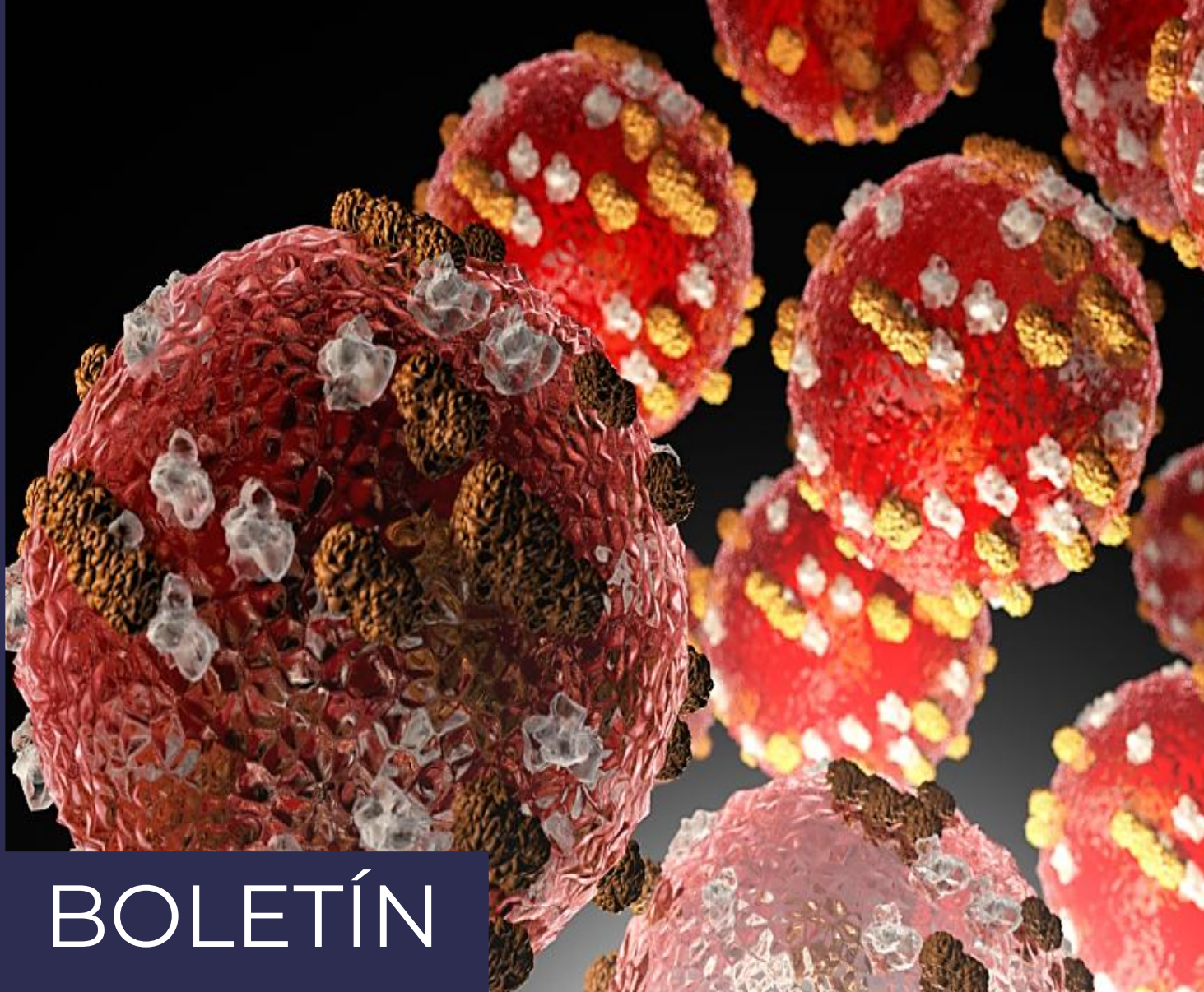




BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Nº 783

Semana epidemiológica 46

AÑO 2025

Desde 9/11 al 15/11

Fecha de publicación

25/11/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA



AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

Coqueluche

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

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”.

Infecciones Respiratorias

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

Psitacosis

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

Del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”, el Servicio de Bacteriología Clínica, Departamento de Bacteriología y Departamento de Epidemiología.

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

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

Agradecimientos

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

Imagen de tapa

La mejor protección contra el sarampión es la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR o triple viral). Foto tomada del banco de imágenes del Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°783, SE 46.

I. Editorial BEN 780

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

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

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

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

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

¡Hasta la próxima!



Vet. Cecilia González Lebrero
Directora de Epidemiología



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

II. Sobre este BEN

En esta edición del BEN 783, correspondiente a la Semana Epidemiológica 46 de 2025, se presenta una actualización integral de los principales eventos bajo vigilancia nacional, con especial énfasis en la dinámica reciente de coqueluche, que continúa mostrando una circulación sostenida y constituye uno de los ejes centrales de este número.

La publicación, mantiene la estructura habitual del BEN, iniciando con las Tablas de Eventos de Notificación Obligatoria Seleccionados, donde se presentan los eventos nominales y agrupados, junto con las notas metodológicas correspondientes que explican criterios, fuentes y particularidades de construcción. Este bloque permite una lectura rápida del comportamiento de los eventos priorizados y brinda un marco comparativo para interpretar la información del resto del boletín.

En el apartado de vigilancia de infecciones respiratorias agudas, se describen los patrones recientes de influenza, VSR y SARS-CoV-2 desde las distintas estrategias que integran el sistema: vigilancia clínica, unidades centinela ambulatorias, UC-IRAG y vigilancia universal de laboratorios. La convergencia de estas fuentes permite contextualizar la situación actual, caracterizada por niveles moderados de actividad respiratoria y un leve incremento de la actividad de SARS-CoV-2.

El bloque de arbovirosis presenta la estimación actualizada de escenarios epidemiológicos para la temporada de dengue 2025–2026. Se incorpora, como siempre, la vigilancia entomológica a través de sensores de oviposición e índices larvarios, herramienta clave para anticipar variaciones en el riesgo vectorial.

Dentro de las situaciones emergentes, este BEN incluye un informe ampliado sobre coqueluche, con un análisis detallado de casos notificados y confirmados, distribución por edad, gravedad, coberturas de vacunación y recomendaciones específicas para el primer nivel de atención. La sección profundiza en los elementos de vigilancia, diagnóstico y control de contactos, así como en las medidas de prevención y sensibilización comunitaria.

El espacio de actualización periódica de eventos presenta un informe de psitacosis, con datos de 2019 a 2024 y la evolución reciente hasta la SE 43 de 2025, incorporando análisis espacial, caracterización clínica, antecedentes epidemiológicos y consideraciones para el estudio de laboratorio y la notificación del evento.

El boletín incluye también una revisión de la circulación reciente de casos confirmados de sarampión, con el detalle de la situación nacional, regional y global, y una síntesis de recomendaciones clave para los equipos de salud. Finalmente, se incorporan las alertas epidemiológicas internacionales, los destacados de los boletines jurisdiccionales y las herramientas para la vigilancia, entre ellas las modificaciones en codificaciones auxiliares y recursos para el uso y actualización de salas de situación.

Este conjunto integrado de información permite una lectura estratégica de la situación epidemiológica nacional, articulando los datos semanales con los procesos de vigilancia en curso y las prioridades sanitarias del período.

Contenido

I.	Editorial BEN 780	5
II.	Sobre este BEN	6
TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS		9
III.	Tablas de ENO seleccionados	10
III.1.	Nota metodológica	10
III.1.A.	Sobre la construcción de las tablas	10
III.1.B.	Notas adicionales a tener en cuenta	11
III.2.	Eventos nominales confirmados	11
III.3.	Eventos nominales notificados y confirmados	13
III.4.	Eventos agrupados clínicos	14
III.5.	Eventos agrupados laboratoriales	16
III.5.A.	Sobre la construcción de esta tabla	16
EVENTOS PRIORIZADOS.....		17
IV.	Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	18
IV.1.	Nota Metodológica	18
IV.1.A.	Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	18
IV.2.	Síntesis de la información nacional destacada	20
IV.3.	Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	20
IV.3.A.	Enfermedad tipo influenza (ETI)	20
IV.3.B.	Neumonía	22
IV.3.C.	Bronquiolitis	23
IV.4.	Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios	25
IV.4.A.	Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas	28
V.	Vigilancia de dengue y otros arbovirus	31
V.1.	Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026	32
V.1.A.	Nota metodológica	32
V.2.	Situación de dengue en Argentina	34
V.2.A.	Inicio de temporada 2025/2026	34
V.3.	Situación epidemiología de otros arbovirus	35
V.3.A.	Casos de fiebre chikungunya con antecedente de viaje (importados)	36
V.4.	Vigilancia entomológica	37
V.4.A.	Vigilancia entomológica por sensores de oviposición	37
V.4.B.	Evolución IPO e IDH SE32-SE47 (2025)	37
V.4.C.	Vigilancia entomológica por índices larvarios	41
SITUACIONES EMERGENTES.....		46
VI.	Coqueluche - Actualización informe epidemiológico	47
VI.1.	Introducción	47
VI.2.	Situación internacional	47
VI.3.	Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina	48
VI.3.A.	Introducción	48
VI.3.B.	Análisis de los casos notificados y confirmados	49
VI.3.C.	Análisis según edad y gravedad	54
VI.4.	Coberturas de Vacunación	54
VI.4.A.	Coberturas para Total país	54
VI.4.B.	Coberturas según jurisdicción	57
VI.5.	Recomendaciones para los equipos de salud del primer nivel de atención respecto a la Coqueluche	58
VI.5.A.	Prevención y promoción de la vacunación	58
VI.5.B.	Detección temprana	59
VI.5.C.	Notificación y vigilancia	59
VI.5.D.	Manejo clínico	59
VI.5.E.	Control de contactos	60
VI.5.F.	Sensibilización de la comunidad	60
VI.5.G.	Medidas preventivas	61
VI.5.H.	Medidas ante casos y contactos	61
VI.6.	Consideraciones sobre el diagnóstico	64
VI.7.	Nota Metodológica	65

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS	67
VII. Psitacosis – Actualización informe epidemiológico	68
VII.1. Introducción	68
VII.2. Nota metodológica	68
VII.3. Situación epidemiológica 2019-2024	69
VII.4. Situación epidemiológica actual - SE 1 a SE 43 de 2025	69
VII.4.A. Comparación respecto a períodos previos	69
VII.4.B. Distribución espacial	70
VII.4.C. Distribución por edad y sexo	73
VII.4.D. Signos y síntomas	73
VII.4.E. Antecedentes epidemiológicos	74
VII.4.F. Gravedad y mortalidad	74
VII.5. Laboratorio: tipos de muestra y ensayos para el estudio etiológico	75
VII.6. Notificación del evento clamidiasis aviar	76
VII.6.A. Definiciones de casos	76
VII.6.B. Tipo de muestra y ensayos para el estudio etiológico	77
VII.7. Medidas de Prevención y Control	78
VII.7.A. Responsabilidades de las autoridades sanitarias, médicos y veterinarios	78
VII.8. Actualización de Normativa de Vigilancia Epidemiológica	79
COMUNICACIONES EPIDEMIOLÓGICAS.....	85
VIII. Circulación de casos confirmados de sarampión por Argentina	86
VIII.1. Introducción	86
VIII.2. Situación actual	86
VIII.3. Situación epidemiológica mundial y regional	88
VIII.4. Situación epidemiológica y antecedentes en Argentina	90
VIII.5. Recomendaciones para los equipos de salud	90
VIII.5.A. Vigilancia epidemiológica	90
VIII.6. Medidas de prevención	91
VIII.7. Medidas ante casos y contactos	92
VIII.7.A. Medidas ante un caso sospechoso	92
VIII.7.B. Medidas en los contactos	93
VIII.7.C. Medidas ante brotes	93
VIII.7.D. Herramientas para la vigilancia y control de sarampión y rubéola	94
ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES.....	95
IX. Introducción	96
X. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión	96
X.1. Canadá	96
X.2. Estados Unidos de América	97
X.3. México ³	98
X.4. Paraguay	99
X.5. Informe de Evaluación de Amenaza: Evaluación del riesgo de influenza para la UE/EEE en el contexto del aumento de la circulación del subclado K de A(H3N2)	100
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES	101
XI. Boletines Jurisdiccionales	102
XI.1. Buenos Aires: Sarampión	102
XI.2. Salta: Bronquiolititis	103
XI.3. Santa Fe: Coqueluche	104
XI.4. Tierra del Fuego: Enfermedades respiratorias	105
XI.5. Tucumán: Bronquiolititis	106
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA	107
XII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	108
XIII. Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud 8° Edición	109

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, contruidos a partir del conteo de casos según grupo de edad y componente clínico.

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

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

III.1. Nota metodológica

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

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

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

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

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

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

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

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

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

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

III.2. Eventos nominales confirmados

Para la siguiente tabla, se utilizaron clasificaciones manuales con el fin de determinar los casos confirmados, excepto para hantavirus, donde se aplica un algoritmo específico acordado con las áreas involucradas.

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-46. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-46	2025 Acumulados SE 1-46	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	132	124	-8	-6%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	8.736	17.158	8.422	96%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	228	315	87	38%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	101	126	25	25%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	7	5	-2	-29%
	Cisticercosis	10	10	0	0%
	Escorpionismo o Alacranismo	3.870	6.435	2.565	66%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	427	699	272	64%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	25	37	12	48%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	8	15	7	88%
	Brucelosis	106	124	18	17%
	Hantaviriosis	55	59	4	7%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	2	18	16	800%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1.360	1.393	33	2%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	14	26	12	86%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	5	25	20	400%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	10	48	38	380%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	17	1	-16	-94%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	10.333	10.333	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	656	656	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	500	500	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	1	1	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	12.313	15.783	3.470	28%

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

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

III.3. Eventos nominales notificados y confirmados

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

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-46. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-46		2025 Acumulados SE 1-46		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	4.015	175	4.824	627	809	20%	452	258%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	592	2	3.179	35	2.587	437%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)		0		0		N/A	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	2.220	823	2.474	800	254	11%	-23	-3%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomieltitis	119	0	97	0	-22	-18%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	92.926	58.332	62.674	18.315	-30.252	-33%	-40.017	-69%
	Encefalitis de San Luis	298	1	446	0	148	50%	-1	-100%
	Fiebre amarilla humana	106	0	148	0	42	40%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	49	0	103	1	54	110%	1	N/A
	Zika	1.466	0	910	0	-556	-38%	0	N/A
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	875	354	593	261	-282	-32%	-93	-26%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	2.016	52	2.051	199	35	2%	147	283%
	Psitacosis	255	40	631	106	376	147%	66	165%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	1.325	62	1.582	49	257	19%	-13	-21%
	Sífilis Congénita	2.488	1.044	911	896	-1.577	-63%	-148	-14%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	6	0	8	0	2	33%	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en emb.	2.157	2.037	1.652	1.378	-505	-23%	-659	-32%
	Sífilis en emb.	10.136	8.906	10.875	9.924	739	7%	1.018	11%
	Hepatitis B en emb.	91	55	120	47	29	32%	-8	-15%
Hepatitis virales	Hepatitis A	129	29	213	110	84	65%	81	279%
	Hepatitis B	2.749	632	3.184	676	435	16%	44	7%
	Hepatitis C	2.303	1.351	2.443	1.449	140	6%	98	7%
	Hepatitis E	50	7	51	6	1	2%	-1	-14%
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	30.205	24.388	48.195	41.230	17.990	60%	16.842	69%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	1.281	1.216	2.008	1.923	727	57%	707	58%
Otros eventos de imp. p/ la salud pública	Viruela símica (mpox)	381	97	346	148	-35	-9%	51	53%

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 1-46. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-46	2025 Acumulados SE 1-46	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Trans. Por alimentos	Diarrea	656.179	650.417	-5.762	-1%
Infecc. de trans. sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.469	2.131	662	45%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	995	674	-321	-32%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	116.514	88.613	-27.901	-24%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	1.075.122	1.094.577	19.455	2%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	74.442	70.233	-4.209	-6%
	Neumonía (sin especificar)	84.109	71.837	-12.272	-15%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	3	5.662	5.659	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	10	3.780	3.770	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	34	27.499	27.465	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	1.625	1.624	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	15	6.768	6.753	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	6	5.373	5.367	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	93	33.630	33.537	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	13	6.433	6.420	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	11	2.572	2.561	N/A
	Lesiones por electrocución	1	608	607	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	956	956	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	38	75.416	75.378	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	9	25.118	25.109	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	7	33.633	33.626	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	457	457	N/A
	Otras lesiones en el hogar	87	25.226	25.139	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 1-46. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-46		2025 Acumulados SE 1-46		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	4.141	222	3.514	209	-627	-15%	-13	-6%
	Infección por Mycoplasma genitalium	712	21	585	16	-127	-18%	-5	-24%
	Infección por Mycoplasma hominis	2.571	252	2.745	366	174	7%	114	45%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	14.278	375	6.857	429	-7.421	-52%	54	14%
	Infección por Trichomonas vaginalis	23.709	2.391	20.492	2.213	-3.217	-14%	-178	-7%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1. Nota Metodológica

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

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

IV.1.A. SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS¹

Situación Regional: La actividad de influenza en las Américas se mantiene en niveles bajos, pero con una tendencia al alza y una positividad del 5%. La circulación de VSR continúa descendiendo en la última semana epidemiológica (SE), mientras que SARS-CoV-2 presenta una tendencia a la mantención y una positividad del 7.4%. En América del Norte, la actividad de influenza permanece en niveles interestacionales y con una tendencia al alza. La circulación de VSR se mantiene baja y con una discreta tendencia al alza, mientras que SARS-CoV-2 disminuye con respecto a la SE anterior, con una positividad del 7.3%. En el Caribe, la circulación de influenza A(H1N1)pdm09 aumenta, con una positividad del 10.6%. La actividad de VSR mantiene su aumento, alcanzando una positividad del 18%, mientras que SARS-CoV-2 se observa en niveles bajos y estables de circulación, con un 2.7% de positividad. En Centroamérica, la actividad de influenza aumenta su circulación, con una positividad del 5.4%. SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos y estables (1.2% de positividad), mientras que VSR desciende esta semana a una positividad del 17.3%. En la subregión andina, la actividad de influenza A y VSR aumentan levemente esta semana a un 4.1% y un 5.2% de positividad. SARS-CoV-2 disminuye en comparación con la SE anterior, presentando una positividad del 8.4%. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza continúa su aumento (10.9% de positividad), con circulación principalmente de influenza A(H3N2) e influenza B. La circulación de VSR llega a niveles interestacionales, mientras que SARS-CoV-2 se observa en niveles bajos, y con una tendencia hacia el aumento (7.6% de positividad). La circulación de otros virus respiratorios (OVR) se mantiene elevada (9.2% de positividad) y con una tendencia a la disminución a nivel regional, excepto en la subregión andina que presentan una positividad del 14% y con una tendencia ascendente. Los principales virus detectados corresponden a Rinovirus y Parainfluenza.

América del Norte: La actividad de influenza y VSR se observa baja y con una tendencia al aumento, presentando una positividad de 1.9% y 0.8% respectivamente. La actividad de SARS-CoV-2 continúa descendiendo lentamente y presentando una positividad del 7.3%. Se observó un descenso de los casos ILI asociados a SARS-CoV-2, siendo influenza el virus más detectado. Por otro lado, los casos de SARI han aumentado en las últimas semanas y se han asociado a influenza y SARS CoV-2. Al analizar la actividad de influenza por país, Canadá mantiene niveles

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>

interestacionales, pero con una tendencia al aumento en la positividad de influenza con un 1.8% de positividad. México presenta una baja en la detección de casos de influenza con una positividad del 4.6% y por último Estados Unidos, reporta una positividad del 2% y una tendencia ascendente. En cuanto a SARS-CoV-2, se observa una tendencia a la disminución en los tres países con positivities de 7.8% en Canadá, 2.5% en México y 2.8% en Estados Unidos. Los casos de ILI en México aumentan en las últimas semanas, asociados a influenza y SARS-CoV-2. Por último, VSR se observa en niveles bajos, pero con una tendencia al aumento en México con 2.4%, Canadá un 0.7% y Estados Unidos un 1.4% de positividad.

Caribe: La actividad de influenza, impulsada principalmente por la circulación del subtipo A(H1N1)pdm09, experimenta un aumento en la última SE, con una positividad subregional del 10.6%. La circulación de VSR aumentó respecto a la SE anterior, con una positividad del 18%. Por su parte, la actividad de SARS-CoV-2 experimenta un descenso, alcanzando una positividad subregional del 2.7%. Los casos de SARI muestran una tendencia a la disminución, asociados principalmente a influenza y VSR. Los casos de ILI presentan un leve aumento, también vinculados mayoritariamente a influenza seguido de SARS-CoV-2. Al analizar por país, se observa que la actividad de influenza se encuentra en niveles epidémicos en Belice y República Dominicana, además, de una tendencia al aumento en Surinam y Barbados. Se ha observado una tendencia a la mantención en Las Islas Caimán. Los países que han presentado una disminución en la circulación de influenza son Haití, Cuba, Guyana y Jamaica. En cuanto a VSR, la circulación disminuye en Belice y Haití en comparación con la SE anterior. También disminuye en República Dominicana, pero mantienen una alta positividad con un 27.2%. Aumenta la circulación de VSR en Jamaica con un 7.2% de positividad, Barbados con un 15% de positividad, Guyana con un 5.5% de positividad y Las Islas Caimán con un 25.2% de positividad. SARS-CoV-2, disminuyó su actividad en Guyana y Las islas Caimán durante la última SE. Barbados también presenta una tendencia a la disminución con una positividad del 9.2%. Haití, República Dominicana, Jamaica, Surinam y San Vincent y las granadinas mantienen una circulación baja y sin cambios. Belice y Santa Lucía aumentan su circulación a un 3.8% y 50% de positividad respectivamente.

Centroamérica: La actividad de influenza aumenta esta semana con una positividad del 5.4%, caracterizada por la circulación de influenza B. La circulación del VSR se mantiene elevada, con tendencia a la disminución, y una positividad del 17.3%. La actividad de SARS-CoV-2 disminuye esta semana a una positividad del 1.3%.

Países Andinos: La actividad de influenza A(H1N1)pdm09 aumenta respecto de la SE previa, con una positividad del 4.1%. La circulación de VSR aumenta, presentando una positividad del 5.2%. La actividad de SARS-CoV-2 disminuye esta SE con una positividad del 8.4%.

Brasil y Cono Sur: La actividad de influenza en la subregión, asociada a influenza A(H3N2), mantiene su aumento, con una positividad del 10.9%. La circulación del VSR continúa disminuyendo, indicando una positividad del 0.7%. La actividad de SARS-CoV-2 se eleva esta SE con una positividad del 7.6%. La detección de casos IRAG ha mostrado una tendencia descendente constante en las últimas semanas, asociada principalmente a influenza seguido de SARS-CoV-2. Se registra un leve aumento en la detección de casos ILI asociados a influenza y SARS-CoV-2.

IV.2. Síntesis de la información nacional destacada

Durante 2025, las distintas estrategias de vigilancia muestran un ascenso temprano de influenza A(H1N1), la circulación estacional habitual de VSR y un incremento progresivo de SARS-CoV-2 hacia las últimas semanas.

La vigilancia clínica registró más de un millón de casos de ETI, con aumentos entre las SE11-24 y niveles de brote entre las SE12-18. La bronquiolitis tuvo su pico entre las SE29-34.

En la vigilancia centinela ambulatoria, influenza —predominio A(H1N1)— aumentó desde la SE12 y alcanzó su mayor circulación entre las SE22-25; VSR mostró máximos en la SE29; y SARS-CoV-2 evidenció un ascenso leve desde la SE34.

En las UC-IRAG, las internaciones aumentaron desde la SE12 por influenza A(H1N1), con picos entre SE23-27, detecciones posteriores de influenza B y un incremento de SARS-CoV-2 desde la SE35.

La vigilancia universal de laboratorios registró más de mil detecciones semanales de influenza entre las SE22-26, máximos de VSR en SE29-30 y un leve ascenso sostenido de SARS-CoV-2 a partir de SE34.

En internados y fallecidos, influenza presentó su mayor actividad entre SE22-26 (216 fallecidos en lo que va del año), VSR descendió recientemente y SARS-CoV-2 registró 53 internados en la SE46, con un solo fallecido.

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

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

Entre las SE 1 y 45 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.113.335 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2345,2 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registraron en 2022 (1.219.106 casos) seguido por 2024 (1.167.678), mientras que en 2020 y 2021 se reportó un nivel de casos inferior en comparación con los años previos. En el corriente año se registra un menor número de casos que los años 2022 y 2024, pero superior a los valores registrados en los demás años de la serie histórica.

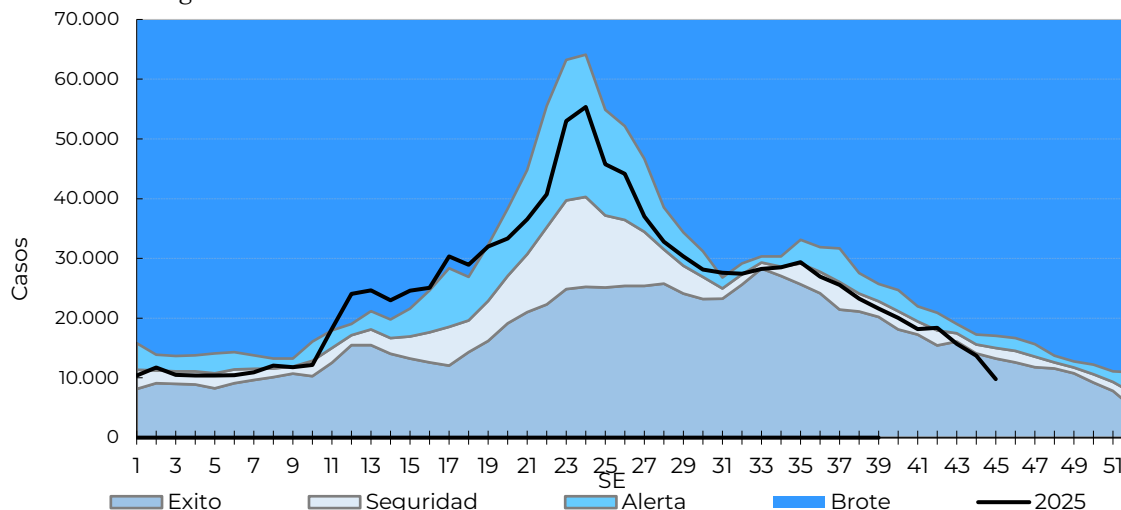
Gráfico 1. Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE45. Argentina².



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

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

Gráfico 2. Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 45 de 2025³. Argentina.



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

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

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

IV.3.B. NEUMONÍA

Hasta la SE45 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 161.400 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 340,0 casos/ 100.000 habitantes.

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

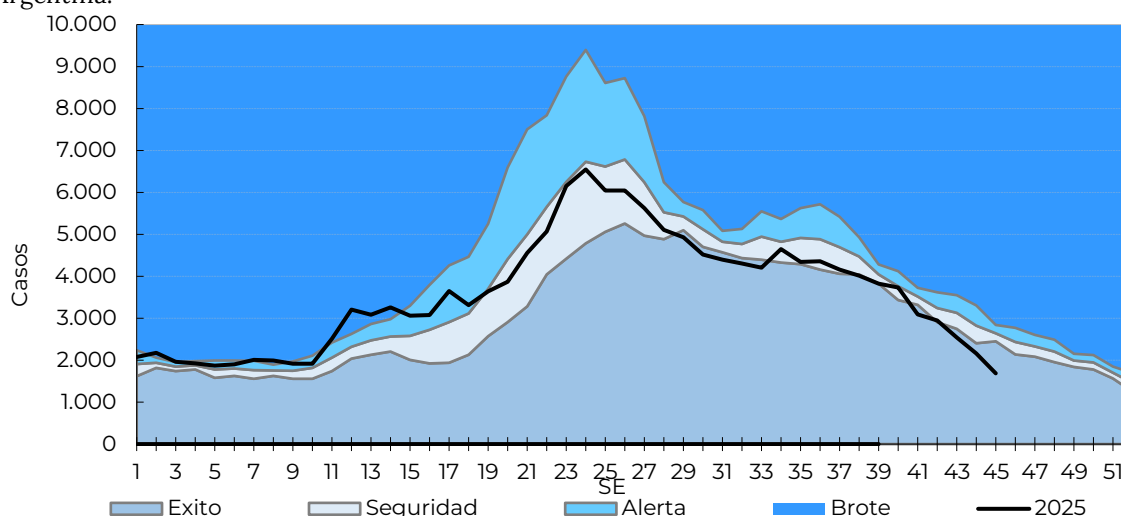
Gráfico 3. Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE45. Argentina.



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

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

Gráfico 4. Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 45 de 2025⁴. Argentina.



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

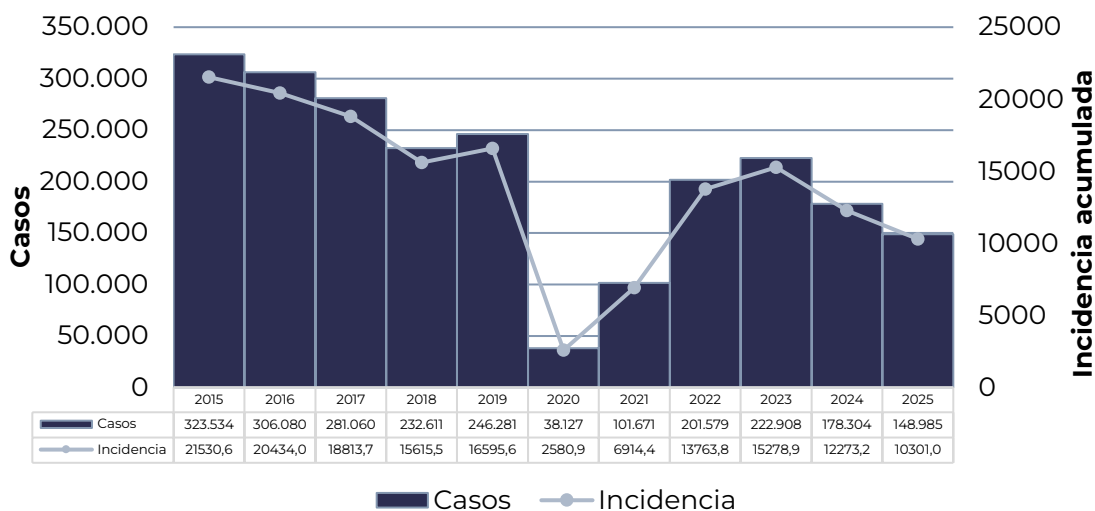
IV.3.C. BRONQUIOLITIS

Desde la SE01 a la SE45 de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 148.985 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 10301,0 casos/100.000 habitantes.

En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 45 alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso sostenido hasta 2018. En 2019, se registró un incremento respecto al año anterior, con un nuevo descenso en 2020 y 2021. Para los años 2022 a 2023 se verifica un aumento en las notificaciones de bronquiolitis, mientras que en 2024 las notificaciones presentaron un nuevo descenso. En 2025, los casos se mantienen en valores inferiores a la mayoría de los años previos, con excepción de los años 2020 y 2021.

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

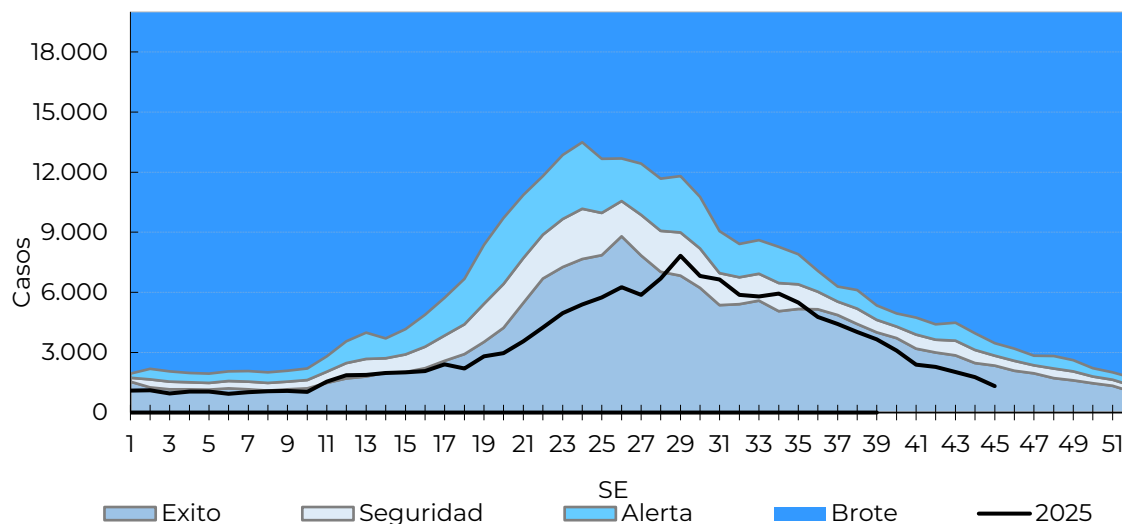
Gráfico 5. Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolititis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE45. Argentina.



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

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

Gráfico 6. Bronquiolititis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 45 de 2025⁵. Argentina.



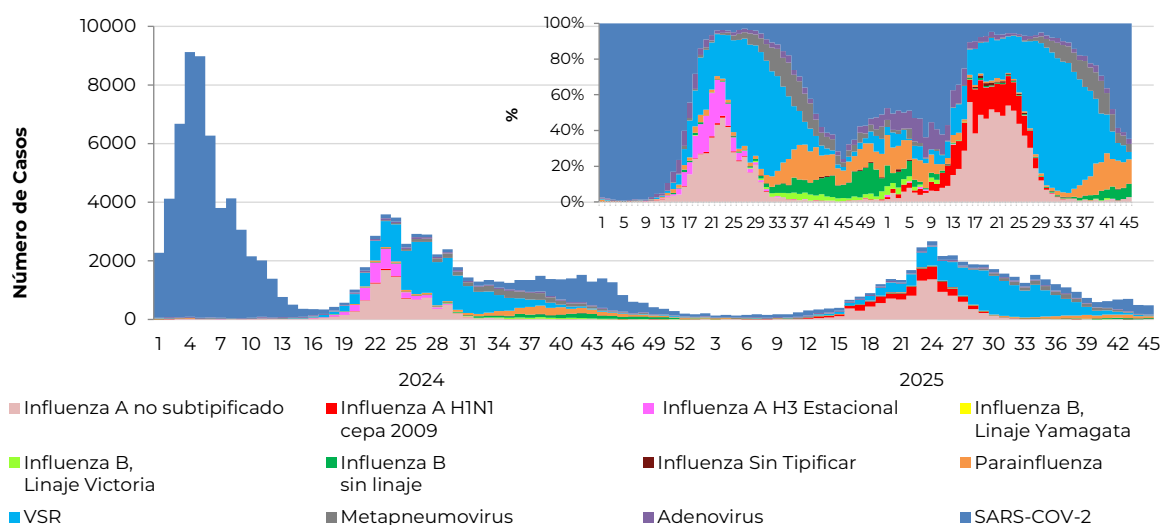
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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

IV.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios

A partir de la SE11 se observó un aumento en el número de casos de Influenza, con predominio de Influenza A (H1N1), con un adelanto del ascenso estacional respecto de años anteriores. En las últimas semanas se registra un descenso de las notificaciones, con un ligero aumento de los casos a expensas de influenza B. En cuanto a VSR se verifica un aumento en las detecciones a partir de SE12, con inicio de actividad estacional a partir de la SE20. Las detecciones de SARS-CoV-2 permanecen en niveles bajos, si bien se verifica un ligero ascenso en el número de casos desde la SE 34, que se acentúa en las semanas más recientes (SE42 - SE45).

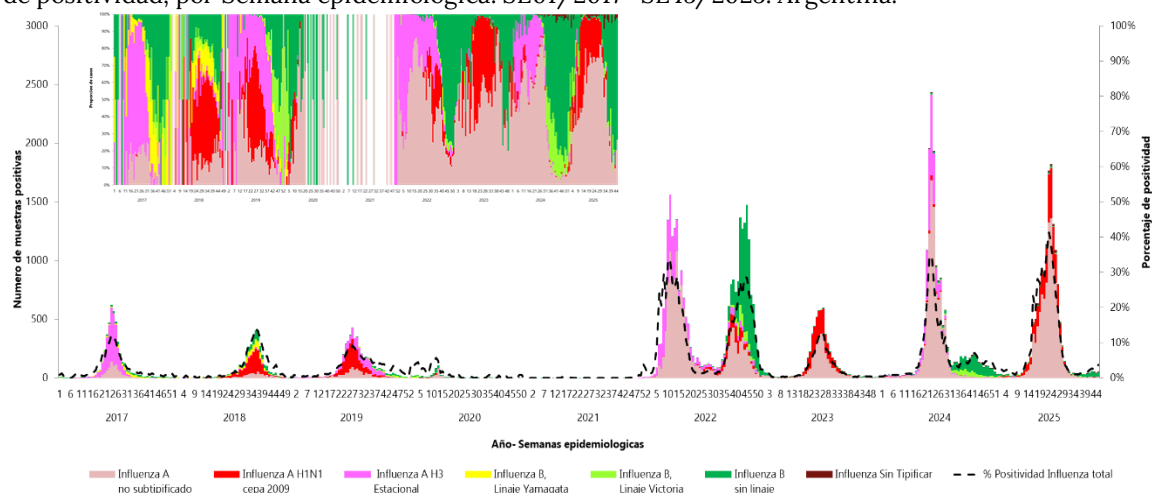
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE45/2025. Argentina.



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

Durante 2025 se registraron casos de influenza en forma continua a lo largo de todas las semanas epidemiológicas. A partir de la SE11 se observó un incremento sostenido de las detecciones, con predominio de influenza A no subtipificada y del subtipo A(H1N1). El número máximo de notificaciones semanales se alcanzó entre las SE22 y SE26, seguido de una tendencia descendente. En las últimas semanas se verifica un ligero aumento de las detecciones de influenza B, que predomina desde la SE36. En las dos semanas epidemiológicas más recientes (SE43 y SE45) se notificaron 88 detecciones de influenza en total.

Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE45/2025. Argentina.

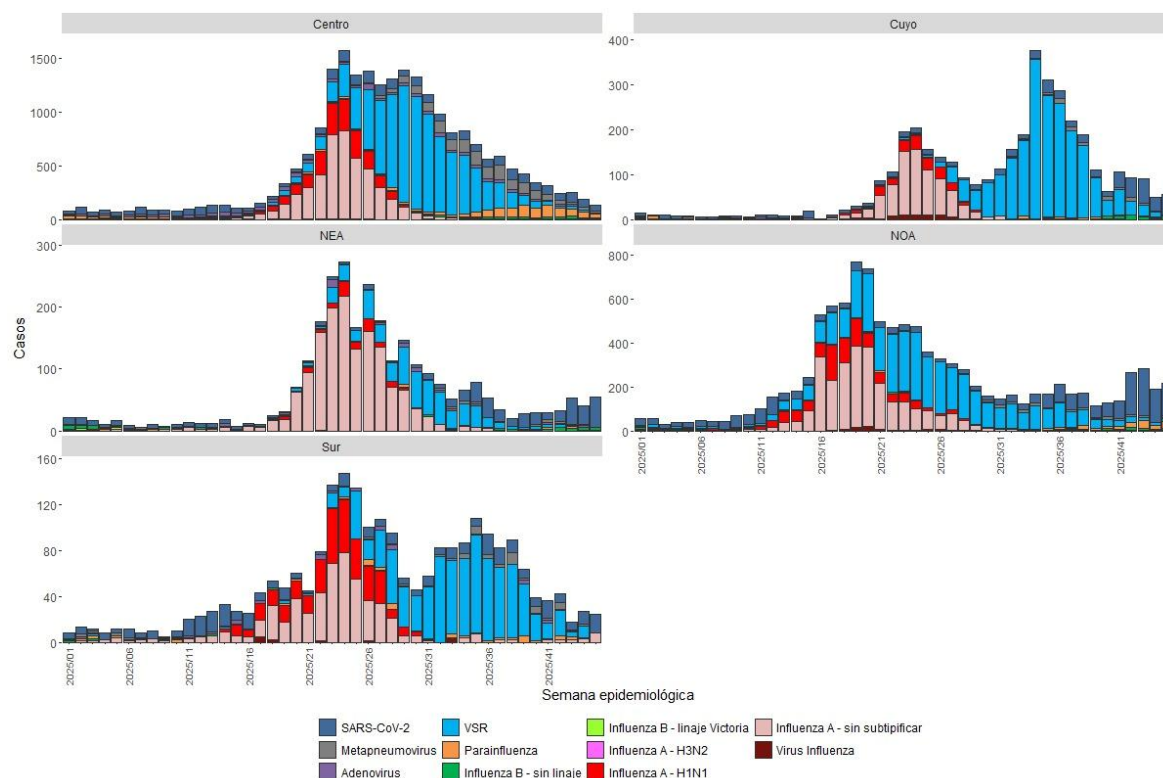


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Se destaca que durante la temporada en curso la circulación viral de influenza presentó un inicio adelantado con relación a lo observado en años históricos en el país. Como se mencionó previamente, los casos comenzaron su ascenso desde SE11 y, además, la positividad, se presentó en niveles elevados desde SE13. Las temporadas de mayor circulación de virus influenza en el periodo 2016-2024 tuvieron un inicio posterior a lo observado en la temporada actual, excepto por el año 2022 en el que el comportamiento fue inusual tanto en el número de casos como en la estacionalidad.

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

Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01 a SE45/2025. Argentina.



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

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

Durante las primeras 45 semanas de 2025, los casos se mantuvieron en valores bajos, si bien se registra un ligero aumento desde la SE 34, que se acentúa en las semanas más recientes (SE42 - SE45).

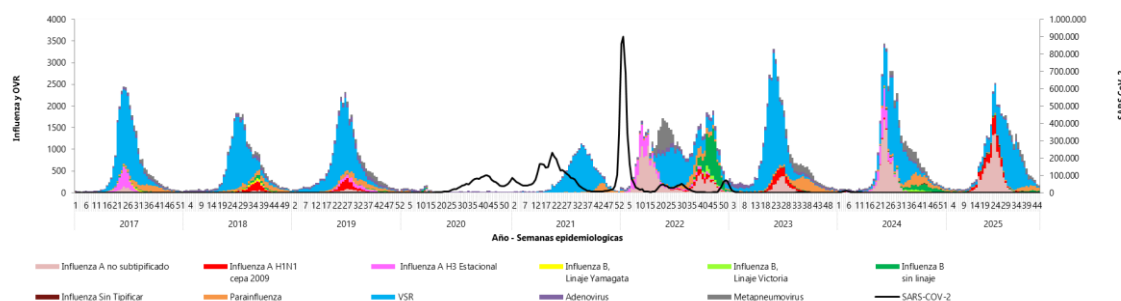
En relación con el VSR, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16/2024, alcanzando su máximo en la SE26, y tendencia descendente posterior. En 2025 se registra un nuevo ascenso de las detecciones desde la SE12, con inicio de la actividad estacional a partir de la SE20. El pico se verificó entre las SE29 y SE30, seguido de un descenso posterior. En las últimas 2 SE (44 y 45), se notificaron 67 casos de VSR.

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

En lo que va de 2025, se observa un ascenso en las detecciones de metapneumovirus desde la SE 27, alcanzando el mayor número de casos en la SE 37, seguido de un descenso sostenido hasta la SE 45. Adicionalmente, los casos de parainfluenza muestran un ascenso desde la SE35.

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

Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE45/2025. Argentina.



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

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

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

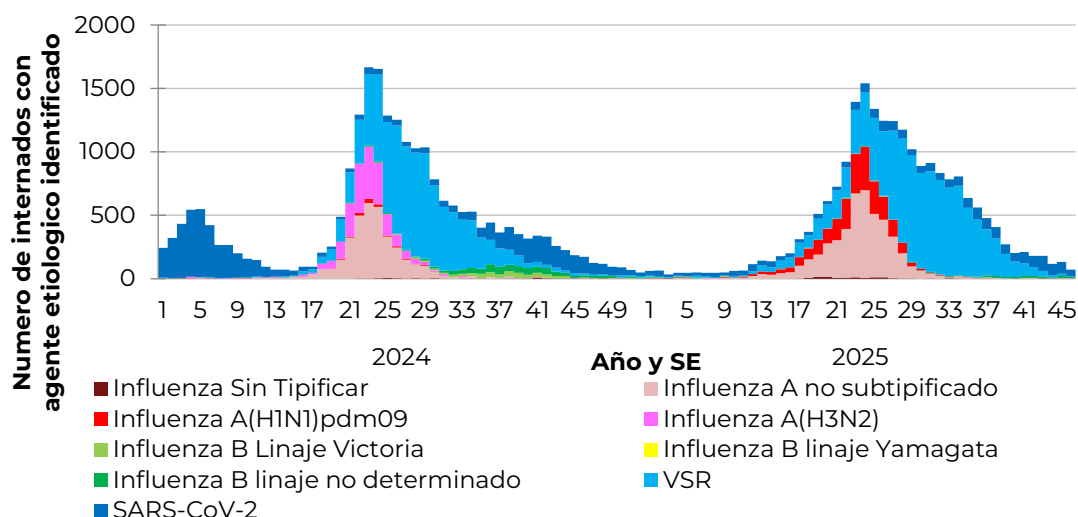
En el período comprendido entre las SE01 y SE46 de 2025 se notificaron 2.569 casos de SARS-CoV-2 en personas internadas, cifra que resulta un 59,6% inferior a la registrada en igual período de 2024. Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y de valores bajos con algunas oscilaciones en lo que va de 2025. Para la SE46/2025 se registraron 53 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de influenza, entre las SE1 y 46 de 2025 se registraron un total de 7.508 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12, se verifica un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzaron el máximo en SE24, con tendencia descendente en las detecciones entre hospitalizados en las siguientes semanas. En la última SE, se detectaron 15 casos positivos para influenza en internados.

Entre los 7.508 casos de influenza notificados durante 2025, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 7094), con menor detección de influenza B (n= 291). De los casos de influenza A, 2325 cuentan con subtipificación, correspondiendo 2.308 a influenza A (H1N1) pdm09 y 17 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B, que predomina desde la SE36 en adelante, 35 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. A la fecha, 123 casos de influenza permanecen sin tipificar.

Respecto a VSR, en lo que va de 2025, se notificaron 11.365 casos hospitalizados positivos para VSR, con tendencia ascendente de los casos a partir de la SE12. Durante 2024, a partir de la SE16 se registró un ascenso de las detecciones semanales de VSR, que alcanzaron su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En la última semana analizada (SE46/2025), se registran 5 casos de VSR en hospitalizados.

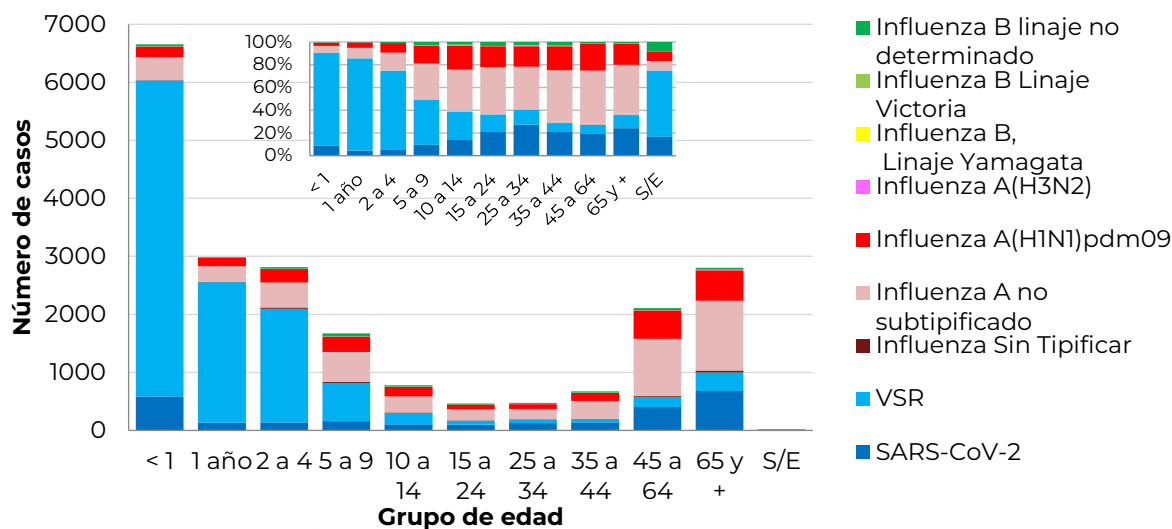
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE46/2025. Argentina.



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

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE46/2025, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en adultos mayores y personas de 45 a 64 años, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, y menores de 1 año.

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE46/2025.



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

A la fecha de elaboración de este informe, en lo que va de 2025, se registran 216 fallecidos con diagnóstico de influenza⁶. Respecto a SARS-CoV-2, se registra 1 fallecimiento con este diagnóstico en la última SE.

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

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)⁷ y el ARBO-portal⁸ de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 20/11/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 46/2025 se han reportado 3.602.187 casos de dengue, lo que implica una reducción del 64% respecto del mismo período de 2024, con 1.722 fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, se notificaron 238.494 casos, un 43% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 115 muertes por este evento. Respecto al zika, se han registrado 23.302 casos, lo que representa una disminución del 43% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 40 se confirmaron 11.978 casos, un 44% más que en igual período de 2024, con 5 defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 43/2025, se han reportado 31.885 casos de dengue, lo que representa una disminución del 40% en comparación con el mismo período de 2024, con 3 fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, se registraron 5.577 casos, un aumento de 13 veces el valor del año previo, con 4 defunciones por este evento. Asimismo, se notificaron 1.024 casos de zika, cinco veces más de lo notificado durante el mismo período de 2024. No obstante, a la fecha no se han confirmado casos por laboratorio para este evento. En lo que respecta a Oropouche, durante 2025 no se han registrado casos.

Paraguay: hasta la SE 45/2025, se han reportado 26.989 casos de dengue, un 91% menos respecto a la misma semana de 2024 y se registró un fallecimiento por este evento. En relación con chikungunya, se notificaron 51 casos, lo que representa una disminución del 98% respecto a la misma semana del año anterior, sin registrarse defunciones asociadas. Sin embargo, los casos confirmados por laboratorio mostraron un incremento del 41%. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían notificado 7 casos.

Perú: hasta la SE 45/2025, se han notificado 37.017 casos de dengue, un 86% menos que el mismo periodo de 2024, con 53 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 44/2025, se notificaron 19 casos, un 76% menos en comparación con la misma semana de 2024. No se registraron defunciones para este evento. Respecto al zika, a la misma semana, se han notificado dos casos, un 75% menos en relación al mismo periodo del 2024, y a la fecha no se han confirmado casos por laboratorio para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 38 se confirmaron 330 casos, un 96% menos que a la misma semana de 2024.

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

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

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

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

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

V.1. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026

V.1.A. NOTA METODOLÓGICA

La estimación de escenarios nacionales para la próxima temporada de dengue se realizó mediante el análisis comparativo de curvas epidémicas históricas por semana epidemiológica (SE), tomando como referencia temporadas con distinta magnitud en el número de casos notificados en Argentina. Para cada escenario se establecieron rangos de casos esperados y un criterio metodológico específico (Gráfico 1).

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

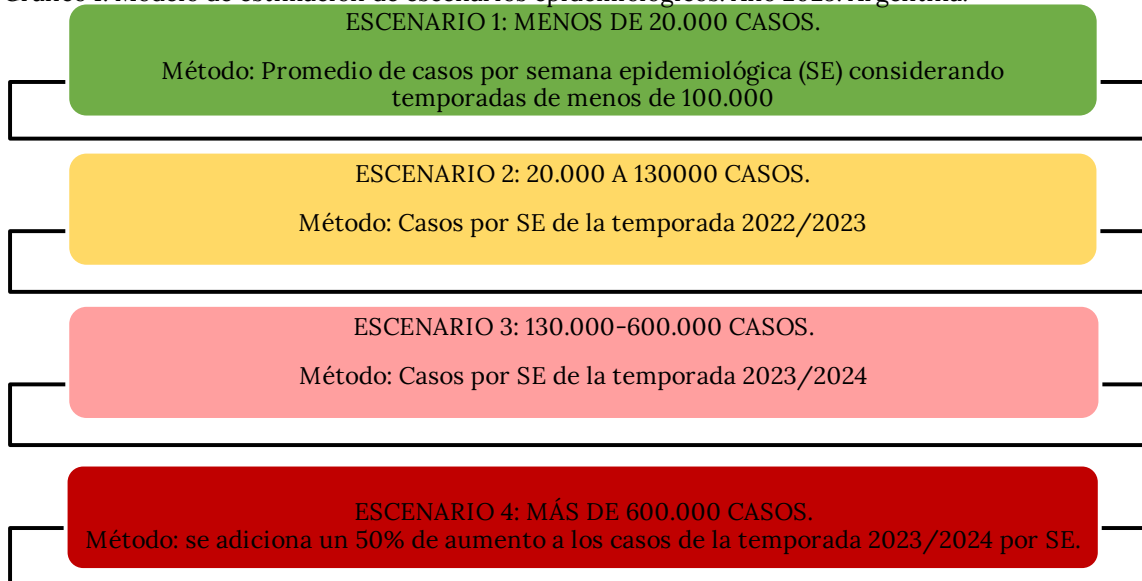
El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la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

En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Entre las SE31 y SE46 se notificaron 10 casos confirmados de dengue, de los cuales 6 fueron importados. Estos registros iniciales

⁹ Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas – 28 de agosto de 2025. Disponible en: [Alerta epidemiológica Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas - 28 de agosto del 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)

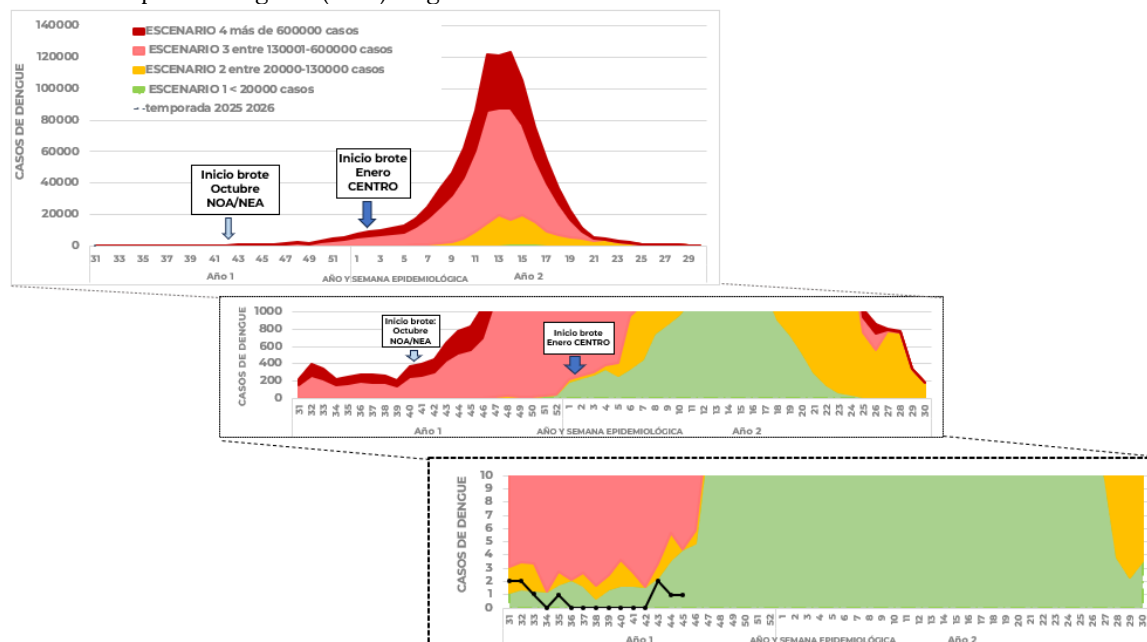
permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un escenario de bajo riesgo (Gráfico 2)

Gráfico 1. Modelo de estimación de escenarios epidemiológicos. Año 2025. Argentina.



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

Gráfico 2. Casos de dengue de la temporada 2025-2026 representados en el modelo de estimación de escenarios epidemiológicos (n=10). Argentina.



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

V.2. Situación de dengue en Argentina

V.2.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 SE46/2025, se observa un descenso sostenido en el número de casos en comparación con los máximos alcanzados durante las epidemias de 2023 y 2024.

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

De acuerdo con la fecha mínima¹⁰, desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 3956 casos sospechosos de dengue, de los cuales 10 fueron confirmados por laboratorio (Tabla 1):

- Dos casos autóctonos en Formosa: un caso con residencia en el departamento Pilagás (SE31) y un caso en el departamento Patiño (SE32)
- cuatro casos de la Provincia de Buenos Aires: dos sin antecedente de viaje de Tres de Febrero (SE31) y San Isidro (SE43) y dos con antecedente de viaje a Paraguay (SE35) y México (SE44).
- Tres casos notificados en CABA con antecedente de viaje a Brasil (SE32), Sri Lanka (SE35) y Pakistán (SE45)
- Un caso con antecedente de viaje a Cuba (SE43) notificado por Entre Ríos (Colón).

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

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE46/2025 se notificaron 413 casos sospechosos de dengue. Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE46/2025. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados	Casos de dengue por criterio C-E*	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	2	8	2	3	202	61	278	0	4
CABA	0	1	3	0	56	29	89	0	3
Córdoba	0	14	0	0	398	20	432	0	0
Entre Ríos	0	0	1	1	39	4	45	0	1
Santa Fe	0	4	0	0	250	24	278	0	0
Total Centro	2	27	6	4	945	138	1122	0	8
Mendoza	0	0	0	0	15	0	15	0	0
San Juan	0	0	0	0	8	0	8	0	0
San Luis	0	0	0	0	11	3	14	0	0
Total Cuyo	0	0	0	0	34	3	37	0	0
Chaco	0	4	0	0	276	4	284	0	0
Corrientes	0	0	0	0	16	3	19	0	0
Formosa	2	1	0	0	1642	0	1645	0	2
Misiones	0	0	0	0	93	1	94	0	0
Total NEA	2	5	0	0	2027	8	2042	0	2
Catamarca	0	0	0	0	50	0	50	0	0
Jujuy	0	0	0	0	78	3	81	0	0
La Rioja	0	0	0	0	43	1	44	0	0
Salta	0	1	0	0	157	16	174	0	0
Sgo del Estero	0	0	0	0	34	8	42	0	0
Tucumán	0	20	0	1	288	14	323	0	0
Total NOA	0	21	0	1	650	42	714	0	0
Chubut	0	0	0	0	5	1	6	0	0
La Pampa	0	0	0	0	19	0	19	0	0
Neuquén	0	0	0	0	5	0	5	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	8	0	8	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	3	0	3	0	0
Total Sur	0	0	0	0	40	1	41	0	0
Total País	4	53	6	5	3696	192	3956	0	10

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.3. 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 SE46/2025).

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 94 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 SE46/2025. Argentina.

Evento	Fiebre Chikungunya		Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo Occidental		Fiebre amarilla	
	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	11	0	13	0	11	0	8	0	6	0	5
CABA	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Córdoba	0	177	0	9	0	16	0	101	0	0	0	0
Entre Ríos	0	11	0	0	0	2	0	4	0	0	0	0
Santa Fe	0	21	0	17	0	17	0	14	0	11	0	0
Total Centro	0	220	0	39	0	48	0	127	0	17	0	5
Mendoza	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
San Juan	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
San Luis	0	2	0	1	0	2	0	4	0	4	0	0
Total Cuyo	0	6	0	2	0	2	0	6	0	4	0	0
Chaco	0	41	0	26	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	14	0	11	0	3	0	0	0	3	0	4
Total NEA	0	55	0	37	0	3	0	0	0	3	0	4
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	2	0	1	0	1	0	1	0	14	0	0
La Rioja	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Salta	0	34	0	30	0	28	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0
Tucumán	0	6	0	6	0	12	0	0	0	0	0	4
Total NOA	0	44	0	39	0	41	0	3	0	14	0	5
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0
Total País	0	326	0	117	0	94	0	138	0	39	0	14

Pos: positivas

Est: estudiadas

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

V.3.A. CASOS DE FIEBRE CHIKUNGUNYA CON ANTECEDENTE DE VIAJE (IMPORTADOS)

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

V.4. Vigilancia entomológica

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

V.4.A. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR SENSORES DE OVIPOSICIÓN

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

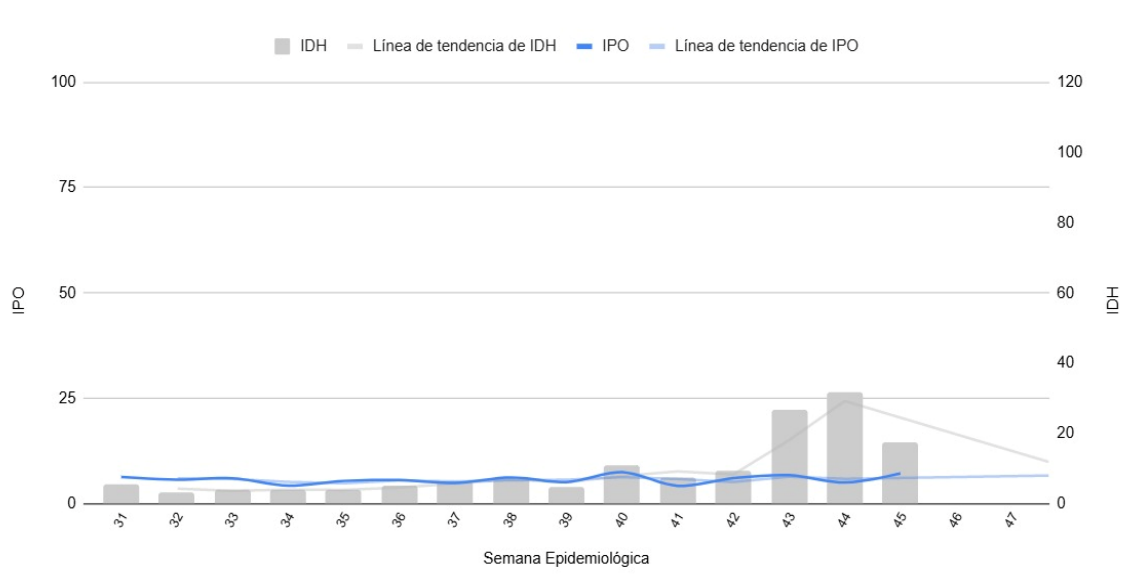
- Índice de Positividad de Ovitrapas (IPO): Expresa la relación entre sensores positivos y examinados, estimando el riesgo entomológico. Este índice permite categorizar el riesgo como bajo ($\text{IPO} < 40\%$), moderado (IPO entre 40% y 70%) o alto ($\text{IPO} > 70\%$).
- Índice de Densidad de Huevos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

V.4.B. EVOLUCIÓN IPO E IDH SE32–SE47 (2025)

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

Desde la SE 31 a la actualidad se registraron sensores positivos en la región NEA, con valores de IPO menores al 7% hasta la SE41, asociados a un riesgo entomológico bajo (Gráfico 1). A partir de la SE 42, se observó un ascenso del IPO hasta superar el umbral del 20% que se mantuvo hasta la actualidad. Por su parte, el IDH mantuvo valores bajos (alrededor del 10%) hasta la SE 42. Durante las últimas tres semanas registradas, el IDH mostró un fuerte aumento, superando el umbral del 30%, evidenciando una mayor productividad reproductiva de las hembras (Gráfico 1). A pesar de que las condiciones ambientales de temperatura y humedad resultan más favorables para la actividad de la especie, se observa en la región NEA un patrón de retraso en el aumento del IPO. Es importante destacar que, aunque baja, el vector mantuvo actividad reproductiva durante todo el período invernal, evidenciando un potencial endémico en algunas jurisdicciones de la región. Los datos se presentan hasta la SE45 inclusive.

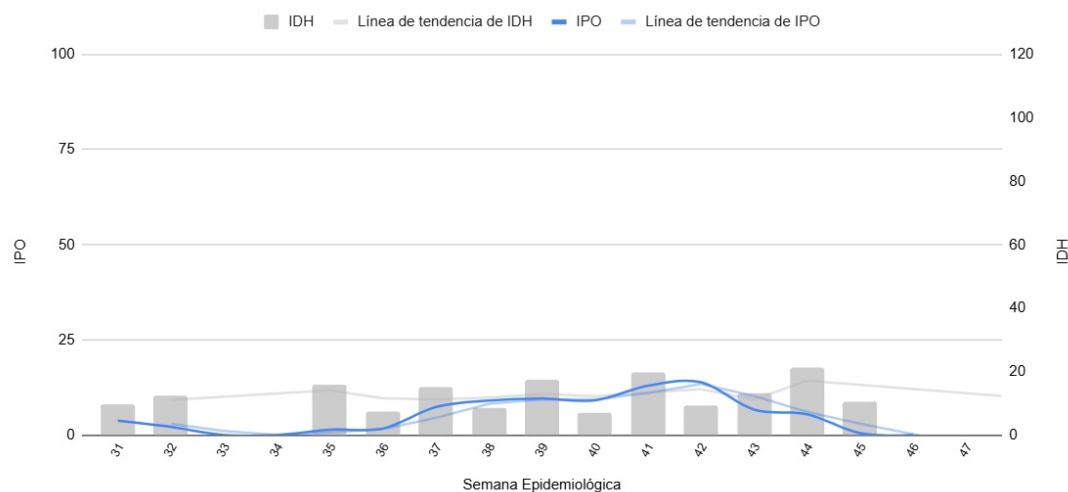
Gráfico 1. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NEA SE 31 (2025)- SE 45 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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

En la región NOA, el inicio de la positividad se observó en la SE31 con valores de IPO por debajo del 6%, asociados a una situación de riesgo entomológico bajo (Gráfico 2). Durante las semanas siguientes, se registró una caída marcada de los índices, sin registro de actividad reproductiva entre las SE33 y SE34. A partir de la SE35 se observaron nuevamente sensores positivos, con una tendencia ascendente que llevó al IPO a superar el umbral del 25% (Gráfico 2). Durante las SE41 y 42, el IPO medio de la región aumentó hasta alcanzar valores cercanos al 30% en algunas jurisdicciones, correspondiente al límite superior del intervalo de riesgo entomológico bajo. Posteriormente, el IPO mostró un nuevo descenso entre las SE 43 y 45. El IDH acompañó en términos generales las variaciones del IPO. Al comparar las tendencias registradas en las regiones NEA y NOA, se observó una mayor actividad reproductiva del vector en NOA, incluso pese a haberse observado una interrupción breve de la actividad entre las SE33 y 34.

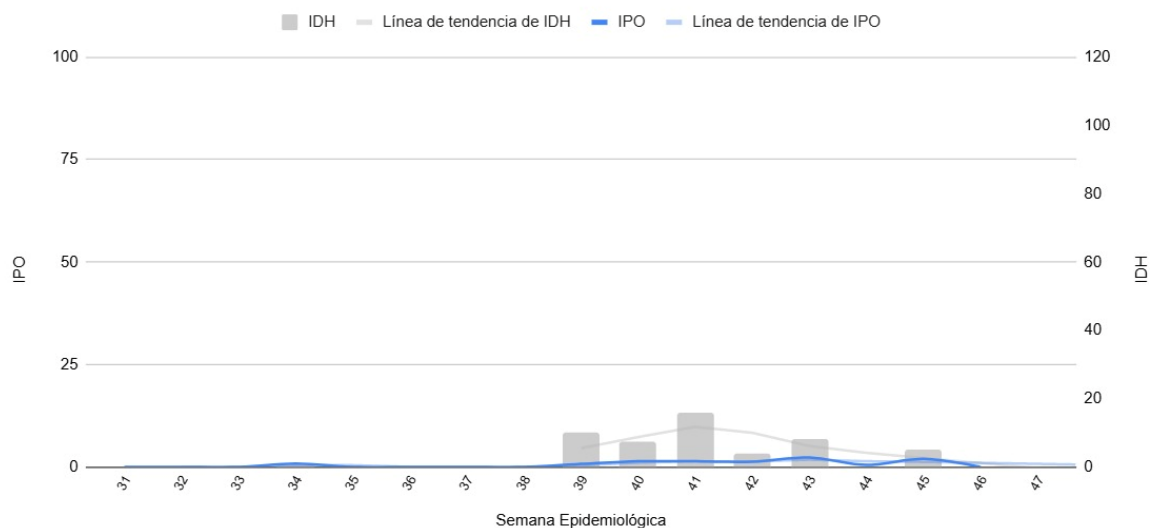
Gráfico 2. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región NOA SE 31 (2025)- SE 45 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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

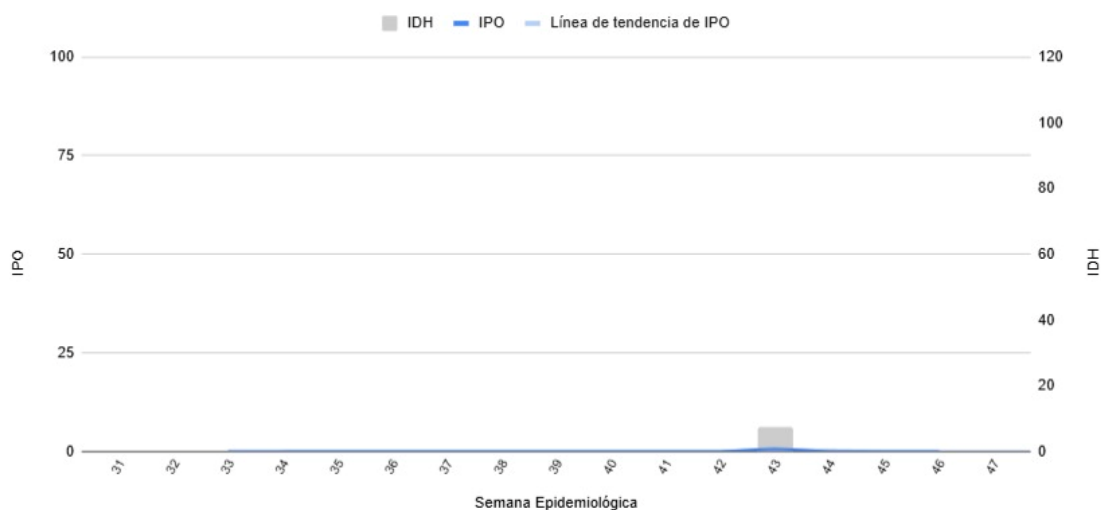
En la región Centro, los sensores de oviposición fueron negativos entre las SE 31 y 38, a excepción de un único sensor positivo registrado durante la SE 34 (Gráfico 3). A partir de la SE39 se empezó a detectar positividad en los sensores evidenciando el reinicio paulatino de la actividad reproductiva en la región, coincidente con el aumento de temperaturas (Gráfico 3). Al momento, la actividad del vector continúa siendo baja, con valores del IPO menores al 5%. Durante la SE46, los resultados registrados hasta el momento fueron negativos, aunque dichos valores podrían verse afectados por la carga retrospectiva de datos. Si bien se trató de un hecho aislado, el hallazgo de un sensor positivo durante el período invernal representa una señal a considerar en comparación con los registros históricos para la región, en la que no se observaba actividad reproductiva del vector en esta época del año.

Gráfico 3. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Centro SE 31 (2025)- SE 46 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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

Gráfico 4. Evolución de IPO (línea azul) e IDH (barras grises) en la región Sur SE 33 (2025)- SE 46 (2025). Las líneas más claras muestran las tendencias proyectadas de cada índice.



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

Como se detalló previamente, la vigilancia entomológica de *Ae. aegypti* en la región Sur se ve interrumpida durante los meses de menores temperaturas en diferentes jurisdicciones, algunas de las cuales presentan temperaturas invernales incompatibles con la supervivencia, el desarrollo y/o la reproducción del mosquito. A partir de la SE 33 se reanudó la vigilancia entomológica en una de las jurisdicciones, mostrando hasta el momento sensores negativos a excepción de una de las jurisdicciones que presentó sensores positivos en la SE43 (Gráfico 4).

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

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

Con el objetivo de ampliar y consolidar esta iniciativa, se invita a las jurisdicciones que aún no forman parte de la Red Nacional a incorporarse, promoviendo la vigilancia entomológica en todo el territorio nacional. Para más información, pueden contactarse a través del correo electrónico: etm.vectores@msal.gov.ar.

V.4.C. VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA POR ÍNDICES LARVARIOS

La vigilancia entomológica de *Aedes aegypti* se realiza también mediante la construcción de índices larvarios obtenidos a partir de los datos entomológicos relevados en las acciones de prevención y control vectorial en viviendas y establecimientos público/privados. Dichas acciones son llevadas adelante por el personal técnico especializado de las Bases Nacionales de Control de Vectores dependientes de la DZYCETV en conjunto con personal provincial y/o local, según la jurisdicción. En dichas acciones se releva el estado de la vivienda/establecimiento y la misma presenta contenedores con estadios inmaduros de mosquito (larvas) así como también la presencia de contenedores negativos. Asimismo, se registra el tipo de contenedor y el resultado de las intervenciones realizadas (eliminación o neutralización de los mismos, según corresponda). Las acciones de prevención y control realizadas en terreno desde la DZYCETV se concentran principalmente en NEA y NOA, dado que las Bases Nacionales se encuentran ubicadas en las jurisdicciones de estas regiones.

A partir de esta información recabada en terreno, se pueden calcular tres índices larvarios que permiten evaluar la situación de la localidad y estimar el riesgo asociado a la transmisión vectorial de dengue y otras arbovirosis:

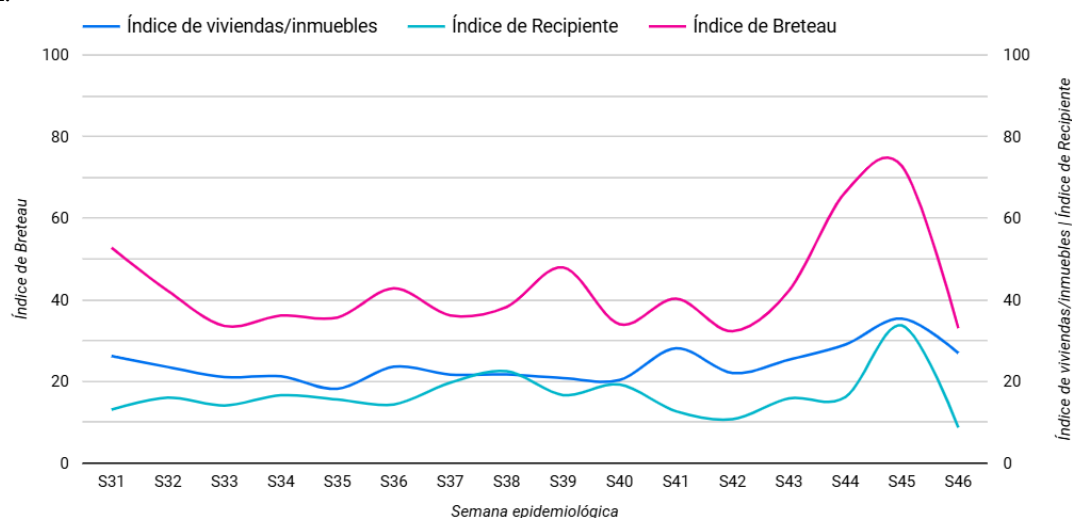
- Índice de vivienda: $(\text{viviendas positivas para } Aedes aegypti / \text{total de viviendas inspeccionadas}) * 100$.
(IV<4 Riesgo bajo, 4<IV<35 Riesgo moderado, IV>35 Riesgo alto)
- Índice de recipiente: $(\text{recipientes positivos para } Aedes aegypti / \text{total de recipientes}) * 100$
(IR<3 Riesgo bajo, 3<IR<20 Riesgo moderado, IR>20 Riesgo alto)
- Índice de Breteau: $(\text{recipientes positivos para } Aedes aegypti / \text{total viviendas inspeccionadas}) * 100$
(IB<5 Riesgo bajo, 5<IB<50 Riesgo moderado, IB>50 Riesgo alto)

Cuando se realiza la desagregación por región se observa que, para la región NEA, se registraron índices entomológicos altos en las viviendas visitadas durante la SE31 de 2025, coincidente en el caso del IB con una situación de riesgo entomológico alto ($IB > 50\%$) y moderado de acuerdo a IV e IR (Gráfico 4A). Estos valores descendieron en las siguientes semanas, con ciertas oscilaciones, alcanzando todos los índices valores asociados a un riesgo entomológico moderado. Durante las SE 44 y 45 se registraron índices elevados, asociados a una situación entomológica de riesgo alto (Gráfico 4A). En la última SE, los tres índices evidenciaron una tendencia descendente, aunque ésta podría ser modificada por la carga retrospectiva de datos. Durante el período de menores temperaturas, los equipos operativos dependientes de la DZyCETV profundizan las acciones sobre sitios críticos y predios estratégicos con el objetivo de reducir las poblaciones vectoriales previamente al aumento generalizado de las temperaturas. En el caso de los sitios críticos relevados en la región NEA, los índices entomológicos resultaron muy superiores a los calculados en las viviendas, principalmente el IB (Gráfico 4B), mientras que en el caso de los predios estratégicos visitados los índices calculados fueron similares a los domiciliarios (Gráfico 4C).

Para la región NOA, se registraron índices entomológicos altos en las viviendas visitadas durante la SE31 de 2025, coincidente en el caso del IB con una situación de riesgo entomológico moderado de acuerdo a los valores alcanzados por los tres índices entomológicos (Gráfico 5A). Estos valores descendieron en las siguientes semanas, con ciertas oscilaciones, manteniendo todos los índices valores asociados a un riesgo entomológico moderado. A partir de la SE42, se registró una tendencia ascendente de los tres índices larvarios, aunque con una pendiente más pronunciada para el IB (Gráfico 5A). Actualmente, la región continúa en una situación de riesgo entomológico moderado. Las acciones realizadas en sitios críticos muestran variaciones en el IB de hasta dos órdenes de magnitud mayores que los hallados en viviendas durante el período muestreado (Gráfico 5B). En el caso de los IV e IR, las diferencias son menores aunque varias de las SE representadas (Gráfico 5B), confirmando la necesidad de profundizar las acciones territoriales en este tipo de sitios. En el caso de los predios estratégicos visitados, se observaron índices entomológicos similares a los hallados en viviendas excepto durante la SE39 confirmando, también, la relevancia de las acciones de prevención en los mismos (Gráfico 5C).

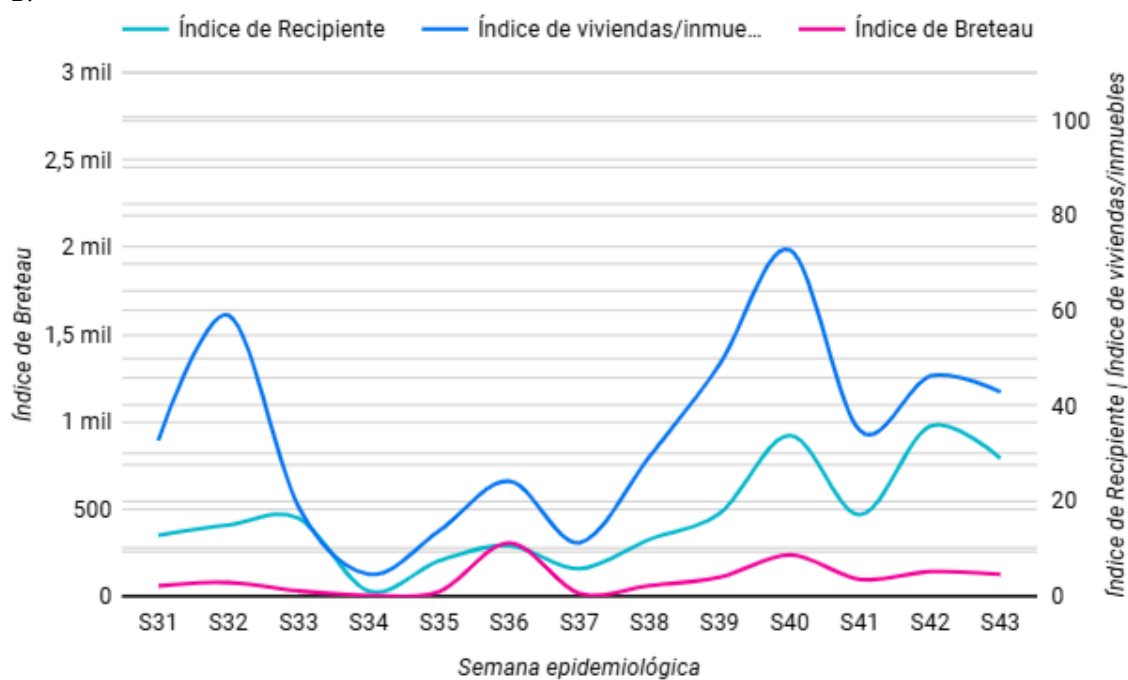
Gráfico 4 A. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas (A), Sitios Críticos (B) y Predios Estratégicos (C) en la región NEA SE 31 (2025)- SE 47 (2025).

A.



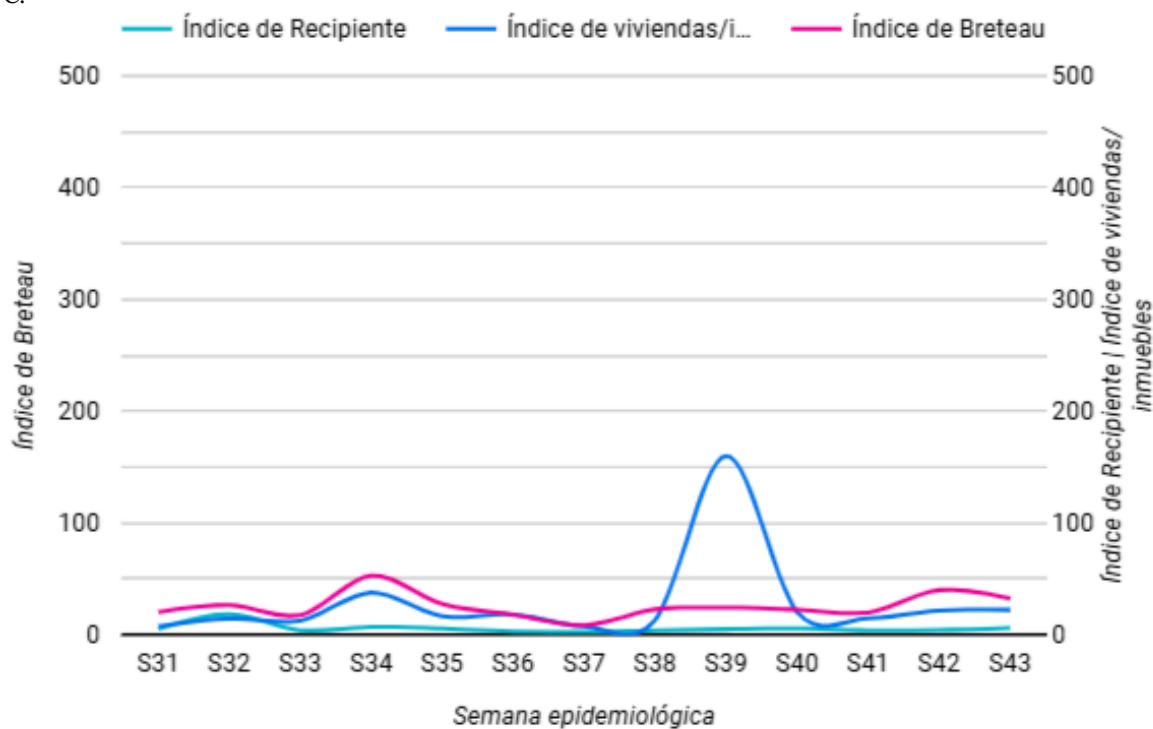
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

B.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

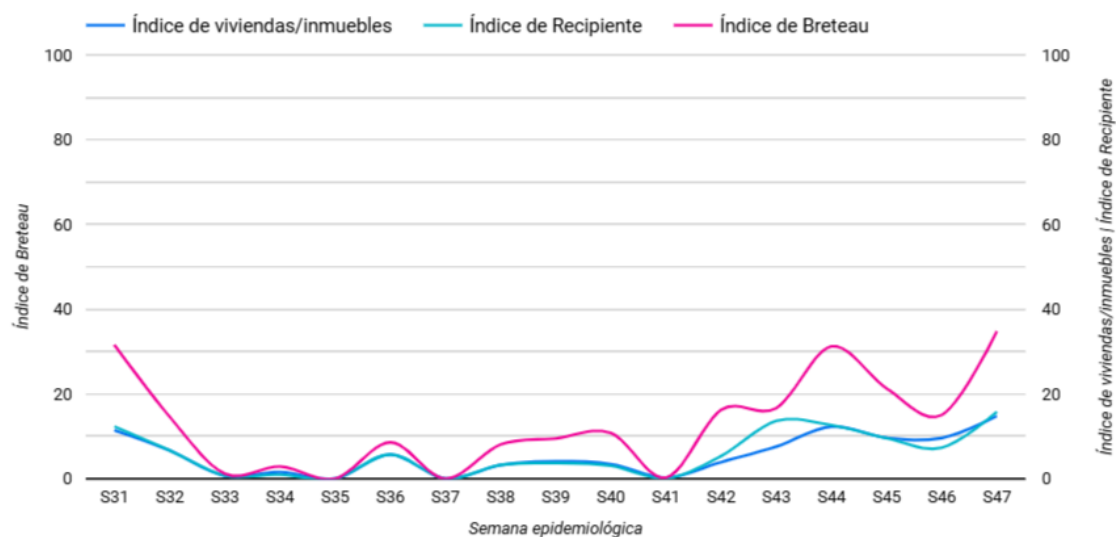
C.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

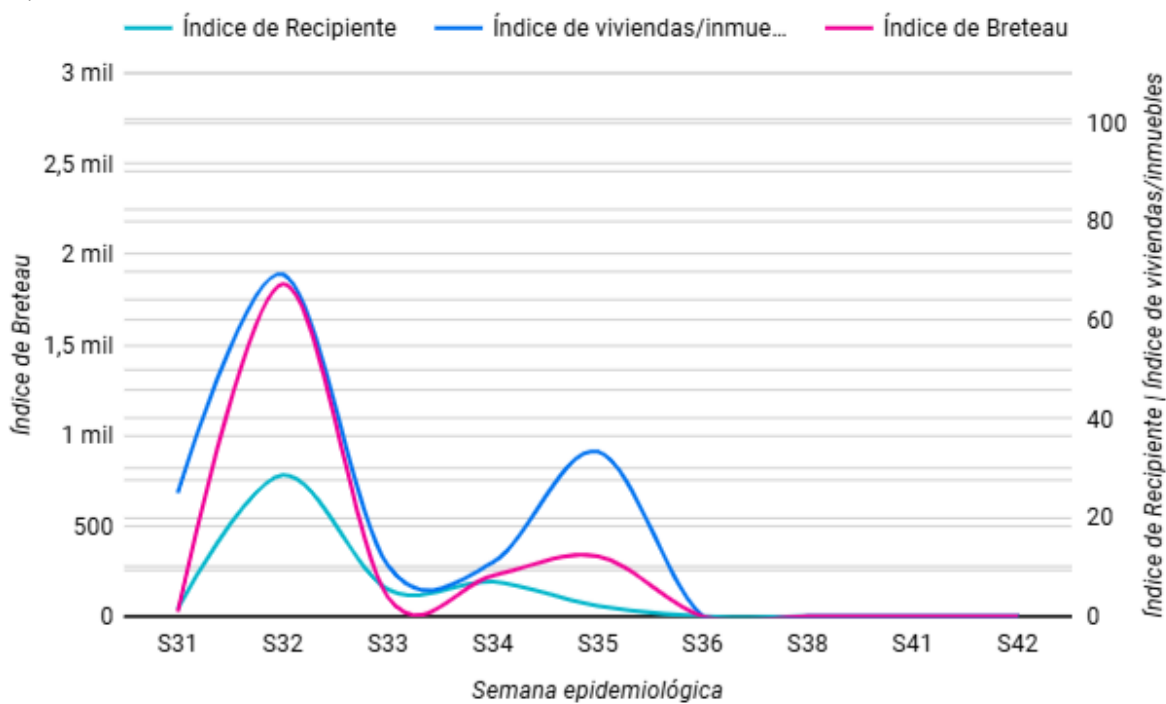
Gráfico 5. Evolución de los índices de VIVIENDA (IV), RECIPIENTE (IR) y BRETEAU para viviendas (A), Sitios Críticos (B) y Predios Estratégicos (C) en la región NOA SE 31 (2025)- SE 47 (2025).

A.



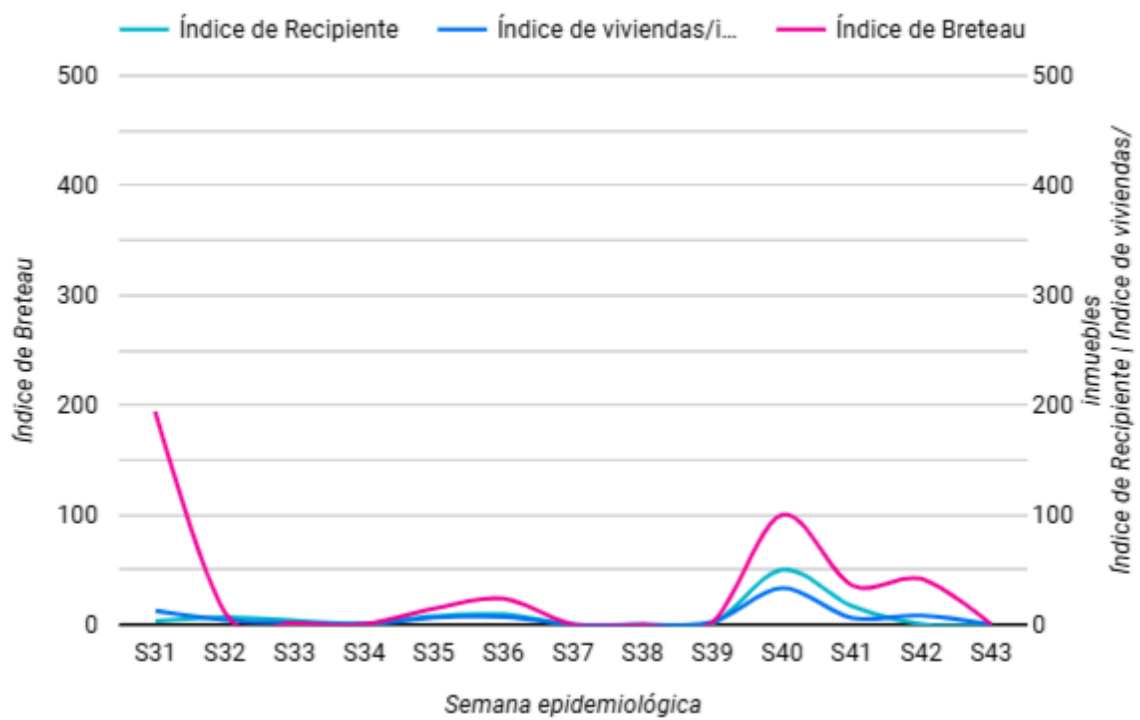
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

B.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

C.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RNVE

SITUACIONES EMERGENTES

VI. Coqueluche - Actualización informe epidemiológico

VI.1. Introducción

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

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

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

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

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

VI.2. Situación internacional

El 10 de junio la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió una alerta epidemiológica ante el aumento de casos de coqueluche en varios países de la región de las Américas ¹¹. Este

¹¹ Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Aumento de tos ferina (coqueluche) en la Región de las Américas. 10 de junio del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-aumento-tos-ferina-coqueluche-region-americas-31-mayo-2025>

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

A nivel mundial, durante la década de 2010 a 2019, se notificaron en promedio 170.000 casos anuales de coqueluche. Luego, durante la pandemia, los casos disminuyeron significativamente, alcanzando un mínimo histórico en 2021 con 29.623 casos. Posteriormente, se observó un aumento en 2022 y 2023, con 63.024 y 158.910 casos respectivamente.¹²

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

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

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

VI.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina

VI.3.A. INTRODUCCIÓN

Entre la SE1 y 46 de 2025 se notificaron un total de 4.825 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 627 fueron confirmados. En 524 de ellos, se contó con confirmación de laboratorio¹³, identificándose *B. pertussis* en el 82,1% (n=430); 2 casos correspondieron a *B. parapertussis* y 92 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.).

Los 627 casos confirmados superan las cifras registradas para el mismo período desde 2020, con excepción de 2023, cuando se notificó un mayor número de casos, principalmente en la provincia de Salta¹⁴. La incidencia acumulada en lo que va del año es de 1,32 casos por cada 100.000 habitantes. Este incremento resulta relevante para dimensionar la situación actual,

¹² Organización Mundial de la Salud. The Global Health Observatory, Pertussis - number of reported cases. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/pertussis-number-of-reported-cases>

¹³ Los restantes casos confirmados no cuentan con información de estudios de laboratorio en SNVS 2.0. Estos casos, se contabilizan como confirmados de acuerdo a la clasificación manual del caso, y no es posible definir si se trata de casos confirmados por laboratorio o bien de acuerdo a criterio clínico-epidemiológico

¹⁴ En el año 2023, se registró el mayor número de casos con sospecha y confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de *B. pertussis*, sin registrarse el mismo patrón en el resto del país.

dado que el aumento de casos se observa en distintas jurisdicciones y de forma heterogénea. Además, se registraron 7 fallecimientos por la enfermedad, todos en menores de 2 años.

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

La tasa de notificación en las SE1-46 para el período 2019-2025 presentó un máximo inicial en 2019, seguido de un descenso abrupto en 2020. A partir de 2021, la tasa experimentó un incremento sostenido hasta alcanzar su valor más alto en 2023. La tasa disminuyó en 2024 y luego, en 2025, se observó un nuevo aumento, con una tasa de notificación de 10,16 casos por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 1. Casos notificados y tasa de notificación cada 100.00 hab. de casos con sospecha de coqueluche según año. SE 1-46. 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= 1.236), provincia de Buenos Aires (n= 772) y Salta (n=635), Tierra del Fuego (n=609), seguidos por establecimientos de CABA (n= 540) Mendoza (n=522), y Santa Fe (n=215). En el resto de las provincias se notificaron 40 casos sospechosos o menos en lo que va del año.¹⁵

Del total de notificados, se confirmaron 627 casos, representando una tasa de incidencia de 1,32 casos cada 100.000 habitantes. En el período analizado, la mayor tasa de incidencia se observó en 2019, seguido de los años 2023 y 2025, con tasa de incidencia similar.¹⁶ Los casos de coqueluche notificados entre SE1 y 46 de 2025 superan las confirmaciones para el mismo período de los años 2020 a 2022 y 2024.

¹⁵ Las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche según jurisdicción se analizan de acuerdo a la variable "Establecimiento de Carga" y "Provincia de Carga".

¹⁶ En el año 2023, se registró el mayor número de casos con sospecha y confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de B. pertussis, sin registrarse el mismo patrón en el resto del país.

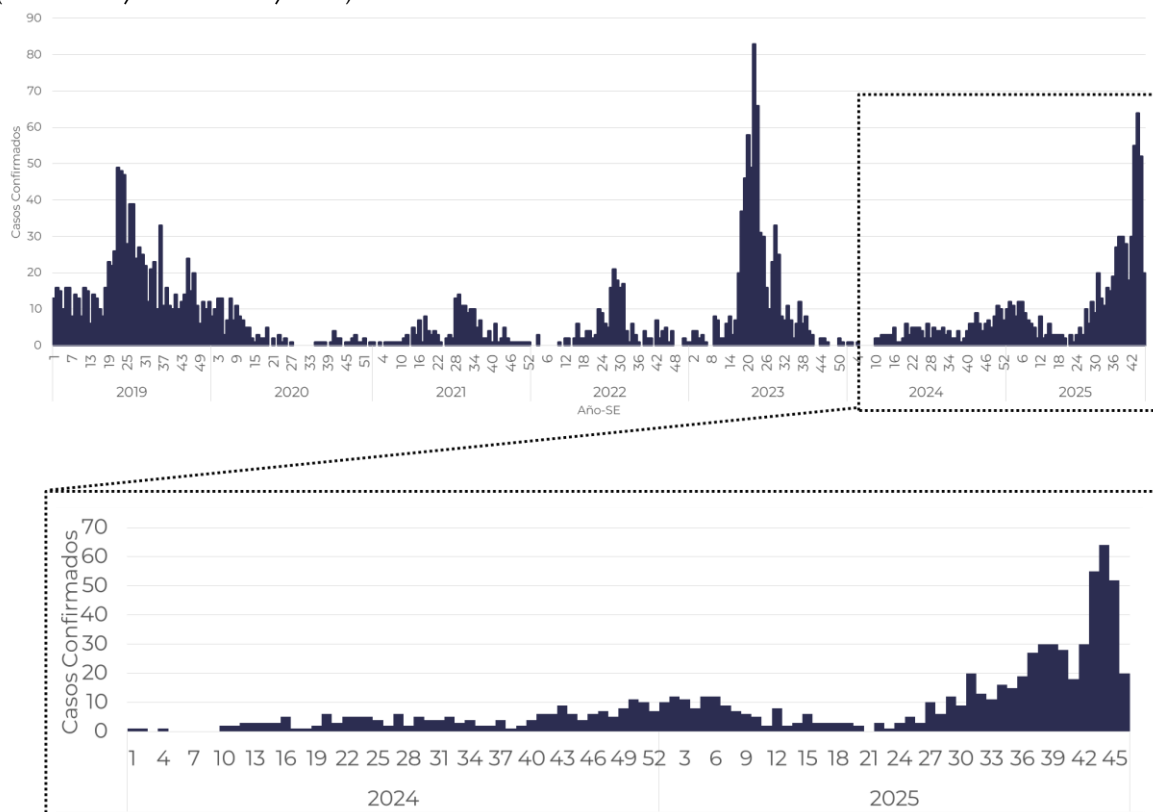
Gráfico 2. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. SE 1-46. Argentina. Años 2019-2025.



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

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

Gráfico 3. Curva epidémica de casos confirmados de coqueluche. Argentina. SE1/2019 a SE46/2025 (detalle SE1/2024 a SE46/2025).



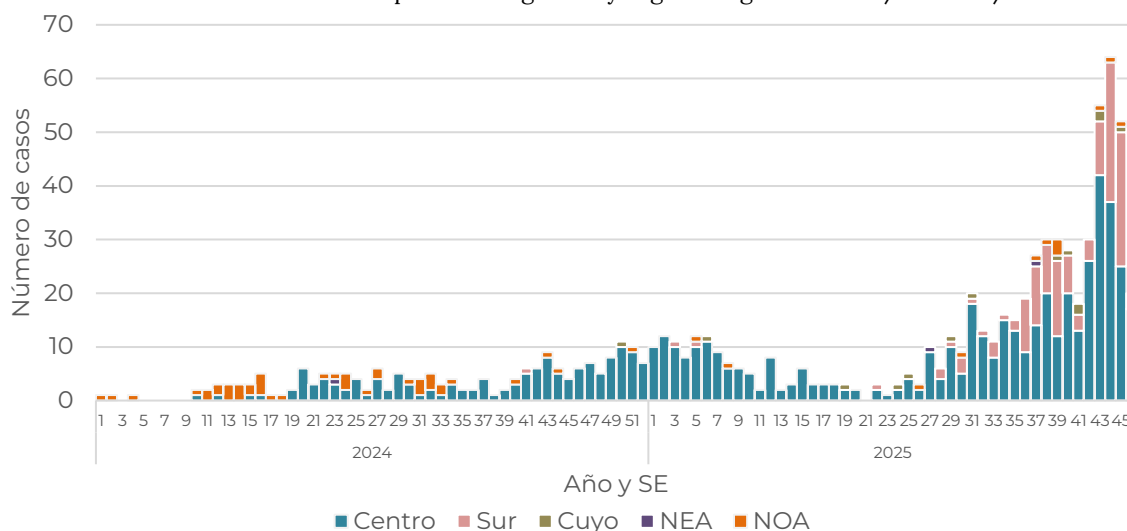
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

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

Posteriormente, a partir de la SE 27/2025, se registra un nuevo ascenso, inicialmente asociado al brote en Ushuaia (Tierra del Fuego) —con un pico en la SE 39— y al aumento de casos confirmados en la Región Centro, especialmente en la provincia de Buenos Aires.

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

Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2024-46/2025.

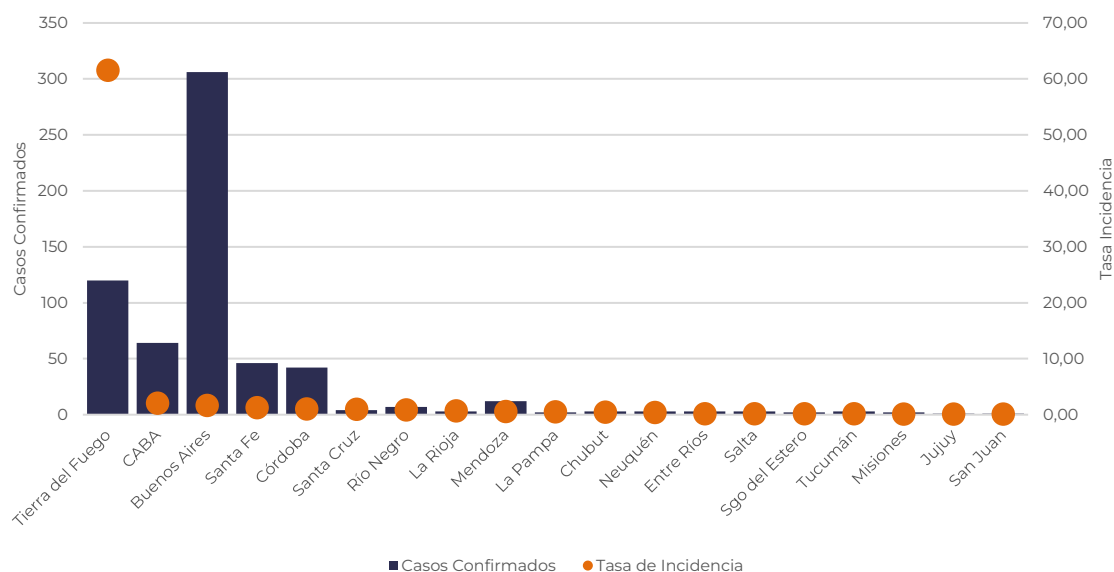


Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyen en 19 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observa en la Región Centro ($n=461$), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires ($n=396$) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ($n=64$). En la Región Sur se confirmaron 138 casos, principalmente vinculados al brote en curso en Tierra del Fuego.

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

Gráfico 5. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. Argentina. SE 1-46, 2025.



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

La mayor incidencia acumulada se registra en Tierra del Fuego, que —en el marco del brote actualmente en curso en Ushuaia y Río Grande— presenta una IA de 42,58 casos por cada 100.000 habitantes, valor 27 veces superior al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que ocupa el segundo lugar con una IA de 2,07 casos por 100.000 habitantes. En tercer lugar, se ubica la provincia de Buenos Aires, que, si bien concentra el mayor número absoluto de casos, presenta una tasa de 1,67 por 100.000 habitantes.

A continuación, se presenta la tabla con el número de casos confirmados por año y jurisdicción entre las semanas epidemiológicas 1 y 46, con el objetivo de describir la situación actual en relación con los años previos (2019–2025) ¹⁷.

¹⁷ La escala de colores (del verde, que indica menor número de casos, al rojo, que representa el mayor número de casos) muestran el año donde cada una de las jurisdicciones presentó el mayor número de casos de los 7 años analizados.

Tabla 1. Casos confirmados coqueluche según jurisdicción y año. SE 1-46. 2019-2025.

Jurisdicciones	Casos Confirmados						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	193	44	43	56	46	52	306
CABA	15	11	0	3	2	33	64
Catamarca	5	0	0	11	2	0	0
Chaco	4	3	0	2	0	0	0
Chubut	9	5	2	1	1	0	3
Córdoba	178	31	36	5	81	11	42
Corrientes	2	0	0	1	0	0	0
Entre Ríos	41	1	1	0	1	2	3
Formosa	2	2	0	1	0	0	0
Jujuy	2	0	3	0	2	0	1
La Pampa	8	0	0	0	0	0	2
La Rioja	0	0	0	0	25	1	3
Mendoza	239	8	16	11	24	0	12
Misiones	8	1	5	5	9	1	2
Neuquén	1	1	0	0	2	0	3
Río Negro	4	1	0	0	1	1	7
Salta	132	23	67	92	423	42	3
San Juan	3	1	0	0	0	0	1
San Luis	7	5	1	0	0	0	0
Santa Cruz	0	1	0	0	0	0	4
Santa Fe	14	5	0	5	43	0	46
Sgo del Estero	2	0	0	0	0	0	2
Tierra del Fuego	6	2	0	0	0	0	120
Tucumán	7	4	1	0	2	0	3
Total Nacional	882	149	175	193	664	143	627

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

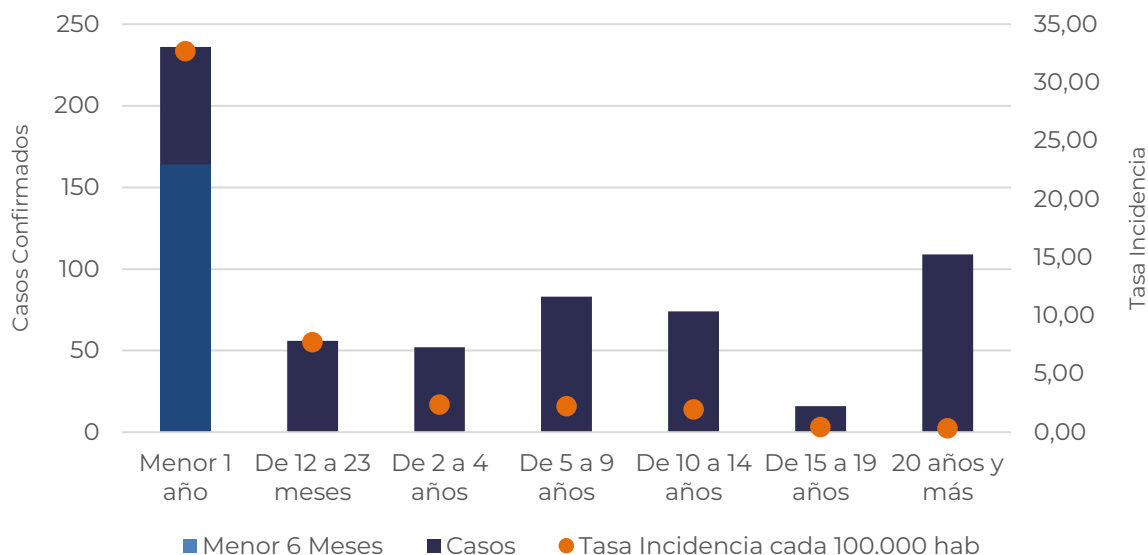
Como se mencionó previamente, si bien 19 jurisdicciones presentan casos de coqueluche en el corriente año, el incremento observado respecto de los años anteriores se concentra en Tierra del Fuego, Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba.

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

VI.3.C. ANÁLISIS SEGÚN EDAD Y GRAVEDAD

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

Gráfico 6. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por grupos de edad. SE 1-46, 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 37,7% de los casos confirmados en 2025 (n=236), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=164). En las últimas semanas, el número de casos y la tasa de incidencia en el grupo de 20 años y más presentaron un aumento, vinculado al brote en curso en Tierra del Fuego.

Con relación a los fallecimientos, entre las SE 1 y 46 de 2025 se notificaron 7 fallecimientos en casos confirmados con detección de *Bordetella pertussis*: 4 en menores de 6 meses, 1 en el grupo de 6 a 11 meses y 2 en el grupo de 12 a 23 meses. Para el año en curso la tasa de letalidad es de 1,1%. Ninguno de los 4 casos en edad de vacunación registra dosis en NOMIVAC, mientras que los otros 3 casos corresponden a menores de 2 meses, y tampoco se registra vacunación materna.

VI.4. Coberturas de Vacunación

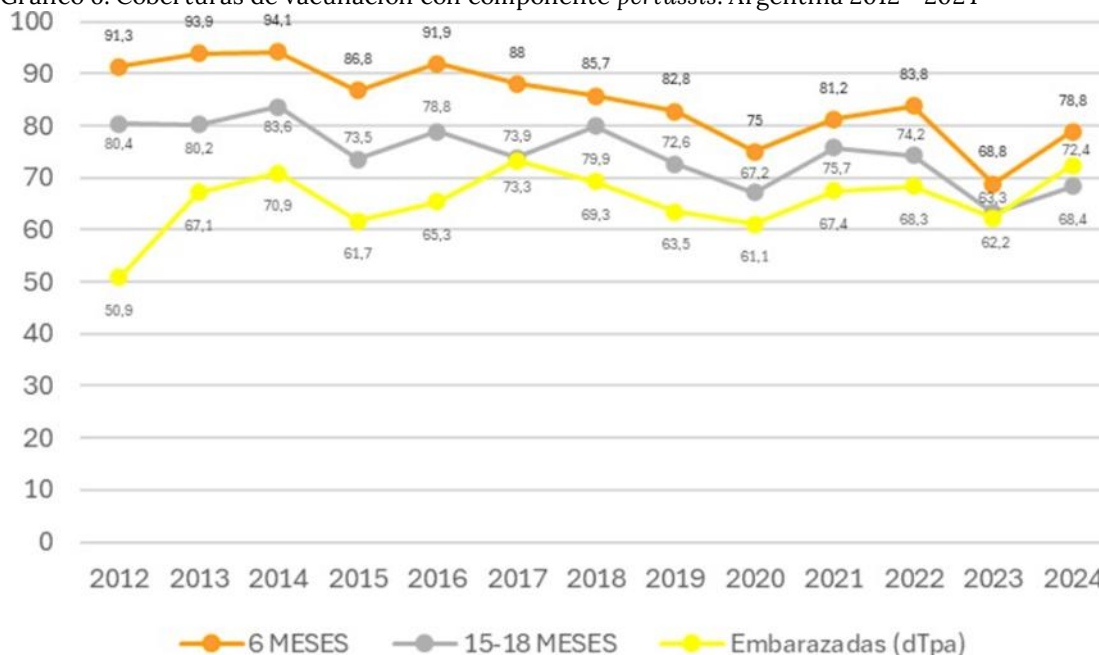
VI.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Las coberturas parciales de 2025 al 19/11/2025, son:

1º dosis de Quintuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 72,12%

2º dosis de Quintuple (4 meses): 71,30%

3º dosis Quintuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 66,96%

Ref Quintuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 58,82%

Ref DTP (5 años): 50,22% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 13/11/25: 76,8%)

Ref dTpa (11 años): 50,88% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 13/11/25: 77,6%)

Embarazadas dTpa: 67,57%

Además del cambio realizado en 2023 para el cálculo de las coberturas a partir de la consideración únicamente de los registros nominales; en 2024, y en consenso con las 24 jurisdicciones, se definió considerar para la planificación de dosis a administrar a las personas de 5 y 11 años, y para el cálculo de coberturas, a partir de la evaluación de las dosis aplicadas y registradas, la cohorte de nacimiento en lugar del ingreso escolar o la adolescencia respectivamente. Esto permite evaluar la cobertura de vacunación oportuna, es decir las dosis aplicadas a los 5 y 11 años únicamente, y la vacunación ampliada por cohorte, es decir a la misma cohorte de nacimiento a los 6 y 12 años respectivamente. En este sentido, al analizar la vacunación ampliada de la dosis de refuerzo de los 5 años con la vacuna triple bacteriana celular, se observó una mejora en el seguimiento de la cohorte en el tiempo: en 2024 se registró una cobertura oportuna para la cohorte nacida en 2019 de 46,4% y durante 2025 se alcanzó una cobertura ampliada acumulada de 76,8%. En el caso de la dosis de refuerzo de los 11 años con la vacuna triple bacteriana acelular (dTpa), la cobertura oportuna de la cohorte nacida en 2013 vacunada en 2024 fue de 54,1%, y esa misma cohorte alcanzó durante 2025 una cobertura ampliada acumulada de 77,6%. Este análisis permitió observar que, si bien las coberturas oportunas son más bajas que lo observado en años anteriores, si se evalúa cómo siguió vacunándose esa cohorte de nacimiento más allá de los 5 y 11 años respectivamente, se alcanzó a un mayor número de la población objetivo de manera atrasada.

VI.4.B. COBERTURAS SEGÚN JURISDICCIÓN

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

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

Jurisdicción	Quíntuple /Séxtuple (dos meses)	Quíntuple/ Séxtuple (cuatro meses)	Quíntuple/ sextuple (seis meses)	Refuerzo 5 años	Refuerzo 11 años	Embarazadas
Buenos Aires	61,57	58,05	58,05	37,95	37,22	57,26
CABA	67,28	57,37	57,37	40,98	30,53	41,77
Catamarca	78,94	74,55	74,55	55,36	62,34	74,86
Chaco	80,26	73,96	73,96	57,68	57,77	78,88
Chubut	81,11	78,53	78,53	54,15	56,69	78,31
Córdoba	80,05	72,68	72,68	40,8	54,68	74,13
Corrientes	80,51	69,49	69,49	43,54	42,04	106,41
Entre Ríos	80,48	74,43	74,43	43,83	54,36	79,39
Formosa	71,67	64,88	64,88	50,71	50,82	71,57
Jujuy	85,58	83,15	83,15	79,59	77,71	80,84
La Pampa	86,65	85,42	85,42	62,76	73,37	83,62
La Rioja	83,8	75,75	75,75	64,26	61,24	77,94
Mendoza	81,76	77,69	77,69	89,99	83,45	72,45
Misiones	84,92	69,56	69,56	60,16	59,55	80,11
Neuquén	85,31	80,86	80,86	80,2	81,27	82,4
Río Negro	89,87	84	84	56,86	47,07	85,61
Salta	80,95	75,97	75,97	77,9	92,46	76,64
San Juan	88,68	79,15	79,15	67	65,38	80,65
San Luis	83,46	77,03	77,03	78,64	75,18	81,4
Santa Cruz	83,12	72,45	72,45	74,25	69,43	85,41
Santa Fe	68,75	71,82	71,82	50,74	51,86	62,36
Santiago del Estero	81,43	68,74	68,74	47,39	56,78	77,31
Tierra del Fuego	94,95	86,62	86,62	68,72	69,5	92,06
Tucumán	74,13	67,02	67,02	67,24	67,41	66,25

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

El análisis del esquema completo de vacunación contra coqueluche muestra diferencias marcadas entre jurisdicciones. Provincias como Tierra del Fuego, La Pampa, Jujuy, Neuquén, Mendoza y San Juan mantienen altas coberturas en la mayoría de las etapas del calendario, con buen inicio del esquema y refuerzos sostenidos, lo que indica menor acumulación de

susceptibles. En contraste, Buenos Aires, CABA, Formosa, Santa Fe, Corrientes y Misiones presentan coberturas intermedias a bajas en varios puntos del calendario, especialmente en los refuerzos de 5 y 11 años, donde se observan los valores más críticos. En embarazadas, la variabilidad también es amplia, con coberturas óptimas en algunas provincias y subóptimas en otras. En conjunto, los datos reflejan la necesidad de fortalecer la continuidad del calendario, mejorar la captación activa y reducir desigualdades entre jurisdicciones.

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

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

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

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

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

En este sentido, se recomienda:

- Realizar campañas de sensibilización para informar sobre la importancia de la vacunación según Calendario Nacional de Vacunación. Suele resultar útil adecuar la información a lenguas originarias.
- Promover la vacunación de todas las vacunas con componente Pertussis (DTP/HB + Hib, DTP y dTpa en las poblaciones objetivo) para reducir la incidencia de la enfermedad, facilitando la misma en centros de salud, puestos móviles y comunidades vulnerables.
- Promover la vacunación según el Calendario Nacional, priorizando embarazadas a partir de las 20 semanas de gestación, lactantes y niños/as pequeños.
- Indicación de vacunación en cada embarazo independientemente del intervalo entre gestaciones.

- Generar acciones articuladas con otros sectores de la comunidad, en especial donde se encuentra el grupo etario de 5 y 11 años, como por ejemplo las escuelas o clubes barriales para la búsqueda activa de la población objetivo.
- Estimular la vacunación con una dosis de triple bacteriana acelular cada 5 años en el personal de salud en contacto con niños menores de 12 meses.

VI.5.B. DETECCIÓN TEMPRANA

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

- Capacitar y sensibilizar al personal de salud para identificar los signos y síntomas de coqueluche, como tos persistente y episodios agudos de tos, especialmente en lactantes y niños pequeños, quienes son los más vulnerables.
- Fomentar modalidades de atención que prioricen el contacto temprano con el efector de primer nivel, por ejemplo, servicios de demanda espontánea, teleconsulta. Consolidando el rol de agentes sanitarios y promotores de salud en las acciones de salud territorial.
- Incrementar la comunicación efectiva con las familias y la comunidad, enfatizando la importancia de la consulta temprana ante la presencia de tos persistente o síntomas respiratorios, para contrarrestar la percepción de banalidad del cuadro y reducir el retraso diagnóstico. A tal fin suelen ser efectivas las campañas locales con mensajes breves y que prioricen los recursos visuales o las microcampañas digitales o radiales dirigidas a madres/padres jóvenes que aumentan la intención de consulta al servicio de salud. También resultan útiles estrategias de recordatorios en el punto de contacto sanitario como carteles en salas de espera o recordatorios impresos en carnets de vacunación.

VI.5.C. NOTIFICACIÓN Y VIGILANCIA

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

- Asegurar una adecuada notificación y acceso al diagnóstico de todos los casos sospechosos al sistema de vigilancia epidemiológica (SNVS 2.0), conforme a la normativa vigente, para facilitar el seguimiento epidemiológico y la implementación de medidas de control.
- Fortalecer la articulación entre los equipos de salud y las áreas de epidemiología locales, para retroalimentar la información y coordinar las acciones de control ante casos confirmados o conglomerados de casos sospechosos.

VI.5.D. MANEJO CLÍNICO

El manejo clínico oportuno de los casos sospechosos o confirmados de coqueluche en el primer nivel de atención es fundamental para reducir la transmisión, evitar complicaciones y proteger

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

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

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

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

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

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

VI.5.E. CONTROL DE CONTACTOS

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

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

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

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

VI.5.F. SENSIBILIZACIÓN DE LA COMUNIDAD

Resulta prioritario generar espacios de educación sanitaria para lograr la sensibilización y la comunicación efectiva con la comunidad y así fortalecer la prevención y el control de coqueluche. En el primer nivel de atención, los equipos de salud desempeñan un rol clave en la generación de confianza, en la difusión de información basada en evidencia y en la promoción

de conductas protectoras frente a síntomas respiratorios. La comunicación de riesgo oportuna, empática y adaptada al territorio permite contrarrestar la percepción de banalidad del síntoma, fomentar la consulta temprana y sostener altas coberturas de vacunación, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad.

- Brindar información clara y accesible a las familias y comunidades sobre la importancia de la vacunación, las medidas de higiene respiratoria, personal y ambiental, y la necesidad de consultar tempranamente ante tos persistente o síntomas compatibles con coqueluche.
- Desarrollar campañas de comunicación de riesgo localizadas, coordinadas por los equipos del primer nivel de atención bajo mensajes simples y directos, utilizando espacios comunitarios, redes sociales locales, radios barriales y centros educativos.
- Promover la participación activa de actores comunitarios (por ejemplo, escuelas, líderes territoriales, medios locales, organizaciones sociales y religiosas) para amplificar los mensajes preventivos y difundir información confiable sobre la enfermedad y los servicios de salud disponibles.
- Aprovechar las instancias de contacto habitual con la comunidad como los controles de salud, la vacunación, las actividades territoriales de salud para incluir mensajes breves de prevención y detección temprana.

VI.5.G. MEDIDAS PREVENTIVAS

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

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

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

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

VI.5.H. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Medidas ante un caso sospechoso:

- Todos los casos sospechosos de coqueluche identificados que se encuentren sintomáticos deben aislarse al momento de la consulta bajo medidas de aislamiento de gota (colocar un barbijo quirúrgico al paciente en la medida de ser posible hasta realizar el aislamiento efectivo).
- Deben tomarse muestras para el diagnóstico etiológico (aspirado o hisopado nasofaríngeo para pruebas moleculares y cultivo, y suero para mayores de 12 años con más de 14 días de tos y que no hayan sido vacunados en el último año).

- Iniciar tratamiento antibiótico específico. Los macrólidos acortan el período de transmisibilidad y pueden modificar la evolución clínica si se los administra durante el período de incubación o en los comienzos de la fase catarral de la enfermedad, pero no aplacan los síntomas cuando se administran durante la fase paroxística.
- En caso de permanecer internados, el aislamiento se debe mantener hasta completar 5 días de terapia antibiótica con macrólidos (todas las dosis correspondientes a 5 días) o hasta 21 días desde el diagnóstico si la terapia antimicrobiana no fue realizada con macrólidos.
- En caso de manejo ambulatorio, los casos sospechosos deben aislarse de los lugares habituales donde desarrollan sus actividades hasta completados los 5 días de terapia antibiótica con macrólidos (todas las dosis correspondientes a 5 días) o hasta los 21 días desde el diagnóstico si la terapia antimicrobiana no fue realizada con macrólidos. Se debe indicar mantener hábitos de higiene respiratoria de acuerdo a la edad del caso durante ese tiempo: desechar materiales descartables que puedan tener secreciones respiratorias en el cesto de basura y limpiar los ambientes con frecuencia; cubrirse la nariz y la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar y desecharlos rápidamente en el cesto de la basura; cubrirse la tos o los estornudos con la parte superior del brazo o el codo si no tiene un pañuelo desechable; lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón por al menos 20 segundos; usar un desinfectante de manos a base de alcohol si no se dispone de agua y jabón. En caso de trasladarse en ámbitos públicos, utilizar barbijo quirúrgico en la medida de lo posible.
- Las precauciones de aislamiento se tomarán ante la sospecha del caso, sin aguardar a la confirmación, para evitar exponer inadvertidamente a otros pacientes.
- Tener en cuenta la existencia de un sistema de ventilación ambiental, ya sea natural o artificial (se necesitan al menos 2,5 recambios de aire por hora para cambiar el 90 % del aire en una habitación).¹⁸

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.

¹⁸ Para más información: <https://vihda.gov.ar/documentos/buenas-practicas-y-directrices/IF-2023-134428010-APN-DMCYSP-MS.pdf>

Medidas ante un contacto:

- Ante contactos sintomáticos, deben tomarse muestras para el diagnóstico etiológico (aspirado o hisopado nasofaríngeo para pruebas moleculares y cultivo, y suero para mayores de 12 años con más de 14 días de tos y que no hayan sido vacunados en el último año).
- Aislar de escuelas, guarderías o jardines a los contactos estrechos del caso que tengan menos de 7 años con inmunización incompleta, hasta que hayan cumplido 5 días de tratamiento antibiótico quimioproláctico efectivo.
- Inmunización
 - Los contactos estrechos menores de 7 años, a los que se les hubiera aplicado por lo menos 4 dosis de vacuna con componente pertussis, deben recibir una dosis de refuerzo de DTP, a menos que hubieran recibido una dosis en los últimos 3 años.
 - Los contactos estrechos menores de 7 años que no estuvieran vacunados o que hubieran recibido menos de 4 dosis de vacuna con componente pertussis deben recuperar esquemas. A los niños que recibieron su tercera dosis 6 o más meses antes de la exposición se les debe aplicar la cuarta dosis en ese momento (quíntuple o DTP, según corresponda).
 - Los contactos estrechos mayores de 7 años con esquemas incompletos de vacunación deben recibir una dosis de vacuna dTpa. Asimismo, debe verificarse que los niños de 11 años ya hayan recibido la dosis del calendario correspondiente a su edad.
- En situaciones en que esté o puede estar expuesto al riesgo un lactante o un niño de corta edad no inmunizado, conviene identificar los casos tempranos o inadvertidos y atípicos.
- En los contactos institucionales deberá hacerse control estricto de ausentismo para detectar posibles casos sospechosos.
- La quimioprofilaxis con macrólidos está indicada en todos los contactos estrechos, especialmente los de alto riesgo, ante la sospecha independientemente del antecedente de vacunación. Los macrólidos (eritromicina, claritromicina o azitromicina) acortan el período de transmisibilidad, pero no aplacan los síntomas, excepto cuando se administran durante el período de incubación o en los comienzos de la fase catarral de la enfermedad.

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

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

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

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

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

VI.6. Consideraciones sobre el diagnóstico

El diagnóstico de Coqueluche se basa en la sospecha oportuna de la enfermedad y la utilización de las pruebas de laboratorio adecuadas. Para el diagnóstico de laboratorio puede realizarse cultivo, PCR y/o serología. La prueba serológica internacionalmente aceptada es la detección de IgG anti toxina pertussis mediante ELISA validado contra el “Standard de Referencia de la OMS (06/140)”¹⁹. Para el cultivo y la PCR la muestra apropiada es el aspirado nasofaríngeo o el hisopado nasofaríngeo recolectado con hisopo de dacrón, nylon o rayon.

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

¹⁹ Guiso N, Berbers G, Fry NK, He Q, Riffelmann M, Wirsing von König CH; EU Pertstrain group. What to do and what not to do in serological diagnosis of pertussis: recommendations from EU reference laboratories. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2011 Mar;30(3):307-12. doi: 10.1007/s10096-010-1104-y. Epub 2010 Nov 11. PMID: 21069406; PMCID: PMC3034915.

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

Puntos críticos en el diagnóstico de Coqueluche

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

Para las pruebas de PCR, existen diversos blancos de amplificación descritos 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*²⁰. 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*²¹, por lo tanto la PCR que usa como blanco de amplificación al promotor del gen de la toxina pertussis resulta de menor sensibilidad que la antes mencionada.

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

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

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

VI.7. Nota Metodológica

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

²⁰ 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

²¹ Loeffelholz M. Towards improved accuracy of *Bordetella pertussis* nucleic acid amplification tests. J Clin Microbiol. 2012;50(7):2186–2190. doi:10.1128/JCM.00612-12; Parkhill J., et al. 2003. Comparative analysis of the genome sequences of *Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis* and *Bordetella bronchiseptica*. Nat. Genet. 35:32–40

2025, en el evento “Coqueluche”. Se excluyeron casos invalidados por epidemiología y duplicados.

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

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

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

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

Ficha de notificación:

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

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

VII. Psitacosis – Actualización informe epidemiológico

VII.1. Introducción

La psitacosis es una zoonosis de notificación obligatoria causada por una bacteria llamada *Chlamydia psittaci*. La transmisión al hombre se produce principalmente por inhalación del agente, que es excretado por las aves portadoras en las heces, en gotitas del tracto respiratorio y/o por el contacto de plumas contaminadas. El tiempo de incubación de la enfermedad abarca de 5 a 14 días. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es la presentación más importante de psitacosis humana, no obstante, dado que el diagnóstico suele realizarse solo en casos graves, es probable que la enfermedad esté subdiagnosticada. La detección temprana de la enfermedad es fundamental para mejorar el pronóstico y evitar complicaciones y casos graves, así como también implementar medidas de control para evitar la aparición de nuevos casos. Por esto es de gran importancia en la anamnesis de casos con sintomatología compatible relevar información acerca del antecedente epidemiológico: si poseen o tuvieron contacto con aves. Es de importancia epidemiológica, conocer la procedencia del animal en cuestión, tanto si proviene de un comercio, del tráfico ilegal o fue rescatado de la vía pública. Las aves aparentemente sanas, pueden ser portadoras y actúan como reservorios del agente causal en todo el mundo. El estrés causado durante la captura y/o traslado de las aves, es una de las causas de aumento de la excreción bacteriana, aún en animales asintomáticos. En este sentido, es muy importante evaluar a los animales y relevar el estado nutricional (muchas veces asociado a mala alimentación), cambios en la conducta, características del plumaje, anorexia, pérdida de peso evidente y/u otros signos. Las aves psitácidas (loros, cotorras y guacamayos) son las que se han asociado más frecuentemente con la transmisión de *C. psittaci* a humanos, pero también se ha evidenciado la transmisión zoonótica a partir de palomas, pavos, pollos y patos²².

VII.2. Nota metodológica

El siguiente reporte se realizó con la información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}), registrada en el evento Psitacosis.

Para el presente informe, se consideraron como casos de psitacosis a los confirmados y probables. Se definió como caso confirmado de psitacosis a aquellos que cumplen con uno o más de los siguientes criterios: métodos directos positivos para *Chlamydia psittaci* (PCR o aislamiento), seroconversión o cuadruplicación del título de anticuerpos de clase IgG detectados por inmunofluorescencia, y casos clasificados por el notificador como “confirmado *Chlamydia psittaci*”. Se consideraron casos probables a aquellos que tuvieron resultado positivo de anticuerpos IgG en una sola muestra con un título mayor a 160 y con nexo epidemiológico. Los casos descartados, son aquellos con resultados de laboratorio negativos en las siguientes pruebas: aislamiento y/o PCR específica sobre muestras clínicas y siempre acompañados de ausencia de seroconversión o cuadruplicación de títulos. Los casos sospechosos en los que no se pudo confirmar la infección por métodos directos o presenten una sola muestra estudiada por serología (IgG anti *Chlamydia spp*) con valores inferiores o iguales a 160 y no se ha podido estudiar una segunda muestra de suero para observar la variación del título de anticuerpos, mantienen su clasificación como “Caso sospechoso”.

²² Hogerwerf, L., Roof, I., de Jong, MJK et al. Fuentes animales de transmisión zoonótica de psitacosis: una revisión sistemática. BMC Infect Dis 20, 192 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12879-020-4918-y>

Para la consideración de la semana epidemiológica de ocurrencia de los casos se construyó una variable de fecha mínima, tomando primero la fecha de inicio de síntomas y, en caso de que la misma no se encuentre consignada, la fecha de toma de muestra, la de consulta o la de apertura (notificación del caso al SNVS) en ese orden de prioridad.

Para la situación epidemiológica actual, se analizaron los datos entre la SE01/2025 y la SE43/2025. Estos se compararon con el período comprendido entre SE01/2019 y SE52/2024.

VII.3. Situación epidemiológica 2019-2024

La situación histórica puede encontrarse en el BEN N 741 SE04/2025 disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben-741-se-4-vff.pdf>

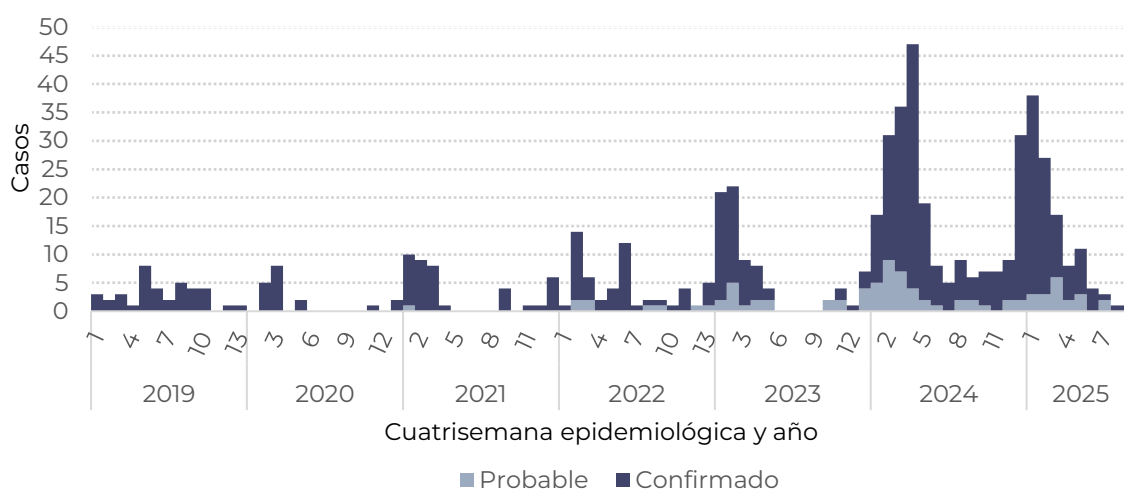
VII.4. Situación epidemiológica actual - SE 1 a SE 43 de 2025

Entre las SE 01 y 43 del año 2025, se realizaron 571 notificaciones de casos sospechosos de psitacosis al SNVS 2.0 de las cuales 93 fueron confirmados y 6²³ se clasificaron como casos probables.

VII.4.A. COMPARACIÓN RESPECTO A PERÍODOS PREVIOS

Considerando el período comprendido entre la SE01/2019 y la SE43/2025, en la curva de casos se observaron, a nivel nacional, aumentos en las primeras semanas epidemiológicas de cada año, los cuales corresponden a los meses más calurosos. El mayor pico se registró en la cuatrisesmana 04/2024 (SE13 a SE16), con 43 confirmados y 1 probable. En 2025 se observó un pico en la cuatrisesmana 01/2025 (SE01 a SE04), con 35 confirmados y sin casos probables. A partir de la cuatrisesmana 02/2025 (SE05 A SE08) se observa un descenso de casos.

Gráfico 1. Psitacosis: Casos según clasificación por cuatrisesmana epidemiológica y año. Argentina. Período 2019-2025 (hasta SE 43). (n=515).

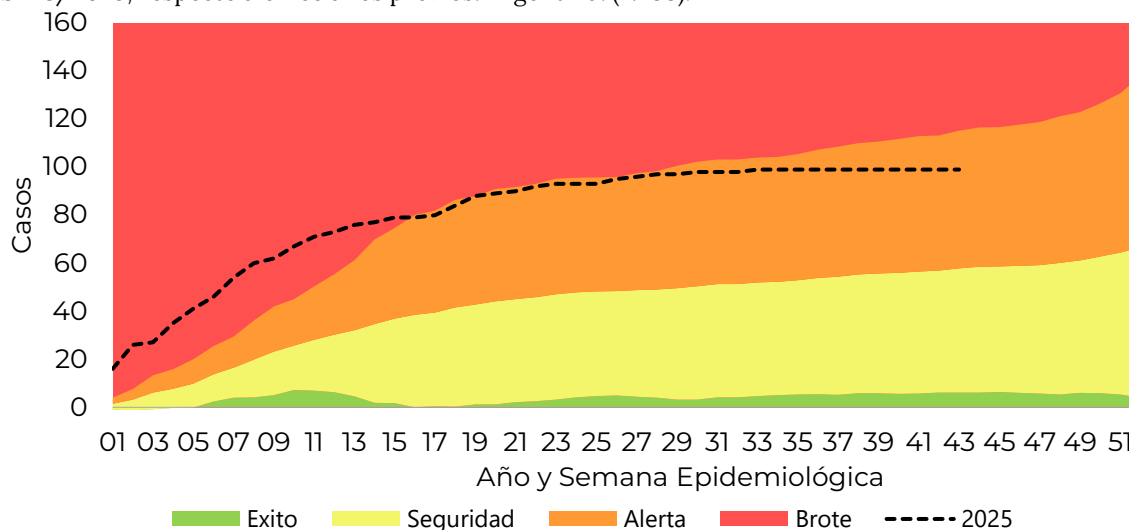


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

²³ El procesamiento del algoritmo de laboratorio fue actualizado respecto al informe anterior, considerando casos probables sólo aquellos que cuentan con antecedente epidemiológico compatible y demostración de título de anticuerpos alto (> 160), en función de esto se reclasificaron a "caso sospechoso" algunos que contaban con nexo epidemiológico y título igual a 160 (=160).

Considerando los casos confirmados y probables desde la SE25/2025, el corredor endémico acumulado indica que desde comienzos del año se encontraron los casos en nivel de brote, pasando al nivel de alerta a partir de SE16/2025.

Gráfico 2. Psitacosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE01/2025 a SE43/2025, respecto a cinco años previos. Argentina. (N=99).



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

VII.4.B. DISTRIBUCIÓN ESPACIAL

Los casos comprendidos entre la SE01/2025 y la SE43/2025 se registraron principalmente en la región Centro (Buenos Aires, CABA, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe), seguida por la región Cuyo (Mendoza, San Juan y San Luis), Sur (La Pampa y Río Negro) y NOA (Salta y Santiago del Estero).

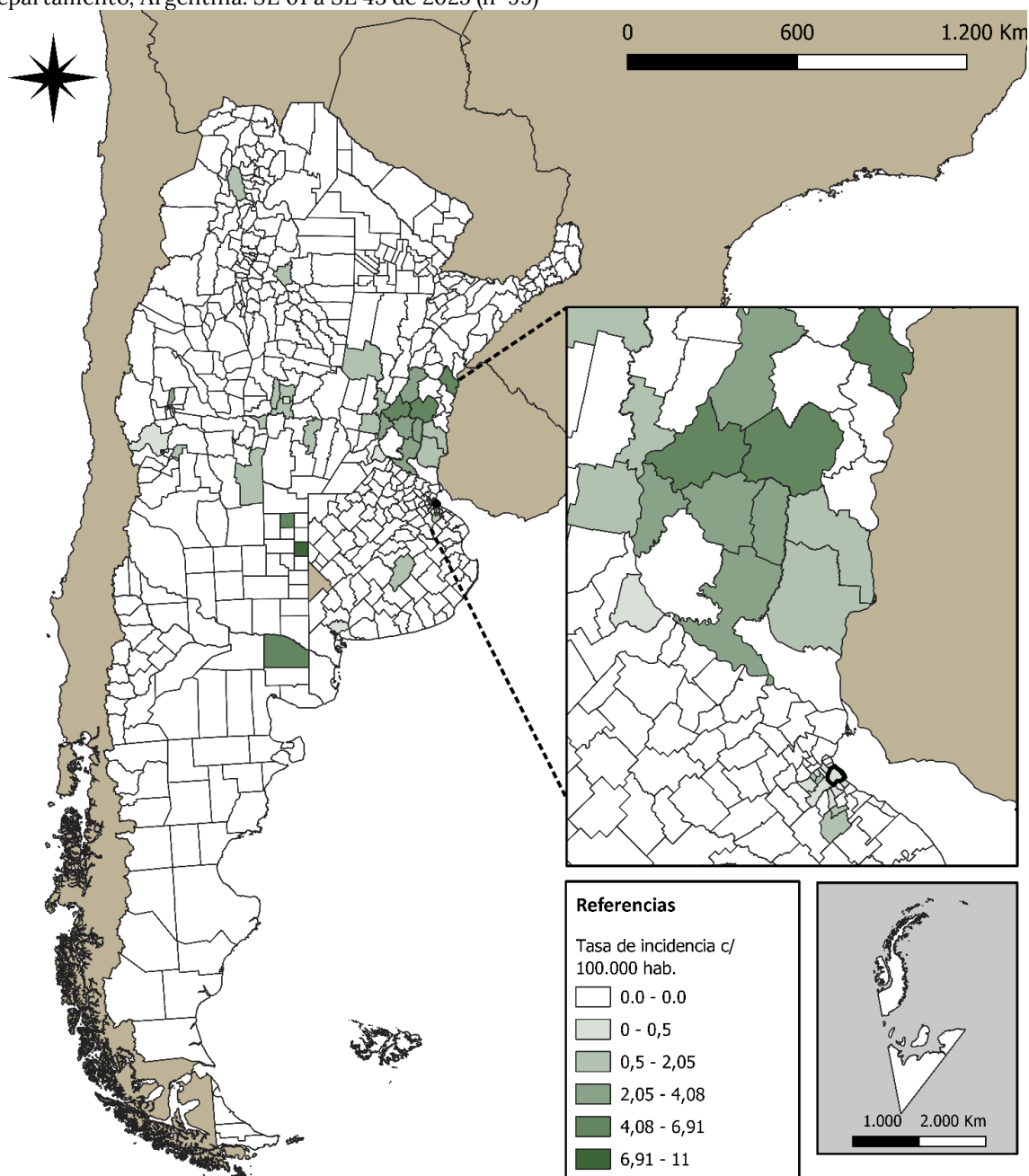
Los departamentos con mayor incidencia cada 100.000 habitantes fueron Quemú Quemú (La Pampa), Pichi Mahuida (Río Negro), Adolfo Alsina (Buenos Aires) y Paraná (Entre Ríos).

Tabla 1. Psitacosis: Casos confirmados y probables y tasa de incidencia por 100.000 habitantes según jurisdicción y región, Argentina. SE 01 a SE 43 de 2024 y SE 01 a SE43 de 2025 (N=308)

Jurisdicción	2024		2025	
	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia
Buenos Aires	99	0,54	23	0,13
CABA	6	0,19	1	0,03
Córdoba	9	0,23	12	0,30
Entre Ríos	57	3,97	42	2,90
Santa Fe	9	0,25	9	0,25
Centro	180	0,59	87	0,29
Mendoza	4	0,19	3	0,14
San Juan	7	0,86	2	0,24
San Luis	5	0,94	1	0,19
Cuyo	16	0,47	6	0,17
Chaco	0	0,00	0	0,00
Corrientes	0	0,00	0	0,00
Formosa	0	0,00	0	0,00
Misiones	0	0,00	0	0,00
NEA	0	0,00	0	0,00
Catamarca	2	0,47	0	0,00
Jujuy	1	0,12	0	0,00
La Rioja	0	0,00	0	0,00
Salta	0	0,00	1	0,07
Santiago del Estero	4	0,39	2	0,19
Tucumán	1	0,06	0	0,00
NOA	8	0,13	3	0,05
Chubut	0	0,00	0	0,00
La Pampa	2	0,54	2	0,54
Neuquén	0	0,00	0	0,00
Río Negro	3	0,38	1	0,13
Santa Cruz	0	0,00	0	0,00
Tierra del Fuego	0	0,00	0	0,00
Sur	5	0,16	3	0,10
Total País	209	0,44	99	0,21

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

Mapa 1. Psitacosis: Tasa de incidencia cada 100.000 habitantes de casos confirmados y probables según departamento, Argentina. SE 01 a SE 43 de 2025 (n=99)

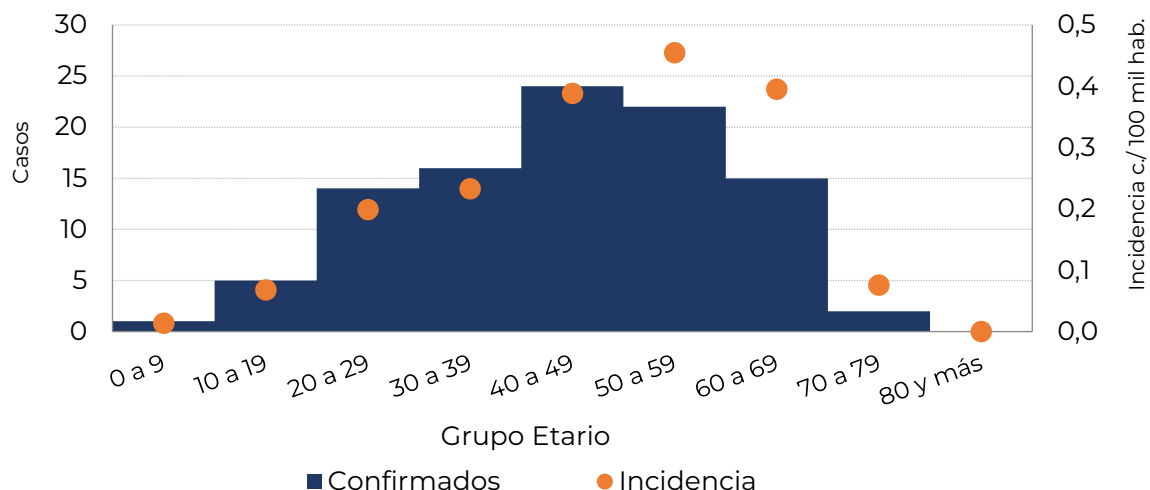


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

VII.4.C. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO

Durante 2025, se notificaron casos entre los 7 y los 73 años, con una mediana de 46 años. El 50,5% (n=50) fueron de sexo masculino.

Gráfico 3. Psitacosis: Casos y tasa de incidencia por 100.000 habitantes según grupo de edad. Argentina, SE 01 a SE 43 de 2025. (N=99)

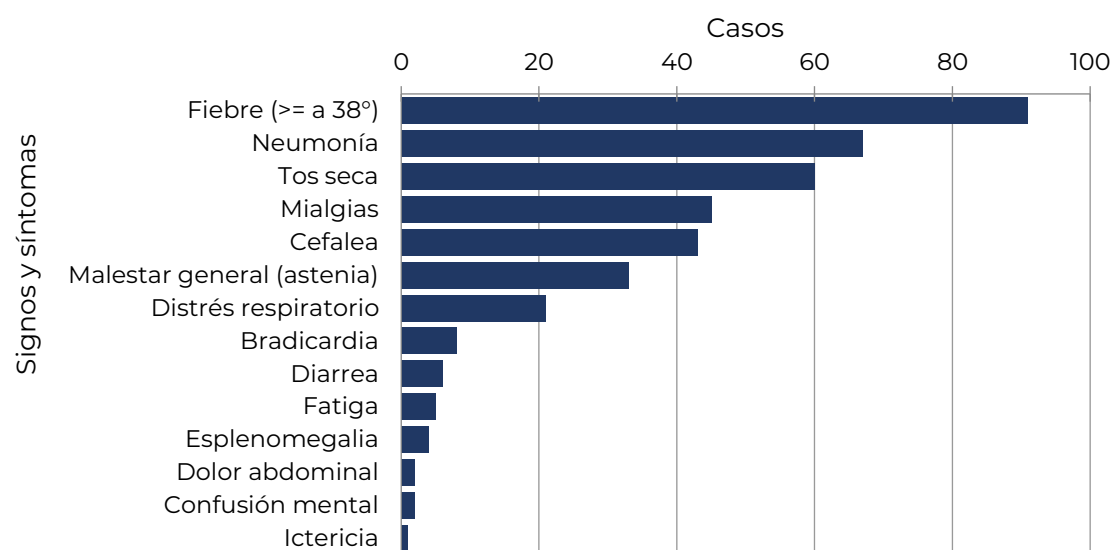


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

VII.4.D. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Al analizar la información clínica de los casos confirmados y probables se observó que, el 92% (n=91) de los casos contaron con los signos y síntomas consignados en el SNVS. De ellos, los más frecuentes fueron: fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (100%), neumonía (74%), tos seca (66%), mialgias (49%), cefalea (47%), malestar general (36%) y distrés respiratorio (23%). Cada caso puede presentar uno o más signos o síntomas.

Gráfico 4. Psitacosis: Signos y síntomas en casos confirmados y probables. Argentina. SE 01 a SE 43 de 2025. (n=91)

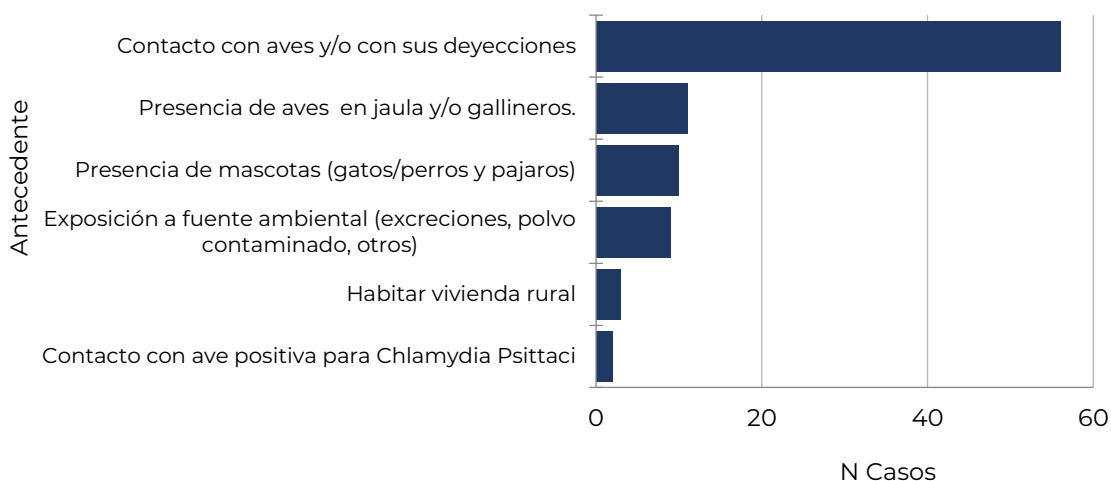


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

VII.4.E. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

El 92% (n=91) de los casos de 2025 presentó información sobre uno o más antecedentes epidemiológicos; el más común fue contacto con aves y/o sus deyecciones (62%), presencia de aves en jaula y/o gallinero (12%), presencia de mascotas (gatos/perros y pájaros) (11%) y exposición a fuente ambiental (excreciones, polvo contaminado, otros) (10%). Cada caso puede presentar uno o más signos o síntomas.

Gráfico 5. Psitacosis: Número de posibles fuentes de infección de los casos. Argentina. SE 01 a SE 43 de 2025. (n=91)

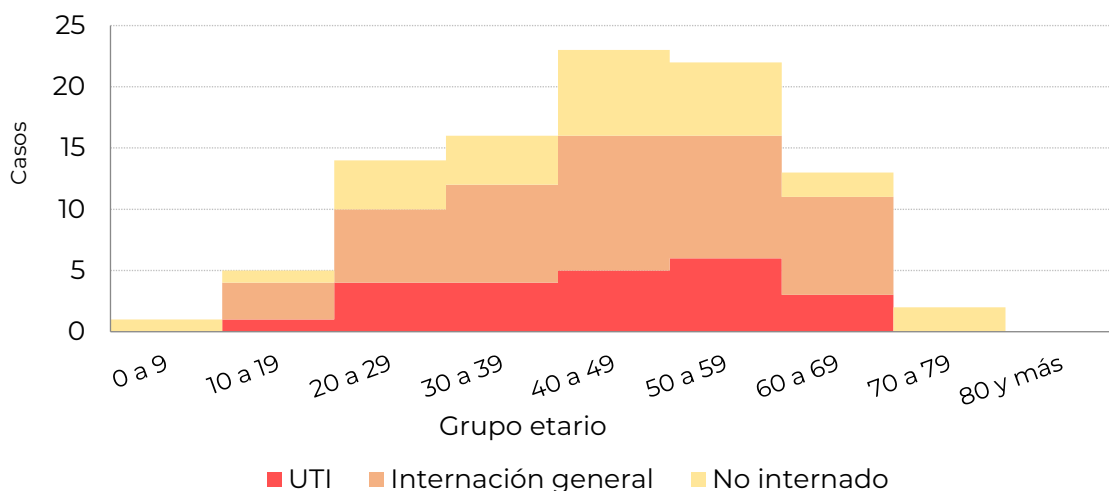


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

VII.4.F. GRAVEDAD Y MORTALIDAD

Se contó con información sobre internación en el 97% (n=96) de los casos de 2025. Entre éstos, el 48% (n=46) requirió internación en sala común, el 24% (n=23) requirió UTI, y el 28% (n=27) no fue internado.

Gráfico 6. Psitacosis: casos según tipo de internación y rango etario. Argentina. SE 01 a SE 43 de 2025. (n=96)



Fuente: Dirección de Epidemiología y Área de Zoonosis DZYCETV a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0

Hasta la SE43/2025, se consignaron tres casos fallecidos, dos provenientes de la provincia de Entre Ríos y uno de la provincia de Mendoza. Se trató de una mujer y dos hombres, entre 19 y 38 años. Dos de las personas fallecidas cuentan con antecedentes de exposición a fuente ambiental o contacto con aves. Una de ellas reside en área periurbana pero no se pudo identificar un antecedente epidemiológico compatible. Los tres casos registran internación en UTI previo al fallecimiento.

VII.5. Laboratorio: tipos de muestra y ensayos para el estudio etiológico

Para la detección del agente patógeno las muestras de utilidad son:

Muestras respiratorias	Internación	Sangre
*HNF (hisopado nasal y faríngeo) o hisopado nasofaríngeo) Recolectado con hisopos flocked y sumergirlos en 1 ml de medio de transporte Universal (UTM). En su defecto colocarlo en un tubo estéril con 3 gotas de solución fisiológica estéril para mantener la humedad.	En piso	Se requiere una muestra remitida en tubo nuevo, seco, sin anticoagulante y estéril. Enviar segunda muestra de sangre tomada con 21 días de diferencia (fase de convalecencia).
ANF (aspirado nasofaríngeo)	En piso/UCI	
Esputo	En piso	
AT (aspirado traqueal)	UCI	
MiniBAL (mini lavado bronco alveolar)	UCI	
LP (líquido pleural)	UCI	
Biopsias de pulmón (sin formol, en tubo con tres gotas de solución fisiológica estéril)	UCI	

*No es la muestra de elección.

Las muestras respiratorias se utilizan para la detección de ADN de *Chlamydia psittaci*:

- PCR Múltiple anidada: (16S rRNA)²⁴
- PCR Múltiple en tiempo real (rtPCR): *C. pneumoniae* (Arg R) y *C. psittaci* (CPSIT_RS01985).

Y como método confirmatorio de *C. psittaci*:

- rt PCR de *C. psittaci* (Cpsitt CDS AEB55237.1)²⁵

²⁴ Messmer TO, Skelton SK, Moroney JF, Daugharty H, Fields BS. Application of a nested, multiplex PCR to psittacosis outbreaks. J Clin Microbiol. 1997 Aug;35(8):2043-6. doi: 10.1128/jcm.35.8.2043-2046.1997. Erratum in: J Clin Microbiol 1998 Jun;36(6):1821. PMID: 9230378; PMCID: PMC229899.

²⁵ Wolff BJ, Gaines A, Conley AB, Norris E, Rishishwar L, Chande AT, Yang E, Diaz MH, Winchell JM. Multiplex Real-time PCR Assay for the Detection of all Chlamydia Species and Simultaneous Differentiation of *C. psittaci* and *C. pneumoniae* in Human Clinical Specimens. Ann Lab Med. 2023 Jul 1;43(4):375-380. doi: 10.3343/alm.2023.43.4.375. Epub 2023 Feb 24. PMID: 36843406; PMCID: PMC9989537.

Para la genotipificación, las muestras positivas detectadas por las metodologías antes mencionadas, son estudiadas mediante la secuenciación génica de un fragmento del dominio variable del gen *ompA* de *C. psittaci*.²⁶

Para los estudios serológicos, se estudian los anticuerpos de clase IgG anti *Chlamydia* spp. Estos estudios requieren muestras de suero de la fase aguda y de la fase convaleciente, por lo que los resultados tienen valor epidemiológico y no para el tratamiento oportuno del paciente. Cabe mencionar que ocurren reacciones cruzadas entre distintas especies de *Chlamydia*.

En cualquier caso, la muestra debe ser remitida al laboratorio de derivación en triple envase de seguridad, refrigerada y acompañada de la ficha epidemiológica con todos los antecedentes clínico-epidemiológicos completos del paciente.

Circuito de muestras

En el caso que se trate de un paciente con neumonía grave con nexo epidemiológico para psitacosis o sin nexo epidemiológico, pero con alta sospecha de neumonía atípica, y en donde la Institución o su Jurisdicción no tenga la posibilidad de realizar las técnicas moleculares y/o serológicas arriba descriptas, puede enviar las muestras al Servicio Bacteriología Clínica - INEI ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” ((Dra. Claudia Lara, Dra. Gabriela Vilar (bacterioclinalmalbran@gmail.com) con su respectiva ficha de derivación (<https://bacteriologiaclinica.jimdofree.com/fichas-de-derivaci%C3%B3n/psitacosis/>))

En el caso que la Institución o Jurisdicción pueda realizar las técnicas diagnósticas moleculares para psitacosis, se solicita que envíen al Servicio de Bacteriología Clínica INEI - ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” el extracto de ADN y un remanente de cada muestra positiva, para realizar el cultivo y la vigilancia genómica de las cepas circulantes en el país.

Finalmente, en cualquier situación, es necesario realizar la notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud de los casos y su derivación, si las muestras son enviadas al INEI - ANLIS - “Dr. Carlos G. Malbrán” o a otro Laboratorio.

VII.6. Notificación del evento clamidiasis aviar

Los veterinarios se encuentran incluidos en la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud (REFEPS) dentro del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (Resolución Ministerial 185/2023) y tienen la responsabilidad de informar a las autoridades sanitarias locales aquellos eventos o enfermedades en animales que se encuentran bajo vigilancia incluidos en la Ley Nacional 15.465/60 para que el Sistema de Salud realice las actividades sanitarias correspondientes a fin de limitar el impacto de las mismas en la población.

VII.6.A. DEFINICIONES DE CASOS

Caso sospechoso: cualquier ave psitácida o no psitácida con signos compatibles²⁷ con la enfermedad ó que esté epidemiológicamente relacionada con un caso humano o animal (confirmado o probable).

²⁶ Sachse, H. Hotzel. Detection and differentiation of *Chlamydiae* by nested PCR. Methods Mol Biol, 216 (2003), pp. 123-136.

²⁷ Enfermedad febril septicémica, letargia, anorexia, plumaje erizado, diarrea, deposiciones amarillentas, descarga óculo-nasal, sinusitis periorbitaria, disnea, deshidratación, emaciación o muerte.

Caso probable: todo caso sospechoso con resultado positivo a una prueba (citología o ELISA o IFD) en las heces, hisopado cloacal, tracto respiratorio y/o exudados oculares.

Caso confirmado: Todo caso probable con 2 pruebas positivas (IFD, test de ELISA, inmunocromatografía (IC)), ó

Caso sospechoso o probable con confirmación por pruebas diagnósticas: mediante métodos moleculares (PCR) y/o aislamiento.

Caso descartado: cualquier ave psitácida o no psitácida con pruebas de laboratorio negativas.

Con el fin de incorporar la vigilancia de clamidiasis aviar en las estrategias de prevención y control, su notificación fue incluida en la actualización 2022 del Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria (páginas 245 y 246)²⁸.

Clamidiasis aviar es un evento nuevo en el SNVS 2.0, por lo que las notificaciones aún no representan la situación epidemiológica del país. Entre la SE1 y la SE43 de 2025, se reportaron 41 casos de clamidiasis aviar, de los cuales 26 fueron confirmados por laboratorio en las jurisdicciones de CABA²⁹ (19) y Buenos Aires (7). La especie cotorra argentina (*Myiopsitta monachus*) fue la que registró mayor notificación.

Es importante que, ante la sospecha de aves con clamidiasis, sobre todo ante el contacto con casos humanos de psitacosis, se tomen las muestras y sean remitidas al Laboratorio para su confirmación o descarte.

VII.6.B. TIPO DE MUESTRA Y ENSAYOS PARA EL ESTUDIO ETIOLÓGICO

Aves vivas: Hisopado cloacal

Debe realizarse hisopado triple mucosa: conjuntiva, orofaringe y cloaca con el mismo hisopo. Los hisopos deben ser de dacron o viscosa (aptos biología molecular). Una vez tomada la muestra colocar el hisopo en un microtubo 1,5 ml libre de ARNasas/nucleasas para biología molecular. El tubo debe contener 500 microlitros de PBS estéril.

Aves muertas: Cadáver entero refrigerado o congelado

La muestra debe ser remitida al laboratorio en triple envase de seguridad, refrigerada y acompañada de la ficha de remisión de muestras con todos los antecedentes clínico-epidemiológicos completos del paciente.

Las muestras se utilizan para la detección de ADN de Familia *Chlamydiaceae* y *Chlamydia psittaci*.

- PCR en tiempo real (gen 23S ARNr): Flia. *Chlamydiaceae*.
- PCR en tiempo real (gen ompA): *Chlamydia psittaci*.

Para la genotipificación, las muestras positivas detectadas por las metodologías antes mencionadas, son estudiadas mediante la secuenciación génica de un fragmento del dominio

²⁸ [Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria](#)

²⁹ Estas notificaciones corresponden en parte a la vigilancia activa que se desarrolla en CABA (barrios vulnerables, bosques de Palermo, reserva ecológica), además de los casos recepcionados por la vigilancia pasiva por contacto con casos humanos de psitacosis.

variable del genoma de *Chlamydia psittaci*.

Circuito de muestras

En el caso que se trate de un ave relacionada a un caso humano en donde la Institución o su Jurisdicción no tenga la posibilidad de realizar las técnicas moleculares arriba descritas, contactarse con el Laboratorio de Clamidiosis Aviar (Sección Serología y Pruebas Biológicas) del Instituto de Zoonosis Luis Pasteur (chlamydiaszp@gmail.com).

VII.7. Medidas de Prevención y Control

VII.7.A. RESPONSABILIDADES DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS, MÉDICOS Y VETERINARIOS

El médico debe considerar la sospecha de psitacosis en pacientes humanos con síntomas respiratorios y debe interrogar siempre el posible antecedente epidemiológico de contacto con aves, y tomar las medidas de prevención y control necesarias, incluyendo la toma de muestra para diagnóstico laboratorio.

Tal cual se mencionó en el apartado anterior, los veterinarios deben considerar clamidiasis aviar en cualquier ave con signología compatible como fiebre, diarrea, conjuntivitis, signos respiratorios (disnea, sinusitis, rales, aerosaculitis, neumonía), pericarditis, deshidratación y poliuria. Las aves se presentan con las plumas descoloridas y desalineadas, letárgicas y anoréxicas. Las deyecciones son verde brillante o amarillentas. También son descritos signos nerviosos centrales, que incluyen convulsiones, temores, parálisis, tortícolis y opistótonos. Especialmente si el ave fue recientemente comprada y/o estuvo sometida a situaciones de estrés. Ante la sospecha, deberá realizar la toma de muestras de laboratorio para confirmar el diagnóstico.

A su vez, cómo se informó anteriormente, los veterinarios deben notificar a las autoridades sanitarias locales sobre la sospecha o confirmación de un ave infectada y también sobre las personas que hayan tenido contacto con las mismas. Además, deben informar a las personas en riesgo sobre el peligro para la salud pública que plantea *C. psittaci* y las precauciones necesarias que se deben tomar para evitar el contagio.

Medidas de prevención y recomendaciones

- No capturar aves silvestres, ni comprarlas en la vía pública.
- Mantener las aves en lugares ventilados y con espacio suficiente, sin hacinarlas.
- Alimentar a las aves correctamente y mantener las jaulas limpias.
- No permanecer largos periodos en habitaciones cerradas donde haya aves.
- No introducir aves recientemente capturadas o compradas sin certificado sanitario en jaulas donde ya hay otras aves.
- En caso de presentarse en personas sintomatología respiratoria habiendo estado en contacto con aves posiblemente enfermas, es preciso dirigirse al centro de salud u hospital más cercano, a fin de realizar la consulta pertinente. Si bien la enfermedad puede ser moderada, a veces puede ser grave en cualquier persona pero especialmente en los adultos mayores que no reciben tratamiento.
- Medidas preventivas para el mantenimiento de aves en cautiverio:
- Limpiar diariamente el piso y toda superficie de la jaula o alrededores en contacto con la materia fecal de las aves. Siempre humedecer previamente con soluciones desinfectantes (2 cucharadas de lavandina diluidas en un litro de agua) para evitar la

producción de aerosoles de las deyecciones resacas. La limpieza de la jaula y manipulación del ave para la administración del tratamiento, deben realizarse utilizando equipos de protección personal: guantes, gafas protectoras y barbijo.

- Evitar todo tipo de estrés en las aves, respetar el espacio vital de cada ave, alimentarlas correctamente y ubicarlas en lugares aireados.
- No permanecer largos períodos en habitaciones cerradas donde haya aves.
- Aislar las aves recién adquiridas por 30-45 días, realizarle un diagnóstico directo o indirecto. Iniciar un tratamiento, antes de agregarlas al grupo.
- En caso de detectar un ave positiva, evitar el contacto con otras aves domésticas y/o silvestres.

En caso de adquirir aves

- Comprar aves en locales habilitados y con asesoramiento veterinario, nunca comprar en la calle a vendedores ambulantes.
- Exigir certificado sanitario firmado por el profesional responsable.
- Pedir comprobante de la compra, dado que en caso de presentarse psitacosis es posible comprobar su procedencia y actuar en el comercio, ya que es probable que existan allí otras aves afectadas.
- Evitar la compra o venta de aves que presenten signos de descarga ocular o nasal, diarrea o estado de adelgazamiento.
- Suministrar alimentos de buena calidad nutricional y realizar enriquecimiento ambiental adecuado para evitar el estrés en aves domésticas.

VII.8. Actualización de Normativa de Vigilancia Epidemiológica

En nuestro país, la psitacosis constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022.

La estrategia de vigilancia de psitacosis en humanos es universal y la modalidad es nominal e inmediata ante la sospecha. La investigación de casos incluye información poblacional sobre los afectados, clínica, laboratorio e investigación epidemiológica.

Por otra parte, para la vigilancia en animales, se incorporó en la última actualización del Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria, realizada en 2022, el evento clamidiasis aviar de modalidad individual inmediata.

A continuación, se presenta la actualización de la norma de vigilancia para el evento Psitacosis, la cual formará parte de la próxima versión del Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria, en proceso de publicación. Su aplicación rige a partir de la publicación del presente Boletín Epidemiológico Nacional.

Evento: Psitacosis; Categoría: Eventos Transmisibles; Grupo: Psitacosis

Notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)							
Grupo/s de Evento/s	Evento (Nomenclatura SNVS 2.0)	¿Qué se vigila en este evento?	Criterio de ingreso a sistema de vigilancia (instancia de obligatoriedad)	Modalidad	Estrategia	Periodicidad	Componentes que participan en la vigilancia
Psitacosis	Psitacosis	Remitirse a la sección "definición y clasificaciones de caso"	Sospecha	Nominal	Universal	Inmediata	Clínico Laboratorio Epidemiológico
Formulario de notificación de brotes							
Configuración de eventos nominales en el SNVS							
Dispara alerta inmediata	SI	Unidad temporal (días)	60	Cierre automático de casos (días)	365		
El caso SOLO se considera notificado cuando está registrado en el Sistema Nacional de Vigilancia							

Código CIE-10

A70 Infección debida a *Chlamydia psittaci*

Descripción del problema de salud pública

La psitacosis es una zoonosis de denuncia obligatoria y que tiene como principal reservorio a las aves. Los síntomas en los seres humanos incluyen fiebre, escalofríos, cefaleas, mialgia y malestar, tos seca, dificultad respiratoria y confusión con o sin síntomas respiratorios. Con menos frecuencia puede observarse neumonía, endocarditis, miocarditis, hepatitis, artritis, conjuntivitis y encefalitis³⁰. Los síntomas ocasionales suelen ser rash no específico, diarrea, vómitos y dolor abdominal.

Se la debe diferenciar de enfermedad pulmonar por Hantavirus, leptospirosis e infección con virus de la influenza aviar y otras influencias, Legionelosis, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* y COVID-19 entre otros.

La enfermedad se manifiesta en casos aislados o en forma de brotes.

La detección y la notificación temprana es fundamental para mejorar el pronóstico de los pacientes y evitar las complicaciones es por esto que es de gran importancia incluir en la

³⁰ Ravichandran K, Anbazhagan S, Karthik K, Angappan M, Dhayananth B. A comprehensive review on avian chlamydiosis: a neglected zoonotic disease. Trop Anim Health Prod. 2021 Jul 27; 53 (4): 414.

anamnesis de casos con sintomatología compatible si poseen o tuvieron contacto con aves. Además, permite evitar el aumento en el número de casos por el bloqueo temprano del brote.

Agente etiológico

Chlamydia psittaci

Modos de transmisión

Principalmente por inhalación de aerosoles contaminados, o por contacto directo con aves infectadas o sus excreciones, secreciones o plumas de éstas. De manera poco frecuente y descrito en al menos un trabajo documentado, por contacto de persona a persona.³¹

Reservorio - Vector

Las aves aparentemente sanas, pueden ser portadoras y actúan como reservorios de *Chlamydia psittaci* en todo el mundo. Es frecuente observar signos clínicos y contagio a humanos desde aves psitácidas (loros, cotorras y guacamayos). Menos frecuente es el contagio a partir de palomas y de aves de corral (gallinas, pollos, patos y gansos).²

La cría intensiva de aves como la de pollo, pato y pavo en la industria, frecuentemente generan brotes o un aumento en el número de contagiados por el hacinamiento y su traslado.² Sin embargo, en Argentina aún no hay datos publicados.²

Período de incubación

El tiempo de incubación de la enfermedad abarca de 5 a 14 días.

Objetivos de la vigilancia

- Identificar de manera oportuna casos sospechosos, lo que permite ejecutar las acciones para la identificación de la fuente que pueda desencadenar un brote.
- Confirmar por laboratorio los casos sospechosos para su tratamiento.
- Monitorear el cumplimiento de tratamiento y seguimiento adecuados de los casos confirmados.
- Posibilitar la difusión, el uso y el análisis de la información de psitacosis relevante en tiempo real en todos los niveles y sectores con responsabilidad en la prevención, detección y control de la enfermedad.
- Facilitar la articulación con los equipos de zoonosis para la realización de acciones de bloqueo del foco.
- Efectuar la caracterización epidemiológica de los casos de psitacosis detectados.
- Identificar grupos poblacionales vulnerables o en situación de riesgo.
- Releva los datos requeridos para la construcción de los diferentes indicadores programáticos: epidemiológicos, operacionales y de respuesta a los esquemas de tratamiento.
- Reconocer las brechas en el acceso al diagnóstico, tratamiento y seguimiento (según metodologías utilizadas).

³¹ Wallensten A, Fredlund H, Runeheggen A. Multiple human-to-human transmission from a severe case of psittacosis, Sweden, January–February 2013. Euro Surveill. 2014 Oct 23; 19 (42): 20937.

Definición y clasificaciones de caso

Caso sospechoso: paciente con fiebre, cefalea, mialgia, tos seca, dificultad respiratoria, confusión, con o sin neumonía, con antecedente epidemiológico de exposición a aves o entornos contaminados con sus excreciones (heces, secreciones respiratorias, otros).*

*Ejemplos de antecedente epidemiológico compatible: en los 14 días previos a iniciar con los síntomas tuvo contacto con aves silvestres, de corral, de compañía; trabajó con aves de corral, desempeñó actividades agrícolas, ganaderas; tuvo una ocupación que implique contacto con aves (veterinario/a, trabajador/a de laboratorios, empleado/a de comercio de mascotas, trabajador/a en un ecoparque); concurrió a criaderos de aves, ferias donde se comercializan aves, plazas o espacios recreativos con presencia de aves. Persona que no tuvo un antecedente claro de contacto con aves pero que haya podido inhalar polvo contaminado con plumas, secreciones o excreciones de aves (ej. jardinería, cortar el césped, trabajador/a de la construcción, trabajador/a de limpieza).

Caso probable de psitacosis: todo caso sospechoso que presente demostración de título alto (>160) de anticuerpos de clase IgG anti *Chlamydia spp.*, por inmunofluorescencia indirecta.

Caso confirmado de psitacosis por identificación del agente etiológico *Chlamydia psittaci*: todo caso con resultado positivo del cultivo y/o de los métodos moleculares que permitan definir especie.

Caso confirmado de psitacosis por criterio clínico-epidemiológico-laboratorial:

todo caso sospechoso que presente seroconversión o cuadruplicación del título de anticuerpos de clase IgG anti *Chlamydia spp.* en par de sueros (21 días de diferencia) por inmunofluorescencia indirecta, o

Todo caso sospechoso o probable que haya tenido contacto reciente (5-14 días previo al inicio de síntomas) con un caso confirmado de *Chlamydia psittaci* (por métodos directos) en aves, humanos o muestra ambiental.

Caso descartado:

Es todo caso sospechoso (por nexo y sintomatología compatible), que muestre resultados de laboratorio negativos en las siguientes pruebas: aislamiento y/o PCR específica sobre muestras clínicas y siempre acompañados de ausencia de seroconversión o cuadruplicación de títulos.

Además, se sugiere tener en cuenta la detección de otro agente en esa misma muestra.

Adicionalmente, en los casos de neumonía aguda grave de la comunidad (NAC), sin diagnóstico microbiológico causal -en el cual se descartó etiología viral o bacteriana por los métodos disponibles- y con ausencia de respuesta terapéutica a las 48 -72 horas de instaurar tratamiento empírico inicial de la NAC que incluya antibióticos betalactámicos y macrólidos también se recomienda realizar los estudios correspondientes para confirmar o descartar psitacosis.

Dado que estos pacientes no tienen un nexo epidemiológico conocido, y que la detección de anticuerpos de clase IgG por inmunofluorescencia no permite identificar la especie en clamidias, se sugiere utilizar aislamiento y/o métodos moleculares específicos para confirmar una infección con *Chlamydia psittaci*.

Para mayor información consultar:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/comunicacion_psitacosis_vf.pdf

Definición de brote

Más de un caso expuestos a la misma fuente en un período de tiempo determinado y en un área definida.

Medidas preventivas

Hacer respetar la reglamentación vigente en aspectos de captura, transporte de aves y comercialización.

Las autoridades locales (municipalidad - zoonosis urbana) deben controlar a los sitios de venta de animales y aviarios relacionados a casos de psitacosis y también a vendedores ambulantes.

-Para aves recién obtenidas realizar cuarentena y testeo para diagnóstico de clamidiasis aviar.

-Advertir a la población sobre el peligro de compra de psitácidos u otras aves que no tengan quimioprofilaxis realizada por un médico veterinario.

-Educación para la salud.

-No capturar aves silvestres y evitar levantar aves del suelo que no puedan volar.

-Se recomienda la adquisición de aves en lugares habilitados para tal fin.

-Las aves deberán estar ubicadas en un lugar ventilado, templado y tranquilo con agua y alimentación abundante y sana. Evitar el hacinamiento de aves en la misma jaula y evitar el contacto del ave positiva con otras aves domésticas o silvestres.

-Desinfección frecuente de jaulas con soluciones de amonio cuaternario en una dilución 5% v/v, (se recomienda evitar el formol al 1%) solución de hipoclorito de sodio al 10% y dejar actuar sobre la superficie a tratar durante 30 segundos, luego cepillarla bajo un chorro de agua corriente y enjuagar).

-Tanto la limpieza de la jaula como la manipulación del ave para la administración del tratamiento deberán hacerse con guantes, gafas protectoras y barbijo. También es recomendable colocar una hoja de papel diario en la bandeja recolectora de heces, rociándola con un desinfectante previamente al reemplazo diario.

Medidas ante casos y contactos

Control del paciente:

- Notificar de forma inmediata el caso sospechoso utilizando la ficha específica.

- Realizar la toma de muestra antes de comenzar el tratamiento para su confirmación por laboratorio.
- Indicar tratamiento según recomendaciones vigentes.
- Realizar la vigilancia clínica del grupo familiar y/o personas expuestas. La utilización de quimioprofilaxis no está recomendada.

Medidas ante brotes

Ante la sospecha de brote de psitacosis:

I) Realizar la toma de muestras para la confirmación de casos sospechosos humanos y animales.

a) Humano: enviar al laboratorio para la confirmación diagnóstica, en condiciones de bioseguridad, una muestra respiratoria más un tubo con sangre entera (coágulo y suero) tomadas con elementos apropiados e indicados por el laboratorio y acompañadas de una planilla epidemiológica. Al mismo tiempo registrar el caso sospechoso en SNVS 2.0 (evento psitacosis).

b) Animal: enviar en condiciones de bioseguridad una muestra de hisopado conjuntival, y de cloaca con hisopos y en recipientes adecuados, con medio de transporte adecuado (SPG o UTM) o el cadáver del ave refrigerada y acompañado de la planilla epidemiológica. Al mismo tiempo registrar el caso sospechoso en SISA (evento Clamidirosis aviar).

II) Impartir el tratamiento antibiótico adecuado a humanos y a las aves.

III) Realizar la desinfección ambiental con hipoclorito de sodio al 10%.

IV) Proceder al bloqueo de la fuente del brote.

V) Poner en práctica todas las medidas de higiene en industrias, así como las medidas existentes para el control de comercialización (importación de aves exóticas o para consumo).

Registro y notificación:

- Todos los casos deben notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud desde la sospecha y en todos los pasos del algoritmo de diagnóstico y evolución clínica.
- Son variables críticas las relacionadas a la identificación de los casos, el sitio posible de exposición (sitio posible de adquisición de la infección) así como los datos clínicos.
- Se debe registrar el nexo epidemiológico en la Sección Epidemiología del SNVS, Factores de riesgo/Vías de transmisión/otros antecedentes de interés y una copia de la ficha de investigación en la sección Documentos.
- En los casos que no se pueda constatar el nexo epidemiológico y la clínica sea compatible con la enfermedad se recomienda la sospecha y derivación de muestras para estudio de psitacosis.
- La ficha de notificación se puede encontrar en el siguiente link:
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ficha-psitacosis.pdf>
- Comunicado neumonías atípicas SE 16/2024:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/comunicacion_pstiacosis_vf.pdf

COMUNICACIONES EPIDEMIOOLÓGICAS

VIII. Circulación de casos confirmados de sarampión por Argentina

VIII.1. Introducción

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

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

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

VIII.2. Situación actual

El 20 de noviembre, el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Uruguay notificó un *clúster* de casos sospechosos de sarampión dentro de la misma familia. Los casos incluyen a tres adultos, 46, 39, 21 años, y un menor de 11 años, todos sin antecedentes de vacunación. Cuentan con viaje reciente a Bolivia, donde participaron en actividades sociales en las ciudades de San Pedro de Pinal y San Julián, en espacios cerrados con alta densidad, donde refieren que se encontraban personas sintomáticas.

Además de esta comunicación oficial por medio de OPS en el CNE, se contactan de manera informal desde Uruguay con la Dirección de Epidemiología para ponernos en conocimiento de los casos y referir que la familia se habría trasladado por tierra por Argentina. A partir de allí, desde las Direcciones de Epidemiología y de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles se comienza la investigación epidemiológica.

Los casos ingresan al país por el cruce de Yacuiba (Tarija, Bolivia)-Salvador Mazza (Salta, Argentina) el 14 de noviembre y salen hacia Uruguay el día 16 por el cruce de Colón (Entre Ríos, Argentina)-Paysandú (Uruguay) donde se dirigen a la localidad de San Javier, Departamento de Río Negro donde residen en una comunidad cerrada.

Los primeros síntomas se registraron desde el 11 al 13 de noviembre, seguida de la aparición de exantema el 15, 16 y 17 de noviembre dependiendo el caso. Los cuatro casos están clínicamente estables, con erupciones cutáneas y síntomas respiratorios persistentes, mientras que otros tres miembros de la familia informan que son asintomáticos. El 19 de noviembre de 2025, se recogieron muestras nasofaríngeas, de orina y de suero donde se le realizan pruebas de IgM/IgG donde se confirman los casos en el Laboratorio de Salud Pública de Uruguay.

El 21 de noviembre, el equipo de respuesta rápida de la Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles inicia la investigación de los casos.

Los casos se desplazaron en dos móviles diferentes hasta la ciudad de Buenos Aires y luego continuaron todos juntos su recorrido en ómnibus hasta la ciudad de Colón, Entre Ríos.

Se pudo identificar la siguiente información referida al itinerario y los móviles en los que realizaron el traslado:

- “Autobuses Quirquincho S.R.L”, con origen en Santa Cruz de las Sierras, Bolivia el día jueves 13 de noviembre y llegada a la terminal de Ómnibus de Retiro, CABA, el día 15 de noviembre a las 13 hs.

En el recorrido se pudo identificar que se realizaron 3 paradas técnicas en los siguientes lugares:

1. Parador Mosconi, en la provincia de Salta, el 14/11/25 donde realizaron un almuerzo.
 2. Parador Rosario de la Frontera, en la provincia de Santiago del Estero, donde realizaron una cena el 14/11/25.
 3. Parador San Nicolás, en la provincia de Buenos Aires, el 15/11/25 por la mañana. Los viajeros involucrados descendieron en la estación de ómnibus de Liniers, el día 15 de noviembre de 2025 a las 12:30hs. El recorrido de la empresa finalizó en la terminal de ómnibus de Retiro.
- Empresa “Balut Hermanos S.R.L”, con origen en la terminal de ómnibus de Salvador Mazza, Salta el día 14 de noviembre de 2025 a las 11:45hs, con destino a la terminal de ómnibus de Retiro, CABA a las 19:43hs del día 15 de noviembre de 2025.

En el recorrido de la empresa se pudieron identificar 2 paradas técnicas en los siguientes lugares:

1. Parador en Pintos, en la provincia de Santiago del Estero, la mañana del 15 de noviembre de 2025.
2. Parador en Totoras, en la provincia de Santa Fé, al mediodía del 15 de noviembre de 2025.

Además, se identificaron los siguientes puntos de ascenso y descenso de pasajeros en el recorrido:

- En la provincia de Jujuy: Terminal Salvador Mazza, Terminal de Tartagal, Terminal de Orán, Yuto, Caimancito Pueblo, Calilegua Pueblo, Terminal Libertador General San Martín, Fraile Pintado, Chalicán Pueblo, Terminal San Pedro de Jujuy, Terminal San Salvador de Jujuy, Terminal de Palpalá, terminal de Perico.
- En la provincia de Salta las terminales General Güemes y Metán.
- En la provincia de Tucumán: terminal de la ciudad de San Miguel de Tucumán.
- En la provincia de Santiago del Estero: Terminal Termas de Río Hondo, Terminal de Santiago del Estero, Parador Pinto.
- En la provincia de Santa Fe: Terminal de Rafaela, Terminal de Rosario.
- En provincia de Buenos Aires: parada en San Pedro, Terminal de Campana, parada en ruta sobre Escobar, Terminal El Motivo en Pacheco. En Ciudad de Buenos Aires: Terminal de Liniers, Terminal Dellepiane, Terminal Retiro.

- Empresa “San José S.R.L” con origen en la Terminal de ómnibus de la Retiro, CABA, a las 21:40hs del día 15 de noviembre de 2025, con destino a la ciudad de Federación, Entre Ríos, el día 16 de noviembre de 2025.

En el recorrido de la empresa se identifican los siguientes puntos de ascenso y descenso de pasajeros en las siguientes localidades:

- ✓ Galeguaychú
- ✓ Concepción del Uruguay
- ✓ Colón
- ✓ Concordia
- ✓ Federación

Toda persona que haya estado en cualquiera de estos recorridos, independientemente del asiento donde estuvo sentado o la cantidad de tiempo que haya circulado en cualquiera de los micros debe estar alerta a la aparición de síntomas (fiebre alta, manchas rojas en la piel, secreción nasal, conjuntivitis y tos) y concurrir con barbijo a un establecimiento de salud aclarando ser un contacto de caso confirmado de sarampión.

De no contar con el esquema de vacunación antisarampionosa completo deberá recibir las dosis correspondientes.

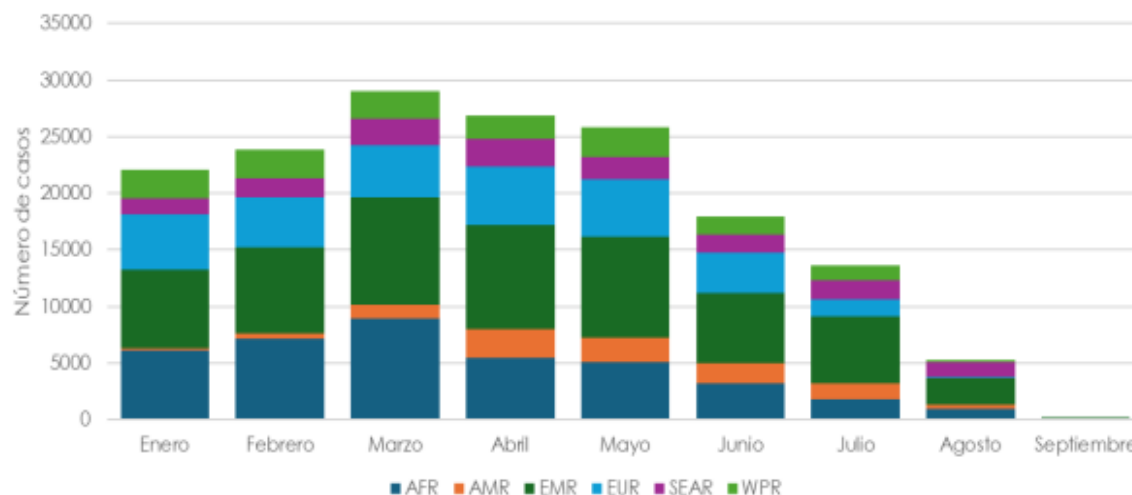
Los equipos del Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con las direcciones de Epidemiología de las jurisdicciones y los Programas Ampliados de Inmunizaciones continúan con la investigación epidemiológica incluyendo los datos de contactos potencialmente expuestos de acuerdo a los itinerarios de los casos detectados y además las acciones de control de foco correspondientes.

VIII.3. Situación epidemiológica mundial y regional

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

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

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



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

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

De acuerdo con la información disponible en los casos confirmados (n= 11.248), el grupo de edad con la mayor proporción de casos corresponde al de 10-19 años (22%), seguido por el grupo de 20-29 años (19%) y el grupo de 1-4 años (17%). No obstante, la tasa de incidencia es mayor en menores de un año (6,6 casos por 100,000 habitantes), seguido del grupo de 1 a 4 años (3,6 casos por 100,000 habitantes) y de 5 a 9 años (2,1 casos por 100,000 habitantes) (14). Con relación al antecedente de vacunación, el 71% de los casos no estaban vacunados y en el 18% dicha información era desconocida o ausente. Según la fuente de infección, el 71% de los casos fueron clasificados como asociados a importación, y el 16% como importados.

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



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

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

VIII.4. Situación epidemiológica y antecedentes en Argentina

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

En enero de 2024 se confirmó un caso en un niño de 19 meses no vacunado en Salta, donde no se identificó la fuente por lo que el caso se clasificó como fuente de origen desconocido. No se presentaron casos secundarios. En febrero de 2024, se notificaron dos casos de sarampión importados en un niño de 6 años y su hermano de 13 meses, residentes en Barcelona (España), sin vacunación.

En octubre del 2024, se notificaron en la Provincia de Río Negro 11 casos confirmados con infección aguda por sarampión mediante la detección de anticuerpos IgM en el Laboratorio de Referencia provincial. Los casos confirmados ocurrieron en una comunidad cerrada de la localidad de Lamarque. Se trató de un brote relacionado a la importación en personas no vacunadas.

En el 2025, hasta la SE 26, se confirmaron 35 casos en su mayoría relacionados a un caso importado identificado en enero en CABA que se extendió al AMBA. Los virus detectados pertenecen al genotipo B3 y se les fue asignado el DSID 9240. En la SE11, se detectó un caso con antecedente de viaje a Tailandia en un paciente residente de AMBA en el cual el virus identificado fue genotipo D8 linaje MVs/Patan.IND/16.9 (DSID 5963), lo que permitió poder clasificarlo como un caso importado. En la SE 17 se detectó un caso en la provincia de San Luis con antecedente de viaje a Chihuahua, México, identificándose el genotipo D8, linaje MVs/Ontario.CAN/47.24 (DSID 9171) coincidiendo con los brotes actuales de ese país. En las SE 20 y 21 se confirmaron 2 casos importados procedentes de Inglaterra que pertenecieron al genotipo B3, linaje MVs/Quetta.PAK/44.20 (DSID 6418).

VIII.5. Recomendaciones para los equipos de salud

VIII.5.A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Los casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) constituyen eventos de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022 del Ministerio de Salud de la

Nación que actualiza las normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria³².

Definición y clasificación de caso:

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

Notificación:

Todo caso sospechoso de EFE deberá notificarse de forma inmediata al Sistema Nacional de vigilancia de la Salud (SNVS2.0)³³ al grupo de eventos Enfermedad Febril Exantemática, con datos completos tanto de identificación, clínicos y por laboratorio.

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

Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:

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

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

VIII.6. Medidas de prevención

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

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

³² Disponible en

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

³³ Para consultas sobre cómo obtener permisos y capacitación para operar en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, comunicarse con la autoridad epidemiológica de la jurisdicción o por correo electrónico a epidemiologia@msal.gov.ar

Recomendaciones para residentes en Argentina que viajen al exterior:

- Niños menores de 6 meses: Aplazar y/o reprogramar el viaje. La vacuna está contraindicada en este grupo etario, considerado el de mayor vulnerabilidad.
- Niños de 6 a 11 meses: Aplazar y/o reprogramar el viaje. En caso de ser imposible, deben recibir una dosis de vacuna doble viral o triple viral (“dosis cero”). Esta dosis es adicional y no debe ser considerada parte del esquema regular de vacunación del CNV.
- Niños de 12 meses: Deben recibir la primera dosis correspondiente al CNV con vacuna triple viral.
- Niños de 13 meses a 4 años inclusive: Deben acreditar al menos dos dosis de vacuna con componente contra el sarampión. La primera correspondiente al año de vida y la segunda correspondiente a dosis extra con doble o triple viral. Niños de 5 años: Deben recibir la segunda dosis correspondiente al CNV con vacuna triple viral. y Mayores de 5 años, adolescentes y adultos: Deben acreditar dos dosis de vacuna con componente contra el sarampión (doble o triple viral) aplicadas después del año de vida o demostrar inmunidad mediante serología IgG positiva.
- Embarazadas: Pueden viajar si acreditan dos dosis de vacuna con componente antisarampionoso (doble o triple viral) aplicadas después del año de vida o demostrar inmunidad mediante serología IgG positiva. Se desaconseja viajar a las embarazadas sin antecedentes comprobables de vacunación o sin anticuerpos contra el sarampión.

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

VIII.7. Medidas ante casos y contactos**VIII.7.A. MEDIDAS ANTE UN CASO SOSPECHOSO**

- Instaurar medidas de aislamiento respiratorio: uso de barbijo para la persona con signo-sintomatología y para acompañantes para la circulación y atención dentro de la institución.
- Informar inmediata y fehacientemente a la autoridad sanitaria por el medio disponible ante la sola sospecha clínica de caso y sin esperar resultados de laboratorio.
- Confeccionar la ficha de investigación epidemiológica y reportar los datos de la misma en el SNVS^{2.0}, evento “Enfermedad Febril Exantemática”.
- Recolectar muestras para el diagnóstico etiológico: tomar siempre muestra de sangre; además, tomar muestra de orina hasta 14 días posteriores a la aparición de exantema (preferentemente hasta el día 7) y/o hisopado o aspirado nasofaríngeo (HNF o ANF) hasta 7 días posteriores. Las muestras de HNF deben ser tomadas con hisopo de nylon, dacrón o poliéster y se deben colocar en tubo con 2 ml de medio de transporte viral o en su defecto solución fisiológica. Las muestras se deben conservar refrigeradas hasta su derivación, que debe realizarse dentro de las 48hs posteriores a la toma.

- Disponer el aislamiento respiratorio del paciente hasta los 7 días siguientes del inicio del exantema para evitar contagios. Evitar circular en transportes públicos ni dentro de las instituciones.
- Tomar teléfono celular de contacto y explicar a la persona adulta responsable o paciente que será contactado por el sistema de salud para seguimiento de ser necesario y que puede ser requerida la obtención de nuevas muestras confirmatorias.

VIII.7.B. MEDIDAS EN LOS CONTACTOS

- Hacer búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación).
- Vacunación de contactos dentro de las 48hs de identificado el caso a quienes no cumplan con las indicaciones de vacunación del calendario de vacunación.
- Ante la confirmación de un caso: todos los contactos de 6 a 12 meses de edad deberán recibir una dosis de vacuna triple viral. Desde los 13 meses en adelante (excepto personas adultas nacidas antes de 1965), asegurar dos dosis de vacuna con componente antisarampionoso. La inmunoglobulina de pool está indicada dentro de los 6 días del contacto con casos confirmados de sarampión en personas severamente inmunodeprimidas (independientemente del antecedente de vacunación), personas gestantes sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y menores de 6 meses. La aplicación de inmunoglobulina es intramuscular y la dosis recomendada es de 0.25 ml/kg en población general y 0.5 mL/kg en inmunosuprimidos (dosis máxima 15mL).
- Búsqueda de la fuente de infección: Se buscará todo posible contacto con un caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar posibles situaciones o lugares de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.
- Localización y seguimiento de los contactos: Personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con vínculo epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola). Realizar el seguimiento de los potenciales susceptibles hasta 21 días después del inicio del exantema del caso.

VIII.7.C. MEDIDAS ANTE BROTES

- Las acciones de control de brote se deben realizar dentro de las primeras 48 hs, ante todo caso sospechoso sin esperar la confirmación diagnóstica.
- Todas las instituciones tanto públicas como privadas, deben notificar al SNVS 2.0 dentro de las 24 hs.

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

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

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

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

Ficha de recolección de notificación e investigación epidemiológica:

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

ALERTAS
EPIDEMIOOLÓGICAS
INTERNACIONALES

IX. Introducción

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

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

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

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

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

X. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión

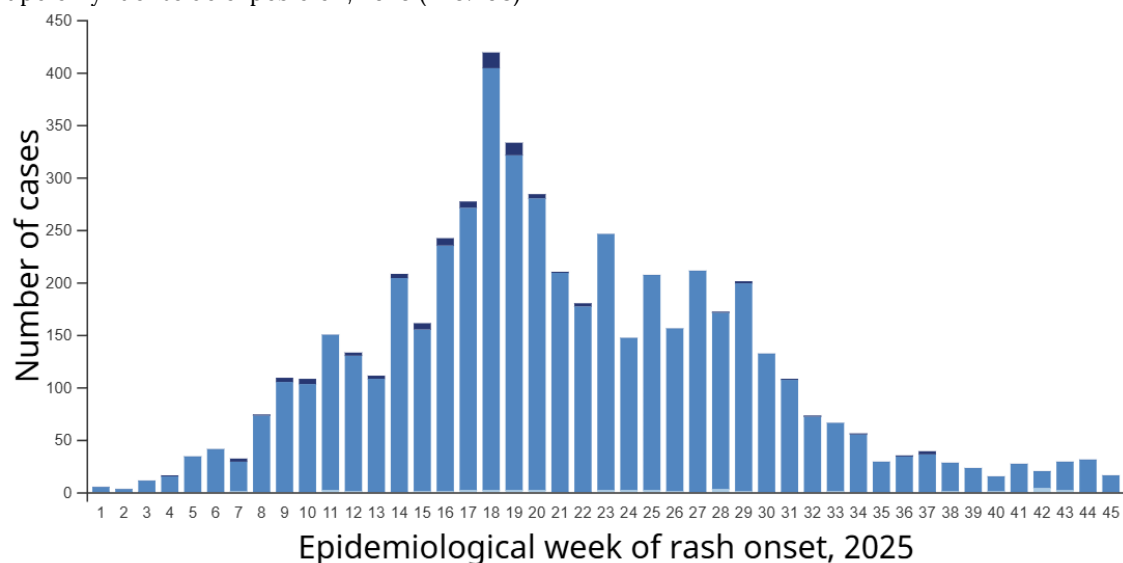
X.1. Canadá³⁴

En 2025, se han notificado un total de 5.208 casos de sarampión (4.843 confirmados, 365 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 8 de noviembre de 2025.

En la semana 45 (del 26 al 8 de noviembre de 2025), se notificaron 46 nuevos casos de sarampión (43 confirmados y 3 probables) en 4 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba y Ontario).

³⁴ <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=5.208)



X.2. Estados Unidos de América³⁵

Al 18 de noviembre de 2025, se notificaron un total de 1.753 casos confirmados de sarampión. De ellos, 1.730 casos han sido confirmados en 43 jurisdicciones: Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nevada, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming.

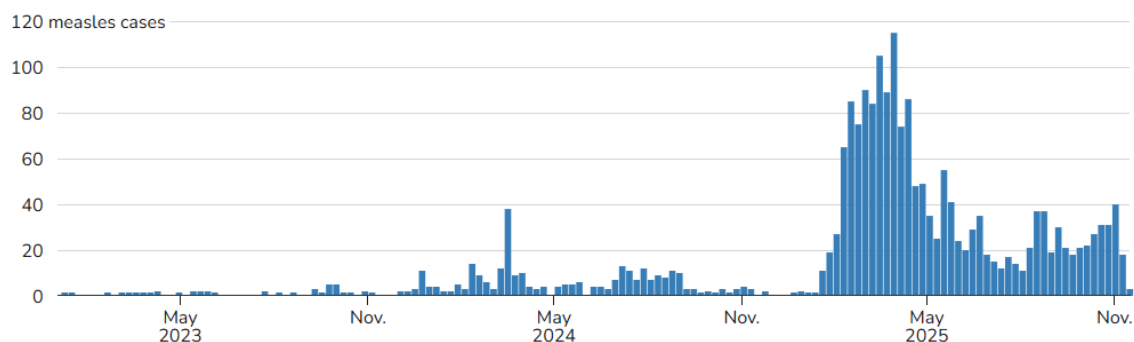
Un total de 23 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

En 2025 se han notificado 45 brotes, y el 87% de los casos confirmados (1.530 de 1.723) 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.

³⁵ <https://www.cdc.gov/measles/data-research/>

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2023-2025 (hasta 18/11/25).

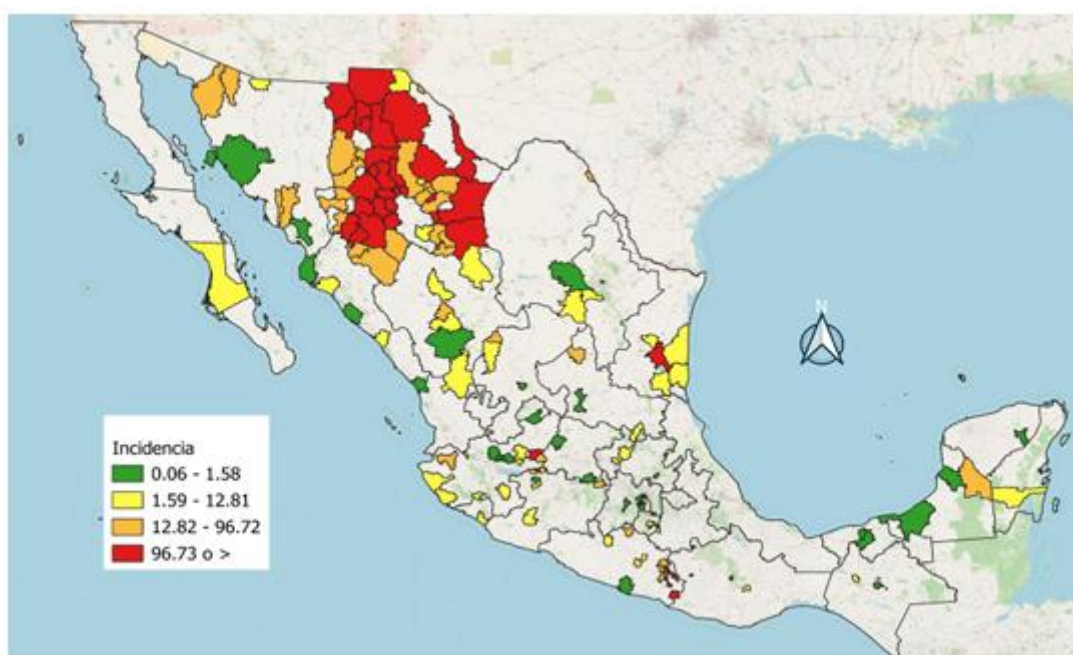


X.3. México³

Al 19 de noviembre, se han reportado 5.299 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 07 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 27 estados y 150 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 23 fallecimientos.

Mapa 1. Casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios de residencia, 19 de noviembre de 2025, México.



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

X.4. Paraguay³⁶

El 14 de noviembre de 2025, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay publicó una actualización epidemiológica sobre el sarampión con información hasta la semana epidemiológica 46 de 2025, que indicaba un total de 49 casos confirmados de sarampión, de los cuales ocho requirieron hospitalización, todos ellos correspondientes al genotipo D8. Entre los casos, el 61 % (30/49) eran mujeres, con edades comprendidas entre los 3 meses y los 54 años, principalmente en el grupo de edad de 1 a 4 años.

No se han registrado fallecimientos.

³⁶ <https://dgvs.mspbs.gov.py/sarampion/>

X.5. Informe de Evaluación de Amenaza: Evaluación del riesgo de influenza para la UE/EEE en el contexto del aumento de la circulación del subclado K de A(H3N2)

Los virus respiratorios que están circulando —incluidos los virus de la influenza, el SARS-CoV-2 y el VSR— generan presión sobre los sistemas de salud durante el invierno en la UE/AEE (Unión Europea / Área Económica Europea). En una temporada típica, la influenza causa una morbilidad considerable en la población europea, con hasta 50 millones de casos sintomáticos y entre 15 000 y 70 000 muertes anuales. Todos los grupos etarios se ven afectados, aunque las niñas y los niños presentan tasas más altas de enfermedad y suelen ser los primeros en enfermarse y transmitir el virus en sus hogares, lo cual impulsa la transmisión comunitaria. Se estima que hasta el 20% de la población contrae influenza cada año. Esto provoca ausentismo escolar y laboral, y un impacto significativo en los sistemas de salud. El impacto es mayor en entornos cerrados, como los establecimientos de cuidados de larga estancia (LTCFs), donde los brotes de influenza estacional pueden provocar una elevada morbilidad y mortalidad.

El ECDC decidió evaluar el riesgo de influenza para la UE/AEE en el contexto de una circulación temprana de la influenza estacional en la región y la reciente aparición del subclado K del virus A(H3N2), que circula globalmente. El objetivo es aumentar la conciencia sobre las posibles implicancias y brindar recomendaciones a las autoridades de salud pública. Sin embargo, persiste una considerable incertidumbre respecto del posible impacto en salud pública de este subclado durante la temporada de influenza.

Situación epidemiológica

En comparación con años anteriores, la influenza está aumentando de forma inusualmente temprana en la UE/AEE, con A(H3N2) impulsando los incrementos en las últimas semanas. Esta situación refleja los eventos recientemente notificados por otros países del hemisferio norte.

El subclado K de A(H3N2) (antes J.2.4.1), recientemente emergido, se ha detectado ahora en todos los continentes y representa un tercio de todas las secuencias de A(H3N2) cargadas en la Iniciativa Global para el Intercambio de Datos de Influenza (GISAID) entre mayo y noviembre de 2025 a nivel mundial, y casi la mitad en la UE/EEE. El análisis filogenético muestra una divergencia significativa del subclado K respecto de la cepa vacunal A(H3N2) del hemisferio norte. Los análisis antigénicos y serológicos *in vitro* también sugieren una falta de concordancia entre la vacuna y este nuevo subclado. Actualmente, los datos de efectividad vacunal en el mundo real son limitados.

A(H3N2) no ha sido el virus dominante en las últimas temporadas, lo que podría generar una menor inmunidad en poblaciones sin exposiciones recientes, aunque los datos serológicos aún no están disponibles para evaluar esto con mayor detalle. Los países del este de Asia, que ahora informan la disminución de las epidemias por A(H3N2), no han experimentado una gravedad inusualmente elevada de la enfermedad, y los análisis filogenéticos sugieren que las cepas del subclado K de A(H3N2) circulantes en esos países no difieren de las presentes en la UE/EEE.

Aun si un virus A(H3N2) menos compatible con la vacuna llegara a predominar este invierno, se espera que la vacuna continúe brindando protección contra la enfermedad grave, por lo que sigue siendo una herramienta esencial de salud pública.

Fuente: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-assessing-risk-influenza-november-2025>

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

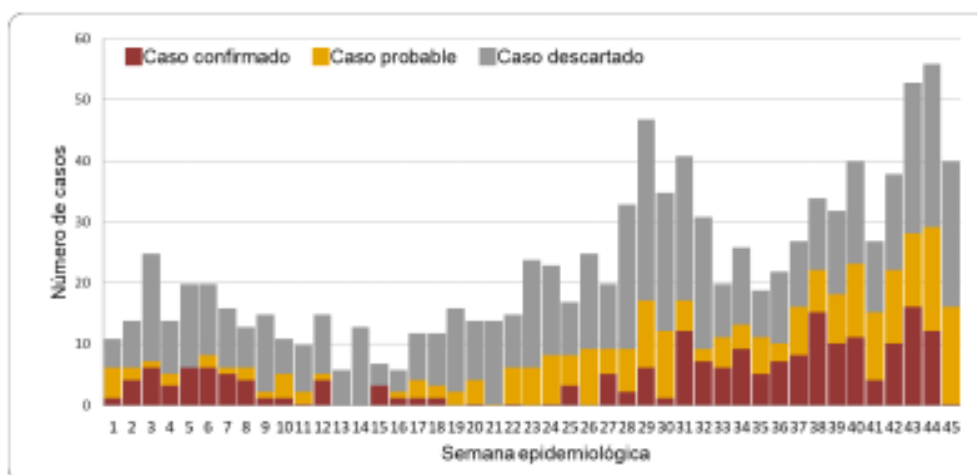
XI. Boletines Jurisdiccionales

XI.1. Buenos Aires: Sarampión

Hasta la SE 45 de 2025 se notificaron 984 casos sospechosos de coqueluche: 235 fueron confirmados, 234 probables y 515 descartados.



Casos notificados por semana epidemiológica según clasificación. SE 1 a 45 de 2025. n=984



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

Para más información:

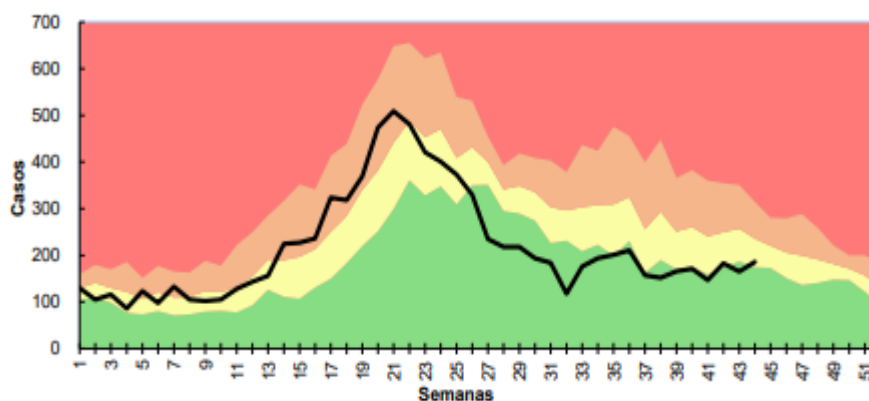
<https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2025>

XI.2. Salta: Bronquiolitis

Las notificaciones de Bronquiolitis aumentaron con respecto a la semana anterior, el corredor endémico ingresa a zona de seguridad. En la SE 44 se notificaron 187 casos de Bronquiolitis.



Corredor endémico semanal de Bronquiolitis en menores de 2 años años: 2018 a 2024. Se 44 de 2025. Provincia de Salta. (n=9.494*)



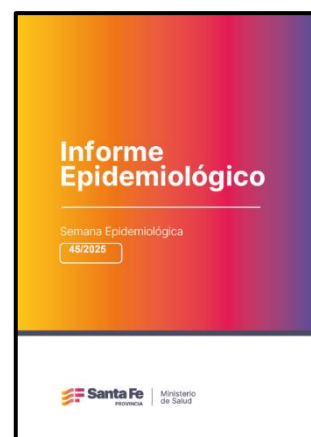
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este gráfico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante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

Para más información:

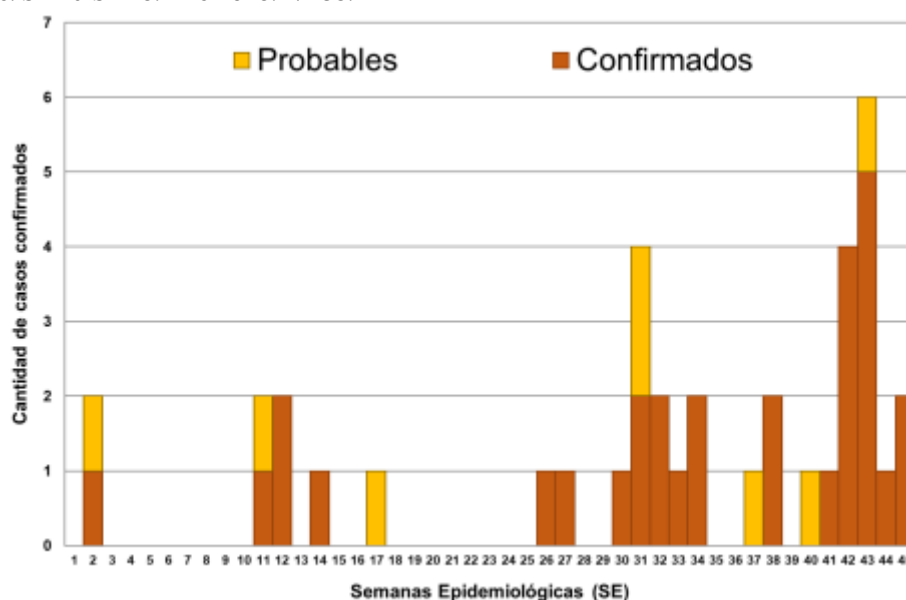
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

XI.3. Santa Fe: Coqueluche

En la Provincia de Santa Fe entre la SE 1 y 45 de 2025, se notificaron un total de 207 casos al evento de Coqueluche, de los cuales 30 se confirmaron y 8 se clasificaron como probables. De los 30 casos confirmados, 24 casos corresponden al departamento Rosario, 4 casos al departamento La Capital, un caso al departamento General López y un caso al departamento Caseros.



Distribución de casos confirmados (n= 30) y probables (n= 8) según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 45. Año 2025. N= 38.



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

Para más información:

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

XI.4. Tierra del Fuego: Enfermedades respiratorias

Hasta la SE 45 se notificaron 3918 casos de enfermedades respiratorias en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2024, se observa una disminución del 4,4% de los casos registrados, a nivel provincial.



Respiratorias agrupadas, año 2024 y 2025.

	SE 45 / Año 2024	SE 45 / Año 2025	% Variación interanual
Río Grande	2072	1657	↓ -20.0
Tolhuin	684	645	↓ -5.7
Ushuaia	1343	1616	↑ 20.3
Tierra del Fuego	4099	3918	↓ -4.4

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

Para más información:

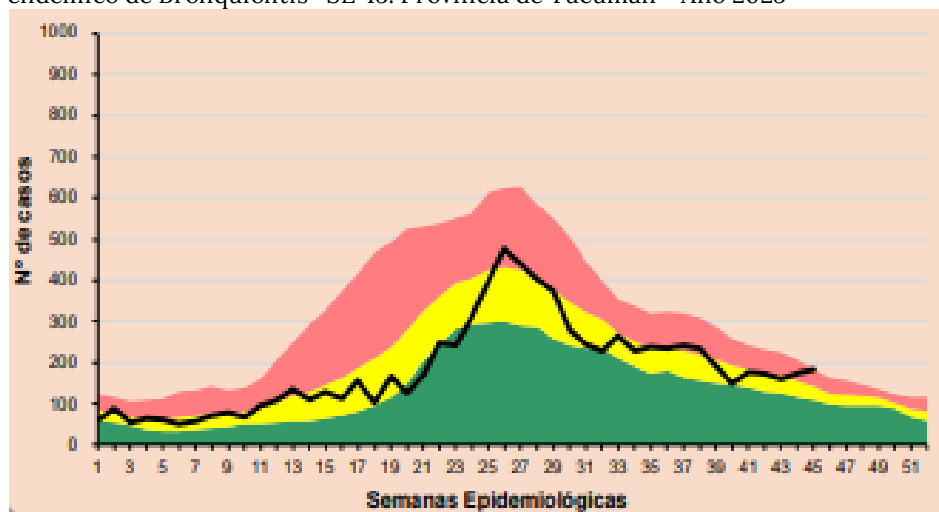
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/boletines-provinciales/>

XI.5. Tucumán: Bronquiolitis

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 45 se notificaron 184 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis- SE 45. Provincia de Tucumán - Año 2025



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en noviembre del corriente año, en el marco de su adecuación al Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria.

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

Para consultar cambios que se hayan realizado en 2024 remitirse al siguiente documento:

[Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nro 737](#)

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
Noviembre	“Vigilancia genómica de Varicela” se modifica por “Vigilancia de Varicela por laboratorio”			
	Otras enfermedades invasivas (bacterianas y otras)	Laboratorio	Resultados	Se adiciona: "Yersinia enterocolítica"
	Sospecha de brote de ETA, o por agua o ruta fecal-oral	Laboratorio	Resultados	Sapovirus (genogrupos I II IV V)

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



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

Modalidad: Virtual Autoadministrada
Plataforma Virtual de Salud



Disponible
del 2/9 al 10/12 de 2025

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

INSCRIPCIONES EN:



Consultas: cursos.direpizacion@gmail.com

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

Duración: 30 horas

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