



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Nº 784

Semana epidemiológica 47
AÑO 2025
Desde 16/11 al 22/11
Fecha de publicación
1/12/2025

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.

Infecciones Respiratorias

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

Dengue y otros Arbovirosis

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

El Servicio Meteorológico Nacional.

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

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, Díaz 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, Jaskowicz 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 Wainziger Tamara.

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

Agradecimientos

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

Imagen de tapa

La vacunación es un método efectivo para prevenir enfermedades. Foto tomada desde el banco de recursos del Ministerio de Salud de la Nación.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°784, SE 47.

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

Este BEN 784, correspondiente a la Semana Epidemiológica 47, presenta los análisis habituales del boletín, junto con las actualizaciones epidemiológicas más relevantes del período. Se incluyen las tablas de eventos de notificación obligatoria seleccionados, acompañadas de su nota metodológica y de la interpretación cromática que especifica la lectura comparada entre semanas y años.

En el apartado de vigilancia de infecciones respiratorias agudas se desarrolla la situación regional de influenza y otros virus priorizados, la síntesis nacional de los diferentes subsistemas de vigilancia y el análisis detallado de la vigilancia centinela, tanto en unidades ambulatorias como en UC-IRAG.

El capítulo de arbovirus incorpora la actualización del escenario nacional esperado para dengue en la temporada 2025–2026, con su base metodológica y la información correspondiente al inicio de la nueva temporada, junto con la situación de otros virus como chikungunya.

Entre las situaciones emergentes, esta edición incluye el informe actualizado de coqueluche, con la revisión de la situación internacional, el análisis reciente en Argentina, las coberturas de vacunación y los patrones por edad y gravedad, además de las recomendaciones para los equipos del primer nivel de atención. También se presenta la actualización periódica de Mpox y un panorama de alertas epidemiológicas internacionales, que abarca sarampión, difteria e influenza aviar A(H5N1).

Finalmente, se destacan los boletines jurisdiccionales publicados en las últimas semanas y se incorporan herramientas para fortalecer la vigilancia, como las modificaciones recientes de codificaciones en el SNVS 2.0 y los recursos actualizados para la implementación de salas de situación de salud.

Contenido

I. Editorial BEN 780	5
II. Sobre este BEN	6
TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS	9
III. Tablas de ENO seleccionados	10
III.1. Nota metodológica	10
III.1.A. Sobre la construcción de las tablas	10
III.1.B. Notas adicionales a tener en cuenta	11
III.2. Eventos nominales confirmados	11
III.3. Eventos nominales notificados y confirmados	13
III.4. Nota general sobre la interpretación cromática en las tablas	14
III.5. Eventos agrupados clínicos	14
III.6. Eventos agrupados laboratoriales	16
III.6.A. Sobre la construcción de esta tabla	16
EVENTOS PRIORIZADOS	17
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	18
IV.1. Nota Metodológica	18
IV.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	18
IV.3. Síntesis de la información nacional destacada	18
IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados	19
IV.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI	19
IV.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG	22
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	26
V.1. Situación regional	26
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026	27
V.2.A. Nota metodológica	27
V.3. Situación de dengue en Argentina	29
V.3.A. Inicio de temporada 2025/2026	29
V.4. Situación epidemiología de otros arbovirus	30
V.4.A. Casos de fiebre chikungunya con antecedente de viaje (importados)	31
SITUACIONES EMERGENTES.....	32
VI. Coqueluche - Actualización informe epidemiológico	33
VI.1. Introducción	33
VI.2. Situación internacional	33
VI.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina	34
VI.3.A. Introducción	34
VI.3.B. Análisis de los casos notificados y confirmados	35
VI.3.C. Análisis según edad y gravedad	39
VI.4. Coberturas de Vacunación	39
VI.4.A. Coberturas para Total país	39
VI.4.B. Coberturas según jurisdicción	42
VI.5. Recomendaciones para los equipos de salud del primer nivel de atención respecto a la Coqueluche	43
VI.5.A. Prevención y promoción de la vacunación	43
VI.5.B. Detección temprana	44
VI.5.C. Notificación y vigilancia	44
VI.5.D. Manejo clínico	44
VI.5.E. Control de contactos	45
VI.5.F. Sensibilización de la comunidad	45
VI.5.G. Medidas preventivas	46

VI.5.H.	Medidas ante casos y contactos	46
VI.6.	Consideraciones sobre el diagnóstico	49
VI.7.	Nota Metodológica	51
ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS.....		52
VII. MPOX – Actualización Informe epidemiológico		53
VII.1.	Introducción	53
VII.2.	Situación internacional	53
VII.2.A.	Situación en África	54
VII.2.B.	Situación en las Américas ^{38F}	54
VII.3.	Situación en Argentina	55
VII.4.	Recomendaciones para el equipo de salud	57
VII.5.	Vigilancia Epidemiológica	58
VII.5.A.	Definiciones y clasificaciones de caso	58
VII.5.B.	Notificación	59
VII.6.	Algoritmo de diagnóstico y notificación de Mpox	60
VII.7.	Medidas ante casos sospechosos	60
VII.8.	Medidas ante contactos	61
ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES.....		63
VIII. Introducción		64
VIII.1.	Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión	65
VIII.1.A.	Canadá	65
VIII.1.B.	Estados Unidos de América ^{2F}	65
VIII.1.C.	México ^{3F}	66
VIII.1.D.	paraguay ^{3F}	67
VIII.2.	Enfermedad por el virus de Marburgo - Etiopía	68
VIII.3.	Difteria - Región de África (AFRO)	69
VIII.3.A.	Resumen de las situaciones individuales por país del 1 de enero al 2 de noviembre de 2025	69
VIII.4.	Actualización Epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas	73
VIII.4.A.	Situación por país y/o territorio de brotes en animales en 2025	74
VIII.4.B.	Situación por país de casos humanos en 2025	77
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES.....		79
IX. Boletines Jurisdiccionales		80
IX.1.	Buenos Aires: Triquinelosis	80
IX.2.	CABA: Vigilancia Viruela Símica	81
IX.3.	Santa Fe: Coqueluche	82
IX.4.	Tierra del Fuego: Diarreas	83
IX.5.	Tucumán: Neumonía	84
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA		85
X. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0		86
XI. Herramientas básicas para la implementación de salas de situación de salud 8° Edición		87

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 1-47. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-47	2025 Acumulados SE 1-47	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	138	124	-14	-10%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	8.879	17.559	8.680	98%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	235	317	82	35%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	104	127	23	22%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	7	5	-2	-29%
	Cisticercosis	10	10	0	0%
	Escorpionismo o Alacranismo	4.013	6.750	2.737	68%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	434	715	281	65%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	26	37	11	42%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	8	15	7	88%
	Brucelosis	110	129	19	17%
	Hantaviriosis	58	61	3	5%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	2	20	18	900%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1.391	1.419	28	2%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	14	26	12	86%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	5	26	21	420%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	10	48	38	380%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	18	1	-17	-94%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	10.569	10.569	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	661	661	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	551	551	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	1	1	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	12.501	16.071	3.570	29%

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

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

III.3. Eventos nominales notificados y confirmados

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

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-47. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-47		2025 Acumulados SE 1-47		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	4.069	176	5.109	688	1.040	26%	512	291%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	612	2	3.194	35	2.582	422%	33	1650%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)		0		0		N/A	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	2.262	834	2.515	814	253	11%	-20	-2%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomiélitis	121	0	98	0	-23	-19%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	93.117	58.345	63.133	18.320	-29.984	-32%	-40.025	-69%
	Encefalitis de San Luis	299	1	450	0	151	51%	-1	-100%
	Fiebre amarilla humana	106	0	148	0	42	40%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	51	0	105	1	54	106%	1	N/A
	Zika	1.468	0	928	0	-540	-37%	0	N/A
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	895	355	619	277	-276	-31%	-78	-22%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	2.047	53	2.090	189	43	2%	136	257%
	Psitacosis	263	40	636	107	373	142%	67	168%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	1.348	62	1.603	53	255	19%	-9	-15%
	Sífilis Congénita	2.539	1.047	931	916	-1.608	-63%	-131	-13%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	7	0	9	0	2	29%	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en emb.	2.181	2.065	1.680	1.403	-501	-23%	-662	-32%
	Sífilis en emb.	10.324	9.058	11.038	10.079	714	7%	1.021	11%
	Hepatitis B en emb.	92	57	122	49	30	33%	-8	-14%
Hepatitis virales	Hepatitis A	130	29	216	112	86	66%	83	286%
	Hepatitis B	2.785	641	3.222	685	437	16%	44	7%
	Hepatitis C	2.344	1.376	2.550	1.554	206	9%	178	13%
	Hepatitis E	50	7	52	6	2	4%	-1	-14%
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	30.756	24.821	48.829	41.787	18.073	59%	16.966	68%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	1.293	1.227	2.014	1.929	721	56%	702	57%
Otros eventos de imp. p/ la salud pública	Viruela símica (mpox)	386	100	351	149	-35	-9%	49	49%

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

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

III.4. Nota general sobre la interpretación cromática en las tablas

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

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

III.5. Eventos agrupados clínicos

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

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

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

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

Tabla 3. Tabla de agrupados clínicos. SE 1-47. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-47	2025 Acumulados SE 1-47	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Trans. Por alimentos	Diarrea	669.570	667.249	-2.321	0%
Infecc. de trans. sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.496	2.210	714	48%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	1.006	701	-305	-30%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	117.895	90.135	-27.760	-24%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	1.090.343	1.115.805	25.462	2%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	75.451	71.624	-3.827	-5%
	Neumonía (sin especificar)	85.296	73.287	-12.009	-14%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	3	5.710	5.707	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	10	3.880	3.870	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	34	27.961	27.927	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	1.658	1.657	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	15	6.883	6.868	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	7	5.494	5.487	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	95	34.837	34.742	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	13	6.629	6.616	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	13	2.631	2.618	N/A
	Lesiones por electrocución	1	615	614	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	964	964	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	38	77.179	77.141	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	9	25.678	25.669	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	7	34.205	34.198	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	458	458	N/A
	Otras lesiones en el hogar	87	25.745	25.658	N/A

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

III.6. Eventos agrupados laboratoriales

III.6.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA TABLA

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

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

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

Tabla 4. Tabla de eventos agrupados laboratoriales. SE 1-47. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-47		2025 Acumulados SE 1-47		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	4.235	230	3.958	253	-277	-7%	23	10%
	Infección por Mycoplasma genitalium	729	21	603	21	-126	-17%	0	0%
	Infección por Mycoplasma hominis	2.619	254	2.861	387	242	9%	133	52%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	14.446	380	7.025	439	-7.421	-51%	59	16%
	Infección por Trichomonas vaginalis	24.033	2.431	20.945	2.250	-3.088	-13%	-181	-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 Boletín, se presenta la síntesis semanal de situación epidemiológica de infecciones respiratorias agudas, incluyendo la información epidemiológica obtenida a partir de la Vigilancia Centinela, a través de las **Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) –UMA-** y de la **Red Argentina de Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave –UC IRAG-**.

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

IV.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios¹

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

IV.3. Síntesis de la información nacional destacada

Durante 2025, en la vigilancia clínica se notificaron **1.135.555 casos de ETI**, **165.007 casos de Neumonía** y **151.703 casos de Bronquiolitis en menores de dos años**.

En la vigilancia centinela ambulatoria se observa un **leve aumento de influenza B/Victoria**, sin detecciones recientes de **VSR**, y un **ascenso progresivo de SARS-CoV-2** desde la SE34.

En las UC-IRAG se registraron **más de 10 mil internaciones**, con **incremento de IRAG por SARS-CoV-2** desde la SE35 y detecciones recientes de los tres virus priorizados. La red universal de laboratorios muestra **predominio de influenza B**, con detecciones de **VSR** y un **aumento**

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>

gradual de la circulación viral desde la SE34, incluyendo SARS-CoV-2, influenza, parainfluenza, metapneumovirus, VSR y adenovirus. En personas internadas y fallecidas, la influenza alcanzó **12 hospitalizados en la SE47** y acumula **216 fallecidos en 2025**; el VSR registró **10 internados en la SE47**; y SARS-CoV-2 presentó **47 internaciones** y **1 fallecido** en la última semana.

IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

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

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

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

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

Durante las primeras 47 semanas epidemiológicas de 2025, en los establecimientos UMA se analizaron 5.650 muestras para la detección de SARS-CoV-2 mediante técnica molecular, de las cuales 399 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 7,06%. A partir de la SE34 se observa un ligero ascenso en el número de casos y en el porcentaje de positividad, más marcado en las últimas semanas, manteniéndose la mayoría de las semanas por encima del 10%. En las SE46 y SE47, se confirmaron 24 casos entre 116 muestras analizadas por PCR.

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

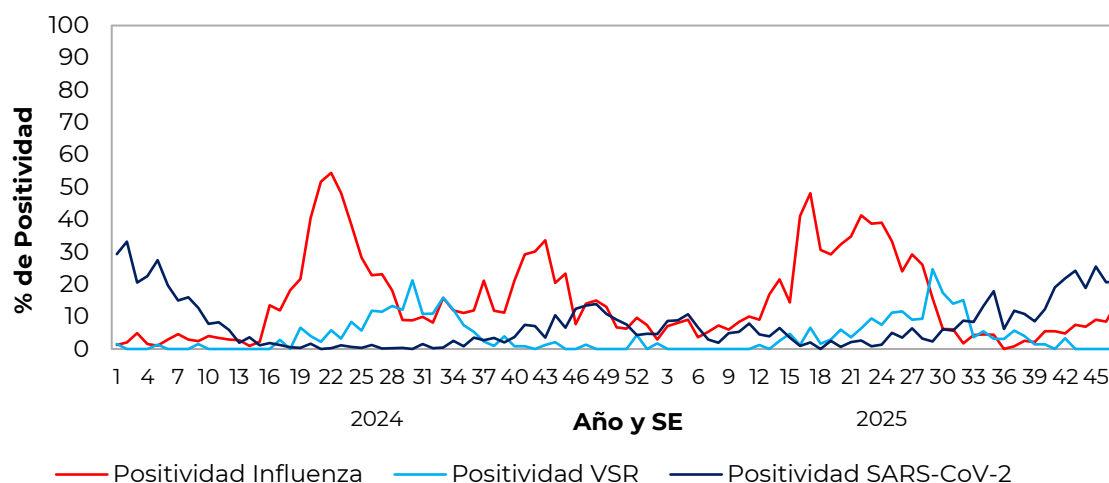
En las primeras 47 semanas de 2025, se registraron 985 detecciones entre 5.290 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 18,62%. A partir de la SE11, se verificó una tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad, a expensas de las detecciones de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H1N1). Este incremento alcanzó los mayores niveles entre las SE 22 y 25, seguido de un descenso sostenido de ambos indicadores. En las semanas más recientes se registra un leve incremento en las detecciones y en la positividad, con predominio de influenza B/linaje Victoria; no obstante, los valores se

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

mantienen bajos. En este sentido, en las SE46 y 47/2025 se notificaron 11 casos de influenza entre las 107 muestras estudiadas en UMA.

En cuanto a **VSR**, se verifica un ascenso de las detecciones a partir de la SE19 de 2024, con aproximadamente el 73% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. Con relación a este ascenso de casos, la positividad en UMA permaneció por encima del 10% entre las SE 26 Y 34. Entre las SE1 y 47 de 2025, de las 3.825 muestras estudiadas, 194 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 5,07%. En UMA se registró un ascenso de las detecciones y positividad de muestras estudiadas para VSR, que se mantuvo por encima del 9% entre las SE25 y 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en SE29, con tendencia descendente las siguientes semanas. En las últimas dos semanas analizadas, SE46 y 47, no se notificaron detecciones de VSR entre las 75 muestras estudiadas.

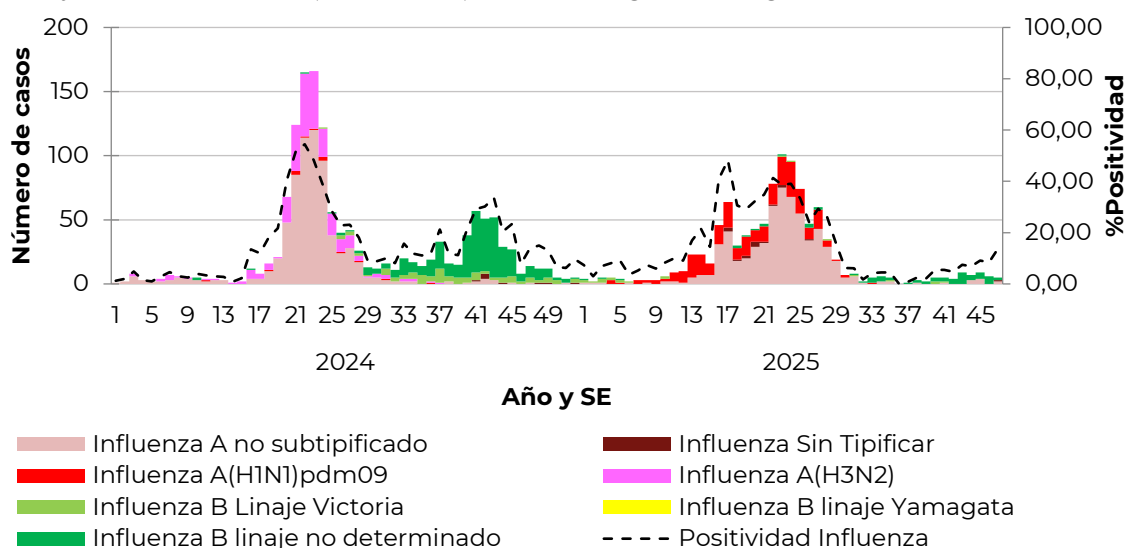
Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE47/2025



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

Aun cuando desde el inicio de 2024 se notificaron casos de influenza durante todas las semanas del año, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24. Como se mencionó previamente, este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. En las 47 semanas transcurridas de 2025 se detectan predominantemente casos de influenza A (n= 880), con un menor número de detecciones de influenza B (n= 89), que predomina desde la SE32. Entre los casos de influenza A, 270 detecciones corresponden a influenza A (H1N1), el resto permanece sin subtipificar. Además, se detectó el linaje Victoria en 21 de los casos de influenza B (las detecciones restantes permanecen sin identificación de linaje). Se registran 16 casos de influenza que permanecen sin tipificar en lo que va del año.

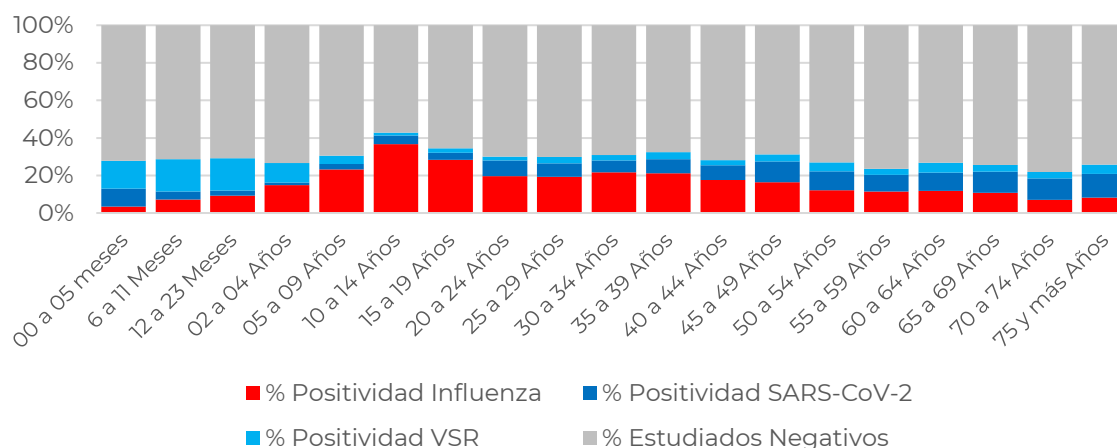
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE47/2025. Estrategia UMA. Argentina.



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

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

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE47/2025. Estrategia UMA. Argentina³.



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}

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

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

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

Definiciones de caso Vigentes

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

- Fiebre referida o constatada $\geq 38^{\circ}\text{C}$; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico⁵.

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

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico⁶.

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia⁷ y shock⁸ y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE1 de 2025 y la SE47 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 7155 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3509 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG⁹.

La curva de casos de IRAG presentó tendencia ascendente entre las SE 18 y 28 de 2024, asociada al aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 y, posteriormente, al ascenso de casos de VSR, permaneciendo por encima de los 200 casos semanales de IRAG entre las SE24 y 37. En 2025, las notificaciones de IRAG experimentan un aumento desde la SE12. En las últimas semanas los casos de IRAG se mantienen en niveles elevados, aunque con tendencia descendente, con un promedio de 114 casos semanales en las últimas 4 semanas.

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

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

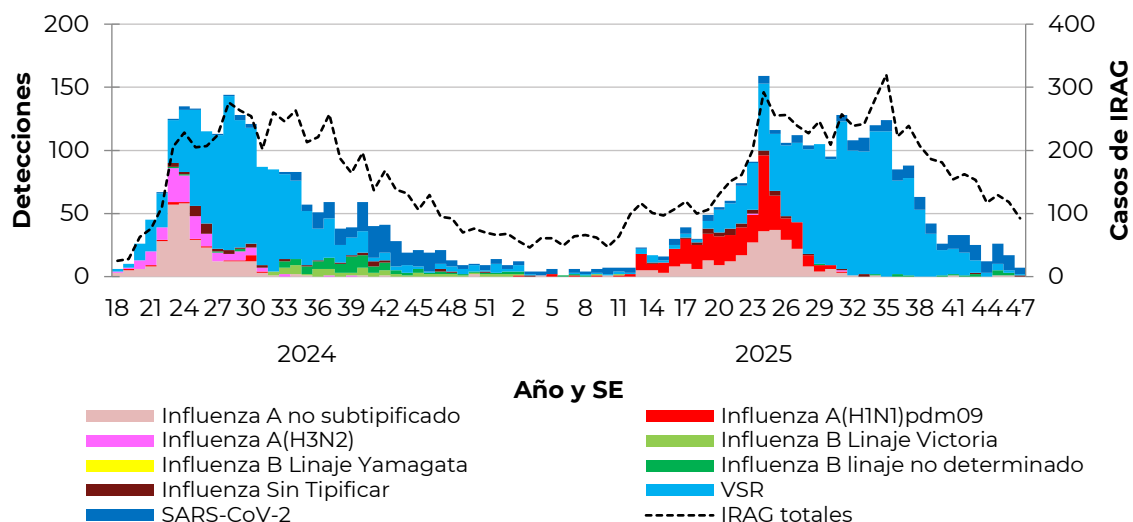
⁶ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

⁷ La fiebre se define como una temperatura $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$. La hipotermia se define como una temperatura

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

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

Gráfico 4. Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a 47/2025



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

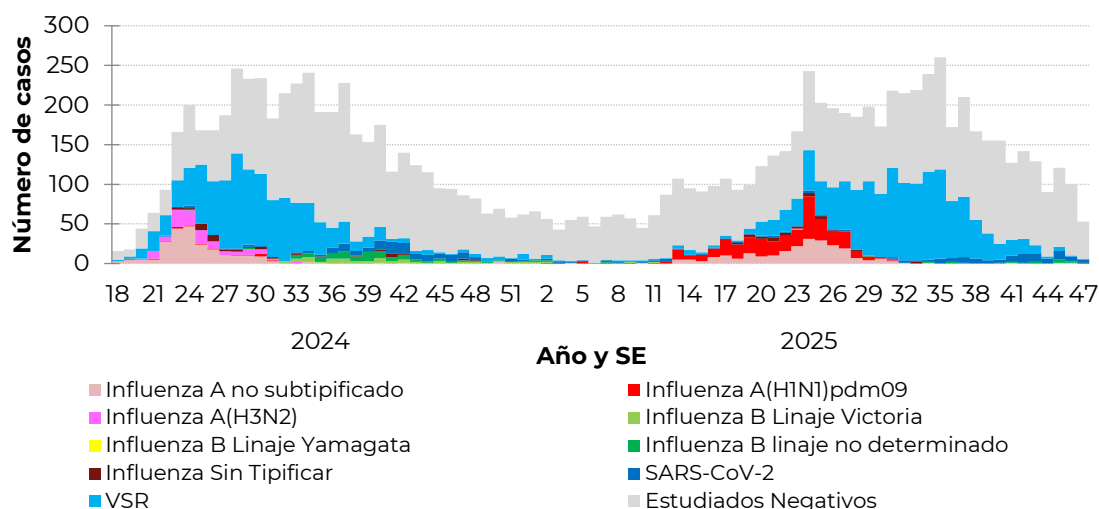
En relación con los casos de IRAG por **SARS-CoV-2**, si bien los casos se mantuvieron en niveles bajos desde SE18 de 2024, se registró un ligero ascenso desde SE36 de 2024, que alcanzó su máximo en SE 41 y 42 con descenso posterior. Durante 2025, las detecciones de SARS-CoV-2 entre los casos de IRAG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

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

En lo que va de 2025, se verificó un ascenso de detecciones de influenza desde la SE13, alcanzando los valores máximos entre las SE 23 y 27, con un descenso posterior. Los casos corresponden predominantemente a influenza A, con un total de 608 detecciones en lo que va de 2025, y un menor número de casos de influenza B (n=28). Con relación a los casos de Influenza A, se registraron 339 detecciones de H1N1 y 2 detecciones de H3N2 (el resto permanece sin subtipificar) y, entre los casos de influenza B, se registraron 5 detecciones del linaje Victoria. Además, 39 casos de influenza permanecen sin tipificación a la fecha.

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

Gráfico 5. Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE18/2024 a 47/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina ¹⁰.



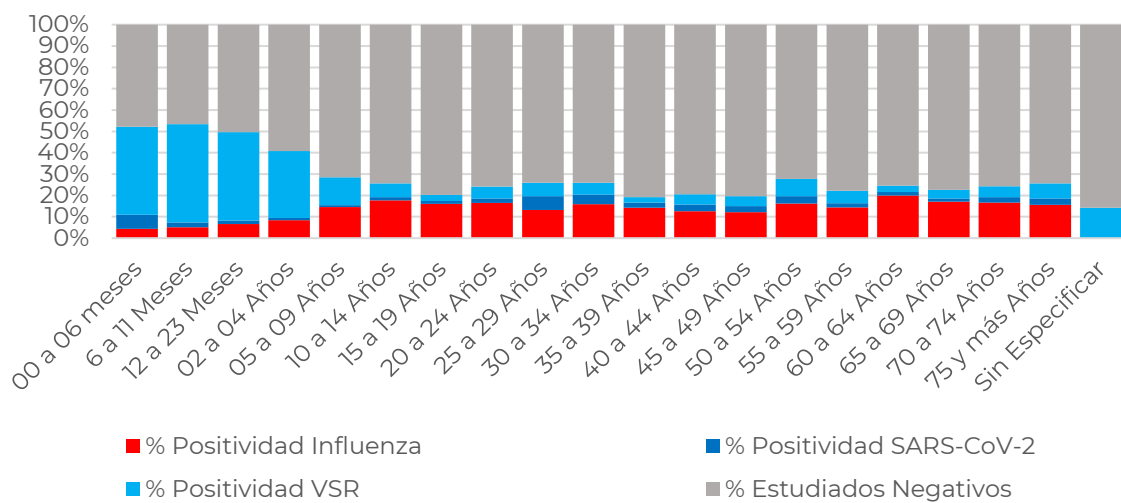
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

En las últimas 4 semanas, entre 364 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 1 codetección de SARS-CoV-2 y VSR, 10 casos de VSR, 27 casos de SARS-CoV-2 y 8 casos de influenza. Los restantes 318 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

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

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

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a 47/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina¹¹.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS¹¹.

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

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)¹² y el ARBO-portal¹³ de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 27/11/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 46/2025 se han reportado 3.602.187 casos de dengue, lo que implica una reducción del 64% respecto del mismo período de 2024, con 1.722 fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, se notificaron 238.494 casos, un 43% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 115 muertes por este evento. Respecto al zika, hasta la SE 45, se han registrado 23.302 casos, lo que representa una disminución del 43% en comparación con 2024, sin fallecimientos reportados. En relación con Oropouche, hasta la SE 45 se confirmaron 11.986 casos, un 33% más que en igual período de 2024, con 5 defunciones por este evento.

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

Paraguay: hasta la SE 46/2025, se han reportado 27.473 casos de dengue, un 91% menos respecto a la misma semana de 2024 y se registró un fallecimiento por este evento. En relación con chikungunya, se notificaron 51 casos, lo que representa una disminución del 98% respecto a la misma semana del año anterior, sin registrarse defunciones asociadas. Sin embargo, los casos confirmados por laboratorio mostraron un incremento del 41%. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían notificado 7 casos.

Perú: hasta la SE 46/2025, se han notificado 37.592 casos de dengue, un 86% menos que el mismo periodo de 2024, con 54 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 44/2025, se notificaron 19 casos, un 76% menos en comparación con la misma semana de 2024. No se registraron defunciones para este evento. Respecto al zika, a la misma semana, se han notificado dos casos, un 75% menos en relación al mismo periodo del 2024, y a la fecha no se han confirmado casos por laboratorio para este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 38 se confirmaron 330 casos, un 96% menos que a la misma semana de 2024.

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

¹² Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: [PAHO/WHO Data - Topics](#)

¹³ 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 Américas¹⁴, debido a que en 2025 se han reportado brotes de chikungunya en varias regiones del mundo. En las Américas, distintos países notificaron un incremento de casos para este evento, especialmente Bolivia donde se registró un aumento muy superior al observado en 2024. Asimismo, se continúan notificando casos autóctonos de Oropouche en países de la Región como Brasil y Perú.

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

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

V.2.A. NOTA METODOLÓGICA

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

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

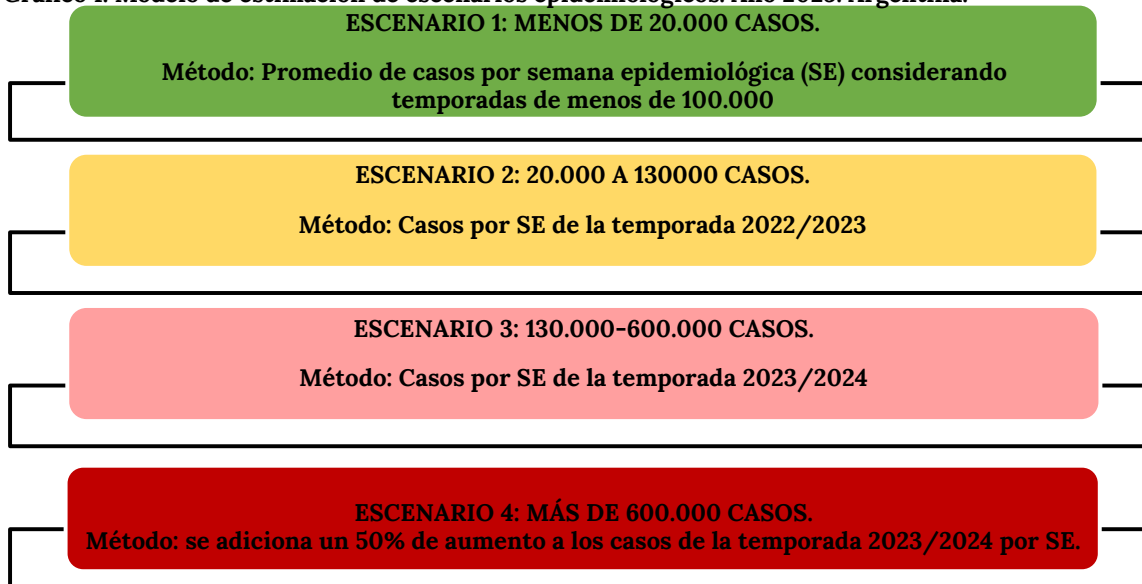
El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la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

En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Entre las SE31 y SE47 se notificaron 11 casos confirmados de dengue, de los cuales 7 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas – 28 de agosto de 2025. Disponible en: [Alerta epidemiológica Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas - 28 de agosto del 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)

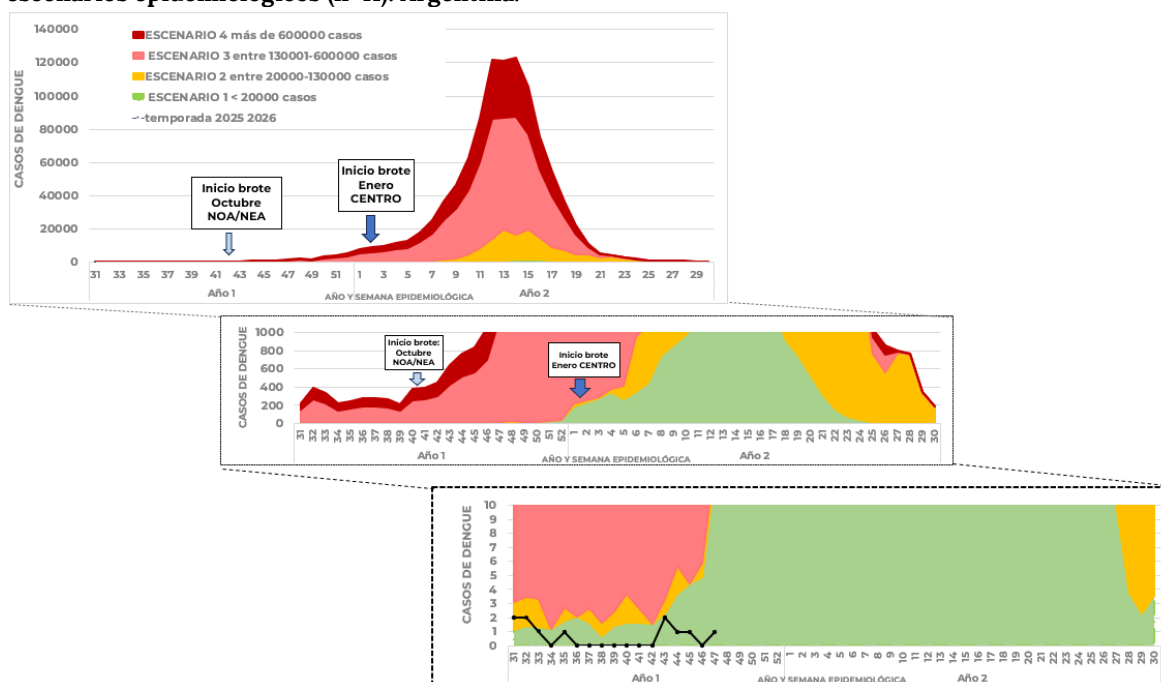
temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 2)

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



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

Gráfico 2. Casos de dengue de la temporada 2025-2026 representados en el modelo de estimación de escenarios epidemiológicos (n=11). Argentina.



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

V.3. Situación de dengue en Argentina

V.3.A. INICIO DE TEMPORADA 2025/2026

En Argentina, la vigilancia epidemiológica del dengue se analiza en función de temporadas, en lugar de años calendario, debido al carácter estacional de la transmisión viral. Si bien existe una alta heterogeneidad en el territorio nacional, esta estacionalidad está determinada por las condiciones climáticas que favorecen la proliferación del *Aedes aegypti*, vector responsable de la transmisión del virus. Durante los meses más cálidos y húmedos del año, que comprenden principalmente la primavera, el verano y parte del otoño, se registra un aumento en la abundancia poblacional del vector y, consecuentemente, se generan condiciones que permiten la ocurrencia de brotes. Por el contrario, durante el invierno la actividad reproductiva del vector disminuye considerablemente, interrumpiéndose en gran parte del territorio nacional.

La definición operativa de temporada permite estructurar la vigilancia en un marco temporal en consonancia con la dinámica de transmisión, facilitando el análisis comparativo entre períodos y la planificación de las acciones de prevención y control. En este sentido, la temporada de dengue en Argentina se delimita entre la SE 31 de un año y la SE 30 del año siguiente, abarcando el período de mayor riesgo para la circulación viral.

Desde la reemergencia del dengue en Argentina en 1997, los años 2023 y 2024 se han constituido como las temporadas epidémicas de mayor magnitud registradas hasta la fecha, concentrando en conjunto aproximadamente el 82% del total de casos acumulados en la serie histórica.

El análisis temporal de los casos notificados para el período comprendido entre los años 2022 y 2025, evidencia que, para la SE47/2025, 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 mínima¹⁵, desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 4400 casos sospechosos de dengue, de los cuales 11 fueron confirmados por laboratorio (Tabla 1):

- **Dos** casos autóctonos en **Formosa**: un caso con residencia en el departamento Pilagás (SE31) y un caso en el departamento Patiño (SE32)
- **Cinco** casos de la **Provincia de Buenos Aires**: dos sin antecedente de viaje de Tres de Febrero (SE31) y San Isidro (SE43) y tres con antecedente de viaje a Paraguay (SE35), México (SE44) e Indonesia (SE47).
- **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).

¹⁵Fecha 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 SE47/2025 se notificaron 457 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 SE47/2025. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados	Casos de dengue por criterio C-E*	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	2	8	3	3	232	84	332	0	5
CABA	0	0	3	0	60	31	94	0	3
Córdoba	0	20	0	0	458	23	501	0	0
Entre Ríos	0	2	1	1	51	6	61	0	1
Santa Fe	0	6	0	0	281	21	308	0	0
Total Centro	2	36	7	4	1082	165	1296	0	9
Mendoza	0	1	0	0	18	0	19	0	0
San Juan	0	1	0	0	10	0	11	0	0
San Luis	0	0	0	0	13	2	15	0	0
Total Cuyo	0	2	0	0	41	2	45	0	0
Chaco	0	6	0	0	290	9	305	0	0
Corrientes	0	0	0	0	16	3	19	0	0
Formosa	2	1	0	0	1756	0	1759	0	2
Misiones	0	0	0	0	129	1	130	0	0
Total NEA	2	7	0	0	2191	13	2213	0	2
Catamarca	0	0	0	0	60	0	60	0	0
Jujuy	0	0	0	0	87	4	91	0	0
La Rioja	0	0	0	0	46	3	49	0	0
Salta	0	0	0	0	175	14	189	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	37	9	46	0	0
Tucumán	0	20	0	1	334	13	368	0	0
Total NOA	0	20	0	1	739	43	803	0	0
Chubut	0	0	0	0	6	1	7	0	0
La Pampa	0	0	0	0	20	0	20	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	42	1	43	0	0
Total País	4	65	7	5	4095	224	4400	0	11

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

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

V.4. Situación epidemiología de otros arbovirus

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de Fiebre Chikungunya, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE47/2025).

La vigilancia de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y estudios en personas con antecedentes de viaje a zonas donde se está registrando transmisión; desde el inicio de la vigilancia de Oropouche, se han investigado hasta el momento 103 casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

Tabla 2. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para otros Arbovirus. SE31/2025 a SE47/2025. 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	15	0	16	0	12	0	10	0	8	0	5
CABA	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Córdoba	0	225	0	11	0	21	0	102	0	0	0	0
Entre Ríos	0	19	0	0	0	2	0	4	0	0	0	0
Santa Fe	0	22	0	17	0	17	0	15	0	11	0	0
Total Centro	0	281	0	44	0	54	0	131	0	19	0	5
Mendoza	0	6	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
San Juan	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
San Luis	0	2	0	1	0	2	0	4	0	4	0	0
Total Cuyo	0	9	0	2	0	2	0	6	0	4	0	0
Chaco	0	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	15	0	11	0	3	0	0	0	3	0	4
Total NEA	0	56	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	3	0	2	0	1	0	1	0	14	0	0
La Rioja	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Salta	0	47	0	40	0	28	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0
Tucumán	0	6	0	6	0	12	0	0	0	0	0	4
Total NOA	0	59	0	51	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	406	0	134	0	100	0	142	0	41	0	14

Pos: positivas

Est: estudiadas

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

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

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

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 Américas¹⁶. Este

¹⁶ 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-america-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.¹⁷

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 47 de 2025 se notificaron un total de 5.110 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 688 fueron confirmados. En 586 de ellos, se contó con confirmación de laboratorio¹⁸, identificándose *B. pertussis* en el 81,9% (n=480); 2 casos correspondieron a *B. parapertussis* y 104 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.).

Los 688 casos confirmados superan las cifras registradas para el mismo período desde 2020, seguido del año 2023, cuando se notificó un mayor número de casos, principalmente en la provincia de Salta¹⁹. La incidencia acumulada en lo que va del año es de 1,45 casos por cada 100.000 habitantes. Este incremento resulta relevante para dimensionar la situación actual,

¹⁷ 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>

¹⁸ Los restantes casos confirmados no cuentan con información de estudios de laboratorio en SNVS 2.0. Estos casos, se contabilizan como confirmados de acuerdo a la clasificación manual del caso, y no es posible definir si se trata de casos confirmados por laboratorio o bien de acuerdo a criterio clínico-epidemiológico

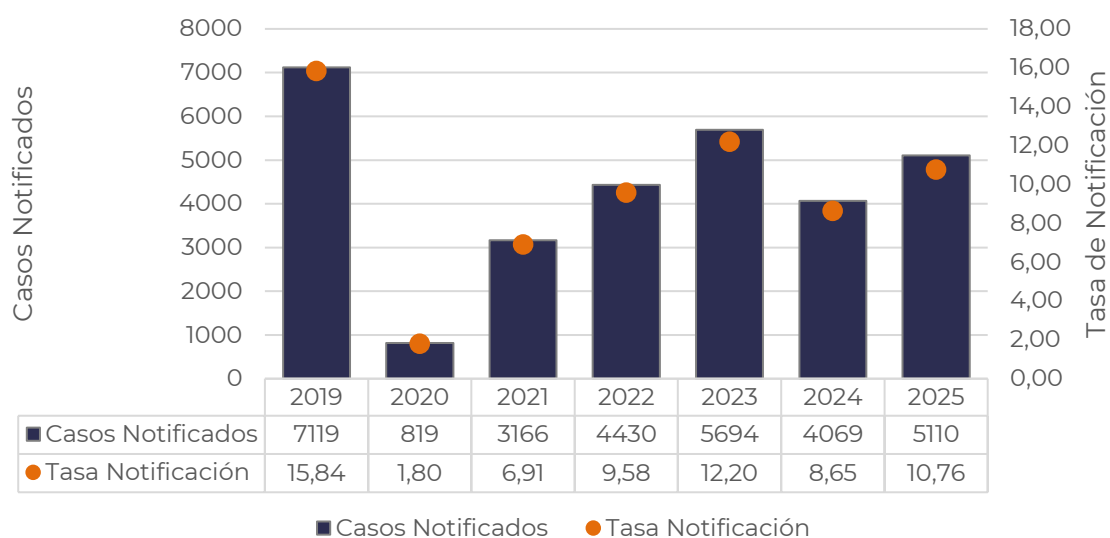
¹⁹ En el año 2023, se registró el mayor número de casos con sospecha y confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de *B. pertussis*, sin registrarse el mismo patrón en el resto del país.

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 SE1-47 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 10,76 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 1-47. Argentina. Años 2019-2025.



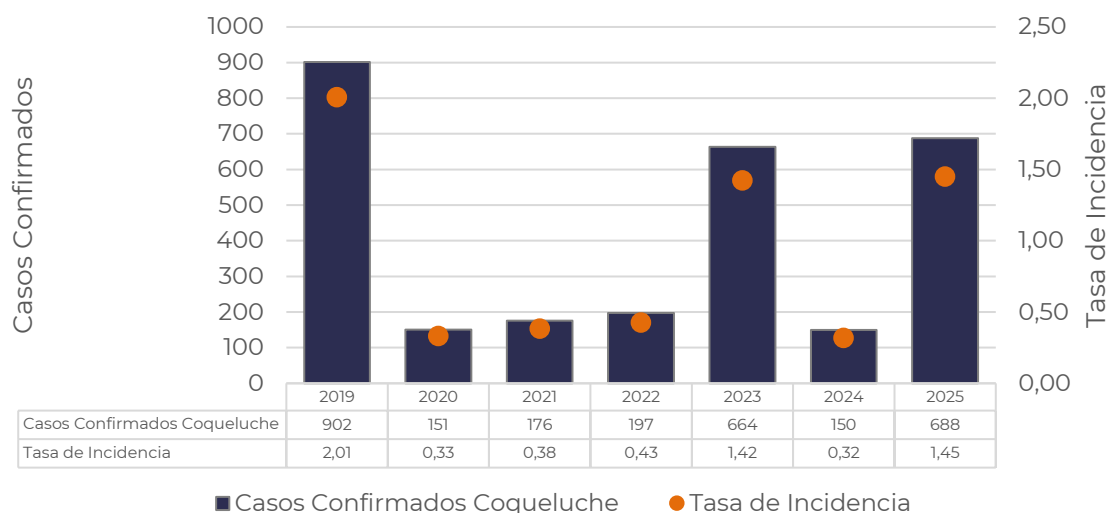
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de Córdoba (n= 1.268), provincia de Buenos Aires (n= 886) Tierra del Fuego (n=653), y Salta (n=647), Tierra del Fuego (n=609), seguidos por establecimientos de CABA (n= 576) Mendoza (n=531), y Santa Fe (n=238). En el resto de las provincias se notificaron 50 casos sospechosos o menos en lo que va del año.²⁰

Del total de notificados, se confirmaron 688 casos, representando una tasa de incidencia de 1,45 casos cada 100.000 habitantes. En el período analizado, la mayor tasa de incidencia se observó en 2019, seguido de los 2025 y 2023, con tasa de incidencia similar.²¹ Los casos de coqueluche notificados entre SE1 y 47 de 2025 superan las confirmaciones para el mismo periodo de los 4 años previos.

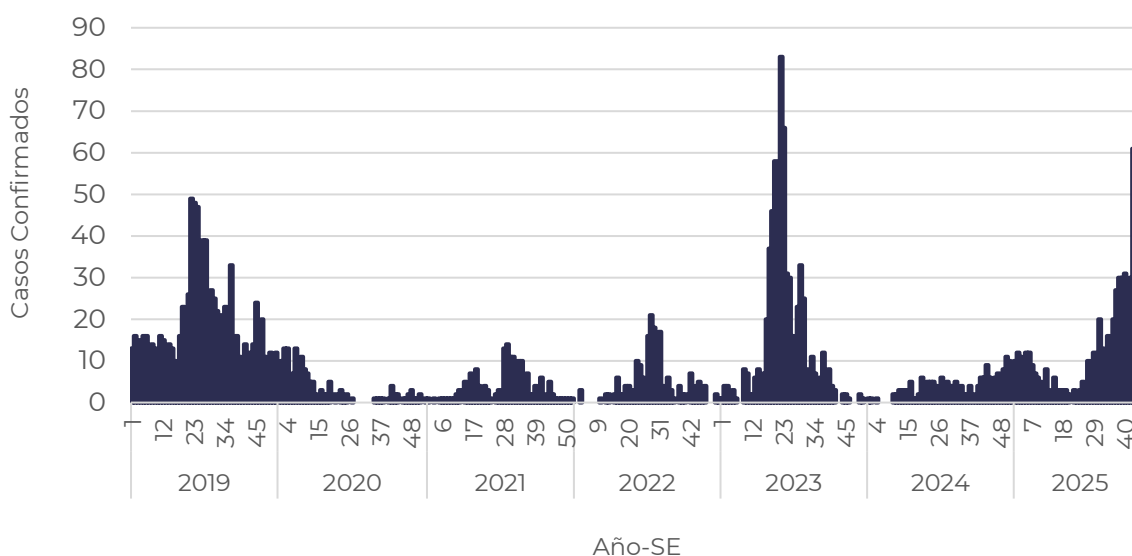
²⁰ Las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche según jurisdicción se analizan de acuerdo a la variable "Establecimiento de Carga" y "Provincia de Carga".

²¹ 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 1-47. 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.

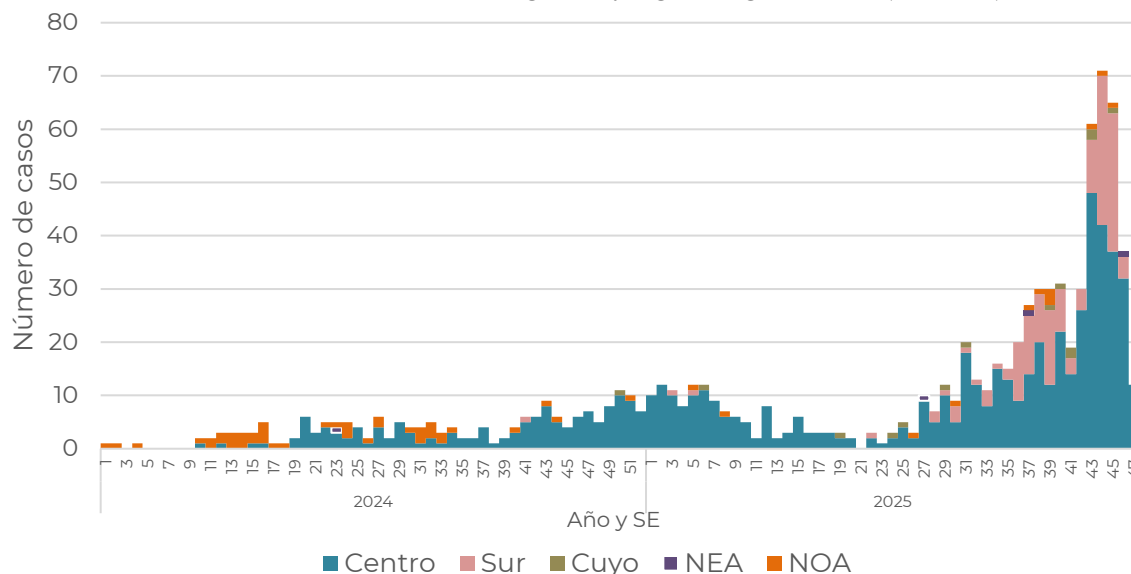
Gráfico 3. Curva epidémica de casos confirmados de coqueluche. Argentina. SE1/2019 a SE47/2025 (detalle SE1/2024 a SE47/2025).

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) y al aumento de casos confirmados en la Región Centro, especialmente en la provincia de Buenos Aires.

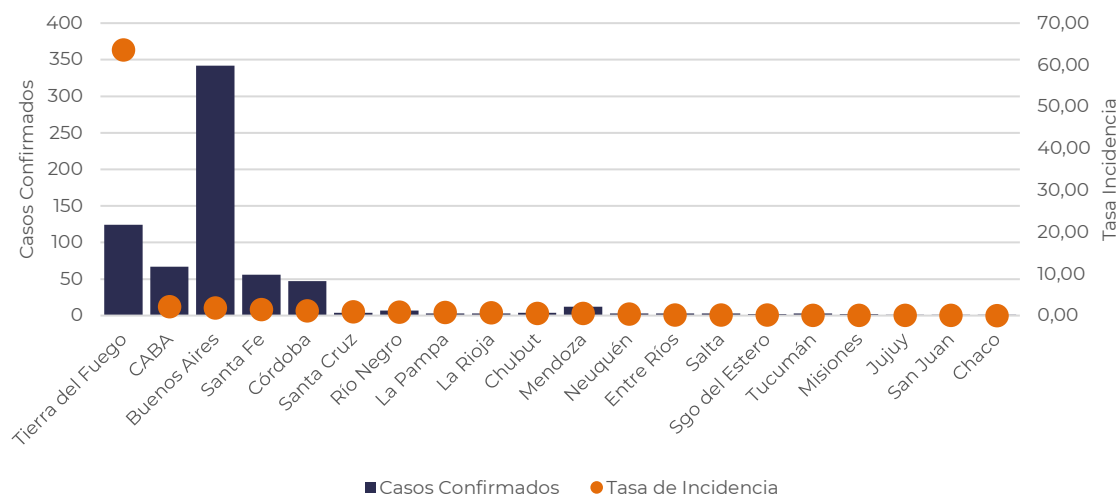
En las últimas semanas el crecimiento continúa en curso, con notificaciones provenientes de múltiples jurisdicciones del país, predominando en las regiones Centro y Sur (particularmente casos relacionados con el brote en Río Grande, Tierra del Fuego).

Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2024-47/2025.

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

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyen en 20 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observa en la Región Centro ($n=515$), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires ($n=342$) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ($n=67$). En la Región Sur se confirmaron 145 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 1-47, 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 63,61 casos por cada 100.000 habitantes, valor 29 veces superior al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que ocupa el segundo lugar con una IA de 2,17 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 1,86 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 47, con el objetivo de describir la situación actual en relación con los años previos (2019–2025) ²².

Tabla 1. Casos confirmados coqueluche según jurisdicción y año. SE 1-47. 2019-2025.

Jurisdicciones	Casos Confirmados						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	189	44	42	56	46	50	309
CABA	14	11	0	3	2	29	64
Catamarca	5	0	0	11	2	0	0
Chaco	4	3	0	2	0	0	0
Chubut	9	5	2	1	1	0	4
Córdoba	172	31	36	5	80	11	43
Corrientes	2	0	0	1	0	0	0
Entre Ríos	41	1	1	0	1	2	3
Formosa	2	2	0	1	0	0	0
Jujuy	2	0	3	0	2	0	1
La Pampa	8	0	0	0	0	0	3
La Rioja	0	0	0	0	25	1	3
Mendoza	239	8	16	10	24	0	12
Misiones	7	1	5	5	9	1	2
Neuquén	1	1	0	0	2	0	3
Río Negro	4	1	0	0	1	1	7
Salta	130	23	67	92	423	42	3
San Juan	2	1	0	0	0	0	1
San Luis	7	5	1	0	0	0	0
Santa Cruz	0	1	0	0	0	0	4
Santa Fe	14	4	0	5	43	0	52
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	867	148	174	192	663	137	639

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

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

Asimismo, se destaca lo ya señalado para 2023, cuando se registró el mayor número de casos confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de *B. pertussis*. Otras provincias como Mendoza, Córdoba o Santa Fe registraron para este año un aumento de casos de coqueluche,

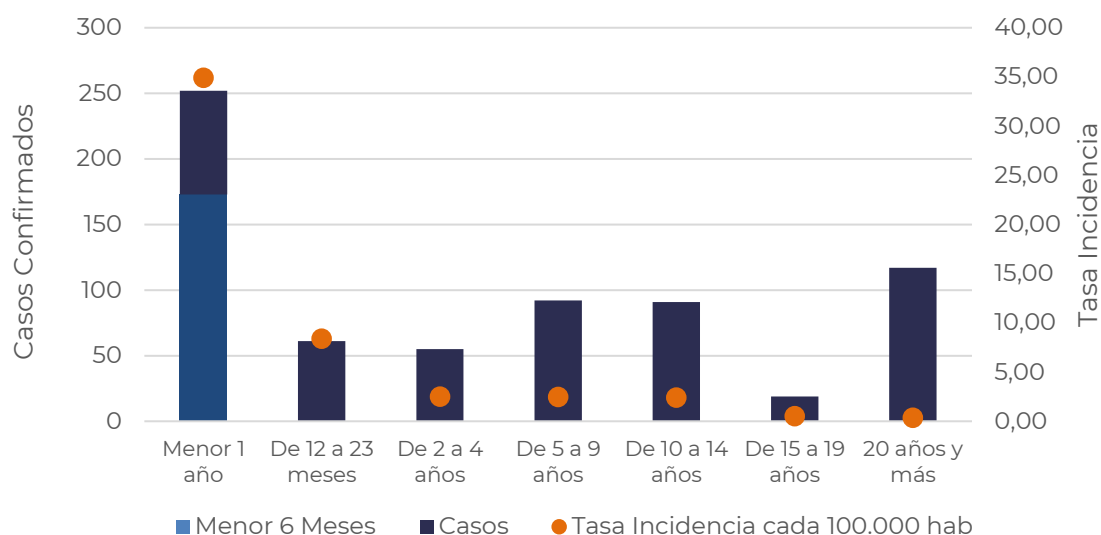
²² La escala de colores (del verde, que indica menor número de casos, al rojo, que representa el mayor número de casos) muestran el año donde cada una de las jurisdicciones presentó el mayor número de casos de los 7 años analizados.

pero con un patrón diferente, e identificación predominante de casos de *B. paraptussis* (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 1-47, 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 36,7% de los casos confirmados en 2025 (n=252), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=173). 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

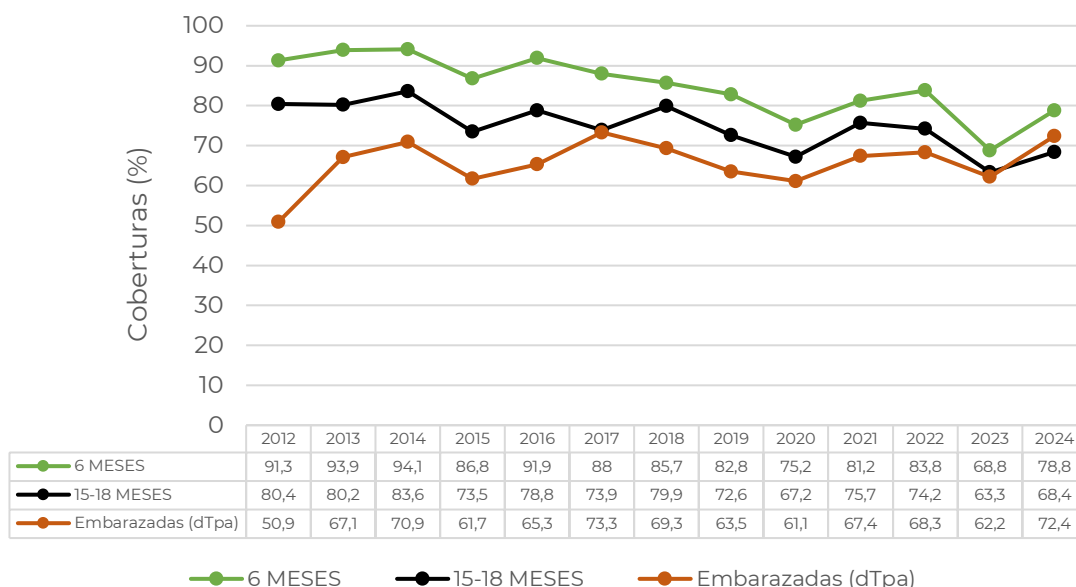
VI.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

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 periodo 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 periodo. 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 26/11/2025, son:

- 1º dosis de Quintuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): **73,59%**
- 2º dosis de Quintuple (4 meses): **72,59%**
- 3º dosis Quintuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): **68,10%**
- Ref Quintuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): **59,71%**
- Ref DTP (5 años): 50,97% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 13/11/25: **76,8%**)
- Ref dTpa (11 años): 51,57% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 13/11/25: 77,6%)
- Embarazadas dTpa: **69,49%**

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

VI.4.B. COBERTURAS SEGÚN JURISDICCIÓN

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

Tabla 2. Coberturas de vacunación con componente *pertussis* según jurisdicción. Argentina. 2025. Actualización: 26/11/2025

Provincia	Quíntuple/ Séxtuple (dos meses)	Quíntuple/ Séxtuple (cuatro meses)	Quíntuple/ sextuple (seis meses)	Refuerzo 15-18 meses	Refuerzo 5 años	Refuerzo 11 años
Buenos Aires	62,50	61,49	58,89	52,72	38,84	38,04
CABA	68,32	67,5	58,57	32,09	41,31	30,95
Catamarca	79,73	80,72	75,08	60,35	55,94	62,54
Chaco	81,41	80,83	75,29	67,14	58,31	58,44
Chubut	82,81	83,75	79,63	70,88	54,93	57,28
Córdoba	81,20	79,53	73,99	69,24	41,32	55,54
Corrientes	81,76	78,69	70,52	55,61	44,17	42,67
Entre Ríos	81,56	80,75	75,55	70,47	44,39	55,13
Formosa	72,72	70,55	66,1	48,81	51,46	51,35
Jujuy	87,13	89,23	84,31	80,62	79,71	77,84
La Pampa	88,01	89,77	86,37	79,71	63,28	74,08
La Rioja	85,03	83,49	76,74	65,95	65,37	61,76
Mendoza	82,85	82,35	78,94	74,89	90,28	83,72
Misiones	86,00	81,21	70,78	54,8	60,99	60,47
Neuquén	86,59	84,25	82,02	78,75	80,6	81,53
Río Negro	90,97	91,11	84,96	71,26	57,65	47,67
Salta	82,25	80,77	76,71	73,89	78,24	92,76
San Juan	89,66	88,83	80,21	69,44	67,82	66,3
San Luis	84,89	83,23	82,05	84,2	79,23	75,9
Santa Cruz	84,84	83,73	80,88	70,43	74,73	69,91
Santa Fe	75,28	77,68	74,26	62,17	51,83	52,86
Sgo del Estero	82,51	80,57	71,51	60,68	47,8	56,93
T. del Fuego	96,96	96,39	89,1	89,18	69,13	69,93
Tucumán	74,68	67,02	68,16	67,26	69,2	67,72

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).²³

Definición de Contacto estrecho:

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

Contacto de alto riesgo de enfermedad severa:

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

Medidas ante un contacto:

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

²³ Para más información: <https://vihda.gov.ar/documentos/buenas-practicas-y-directrices/IF-2023-134428010-APN-DMCYSP-MS.pdf>

- 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)”²⁴. 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

²⁴ Guiso N, Berbers G, Fry NK, He Q, Riffelmann M, Wirsing von König CH; EU Pertstrain group. What to do and what not to do in serological diagnosis of pertussis: recommendations from EU reference laboratories. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2011 Mar;30(3):307-12. doi: 10.1007/s10096-010-1104-y. Epub 2010 Nov 11. PMID: 21069406; PMCID: PMC3034915.

la mayor sensibilidad es durante las dos primeras semanas.

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

Puntos críticos en el diagnóstico de Coqueluche

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

Para las pruebas de **PCR**, existen diversos blancos de amplificación 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*²⁵. 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*²⁶, 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.

²⁵ 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)

²⁶ Loeffelholz M. Towards improved accuracy of *Bordetella pertussis* nucleic acid amplification tests. J Clin Microbiol. 2012;50(7):2186–2190. doi:10.1128/JCM.00612-12;Parkhill J., et al. 2003. Comparative analysis of the genome sequences of *Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis* and *Bordetella bronchiseptica*. Nat. Genet. 35:32–40)

VI.7. Nota Metodológica

Para el presente informe se analizó la información registrada en el Sistema Nacional de Vigilancia (SNVS2.0) al 16/11/2025, entre la semana epidemiológica (SE) 1 de 2019 a la SE 46 de 2025, en el evento “Coqueluche”. Se excluyeron casos invalidados por epidemiología y duplicados.

Se definieron como casos confirmados de coqueluche aquellos en los que se consignó la detección de *B. pertussis*, *B. parapertussis* por cultivo o PCR, IgG anti toxina pertussis positiva (específica para *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. MPOX – Actualización Informe epidemiológico

VII.1. Introducción

Ante el recrudecimiento de la mpox asociado a la aparición de un nuevo Clado del virus de la mpox (Clado Ib), su rápida propagación en el este de la República Democrática de Congo y la notificación de casos en varios países vecinos, se declaró en agosto de 2024 como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de acuerdo Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI [2005]). A raíz de ello y en virtud de dar difusión a las medidas de prevención, vigilancia y respuesta, el Ministerio de Salud de la Nación emitió una Alerta Epidemiológica el 16 de agosto de 2024, incluyendo la descripción de la situación y las directrices vigentes para la vigilancia epidemiológica y las medidas ante casos y contactos entre otros aspectos relacionados con este evento, que se encuentra disponible en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta_viruela_simica_16082024.pdf

Con el fin de dar una orientación general y una respuesta coordinada, el Ministerio de Salud de la Nación elaboró un Plan específico. Este Plan es clave para guiar las actividades de preparación y respuesta de salud pública a nivel nacional, jurisdiccional y local, con el objetivo principal de detener los brotes de transmisión de Mpox de persona a persona y mitigar su impacto en salud humana a través de medidas coordinadas a nivel nacional. Para facilitar el abordaje de este plan, se han estipulado tres escenarios epidemiológicos frente al ingreso y transmisión de casos de Mpox en Argentina:

1. Sin transmisión autóctona, pero con casos importados del Clado II
2. Con casos esporádicos de transmisión autóctona del Clado II y sin Clado I
3. Con introducción del Clado I

El Manual se encuentra en el siguiente link;

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/250407_plan_mpox_2025.pdf

Si bien el 5 de septiembre de 2025 se dio por finalizada la Emergencia en Salud Pública de Importancia Internacional, los distintos Clados y subclados del MPXV siguen afectando a diversas regiones geográficas, con variadas dinámicas de transmisión.

VII.2. Situación internacional²⁷

Según el análisis filogenético, el virus de la mpox (MPXV) se divide en dos Clados principales: el Clado I (uno, anteriormente Clado de la Cuenca del Congo) y el Clado II (dos, anteriormente Clado de África Occidental). Cada uno de estos clados se subdivide a su vez en dos subclados: el Clado Ia y el Clado Ib dentro del Clado I; el Clado IIa y el Clado IIb dentro del Clado II.

El Clado Ia circula en varios países de África central y se asocia con una propagación regular desde uno o más reservorios animales con cierta transmisión de persona a persona. El Clado Ib surgió en 2023 en las regiones orientales de la República Democrática del Congo y está sufriendo una transmisión sostenida de persona a persona.

²⁷ Disponible en: [mpx_global](https://www.mpx-global.org/)

El Clado Ila se ha detectado principalmente en especies animales, con solo un número limitado de casos humanos. Sin embargo, recientemente se ha notificado un número creciente de casos en varios países de África Occidental. El Clado IIb ha estado circulando de manera sostenida en humanos desde al menos 2016 y ha provocado el brote multipaís en curso desde 2022 hasta la actualidad.

Respecto del **Clado Ib**, en las últimas 6 semanas fueron detectados casos confirmados con transmisión comunitaria en **República Democrática del Congo, Uganda, Burundi, Kenia, Congo, Zambia, Tanzania, Malawi, Mozambique, Ruanda, Sudáfrica, Estados Unidos de América, Italia, España, Portugal, Malasia y Países Bajos**. Se detectaron casos relacionados con viajes a zonas endémicas en **Reino Unido, Alemania, Bélgica, Namibia y Grecia**.

VII.2.A. SITUACIÓN EN ÁFRICA

En los últimos doce meses, hasta el 16 de noviembre de 2025, 27 países notificaron 46.535 casos confirmados, incluidas 206 muertes. Los tres países con más casos son la República Democrática del Congo (24.529 casos), Uganda (7.897) y Sierra Leona (5.442).

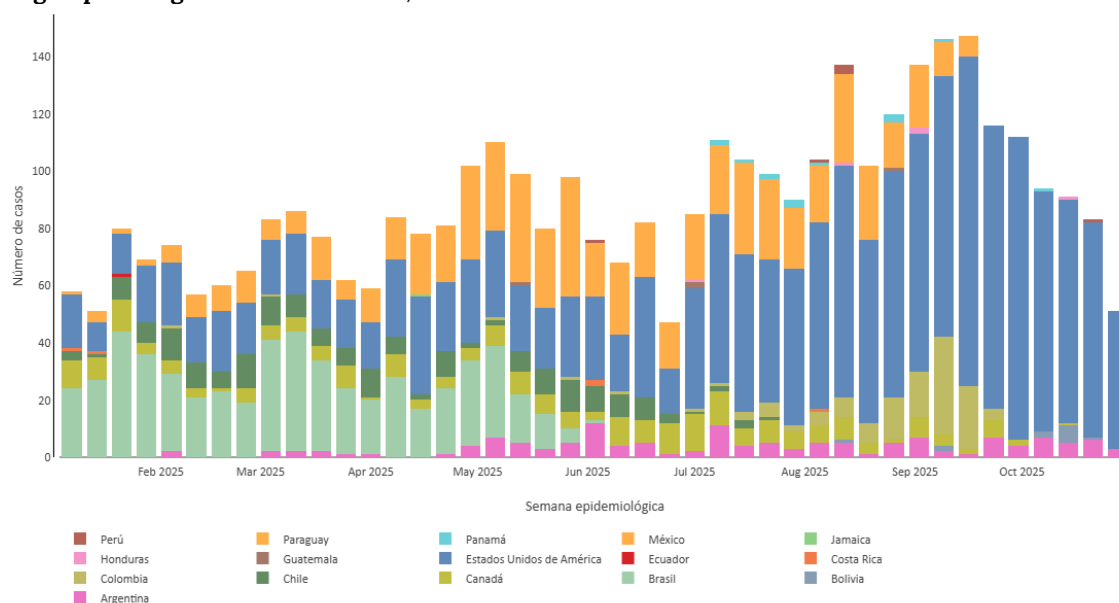
Este indicador debe interpretarse con cautela, ya que los casos sospechosos de mpox se registran según distintas definiciones de casos nacionales. Además, no todos los países cuentan con sistemas de vigilancia sólidos para mpox, lo que significa que es probable que los recuentos de casos notificados subestimen el alcance de la transmisión comunitaria.

VII.2.B. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS²⁸

Respecto de la situación regional, según la última actualización epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 44 de 2025 fueron notificados en la Región de las Américas 3.815 casos de mpox, con tres defunciones.

Los países de la región que detectaron casos de mpox durante 2025 son los siguientes: Estados Unidos (1.882 casos), México (657, con 3 fallecidos), Brasil (541), Canadá (236), Chile (180), Colombia (127), Panamá (14), Bolivia (12), Perú (6), Costa Rica (5), Honduras (5), Paraguay (4), Guatemala (4), Ecuador (1) y Jamaica (1) (Gráfico 1). En las últimas cuatro semanas fueron notificados casos en Estados Unidos, Canadá, Honduras, Panamá, Perú y Bolivia.

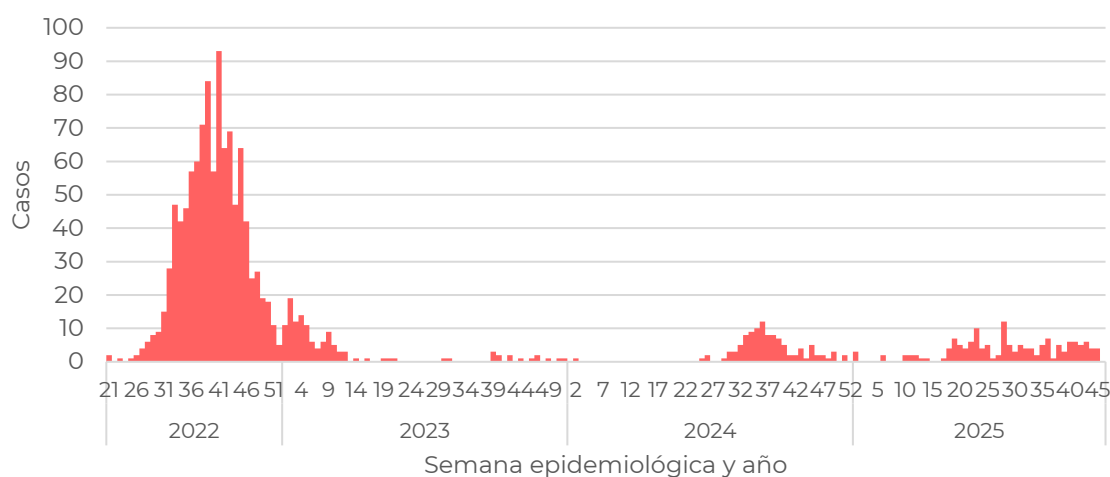
²⁸ Disponible en: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/>

Gráfico 1. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según país. Región de las Américas, SE1 a SE44 2025.

Fuente: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/>

VII.3. Situación en Argentina

Durante el año 2022 (año epidémico), a partir de la SE 21, fueron notificados 1.024 casos confirmados. En 2023 se notificaron 124 casos confirmados, principalmente en la primera mitad del año, mientras que en 2024 se confirmaron 107 casos, concentrados en la segunda mitad del año. Durante el año en curso, entre las SE 1 y 47 de 2025 se han notificado 351 casos, de los cuales 149 fueron confirmados (Gráfico 2).

Gráfico 2. Casos confirmados de mpox por semana epidemiológica de fecha mínima²⁹. Argentina, SE21/2022 a SE47/2025. (N=1404)

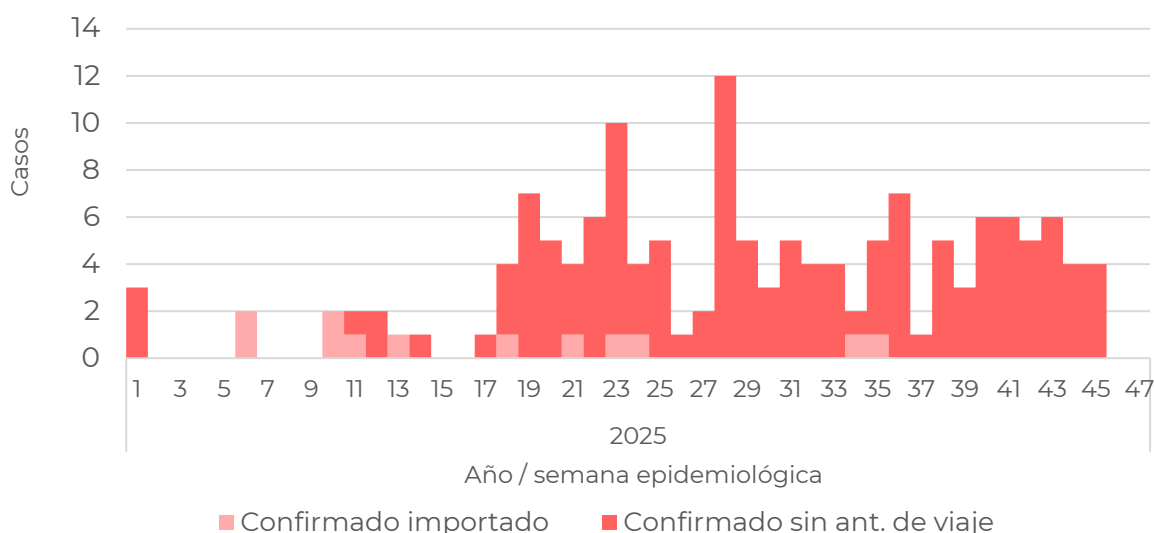
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

²⁹ La fecha mínima se construye según una jerarquía que prioriza la mayor cercanía al momento de inicio de la enfermedad: con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra, y, por último, la de notificación si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.

Para mayor información sobre de los casos notificados en años previos, dirigirse a: [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 N° 737](#) y [Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 N° 685](#).

Para el año en curso, se observa un aumento de casos desde la SE 18, una disminución en la SE 26 y un nuevo aumento desde la SE 28, con un pico de 12 casos en dicha semana. En las últimas semanas se confirmaron en promedio cinco casos por semana (Gráfico 3).

Gráfico 3. Casos confirmados de mpox según antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1 a SE47/2025. (N=149)



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

El 93% de los casos confirmados de 2025 residen en jurisdicciones de la región Centro, principalmente en CABA (64%) y Buenos Aires (26%) (Tabla 1).

En las últimas cuatro semanas se confirmaron 14 nuevos casos. Dichos casos corresponden a residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (13 casos) y Buenos Aires (1). El total corresponde a personas de sexo masculino, con una mediana de edad de 35 años. En aquellos casos que consignan información (n=5), el principal antecedente epidemiológico son las relaciones sexuales con hombres (3 casos). Ninguno consigna antecedente de viaje o contacto con viajero.

Tabla 1. Casos notificados y confirmados de mpox según jurisdicción de residencia. Argentina, SE1 a SE47/2025.

Provincia	Confirmados SE 1 a 47 2025	Confirmados notificados en la última semana	Confirmados notificados en las últimas 4 semanas	Total de notificaciones 2025
Buenos Aires	38	0	1	103
CABA	95	1	13	161
Córdoba	5	0	0	17
Entre Ríos	0	0	0	2
Santa Fe	0	0	0	4
Centro	138	1	14	287
Mendoza	5	0	0	29
San Juan	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0
Cuyo	5	0	0	29
Chaco	0	0	0	0
Corrientes	1	0	0	3
Formosa	0	0	0	2
Misiones	0	0	0	1
NEA	1	0	0	6
Catamarca	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	2
La Rioja	0	0	0	0
Salta	2	0	0	15
Santiago del Estero	0	0	0	0
Tucumán	1	0	0	2
NOA	3	0	0	19
Chubut	0	0	0	1
La Pampa	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	2
Santa Cruz	2	0	0	6
Tierra del Fuego	0	0	0	1
SUR	2	0	0	10
Total PAIS	149	1	14	351

Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

Hasta el momento, se realizaron estudios para la identificación de clado en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS “Carlos Malbrán” en 122 de los casos confirmados, identificándose en todos ellos el clado II.

VII.4. Recomendaciones para el equipo de salud

- Las principales medidas para disminuir el riesgo de propagación de la enfermedad consisten en la identificación temprana de los casos, las medidas aislamiento de casos y rastreo de contactos.
- En el marco de la prevención combinada del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual, la evaluación de una persona con sospecha o confirmación de mpox debe ser una oportunidad para ofrecer en forma sistemática servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y otras ITS, y para articular el manejo de la mpox en las personas con diagnóstico de VIH conocido a servicios de atención de enfermedad avanzada por VIH.
- No se recomienda la vacunación masiva ni de la población general. La vigilancia epidemiológica debe intensificarse para proveer la información suficiente para identificar a las personas con mayor riesgo de infección y, por lo tanto, la prioridad si se lleva a cabo la vacunación. Actualmente la principal medida de salud pública para interrumpir la

transmisión de la enfermedad es la identificación efectiva de casos, implementando medidas de control de la transmisión, aislamiento, y el rastreo de contactos para su seguimiento en caso de desarrollar clínica compatible.

- Los equipos de salud de todo el país deben estar preparados para sospechar la enfermedad, asistir de manera adecuada a las personas afectadas -incluyendo las medidas de protección del personal de salud-, recabar la información necesaria para caracterizar epidemiológicamente los casos e implementar las medidas de aislamiento y rastreo de contactos de forma inmediata (ante la sospecha).

VII.5. Vigilancia Epidemiológica

Una vigilancia epidemiológica sensible y de calidad es indispensable para lograr la identificación temprana de los casos, una correcta anamnesis, registro y notificación que permita las acciones de control. Para ello los equipos de salud de todo el país deben estar preparados para sospechar la enfermedad, asistir de manera adecuada a las personas afectadas -incluyendo las medidas de protección del personal de salud-, con foco en el manejo de las complicaciones potenciales; recabar la información necesaria para caracterizar epidemiológicamente los casos e implementar las medidas de aislamiento y rastreo de contactos de forma inmediata ante la sospecha.

Es importante tener en cuenta que una vigilancia sensible incluye facilitar la accesibilidad de la población a la atención oportuna y de calidad, eliminando todas las posibles barreras de acceso, principalmente las que puedan relacionarse con cualquier tipo de discriminación o estigma relacionado con la enfermedad, con las poblaciones que son desproporcionadamente afectadas por la mpox o con las prácticas potencialmente asociadas a su transmisión.

En vistas a la potencial introducción del Clado Ib a través de viajeros infectados, resulta de suma importancia indagar al momento de realizar la entrevista epidemiológica a las personas que resulten tener síntomas compatibles con la enfermedad acerca de antecedente de viaje a África o contacto con viajeros a países donde está circulando el virus.

VII.5.A. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

- Toda persona que presente exantema característico*, sin etiología definida, de aparición reciente (menor a 7 días) y que se localiza en cualquier parte del cuerpo (incluyendo lesiones genitales, perianales, orales o en cualquier otra localización) aisladas o múltiples; o que presente proctitis (dolor anorrectal, sangrado) sin etiología definida**. Y al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos*** dentro de los 21 días previos al inicio de los síntomas:
 - Contacto físico directo, incluido el contacto sexual, con un caso sospechoso o confirmado.
 - Contacto con materiales contaminados -como ropa o ropa de cama-, por un caso sospechoso o confirmado.
 - Contacto estrecho sin protección respiratoria con un caso sospechoso o confirmado.
 - Relaciones sexuales con una o más parejas sexuales nuevas, múltiples u ocasionales,

Ó

- Toda persona que haya estado en contacto directo con un caso de mpox sospechoso o confirmado,

Y presente, entre 5 y 21 días del contacto de riesgo, uno o más de los siguientes signos o síntomas:

- Fiebre >38,5° de inicio súbito
- Linfadenopatía
- Astenia
- Cefalea
- Mialgia
- Malestar general
- Lesiones cutáneo mucosas
- Proctitis

Ó

- Toda persona que no presenta o refiere un antecedente epidemiológico claro, que presente lesiones cutáneo-mucosas características* con una evolución compatible y en el que haya una alta sospecha clínica.

* Exantema característico: lesiones profundas y bien delimitadas, a menudo con umbilicación central y progresión de la lesión a través de etapas secuenciales específicas: máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras, que pueden evolucionar a la necrosis que no correspondan a las principales causas conocidas de enfermedades exantemáticas (varicela, herpes zoster, sarampión, herpes simple, sífilis, infecciones bacterianas de la piel). No obstante, no es necesario descartar por laboratorio todas las etiologías para estudiar al caso para mpox.

** En el caso de proctitis y/o úlceras genitales se deben investigar también en forma conjunta los diagnósticos de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Treponema pallidum*, entre otros.

*** Indagar sobre viajes o contacto con viajeros especificando la procedencia, en particular provenientes de los países de África con circulación conocida de Clado Ib.

Caso confirmado

- Todo caso sospechoso con resultados detectables de PCR para Orthopox del grupo eurasiático-africano o de PCR en tiempo real para virus MPX genérica o específica de los Clados.

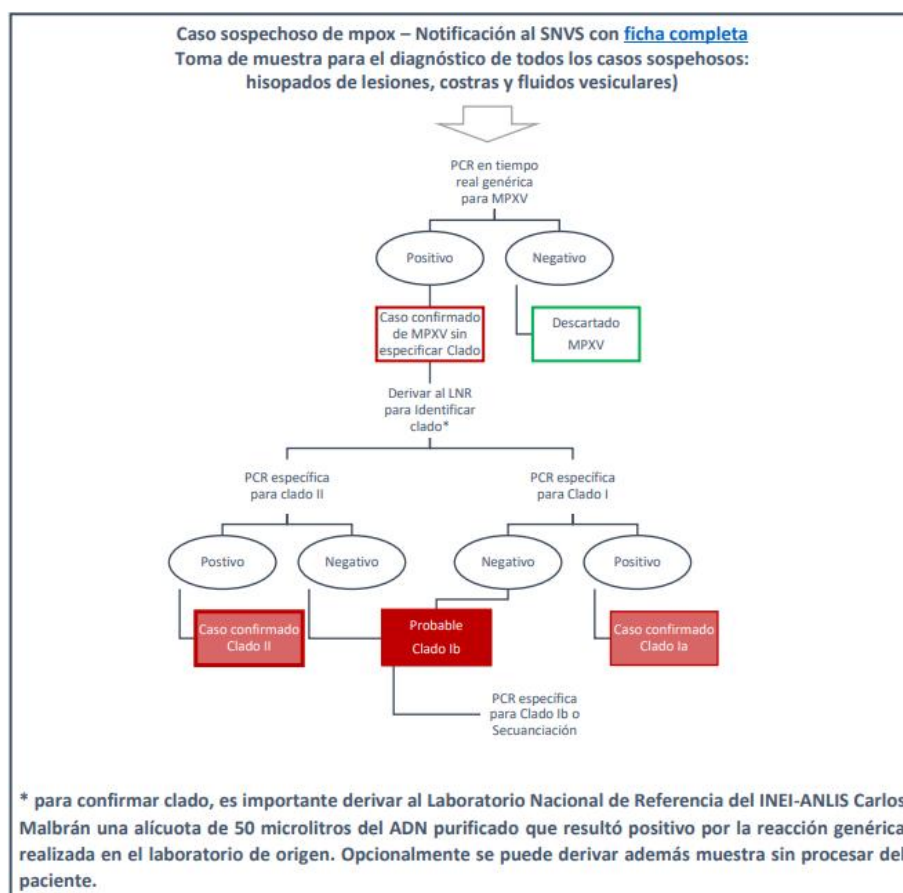
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión de laboratorio cuando se analizan muestras clínicas se aconseja limitar la cantidad de personal que analiza las muestras, evitar cualquier procedimiento que pueda generar aerosoles y usar el equipo de protección personal. Las normas nacionales e internacionales sobre el transporte de sustancias infecciosas deben seguirse estrictamente durante el embalaje de las muestras y el transporte al laboratorio de referencia.

VII.5.B. NOTIFICACIÓN

Los casos deben notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, al evento Viruela Símica (mpox) de forma inmediata ante la sospecha.

VII.6. Algoritmo de diagnóstico y notificación de Mpox

- Se debe notificar el caso al SNVS dentro de las 24hs. Grupo de evento: Viruela / Evento: mpox (ex viruela símica).



VII.7. Medidas ante casos sospechosos

- Se recomienda el aislamiento de todo caso sospechoso hasta la obtención del resultado de laboratorio (confirmado o descartado); en caso de confirmarse, continuar el aislamiento hasta que todas las costras de las lesiones se hayan caído y haya formado una nueva capa de piel.
- Si no se puede realizar aislamiento permanente se deberá implementar medidas para la minimizar el riesgo de la transmisión (cubrir las lesiones, utilizar barbijo quirúrgico bien ajustado, cubriendo nariz, boca y mentón, evitar contacto con personas vulnerables, evitar el contacto estrecho con otras personas, ventilar los ambientes).
- Realizar la investigación epidemiológica correspondiente, incluyendo los antecedentes epidemiológicos, características clínicas e información sobre contactos estrechos, garantizando la privacidad, el trato digno y la completitud de la información.
- Realizar la notificación dentro de las 24 horas.
- En caso de que se necesite hospitalización, debe realizarse en una habitación individual con baño privado y eventualmente internación por cohortes.
- Si el paciente precisa moverse por fuera de la habitación, debe hacerlo siempre con barbijo quirúrgico y cubriéndose las heridas.
- La movilidad del paciente fuera de su habitación debe limitarse a lo esencial para realizar procedimientos o métodos diagnósticos que no puedan llevarse a cabo en ella. Durante el transporte, el paciente debe utilizar barbijo quirúrgico y las lesiones cutáneas deben estar cubiertas.

- Se debe establecer el correcto manejo de casos para evitar la transmisión nosocomial, con un adecuado flujo desde el triaje hasta las salas de aislamiento, en cualquier nivel de atención, evitando el contacto con otras personas en salas de espera y/o salas de hospitalización de personas internadas por otras causas.
- El personal de salud que atienda casos sospechosos o confirmados debe utilizar protección para los ojos (gafas protectoras o un protector facial que cubra el frente y los lados de la cara), barbijo quirúrgico, camisolín y guantes desechables.
- Durante la realización de procedimientos generadores de aerosoles deben utilizarse barbijos tipo máscaras N95 o equivalentes.
- El aislamiento domiciliario debe realizarse en una habitación o área separada de otros convivientes durante todas las etapas de la enfermedad hasta que todas las lesiones hayan desaparecido, se hayan caído todas las costras y surja piel sana debajo.
- Si durante el aislamiento domiciliario el paciente requiere atención médica debe comunicarse con el sistema de salud.
- Las personas convivientes deben evitar el contacto con el caso sospechoso o confirmado, especialmente contacto de piel con piel.
- No se debe compartir ropa, sábanas, toallas, cubiertos, vasos, platos, mate, etc.
- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y embarazadas durante el período de transmisión.
- Ante el riesgo potencial de transmisión del virus de las personas enfermas a los animales, se recomienda que las personas con diagnóstico sospechoso o confirmado de mpox eviten el contacto directo con animales, incluidos los domésticos (como gatos, perros, hámsters, hurones, jerbos, cobayos), el ganado y otros animales en cautividad, así como la fauna silvestre. Las personas deben estar especialmente atentas a los animales que se sabe que son susceptibles, como los roedores, los primates no humanos, etc.
- Debe también evitarse el contacto de los residuos infecciosos con animales, especialmente roedores.

La sospecha o confirmación de mpox debe ser una oportunidad para ofrecer en forma sistemática el testeo para VIH y otras ITS.

VII.8. Medidas ante contactos

- La identificación de contactos debe iniciarse dentro de las 24hs.
- Verificar diariamente la posible aparición de cualquier signo o síntoma compatible, incluyendo medir la temperatura y verificar mediante autoevaluación si no han aparecido lesiones en la piel en cualquier parte del cuerpo, o si aparecen síntomas como cansancio/decaimiento, inflamación de los ganglios linfáticos, cefalea, dolores musculares, dolor de espalda.
- El contacto en seguimiento debe disponer de un teléfono para comunicarse con el equipo de seguimiento en caso de presentar síntomas y, en ese caso, una vía facilitada para su atención adecuada en un centro asistencial.
- Ante la aparición de cualquier síntoma debe considerarse un caso sospechoso y, como tal, realizar las acciones recomendadas ante casos sospechosos.
- El contacto deberá estar en seguimiento por el sistema de salud por 21 días para identificar el posible comienzo de síntomas compatibles.
- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y embarazadas.

Para más información, consultar el Manual para la vigilancia epidemiológica y control disponible en Argentina

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-05/2022-Manual_normas_y_procedimientos_vigilancia_y_control_ENO_22_05_2023_2.pdf

Manual para la vigilancia epidemiológica y control de la viruela símica en Argentina:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Manual_viruela_simica_10-08-2022.pdf

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Nueva_ficha_viruela_simica_11_08_2022.pdf

Más recomendaciones e información en:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/viruela-simica-mpox>

ALERTAS
EPIDEMIOOLÓGICAS
INTERNACIONALES

VIII. Introducción

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

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

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

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

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

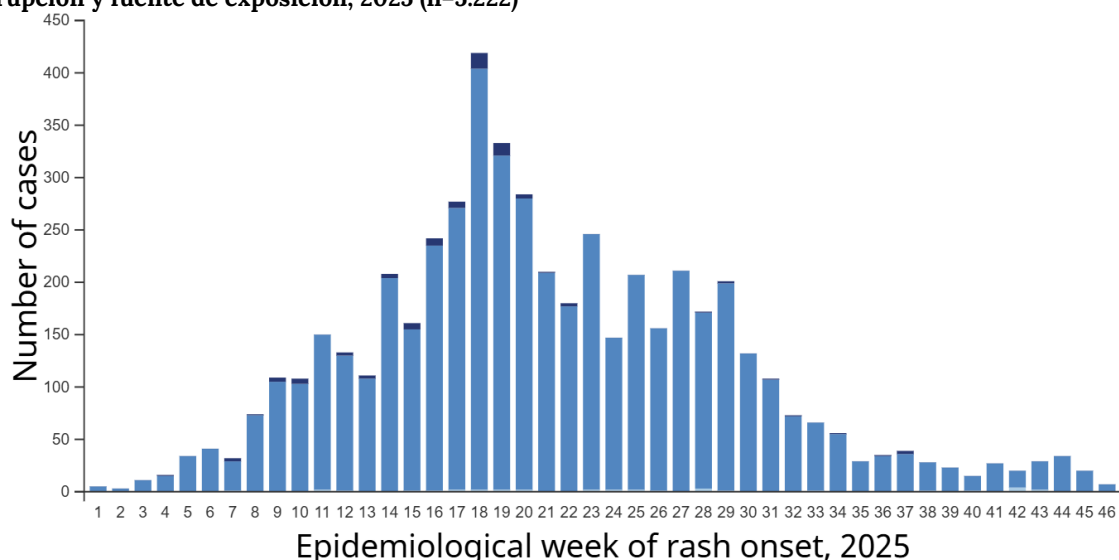
VIII.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión

VIII.1.A. CANADÁ³⁰

En 2025, se han notificado un total de 5.222 casos de sarampión (4.855 confirmados, 367 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 15 de noviembre de 2025.

En la semana 46 (del 9 al 15 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).

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=5.222)



VIII.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA³¹

Al 25 de noviembre de 2025, se notificaron un total de 1.798 casos confirmados de sarampión. De ellos, 1.775 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.

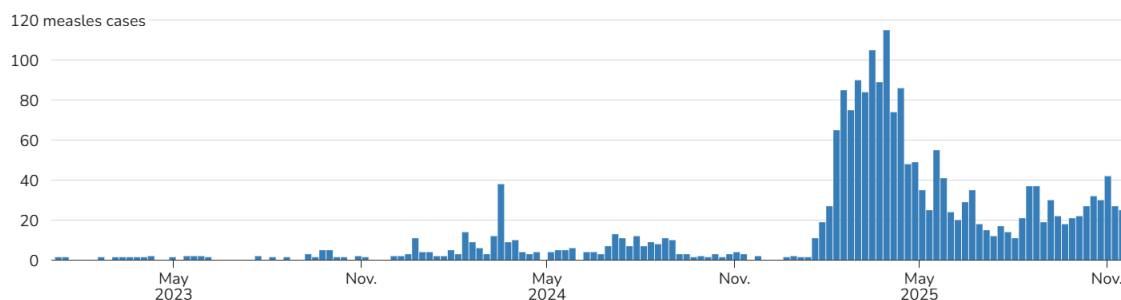
³⁰ <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>

³¹ <https://www.cdc.gov/measles/data-research/>

En 2025 se han notificado 46 brotes, y el 87% de los casos confirmados (1.573 de 1.798) están asociados a brotes. En comparación, durante 2024 se notificaron 16 brotes y el 69% de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a brotes.

En el 2025 hubo 3 muertes confirmadas por sarampión.

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



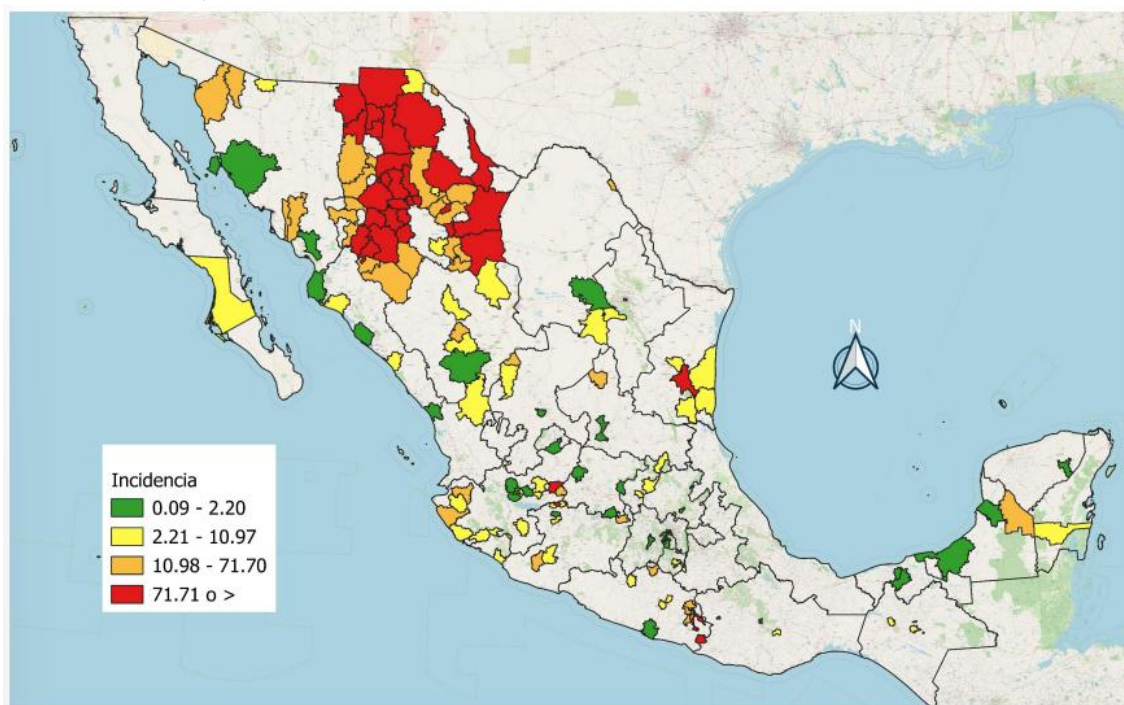
VIII.1.C. MÉXICO³²

Al 19 de noviembre, se han reportado 5.373 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 16 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 27 estados y 157 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 23 fallecimientos.

³² <https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2025?idiom=es>

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.

VIII.1.D. PARAGUAY³³

El 21 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 47 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.

³³ <https://dgvs.mspbs.gov.py/sarampion/>

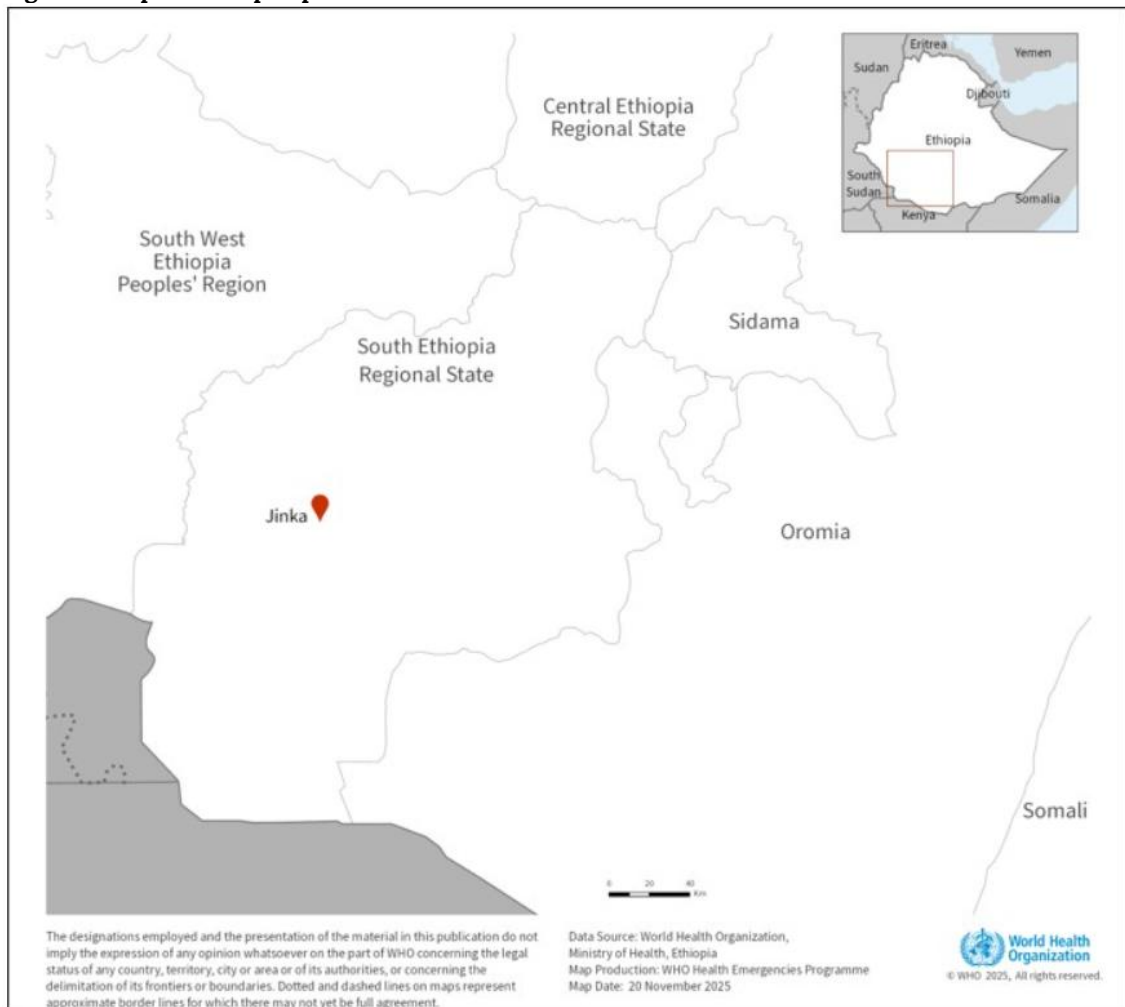
VIII.2. Enfermedad por el virus de Marburgo - Etiopía

Al 20 de noviembre de 2025, se han realizado 33 pruebas de laboratorio, de las cuales se han notificado seis casos confirmados, incluidos tres fallecidos. De los seis casos confirmados, tres se encuentran actualmente con vida y en tratamiento. Además de los casos confirmados por laboratorio, otros tres casos epidemiológicamente relacionados no pudieron ser analizados; los tres fallecieron y se registran como casos probables. Se ha identificado un total de 206 contactos, y los contactos están bajo seguimiento activo. El número de contactos seguirá cambiando a medida que evolucione la respuesta.

Clínicamente, los pacientes han presentado fiebre alta, dolor de cabeza, vómitos, dolor abdominal y diarrea acuosa o sanguinolenta. Se observaron manifestaciones hemorrágicas, incluidos sangrado nasal y vómito con sangre, en cinco casos, compatibles con fallo multiorgánico.

Dado que esta es la primera vez que Etiopía notifica MVD, la OMS recomienda que se compartan muestras con un laboratorio de referencia para la comparación interlaboratorial.

Figura 1: Mapa de Etiopía que muestra la ubicación de la ciudad de Jinka.



Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON585>

VIII.3. Difteria - Región de África (AFRO)

En 2025, del 1 de enero al 2 de noviembre, se han notificado un total de 20.412 casos sospechosos de difteria, incluidos 1.252 fallecidos (una tasa de letalidad [TdL] promedio del 6,1 %) en ocho Estados Miembros de la Región de África de la OMS (Argelia, Chad, Guinea, Mali, Mauritania, Níger, Nigeria y Sudáfrica). De estos casos sospechosos, 9.864 (48,3%) se han confirmado mediante pruebas de laboratorio, vínculo epidemiológico o diagnóstico clínico. La confirmación de laboratorio se realizó en el 5,7% (n = 1.177) de los casos sospechosos.

Las mujeres, los niños de 5 a 18 años y los adultos jóvenes menores de 30 años son los más afectados, lo que confirma que la brecha de inmunidad se extiende mucho más allá de la primera infancia. La situación se ha deteriorado aún más en Mali, Mauritania y Níger en las últimas semanas, con un aumento en el número de casos y en la expansión geográfica de los brotes notificados en estos países.

El resurgimiento de la difteria en varios países de la Región de África de la OMS constituye un grave problema de salud pública que llevó a su clasificación como una emergencia de grado 2 según el Marco de Respuesta ante Emergencias de la OMS. La detección oportuna de casos, la respuesta coordinada y el manejo clínico siguen siendo fundamentales para limitar la transmisión y reducir las altas tasas de letalidad observadas en brotes recientes. Sin embargo, los esfuerzos de respuesta se ven obstaculizados por la escasez mundial de toxina anti difteria (TAD) y la limitada capacidad diagnóstica de laboratorio.

El control eficaz del brote requiere una acción integral y multisectorial en todos los pilares de respuesta, incluida la coordinación de emergencias, la confirmación de laboratorio, la vigilancia reforzada y la búsqueda de casos, el manejo clínico con TAD para salvar vidas y antibióticos apropiados (de acuerdo con las directrices de la OMS), y la prevención y el control de infecciones (PCI). Los esfuerzos sostenidos de vacunación, junto con la comunicación de riesgos y la participación comunitaria (CRPC), son esenciales para interrumpir la transmisión y proteger a las poblaciones de alto riesgo. Además, prevenir la reaparición de brotes de difteria en la Región de África requerirá el fortalecimiento de los sistemas de salud, particularmente mediante una sólida cobertura de inmunización de rutina.

VIII.3.A. RESUMEN DE LAS SITUACIONES INDIVIDUALES POR PAÍS DEL 1 DE ENERO AL 2 DE NOVIEMBRE DE 2025

Argelia

Argelia notificó un brote de difteria en octubre de 2025 en la provincia de Skikda, con 13 casos sospechosos y dos muertes (TdL 15%). Ocho de los casos sospechosos fueron confirmados por laboratorio, y ninguno de los casos confirmados había recibido vacunación contra la difteria. El brote afectó tanto a niños como a adultos, y los hombres representaron el 62,5% de los casos confirmados. Un brote previo en el sur de Argelia, notificado en 2024, involucró más de 900 casos sospechosos y 119 muertes (TdL 13%). Según las estimaciones de cobertura nacional de inmunización de la OMS/UNICEF (WUENIC) para 2024, Argelia tiene una alta cobertura nacional de inmunización (98% para la primera dosis de DTP (difteria, tétanos, pertussis-tos ferina) y 92% para la tercera). Sin embargo, la inestabilidad geopolítica en los países vecinos ha generado desplazamientos masivos hacia el sur de Argelia, donde la cobertura de vacunación entre los refugiados es baja. La falta de datos desde mayo de 2025 y la información limitada compartida son desafíos clave para evaluar el alcance total del brote.

Chad

Del 1 de enero al 2 de noviembre de 2025, Chad notificó 4 462 casos sospechosos de difteria y 47 muertes (TdL 1,1%), con solo cuatro casos confirmados por laboratorio. La cantidad significativa de casos sospechosos en comparación con la limitada cantidad de casos confirmados por laboratorio destaca el desafío del país para obtener un diagnóstico confirmado. El brote afecta a 27 de 215 distritos sanitarios en 7 de las 23 delegaciones provinciales de salud, con transmisión activa en tres regiones. La mayoría de los casos se encuentran entre niños de 3 a 13 años, y el estado de vacunación es desconocido para la gran mayoría. Chad enfrenta una crisis humanitaria compleja marcada por conflictos, desplazamientos e inseguridad alimentaria. El país alberga a más de 1,4 millones de refugiados, incluidos más de 870 000 refugiados sudaneses y 300 000 retornados chadianos. El sistema de salud está sobrecargado, y múltiples brotes de enfermedades infecciosas, incluidos fiebre amarilla, sarampión, cólera y hepatitis E, están ocurriendo simultáneamente. La OMS, UNICEF y MSF están apoyando los esfuerzos de respuesta, pero los desafíos incluyen informes retrasados, kits insuficientes de manejo de casos y limitaciones logísticas. Se ha presentado una solicitud a Gavi para el suministro de vacunas y financiamiento operativo para campañas de inmunización masivas. Según WUENIC, la cobertura de DTP en 2024 fue del 84% para la primera dosis y del 68% para la tercera.

Guinea

Guinea ha experimentado un resurgimiento de difteria desde junio de 2025, con 476 casos sospechosos y 123 muertes. La TdL entre los casos sospechosos es del 25,8%, la más alta entre los países afectados. El brote ha afectado a cuatro de las 38 prefecturas (11%), con transmisión de persona a persona concentrada en la región de Kankan, particularmente en el distrito de Siguiri, que representa más del 80% de los casos y fallecimientos notificados. La confirmación de laboratorio sigue siendo limitada, con solo 70 casos confirmados. El brote sigue a un evento importante en 2023 que afectó a múltiples regiones y resultó en más de 4 500 casos sospechosos. La respuesta en Guinea se ve obstaculizada por la demora en la búsqueda de atención médica, recursos insuficientes para el manejo clínico y el compromiso comunitario. El brote ocurre en zonas de minería aurífera con alta movilidad poblacional, lo que aumenta el riesgo de transmisión. Según WUENIC en 2024, la cobertura de inmunización sigue siendo baja (77% para la primera dosis de DTP y 63% para la tercera). Las necesidades urgentes incluyen suministro de TAD, mejora de las rutas clínicas y ampliación de los esfuerzos de vacunación.

Mali

Del 1 de enero al 2 de noviembre de 2025, Mali ha notificado 430 casos sospechosos de difteria y 29 muertes (TDL 6,7%), con 46 casos confirmados por laboratorio. El brote ha afectado a siete de las 11 regiones (64%), incluida la capital Bamako, con el número de distritos afectados aumentando de tres a 30 de 75 en menos de seis semanas, representando una rápida expansión geográfica. Mali atraviesa una crisis humanitaria compleja impulsada por conflictos, alteraciones climáticas y acceso limitado a servicios básicos. En 2025, 6,4 millones de personas requirieron asistencia humanitaria. El desplazamiento y el acceso restringido a la atención médica han contribuido a la baja cobertura de inmunización entre las poblaciones vulnerables. Según WUENIC en 2024, las estimaciones muestran una cobertura del 91% para la primera dosis de DTP y del 82% para la tercera. Los desafíos incluyen subnotificación, disponibilidad limitada de TAD y limitaciones logísticas. La respuesta al brote se ve obstaculizada por emergencias concurrentes y servicios de salud sobrecargados.

Mauritania

Del 1 de enero al 2 de noviembre de 2025, Mauritania ha notificado 849 casos sospechosos de difteria y 33 muertes (TDL 4%), con 318 casos confirmados. Tras una demora inicial, el brote se declaró oficialmente el 25 de septiembre de 2025 y se ha expandido rápidamente a 11 de 53 departamentos (21%). Se ha observado un aumento de casos desde finales de septiembre. Los grupos de edad más afectados son niños y adolescentes de 5 a 19 años, y las mujeres representan el 60% de los casos sospechosos. Solo el 10% de los casos tienen antecedentes de vacunación documentados. Mauritania alberga el mayor campamento de refugiados de malienses, con más de 118.000 refugiados, en su mayoría mujeres y niños. El brote coincide con un brote de fiebre del Valle del Rift en algunas de las mismas regiones. Los esfuerzos de respuesta enfrentan desafíos debido a la movilización limitada de recursos, la debilidad en la búsqueda activa de casos y la insuficiente sensibilización comunitaria. Se han iniciado campañas de vacunación reactiva, pero persisten brechas en financiamiento, logística y capacitación del personal sanitario. Según WUENIC en 2024, la cobertura de inmunización es relativamente alta (95% para la primera dosis de DTP y 86% para la tercera), pero persisten disparidades subnacionales.

Níger

Del 1 de enero al 2 de noviembre de 2025, Níger ha notificado 1.926 casos sospechosos de difteria y 122 muertes (TDL 6,3%), con 765 casos confirmados por laboratorio. El brote ha afectado a 34 de 72 distritos sanitarios (47%) en ocho regiones, con la mayoría de los casos concentrados en Agadez, Diffa y Zinder. En comparación con 2024, se han notificado menos casos y muertes, pero la transmisión sigue activa. Níger enfrenta una crisis humanitaria prolongada impulsada por inseguridad, alteraciones climáticas, presiones económicas y desplazamientos. Se estima que 2,6 millones de personas requieren asistencia humanitaria. Según WUENIC en 2024, la cobertura de inmunización es relativamente alta (95% para la primera dosis de DTP y 86% para la tercera), pero los brotes recientes ponen de manifiesto brechas en el acceso y entrega de vacunas. Una campaña de vacunación en septiembre de 2025 logró una alta cobertura, y se planea una segunda ronda. Los desafíos incluyen capacidad limitada de diagnóstico y tratamiento, cantidades insuficientes de vacunas, bajo conocimiento público y restricciones de financiamiento.

Nigeria

Nigeria continúa notificando el mayor número de casos de difteria en la Región de África. Del 1 de enero al 2 de noviembre de 2025, se han notificado 12 150 casos sospechosos, con 8 587 confirmados y 884 muertes (TDL 7,2%). Se han confirmado casos en 240 Áreas de Gobierno Local en 30 estados. La mayoría de los casos son clínicamente compatibles, con solo el 3% confirmado por laboratorio. El brote ha afectado desproporcionadamente a niños y adolescentes, con baja cobertura de vacunación que contribuye a la propagación. En Nigeria, más de 2 millones de niños están subvacunados, incluidos aquellos sin ninguna dosis, lo que resalta el alto riesgo de mayor propagación. Se han realizado campañas reactivas en Imo, Kaduna y Lagos, dirigidas a trabajadores de la salud y poblaciones prioritarias. El brote se superpone con las áreas priorizadas por la iniciativa Big Catch-up. Los desafíos incluyen confirmación tardía en laboratorio, prácticas deficientes de IPC, materiales limitados de información, educación y comunicación, y escasez de vacunas. Están en curso discusiones con Gavi para asegurar apoyo adicional. Según WUENIC en 2024, las estimaciones muestran una cobertura del 71% para la primera dosis de DTP y del 67% para la tercera.

Sudáfrica

Del 1 de enero al 26 de octubre de 2025, Sudáfrica ha notificado 106 casos de difteria, incluidos 66 casos respiratorios confirmados por laboratorio, dos casos cutáneos confirmados por laboratorio, un caso respiratorio probable y 37 portadores asintomáticos. El brote ha afectado a 5 de 9 provincias (55%), lo que destaca la participación de múltiples provincias. La mayoría de los casos y portadores proceden de Western Cape, con agrupamientos adicionales en Limpopo, Gauteng, KwaZulu-Natal y Mpumalanga. La TDL entre los casos respiratorios probables y confirmados fue del 18% (12/67). La mayoría de los casos respiratorios ocurrieron en adultos de 18 años o más. Se han documentado agrupamientos entre poblaciones vulnerables, incluidos individuos en establecimientos penitenciarios. Según WUENIC en 2024, la cobertura de inmunización sigue siendo inferior al 80% en la mayoría de las provincias (76% para la primera dosis de DTP y 74% para la tercera), y las brechas de inmunidad se están ampliando. La respuesta al brote enfrenta desafíos por prioridades en competencia, recursos humanos limitados y suministro global limitado de antitoxina diftérica. Se necesitan investigaciones detalladas de casos y evaluaciones de riesgo en profundidad para orientar intervenciones específicas.

Distribución geográfica de los brotes de difteria en la Región de África de la OMS, enero de 2025 hasta el 2 de noviembre de 2025



Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/DON588>

VIII.4.Actualización Epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas

Contexto mundial

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

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

Desde inicios del 2003 hasta el 29 de septiembre del 2025, se notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 991 casos humanos de influenza aviar A(H5N1), incluidas 476 defunciones (letalidad del 48%), en 25 países a nivel global.

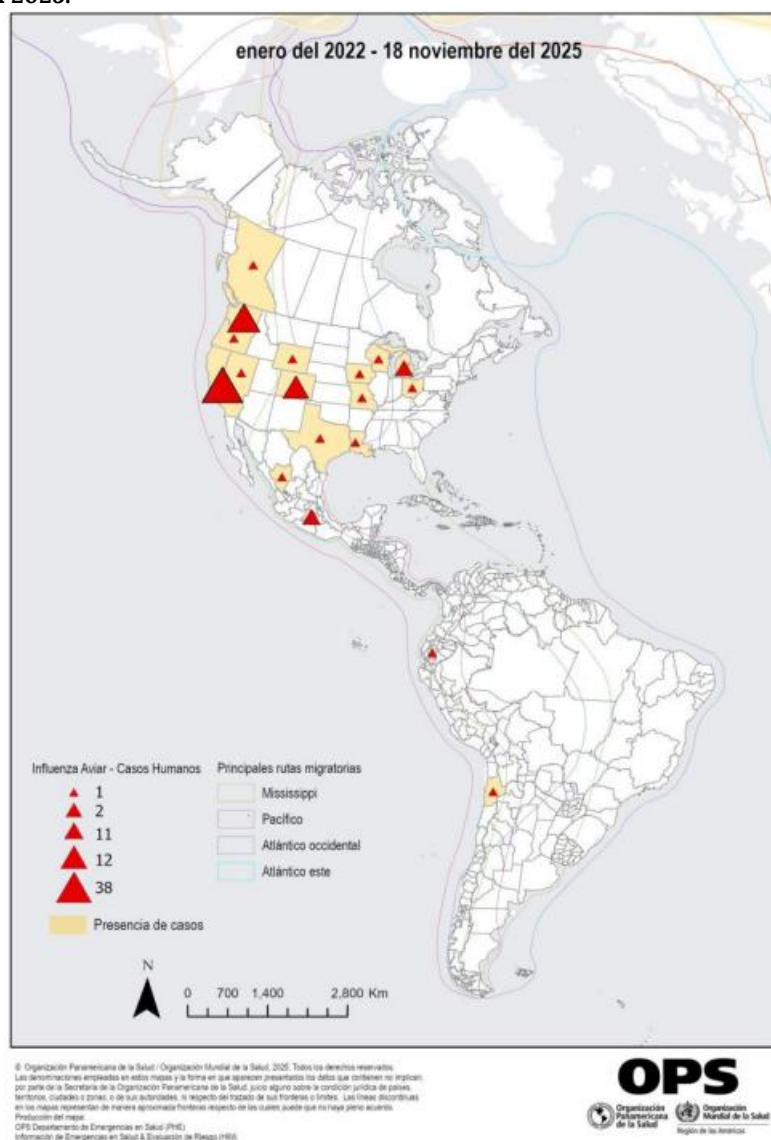
Resumen de la situación en la Región de las Américas

Desde la semana epidemiológica (SE) 16 del 2022 y hasta la SE 45 del 2025, un total de 19 países y territorios de la Región de las Américas reportaron a la OMSA 5.136 brotes animales de influenza aviar A(H5N1), lo que representa 73 brotes adicionales desde la última actualización epidemiológica sobre influenza aviar A(H5N1) publicada por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) el 15 de octubre del 2025.

Entre el 20 de abril del 2022 y el 18 de noviembre del 2025, un total de 75 infecciones humanas causadas por influenza aviar A(H5N1), incluyendo dos defunciones, han sido notificadas en cinco países de las Américas, sin casos adicionales con respecto a la última actualización epidemiológica sobre influenza aviar publicada por la OPS/OMS el 15 de octubre del 2025. Los casos humanos de influenza aviar A(H5N1) en las Américas se distribuyen de la siguiente manera: un caso en México notificado el 2 de abril del 2025, 71 casos en los Estados Unidos de América – uno en 2022 y 70 desde 2024, un caso en Canadá confirmado el 13 de noviembre del 2024, un caso en Chile notificado el 29 de marzo del 2023 y un caso en Ecuador notificado el 9 de enero del 2023.

Adicionalmente a estos casos confirmados de H5N1, los casos de infección humana más recientes de influenza aviar A(H5) notificados en la Región de las Américas se registraron en: México el 2 de octubre del 2025, el cual correspondió a un caso de H5N2, siendo el segundo caso humano de H5N2 identificado en México y en los Estados Unidos el 14 de noviembre del 2025, pendiente de caracterización.

Figura 1. Casos humanos de influenza aviar A(H5) en la Región de las Américas desde 2022 y hasta el 18 de noviembre del 2025.



Nota: Dos de los casos humanos registrados en México corresponden a influenza aviar A(H5N2) Fuente: Adaptado de la información disponible públicamente en las páginas web de los Ministerios de Salud y agencias nacionales oficiales.

VIII.4.A. SITUACIÓN POR PAÍS Y/O TERRITORIO DE BROTES EN ANIMALES EN 2025

En aves

En 2025, hasta la SE 45, se han notificado a la OMSA 508 brotes de influenza aviar en aves domésticas (n= 453) y/o silvestres (n= 55) en nueve países de la Región de las Américas: Argentina (n= 6), el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 1), Brasil (n= 19), Canadá (n= 61), los Estados Unidos (n= 389), Guatemala (n= 1), México (n= 8), Panamá (n= 1) y Perú (n= 22) (Tabla 1) (3). En el mismo periodo del 2024, se notificaron un total de 364 brotes en aves domésticas (n= 302) y/o silvestres (n= 62). Desde la actualización epidemiológica de la OPS/OMS sobre influenza aviar del 15 de octubre del 2025, se han notificado 73 brotes adicionales en aves. Adicionalmente de estos brotes, en 2025, hasta el 18 de noviembre, se registraron 3.932 detecciones de influenza

aviar A(H5N1) en aves silvestres en los Estados Unidos, 367 detecciones en Canadá y 239 en las Islas Malvinas.

En mamíferos

En 2025, hasta la SE 45, se han notificado a la OMSA 77 brotes en mamíferos silvestres (n= 15) y domésticos (n= 62) entre los Estados Unidos y Canadá. En el mismo periodo del 2024, se notificaron un total de 751 brotes en mamíferos silvestres (n= 40) y domésticos (n= 711). Desde la primera notificación de influenza A(H5N1) en ganado bovino lechero en marzo del 2024 en los Estados Unidos, se han identificado brotes en 18 estados,⁴ que afectaron a 1.082 rebaños lecheros hasta el 18 de noviembre del 2025. Desde la actualización epidemiológica de la OPS/OMS sobre la influenza aviar A(H5N1) del 15 de octubre del 2025, dos rebaños lecheros adicionales han sido afectados en los Estados Unidos.

Adicionalmente, hasta el 18 de noviembre, la Agencia Canadiense de Inspección de Alimentos (CFIA, por sus siglas en inglés) ha informado de 20 detecciones en mamíferos silvestres en Canadá en 2025 a través de su Tablero de Detección de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad - Fauna Silvestre.

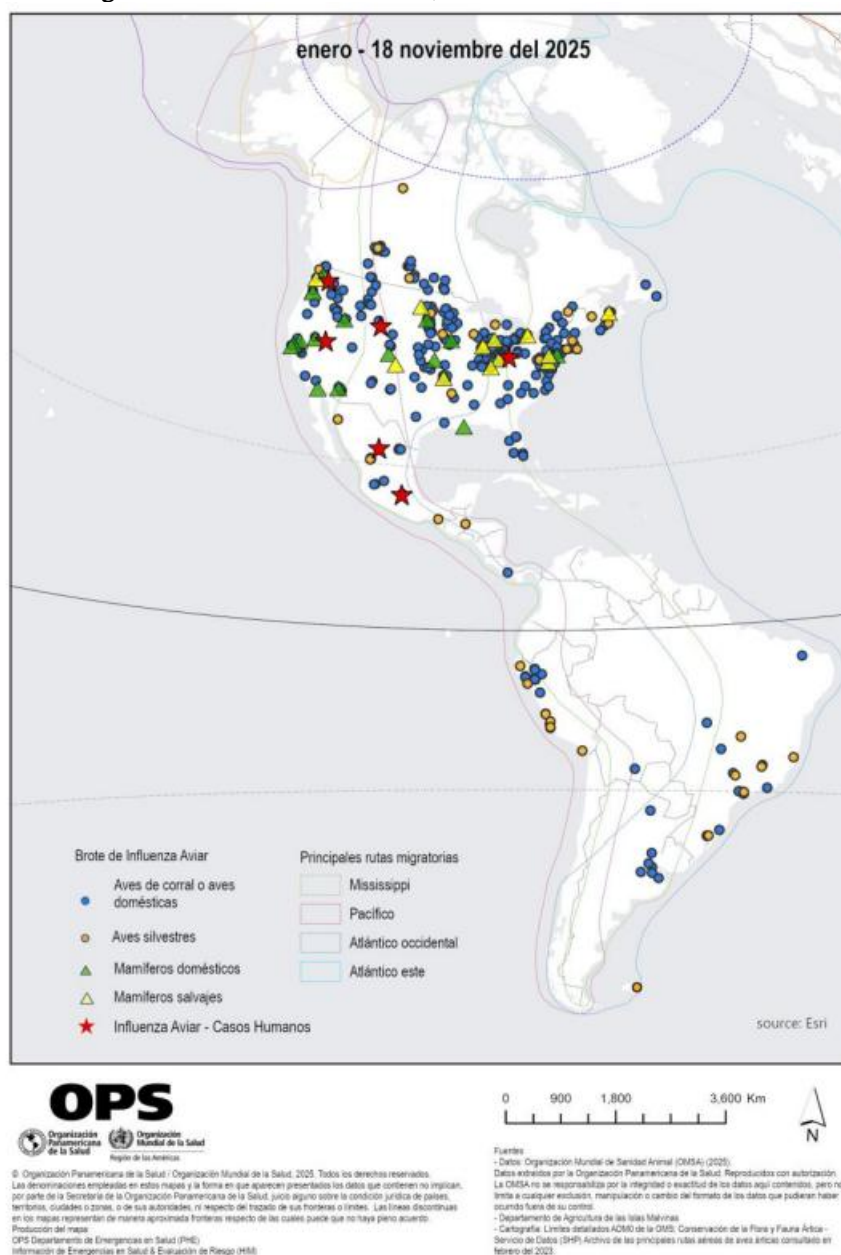
Tabla 1. Brotes de influenza aviar o detecciones en aves y mamíferos en la Región de las Américas en 2025, hasta el 18 de noviembre del 2025.

País/Territorio	En aves		En mamíferos	
	Silvestres	Domésticas	Silvestres	Domésticos
Argentina	No	Sí	No	No
Bolivia	No	Sí	No	No
Brasil	Sí	Sí	No	No
Canadá	Sí	Sí	Sí	No
Estados Unidos	Sí	Sí	Sí	Sí
Guatemala	Sí	No	No	No
Islas Malvinas	Sí	No	No	No
México	Sí	No	No	No
Panamá	No	Sí	No	No
Perú	Sí	Sí	No	No

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

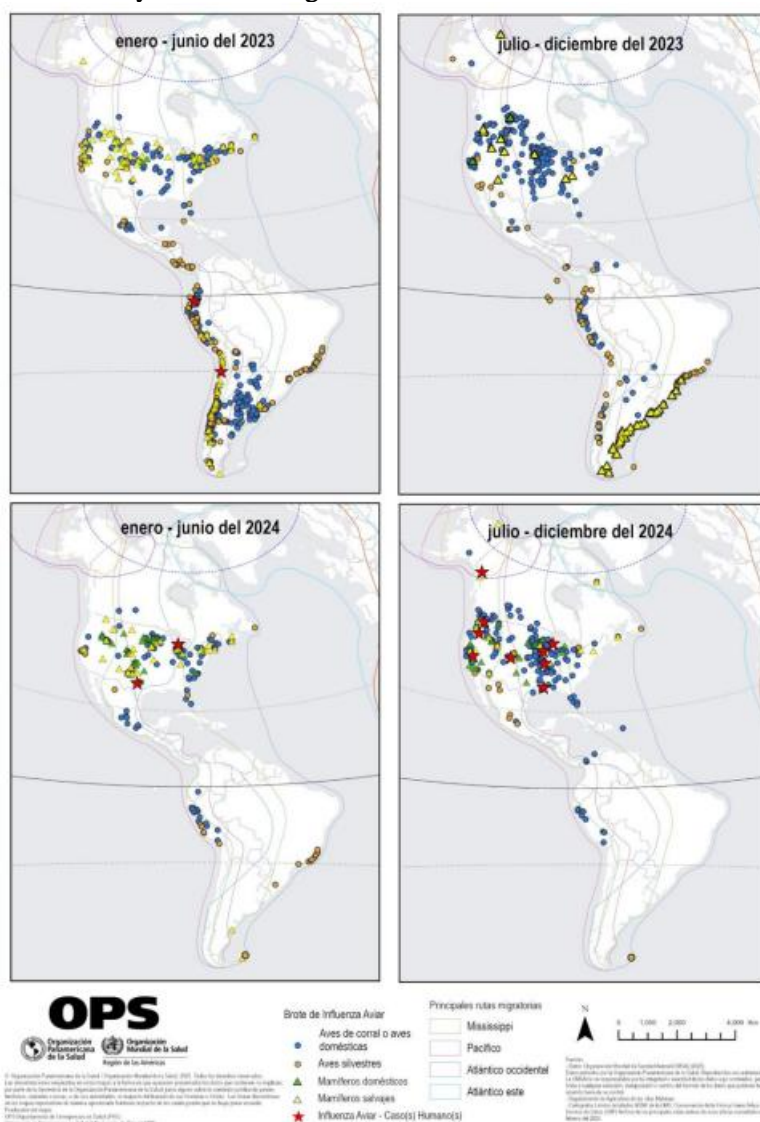
Una visualización geográfica de los brotes en animales, por tipo, en 2025, ilustrando las principales rutas migratorias en la Región de las Américas se presenta en la Figura 2, y los datos para el período del 2023 a 2024 se muestran en la Figura 3.

Figura 2. Brotes de influenza aviar por especies y principales rutas migratorias de aves silvestres por tipo de animal en la Región de las Américas en 2025, hasta el 18 de noviembre del 2025.



Nota: Dos de los casos humanos registrados en México corresponden a influenza aviar A (H5N2). Fuente: Adaptado de datos publicados por la Organización Mundial de Sanidad Animal y datos publicados en línea por Ministerios de Salud y agencias nacionales oficiales.

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



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

VIII.4.B. SITUACIÓN POR PAÍS DE CASOS HUMANOS EN 2025

Desde el inicio del 2025 y hasta la SE 45, se han notificado cuatro casos humanos de influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas, entre México (n= 1) y los Estados Unidos (n= 3). Desde la actualización epidemiológica de la OPS/OMS sobre la influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas del 15 de octubre del 2025, el caso de infección humana por influenza A(H5) más reciente se confirmó en Estados Unidos el 14 de noviembre del 2025.

El caso reportado previamente en México el 30 de septiembre del 2025, que había sido clasificado inicialmente como influenza aviar A(H5), correspondió finalmente a influenza aviar A(H5N2), siendo el segundo caso humano de H5N2 identificado en México.

El caso humano de influenza A(H5) más recientemente confirmado, corresponde a un caso notificado el 14 de noviembre del 2025, por los **Estados Unidos de América**, en el Estado de Washington. El caso corresponde a una persona de 18 años o más, que presentaba enfermedades

subyacentes. En noviembre, el caso acudió al hospital e inició tratamiento. La investigación identificó que el caso tenía aves de traspatio. Las investigaciones epidemiológicas sobre el historial de exposición del caso continúan en curso.

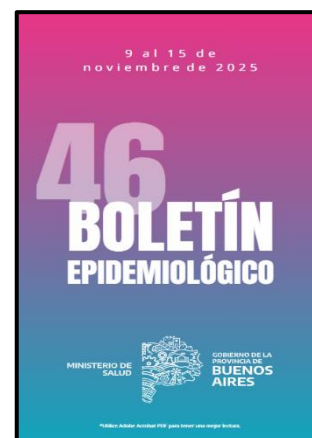
Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-influenza-aviar-ah5n1-region-america-24-noviembre-2025>

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

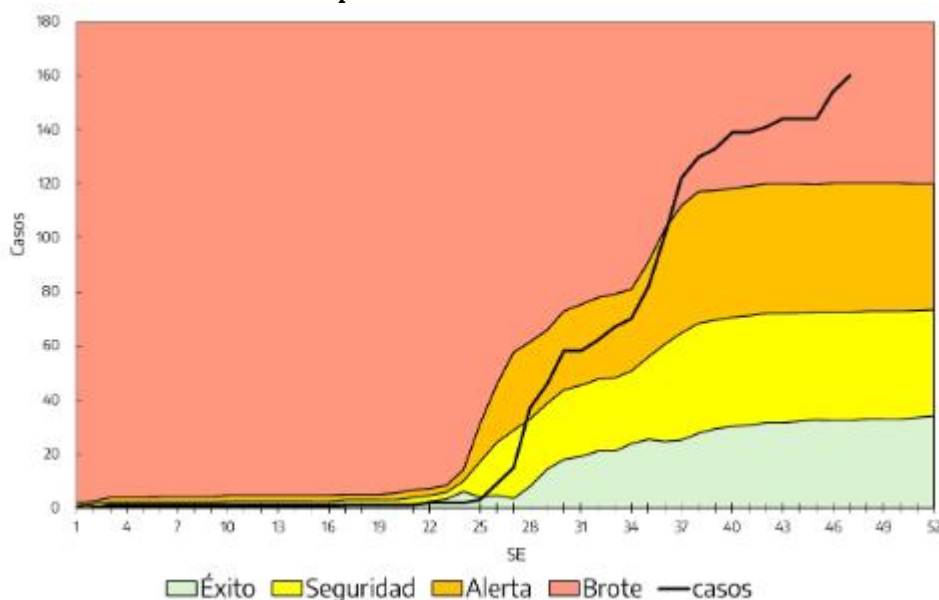
IX. Boletines Jurisdiccionales

IX.1. Buenos Aires: Triquinosis

Desde la semana epidemiológica (SE) 1 hasta el 20 de noviembre (SE 47), en la PBA se notificaron 240 casos sospechosos de triquinosis, de los cuales se confirmaron 160 casos, 5 descartados y 75 continúan en estudio.



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



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

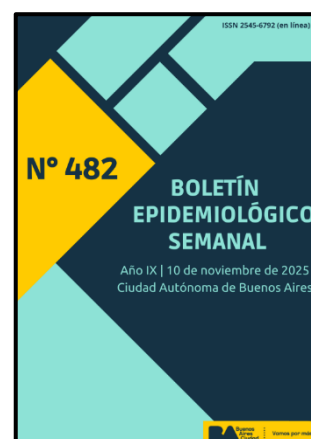
Fuente. SNVS 2.0. Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

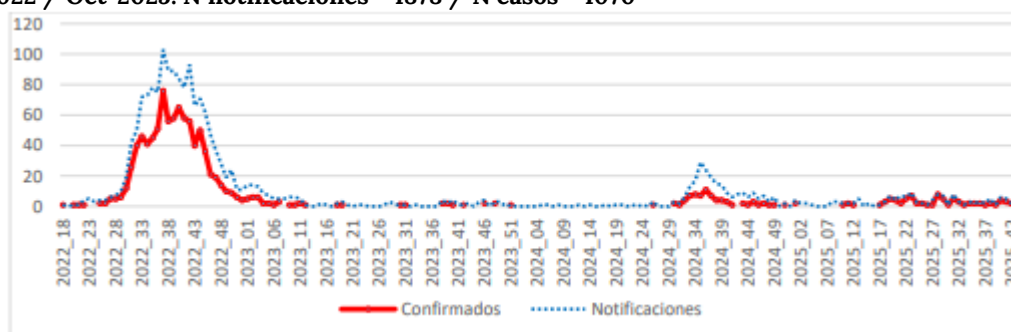
<https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2025>

IX.2. CABA: Vigilancia Viruela Símica

En 2024-25, en el período comprendido entre la SE 1 de 2024 y las SE 45 de 2025 fueron notificados en total 376 residentes, que se distribuyeron de la siguiente manera: 162 casos confirmados, 156 descartados y 58 casos que se encuentran en investigación. De los 162 casos confirmados, un caso requirió internación, la cual transcurrió con resolución favorable.



Notificaciones y casos confirmados viruela símica. Residentes CABA - por año y semana epidemiológica Abr-2022 / Oct-2025. N notificaciones = 1878 / N casos = 1070



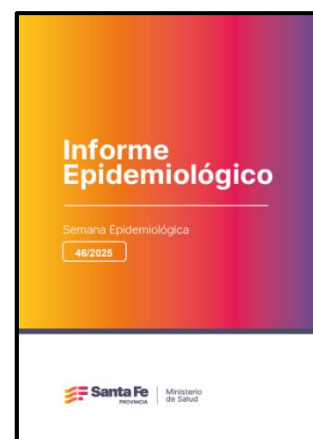
Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0

Para más información:

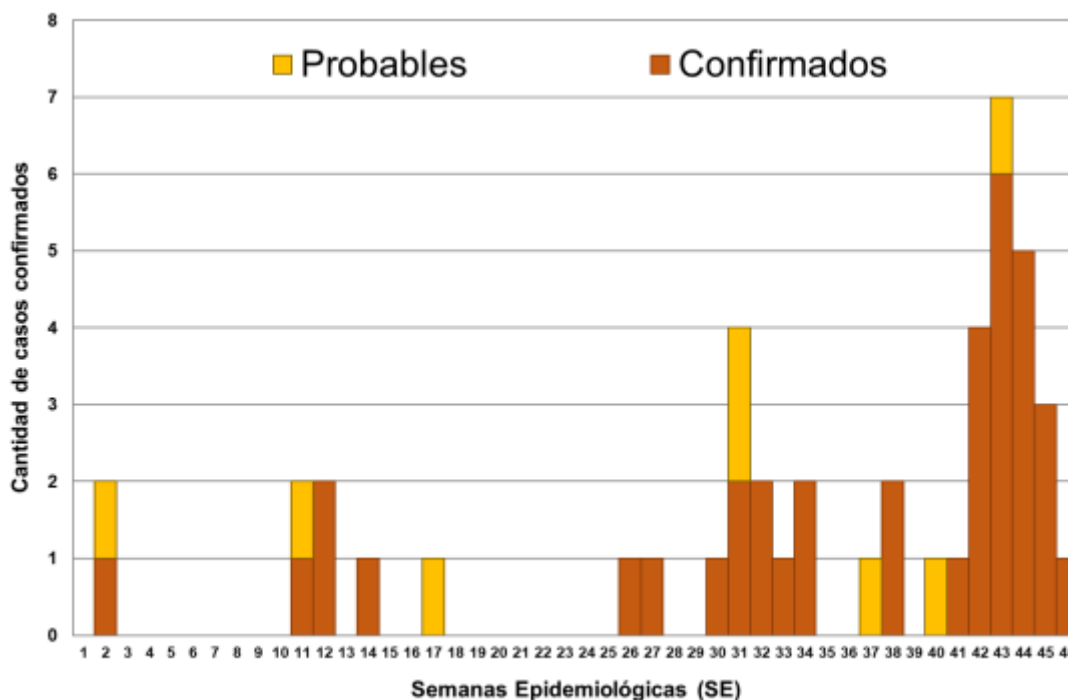
<https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2025>

IX.3. Santa Fe: Coqueluche

En la Provincia de Santa Fe entre la SE 1 y 46 de 2025, se notificaron un total de 217 casos al evento de Coqueluche, de los cuales 37 se confirmaron y 8 se clasificaron como probables. De los 30 casos confirmados, 32 casos corresponden al departamento Rosario, 3 casos al departamento La Capital, un caso al departamento General López y un caso al departamento Caseros.



Distribución de casos confirmados (n= 37) y probables (n= 8) según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 46. Año 2025. N= 45.



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

Para más información:

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

IX.4. Tierra del Fuego: Diarreas

Hasta la SE 46 en 2025 se notificaron 6095 casos de diarrea aguda en el SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2024, se observa una disminución del 24,6% de los casos registrados a nivel provincial.



Diarreas agrupadas, año 2024 y 2025.

	SE 46 / Año 2024	SE 46 / Año 2025	% Variación interanual
Río Grande	3158	2499	↓ -20.9
Tolhuín	260	254	↓ -2.3
Ushuaia	4664	3342	↓ -28.3
Tierra del Fuego	8082	6095	↓ -24.6

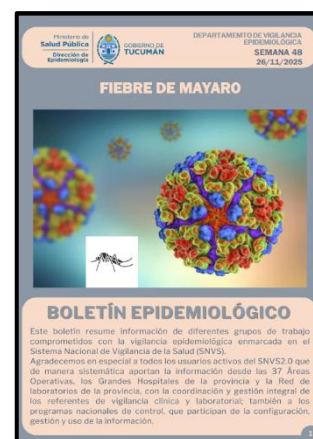
Fuente: SNVS 2.0 D.E.I.S. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.

Para más información:

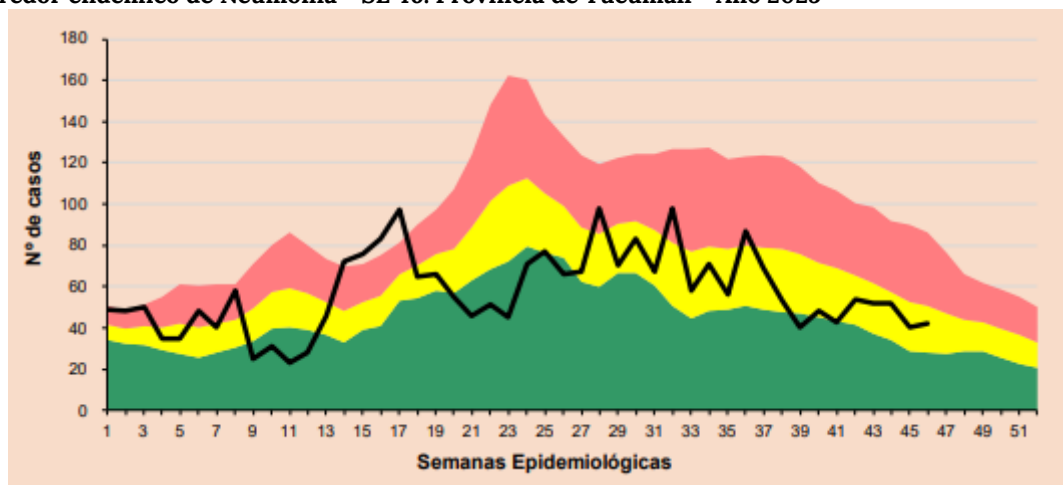
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/boletines-provinciales/>

IX.5. Tucumán: Neumonía

La neumonía es una infección del parénquima pulmonar que conlleva importante morbilidad y mortalidad particularmente en niños menores de 5 años, personas adultas mayores de 65 años y aquellas con ciertas condiciones subyacentes. En la última semana se registraron 42 casos de Neumonías en la Provincia de Tucumán.



Corredor endémico de Neumonía - SE 46. Provincia de Tucumán - Año 2025



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

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

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

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



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

Modalidad: Virtual Autoadministrada
Plataforma Virtual de Salud



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

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

INSCRIPCIONES EN:



Consultas: cursos.direpizacion@gmail.com

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

Duración: 30 horas

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