positividad), con circulación principalmente de influenza A(H3N2) e influenza B. La circulación de VSR llega a niveles interestacionales, mientras que SARS-CoV-2 se observa en niveles bajos, y con una tendencia a la mantención (7.6% de positividad). La circulación de otros virus respiratorios (OVR) disminuye al 4% a nivel regional, excepto en el caribe que presenta una positividad del 7.5% y con una tendencia ascendente. Los principales virus detectados a nivel regional corresponden a rinovirus y parainfluenza.

IV.2. Síntesis de la información nacional destacada

Durante 2025, la vigilancia clínica notificó 1.154.558 casos de ETI, 167.754 de neumonía y 154.092 de bronquiolitis en menores de dos años.

En la vigilancia centinela ambulatoria, influenza registra un leve incremento, con predominio de influenza B, mientras que VSR no presenta detecciones en las últimas semanas. SARS-CoV-2 muestra un ascenso leve y sostenido desde la SE34, que se acentúa en las últimas semanas.

[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

En las UC-IRAG, se registraron más de 10.000 internaciones, con detecciones de los tres virus priorizados y un ligero aumento de IRAG asociada a SARS-CoV-2 desde la SE35.

La vigilancia universal por red de laboratorios muestra predominio de influenza B, detecciones de VSR, y un aumento gradual en las detecciones de SARS-CoV-2 desde la SE34, más marcado entre SE42-46.

Durante la SE47/2025, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente SARS-CoV-2, seguido de influenza, parainfluenza, VSR, metapneumovirus y adenovirus.

En personas internadas, durante la SE47 se notificaron 7 hospitalizaciones con diagnostico de influenza (218 fallecidos acumulados en 2025), 6 con VSR y 30 con SARS-CoV-2, incluyendo 1 fallecido en la semana.

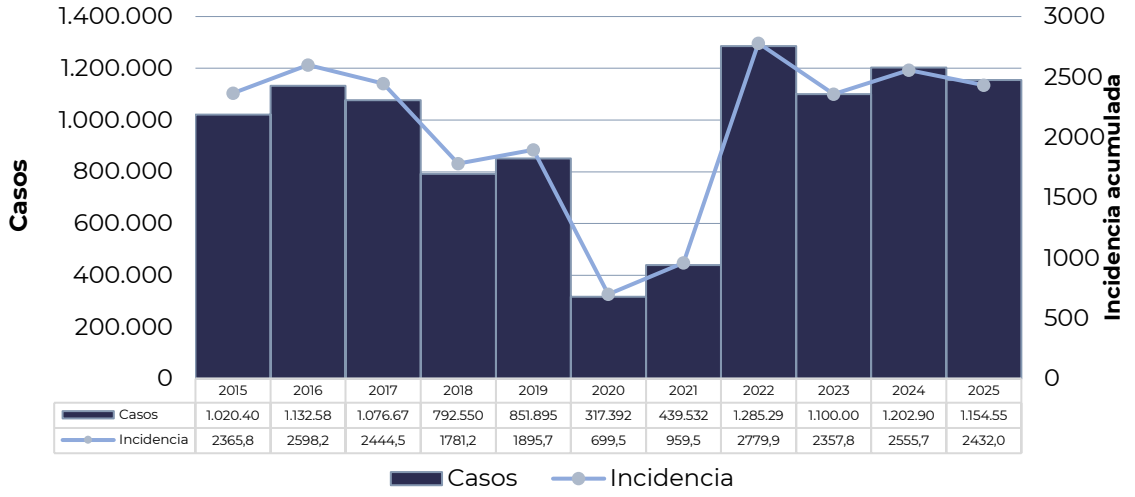
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

Entre las SE 1 y 47 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.154.558 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2432,0 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registraron en 2022 (1.285.297 casos) seguido por 2024 (1.202.908), 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 superior a los valores registrados en los demás años de la serie histórica.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE47. Argentina[2].

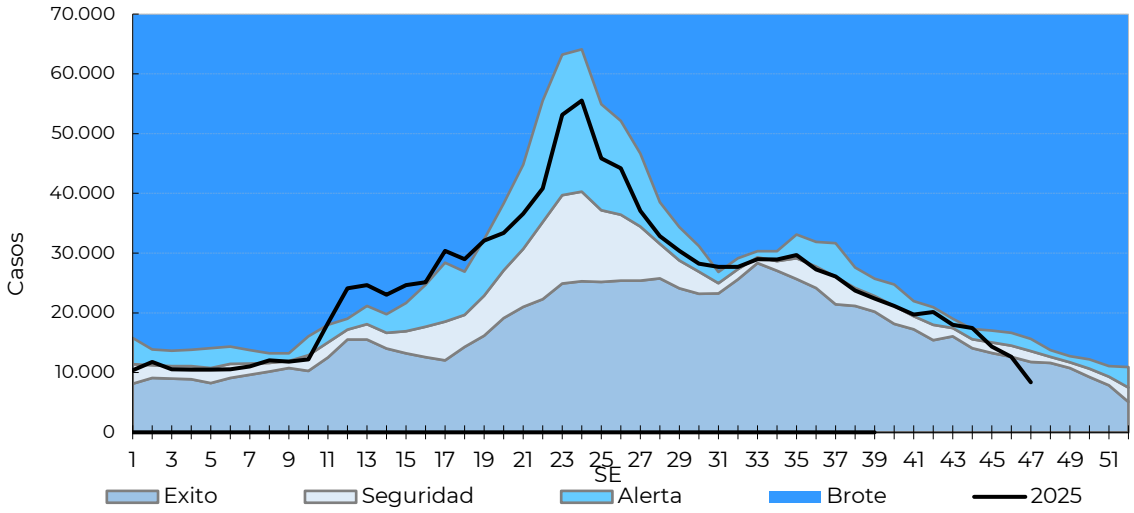


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

[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

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 47 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.

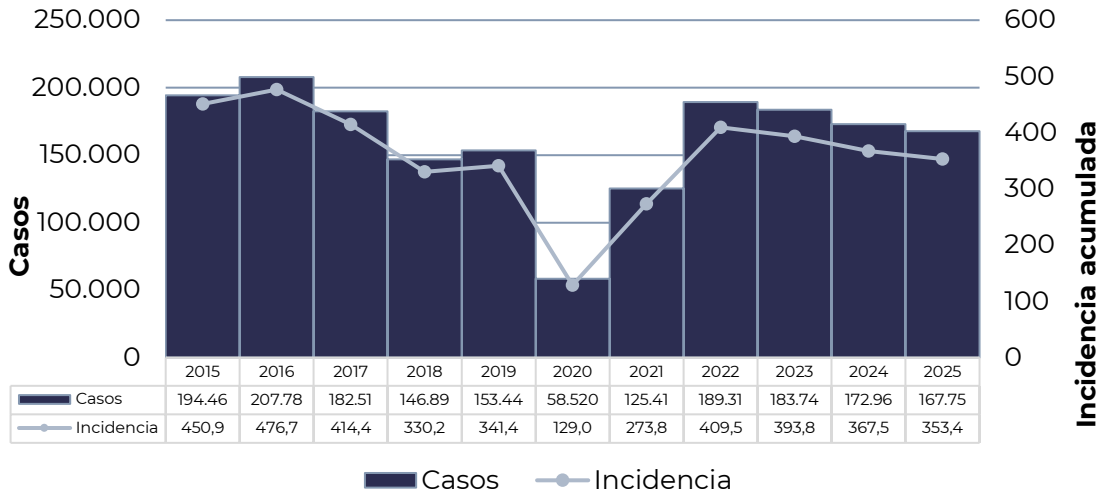
IV.3.B. NEUMONÍA

Hasta la SE47 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 167.754 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 353,4 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.

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

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE47. Argentina.

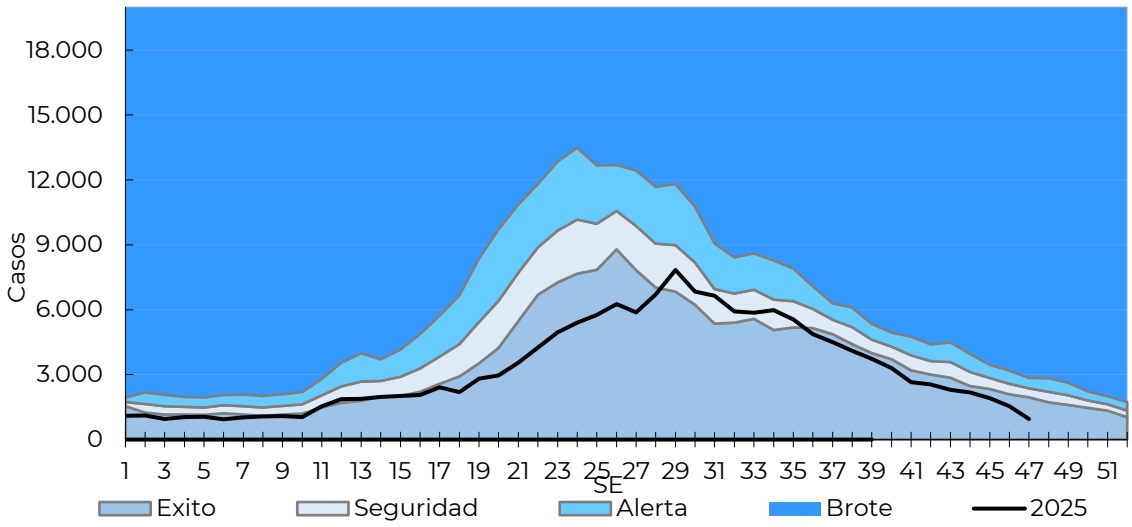


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	194.46	207.78	182.51	146.89	153.44	58.520	125.41	189.31	183.74	172.96	167.75
Incidencia	450,9	476,7	414,4	330,2	341,4	129,0	273,8	409,5	393,8	367,5	353,4

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

En 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 47 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 SNVS2.0.

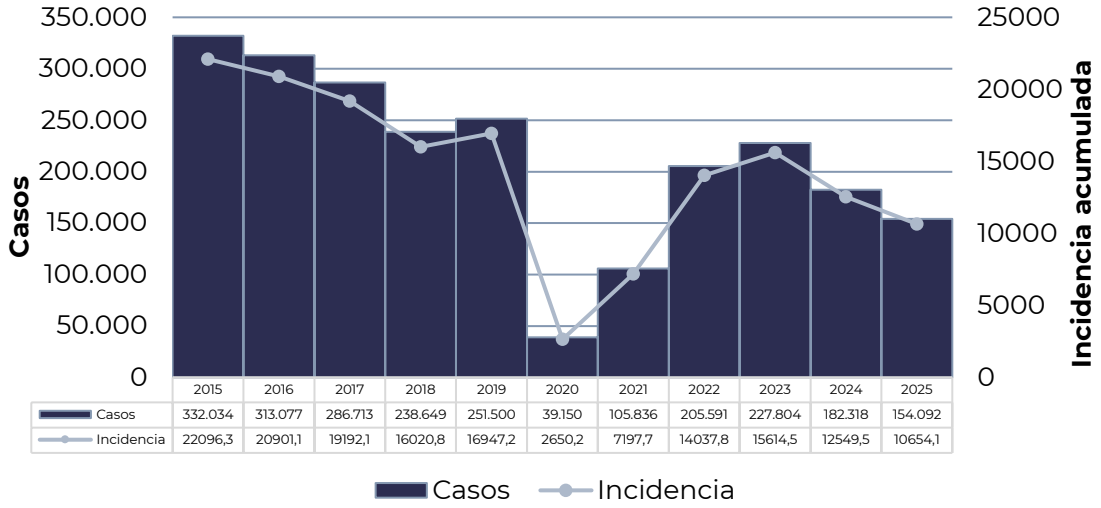
[4] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

IV.3.C. BRONQUIOLITIS

Desde la SE01 a la SE47 de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 154.092 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 10654,1 casos/100.000 habitantes.

En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 47 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.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE47. Argentina.

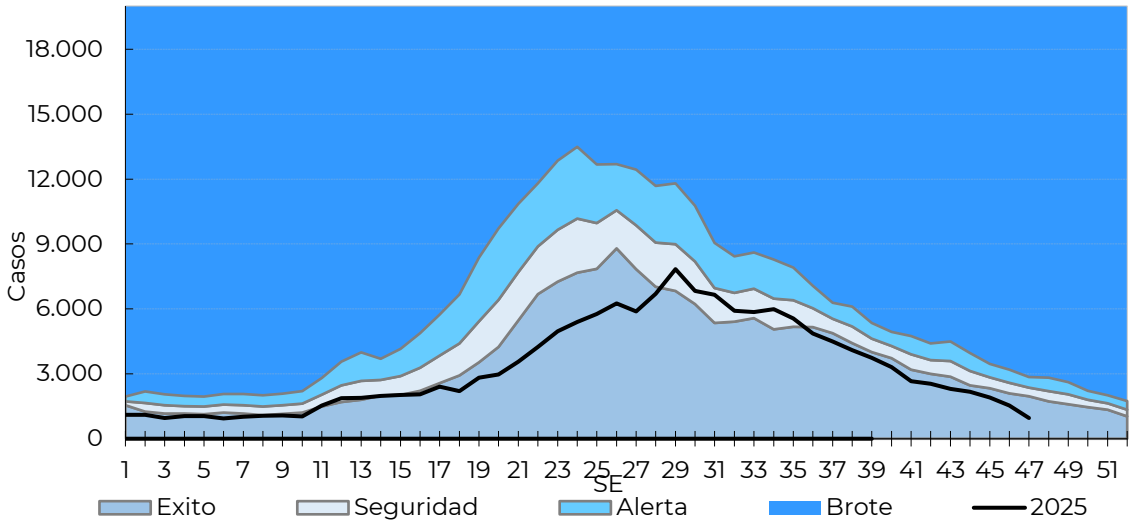


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	332.034	313.077	286.713	238.649	251.500	39.150	105.836	205.591	227.804	182.318	154.092
Incidencia	22096,3	20901,1	19192,1	16020,8	16947,2	2650,2	7197,7	14037,8	15614,5	12549,5	10654,1

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 47 de 2025[5]. Argentina.

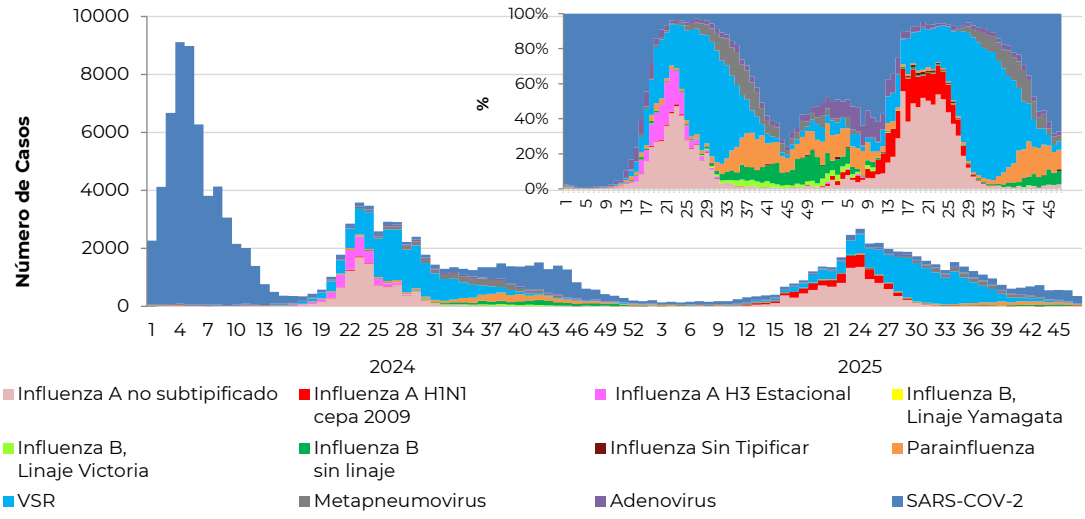


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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 semanas más recientes (SE42 - SE46).

Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE47/2025. Argentina.

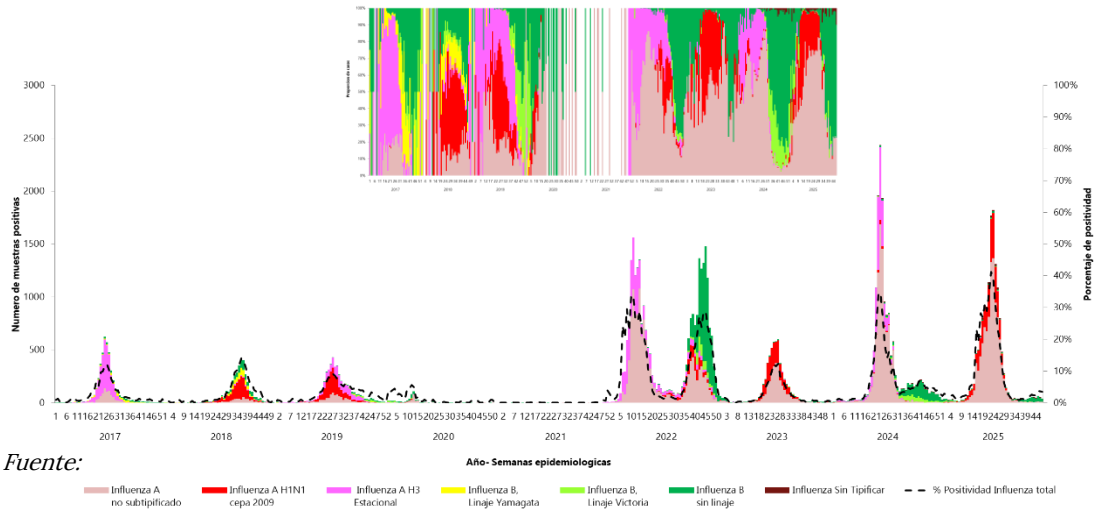


[5] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

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.

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 (SE46 y SE47) se notificaron 91 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- SE47/2025. Argentina.



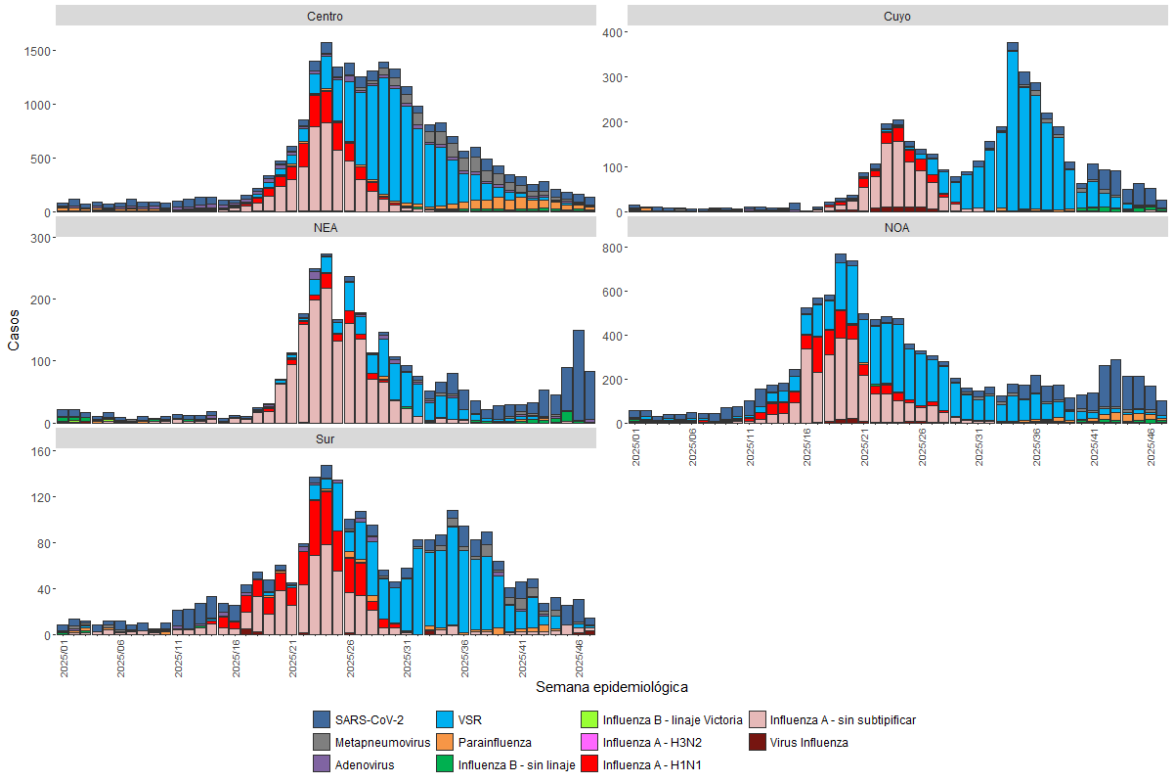
Fuente:

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.

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 SE47/2025. 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 47 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 semanas más recientes (SE42 - SE46).

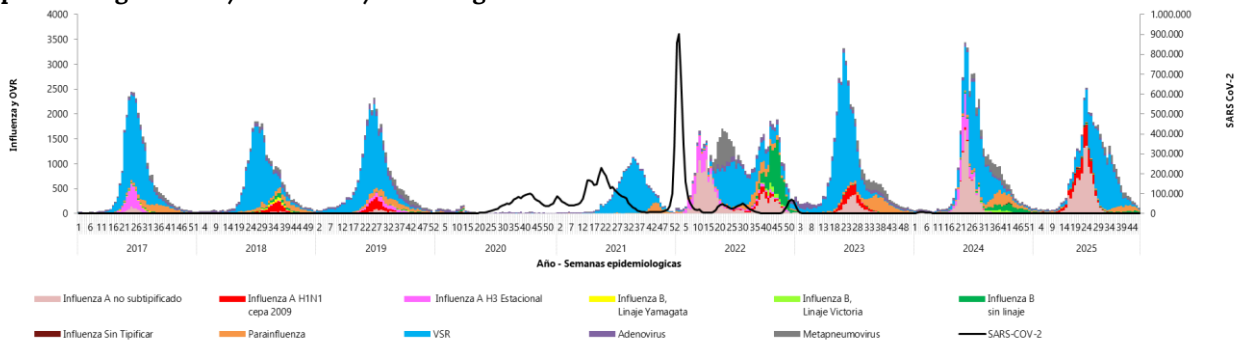
En relación con el **VSR**, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16/2024, alcanzando su máximo en la SE26, y tendencia descendente posterior. En 2025 se registra un nuevo ascenso de las detecciones desde la SE12, con inicio de la actividad estacional a partir de la SE20. El pico se verificó entre las SE29 y SE30, seguido de un descenso posterior. En las últimas 2 SE (46 y 47), se notificaron 39 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 45. Adicionalmente, los casos de parainfluenza muestran un ascenso desde la SE35.

Durante la SE 45/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, parainfluenza, influenza, metapneumovirus, VSR y adenovirus.

Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE47/2025. 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 SE48 de 2025 se notificaron 2.721 casos de SARS-CoV-2 en personas internadas, cifra que resulta un 58,4% 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 SE48/2025 se registraron 30 casos hospitalizados con este diagnóstico.

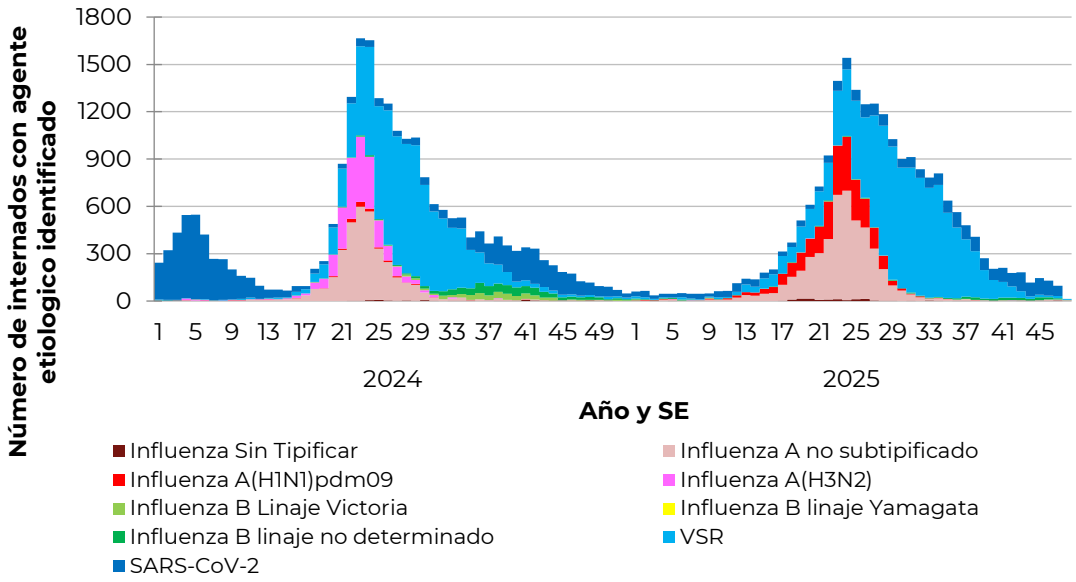
Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, entre las SE1 y 48 de 2025 se registraron un total de 7.549 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12, se verifica un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzaron el máximo en SE24, con tendencia descendente en las detecciones entre hospitalizados en las siguientes semanas. En la última SE, se detectaron 7 casos positivos para influenza en internados.

Entre los 7.549 casos de influenza notificados durante 2025, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 7116), con menor detección de influenza B (n= 306). De los casos de influenza A, 2325 cuentan con subtipificación, correspondiendo 2.308 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, 127 casos de influenza permanecen sin tipificar.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 11.427 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 (SE48/2025), se registran 6 casos de VSR en hospitalizados.

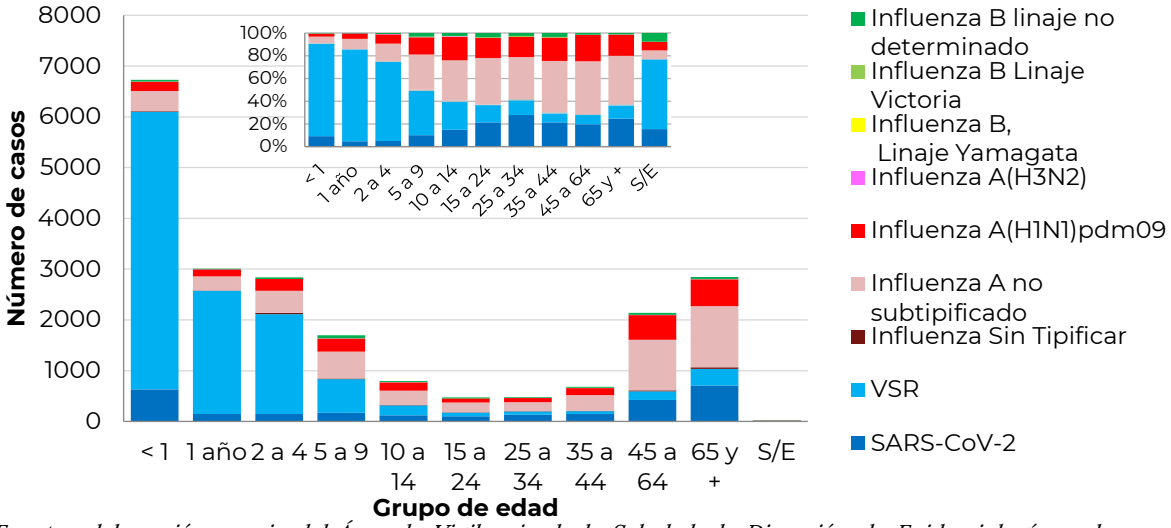
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE48/2025. Argentina.



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 SE48/2025, 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 SE48/2025.



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

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

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[7] y el ARBO-portal[8] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 27/11/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 46/2025 se han reportado 3.602.187 casos de dengue, lo que implica una reducción del 64% respecto del mismo período de 2024, con 1.722 fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, se notificaron 238.494 casos, un 43% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 115 muertes por este evento. Respecto al zika, hasta la SE 45, se han registrado 23.302 casos, lo que representa una disminución del 43% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 45 se confirmaron 11.986 casos, un 33% 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, lo que representa una disminución del 40% en comparación con el mismo período de 2024, con 3 fallecimientos asociados. 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 46/2025, se han reportado 27.473 casos de dengue, un 91% menos respecto a la misma semana de 2024 y se registró un fallecimiento por este evento. En relación con chikungunya, se notificaron 51 casos, lo que representa una disminución del 98% respecto a la misma semana del 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 46/2025, se han notificado 37.592 casos de dengue, un 86% menos que el mismo periodo de 2024, con 54 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 44/2025, se notificaron 19 casos, un 76% menos en comparación con la misma semana de 2024. No se registraron defunciones para este evento. Respecto al zika, a la misma semana, se han notificado dos casos, un 75% 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-

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

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

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 Américas9, debido a que en 2025 se han reportado brotes de chikungunya en varias regiones del mundo. En las Américas, distintos países notificaron un incremento de casos para este evento, especialmente Bolivia donde se registró un aumento muy superior al observado en 2024. Asimismo, se continúan notificando casos autóctonos de Oropouche en países de la Región como Brasil y Perú.

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

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

V.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 1).

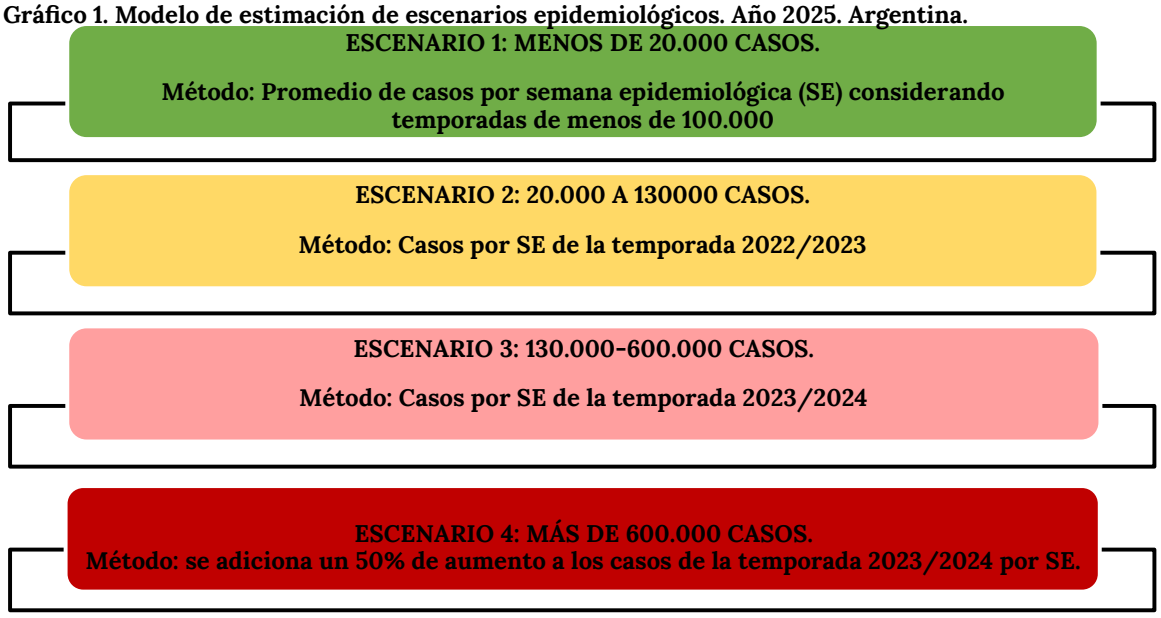
- **Escenario 1 (<20.000 casos):** se calculó a partir del promedio de casos semanales correspondientes a temporadas históricas con más de 1000 y menos de 100.000 casos de dengue, lo que refleja períodos de baja circulación viral y brotes de alcance limitado.
- **Escenario 2 (20.000 a 130.000 casos):** 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.

[9] 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

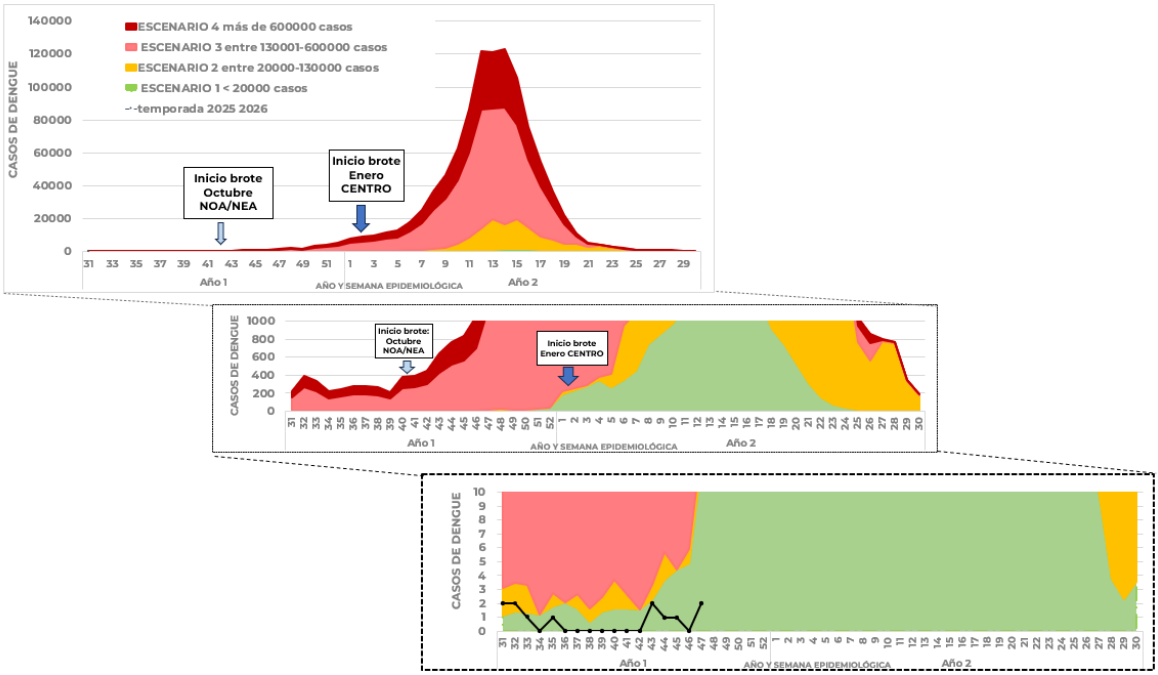
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Entre las SE31 y SE48 se notificaron 12 casos confirmados de dengue, de los cuales 8 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio 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 2)

Gráfico 1. 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 2. Casos de dengue de la temporada 2025-2026 representados en el modelo de estimación de escenarios epidemiológicos (n=12). Argentina.



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

V.3. Situación de dengue en Argentina

V.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 SE48/2025, 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.

De acuerdo con la fecha mínima[10], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 4916 casos sospechosos de dengue, de los cuales 12 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)
- **Cinco** casos de la **Provincia de Buenos Aires**: dos sin antecedente de viaje de Tres de Febrero (SE31) y San Isidro (SE43) y tres con antecedente de viaje a Paraguay (SE35), México (SE44) e Indonesia (SE47).
- **Cuatro** casos notificados en **CABA** con antecedente de viaje a Brasil (SE32), Sri Lanka (SE35), Pakistán (SE45) y México (SE47)
- **Un** caso con antecedente de viaje a **Cuba** (SE43) notificado por Entre Ríos (Colón).

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

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE48/2025 se notificaron 524 casos sospechosos de dengue. Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE48/2025. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados	Casos de dengue por criterio C-E*	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	2	7	3	3	265	80	360	0	5
CABA	0	0	4	0	67	33	104	0	4
Córdoba	0	21	0	0	523	25	569	0	0
Entre Ríos	0	3	1	1	56	12	73	0	1
Santa Fe	0	6	0	0	303	39	348	0	0
Total Centro	**2**	**37**	**8**	**4**	**1214**	**189**	**1454**	**0**	**10**
Mendoza	0	0	0	0	18	0	18	0	0
San Juan	0	1	0	0	11	1	13	0	0
San Luis	0	1	0	0	19	0	20	0	0
Total Cuyo	**0**	**2**	**0**	**0**	**48**	**1**	**51**	**0**	**0**
Chaco	0	7	0	0	327	9	343	0	0
Corrientes	0	0	0	0	17	3	20	0	0
Formosa	2	1	0	0	1906	0	1909	0	2
Misiones	0	2	0	0	161	1	164	0	0
Total NEA	**2**	**10**	**0**	**0**	**2411**	**13**	**2436**	**0**	**2**
Catamarca	0	0	0	0	66	0	66	0	0
Jujuy	0	1	0	0	101	5	107	0	0
La Rioja	0	0	0	0	55	2	57	0	0
Salta	0	0	0	0	196	18	214	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	37	9	46	0	0
Tucumán	0	21	0	1	387	28	437	0	0
Total NOA	**0**	**22**	**0**	**1**	**842**	**62**	**927**	**0**	**0**
Chubut	0	0	0	0	7	1	8	0	0
La Pampa	0	0	0	0	21	0	21	0	0
Neuquén	0	0	0	0	5	0	5	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	9	2	11	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	3	0	3	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**45**	**3**	**48**	**0**	**0**
Total País	**4**	**71**	**8**	**5**	**4560**	**268**	**4916**	**0**	**12**

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).

V.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 SE48/2025).

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 103 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 SE48/2025. 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	17	0	18	0	12	0	11	0	9	0	5
CABA	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Córdoba	0	275	0	12	0	22	0	110	0	0	0	0
Entre Ríos	0	23	0	0	0	2	0	4	0	0	0	0
Santa Fe	0	22	0	19	0	18	0	15	0	11	0	0
Total Centro	**0**	**337**	**0**	**49**	**0**	**56**	**0**	**140**	**0**	**20**	**0**	**5**
Mendoza	0	6	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	2	0	1	0	2	0	4	0	4	0	0
Total Cuyo	**0**	**9**	**0**	**2**	**0**	**2**	**0**	**6**	**0**	**4**	**0**	**0**
Chaco	0	51	0	36	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	17	0	13	0	3	0	0	0	3	0	4
Total NEA	**0**	**68**	**0**	**49**	**0**	**3**	**0**	**0**	**0**	**3**	**0**	**4**
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	4	0	2	0	1	0	1	0	15	0	0
La Rioja	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Salta	0	54	0	46	0	29	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0
Tucumán	0	6	0	6	0	12	0	0	0	0	0	4
Total NOA	**0**	**68**	**0**	**57**	**0**	**42**	**0**	**3**	**0**	**15**	**0**	**5**
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**	**483**	**0**	**157**	**0**	**103**	**0**	**151**	**0**	**43**	**0**	**14**

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).

V.4.A. CASOS DE FIEBRE CHIKUNGUNYA CON ANTECEDENTE DE VIAJE (IMPORTADOS)

Durante la temporada se notificaron 1 caso confirmado (CABA) y 5 casos probables de Fiebre Chikungunya (Buenos Aires y Entre Ríos) con antecedente de viaje a Brasil y Paraguay. Si bien en el país no se han confirmado casos autóctonos durante el período analizado, la ocurrencia de casos importados refuerza la importancia de mantener la vigilancia activa y la sensibilidad de los sistemas de detección, especialmente ante la circulación viral regional y las condiciones favorables para la transmisión vectorial en el territorio nacional.

V.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.

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

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

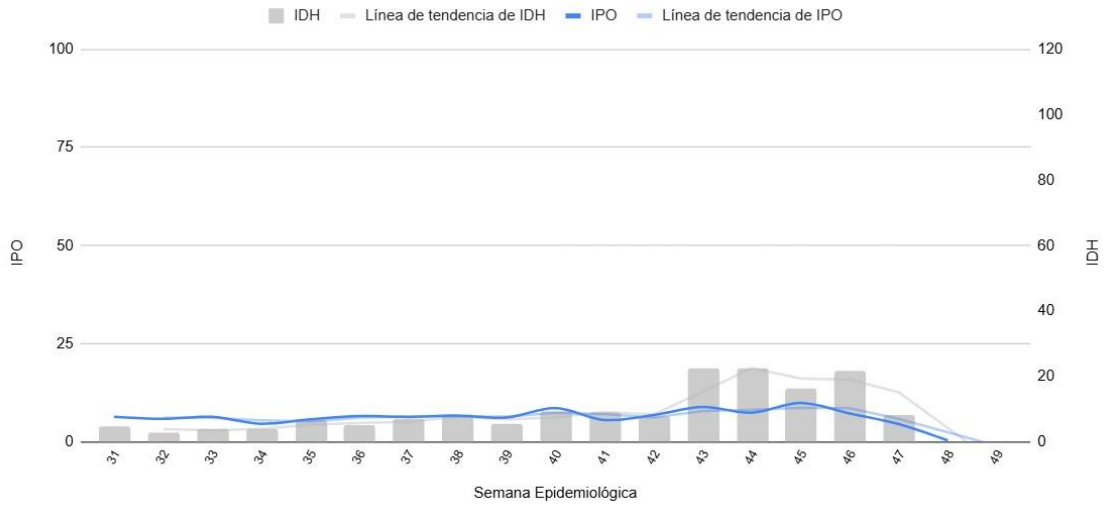
- Índice de Positividad de Ovitrampas (IPO): Expresa la relación entre sensores positivos y examinados, estimando el riesgo entomológico. Este índice permite categorizar el riesgo como bajo (IPO < 40%), moderado (IPO entre 40% y 70%) o alto (IPO > 70%).
- Índice de Densidad de Huevos (IDH): Mide la relación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

V.5.B.EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32–SE49 (2025)

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 43, se observó un leve ascenso del IPO, pero que aún se mantiene con riesgo entomológico bajo hasta la actualidad.

Por su parte, el IDH mantuvo valores de alrededor del 10% hasta la SE 42. Durante las últimas tres semanas registradas, el IDH mostró un incremento a partir de la SE 43, manteniéndose alrededor del 20%, y volviendo a disminuir en la SE 47 por debajo del 10% (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 retraso en el aumento del IPO. 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. Los datos se presentan hasta la SE 49 inclusive.

Gráfico 1. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2025)- SE 49 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.

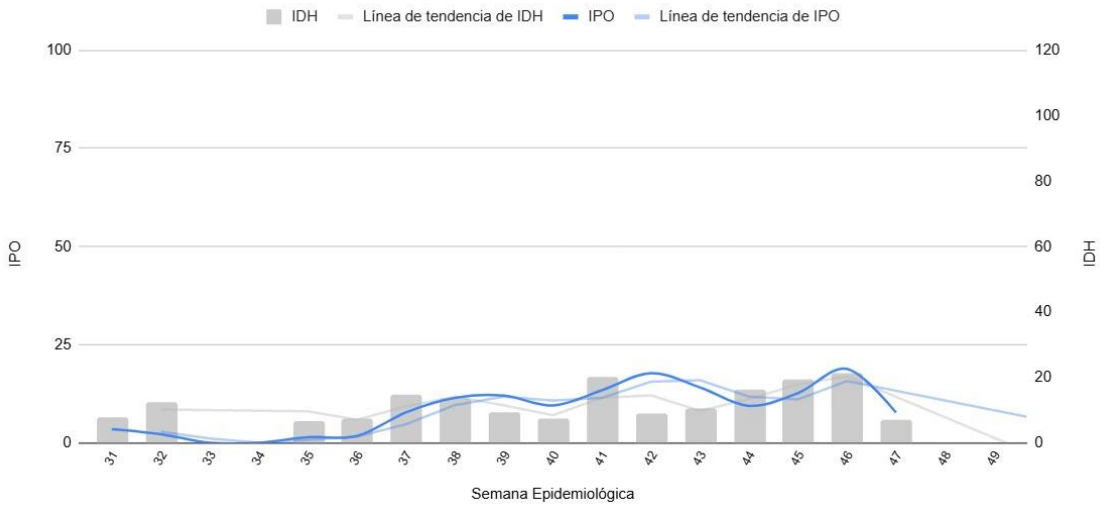


Fuente: elaboración propia de la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores a partir de datos de la RNVE

En la región **NOA**, el inicio de la positividad se observó en la SE 31 con valores de IPO por debajo del 5%, 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 SE 33 y SE 34. A partir de la SE 35 se observaron nuevamente sensores positivos, con una tendencia ascendente que llevó al IPO a superar el umbral del 15% (Gráfico 2). Posteriormente, el IPO mostró un nuevo descenso entre las SE 43 y 44, para subir nuevamente hasta la SE 46 y tiende a disminuir hacia la SE 49.

El IDH acompañó en términos generales las variaciones del IPO, exceptuando las SE 42 y 43. 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 SE 33 y 34.

Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2025)- SE 49 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.

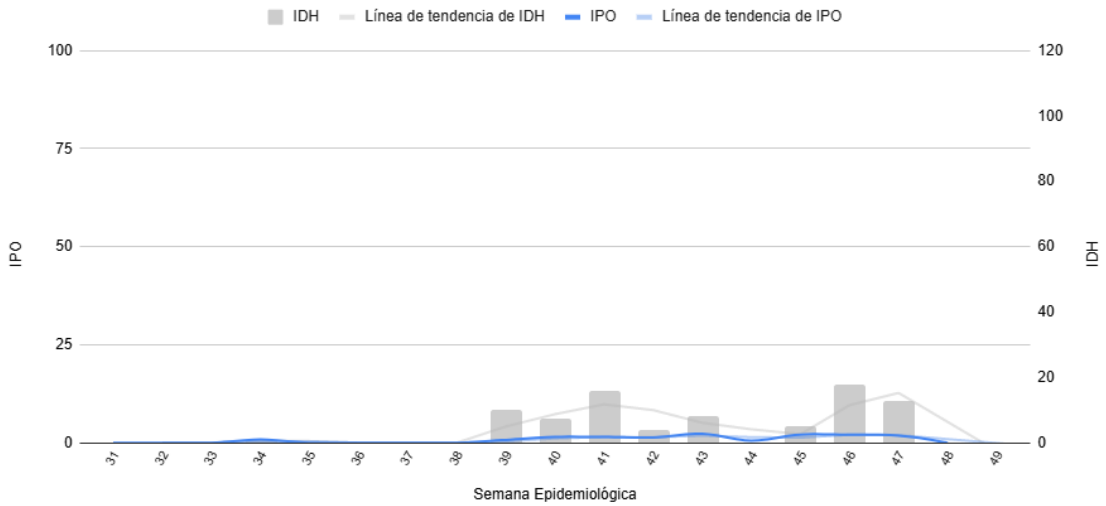


Fuente: elaboración propia de la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores a partir de datos de la RNVE

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 SE 39 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.

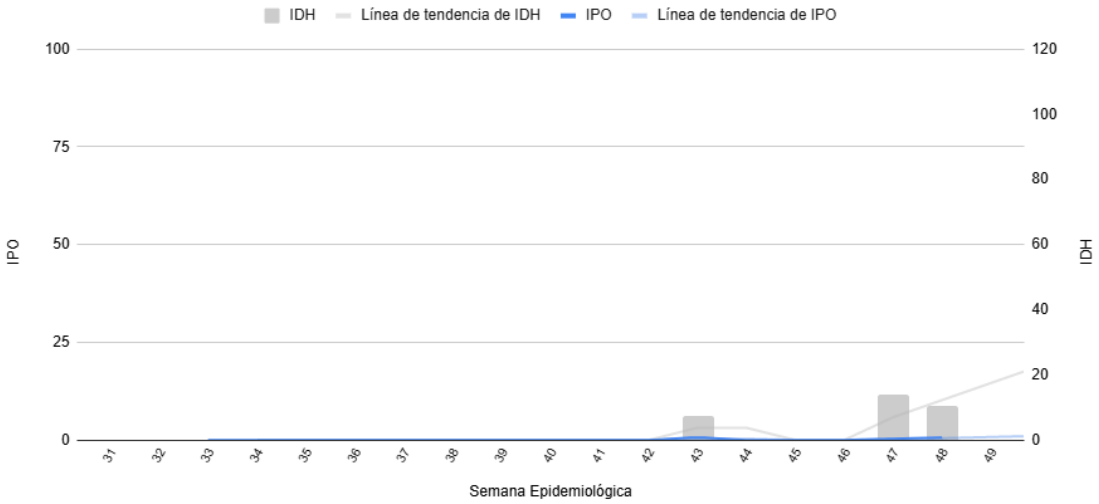
En cuanto al IDH, se pueden observar 2 picos entre las SE 39 y 43, y entre las SE 46 y 47, con valores que oscilan entre 14 y 18, lo que representa un nivel de riesgo entomológico bajo.

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2025)- SE 49 (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 49 (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

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. Tal interrupción se da 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 de la región **Sur**. Desde la SE 31 hasta la 42, todos los registros se mantienen negativos, positivos en SE 43, y nuevamente negativos entre la SE 44 y 46. Desde la SE 47 se vuelve a registrar positividad. Hasta el momento, los valores de IPO se mantienen por debajo del 1%, a diferencia del IDH, que llegó a alcanzar valores superiores a 10, correspondiendo tanto el IPO como el IDH a valores de riesgo entomológico bajo (Gráfico 4).

En las próximas semanas se espera reanudar la vigilancia en más jurisdicciones de dicha región y de la región Cuyo. 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.

La implementación de esta red marca un avance significativo en la vigilancia entomológica en Argentina, ya que permite a las jurisdicciones contar con datos sistematizados que antes no existían. Esta información no solo mejora la planificación y ejecución de medidas de control y prevención, sino que también genera un registro histórico que podrá utilizarse para desarrollar herramientas predictivas y analizar tendencias en futuras temporadas. La RNVE representa un ejemplo de cómo la colaboración interjurisdiccional y el uso de tecnología pueden fortalecer la capacidad del país para anticiparse a los desafíos sanitarios asociados a las enfermedades transmitidas por vectores. Sin embargo, los datos actuales presentan limitaciones debido a la ausencia de vigilancia entomológica en algunos distritos y a la no adherencia de algunas jurisdicciones a la RNVE.

Con el objetivo de ampliar y consolidar esta iniciativa, se invita a las jurisdicciones que aún no forman parte de la Red Nacional a incorporarse, promoviendo la vigilancia entomológica

en todo el territorio nacional. Para más información, pueden contactarse a través del correo electrónico: etm.vectores@msal.gov.ar.

V.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)

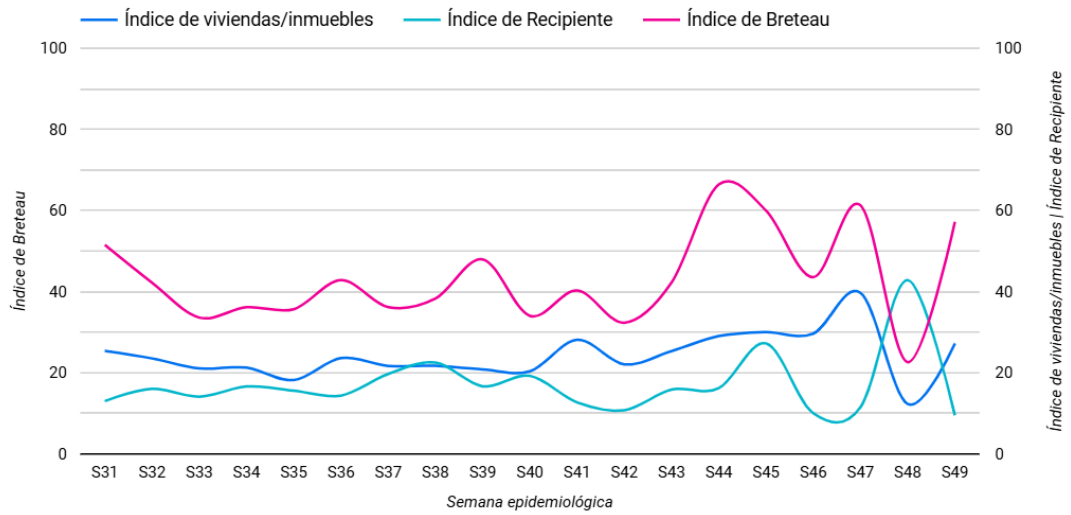
Cuando se realiza la desagregación por región se observa que, para la región **NEA**, se registraron índices entomológicos altos en las viviendas visitadas durante la SE31 de 2025, coincidente en el caso del IB con una situación de riesgo entomológico alto (IB > 50%) y moderado de acuerdo a IV e IR (Gráfico 4A). Estos valores descendieron en las siguientes semanas, con ciertas oscilaciones, alcanzando todos los índices valores asociados a un riesgo entomológico moderado. Entre las SE 44 y 49 se registraron índices elevados, asociados a una situación entomológica de riesgo alto con algunas oscilaciones, la más pronunciada en la SE 48, donde IB e IV disminuyen a riesgo entomológico moderado, y el IR se presenta con riesgo entomológico alto (Grafico 4A).

Durante el período de menores temperaturas, 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).

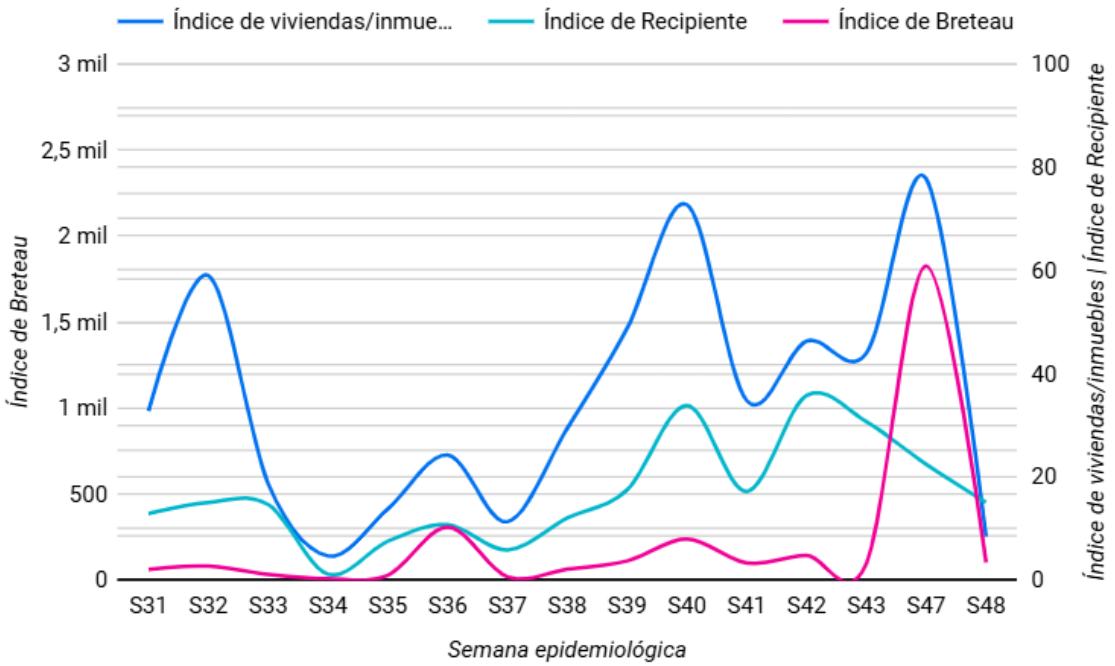
Gráfico 4 A. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas (A), Sitios Críticos (B) y Predios Estratégicos (C) en la región NEA SE 31 (2025)- SE 49 (2025).

A.



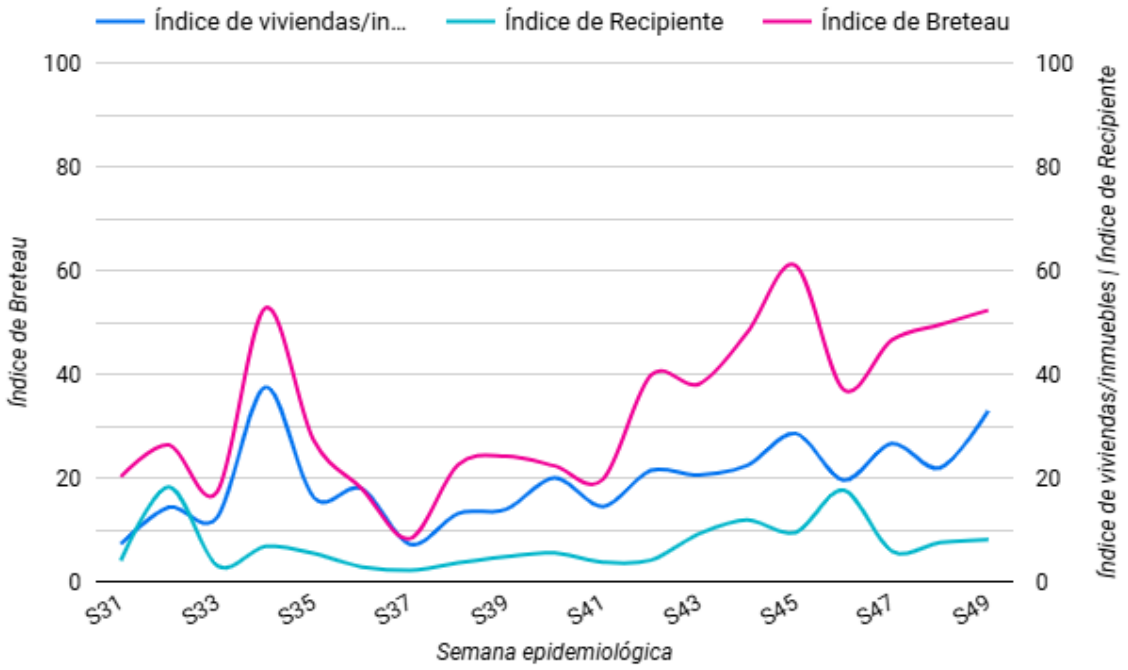
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

B.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

C.

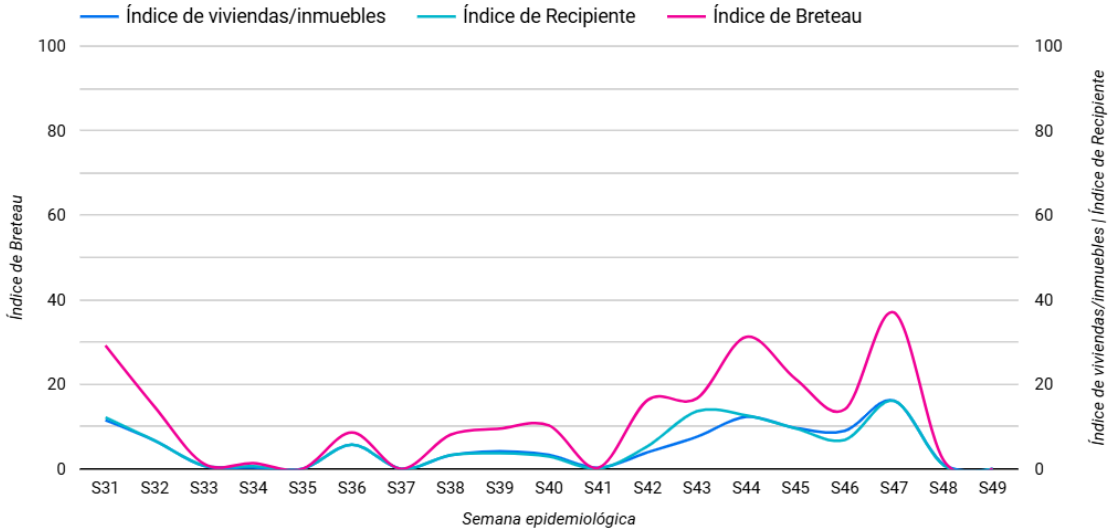


Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

Para la región **NOA**, se registraron índices entomológicos moderados en las viviendas visitadas durante la SE31 de 2025, 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. A partir de la SE 42, se registró una tendencia ascendente de los tres índices larvarios, aunque con una pendiente más pronunciada para el IB (Gráfico 5A). Actualmente, la región presenta una disminución pronunciada a partir de SE 48, pero esto puede deberse a demoras en la carga de datos para las últimas semanas.

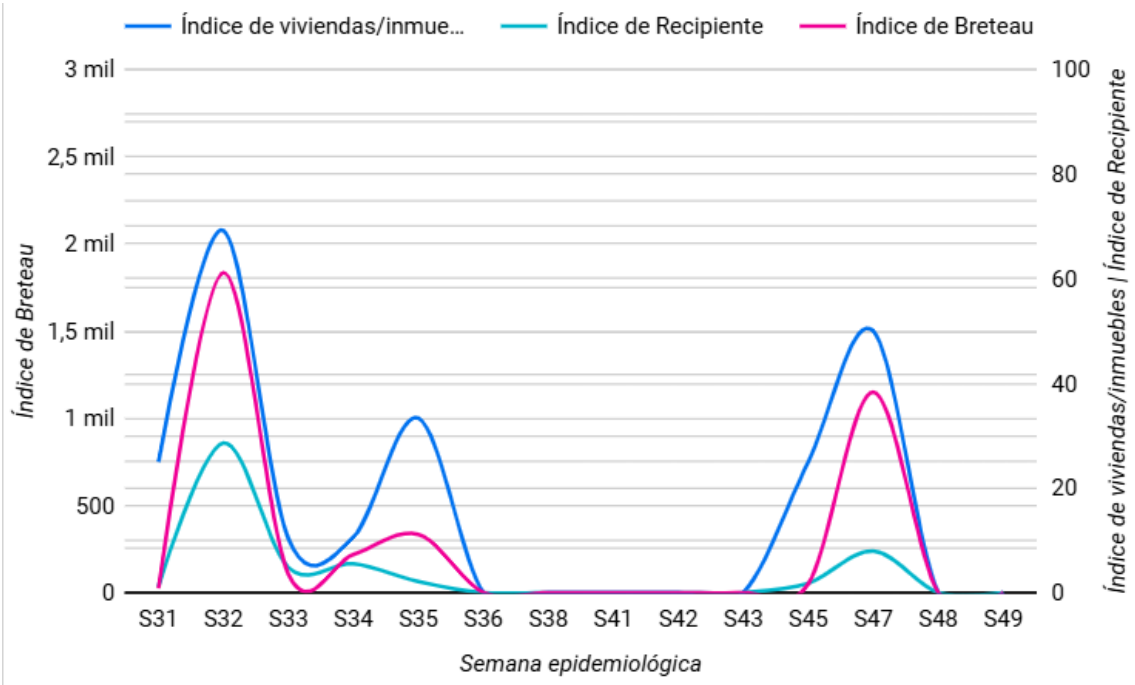
Las acciones realizadas en sitios críticos muestran variaciones en el IB de hasta dos órdenes de magnitud mayores que los hallados en viviendas durante el período muestreado (Gráfico 5B). En el caso de los IV e IR, las diferencias son menores (Gráfico 5B), confirmando la necesidad de profundizar las 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 entre las SE 39 y 43 confirmando, también, la relevancia de las acciones de prevención en los mismos (Gráfico 5C).

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 49 (2025).



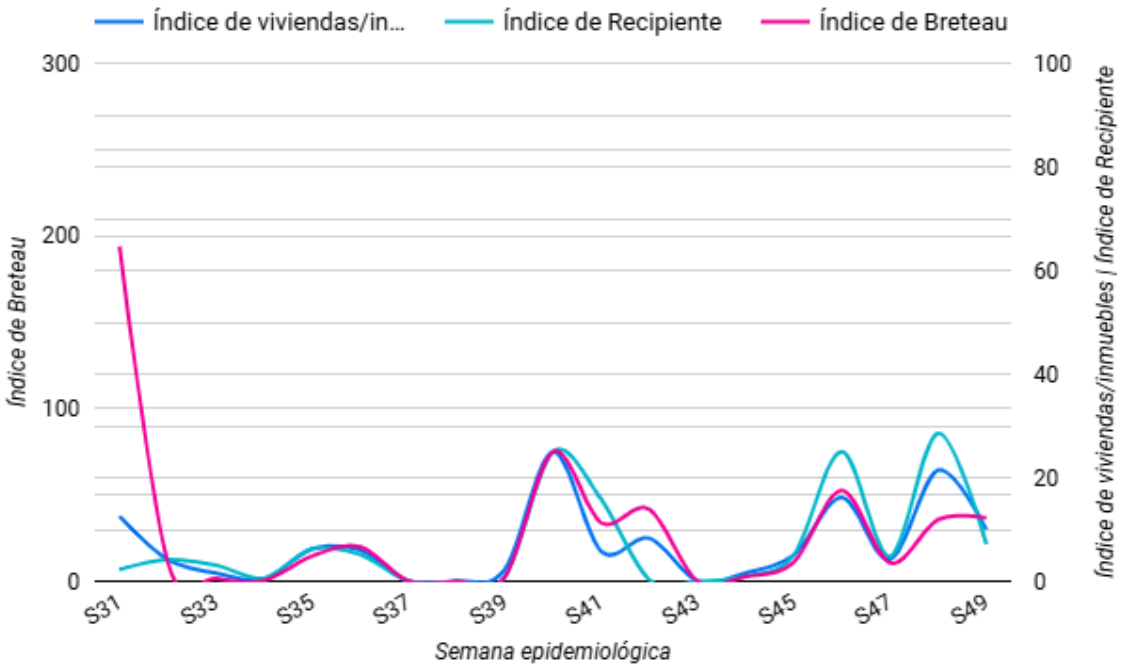
A.

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

VI. Coqueluche - Actualización informe epidemiológico

VI.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 relación con los agentes etiológicos, además de *B. pertussis* y *B. parapertussis*, en las últimas semanas se identificaron casos atribuibles a *Bordetella holmessi*, una especie gramnegativa estrictamente aeróbica del género *Bordetella*, que se caracteriza por un crecimiento lento, escasa producción de toxinas clásicas asociadas a la tos convulsa y perfiles de virulencia distintos a los de *B. pertussis*. Presenta similitudes genéticas con otras especies del complejo *B. bronchiseptica* y comparte con ellas la capacidad de colonizar el tracto respiratorio, aun cuando su patogenicidad en humanos y su frecuencia de detección suelen ser bajas.

Desde la clínica y definición de caso, los pacientes con hallazgo de *B. holmessi* no son considerados casos confirmados de coqueluche. Esta especie genera sintomatología compatible con coqueluche, pero de presentación más leve.

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 embarazadas 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.

VI.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 [11]. Este 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.[12]

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.

VI.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina

VI.3.A. INTRODUCCIÓN

Entre la SE1 y 48 de 2025 se notificaron un total de 5.437 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 765 fueron confirmados. En 658 de ellos, se contó con confirmación de laboratorio[13], identificándose *B. pertussis* en el 81,3% (n=535); 2 casos correspondieron a *B. parapertussis* y 121 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.). En las últimas semanas se

[11] 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

[12] 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

[13] 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

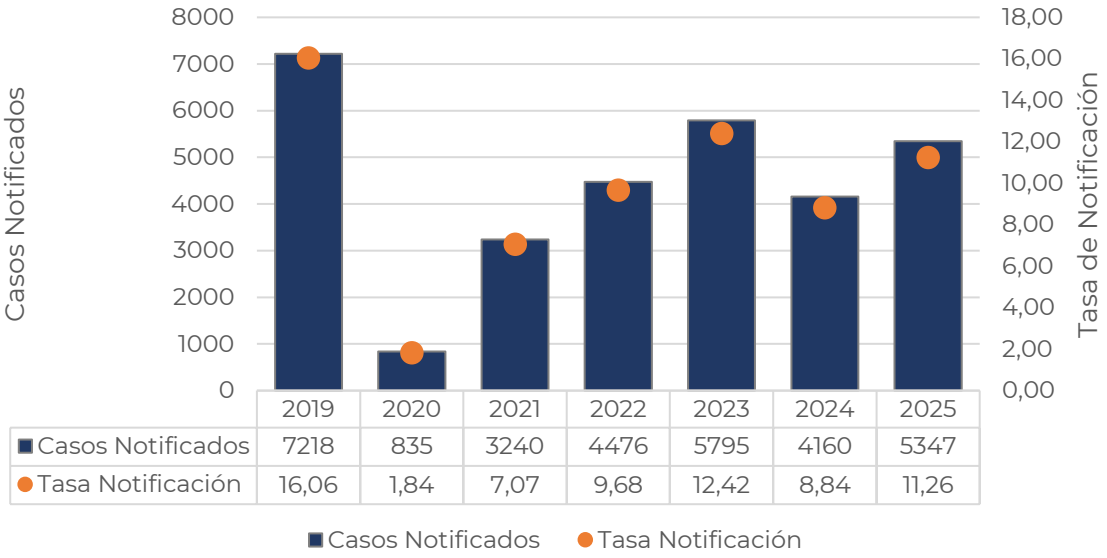
notificaron 7 detecciones de *B. holmessi,* en 5 jurisdicciones: provincia de Buenos Aires, CABA, Santa Fe, Entre Ríos y Tierra del fuego.[14]

Los 765 casos confirmados superan las cifras registradas para el mismo período desde 2020, seguido del año 2023, cuando se notificó un mayor número de casos, principalmente en la provincia de Salta[15]. La incidencia acumulada en lo que va del año es de 1,45 casos por cada 100.000 habitantes. Este incremento resulta relevante para dimensionar la situación actual, dado que el aumento de casos se observa en distintas jurisdicciones y de forma heterogénea. Además, se registraron 7 fallecimientos por la enfermedad, todos en menores de 2 años.

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

La tasa de notificación en las SE1-48 para el período 2019-2025 presentó un máximo inicial en 2019, seguido de un descenso abrupto en 2020. A partir de 2021, la tasa experimentó un incremento sostenido hasta alcanzar su valor más alto en 2023. La tasa disminuyó en 2024 y luego, en 2025, se observó un nuevo aumento, con una tasa de notificación de 11,26 casos por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 1. Casos notificados y tasa de notificación cada 100.00 hab. de casos con sospecha de coqueluche según año. SE 1-48. Argentina. Años 2019-2025.



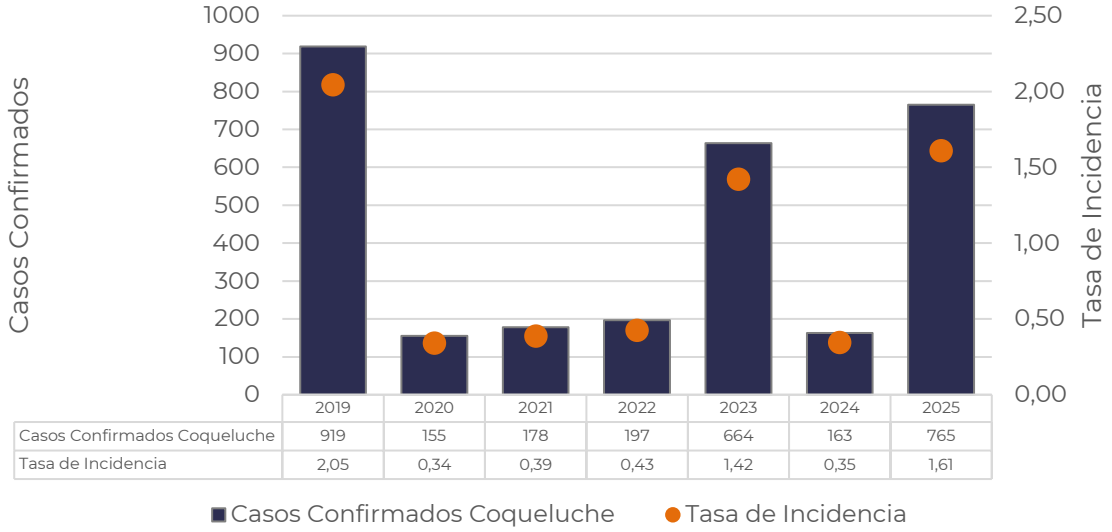
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de Córdoba (n= 1.281), provincia de Buenos Aires (n= 961) Tierra del Fuego (n=659), y Salta (n=657), CABA (650), seguidos por establecimientos de Mendoza (n=541), y Santa Fe (n=280). En el resto de las provincias se notificaron 50 casos sospechosos o menos en lo que va del año.[16]

[14] Los casos de *B. holmessi* no son considerados casos confirmados de coqueluche. Esta especie genera sintomatología compatible con coqueluche, pero de presentación más leve.
[15] 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.
[16] Las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche según jurisdicción se analizan de acuerdo a la variable "Establecimiento de Carga" y "Provincia de Carga".

Del total de notificados, se confirmaron 765 casos, representando una tasa de incidencia de 1,61 casos cada 100.000 habitantes. En el período analizado, la mayor tasa de incidencia se observó en 2019, seguido de los 2025 y 2023, con tasa de incidencia similar.[17] Los casos de coqueluche notificados entre SE1 y 48 de 2025 superan las confirmaciones para el mismo periodo de los 4 años previos.

Gráfico 2. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. SE 1-48. Argentina. Años 2019-2025.

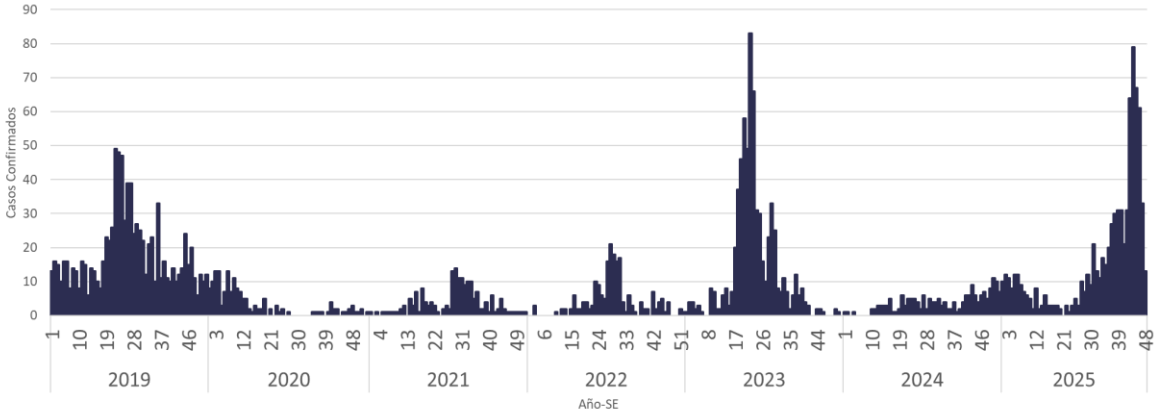


	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos Confirmados Coqueluche	919	155	178	197	664	163	765
Tasa de Incidencia	2,05	0,34	0,39	0,43	1,42	0,35	1,61

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 por SE y año. Argentina. SE1/2019 a SE48/2025 (detalle SE1/2024 a SE48/2025).



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

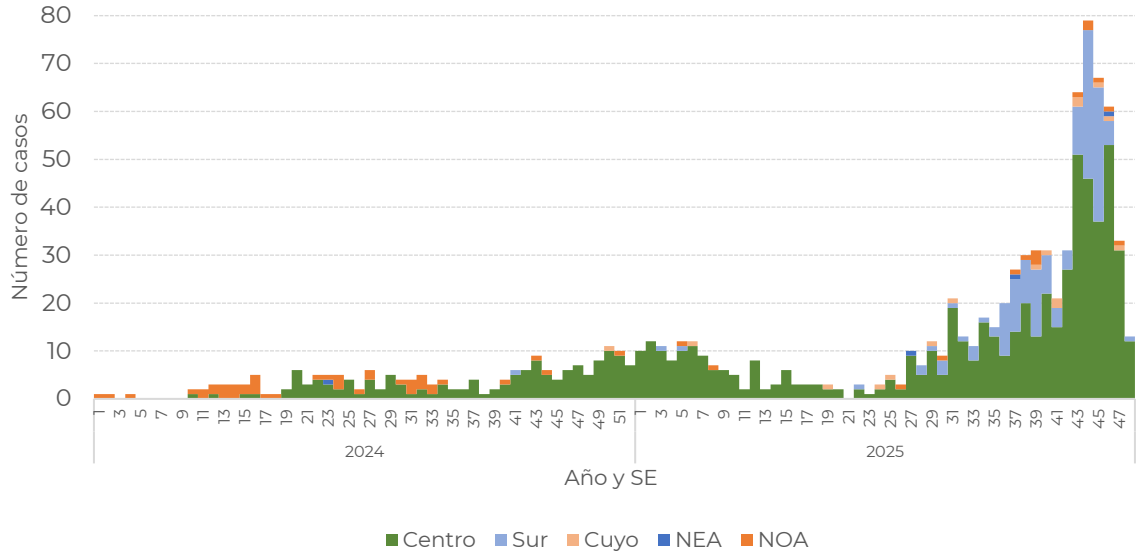
A partir de la SE 10/2024 se observan casos de coqueluche de manera sostenida, principalmente a expensas de la Región Centro. Desde la SE 43/2024 se identifica un leve incremento que alcanza un máximo en las SE 5 y 6/2025, seguido de un descenso.

[17] 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.

Posteriormente, a partir de la SE 27/2025, se registra un nuevo ascenso, inicialmente asociado al brote en Ushuaia (Tierra del Fuego) y al aumento de casos confirmados en la Región Centro.

En las últimas semanas el crecimiento continúa en curso, con notificaciones provenientes de múltiples jurisdicciones del país, predominando en las regiones Centro y Sur (particularmente casos relacionados con el brote en Río Grande, Tierra del Fuego).

Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2024-48/2025.

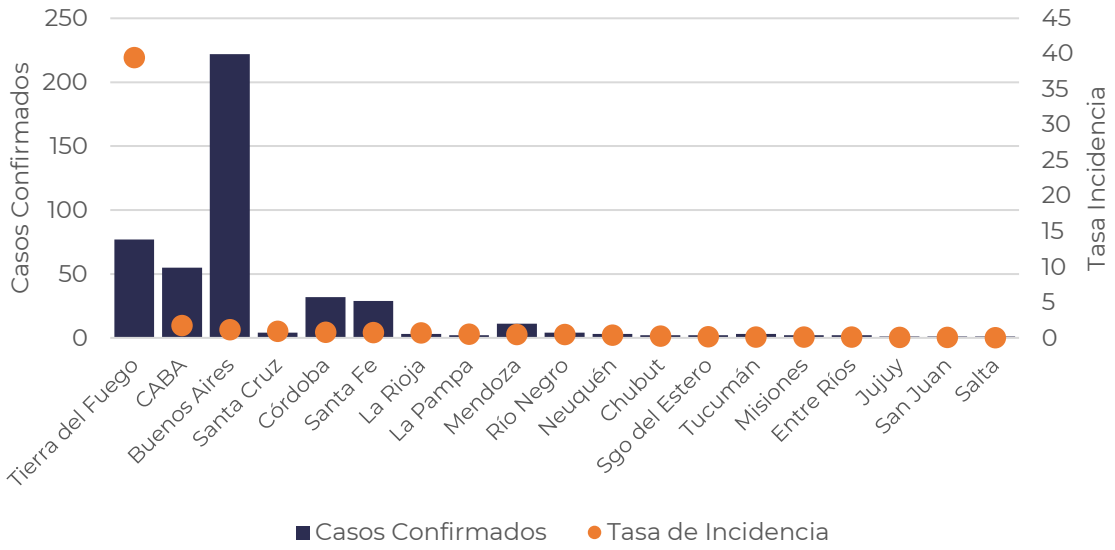


Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyen en 20 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observa en la Región Centro (n=579), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n=391) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=72). En la Región Sur se confirmaron 153 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.

Gráfico 5. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. Argentina. SE 1-48, 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 64,64 casos por cada 100.000 habitantes, valor 28 veces superior al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que ocupa el segundo lugar con una IA de 2,33 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 2,13 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 48, con el objetivo de describir la situación actual en relación con los años previos (2019–2025) [18].

Tabla 1. Casos confirmados coqueluche según jurisdicción y año. Argentina. SE 1-48. 2019-2025.

Jurisdicciones	Casos Confirmados						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	201	48	43	56	46	58	391
CABA	17	11	0	3	2	38	72
Catamarca	5	0	0	11	2	0	0
Chaco	4	3	0	2	0	0	1
Chubut	9	5	3	1	1	0	6
Córdoba	186	31	37	5	81	11	49
Corrientes	2	0	0	1	0	0	0
Entre Ríos	41	1	1	0	1	2	3
Formosa	2	2	0	1	0	0	0
Jujuy	2	0	3	0	2	0	1
La Pampa	8	0	0	0	0	0	3
La Rioja	1	0	0	0	25	1	3
Mendoza	240	9	16	13	24	0	14
Misiones	10	1	5	5	9	1	2
Neuquén	1	1	0	0	2	0	3
Río Negro	5	1	0	0	1	1	10
Salta	140	23	67	93	423	42	3
San Juan	3	1	0	0	0	0	1
San Luis	7	5	1	0	0	0	0
Santa Cruz	0	1	0	0	0	0	5
Santa Fe	14	5	0	6	43	1	64
Sgo del Estero	2	0	0	0	0	0	3
Tierra del Fuego	6	2	0	0	0	0	126
Tucumán	7	4	1	0	2	0	5
Total Nacional	**913**	**154**	**177**	**197**	**664**	**155**	**765**

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

[18] 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.

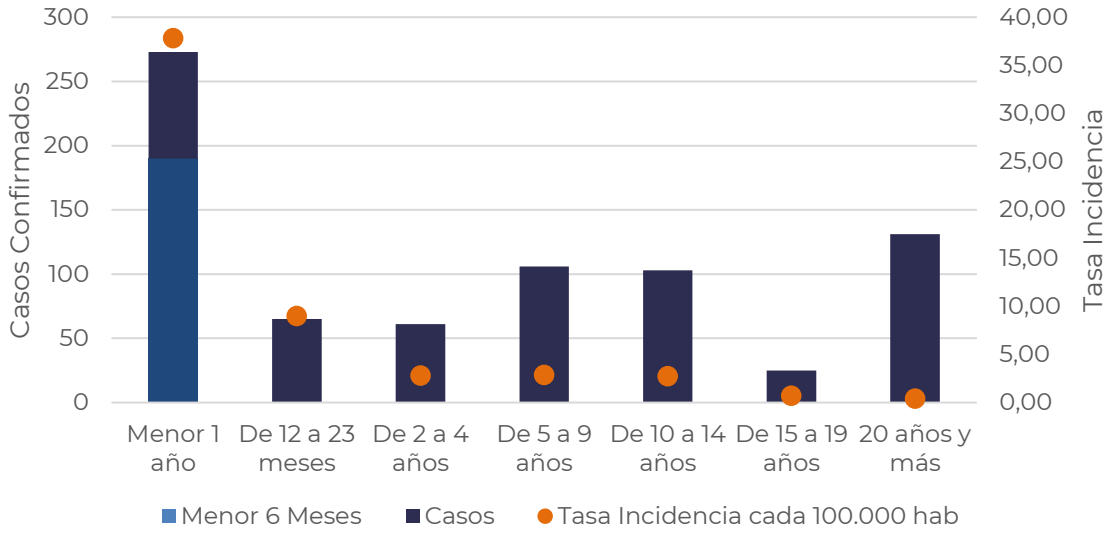
Como se mencionó previamente, si bien 20 jurisdicciones presentan casos de coqueluche en el corriente año, el incremento observado respecto de los años anteriores se concentra en Tierra del Fuego, Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba.

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. O*tras 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 de 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*).*

VI.3.C. 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. Argentina. SE 1-48, 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 35,7% de los casos confirmados en 2025 (n=273), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=190). 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 48 de 2025 se notificaron 7 fallecimientos en casos confirmados con detección de *Bordetella pertussis*: 4 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 1,1%. Ninguno de los 4 casos en edad de vacunación registra dosis en NOMIVAC, mientras que los otros 3 casos corresponden a menores de 2 meses, y tampoco se registra vacunación materna.

VI.4. Coberturas de Vacunación

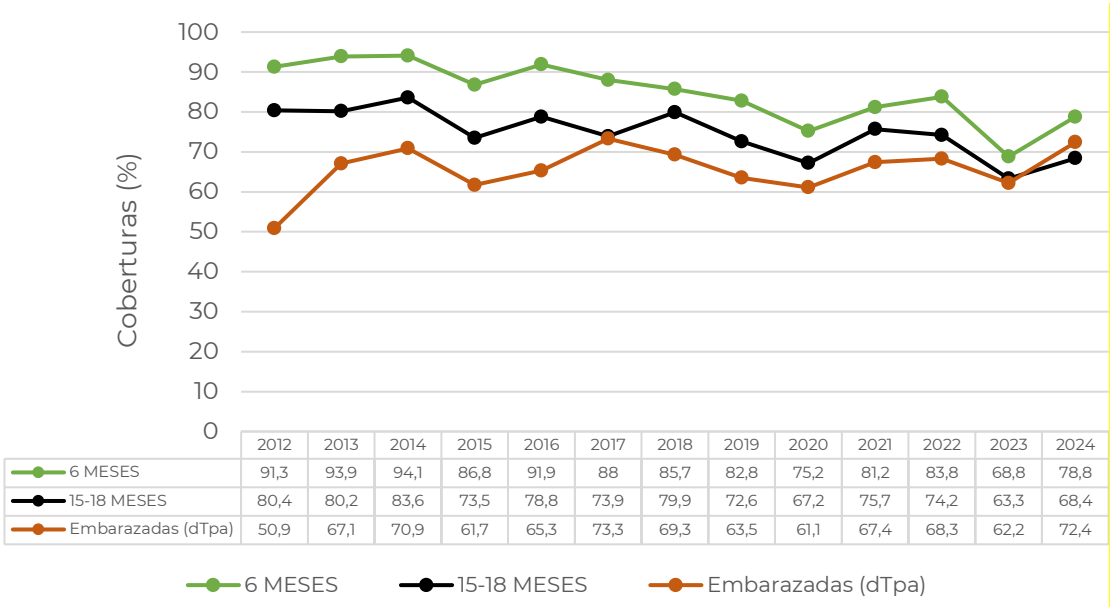
VI.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

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:

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

Gráfico 6. Coberturas de vacunación con componente *pertussis* según grupo objetivo. Argentina 2012 - 2024



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
6 MESES	91,3	93,9	94,1	86,8	91,9	88	85,7	82,8	75,2	81,2	83,8	68,8	78,8
15-18 MESES	80,4	80,2	83,6	73,5	78,8	73,9	79,9	72,6	67,2	75,7	74,2	63,3	68,4
Embarazadas (dTpa)	50,9	67,1	70,9	61,7	65,3	73,3	69,3	63,5	61,1	67,4	68,3	62,2	72,4

Fuente: Elaboración propia de 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 03/12/2025, son:

- 1° dosis de Quíntuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 75,43%
- 2° dosis de Quíntuple (4 meses): 74,68%
- 3° dosis Quíntuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 70,27%
- Ref Quíntuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 61,42%
- Ref DTP (5 años): 52,11% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 13/11/25: 76,8%)
- Ref dTpa (11 años): 52,76% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 13/11/25: 77,6%)
- Embarazadas dTpa: 70,39%

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 permite evaluar 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 se alcanzó una cobertura ampliada acumulada de 76,8%. 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 77,6%. 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.

VI.4.B. COBERTURAS SEGÚN JURISDICCIÓN

A continuación, se presenta la situación de las coberturas de vacunación para el componente *pertussis* según jurisdicción.

Tabla 2. Coberturas de vacunación con componente *pertussis según jurisdicción y población objetivo.* Argentina. 2024.

Jurisdicción	Quíntuple /Séxtuple (dos meses)	Quíntuple /Séxtuple (cuatro meses)	Quintuple /sextuple (seis meses)	Refuerzo 5 años	Refuerzo 11 años	Embarazada
Buenos Aires	62,50	61,49	58,89	37,95	37,22	57,26
CABA	68,32	67,50	58,57	40,98	30,53	41,77
Catamarca	79,73	75,08	74,55	55,36	62,34	74,86
Chaco	81,41	75,29	73,96	57,68	57,77	78,88
Chubut	82,81	83,75	79,63	54,15	56,69	78,31
Coba	81,20	79,53	73,99	40,8	54,68	74,13
Corrientes	81,76	78,69	70,52	43,54	42,04	106,41
Entre Ríos	81,56	80,75	75,55	43,83	54,36	79,39
Formosa	72,72	70.55	66,10	50,71	50,82	71,57
Jujuy	87,13	89,23	84,31	79,59	77,71	80,84
La Pampa	88,01	89,77	86,37	62,76	73,37	83,62
La Rioja	85,03	89,77	76.74	64,26	61,24	77,94
Mendoza	82,85	82,35	78,94	89,99	83,45	72,45
Misiones	86,00	81,21	70,78	60,16	59,55	80,11
Neuquén	86,59	84,25	82,02	80,2	81,27	82,4
Río Negro	90,97	91.11	84,96	56,86	47,07	85,61
Salta	82,25	80,77	76,77	77,9	92,46	76,64
San Juan	89,66	88,83	80,21	67	65,38	80,65
San Luis	84,89	83,23	82,05	78,64	75,18	81,4
Santa Cruz	84,84	83,73	80,88	74,25	69,43	85,41
Santa Fe	75,28	77,68	74,26	50,74	51,86	62,36
Sgo del Estero	82,51	80,57	71,51	47,39	56,78	77,31
T del Fuego	96,96	96,39	89,10	68,72	69,5	92,06
Tucumán	74,68	71,60	68,16	67,24	67,41	66,25

Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

El análisis del esquema completo de vacunación contra coqueluche muestra diferencias marcadas entre jurisdicciones. Provincias como Tierra del Fuego, La Pampa, Jujuy, Neuquén, Mendoza y San Juan mantienen altas coberturas en la mayoría de las etapas del calendario, con buen inicio del esquema y refuerzos sostenidos, lo que indica menor acumulación de susceptibles. En contraste, Buenos Aires, CABA, Formosa, Santa Fe, Corrientes y Misiones presentan coberturas intermedias a bajas en varios puntos del calendario, especialmente en los refuerzos de 5 y 11 años, donde se observan los valores más críticos. En embarazadas, la variabilidad también es amplia, con coberturas óptimas en algunas provincias y subóptimas en otras. En conjunto, los datos reflejan la necesidad de fortalecer la continuidad del calendario, mejorar la captación activa y reducir desigualdades entre jurisdicciones.

VI.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:

VI.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.

-Promover la vacunación según el Calendario Nacional, priorizando embarazadas a partir de las 20 semanas de gestación, lactantes y niños/as pequeños.

-Indicación de vacunación en cada embarazo independientemente del intervalo entre gestaciones.

-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.

VI.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 espontánea, 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.

VI.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.

VI.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.

VI.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.

VI.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.

VI.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.

VI.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).[19]

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.
- Embarazadas 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.

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

- 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.
- 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.

VI.6. 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)" [20]. 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

[20] 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.

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: IS*481* + promotor del gen de la toxina pertussis (*ptxP*). Se desaconseja totalmente emplear una sola prueba. La utilización exclusiva de la secuencia de inserción IS*481* no resulta una prueba específica dado que también está presente en *B. holmesii* y algunas *B. bronchiseptica*[21]. Por otro lado, *ptxP* es de copia única, a diferencia de la secuencia de inserción IS*481* que posee entre 50 y 238 copias en el genoma completo de *B. pertussis*[22], 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.

[21] 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)

[22] 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)

VI.7. Nota Metodológica

Para el presente informe se analizó la información registrada en el Sistema Nacional de Vigilancia (SNVS2.0) al 16/11/2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 de 2019 a la SE 46 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.

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

---

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

VII. Hantavirosis – Actualización Informe epidemiológico

VII.1. Introducción

La hantavirosis es una zoonosis emergente causada por virus del género *Orthohantavirus.* La transmisión a los seres humanos ocurre principalmente por la inhalación de aerosoles contaminados con partículas virales presentes en heces, orina o saliva de roedores silvestres. En América, la presentación clínica más frecuente es el Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (SCPH), que se caracteriza por un inicio abrupto con fiebre, malestar general y síntomas gastrointestinales, seguido de la aparición de dificultad respiratoria e hipotensión. Esta enfermedad presenta una elevada letalidad, con variaciones regionales que, en Argentina, oscilaron entre el 10% y el 32% durante el periodo 2019 - 2024.

En el país se han identificado áreas de riesgo en cuatro regiones geográficas: Noroeste (Salta, Jujuy y Tucumán), Noreste (Misiones, Formosa y Chaco), Centro (Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos) y Sur (Neuquén, Río Negro y Chubut). Si bien los casos se notifican durante todo el año, se observa una marcada estacionalidad, con mayor incidencia entre octubre y mayo. La amplia distribución de los reservorios, sumada a la creciente interacción humana con ambientes silvestres, destrucción del hábitat y la invasión humana, favorece la aparición de casos en provincias fuera de las áreas históricamente endémicas.

Además, la posibilidad de transmisión interhumana —particularmente asociada al virus Andes— refuerza la necesidad de una vigilancia epidemiológica robusta y sensible. En este sentido, debe sospecharse infección por hantavirus en personas que residan o hayan estado en zonas con circulación viral y presenten fiebre sin etiología definida, que pueden estar acompañadas de mialgias, escalofríos, astenia, cefalea o dolor abdominal, habiendo tenido en las seis semanas previas exposición a roedores o sitios donde habita el reservorio; o bien contacto estrecho con un caso confirmado de hantavirosis por virus Andes. En este sentido, es fundamental relevar el antecedente epidemiológico de las personas, con la finalidad de identificar posibles fuentes de exposición, realizar una evaluación ambiental de los probables sitios de riesgo e implementar acciones de control de manera oportuna y, de esta manera, evitar la aparición de nuevos casos.

En respuesta a estos desafíos sanitarios, las normas de vigilancia fueron revisadas y actualizadas[23] con el objetivo de optimizar los criterios diagnósticos, fortalecer las estrategias de detección temprana y respuesta ante brotes, y mejorar la calidad de la información notificada al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

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

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

VII.2. Situación epidemiológica

VII.2.A. NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información se realiza por la caracterización epidemiológica del evento nominal "Hantavirosis". Se consideran como casos confirmados aquellos que cuentan con resultados de laboratorio detectable o reactivo, según la última definición de caso consensuada publicada en la Circular de Vigilancia de Mayo 2025[24], o una clasificación manual correspondiente a confirmado. Los casos se presentan según la jurisdicción de residencia consignada en el SNVS 2.0, en ausencia de este dato, se utiliza la jurisdicción de carga. La fecha mínima se construye según orden de priorización con la fecha de inicio de síntomas (FIS), fecha de consulta, toma de muestra, y, por último, fecha de apertura del caso, en caso de no contar con ninguna de las anteriores.

VII.2.B. INTROUCCIÓN

La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de períodos comprendidos entre la SE25 de un año, y la SE24 del siguiente (Por ej. SE25/2018- SE24/2019) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre sí.

Esto se interpreta a partir de la curva histórica de casos (Gráfico 1), donde se observa que el 90% de los casos se concentran entre los meses de septiembre a abril (SE 34 a SE 20), con un 50% entre los meses de noviembre y enero (SE39 a SE2). Este patrón se observa en las 3 regiones que concentran la mayor carga de la enfermedad (NOA, Sur y Centro) con la particularidad de que en el NOA el incremento estacional se inicia de manera más temprana (Gráfico 2).

El periodo analizado incluye la temporada (SE25/2018 a SE24/2019) que registró el mayor número de casos confirmados (127), coincidente con el brote de transmisión interhumana ocurrido en Epuyén, Chubut.

A nivel nacional, en el período actual 2025-2026 (SE25/2025 a SE44/2025) se notificaron 23 casos confirmados de hantavirus, de los cuales 9 fallecieron, lo que representa una letalidad de 39%.

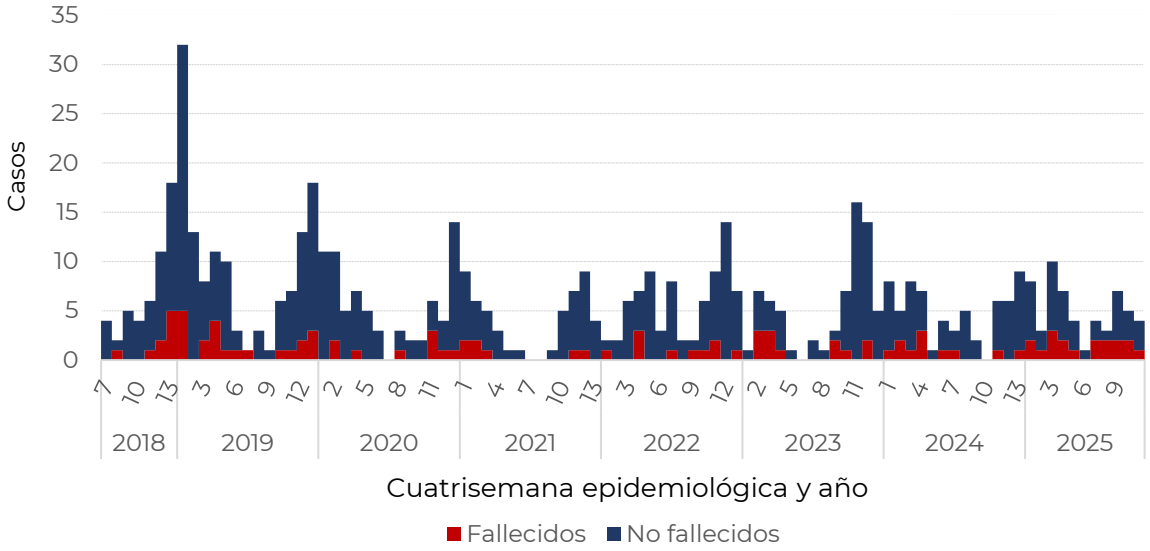
La situación respecto de la letalidad se encuentra en discusión, en particular, entre las jurisdicciones de la región centro, que es donde se notifican la mayor cantidad de muertes. Una de las hipótesis de trabajo está relacionada con que el sistema de vigilancia está captando especialmente los casos graves, no así los leves. En próximos informes se trabajará con esta y otras hipótesis, con la intención de mejorar la vigilancia y promover acciones de prevención, control y tratamiento más eficaces y oportunas. Para ello se están concretando mesas de trabajo intersectoriales con las jurisdicciones para poder caracterizar la situación y así enfocar las acciones para la reducción de aparición de casos y la letalidad.

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

VII.2.C. CARACTERIZACIÓN SEGÚN TIEMPO Y ESPACIO

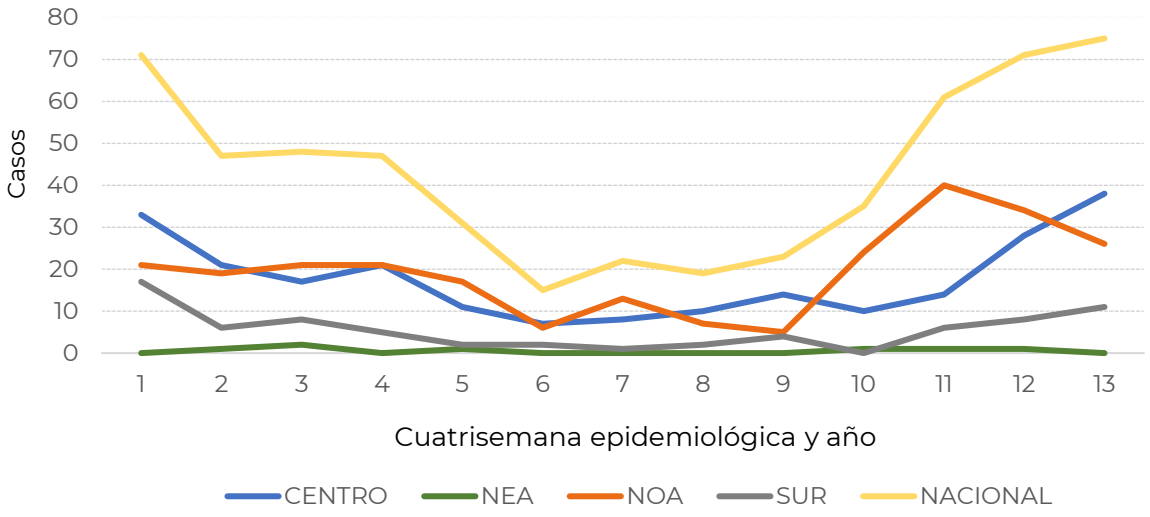
A continuación, se presenta el análisis temporal de hantavirus teniendo en cuenta la tendencia de los últimos 7 años para todo el país y según región.

Gráfico 1. Hantavirosis: Casos confirmados por cuatrisemana epidemiológica y condición de egreso. CSE07[25]/2018 a CSE11/2025, Argentina. (N=565)



Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Gráfico 2. Hantavirosis: Casos acumulados según cuatrisemana epidemiológica, para el periodo CSE7/2018 a CSE11/2025, Argentina y Regiones NOA, Centro y SUR. (N=565)

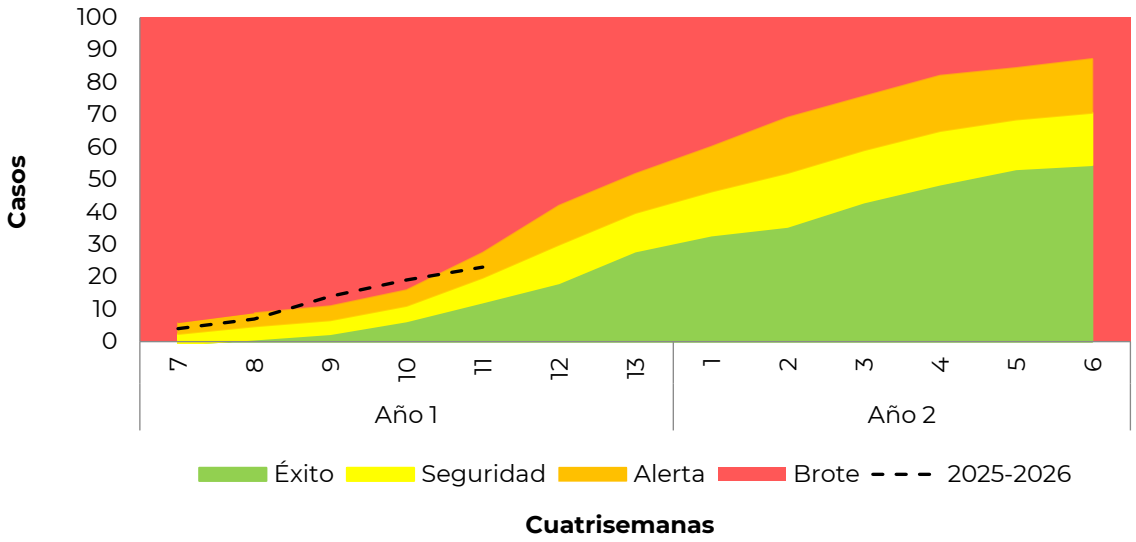


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

[25] Conversión CSE a SE: CSE01 (SE01 a SE04); CSE02 (SE05 a SE08); CSE03 (SE09 a SE12); CSE04 (SE13 a SE16); CSE05 (SE17 a SE20); CSE06 (SE21 a SE24); CSE07 (SE25 a SE28); CSE08 (SE29 a SE32); CSE 09 (SE33 a SE36); CSE10 (SE37 a SE40); CSE11 (SE41 a SE44); CSE12 (SE45 a SE48); CSE13 (SE49 a SE52).

En relación con el análisis de lo esperado de acuerdo a lo observado en los últimos 5 años, a través de los corredores, tanto de todo el país como de cada región, puede observarse el comportamiento de los casos actuales.

Gráfico 3. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado cuatrisemanal. Período analizado: CSE7/2025 a CSE11/2025 respecto a equivalente período de los cinco años previos (CSE7/2019 a CSE11/2024)*. Argentina. (N=23)



Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

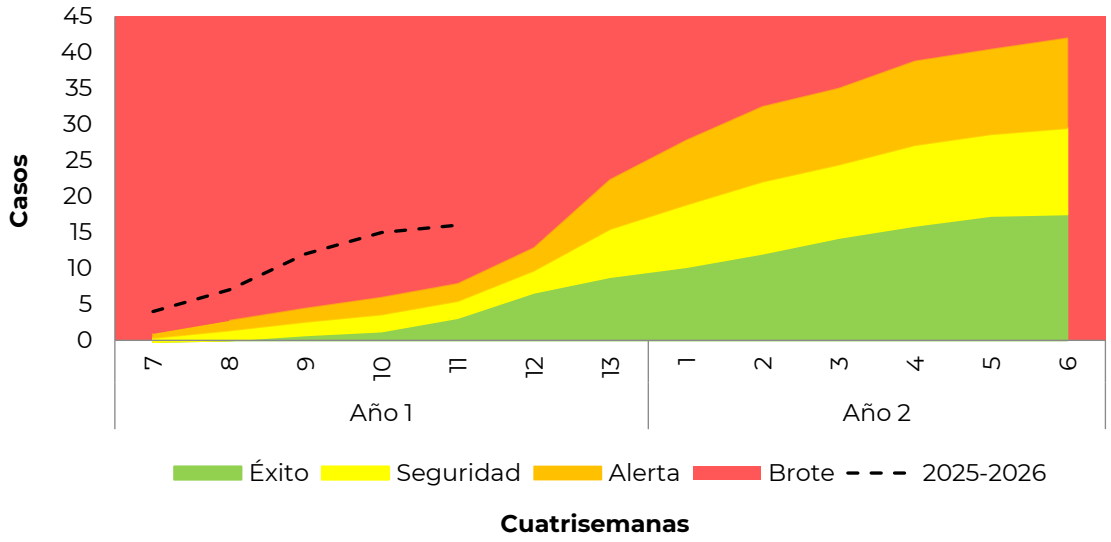
** Se excluyeron del período comparativo los casos de la temporada 2018-2019 por ser una temporada de brote, tanto en éste como en los siguientes corredores.*

A nivel nacional, los 23 casos acumulados hasta la CS 11, para el período 2025-2026, se encuentra en el umbral de alerta.

Región Centro

Para la región Centro, la cual incluye las jurisdicciones de CABA, Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe, el número de casos se encuentra en brote para el período 2025-2026.

Gráfico 4. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado cuatrisemanal. Período analizado: CSE7/2025 a CSE11/2025 respecto a equivalente período de los cinco años previos (CSE7/2019 a CSE11/2024). Argentina. Región Centro. (N=16)

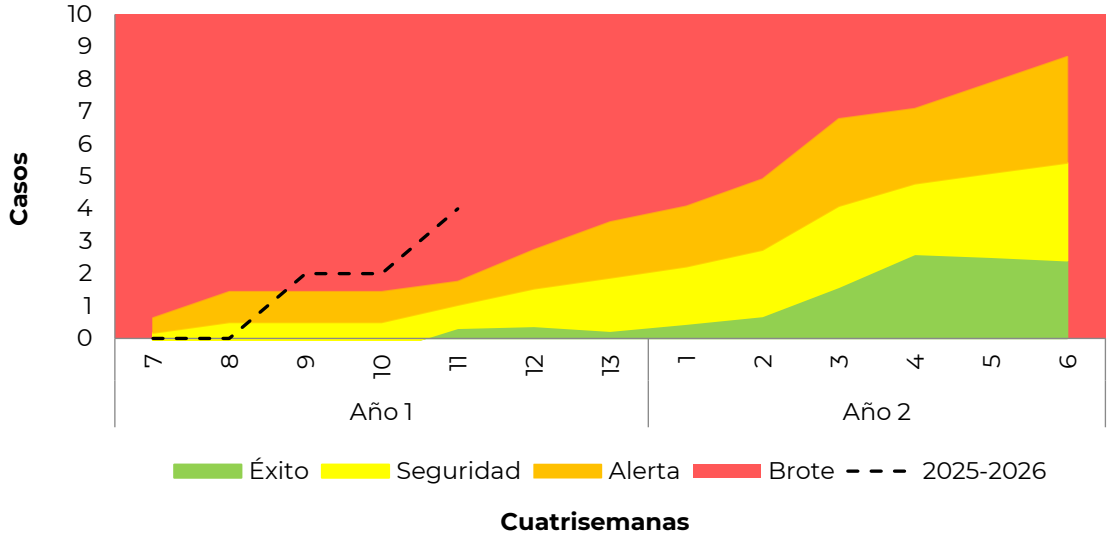


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

Región Sur

Para la región Sur, la cual incluye las jurisdicciones de Chubut, Neuquén y Rio Negro, el número de casos se encuentra en brote para el período 2025-2026.

Gráfico 5. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado cuatrisemanal. Período analizado: CSE7/2025 a CSE11/2025 respecto a equivalente período de los cinco años previos (CSE7/2019 a CSE11/2024). Argentina. Región Sur. (N=4)

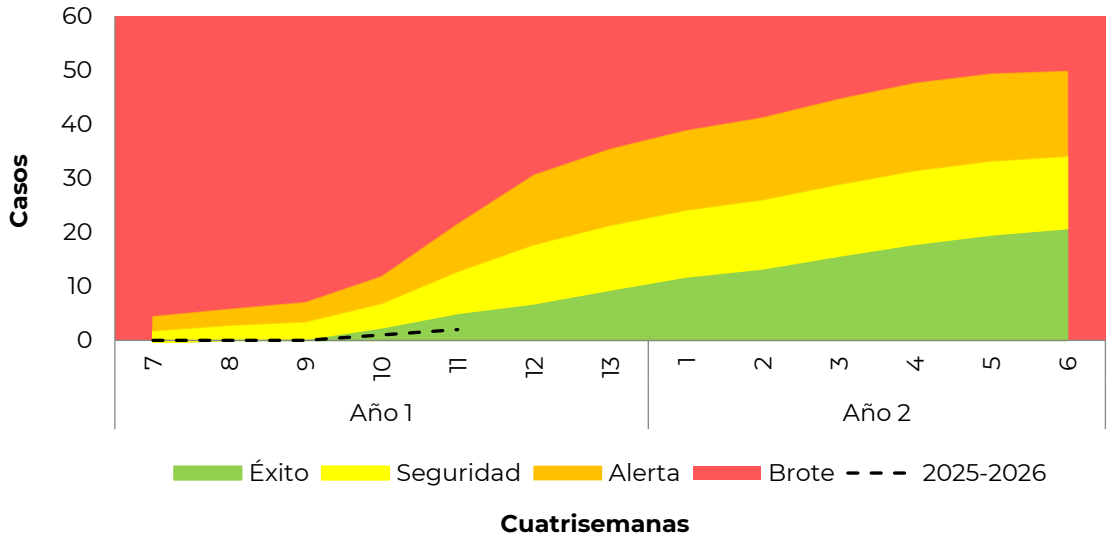


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

Región NOA

Para la región NOA, en la cual se presentaron casos en las jurisdicciones de Salta, Jujuy y Tucumán, el número de casos se encuentra en el umbral de éxito para el período 2025-2026.

Gráfico 6. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado cuatrisemanal. Período analizado: CSE7/2025 a CSE11/2025 respecto a equivalente período de los cinco años previos (CSE7/2019 a CSE11/2024). Argentina. Región NOA. (N=2)



Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

La mayor proporción de casos para la temporada 2025-2026 se encuentra en la región Centro (70%), seguida por la región Sur (17%). (Ver Tabla 1 y Mapa 1).

Casos y tasas según jurisdicción

Tabla 1. Hantavirosis: Casos confirmados, fallecidos y tasa por 100.000 habitantes según jurisdicción (con casos) y región desde SE 25/2025 a SE44/2025. Argentina. (N=23)

Jurisdicción	Casos	Casos fallecidos	Inc. C./ 100.000 hab.
Buenos Aires	5	4	0,03
Entre Ríos	6	3	0,41
Santa Fe	5	0	0,14
Región Centro	**16**	**7**	**0,05**
Formosa	1	0	0,16
Región NEA	**1**	**0**	**0,02**
Jujuy	1	0	0,12
Salta	1	1	0,07
Región NOA	**2**	**1**	**0,03**
Chubut	1	0	0,15
Neuquén	1	1	0,14
Río Negro	2	0	0,25
Región Sur	**4**	**1**	**0,13**
Total País	**23**	**9**	**0,05**

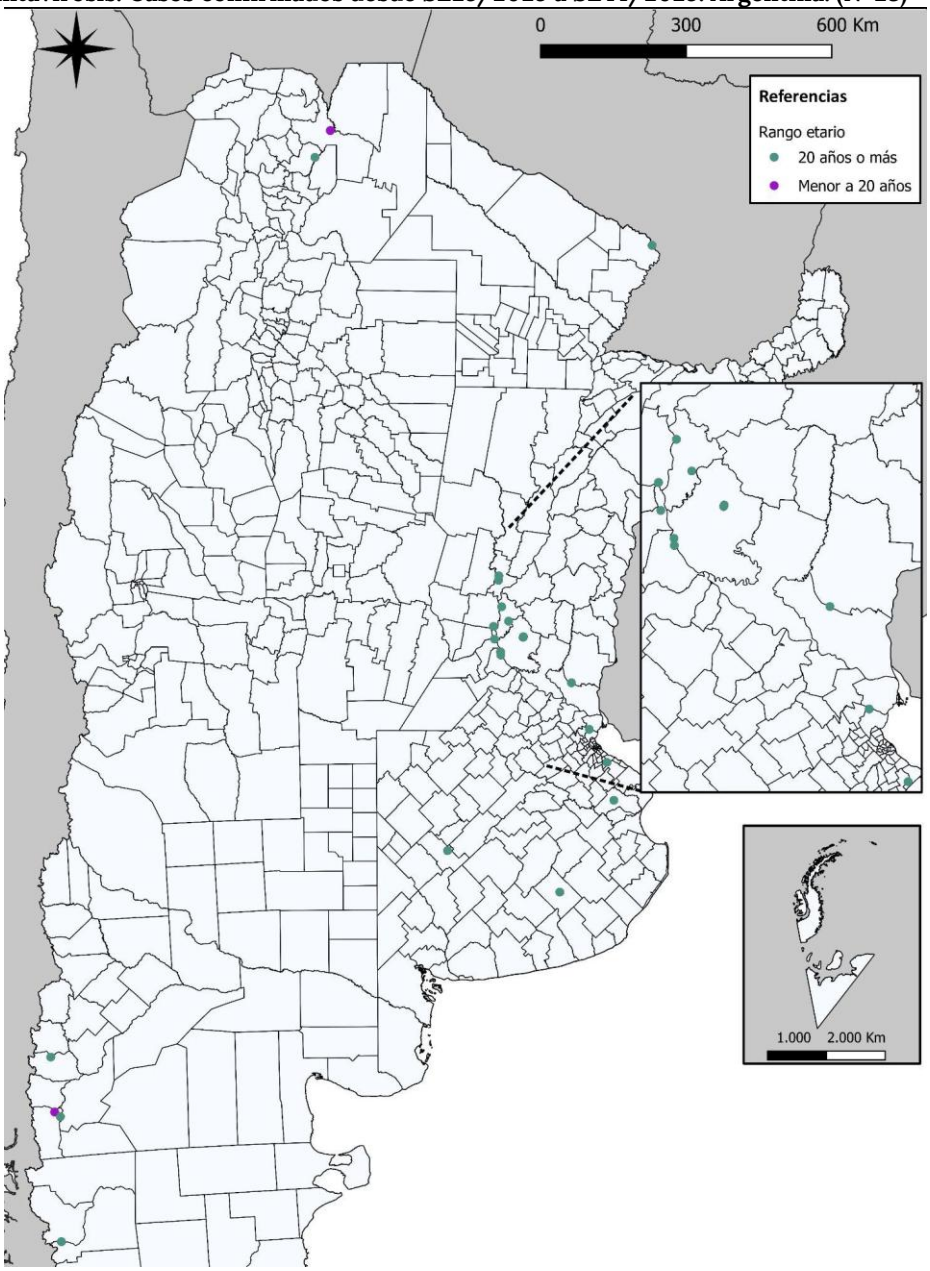
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

La mayor cantidad de casos se notificaron en la región centro (16 de 23), sin embargo, la incidencia cada 100.000 habitantes es más elevada en el sur, ya que los 4 casos notificadas en 3 jurisdicciones dan cuenta de una tasa de 0,13, siendo el valor para el total país de 0,05. En esta

variable (incidencia cada 100.000 habitantes), la jurisdicción con el valor más elevado es Entre Ríos, con 0,41.

En el siguiente mapa se pueden observar los casos georreferenciados.

Mapa 1. Hantavirosis: Casos confirmados desde SE25/2025 a SE44/2025. Argentina. (N=23)



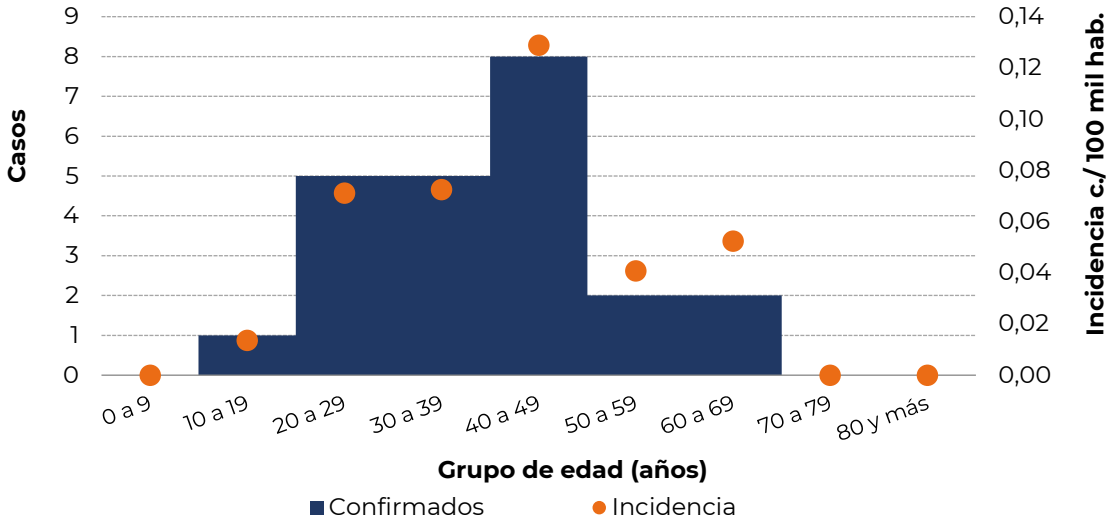
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

VII.2.D. CARACTERIZACIÓN SEGÚN PERSONAS AFECTADAS

Situación por grupo de edad

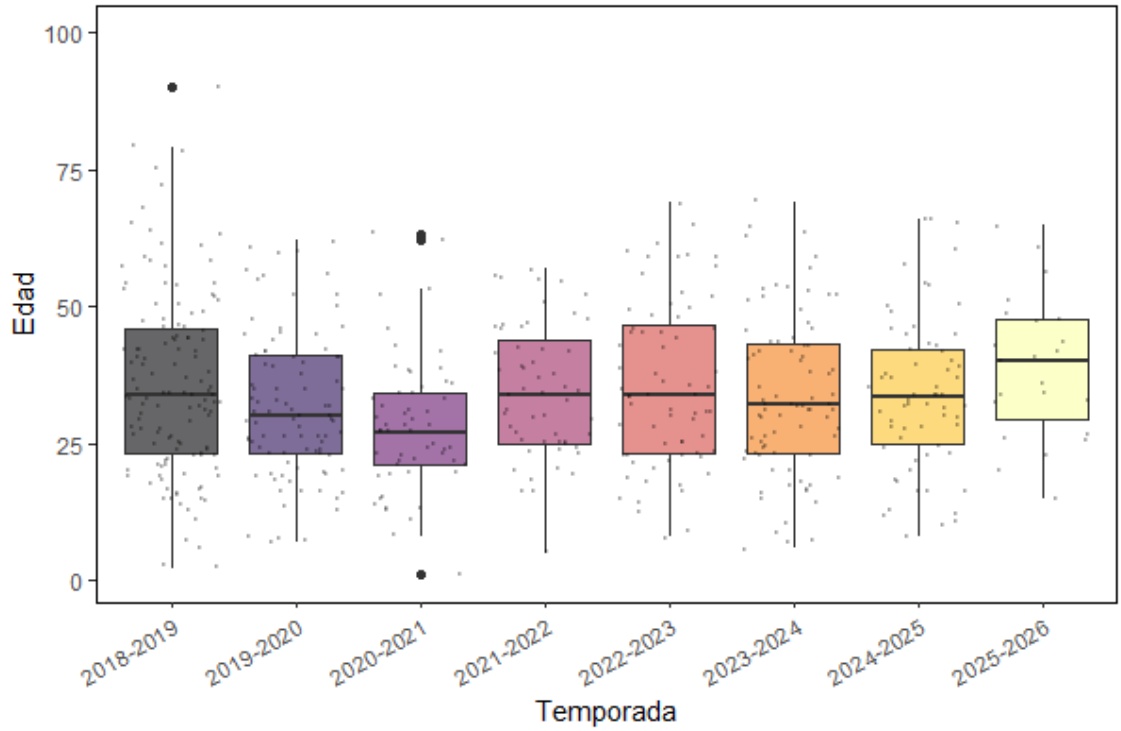
A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados de esta temporada fue de 40 años, concentrándose el 78,3% (18) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes en el período (Ver Gráfico 7). La mediana de edad resultó superior a las registradas en temporadas previas, como la de 2020–2021 (ver Gráfico 8).

Gráfico 7. Hantavirosis: Casos y tasas de incidencia acumulada según grupo de edad. SE25/2025 a SE44/2025. Argentina. (N=23)



Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Gráfico 8. Hantavirosis: Boxplot de casos confirmados por edad según temporada. SE25/2018 a SE44/2025. Argentina. (N=565)

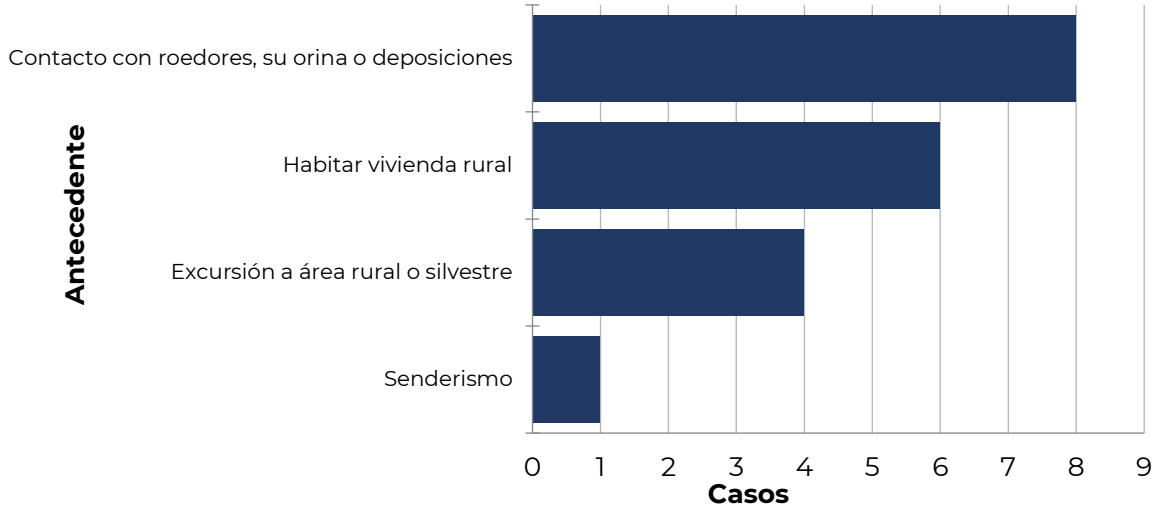


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Antecedentes epidemiológicos

Entre SE25/2025 y SE44/2025, el 57% de los casos (n=13) presentó información sobre antecedentes epidemiológicos, siendo los más frecuentes: contacto con roedores, orina o deposiciones (62%), habitar vivienda rural (46%), y excursión a área rural o silvestre (31%). Cada caso puede presentar uno o más antecedentes epidemiológicos. Ninguno de los casos fue identificado como de transmisión interhumana.

Gráfico 9. Hantavirosis: Antecedentes epidemiológicos. SE25/2025 a SE44/2025. Argentina. (n=13)

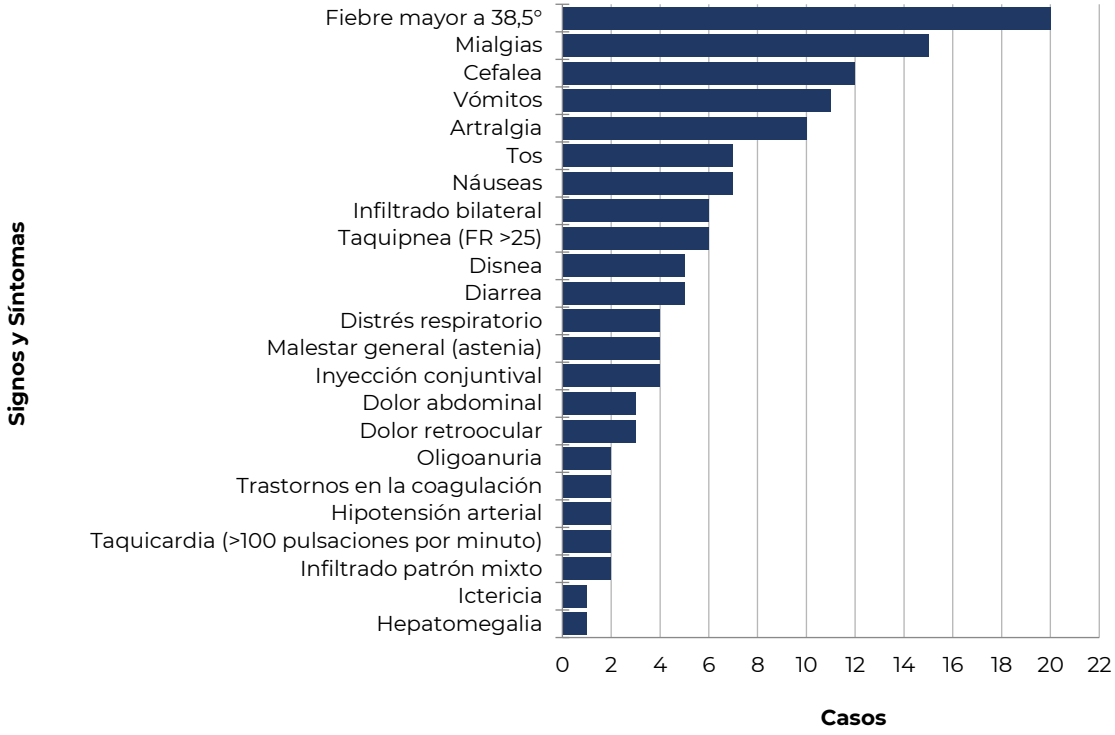


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Signos y síntomas

Entre SE25/2025 y SE44/2025, el 91% de los casos (n=21) presentó información sobre antecedentes de signos y síntomas, siendo los cinco más frecuentes: fiebre mayor a 38,5° (95%), mialgias (71%), cefalea (57%), vómitos (52%) y artralgia (48%). Cada caso puede presentar uno o más signos o síntomas.

Gráfico 10. Hantavirosis: Signos y síntomas. SE25/2025 a SE44/2025. Argentina.

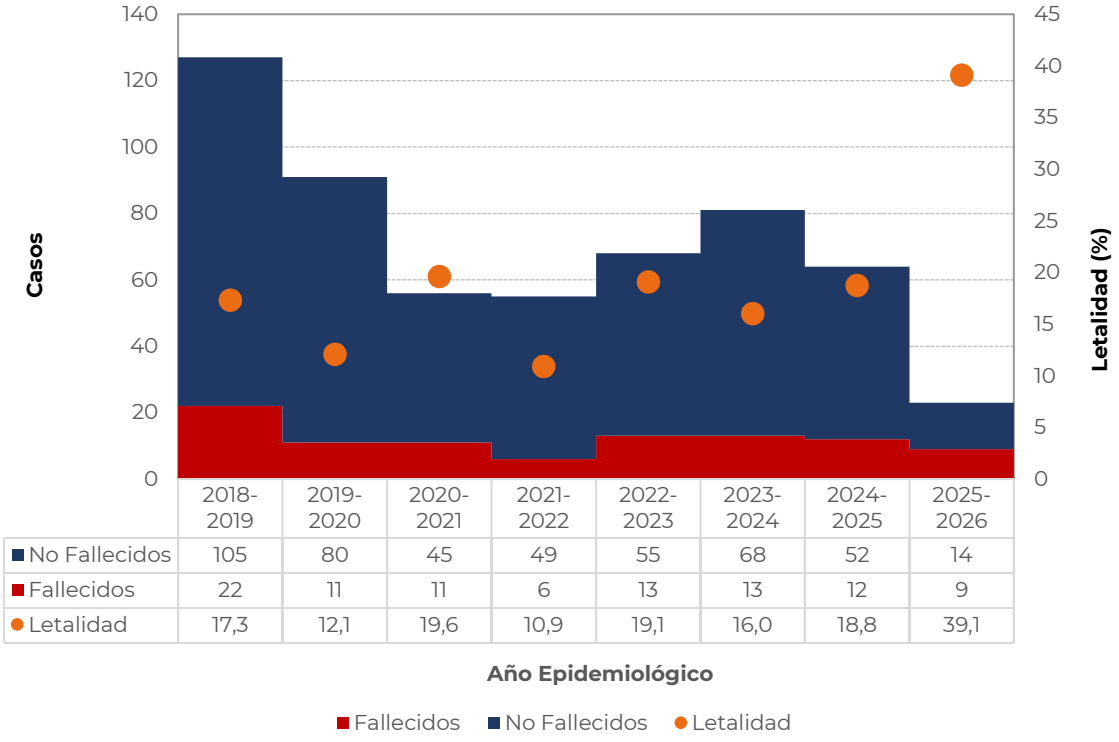


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Caracterización de la mortalidad

Entre SE25/2025 y SE44/2025 se notificaron 9 casos fallecidos, con una mediana de edad de 40 años (26-44) mayor que en temporadas anteriores (Gráfico 13), y una letalidad del 39,1%, también por encima a la de temporadas previas (Gráfico 11). La mayor letalidad se observa en el grupo etario de 20 a 29 años (60%) (Gráfico 12)

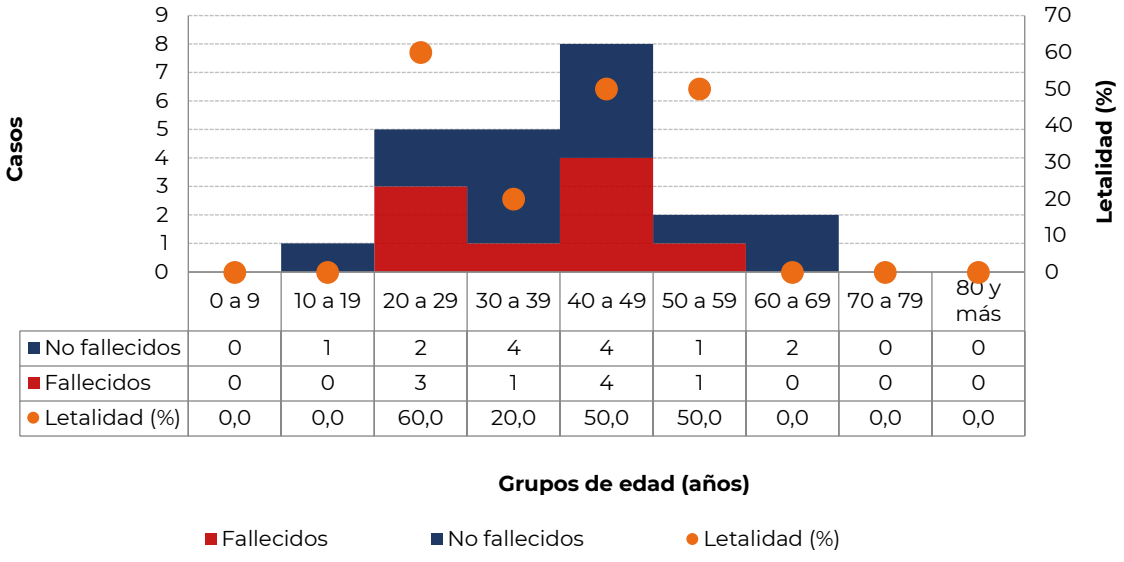
Gráfico 11. Hantavirosis: Casos y letalidad por temporada. SE25/2018 a SE44/2025. Argentina. (N=565)



	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
No Fallecidos	105	80	45	49	55	68	52	14
Fallecidos	22	11	11	6	13	13	12	9
Letalidad	17,3	12,1	19,6	10,9	19,1	16,0	18,8	39,1

Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

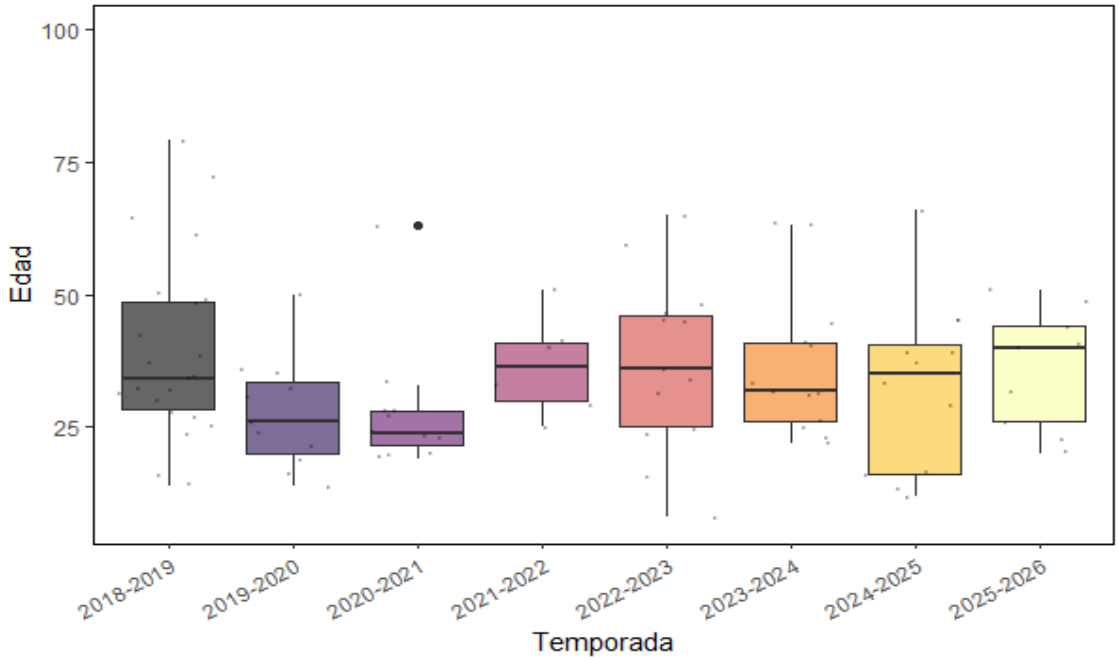
Gráfico 12. Hantavirosis: Casos y letalidad por grupo etario. SE25/2025 a SE44/2025. Argentina. (N=23)



	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 y más
No fallecidos	0	1	2	4	4	1	2	0	0
Fallecidos	0	0	3	1	4	1	0	0	0
Letalidad (%)	0,0	0,0	60,0	20,0	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Gráfico 13. Hantavirosis: Boxplot de casos fallecidos por edad según temporada. SE25/2018 a SE44/2025. Argentina. (N=97)



Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

VII.2.E. VIGILANCIA GENÓMICA

Las variantes de hantavirus reportadas en Argentina, desde los inicios de los estudios genómicos en la década de 1990 hasta la actualidad, han sido descritas a partir de secuencias genómicas parciales. La vigilancia genómica activa, incorporando la secuenciación de genomas completos, ha permitido dilucidar relaciones filogeográficas de alta resolución entre las secuencias genómicas derivadas de pacientes y roedores, identificando la fuente de infección, las vías de transmisión y nuevas variantes o virus.

Para el periodo 2024-2025, se reporta variante en el 15% de las muestras. Se identifica Laguna Negra en un caso de la Provincia de Chaco y Alto Paraguay en otro caso de Entre Ríos, siendo el resto de los reportes vinculables a la distribución histórica de las mismas (Andes, Lechiguanas, Buenos Aires y Bermejo).

VII.2.F. CONCLUSIÓN

El periodo comprendido entre SE25/2025 y SE44/2025 presentó una proporción mayor de casos en la zona Centro (69,6%). Asimismo, se observó un aumento en la letalidad global. En el grupo etario de menores de 20 años se identificó 1 caso confirmado. Se destacó como antecedente epidemiológico más frecuente el contacto con roedores o el habitar/transitar área rural o silvestre. Es importante intensificar la sospecha de hantavirosis en zonas endémicas y que sea incorporado en el interrogatorio de rutina siempre, durante todo el año. En particular, teniendo en cuenta la estacionalidad, esta recomendación, toma un carácter más importante aún en los meses de septiembre a abril, considerándola entre los diagnósticos diferenciales de otros síndromes febriles agudos inespecíficos. Ante la sospecha clínica de hantavirosis se sugiere realizar estudios diagnósticos confirmatorios a la mayor brevedad posible y hospitalizar; el diagnóstico precoz y la atención oportuna podrían mejorar la sobrevida de los pacientes.

La mayor letalidad registrada en el período podría estar relacionada a la subnotificación de casos leves, aunque continúan en investigación otras causas. Se proseguirá con el análisis

epidemiológico mientras transcurre la temporada. Se recomienda fortalecer tanto la vigilancia epidemiológica como la sospecha clínica, el testeo y el tratamiento oportuno de los casos con sintomatología compatible, teniendo en cuenta las regiones prevalentes y la temporalidad, así como indagando en los antecedentes epidemiológicos compatibles.

VII.3. Medidas preventivas generales

- Evitar la convivencia con roedores y cualquier contacto con sus secreciones.
- Impedir el ingreso de roedores y anidación en las viviendas.
- Sellar orificios en puertas, paredes y cañerías que puedan servir de acceso
- Realizar la limpieza (pisos, paredes, puertas, mesas, cajones y alacenas) con una solución compuesta por 1 parte de hipoclorito de sodio y 9 partes de agua, dejándola actuar durante 30 minutos antes de enjuagar.). Humedecer el piso antes de barrer para evitar la dispersión de polvo.
- Ubicar huertas y leña a más de 30 metros de las viviendas y en el caso de la leña, elevarla a 30 cm de altura del suelo. Mantener pastos y malezas cortados en un radio de 30 metros alrededor del domicilio.
- Ventilar durante al menos 30 minutos antes de ingresar a las viviendas, galpones, o refugios ubicados en ambientes rurales y/o silvestres en zonas endémicas que hayan permanecido cerrados por periodos prolongados. Utilizar barbijo N95 al ingresar.
- En vehículos que hayan permanecido en desuso por tiempo prolongado, ventilar el habitáculo antes de ingresar y encender el ventilador del vehículo con ventanas o puertas abiertas por un tiempo prudencial para expulsar el polvo o aire proveniente del motor, donde podrían haber anidado roedores.
- Tener especial precaución en la puesta en marcha de ventiladores y de aire acondicionado cuyos filtros o conductos puedan haber tenido contacto con polvo contaminado, roedores o excretas de estos. Antes de utilizarlos realizar la limpieza adecuada previamente y utilizar barbijo N95.
- Al acampar hacerlo alejado de maleza y basurales. Evitar dormir directamente sobre el suelo y consumir siempre agua potable.

Procedimientos ante presencia de roedores:

- **Roedor vivo:** utilizar trampas para capturarlo sin intentar tocarlo o golpearlo. Reforzar las medidas anteriores para evitar ingreso y anidación.
- **Roedor muerto:** rociarlo con hipoclorito de sodio junto con todo lo que haya podido estar en contacto y dejarlo actuar por al menos 30 minutos. Luego recogerlo usando guantes y enterrarlo a más de 30 cm de profundidad o quemarlo.
- En ambientes silvestres no se realiza ningún tipo de control poblacional de roedores, dado su impacto ecológico. En el interior de las viviendas o peridomicilio se puede realizar el control de las poblaciones a través del uso de trampas mecánicas, NO se utilizan cebos tóxicos.

Para medidas de bioseguridad específicas, toma de muestra y vigilancia epidemiológica, consultar en los diferentes links a continuación.

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

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

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

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

COMUNICACIÓNES **EPIDEMIOLÓGICAS**

VIII. Circulación de casos confirmados de sarampión por Argentina

Ante la confirmación de cuatro casos de sarampión de personas residentes en Uruguay que viajaron a través de Argentina desde Bolivia, el Ministerio de Salud de la Nación emite el presente alerta con el objetivo de informar sobre la situación epidemiológica e instar a los equipos de salud a fortalecer la vigilancia de enfermedad febril exantemática (EFE), verificar y completar esquemas de vacunación y sensibilizar a la población sobre la importancia de la consulta temprana ante la aparición de fiebre y exantema.

VIII.1. Introducción

El sarampión es una enfermedad viral, **altamente contagiosa**, que puede presentarse en todas las edades. Las **manifestaciones clínicas** más frecuentes son: fiebre alta, manchas rojas en la piel, secreción nasal, conjuntivitis y tos. También puede presentarse de forma grave, sobre todo en menores de 5 años y personas malnutridas, con complicaciones respiratorias como neumonía y del sistema nervioso central como convulsiones, meningoencefalitis, ceguera, encefalomielitis postinfecciosa con retraso mental grave y trastornos degenerativos tardíos que no tienen tratamiento o incluso causar la muerte.

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

No existe ningún tratamiento antiviral específico contra el virus del sarampión, sin embargo, puede prevenirse con la **vacunación**.

VIII.2. Situación actual

El 05 de diciembre de 2025, a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS2.0), se confirma un caso sospechoso de sarampión en un niño de 2 año y 4 meses, residente en la ciudad de Santa Elena, departamento La Paz, provincia de Entre Ríos.

El inicio de los síntomas se registró el 24 de noviembre, con fiebre ≥ 38°C, exantema generalizado y síntomas respiratorios altos. La primera consulta médica tuvo lugar el 26 de noviembre en un establecimiento pediátrico local, sin necesidad de internación, donde se le toman las primeras muestras para diagnóstico. Se realizan estudios de IgM en la provincia que dan indeterminado, por lo que se derivan al Laboratorio Nacional de Referencia donde se detecta el virus por rt-PCR de la muestra nasofaríngea. Se continúa con estudios moleculares para la identificación del genotipo viral.

El niño cuenta con una dosis de vacuna triple viral documentada en noviembre de 2024. No presenta comorbilidades ni factores de riesgo adicionales. Se encuentra clínicamente estable, en aislamiento domiciliario junto a su núcleo conviviente.

En el marco de la investigación epidemiológica se identificó un antecedente de viaje a la localidad de Casilda, provincia de Santa Fe entre el 14 y el 15 de noviembre. Se identificaron los contactos estrechos dentro del periodo de transmisibilidad, con verificación de esquemas de vacunación en curso. Todos los contactos se encuentran bajo seguimiento activo, con recomendaciones de vigilancia de síntomas y aislamiento según exposición.

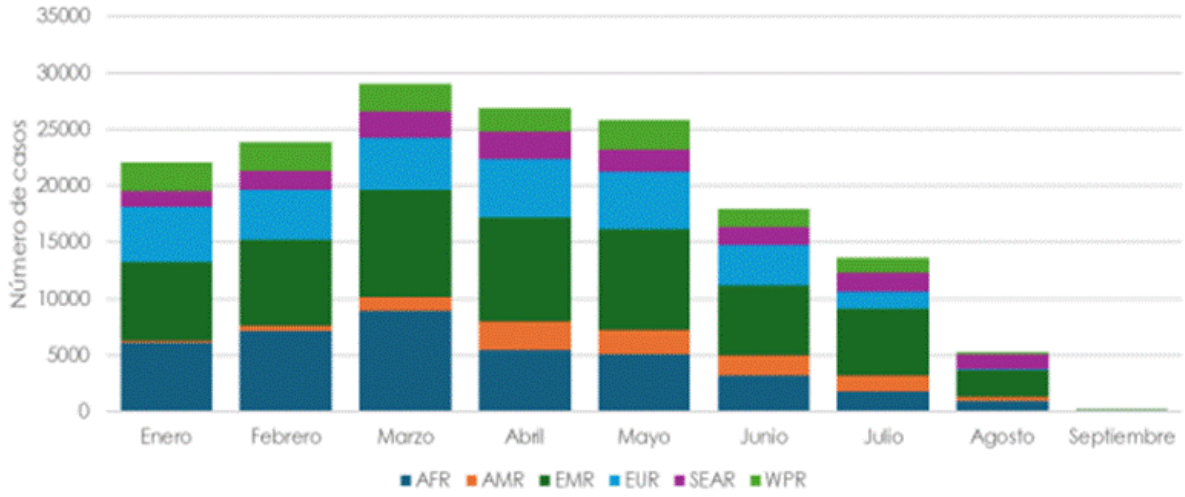
Los equipos locales y provinciales, junto con la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y la Dirección de Epidemiología, continúan con la investigación epidemiológica, el bloqueo de foco, la búsqueda activa de contactos, y el refuerzo de las medidas de prevención y control en los ámbitos involucrados.

VIII.3. Situación epidemiológica mundial y regional

El 10 de noviembre de 2025 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) anunció que la Región de las Américas ***ha perdido su estatus como región libre de transmisión endémica del sarampión****. Esto sucedió en el marco de la transmisión endémica del sarampión se ha restablecido en Canadá, donde el virus ha circulado durante al menos 12 meses. Como resultado, las Américas, que fue la primera región del mundo en eliminar el sarampión en dos ocasiones, ha perdido nuevamente su estatus de libre de sarampión. Todos los demás países de la región siguen manteniendo su estatus.*

De acuerdo con los datos mensuales de vigilancia de sarampión y rubéola, publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en septiembre 2025, entre enero y septiembre se notificaron 360.321 casos sospechosos de sarampión en 173 Estados Miembros de las seis regiones de la OMS, de los cuales 164.582 (45,6%) fueron confirmados. El 34% de los casos se registra en la Región de la OMS del Mediterráneo Oriental (EMR), seguido por la Región de la OMS de África (AFR) con el 23 % de los casos y Región de la OMS de Europa (EUR) con el 18% de los casos.

Gráfico 1. Casos de sarampión por mes según región de la OMS. Año 2025 (al 9 de septiembre).



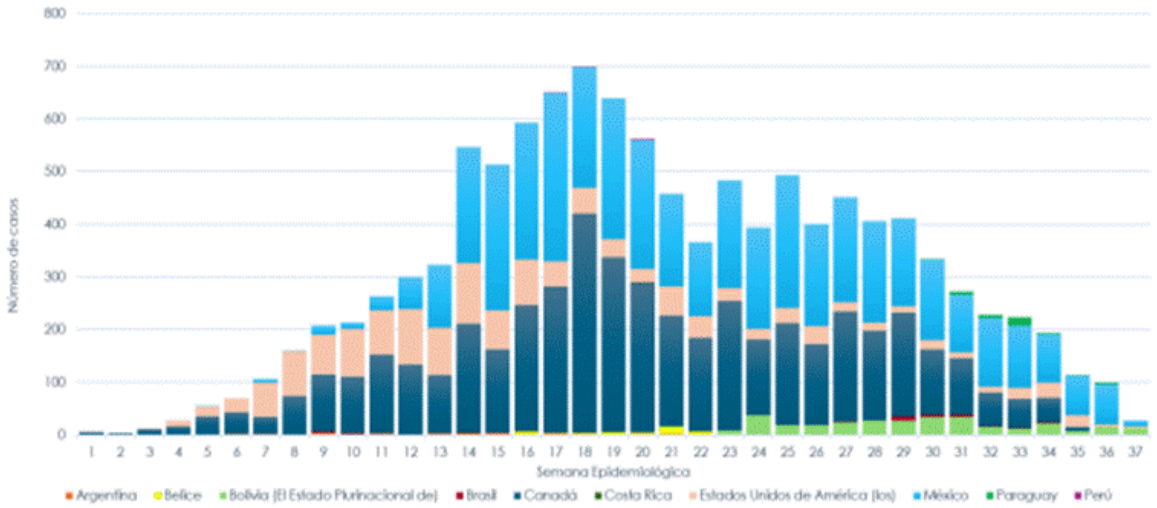
Regiones de la OMS: AFR: Región de África; AMR: Región de las Américas; EMR: Región del Mediterráneo Oriental; EUR: Región de Europa, SEAR: Región de Asia Sudoriental; WPR: Región del Pacífico Occidental.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas, 19 de septiembre del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. https://www.paho.org/sites/default/files/2025-09/2025-septiembre-19-phe-actualizacion-epi-sarampion-esfinal-2.pdf

De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados (n= 11.248), el grupo de edad con la mayor proporción de casos corresponde al de 10-19 años (22%), seguido por el grupo de 20-29 años (19%) y el grupo de 1-4 años (17%). No obstante, la tasa de incidencia es mayor en menores de un año (6,6 casos por 100,000 habitantes), seguido del grupo de 1 a 4 años (3,6 casos por 100,000 habitantes) y de 5 a 9 años (2,1 casos por 100,000 habitantes) (14). Con relación al antecedente de vacunación, el 71% de los casos no estaban vacunados y en el 18% dicha

información era desconocida o ausente. Según la fuente de infección, el 71% de los casos fueron clasificados como asociados a importación, y el 16% como importados.

Gráfico 2. Casos de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema o de notificación y país en la Región de las Américas. Año 2025 (hasta la SE 37).



Fuente: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Sarampión en la Región de las Américas, 19 de septiembre del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. https://www.paho.org/sites/default/files/2025-09/2025-septiembre-19-phe-actualizacion-epi-sarampion-esfinal-2.pdf

En 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 37, en la Región de las Américas, 11.313 casos de sarampión han sido confirmados, incluyendo 23 defunciones, en Argentina (n= 35 casos), Belice (n=34 casos), el Estado Plurinacional de Bolivia (n=320 casos), Brasil (n=28 casos), Canadá (n=4.849, incluyendo una defunción) 2, Costa Rica (n=1 caso), los Estados Unidos de América (n=1.454, incluyendo tres defunciones), México (n=4.553 casos, incluyendo 19 defunciones), Paraguay (n=35 casos) y Perú (n=4 casos). Este total representa un aumento de 31 veces en comparación con los 358 casos de sarampión notificados en el mismo periodo del 2024.

Gráfico 3. Número de casos de sarampión y hospitalización por país en la Región de las Américas. Año 2025 (hasta la SE 43).

Pais	No de casos	No de Hosp.	%
Argentina	35	0	-
Belice	41	0	-
Bolivia	435	28	6%
Brasil	35	0	-
Canadá	5 138	375	7%
Costa Rica	1	1	100%
México	5 089	1047	21%
Paraguay	49	8	16%
Perú	4	1	25%
Estados Unidos	1 639	202	12%
TOTAL	**12 466**	**1 662**	**13%**

Fuente: Almacén de datos de inmunización y reportes de vigilancia enviados a OPS. Disponible en: mrbulletin_2025-45-46-percent-ratehospitalizations-regional-level-s.pdf

VIII.4. Situación epidemiológica - Antecedentes en Argentina

Argentina interrumpió la circulación endémica del sarampión en el año 2000. Desde entonces se registraron brotes limitados de menos de un año de duración, sin pérdida del estado de eliminación. El mayor brote se registró entre las SE 35 del año 2019 y la SE 12 del año 2020, con un total de 179 casos, que se circunscribieron a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 19 municipios de la provincia de Buenos Aires (PBA). En el año 2021 no se registraron casos confirmados. En 2022, se registraron dos casos de sarampión: uno en CABA y otro en Vicente López (PBA), sin relación entre ellos y sin casos secundarios.

En enero de 2024 se confirmó un caso en un niño de 19 meses no vacunado en Salta, donde no se identificó la fuente por lo que el caso se clasificó como fuente de origen desconocido. No se presentaron casos secundarios. En febrero de 2024, se notificaron dos casos de sarampión importados en un niño de 6 años y su hermano de 13 meses, residentes en Barcelona (España), sin vacunación. En octubre del 2024, se notificaron en la Provincia de Río Negro 11 casos confirmados con infección aguda por sarampión mediante la detección de anticuerpos IgM en el Laboratorio de Referencia provincial. Los casos confirmados ocurrieron en una comunidad cerrada de la localidad de Lamarque. Se trató de un brote relacionado a la importación en personas no vacunadas.

Hasta la SE 26 de 205, se confirmaron 35 casos en su mayoría relacionados a un caso importado identificado en enero en CABA que se extendió al AMBA. Los virus detectados pertenecen al genotipo B3 y se les fue asignado el DSID 9240. En la SE11, se detectó un caso con antecedente de viaje a Tailandia en un paciente residente de AMBA en el cual el virus identificado fue genotipo D8 linaje MVs/Patan.IND/16.9 (DSID 5963), lo que permitió poder clasificarlo como un caso importado. En la SE 17 se detectó un caso en la provincia de San Luis con antecedente de viaje a Chihuahua, México, identificándose el genotipo D8, linaje MVs/Ontario.CAN/47.24 (DSID 9171) coincidiendo con los brotes actuales de ese país. En las SE 20 y 21 se confirmaron 2 casos

importados procedentes de Inglaterra que pertenecieron al genotipo B3, linaje MVs/Quetta.PAK/44.20 (DSID 6418).

VIII.5. Recomendaciones para los equipos de salud

VIII.5.A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Los casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) constituyen eventos de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación que actualiza las normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria[1].

Definición y clasificación de caso:

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

Notificación:

Todo caso sospechoso de EFE deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS2.0)[2] al grupo de eventos Enfermedad Febril Exantemática, con datos completos tanto de identificación, clínicos y por laboratorio.

Frente a la situación epidemiológica mundial se recomienda contar con esquema de vacunación adecuado antes de realizar un viaje.

Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:

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

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

VIII.6. Medidas de prevención

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

- De 12 meses a 4 años: deben acreditar UNA DOSIS de vacuna triple viral
- Mayores de 5 años, adolescentes y personas adultas deben acreditar al menos DOS DOSIS de vacuna con componente contra sarampión y rubéola aplicada después del año de vida (doble o triple viral) o contar con serología IgG positiva para sarampión y rubéola.
- Las personas nacidas antes de 1965 se consideran inmunes y no necesitan vacunarse.
- Personal de salud: Todas las personas que trabajan en el nivel asistencial (por ejemplo, mesa de entradas, limpieza, seguridad, laboratorio, planta médica y de enfermería, etc.) deben acreditar dos dosis de vacuna con componente contra el sarampión aplicadas después del año de vida (doble o triple viral) o contar con serología IgG positiva para sarampión.

Recomendaciones para residentes en Argentina que viajen al exterior:

- Niños menores de 6 meses: Aplazar y/o reprogramar el viaje. La vacuna está contraindicada en este grupo etario, considerado el de mayor vulnerabilidad.

- Niños de 6 a 11 meses: Aplazar y/o reprogramar el viaje. En caso de ser imposible, deben recibir una dosis de vacuna doble viral o triple viral ("dosis cero"). Esta dosis es adicional y no debe ser considerada parte del esquema regular de vacunación del CNV.

- Niños de 12 meses: Deben recibir la primera dosis correspondiente al CNV con vacuna triple viral.

- Niños de 13 meses a 4 años inclusive: Deben acreditar al menos dos dosis de vacuna con componente contra el sarampión. La primera correspondiente al año de vida y la segunda correspondiente a dosis extra con doble o triple viral. Niños de 5 años: Deben recibir la segunda dosis correspondiente al CNV con vacuna triple viral. y Mayores de 5 años, adolescentes y adultos: Deben acreditar dos dosis de vacuna con componente contra el sarampión (doble o triple viral) aplicadas después del año de vida o demostrar inmunidad mediante serología IgG positiva.

- Embarazadas: Pueden viajar si acreditan dos dosis de vacuna con componente antisarampionoso (doble o triple viral) aplicadas después del año de vida o demostrar inmunidad mediante serología IgG positiva. Se desaconseja viajar a las embarazadas sin antecedentes comprobables de vacunación o sin anticuerpos contra el sarampión.

De no contar con las dos dosis recomendadas, la vacuna debe ser aplicada como mínimo 15 días antes del viaje. Estas indicaciones son dinámicas y podrán sufrir modificaciones de acuerdo a la situación epidemiológica. Las eventuales modificaciones serán comunicadas a través de alertas/ memorándums.

VIII.7. Medidas ante casos y contactos

VIII.7.A. MEDIDAS ANTE UN CASO SOSPECHOSO

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

- Informar inmediata y fehacientemente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso y sin esperar resultados de laboratorio.

- Confeccionar la ficha de investigación epidemiológica y reportar los datos de la misma en el SNVS$^{2.0}$, evento "Enfermedad Febril Exantemática".

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

- Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios. Evitar circular en transportes públicos ni dentro de las instituciones.

● Tomar teléfono celular de contacto y explicar a la persona adulta responsable o paciente que será contactado por el sistema de salud para seguimiento de ser necesario y que puede ser requerida la obtención de nuevas muestras confirmatorias.

VIII.7.B. MEDIDAS EN LOS CONTACTOS

● Hacer búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación).

● Vacunación de contactos dentro de las 48 hs de identificado el caso a quienes no cumplan con las indicaciones de vacunación del calendario de vacunación.

● Ante la confirmación de un caso: todos los contactos de 6 a 12 meses de edad deberán recibir una dosis de vacuna triple viral. Desde los 13 meses en adelante (excepto personas adultas nacidas antes de 1965), asegurar dos dosis de vacuna con componente antisarampionoso. La inmunoglobulina de pool está indicada dentro de los 6 días del contacto con casos confirmados de sarampión en personas severamente inmunodeprimidas (independientemente del antecedente de vacunación), personas gestantes sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y menores de 6 meses. La aplicación de inmunoglobulina es intramuscular y la dosis recomendada es de 0.25 ml/kg en población general y 0.5 mL/kg en inmunosuprimidos (dosis máxima 15 mL).

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

● Localización y seguimiento de los contactos: Personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con vínculo epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola). Realizar el seguimiento de los potenciales susceptibles hasta 21 días después del inicio del exantema del caso.

VIII.7.C. MEDIDAS ANTE BROTES

● Las acciones de control de brote se deben realizar dentro de las primeras 48 hs, ante todo caso sospechoso sin esperar la confirmación diagnóstica.

● Todas las instituciones tanto públicas como privadas, deben notificar al SNVS 2.0 dentro de las 24 hs.

● Se deben realizar las acciones de bloqueo con vacuna triple o doble viral o gammaglobulina, según indicación dentro de las 48hs del diagnóstico del caso sospechoso.

VIII.7.D. HERRAMIENTAS PARA LA VIGILANCIA Y CONTROL DE SARAMPIÓN Y RUBÉOLA

Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria disponible en:

https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-normas-y-procedimientos-de-vigilancia-y- control-de-eventos-de-notificacion

Ficha de recolección de notificación e investigación epidemiológica:

https://bancos.salud.gob.ar/recurso/enfermedad-febril-exantematica-sarampion-y-rubeola-sr

[1] Disponible en

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-11/Actualizaci%C3%B3n%20agosto%202022%20-%20Manual%20de%20normas%20y%20procedimientos%20de%20vigilancia%20y%20control%20de%20ENO.pdf

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

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS **INTERNACIONALES**

IX. Introducción

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

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

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

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

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

IX.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión

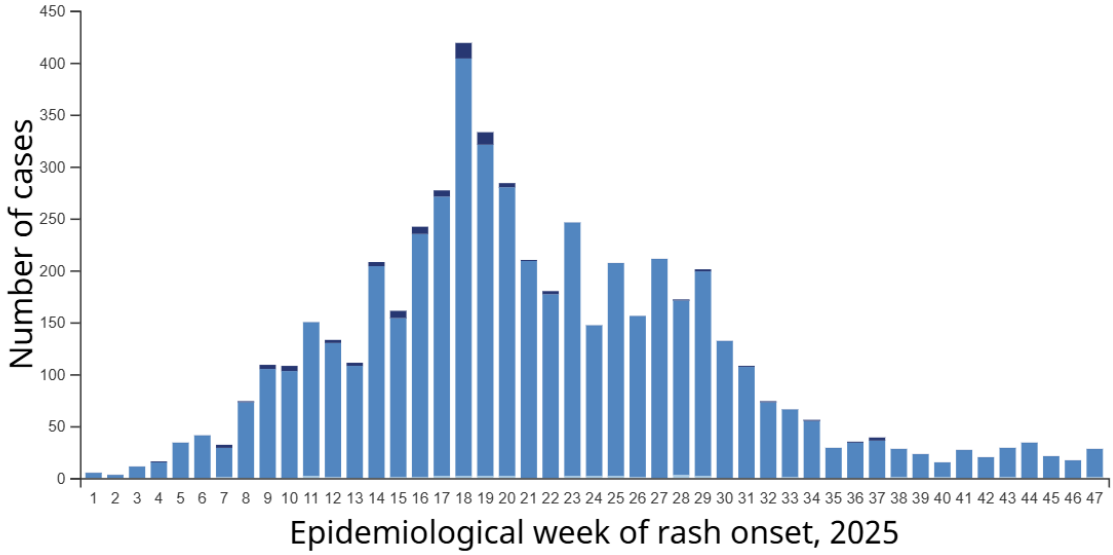
IX.1.A. CANADÁ1F[26]

En 2025, se han notificado un total de 5.262 casos de sarampión (4.895 confirmados, 367 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 22 de noviembre de 2025.

En la semana 47 (del 16 al 22 de noviembre de 2025), se notificaron 40 nuevos casos de sarampión (40 confirmados y 0 probables) en 4 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba y Ontario).

[26] 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=5.262)



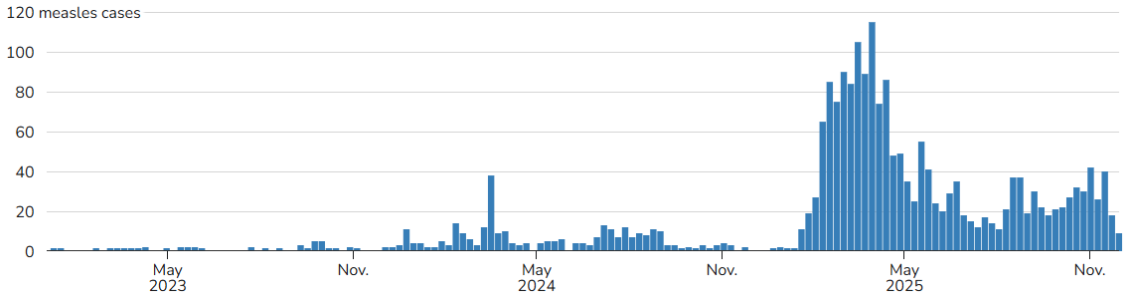
IX.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[27]

Al 2 de diciembre de 2025, se notificaron un total de 1.828 casos confirmados de sarampión. De ellos, 1.804 casos han sido confirmados en 43 jurisdicciones: Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Míchigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nevada, 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 24 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

En 2025 se han notificado 46 brotes, y el 87% de los casos confirmados (1.597 de 1.828) 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 2/12/25).



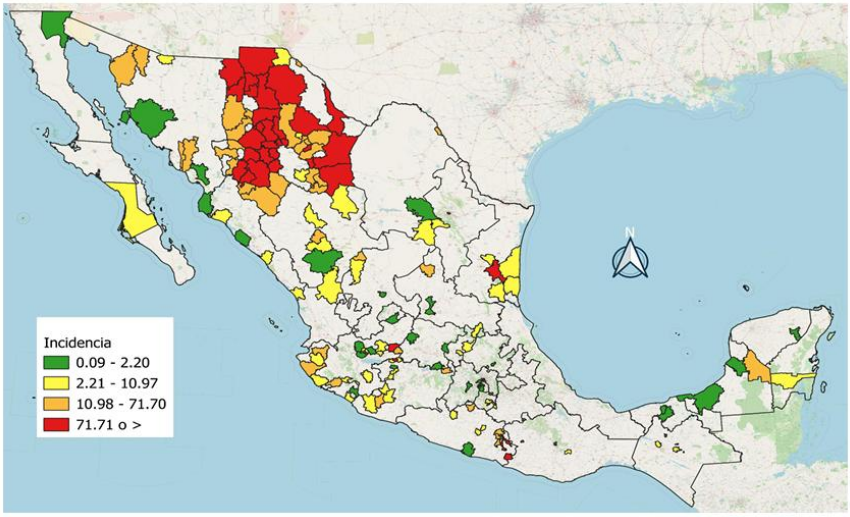
[27] https://www.cdc.gov/measles/data-research/

IX.1.C. MÉXICO[28]

Al 03 de noviembre, se han reportado 5.489 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 19 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 28 estados y 165 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 24 fallecimientos.

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios de residencia, 03 de diciembre de 2025, México.



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

IX.1.D. PARAGUAY[29]

El 28 de noviembre de 2025, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay publicó una actualización epidemiológica sobre el sarampión con información hasta la semana epidemiológica 48 de 2025, que indicaba un total de 49 casos confirmados de sarampión, de los cuales ocho requirieron hospitalización, todos ellos correspondientes al genotipo D8. Entre los casos, el 61 % (30/49) eran mujeres, con edades comprendidas entre los 3 meses y los 54 años, principalmente en el grupo de edad de 1 a 4 años.

No se han registrado fallecimientos.

[28] https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2025?idiom=es
[29] https://dgvs.mspbs.gov.py/sarampion/

IX.2. Etiopía Enfermedad por virus del Ébola – República Democrática del Congo

Recibido a través del CNE el 01/12/2025

El brote de enfermedad por virus del Ébola (EVE) en la República Democrática del Congo (RDC) fue declarado el 4 de septiembre de 2025. Al 30 de noviembre de 2025, se notificó un total de 64 casos (53 confirmados y 11 probables), incluidos 45 fallecidos (letalidad del 70,3%), procedentes de seis áreas de salud (Bambalaie, Bulape, Bulape Com, Dikolo, Ingongo y Mpianga) en la Zona de Salud de Bulape, provincia de Kasai. Desde el último caso confirmado notificado el 25 de septiembre de 2025, no se han registrado nuevos casos confirmados de EVE.

Se registraron cinco casos entre trabajadores de la salud (cuatro enfermeros y un técnico de laboratorio), de los cuales tres fallecieron. Los epicentros del brote se localizaron en las áreas de salud de Dikolo (26 casos, 15 muertes) y Bulape (24 casos, 22 muertes), que en conjunto representaron el 78,1% del total de casos notificados y el 82,2% de todas las muertes. El brote involucró inicialmente transmisión nosocomial y un evento funerario con alta transmisión, con elevada mortalidad entre niños pequeños. Al 12 de octubre de 2025, se realizó el seguimiento de un total de 572 contactos.

El 1 de diciembre de 2025, el Ministerio de Salud declaró el fin del brote. Esta declaración se produjo tras dos períodos consecutivos de incubación (42 días) desde que la última persona confirmada con EVE obtuvo resultado negativo para el virus y fue dada de alta el 19 de octubre de 2025, conforme a las recomendaciones de la OMS.

Figura 1. Mapa de casos confirmados y probables y de muertes por enfermedad por virus del Ébola, Zona de Salud de Bulape, provincia de Kasai, República Democrática del Congo, al 30 de noviembre de 2025.

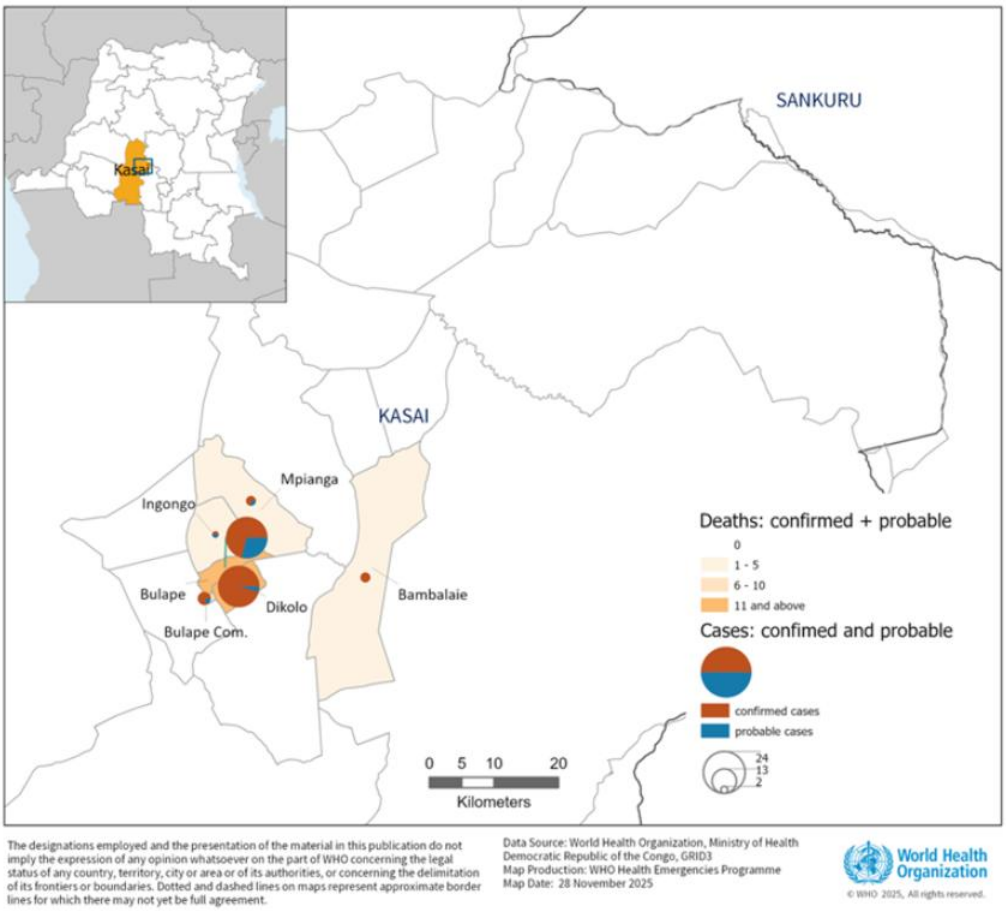
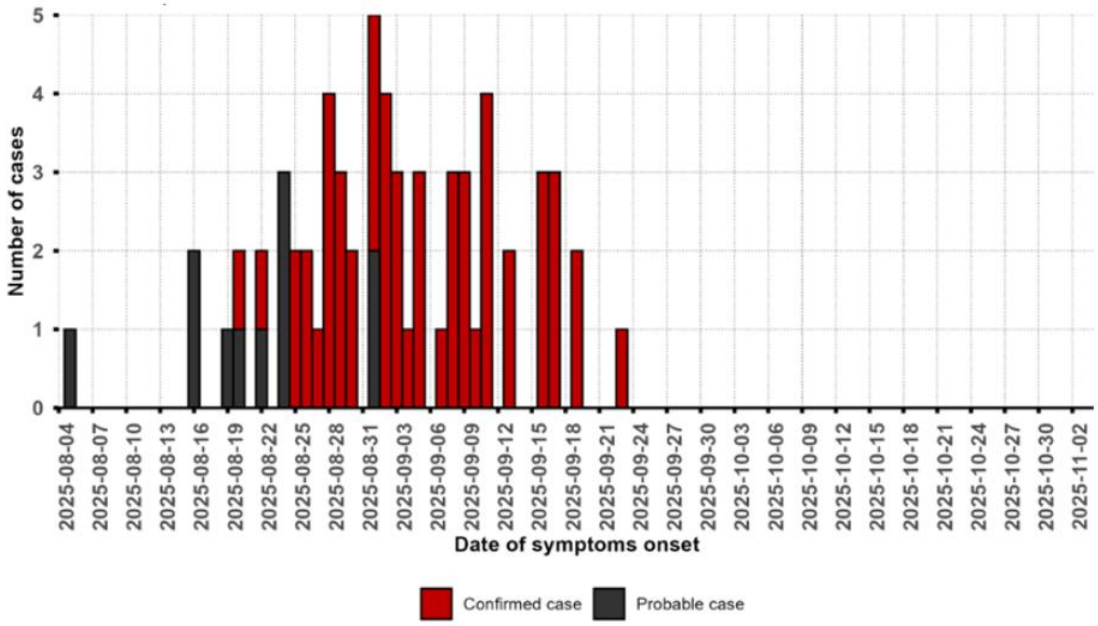


Figura 2: Curva epidémica de los casos confirmados y probables de enfermedad por virus del Ébola en la Zona de Salud de Bulape, provincia de Kasai, República Democrática del Congo, al 30 de noviembre de 2025.



Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON589

IX.3. Alerta Epidemiológica Influenza estacional en la Región de las Américas

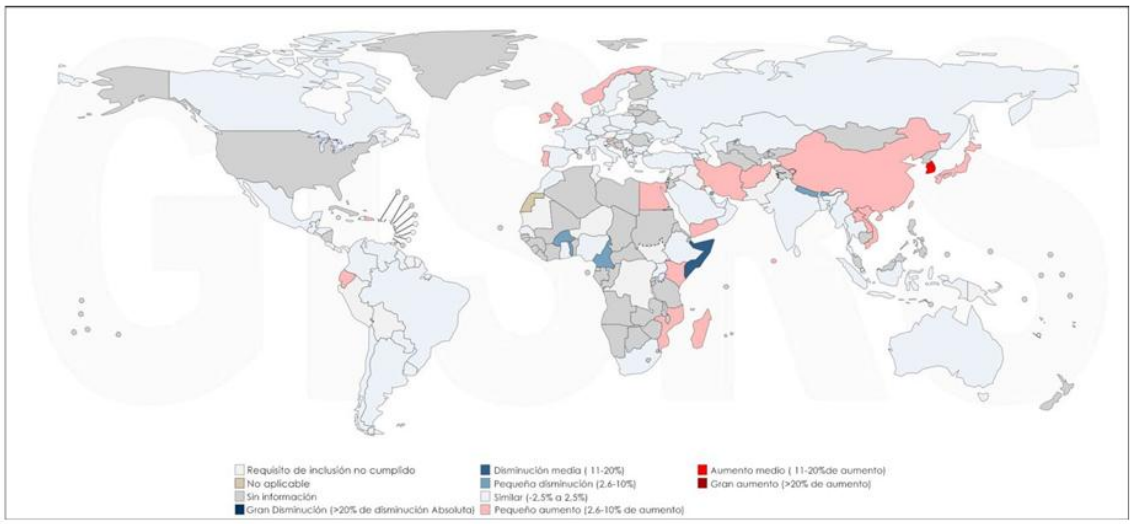
Cierre de temporada 2025 hemisferio sur e inicio de temporada 2025-26 hemisferio norte - 4 de diciembre del 2025

Recibido a través del CNE el 04/12/2025

IX.3.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN INICIO DE TEMPORADA 2025-26 EN EL HEMISFERIO NORTE

De acuerdo con los datos disponibles de vigilancia de virus respiratorios reportados por los países a la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta la semana epidemiológica (SE) 45 del 2025, la actividad de influenza se encontraba en aumento, con predominio de detecciones de virus de influenza A en todas las regiones a nivel global (Figura 1).

Figura 1. Variación de la proporción de muestras positivas para influenza SE 45 del 2025 en comparación con la SE 44 del 2025.



Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Global Respiratory Virus Activity Weekly Update N° 553. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/influenza-updates/2025/202545_who-respiratoryvirus-update_553.pdf.

En los países del hemisferio norte de la Región de las Américas, para la SE 45 del 2025, la circulación de influenza estacional permaneció en niveles bajos, con predominio de influenza A(H1N1)pdm09 en los países del Caribe y de América Central. En los países de la subregión de América del Norte, aunque la actividad de influenza se mantuvo en niveles bajos, se observó un incremento sostenido, principalmente debido a influenza de tipo A. Mientras que, en México predominaron las detecciones de influenza A(H1N1)pdm09, en los Estados Unidos de América y Canadá se registró una mayor circulación del subtipo A(H3N2), con un aumento progresivo de las detecciones del subclado K de influenza A(H3N2).

En los meses recientes, la circulación del virus A(H3N2) subclado K (J.2.4.1) ha aumentado rápidamente en Europa y varios países de Asia. En Europa, la actividad de influenza comenzó antes de lo habitual y el subclado K represento casi la mitad de las secuencias reportadas entre mayo y noviembre 2025. Hasta ahora, no se ha documentado un cambio significativo en la gravedad clínica. Sin embargo, las temporadas dominadas por el subtipo A(H3N2) suelen asociarse a mayor gravedad, particularmente entre las personas mayores. Los análisis genéticos

muestran que el subclado K (J.2.4.1) acumula mutaciones en posiciones claves del gen de la hemaglutinina que lo diferencia de la cepa incluida en la vacuna 202526, y los primeros estudios serológicos apuntan a una menor concordancia antigénica. No obstante, datos preliminares sobre la efectividad de la vacuna en la prevención de hospitalizaciones indican una protección similar a las temporadas previas (70 a 75% en niños; 30 a 40% en adultos).

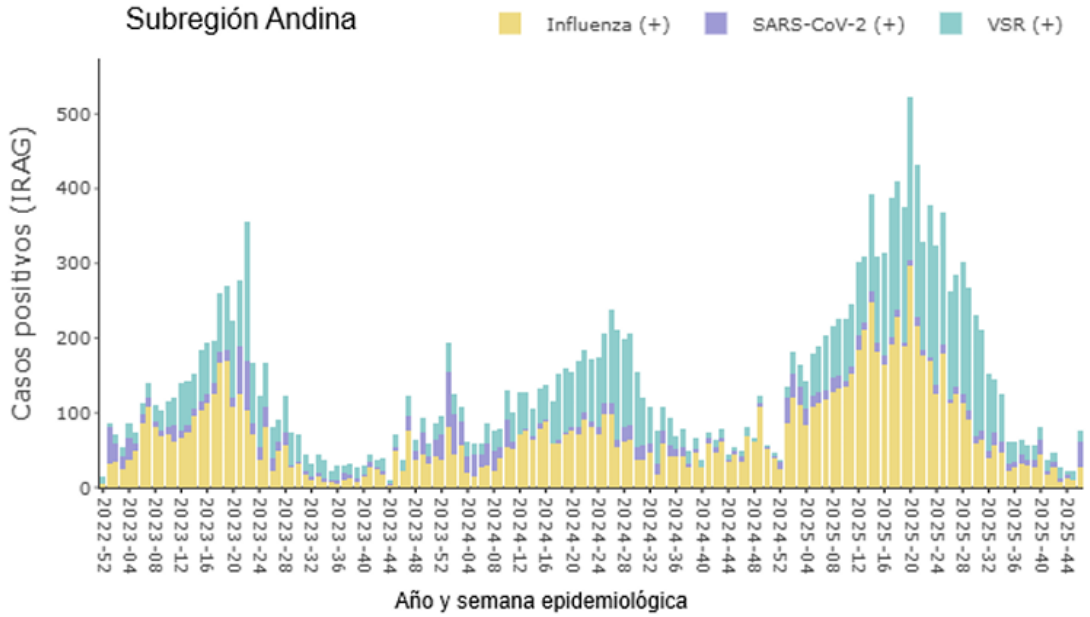
Para la Región de las Américas, esta situación indica la importancia de vigilar estrechamente la evolución del virus, mantener una alta cobertura de vacunación y prepararse para una posible actividad temprana o más intensa durante la temporada 2025-26. Es fundamental que la población, especialmente los adultos mayores y quienes presentan factores de riesgo, reciban la vacuna contra la influenza, para protegerse individualmente y evitar la sobrecarga de los servicios de salud, especialmente de hospitalización.

IX.3.B. RESUMEN DE LA SITUACIÓN CIERRE DE TEMPORADA 2025 EN EL HEMISFERIO SUR

Datos de vigilancia sindrómica

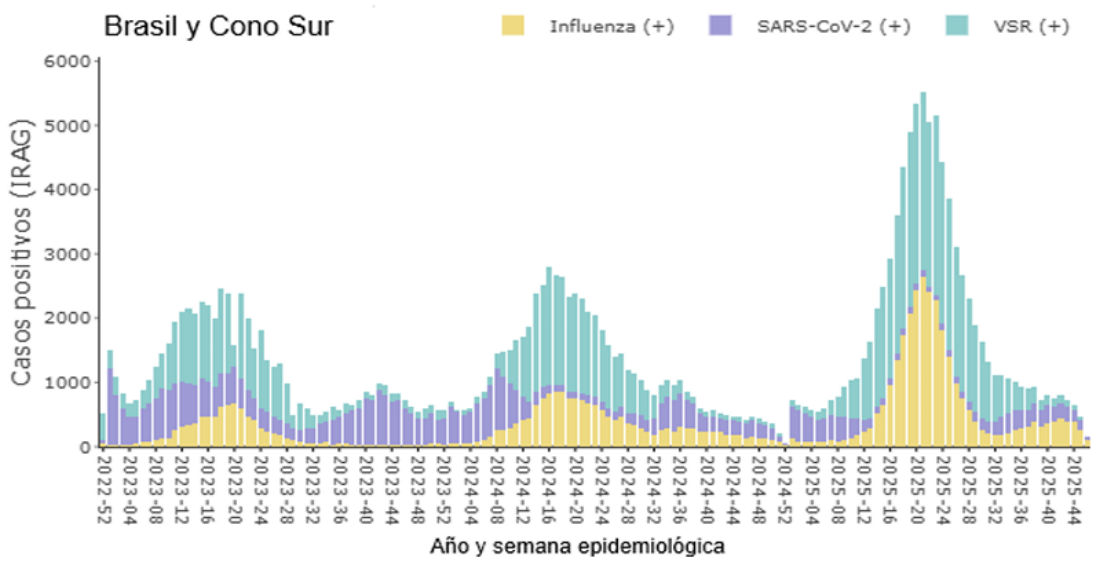
En 2025, hasta la SE 45, se observó un aumento del 29% de casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) y un aumento del 5% de casos de enfermedad tipo influenza (ETI) en comparación con el mismo periodo del 20244 (Figuras 2 - 5). En el 2025 al desagregar los datos por tipo de virus, observamos que para los casos IRAG un 19% se encuentran asociados a virus sincitial respiratorio (VSR), un 13% a virus de influenza y un 4% a SARS-CoV-2. Dentro de los casos de IRAG reportados en 2025, la distribución etaria varío por virus identificados, con un 46% de casos de VSR hospitalizados detectados en menores de 6 meses y un 41% de los casos de influenza hospitalizados detectados en los adultos de 65 años y más.

Figura 2. Casos IRAG por tipo de virus, subregión Andina, 2023-2025



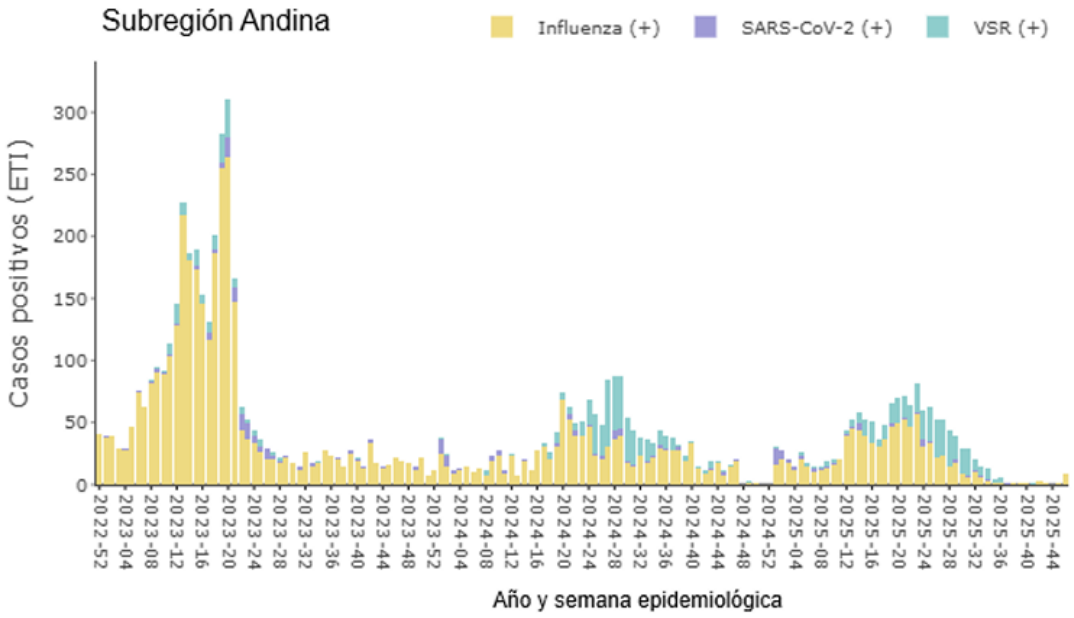
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.

Figura 3. Casos IRAG por tipo de virus, subregión Brasil y Cono Sur, 2023-2025



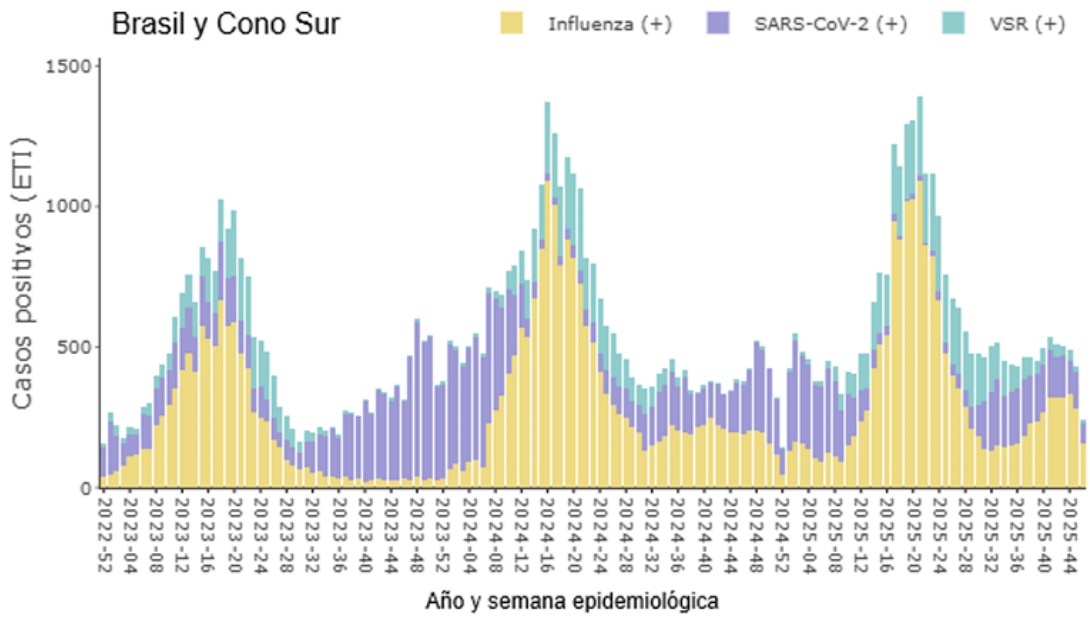
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.

Figura 4. Casos ETI por tipo de virus, subregión Andina, 2023-2025



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.

Figura 5. Casos ETI por tipo de virus, subregión Brasil y Cono Sur, 2023-2025



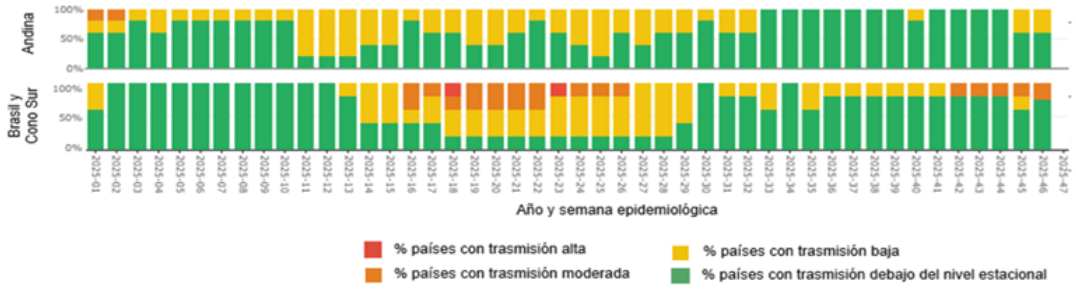
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.

Datos de vigilancia virológica

Influenza estacional

Durante la temporada 2025 del hemisferio sur en la Región de las Américas, los niveles de transmisión de influenza superaron el umbral estacional a mediados de marzo. La circulación estuvo dominada por influenza A(H1N1)pdm09 y alcanzó un pico de positividad del 19% en la SE 20 del 2025 (Figura 6). Posteriormente, la actividad disminuyó a niveles bajos hasta la SE 35, momento en el que se observó un incremento en la circulación de influenza A(H3N2) especialmente en Brasil y Chile. A la SE 45, Chile se mantiene en niveles de transmisión moderados de influenza A(H3N2), sin asociarse a mayor gravedad o incremento en consultas ambulatorias. A la fecha del 4 de noviembre del 2025, el subclado K no había sido detectado en Sudamérica.

Figura 6. Niveles de transmisión de la influenza estacional, Subregiones Andina y Brasil y el Cono Sur, 2025.

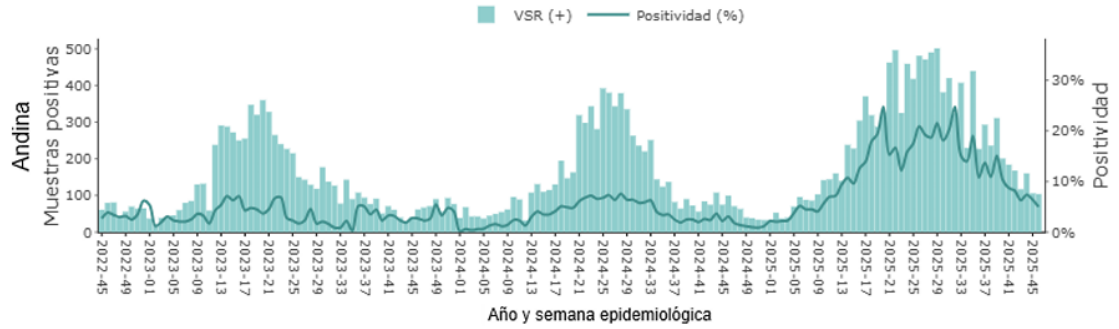


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.

Virus sincitial respiratorio (VSR)

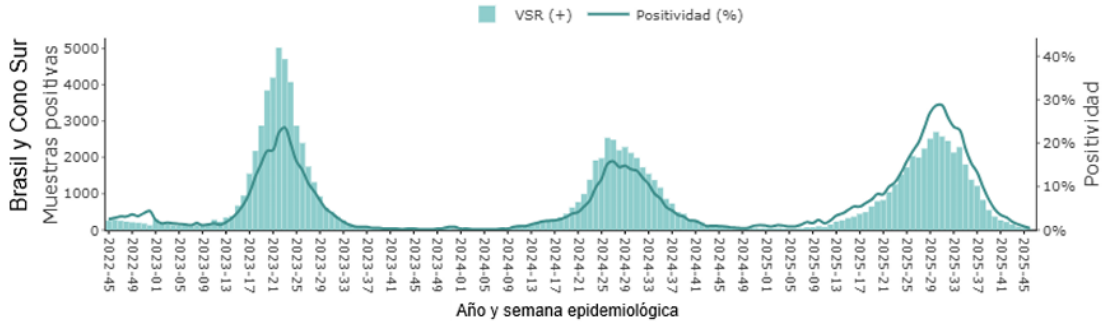
La actividad de VSR inició de forma temprana hacia finales del mes de enero en el hemisferio sur en las Américas, y alcanzó su máximo de circulación a finales de julio con un 30% de positividad, registrando positividades superiores a las observadas en el año 2023 y 2024 (Figuras 7 y 8). Argentina, Paraguay, Perú y Uruguay mantuvieron niveles elevados de VSR hasta mediados de septiembre. Actualmente la circulación se encuentra en niveles inter estacionales en las subregiones Andina y Brasil y el Cono Sur.

Figura 7. Muestras positivas por VSR y proporción de positividad, subregión Andina, 2023-2025



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.

Figura 8. Muestras positivas por VSR y proporción de positividad, subregión Brasil y el Cono Sur, 2023-2025.



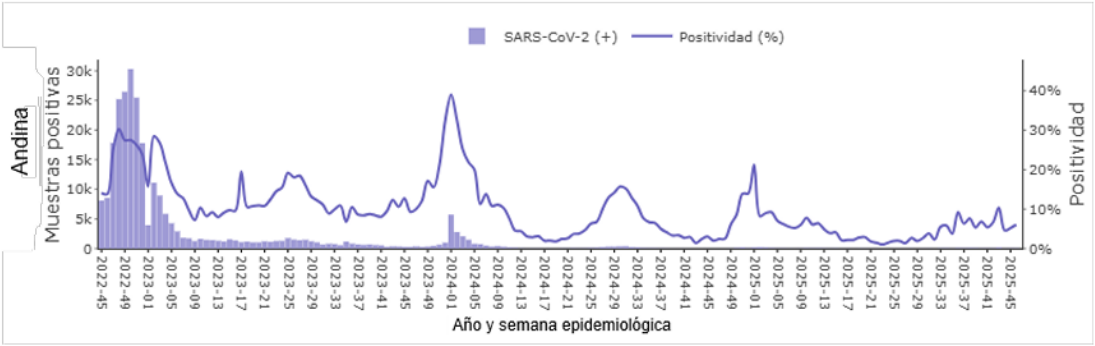
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.

SARS-CoV-2

En cuanto a SARS-CoV-2, si bien aún no presenta un patrón estacional claro, durante el año 2025, presentó mayor detección en los meses de enero a marzo, previo a la temporada estacional de influenza y VSR. Datos de vigilancia genómica indican que la variante XFG ingreso durante el mes de abril a la región y, a la fecha, se mantiene como variante predominante en el

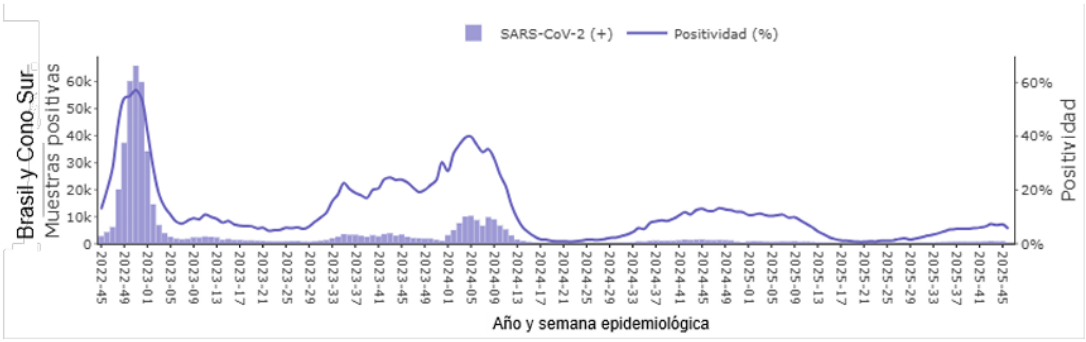
hemisferio sur (Figura 9 y 10). No se ha evidenciado aumento de gravedad asociado a esta variante.

Figura 9. Muestras positivas a SARS-CoV-2 y proporción de positividad, subregión Andina, 20232025.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.

Figura 10. Muestras positivas a SARS-CoV-2 y proporción de positividad, subregión Brasil y el Cono Sur, 2023-2025.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.

IX.3.C. RESULTADOS PRELIMINARES SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA VACUNA CONTRA LA INFLUENZA EN LA TEMPORADA 2025 EN EL HEMISFERIO SUR DE LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Los resultados interinos para medir la efectividad de la vacuna estacional contra la influenza durante la temporada 2025 proveen información importante sobre el grado de protección que confiere la vacuna a la población. Un estudio realizado entre marzo y julio del 2025 en ocho países del hemisferio sur, incluidos cinco países de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay) estimó una efectividad de 41.6% (Intervalo de confianza (IC) 95%: 36.7, 46.0) en prevenir hospitalización asociada a influenza A(H1N1)pdm09, 37.2% (IC95%: 29.7, 43.9) frente a influenza A(H3N2) y 77.6% contra el virus de la influenza tipo B (IC95%: 70.0, 83.3). Los hallazgos ofrecen información esencial a las autoridades de la salud del hemisferio norte para la preparación para la temporada 2025/2026 dado que la composición de la vacuna utilizada en

la temporada 2025/2026 en hemisferio norte es la misma que se utilizó en la temporada 2025 en hemisferio sur.

IX.3.D. CARACTERIZACIÓN VIROLÓGICA DE LOS VIRUS DE INFLUENZA ESTACIONAL TEMPORADA 2025 Y COMPOSICIÓN DE LA VACUNA PARA EL HEMISFERIO SUR 2026

Los análisis genéticos y antigénicos identificaron que los virus A(H1N1)pdm09 detectados durante el período de vigilancia presentaban genes de HA pertenecientes a los clados 5a.2a y 5a.2a.1, con un desplazamiento sostenido hacia el subclado D.3.1, mientras que los virus A(H3N2) se agruparon mayoritariamente en el clado 2a.3a.1, subclado J.2, con diversificación hacia los subclados J.2.1, J.2.2, J.2.3, J.2.4 y J.2.5, incluyendo el subclado K (J.2.4.1) evaluado en los estudios serológicos. Estos grupos genéticos presentaron distintos niveles de reconocimiento por parte de los antisueros de cepas vacunales y una respuesta serológica humana reducida frente a variantes recientes. Los virus de influenza B pertenecieron exclusivamente al linaje B/Victoria, y presentaron una adecuada concordancia antigénica con las cepas vacunales actuales. Con base en estos hallazgos, el comité asesor sobre la composición de la vacuna contra influenza de la OMS recomendó en septiembre del 2025 la siguiente composición trivalente actualizada de la vacuna para el hemisferio sur 2026, tanto para plataformas basadas en huevo como para aquellas de cultivo celular, proteína recombinante o ácido nucleico:

Vacunas producidas en huevos embrionados que contengan:

- Una cepa del virus A/Missouri/11/2025 (H1N1)pdm09-like;
- Una cepa del virus A/Singapore/GP20238/2024 (H3N2)-like; y
- Una cepa del virus B/Austria/1359417/2021 (B/Victoria lineage)-like.

Vacunas basadas en cultivo celular, proteína recombinante o ácido nucleico que contengan:

- Una cepa del virus A/Missouri/11/2025 (H1N1)pdm09-like;
- Una cepa del virus A/Sydney/1359/2024 (H3N2)-like virus; y
- Una cepa del virus B/Austria/1359417/2021 (B/Victoria lineage)-like.

Debido a la ausencia continua de detección de virus del linaje B/Yamagata desde marzo de 2020 a nivel global, el comité asesor sobre la composición de la vacuna contra influenza de la OMS recomienda desde el 2023 la exclusión de este antígeno de la composición de la vacuna.

Estudios serológicos realizados mediante test de inhibición de la hemaglutinación con virus circulantes de influenza A(H3N2) indican que los anticuerpos neutralizantes generados por la cepa vacunal del virus H3N2 (A/Singapore/GP20238/2024) reaccionarían frente al subclado K (J.2.4.1).

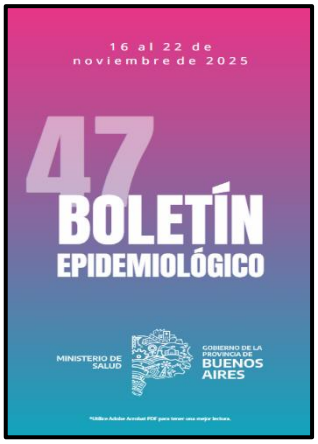
Fuente: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-influenza-estacional-region-americas-cierre-temporada-2025

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

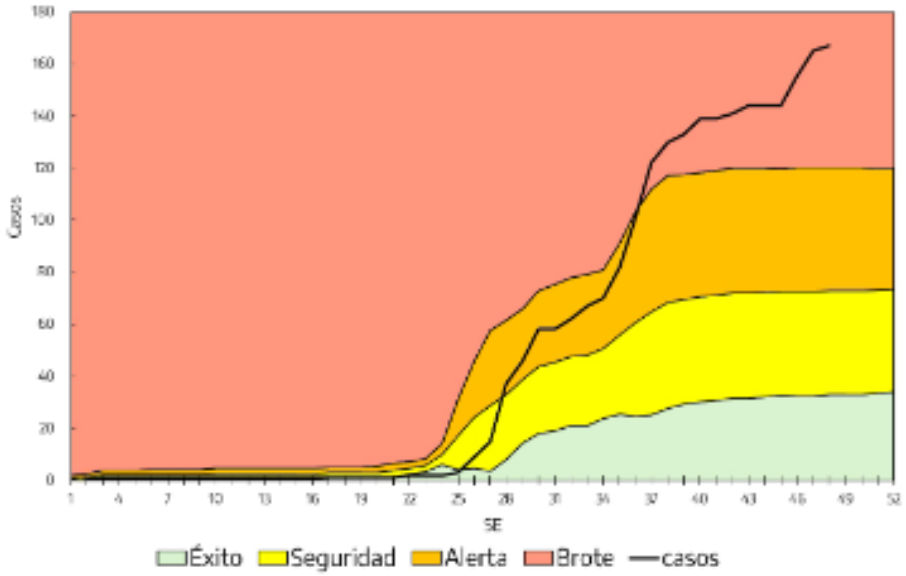
X. Boletines Jurisdiccionales

X.1. Buenos Aires: Triquinelosis

Desde SE 1 hasta el 27 de noviembre (SE 48) de 2025 se notificaron 249 casos sospechosos de triquinosis: 167 casos fueron confirmados, 77 continúan en estudio y 5 se descartaron.



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.*

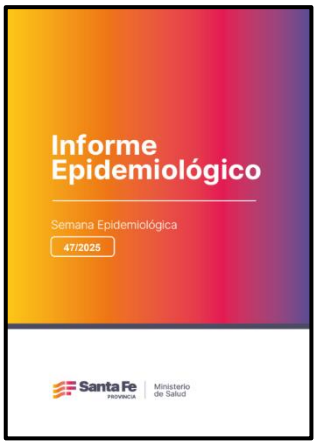
Fuente. SNVS 2.0. Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

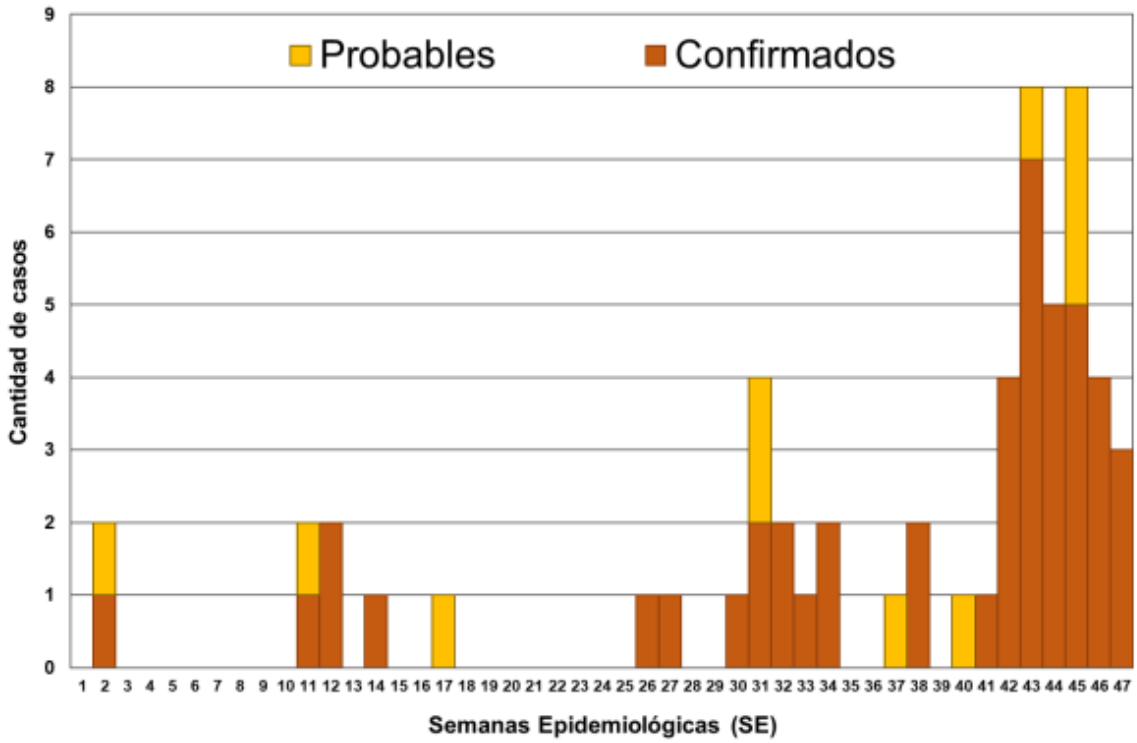
https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2025

X.2. Santa Fe: Coqueluche

En la Provincia de Santa Fe entre la SE 1 y 47 de 2025, se notificaron un total de 241 casos al evento de Coqueluche, de los cuales 46 se confirmaron y 11 se clasificaron como probables. De los 46 casos confirmados, 37 casos (80,4%) corresponden al departamento Rosario, 3 casos (6,5%) al departamento La Capital, 2 casos (4,3%) al departamento General López, 2 casos (4,3%) al departamento Constitución, un caso (2,2%) al departamento Caseros y un caso (2,2%) al departamento Castellanos.



Distribución de casos confirmados (n= 46) y probables (n= 11) según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 47. Año 2025. N= 57.



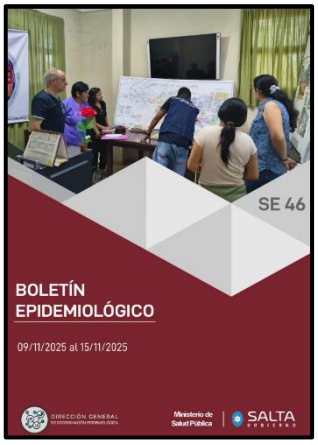
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

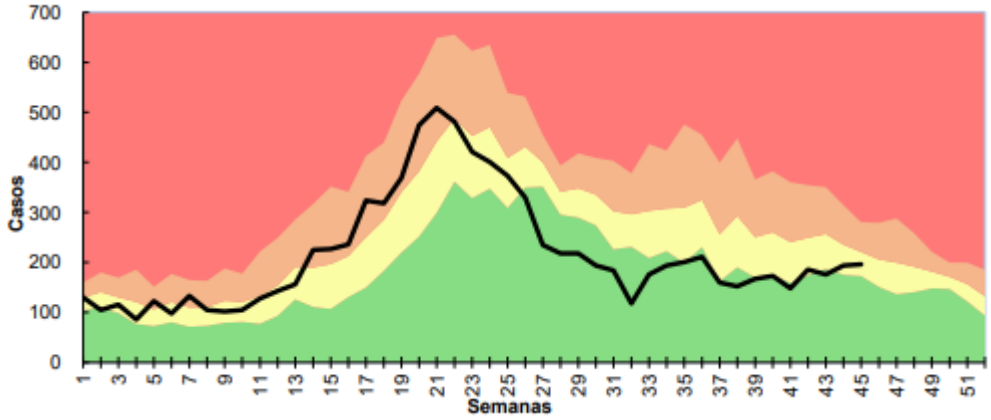
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/%28subtema%29/93802

X.3. Salta: Bronquiolitis

Las notificaciones de Bronquiolitis aumentaron con respecto a la semana anterior, el corredor endémico permanece en zona de seguridad.



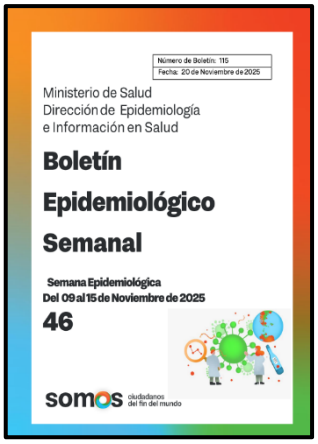
Corredor endémico semanal de bronquiolitis en menores de 2 años años: 2018 a 2024. Se 45 de 2025. Provincia de salta. (n=9.719*)

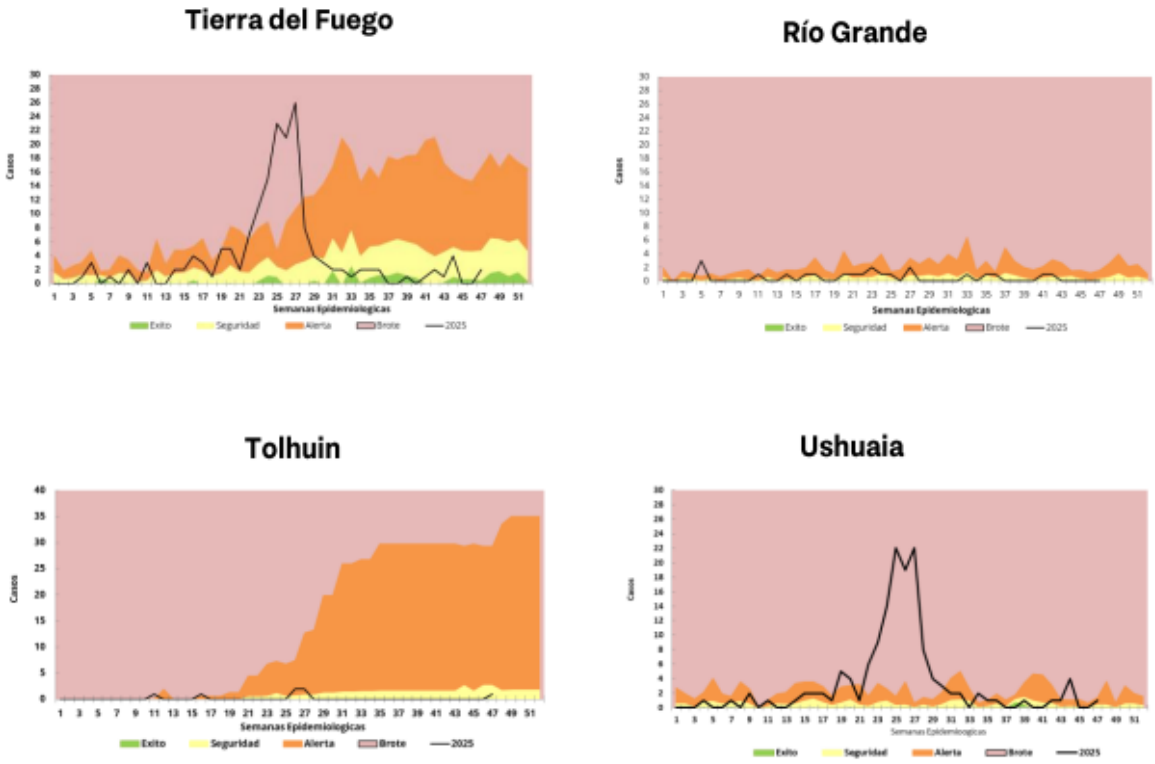


Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este grafico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante de información en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

X.4. Tierra del Fuego: Varicela

Los casos de varicela a nivel provincial se encuentran en zona de seguridad, el aumento de casos en la última semana se debe a las notificaciones realizadas en Ushuaia, encontrándose este evento bajo vigilancia en ese nivel local.





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

Para más información:

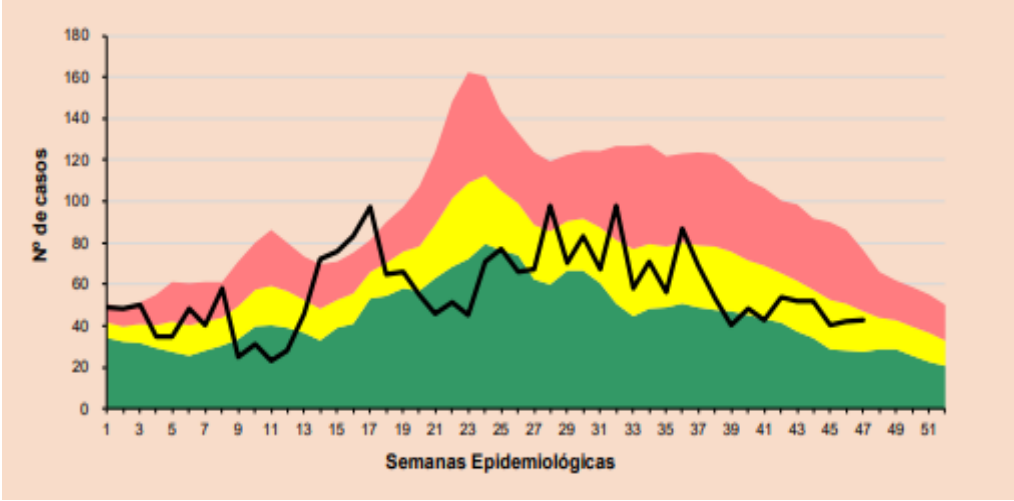
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/boletines-provinciales/

X.5. Tucumán: Neumonía

La neumonía es una infección del parénquima pulmonar que conlleva importante morbi-mortalidad particularmente en niños menores de 5 años, personas adultas mayores de 65 años y aquellas con ciertas condiciones subyacentes. En la última semana se registraron 43 casos de Neumonías en la Provincia de Tucumán.



Corredor endémico de Neumonía - SE 47. Provincia de Tucumán - Año 2025



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **noviembre** 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**
Noviembre	“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)

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



Desde la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se realizó el Taller Regional de Vigilancia Epidemiológica e Investigación de Brotes para la Región del Centro. La provincia de CABA fue sede de esta cuarta cohorte, que reunió a equipos de salud de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe y CABA en un espacio de formación, intercambio técnico y trabajo colaborativo.

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

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

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