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



# BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **786**

**Semana epidemiológica 49**
AÑO 2025
Desde 30/11 al 6/12
Fecha de publicación
**15/12/2025**

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.
**De la ANLIS "**Carlos G. Malbrán": el Departamento de Epidemiología y el Servicio de Bacteriología Clínica, ambos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).

**Sarampión**
Del Ministerio de Salud de La Nación, Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

**Infecciones Respiratorias**
**De la ANLIS "**Carlos G. Malbrán": El Servicio de Virosis Respiratorias y el Departamento de Epidemiología, ambos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).

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

**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

Una alimentación saludable se basa en consumir alimentos variados como frutas, verduras, cereales integrales, legumbres y proteínas magras, limitando azúcares, sal, grasas saturadas y alimentos ultra procesados, además de mantener una buena hidratación y actividad física diaria para prevenir enfermedades y tener energía. Foto tomada del banco de recursos del Ministerio de Salud de la Nación.

## Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°786, SE 49.

# I. Editorial BEN 780

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

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

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

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

En esta nueva etapa, reafirmamos el compromiso de seguir produciendo un boletín cada vez más pertinente, accesible y participativo. La vigilancia es, ante todo, una práctica colectiva que se fortalece en el intercambio, la confianza y la continuidad. El BEN 780 es una nueva muestra de ese trabajo compartido, que busca no solo informar, sino también acompañar, interpretar y fortalecer la salud pública del país.

¡Hasta la próxima!

**Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero**
Directora de Epidemiología

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

# II. Sobre este BEN

El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) N.° **786**, correspondiente a la **Semana Epidemiológica 49**, presenta la información producida por las distintas estrategias de vigilancia epidemiológica en Argentina, a partir de los datos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) por las jurisdicciones del país.

En primer lugar, se incluyen las **tablas de Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) seleccionados**, que presentan información nominal y agrupada, acompañadas de notas metodológicas destinadas a orientar su correcta lectura e interpretación, así como consideraciones generales sobre la utilización de criterios cromáticos en las tablas.

En el apartado de **Eventos priorizados**, se presenta de manera integrada la actualización de la vigilancia de las **infecciones respiratorias agudas** y de **dengue y otros arbovirus**. En este marco, se describe la situación regional de influenza y otros virus respiratorios, la síntesis de la información nacional destacada y los resultados de la vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados, tanto en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) como en la Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), junto con las recomendaciones generales para la prevención y el control de las infecciones respiratorias agudas y la situación de la vacunación antigripal. Asimismo, se presenta la situación regional de dengue, la estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025–2026, la situación del dengue en Argentina al inicio de la temporada 2025/2026 y la actualización de la situación epidemiológica de otros arbovirus, incluyendo los casos de fiebre chikungunya con antecedente de viaje.

En la sección de **Situaciones emergentes**, se desarrolla la actualización del **informe epidemiológico de coqueluche**, que incluye la situación internacional, el análisis de los casos notificados y confirmados en Argentina, la distribución según edad y gravedad, la evaluación de las coberturas de vacunación, las recomendaciones para los equipos de salud del primer nivel de atención, las consideraciones sobre el diagnóstico y la correspondiente nota metodológica.

Asimismo, en el apartado de **Actualización periódica de eventos**, se presenta la situación epidemiológica de las **Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE)**, con foco en sarampión, incluyendo la situación mundial y regional, la situación actual en Argentina, el análisis de los casos confirmados y las recomendaciones para la comunidad y los equipos de salud, junto con las definiciones de caso y las medidas de prevención y control ante casos y contactos.

El boletín incorpora además un resumen de **alertas epidemiológicas internacionales**, con información actualizada sobre la situación internacional de influenza y otros virus respiratorios, influenza aviar A(H5N5), mpox por clado Ib del MPXV, tosferina en la Región de las Américas e influenza estacional, incluyendo evaluaciones de riesgo y notas informativas relevantes para la Región.

Finalmente, se incluyen los **destacados en boletines jurisdiccionales** y las **herramientas para la vigilancia**, entre ellas el listado de modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0.

Todos los datos presentados en este boletín son parciales y se encuentran sujetos a actualización, en función de los procesos de notificación, validación y análisis propios de la vigilancia epidemiológica.

# 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.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 18
IV.3. Síntesis de la información nacional destacada 18
IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 19
IV.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 19
IV.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG 22
IV.5. Recomendaciones generales para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 25
IV.5.A. Recomendaciones para la población general 25
IV.6. Vacunación antigripal 26
**V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus** **27**
V.1. Situación regional 27
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 28
V.2.A. Nota metodológica 28
V.3. Situación de dengue en Argentina 30
V.3.A. Inicio de temporada 2025/2026 30
V.4. Situación epidemiología de otros arbovirus 31
V.4.A. Casos de fiebre chikungunya con antecedente de viaje (importados) 32

**SITUACIONES EMERGENTES..... 33**
**VI. Coqueluche - Actualización informe epidemiológico** **34**
VI.1. Introducción 34
VI.2. Situación internacional 34
VI.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina 35
VI.3.A. Introducción 35
VI.3.B. Análisis de los casos notificados y confirmados 36
VI.3.C. Análisis según edad y gravedad 41
VI.4. Coberturas de Vacunación 41
VI.4.A. Coberturas para Total país 41
VI.4.B. Coberturas según jurisdicción 43
VI.5. Recomendaciones para los equipos de salud del primer nivel de atención respecto a la Coqueluche 45
VI.5.A. Prevención y promoción de la vacunación 45
VI.5.B. Detección temprana 46
VI.5.C. Notificación y vigilancia 46
VI.5.D. Manejo clínico 47
VI.5.E. Control de contactos 47
VI.5.F. Sensibilización de la comunidad 48
VI.5.G. Medidas preventivas 48
VI.5.H. Medidas ante casos y contactos 48
VI.6. Consideraciones sobre el diagnóstico 51
VI.7. Nota Metodológica 52

**ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS** ..... **54**
**VII. Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión – actualización informe epidemiológico** **55**
VII.1. Introducción 55
VII.2. Situación epidemiológica mundial y regional 55
VII.2.A. Canadá[1] 55
VII.2.B. Estados Unidos de América2F 56
VII.2.C. México3F 57
VII.2.D. Paraguay3F 57
VII.2.E. Uruguay3F 57
VII.3. Situación actual en Argentina 58
VII.3.A. Notificación de casos 58
VII.3.B. Distribución geográfica 59
VII.4. Sobre los casos confirmados 60
VII.5. Recomendaciones para la comunidad 61
VII.6. Recomendaciones para los equipos de salud 61
VII.7. Vigilancia epidemiológica 61
VII.7.A. Definición y clasificación de caso 61
VII.8. Medidas de prevención 61
VII.9. Medidas ante casos y contactos 62
VII.9.A. Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados: 62

**ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES** ..... **64**
**VIII. Introducción** **65**
VIII.1. Situación internacional de influenza y virus respiratorios, 2025-2026[iv] 66
VIII.1.A. Introducción 66
VIII.1.B. Según región 66
VIII.1.C. Evaluación de riesgo internacional 67
VIII.2. Influenza Aviar A(H5N5) - Estados Unidos de América 68
VIII.3. Transmisión ampliada de Mpox debido al clado Ib del MPXV – Situación mundial 68
VIII.3.A. Resumen de los casos de mpox por clado ib del mpxv en regiones y países de la oms desde el 5 de septiembre al 24 de noviembre de 2025 69
VIII.4. Actualización epidemiológica Tosferina (coqueluche) en la Región de las Américas 72
VIII.4.A. Resumen de la situación 72
VIII.5. Influenza estacional - Situación mundial 78
I.1.A. Características genéticas de los virus recientes de influenza estacional 80
VIII.6. Nota informativa: Influenza A(H3N2) subclado K (J.2.4.1), consideraciones para la Región de las Américas 83

**DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES** ..... **84**
**IX. Boletines Jurisdiccionales** **85**
IX.1. Buenos Aires: Coqueluche 85
IX.2. CABA: Eventos respiratorios de abordaje en internación 86
IX.3. Santa Fe: Coqueluche 87
IX.4. Salta: Neumonía 88
IX.5. Tierra del Fuego: Diarreas 89
IX.6. Tucumán: Enfermedad tipo influenza (ETI) 90

**HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA** ..... **91**
**X. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0** **92**

# 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 1-49. 2020-2025. Argentina.**

| SECCIÓN | EVENTO | 2020-2024 Mediana acumulados SE 1-49 | 2025 Acumulados SE 1-49 | Diferencias 2025 con mediana 2020-2024 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Absoluta | % |
| Enf. Trans. por vectores | Chagas agudo vectorial | 0 | 0 | 0 | N/A |
| Enf. zoonóticas animales | Rabia animal | 142 | 132 | -10 | -7% |
| Enfermedades zoonóticas humanas | Accidente potencialmente rábico (APR) | 9.205 | 18.497 | 9.292 | 101% |
| | Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo) | 240 | 327 | 87 | 36% |
| | Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo) | 112 | 134 | 22 | 20% |
| | Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo) | 7 | 5 | -2 | -29% |
| | Cisticercosis | 10 | 10 | 0 | 0% |
| | Escorpionismo o Alacranismo | 4.351 | 7.337 | 2.986 | 69% |
| | Ofidismo-Género Bothrops (Yarará) | 449 | 738 | 289 | 64% |
| | Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ) | 27 | 37 | 10 | 37% |
| | Ofidismo-Género Micrurus (Coral) | 9 | 16 | 7 | 78% |
| | Brucelosis | 112 | 141 | 29 | 26% |
| | Hantavirosis | 62 | 38 | -24 | -39% |
| Infecciones respiratorias agudas | Legionelosis | 22 | 27 | 5 | 23% |
| Intoxicaciones | Intoxicación medicamentosa | 1.442 | 1.471 | 29 | 2% |
| | Intoxicación/Exposición a hidrocarburos | 15 | 26 | 11 | 73% |
| | Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola | 6 | 29 | 23 | 383% |
| | Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico | 11 | 48 | 37 | 336% |
| | Intoxicación/Exposición a Plomo | 18 | 2 | -16 | -89% |
| Lesiones | Intento de Suicidio sin resultado mortal | 0 | 11.186 | 11.186 | N/A |
| | Intento de Suicidio con resultado mortal | 0 | 702 | 702 | N/A |
| | Lesiones graves por mordedura de perro | 0 | 556 | 556 | 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 | 12.971 | 16.727 | 3.756 | 29% |

*Nota: La asignación de la semana epidemiológica a los casos de tuberculosis que se notifican a través del SNVS se realiza, a partir de este reporte, utilizando la fecha de carga. En las tablas de los informes previos, se asignó a los casos la semana epidemiológica de la fecha de diagnóstico del caso que no necesariamente coincide con la fecha de carga cuando la carga se realiza posteriormente.*

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

## 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 1-49. 2020-2025. Argentina.**

| SECCIÓN | EVENTO | 2020-2024 Mediana acumulados SE 1-49 | | 2025 Acumulados SE 1-49 | | Diferencias 2025 con mediana 2020-2024 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Notif. | Conf. | Notif. | Conf. | Notif. | % | Conf. | % |
| Enfermedades prevenibles por vacunas | Coqueluche (tos convulsa) | 4.160 | 178 | 5.658 | 846 | 1.498 | 36% | 668 | 375% |
| | Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión) | 657 | 2 | 3.322 | 36 | 2.665 | 406% | 34 | 1700% |
| | Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola) | | 0 | | 0 | | N/A | 0 | N/A |
| | Meningitis - Meningoencefalitis | 2.343 | 859 | 2.651 | 855 | 308 | 13% | -4 | 0% |
| | Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis | 129 | 0 | 101 | 0 | -28 | -22% | 0 | N/A |
| Enfermedades Transmisibles por vectores | Dengue | 93.387 | 58.349 | 64.181 | 18.319 | -29.206 | -31% | -40.030 | -69% |
| | Encefalitis de San Luis | 316 | 1 | 483 | 0 | 167 | 53% | -1 | -100% |
| | Fiebre amarilla humana | 106 | 0 | 153 | 0 | 47 | 44% | 0 | N/A |
| | Fiebre del Nilo Occidental | 55 | 0 | 111 | 1 | 56 | 102% | 1 | N/A |
| | Zika | 1.471 | 0 | 974 | 0 | -497 | -34% | 0 | N/A |
| Enf. trans. por alimentos | Trichinellosis (Triquinosis) | 916 | 356 | 638 | 325 | -278 | -30% | -31 | -9% |
| Enf. zoonóticas humanas | Leptospirosis | 2.148 | 54 | 2.178 | 199 | 30 | 1% | 145 | 269% |
| | Psitacosis | 194 | 32 | 520 | 99 | 326 | 168% | 67 | 209% |
| ETMI - Enfermedades del niño | Chagas agudo congénito | 1.417 | 64 | 1.694 | 56 | 277 | 20% | -8 | -13% |
| | Sífilis Congénita | 2.664 | 1.083 | 972 | 956 | -1.692 | -64% | -127 | -12% |
| | Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical | 9 | 0 | 10 | 1 | 1 | 11% | 1 | N/A |
| ETMI - Enfermedades en embarazadas | Chagas crónico en emb. | 2.273 | 2.179 | 1.790 | 1.500 | -483 | -21% | -679 | -31% |
| | Sífilis en emb. | 10.818 | 9.359 | 11.616 | 10.578 | 798 | 7% | 1.219 | 13% |
| | Hepatitis B en emb. | 96 | 58 | 126 | 51 | 30 | 31% | -7 | -12% |
| Hepatitis virales | Hepatitis A | 130 | 29 | 217 | 114 | 87 | 67% | 85 | 293% |
| | Hepatitis B | 2.895 | 665 | 3.326 | 713 | 431 | 15% | 48 | 7% |
| | Hepatitis C | 2.456 | 1.401 | 2.640 | 1.608 | 184 | 7% | 207 | 15% |
| | Hepatitis E | 52 | 7 | 56 | 6 | 4 | 8% | -1 | -14% |
| Infecc. de trans. sexual | Sífilis en población general | 31.742 | 25.674 | 51.235 | 43.763 | 19.493 | 61% | 18.089 | 70% |
| Intoxicaciones | Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono | 1.317 | 1.237 | 2.046 | 1.954 | 729 | 55% | 717 | 58% |
| Otros eventos de imp. p/ la salud pública | Viruela símica (mpox) | 390 | 102 | 358 | 150 | -32 | -8% | 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 1-49. 2020-2025. Argentina.**

| SECCIÓN | EVENTO | 2020-2024 Mediana acumulados SE 1-49 | 2025 Acumulados SE 1-49 | Diferencias 2025 con mediana 2020-2024 | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Absoluta | % |
| Enf. Trans. Por alimentos | Diarrea | 696.907 | 698.305 | 1.398 | 0% |
| Infecc. de trans. sexual | Secreción genital purulenta en varones | 1.554 | 2.410 | 856 | 55% |
| Infecciones respiratorias agudas | Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios. | 1.031 | 711 | -320 | -31% |
| | Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar | 120.146 | 92.779 | -27.367 | -23% |
| | Enfermedad tipo influenza (ETI) | 1.116.506 | 1.153.524 | 37.018 | 3% |
| | Neumonía en pacientes ambulatorios | 77.269 | 73.902 | -3.367 | -4% |
| | Neumonía (sin especificar) | 87.572 | 75.914 | -11.658 | -13% |
| Lesiones | Lesiones por siniestros viales - Peatón | 3 | 5.804 | 5.801 | N/A |
| | Lesiones por siniestros viales - Ciclista | 10 | 4.040 | 4.030 | N/A |
| | Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta | 34 | 29.276 | 29.242 | N/A |
| | Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público | 1 | 1.921 | 1.920 | N/A |
| | Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil | 15 | 7.079 | 7.064 | N/A |
| | Lesiones por mordedura de perro en la vivienda | 8 | 5.672 | 5.664 | N/A |
| | Lesiones por mordedura de perro sin especificar | 102 | 36.505 | 36.403 | N/A |
| | Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública | 13 | 6.923 | 6.910 | N/A |
| | Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública | 13 | 2.755 | 2.742 | N/A |
| | Lesiones por electrocución | 1 | 644 | 643 | N/A |
| | Lesiones por atragantamiento | 0 | 1.001 | 1.001 | N/A |
| | Lesiones por caídas y golpes | 40 | 80.759 | 80.719 | N/A |
| | Lesiones por cortes y quemaduras | 9 | 26.678 | 26.669 | N/A |
| | Lesiones en el hogar sin especificar | 9 | 35.828 | 35.819 | N/A |
| | Lesiones por ahogamiento por inmersión | 0 | 468 | 468 | N/A |
| | Otras lesiones en el hogar | 87 | 26.750 | 26.663 | 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 1-49. 2020-2025. Argentina.**

| SECCIÓN | EVENTO | 2020-2024 Mediana acumulados SE 1-49 | | 2025 Acumulados SE 1-49 | | Diferencias 2025 con mediana 2020-2024 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Notif. | Conf. | Notif. | Conf. | Notif. | % | Conf. | % |
| Infecciones de transmisión sexual | Infección por Chlamydia trachomatis | 4.361 | 237 | 4.138 | 256 | -223 | -5% | 19 | 8% |
| | Infección por Mycoplasma genitalium | 750 | 22 | 627 | 21 | -123 | -16% | -1 | -5% |
| | Infección por Mycoplasma hominis | 2.754 | 274 | 2.995 | 409 | 241 | 9% | 135 | 49% |
| | Infección por Neisseria gonorrhoeae | 14.782 | 399 | 7.266 | 451 | -7.516 | -51% | 52 | 13% |
| | Infección por Trichomonas vaginalis | 24.967 | 2.543 | 21.882 | 2.322 | -3.085 | -12% | -221 | -9% |

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

# EVENTOS **PRIORIZADOS**

# IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

## IV.1. Nota Metodológica

En el presente Boletín, se presenta la síntesis semanal de situación epidemiológica de infecciones respiratorias agudas, incluyendo la información epidemiológica obtenida a partir de la Vigilancia Centinela, a través de las **Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) –UMA-** y de la **Red Argentina de Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave –UC IRAG-**.

En relación con el 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.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios[1]

**Situación Regional:** La actividad de influenza en las Américas mantiene una tendencia al alza principalmente impulsada por la actividad del hemisferio norte, con una positividad del 6.3%. La circulación de VSR se mantiene en niveles bajos la última semana epidemiológica (SE), mientras que SARS-CoV-2 presenta una tendencia al descenso y una positividad del 6.5%. En América del Norte, la actividad de influenza y VSR permanece en niveles bajos y con una tendencia al alza. SARS-CoV-2 disminuye con respecto a la SE anterior, con una positividad del 6%. En el Caribe, la circulación de influenza aumenta, con una positividad del 12.4%. La actividad de VSR desciende a una positividad del 19%, así como, SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos y con una positividad del 5%. En Centroamérica, la actividad de influenza aumenta su circulación, con una positividad del 11.4%. SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos y estables, mientras que VSR disminuye esta semana con una positividad del 15.3%. En la subregión andina, la actividad de influenza A y VSR disminuyen esta semana a un 4.9% y 3.3% de positividad. SARS-CoV-2 se mantiene en comparación con la SE anterior, presentando una positividad del 5.9%. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza se mantiene con respecto a la SE anterior con un 12.3% 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 al aumento (8% de positividad). La circulación de otros virus respiratorios (OVR) disminuye al 3.5% a nivel regional. Los principales virus detectados a nivel regional corresponden a rinovirus y parainfluenza.

## IV.3. Síntesis de la información nacional destacada

Durante 2025, la vigilancia clínica notificó 1.173.788 casos de ETI, 170.446 casos de neumonía y 156.258 casos 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, acentuado en las semanas 43 a 45.

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, seguido de un descenso en las últimas 2 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

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, adenovirus, VSR y metapneumovirus.

En personas internadas, durante la SE49 se notificaron 9 hospitalizaciones con diagnóstico de influenza (220 fallecidos acumulados en 2025), 2 con VSR y 33 con SARS-CoV-2, incluyendo 1 fallecido en la última semana.

## IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

### IV.4.A. UNIDADES DE MONITOREO AMBULATORIO DE ETI

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios (UMA) son dispositivos de vigilancia centinela que permiten el monitoreo de la circulación de SARS-CoV-2, Influenza y VSR en casos leves ambulatorios. El objetivo de las UMA es describir la tendencia de las consultas ambulatorias por casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), así como la proporción atribuible a SARS-CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año en las 24 jurisdicciones del país.[2]

***Definición de caso Enfermedad Tipo Influenza (ETI):*** *infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días.*

Durante el año 2024, el porcentaje de positividad para **SARS-CoV-2**, se mantuvo por encima del 10% entre las SE1 a 9, relacionado con el ascenso de casos registrado entre las SE1 y 12. Luego del máximo alcanzado en SE2 (33,19%), el porcentaje de positividad presentó tendencia descendente y se mantuvo en valores bajos las siguientes semanas. A partir de la SE34/2024, se registró un ligero aumento de casos, que se acompañó de un nuevo ascenso en el porcentaje de positividad, alcanzando, con oscilaciones, valores por encima del 10% entre las SE44 y 49.

Durante las 49 semanas epidemiológicas de 2025, en los establecimientos UMA se analizaron 5.788 muestras para la detección de SARS-CoV-2 mediante técnica molecular, de las cuales 421 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 7,27%. A partir de la SE34 se observa un ligero ascenso en el número de casos y en el porcentaje de positividad, más marcado en las SE41 a 45, manteniéndose la mayoría de las semanas por encima del 10%. En las SE48 y SE49, se confirmaron 18 casos entre 101 muestras analizadas por PCR.

Con relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16 de 2024, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 (ver gráfico 2). Posteriormente, si bien registró un descenso, permaneció en valores elevados, con oscilaciones, asociados a la circulación de influenza B, alcanzando una positividad máxima de 33,55% en SE43.

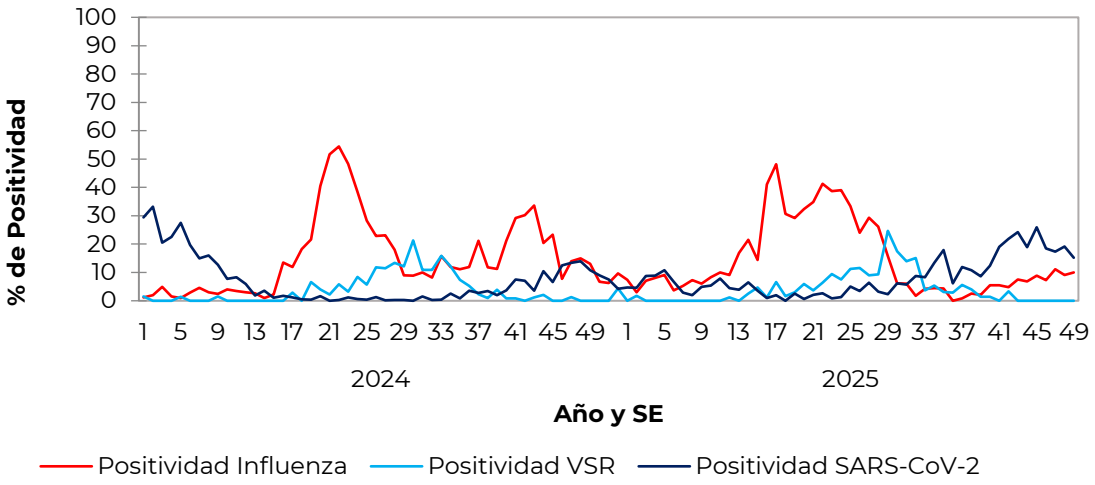
En las 49 semanas epidemiológicas de 2025, se registraron 995 detecciones entre 5.432 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 18,32%. A partir de la SE11, se verificó una tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad, a expensas de las detecciones de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H1N1). Este

[2] Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf

incremento alcanzó los mayores niveles entre las SE 22 y 25, seguido de un descenso sostenido de ambos indicadores. En las semanas más recientes se registra un leve incremento en las detecciones y en la positividad, con predominio de influenza B/linaje Victoria; no obstante, los valores se mantienen bajos. En este sentido, en las SE48 y 49/2025 se notificaron 7 casos de influenza entre las 75 muestras estudiadas en UMA.

En cuanto a **VSR**, se verifica un ascenso de las detecciones a partir de la SE19 de 2024, con aproximadamente el 73% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. Con relación a este ascenso de casos, la positividad en UMA permaneció por encima del 10% entre las SE 26 Y 34. Entre las SE1 y 49 de 2025, de las 3.932 muestras estudiadas, 194 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,93%. En UMA se registró un ascenso de las detecciones y positividad de muestras estudiadas para VSR, que se mantuvo por encima del 9% entre las SE25 y 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en SE29, con tendencia descendente las siguientes semanas. En las últimas dos semanas analizadas, SE48 y 49, no se notificaron detecciones de VSR entre las 52 muestras estudiadas.

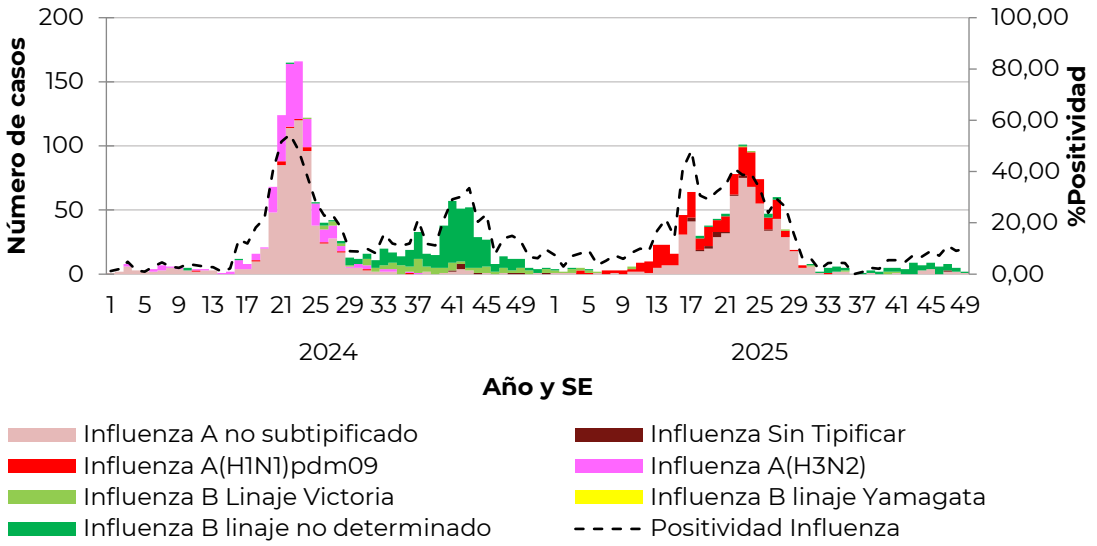
**Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE49/2025**




*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.*

Aun cuando desde el inicio de 2024 se notificaron casos de influenza durante todas las semanas del año, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24. Como se mencionó previamente, este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. En las 49 semanas transcurridas de 2025 se detectan predominantemente casos de influenza A (n= 883), con un menor número de detecciones de influenza B (n= 96), que predomina desde la SE32. Entre los casos de influenza A, 270 detecciones corresponden a influenza A (H1N1), el resto permanece sin subtipificar. Además, se detectó el linaje Victoria en 21 de los casos de influenza B (las detecciones restantes permanecen sin identificación de linaje). Se registran 16 casos de influenza que permanecen sin tipificar en lo que va del año.

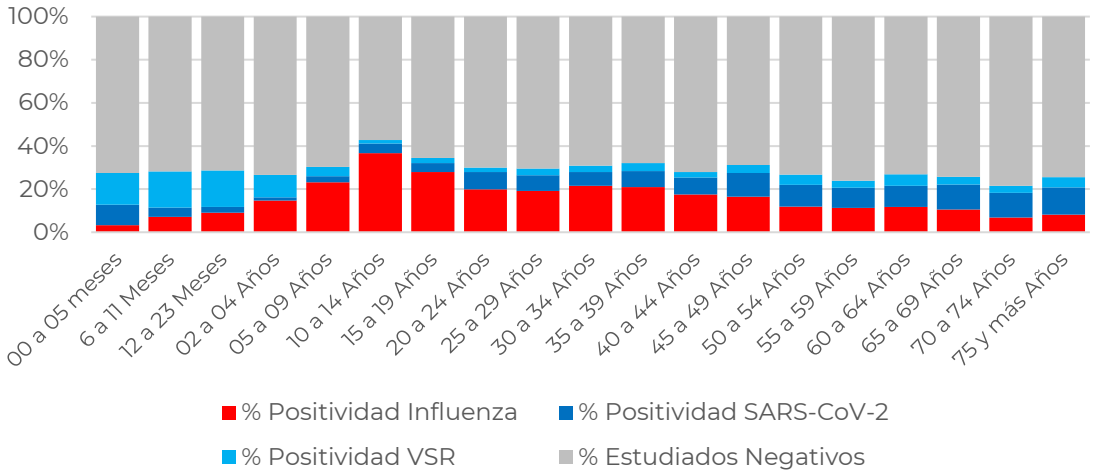
**Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE49/2025. Estrategia UMA. Argentina.**




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

Con relación a la distribución por grupos de edad, si bien los casos de influenza acumulados desde inicio de 2024 en UMA corresponden a todos los grupos, los mayores porcentajes de positividad se observan en adolescentes y niños mayores de 5 años, seguidos de adultos jóvenes y de edad media (grupos de 5 a 39 años). En cuanto a SARS-CoV-2, la positividad fue mayor para adultos y adultos mayores. Con relación a los casos de VSR, los grupos de edad con mayor positividad fueron 0 a 4 años y adultos mayores.

**Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE49/2025. Estrategia UMA. Argentina[3].**




*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*

[3] Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de ETI en UMA.

## IV.4.B. RED ARGENTINA DE VIGILANCIA CENTINELA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE -IRAG

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 41 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país. [4]

**Definiciones de caso Vigentes**

**IRAG:** Paciente de cualquier edad con infección respiratoria aguda con:

- Fiebre referida o constatada >= 38°C; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[5].

**IRAG Extendida en < 2 años y >= 60 años:** Infección respiratoria: definida por tos o dificultad respiratoria; e

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[6].

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia[7] y shock[8] y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE1 de 2025 y la SE49 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 7.260 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3.604 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[9].

La curva de casos de IRAG presentó tendencia ascendente entre las SE 18 y 28 de 2024, asociada al aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 y, posteriormente, al ascenso de casos de VSR, permaneciendo por encima de los 200 casos semanales de IRAG entre las SE24 y 37. En 2025, las notificaciones de IRAG experimentan un aumento desde la SE12, alcanzando su máximo en la SE35. En las últimas semanas los casos de IRAG se mantienen en niveles elevados, aunque con tendencia descendente, con un promedio de 96 casos semanales en las últimas 4 semanas.

[4] Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guia Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf

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

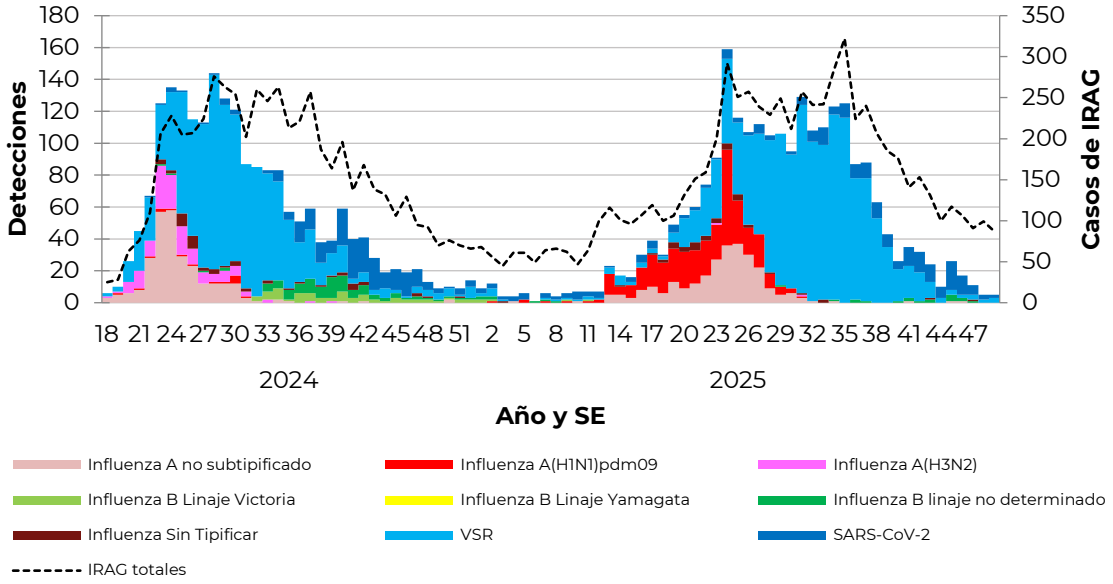
[6] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

[7] La fiebre se define como una temperatura ≥37,5 C. La hipotermia se define como una temperatura

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

[9] Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

**Gráfico 4. Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a 49/2025**




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

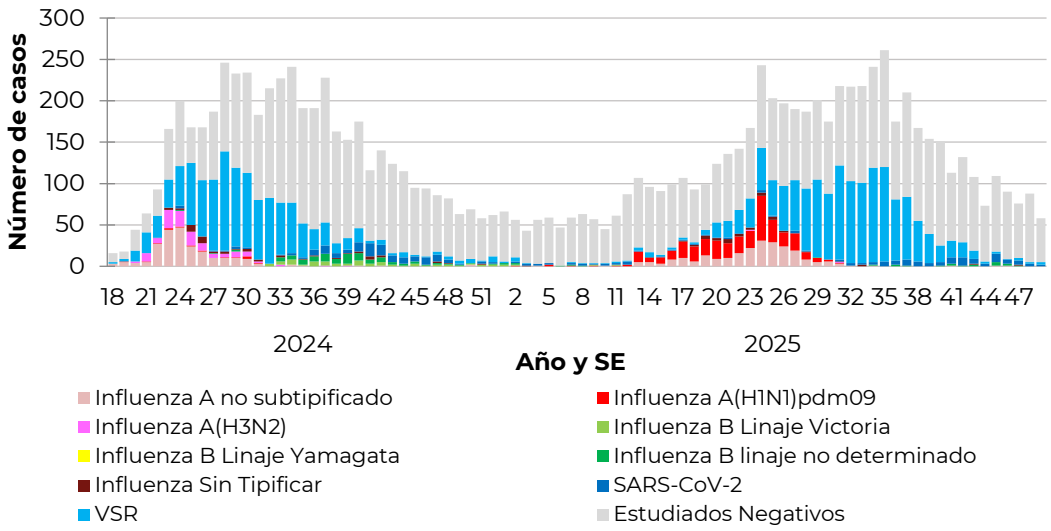
En relación con los casos de IRAG por **SARS-CoV-2,** si bien los casos se mantuvieron en niveles bajos desde SE18 de 2024, se registró un ligero ascenso desde SE36 de 2024, que alcanzó su máximo en SE 41 y 42 con descenso posterior. Durante 2025, las detecciones de SARS-CoV-2 entre los casos de IRAG se mantienen en niveles bajos, aunque a partir de la SE35, se registra un ligero incremento.

Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todo el periodo, entre la SE18 y la SE31 de 2024 se observó un ascenso de detecciones influenza A/H3N2, que alcanzó sus valores máximos entre SE 23/2024 y 24/2024. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de SE32/2024 un cambio en el tipo predominante, con un aumento de casos de influenza B/linaje Victoria, con el mayor número de casos detectados entre las SE 33/2024 y 42/2024.

En lo que va de 2025, se verificó un ascenso de detecciones de influenza desde la SE13, alcanzando los valores máximos entre las SE 23 y 27, con un descenso posterior. Los casos corresponden predominantemente a influenza A, con un total de 611 detecciones en lo que va de 2025, y un menor número de casos de influenza B (n=30). Con relación a los casos de Influenza A, se registraron 339 detecciones de H1N1 y 2 detecciones de H3N2 (el resto permanece sin subtipificar). Entre los casos de influenza B, se registraron 5 detecciones del linaje Victoria. Además, 39 casos de influenza permanecen sin tipificación a la fecha.

En cuanto a IRAG con diagnóstico de **VSR**, desde SE18/2024 se registró tendencia ascendente tanto de casos como del porcentaje de positividad, que alcanzaron valores máximos en SE28/2024, con descenso posterior, permaneciendo estable y en valores bajos desde SE41/2024. A partir de la SE20/2025 se registra un nuevo ascenso de las detecciones de VSR entre los casos de IRAG. Las detecciones alcanzaron su valor máximo en la semana 31, manteniéndose en valores elevados durante las semanas siguientes y mostrando una tendencia descendente a partir de la SE36, con valores bajos en las últimas semanas.

**Gráfico 5. Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE18/2024 a 49/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina [10].**



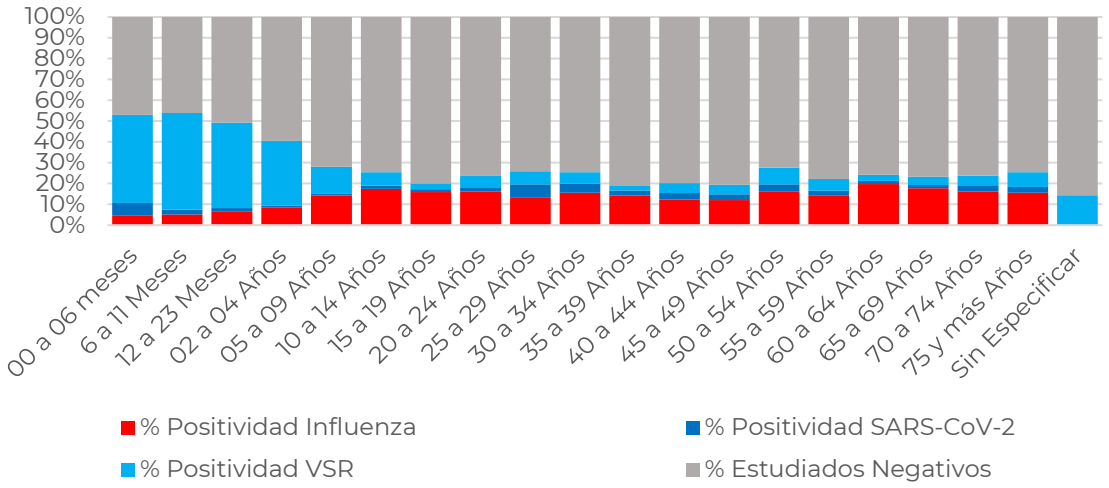

*Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS*[2.0]

En las últimas 4 semanas, entre 364 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 5 casos de SARS-CoV-2, 9 casos de VSR y 5 casos de influenza. Los restantes 283 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

Con relación a la distribución por grupos de edad, entre los casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados por técnica molecular desde la SE18/2024, se registra la mayor positividad para influenza en adultos mayores y los grupos de edad comprendidos entre 5 y 34 años. Para SARS-CoV-2, el porcentaje de positividad fue más alto en menores de 6 meses, adultos y niños menores de 2 años. Con relación a las IRAG por VSR, los porcentajes de positividad más elevados se registran en menores de 1 año, 1 año y 2 a 4 años.

[10] Solo se incluyen en el gráfico los casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

**Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a 47/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina[11].**




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

## IV.5. Recomendaciones generales para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas

Ante la circulación de virus respiratorios -incluyendo VSR, influenza, SARS-CoV-2 y otros-, el Ministerio de Salud de la Nación insta a los equipos de salud a mantener y fortalecer de manera continua durante todo el año las siguientes acciones fundamentales:

- Reforzar la **vigilancia epidemiológica de infecciones respiratorias agudas**.
- Sostener un alto nivel de sospecha clínica para facilitar la **detección precoz** de casos.
- Aplicar y mantener medidas eficaces de **prevención y control de infecciones**.

### IV.5.A. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN GENERAL

- Garantizar la actualización de los esquemas de vacunación contra influenza, SARS-CoV-2, neumococo, Haemophilus influenzae tipo B, Bordetella pertussis y virus sincicial respiratorio, de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud.
- Realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón.
- Cubrirse la boca y la nariz con el pliegue del codo al toser o estornudar.
- Evitar compartir objetos personales, como vasos, cubiertos u otros utensilios.
- Limpiar y desinfectar regularmente las superficies en contacto con personas enfermas, utilizando agua y detergente, jabón o soluciones con alcohol al 70%.
- Ventilar adecuadamente los ambientes, especialmente en espacios cerrados.
- Las personas con síntomas respiratorios deben evitar el contacto con otras personas y restringir las interacciones lo más posible hasta presentar mejoría clínica y haber transcurrido al menos 24 horas sin fiebre (sin uso de antitérmicos).

[11] Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de de IRAG.

*Para mayor información consultar:*
*https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf*[12]

## IV.6. Vacunación antigripal

La vacunación antigripal incorporada al Calendario Nacional de vacunación a partir del año 2011 tiene como objetivo reducir las complicaciones, hospitalizaciones, muertes y secuelas de la infección por virus influenza en los grupos poblacionales de alto riesgo para el desarrollo de enfermedad complicada.

Se recomienda a los equipos de salud fortalecer la vacunación antigripal anual a las personas de los grupos poblacionales que se detallan a continuación, según las recomendaciones nacionales. **Recordar que la vacunación antigripal administrada en forma oportuna es una medida preventiva sustancial para evitar el desarrollo de complicaciones relacionadas con la influenza.**

**Población objetivo para vacunación antigripal:**

- Personal de salud.
- Personas embarazadas: en cada embarazo y en cualquier trimestre
- Personas puérperas: hasta el egreso de la maternidad –máximo 10 días-, si no recibiera la vacuna durante el embarazo.
- Entre los 6 a 24 meses de edad: Esquema de dos dosis, si no las recibieron anteriormente.
- Entre los 2 y 64 años que tengan factores de riesgo: con documentación que acredite la existencia de enfermedades preexistentes incluidas entre los factores de riesgo.
- 65 años y mayores: no se requiere indicación médica para recibir la VACUNA ANTIGRIPAL. Como oportunidad, evaluar VACUNA CONTRA NEUMOCOCO y aplicar si corresponde.
- Personal Estratégico, cuyo desempeño es clave para mantener las funciones esenciales (ej. fuerzas de seguridad del Estado).

* Las condiciones clínicas que aumentan el riesgo de formas graves de influenza incluyen enfermedades respiratorias y cardíacas crónicas, inmunodeficiencias, enfermedades oncohematológicas, trasplantes, diabetes, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica, y otras condiciones específicas.

*Para mayor información consultar:*
*https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/guia_rapida_antigripal_2025_1732025.pdf*

[12] Última versión vigente. Se encuentra en proceso de actualización para el año 2025.

# V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

## V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[13] y el ARBO-portal[14] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 11/12/2025 en países de la región seleccionados.

**Brasil:** hasta la SE 49/2025 se han reportado 3.690.617 casos de dengue, 64% menos respecto al mismo período de 2024, con 1.758 fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, se notificaron 243.915 casos, un 42% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 116 muertes por este evento. Respecto al zika, hasta la SE 46, se han registrado 23.595 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 47/2025, se han reportado 33.303 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 5.784 casos, un aumento de 12 veces el valor del año previo, con 4 defunciones por este evento. Asimismo, hasta la SE 47 se notificaron 1.082 casos de zika, más de cuatro veces superior 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 48/2025, se han reportado 29.246 casos de dengue, un 90% 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 99% respecto a la misma semana del año anterior, sin registrarse defunciones asociadas. Sin embargo, los casos confirmados por laboratorio mostraron un incremento del 37%. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían notificado 11 casos.

**Perú**: hasta la SE 48/2025, se han notificado 38.303 casos de dengue, un 86% menos respecto al mismo periodo de 2024, con 55 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 46/2025, se notificaron 20 casos, un 77% menos en comparación con la misma semana de 2024. No se registraron defunciones para este evento. Respecto al zika, en la misma semana, no se registraron casos. En relación con Oropouche, hasta la SE 38 se confirmaron 330 casos, un 96% menos que a la misma semana de 2024.

Durante el año en curso, se ha registrado una disminución de los casos de dengue en todos los países mencionados. Respecto a la circulación de serotipos del virus del dengue, Bolivia presenta circulación de DEN-1 y DEN-2; mientras que Perú y Paraguay de DEN-1, DEN-2 y DEN-3. En tanto, Brasil reporta la circulación de los cuatro serotipos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4).

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

La Organización Panamericana de la Salud emitió una alerta epidemiológica sobre Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas[15], 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.

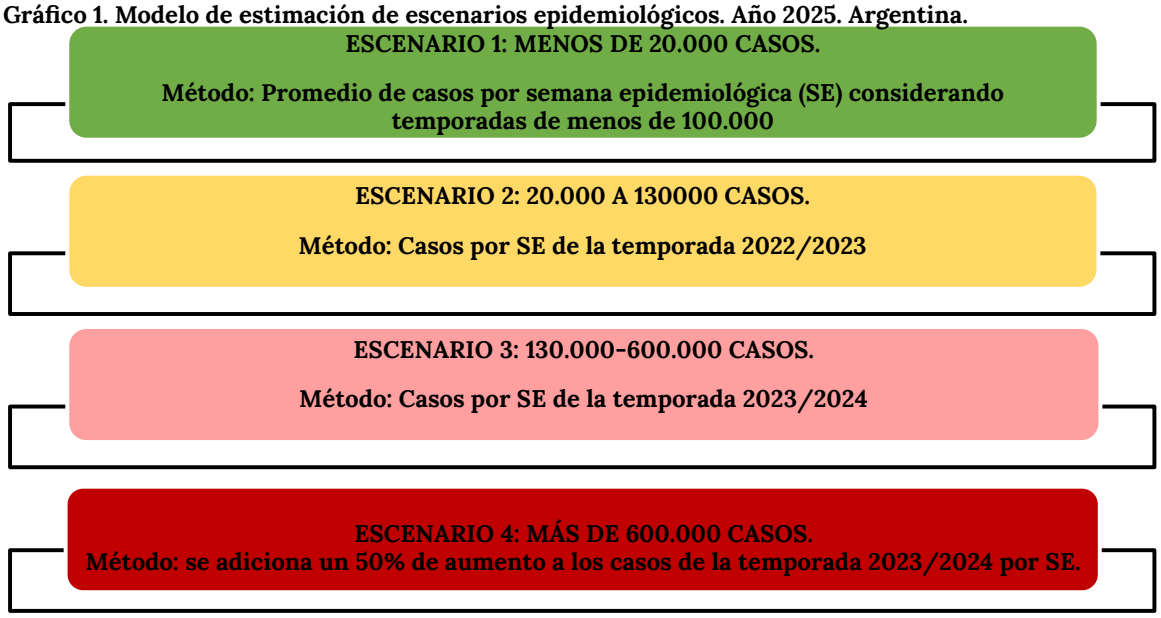
El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la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

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 SE49 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

[15] 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

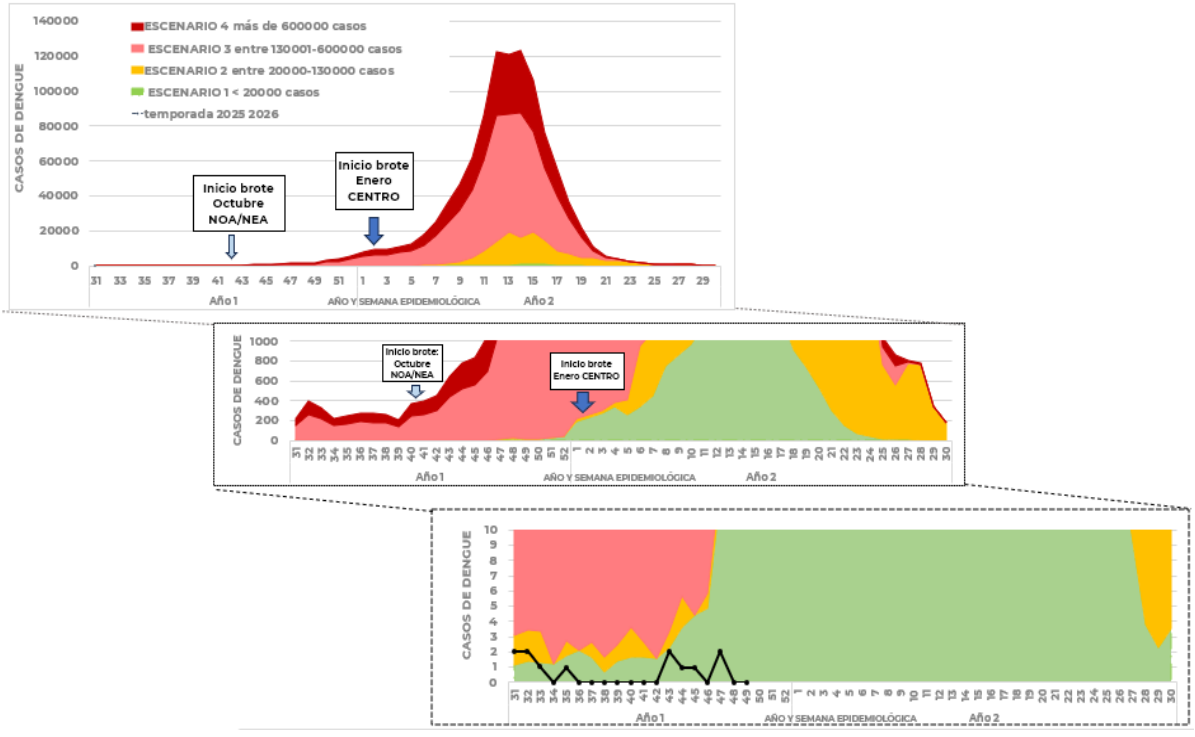
temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 2)

**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 SE49/2025, 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[16], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 5423 casos sospechosos de dengue, de los cuales 12 fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. (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). En dos de los casos, se identificó el serotipo DENV-3.

[16]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).

- **Un** caso con antecedente de viaje a **Cuba** (SE43) notificado por Entre Ríos (Colón).

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE49/2025 se notificaron 518 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 SE49/2025. 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 | 8 | 3 | 4 | 290 | 89 | 396 | 0 | 5 |
| CABA | 0 | 0 | 4 | 0 | 71 | 44 | 119 | 0 | 4 |
| Córdoba | 0 | 28 | 0 | 0 | 595 | 28 | 651 | 0 | 0 |
| Entre Ríos | 0 | 2 | 1 | 1 | 86 | 11 | 101 | 0 | 1 |
| Santa Fe | 0 | 11 | 0 | 0 | 345 | 32 | 388 | 0 | 0 |
| **Total Centro** | **2** | **49** | **8** | **5** | **1387** | **204** | **1655** | **0** | **10** |
| Mendoza | 0 | 1 | 0 | 0 | 22 | 0 | 23 | 0 | 0 |
| San Juan | 0 | 1 | 0 | 0 | 12 | 1 | 14 | 0 | 0 |
| San Luis | 0 | 0 | 0 | 0 | 21 | 0 | 21 | 0 | 0 |
| **Total Cuyo** | **0** | **2** | **0** | **0** | **55** | **1** | **58** | **0** | **0** |
| Chaco | 0 | 7 | 0 | 0 | 352 | 10 | 369 | 0 | 0 |
| Corrientes | 0 | 0 | 0 | 0 | 17 | 7 | 24 | 0 | 0 |
| Formosa | 2 | 1 | 0 | 0 | 2041 | 0 | 2044 | 0 | 2 |
| Misiones | 0 | 2 | 0 | 0 | 187 | 1 | 190 | 0 | 0 |
| **Total NEA** | **2** | **10** | **0** | **0** | **2597** | **18** | **2627** | **0** | **2** |
| Catamarca | 0 | 0 | 0 | 0 | 71 | 0 | 71 | 0 | 0 |
| Jujuy | 0 | 0 | 0 | 0 | 125 | 4 | 129 | 0 | 0 |
| La Rioja | 0 | 0 | 0 | 0 | 60 | 1 | 61 | 0 | 0 |
| Salta | 0 | 0 | 0 | 0 | 213 | 19 | 232 | 0 | 0 |
| Santiago del Estero | 0 | 0 | 0 | 0 | 39 | 11 | 50 | 0 | 0 |
| Tucumán | 0 | 24 | 0 | 1 | 435 | 28 | 488 | 0 | 0 |
| **Total NOA** | **0** | **24** | **0** | **1** | **943** | **63** | **1031** | **0** | **0** |
| Chubut | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 1 | 9 | 0 | 0 |
| La Pampa | 0 | 0 | 0 | 0 | 21 | 0 | 21 | 0 | 0 |
| Neuquén | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 0 | 6 | 0 | 0 |
| Río Negro | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Santa Cruz | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 1 | 13 | 0 | 0 |
| Tierra del Fuego | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 |
| **Total Sur** | **0** | **0** | **0** | **0** | **50** | **2** | **52** | **0** | **0** |
| **Total País** | **4** | **85** | **8** | **6** | **5032** | **288** | **5423** | **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 SE49/2025).

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 SE49/2025. 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 | 18 | 0 | 18 | 0 | 16 | 0 | 11 | 0 | 9 | 0 | 5 |
| CABA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Córdoba | 0 | 342 | 0 | 15 | 0 | 27 | 0 | 127 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Entre Ríos | 0 | 23 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Santa Fe | 0 | 23 | 0 | 21 | 0 | 17 | 0 | 16 | 0 | 12 | 0 | 0 |
| **Total Centro** | **0** | **406** | **0** | **54** | **0** | **68** | **0** | **160** | **0** | **21** | **0** | **5** |
| Mendoza | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| San Juan | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| San Luis | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 0 |
| **Total Cuyo** | **0** | **11** | **0** | **2** | **0** | **2** | **0** | **9** | **0** | **4** | **0** | **0** |
| Chaco | 0 | 62 | 0 | 45 | 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 | 22 | 0 | 17 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 6 |
| **Total NEA** | **0** | **84** | **0** | **62** | **0** | **3** | **0** | **0** | **0** | **3** | **0** | **6** |
| Catamarca | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Jujuy | 0 | 4 | 0 | 3 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 15 | 0 | 0 |
| La Rioja | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Salta | 0 | 60 | 0 | 48 | 0 | 31 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Santiago del Estero | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tucumán | 0 | 7 | 0 | 7 | 0 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| **Total NOA** | **0** | **75** | **0** | **61** | **0** | **46** | **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** | **577** | **0** | **179** | **0** | **119** | **0** | **174** | **0** | **44** | **0** | **16** |

***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.

# 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 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 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[17]

A nivel mundial, durante el 2024 se notificaron 977.000 coqueluche, mostrando un incremento de 5,8 veces en comparación con el número de casos notificados en 2023. La mayor proporción de casos se registró en las regiones de la OMS del Pacifico Occidental y Europa.

[17] Extraído de: Organización Panamericana de la Salud. 2025. Actualización epidemiológica Tosferina (coqueluche) en la Región de las Américas. 8 de diciembre del 2025. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-tosferina-coqueluche-region-americas-8-diciembre-2025

En la Región de las Américas, se observó una disminución progresiva en el número de casos notificados anualmente entre el 2015 y 2019 y, nuevamente en 2021-2022, cuando se alcanzó su punto más bajo con 3.284 casos. Posteriormente, se registró un aumento importante de los casos entre el 2023 (n= 11.202 casos) y 2024 (n= 66.184 casos). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) identificó 10 países con aumento en el número de casos en el año 2025: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, EE.UU, México, Panamá, Paraguay y Perú.

Brasil reportó 2.485 casos confirmados (SE 1–46), con 11 defunciones, siendo el segundo año con más casos desde 2019 y con mayor impacto en menores de un año. Chile confirmó 2.424 casos (SE 1–47), con una incidencia de 12 casos cada 100.000 habitantes y tasas más altas en menores de 5 años. Colombia registró 919 casos confirmados (SE 1–47), incluidos 16 fallecidos, alcanzando su cifra más alta desde 2019. Ecuador notificó 2.751 casos (SE 1–47), incluyendo 48 defunciones, con predominio en menores de un año. Estados Unidos reportó 25.057 casos confirmados y probables (SE 1–46) con 13 defunciones, manteniendo actividad elevada tras el pico nacional de 2024. México informó 1.561 casos confirmados (SE 1–48), incluidos 71 fallecidos, superando las cifras de la última década y con mayor impacto en menores de un año. Panamá notificó 30 casos confirmados (SE 1–46), incluido un fallecido, con predominio en niños de 1 a 4 años. Paraguay registró 70 casos confirmados (SE 1–46), seis fallecidos y una letalidad del 9%, con mayor afectación en menores de un año. Perú notificó 3.200 casos confirmados (SE 1–47), incluidos 49 fallecidos, con mayor afectación en niñas y niños de 1 a 4 años.

Durante la pandemia de COVID-19, se registró un descenso de las coberturas de vacunación frente a coqueluche. En 2021, la Región de las Américas alcanzó su nivel más bajo en dos décadas, con coberturas del 87% para DTP1 y del 81% para DTP3. El porcentaje de cobertura mostró una recuperación parcial en 2024 con un 89% para DTP1 y un 87% para DTP3. Es importante señalar que existen disparidades importantes entre países y, dentro de ellos, a nivel subnacional.

En este sentido, la OPS insta a los países a fortalecer la vigilancia, a fin de monitorear la tendencia de la enfermedad, identificar brotes y realizar rastreo de contactos, controlar la carga de la enfermedad y, evaluar el impacto de la estrategia de vacunación y medidas de control implementadas. Además, se alienta a fortalecer sus capacidades de diagnóstico en laboratorio, lo que permitirá mejorar la notificación y la caracterización de los brotes de esta enfermedad.

## VI.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina

### VI.3.A. INTRODUCCIÓN

Entre la SE1 y 49 de 2025 se notificaron un total de 5.658 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 846 fueron confirmados. En 734 de ellos, se contó con confirmación de laboratorio[18], identificándose *B. pertussis* en el 81,1% (n=595); 2 casos correspondieron a *B. parapertussis* y 137 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.). En las últimas semanas se registraron 7 detecciones de *B. Holmessi,* en 5 jurisdicciones: provincia de Buenos Aires, CABA, Santa Fe, Entre Ríos y Tierra del fuego.[19]

[18] 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

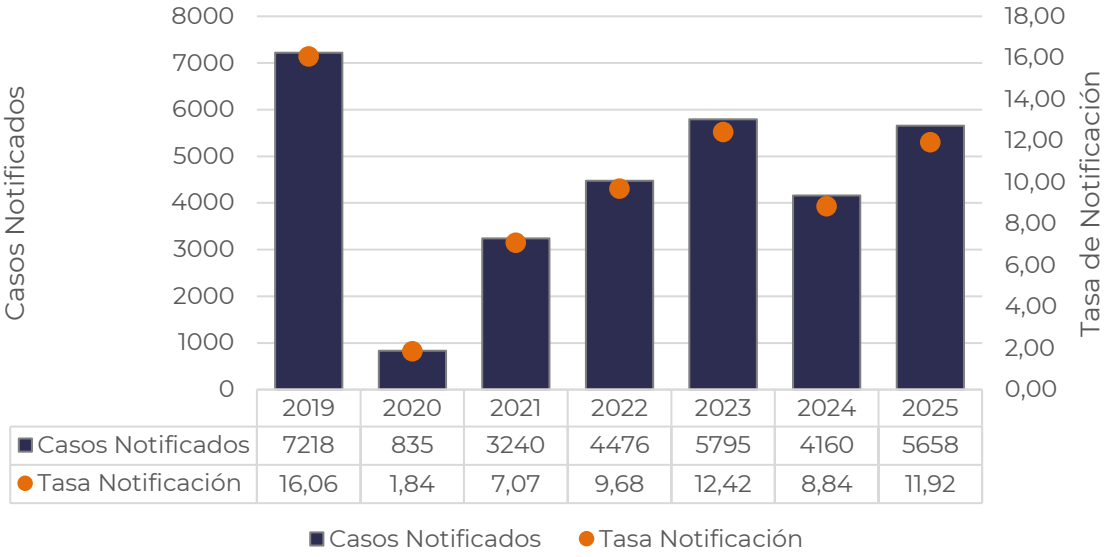
[19] Los casos de *B. Holmessi* no son considerados casos confirmados de coqueluche. Esta especie genera sintomatología compatible con coqueluche, con sintomatología más leve.

Los 846 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[20]. La incidencia acumulada en lo que va del año es de 1,78 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 SE1-49 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 11,92 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 1-49. Argentina. Años 2019-2025.**




| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casos Notificados | 7218 | 835 | 3240 | 4476 | 5795 | 4160 | 5658 |
| Tasa Notificación | 16,06 | 1,84 | 7,07 | 9,68 | 12,42 | 8,84 | 11,92 |

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

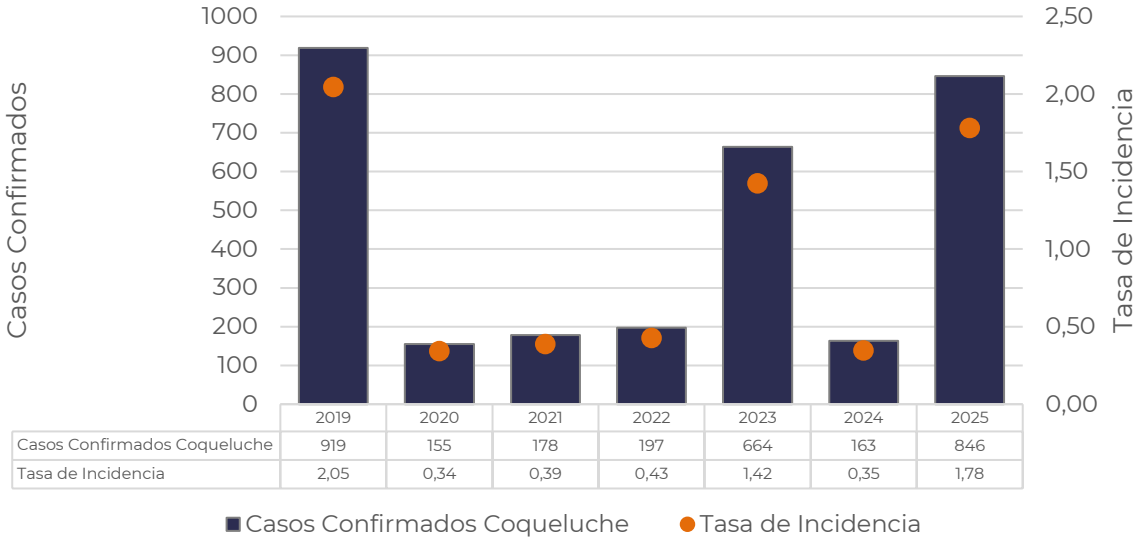
Durante 2025, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de Córdoba (n= 1.307), provincia de Buenos Aires (n= 1.082), CABA (n=736), Tierra del Fuego (n=677), y Salta (n=665), seguidos por establecimientos de Mendoza (n=550), Santa Fe (n=301) y Entre Ríos (n=54). En el resto de las provincias se notificaron 50 casos sospechosos o menos en lo que va del año.[21]

Del total de notificados, se confirmaron 846 casos, representando una tasa de incidencia de 1,78 casos cada 100.000 habitantes. En el período analizado, la mayor tasa de incidencia se observó

[20] 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.
[21] Las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche según jurisdicción se analizan de acuerdo a la variable "Establecimiento de Carga" y "Provincia de Carga".

en 2019, seguido por el presente año y el año 2023[22]. Los casos de coqueluche notificados entre SE1 y 49 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 1-49. Argentina. Años 2019-2025.**

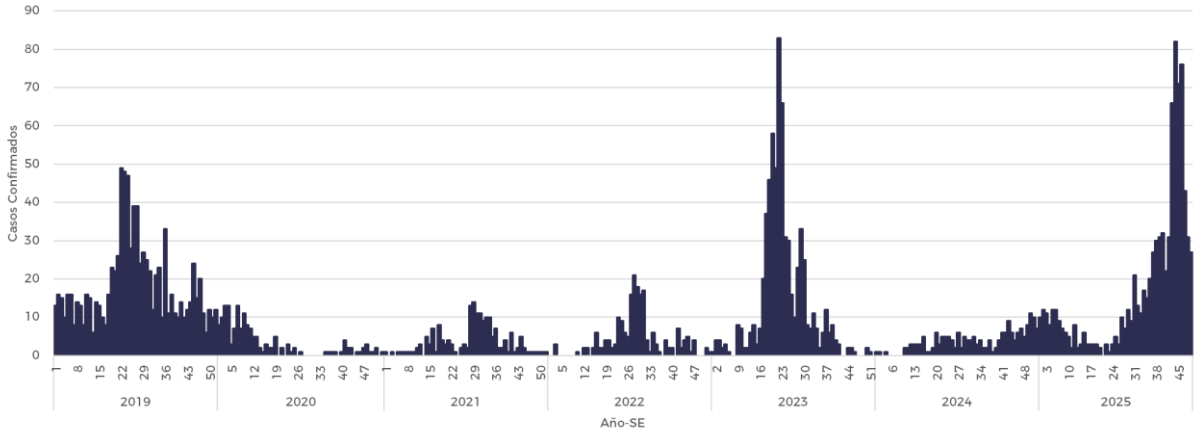



| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casos Confirmados Coqueluche | 919 | 155 | 178 | 197 | 664 | 163 | 846 |
| Tasa de Incidencia | 2,05 | 0,34 | 0,39 | 0,43 | 1,42 | 0,35 | 1,78 |

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

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

**Gráfico 3. Curva epidémica de casos confirmados de coqueluche. Argentina. SE1/2019 a SE49/2025.**




*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 hasta mitad del año.

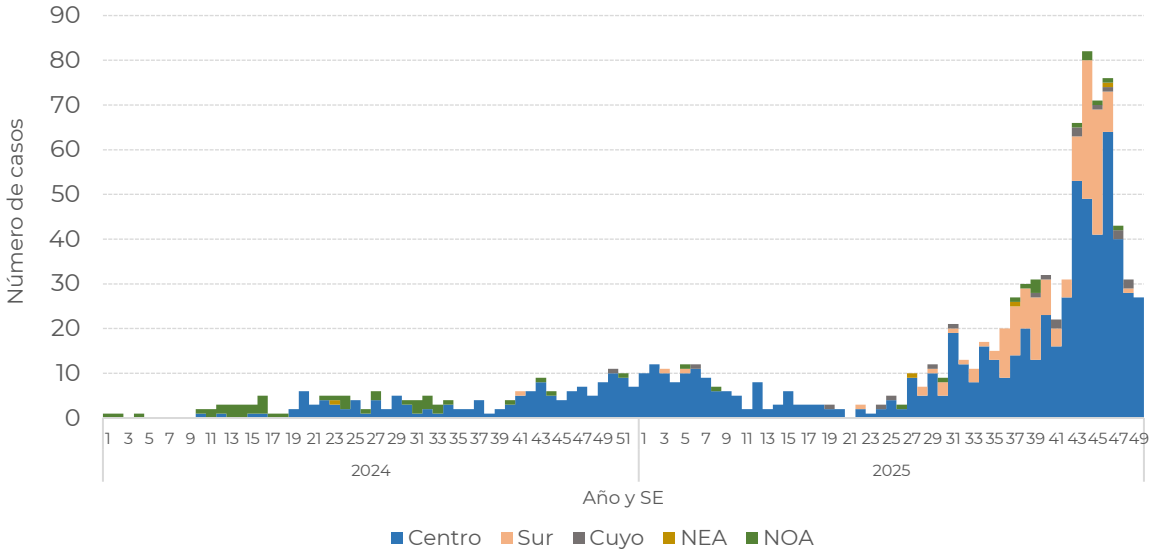
Posteriormente, a partir de la SE 27/2025, se verifica un nuevo ascenso, inicialmente asociado al brote en Ushuaia (Tierra del Fuego) y al aumento de casos confirmados en la Región Centro.

[22] 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.

Este incremento en el número de casos acumulados de 2025, a la fecha, supera en números absolutos al total de casos para el mismo período de 2023, presentando 73 casos menos que en el 2019.

El mayor número de casos confirmados del año se observó en la SE 44. En las últimas 3 semanas los casos presentan una tendencia a la disminución[23].

**Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2024-49/2025.**



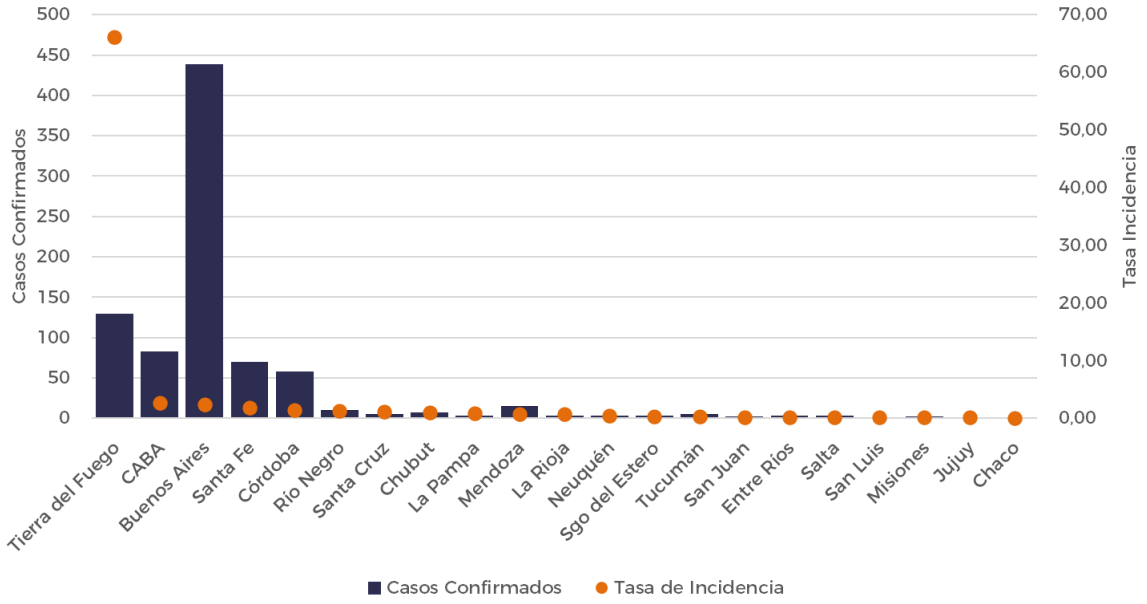

*Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud*

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyen en 21 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observa en la Región Centro (n=653), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n=439) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=83). En la Región Sur se confirmaron 157 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.

[23] Es importante tener en cuenta que esta tendencia podrá ser verificada en las próximas semanas, entendiendo que puede ser producto de un retraso en la notificación.

**Gráfico 5. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. Argentina. SE 1-49, 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 en Ushuaia y Río Grande— presenta una IA de 66,18 casos por cada 100.000 habitantes, valor 25 veces superior al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que ocupa el segundo lugar con una IA de 2,69 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 2,39 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 49, con el objetivo de describir la situación actual en relación con los años previos (2019–2025) [24].

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

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

| Jurisdicciones | Casos Confirmados | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
| Buenos Aires | 204 | 48 | 44 | 56 | 46 | 61 | 439 |
| CABA | 17 | 11 | 0 | 3 | 2 | 40 | 83 |
| Catamarca | 5 | 0 | 0 | 11 | 2 | 0 | 0 |
| Chaco | 4 | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 |
| Chubut | 10 | 6 | 3 | 1 | 1 | 0 | 7 |
| Córdoba | 188 | 31 | 37 | 5 | 81 | 11 | 58 |
| 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 | 15 |
| 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 | 2 |
| San Luis | 7 | 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Santa Cruz | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Santa Fe | 14 | 5 | 0 | 6 | 43 | 4 | 70 |
| Sgo del Estero | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| Tierra del Fuego | 6 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 129 |
| Tucumán | 7 | 4 | 1 | 0 | 2 | 0 | 5 |
| **Total Nacional** | **919** | **155** | **178** | **197** | **664** | **163** | **846** |

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

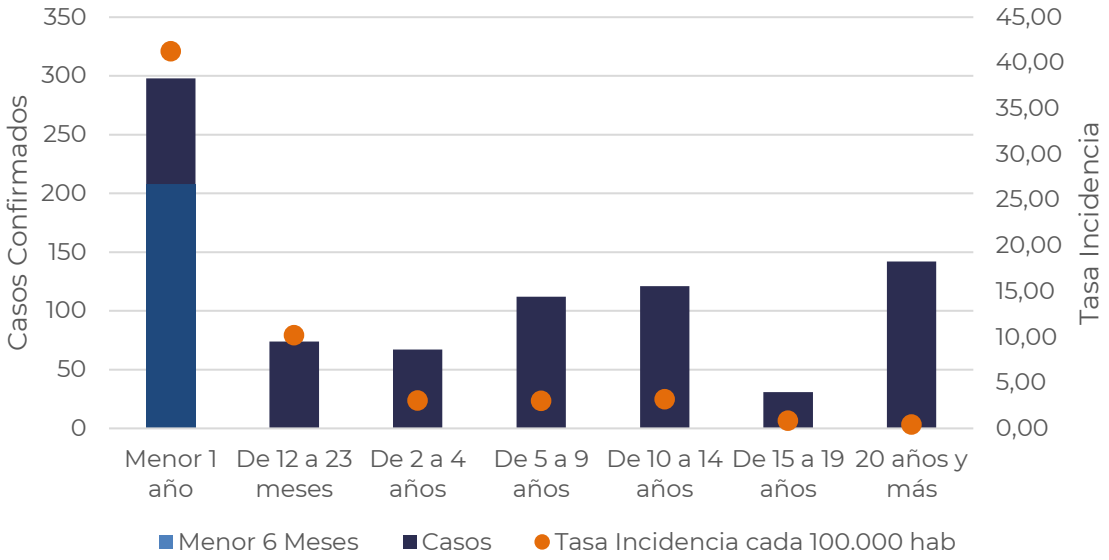
Como se mencionó previamente, si bien 21 jurisdicciones presentan casos de coqueluche en el corriente año, el incremento observado respecto de los años anteriores se concentra en Tierra del Fuego, Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba.

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. SE 1-49, 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 35,3% de los casos confirmados en 2025 (n=298), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=208). 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

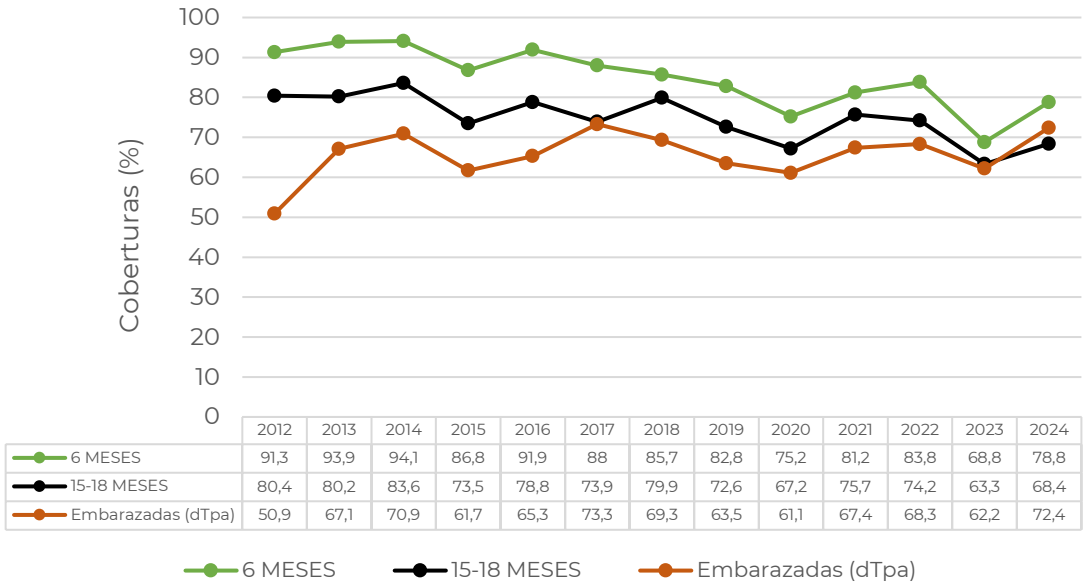
Existen vacunas seguras y efectivas para prevenir la infección por *Bordetella pertussis*. Sin embargo, se registra a nivel mundial, regional y nacional un descenso progresivo de las coberturas que redunda en una acumulación de personas susceptibles a contraer la enfermedad. Por este motivo, es necesario 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:

I. Lactantes de 6 meses (vacunados con tercera dosis de quíntuple o pentavalente)
II. Niños de 15-18 meses (vacunados con primer refuerzo de quíntuple o pentavalente)

III. Embarazadas (vacunadas con dTpa — triple bacteriana acelular para embarazadas)

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




| | 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 10/12/2025, son:

1° dosis de Quíntuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 76,72%

2° dosis de Quíntuple (4 meses): 76,97%
3° dosis Quíntuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 71,60%
Ref Quíntuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 62,59%
Ref DTP (5 años): 52,89% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 13/11/25: 76,8%)
Ref dTpa (11 años): 53,68% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 13/11/25: 77,6%)
Embarazadas dTpa: 71,64%

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*. Argentina. 2025.**

| Jurisdicción | Quíntuple /Séxtuple (dos meses) | Quíntuple /Séxtuple (cuatro meses) | Quintuple /sextuple (seis meses) | Refuerzo (15-18 meses) | Refuerzo (5 años) | Refuerzo (11 años) | Embarazada |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Buenos Aires | 65,20 | 64,30 | 61,67 | 55,23 | 41,17 | 40,57 | 60,57 |
| CABA | 71,11 | 70,76 | 61,76 | 33,48 | 42,37 | 32,28 | 44,34 |
| Catamarca | 82,44 | 84,25 | 78,31 | 62,65 | 58,52 | 64,47 | 78,06 |
| Chaco | 84,73 | 84,44 | 79,17 | 70,16 | 60,15 | 60,43 | 83,55 |
| Chubut | 86,63 | 87,51 | 83,15 | 74,22 | 57,63 | 59,45 | 82,27 |
| Coba | 84,15 | 82,88 | 77,51 | 72,23 | 42,82 | 57,81 | 78,12 |
| Corrientes | 85,49 | 82,20 | 74,02 | 57,66 | 46,46 | 45,08 | 112,59 |
| Entre Ríos | 85,50 | 84,46 | 79,41 | 73,81 | 46,61 | 57,40 | 84,40 |
| Formosa | 75,49 | 73,33 | 69,42 | 51,33 | 53,49 | 52,91 | 76,20 |
| Jujuy | 91,23 | 93,16 | 88,71 | 84,85 | 80,95 | 78,60 | 86,27 |
| La Pampa | 91,37 | 93,27 | 90,42 | 84,30 | 64,60 | 75,66 | 88,14 |
| La Rioja | 89,04 | 86,85 | 80,44 | 69,81 | 68,11 | 64,22 | 82,76 |
| Mendoza | 86,39 | 85,95 | 82,74 | 78,11 | 90,68 | 84,46 | 76,38 |
| Misiones | 89,42 | 85,22 | 74,47 | 57,39 | 62,97 | 62,20 | 84,60 |
| Neuquén | 90,46 | 88,09 | 85,43 | 82,66 | 82,21 | 82,43 | 86,80 |
| Río Negro | 95,03 | 95,25 | 89,07 | 74,63 | 61,00 | 51,01 | 89,83 |
| Salta | 85,83 | 84,07 | 80,30 | 77,39 | 80,38 | 93,80 | 81,37 |
| San Juan | 93,55 | 92,57 | 84,18 | 72,20 | 70,27 | 68,89 | 84,93 |
| San Luis | 89,28 | 87,36 | 86,02 | 87,76 | 80,51 | 77,67 | 86,28 |
| Santa Cruz | 89,56 | 87,92 | 84,91 | 74,49 | 75,97 | 70,85 | 89,87 |
| Santa Fe | 78,02 | 80,57 | 77,63 | 64,70 | 54,12 | 54,92 | 76,24 |
| Sgo. del Estero | 86,89 | 84,58 | 75,79 | 63,83 | 50,12 | 58,99 | 82,15 |
| T. del Fuego | 102,08 | 102,72 | 96,39 | 95,75 | 70,63 | 71,98 | 98,96 |
| Tucumán | 78,20 | 78,47 | 76,30 | 73,84 | 69,10 | 70,15 | 74,03 |

*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).[25]

**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.

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

- 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.
- 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<br>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)" [26]. Para el cultivo y la PCR la muestra apropiada es el aspirado nasofaríngeo o el hisopado nasofaríngeo recolectado con hisopo de dacrón, nylon o rayon.

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

[26] 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.

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*[27]. 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*[28], 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.

## 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

[27] 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)
[28] 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)

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. Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión – actualización informe epidemiológico

## VII.1. Introducción

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

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

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

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

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

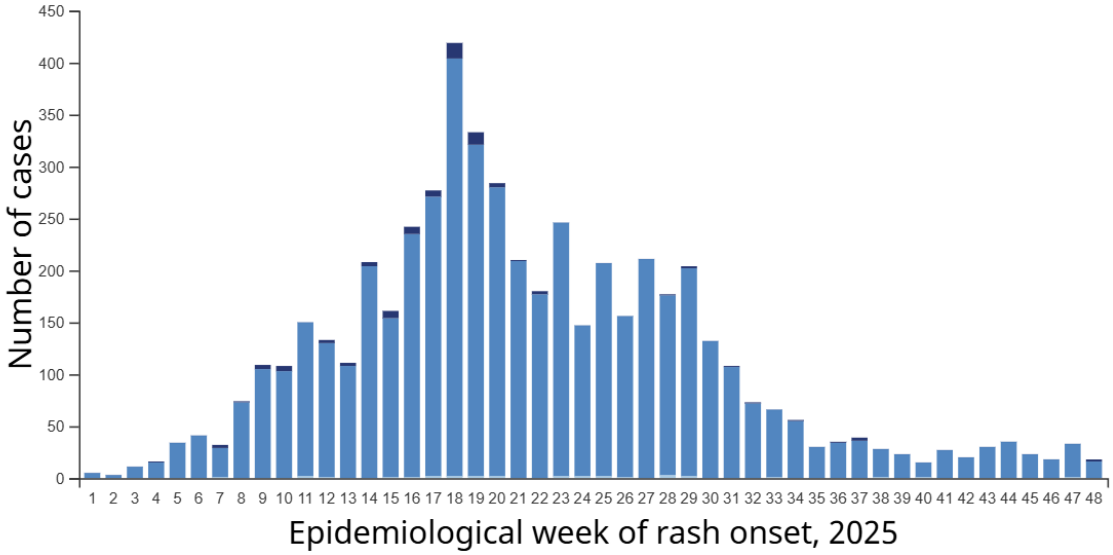
## VII.2. Situación epidemiológica mundial y regional

### VII.2.A. CANADÁ[1]

En 2025, se han notificado un total de 5.298 casos de sarampión (4.926 confirmados, 372 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 29 de noviembre de 2025.

En la semana 48 (del 23 al 29 de noviembre de 2025), se notificaron 37 nuevos casos de sarampión (32 confirmados y 8 probables) en 5 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Quebec y Saskatchewan).

**Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=5.298)**



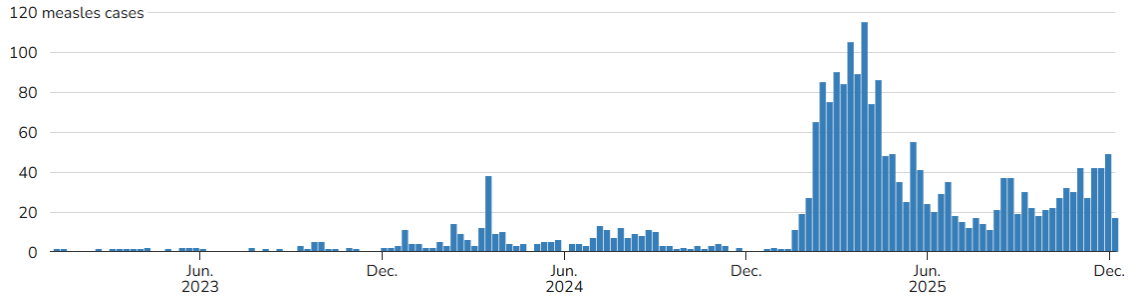

## VII.2.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[29]

Al 09 de diciembre de 2025, se notificaron un total de 1.912 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 47 brotes, y el 88% de los casos confirmados (1.673 de 1.912) 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 9/12/25).**



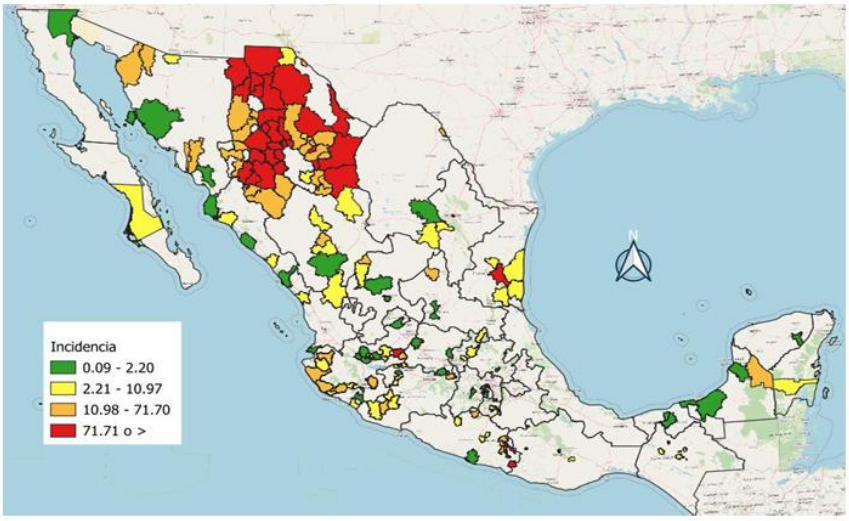

[29] https://www.cdc.gov/measles/data-research/

### VII.2.C. MÉXICO[30]

Al 09 de noviembre, se han reportado 5.589 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 9 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 29 estados y 174 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 24 fallecimientos.

**Mapa 1. Casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios de residencia, 09 de diciembre de 2025, México.**




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

### VII.2.D. PARAGUAY[31]

El 03 de diciembre 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 49 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.

### VII.2.E. URUGUAY[32]

El Ministerio de Salud Pública (MSP) confirmó un caso de transmisión local de sarampión en San Javier, localidad donde se originó el brote. Frente a esta situación, se instruyó a los prestadores de salud a revisar los esquemas de vacunación tanto de usuarios como del personal sanitario, y a fortalecer las acciones que faciliten el acceso oportuno a la vacuna.

[30] https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2025?idiom=es
[31] https://dgvs.mspbs.gov.py/sarampion/
[32] https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/comunicados/actualizacion-sobre-situacion-sarampion-san-javier-rio-negro

## VII.3. Situación actual en Argentina

### VII.3.A. NOTIFICACIÓN DE CASOS

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 3.493 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el país (Gráfico 1). A partir de la Semana Epidemiológica (SE) 6 y en particular desde la SE9, coincidiendo con la emisión de la alerta epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, se evidencia un aumento progresivo en la notificación de casos, alcanzando su punto máximo en la semana 13.

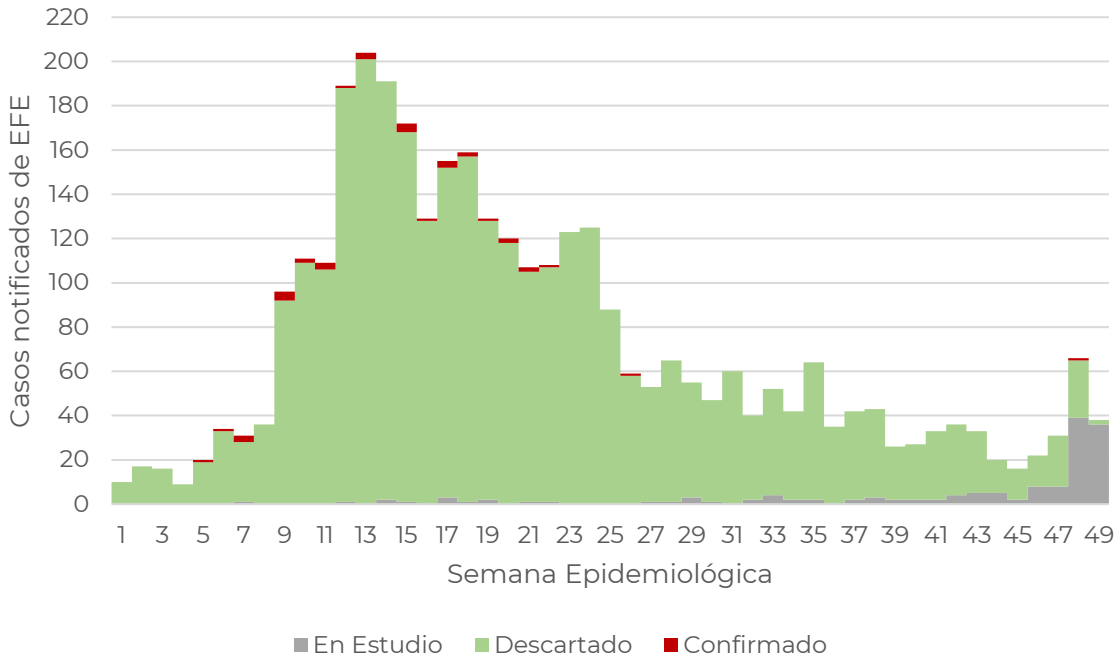
La curva de notificación muestra una sensibilización del sistema de vigilancia, con una respuesta oportuna ante la comunicación de riesgo.

Del total de casos notificados entre la SE1 y la SE49:

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

La proporción de casos descartados sobre el total notificados es del 95%. La cifra de casos en estudio refleja la actividad continua de evaluación de los eventos notificados.

**Gráfico 1. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE49 de 2025. N= 3.493**




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

Como se observa en la curva epidémica, a medida que transcurren los días desde la confirmación de los casos, disminuye la sospecha clínica y, en consecuencia, la sensibilidad del sistema de salud para detectar nuevos casos potenciales.

No obstante, el alerta epidemiológico emitido recientemente desde el Ministerio de Salud[33] contribuye a reforzar la sensibilidad de vigilancia al promover una mayor sospecha por parte de los equipos de salud.

### VII.3.B. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

Uno de los indicadores para monitorear la sensibilidad y calidad de la vigilancia epidemiológica del sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, es el cumplimiento de la tasa mínima anual esperada de casos sospechosos de sarampión y rubéola, fijada en al menos 2 notificaciones por cada 100.000 habitantes.

En este contexto, se presenta a continuación una tabla con la distribución de notificaciones y confirmaciones por provincia, así como la tasa esperada por jurisdicción, lo cual permite analizar el grado de cumplimiento de este umbral al momento del corte del informe.

**Tabla 1. Distribución de casos notificados y confirmados por jurisdicción en Argentina. Tasa cada 100 mil habitantes y notificaciones esperadas para el período actual. SE1 a SE49 de 2025[34].**

| Jurisdicción | Confirmado | Notificaciones totales actuales | Tasa c/100-mil | Notificaciones mínimas esperadas actuales | Notificaciones esperadas anuales |
|---|---|---|---|---|---|
| Buenos Aires | 21 | 2047 | 11,1 | 343 | 367 |
| CABA | 13 | 794 | 25,7 | 58 | 62 |
| Catamarca | | 13 | 3,0 | 8 | 9 |
| Chaco | | 45 | 3,6 | 24 | 25 |
| Chubut | | 32 | 4,8 | 13 | 13 |
| Córdoba | | 110 | 2,8 | 74 | 79 |
| Corrientes | | 8 | 0,7 | 22 | 23 |
| Entre Ríos | 1 | 60 | 4,1 | 27 | 29 |
| Formosa | | 14 | 2,2 | 12 | 13 |
| Jujuy | | 26 | 3,2 | 15 | 16 |
| La Pampa | | 22 | 5,9 | 7 | 7 |
| La Rioja | | 10 | 2,4 | 8 | 8 |
| Mendoza | | 73 | 3,5 | 39 | 42 |
| Misiones | | 15 | 1,1 | 25 | 27 |
| Neuquén | | 9 | 1,3 | 13 | 14 |
| Río Negro | | 10 | 1,3 | 15 | 16 |
| Salta | | 38 | 2,5 | 28 | 30 |
| San Juan | | 17 | 2,1 | 15 | 16 |
| San Luis | 1 | 12 | 2,2 | 10 | 11 |
| Santa Cruz | | 22 | 5,4 | 8 | 8 |
| Santa Fe | | 56 | 1,5 | 69 | 73 |
| Sgo. del Estero | | 17 | 1,7 | 19 | 21 |
| T. del Fuego | | 7 | 3,6 | 4 | 4 |
| Tucumán | | 36 | 2,0 | 33 | 36 |
| **Total** | **36** | **3493** | **7,4** | **887** | **949** |

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

Del análisis de la información notificada al 5 de diciembre de 2025 se identifican dos situaciones diferenciadas entre las jurisdicciones:

[33] alerta_sarampion_20251124.pdf

[34] Los casos notificados corresponden a los reportados hasta la SE35, mientras que la información sobre los casos confirmados refleja la más reciente disponible al momento de la elaboración de este boletín epidemiológico.

*1. Jurisdicciones con notificaciones por debajo del valor esperado para esta fecha (en rojo):* Tal es el caso de Corrientes, Misiones, Neuquén, Río Negro, Santa Fe y Santiago del Estero, donde resulta clave continuar reforzando las acciones de sensibilización y detección oportuna para alcanzar los estándares establecidos.

*2. Jurisdicciones que tienen la misma cantidad o superaron la cantidad esperada de notificaciones para todo el año (en verde):* Con la única excepción de la provincia Tucumán, que notificó la misma cantidad de casos correspondientes a todo el año, en este segundo grupo se incluye el resto de todas las jurisdicciones, que alcanzaron las notificaciones esperadas para todo el año.

Este análisis permite monitorear periódicamente el desempeño del sistema de vigilancia en las distintas jurisdicciones y orientar acciones correctivas en tiempo oportuno.

## VII.4. Sobre los casos confirmados

Durante el 2025, en la Argentina, se confirmaron, hasta la fecha, 36 casos de sarampión.

Hasta la SE 26 de 2025, 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).

La caracterización detallada de estos casos —incluyendo distribución territorial y temporal, edad, sexo, antecedente de vacunación y nexo epidemiológico—fue presentada hasta el **Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) Nº 769**, disponible en este enlace.

En la SE 48 se notificó **un nuevo caso confirmado** de sarampión en un niño de 2 años y 4 meses residente en Santa Elena, departamento La Paz, provincia de Entre Ríos. El inicio de síntomas ocurrió el 24 de noviembre y el diagnóstico se confirmó por rt-PCR en el Laboratorio Nacional de Referencia. El caso cuenta con una dosis documentada de vacuna triple viral y se encuentra en buen estado general y en aislamiento domiciliario. Las autoridades locales y provinciales continúan la investigación epidemiológica, la identificación y seguimiento de contactos y la implementación de las acciones de control correspondientes.

Adicionalmente, en la localidad de Federación, provincia de Entre Ríos, se encuentra en evaluación un caso probable de sarampión sin nexo epidemiológico identificado hasta el momento. El paciente presentó IgM reactiva con PCR negativa, motivo por el cual la muestra fue derivada al Laboratorio Nacional de Referencia para estudios confirmatorios. Mientras se aguardan los resultados, se están llevando adelante las acciones de control correspondientes, como la investigación de contactos, la verificación de esquemas de vacunación y el bloqueo de foco, a fin de prevenir una eventual cadena de transmisión.

## VII.5. Recomendaciones para la comunidad

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

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

## VII.6. Recomendaciones para los equipos de salud

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

## VII.7. Vigilancia epidemiológica

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

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

### VII.7.A. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASO

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

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

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

## VII.8. Medidas de prevención

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

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

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

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

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

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

*Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:*

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

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

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

## VII.9. Medidas ante casos y contactos

### VII.9.A. MEDIDAS ANTE CASOS SOSPECHOSOS Y/O CONFIRMADOS:

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

**Vacunación dentro de las 48 a 72 hs.**

1. Contactos entre 6 y 11 meses de edad deberán recibir UNA DOSIS de vacuna triple o doble viral. Esta dosis no debe ser tenida en cuenta como parte del esquema de vacunación del calendario nacional.
2. Contactos de 12 meses: se deberá asegurar UNA DOSIS de vacuna triple viral.

3. Contactos de 13 meses o más (excepto personas adultas nacidas antes de 1965) se deberán asegurar DOS DOSIS de vacuna con componente anti sarampionoso.
4. Contactos menores de 6 meses de edad, embarazadas sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y severamente inmunosuprimidas (independientemente del antecedente de vacunación) deberán recibir Inmunoglobulina de pool dentro de los 6 días de contacto. La inmunoglobulina se aplica por vía intramuscular, la dosis recomendada es de 0.25 ml/kg. En personas inmunocomprometidas, la dosis es de 0,5 ml/kg (dosis máxima 15 ml).

- Realizar búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación).
- Localización y seguimiento de los contactos: Personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con vínculo epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión, o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola). Realizar el seguimiento de los potenciales susceptibles hasta 21 días después del inicio del exantema del caso.
- Búsqueda de la fuente de infección: Se buscará todo posible contacto con un caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar posibles situaciones o lugares de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.

---

*Ficha de notificación:*
*ficha_de_sarampion_y_rubeola_1742024.pdf*
*Alerta epidemiológica del 06 de marzo de 2025.*

*alerta_epidemiologica-sarampion_07032025_0.pdf*

---

# ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS **INTERNACIONALES**

# VIII. Introducción

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

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

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

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

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

# VIII.1. Situación internacional de influenza y virus respiratorios, 2025-2026[35,36,37]

## VIII.1.A. INTRODUCCIÓN

A nivel global, la actividad de influenza ha aumentado desde octubre de 2025, con predominio de virus influenza A en la mayoría de las regiones. En el hemisferio norte, es habitual observar incrementos de infecciones respiratorias agudas en esta época del año, impulsados por epidemias estacionales de influenza, VSR y otros virus respiratorios. Algunos países han registrado un inicio temprano de la temporada de influenza, mientras que en otros la actividad aún no ha alcanzado los umbrales epidémicos. En el hemisferio sur, varios países presentaron temporadas prolongadas, con actividad viral sostenida en los últimos meses.

A nivel global, al 10 de diciembre de 2025, se ha informado que, a partir de los datos de secuencias genéticas disponibles en la Iniciativa Global para Compartir todos los Datos de la Gripe (GISAID, por sus siglas en inglés), se está observando un aumento importante del subclado K en muchas partes del mundo, con la excepción, hasta la fecha, de América del Sur.

Desde agosto de 2025 se ha observado una rápida expansión del subclado genético A(H3N2) J.2.4.1 (“subclade K”), detectado ya en más de 34 países. Hasta el momento, no se ha documentado un cambio significativo en la gravedad clínica, en términos de hospitalización, ingresos a cuidados intensivos, o defunciones. No obstante, las temporadas dominadas por el subtipo A(H3N2) suelen asociarse con mayor gravedad, especialmente entre las personas mayores.

## VIII.1.B. SEGÚN REGIÓN

- **Región africana:** La detección de influenza aumentó en octubre, con predominio de A(H3N2). La actividad y el subtipo predominante varían según la zona. En el oeste de la región, el incremento ocurrió en septiembre-octubre con A(H3N2) predominante; en las regiones centro y este se detectaron de manera continua todos los subtipos estacionales. En Sudáfrica, la actividad alcanzó un pico en mayo de 2025 y se mantiene baja en semanas recientes.
- **Región del Mediterráneo Oriental:** Influenza aumentó en octubre con predominio de A(H3N2), aunque en el norte se observó predominio de A(H1N1)pdm09 con menores proporciones de A(H3N2) y virus B. En la Península Arábiga, A(H3N2) fue predominante.
- **Región europea:** La temporada 2025/26 comenzó antes de lo habitual, con un aumento sostenido de ETI/IRA y amplia circulación de A(H3N2). A partir del 21 de noviembre de 2025, las tasas de ETI e IRA en atención primaria se mantenían en niveles basales en la mayoría de los países, pero las detecciones de influenza comenzaron a aumentar, y la positividad regional en la vigilancia centinela superó el 10% en las semanas 45 y 46,

[35] World Health Organization (10 December 2025). Disease Outbreak News; Seasonal influenza -Global situation. Available at: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON586

[36] Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Influenza estacional en la Región de las Américas: cierre de temporada 2025 hemisferio sur - inicio de temporada 2025-26 hemisferio norte - 4 de diciembre del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025.

[37] Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Nota Informativa: Influenza A(H3N2) subclado K (J.2.4.1), consideraciones para la Región de las Américas - 11 de diciembre del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025.

marcando el inicio de la temporada 2025/26. Este comienzo anticipado es similar al observado en la temporada 2022/23.

- **Región de las Américas:**
    - *Hemisferio sur:* La temporada 2025 superó el umbral estacional en marzo, con predominio inicial de A(H1N1)pdm09 y un pico de positividad del 19%. Posteriormente, la actividad disminuyó hasta agosto, cuando A(H3N2) aumentó en Brasil y Chile. Hasta inicios de noviembre, subclade K no ha sido detectado en Sudamérica. La temporada finalizó con mayor carga de IRAG que en 2024, especialmente por VSR en lactantes <6 meses y por influenza en adultos mayores.
    - *Hemisferio norte:* En Estados Unidos y Canadá, la circulación de influenza también se encuentra en ascenso, con predominio de A(H3N2) y detecciones crecientes del subclado J.2.4.1 (“subclade K”). En México y algunos países de Centroamérica y el Caribe, se continúa registrando una mayor detección de A(H1N1)pdm09 en las últimas semanas.
- **Región de Asia Sudoriental:** La actividad de influenza comenzó a aumentar en junio, alcanzando un pico en agosto y manteniéndose generalmente baja hasta noviembre. Influenza A representó el 66% de los virus detectados, predominando A(H3N2) (43%) seguido de A(H1N1)pdm09 (~20%). Se han reportado 22 secuencias de subclade K en Nepal, India y Tailandia.
- **Región del Pacífico Occidental:** Desde octubre, la actividad de influenza ha aumentado, con inicio temprano en Japón y Corea del Sur. En el hemisferio sur, Australia muestra descenso de positividad, mientras que Nueva Zelanda y Fiji presentan actividad elevada, inusual para esta época del año. Predomina A(H3N2), con 89% de secuencias correspondientes al subclado K.

### VIII.1.C. EVALUACIÓN DE RIESGO INTERNACIONAL

La actividad de influenza estacional ha aumentado globalmente en los últimos meses, con predominio de virus influenza A(H3N2). Este incremento coincide con el inicio del invierno en el hemisferio norte y puede ejercer presión sobre los sistemas de salud, incluso en países no templados. Aunque la actividad global se mantiene dentro de los rangos esperados para la temporada, algunas regiones han registrado aumentos tempranos y mayor intensidad de lo habitual. Se han detectado virus A(H3N2) del subclado K, con cambios genéticos respecto a los virus J.2.4 previamente circulantes, en varios países.

Las medidas de prevención y control, incluida la vacunación, continúan siendo fundamentales para reducir la carga de enfermedad grave y hospitalizaciones asociadas a influenza.

## VIII.2. Influenza Aviar A(H5N5) - Estados Unidos de América

*Recibido a través del CNE el 05/12/2025*

El 15 de noviembre de 2025, la OMS fue notificada de una infección humana confirmada por influenza A(H5) en los Estados Unidos de América —la primera reportada en el país desde febrero de 2025 y la número 71 desde principios de 2024—. El 20 de noviembre, la secuenciación realizada en el laboratorio de los CDC verificó que el virus correspondía a influenza A(H5N5), representando el primer caso humano de este subtipo reportado a nivel mundial.

El paciente era una persona adulta con enfermedades de base que residía en el estado de Washington. Desarrolló síntomas, incluido fiebre, durante la semana que finalizó el 25 de octubre de 2025. En la semana que finalizó el 8 de noviembre de 2025, el paciente fue hospitalizado con una enfermedad grave y posteriormente falleció el 21 de noviembre.

Las muestras respiratorias tomadas en el establecimiento de salud dieron positivo para virus influenza A mediante RT-PCR y fueron presuntivamente positivas para influenza A(H5) en la Universidad de Washington. Las muestras fueron enviadas al Laboratorio de Salud Pública del Estado de Washington, donde se confirmó influenza A(H5) utilizando el ensayo de influenza A(H5) de los CDC. La muestra fue recibida en los CDC el 19 de noviembre. La secuenciación realizada en la Universidad de Washington y en los CDC indicó que se trataba de un virus influenza A(H5N5) perteneciente al clado hemaglutinina (HA) H5 2.3.4.4b.

La investigación de salud pública reveló que el paciente mantenía aves de corral y aves domésticas en su casa. Se están llevando a cabo investigaciones epidemiológicas adicionales, que incluyen el monitoreo activo de todas las personas que estuvieron en contacto cercano con el paciente.

*Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON590*

## VIII.3. Transmisión ampliada de Mpox debido al clado Ib del MPXV – Situación mundial

*Recibido a través del CNE el 05/12/2025*

Desde el levantamiento de la segunda ESPII (PHEIC) por mpox el 5 de septiembre de 2025, y hasta el 24 de noviembre de 2025, se han notificado 43 nuevos casos confirmados de clado Ib de MPXV en seis regiones de la OMS, fuera de las zonas donde se ha registrado transmisión comunitaria sostenida de esta variante viral. En cuatro de estas regiones (Región de las Américas, Región de Asia Sudoriental, Región Europea y Región del Pacífico Occidental), 24 casos no tenían antecedentes recientes de viaje internacional, lo que sugiere transmisión local. En función de esto, Italia, Malasia, los Países Bajos, Portugal, España y los Estados Unidos de América se consideran ahora países con transmisión comunitaria de clado Ib del MPXV. Además, se siguen notificando casos vinculados a viajes en muchos países.

Entre los 43 casos, la mitad (22) se documentó en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mientras que otros casos estuvieron vinculados a viajes a países con transmisión comunitaria conocida del clado Ib, o fueron secundarios a casos relacionados con viajes (contactos domiciliarios y/o parejas sexuales).

Este informe presenta un panorama de estos casos recientes de mpox confirmados como debidos al clado Ib del MPXV, organizados por región y país de la OMS, resumiendo la información epidemiológica clave disponible, seguido de una evaluación rápida del riesgo por parte de la OMS y recomendaciones de salud pública.

## VIII.3.A. RESUMEN DE LOS CASOS DE MPOX POR CLADO IB DEL MPXV EN REGIONES Y PAÍSES DE LA OMS DESDE EL 5 DE SEPTIEMBRE AL 24 DE NOVIEMBRE DE 2025

**Región Africana**

Desde el levantamiento de la ESPII el 5 de septiembre de 2025 y hasta el 24 de noviembre de 2025, un país —Namibia— ha notificado casos de clado Ib del MPXV por primera vez. La transmisión comunitaria persiste en Burundi, República Democrática del Congo, Kenia, Malawi, Mozambique, República del Congo, Rwanda, Sudáfrica, República Unida de Tanzanía, Uganda y Zambia.

**Namibia**

Namibia notificó a la OMS un caso probable y dos casos confirmados de mpox por clado Ib del MPXV. El caso índice (probable) estaba vinculado a viajes dentro de la Región Africana y los dos casos confirmados eran contactos domiciliarios. No se han reportado más casos tras la detección de este conglomerado.

Estos son los primeros casos de mpox reportados en el país.

**Región de las Américas**

Dos países de la Región de las Américas notificaron un total de cuatro casos confirmados de mpox por clado Ib del MPXV. Un caso detectado en Canadá tenía antecedente reciente de viaje, mientras que tres casos en Estados Unidos de América no tenían antecedentes de viaje ni vínculos epidemiológicos con viajeros.

**Canadá**

Canadá notificó a la OMS un caso confirmado de mpox por clado Ib del MPXV en un adulto masculino con viaje reciente al extranjero y sin referir parejas sexuales tras su regreso. El caso recibió asesoramiento sobre medidas para evitar la transmisión.

**Estados Unidos de América**

Estados Unidos notificó tres casos no relacionados de mpox por clado Ib del MPXV en los condados de Long Beach (un caso) y Los Ángeles (dos casos), California. Todos ocurrieron en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, sin antecedentes de viajes recientes ni exposición conocida a casos. Ninguno tenía antecedentes de infección previa por MPXV ni vacunación contra orthopoxvirus, y uno de ellos estaba inmunocomprometido. Los tres fueron hospitalizados, recibieron atención médica estándar y se recuperaron completamente.

Antes del levantamiento de la ESPII, Estados Unidos había reportado seis casos de clado Ib, todos vinculados a viajes.

La investigación de salud pública incluyó rastreo de contactos domésticos, sanitarios y sociales, sin identificarse casos adicionales. Las investigaciones sugieren transmisión comunitaria continua del clado Ib del MPXV entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y sus redes sociales en el sur de California. La secuenciación viral indica que los tres casos podrían estar vinculados con un caso reportado en agosto de 2025.

**Región de Sudeste Asiático**

Entre el 5 de septiembre y el 24 de noviembre de 2025, se notificaron cinco casos de mpox por clado Ib del MPXV en la región, todos en Tailandia. Todos tenían antecedentes recientes de viaje internacional y tres se identificaron como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

**Tailandia**

Tailandia notificó cinco nuevos casos de mpox por clado Ib del MPXV: cuatro varones (tres de ellos identificados como HSH) y una mujer. Los antecedentes de viaje incluyen Emiratos Árabes Unidos, Omán y la Federación Rusa, donde probablemente ocurrió la exposición. Antes del 5 de septiembre, Tailandia había reportado cinco casos, todos por viajes internacionales.

**Región del Mediterráneo Oriental**

Tres países notificaron seis casos de mpox; aunque en Egipto y el Líbano no se documentó el clado, Qatar notificó dos casos por clado Ib.

**Qatar**

Qatar comunicó dos casos de mpox por clado Ib del MPXV: un adulto masculino y una adulta femenina, ambos vinculados a viajes dentro de la Región del Mediterráneo Oriental. Antes de este período, Qatar había reportado tres casos, todos vinculados a viajes.

**Región Europea**

Los países de la Región Europea notificaron un total de 27 casos de mpox por clado Ib del MPXV. De estos, 18 fueron clasificados como autóctonos, sin antecedentes relevantes de viaje internacional reciente, lo que sugiere transmisión comunitaria no detectada (Italia, Países Bajos, Portugal y España). Dos casos (Bélgica y Reino Unido) estuvieron relacionados con viajes dentro de Europa y cinco con viajes fuera de Europa (África Oriental, Uganda, Emiratos Árabes Unidos). Al menos 15 de los 27 casos, y 14 de los 18 autóctonos, ocurrieron en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

**Bélgica**

Bélgica notificó un caso con viaje reciente a Países Bajos. El individuo reportó múltiples contactos sexuales con otros hombres durante el viaje. Antes del 5 de septiembre, Bélgica había informado seis casos, todos vinculados a viajes.

**Francia**

Francia notificó un caso en un adulto masculino que regresó de África Oriental. Antes de este período, Francia había reportado tres casos, todos vinculados a viajes.

**Alemania**

Alemania notificó tres casos, todos con antecedentes de viaje internacional: un adulto masculino que viajó a Angola, una adulta femenina que viajó a Uganda, y un adulto masculino que viajó a Viet Nam. Uganda tiene transmisión comunitaria del clado Ib; Viet Nam no había reportado previamente este subclado. Antes del 5 de septiembre, Alemania había reportado 12 casos, la mayoría vinculados a viajes.

**Grecia**

Grecia notificó su primer caso, en un adulto masculino con viaje reciente a Emiratos Árabes Unidos.

**Irlanda**

Irlanda notificó dos casos vinculados a un pequeño conglomerado reportado antes del 5 de septiembre. El caso índice tenía viaje reciente fuera de Europa. El primer caso autóctono fue un niño (<5 años) que contrajo infección por transmisión domiciliaria; el segundo, un trabajador de salud que atendió a un caso del conglomerado. No se identificaron casos adicionales.

Antes de este período, Irlanda había reportado un caso confirmado, parte del mismo conglomerado.

**Italia**

Italia notificó dos casos en adultos masculinos sin antecedentes de viaje reciente ni contacto conocido con casos. No había relación epidemiológica entre ellos. Las investigaciones y el rastreo de contactos no identificaron casos adicionales.

Esto sugiere transmisión comunitaria del clado Ib del MPXV en Italia. Antes de este período, Italia había reportado un caso vinculado a viaje a la República Unida de Tanzanía.

**Países Bajos**

Países Bajos reportó nueve casos, todos sin antecedentes de viaje reciente. Estos son los primeros casos en el país. Ocho eran HSH y seis informaron haber visitado el mismo local de prácticas sexuales. Esto sugiere transmisión comunitaria. Antes del 5 de septiembre, no había casos reportados por clado Ib.

**Portugal**

Portugal notificó su primer caso confirmado, un adulto masculino sin antecedentes de viaje y sin vínculo conocido con casos. No se identificaron contactos y el caso dejó de comunicarse con autoridades luego de recibir recomendaciones de aislamiento.

A pesar de no haberse detectado más casos, la identificación de este caso sin vínculo de viaje sugiere transmisión comunitaria en el país.

**España**

España notificó seis casos en personas sin antecedentes recientes de viaje ni contacto conocido con casos. Se reportaron además dos casos adicionales de MPXV sin información de subclado. Son los primeros casos por clado Ib en el país. Todos los casos fueron en HSH. La ausencia de vínculos de viaje sugiere transmisión comunitaria.

**Reino Unido**

El Reino Unido notificó un caso con viaje dentro de Europa en un hombre que reportó relaciones sexuales con otros hombres. Antes de esto, el país había reportado 18 casos de clado Ib, la mayoría con vínculos directos o indirectos a países donde circula el clado.

**Región del Pacífico Occidental**

Entre el 5 de septiembre y el 24 de noviembre de 2025 se notificaron tres casos: uno en Australia, uno en Japón y uno en Malasia.

**Australia**

Australia notificó un caso en un adulto masculino con viajes recientes a China y Filipinas, donde probablemente ocurrió la exposición. Filipinas no había reportado casos de clado Ib. Antes del 5 de septiembre, Australia había reportado tres casos, todos vinculados a viajes.

**Japón**

Japón notificó su primer caso, en una adulta femenina con viaje reciente a África, donde probablemente ocurrió la exposición.

**Malasia**

Malasia notificó su primer caso, en un adulto masculino identificado como HSH, sin antecedentes de viaje ni vínculos con casos conocidos. Reportó contacto sexual con al menos una persona en las tres semanas previas al inicio de síntomas. Se identificaron 15 contactos domiciliarios y sanitarios, todos monitoreados sin casos adicionales.

La ausencia de vínculo de viaje sugiere transmisión local del clado Ib en Malasia.

*Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON587*

## VIII.4. Actualización epidemiológica Tosferina (coqueluche) en la Región de las Américas

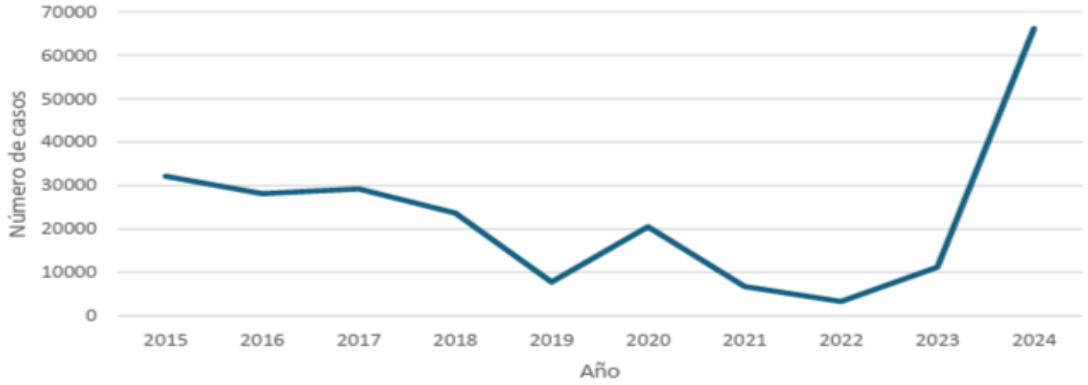
*Recibido a través del CNE el 08/12/2025*

### VIII.4.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN

A nivel mundial, durante el 2024 se notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 977.000 casos de tosferina (coqueluche), mostrando un incremento de 5,8 veces en comparación con el número de casos notificados en 2023 (n= 167.407 casos). La mayor proporción de casos se registró en las regiones de la OMS del Pacifico Occidental (n= 591.193 casos) y Europa (n= 296.543 casos).

En la Región de las Américas, se observó una disminución progresiva en el número de casos notificados anualmente entre el 2015 y 2019, y de nuevo en 2021-2022, cuando se alcanzó su punto más bajo con 3.284 casos. Posteriormente, se registró un aumento importante de los casos entre el 2023 (n= 11.202 casos) y 2024 (n= 66.184 casos)..

**Figura 1. Casos de tos ferina reportados en la Región de las Américas, 2015 al 2024.**




*Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud, Immunization data. Pertussis reported cases and incidence. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detailpage/pertussis-reported-cases-and-incidence?CODE=Global&YEAR=.*

**Coberturas de vacunación de la Región de las Américas**

Las coberturas de vacunación para la primera y tercera dosis de la vacuna contra difteria, tétanos y tos ferina (DTP1 y DTP3), se utilizan habitualmente como indicadores de desempeño de los programas nacionales de inmunización, tanto a nivel regional como global, siendo a su vez los puntos de referencia esenciales para evaluar la fortaleza y el acceso de dichos programas. Durante la pandemia de COVID-19, se registró un descenso importante de estas coberturas. En 2021, la Región de las Américas alcanzó su nivel más bajo en dos décadas, con coberturas del 87% para DTP1 y del 81% para DTP3. El porcentaje de cobertura mostró una recuperación parcial en 2024 con un 89% para DTP1 y un 87% para DTP3. Es importante señalar que existen disparidades importantes entre países y, dentro de ellos, a nivel subnacional.

En la **Figura 2** se presenta el comportamiento de las coberturas de DTP1 entre 2015 y 2024 en los países y territorios de la Región de las Américas. Veintiún países/territorios reportaron coberturas iguales o superiores al 95%, diez países coberturas entre 90 y 94%, diez países coberturas entre 80% y 89%, y cuatro países coberturas inferiores al 80%.

**Figura 2. Coberturas de vacunación de DTP1 entre los años 2015 – 2024 en países y territorios de la Región de las Américas.**

| País/Territorio | 2024 | 2023 | 2022 | 2021 | 2020 | 2019 | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anguila | 90 | 100 | 89 | 88 | 71 | 79 | 89 | 93 | | |
| Antigua y Barbuda | 99 | 99 | 97 | 93 | 95 | 100 | 100 | 96 | 88 | 100 |
| Argentina | 80 | 77 | 90 | 88 | 79 | 87 | 91 | 94 | 88 | 94 |
| Aruba | 97 | 98 | 97 | 98 | | 99 | 99 | 99 | | |
| Bahamas (las) | 98 | 99 | 98 | 91 | 97 | 91 | 94 | 98 | 95 | 100 |
| Barbados | 94 | 91 | 87 | 83 | 86 | 92 | 96 | 90 | 100 | 96 |
| Belice | 89 | 85 | 91 | 80 | 79 | 99 | 97 | 89 | 94 | 97 |
| Bermuda | 98 | 99 | 90 | 96 | 93 | 100 | 91 | 92 | | |
| Bolivia (El Estado Plurinacional de) | 65 | 72 | 75 | 75 | 79 | 81 | 89 | 91 | 93 | 97 |
| Bonaire | 98 | | | | | | | | | |
| Brasil | 90 | 84 | 84 | 74 | 88 | 79 | 87 | 92 | 95 | 97 |
| Canadá | 91 | 91 | 91 | 91 | 91 | 87 | 87 | 94 | 87 | 95 |
| Chile | 98 | 99 | 99 | 99 | 98 | 99 | 99 | 98 | 99 | 97 |
| Colombia | 88 | 90 | 91 | 91 | 92 | 95 | 92 | 94 | 93 | 93 |
| Costa Rica | 98 | 97 | 94 | 88 | 100 | 96 | 95 | 99 | 96 | 93 |
| Cuba | 100 | 99 | 100 | 100 | 99 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Curazao | | | | | | 100 | 96 | 90 | | |
| Dominica | 96 | 99 | 96 | 95 | 100 | 100 | 99 | 98 | 100 | 100 |
| Ecuador | 87 | 99 | 74 | 78 | 74 | 85 | 86 | 84 | 82 | 80 |
| El Salvador | 98 | 96 | 96 | 95 | 98 | 96 | 82 | 83 | 90 | 93 |
| Estados Unidos de América | 97 | 98 | 98 | 97 | 97 | 97 | 97 | 97 | 98 | 98 |
| Granada | 93 | 92 | 79 | 84 | 79 | 100 | 96 | 77 | 91 | 94 |
| Guatemala | 86 | 99 | 94 | 91 | 100 | 96 | 94 | 98 | 99 | 99 |
| Guyana | 100 | 100 | 100 | 98 | 100 | 100 | 99 | 97 | 97 | 96 |
| Haití | 89 | 100 | 83 | 90 | 100 | 98 | 100 | 92 | 92 | 97 |
| Honduras | 74 | 74 | 80 | 82 | 85 | 89 | 93 | 92 | 100 | 100 |
| Jamaica | 94 | 98 | 97 | 93 | 94 | 97 | 95 | 95 | 97 | 88 |
| Las Islas Caimán | 100 | 99 | 97 | 100 | 96 | | 97 | 97 | | |
| Las Islas Vírgenes Británicas | 90 | 92 | 99 | 84 | 85 | 94 | 94 | 71 | | |
| México | 83 | 89 | 93 | 83 | 92 | 84 | 90 | 93 | 96 | 100 |
| Montserrat | 100 | 86 | 83 | 96 | | 100 | 100 | 98 | | |
| Nicaragua | 88 | 97 | 100 | 97 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Panamá | 91 | 91 | 98 | 98 | 97 | 100 | 100 | 100 | 100 | 97 |
| Paraguay | 82 | 100 | 70 | 67 | 72 | 76 | 79 | 83 | 82 | 84 |
| Perú | 100 | 92 | 93 | 90 | 93 | 97 | 100 | 85 | 96 | 97 |
| República Dominicana (la) | 97 | 100 | 100 | 99 | 95 | 100 | 100 | 99 | 98 | 99 |
| Saba | 100 | | | | | | | | | |
| Saint Kitts y Nevis | 97 | 98 | 96 | 97 | 100 | 97 | 99 | 90 | 92 | 92 |
| San Eustaquio | 57 | | | | | | | | | |
| San Vicente y las Granadinas | 100 | 92 | 99 | 91 | 100 | 99 | 100 | 95 | 98 | 100 |
| Santa Lucía | 93 | 96 | 92 | 89 | 90 | 100 | 100 | 89 | 95 | 100 |
| Sint Maarten (Parte Holandesa) | | | | | | | 91 | 91 | | |
| Suriname | 87 | 94 | 95 | 93 | 72 | 93 | 95 | 90 | 92 | 90 |
| Trinidad and Tabago | 90 | 99 | 92 | 95 | 92 | 91 | 100 | 87 | 97 | 91 |
| Turcas y Caicos | 100 | 100 | 99 | 92 | 84 | 92 | 91 | 86 | | |
| Uruguay | 97 | 98 | 100 | 98 | 98 | 100 | 96 | | 97 | 99 |
| Venezuela (La República Bolivariana de | 67 | 65 | 56 | 73 | 73 | 85 | 84 | 95 | 100 | 98 |

<80% 80-89% 90-94% >=95%

*Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Immunization coverage throughout the life course in the Americas. Washington D.C.: OMS; 2025 [consultado el 2 de diciembre del 2025]. Disponible en: https://paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/ .*

En la **Figura 3** se presenta el comportamiento de las coberturas de DTP3 entre 2015 y 2024 en los países y territorios de la Región. Diecisiete países/territorios reportaron coberturas iguales o superiores al 95%, nueve países coberturas entre 90 y 94%, 12 países coberturas entre 80 y 89%, y siete países coberturas inferiores al 80%.

**Figura 3. Coberturas de vacunación de DTP3 entre los años 2015 – 2024 en países y territorios en la Región de las Américas.**

| País/Territorio | 2024 | 2023 | 2022 | 2021 | 2020 | 2019 | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anguila | 86 | 90 | 88 | 79 | 86 | 77 | 91 | 89 | | |
| Antigua y Barbuda | 97 | 97 | 99 | 92 | 96 | 99 | 95 | 95 | 92 | 100 |
| Argentina | 75 | 66 | 84 | 81 | 74 | 83 | 86 | 88 | 92 | 94 |
| Aruba | 95 | 96 | 94 | 93 | | 96 | 96 | 97 | | |
| Bahamas (las) | 90 | 87 | 87 | 86 | 83 | 89 | 90 | 94 | 94 | 100 |
| Barbados | 97 | 85 | 86 | 82 | 85 | 90 | 95 | 90 | 97 | 96 |
| Belice | 88 | 85 | 84 | 83 | 79 | 98 | 96 | 88 | 95 | 97 |
| Bermuda | 90 | 96 | 90 | 100 | 89 | 98 | 95 | 79 | | |
| Bolivia (El Estado Plurinacional de | 59 | 67 | 69 | 70 | 68 | 75 | 83 | 84 | 87 | 97 |
| Bonaire | 85 | | | | | | | | | |
| Brasil | 91 | 90 | 77 | 68 | 86 | 70 | 87 | 83 | 89 | 97 |
| Canadá | 92 | 92 | 92 | 92 | 92 | 91 | 91 | 91 | 91 | 95 |
| Chile | 95 | 96 | 96 | 95 | 93 | 96 | 95 | 93 | 95 | 97 |
| Colombia | 89 | 90 | 87 | 87 | 88 | 94 | 92 | 92 | 91 | 93 |
| Costa Rica | 99 | 99 | 95 | 93 | 97 | 95 | 94 | 96 | 97 | 93 |
| Cuba | 100 | 99 | 100 | 100 | 99 | 99 | 99 | 100 | 100 | 100 |
| Curazao | | | | | | 98 | 92 | 85 | | |
| Dominica | 90 | 56 | 82 | 92 | 96 | 99 | 94 | 91 | 99 | 100 |
| Ecuador | 87 | 96 | 70 | 72 | 70 | 85 | 85 | 85 | 83 | 80 |
| El Salvador | 95 | 96 | 95 | 97 | 89 | 96 | 81 | 85 | 93 | 93 |
| Estados Unidos de América | 95 | 94 | 94 | 94 | 93 | 94 | 94 | 94 | 95 | 98 |
| Granada | 93 | 86 | 77 | 77 | 72 | 92 | 95 | 83 | 96 | 94 |
| Guatemala | 81 | 88 | 81 | 80 | 90 | 88 | 85 | 91 | 83 | 99 |
| Guyana | 100 | 100 | 100 | 98 | 100 | 99 | 95 | 97 | 97 | 96 |
| Haití | 85 | 96 | 73 | 73 | 83 | 79 | 94 | 85 | 84 | 97 |
| Honduras | 75 | 73 | 78 | 77 | 80 | 88 | 91 | 90 | 100 | 100 |
| Jamaica | 99 | 100 | 98 | 90 | 96 | 96 | 97 | 93 | 99 | 88 |
| Las Islas Caimán | 93 | 96 | 99 | 92 | 85 | | 93 | 95 | | |
| Las Islas Vírgenes Británicas | 100 | 87 | 100 | 84 | 87 | 88 | 92 | 82 | | |
| México | 78 | 85 | 83 | 78 | 86 | 82 | 88 | 85 | 93 | 100 |
| Montserrat | 100 | 100 | 98 | 100 | | 100 | 87 | 100 | | |
| Nicaragua | 95 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Panamá | 72 | 71 | 82 | 87 | 74 | 88 | 88 | 81 | 86 | 97 |
| Paraguay | 80 | 89 | 57 | 58 | 67 | 74 | 76 | 79 | 80 | 84 |
| Perú | 99 | 84 | 82 | 82 | 72 | 88 | 97 | 79 | 90 | 97 |
| República Dominicana (la) | 87 | 90 | 88 | 84 | 82 | 89 | 94 | 84 | 87 | 99 |
| Saba | 87 | | | | | | | | | |
| Saint Kitts y Nevis | 97 | 96 | 96 | 96 | 99 | 97 | 98 | 98 | 98 | 92 |
| San Eustaquio | 19 | | | | | | | | | |
| San Vicente y las Granadinas | 100 | 94 | 99 | 92 | 100 | 100 | 97 | 100 | 100 | 100 |
| Santa Lucía | 100 | 74 | 81 | 80 | 86 | 92 | 95 | 80 | 95 | 100 |
| Sint Maarten (Parte Holandesa) | | | | | | | 89 | 100 | | |
| Suriname | 83 | 86 | 91 | 86 | 65 | 91 | 95 | 81 | 91 | 90 |
| Trinidad and Tabago | 92 | 96 | 93 | 94 | 96 | 93 | 100 | 89 | 97 | 91 |
| Turcas y Caicos | 89 | 100 | 99 | 92 | 84 | 93 | 93 | 93 | | |
| Uruguay | 94 | 95 | 94 | 91 | 92 | 94 | 91 | | 95 | 99 |
| Venezuela (La República Bolivaria | 62 | 54 | 43 | 56 | 54 | 64 | 60 | 66 | 84 | 98 |

<80% 80-89% 90-94% >=95%

*Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Immunization coverage throughout the life course in the Americas. Washington D.C.: OMS; 2025 [consultado el 2 de diciembre del 2025]. Disponible en: https://paho-cim.shinyapps.io/immunization-dashboard/.*

**Resumen de la situación por países seleccionados de la Región de las Américas**

A continuación, se presenta un resumen de la situación en diez países seleccionados de la Región de las Américas que reportaron aumento de casos de tosferina durante el 2025 en comparación con los años previos, los cuales se encuentran listados en orden alfabético.

En **Argentina**, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y hasta la SE 47 del 2025 se notificaron 688 casos confirmados de tosferina, incluyendo siete defunciones. Del total de casos confirmados 586 fueron confirmados por laboratorio. La incidencia acumulada es de 1,45 casos por cada

100.000 habitantes. Los casos confirmados durante 2025 superan las cifras registradas para el mismo período desde 2020. Los casos confirmados se registraron en 20 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observa en la Región Centro (n= 515 casos), con predominio de notificaciones en la provincia de Buenos Aires (n= 342 casos) y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n= 67 casos). En la Región Sur se confirmaron 145 casos, principalmente vinculados a un brote en curso en Tierra del Fuego. El grupo de edad más afectado son los menores de un año (n= 252 casos) con el 36,7% de los casos, seguido del grupo de 1 a 4 años (n= 116 casos) con el 16,9%. La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde a mujeres con 52% (n= 359 casos).

En **Brasil**, desde la SE 1 y hasta la SE 46 del 2025 fueron reportados en el Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN por sus siglas en portugués), 2.485 casos confirmados de tosferina, incluyendo 11 defunciones. Este ha sido el segundo año con mayor número de casos notificados en el país desde 2019, siendo 2024 el año con mayor número de casos. De los estados con casos confirmados de tosferina, el mayor número de casos se registra en Minas Gerais (n= 522 casos, incluyendo una defunción), seguido por São Paulo (n= 425 casos, incluyendo dos defunciones), Rio Grande do Sul (n= 292 casos, incluyendo una defunción) y Paraná (n = 288 casos). El grupo de edad más afectado son los menores de un año (n= 733 casos) con el 29,5%, de los casos, de estos, el 61% (n= 454 casos) corresponde a niños menores de 6 meses. El segundo grupo de edad más afectado fue el de 1 a 4 años (n= 588 casos) con el 23,6%. La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde a mujeres con 55% (n=1.369 casos).

En **Chile**, en 2025 y hasta la SE 47, se han confirmado 2.424 casos de tosferina, con una tasa de incidencia acumulada de 12 casos por 100.000 habitantes. Se han notificado casos en todas las regiones del país, observándose mayores tasas de incidencia en las regiones del sur. Destacan Los Lagos, con una tasa de 43,2 por 100.000 habitantes, seguida por Biobío (24,2 por 100.000) y la Región Metropolitana (12,9 por 100.000). El resto de las regiones presentan tasas similares o inferiores a la nacional. Los grupos de edad más afectados son los menores de 1 a 4 años, con el 32% de los casos (n= 783), seguido por el grupo de 5 a 9 años, con el 31% (n= 751). En relación con la caracterización de los casos, el 56% corresponde a mujeres.

En **Colombia**, desde la SE 1 hasta la SE 47 del 2025 se reportaron 919 casos confirmados de tosferina, incluyendo 16 defunciones, con una incidencia nacional de 1,73 casos por cada 100.000 habitantes, siendo el 2025 el año con mayor número de casos reportados en Colombia desde el 2019. De los departamentos y distritos con casos confirmados de tosferina, las que concentran el mayor número son Bogotá distrito capital (n= 290 casos, incluyendo cuatro defunciones) y Antioquia (n= 222 casos, incluyendo seis defunciones) con incidencias de 3,65 y 3,19 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. El grupo de edad más afectado es el de los menores de un año (n= 345 casos) con el 37,5%, seguido del grupo de 1 a 4 años (n= 162 casos) con el 17,6%. La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde a mujeres con 50,5% (n= 465 casos).

Durante el 2025 se han confirmado 106 casos de tosferina en población indígena, distribuidos en 25 municipios de 12 departamentos y un distrito, siendo Urrao (Antioquia) el municipio con mayor número de casos (n= 29), seguido de Bagadó (Chocó) (n= 15) y Bogotá distrito capital (n= 6).

En **Ecuador**, desde la SE 1 y hasta la SE 47 del 2025, se han notificado un total de 2.751 casos de tosferina, incluyendo 48 defunciones. El mayor número de casos confirmados se registra en la provincia de Manabí (n= 908 casos), seguida por Pichincha (n= 452 casos) y Guayas (n= 370 casos). El grupo de edad más afectado son los menores de un año (n= 934 casos) con el 33.5%, seguido

del grupo de 1 a 4 años (n= 533 casos) con el 19.3%. La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde a mujeres con 51% (n= 1.393 casos).

En los **Estados Unidos de América**, entre la SE 1 y la SE 46 del 2025, se notificaron 25.057 casos confirmados y probables de tosferina, incluyendo 13 defunciones. La actividad de tosferina aumentó considerablemente en 2024, con el mayor número de casos registrados desde 2012. Los casos alcanzaron su punto máximo a nivel nacional en noviembre de 2024, pero siguen siendo elevados en 2025 en comparación con los datos previos a la pandemia. Los estados con el mayor número de casos confirmados y probables de tosferina en 2025 son Washington (n= 2.003 casos), California (n= 1.585 casos) y Florida (n= 1.422 casos). Los grupos de edad más afectados son los de 11 a 19 años, con el 27 % de los casos, y los de 1 a 6 años, con el 26 %. Las muertes se registraron principalmente en niños menores de 1 año (n = 9 defunciones).

En **México**, entre la SE 1 y hasta la SE 48 del 2025, se reportaron 1.561 casos confirmados de tosferina incluyendo 71 defunciones, los casos se registraron en 31 entidades federales del país. La incidencia acumulada es de 1,17 casos por cada 100.000 habitantes. Los casos reportados durante 2025 superan las cifras registradas en los últimos diez años en el país (13). Las entidades federales con el mayor número de casos confirmados son Ciudad de México (n= 154 casos, incluyendo diez defunciones), Chihuahua (n= 146 casos, incluyendo siete defunciones), Nuevo León (n= 141 casos, incluyendo siete defunciones) y Aguascalientes (n= 102 casos, incluyendo dos defunciones). El grupo edad más afectado son los menores de un año (n= 507 casos) con el 32,5%, seguido del grupo de 1 a 4 años (n= 140 casos) con el 9%. La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde a mujeres con 57% (n= 895 casos) que en hombres.

En **Panamá**, entre la SE 1 y hasta la SE 46 del 2025, se notificaron 30 casos confirmados de tosferina, incluyendo una defunción. Del total de casos confirmados, 29 fueron confirmados por laboratorio y un caso por nexo epidemiológico. La incidencia acumulada es de 0,6 casos por cada 100.000 habitantes. Los casos reportados durante 2025 superan las cifras registradas desde el 2019 en el país. Los casos se registraron en tres provincias y una comarca. Las provincias y comarcas con casos confirmados son Ngäbe Buglé (n= 16 casos, incluyendo una defunción), Panamá (n= 12 casos), Panamá Oeste (n= 1 caso), y Colón (n= 1 caso). Según el grupo de edad el más afectado corresponde a niños de 1 a 4 años (n= 10 casos) con el 33,3%, seguido del grupo de 15 años y más (n= 8 casos) con el 26,7% y los menores de un año (n= 5 casos) con el 16,7%. La distribución por sexo muestra que la mayor proporción de casos corresponde a mujeres con 63% (n= 19 casos). Los casos registrados en la comarca de Ngäbe Buglé corresponden principalmente a un brote en los corregimientos de Soloy, Emplanada de Chorcha y Boca de Balsa del distrito de Besikó. Dentro de este brote, el grupo de edad más afectado son los niños de 1 a 4 años (n= 7 casos) con el 43.8%, seguido del grupo de 5 a 9 años (n= 3 casos) con el 18.7%.

En **Paraguay**, entre la SE 1 y hasta la SE 46 del 2025, se notificaron 70 casos confirmados de tosferina incluyendo seis defunciones con una tasa de letalidad del 9% y una tasa de mortalidad infantil de 0,062 por cada 1.000 nacidos vivos. Del total de casos, 65 casos fueron confirmados por laboratorio y cinco por nexo epidemiológico. La incidencia acumulada es de 1,09 casos por cada 100.000 habitantes. De los 70 casos confirmados, el 59% (n= 41) requirió hospitalización. Los casos reportados durante 2025 superan las cifras registradas desde el 2018 en el país. Los casos se registraron en 11 departamentos y en la capital, Asunción. Entre los departamentos y el distrito capital, el mayor número de casos confirmados se registra en Central (n= 32 casos, incluyendo dos defunciones), Asunción Capital (n= 13 casos), Alto Paraná (n= 9 casos), Paraguarí (n= 3 casos) y San Pedro Norte (n= 3 casos, incluyendo una defunción). El grupo de edad más afectado son los menores de 1 año con el 44% de los casos (n= 31 casos, incluyendo seis

defunciones), seguido del grupo de 1 a 4 años (n= 15 casos) con el 21%. La distribución es equitativa en cuanto al sexo.

En **Perú**, entre la SE1 y hasta la SE 47 del 2025, se notificaron 3.200 casos confirmados de tosferina, incluyendo 49 defunciones. La incidencia acumulada es de 9,41 casos por cada 100.000 habitantes. Los casos reportados durante 2025 superan las cifras registradas desde el 2013 en el país. Los casos se registraron en 21 departamentos del país; con un mayor número de notificaciones en los departamentos de Loreto (n= 2.574 casos, incluyendo 36 defunciones), Lima (n= 183 casos, incluyendo cinco defunciones), Puno (n= 78 casos, incluyendo una defunción), Cajamarca (n= 47 casos, incluyendo dos defunciones) y Arequipa (n= 43 casos). Los casos registrados en el departamento de Loreto corresponden principalmente a un brote en comunidades indígenas en la provincia del Datem del Marañón. La distribución por grupos de edad a nivel nacional muestra que el 31% (n= 983 casos) corresponde al grupo de 1 a 4 años, el 28% (n= 907 casos) al grupo de 5 a 11 años y el 15% (n= 482 casos) a menores de un año. El 50.5% (n= 1.617) del total de los casos ocurrieron en mujeres.

*Fuente:* *https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-tosferina-coqueluche-region-americas-8-diciembre-2025*

## VIII.5. Influenza estacional - Situación mundial

*Recibido a través del CNE el 10/12/2025*

A nivel mundial, la actividad de influenza ha aumentado desde octubre de 2025, con los virus de influenza A como predominantes entre los detectados globalmente.

En muchos países del hemisferio norte, los niveles de infección respiratoria aguda aumentan en esta época del año. Estos incrementos suelen deberse a epidemias estacionales de patógenos respiratorios como influenza, virus sincicial respiratorio (VSR) y otros virus respiratorios comunes. El momento exacto de inicio, la duración, la magnitud y la gravedad de cada epidemia pueden variar según la ubicación, influenciados por múltiples factores como los tipos de virus en circulación (incluyendo influenza y otros patógenos respiratorios), la inmunidad relativa de la población y las condiciones ambientales.

En el hemisferio norte, algunos países han reportado un inicio temprano de la temporada de influenza. En otros, la actividad de influenza está empezando a aumentar, pero aún no ha alcanzado el umbral epidémico.

En el hemisferio sur, algunos países han tenido temporadas inusualmente prolongadas en comparación con años anteriores, con actividad viral que se ha mantenido más alta de lo habitual en los últimos meses.

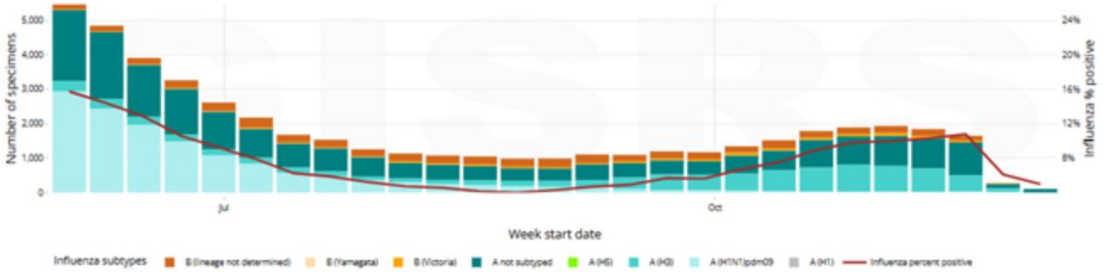
La vigilancia y el monitoreo global de influenza se realizan a través del Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Influenza (GISRS), una red coordinada por la OMS que incluye más de 160 instituciones en 131 Estados Miembros. El GISRS tiene la tarea de realizar vigilancia continua durante todo el año, monitorear los virus de influenza y servir como mecanismo de alerta global para la aparición de nuevos virus de influenza y otros patógenos respiratorios con potencial pandémico.

En los países, zonas y territorios templados y subtropicales del hemisferio norte, la actividad de influenza fue generalmente baja entre junio y agosto de 2025. La actividad aumentó gradualmente en septiembre y continuó en ascenso durante noviembre de 2025. Los virus de influenza A, especialmente los A(H3N2), predominaron en este período.

En los países, zonas y territorios templados y subtropicales del hemisferio sur, la actividad de influenza disminuyó en general desde junio de 2025 y se mantuvo baja hasta agosto. Sin embargo, se ha observado un leve incremento desde septiembre. Los virus A(H1N1)pdm09 predominaron en junio y julio; sin embargo, desde septiembre predominan los virus A(H3N2).

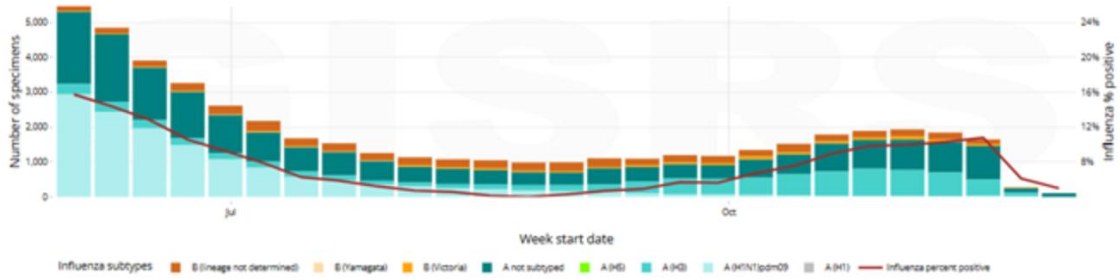
En las zonas tropicales, ha habido actividad sostenida de influenza entre junio y noviembre. Los virus A(H1N1)pdm09 predominaron hasta julio. Desde entonces, la proporción de virus A(H3N2) entre las detecciones reportadas ha aumentado y se ha convertido en el subtipo predominante desde finales de septiembre.

**Figura 1. Detecciones virales por subtipo reportadas a FluNet, del 1 de junio al 30 de noviembre de 2025 para los países, áreas y territorios templados y subtropicales del hemisferio norte.**



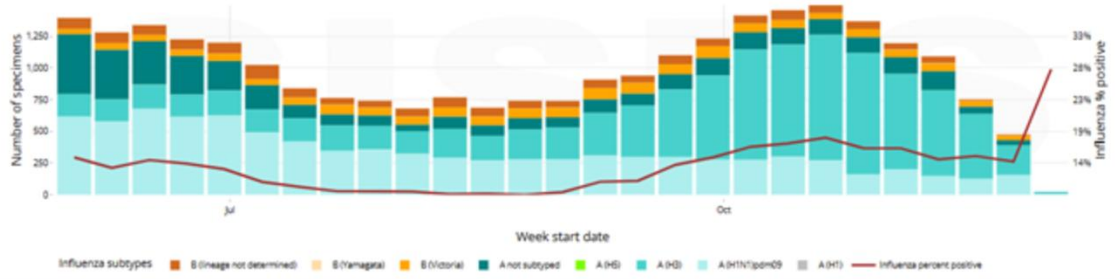

*Fuente: GISRS: https://worldhealthorg.shinyapps.io/flunetchart/*

**Figura 2. Detecciones de virus por subtipo reportadas a FluNet, del 1 de junio al 30 de noviembre de 2025, para los países, áreas y territorios templados y subtropicales del hemisferio sur.**




Fuente: GISRS: *https://worldhealthorg.shinyapps.io/flunetchart/*

**Figura 3. Detecciones de virus por subtipo reportadas a FluNet, del 1 de junio al 30 de noviembre de 2025, para los países, áreas y territorios tropicales.**




*Fuente: GISRS: https://worldhealthorg.shinyapps.io/flunetchart/*

## I.1.A. CARACTERÍSTICAS GENÉTICAS DE LOS VIRUS RECIENTES DE INFLUENZA ESTACIONAL

Los virus de influenza A(H1N1)pdm09 y de influenza B linaje Victoria continúan circulando en todas las regiones, aunque en niveles bajos.

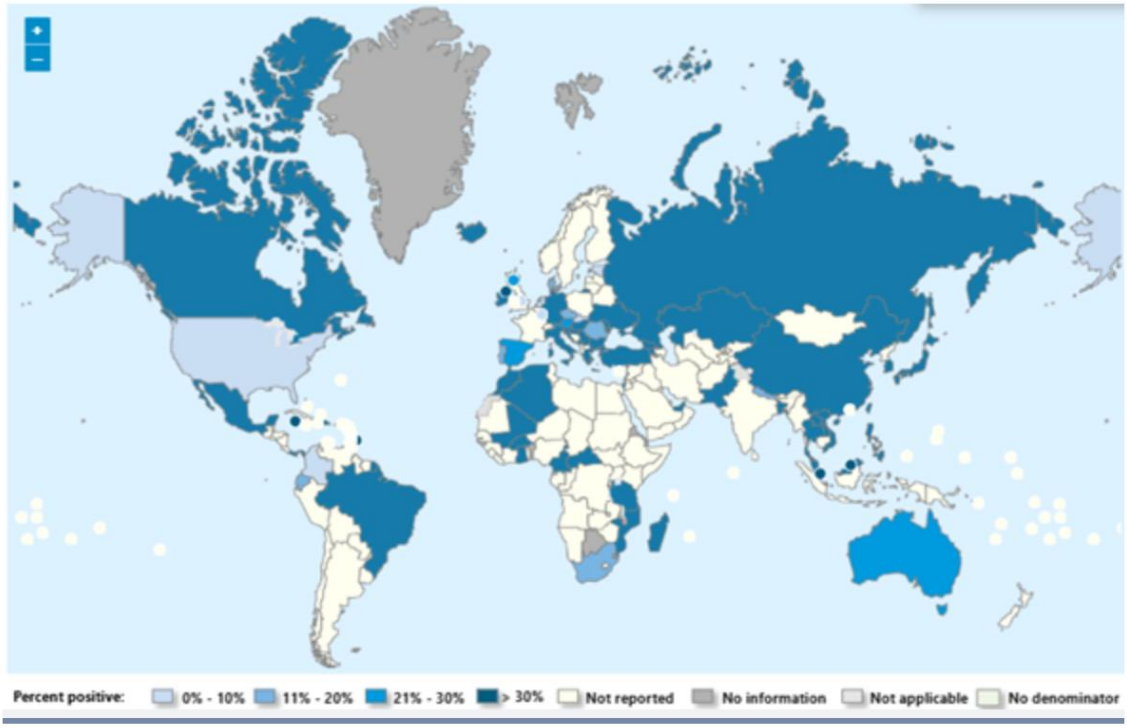
***Virus de influenza A(H3N2)***

Según los datos de secuenciación genética disponibles en GISAID, actualmente circula globalmente una mezcla de clados y subclados de hemaglutinina (HA) de A(H3N2). Sin embargo, se ha observado un aumento reciente y rápido de un subclado particular de A(H3N2), J.2.4.1 (también denominado subclado K según la nomenclatura de Nextclade/Nextstrain).

Los virus del subclado K han experimentado deriva genética respecto de los virus J.2.4 relacionados y presentan varios cambios de aminoácidos en su HA en comparación. Las detecciones de virus del subclado K están aumentando en muchas partes del mundo, con la excepción, hasta la fecha, de América del Sur.

Los virus del subclado K fueron particularmente evidentes desde agosto de 2025 en Australia y Nueva Zelanda, y ya se han detectado en más de 34 países durante los últimos seis meses.

**Figura 4. Porcentaje de positividad para influenza A(H3N2) notificado para la semana epidemiológica 48 (24 al 30 de noviembre de 2025).**




*Fuente: GISRS: https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-surveillance-outputs*

**Panorama general de la influenza estacional por Región**

**Región de África**

Las detecciones de influenza en la Región de África de la OMS aumentaron en octubre, con predominio de influenza A(H3N2). El momento de inicio y el virus predominante variaron según la zona.
En la parte occidental de la región, las detecciones de influenza aumentaron en septiembre y octubre, con predominio de A(H3N2) desde octubre. En las zonas central y oriental, se han detectado continuamente todos los subtipos estacionales. La actividad de influenza alcanzó su pico en mayo de 2025 en Sudáfrica, casi exclusivamente con detecciones de A(H3N2). En semanas recientes, la actividad aumentó levemente pero se mantuvo baja.

**Región del Mediterráneo Oriental**

Aunque la actividad de influenza en la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS aumentó en octubre con predominio de A(H3N2), se observaron variaciones entre zonas. En los países del norte de la región, las detecciones aumentaron en octubre con predominio de influenza A(H1N1)pdm09 y, en menor medida, detecciones de A(H3N2) y virus influenza B.En la Península Arábiga, también se observó un aumento en las detecciones de influenza en octubre, pero con predominio de influenza A(H3N2).

**Región de Europa**

Al 21 de noviembre de 2025, las tasas reportadas de enfermedad similar a influenza (ILI) y/o infección respiratoria aguda (IRA) en atención primaria se encontraban en niveles basales en la mayoría de los países y áreas de la Región Europea de la OMS. Sin embargo, las detecciones estaban aumentando y la positividad de pruebas en vigilancia centinela superó el 10% en las semanas 45 y 46 (que culminaron el 15 de noviembre), marcando el inicio de la temporada de influenza 2025/26 en la región.

Esto fue aproximadamente cuatro semanas antes del valor mediano usual, aunque no fuera de lo esperado, y con tendencias epidemiológicas similares a la temporada 2022/23.

La actividad de influenza varió entre países, con incrementos más tempranos en los países del oeste de la región en comparación con otros. Las hospitalizaciones, detecciones y la positividad en vigilancia hospitalaria también estaban aumentando por encima de los niveles inter-estacionales, con una mayor proporción de personas de 65 años o más. La mayoría de las detecciones, tanto en vigilancia centinela como no centinela, correspondieron a virus A(H3N2).

**Región de las Américas**

Durante la temporada 2025 del hemisferio sur en las Américas, la transmisión de influenza superó el umbral estacional a mediados de marzo y luego se mantuvo en niveles bajos a moderados.
La circulación fue impulsada por influenza A(H1N1)pdm09, alcanzando una positividad máxima del 19%.

La actividad descendió a niveles bajos hasta finales de agosto, cuando se observó un aumento

asociado a influenza A(H3N2) en Brasil y Chile. A comienzos de noviembre, Chile mantenía niveles moderados de transmisión por A(H3N2), sin evidencia de mayor gravedad ni incremento en consultas ambulatorias. Al 4 de noviembre de 2025, el subclado K no había sido detectado en América del Sur.

En los países del hemisferio norte de la región, durante la semana 45 de 2025, la circulación de influenza estacional permanecía baja, con A(H1N1)pdm09 predominante en el Caribe y Centroamérica.
En América del Norte, la actividad de influenza —aunque aún baja— estaba aumentando, impulsada principalmente por detecciones de virus influenza A. Mientras que en México predominaba A(H1N1)pdm09, en Estados Unidos y Canadá se observaba predominio de A(H3N2), con un aumento de detecciones del subclado K.

**Región de Sudeste Asiático**

Las detecciones de influenza en la región comenzaron a aumentar en junio, alcanzaron su pico en agosto y desde entonces se mantuvieron generalmente bajas, con algunas excepciones. Durante 2025 hasta noviembre, la proporción de influenza A entre todos los virus influenza positivos fue del 66%. El subtipo predominante fue **A(H3N2) (43%)**, seguido de A(H1N1)pdm09 (~20%). En Tailandia, las detecciones —principalmente A(H3N2)— aumentaron en octubre y noviembre.
También se observaron aumentos de A(H3N2) desde julio en Bangladesh y desde octubre en Sri Lanka. Aunque la región ha mostrado un incremento de A(H3N2), se han reportado 22 secuencias del subclado K en GISAID hasta el 30 de noviembre, provenientes de Nepal (1), India (4), Tailandia (17).

**Región del Pacífico Occidental**

Desde principios de octubre de 2025, la actividad de influenza estacional ha aumentado en la Región del Pacífico Occidental. En varios países, incluidos Japón y la República de Corea, el inicio del periodo típico de actividad gripal ocurrió antes que en años previos. Al 9 de noviembre de 2025, la positividad de influenza oscilaba entre 8% y 56% en los países del hemisferio norte de la región. En los países del hemisferio sur, la actividad mostraba tendencias mixtas; la positividad disminuyó en Australia, se mantuvo alta en Nueva Zelanda, aumentó rápidamente en Fiji. La actividad elevada en Nueva Zelanda y Fiji es inusual para esta época del año.

El subtipo predominante circulante es **A(H3N2)**, marcando un cambio respecto de A(H1N1)pdm09, que predominó durante el invierno 2024–2025 del hemisferio norte. El aumento de la influenza ha sido impulsado principalmente por la expansión del subclado K, que representa 89% de las secuencias enviadas a GISAID desde esta región al 21 de noviembre de 2025.

*Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON586*

## VIII.6. Nota informativa: Influenza A(H3N2) subclado K (J.2.4.1), consideraciones para la Región de las Américas

*Recibido a través del CNE el 11/12/2025*

El 4 de diciembre del 2025, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) informó a través de su alerta epidemiológica que, en los últimos meses, la circulación del virus A(H3N2) subclado K (J.2.4.1) ha aumentado rápidamente en Europa y en varios países del este de Asia. Los virus A(H3N2) del subclado K han derivado genéticamente de los virus J.2.4 relacionados, y en un proceso de evolución natural han acumulado varios cambios de aminoácidos en su hemoaglutinina, en comparación con los virus J.2.4 que circularon previamente.

En Europa, la actividad de influenza comenzó antes de lo habitual y el subclado K representó casi la mitad de las secuencias reportadas entre mayo y noviembre de 2025. Hasta el momento, no se ha documentado un cambio significativo en la gravedad clínica, en términos de hospitalización, ingresos a cuidados intensivos, o defunciones. No obstante, las temporadas dominadas por el subtipo A(H3N2) suelen asociarse con mayor gravedad, especialmente entre las personas mayores.

En la Región de las Américas, específicamente en la subregión de América del Norte, se observó un incremento sostenido, principalmente debido a la influenza de tipo A. En efecto, 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).

El 10 de diciembre del 2025, la OMS a través de su publicación en el Sitio de Brotes Epidémicos, informó que en los datos de secuencias genéticas disponibles en la Iniciativa Global para Compartir todos los Datos de la Gripe (GISAID, por sus siglas en inglés), se está observando un aumento importante del subclado K en muchas partes del mundo, con la excepción, hasta la fecha, de América del Sur.

Los países del este de Asia, que ahora registran una disminución de la circulación de influenza A(H3N2), no han reportado una gravedad mayor de la enfermedad hasta la fecha. Los análisis filogenéticos de las cepas del subclado K de A(H3N2) que circulan en estos países sugiere que no son diferentes de las presentes en los países de Europa.

A pesar de las diferencias antigénicas observadas en el subclado K de A(H3N2), los datos preliminares de efectividad vacunal muestran que la protección contra hospitalizaciones se mantiene en niveles similares a temporadas previas (≈70–75% en niños y 30–40% en adultos).

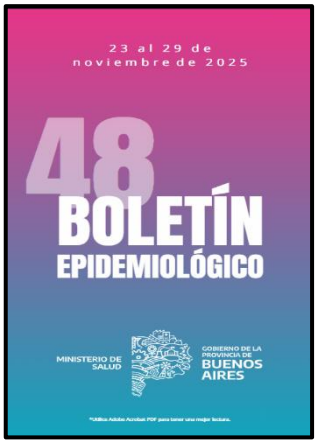
*Fuente:* https://www.paho.org/es/documentos/nota-informativa-influenza-ah3n2-subclado-k-j241-consideraciones-para-region-americas-11

# DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

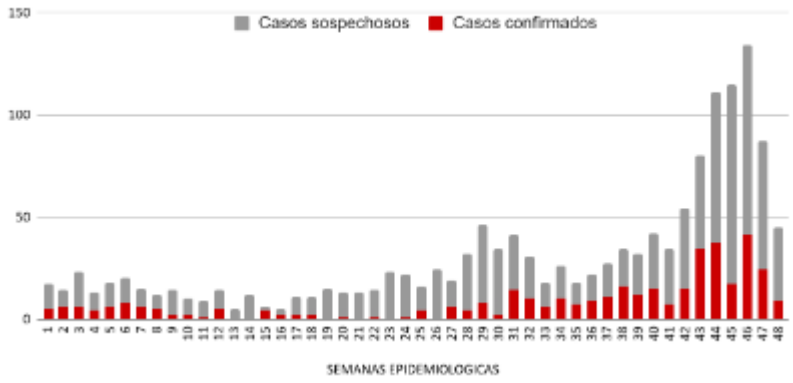
# IX. Boletines Jurisdiccionales

## IX.1. Buenos Aires: Coqueluche

Durante el 2025 hasta el 29/11 (SE 48) de 2025 se notificaron 1.451 casos sospechosos de coqueluche: 387 fueron confirmados y el resto permanece como sospechoso. La curva de casos presentó un pico en la semana 46 con descenso en las últimas dos semanas.




**Casos notificados por semana epidemiológica según clasificación. SE 1 a 48 de 2025. n=1.451**



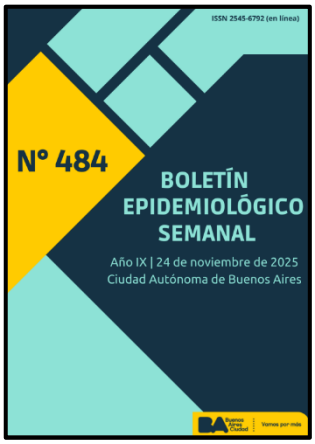

*Fuente. SNVS 2.0. Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.*

Para más información:

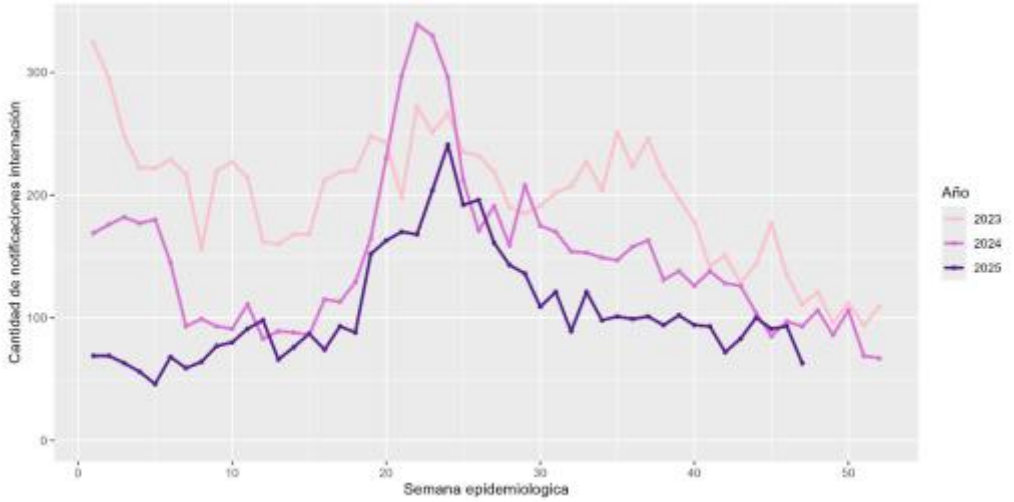
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

## IX.2. CABA: Eventos respiratorios de abordaje en internación

Se observa que el año 2024, así como el 2023 ha iniciado con un incremento de la notificación de eventos respiratorios asociados a internación -la cual se asocia a COVID-19, como se verá más adelante, que luego ha descendido, que luego se ha registrado en el otoño de 2024 una elevación de los casos asociadas especialmente a influenza, que luego ha descendido, ubicándose actualmente para 2025 en niveles inferiores a los registrados en esta época del año para 2023 y 2024.




**Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias en eventos asociados a internación. Residentes CABA. Años 2023-24-25 (N = 22945)**



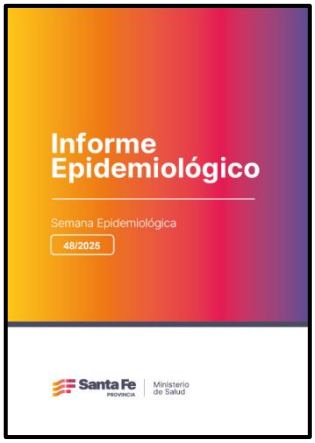

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0*

Para más información:

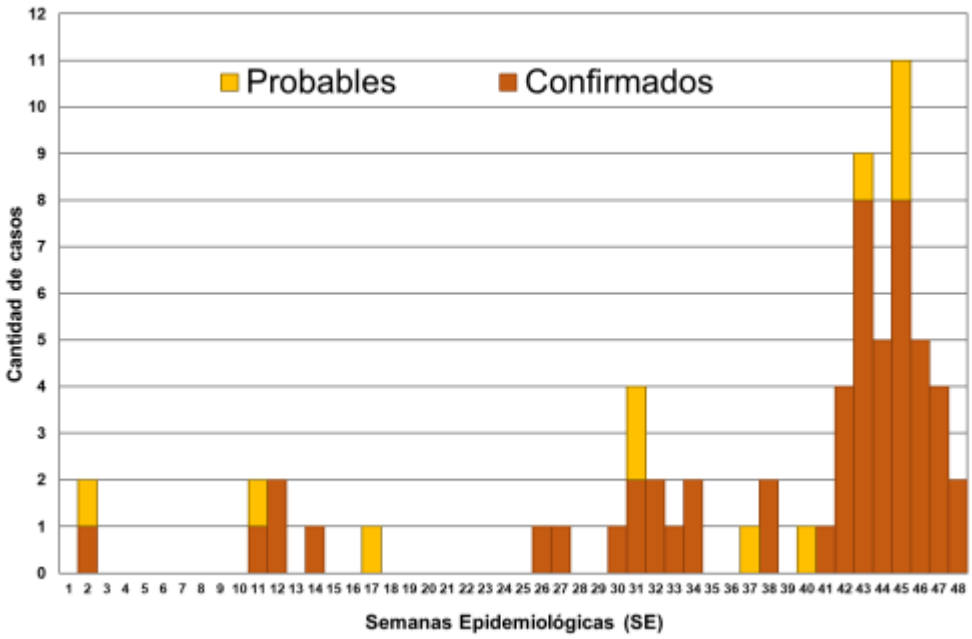
https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2025

## IX.3. Santa Fe: Coqueluche

En la Provincia de Santa Fe entre la SE 1 y 48 de 2025, se notificaron un total de 283 casos al evento de Coqueluche, de los cuales 54 se confirmaron y 11 se clasificaron como probables. De los 54 casos confirmados, 44 casos (81,5%) corresponden al departamento Rosario, 3 casos (5,6%) al departamento La Capital, 2 casos (3,7%) al departamento General López, 2 casos (3,7%) al departamento Constitución, un caso (1,8%) al departamento Caseros, un caso (1,8%) al departamento Castellanos y un caso (1,8%) al departamento Belgrano. A continuación, se presenta la distribución de los casos confirmados y probables según clasificación manual.




**Distribución de casos confirmados (n= 54) y probables (n= 11) según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 48. Año 2025. N= 65.**



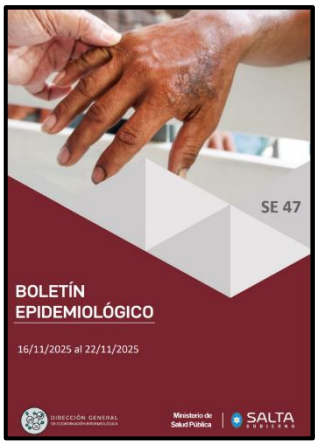

*Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).*

Para más información:

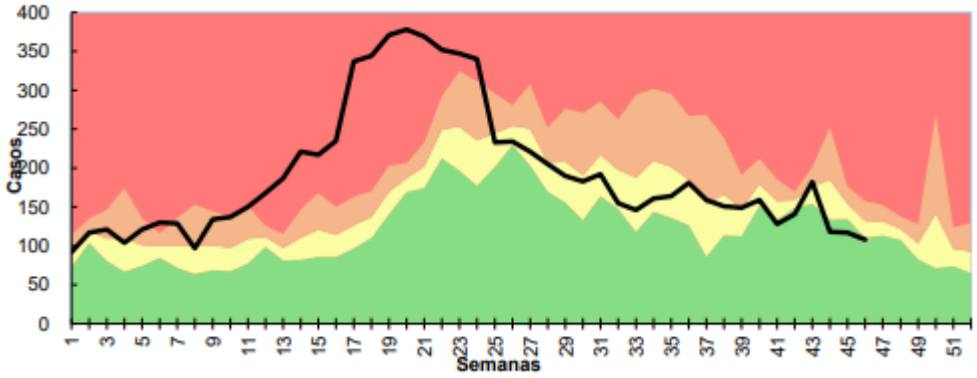
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/%28subtema%29/93802

## IX.4. Salta: Neumonía

En las notificaciones de neumonía, se observa una disminución con respecto a la semana anterior, el corredor endémico continua en zona de éxito. En la SE 46 se notificaron 71 casos de Neumonía.




**Corredor endémico semanal de neumonia años: 2018 a 2024. Se 46 de 2025. Provincia de salta. (n=8.947*)**



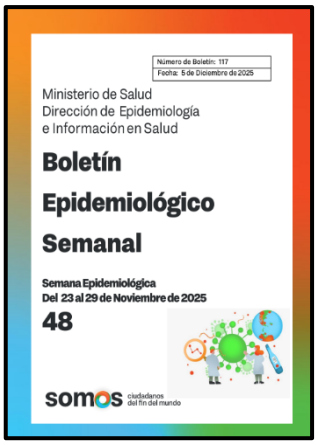

*Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este grafico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga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

Para más información:

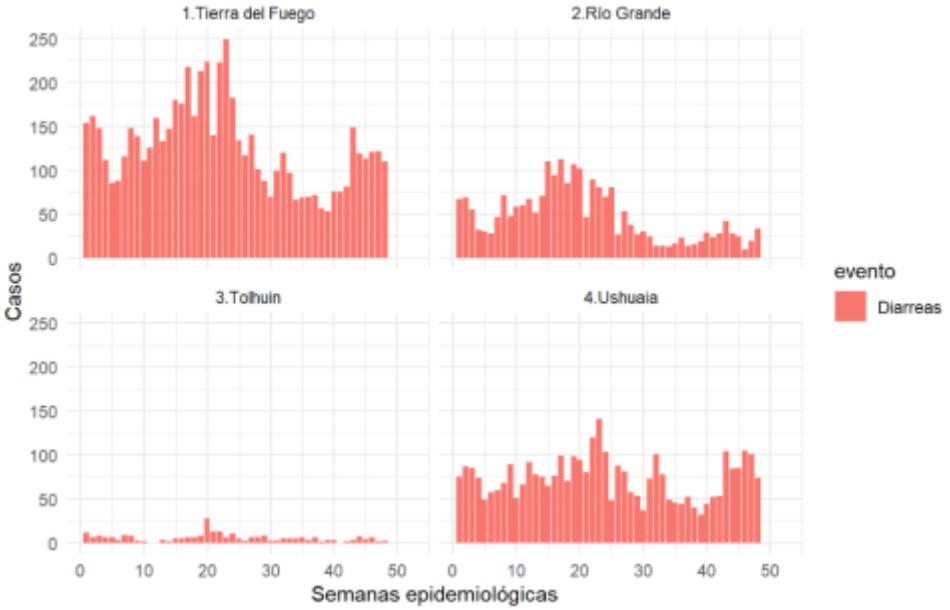
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

## IX.5. Tierra del Fuego: Diarreas

Hasta la semana epidemiológica (SE) 48 en 2025 se notificaron 6.481 casos de diarrea aguda en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2024, se observa una disminución del 23 ,7 % de los casos registrados a nivel provincial.




**Diarreas agrupadas, años 2024 y 2025**




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

Para más información:

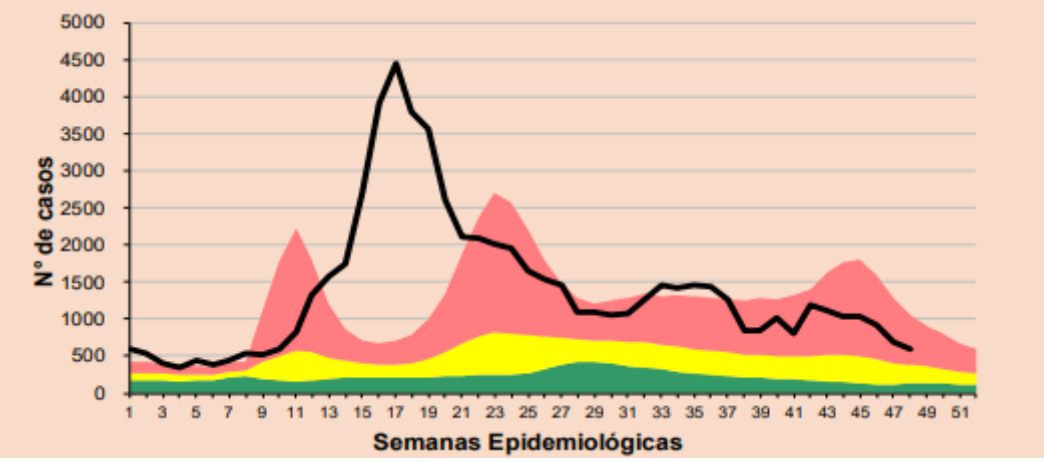
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/boletines-provinciales/

## IX.6. Tucumán: Enfermedad tipo influenza (ETI)

Las infecciones respiratorias agudas son comúnmente causadas por influenza y otros virus respiratorios, ocurren durante todo el año con picos epidémicos. Debido a su morbilidad, se han establecido estrategias para el monitoreo permanente. En la semana epidemiológica 48 se registraron 590 casos para este evento.




**Corredor endémico de Enfermedad Tipo Influenza - SE 48. Provincia de Tucumán. Año 2025**




*Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología*

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

# **HERRAMIENTAS**
# PARA VIGILANCIA

# X. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **diciembre** 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** |
| Diciembre | Latrodectus (Latrodectismo) | Clínica | Signos y síntomas | Se adiciona: “trismo” |
| | Sífilis | Clínica | Tratamiento | Se adiciona: “Doxiciclina 100 mg (tto. alternativo por alergia)” |
| | | Laboratorio | Resultado | Se adicionaron las siguientes opciones: "Reactivo 1 dils”, “Reactivo 2 dils”, “Reactivo 4 dils”, “Reactivo 8 dils", “Reactivo 16 dils”, “Reactivo 32 dils”, “Reactivo 64 dils”, “Reactivo 128 dils”, “Reactivo 256 dils”, “Reactivo 512 dils”, “Reactivo 1024 dils” |
| | Tuberculosis | Clínica | Comorbilidades | Se adiciona: “Sin comorbilidades” |
| | Araneismo - Latrodectus | Clínica | Diagnóstico referido/Constatado | Se adiciona: “Leve”, “Moderado” y “Grave” |
| | Araneismo - Phoneutria | Clínica | Diagnóstico referido/Constatado | Se adiciona: “Leve” y “Moderado” |