



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO
NACIONAL

Nº 778

Semana epidemiológica 41
AÑO 2025
Desde 05/09 al 11/10
Fecha de publicación
20/10/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA



AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaría de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

Dengue y otros Arbovirosis

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

El Servicio Meteorológico Nacional.

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

Actualización informe epidemiológico Coqueluche

Del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Control de Enfermedades inmunoprevenibles y la Dirección de Salud Perinatal, Niñez y Adolescencias. Del INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”: el Departamento de Epidemiología y el Servicio Bacteriología Clínica.

Del Ministerio de Salud de Tierra del Fuego, la Dirección de Epidemiología e Información en Salud.

Vigilancia de Influenza Aviar

Del Ministerio de Salud de la Nación, la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmisibles, Del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”, Departamento de Virología y Departamento de Epidemiología, SENASA y Ministerio de Salud de PBA.

Vigilancia de Infecciones Respiratorias

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

Componen la Dirección de Epidemiología: Altschuler Ailén, Amatto María Belén, Amelotti Rina Lucía, Antman Julián Gustavo, Appeceix Ailen Lihuel, Avalos Andrea Karina, Bertaccini Dario Gabriel, Bidart María Laura, Bonifacio Carlos, Cáceres Estefanía, Caparelli Mariel, Caruso Stefanini Margarita, Casal Javier, Casas Natalia, Castell Soledad, Chantefort Lucía, Chaves Karina Lorena, Couto Esteban, Di Pinto Ignacio, Diaz Morena, Echenique Arregui Alexia, El Ahmed Yasmin Dalal, Faedo María Guadalupe, Fernández Gabriela, Fernández María Susana, Fernández María Lorena, Gómez Lara, González Lebrero Cecilia, González Picasso Manuel, Gonzalez Scheffer María Sol, Iglesias María Marta, Joskowicz Abril, Kurten Pérez Manuel, La Regina María Agustina, Laurora Melisa, Martín Aragón María Fernanda, Martínez Karina, Moisés María Silvina, Morgenstern Agostina, Nicolau Victoria, Núñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo, Ormeño Mazzochi Franco, Page María Agustina, Palero Mariano, Parenti Ana Laura, Pastrana Paula, Pierre Ganchegui Guillermmina, 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:

En la prevención del dengue es importante evitar tener plantas en agua. Reemplazar el agua de las macetas o contenedores de plantas, por arena, tierra u otro sustrato adecuado. Caso contrario, cambiar el agua frecuentemente (cada 2/3 días aproximadamente, revisando que no queden larvas en las raíces) y cepillar las paredes internas de los floreros.

Cómo citar este boletín:

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°778, SE 41.

I. Editorial del BEN 770

El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) continúa consolidando su lugar como herramienta estratégica de comunicación y gestión de la vigilancia en Argentina. Desde su relanzamiento en el BEN N.º 740, el boletín se ha transformado en un espacio donde la técnica, la política y la comunicación se entrelazan de manera constante, en un intento de equilibrar estos tres aspectos con una mirada constructiva y honesta. Este ejercicio busca no solo fortalecer la toma de decisiones en salud pública, sino también aportar a un debate más amplio sobre el sentido y el alcance de la información epidemiológica.

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

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

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

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

¡Hasta la próxima!


Vet. Cecilia González 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° 778, correspondiente a la **Semana Epidemiológica 41 de 2025**, presenta una actualización integral de la situación epidemiológica del país a partir de la información consolidada del **Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)**, las **redes centinelas** y los **programas nacionales**.

En esta edición se destacan dos ejes principales. Por un lado, la **actualización epidemiológica de coqueluche**, que amplía y profundiza el análisis de la situación nacional, con foco en la evolución reciente del brote registrado en **Tierra del Fuego**. Se presenta la distribución de casos notificados y confirmados, el análisis por región, jurisdicción y grupo etario, así como las coberturas de vacunación y las recomendaciones actualizadas para los equipos de salud del primer nivel de atención. El informe incorpora además un apartado específico sobre **vigilancia epidemiológica y diagnóstico**, junto con medidas de prevención, detección temprana y control de contactos, en el marco de la estrategia nacional de respuesta frente al aumento de casos observado en 2025.

Por otro lado, se aborda la **situación emergente de influenza aviar**, con una descripción detallada de la evolución de los brotes registrados en animales durante el año y la vigilancia de la interfase **humano-animal**, en coordinación con los organismos nacionales competentes. Se incluyen los antecedentes, la situación internacional y las medidas de prevención, vigilancia y control implementadas en el país, así como las recomendaciones actualizadas para la población y para los equipos de salud ante potenciales exposiciones.

La edición se completa con las **tablas actualizadas de eventos de notificación obligatoria seleccionados**, la **vigilancia de infecciones respiratorias agudas y dengue y otros arbovirus**, los **boletines jurisdiccionales destacados**, y una nueva entrega de **herramientas para la vigilancia**, incluyendo la **8.ª edición de las guías para la implementación de salas de situación de salud** y las **modificaciones recientes en las codificaciones auxiliares del SNVS 2.0**.

Contenido

I. Editorial del BEN 770	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.2. Eventos nominales confirmados	11
III.3. Eventos nominales notificados y confirmados	13
III.4. Eventos agrupados clínicos	13
III.5. Eventos agrupados laboratoriales	15
III.5.A. Sobre la construcción de esta tabla	15
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	19
IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados	21
IV.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI	21
IV.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG	24
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	28
V.1.A. Subregión Cono Sur	28
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026.	31
V.2.A. Nota metodológica	31
V.3. Situación de dengue en Argentina	33
V.3.A. Inicio de temporada 2025/2026	33
V.4. Situación epidemiología de otros arbovirus	35
SITUACIONES EMERGENTES.....	37
VI. Vigilancia de Influenza Aviar	38
VI.1. Introducción	38
VI.2. Situación internacional	38
VI.3. Situación de Influenza Aviar en Argentina	39
VI.3.A. Antecedentes	39
VI.3.B. Situación actual de brotes de iaap en animales (2025)	39
VI.3.C. Situación actual nacional de vigilancia de la interfase humano-animal (2025)	40
VI.3.D. Medidas de Vigilancia, prevención y control ante un brote de influenza aviar	40
VI.3.E. Recomendaciones para la población	41
VI.4. Vigilancia epidemiológica	42
VI.4.A. Vigilancia en humanos	42
ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS	44
VII. Coqueluche - Actualización informe epidemiológico	45
VII.1. Introducción	45
VII.2. Nota metodológica	45
VII.3. Situación internacional	46
VII.4. Situación Epidemiológica Actual de Coqueluche en Argentina	46
VII.4.A. Introducción	46
VII.4.B. Análisis de los casos notificados y confirmados	47
VII.4.C. Análisis según región y jurisdicciones	49
VII.4.D. Análisis según edad y gravedad	52
VII.5. Coberturas de Vacunación	52
VII.6. Situación epidemiológica de Coqueluche en Tierra del Fuego	55
VII.7. Recomendaciones para los equipos de salud del primer nivel de atención respecto a la Coqueluche	57
VII.7.A. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA VACUNACIÓN	58
VII.7.B. Detección temprana	58
VII.7.C. Notificación y vigilancia	59

VII.7.D.	Manejo clínico	59
VII.7.E.	Control de contactos	59
VII.7.F.	SENSIBILIZACIÓN DE LA COMUNIDAD	60
VII.7.G.	Medidas preventivas	60
VII.7.H.	Medidas ante casos y contactos	61
VII.8.	Vigilancia Epidemiológica	63
VII.8.A.	Objetivos de la vigilancia	63
VII.8.B.	Definiciones y clasificaciones de caso	63
VII.8.C.	Notificación	64
VII.9.	Consideraciones sobre el diagnóstico	64
VII.10.	Nota Metodológica	66
ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES.....		67
VIII. Introducción		68
VIII.1.	Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión	68
VIII.1.A.	Brasil	68
VIII.1.B.	Canadá	69
VIII.1.C.	Estados Unidos de América	70
VIII.1.D.	México	71
VIII.1.E.	Paraguay	71
VIII.2.	Actualización Epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas	72
VIII.2.A.	Contexto mundial	72
VIII.2.B.	Resumen de la situación en la Región de las Américas	72
VIII.2.C.	Situación por país y/o territorio de brotes en animales en 2025	73
VIII.2.D.	Situación por país de casos humanos en 2025	77
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES.....		78
IX. Boletines Jurisdiccionales		79
IX.1.	Buenos Aires: Internaciones por infecciones respiratorias aguda (IRA)	79
IX.2.	Salta: Dengue	80
IX.3.	Santa Fe: Situación de Sars-CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios (OVR) de importancia clínica en pacientes internados	81
IX.4.	Tierra del Fuego: Diarrea aguda	82
IX.5.	Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años	83
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA		84
X. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0		85
XI. Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud 8° Edición		90

TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS

III. Tablas de ENO seleccionados

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

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

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

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

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

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

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

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

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

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

III.1. Nota metodológica

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

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

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

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

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

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

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

I.1.A. 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 1-41. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-41	2025 Acumulados SE 1-41	Diferencias 2025 con mediana 2020-24	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Enfermedades zoonóticas animales	Rabia animal	122	104	-18	-15%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rágico (APR)	7.519	14.706	7.187	96%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	204	297	93	46%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	82	113	31	38%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo o tectonismo)	6	5	-1	-17%
	Cisticercosis	8	9	1	13%
	Escorcionismo o Alacranismo	3.020	5.398	2.378	79%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	367	646	279	76%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	22	36	14	64%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	7	14	7	100%
	Brucelosis	96	104	8	8%
Infecciones respiratorias agudas	Hantavirosis	44	38	-6	-14%
Intoxicaciones	Legionelosis	18	23	5	28%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1.178	1.230	52	4%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	13	23	10	77%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	3	21	18	600%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	9	38	29	322%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	6	1	-5	-83%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	9.029	9.029	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	584	584	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	465	465	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacteriales	0	1	1	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	1	1	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	10.702	13.833	3.131	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 1-41. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-41		2025 Acumulados SE 1-41		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	3.733	164	3.442	333	-291	-8%	169	103%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	906	2	6.122	35	5.216	576%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	906	2	6.122	35	5.216	576%	33	1650%
	Meningitis - Meningoencefalitis	1.897	722	2.180	717	283	15%	-5	-1%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	98	0	79	0	-19	-19%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	92.464	58.295	60.708	18.310	-31.756	-34%	-39.985	-69%
	Encefalitis de San Luis	271	1	404	0	133	49%	-1	-100%
	Fiebre amarilla humana	105	0	141	0	36	34%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	42	0	95	1	53	126%	1	N/A
	Zika	1.459	0	849	0	-610	-42%	0	N/A
Enf. Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	766	337	491	221	-275	-36%	-116	-34%
Enfermedades zoonóticas humanas	Leptospirosis	1.860	47	1.798	153	-62	-3%	106	226%
	Psitacosis	194	32	520	99	326	168%	67	209%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	1.140	54	1.425	37	285	25%	-17	-31%
	Sífilis Congénita	2.218	870	797	785	-1.421	-64%	-85	-10%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	5	0	7	0	2	40%	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	1.965	1.852	1.480	1.245	-485	-25%	-607	-33%
	Sífilis en embarazadas	8.774	7.762	9.413	8.643	639	7%	881	11%
	Hepatitis B en embarazadas	75	52	102	40	27	36%	-12	-23%
Hepatitis virales	Hepatitis A	120	27	197	103	77	64%	76	281%
	Hepatitis B	2.335	554	2.793	596	458	20%	42	8%
	Hepatitis C	2.022	1.192	2.069	1.197	47	2%	5	0%
	Hepatitis E	43	6	47	5	4	9%	-1	-17%
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	26.339	21.077	41.904	35.895	15.565	59%	14.818	70%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	1.233	1.172	1.894	1.809	661	54%	637	54%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	365	82	289	121	-76	-21%	39	48%

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

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

III.4. Eventos agrupados clínicos

Para los eventos agrupados clínicos (tercera tabla), una de sus principales particularidades es que los datos se presentan tal como están registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), sin modificaciones o reclasificaciones posteriores. Esto implica que no se

aplican procesos de validación adicionales ni criterios específicos de clasificación manual o por algoritmo, como ocurre en las tablas de eventos nominales.

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

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

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

Tabla 3. Tabla de agrupados clínicos. SE 1-41. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-41	2025 Acumulados SE 1-41	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmitidas por alimentos	Diarrea	574.875	569.473	-5.402	-1%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.351	1.826	475	35%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	922	630	-292	-32%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	107.893	79.429	-28.464	-26%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	989.857	982.401	-7.456	-1%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	67.121	62.598	-4.523	-7%
	Neumonía (sin especificar)	77.037	64.730	-12.307	-16%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	1	5.254	5.253	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	9	3.204	3.195	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	20	22.525	22.505	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	1.332	1.331	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	8	5.631	5.623	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	3	4.814	4.811	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	86	29.179	29.093	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	13	5.599	5.586	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	8	2.232	2.224	N/A
	Lesiones por electrocución	0	553	553	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	822	822	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	12	64.885	64.873	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	5	21.795	21.790	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	7	30.263	30.256	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	387	387	N/A
	Otras lesiones en el hogar	40	21.764	21.724	N/A

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

III.5. Eventos agrupados laboratoriales

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

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

Esta tabla, se centra en la caracterización de eventos a partir de los datos de muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como aquellas que resultaron positivas,

permitiendo evaluar el volumen de pruebas realizadas y la proporción de casos confirmados para cada patología.

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

Tabla 4. Tabla de eventos agrupados laboratoriales. SE 1-41. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-41		2025 Acumulados SE 1-41		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	3.672	200	2.957	175	-715	-19%	-25	-13%
	Infección por Mycoplasma genitalium	606	18	384	11	-222	-37%	-7	-39%
	Infección por Mycoplasma hominis	2.267	223	2.323	306	56	2%	83	37%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	12.686	349	6.009	380	-6.677	-53%	31	9%
	Infección por Trichomonas vaginalis	20.806	2.125	18.335	1.996	-2.471	-12%	-129	-6%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

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 respiratorios¹

Situación Regional: La actividad de influenza en las Américas se mantiene baja y a partir de esta semana con una tendencia al alza. A nivel regional, la circulación de VSR muestra una tendencia descendente, mientras que SARS-CoV-2 presenta un incremento en las últimas semanas epidemiológicas (SE), alcanzando una positividad del 8.3%. En América del Norte, la actividad de influenza permanece en niveles interestacionales. La circulación de VSR se mantiene baja y estable, mientras que SARS-CoV-2 muestra un aumento, con una positividad del 10%. En el Caribe, la circulación de influenza disminuye, con una positividad del 6%, predominando el subtipo A(H1N1)pdm09. La actividad de VSR aumenta esta SE, alcanzando una positividad del 6.2%, mientras que SARS-CoV-2, disminuye su circulación a un 7%. En Centroamérica, la actividad de influenza aumenta levemente, con una positividad del 6.6%. SARS-CoV-2 muestra una disminución esta semana (3.4% de positividad), mientras que VSR también desciende, con una positividad del 13.3%. En la subregión andina, la actividad de influenza A disminuye a 4.8% de positividad. VSR presenta una reducción esta semana (6.9% de positividad), mientras que SARS-CoV-2 disminuye en comparación con la semana anterior, alcanzando una positividad del 7.4%. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza muestra un leve aumento (4.3% de positividad). La circulación de VSR disminuye respecto a la SE previa, con una positividad del 5.7%, mientras que SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos, aunque con tendencia ascendente (5.9% de positividad). La circulación de otros virus respiratorios (OVR) se mantiene elevada y con tendencia al alza a nivel regional.

América del Norte: La actividad de influenza se mantiene baja y estable en la subregión, con una positividad de 0.7%. La mayoría de los casos de SARI positivos se han asociado con influenza y SARS-CoV-2. La circulación de VSR continúa siendo baja y estable en todos los países. En contraste, la actividad de SARS-CoV-2 muestra una tendencia ascendente en la subregión, con una positividad del 9.9%. Al analizar la actividad de influenza por país, México, Canadá y Estados Unidos mantienen niveles interestacionales. En cuanto a SARS-CoV-2, se observa una tendencia a la disminución en Estados Unidos (7.8%), mientras que en Canadá y México la positividad alcanza el 10% y 8.4% respectivamente, aumentando su circulación esta SE.

Caribe: La actividad de influenza, impulsada principalmente por el subtipo A(H1N1)pdm09, disminuyó en la última semana epidemiológica (SE), con una positividad subregional del 6%. La

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>

circulación de VSR aumentó respecto a la SE anterior, con una positividad del 6.2%. Por su parte, la actividad de SARS-CoV-2 continúa en descenso, alcanzando una positividad subregional del 7%. Los casos de SARI muestran una tendencia a la disminución, asociados principalmente a influenza. En contraste, los casos de ILI presentan un leve incremento, también vinculados mayoritariamente a influenza. Al analizar por país, se observa que la actividad de influenza se observa en niveles epidémicos en Haití, República Dominicana y Belice, sin embargo, con tendencia a la disminución. En Cuba, Jamaica y Guyana, la actividad aumentó respecto a la SE anterior, con una positividad del 13.8%, 3.3% y 2.8% respectivamente. Barbados, las Islas Caimán y San Vicente y las Granadinas reportan niveles bajos de circulación. En cuanto a VSR, la circulación disminuye en Cuba, Guyana y Santa Lucía en comparación con la SE anterior. En Belice, Haití, Surinam y San Vicente y las Granadinas se mantiene baja, mientras que, en República Dominicana, Barbados y las Islas Caimán se observa un aumento. Respecto a SARS-CoV-2, la actividad disminuyó en Santa Lucía, Guyana y Jamaica durante la última SE. Haití mantiene una circulación baja y estable desde hace varias semanas. Barbados y San Vincent y las Granadinas presentan niveles elevados, aunque con tendencia a la disminución, con una positividad del 16.3% y 13.8% respectivamente. En Surinam y Cuba la actividad aumentó en la última semana, alcanzando una positividad del 16.7% y 12.5% respectivamente. República Dominicana, Belice y Las Islas Caimán también reportan un incremento en la circulación.

Centroamérica: La actividad de influenza aumenta su circulación en la subregión con una positividad del 6.6%, caracterizada por la circulación de influenza B/Victoria, que representan la mayoría de los casos notificados de ILI. La circulación del VSR se mantiene elevada, con tendencia a la disminución, y una positividad del 13.3% que se ve reflejado en la detección de casos SARI. La actividad de SARS-CoV-2 disminuye levemente esta semana, alcanzando una positividad de 3.4%.

Países Andinos: La actividad de influenza disminuye respecto de la SE previa, con una positividad del 4.8%, asociada principalmente con la circulación de A(H1N1)pdm09. La circulación de VSR disminuye, presentando una positividad de 6.9%. La actividad de SARS-CoV-2 disminuye esta SE alcanzando una positividad del 7.4%. Los casos de SARI asociados con influenza aumentan esta semana, mientras que los de VSR continúan con una tendencia descendente. Para los casos ILI se observa un aumento asociado principalmente a la detección de influenza.

Brasil y Cono Sur: La actividad de influenza en la subregión, asociada a influenza A, aumenta esta SE, con una positividad de 4.3%. La circulación del VSR continúa disminuyendo, indicando una positividad del 5.7%. La actividad de SARS-CoV-2 comienza a mostrar una tendencia al ascenso con una positividad del 5.8%. La detección de casos SARI ha mostrado una tendencia descendente constante en las últimas semanas, asociada principalmente a SARS-CoV-2 e influenza. Se registra un aumento en la detección de casos ILI asociados a influenza.

IV.3. Síntesis de la información nacional destacada

Vigilancia Clínica de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

- Entre la semana epidemiológica 1 y 40 de 2025 se notificaron 999.840 casos de ETI, 144.296 casos de Neumonía y 133.397 casos de Bronquiolitis en menores de dos años. Las notificaciones de ETI y neumonía presentan tendencia ascendente entre las SE11 y 24, ubicándose en niveles elevados en relación con años previos. Las notificaciones de ETI se encuentran en niveles de brote entre las SE11 y 18, mientras que en neumonía se observaron niveles de brote en las SE7 y 14. Los casos de bronquiolitis presentaron un ascenso que alcanzó niveles de seguridad entre SE29 y 34.

Vigilancia Centinela de Virus Respiratorios Priorizados

Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI:

- En cuanto a las notificaciones de **influenza** en ambulatorios, desde la SE12 se verificó un ascenso tanto del porcentaje de positividad como de las detecciones, con predominio de influenza A/H1N1, alcanzando los mayores niveles entre las SE 22 y 25. En las últimas semanas se observó un descenso, tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad. En este sentido, en las últimas dos semanas (SE40 y 41) se registraron 4 casos de influenza entre 110 muestras estudiadas.
 - Para **VSR**, se registró 1 caso positivo entre las 88 muestras analizadas en las últimas dos semanas (SE 40 y 41). El porcentaje de positividad de VSR en UMA se mantuvo por encima del 10% entre las SE25 y 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en SE29.
 - Con relación a **SARS-CoV-2**, luego del último ascenso de casos registrado durante 2024, las detecciones en UMA permanecen en valores bajos y estables. En las últimas dos semanas (40 y 41/2025) se notificaron 18 casos positivos para SARS COV 2 entre las 109 muestras estudiadas
- | | | | |
|-----|-----|----|------|
| por | PCR | en | UMA. |
|-----|-----|----|------|

Unidades Centinela de IRAG (Infección Respiratoria Aguda Grave):

- En la **Red Argentina de UC-IRAG**, entre la SE1 y SE41 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 6.552 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3153 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.
- Las notificaciones de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) mostraron un aumento a partir de la SE12, acompañado de un aumento en las detecciones de virus influenza, principalmente el subtipo A(H1N1). El mayor número de casos de IRAG con diagnóstico de influenza se registró entre las SE23 y SE27, seguido de una disminución en las semanas posteriores, con predominio de influenza B en las últimas SE. Además, desde la SE20 se verifica un aumento en las detecciones de VSR, con tendencia descendente en las últimas semanas y, a partir de la SE35, un leve incremento de IRAG con diagnóstico de SARS-CoV-2.
- En las últimas 4 semanas, entre los 605 casos de IRAG estudiados para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron 1 codetección de SARS-CoV-2 y VSR, 24 casos de SARS-CoV-2 y 110 casos de VSR, sin detecciones de influenza ².

Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios

- Desde la SE11 se observó un incremento en el número de casos de **Influenza**, con predominio de Influenza A (H1N1), con un adelanto en el ascenso de casos en relación con lo observado en años anteriores. El mayor número de notificaciones se observó entre las SE22 y 26, con más de 1.000 detecciones semanales. En las últimas dos semanas (SE39 y 40) se registraron un total de 58 detecciones de influenza, con predominio de detecciones de influenza B desde SE36.

² Se consideran estudiados aquellos casos de IRAG con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo con la estrategia de vigilancia centinela de IRAG. Para más información, consultar la *Guía Operativa de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)*, en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

- Con respecto a **VSR**, se registra un aumento en el número de casos desde la SE12, con inicio de la actividad estacional en SE20 y el máximo registrado en SE29. En las últimas 2 SE (39 y 40), se notificaron 308 casos de VSR.
- Durante 2024, se registraron dos ascensos en el número de casos de COVID-19, el primero de ellos entre las SE 1 y 12, y, el segundo ascenso entre las SE29 y 51, de menor magnitud que el previo. Durante las primeras 40 semanas de 2025 los casos se mantienen en valores bajos, si bien se registra un ligero ascenso en las detecciones a partir de la SE34.
- Durante la SE40/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, VSR, metapneumovirus, para influenza, Influenza y adenovirus.

Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Internados y/o Fallecidos

- Con respecto a las detecciones de influenza, desde SE 12 se registró un ascenso de los casos en personas internadas. El mayor número de casos se observó entre las SE22 y 26. En las últimas 2 SE (40 y 41) se detectaron 16 casos. Durante el año 2025 se registraron al momento 210 fallecidos con este diagnóstico.
- Con relación a VSR, las detecciones en hospitalizados presentan un aumento desde la SE12, con un descenso en las últimas semanas. En las SE 40 y 41 se registraron 141 personas internadas con este diagnóstico.
- Asimismo, en cuanto a los casos de COVID-19, las detecciones de SARS-CoV-2 en personas internadas permanecen en valores bajos. En la SE 41/2025 se registraron 32 casos positivos internados. Se registró 1 fallecimiento con este diagnóstico 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.³

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.

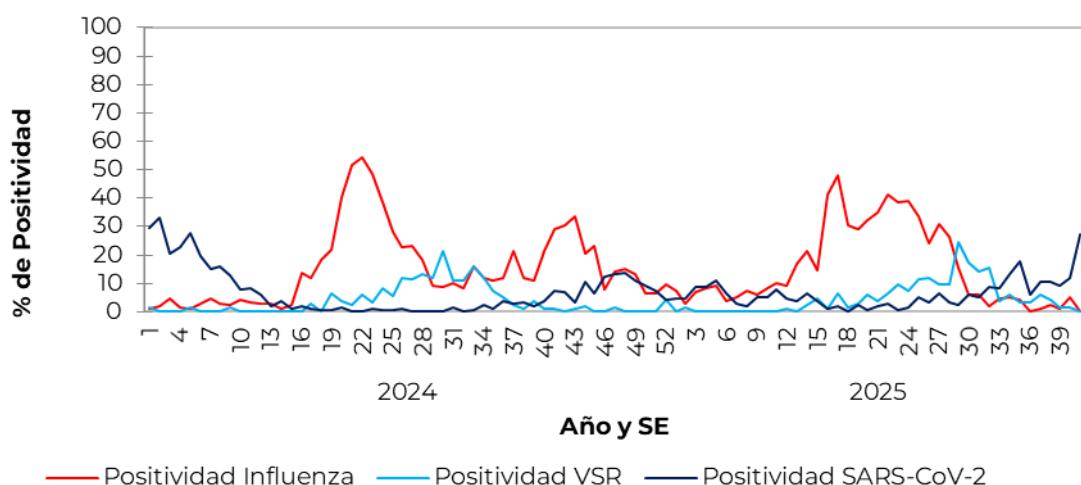
³ Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf

En las primeras 41 semanas de 2025 en establecimientos UMA, se analizaron 5.048 muestras para SARS-CoV-2 por técnica molecular, de las cuales 270 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 5,35%. Además, en las últimas dos semanas analizadas (SE40 y 41), se registraron 18 casos confirmados de SARS-CoV-2 entre las 109 muestras estudiadas 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 primeras 41 semanas de 2025, se registraron 938 detecciones entre 4.667 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 20,10%. A partir de la SE11, se verificó una tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad, alcanzando los mayores niveles entre las SE 22 y 25, con un descenso posterior. En este sentido, en las SE40 y 41/2025 se notificaron 4 casos de influenza entre las 110 muestras estudiadas en UMA.

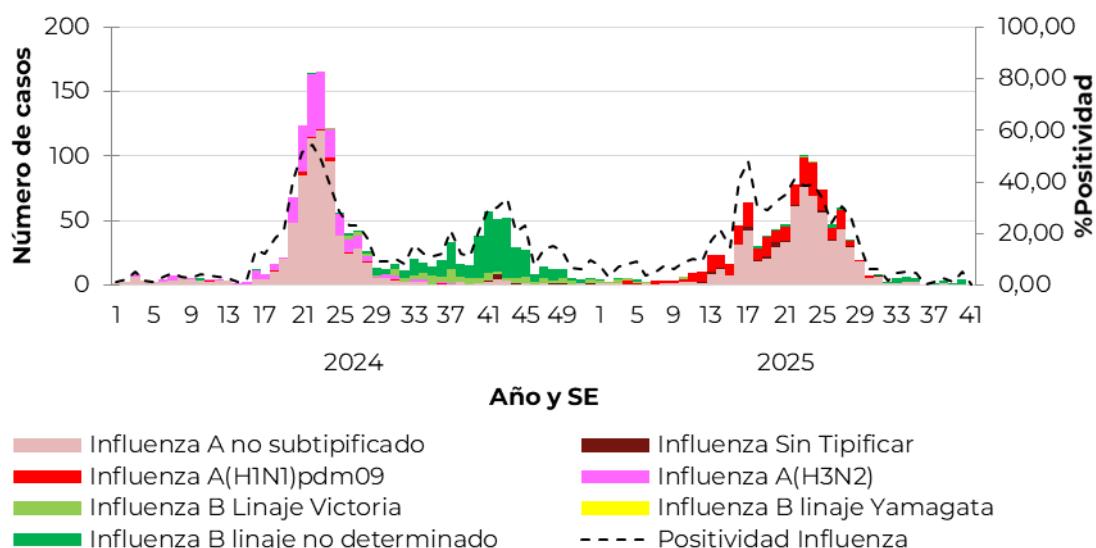
En cuanto a **VSR**, se verifica un ascenso de las detecciones a partir de la SE19 de 2024, con aproximadamente el 73% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. Con relación a este ascenso de casos, la positividad en UMA permaneció por encima del 10% entre las SE 26 Y 34. Entre las SE1 y 41 de 2025, de las 3.352 muestras estudiadas, 192 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 5,73%. En UMA se registró un ascenso de las detecciones y positividad de muestras estudiadas para VSR, que se mantuvo por encima del 10% 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, SE40 y 41, se notificó 1 caso de VSR entre las 88 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 SE41/2025



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 41 semanas transcurridas de 2025 se detectan predominantemente casos de influenza A (n= 863), con un menor número de detecciones de influenza B (n= 52), que predomina en las últimas SE. Entre los casos de influenza A, 248 detecciones corresponden a influenza A (H1N1), el resto permanece sin subtipificar. Además, se detectó el linaje Victoria en 14 de los casos de influenza B (las detecciones restantes permanecen sin identificación de linaje). Se registran 23 casos de influenza que permanecen sin tipificar en lo que va del año.

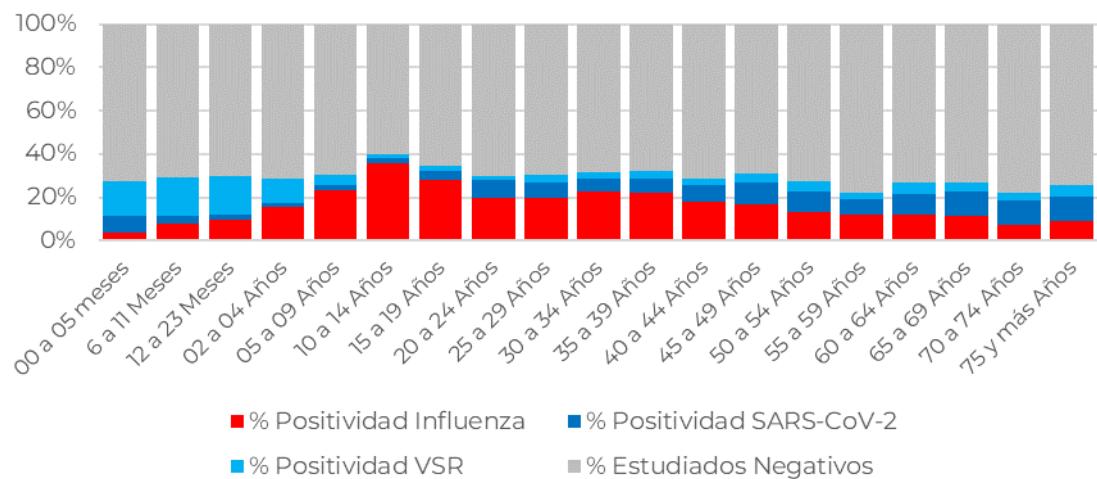
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE41/2025. Estrategia UMA. Argentina.



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 SNVS^{2,0}.

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 SE41/2025. Estrategia UMA. Argentina⁴.



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.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.⁵

Definiciones de caso Vigentes

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

- Fiebre referida o constatada $\geq 38^{\circ}\text{C}$; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico⁶.

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

⁴ 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.

⁵ Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guía Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

⁶ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentran contemplados en la definición de caso.

- Requerimiento de internación por criterio clínico⁷.

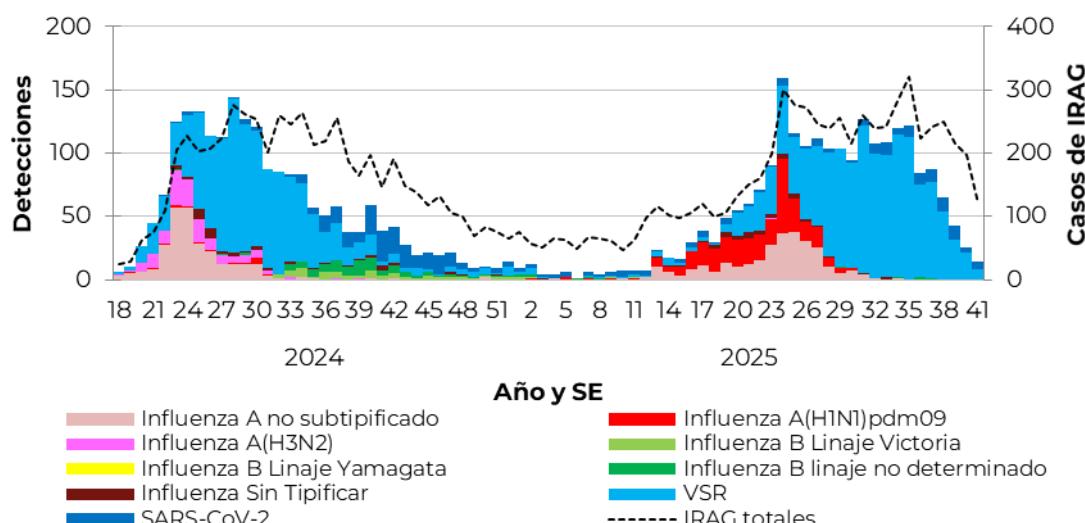
En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia⁸ y shock⁹ y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE1 de 2025 y la SE41 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 6552 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3153 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG¹⁰.

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. En las últimas semanas los casos de IRAG se mantienen en niveles elevados, aunque con tendencia descendente, con un promedio de 195 casos semanales en las últimas 4 semanas.

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 41/2025



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.

⁷ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

⁸ La fiebre se define como una temperatura $\geq 37,5$ C. La hipotermia se define como una temperatura

⁹ El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.

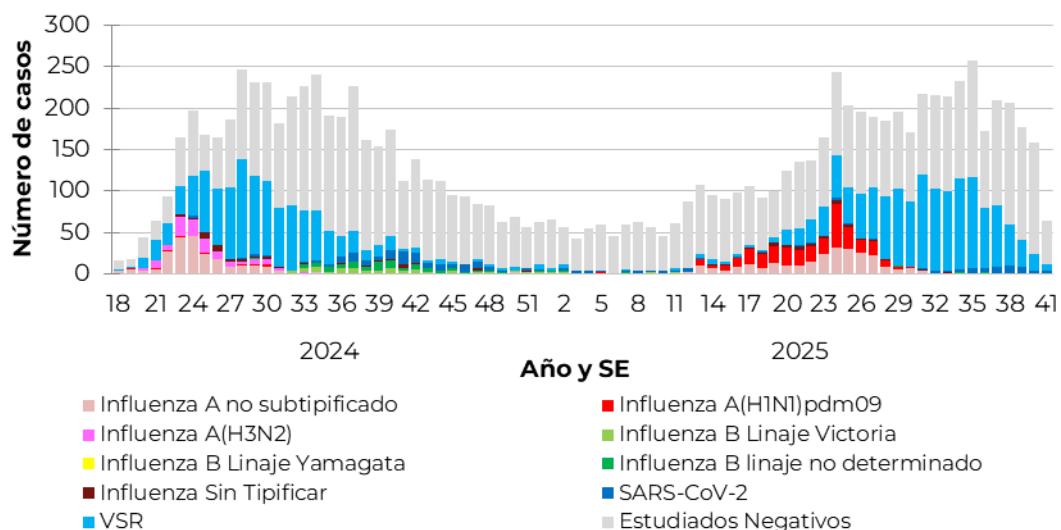
¹⁰ Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

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 595 detecciones en lo que va de 2025, y un menor número de casos de influenza B (n=17). Con relación a los casos de Influenza A, se registraron 309 detecciones de H1N1 y 1 detección de H3N2 (el resto permanece sin subtipificar) y, entre los casos de influenza B, se registraron 5 detecciones del linaje Victoria. Además, 42 detecciones de influenza permanecen sin tipificar 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, con tendencia descendente en las últimas semanas (promedio de 29 casos semanales en las últimas 4 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 41/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina¹¹.



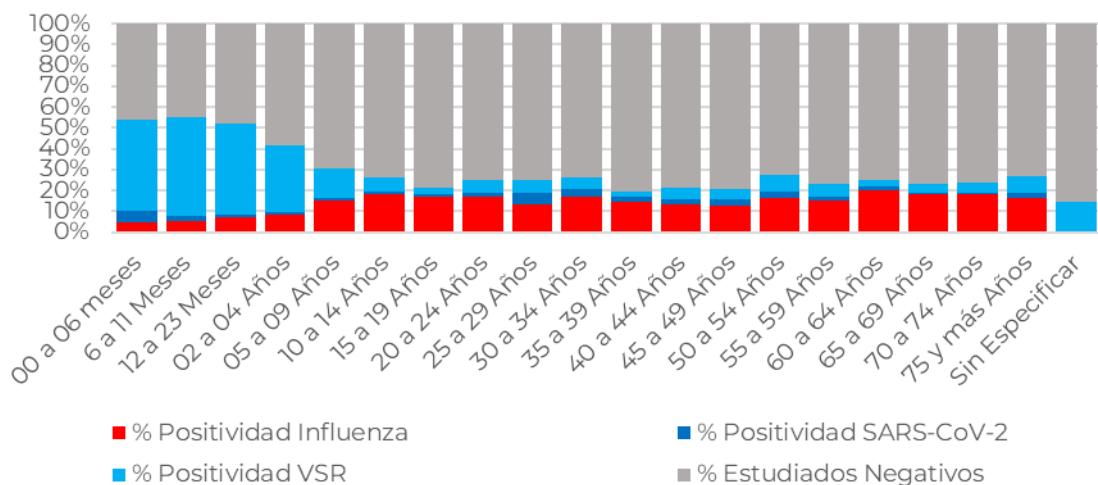
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2,0}

En las últimas 4 semanas, entre 605 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 1 codetección de SARS-CoV-2 y VSR, 24 casos de SARS-CoV-2 y 110 casos de VSR. Los restantes 487 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

¹¹ 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.

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.

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 41/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina¹².



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

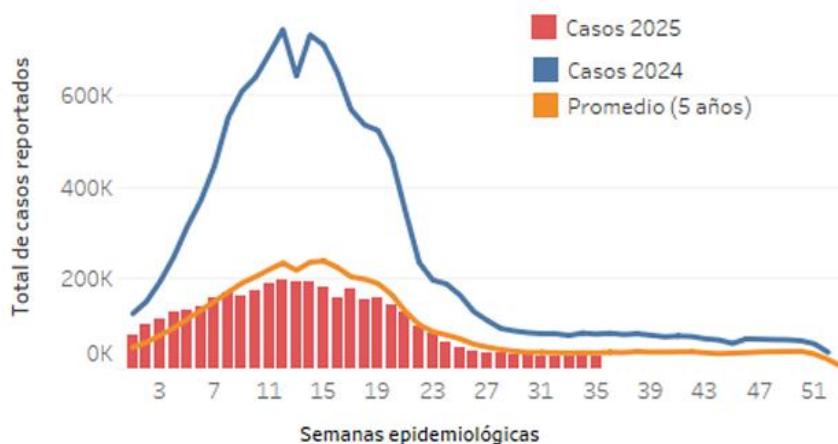
¹² Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

Para describir la situación regional se reproduce a continuación parte del documento [Informe de la situación epidemiológica del dengue en las Américas](#) actualizado el 26 de septiembre.

A la semana epidemiológica (SE) 36 del 2025, se reportan en la Región de las Américas un total de 3,814,835 casos sospechosos de dengue (incidencia acumulada de 375 casos por 100,000 hab.). Esta cifra representa una disminución de 68% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 10% con respecto al promedio de los últimos 5 años. El gráfico 1 muestra la tendencia de los casos sospechosos de dengue a la SE 36.

Gráfico 1. Número total de casos sospechosos de dengue a la SE 36 en 2025, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Región de las Américas.



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

De los 3,814,835 casos de dengue reportados en las Américas, 1,527,118 casos (40%) fueron confirmados por laboratorio y 6,198 (0.2%) fueron clasificados como dengue grave. Se registraron un total de 1,936 muertes por dengue, para una letalidad del 0.051%.

14 países y territorios de la Región reportaron casos de dengue en la SE 36. Estos países registran en conjunto 25,843 nuevos casos sospechosos de dengue para la SE 36.

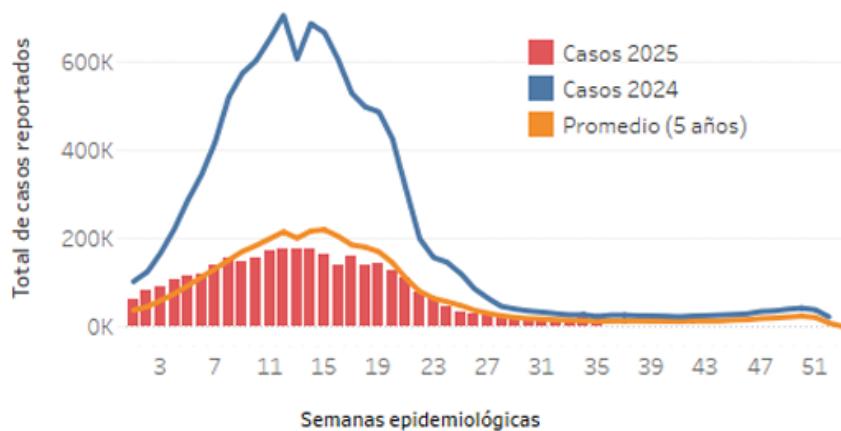
Del total de casos registrados en la SE 36, 59 fueron clasificados como dengue grave (0.2%), y se reportaron 20 muertes. para una letalidad de 0.077%.

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

V.1.A. SUBREGIÓN CONO SUR

Se notifican 17,281 nuevos casos sospechosos de dengue durante la SE 36. Hasta esta semana la subregión del Cono Sur presenta una disminución de 68% en comparación con el mismo periodo del 2024 y 7% con respecto al promedio de los últimos 5 años.

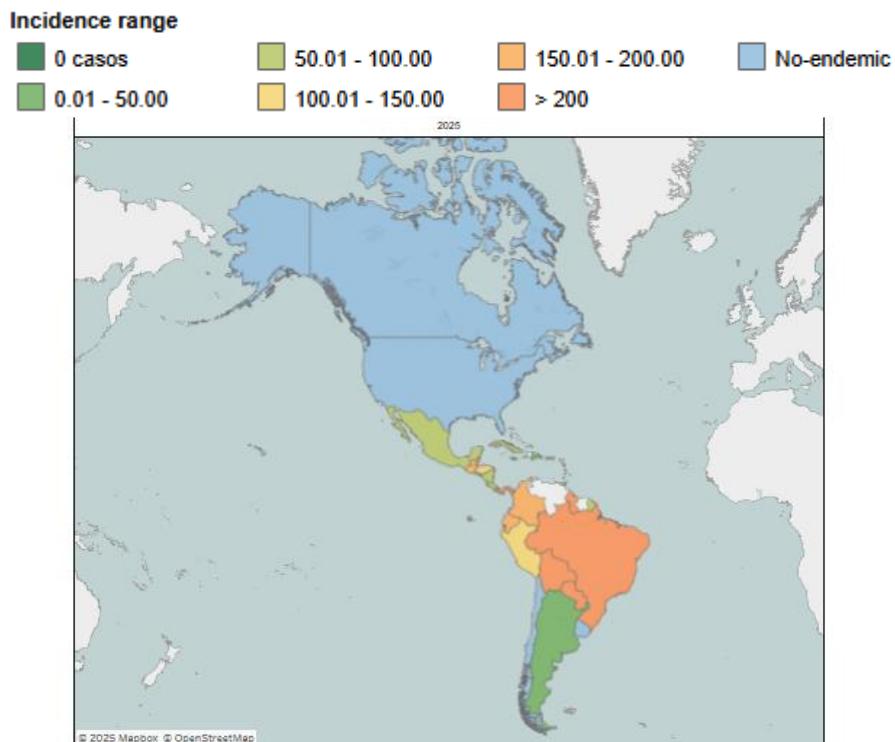
Gráfico 2. Número total de casos sospechosos de dengue 2025 a la SE 36, 2024 y promedio de los últimos 5 años. Subregión del Cono Sur.



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

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

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



Fuente: Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de Salud. Datos reportados por Ministerios e institutos de Salud de los países y territorios de la región.¹³

NOTA METODOLOGICA:

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

¹³ <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics/indicadores-dengue-en/dengue-nacional-en/254-dengue-incidencia-en.html>

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)¹⁴ y el ARBO-portal¹⁵ de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 16/10/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 41/2025 se han reportado 3.468.487 casos de dengue, con 1.672 fallecimientos asociados, lo que implica una reducción del 65% respecto del mismo período de 2024. En cuanto a chikungunya, se notificaron 229.790 casos, un 56% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 111 muertes por este evento. Respecto al zika, hasta la SE 38/2025 se han registrado 20.776 casos, lo que representa una disminución del 47% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 40/2025, se confirmaron 11.978 casos, un 44% más que en igual período del año pasado, con 5 defunciones por este evento.

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

Paraguay: hasta la SE 37/2025, se han reportado 23.889 casos de dengue y un fallecimiento asociado, un 92% menos respecto a la misma semana de 2024. En relación con chikungunya, se notificaron 50 casos, lo que representa una disminución del 98% respecto al año anterior, sin registrarse defunciones asociadas. Sin embargo, los casos confirmados por laboratorio mostraron un incremento del 41%. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían notificado 6 casos.

Perú: hasta la SE 41/2025, se han notificado 36.099 casos de dengue, un 86% menos que el mismo período de 2024, con 52 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, se notificaron 79 casos, similar al valor del año previo, sin defunciones para este evento. Respecto al zika, se han notificado 7 casos, similar al año anterior. No obstante, a la fecha no se han confirmado casos por laboratorio para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 38/2025 se confirmaron 330 casos, un 96% menos que a la misma semana de 2024.

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

La Organización Panamericana de la Salud emitió una alerta epidemiológica sobre Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas¹⁶, debido a que en 2025 se han reportado brotes de

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: <https://www3.paho.org/data/index.php/en/mnu-topics.html>

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-por-virus-oropouche>

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas – 28 de agosto de 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-chikungunya-oropouche-region-americas-28-agosto-2025>

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

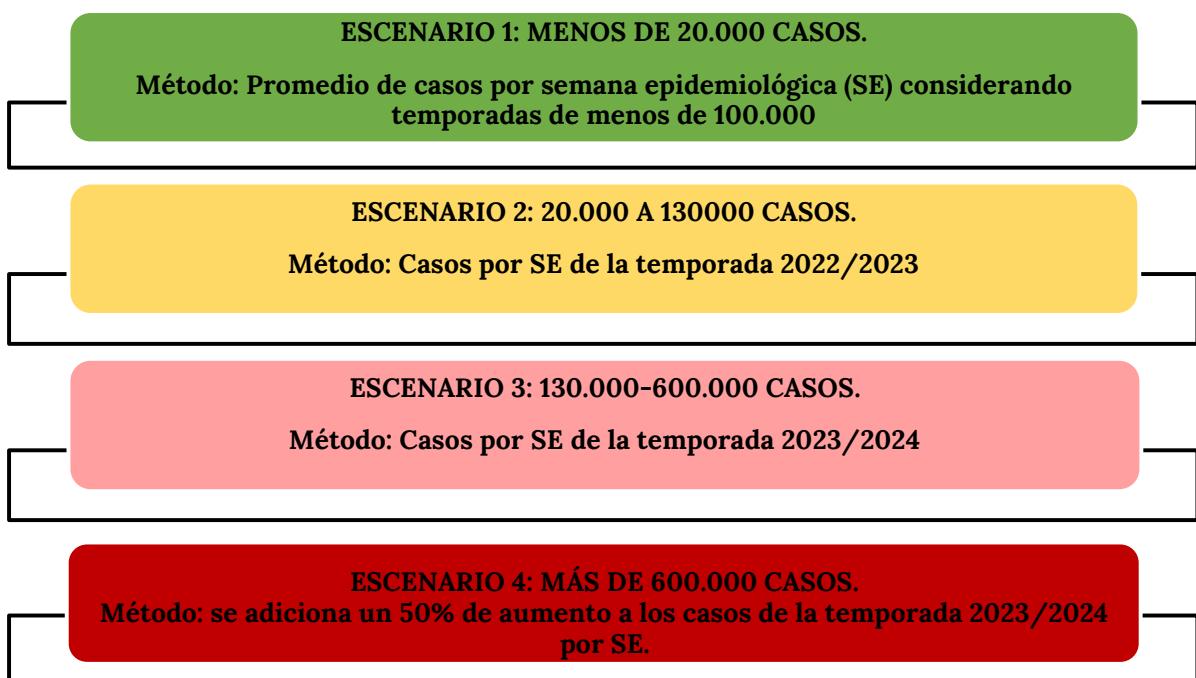
La estimación de **escenarios nacionales** para la próxima temporada de dengue se realizó mediante el análisis comparativo de curvas epidémicas históricas por semana epidemiológica (SE), tomando como referencia temporadas con distinta magnitud en el número de casos notificados en Argentina. Para cada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

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

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

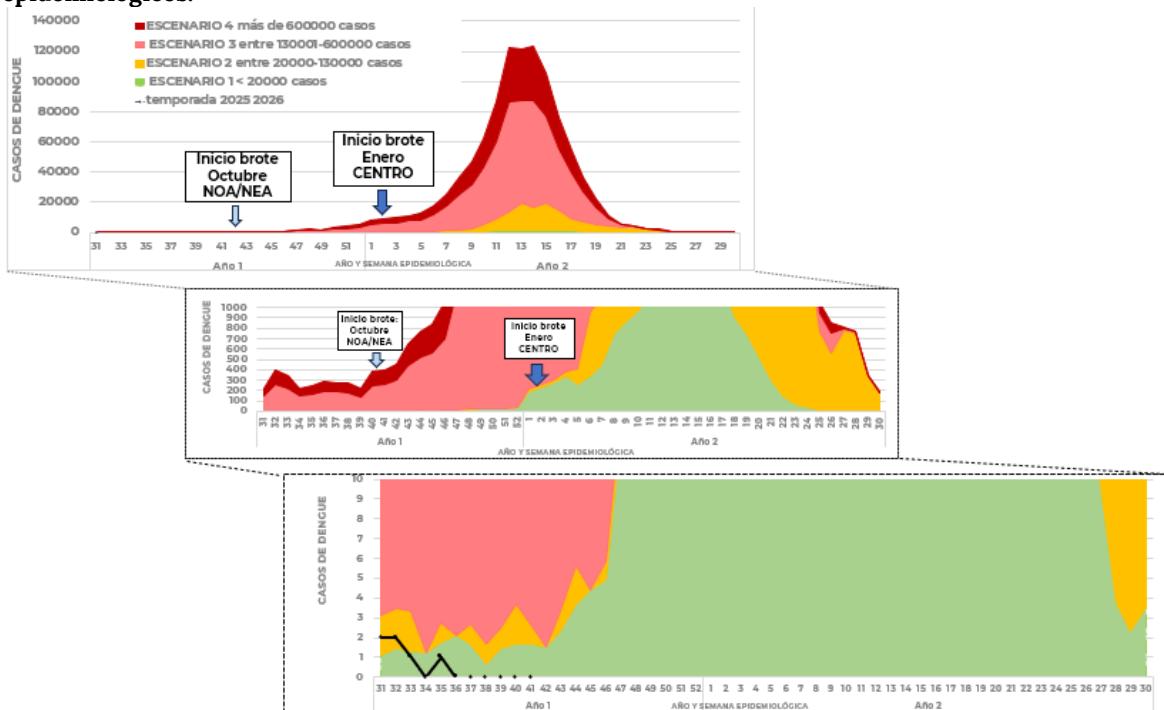
En el último gráfico (detalle en zoom) se proyectan los casos de la temporada 2025-2026 en los diferentes escenarios. Entre las SE31 y SE41 se notificaron 6 casos confirmados de dengue, de los cuales 3 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 4)

Gráfico 3. Modelo de estimación de escenarios epidemiológicos. Año 2025. Argentina.



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

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



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

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.

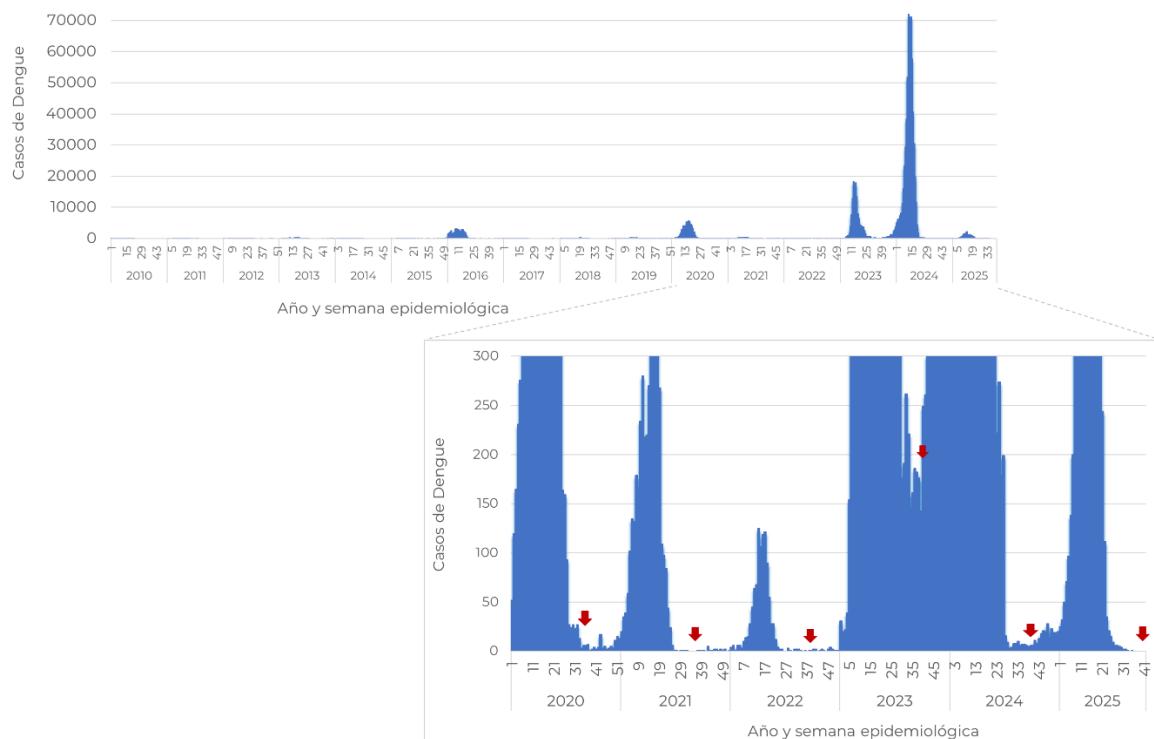
La definición operativa de temporada permite estructurar la vigilancia en un marco temporal en consonancia con la dinámica de transmisión, facilitando el análisis comparativo entre períodos y la planificación de las acciones de prevención y control. En este sentido, la temporada de dengue en Argentina 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 SE40/2025, se observa un descenso sostenido en el número de casos en comparación con los máximos alcanzados durante las epidemias de 2023 y 2024.

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

Gráfico 5. Dengue: Casos de dengue¹⁷ según semana epidemiológica. Años 2010-2025 y detalle 2020-2025 con referencia (flecha roja) a la SE 41. Argentina.



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

De acuerdo con la fecha mínima¹⁸, desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 2048 casos sospechosos de dengue, de los cuales 6 fueron confirmados por laboratorio: dos casos autóctonos en Formosa, un caso con residencia en el departamento Pilagás (SE31) y un caso en el departamento Patiño (SE32), un caso que aún se encuentra en investigación en Provincia de Buenos Aires (Tres de Febrero), dos casos con antecedente de viaje a Brasil y Sri Lanka notificados en CABA y un caso con antecedente de viaje a Paraguay notificado por Provincia de Buenos Aires (Escobar) (Tabla 1).

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE41/2025 se notificaron 260 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.

¹⁷Incluye casos de dengue autóctonos e importados. La ubicación en las semanas epidemiológicas se realizó por la fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible o “fecha mínima” (orden de jerarquía: 1) fecha de inicio de síntomas, 2) fecha de consulta, 3) fecha de toma de muestra, y 4) fecha de notificación).

¹⁸ 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).

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE41/2025. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.			
Buenos Aires	1	2	1	2	94	24	124
CABA	0	2	2	0	33	11	48
Córdoba	0	8	0	0	162	7	177
Entre Ríos	0	0	0	1	9	0	10
Santa Fe	0	0	0	0	105	13	118
Total Centro	1	12	3	3	403	55	477
Mendoza	0	0	0	0	8	0	8
San Juan	0	0	0	0	6	0	6
San Luis	0	0	0	0	6	1	7
Total Cuyo	0	0	0	0	20	1	21
Chaco	0	1	0	0	131	0	132
Corrientes	0	2	0	0	4	3	9
Formosa	2	3	0	0	1004	0	1009
Misiones	0	0	0	0	53	0	53
Total NEA	2	6	0	0	1192	3	1203
Catamarca	0	0	0	0	24	0	24
Jujuy	0	0	0	0	39	3	42
La Rioja	0	1	0	0	15	0	16
Salta	0	0	0	0	69	9	78
Santiago del Estero	0	0	0	0	24	2	26
Tucumán	0	5	0	1	123	8	137
Total NOA	0	6	0	1	294	22	323
Chubut	0	0	0	0	4	0	4
La Pampa	0	0	0	0	10	0	10
Neuquén	0	0	0	0	3	0	3
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	5	0	5
Tierra del Fuego	0	0	0	0	2	0	2
Total Sur	0	0	0	0	24	0	24
Total País	3	24	3	4	1933	81	2048

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 SE41/2025).

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 65 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 SE41/2025. 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	1	0	3	0	5	0	4	0	4	0	1
CABA		0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Córdoba		0	13	0	9	0	12	0	61	0	0	0	0
Entre Ríos		0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
Santa Fe		0	12	0	10	0	10	0	8	0	6	0	1
Total Centro		0	27	0	22	0	29	0	74	0	10	0	2
Mendoza		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
San Juan		0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
San Luis		0	1	0	1	0	2	0	3	0	3	0	0
Total Cuyo		0	2	0	2	0	2	0	5	0	3	0	0
Chaco		0	14	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Corrientes		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Misiones		0	9	0	6	0	3	0	0	0	3	0	3
Total NEA		0	23	0	10	0	3	0	0	0	3	0	3
Catamarca		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy		0	1	0	1	0	1	0	1	0	13	0	0
La Rioja		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salta		0	11	0	11	0	27	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Tucumán		0	3	0	3	0	3	0	0	0	0	0	3
Total NOA		0	15	0	15	0	31	0	2	0	13	0	3
Chubut		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa		0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0
Neuquén		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur		0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0
Total País		0	67	0	49	0	65	0	83	0	30	0	8

Pos: positivas

Est: estudiadas

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

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

SITUACIONES EMERGENTES

VI. Vigilancia de Influenza Aviar

VI.1. Introducción

La influenza aviar es una enfermedad viral de distribución mundial altamente contagiosa que afecta a aves de corral, traspasio y silvestres, causada por subtipos de Influenza A (como H5N1, H5N3, H5N8). Las aves acuáticas silvestres son reservorios importantes del virus, y las aves de corral pueden infectarse por contacto con aves silvestres.

En general, las múltiples cepas del virus de influenza aviar pueden clasificarse en dos categorías en función de la gravedad de la enfermedad en las aves de corral:

- **Influenza aviar de baja patogenicidad (IABP)** que, típicamente, causa pocos o ningún signo clínico;
- **Influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP)** que puede causar signos clínicos graves y, potencialmente, altos índices de mortalidad.

En los últimos años, se ha observado un aumento de detección del virus A(H5N1) en mamíferos terrestres y marinos en las Américas, tanto salvajes como domésticos y, más recientemente, ganado bovino en los Estados Unidos.

Aunque las infecciones humanas son poco frecuentes, ocurren principalmente tras contacto directo con animales infectados o sus entornos contaminados.

No se ha registrado transmisión sostenida entre personas, pero debido a la capacidad del virus para evolucionar, es fundamental el monitoreo de la infección en humanos expuestos. La enfermedad puede presentar síntomas leves o graves, como fiebre, tos, mialgias, y en casos más severos, neumonía y compromiso multiorgánico.

VI.2. Situación internacional

Desde 2020, el virus de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) A(H5N1) clado 2.3.4.4b ha causado brotes sin precedentes en aves silvestres y de corral en múltiples regiones del mundo, incluyendo África, Asia, Europa y, desde 2021, en las Américas.

Desde el 2022 y hasta la semana epidemiológica (SE) 41 del 2025, un total de 19 países y territorios de la Región de las Américas reportaron a la OMSA 5.063 brotes animales de influenza aviar A(H5N1). Particularmente en 2025, hasta la SE 41, se han notificado a la OMSA 435 brotes de influenza aviar en aves domésticas (n= 384) y/o silvestres (n= 51) en nueve países de la Región de las Américas: Estados Unidos, Canadá, Perú, Brasil, México, Argentina, Panamá, Estado Plurinacional de Bolivia y Guatemala; y 77 brotes en mamíferos silvestres (n= 15) y domésticos (n= 62) en los Estados Unidos y Canadá.

Entre 2022 y el 14 de octubre del 2025, un total de 76 infecciones humanas causadas por influenza aviar A(H5), incluyendo dos defunciones, han sido notificadas en cinco países de las Américas. El caso de infección humana más reciente de influenza aviar A(H5) notificado en la Región de las Américas se registró en México el 2 de octubre del 2025 (6, 7), el cual se suma al caso notificado en México el pasado 2 de abril del 2025 (8-10). Los casos restantes se distribuyen de la siguiente manera: 71 casos en los Estados Unidos de América – uno en 2022 y 70 desde 2024 un caso en Canadá confirmado el 13 de noviembre del 2024, un caso en Chile notificado el 29 de marzo del 2023 y un caso en Ecuador notificado el 9 de enero del 2023¹⁹.

¹⁹ OPS. Actualización Epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas 15 de octubre del 2025.

VI.3. Situación de Influenza Aviar en Argentina

VI.3.A. ANTECEDENTES

Durante 2023, Argentina había registrado la introducción del virus IAAP subtipo A(H5N1), con brotes en aves silvestres, de traspasio y comerciales, así como en mamíferos marinos. En total, se notificaron 81 brotes en aves de traspasio, 18 en aves comerciales y 8 en aves silvestres. El país recuperó su estatus libre de IAAP en aves de corral el 7 de agosto de 2023. Posteriormente, se confirmaron brotes en mamíferos marinos a lo largo de la costa atlántica.

Luego de la implementación del protocolo de vigilancia epidemiológica, prevención y control de la influenza aviar (IA) en humanos, se llevó a cabo el seguimiento de 327 casos expuestos y 21 casos sospechosos en el país, todos los cuales fueron descartados por el Laboratorio Nacional de Referencia. Estos esfuerzos de monitoreo y vigilancia fueron posibles gracias a las medidas preventivas y de detección precoz establecidas en el protocolo.

VI.3.B. SITUACIÓN ACTUAL DE BROTES DE IAAP EN ANIMALES (2025)

Durante el año 2025, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) confirmó al momento en Argentina un total de 7 brotes de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) en las provincias de Chaco, Buenos Aires y Entre Ríos.

El 14 de febrero de 2025 se confirmó un brote de IAAP H5 en aves de traspasio en la localidad de Tres Isletas, departamento de Maipú, provincia de Chaco.²⁰

Más recientemente, el 15 de julio del año actual se confirmó la detección de IAAP H5 en aves de traspasio en el partido de Lezama, provincia de Buenos Aires, que afectó gallinas, gallos, patos, palomas, gansos, y pavos. Las muestras fueron analizadas por el Laboratorio Oficial de la Dirección General de Laboratorios y Control Técnico, de SENASA resultando positivas para IAAP H5 clado 2.3.4.4.²¹

Durante el mes de agosto, se notificaron 3 brotes de IAAP en aves en la provincia de Buenos Aires.

El primero corresponde al partido de Navarro, donde el 1º de agosto se confirmó IAAP H5, clado 2.3.4.4, en un establecimiento de aves de traspasio. Posteriormente, el 14 de agosto, se confirmó un nuevo brote, correspondiente a IAAP H5, clado 2.3.4.4, en un establecimiento de aves de traspasio ubicado en el partido de Arrecifes. El 19 de agosto se confirmó un brote de IAAP, subtipo H5, clado 2.3.4.4, en un establecimiento avícola de aves de postura localizado en la localidad de Los Toldos, partido de General Viamonte.

Luego, el 1º de septiembre se confirmó un brote de IAAP H5 en la provincia de Entre Ríos. Este brote fue detectado en aves de traspasio en la localidad de Laurencena, Nogoyá.²²

Además, el 6 de octubre se recibió la notificación de una sospecha por aves con crestas y barbillas cianóticas, y elevada mortalidad²³. Un día después, el 7 de octubre, el SENASA confirmó el caso de IAAP H5 en aves de traspasio en la localidad de San Andrés de Giles, provincia

²⁰Ministerio de Salud. Comunicación epidemiológica Informe de Situación actual sobre curso de casos (no humanos) de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad en Argentina. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/comunicacion_aviar-19022025.pdf

²¹https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/250717_comunicacion_epidemiologica-17-julio-influenza-aviar.pdf

²² <https://www.argentina.gob.ar/noticias/deteccion-de-un-caso-positivo-de-influenza-aviar-en-aves-de-traspasio-en-entre-rios>

²³ <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-detecto-un-caso-de-influenza-aviar-en-aves-de-traspasio-de-la-provincia-de-buenos-aires>

de Buenos Aires. Las muestras fueron analizadas por el Laboratorio Oficial del SENASA en Martínez.

Ante esta detección, los equipos de salud animal y salud humana nacionales y jurisdiccionales están realizando la identificación de personas expuestas, la investigación epidemiológica correspondiente y la implementación de medidas de control.

Se reitera a la comunidad que no existe riesgo al momento de consumir productos como huevos, carne aviar o cualquier otro derivado de la industria avícola.

VI.3.C. SITUACIÓN ACTUAL NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA INTERFASE HUMANO-ANIMAL (2025)

Las personas en riesgo de contraer infecciones son aquellas expuestas, directa o indirectamente, a aves infectadas (domésticas, silvestres o en cautiverio), por ejemplo, tenedores de aves que mantengan contacto estrecho y regular con aves infectadas o durante el sacrificio o la limpieza desinfección de las granjas afectadas.

En Argentina, de acuerdo con las recomendaciones regionales, se realiza la identificación temprana de las personas expuestas (en contacto con aves enfermas o muertas en contextos de brotes de Influenza Aviar) y su seguimiento durante 10 días para identificar posibles casos sospechosos (aquellos que presenten síntomas dentro del período de seguimiento).

A continuación, se presenta la información notificada sobre personas expuestas y casos sospechosos identificados y estudiados hasta la fecha, registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia. A la fecha se registraron un total de 51 personas expuestas durante 2025 (6 continúan en seguimiento).

Tabla 1. Resultados de seguimiento de personas expuestas a IAAP según jurisdicción. Argentina. Año 2025. Argentina. Actualizado al 14/10/2025.

Jurisdicción de Carga	Personas Expuestas		Casos Sospechosos	
	En Seguimiento	Finalizó Seguimiento	Continúan como sospechosos	Descartados
Buenos Aires	6	37	0	0
Chaco	0	4	0	2
Entre Ríos	0	2	0	0
TOTAL	6	43	0	2

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

Hasta el momento se han registrado 2 casos sospechosos, que han sido estudiados y descartados para Influenza por el Servicio de Virosis Respiratorias del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, Laboratorio Nacional de Referencia para Influenza y otros virus respiratorios.

VI.3.D. MEDIDAS DE VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL ANTE UN BROTE DE INFLUENZA AVIAR

Todas las personas expuestas estarán bajo vigilancia para detectar de manera temprana los casos sospechosos de infección.

- Realizar monitoreo diario de síntomas de personas expuestas hasta el décimo día inclusive luego del último contacto con animales infectados o entornos posiblemente contaminados. Las personas expuestas deben ser instruidas para detectar tempranamente los síntomas.

-No se requiere el aislamiento de personas expuestas mientras permanecen asintomáticas.

-Los casos expuestos a influenza aviar deberán notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud dentro de las 24 hs. al evento correspondiente.

-Las personas involucradas en las tareas de control de foco en los establecimientos deben utilizar un equipo de protección personal adecuado y evitar el contacto directo sin protección con animales enfermos o muertos, cadáveres, heces y ambientes potencialmente contaminados. El EPP recomendado incluye mameluco descartable, gafas o antiparras, barbijo N95, botas o cubre calzados y guantes de látex, nitrilo o vinilo.

-La indicación de quimioprofilaxis post-exposición se fundamenta en una evaluación integral del riesgo.

-El uso de oseltamivir puede considerarse en personas asintomáticas con alto riesgo de exposición (contacto directo con aves o animales confirmados con influenza aviar, así como quienes participan en actividades de muestreo, captura, eliminación de animales infectados o desinfección de ambientes contaminados con hallazgos positivos de influenza aviar), sin utilizar equipo de protección personal (EPP) o con uso inadecuado del mismo.

-En caso de indicarse profilaxis, se recomienda iniciarla lo antes posible, preferentemente dentro de las primeras 48 horas posteriores a la exposición.

Para mayor información sobre las recomendaciones, esquemas de dosificación y consideraciones de oseltamivir, se sugiere consultar: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/250717_comunicacion_epidemiologica-17-julio-influenza-avian.pdf.

VI.3.E. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

- Evitar el contacto con aves y/o mamíferos sospechosos o muertos.
- No tocar superficies que podrían estar contaminadas con saliva, mucosa o heces de aves silvestres o de corral.
- Cualquier persona que encuentre aves silvestres o domésticas con sintomatología nerviosa, respiratoria o digestiva, o muertas, deberá ponerse en contacto con las autoridades del SENASA inmediatamente.
- Ante sospechas, se debe contactar a la oficina más cercana–por teléfono o personalmente–; Whatsapp, al (11) 5700-5704; por correo electrónico a notificaciones@senasa.gob.ar; a través del Formulario Avisá al Senasa, disponible en el sitio web oficial (Link: [Avisá al Senasa Sanidad Animal | Argentina.gob.ar](https://www.argentina.gob.ar/senasa)). Para más información, ingresar en el Micrositio del Senasa. <https://www.argentina.gob.ar/senasa>²⁴
- Seguir las recomendaciones generales para la prevención y control de la transmisión de las infecciones respiratorias agudas: lavado de manos frecuente con agua y jabón, cubrir la boca y la nariz al toser y estornudar; lavarse las manos frecuentemente, no

²⁴ Para ampliar la información sobre el marco normativo y las actividades llevadas a cabo para resguardar sanidad aviar, dirigirse al siguiente link: <https://www.argentina.gob.ar/senasa/programas-sanitarios/cadenanimal/aves/aves-produccion-primaria/sanidad-animal>

compartir cubiertos ni vasos, ventilar los ambientes, no acudir a actividades laborales o educativas mientras está enfermo.

- Si bien no hay una vacuna específica para la influenza aviar se recomienda que las personas con indicación de vacuna antigripal según los lineamientos nacionales se vacunen oportunamente.
- Es importante destacar que la enfermedad no se transmite a las personas por el consumo de huevos, carne aviar y subproductos aviares.

VI.4. Vigilancia epidemiológica

VI.4.A. VIGILANCIA EN HUMANOS²⁵

En el marco de la Estrategia de Vigilancia y Control Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas, dada la actual situación epidemiológica regional y nacional en la que se destaca la evidencia de la circulación de virus de la Influenza A(H5), se requiere poner en marcha la vigilancia epidemiológica (detección y seguimiento) de personas expuestas a Influenza Aviar, así como fortalecer la detección de eventos respiratorios inusuales y el monitoreo de enfermedades tipo influenza (ETI) e infección respiratoria aguda grave (IRAG) a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Definiciones de Caso

- **Persona expuesta a Influenza Aviar:** Toda persona que haya tenido exposición²⁶ a animales enfermos o muertos, o sus entornos contaminados con excreciones (heces, sangre, secreciones respiratorias, etc.), en una zona²⁷ donde hubo un brote de Influenza AH5 en aves u otros animales en los últimos 10 días y sin uso adecuado de equipo de protección personal²⁸.
- **Caso sospechoso de Influenza Aviar:** Toda persona expuesta a influenza a aviar que presenta –dentro de los 10 días de la última exposición- inicio agudo de al menos uno de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta, coriza, dificultad para respirar, conjuntivitis; con o sin fiebre.

²⁵ Este documento presenta las recomendaciones vigentes al momento de su publicación. Los lineamientos de vigilancia, prevención y control están sujetos a un proceso de revisión continua.

²⁶ Las exposiciones pueden incluir: permanecer en el mismo espacio cerrado (< 2 metros), tocar o manipular aves o mamíferos infectados o enfermos o muertos con sospecha de IAAP o haber tenido contacto directo con superficies contaminadas.

²⁷ Se tomará como “zona donde hubo un brote” a lo comprendida por foco, perifoco y vigilancia definida por el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA).

²⁸ Las personas intervenientes en las tareas de control de foco que hayan utilizado EPP en forma adecuada deberán realizar auto monitoreo de síntomas e informar a la autoridad sanitaria en caso de presentar síntomas dentro de los 10 días de la última exposición de riesgo.

Registro y Notificación

Todo caso expuesto a Influenza Aviar deberá notificarse al SNVS2.0 desde su detección hasta el fin de seguimiento al evento *Influenza Aviar: expuestos a animales sospechosos o confirmados de gripe aviar*.

Grupo de Eventos/Evento	Modalidad	Estrategia/ Componente	Periodicidad
Infecciones respiratorias agudas / Influenza Aviar: expuestos a animales sospechosos o confirmados de gripe aviar.	Nominal	Epidemiológica y clínica	Inmediata

Identificación del Operativo: Para lograr asociar la notificación con el foco de Influenza Aviar del cual resulta Expuesto se dispone usar el ítem Vigilancia Activa de la ficha del SNVS y el listado de focos identificados, de manera tal que el operador seleccione a cuál de los focos activos corresponde el expuesto que se está notificando. Para ello deberá tildarse en “Vigilancia Activa” y luego seleccionar el foco de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad (IAAP) que corresponda.

Ante la identificación de casos sospechosos de infección humana por virus de influenza aviar, se debe tomar una muestra respiratoria (hisopado nasofaríngeo, hisopado nasal y faríngeo combinados, aspirado nasofaríngeo), en lo posible, dentro de los 4 días posteriores a la aparición de los síntomas. La muestra debe recolectarse en 2 ml de MTV o solución fisiológica de uso parenteral y remitir a los Centros Nacionales de Influenza en triple envase de seguridad biológica, con refrigerante, junto con la constancia de la carga al SNVS 2.0 (NO deberán estudiarse muestras de caso sospechoso en laboratorios locales o jurisdiccionales). Todas las personas que cumplan con la definición de **caso sospechoso** deben ser notificadas de forma nominal e inmediata al SNVS.2.0 al evento **“Sospecha de virus emergente”**. Se deberán completar los datos correspondientes a los componentes de vigilancia clínica, de laboratorio y epidemiológico consignando la condición de fallecido si corresponde y el antecedente de vacunación antigripal según corresponda.²⁹

²⁹ MSAL. Infecciones respiratorias agudas. Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para prevención y control. Link: guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_iru-2024.pdf

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

VII. Coqueluche - Actualización informe epidemiológico

VII.1. Introducción

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

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

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

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

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

VII.2. Nota metodológica

El presente informe incluye la actualización de la situación nacional de coqueluche y un apartado específico sobre un brote en curso en la provincia de Tierra del Fuego.

- Para el análisis de la situación nacional, se utilizaron los datos notificados al SNVS 2.0 disponibles al 12 de octubre, correspondientes a la semana epidemiológica cerrada (11/10).
- Para el análisis del brote, la información fue actualizada al 13 de octubre, a fin de contar con los datos más recientes disponibles.

VII.3. Situación internacional

El 10 de junio la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió una alerta epidemiológica ante el aumento de casos de coqueluche en varios países de la región de las Américas ³⁰. Este incremento se produce en un contexto de disminución sostenida de las coberturas de vacunación, con un descenso profundizado durante la pandemia de COVID-19.

A nivel mundial, durante la década de 2010 a 2019, se notificaron en promedio 170.000 casos anuales de coqueluche. Luego, durante la pandemia, los casos disminuyeron significativamente, alcanzando un mínimo histórico en 2021 con 29.623 casos. Posteriormente, se observó un aumento en 2022 y 2023, con 63.024 y 158.910 casos respectivamente.³¹

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

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

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

VII.4. Situación Epidemiológica Actual de Coqueluche en Argentina

VII.4.A. INTRODUCCIÓN

Entre la SE1 y 41 de 2025 se notificaron un total de 3.441 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 333 fueron confirmados. En 288 de ellos, se contó con confirmación de laboratorio³²,

³⁰ Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Aumento de tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas. 10 de junio del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-aumento-tos-ferina-coqueluche-region-americas-31-mayo-2025>

³¹ Organización Mundial de la Salud. The Global Health Observatory, Pertussis - number of reported cases. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/pertussis-number-of-reported-cases>

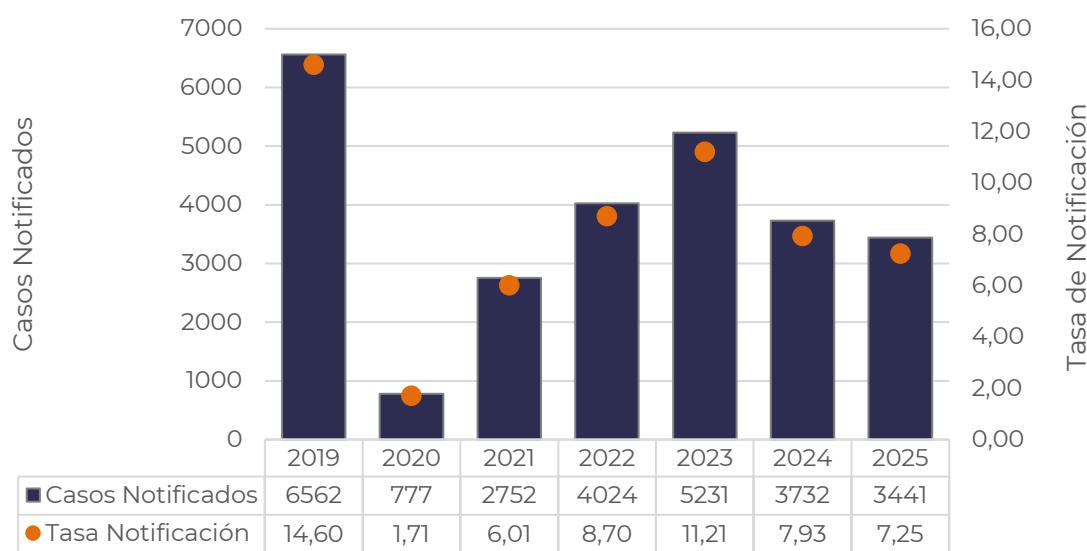
³² Los restantes casos confirmados no cuentan con información de estudios de laboratorio en SNVS 2.0. Estos casos, se contabilizan como confirmados de acuerdo a la clasificación manual del caso, y no es posible definir si se trata de casos confirmados por laboratorio o bien de acuerdo a criterio clínico-epidemiológico

identificándose *B. pertussis* en el 84,4% (n=243); 44 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.) y 1 caso correspondió a *B. parapertussis*.

VII.4.B. ANÁLISIS DE LOS CASOS NOTIFICADOS Y CONFIRMADOS

Durante el mismo período, la tasa de notificación de casos sospechosos fue inferior a la registrada en 2024. Al analizar la serie 2019–2025, se observa que los años 2019, 2022, 2023 y 2024 presentaron mayores números de notificaciones que el presente año, mientras que 2020 y 2021 registraron las tasas más bajas del período.

Gráfico 1. Casos notificados y Tasa de notificación cada 100.00 hab. de casos con sospecha de coqueluche según año. SE 1-41. Argentina. Años 2019-2025.



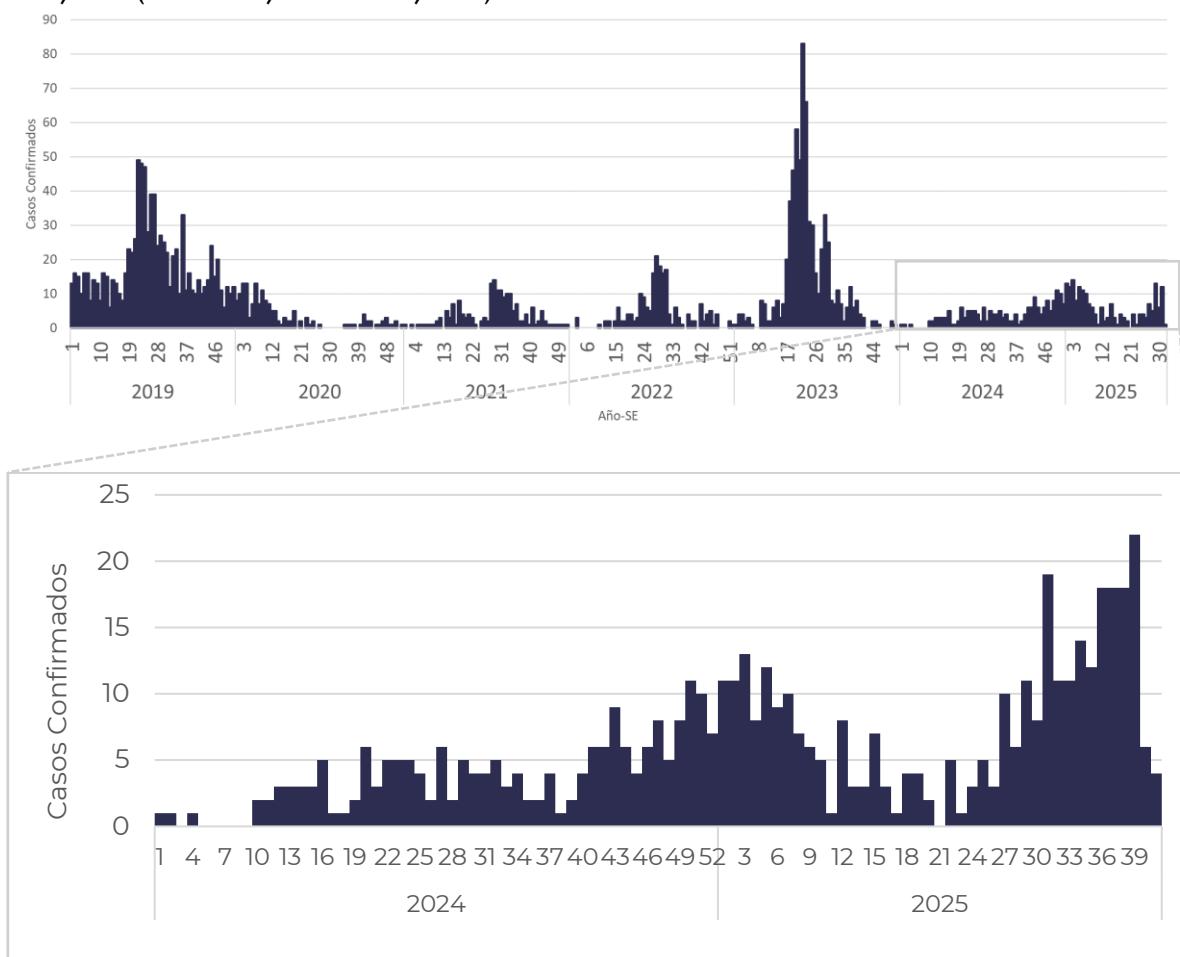
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de Córdoba (n= 1.117) y Salta (n=580), seguidos por la provincia de Buenos Aires (n=464), Mendoza (n=426), CABA (n=370), Santa Fe (n=153) y Tierra del Fuego (n=140). En el resto de las provincias se notificaron menos de 30 casos sospechosos en lo que va del año.³³

A continuación, se presenta la distribución de los casos confirmados según semana epidemiológica, desde 2019 a 2025.

³³ Las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche según jurisdicción se analizan de acuerdo a la variable “Establecimiento de Carga” y “Provincia de Carga”.

Gráfico 2. Distribución de los casos confirmados según semana epidemiológica. Argentina. SE1/2019 a SE41/2025 (detalle SE1/2024 a SE41/2025).

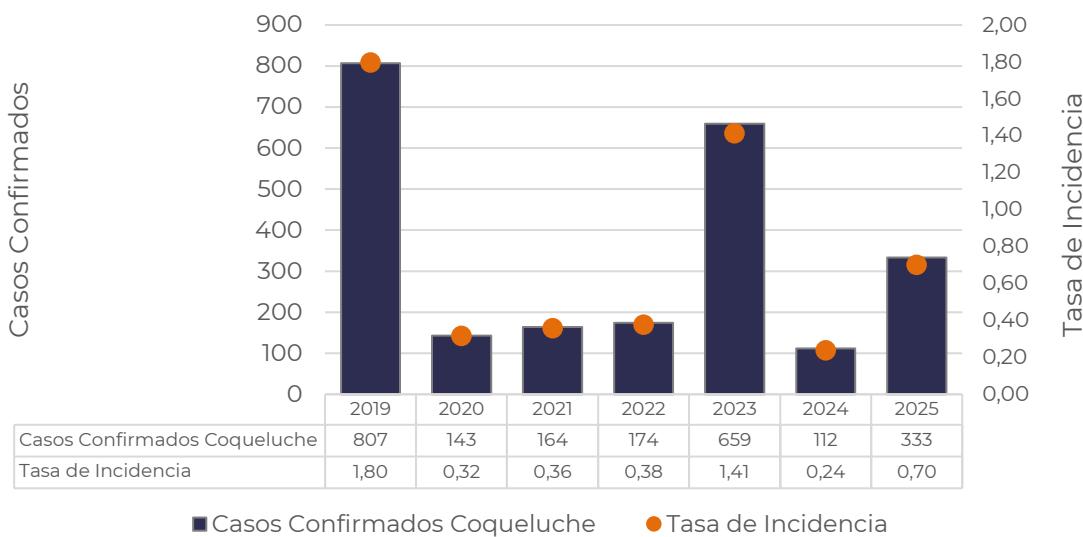


Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

En cuanto a los casos confirmados, se verifica un ligero ascenso de los casos de coqueluche a partir de la SE43/2024, que alcanzó su máximo en SE3/2025, con descenso posterior. Desde la SE27/2025 se observa un aumento del número de casos, que alcanzó su valor máximo en la SE39/2025, en relación con el brote en curso en Ushuaia (ver más adelante) y un ascenso de los casos confirmados en la Región Centro del país. Asimismo, los casos de coqueluche notificados entre SE1 y 41 de 2025 superan las confirmaciones para el mismo periodo de los años 2021, 2022 y 2024, con una incidencia acumulada de 0,70 casos cada 100.000 habitantes en lo que va del año³⁴. Es importante referenciar que los casos del 2023 fueron notificados en su gran mayoría por la provincia de Salta. Es preciso destacar este hecho en función de comprender de manera más cabal la situación actual, ya que el incremento de los casos del presente año se está dando en diferentes jurisdicciones y de manera heterogénea.

³⁴ En el año 2023, se notificó el mayor número de casos con sospecha y confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó el 63% de los casos totales confirmados y más del 85% de casos confirmados de *B. pertussis*, sin registrarse el mismo patrón en el resto del país.

Gráfico 3. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. SE 1-41. Argentina. Años 2019-2025.



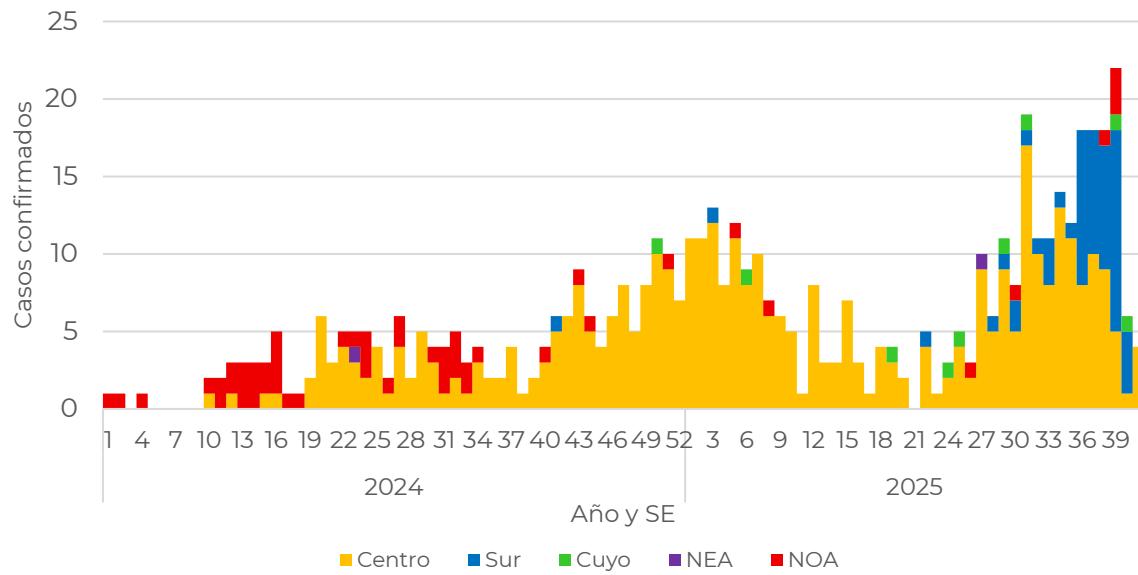
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Observando el total de los casos según año, se puede constatar la situación actual a nivel nacional en relación con los años previos. Como se dijo, el 2023 corresponde, en su gran mayoría, a casos de Salta. Por este motivo el 2025 se presenta como un año de particular incremento de los casos.

VII.4.C. ANÁLISIS SEGÚN REGIÓN Y JURISDICCIONES

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

Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2024-41/2025.

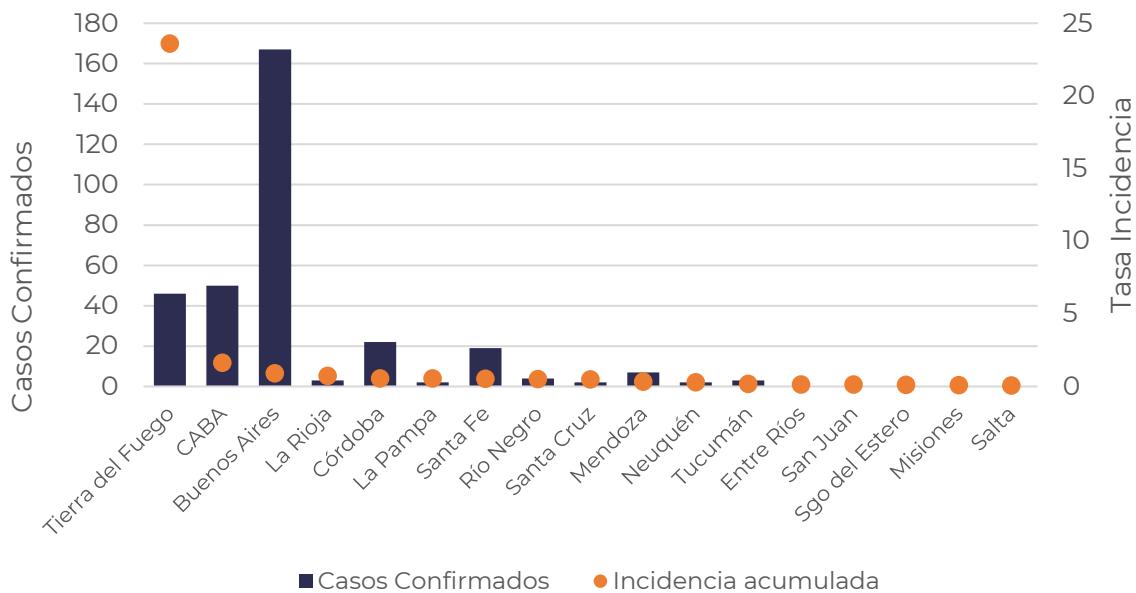


Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Los casos confirmados durante 2025 se distribuyeron en 17 jurisdicciones. El mayor número de casos se concentró en la Región Centro (n=260), con el mayor número de notificaciones correspondientes a residentes de provincia de Buenos Aires (n=167) y CABA (n=50), y en la Región Sur (n=56), a expensas del mencionado brote en Tierra del Fuego.

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

Gráfico 5. Casos confirmados e incidencia acumulada de coqueluche cada 100.000 habitantes por año según jurisdicción. SE 1-41. Argentina. Año 2025.



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

La mayor incidencia acumulada se registró en Tierra del Fuego, que —en el marco del brote actualmente en curso en el Departamento de Ushuaia— presentó una IA de 23,6 casos por cada 100.000 habitantes, valor casi 15 veces superior al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que ocupa el segundo lugar con una IA de 1,6 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 0,9 por 100.000 habitantes.

Con el objetivo de contextualizar la situación actual en relación con los últimos años y por jurisdicción a continuación, se presenta una tabla con el número absoluto de casos confirmados registrados entre las semanas epidemiológicas 1 y 41 de los años 2019 a 2025.

Los colores utilizados en la tabla (del verde —menor número de casos— al rojo —mayor número de casos—) permiten identificar el año en que cada jurisdicción notificó la mayor cantidad de casos dentro del período analizado.

Tabla 1. Casos confirmados coqueluche según jurisdicción y año. Argentina. 2019-2024 y SE 1-41 2025.

Jurisdicciones	Casos Confirmados						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	216	49	45	58	47	74	167
CABA	21	11	0	3	2	53	50
Catamarca	6	0	0	11	2	0	0
Chaco	5	3	0	2	0	0	0
Chubut	12	6	3	1	2	0	0
Córdoba	192	31	37	5	81	11	22
Corrientes	2	0	0	1	0	0	0
Entre Ríos	42	1	1	0	1	2	2
Formosa	2	2	0	1	0	0	0
Jujuy	2	0	3	0	2	0	0
La Pampa	8	0	0	0	0	0	2
La Rioja	1	0	0	0	25	1	3
Mendoza	241	12	17	13	25	1	7
Misiones	10	1	5	5	9	1	1
Neuquén	1	1	0	0	2	0	2
Río Negro	5	1	0	0	1	1	4
Salta	146	23	68	93	423	43	1
San Juan	3	1	0	0	0	0	1
San Luis	8	5	1	0	0	0	0
Santa Cruz	0	1	0	0	0	0	2
Santa Fe	14	5	0	7	43	5	19
Sgo del Estero	2	0	0	0	0	0	1
Tierra del Fuego	7	2	0	0	0	0	46
Tucumán	7	4	1	0	2	0	3
Total Nacional	953	159	181	200	667	192	333

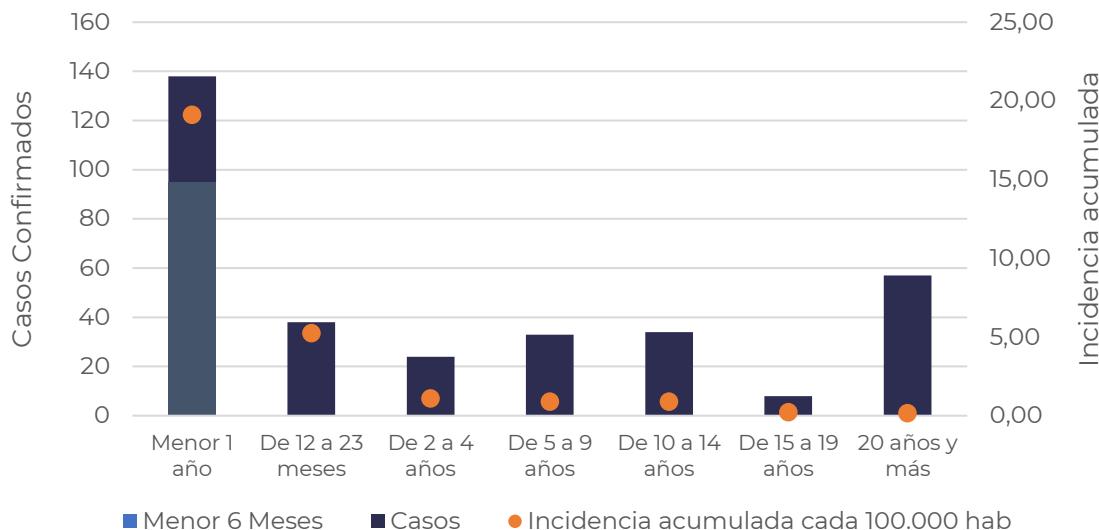
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Excluyendo el año 2019, año donde se observa la mayor cantidad de jurisdicciones con sus valores más elevados, se puede constatar que el año en curso muestra, faltando aún más de dos meses para su finalización, la mayor cantidad de jurisdicciones con los casos más elevados de la serie. Así, Buenos Aires, CABA, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Santiago del Estero y Tierra del Fuego dan cuenta de la situación de aumento de casos en 2025. También puede observarse lo ya referenciado para el año 2023, donde Salta notificó 423 de los 677 casos de todo el año, lo que representa el 63%. Junto con Salta, las provincias de Santa Fe y La Rioja son las que más casos confirmados notificaron en ese período.

VII.4.D. ANÁLISIS SEGÚN EDAD Y GRAVEDAD

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

Gráfico 6. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por grupos de edad. SE 1-41, 2025.



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

Las mayores incidencias acumuladas se observaron en el grupo de 0 a 5 años, con predominio en los menores de 1 año, que concentraron el 41,6% de los casos confirmados en 2025 (n=138), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=95). En las últimas semanas, el número de casos y la tasa de incidencia en el grupo de 20 años y más presentaron un aumento, como consecuencia de las características del brote en Tierra del Fuego.

Además de lo analizado, se referencia que entre las semanas epidemiológicas 1 y 41 de 2025 se notificaron 4 fallecimientos en casos confirmados con detección de *Bordetella pertussis*: 2 en menores de 6 meses, 1 en el grupo de 6 a 11 meses y otro en el grupo de 12 a 23 meses.

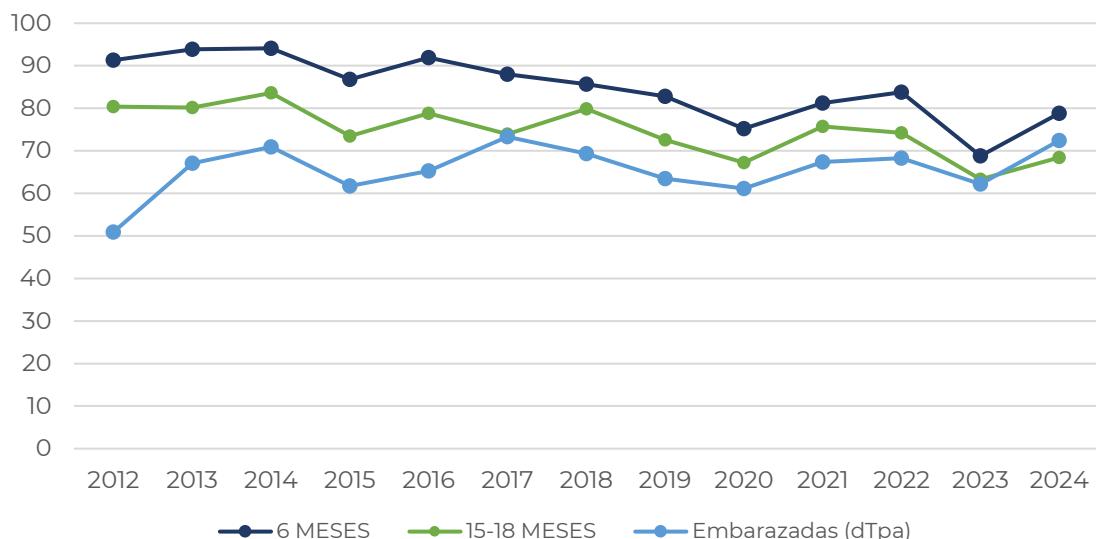
VII.5. Coberturas de Vacunación

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

Existen vacunas seguras y efectivas para prevenir la infección por *Bordetella pertussis*. Sin embargo, se registra a nivel mundial, regional y nacional un descenso progresivo de las coberturas que redundan 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 recuperación 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 7. Coberturas de vacunación con componente pertussis. Argentina 2012 - 2024

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

Entre 2012 y 2016, las coberturas de vacunación en lactantes de 6 meses y en niños de 15-18 meses se mantuvieron en niveles cercanos al 90% y el 80% respectivamente, mientras que las embarazadas mostraban coberturas más bajas, pero en ascenso, acercándose al 70%. Sin embargo, a partir de 2017 comienza 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, cerrando el año con una cobertura nacional de 78,8%.

Para el caso del primer refuerzo de quíntuple/séxtuple, se presentó 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 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, con caídas importantes en los años posteriores a la pandemia. En 2023 la cobertura fue de 62,2%, mientras que en 2024 se registró una mejoría significativa, alcanzando 72,4%, lo que representa un incremento de más de 10 puntos porcentuales respecto del año anterior.

Las coberturas parciales de 2025 al 08/10/2025, son:

- 1º dosis de Quíntuple (DTP/HB +Hib) (2 meses): 62,15%
- 2º dosis de Quíntuple (4 meses): 61,18%

3º dosis Quíntuple (DTP/HB +Hib) (6 meses): 57,16%
Ref Quíntuple (DTP/HB +Hib) (15 -18 meses): 50,67%
Ref DTP (5 años): 44,11% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 08/10/25: 90,51%)
Ref dTpa (11 años): 44,12% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 08/10/25: 98,22%)
Embarazadas dTpa: 58,41%

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

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

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

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

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

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

Estas dos últimas consideraciones implican que existe a la fecha subregistro de dosis aplicadas. Por este motivo, se trabaja diariamente en la mejora de los sistemas de registro, tanto del nivel jurisdiccional como desde el nivel nacional, a través del apoyo a las jurisdicciones y de la implementación de nuevas y mejores tecnologías con el objetivo de contar con datos de mayor calidad para apoyar la toma de decisiones en materia de política de inmunizaciones.

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

registradas, la cohorte de nacimiento en lugar del ingreso escolar o la adolescencia respectivamente.

Esto significó una simplificación en ambos procesos (planificación y cálculo de coberturas) y permite evaluar actualmente la cobertura de vacunación oportuna, es decir las dosis aplicadas a los 5 y 11 años únicamente, y la vacunación ampliada por cohorte, es decir a la misma cohorte de nacimiento a los 6 y 12 años respectivamente. En este sentido, al analizar la vacunación ampliada de la dosis de refuerzo de los 5 años con la vacuna triple bacteriana celular, se observó una mejora significativa: en 2024 se registró una cobertura de la cohorte de 2019 de 46,4%, mientras que en 2025 la cobertura de esa misma cohorte fue de 44,1%, alcanzando una cobertura acumulada para la cohorte de 90,5%. En el caso de la dosis de refuerzo de los 11 años con la vacuna triple bacteriana acelular (dTpa), la cobertura de vacunación de la cohorte de nacidos en 2013 vacunados en 2024 fue del 54,1% y la misma cohorte alcanzó el 98,2% durante el año 2025. Este análisis permitió observar que, si bien las coberturas oportunas son más bajas que lo observado en años anteriores, si se evalúa cómo siguió vacunándose esa cohorte de nacimiento más allá de los 5 y 11 años respectivamente, se alcanzó a un mayor número de la población objetivo de manera atrasada.

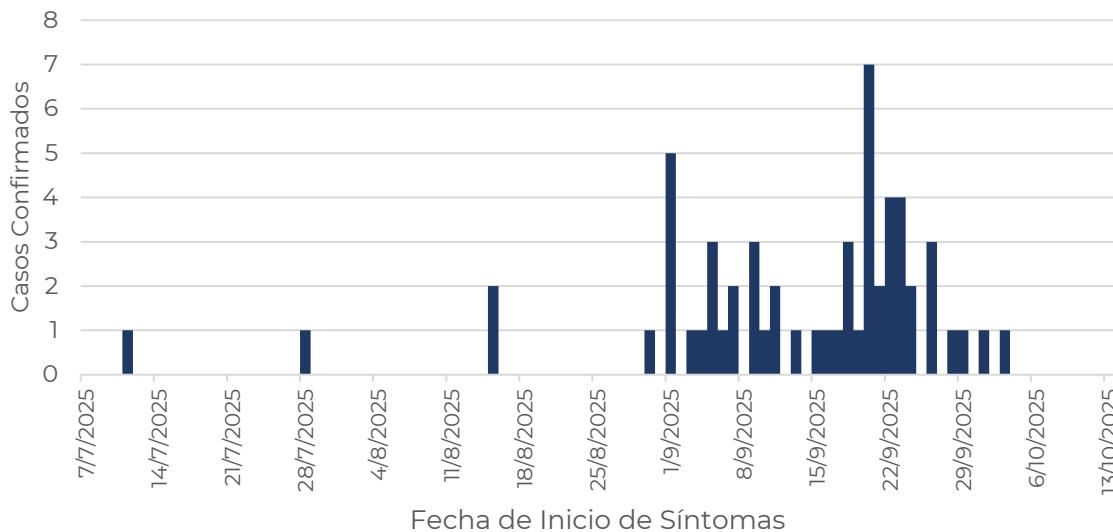
Luego del análisis histórico de coberturas de vacunación, incluidos los últimos cambios realizados para su cálculo, es necesario trabajar de manera integrada y articulada entre los diferentes niveles y con participación de representantes de todos los actores involucrados para revertir la tendencia sostenida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

VII.6. Situación epidemiológica de Coqueluche en Tierra del Fuego³⁵

En las últimas semanas se presentó un aumento de los casos confirmados en la provincia de Tierra del Fuego, superando la tasa de incidencia de los últimos 6 años. Esta situación se debe a un brote identificado en la localidad de Ushuaia.

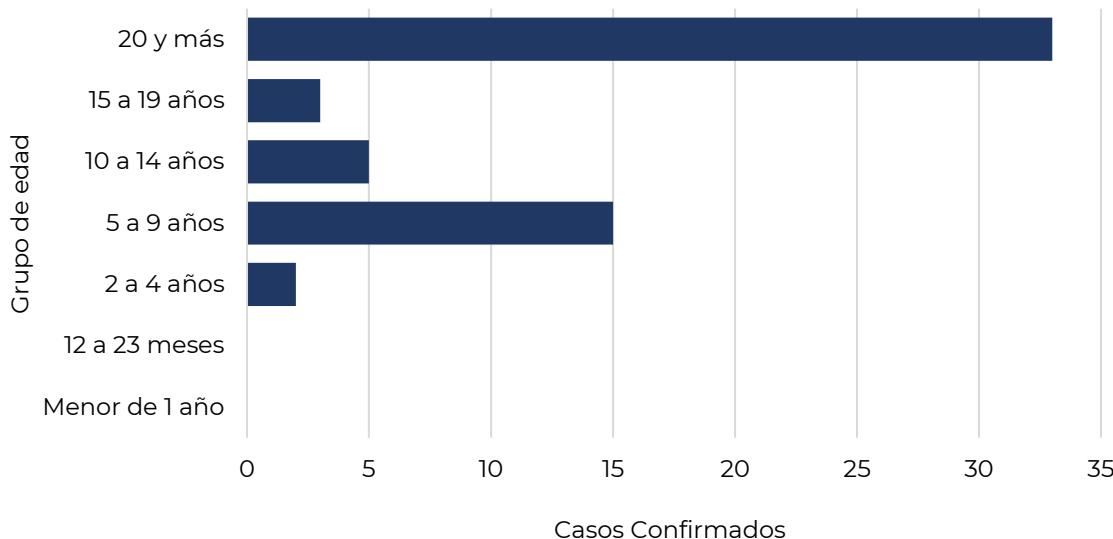
En Ushuaia se notificaron 135 casos sospechosos desde el 7 de julio de 2025 (SE28), de los cuales 58 fueron confirmados, lo que corresponde a una incidencia de 29,8 casos por cada 100.000 habitantes. El 91,4% inició síntomas a partir de la SE36.

³⁵ La información presentada en el presente informe corresponde a los datos extraídos del SNVS 2.0 el día 13 de Octubre de 2025

Gráfico 8. Curva epidémica de casos de Coqueluche. Desde 07/07/2025 a 13/10/2025. Ushuaia.

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

El 48,3% (n=28) de los casos presentó laboratorio confirmatorio. En cuanto a la distribución por edad, los casos se presentaron con mayor frecuencia en adultos de 20 años y más (n=33), seguido por niños de 5 a 9 años (n=15). No se registraron casos confirmados en menores de 2 años.

Gráfico 9. Distribución de casos confirmados de coqueluche según grupo de edad. Desde 07/07/2025 a 13/10/2025. Ushuaia.

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

Con respecto a la evolución clínica, un caso confirmado requirió hospitalización, con buena evolución clínica. No se registraron defunciones.

Se remitieron 9 muestras de aspirado nasofaríngeo al Laboratorio Nacional de Referencia - Servicio Bacteriología Clínica - INEI - ANLIS - “Dr. Carlos G. Malbrán” para confirmación de los resultados positivos. Se obtuvo resultado concordante en el 89% (8/9) de los casos. El 25% (2/8) se clasificó como *B. pertussis* y el 75% restante (6/8) se clasificó como *Bordetella* sp. Algunas posibles causas por las que no se haya detectado ADN de *Bordetella* sp en una de las muestras

remitidas pueden ser la baja carga del patógeno en ese caso, factores tales como la conservación y/o el transporte de la muestra que podrían haber afectado la calidad del ADN bacteriano, entre otras. Se está evaluando la posibilidad de remitir sueros de casos de adolescentes y/o adultos para estudio de IgG anti toxina pertussis.

Frente a la situación de brote en la provincia de Tierra del Fuego, el Ministerio de Salud de la Nación trabaja junto a las autoridades y equipos sanitarios de la provincia. Como parte del trabajo coordinado, se elaboró una definición de caso adaptada al brote en curso, el contexto geográfico y social. Este enfoque busca facilitar la detección oportuna de casos y la implementación de medidas de control adecuadas.

Paralelamente se están implementando acciones de acompañamiento y recomendaciones de prevención, rastreo de contactos y administración de profilaxis post-exposición (PPE).

Así mismo, se reforzaron las acciones de vacunación específicas para la contención y prevención de nuevos casos. Se implementó un esquema acelerado en lactantes, iniciando la vacunación a las seis semanas de vida, con la aplicación de la 2º y 3º dosis en intervalos de 30 días, con un primer refuerzo a los seis meses posteriores (no antes de los 12 meses de edad) el segundo refuerzo a los cinco años.

Además, se dispuso la vacunación con dTpa del personal de salud que no cuentan con refuerzo en los últimos diez años o cinco en quienes atienden lactantes menores de 12 meses, y de los docentes del nivel inicial sin antecedentes de refuerzo con componente pertussis en los últimos diez años. Todas las dosis aplicadas se registran en el sistema nominal electrónico, con el fin de garantizar la trazabilidad y el seguimiento de las coberturas.

Los equipos provinciales de epidemiología, inmunizaciones y laboratorio, junto con la red de atención primaria de la salud, trabajan de manera coordinada para garantizar la atención oportuna de las personas con síntomas y de sus contactos estrechos, con el objetivo de limitar la propagación de la enfermedad en la comunidad.

VII.7. Recomendaciones para los equipos de salud del primer nivel de atención respecto a la Coqueluche

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

El primer nivel de atención (pna) cumple un rol central en la promoción de hábitos saludables, la prevención de la enfermedad, la detección temprana de casos con su vigilancia y la notificación oportuna, el manejo clínico de casos sospechosos o confirmados en el PNA incluyendo el control de contactos, sin olvidar su rol estratégico en la sensibilización a la comunidad. dada la situación epidemiológica actual –con incremento de casos en varios países de la región y circulación sostenida en distintas jurisdicciones del país–, se recomienda reforzar las siguientes acciones:

VII.7.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 originaria.
- Promover la vacunación de todas las vacunas con componente Pertussis (DTP y dTpa en las poblaciones objetivo) para reducir la incidencia de la enfermedad, facilitando la misma en centros de salud, puestos móviles y comunidades vulnerables.
- Generar acciones articuladas con otros sectores de la comunidad, en especial donde se encuentra el grupo etario de 5 y 11 años, como por ejemplo las escuelas o clubes barriales para la búsqueda activa de la población objetivo.
- Estimular la vacunación con una dosis de triple bacteriana acelular cada 5 años en el personal de salud en contacto con niños menores.

VII.7.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. La implementación de estrategias de vigilancia clínica activa y de 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 efecto de primer nivel, por ejemplo, servicios de demanda espontánea, búsquedas activas, teleconsulta. Consolidando el rol de agentes sanitarios y promotores de salud en la vigilancia territorial, la identificación precoz de casos sospechosos y la derivación inmediata al centro de salud.
- Incrementar la comunicación efectiva con las familias y la comunidad, enfatizando la importancia de la consulta temprana ante la presencia de tos persistente o síntomas respiratorios, para contrarrestar la percepción de banalidad del cuadro y reducir el retraso diagnóstico. A tal fin suelen ser efectivas las campañas locales con mensajes breves y que prioricen los recursos visuales o las microcampañas digitales o radiales dirigidas a madres/padres jóvenes que aumentan la intención de consulta al servicio de salud. También resultan útiles estrategias de recordatorios en el punto de contacto sanitario como carteles en salas de espera o recordatorios impresos en carnets de vacunación.

VII.7.C. NOTIFICACIÓN Y VIGILANCIA

La notificación oportuna y la vigilancia activa 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 de todos los casos sospechosos al sistema de vigilancia epidemiológica (SISA-SNVS 2.0), conforme a la normativa vigente, para facilitar el seguimiento epidemiológico y la implementación de medidas de control.

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

VII.7.D. MANEJO CLÍNICO

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

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

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

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

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

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

VII.7.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 y personas con esquema incompleto de vacunación.
- Indicar quimioprofilaxis antibiótica y revisar esquemas de vacunación de los contactos domiciliarios y comunitarios según las recomendaciones vigentes.
- Coordinar acciones intersectoriales y comunitarias para la búsqueda activa de contactos en ámbitos educativos, laborales o recreativos, cuando exista riesgo de diseminación en grupos cerrados.

VII.7.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 los persistentes o síntomas compatibles con coqueluche.
- Desarrollar campañas de comunicación de riesgo localizadas, coordinadas por los equipos del primer nivel de atención bajo mensajes simples y directos, utilizando espacios comunitarios, redes sociales locales, radios barriales y centros educativos.
- Promover la participación activa de actores comunitarios (por ejemplo, escuelas, líderes territoriales, medios locales, organizaciones sociales y religiosas) para amplificar los mensajes preventivos y difundir información confiable sobre la enfermedad y los servicios de salud disponibles.
- Aprovechar las instancias de contacto habitual con la comunidad como los controles de salud, la vacunación, las actividades territoriales de salud para incluir mensajes breves de prevención y detección temprana.

VII.7.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 activa que se inicia después de la exposición no protegerá contra la enfermedad que surja por tal exposición, pero tampoco está contraindicada. La inmunización pasiva es ineficaz. La vacuna contra *B. pertussis* no protege de la infección por *B. parapertussis*.

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

VII.7.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), debe tomarse una muestra de aspirado o hisopado nasofaríngeo y/o suero e 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).³⁶

³⁶ Para más información: <https://vihda.gov.ar/documentos/buenas-practicas-y-diretrices/IF-2023-134428010-APN-DMCYSP-MS.pdf>

Definición de Contacto estrecho:

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

Contacto de alto riesgo de enfermedad severa:

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

Medidas ante un contacto:

- Realizar toma de aspirado o hisopado nasofaríngeo y/o suero, para confirmación de la enfermedad ante la sospecha diagnóstica en los contactos.
- Aislar de escuelas, guarderías o jardines a los contactos estrechos del caso que tengan menos de 7 años de edad con inmunización incompleta, hasta que hayan cumplido 5 días de tratamiento antibiótico quimioprofiláctico efectivo.
- Controlar esquemas de vacunación de los contactos y administrar una dosis de vacuna con componente pertussis lo antes posible después de la exposición a los contactos estrechos menores de 7 años de edad que no hayan recibido cuatro dosis de vacuna o una dosis de ella en los últimos tres años.
- 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 catárral de la enfermedad.

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

Edad	Azitromicina	Eritromicina	Clarithromicina	Trimetoprima-Sulfametoxazol TMP-SMZ **
Menor de 1 mes	10 mg/kg/día dosis única por 5 días De primera elección.	40-50 mg/kg/día en 4 dosis por 14 días. No de primera elección*	No recomendado (no hay datos de seguridad)	Contraindicado en menores de 2 meses (riesgo de kernicterus)
1-5 meses	10 mg/kg/día dosis única por 5 días	40-50 mg/kg/día dividido en 4 dosis por 14 días	15 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 7 días	En >2 meses: TMP 8 mg/kg/día y SMZ 40 mg/kg/día dividido en 2 dosis por 14 días
Infantes (\geq 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 clarithromicina) pero la FDA ha catalogado la eritromicina y azitromicina como categoría B y la clarithromicina como C.

VII.8. Vigilancia Epidemiológica

VII.8.A. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

- Lograr la detección oportuna de casos sospechosos para realizar las acciones de control correspondientes, que contribuyan a disminuir la transmisión y la morbimortalidad en los grupos de mayor riesgo.
- Monitorear el comportamiento de la enfermedad, así como el impacto de las acciones de vacunación, esenciales para la toma de decisiones adecuadas y oportunas en la población.

VII.8.B. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

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

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

vómitos después de la tos.

- Mayores de 11 años: tos persistente de 14 o más días de duración, sin otra sintomatología acompañante, sin otra causa aparente.

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

Caso confirmado

- Caso sospechoso con cultivo positivo para el agente causal y/o resultados positivos del ensayo de PCR específicos para el agente causal y/o resultados positivos para detección de IgG anti toxina pertussis (estandarizado con el testigo de referencia internacional de la OMS)³⁷
- Caso sospechoso con nexo epidemiológico con caso de coqueluche confirmado por laboratorio entre 3 y 21 días antes del inicio de los síntomas.

Caso probable

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

Caso descartado por diagnóstico diferencial

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

Caso descartado

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

VII.8.C. NOTIFICACIÓN

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

VII.9. 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

³⁷ En adolescentes y adultos, requiere una sola muestra de suero y está indicado en casos con más de 14 días de tos y que hayan recibido la vacunación con componente pertussis al menos un año o más antes de la toma de muestra.

OMS (06/140)³⁸. Para el cultivo y la PCR la muestra apropiada es el aspirado nasofaríngeo o el hisopado nasofaríngeo recolectado con hisopo de dacrón, nylon o rayón.

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

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

Puntos críticos en el diagnóstico de Coqueluche

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

Para las pruebas de **PCR**, existen diversos blancos de amplificación descriptos en la literatura para *B. pertussis*, *B. parapertussis* y *B. holmesii*. El LNR recomienda utilizar para la detección y confirmación de *B. pertussis* los blancos de amplificación: IS481+ promotor del gen de la toxina pertussis (*ptxP*). Se desaconseja totalmente emplear una sola prueba. La utilización exclusiva de la secuencia de inserción IS481 no resulta una prueba específica dado que también está presente en *B. holmesii* y algunas *B. bronchiseptica*³⁹. Por otro lado, *ptxP* es de copia única, a diferencia de la secuencia de inserción IS481 que posee entre 50 y 238 copias en el genoma completo de *B. pertussis*⁴⁰, 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

³⁸ 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.

³⁹ 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

⁴⁰ 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)

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. 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 deseable la recolección de ANF/HNF para realizar también el cultivo y la PCR.

VII.10. Nota Metodológica

Para el presente informe se analizó la información registrada en el Sistema Nacional de Vigilancia (SNVS2.0) al 10/08/2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 de 2019 a la SE 32 de 2025, en el evento “Coqueluche”. Se excluyeron casos invalidados por epidemiología y duplicados.

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

En 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. Es por esto que 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

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS **INTERNACIONALES**

VIII. Introducción

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

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

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

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

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

VIII.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión

VIII.1.A. BRASIL⁴¹

Tras registrarse los últimos casos de sarampión en 2015, Brasil recibió la certificación de eliminación del virus en 2016. No se confirmaron casos de la enfermedad en 2016 ni en 2017. Sin embargo, en 2018, debido al gran flujo migratorio asociado a la baja cobertura de vacunación, el virus volvió a circular. En 2019, tras un año de circulación abierta del virus durante más de 12 meses con el mismo genotipo (D8), Brasil perdió su certificación de "libre de sarampión".

Entre 2018 y 2022 se confirmaron 9.329, 21.704, 8.035, 670 y 41 casos de sarampión, respectivamente.

En 2022, los estados que confirmaron casos fueron: Río de Janeiro, Pará, São Paulo y Amapá, siendo el último caso confirmado registrado en el estado de Amapá, con fecha de inicio del exantema el 05/06/2022.

En 2023, no hubo casos confirmados de sarampión en Brasil.

En 2024, el país notificó cinco casos confirmados de sarampión, de los cuales cuatro fueron importados: En enero/2024: 1 (un) caso en Rio Grande do Sul, un niño varón de 3 años con antecedentes de viaje a Pakistán. El genotipo identificado fue B3; en agosto/2024: 1 (un) caso en Minas Gerais, un varón de 17 años, de Inglaterra. El genotipo identificado fue D8, linaje MVs/Victoria.AUS/39.22. Y en octubre/2024: 2 (dos) casos en São Paulo, 1 varón, 37 años de edad y 1 mujer, 35 años de edad, con antecedentes de viaje a Italia. El genotipo identificado fue

⁴¹<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sarampo/situacao-epidemiologica>

D8, linaje MVs/São Paulo.BRA/41.24, con 99,6% de identidad genómica con el linaje Bern. En solo un caso, no se pudo identificar la fuente de infección. Se trata de un niño de 6 años, residente en el municipio de Itaboraí/RJ, notificado en octubre de 2024.

En Brasil, entre las Semanas Epidemiológicas (SE) 1 y 38 de 2025, se confirmaron 34 casos de sarampión, distribuidos en el Distrito Federal (n=1), Río de Janeiro (n=2), São Paulo (n=1), Rio Grande do Sul (n=1), Tocantins (n=25), Maranhão (1) y Mato Grosso (3).

En el estado de Río de Janeiro, los casos corresponden a dos niños menores de un año, sin antecedentes de vacunación, cuya fuente de infección no se identificó. El exantema comenzó entre el 28 de febrero y el 2 de marzo de 2025.

En el Distrito Federal y Rio Grande do Sul, los casos se clasificaron como importados. El caso del Distrito Federal se trató de una mujer de 35 años con exantema el 1 de marzo de 2025, mientras que el caso de Rio Grande do Sul se trató de un hombre de 50 años con exantema el 6 de abril de 2025. Ambos tenían antecedentes de viajes internacionales.

En São Paulo, se reportó un caso en un hombre de 31 años sin antecedentes de viajes internacionales ni registro de vacunación contra el sarampión. El exantema comenzó el 5 de abril de 2025 y se desconoce el origen de la infección.

En julio de 2025, se inició un brote de sarampión en el estado de Tocantins, en el municipio de Campos Lindos (TO), asociado con el regreso de cuatro brasileños de una comunidad con baja adherencia a la vacunación, dos adultos y dos niños, que habían estado en Bolivia durante un mes y regresaron infectados. Esto resultó en 25 casos confirmados, de los cuales 22 provenían de la comunidad y tres de la población general. El último caso presentó exantema el 12 de septiembre de 2025.

En Maranhão, el único caso confirmado ocurrió en una mujer de 46 años, no vacunada, residente en el municipio de Carolina (MA), en zona rural, pero que tuvo contacto con miembros de la comunidad en Campos Lindos (TO).

El 22 de septiembre de 2025, Mato Grosso confirmó inicialmente dos casos de sarampión que llevaban dos meses en Bolivia y que llegaron al municipio rural de Primavera do Leste, Mato Grosso, el 19 de septiembre. El tercer caso confirmado presentó signos y síntomas unos días después, por lo que se notificó posteriormente. Los casos pertenecen a la misma familia: una mujer de 27 años y sus dos hijos (de 4 años y 1 año y 2 meses), quienes no estaban vacunados contra la enfermedad.

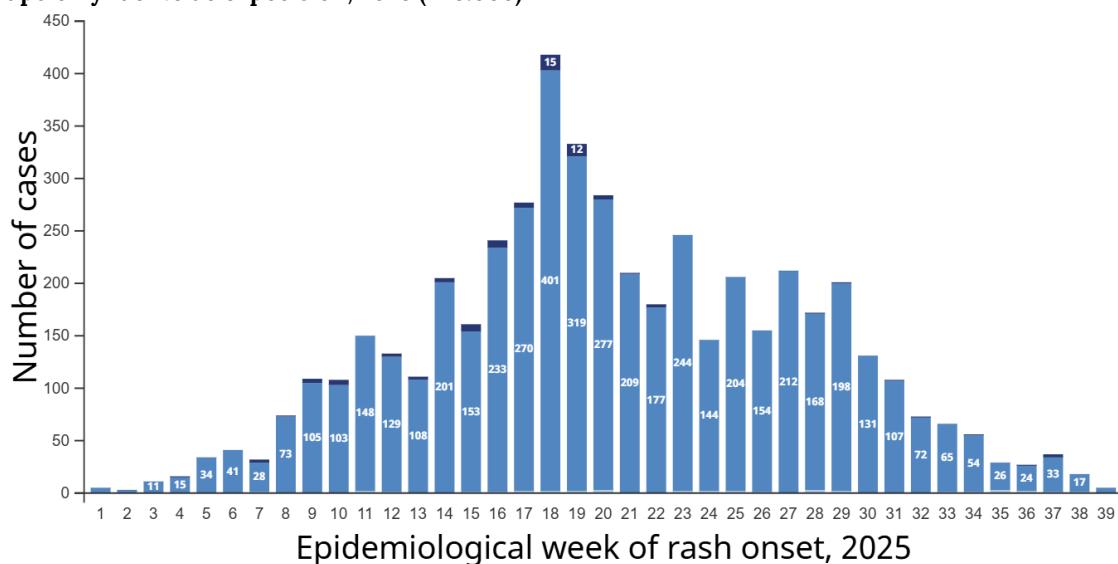
VIII.1.B. CANADÁ⁴²

En 2025, se han notificado un total de 5.060 casos de sarampión (4.696 confirmados, 364 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 04 de octubre de 2025.

En la semana 40 (del 28 de septiembre al 04 de octubre de 2025), se notificaron 36 nuevos casos de sarampión (36 confirmados y 0 probables) en 4 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba y Ontario).

⁴² <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=5.060)



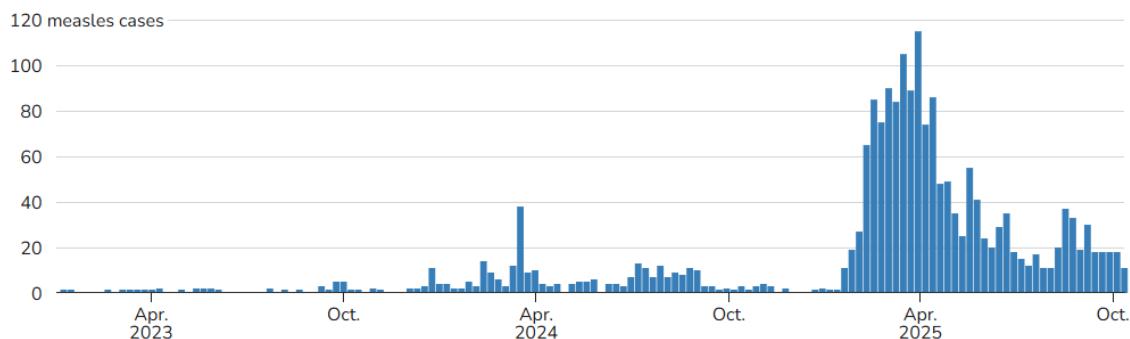
VIII.1.C. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA⁴³

Al 14 de octubre de 2025, se notificaron un total de 1.596 casos confirmados de sarampión. De ellos, 1.573 casos han sido confirmados en 42 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arkansas, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Míchigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming. Un total de 23 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

En 2025 se han notificado 44 brotes, y el 86% de los casos confirmados (1.380 de 1.596) están asociados a brotes. En comparación, durante 2024 se notificaron 16 brotes y el 69% de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a brotes.

En el 2025 hubo 3 muertes confirmadas por sarampión.

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



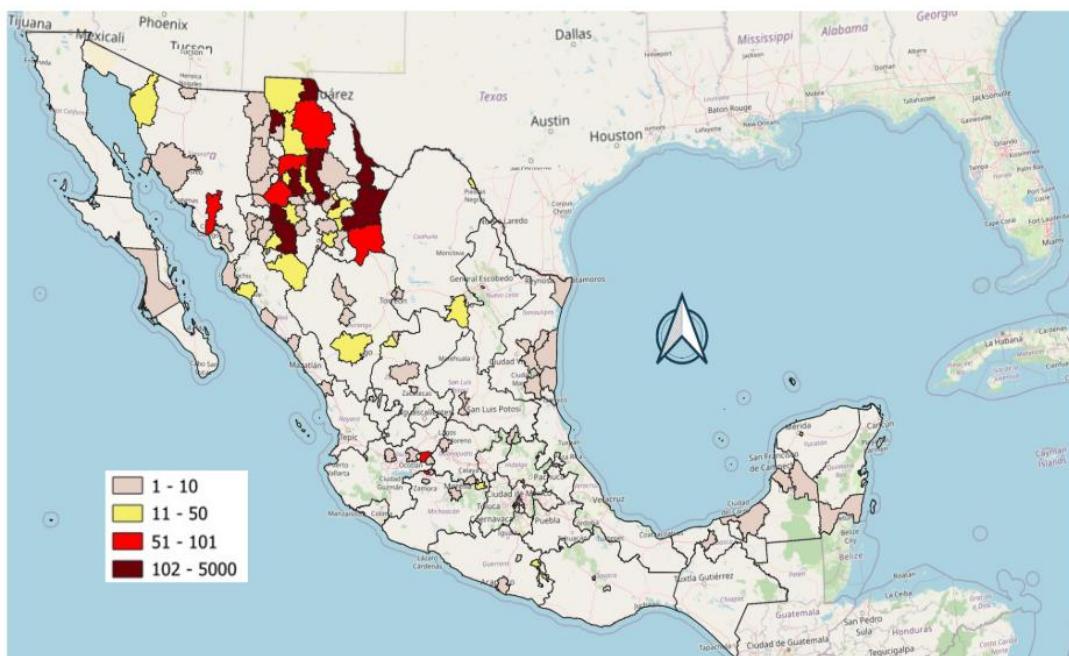
⁴³ <https://www.cdc.gov/measles/data-research/>

VIII.1.D. MÉXICO⁴⁴

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

Se han reportado 23 fallecimientos.

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



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

VIII.1.E. PARAGUAY⁴⁵

En la semana del 03 al 10 de octubre se reportaron dos casos más de sarampión procedente del distrito de Tacuatí, departamento de San Pedro. El brote en curso cuenta con una duración de 11 semanas. A la fecha se han confirmado un total de 47 casos en el país, vinculados a importación y un caso importado.

De los casos identificados de sarampión, 45 son de San Pedro, distribuidos en Tacuatí (23), Nueva Germania (14) y Santa Rosa del Aguaray (8); y 2 corresponden al departamento Central.

Actualmente, se hallan en investigación 13 personas con sospecha de sarampión, de las cuales 10 son de San Pedro y 3 del Área Metropolitana (2 de Central y 1 de Asunción).

⁴⁴ <https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2025?idiom=es>

⁴⁵ <https://www.mspbs.gov.py/portal/33979/sarampion-ante-dispersión-de-casos-se-esta-a-la-ciudadanía-a-completar-esquema-de-vacunación.html>

Entre los afectados por la enfermedad se mantiene el rango etario de niños y adultos de entre 3 meses a 54 años. La mayor proporción de casos de sarampión se observa en el grupo de 1 a 4 años.

Desde el inicio del brote, siete de los afectados requirieron hospitalización, todos procedentes de San Pedro, y cuentan con alta médica. Ninguno requirió cuidados intensivos. No se reportan fallecidos.

VIII.2. Actualización Epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 15/10/2025

VIII.2.A. CONTEXTO MUNDIAL

En 2020, el virus de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP)1 subtipo H5N1 del clado 2.3.4.4b ha ocasionado un número sin precedentes de muertes de aves silvestres y aves de corral en numerosos países de África, Asia y Europa. En 2021, este virus se extendió a través de las principales rutas migratorias de aves acuáticas a América del Norte y, en 2022 a Centroamérica y América del Sur. Para el 2023, se registraron brotes en animales, los cuales fueron notificados por 14 países y territorios, principalmente en las Américas.

En los últimos años, se ha incrementado la detección de virus A(H5N1) en especies no aviares a nivel mundial, incluyendo mamíferos terrestres y marinos, tanto silvestres como domésticos (de compañía y de producción). Desde 2022, 22 países de tres continentes, incluyendo las Américas, han notificado brotes en mamíferos a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA).

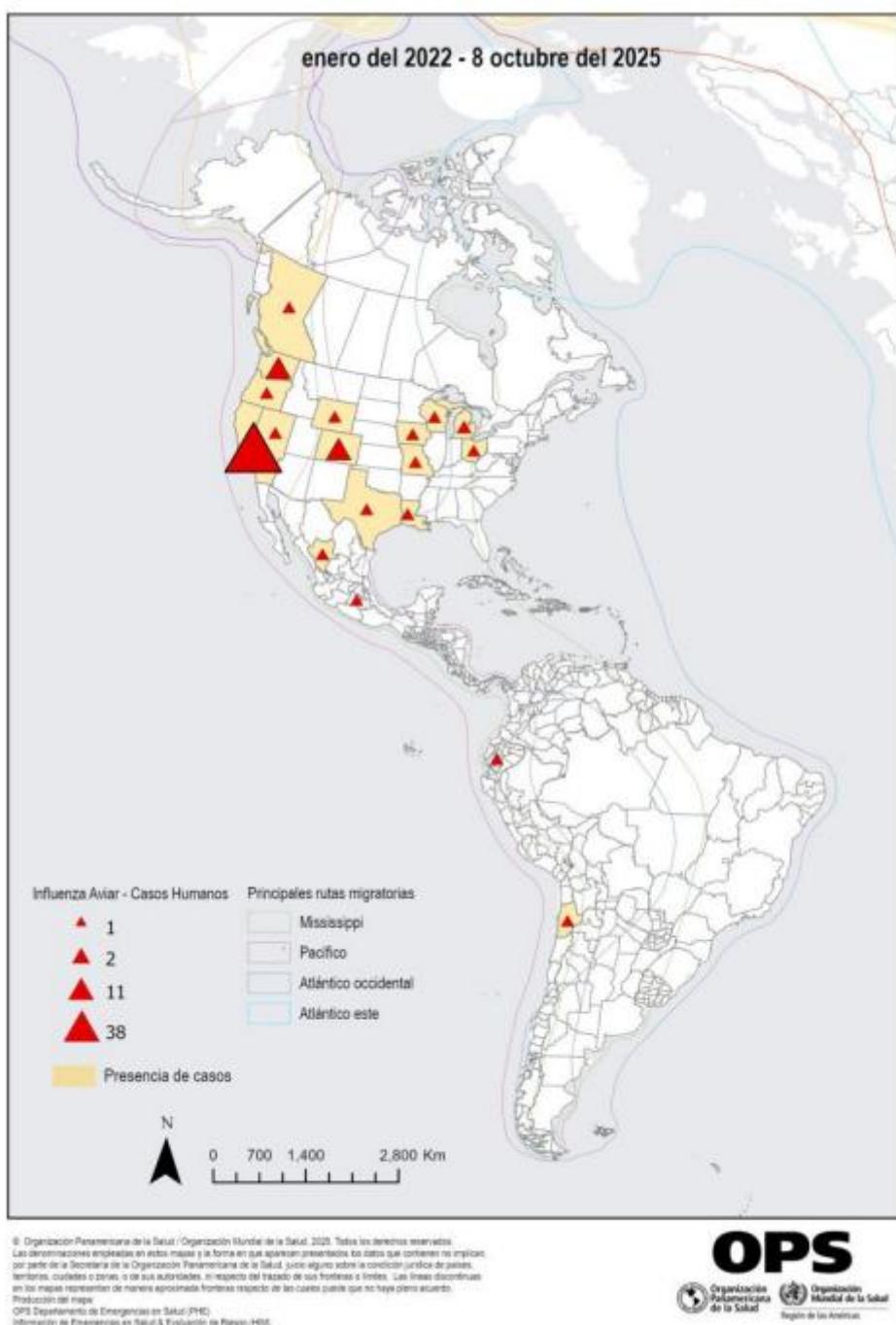
Históricamente, desde inicios del 2003 hasta el 25 de agosto del 2025, se notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 990 casos humanos de influenza aviar A(H5N1), incluidas 475 defunciones (letalidad del 48%), en 25 países a nivel global.

VIII.2.B. RESUMEN DE LA SITUACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Desde el 2022 y hasta la semana epidemiológica (SE) 41 del 2025, un total de 19 países y territorios de la Región de las Américas reportaron a la OMSA 5.063 brotes3 animales de influenza aviar A(H5N1), lo que representa 115 brotes adicionales desde la última actualización epidemiológica sobre influenza aviar A(H5N1) publicada por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) el 15 de mayo del 2025.

Entre 2022 y el 14 de octubre del 2025, un total de 76 infecciones humanas causadas por influenza aviar A(H5), incluyendo dos defunciones, han sido notificadas en cinco países de las Américas, con un caso adicional, con respecto a la última actualización epidemiológica sobre influenza aviar A(H5N1) publicada por la OPS/OMS el 15 de mayo del 2025 (Figura 1). El caso de infección humana más reciente de influenza aviar A(H5) notificado en la Región de las Américas se registró en México el 2 de octubre del 2025, el cual se suma al caso notificado en México el pasado 2 de abril del 2025. Los casos restantes se distribuyen de la siguiente manera: 71 casos en los Estados Unidos de América – uno en 2022 y 70 desde 2024, un caso en Canadá confirmado el 13 de noviembre del 2024, un caso en Chile notificado el 29 de marzo del 2023 y un caso en Ecuador notificado el 9 de enero del 2023.

Figura 1. Casos humanos de influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas desde 2022 y hasta el 8 de octubre del 2025.



Fuente: Adaptado de la información disponible públicamente en las páginas web de los Ministerios de Salud y agencias nacionales oficiales.

VIII.2.C. SITUACIÓN POR PAÍS Y/O TERRITORIO DE BROTES EN ANIMALES EN 2025

En aves

En 2025, hasta la SE 41, se han notificado a la OMSA 435 brotes de influenza aviar en aves domésticas (n= 384) y/o silvestres (n= 51) en nueve países de la Región de las Américas: Argentina (n= 6), el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 1), Brasil (n= 19), Canadá (n= 43), los Estados Unidos (n= 334), Guatemala (n= 1), México (n= 8), Panamá (n= 1) y Perú (n= 22) (Tabla 1). Desde la

actualización epidemiológica de la OPS/OMS sobre influenza aviar A(H5N1) del 15 de mayo del 2025, se han notificado 105 brotes adicionales en aves. Adicionalmente de estos brotes, en 2025, hasta el 14 de octubre, se registraron 3.227 detecciones de influenza aviar A(H5N1) en aves silvestres en los Estados Unidos, 333 detecciones en Canadá y 16 en las Islas Malvinas.

En mamíferos

En 2025, hasta la SE 41, se han notificado a la OMSA 77 brotes en mamíferos silvestres (n= 15) y domésticos (n= 62) en los Estados Unidos y Canadá (Tabla 1). Desde la primera notificación de influenza A(H5N1) en ganado bovino lechero en marzo del 2024 en los Estados Unidos, se han identificado brotes en 18 estados, que afectaron a 1.080 rebaños lecheros hasta el 14 de octubre del 2025. Desde la actualización epidemiológica de la OPS/OMS sobre la influenza aviar A(H5N1) del 15 de mayo del 2025, 27 rebaños lecheros adicionales han sido afectados en los Estados Unidos.

Adicionalmente, hasta el 14 de octubre, la Agencia Canadiense de Inspección de Alimentos (CFIA) ha informado de 20 detecciones en mamíferos silvestres en Canadá en 2025 a través de su Tablero de Detección de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad - Fauna Silvestre.

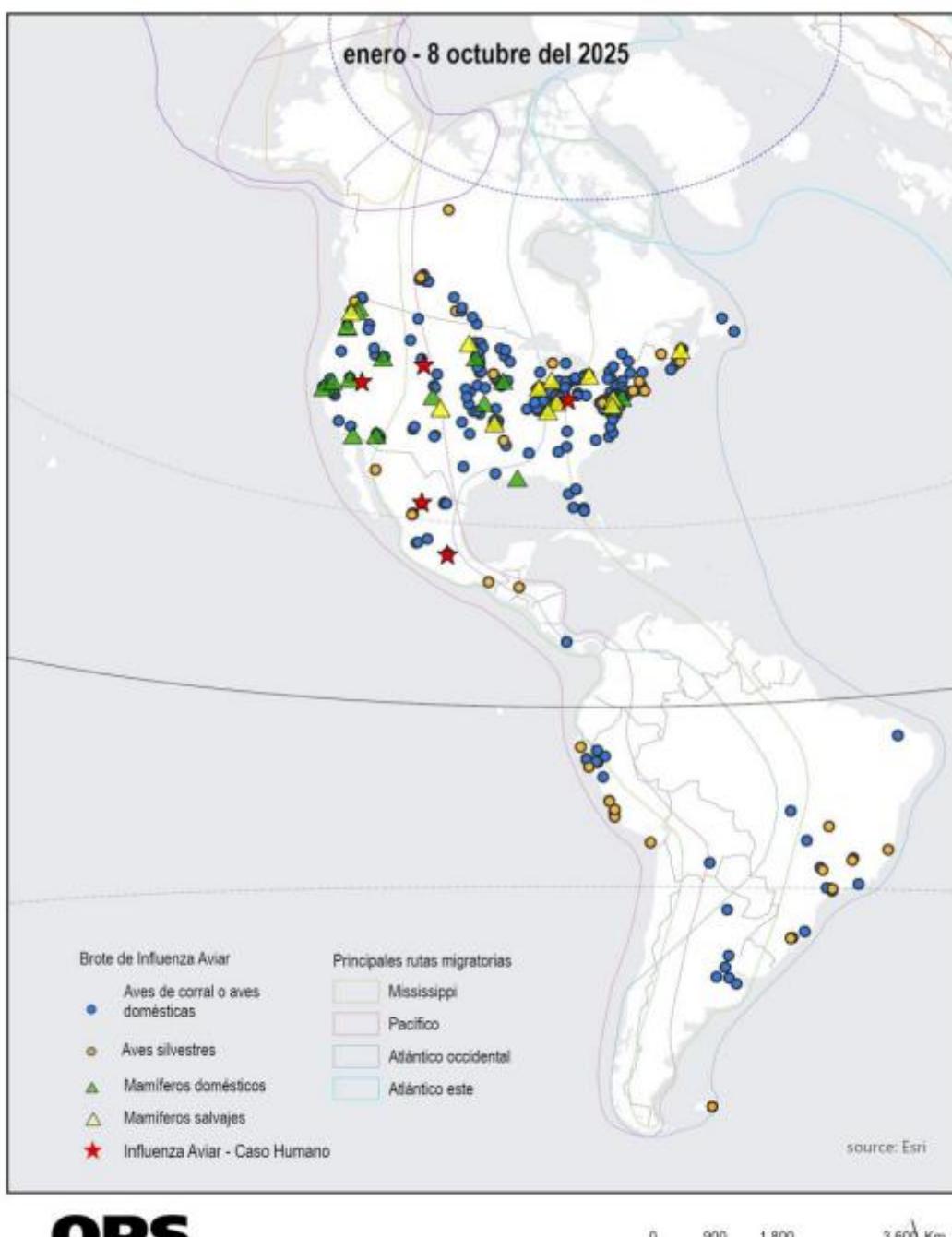
Tabla 1. Brotes de influenza aviar o detecciones en aves y mamíferos en la Región de las Américas en 2025, hasta el 14 de octubre del 2025.

País/Territorio	En aves		En mamíferos	
	Silvestres	Domésticas	Silvestres	Domésticos
Argentina		Sí		
Bolivia		Sí		
Brasil	Sí	Sí		
Canadá	Sí	Sí	Sí	
Estados Unidos	Sí	Sí	Sí	Sí
Guatemala	Sí			
Islas Malvinas	Sí			
México	Sí			
Panamá		Sí		
Perú	Sí	Sí		

Fuente: Adaptado de datos publicados por la Organización Mundial de Sanidad Animal y datos publicados en línea por Ministerios de Salud y agencias nacionales oficiales.

Una visualización geográfica de los brotes en animales, por tipo, en 2025, ilustrando las principales rutas migratorias en la Región de las Américas se presenta en la Figura 2, y los datos para el período del 2023 a 2024 se muestran en la Figura 3.

Figura 2. Brotes de influenza aviar por especies y principales rutas migratorias de aves silvestres por tipo de animal en la Región de las Américas en 2025, hasta el 8 de octubre del 2025.

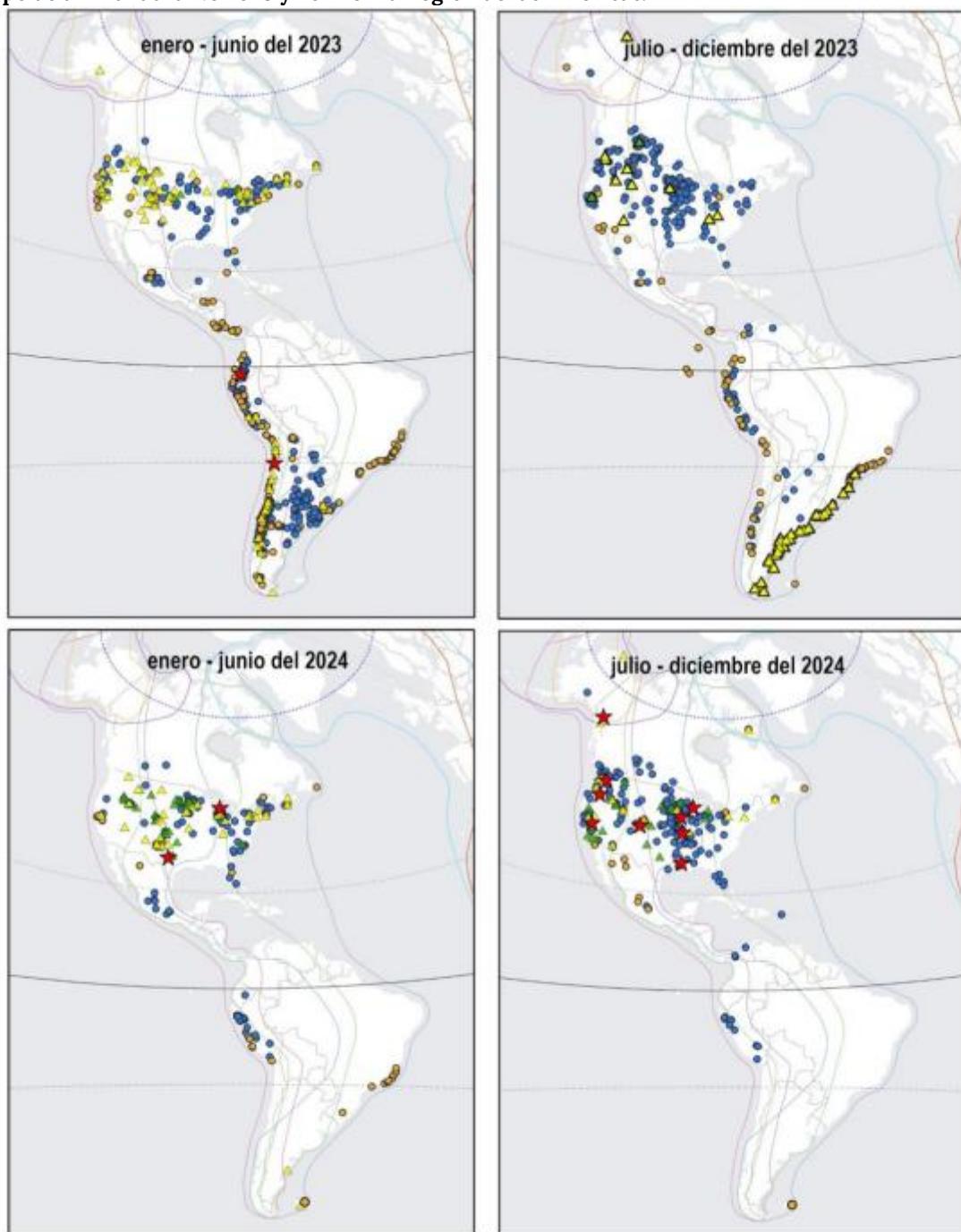


© Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. 2025. Todos los derechos reservados. Las denominaciones empleadas en estos mapas y la forma en que aparecen presentados los datos que contienen no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Los líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo. Producción del mapa.
OPS Departamento de Emergencias en Salud (PHE).
OPS Departamento de Emergencias en Salud & Evaluación de Riesgo (HME).

Fuentes:
- Datos: Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) (2025).
- Datos enviados por la Organización Panamericana de la Salud. Reproducidos con autorización.
La OMSA no se responsabiliza por la integridad o exactitud de los datos aquí contenidos, pero no se limita a cualquier exclusión, manipulación o cambio del formato de los datos que pudieren haber ocurrido fuera de su control.
- Departamento de Agricultura de las Islas Malvinas.
- Cartografía: Límites detallados ACMG de la OMSA. Conservación de la Flora y Fauna Antártica - Servicio de Datos (SHP) Archivo de las principales rutas aéreas de aves acuáticas consultado en Noviembre del 2023.

Fuente: Adaptado de datos publicados por la Organización Mundial de Sanidad Animal y datos publicados en línea por Ministerios de Salud y agencias nacionales oficiales.

Figura 3. Histórico de brotes de influenza aviar y principales rutas migratorias de aves silvestres por tipo de animal durante 2023 y 2024 en la Región de las Américas.



Fuente: Adaptado de datos publicados por la Organización Mundial de Sanidad Animal y datos publicados en línea por Ministerios de Salud y agencias nacionales oficiales.

VIII.2.D. SITUACIÓN POR PAÍS DE CASOS HUMANOS EN 2025

Desde el inicio del 2025 y hasta la SE 41, se han notificado cinco casos humanos de influenza aviar A(H5) en la Región de las Américas, en México (n= 2) y en los Estados Unidos (n= 3) (Figura 2). Desde la actualización epidemiológica de la OPS/OMS sobre la influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas del 15 de mayo del 2025, el caso de infección humana más reciente se confirmó en México el 30 de septiembre del 2025, el cual se suma al caso notificado en México el pasado 2 de abril del 2025. No se han notificado nuevos casos humanos en otros países de la Región.

A continuación, se presenta un resumen del segundo caso humano de influenza A(H5) notificado en México, durante 2025.

El 2 de octubre del 2025, el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de México notificó a la OPS/OMS una infección humana confirmada por laboratorio causada por el virus de la influenza aviar A(H5) en la Ciudad de México, siendo el segundo caso confirmado en humano en el país en 2025. El caso corresponde a una mujer de 23 años, sin antecedentes de vacunación frente a la influenza estacional ni historial de viajes recientes. El 14 de septiembre del 2025 inició síntomas respiratorios con rinitis y tos. Entre el 21 y el 28 de septiembre presentó fiebre y odinofagia, posteriormente presentó hemoptisis y dolor torácico, y fue hospitalizada en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). El 29 de septiembre se le tomó una muestra de lavado broncoalveolar que fue positiva para influenza A no subtipificable. El 30 de septiembre se confirmó la presencia del virus de influenza A(H5) mediante RT-PCR en tiempo real. El caso recibió tratamiento con oseltamivir y fue dada de alta el 11 de octubre. El resultado de la secuenciación muestra la presencia de un virus de influenza aviar A(H5Nx).

Durante la investigación epidemiológica se identificaron 41 contactos. Se tomaron muestras a los contactos identificados y se les administró profilaxis con oseltamivir. Todas las muestras recogidas fueron negativas para influenza aviar.

En el domicilio del caso se identificó un perro como mascota y en el patio del edificio en el que reside, se encontraron varios animales, entre ellos un ave de corral y dos palomas, así como excrementos de aves en varias zonas, incluyendo en una cisterna mal sellada que suministra agua a todos los apartamentos del edificio. Se tomaron muestras de los animales identificados, que fueron analizadas por el Laboratorio Oficial del Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad, y Calidad Agroalimentaria (SENASICA) y tuvieron resultado positivo para influenza A(H5). Se tomaron también muestras ambientales, que hasta el momento de la publicación aún están siendo analizadas.

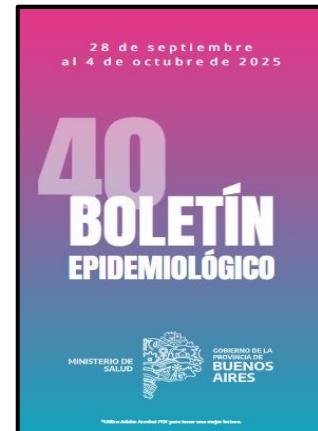
Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-influenza-aviar-ah5n1-region-americanas-15-octubre-2025>

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

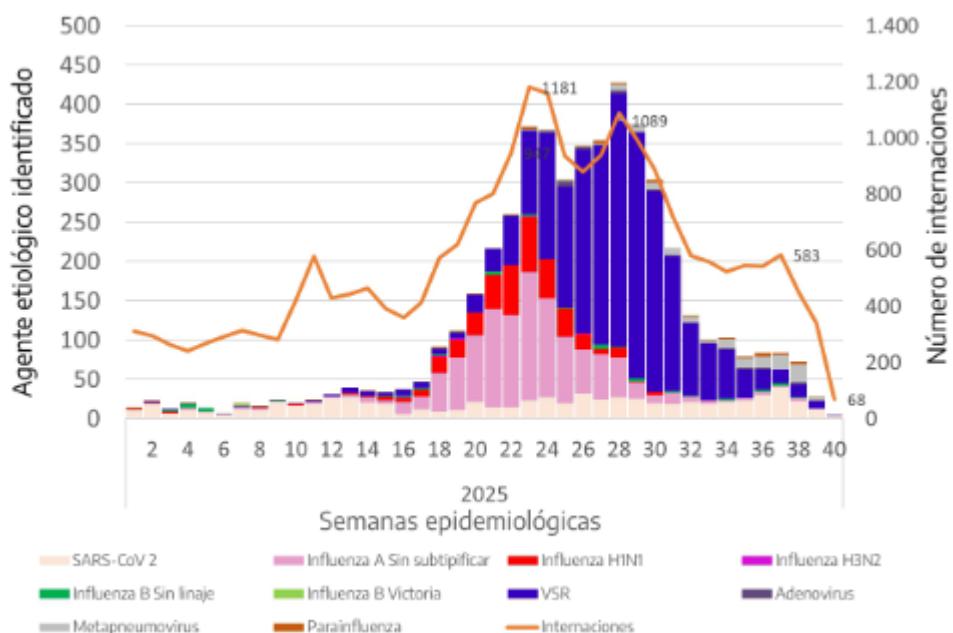
IX. Boletines Jurisdiccionales

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

En 2025 el mayor número de internaciones por IRA se registró entre finales de junio (SE 26) y hasta mediados de julio (SE 29), alcanzando un máximo de 1182 casos en la primera semana de junio (SE23). A partir de entonces, en concordancia con el patrón nacional, se registró un descenso paulatino de las internaciones.



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



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

Para más información:

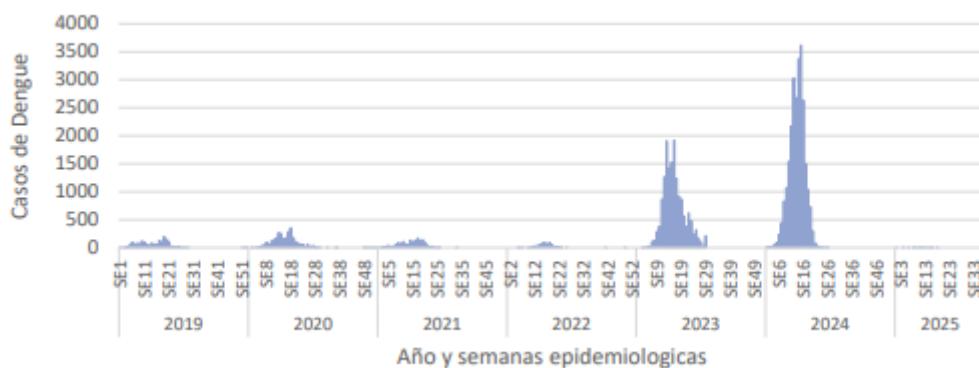
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

IX.2. Salta: Dengue

En la provincia de Salta la nueva temporada de vigilancia epidemiológica de dengue se extiende desde SE 31 del año 2025 hasta SE 40 del 2026, en consonancia con las directivas a nivel nacional y de acuerdo con el carácter estacional de la transmisión viral.



Dengue: casos confirmados por semana epidemiológica. año 2019 – año 2025 (hasta se 40). provincia de Salta.



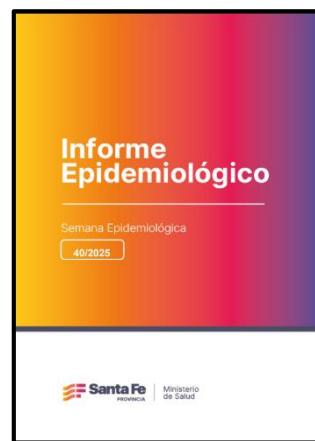
Fuente: Elaboración propia de Sala de situación la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

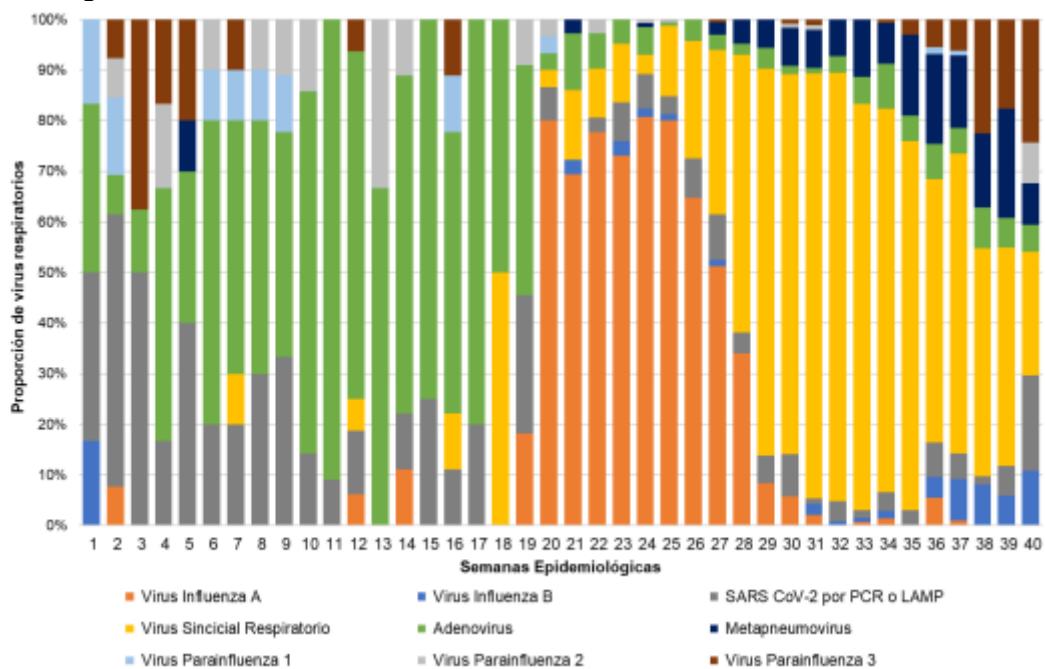
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/ultimo/boletines/>

IX.3. Santa Fe: Situación de Sars-CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios (OVR) de importancia clínica en pacientes internados

Según la distribución de los casos confirmados por semanas epidemiológicas, se puede observar que a partir de la SE19 se incrementaron los casos de influenza A, con predominio de influenza A H1N1. Los casos positivos de Influenza B en internados, se notificaron en SE 1, SE 21, SE 23, SE 24, SE 25, SE 27, SE 31, SE 32, SE 33, SE 34, SE 36, SE 37, SE38, SE39 y SE40. Por otro lado, se informan casos positivos de SARS CoV-2 en todas las semanas, con excepción de la SE 13, SE 18 y SE 21. Respecto al Virus Sincicial Respiratorio (VSR) se notificaron casos en forma aislada en las SE7, SE 12, SE 16 y SE 18 y de manera consecutiva desde la SE 20 hasta la SE 40, registrándose un aumento desde la SE 25. Los casos positivos de Adenovirus fueron informados desde la SE 1 hasta la SE 40.



Distribución de casos positivos de Virus respiratorios en pacientes internados IRA según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 40 - Año 2025.



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

Para más información:

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

IX.4. Tierra del Fuego: Diarrea aguda

Hasta la semana epidemiológica (SE) 40 en 2025 se notificaron 5.288 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 20,8 % de los casos registrados a nivel provincial.



Diarreas agrupadas, años 2024 y 2025.

	SE 40 / Año 2024	SE 40/Año 2025	% Variación interanual
Río Grande	2641	2233	⬇️ -15,4
Tolhuin	209	233	⬆️ 11,5
Ushuaia	3828	2822	⬇️ -26,3
Tierra del Fuego	6678	5288	⬇️ -20,8

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

Para más información:

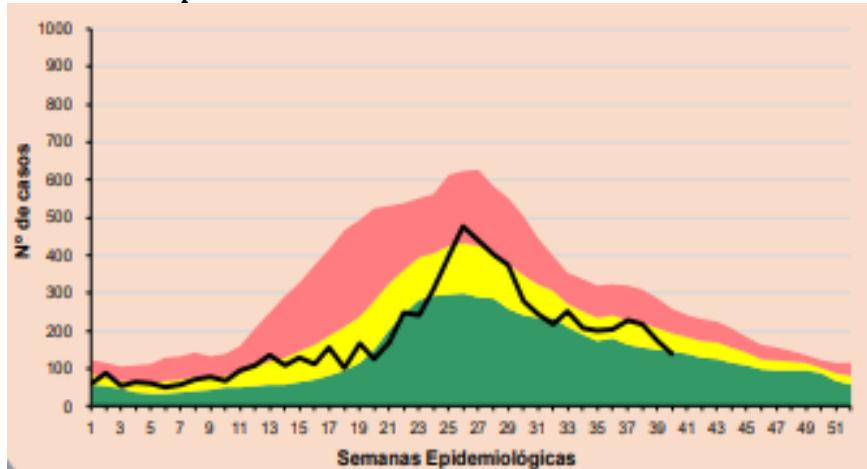
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/>

IX.5. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 40 se notificaron 138 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis- SE 40. 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 **septiembre** del corriente año, en el marco de su adecuación al Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria.

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

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

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
Octubre	Vigilancia Genómica de Varicela	Evento	Clasificación de caso	Clasificación de caso: “Caso confirmado VZV clado 1”, “Caso confirmado VZV clado 2”, “Caso confirmado VZV clado 3”, “Caso confirmado VZV clado 4”, “Caso confirmado VZV clado 5”, “Caso VZV confirmado por laboratorio sin especificar”, “Caso descartado por diagnóstico diferencial”
			Signos y Síntomas	Se adiciona: “Fiebre”, “Pápulas”, “Máculas”, “Vesículas”, “Enantema”, “Diarrea”, “Costra”, “Síntomas respiratorios y pulmonares”, “Compromiso del Sistema Nervioso Central (SNC)”
			Diagnóstico Referido	Se adiciona: “No SNC - Varicela”, “SNC - Encefalitis”, “SNC - Meningitis”, “Otro”
			Comorbilidades	Se adiciona: “Inmunocomprometido no VIH”
			Laboratorio	Muestras En tipo de muestra: “Humano-espacios estériles” Se adiciona: “Líquido”

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

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

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
	visceral canina			imidacloprid”, “Miltefosina”.
		Epidemiología	Factores de riesgo	Se adiciona: “Procedencia: Criadero/ familia”, “Procedencia: Importación”, “Procedencia: Procedencia Calle”, “Procedencia: Refugio”, “Traslados en los últimos dos años”, “Presencia de aves en jaula y/o gallineros”
	Leptospirosis canina	Clínica	Tratamiento	Se adiciona: “Penicilina G benzatinica”, “Amoxicilina”, “Estreptomicina”, “Doxiciclina”
		Epidemiología	Factores de riesgo	Se adiciona: “Contacto con otros animales enfermos”, “Contacto con roedores”, “Contacto con aguas recreacionales no seguras: laguna, río, pileta, etc”, “Hábitos callejeros”, “Contacto con otros perros”, “Hábitos domiciliarios con acceso al exterior de la vivienda”, “Hábitos domiciliarios sin acceso al exterior de la vivienda”.
	Rabia animal	Clínica	Signos y síntomas	se adiciona: “Anisocoria”, “Vuelo de día”, “Imposibilidad de volar”, “Tremblores”, “Decúbito”, “Mov. anormales en extremidades posteriores”
		Laboratorio	Resultado	Se asocia al evento: "No detectable" y se adiciona: "Virus rágico, variante antigenica 6"
		Epidemiología	Factores de riesgo	Se adiciona: “Búsqueda de personas expuestas al animal”, “Búsqueda animales expuestos al animal”, “VAR bloqueo en caninos de esa

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
				localidad”, “VAR bloqueo en felinos de esa localidad”

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



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

Modalidad: Virtual Autoadministrada
Plataforma Virtual de Salud



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

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

INSCRIPCIONES EN:



Consultas: cursos.direpinacion@gmail.com



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

Duración: 30 horas

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