



# Boletín

# EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

## N°789

**Semana epidemiológica 52**  
AÑO 2026  
Desde 21/12 al 27/12  
Fecha de publicación  
**05/01/2026**

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 (DiSPNyA)*.

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

### **Dengue y otros Arbovirus**

Del Ministerio de Salud de la Nación, la *Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades transmitidas por vectores*.

El Servicio Meteorológico Nacional.

De la ANLIS “Carlos G. Malbrán”: El *Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui” (INEVH)*.

### **Fibrosis quística**

Del ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”: El *Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Emilio Coni” (INER)*

**Hantavirus** Del Ministerio de Salud de La Nación, la *Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmisibles*. Del ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”: Laboratorio Nacional de Referencia de Hantavirus, Servicio de Biología Molecular, Departamento de Virología del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).

### **Infecciones Respiratorias**

Del Ministerio de Salud de la Nación *Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles*, Ministerio de Salud de la Nación.

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

Del Ministerio de Salud de la Nación, *Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICEI)* y la *Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles*.

**Componen la Dirección de Epidemiología:** Altschuler Ailén, Amatto María Belén, Amelotti Rina Lucía, Antman Julián Gustavo, Appeceix Ailen Lihuel, Avalos Andrea Karina, Bertaccini Dario Gabriel, Bidart María Laura, Bonifacio Carlos, Cáceres Estefanía, Caparelli Mariel, Caruso Stefanini Margarita, Casal Javier, Casas Natalia, Castell Soledad, Chantefort Lucía, Chaves Karina Lorena, Couto Esteban, Di Pinto Ignacio, Diaz Morena, Echenique Arregui Alexia, El Ahmed Yasmin Dalal, Faedo María Guadalupe, Fernández Gabriela, Fernández María Susana, Fernández María Lorena, Gómez Lara, González Patricia, González Lebrero Cecilia, González Picasso Manuel, Gonzalez Scheffer María Sol, Iglesias María Marta, Joskowicz Abril, Kurten Pérez Manuel, La Regina María Agustina, Laurora Melisa, Martín Aragón María Fernanda, Martínez Karina, Moisés María Silvina, Morgenstern Agostina, Nicolau Victoria, Núñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo, Ormeño Mazzochi Franco, Page María Agustina, Palero Mariano, Parenti Ana Laura, Pastrana Paula, Pierre Ganchegui Guillermina, Pissarra Florencia Magalí, Plantamura Pilar, Prina Martina, Riera Sebastián, Rojas Mena María Paz, Rosin Paula, Rueda Dalila, Santoro Federico, Souto Catalina Sofia, 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<sup>2.0</sup>.

## Imagen de tapa

La Fibrosis Quística es una enfermedad crónica de origen genético y compromiso sistémico. El diagnóstico temprano y abordaje apropiado, permite un desarrollo pleno del individuo. Imagen tomada del Banco de imágenes del centro de Enfermedades infecciosas (CDC).

## Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°789, SE 52.

## I. Editorial del BEN 789

A lo largo de este año, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) ha continuado afirmándose como un espacio donde la vigilancia en salud se piensa, se comunica y se ejerce de manera colectiva. Cada edición es el resultado de un trabajo sostenido que articula equipos nacionales y jurisdiccionales, y que transforma los datos en información significativa, y la información en acciones concretas. El BEN no es solo una publicación periódica: es una práctica viva de construcción del sistema de vigilancia, donde confluyen el análisis técnico, la gestión, la comunicación y la toma de decisiones.

Durante el 2025, incluyendo esta última edición del año, se publicaron 258 informes, distribuidos en las secciones Eventos Priorizados (142), Informes Especiales (13), Situaciones Emergentes (31), Comunicaciones/Circulares (2) y Actualizaciones Periódicas de Eventos (70). 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 192 informes, el incremento de 66 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 70 informes de Actualización Periódica de Eventos, se caracterizaron 34 eventos diferentes, mostrando la amplitud de situaciones que integran la vigilancia de la salud a nivel nacional. Un evento fue actualizado 9 veces, otro evento se realizó en 6 oportunidades y otro en 5. Dos eventos se presentaron cuatro veces, cuatro eventos tres veces, y otros cinco 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 temporalidad y territorialidad, 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.

En el cierre de este año, el BEN se presenta también como una pausa para mirar lo recorrido y proyectar lo que viene. La vigilancia es, ante todo, una práctica colectiva que se fortalece en el tiempo, en la confianza y en el trabajo compartido. Con la convicción de seguir profundizando un boletín cada vez más pertinente, accesible y participativo, renovamos el compromiso de acompañar, interpretar y fortalecer la salud pública en todo el país. Que el próximo año nos encuentre sosteniendo y ampliando este camino común, con la misma vocación de servicio y construcción colectiva que nos trajo hasta acá.

¡Feliz año, muchas felicidades y... Hasta la próxima!



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



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

## II. Sobre este BEN

El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) N° 789, correspondiente a la Semana Epidemiológica 52, presenta la información producida por las distintas estrategias de vigilancia en la Argentina, a partir de los datos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) por las jurisdicciones del país.

En primer lugar, se incluyen las tablas de Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) seleccionados, que presentan información nominal y agrupada, acompañadas de notas metodológicas destinadas a orientar su correcta lectura e interpretación.

En el apartado de Eventos Priorizados se presenta de manera integrada la actualización de la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas, de dengue y otros arbovirus, y de hantavirosis. En relación con las infecciones respiratorias agudas, se describe la situación regional de influenza y otros virus respiratorios, incluyendo la caracterización del subclado K de influenza A(H3N2), una síntesis de la información nacional destacada y las recomendaciones para la prevención y el control, dirigidas tanto a los equipos de salud como a la población, junto con la información actualizada sobre vacunación antigripal y tratamiento antiviral. Asimismo, se presenta la situación regional de dengue, la estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025–2026 y la situación del dengue en Argentina al inicio de la temporada 2025/2026, así como la actualización de la situación epidemiológica de otros arbovirus. Finalmente, se incluye una actualización del informe epidemiológico de hantavirosis, que describe la situación epidemiológica actual, presenta datos a nivel subnacional, detalla los avances en vigilancia genómica y resume las principales conclusiones y medidas preventivas generales.

En la sección de Situaciones Emergentes, se desarrolla la actualización del informe epidemiológico de coqueluche, que incluye la situación internacional, el análisis de los casos notificados y confirmados en la Argentina, la distribución según edad y gravedad, la evaluación de las coberturas de vacunación y las consideraciones para la vigilancia y el control del evento.

En el apartado de Actualización Periódica de Eventos, se presenta la actualización del informe de Fibrosis Quística que describe la caracterización general de la notificación y la situación epidemiológica actual.

Finalmente, el BEN 789 incluye un resumen de alertas epidemiológicas internacionales, con la situación epidemiológica mundial y regional de sarampión, así como una sección de destacados en boletines jurisdiccionales, que recopila información relevante proveniente de distintas jurisdicciones del país. El boletín se completa con el listado actualizado de modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0.

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

## Contenido

<b>I. Editorial del BEN 788</b>	<b>5</b>
<b>II. Sobre este BEN</b>	<b>6</b>
<b>TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS .....</b>	<b>9</b>
<b>III. Tablas de ENO seleccionados</b>	<b>10</b>
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	12
III.4. Nota general sobre la interpretación cromática en las tablas	13
III.5. Eventos agrupados clínicos	14
III.6. Eventos agrupados laboratoriales	16
III.6.A. Sobre la construcción de esta tabla	16
<b>EVENTOS PRIORIZADOS .....</b>	<b>17</b>
<b>IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas</b>	<b>18</b>
IV.1. Nota Metodológica	18
IV.1.A. SITUACIÓN INTERNACIONAL	18
IV.1.B. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	19
IV.1.C. Situación regional del subclado K de influenza A(H3N2) <sup>a</sup>	19
IV.2. Síntesis de la información nacional destacada	20
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	20
IV.3.A. Enfermedad tipo influenza (ETI)	20
IV.3.B. Neumonía	22
IV.3.C. Bronquiolitis	23
IV.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios	25
IV.4.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas	28
IV.5. Caracterización genómica de Influenza A (H3N2)	31
IV.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas.	33
IV.6.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD	33
IV.6.B. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	33
IV.6.C. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN	35
IV.6.D. VACUNACIÓN ANTIGRIPE	35
IV.6.E. TRATAMIENTO ANTIVIRAL	36
<b>V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus</b>	<b>38</b>
V.1. Situación regional	38
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026	39
V.2.A. Nota metodológica	39
V.3. Situación de dengue en Argentina	41
V.3.A. Inicio de temporada 2025/2026	41
V.3.B. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio	42
V.4. Situación epidemiológica de otros arbovirus	44
V.4.A. Fiebre Chikungunya	44
V.4.B. Enfermedad por virus Zika	45
V.4.C. Fiebre de Oropouche	45
V.4.D. Encefalitis de San Luis	45
V.4.E. Fiebre del Nilo Occidental	45
V.4.F. Fiebre Amarilla	45
<b>VI. Hantavirosis - Actualización informe epidemiológico</b>	<b>46</b>
VI.1. Introducción	46
VI.2. Situación epidemiológica actual	47



VI.2.A.	Nota metodológica	47
VI.2.B.	situación epidemiológica	47
VI.2.C.	Presentación de datos a nivel sub-nacional	51
VI.2.D.	Vigilancia genómica	57
VI.2.E.	Conclusiones	58
VI.3.	Medidas preventivas generales	58
<b>SITUACIONES EMERGENTES.....</b>		<b>60</b>
<b>VII. Coqueluche - Actualización informe epidemiológico</b>		<b>61</b>
VII.1.	Introducción	61
VII.2.	Situación internacional	61
VII.3.	Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina	62
VII.3.A.	Introducción	62
VII.3.B.	Análisis según edad y gravedad	68
VII.4.	Coberturas de Vacunación	68
VII.4.A.	Coberturas para Total país	68
<b>ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS.....</b>		<b>73</b>
<b>VIII. Fibrosis Quística en Argentina - Actualización informe epidemiológico</b>		<b>74</b>
VIII.1.	Introducción	74
VIII.2.	Situación epidemiológica	75
VIII.2.A.	CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA NOTIFICACIÓN	75
<b>ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES.....</b>		<b>79</b>
<b>IX. Introducción</b>		<b>80</b>
IX.1.	Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión	80
I.1.A.	Canadá <sup>1F</sup>	80
IX.1.A.	Estados Unidos de América <sup>2F</sup>	81
IX.1.B.	México <sup>3F</sup>	82
<b>DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES.....</b>		<b>83</b>
<b>X. Boletines Jurisdiccionales</b>		<b>84</b>
X.1.	Buenos Aires:	84
X.2.	Salta: Dengue	85
X.3.	Santa Fe: Coqueluche	86
X.4.	Tierra del Fuego: Diarrea aguda	87
X.5.	Tucumán: Neumonía	88
<b>HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA .....</b>		<b>89</b>
<b>XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0</b>		<b>90</b>



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 1-52. 2020-2025. Argentina.**

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-52	2025 Acumulados SE 1-52	Diferencias 2025 con mediana 2020- 2024	
				Absoluta	%
Enf. Trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	156	137	-19	-12%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	9.847	19.751	9.904	101%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	268	347	79	29%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	132	140	8	6%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	9	5	-4	-44%
	Cisticercosis	12	11	-1	-8%
	Escorpionismo o Alacranismo	4.873	8.006	3.133	64%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	493	804	311	63%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi- chiní)	29	41	12	41%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	10	18	8	80%
	Brucelosis	119	148	29	24%
	Hantaviriosis	67	38	-29	-43%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	23	29	6	26%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1.514	1.554	40	3%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	16	27	11	69%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	11	32	21	191%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	12	53	41	342%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	18	2	-16	-89%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	12.064	12.064	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	748	748	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	571	571	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	13.772	17.734	3.962	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 1-52. 2020-2025. Argentina.**

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-52		2025 Acumulados SE 1-52		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	4.266	191	6.481	1.055	2.215	52%	864	452%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	703	2	3.464	36	2.761	393%	34	1700%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)		0		0		N/A	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	2.495	902	2.803	913	308	12%	11	1%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomyelitis	140	0	105	0	-35	-25%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	93.939	58.359	65.654	18.323	-28.285	-30%	-40.036	-69%
	Encefalitis de San Luis	330	1	522	0	192	58%	-1	-100%
	Fiebre amarilla humana	107	0	156	0	49	46%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	59	0	115	1	56	95%	1	N/A
	Zika	1.476	0	998	0	-478	-32%	0	N/A
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	930	359	672	327	-258	-28%	-32	-9%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	2.351	66	2.326	207	-25	-1%	141	214%
	Psitacosis	268	40	642	107	374	140%	67	168%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	1.504	65	1.747	58	243	16%	-7	-11%
	Sífilis Congénita	2.877	1.126	1.030	1.014	-1.847	-64%	-112	-10%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	11	0	13	1	2	18%	1	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en emb.	2.414	2.307	1.886	1.566	-528	-22%	-741	-32%
	Sífilis en emb.	11.396	9.821	12.341	11.119	945	8%	1.298	13%
	Hepatitis B en emb.	105	60	139	52	34	32%	-8	-13%
Hepatitis virales	Hepatitis A	136	34	236	116	100	74%	82	241%
	Hepatitis B	3.096	699	3.498	752	402	13%	53	8%
	Hepatitis C	2.596	1.475	2.805	1.676	209	8%	201	14%
	Hepatitis E	54	7	60	6	6	11%	-1	-14%
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	33.571	27.232	54.561	45.865	20.990	63%	18.633	68%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	1.334	1.273	2.069	1.967	735	55%	694	55%
Otros eventos de imp. p/ la salud pública	Viruela símica (mpox)	397	107	364	151	-33	-8%	44	41%

*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 1-52. 2020-2025. Argentina.**

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-52	2025 Acumulados SE 1-52	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Trans. Por alimentos	Diarrea	735.946	749.912	13.966	2%
Infecc. de trans. sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.610	2.658	1.048	65%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	1.090	724	-366	-34%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	122.884	95.888	-26.996	-22%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	1.152.790	1.198.449	45.659	4%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	79.401	76.529	-2.872	-4%
	Neumonía (sin especificar)	90.521	79.242	-11.279	-12%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	3	6.041	6.038	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	10	4.315	4.305	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	34	30.738	30.704	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	2.089	2.088	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	15	7.562	7.547	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	10	6.060	6.050	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	110	38.952	38.842	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	13	7.301	7.288	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	16	2.915	2.899	N/A
	Lesiones por electrocución	1	682	681	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	1.052	1.052	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	40	86.481	86.441	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	9	28.465	28.456	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	9	37.116	37.107	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	507	507	N/A
	Otras lesiones en el hogar	87	28.536	28.449	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 1-52. 2020-2025. Argentina.**

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-52		2025 Acumulados SE 1-52		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	4.533	247	4.599	275	66	1%	28	11%
	Infección por Mycoplasma genitalium	792	23	879	21	87	11%	-2	-9%
	Infección por Mycoplasma hominis	2.929	290	3.419	443	490	17%	153	53%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	15.171	412	7.968	488	-7.203	-47%	76	18%
	Infección por Trichomonas vaginalis	25.992	2.670	23.994	2.542	-1.998	-8%	-128	-5%

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

# EVENTOS **PRIORIZADOS**

## IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

### IV.1. Nota Metodológica

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

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

#### IV.1.A. SITUACIÓN INTERNACIONAL<sup>1</sup>

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

En este contexto, al 10 de Diciembre de 2025, el análisis de secuencias genéticas disponibles en la Iniciativa Global para Compartir todos los Datos de la Gripe (GISAID, por sus siglas en inglés), evidencia un aumento importante de virus influenza A(H3N2) correspondientes al subclado genético J.2.4.1 ("subclado K") en múltiples regiones del mundo. Desde agosto de 2025, este subclado ha mostrado una expansión acelerada y ha sido detectado en más de 34 países. Hasta el momento, no se ha documentado un cambio significativo en la gravedad clínica, en términos de hospitalizaciones, ingresos a unidades de cuidados intensivos o defunciones; sin embargo, las temporadas con predominio del subtipo A(H3N2) suelen asociarse con mayor impacto clínico, especialmente en personas mayores.

En la semana epidemiológica 50, a nivel mundial la detección de influenza se mantuvo estable, con predominio de virus influenza A en todas las regiones. En el hemisferio norte, la actividad fue elevada, con porcentajes de positividad superiores al 10% en países de América del Norte, América central y Caribe, así como en subregiones de África, Europa y subregiones de Asia, y por encima del 30% en varios países, especialmente en Centroamérica y el Caribe, el norte y oeste de África, Europa del norte y suroeste, y algunas subregiones de Asia. En estos países se observaron aumentos de la actividad respecto de la semana previa, con predominio de influenza A(H3N2).

---

<sup>1</sup> World Health Organization (10 December 2025). Disease Outbreak News; Seasonal influenza -Global situation. Available at: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON586>

En el hemisferio sur, la actividad se mantuvo baja en general, aunque se registraron aumentos localizados en países de América del Sur, África oriental, el sudeste asiático y Oceanía.<sup>2</sup>

#### IV.1.B. SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS<sup>3</sup>

La actividad de influenza en las Américas continúa con una tendencia ascendente, impulsada principalmente por la actividad en el hemisferio norte, con una positividad regional de 16,2%. La influenza A(H3N2) continúa predominando entre las muestras subtipificadas en todas las regiones, excepto en la subregión andina. La circulación de VSR se mantiene en niveles bajos (<1%), mientras que la positividad de SARS-CoV-2 continúa en descenso, alcanzando 5,4%. En América del Norte, la circulación de influenza probablemente se encuentra cerca de su pico, con una positividad de 22%. La actividad de VSR permanece baja, con un ligero aumento a 2,2%, mientras que la positividad de SARS-CoV-2 disminuyó a 5,2%. En el Caribe, la circulación de influenza es elevada, con una positividad de 34%. La actividad de VSR continúa disminuyendo, alcanzando 7%, mientras que SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos (<1%). En Centroamérica, la actividad de influenza se mantuvo estable durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE), con una positividad de aproximadamente 12,2%. La circulación de SARS-CoV-2 se mantuvo baja y estable, mientras que la actividad de VSR permaneció elevada en 10,6%. En la subregión andina, la actividad de influenza se estabilizó durante las últimas tres SE, con una positividad de 7,2%, mientras que la circulación de VSR continuó en aumento, alcanzando 5,8%. La circulación de SARSCoV-2 aumentó en comparación con las dos SE previas, alcanzando una positividad de 5,1%. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza disminuyó en comparación con la SE previa, con una positividad de 12,6%. La circulación de VSR se mantiene en niveles interestacionales (1,1%), mientras que la actividad de SARS-CoV-2 permaneció estable en 8,4%. La circulación de otros virus respiratorios (OVR) ha continuado disminuyendo desde inicios de octubre, con una positividad regional de 2,7%. El rinovirus y el virus parainfluenza continúan siendo los OVR detectados con mayor frecuencia.

#### IV.1.C. SITUACIÓN REGIONAL DEL SUBCLADO K DE INFLUENZA A(H3N2)<sup>4,5,6</sup>

En relación con la circulación del subclado K de influenza A(H3N2) en la Región de las Américas, el 18 de diciembre de 2025 Brasil informó su identificación mediante caracterización genética realizada por el Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), correspondiente a un caso importado, sin evidencia de transmisión local asociada hasta la fecha.

Durante diciembre de 2025, Costa Rica notificó la detección de influenza A(H3N2) subclado K en el marco de su vigilancia virológica nacional, mientras que Perú informó la identificación de dos casos pediátricos. En el mismo período, Chile confirmó la detección del subclado K de influenza A(H3N2) a partir de muestras analizadas en el país, en el contexto del fortalecimiento

<sup>2</sup> World Health Organization. Global Respiratory Virus Activity: Weekly update report for week 50, ending 14 December 2025

<sup>3</sup> 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>

<sup>4</sup> World Health Organization (10 December 2025). Disease Outbreak News; Seasonal influenza -Global situation. Available at: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON586>

<sup>5</sup> Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz). Subclade K del virus de la influenza identificado por primera vez en Brasil [Internet]. 18 dic 2025. Disponible en: <https://www.ioc.fiocruz.br/es/noticias/subclado-k-do-virus-da-gripe-e-identificado-pela-primeira-vez-no-brasil#>

<sup>6</sup> Minsa confirma 2 casos de influenza A (H3N2) subclado K en el Perú. Instituto Nacional de Salud. 16 de diciembre de 2025. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/ins/noticias/1313621-minsa-confirma-2-casos-de-influenza-h3n2-subclado-k-en-el-peru>

de la vigilancia genómica. Asimismo, se notificaron detecciones de influenza A(H3N2) subclado K en otros países de la Región, incluyendo Colombia, Ecuador y Bolivia, a partir de sistemas nacionales de vigilancia virológica.

En el hemisferio norte, particularmente en Estados Unidos y Canadá, se han registrado detecciones crecientes de influenza A(H3N2) correspondientes al subclado J.2.4.1 (subclado K), en un escenario de aumento de la actividad de influenza.

## IV.2. Síntesis de la información nacional destacada

Durante 2025, la vigilancia clínica notificó 1.219.412 casos de ETI, 177.420 de neumonía y 161.580 de bronquiolitis en menores de dos años.

En la vigilancia centinela ambulatoria, influenza registra un leve incremento, con predominio de influenza B y detecciones de influenza A hacia el final del período, mientras que para VSR se registra un caso aislado en las últimas semanas. SARS-CoV-2 muestra un ascenso leve y sostenido desde la SE34, con el mayor número en las SE 43 a 45, seguido de un descenso posterior.

En las UC-IRAG, se registraron más de 10.000 internaciones, con detecciones de los tres virus priorizados y un ligero aumento de IRAG asociada a SARS-CoV-2 entre semanas 35 y 47.

La vigilancia universal por red de laboratorios muestra predominio de influenza B, con detecciones de influenza A e influenza A(H3N2) hacia el final del período. Se registran detecciones de VSR y un aumento gradual en las detecciones de SARS COV 2 desde la SE34, acentuado entre SE42-46.

Durante la SE51/2025, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente SARS-CoV-2, seguido de influenza, parainfluenza, adenovirus, metapneumovirus y VSR.

En personas internadas, durante la SE52 se notificaron 11 hospitalizaciones con diagnóstico de influenza (220 fallecidos acumulados en 2025), 4 con VSR y 19 con SARS-CoV-2, no se registran fallecidos con SARS-CoV-2 en la última semana.

La secuenciación genómica realizada por el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS, a partir de muestras remitidas por la Red Nacional de Laboratorios y Unidades Centinela, identificó seis casos de influenza A(H3N2) subclado K, dos en la provincia de Buenos Aires, dos en la provincia de Santa Cruz y dos casos con residencia en la provincia de Neuquén.<sup>7</sup>

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

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

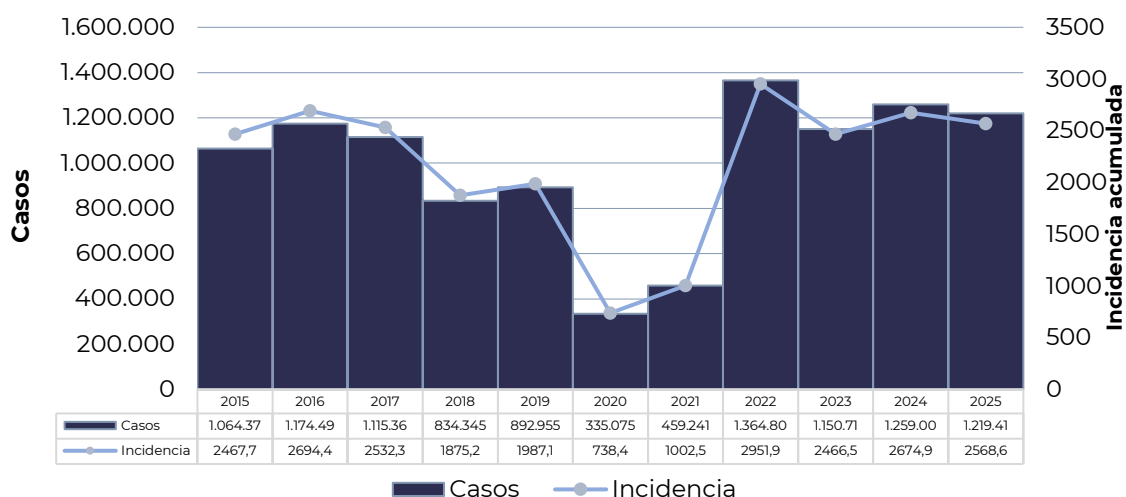
Entre las SE 1 y 51 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.219.412 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2568,6 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo período de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registraron en 2022, seguido por 2024, mientras que en 2020 y 2021 se reportó un nivel de casos

<sup>7</sup> Información disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-confirma-la-deteccion-del-nuevo-subclado-de-influenza-ah3n2-en-el-pais>

inferior en comparación con los años previos. En el corriente año se registra un menor número de casos que los años 2022 y 2024, pero superior a los valores registrados en los demás años de la serie histórica.

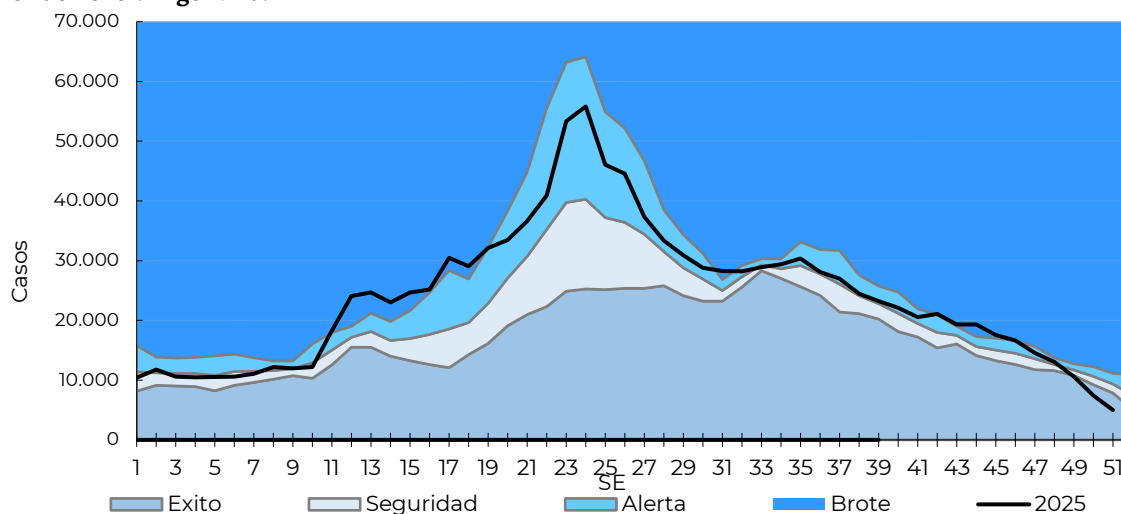
**Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE51. Argentina<sup>8</sup>.**



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<sup>2,0</sup>.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 a 10 de 2025, las notificaciones de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) registradas en el SNVS, correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, se mantuvieron dentro de niveles de seguridad, con algunas oscilaciones. A partir de la SE 11 se observa un aumento progresivo de casos, alcanzando niveles de brote entre las SE 12 y 18. Posteriormente, la tendencia ascendente se sostiene hasta la SE 24, ubicándose en niveles de alerta hasta la SE 46.

<sup>8</sup> Para el cálculo de la tasa de incidencia se utiliza como denominador las proyecciones de población calculadas por INDEC a partir del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010

**Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 51 de 2025<sup>9</sup>. Argentina.**

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

#### IV.3.B. NEUMONÍA

Hasta la SE51 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 177.420 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 373,7 casos/ 100.000 habitantes.

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

**Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE51. Argentina.**

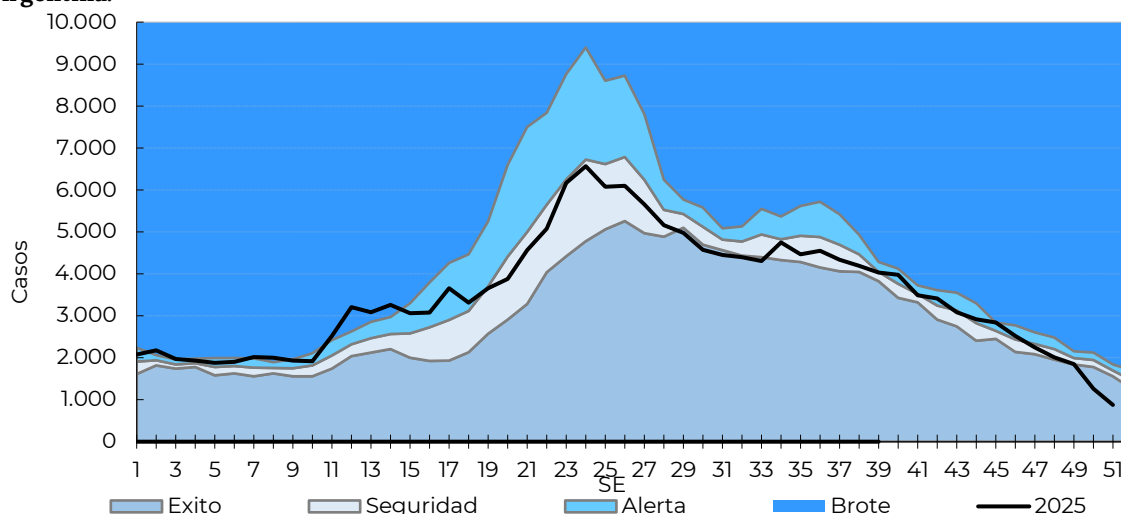
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

<sup>9</sup> Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.



En 2025, las notificaciones de neumonía a nivel país, en comparación con años históricos, se ubican en niveles de alerta durante las SE1 y 2, y posteriormente permanecen en niveles de seguridad, con algunas oscilaciones. A partir de la SE11 se registra un ascenso de los casos semanales de neumonía, que alcanza niveles de brote hasta SE14 y niveles de alerta hasta la SE18. En las SE40, 42 y 45 las notificaciones se encontraron dentro de niveles de alerta.

**Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 51 de 2025<sup>10</sup>. Argentina.**



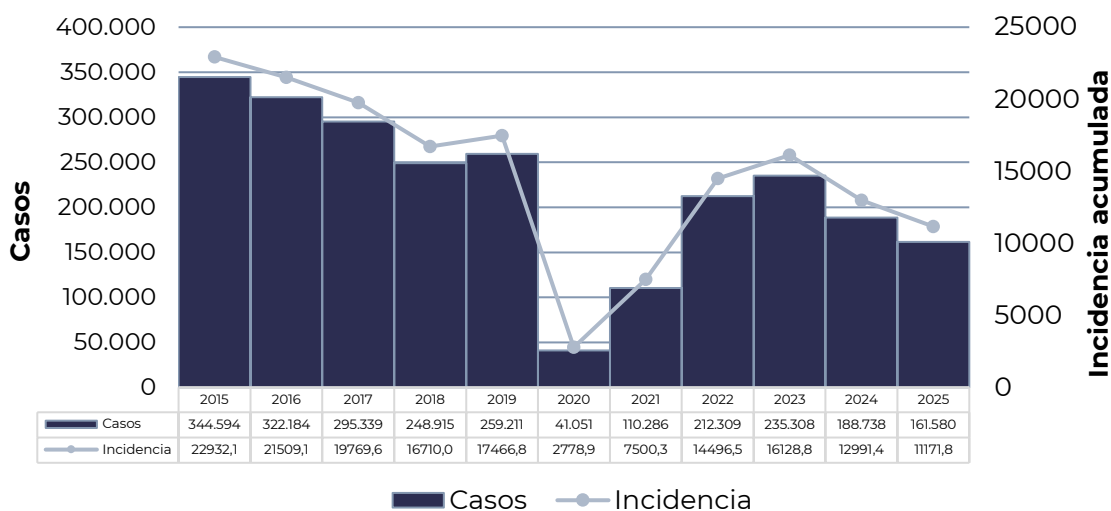
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>20</sup>.

#### IV.3.C. BRONQUIOLITIS

Desde la SE01 a la SE51 de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 161.580 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 11171,8 casos/100.000 habitantes.

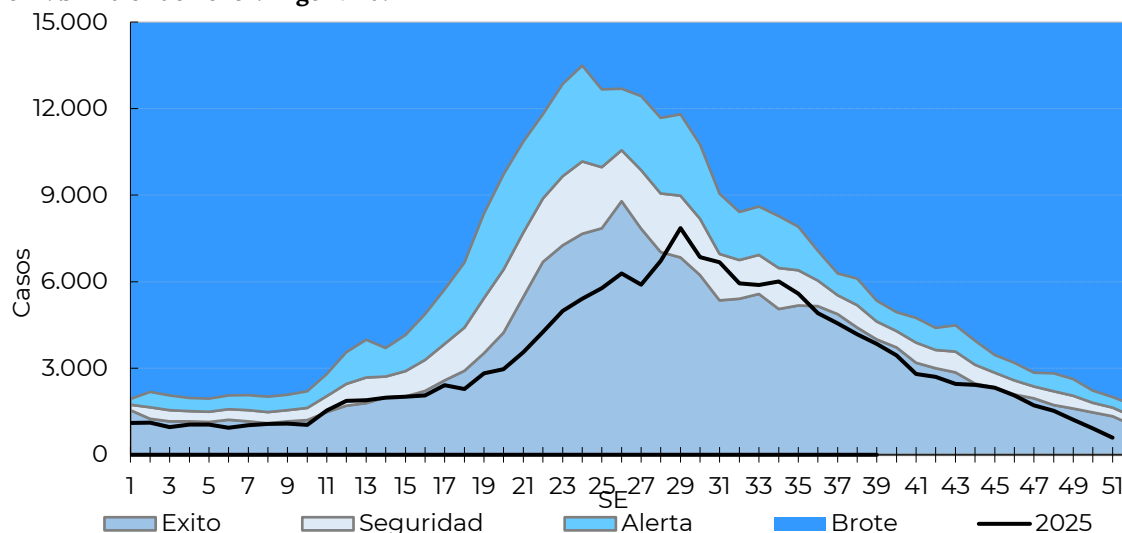
En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 51 alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso sostenido hasta 2018. En 2019, se registró un incremento respecto al año anterior, con un nuevo descenso en 2020 y 2021. Para los años 2022 a 2023 se verifica un aumento en las notificaciones de bronquiolitis, mientras que en 2024 las notificaciones presentaron un nuevo descenso. En 2025, los casos se mantienen en valores inferiores a la mayoría de los años previos, con excepción de los años 2020 y 2021.

<sup>10</sup> Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

**Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolititis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE51. 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<sup>2.0</sup>.

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

**Gráfico 6: Bronquiolititis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 51 de 2025<sup>11</sup>. 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<sup>2.0</sup>.

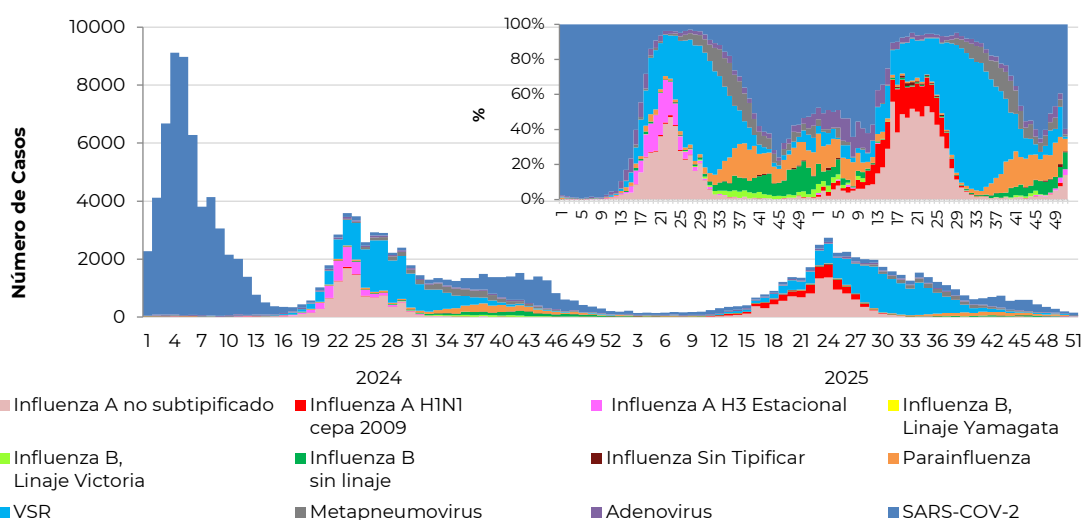
<sup>11</sup> Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

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

A partir de la SE11 se observó un aumento en el número de casos de **Influenza**, con predominio de Influenza A (H1N1), con un adelanto del ascenso estacional respecto de años anteriores. En las últimas semanas del período analizado, se registra un ligero incremento de los casos, principalmente a expensas de influenza B, junto con detecciones de influenza A, en particular del subtipo A(H3N2) hacia el final del período.

En cuanto a **VSR** se verifica un aumento en las detecciones a partir de SE12, con inicio de actividad estacional a partir de la SE20. Las detecciones de **SARS-CoV-2** permanecen en niveles bajos, si bien se verifica un ligero ascenso en el número de casos desde la SE 34, que se acentúa entre las SE42 - SE47.

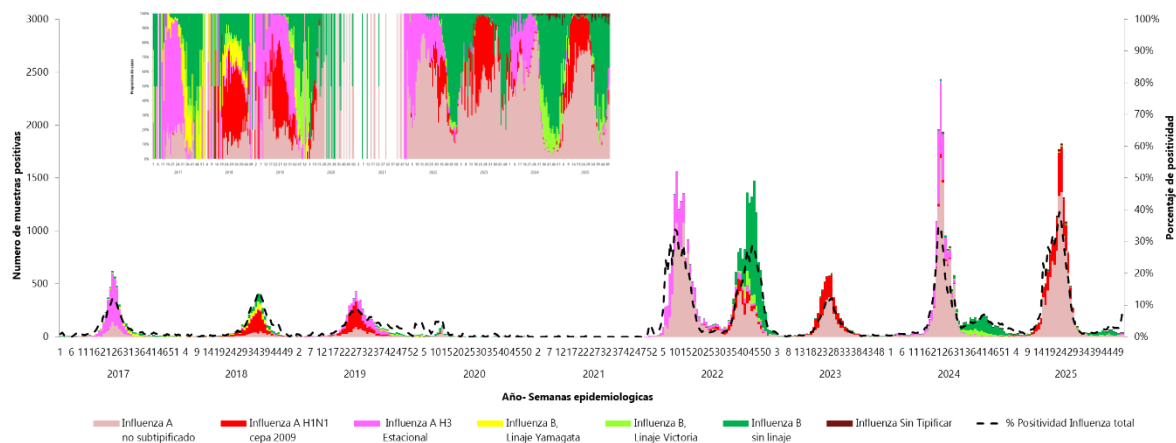
**Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE51/2025. Argentina.**



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2.0</sup>.

Durante 2025 se registraron casos de influenza en forma continua a lo largo de todas las semanas epidemiológicas. A partir de la SE11 se observó un incremento sostenido de las detecciones, con predominio de influenza A no subtipificada y del subtipo A(H1N1). El número máximo de notificaciones semanales se alcanzó entre las SE22 y SE26, seguido de una tendencia descendente. En las últimas semanas se verifica un ligero aumento de las detecciones, con predominio de influenza B desde la SE36. No obstante, en las últimas semanas del período, también se registran detecciones de influenza A e influenza A(H3N2). En las dos semanas epidemiológicas más recientes (SE50 y SE51) se notificaron 83 detecciones de influenza.

**Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE51/2025. Argentina.**

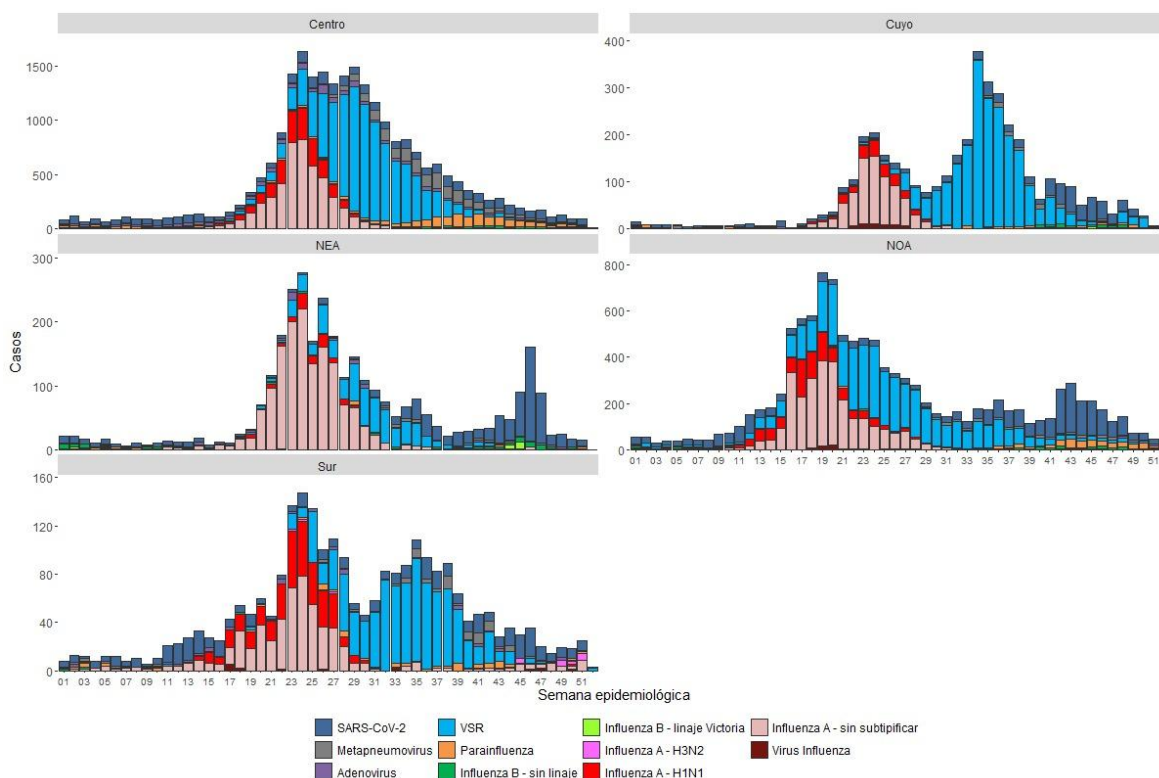


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2.0</sup>.

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

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

**Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2024 a SE51/2025. Argentina.**



Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>2.0</sup>.

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

Durante las 51 semanas de 2025, los casos se mantuvieron en valores bajos, si bien se registra un ligero aumento desde la SE 34, que se acentúa entre las SE42 - SE47.

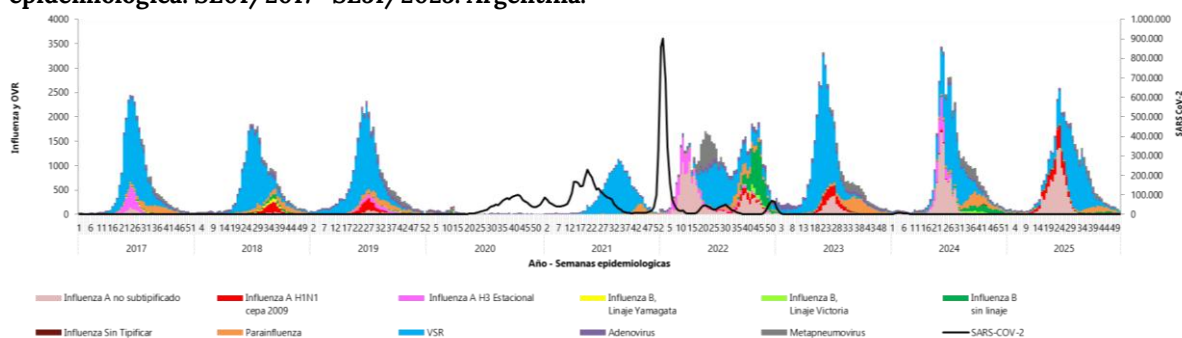
En relación con el **VSR**, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16/2024, alcanzando su máximo en la SE26, y tendencia descendente posterior. En 2025 se registra un nuevo ascenso de las detecciones desde la SE12, con inicio de la actividad estacional a partir de la SE20. El pico se verificó entre las SE29 y SE30, seguido de un descenso posterior. En las últimas 2 SE (50 y 51), se notificaron 36 casos de VSR.

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

En lo que va de 2025, se observa un ascenso en las detecciones de metapneumovirus desde la SE 27, alcanzando el mayor número de casos en la SE 37, seguido de un descenso posterior. Adicionalmente, los casos de parainfluenza muestran un aumento progresivo desde la SE 35, que se extendió hasta la SE 41, seguido de un descenso sostenido en las semanas posteriores.

Durante la SE 51/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, seguido de influenza, parainfluenza, adenovirus, metapneumovirus y VSR.

**Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE51/2025. Argentina.**



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

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

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

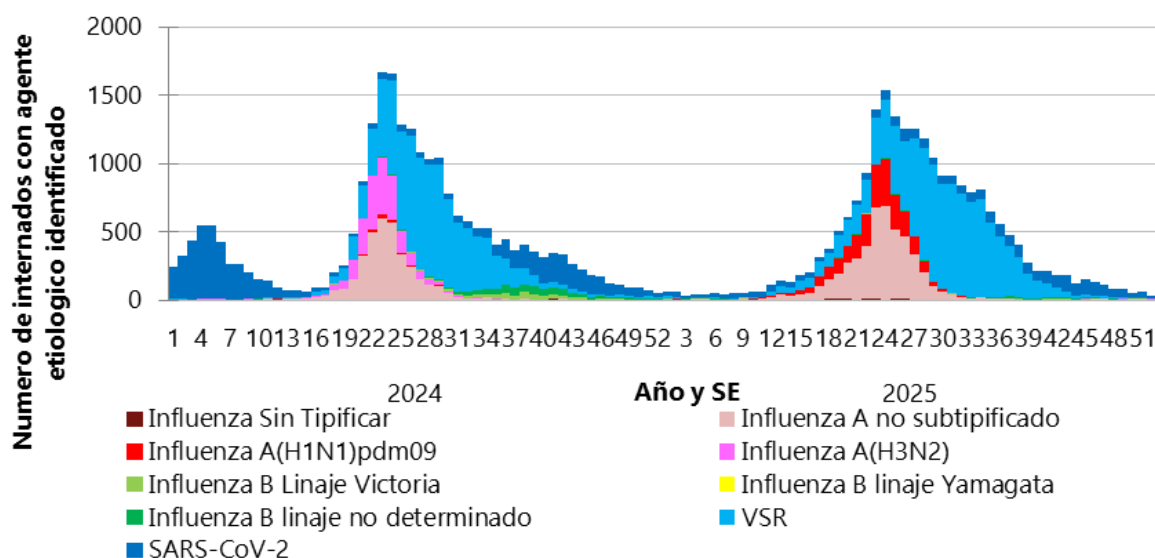
En el período comprendido entre las SE01 y SE52 de 2025 se notificaron 2.941 casos de SARS-CoV-2 en personas internadas, cifra que resulta un 56,3% inferior a la registrada en igual período de 2024. Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y de valores bajos con algunas oscilaciones en lo que va de 2025. Para la SE52/2025 se registraron 19 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, entre las SE1 y 52 de 2025 se registraron un total de 7.648 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12, se verifica un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzaron el máximo en SE24, con tendencia descendente en las detecciones entre hospitalizados en las siguientes semanas. En la última SE, se detectaron 11 casos positivos para influenza en internados.

Entre los 7.648 casos de influenza notificados durante 2025, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 7177), con menor detección de influenza B (n= 343). De los casos de influenza A, 2357 cuentan con subtipificación, correspondiendo 2.319 a influenza A (H1N1) pdm09 y 38 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B, 51 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. A la fecha, 128 casos de influenza permanecen sin tipificar.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 11.498 casos hospitalizados positivos para VSR, con tendencia ascendente de los casos a partir de la SE12. Durante 2024, a partir de la SE16 se registró un ascenso de las detecciones semanales de VSR, que alcanzaron su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En la última semana analizada (SE52/2025), se registraron 4 casos de VSR en hospitalizados.

**Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE52/2025. Argentina.**

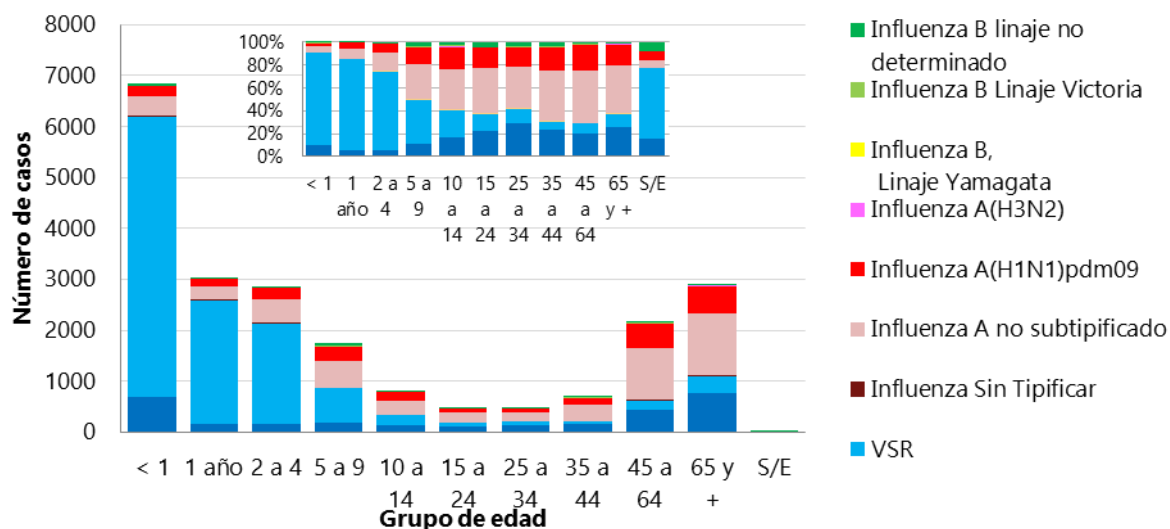


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS<sup>20</sup>.

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE52/2025, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en adultos mayores y personas de 45 a 64 años, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, y menores de 1 año.



**Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE52/2025.**



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

A la fecha de elaboración de este informe, en lo que va de 2025, se registran 220 fallecidos con diagnóstico de influenza <sup>12</sup>. Respecto a SARS-CoV-2, no se registran fallecimientos con este diagnóstico en la última SE.

<sup>12</sup> Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

## IV.5. Caracterización genómica de Influenza A (H3N2)

Durante el periodo del 18/12/2025 al 04/01/2026 se secuenciaron los genomas correspondientes a 18 casos de Influenza A (H3N2).

De los 18 casos secuenciados **9 correspondieron al subclado J.2.4.1 (K)**, 8 al subclado J.2.3 y uno al subclado J.2.2.

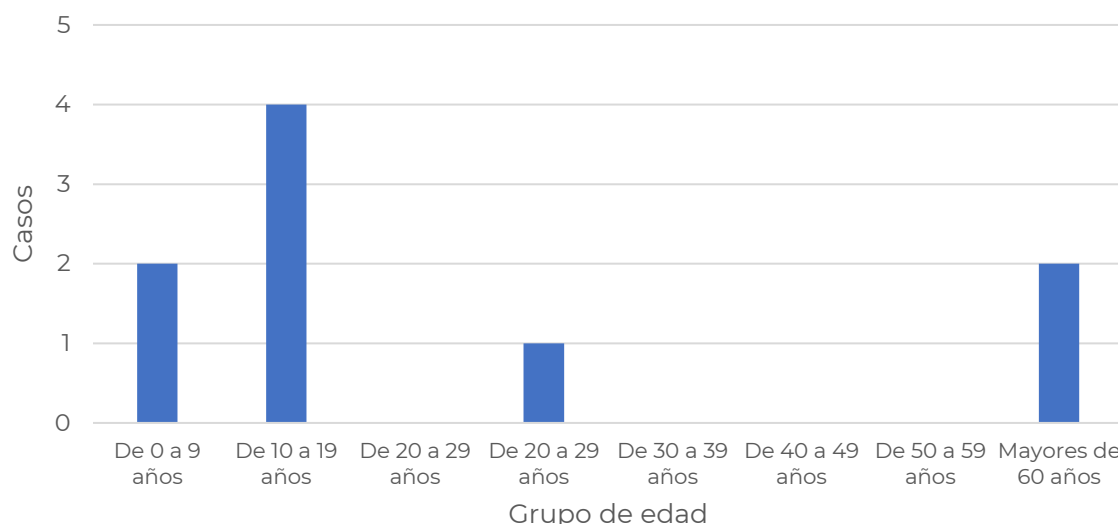
Los casos correspondientes al subclado K se distribuyeron en las jurisdicciones de provincia de Buenos Aires, Santa Cruz, CABA, Neuquén y Mendoza (tabla 1). Hubo detecciones de subclado K en niños, jóvenes, adultos y adultos mayores (Ver gráfico 13). Cinco se diagnosticaron en personas internadas y 4 en pacientes ambulatorios. No se registraron casos fallecidos hasta el momento.

**Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) por jurisdicción de residencia según subclado detectado (secuenciados entre el 18/12/2025 al 04/01/2026)**

Jurisdicción	influenza A(H3N2) Subclado J.2.2	influenza A(H3N2) Subclado J.2.3	influenza A(H3N2) Subclado J.2.4.1/K	Total
Buenos Aires		1	2	3
CABA			2	2
Mendoza	1	3	1	5
Neuquén			2	2
Santa Cruz		3	2	5
Tierra del Fuego		1		1
Total general	1	8	9 (50%)	18

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

**Gráfico 13. Casos de Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1 (K) por grupo de edad**



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

En cuanto a los antecedentes de viaje, 2 de los 9 casos pertenecientes al subclado K consignan antecedentes de viaje reciente a Europa, 1 a Córdoba y 2 a Tierra del Fuego (los 4 restantes no refieren antecedentes de viajes).

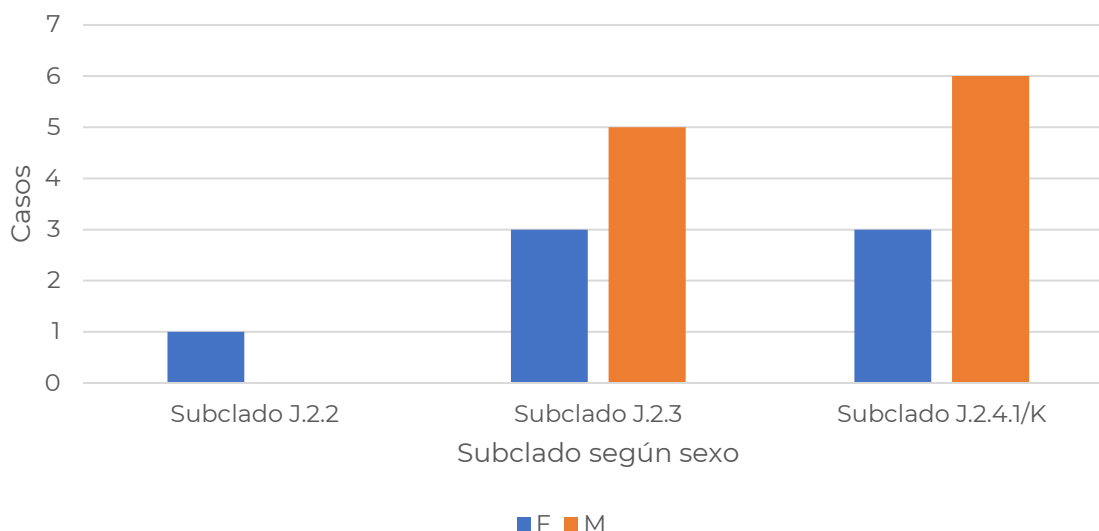
**Gráfico 14. Casos de Influenza A(H3N2) por subclado según vacunación antigripal 2025**

Subclado	Vacunación		Total general
	NO	SI	
influenza A(H3N2) Subclado J.2.2		1	1
influenza A(H3N2) Subclado J.2.3	6	2	8
influenza A(H3N2) Subclado J.2.4.1/K	8	1	9
Total general	14	4	18

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

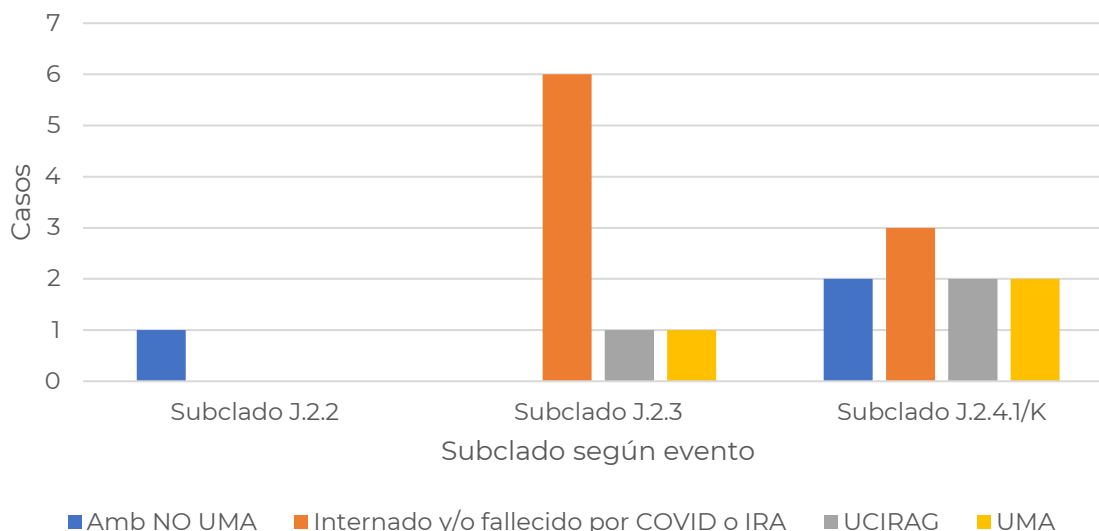
Si bien la mayoría (14/18) no consignan antecedentes de vacunación, los 4 casos que habían sido vacunados correspondieron a los 3 subclados identificados hasta el momento.

En cuanto a la división por sexo, el 61% de los casos con secuenciación de Influenza son de sexo masculino y, en particular los del subclado K se distribuyeron entre 6 casos de sexo masculino y 3 de sexo femenino.

**Gráfico 15. Casos de Influenza A(H3N2) por subclado según sexo**

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

En cuanto a la distribución por evento/estrategia de vigilancia, 9 casos fueron notificados al evento universal “Internado y/o fallecido por COVID o IRA”, 3 por UC-IRAG (total internados 12); 3 en el evento universal de Ambulatorios (NO UMA) y 3 en Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA). En cuanto a los 9 casos detectados del subclado K se identificaron en los 4 eventos (5 en internados y 4 en ambulatorios).

**Gráfico 16. Casos de influenza A(H3N2) por subclado según evento**

## IV.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas.

### IV.6.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

En el contexto del período interestacional de influenza en Argentina, caracterizado por baja circulación de virus respiratorios, y ante la detección en el país de casos de influenza A(H3N2) correspondientes al subclado K, se recomienda a los equipos de salud seguir los lineamientos para la prevención, control y atención clínica de las infecciones respiratorias agudas (IRAs), así como mantener una vigilancia fortalecida de los distintos componentes de la estrategia de vigilancia de IRAs, en particular: la vigilancia virológica de virus respiratorios a través de la Red Nacional de Influenza y Otros Virus Respiratorios; la vigilancia de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio; la vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) en las Unidades Centinela; y la vigilancia de eventos respiratorios inusuales.

### IV.6.B. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Se destaca la importancia de fortalecer la vigilancia epidemiológica y virológica, con énfasis en la detección de influenza A(H3N2), aun en períodos de baja circulación.

En este marco, se recomienda:

- Fortalecer la vigilancia de la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), a través del monitoreo y la evaluación de la oportunidad y regularidad de la notificación de los establecimientos que realizan la misma.
- Fortalecer las Unidades Centinela de IRAG y las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI, garantizando el correcto muestreo y notificación de los casos.
- Fortalecer la vigilancia a través de la Red Nacional de Laboratorios de Influenza y Otros Virus Respiratorios, garantizando la notificación oportuna de muestras estudiadas y positivas para cada virus respiratorio, así como la nominalización de los casos positivos de Influenza para consignar su subtipificación y eventual derivación para estudios genómicos.

- Identificar y notificar en forma oportuna de eventos respiratorios inusuales.

Asimismo, se recomienda el estudio por subtipificación y la caracterización genética de muestras seleccionadas, con el objetivo de favorecer la detección temprana de cambios en los patrones de circulación viral y la caracterización virológica oportuna.

**Caracterización de virus Influenza:** Enviar al Laboratorio Nacional de Referencia todas las muestras obtenidas en laboratorios de la Red Nacional de Laboratorios de Influenza y Otros virus respiratorios con resultados positivos para Influenza A/B con ct menor a 28.

Por otra parte, para todos los laboratorios participantes o no de la red que detecten virus de la influenza A (H3N2), realizar la derivación al LNR para procurar identificar la potencial introducción de la variante K en el territorio argentino a través de herramientas genómicas.

Las detecciones identificadas en el marco de la investigación de eventos respiratorios inusuales deberán remitirse al LNR para estudios adicionales, incluyendo caracterización genética, conforme a los procedimientos vigentes.

Definiciones:

**Enfermedad Tipo Influenza (ETI):** Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días sin otra etiología definida.

**Infección respiratoria aguda grave (IRAG):** Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio del cuadro en los 10 días precedentes y requerimiento de hospitalización por criterio clínico sin otra etiología definida.

**Eventos respiratorios inusuales** definidos por los siguientes criterios:

- Cambios abruptos, imprevistos en la tendencia de infección respiratoria aguda observada en la vigilancia de rutina de nivel local y no asociados a las variantes virales que circulan habitualmente.
- En contexto de un patrón inesperado de infección respiratoria aguda (aumento en la mortalidad, cambios en el grupo de edad asociado a un caso severo de Influenza, o un cambio en el patrón clínico asociado a Influenza u otro virus respiratorio).
- Infección respiratoria en personas en contacto con aves, porcinos u otros animales enfermos o muertos asociados a una epizootia sospechada o confirmada de virus respiratorios.
- Casos de infección por un subtipo de virus Influenza o variante de otros virus respiratorios que no estén circulando en humanos.
- Cambios persistentes en la respuesta al tratamiento o en el desenlace en casos severos de infección respiratoria.
- Infección respiratoria aguda grave en trabajadores de la salud que atienden a pacientes con infecciones respiratorias y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
- En clústeres de IRAG o neumonía: dos o más casos en miembros de la misma familia, del ámbito laboral o ámbitos sociales, y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
- Viajeros provenientes de áreas en las cuales se registraron casos de nuevo virus Influenza u otro virus respiratorio.

**Los lineamientos vigentes para la vigilancia epidemiológica, organización de servicios de salud, prevención y control de las infecciones respiratorias agudas virales** están disponibles en: **Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control 2024.**

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia\\_para\\_la\\_vigilancia\\_prevenccion\\_y\\_control\\_ira-2024.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevenccion_y_control_ira-2024.pdf).

#### IV.6.C. RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

Se reiteran las recomendaciones generales para la prevención y control de la transmisión de las infecciones respiratorias agudas:

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

Personas que viajen o regresen de países con circulación de influenza:

- Mantener las medidas generales de prevención de infecciones respiratorias durante el viaje y al regreso.
- En caso de presentar síntomas respiratorios, evitar el contacto con otras personas y restringir las interacciones lo más posible hasta presentar mejoría clínica y haber transcurrido al menos 24 horas sin fiebre (sin uso de antitérmicos).
- Consultar de forma oportuna al sistema de salud ante la progresión o empeoramiento del cuadro clínico, y personas pertenecientes a grupos con mayor riesgo de complicaciones.

#### IV.6.D. VACUNACIÓN ANTIGRI PAL

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

- Personal de salud.
- Personas embarazadas: en cada embarazo y en cualquier trimestre
- Personas puérperas: hasta el egreso de la maternidad –máximo 10 días–, si no recibiera la vacuna durante el embarazo.
- Entre los 6 a 24 meses de edad: Esquema de dos dosis, separadas al menos de 4 semanas, excepto quienes hubieren recibido dos dosis anteriormente.

- Entre los 2 y 64 años que tengan factores de riesgo\*: dosis anual con documentación que acredite la existencia de enfermedades preexistentes incluidas entre los factores de riesgo.
- 65 años y mayores: no se requiere indicación médica para recibir la VACUNA ANTIGRI PAL. Como oportunidad, evaluar VACUNA CONTRA NEUMOCOCO y aplicar si corresponde.
- Personal Estratégico, cuyo desempeño es clave para mantener las funciones esenciales (ej. fuerzas de seguridad del Estado).

\* Las condiciones clínicas que aumentan el riesgo de formas graves de influenza incluyen enfermedades respiratorias y cardíacas crónicas, inmunodeficiencias, enfermedades oncohematológicas, trasplantes, diabetes, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica, y otras condiciones específicas. Para mayor información Consultar en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/guia\\_rapida\\_antigripal\\_2025\\_1732025.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/guia_rapida_antigripal_2025_1732025.pdf).

#### IV.6.E. TRATAMIENTO ANTIVIRAL

Las epidemias de influenza causan anualmente millones de casos graves y cientos de miles de muertes en el mundo, afectando especialmente a niños pequeños, adultos mayores y personas con comorbilidades. El tratamiento antiviral con oseltamivir, un inhibidor de la neuraminidasa, es una herramienta terapéutica complementaria a la vacunación, especialmente útil en pacientes con factores de riesgo. Aunque su mayor efectividad se observa cuando se administra dentro de las primeras 48 horas del inicio de síntomas, hay evidencia que demuestra beneficios incluso en tratamientos iniciados más tardíamente en pacientes con enfermedad grave. Sin embargo, debe considerarse que el uso indiscriminado del fármaco podría llevar a la aparición de resistencia, en consecuencia, debe promoverse un uso racional del mismo bajo ciertas indicaciones médicas.

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la incidencia de complicaciones.<sup>13,14</sup> En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de mortalidad, especialmente cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, aunque también se observan beneficios cuando se inicia más tardíamente en casos graves o progresivos.<sup>15,16</sup> En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

**No se debe esperar la confirmación de influenza por laboratorio para tomar decisiones acerca del inicio del tratamiento con antivirales.**

<sup>13</sup> Dobson J, Whitley RJ, Pocock S, Monto AS. Oseltamivir treatment for influenza in adults: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet*. 2015 May 2;385(9979):1729-1737. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62449-1. Epub 2015 Jan 30. Erratum in: *Lancet*. 2015 May 2;385(9979):1728. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60892-3. Erratum in: *Lancet*. 2015 May 2;385(9979):1728.

<sup>14</sup> Venkatesan S, et al. Impact of Outpatient Neuraminidase Inhibitor Treatment in Patients Infected With Influenza A(H1N1)pdm09 at High Risk of Hospitalization: An Individual Participant Data Metaanalysis. *Clin Infect Dis*. 2017 May 15;64(10):1328-1334.

<sup>15</sup> Muthuri SG, Venkatesan S, Myles PR, et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in reducing mortality in patients admitted to hospital with influenza A H1N1pdm09 virus infection: a meta-analysis of individual participant data. *Lancet Respir Med*. 2014 May;2(5):395-404.

<sup>16</sup> Sharma Y, Horwood C, Hakendorf P, Thompson C. Effectiveness of Oseltamivir in reducing 30-day readmissions and mortality among patients with severe seasonal influenza in Australian hospitalized patients. *Int J Infect Dis*. 2021 Mar;104:232-238. doi: 10.1016/j.ijid.2021.01.011. Epub 2021 Jan 9. PMID: 33434667.



Es importante el seguimiento clínico de los pacientes para detectar de manera oportuna condiciones de agravamiento de la enfermedad.

### **Indicaciones de tratamiento antiviral**

#### ***Manejo de Influenza estacional***

##### **-Casos de Infección respiratoria aguda grave.**

Pacientes hospitalizados que pertenecen a grupos con riesgo aumentado de complicaciones por Influenza o con enfermedad progresiva o grave: iniciar tratamiento sin esperar el resultado de laboratorio.

-Si el resultado es Influenza positivo o negativo para otros virus respiratorios, continuar con el tratamiento.

-Si el resultado es positivo para otro virus respiratorio mantener o suspender el tratamiento según criterio médico (gravedad y progresión de la enfermedad), edad del paciente y presencia de comorbilidades.

##### **-Casos ambulatorios con Enfermedad Tipo Influenza (ETI)**

-Puede considerarse la administración de oseltamivir en casos ambulatorios con Enfermedad tipo influenza (ETI) y que pertenecen a grupos con mayor riesgo de desarrollar complicaciones por Influenza.

En períodos de circulación de virus Influenza, se recomienda la indicación de tratamiento en aquellos pacientes con resultado positivo para Influenza o en caso de no disponer de estudio diagnóstico o con resultado más allá de las 48 horas, iniciar tratamiento empírico.

*La administración de tratamiento antiviral con oseltamivir debe ser registrada al SNVS.2.0 completando la solapa clínica en el evento correspondiente y en todas las estrategias de vigilancia implementadas.*

\*Para mayor información en relación a los factores de riesgo para el desarrollo de formas graves por influenza consultar:  
[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia\\_para\\_la\\_vigilancia\\_preencion\\_y\\_control\\_ira-2024.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_preencion_y_control_ira-2024.pdf).

## V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

### V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)<sup>17</sup> y el ARBO-portal<sup>18</sup> de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 02/01/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 50/2025 se han reportado 3.735.761 casos de dengue, 63% menos respecto al mismo período de 2024, con 1.762 fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, hasta la SE 51 se notificaron 247.268 casos, un 42% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 120 muertes por este evento. Respecto al zika, hasta la misma semana, se han registrado 24.518 casos, lo que representa una disminución del 43% en comparación con 2024, con un fallecimiento reportado por este evento. En relación con Oropouche, hasta la SE 49 se confirmaron 11.987 casos, un 5% más que en igual período de 2024, con 5 defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 47/2025, se han reportado 33.303 casos de dengue, lo que representa una disminución del 40% en comparación con el mismo período de 2024, con 3 fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, se registraron 5.784 casos, un aumento de 12 veces el valor del año previo, con 4 defunciones por este evento. Asimismo, se notificaron 1.082 casos de zika, más de cuatro veces 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 50/2025, se han reportado 30.425 casos de dengue, un 90% menos respecto a la misma semana de 2024 y se registró un fallecimiento por este evento. En relación con chikungunya, se notificaron 53 casos, lo que representa una disminución de 98% respecto a la misma semana del año anterior, sin registrarse defunciones asociadas. Sin embargo, los casos confirmados por laboratorio mostraron un incremento del 43%. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían notificado 12 casos.

Perú: hasta la SE 49/2025, se han notificado 38.709 casos de dengue, un 86% menos respecto al mismo periodo de 2024, con 57 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 46/2025, se notificaron 20 casos, un 77% menos en comparación con la misma semana de 2024. No se registraron defunciones para este evento. Respecto al zika, hasta la misma semana, no se registraron casos. En relación con Oropouche, hasta la SE 38 se confirmaron 330 casos, un 96% menos que a la misma semana de 2024.

Durante 2025, se ha registrado una disminución de los casos de dengue en todos los países mencionados. En relación con la circulación de serotipos del virus del dengue, Bolivia registra circulación de DEN-1 y DEN-2; Paraguay, de DEN-1, DEN-2 y DEN-3; y Perú, de DEN-1, DEN-2 y DEN-4. En tanto, Brasil reporta la circulación de los cuatro serotipos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4).

---

<sup>17</sup> Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: [PAHO/WHO Data - Topics](#)

<sup>18</sup> Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: [Enfermedad por virus Oropouche - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)

En agosto de 2025, la Organización Panamericana de la Salud emitió una alerta epidemiológica sobre Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas<sup>19</sup>, ante la ocurrencia de 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 registró 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.

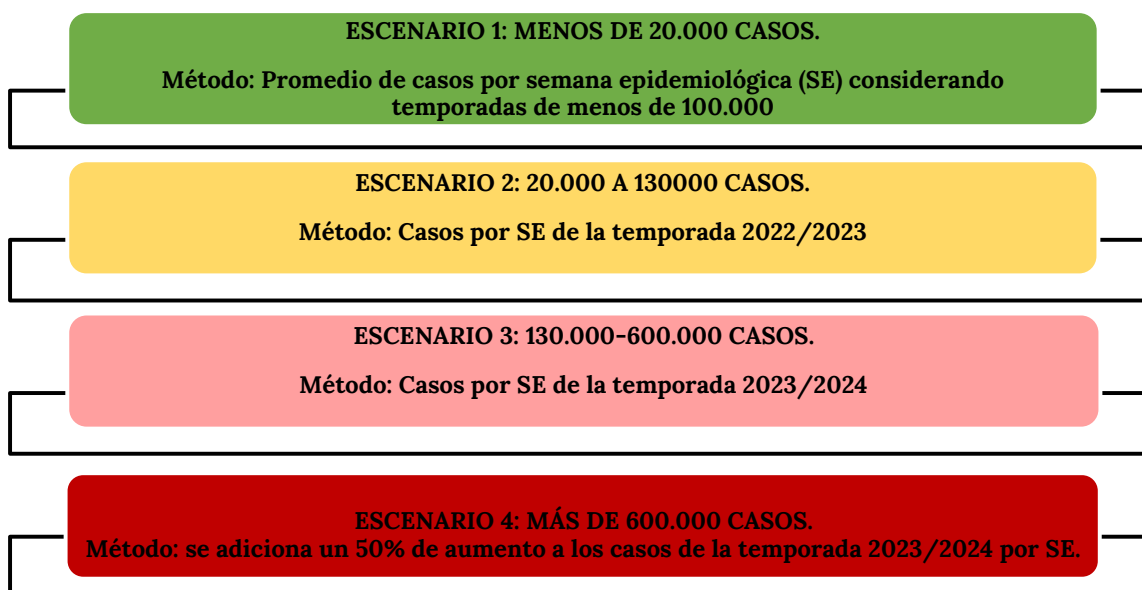
El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la 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 SE52 se notificaron 13 casos confirmados de dengue, de los cuales 8 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con

<sup>19</sup> 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](#)

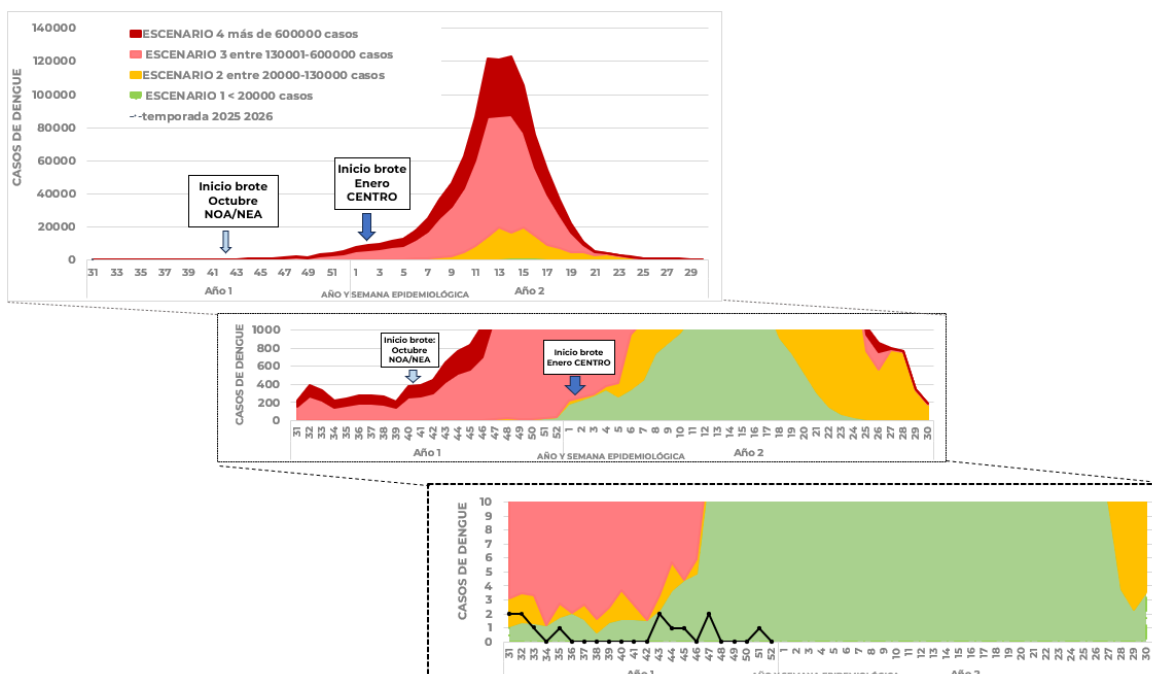
temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 2)

**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=13). 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 SE52/2025, se observa un descenso sostenido en el número de casos en comparación con los máximos alcanzados durante las epidemias de 2023 y 2024.

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

De acuerdo con la fecha mínima<sup>20</sup>, desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 6857 casos sospechosos de dengue, de los cuales 13 fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. Solo el 38% corresponden a casos sin antecedente de viaje (Tabla 1):

- **Dos** casos autóctonos en **Formosa**: un caso con residencia en el departamento Pilagás (SE31) y un caso en el departamento Patiño (SE32)
- **Seis** casos de la **Provincia de Buenos Aires**: tres sin antecedente de viaje -Tres de Febrero (SE31), San Isidro (SE43), Cañuelas (SE 51)- y tres con antecedente de viaje a Paraguay (SE35), México (SE44) e Indonesia (SE47).
- **Cuatro** casos notificados en **CABA** con antecedente de viaje a Brasil (SE32), Sri Lanka (SE35), Pakistán (SE45) y México (SE47). En dos de los casos, se identificó el serotipo DENV-3.

<sup>20</sup>Fecha mínima: fecha más cercana al comienzo de la enfermedad disponible (orden de jerarquía: 1. fecha de inicio de síntomas, 2. fecha de consulta, 3. fecha de toma de muestra, y 4. fecha de notificación).

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

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE52/2025 se notificaron 370 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 SE52/2025. 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	3	16	3	4	428	108	562	0	6
CABA	0	1	4	0	115	44	164	0	4
Córdoba	0	26	0	0	830	37	893	0	0
Entre Ríos	0	2	1	1	129	11	144	0	1
Santa Fe	0	12	0	1	451	46	510	0	0
<b>Total Centro</b>	<b>3</b>	<b>57</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>1953</b>	<b>246</b>	<b>2273</b>	<b>0</b>	<b>11</b>
Mendoza	0	0	0	1	49	1	51	0	0
San Juan	0	1	0	0	22	1	24	0	0
San Luis	0	0	0	0	28	1	29	0	0
<b>Total Cuyo</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>99</b>	<b>3</b>	<b>104</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Chaco	0	2	0	0	444	6	452	0	0
Corrientes	0	0	0	0	41	6	47	0	0
Formosa	2	1	0	0	2384	0	2387	0	2
Misiones	0	2	0	0	220	1	223	0	0
<b>Total NEA</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3089</b>	<b>13</b>	<b>3109</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
Catamarca	0	0	0	0	98	0	98	0	0
Jujuy	0	1	0	0	150	3	154	0	0
La Rioja	0	0	0	0	75	0	75	0	0
Salta	0	1	0	0	261	18	280	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	45	15	60	0	0
Tucumán	0	29	0	1	561	38	629	0	0
<b>Total NOA</b>	<b>0</b>	<b>31</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1190</b>	<b>74</b>	<b>1296</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Chubut	0	0	0	0	9	1	10	0	0
La Pampa	0	0	0	0	34	0	34	0	0
Neuquén	0	0	0	0	11	2	13	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	13	1	14	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	4	0	4	0	0
<b>Total Sur</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>71</b>	<b>4</b>	<b>75</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total País</b>	<b>5</b>	<b>94</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>6402</b>	<b>340</b>	<b>6857</b>	<b>0</b>	<b>13</b>

***Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación***

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

### V.3.B. CONSIDERACIONES PARA LA VIGILANCIA POR LABORATORIO

Los servicios de salud deben seguir las directrices establecidas para el manejo de casos sospechosos de dengue y asegurar la realización de estudios de laboratorio apropiados para confirmar o descartar la infección, sobre todo en los grupos de pacientes priorizados y en las diferentes fases de preparación, alerta, respuesta y recuperación de la epidemia. Es fundamental el trabajo coordinado entre las áreas de atención de pacientes, epidemiología y laboratorios para no sobrecargar la demanda de diagnóstico etiológico, particularmente en

lo relativo a las acciones de vigilancia laboratorial de acuerdo a la disponibilidad de insumos y recurso humano.

En el contexto epidemiológico actual, con una epidemia de dengue en las temporadas anteriores, se recomienda la aplicación de métodos directos y confirmatorios (ELISA NS1 para dengue, aislamiento viral y qRT-PCR) aplicados a muestras agudas (0-6 días de evolución) con el objetivo de proveer al sistema de vigilancia con información de certeza que permita identificar y caracterizar los arbovirus circulantes en un área, de modo de generar un alerta temprano que oriente adecuadamente la implementación de medidas de prevención y control.

En el caso de que los primeros casos compatibles con un inicio de circulación viral en un área correspondan a pacientes con un cuadro de 4 o más días de evolución en los que únicamente se detecte la presencia de anticuerpos tipo IgM, es necesario tener la consideración que los anticuerpos IgM son marcadores de infección reciente, no necesariamente aguda. En estudios realizados en epidemias de dengue anteriores en Argentina, se ha constatado que un porcentaje de pacientes pueden presentar persistencia de IgM para dengue por más de 3 meses e incluso a más de un año. Por lo tanto, en esos casos, se plantea el estudio por prueba de neutralización en par de sueros con muestras tomadas con 10 a 15 días de diferencia para confirmar circulación viral o descartar el caso de dengue al evidenciar la seroconversión de anticuerpos tipo IgG, así como estudiar otros flavivirus y descartar la detección de cruces serológicos. Esta acción es fundamental cuando no existan casos confirmados por qRT-PCR e identificación de serotipo. No obstante, es fundamental la investigación epidemiológica y búsqueda activa para captar otros casos febriles que pudieran presentarse en la zona y proceder a la toma de muestras en fase aguda.

En los casos con sintomatología compatible de dengue pero que cuentan con antecedentes de vacunación dentro de los 30 días inclusive de la última dosis de vacuna, no deben realizarse estudios de diagnóstico etiológico, a excepción de los casos graves o fatales. En caso de FIS más allá de los 30 días de la última dosis de vacuna se puede realizar diagnóstico etiológico SÓLO a través de métodos directos dentro de los 6 días de la fecha de inicio de síntomas (FIS <6 días) y preferentemente, por métodos moleculares. Los métodos indirectos basados en serología para la detección de anticuerpos IgM e IgG con resultados positivos no permiten diferenciar infección por virus dengue o respuesta inmune vacunal en este contexto. Si no es posible realizar el diagnóstico en la jurisdicción deberán arbitrarse los medios dispuestos a través de la red nacional de laboratorios de dengue y otros arbovirus para lograr el diagnóstico de laboratorio que permita reconocer la situación epidemiológica de la localidad.

Se debe sostener la derivación de un porcentaje de muestras positivas y negativas en todas las fases del plan al Centro Nacional de referencia para corroboración, complementación de metodologías, y caracterización virológica y genómica de los agentes virales. Particularmente en el período de alerta temprano y luego de un período Inter epidémico resulta de relevancia determinar si los arbovirus que se están detectando corresponden a nuevas introducciones en el territorio o corresponde a circulación sostenida de los agentes virales previamente caracterizados.

La derivación de muestras al Centro Nacional de Referencia para estudios de caracterización genómica viral es importante que cumpla criterios de representación geográfica, temporal y de espectro clínico, priorizando aquellos casos positivos por técnicas de qRT-PCR con



valores de CT inferiores a 28 idealmente.

## 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 SE52/2025).

**Tabla 2. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para otros Arbovirus. SE31/2025 a SE52/2025. 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	19	0	19	0	18	0	15	0	11	0	5
CABA	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
Córdoba	0	530	0	16	0	33	0	157	0	0	0	0
Entre Ríos	0	22	0	0	0	5	0	8	0	0	0	0
Santa Fe	0	31	0	21	0	17	0	16	0	12	0	0
<b>Total Centro</b>	<b>0</b>	<b>603</b>	<b>0</b>	<b>56</b>	<b>0</b>	<b>77</b>	<b>0</b>	<b>196</b>	<b>0</b>	<b>23</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
Mendoza	0	9	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0
San Juan	0	1	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0
San Luis	0	3	0	2	0	2	0	6	0	5	0	0
<b>Total Cuyo</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Chaco	0	72	0	50	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	23	0	18	0	3	0	0	0	3	0	6
<b>Total NEA</b>	<b>0</b>	<b>95</b>	<b>0</b>	<b>68</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	17	0	4	0	14	0	1	0	15	0	0
La Rioja	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Salta	0	80	0	60	0	34	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	3	0	3	0	0	0	2	0	0	0	0
Tucumán	0	7	0	7	0	13	0	0	0	0	0	4
<b>Total NOA</b>	<b>0</b>	<b>109</b>	<b>0</b>	<b>75</b>	<b>0</b>	<b>61</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
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
<b>Total Sur</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total País</b>	<b>0</b>	<b>821</b>	<b>0</b>	<b>204</b>	<b>0</b>	<b>143</b>	<b>0</b>	<b>212</b>	<b>0</b>	<b>47</b>	<b>0</b>	<b>16</b>

**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. FIEBRE CHIKUNGUNYA

Durante la temporada en curso se notificaron 821 casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, sin registrarse hasta el momento casos autóctonos confirmados. Se notificaron casos importados, incluyendo 1 caso confirmado (CABA) y 6 casos probables (Buenos Aires, Entre Ríos y Córdoba), todos con antecedente de viaje a Brasil, Paraguay y Cuba. Si bien no se ha evidenciado transmisión autóctona en el país durante el período analizado, la ocurrencia de casos importados refuerza la necesidad de sostener la vigilancia epidemiológica y la sensibilidad de los sistemas de detección, en un contexto de circulación viral regional y condiciones favorables para la transmisión vectorial.



**V.4.B. ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA**

En Argentina, la transmisión autóctona del virus Zika fue notificada por primera vez en 2016, con el último brote registrado en 2018. Desde entonces, no se han confirmado nuevos casos en el país. Durante la temporada actual se investigaron 204 casos sospechosos, todos con resultados negativos. En la actualidad no se evidencia circulación viral activa; no obstante, se sostiene una vigilancia epidemiológica continua y fortalecida, orientada a la detección temprana de casos sospechosos y a la identificación oportuna de una eventual reintroducción del virus.

**V.4.C. FIEBRE DE OROPOUCHE**

La vigilancia de la fiebre de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y en personas con antecedente de viaje a zonas donde se registra transmisión durante la temporada en curso. Hasta el momento, se investigaron 143 casos, sin registrarse resultados positivos.

**V.4.D. ENCEFALITIS DE SAN LUIS**

En la temporada actual se notificaron 212 casos sospechosos de encefalitis de San Luis, sin registrarse casos confirmados hasta el momento. No se evidencia circulación viral activa en el país. Se mantiene una vigilancia epidemiológica intensificada, especialmente ante cuadros compatibles con meningoencefalitis viral, con el objetivo de detectar oportunamente una eventual introducción del virus.

**V.4.E. FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL**

Durante la presente temporada se investigaron 47 casos sospechosos de fiebre del Nilo Occidental en el país, sin registrarse casos confirmados autóctonos hasta la fecha. En la SE 37/2025 se confirmó un caso correspondiente a una persona con residencia en Kansas, Estados Unidos, que inició síntomas compatibles durante su paso por Argentina y fue atendida en la provincia de Buenos Aires. El caso fue confirmado por el Laboratorio Nacional de Referencia INEVH “Dr. Julio I. Maiztegui” y no presentó antecedente epidemiológico compatible con adquisición local, refiriendo exposición previa en su país de residencia en zonas con presencia de mosquitos durante actividades al aire libre.

**V.4.F. FIEBRE AMARILLA**

Durante la temporada en curso se notificaron 16 casos sospechosos de fiebre amarilla, sin registrarse hasta el momento casos confirmados. Los últimos casos confirmados en el país ocurrieron en 2018, cuando se registraron siete casos asociados a antecedente de viaje a Brasil, todos en personas no vacunadas. Se sostiene la vigilancia epidemiológica activa y la estrategia de prevención mediante vacunación en las áreas con recomendación vigente.

## VI. Hantavirosis - Actualización informe epidemiológico

### VI.1. Introducción

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

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

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

En respuesta a estos desafíos sanitarios, las normas de vigilancia fueron revisadas y actualizadas<sup>21</sup> con el objetivo de optimizar los criterios diagnósticos, fortalecer las estrategias de detección temprana y respuesta ante brotes, y mejorar la calidad de la información notificada al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Desde el BEN 788, se comenzó a priorizar la presentación de este evento dado el carácter estacional que muestra. En efecto, la gran mayoría de los casos se presenta durante el verano y es por eso que se definió darle un mayor seguimiento a esta patología, con la finalidad de conocer de manera oportuna su incidencia, dar a conocer sus características y poder, así, sensibilizar a todos los actores vinculados con la atención, diagnóstico, tratamiento, notificación, prevención y control involucrados con la patología.

Dada la complejidad clínica y epidemiológica del evento, los datos presentados pueden estar sujetos a revisión según avance la confirmación diagnóstica o la clasificación final de los casos.

---

<sup>21</sup> [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular\\_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf)

No obstante, resultan fundamentales para dimensionar el comportamiento del evento, fortalecer los sistemas de vigilancia y consolidar las capacidades de respuesta ante este tipo de emergencias.

## **VI.2. Situación epidemiológica actual**

### **VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA**

El análisis de la información se realiza por la caracterización epidemiológica del evento nominal “Hantavirosis”. Se consideran como casos confirmados aquellos que cuentan con resultados de laboratorio detectable o reactivo, según la última definición de caso consensuada publicada en la Circular de Vigilancia de Mayo 2025<sup>22</sup>, o una clasificación manual correspondiente a confirmado. Los casos se presentan según la jurisdicción de residencia consignada en el SNVS 2.0, en ausencia de este dato, se utiliza la jurisdicción de carga. La fecha mínima se construye según orden de priorización con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, toma de muestra, y, por último, fecha de apertura del caso, en caso de no contar con ninguna de las anteriores.

### **VI.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

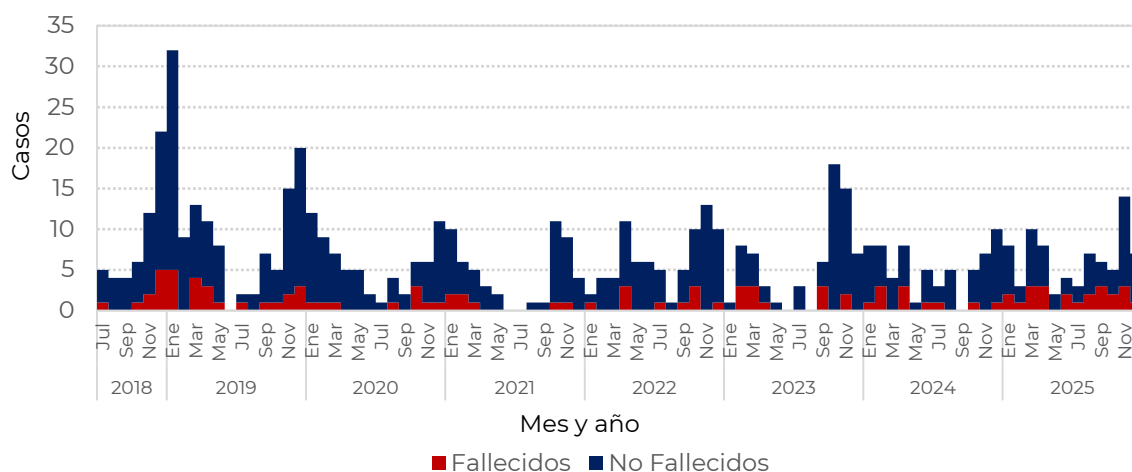
La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de períodos comprendidos entre los meses julio de un año y junio del siguiente (Por ej. SE27/2018-SE26/2019) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre sí.

El período analizado incluye la temporada 2018-2019 (SE27/2018 a SE26/2019) que registró el mayor número de casos confirmados (126), coincidente con el brote de transmisión interhumana ocurrido en Epuén, Chubut.

A nivel nacional, en lo que van del año 2025, se notificaron 77 casos confirmados de hantavirus, de los cuales 23 fallecieron, lo que representa una letalidad del 29,8%. Al mismo tiempo, teniendo en cuenta la temporada actual, los casos notificados ascienden a 43.

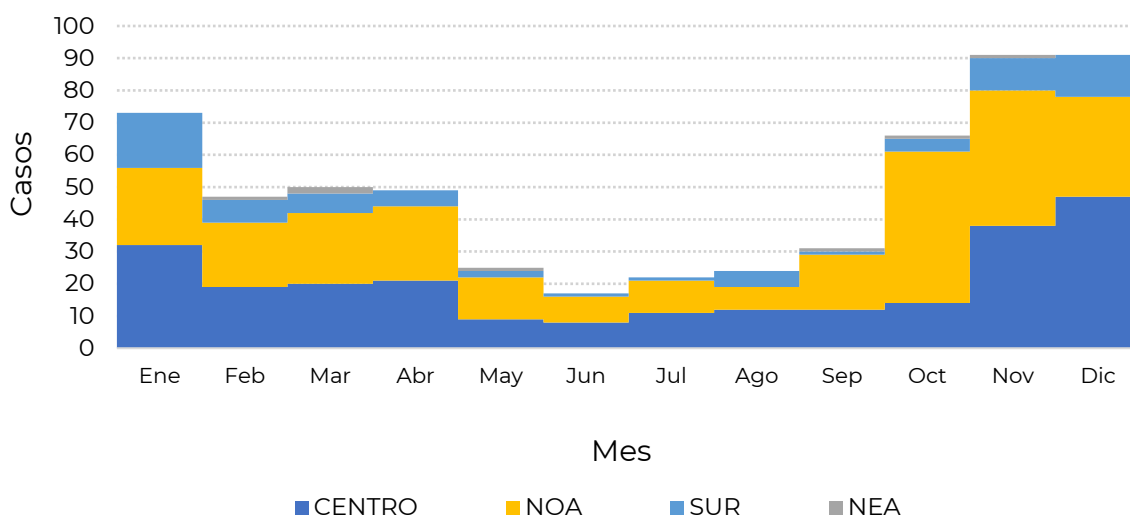
---

<sup>22</sup> [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular\\_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf)

**Gráfico 1. Hantavirosis: número de casos confirmados por mes, año y condición de egreso. SE27/2018 a SE52/2025, Argentina. (N=586)**

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

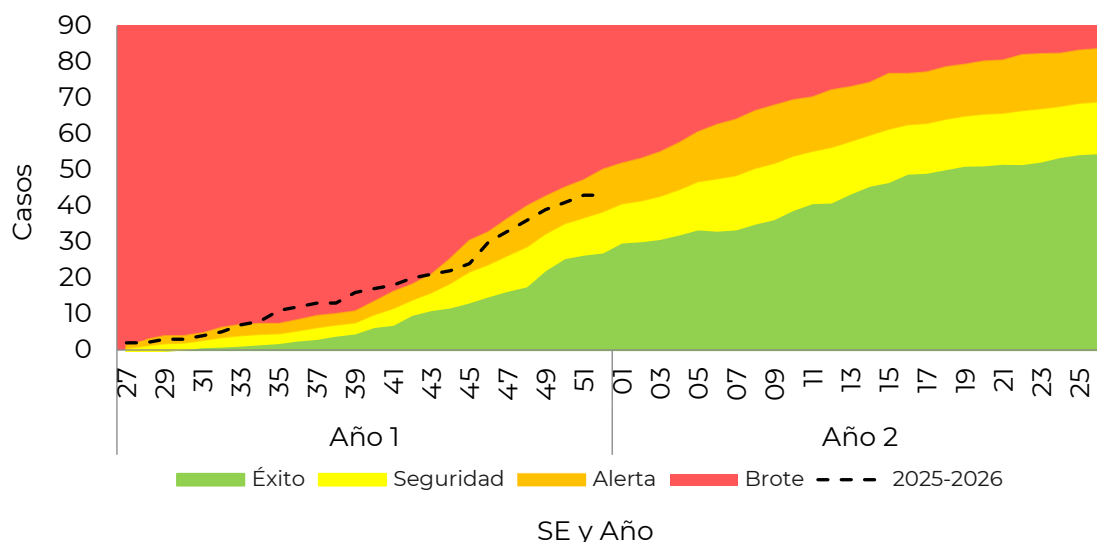
En la curva histórica de casos, se observa que el 90% de los casos se concentran entre los meses de septiembre a abril (SE34 a SE20), y un 50% entre noviembre y enero (SE39 a SE02). Este patrón se observa en las 3 regiones que concentran la mayor carga de la enfermedad (NOA, Sur y Centro) con la particularidad de que en el NOA el incremento estacional se inicia de manera más temprana (Gráfico 2).

**Gráfico 2. Hantavirosis: número de casos acumulados según mes y región. SE27/2018 a SE52/2025, Argentina. (N=586).**

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

Puede observarse que a nivel nacional la cantidad de casos para el período comprendido entre julio y diciembre de 2025 (temporada 2025-2026) se encuentra en el umbral de alerta, respecto a los casos esperados en relación a los años previos.

**Gráfico 3. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE27/2025 a SE52/2025 respecto a los cinco años previos (SE27/2019 a SE26/2024)\*. Argentina. (N=43)**



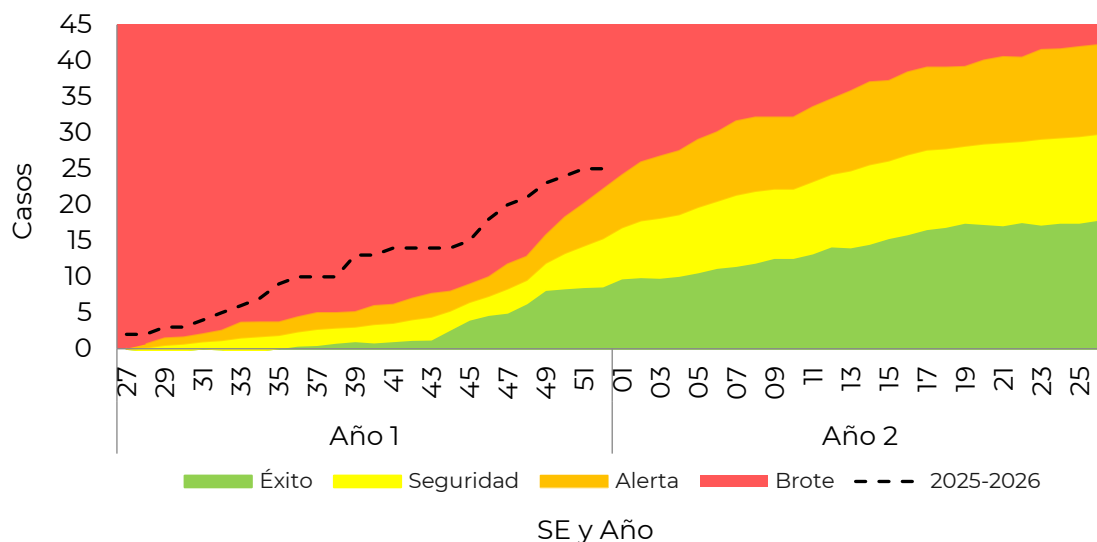
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

\* Tanto para el total país como para los corredores regionales, se excluyeron del período comparativo los casos de la temporada 2018-2019 por ser una temporada de brote, tanto en éste como en los siguientes corredores.

### Región Centro

Para la región Centro, la cual incluye las jurisdicciones de Buenos Aires, Entre Ríos y Santa Fe, el número de casos se encuentra en brote para el período comprendido entre julio y la segunda semana de diciembre de 2025 (temporada 2025-2026).

**Gráfico 4. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE27/2025 a SE52/2025 respecto a los cinco años previos (SE27/2019 a SE26/2024). Región Centro. (N=25)**



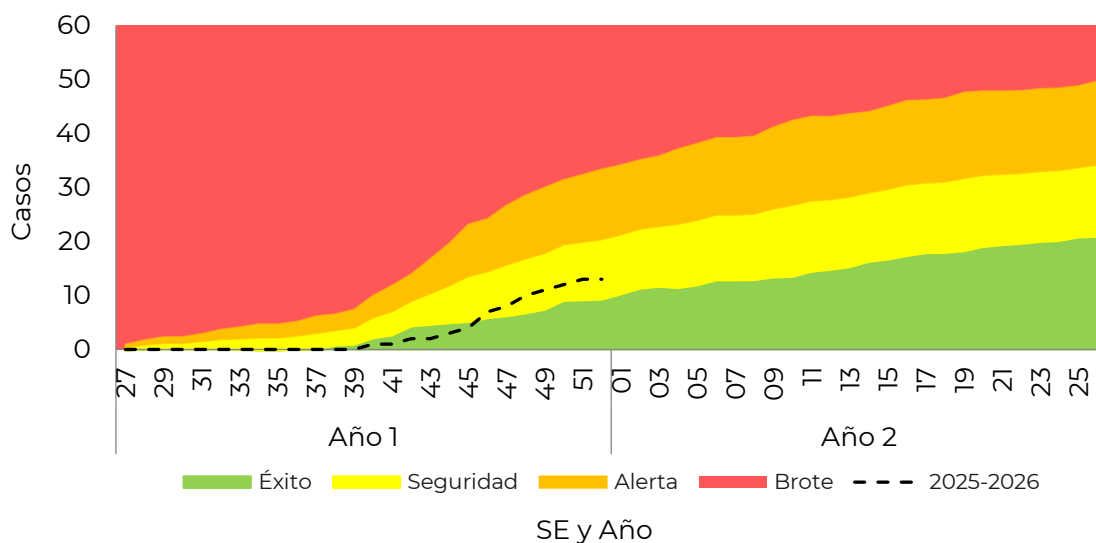
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

### Región NOA

En lo que respecta a la región NOA, se presentaron casos en las jurisdicciones de Salta y Jujuy, con un número de casos se encuentra en el umbral de seguridad para el período comprendido

entre julio y diciembre de 2025, respecto a los valores esperados teniendo en cuenta los casos presentados en años previos.

**Gráfico 5. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE27/2025 a SE52/2025 respecto a los cinco años previos (SE27/2019 a SE26/2024). Región NOA. (N=13)**

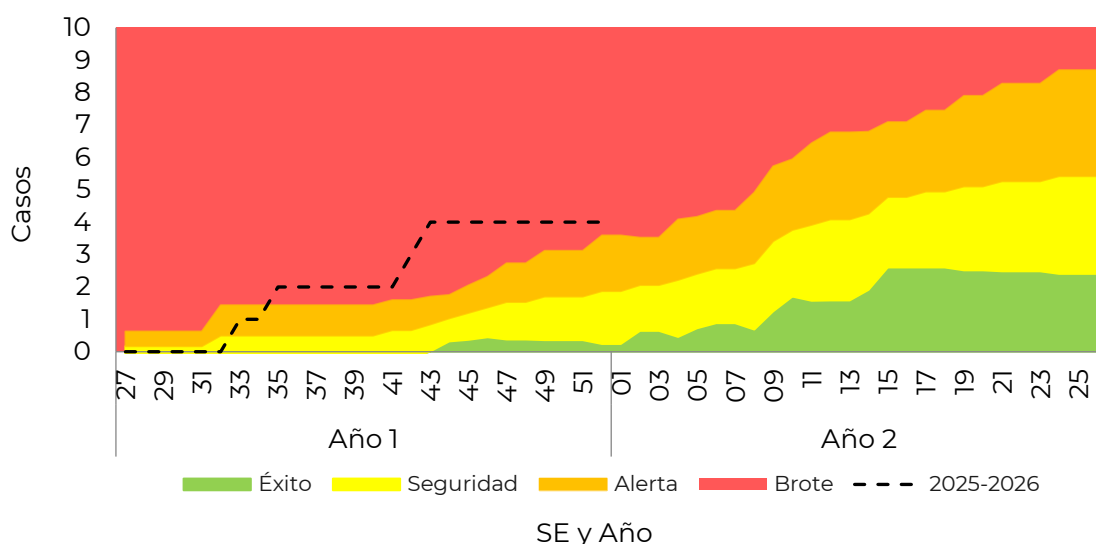


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

### Región Sur

Para la región Sur, la cual incluye las jurisdicciones de Chubut, Neuquén y Río Negro, el número de casos se encuentra en el umbral de brote para el período de julio a diciembre de 2025, es decir por encima de los casos esperados. Sin embargo, al momento tan sólo se presentaron cuatro casos, por lo que es necesario continuar analizando la evolución de la situación.

**Gráfico 6. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE27/2025 a SE52/2025 respecto a los cinco años previos (SE27/2019 a SE26/2024). Región Sur. (N=4)**



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

### VI.2.C. PRESENTACIÓN DE DATOS A NIVEL SUB-NACIONAL

A continuación, se presentan los casos y la incidencia acumulada según jurisdicción para el mismo período y, complementariamente, un mapa con el detalle del georreferenciamiento de los casos de la presente temporada de acuerdo a la edad y a la relación con la ecorregión del país.

**Tabla 1. Hantavirus: número de casos confirmados, y tasa por 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2018 a 2025 (SE27 a SE52 de cada año). (N=318)**

Año epidemiológico	2018 (SE27 a SE52)		2019 (SE27 a SE52)		2020 (SE27 a SE52)		2021 (SE27 a SE52)		2022 (SE27 a SE52)		2023 (SE27 a SE52)		2024 (SE27 a SE52)		2025 (SE27 a SE52)	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
<b>Jurisdicción</b>																
<b>Buenos Aires</b>	3	0,02	14	0,08	10	0,06	6	0,03	7	0,04	3	0,02	7	0,04	15	0,08
<b>Entre Ríos</b>	2	0,15	1	0,07	4	0,29	1	0,07	3	0,21	2	0,14	3	0,21	4	0,28
<b>Santa Fe</b>	10	0,29	8	0,23	6	0,17	4	0,11	4	0,11	2	0,06	5	0,14	6	0,16
<b>Región Centro</b>	15	0,05	23	0,08	20	0,07	11	0,04	14	0,05	7	0,02	15	0,05	25	0,08
<b>Chaco</b>	0	0,00	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Formosa</b>	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,16
<b>Misiones</b>	0	0,00	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Región NEA</b>	0	0,00	2	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02
<b>Jujuy</b>	2	0,26	6	0,78	3	0,39	5	0,64	7	0,88	6	0,75	4	0,50	2	0,25
<b>Salta</b>	15	1,07	17	1,20	4	0,28	8	0,55	19	1,29	28	1,89	9	0,60	11	0,72
<b>Tucumán</b>	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,12	2	0,11	3	0,17	0	0,00	0	0,00
<b>Región NOA</b>	17	0,30	23	0,41	7	0,12	15	0,26	28	0,48	37	0,63	13	0,22	13	0,22
<b>Chubut</b>	15	2,49	0	0,00	3	0,48	0	0,00	2	0,31	0	0,00	0	0,00	1	0,15
<b>Neuquén</b>	2	0,31	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,29	0	0,00	1	0,14
<b>Río Negro</b>	0	0,00	1	0,13	1	0,13	0	0,00	0	0,00	1	0,13	1	0,13	2	0,25
<b>Región Sur</b>	17	0,59	1	0,03	4	0,14	0	0,00	2	0,07	3	0,10	1	0,03	4	0,13
<b>Total País</b>	49	0,11	49	0,11	31	0,07	26	0,06	44	0,09	47	0,10	29	0,06	43	0,09

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

La mayor proporción de casos para la temporada actual (mes de julio a diciembre de 2025) se encuentra en la región Centro (58%), seguida por la región NOA (30%) y la región Sur (10%). La incidencia acumulada más elevada se encuentra en Entre Ríos y Río Negro. Teniendo en cuenta los años previos, para el mismo período de tiempo (SE 27 a 52) en los años 2018, 2019, 2022 y 2023 se observaron a nivel nacional incidencias acumuladas más elevadas que para la actual temporada.

Considerando los casos históricos, se observa que el 46% de los casos se concentraron en la región NOA, seguidos por la región centro (42%) y la región sur (10%). (Tabla 2). En este caso, a nivel nacional y tomando en cuenta la incidencia acumulada de los años previos, se presentan más elevadas para el 2019 y 2022, en comparación con el año actual.

**Tabla 2. Hantavirus: número de casos totales históricos confirmados, y tasa de incidencia por 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por año calendario. Argentina, 2019 a 2025. (N=533)**

Año calendario	2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	37	0,21	21	0,12	13	0,07	17	0,10	11	0,06	14	0,08	28	0,15
Entre Ríos	3	0,22	6	0,43	1	0,07	5	0,35	2	0,14	3	0,21	8	0,55
Santa Fe	10	0,28	13	0,37	4	0,11	5	0,14	4	0,11	9	0,25	12	0,33
Región Centro	50	0,17	40	0,14	18	0,06	27	0,09	17	0,06	26	0,09	48	0,16
Chaco	2	0,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,16
Formosa	0	0,00	1	0,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,16
Misiones	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Región NEA	3	0,07	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,07
Jujuy	23	3,02	10	1,30	10	1,28	16	2,03	9	1,13	11	1,37	4	0,49
Salta	30	2,13	14	0,98	18	1,25	26	1,78	33	2,23	20	1,34	14	0,93
Tucumán	0	0,00	0	0,00	2	0,12	3	0,17	3	0,17	0	0,00	1	0,06
Región NOA	53	0,94	24	0,42	30	0,52	45	0,78	45	0,77	31	0,52	19	0,32
Chubut	15	2,46	3	0,48	2	0,32	5	0,78	1	0,15	1	0,15	1	0,15
Neuquén	0	0,00	1	0,15	1	0,15	0	0,00	3	0,44	1	0,14	2	0,28
Río Negro	3	0,41	1	0,13	1	0,13	0	0,00	3	0,39	5	0,64	4	0,50
Región Sur	18	0,62	5	0,17	4	0,13	5	0,17	7	0,23	7	0,23	7	0,22
Total País	124	0,28	70	0,15	52	0,11	77	0,17	69	0,15	64	0,14	77	0,16

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

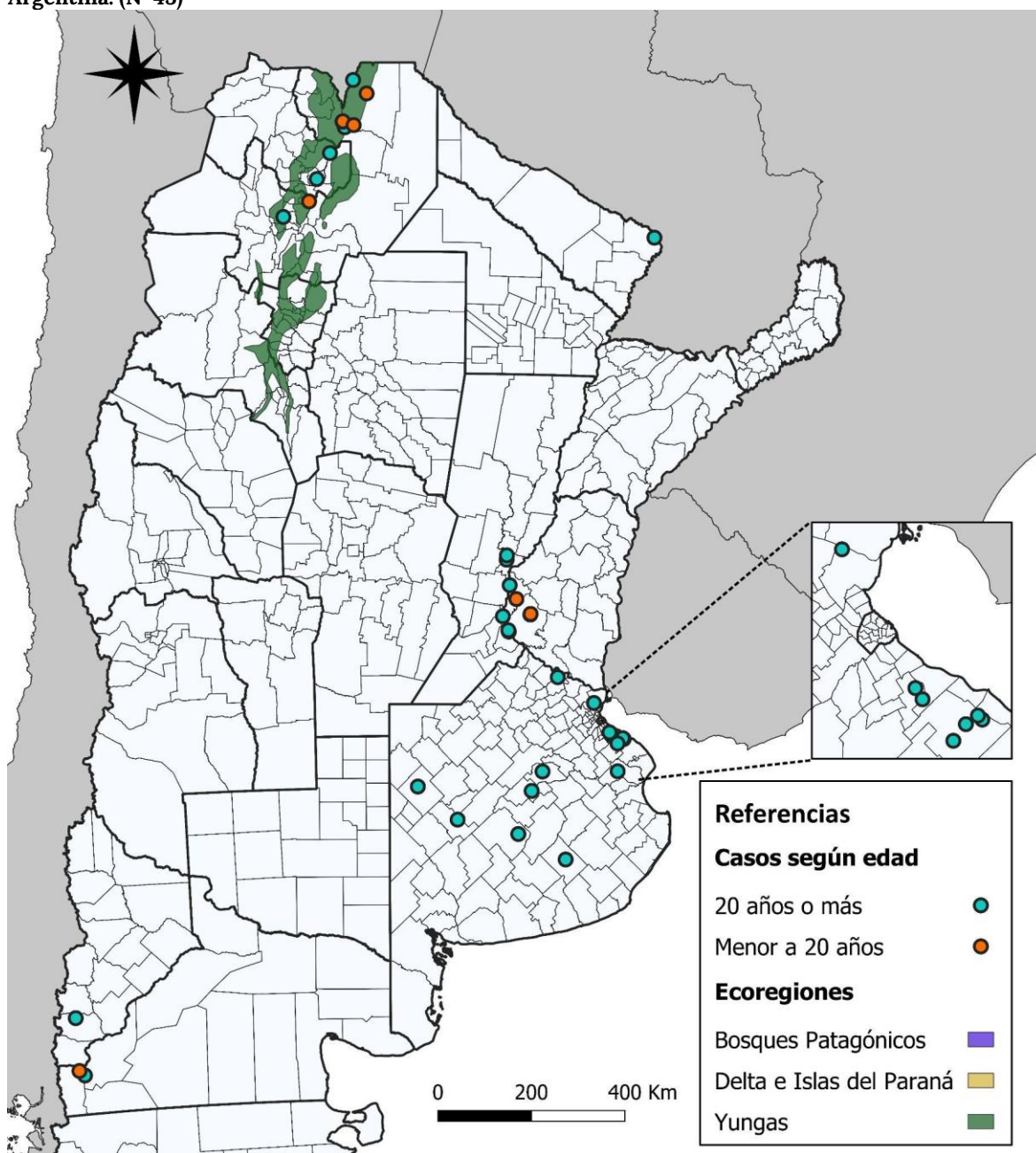
En el mapa 1, se georreferencia la distribución de los 43 casos de hantavirus desde la SE 27/2025 hasta la SE 52/2025.

La distribución de los casos de hantavirus se asocia estrechamente con la del reservorio y, en consecuencia, con la ecorregión donde éste habita. El Mapa 1 identifica las ecorregiones principalmente vinculadas a los casos. En el NOA, los 13 casos corresponden a departamentos ubicados en las Yungas (verde). En la región Sur, los casos se localizan en los Bosques Patagónicos (4 casos). En la región Centro, la mayor concentración (19 casos) se vincula al bosque en galería del Delta e Islas del Paraná, que incluye los humedales de Samborombón y áreas aledañas a La Plata. Por otra parte, 7 casos del interior de la provincia de Buenos Aires se asocian a la ecorregión Pampeana y un caso en la región chaqueña (Formosa). Esta distribución requiere validación mediante trabajo de campo orientado a la búsqueda y caracterización de reservorios en cada foco, y se complementa con vigilancia genómica para confirmar la vinculación entre casos, reservorios y circulación viral.

La descripción de los casos por ecorregión permite delimitar riesgos específicos en cada una, determinados por la ecología y el comportamiento del reservorio y por los patrones de exposición vinculados a las actividades que realizan las personas.



**Mapa 1. Hantavirosis: Casos confirmados desde SE27/2025 a SE52/2025 y ecoregiones seleccionadas. Argentina. (N=43)**

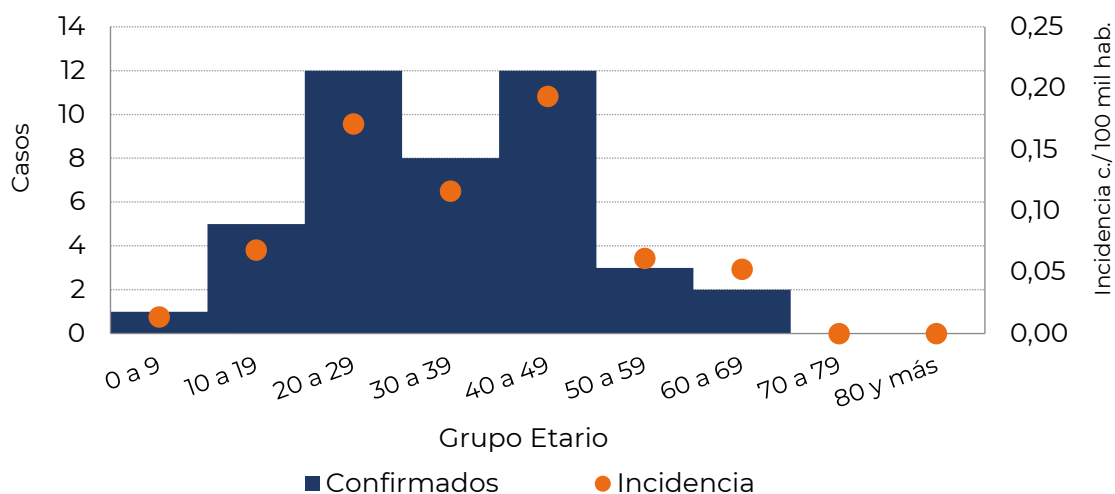


Fuentes: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0. Ecorregiones - Ministerio de Economía - Secretaría de Obras Públicas, disponible en: [https://geoportal.obraspublicas.gob.ar/layers/geonode\\_data:geonode:ecoregiones\\_argentina#more](https://geoportal.obraspublicas.gob.ar/layers/geonode_data:geonode:ecoregiones_argentina#more)

### Caracterización según grupos de edad

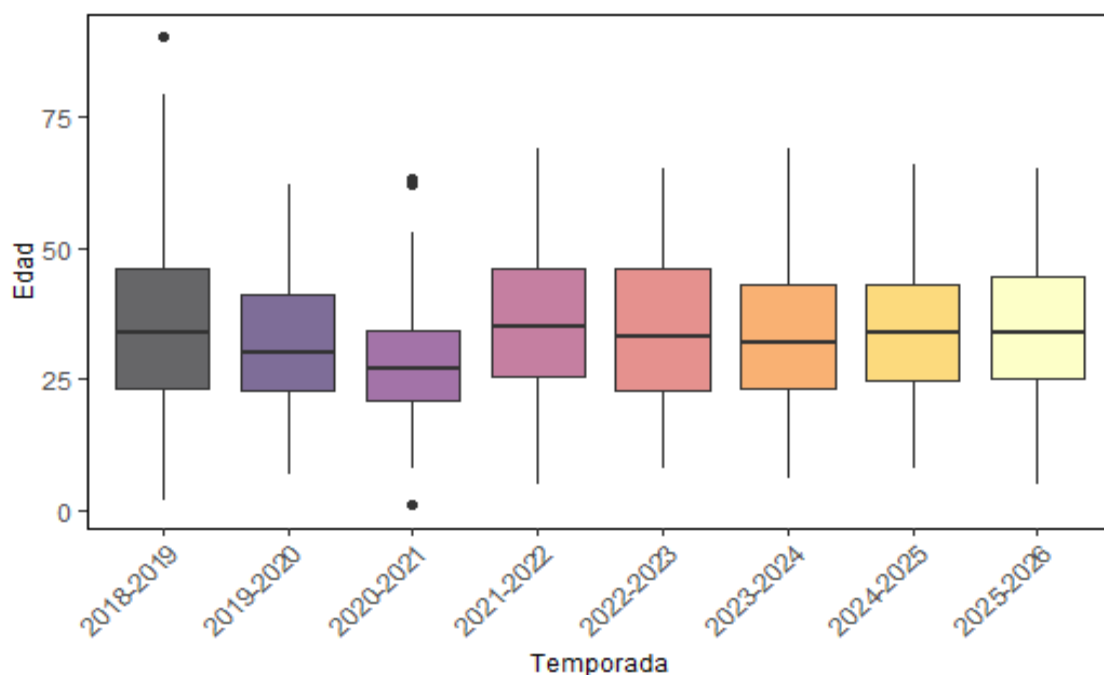
A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados de esta temporada fue de 34 años, concentrándose el 74% (32) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes en el período. La mediana de edad resultó ligeramente superior a las registradas en temporadas previas, como la de 2020–2021.

**Gráfico 7. Hantavirosis: número de casos y tasas de incidencia acumulada según grupo de edad. SE27/2025 a SE52/2025. Argentina. (N=43)**



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

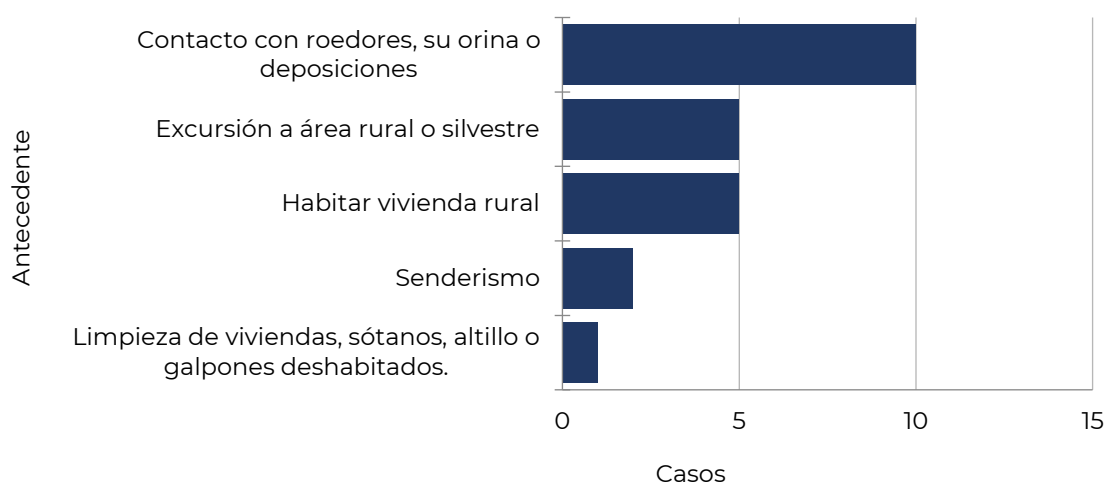
**Gráfico 8. Hantavirosis: Boxplot de casos confirmados por edad según temporada. SE27/2018 a SE52/2025. Argentina. (N=586)**



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

### Antecedentes epidemiológicos

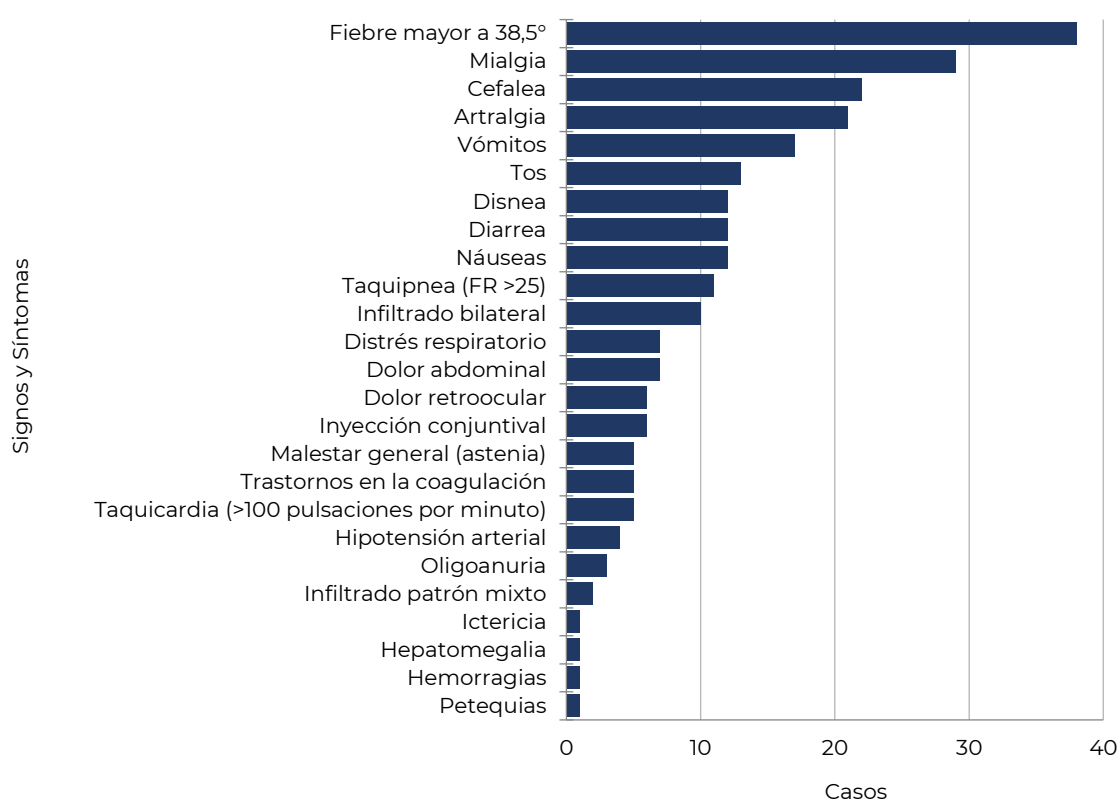
Entre SE27/2025 y SE52/2025, el 37% de los casos (n=16) presentó información sobre antecedentes epidemiológicos, siendo los más frecuentes contactos con roedores, orina o deposiciones (63%), habitar vivienda rural (31%), y excursión a área rural o silvestre (31%). Cada caso puede presentar uno o más antecedentes epidemiológicos. Ninguno de los casos fue identificado como de transmisión interhumana.

**Gráfico 9. Hantavirosis: Antecedentes epidemiológicos. SE27/2025 a SE52/2025. Argentina. (n=16)**

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

### Signos y síntomas

Entre SE27/2025 y SE52/2025, el 92% de los casos (n=40) presentó información sobre signos y síntomas, siendo los cinco más frecuentes: fiebre mayor a 38,5° (95%), mialgias (73%), cefalea (55%), artralgia (53%), y vómitos (43%). Cada caso puede presentar uno o más signos o síntomas.

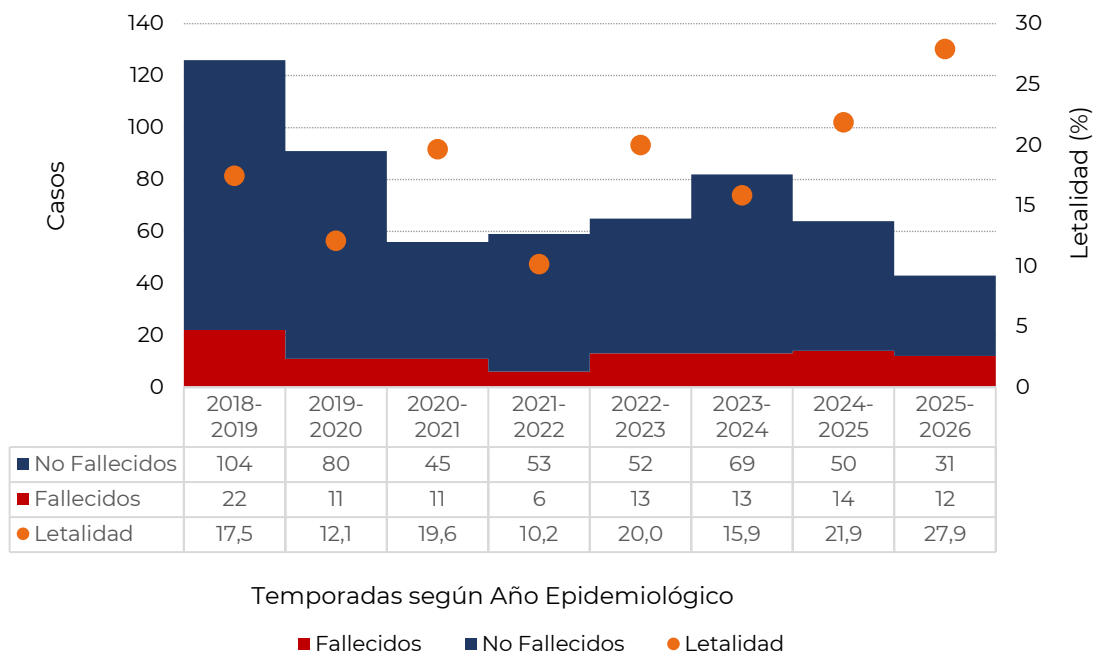
**Gráfico 10. Hantavirosis: número de signos y síntomas. SE27/2025 a SE52/2025. Argentina. (n=40)**

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

### Caracterización de la mortalidad

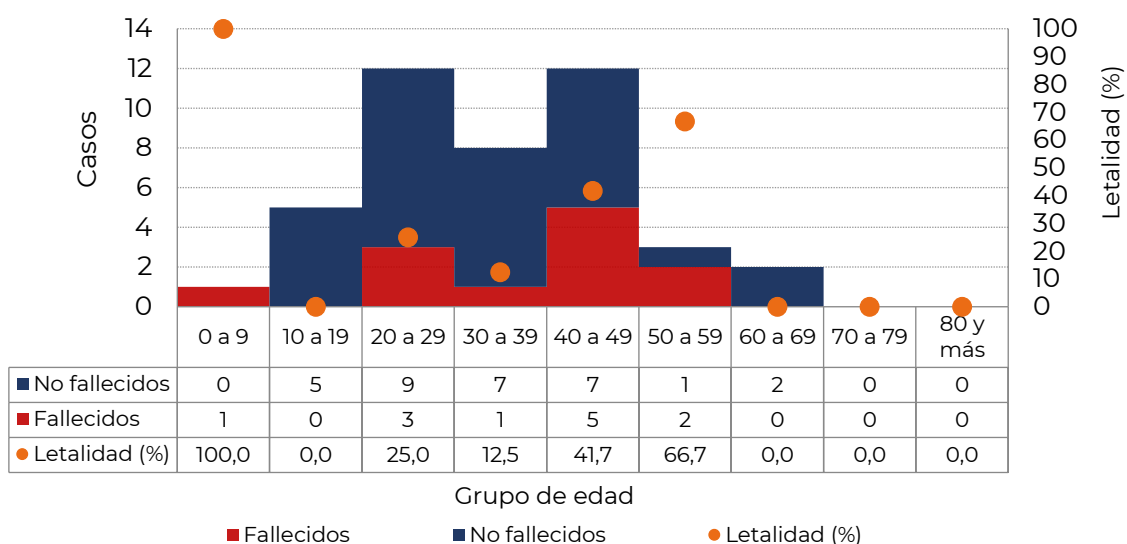
Entre SE27/2025 y SE52/2025 se notificaron 12 casos fallecidos, con una mediana de edad de 40,5 (RIC: 25,2-44,2) mayor que en temporadas anteriores, y una letalidad del 27,9%, también por encima a la de temporadas previas.

**Gráfico 11. Hantavirosis: número de casos y letalidad por temporada. SE27/2018 a SE52/2025. Argentina. (N=586)**



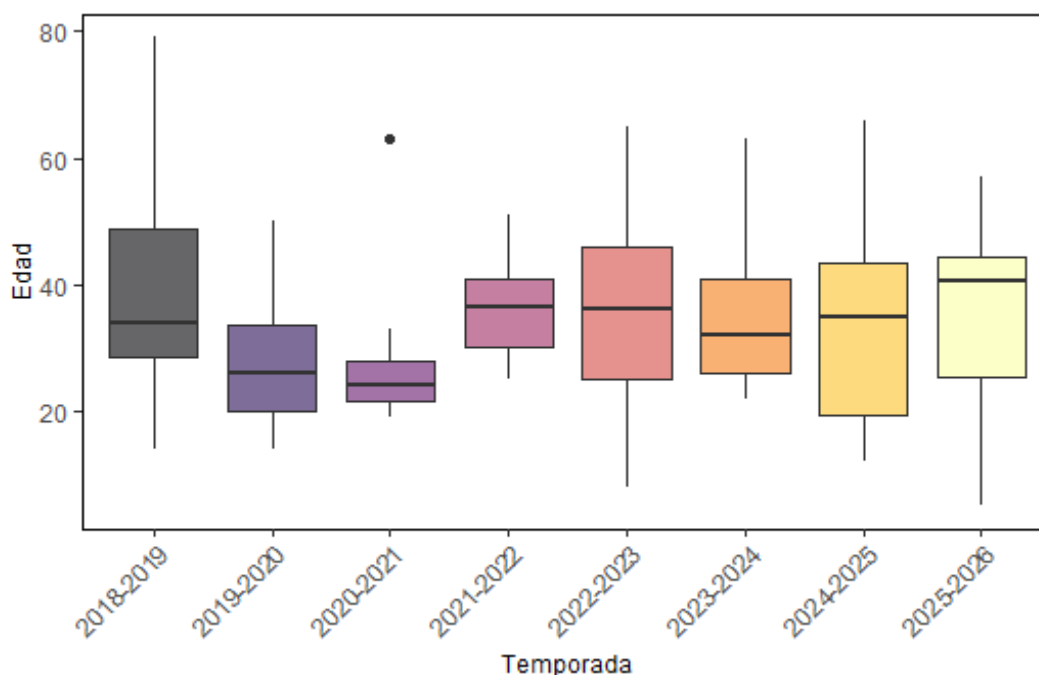
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

**Gráfico 12. Hantavirosis: número de casos y letalidad por grupo etario. SE27/2025 a SE52/2025. Argentina. (N=43)**



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

**Gráfico 13. Hantavirosis: *Boxplot* de casos fallecidos por edad según temporada. SE27/2018 a SE52/2025. Argentina. (N=102)**



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

En la Tabla 3 se pueden observar los casos históricos fallecidos por año calendario.

**Tabla 3. Hantavirosis: número de casos, fallecidos, letalidad y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por año calendario. Argentina, 2019 a 2025. (N=93)**

Año calendario	2019			2020			2021			2022			2023			2024			2025		
Jurisdicción	N	L	T	N	L	T	N	L	T	N	L	T	N	L	T	N	L	T	N	L	T
Buenos Aires	6	16	0,03	1	5	0,01	1	8	0,01	2	12	0,01	3	27	0,02	3	21	0,02	6	21	0,03
Entre Ríos	1	33	0,07	2	33	0,14	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	4	50	0,28
Santa Fe	2	20	0,06	3	23	0,08	1	25	0,03	1	20	0,03	3	75	0,08	1	11	0,03	2	17	0,05
Centro	9	18	0,03	6	15	0,02	2	11	0,01	3	11	0,01	6	35	0,02	4	15	0,01	12	25	0,04
Chaco	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00
Formosa	0	-	0,00	1	100	0,17	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00
Misiones	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00
NEA	0	0	0,00	1	100	0,02	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	0	0,00
Jujuy	2	9	0,26	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00
Salta	7	23	0,50	1	7	0,07	1	6	0,07	4	15	0,27	3	9	0,20	4	20	0,27	5	36	0,33
Tucumán	0	-	0,00	0	-	0,00	1	50	0,06	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	1	100	0,06
NOA	9	17	0,16	1	4	0,02	2	7	0,03	4	9	0,07	3	7	0,05	4	13	0,07	6	32	0,10
Chubut	3	20	0,49	1	33	0,16	1	50	0,16	3	60	0,47	0	-	0,00	1	100	0,15	0	-	0,00
Neuquén	0	-	0,00	0	-	0,00	1	100	0,15	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	2	100	0,28
Río Negro	0	-	0,00	0	-	0,00	1	100	0,13	0	-	0,00	3	100	0,39	2	40	0,25	3	75	0,38
Sur	3	17	0,10	1	20	0,03	3	75	0,10	3	60	0,10	3	43	0,10	3	43	0,10	5	71	0,16
Total País	21	17	0,05	9	13	0,02	7	13	0,02	10	13	0,02	12	17	0,03	11	17	0,02	23	30	0,05

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

Referencias: **N.** Número de fallecimientos, **L.** Porcentaje de letalidad, **T.** Tasa de mortalidad

#### VI.2.D. VIGILANCIA GENÓMICA

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

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

### **VI.2.E. CONCLUSIONES**

El periodo comprendido entre SE27/2025 y SE52/2025 presentó una proporción mayor de casos en la zona Centro (58%), seguida por la región NOA (30%) y la región Sur (10%). Asimismo, se observó un aumento en la letalidad global. En el grupo etario de menores de 20 años se identificaron 6 casos confirmados, uno de los cuales se notificó como fallecido. Se destacó como antecedente epidemiológico más frecuente el contacto con roedores o el habitar/transitar en área rural o silvestre. Es importante intensificar la sospecha de hantavirosis en zonas endémicas y que sea incorporado en el interrogatorio de rutina siempre, durante todo el año. Teniendo en cuenta la estacionalidad, esta recomendación toma un carácter más importante aún en los meses entre septiembre a abril, considerándola entre los diagnósticos diferenciales de otros síndromes febriles agudos inespecíficos. Ante la sospecha clínica de hantavirosis se sugiere realizar estudios diagnósticos confirmatorios a la mayor brevedad posible y hospitalizar; el diagnóstico precoz y la atención oportuna podrían mejorar la sobrevida de los pacientes. La mayor letalidad registrada en el período podría estar relacionada a la subnotificación de casos leves, aunque continúan en investigación otras causas. Se proseguirá con el análisis epidemiológico mientras transcurre la temporada. Se recomienda fortalecer tanto la vigilancia epidemiológica como la sospecha clínica, el testeo y el tratamiento oportuno de los casos con sintomatología compatible, teniendo en cuenta las regiones prevalentes y la temporalidad, así como indagando en los antecedentes epidemiológicos compatibles.

### **VI.3. Medidas preventivas generales**

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

### **Procedimientos ante presencia de roedores**

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

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

---

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

[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular\\_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf)

La Ficha de Notificación e Investigación Epidemiológica se encuentra disponible en el siguiente link:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas> (Síndrome Febril Agudo Inespecífico)

---

La ficha clínica epidemiológica para derivación y el Instructivo de envío de muestras para diagnóstico se encuentran disponible en el siguiente link:

<https://www.argentina.gob.ar/hantavirus-0>

---

# SITUACIONES **EMERGENTES**



## VII. Coqueluche - Actualización informe epidemiológico

### VII.1. Introducción

La tos convulsa, tos ferina o coqueluche es una enfermedad respiratoria aguda prevenible por vacunación, que puede afectar a personas de todas las edades, aunque presenta mayores tasas de morbilidad y mortalidad en lactantes y niños pequeños. Los adolescentes y adultos jóvenes pueden presentar la enfermedad de forma leve, atípica e inclusive con las manifestaciones clásicas, y representan una fuente importante de transmisión hacia los menores. Dado su alto grado de contagiosidad —especialmente en contextos de contacto estrecho y prolongado como el hogar, jardines 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 embarazadas a partir de la semana 20 de gestación y se incorporó esta indicación al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) en el año 2013 con el propósito de lograr el pasaje transplacentario de anticuerpos para proteger al lactante durante los primeros meses de vida contra la tos convulsa, y de esta manera disminuir la morbi-mortalidad por coqueluche en lactantes pequeños. Las recomendaciones actuales de vacunación contra tos convulsa durante el embarazo es vacunar con dTpa (triple bacteriana acelular) luego de la semana 20 de gestación, en cada embarazo, independientemente de la edad, antecedente de vacunación con dTpa u otras vacunas con componente antitetánico y del tiempo transcurrido desde el embarazo anterior.

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

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

### VII.2. Situación internacional

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

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

la Salud (OPS) identificó 10 países con aumento en el número de casos en el año 2025: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, EEUU, México, Panamá, Paraguay y Perú.

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

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

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

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

#### VII.3.A. INTRODUCCIÓN

Entre la SE1 y 5 de 2025 se notificaron un total de 6.481 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 1.055 fueron confirmados. En 921 de ellos, se contó con confirmación de laboratorio<sup>23</sup>, identificándose *B. pertussis* en el 80,3% (n=740); 4 casos correspondieron a *B. parapertussis* y 177 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.). En las últimas semanas se registraron 11 detecciones de *B. Holmessi*, en 6 jurisdicciones: provincia de Buenos Aires, CABA, Santa Fe, Entre Ríos, San Luis y Tierra del fuego.<sup>24</sup>

Los 1.055 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

<sup>23</sup> 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

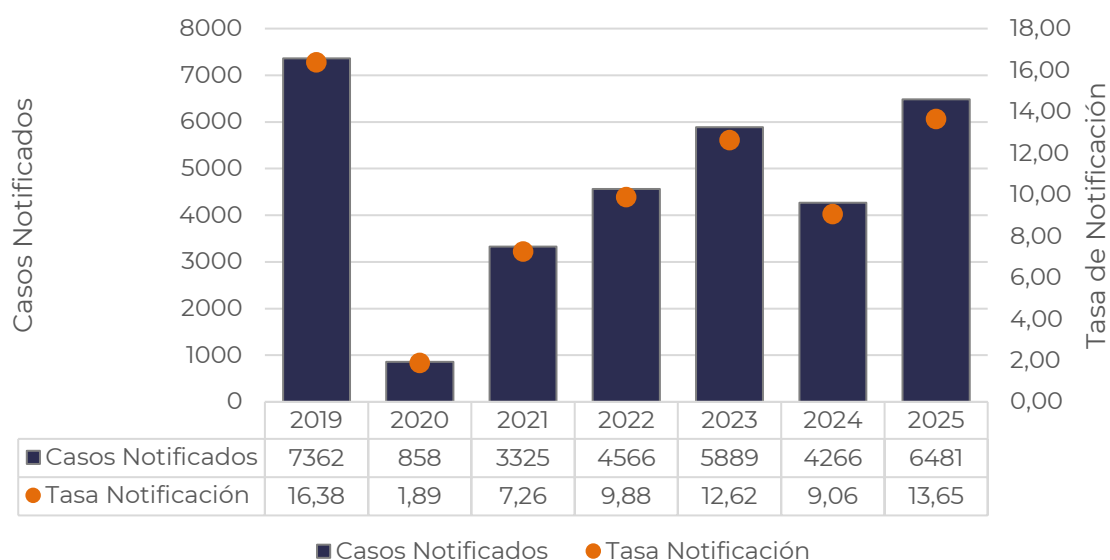
<sup>24</sup> Los casos de *B. Holmessi* no son considerados casos confirmados de coqueluche. Esta especie genera sintomatología compatible con coqueluche, con sintomatología más leve.

provincia de Salta<sup>25</sup>. La incidencia acumulada en lo que va del año es de 2,22 casos por cada 100.000 habitantes. Este incremento resulta relevante para dimensionar la situación actual, dado que el aumento de casos se observa en distintas jurisdicciones y de forma heterogénea. Además, se registraron 9 fallecimientos por la enfermedad, todos en menores de 2 años.

### ANÁLISIS DE LOS CASOS NOTIFICADOS Y CONFIRMADOS

La tasa de notificación en las SE1-52 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 13,65 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 1-52. 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= 1.358), provincia de Buenos Aires (n= 1.345), CABA (n=1.036), Tierra del Fuego (n=683), y Salta (n=679), seguidos por establecimientos de Mendoza (n=571), Santa Fe (n=369), Entre Ríos (n=66) y Tucumán (n=52). En el resto de las provincias se notificaron 50 casos sospechosos o menos en el año.<sup>26</sup>

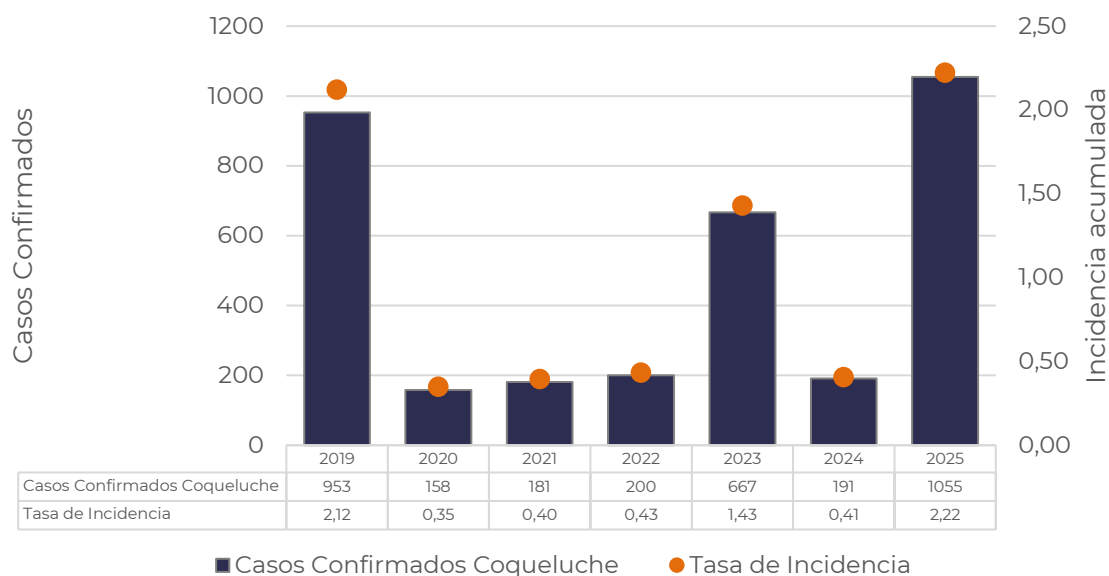
Del total de notificados, se confirmaron 1.055 casos, representando una tasa de incidencia de 2,22 casos cada 100.000 habitantes. En el período analizado, la mayor tasa de incidencia se observó en el presente año, seguido por los años 2019 y 2023<sup>27</sup>.

<sup>25</sup> 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.

<sup>26</sup> Las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche según jurisdicción se analizan de acuerdo a la variable "Establecimiento de Carga" y "Provincia de Carga".

<sup>27</sup> 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.

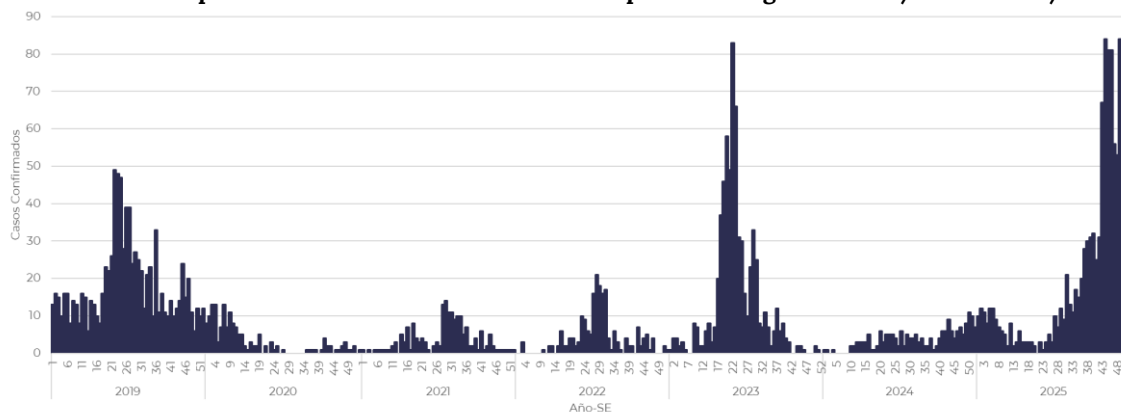
**Gráfico 2. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. SE 1-52. Argentina. Años 2019-2025.**



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 SE52/2025.**



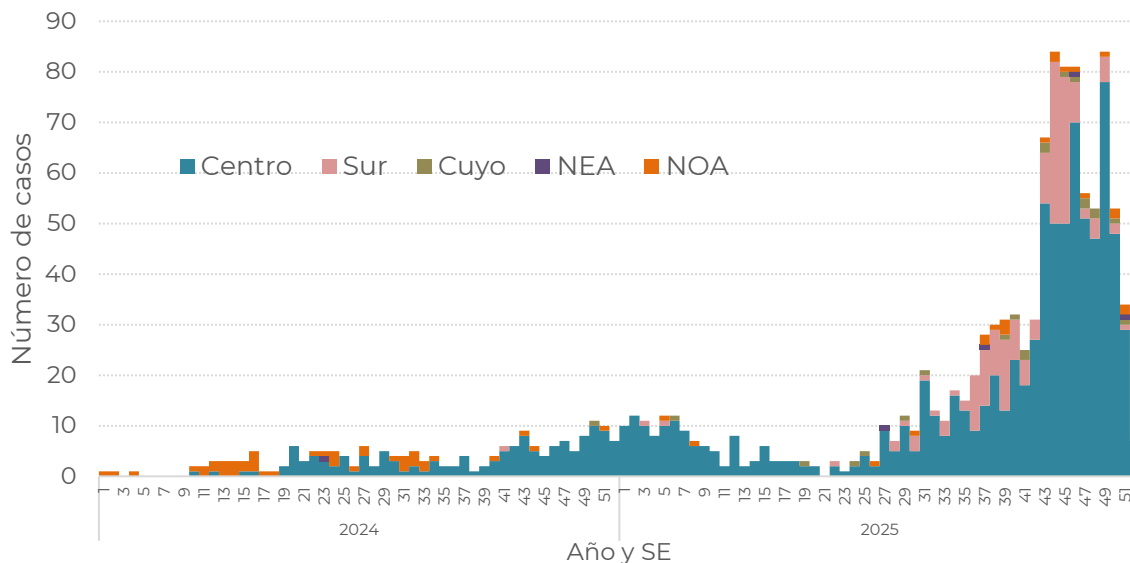
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

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

Posteriormente, a partir de la SE 27/2025, se verifica un nuevo ascenso, inicialmente asociado al brote en Ushuaia (Tierra del Fuego) y al aumento de casos confirmados en la Región Centro. Este incremento en el número de casos acumulados de 2025, a la fecha, supera en números absolutos al total de casos para el mismo período de 2019 y 2023.

El mayor número de casos confirmados del año se observó en las SE 44 y 49 (n=84). En las últimas 2 semanas los casos presentan una tendencia a la disminución<sup>28</sup>.

**Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2024-52/2025.**

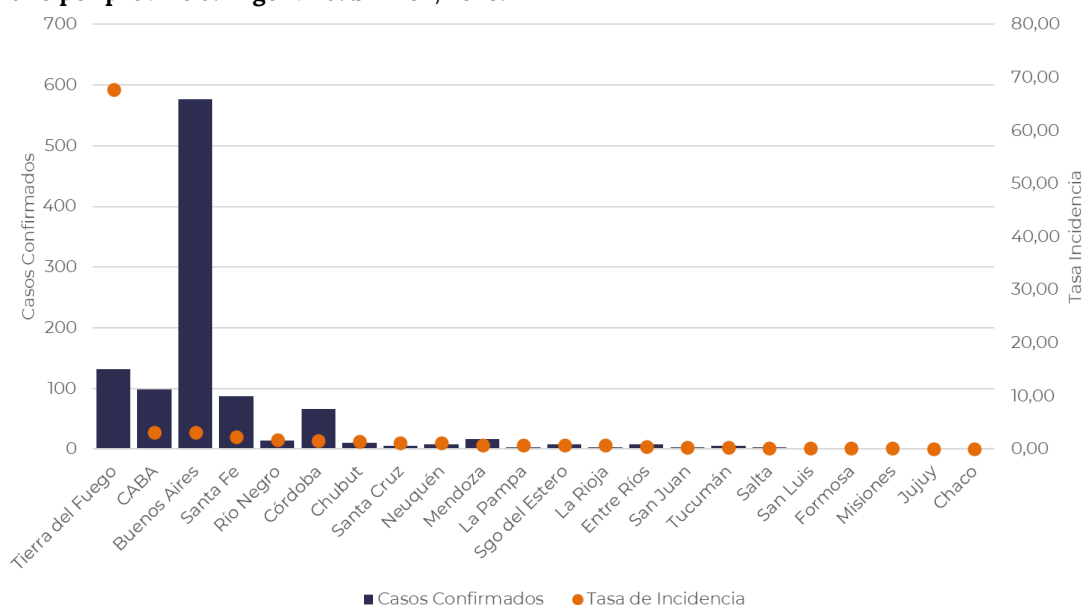


Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyen en 22 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observa en la Región Centro (n=837), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n=577) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=99). En la Región Sur se confirmaron 172 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.

<sup>28</sup> Es importante tener en cuenta que esta tendencia podrá ser verificada en las próximas semanas, entendiendo que puede ser producto de un retraso en la notificación.

**Gráfico 5. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. Argentina. SE 1-52, 2025.**

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

La mayor incidencia acumulada se registra en Tierra del Fuego, que —en el marco del brote en Ushuaia y Río Grande— presenta una IA de 67,72 casos por cada 100.000 habitantes, valor 21,1 veces superior al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que ocupa el segundo lugar con una IA de 3,21 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 3,14 casos 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 52, con el objetivo de describir la situación actual en relación con los años previos (2019–2025) <sup>29</sup>.

<sup>29</sup> La escala de colores (del verde, que indica menor número de casos, al rojo, que representa el mayor número de casos) muestran el año donde cada una de las jurisdicciones presentó el mayor número de casos de los 7 años analizados.

**Tabla 1. Casos confirmados coqueluche según jurisdicción y año. SE 1-52. 2019-2025.**

Jurisdicciones	Casos Confirmados						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	216	48	45	58	47	73	577
CABA	21	11	0	3	2	53	99
Catamarca	6	0	0	11	2	0	0
Chaco	5	3	0	2	0	0	1
Chubut	12	6	3	1	2	0	10
Córdoba	192	31	37	5	81	11	66
Corrientes	2	0	0	1	0	0	0
Entre Ríos	42	1	1	0	1	2	8
Formosa	2	2	0	1	0	0	1
Jujuy	2	0	3	0	2	0	1
La Pampa	8	0	0	0	0	0	3
La Rioja	1	0	0	0	25	1	3
Mendoza	241	12	17	13	25	1	17
Misiones	10	1	5	5	9	1	2
Neuquén	1	1	0	0	2	0	8
Río Negro	5	1	0	0	1	1	14
Salta	146	23	68	93	423	43	3
San Juan	3	1	0	0	0	0	3
San Luis	8	5	1	0	0	0	1
Santa Cruz	0	1	0	0	0	0	5
Santa Fe	14	5	0	7	43	5	87
Sgo del Estero	2	0	0	0	0	0	8
Tierra del Fuego	7	2	0	0	0	0	132
Tucumán	7	4	1	0	2	0	6
<b>Total Nacional</b>	<b>953</b>	<b>158</b>	<b>181</b>	<b>200</b>	<b>667</b>	<b>191</b>	<b>1055</b>

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

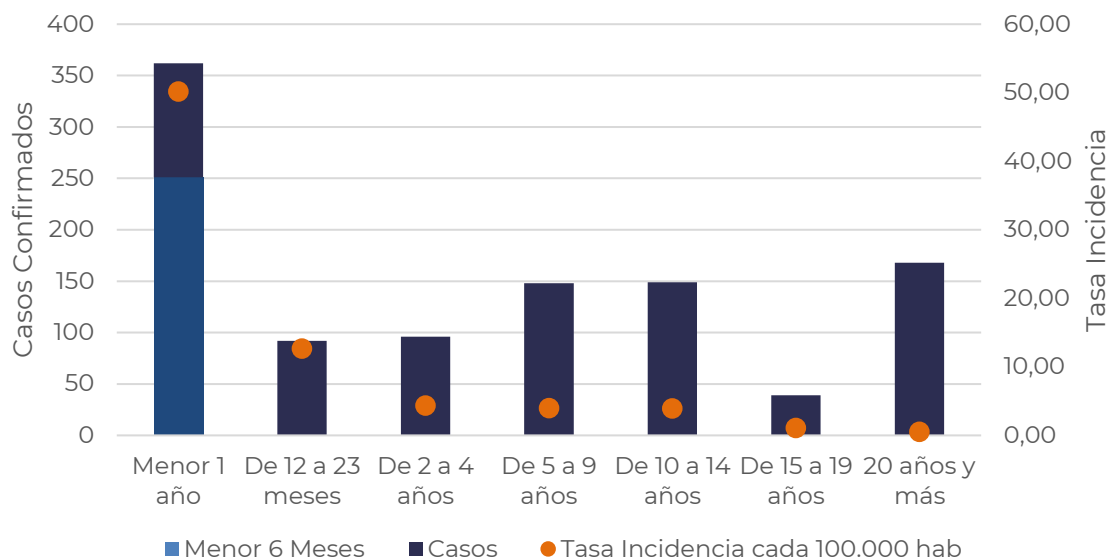
Como se mencionó previamente, si bien 22 jurisdicciones presentan casos de coqueluche en el corriente año, el incremento observado respecto de los años anteriores se concentra en Tierra del Fuego, Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba.

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

### VII.3.B. 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 1-52, 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 34,3% de los casos confirmados en 2025 (n=362), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=251). El número de casos y la tasa de incidencia en el grupo de 20 años y más presentaron un aumento, vinculado al brote en Tierra del Fuego.

Con relación a los fallecimientos, entre las SE 1 y 52 de 2025 se notificaron 9 fallecimientos en casos confirmados con detección de *Bordetella pertussis*: 6 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 0,9%. Ninguno de los 5 casos en edad de vacunación registra dosis en NOMIVAC, mientras que los otros 4 casos corresponden a menores de 2 meses, en los que se registró antecedente de vacunación materna únicamente en uno de ellos.

## VII.4. Coberturas de Vacunación

### VII.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

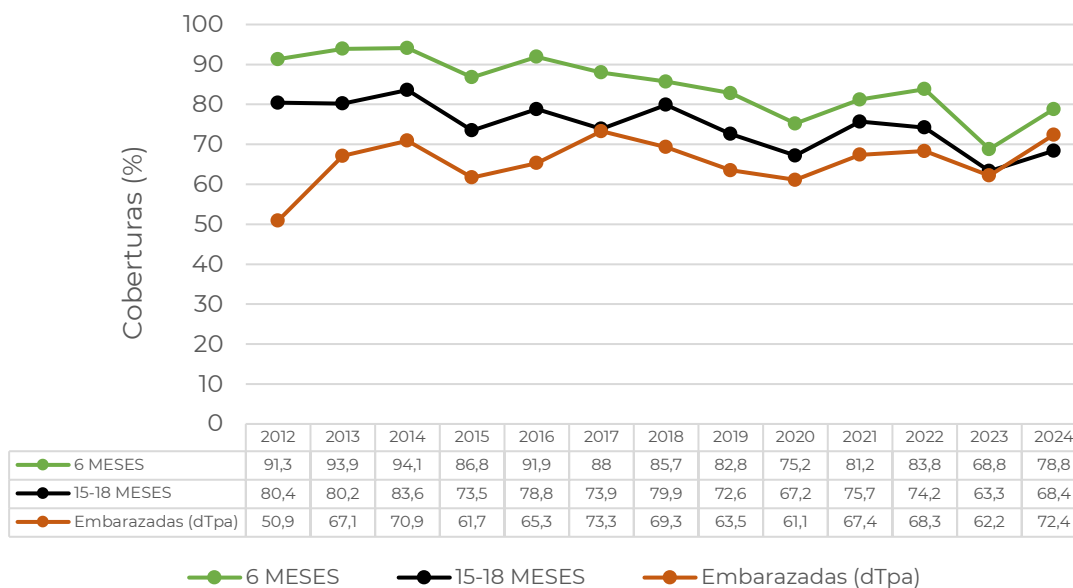
Existen vacunas seguras y efectivas para prevenir la infección por *Bordetella pertussis*. Sin embargo, se registra a nivel mundial, regional y nacional un descenso progresivo de las coberturas que redunda en una acumulación de personas susceptibles a contraer la enfermedad. Por este motivo, es necesario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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Las coberturas parciales de 2025 al 24/12/2025, son:

1º dosis de Quintuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 80%

2° dosis de Quíntuple (4 meses): 79,19%

3° dosis Quíntuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 75%

Ref Quíntuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 65,56%

Ref DTP (5 años): 56,54% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 13/11/25: 76,8%)

Ref dTpa (11 años): 56,21% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 13/11/25: 77,6%)

Embarazadas dTpa: 74,29%

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.

#### **COBERTURAS SEGÚN JURISDICCIÓN**

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

**Tabla 2. Coberturas de vacunación con componente *pertussis* según jurisdicción. Argentina. 2025.**

Jurisdicción	Quíntuple /Séxtuple (dos meses)	Quíntuple /Séxtuple (cuatro meses)	Quíntuple /sextuple (seis meses)	Refuerzo (15-18 meses)	Refuerzo (5 años)	Refuerzo (11 años)	Embarazada
Buenos Aires	67,87	67,00	64,33	57,72	43,05	43,30	63,11
CABA	73,71	73,91	64,43	35,05	43,89	34,52	45,79
Catamarca	87,35	88,58	83,02	67,04	63,26	68,76	82,36
Chaco	88,64	88,41	83,28	73,64	62,30	63,07	87,79
Chubut	90,81	91,51	86,77	77,69	59,58	61,96	85,67
Coba	88,07	87,11	81,44	75,82	59,53	60,60	81,64
Corrientes	89,60	86,04	77,45	60,64	49,20	47,94	87,98
Entre Ríos	89,74	88,59	83,51	77,59	50,65	60,84	88,84
Formosa	78,14	76,44	72,82	53,42	55,21	55,06	79,96
Jujuy	95,04	96,69	92,62	88,58	81,86	79,74	90,53
La Pampa	95,38	97,28	95,07	88,62	67,35	77,82	92,08
La Rioja	93,20	90,58	84,74	73,06	70,48	67,18	87,30
Mendoza	90,46	89,95	86,82	82,28	91,54	85,66	79,86
Misiones	93,06	89,00	78,28	59,89	64,79	64,01	88,42
Neuquén	94,57	92,83	89,68	87,13	84,60	84,26	91,37
Río Negro	99,31	99,07	93,41	78,38	64,61	54,96	93,70
Salta	89,44	87,84	84,04	80,93	81,50	94,93	85,12
San Juan	97,42	96,46	88,22	75,50	74,41	72,34	89,11
San Luis	93,19	92,10	89,65	92,03	82,13	80,00	89,86
Santa Cruz	94,17	92,27	89,68	78,36	77,12	72,38	94,51
Santa Fe	81,23	84,05	81,42	67,79	57,56	58,31	79,84
Sgo. del Estero	90,32	87,94	79,43	66,36	53,07	60,90	85,02
T. del Fuego	106,01	108,65	102,08	101,60	72,83	73,83	103,85
Tucumán	81,50	82,75	80,80	77,45	71,04	71,75	77,62

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.

---

*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.*

*Para mayor información, consultar la Guía de vigilancia, prevención y control de Coqueluche del Ministerio de Salud de la Nación:*

*[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20251215-guiacoqueluche\\_23122025.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20251215-guiacoqueluche_23122025.pdf)*

---

# **ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS**

## VIII. Fibrosis Quística en Argentina – Actualización informe epidemiológico

### VIII.1. Introducción

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética en la que las mutaciones en el gen que codifica para la proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la FQ dan lugar a una enfermedad multisistémica dominada por manifestaciones digestivas y respiratorias<sup>30</sup>. A mediados del siglo XX, la fibrosis quística causaba la muerte en los primeros años de vida. En las últimas décadas, los avances en el tratamiento de la enfermedad, que incluyen el cribado neonatal sistemático, la atención multidisciplinaria de la FQ sintomática, el trasplante de pulmón y, más recientemente, los moduladores reguladores de la conductancia transmembrana de la FQ altamente eficaces, han transformado notablemente el pronóstico de las personas con FQ.

En Argentina, la fibrosis quística fue incluida entre las enfermedades contempladas en la Ley Nacional 26279, Régimen para la detección y posterior tratamiento de determinadas patologías en el recién nacido, sancionada en 2007. En 2020, la Ley Nacional 27552, lucha contra la enfermedad de fibrosis quística de páncreas o mucoviscidosis, incorporó “la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico, tratamiento, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también la educación de la población”.

La ley 27552, estableció con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones que sean indicadas por los médicos profesionales, incluyendo los moduladores; y, la elaboración de un registro estadístico unificado de las personas con fibrosis quística. El Ministerio de Salud de la Nación, autoridad de aplicación de la ley, estableció los datos mínimos del REGISTRO NACIONAL DE FIBROSIS QUÍSTICA y que la inclusión en el Registro será requerida para la cobertura pública definida para la patología en el programa nacional de enfermedades poco frecuentes.

El Registro Nacional de Fibrosis Quística (ReNaFQ) se elaboró sobre la base del registro existente en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Emilio Coni” de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Carlos G. Malbrán, que se había elaborado en conjunto con la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) en el marco de un convenio entre ambas instituciones y que ya estaba en funcionamiento desde 2012. La actualización del registro original se hizo en coordinación con el programa nacional de enfermedades poco frecuentes del Ministerio de Salud de la Nación y con la participación del Consejo Asesor para el Abordaje de Fibrosis Quística (CAPAFIQ), creado por la resolución 2957 del Ministerio de Salud de la Nación.

El ReNaFQ es coordinado en conjunto entre el INER “Emilio Coni” de la ANLIS “Carlos G. Malbrán” y el programa nacional de enfermedades poco frecuentes y es el registro oficial establecido por el decreto reglamentario de la Ley Nacional 27552 para el seguimiento de la fibrosis quística en el país y para acceder a la cobertura establecida en dicha ley. El ReNaFQ está

---

<sup>30</sup> Pierre-Régis Burgel, Espérie Burnet, Lucile Regard, Clémence Martin, The Changing Epidemiology of Cystic Fibrosis: The Implications for Adult Care, Chest, Volume 163, Issue 1, 2023, Pages 89-99, ISSN 0012-3692, <https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.07.004>.

vinculado con el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y la carga de las personas con fibrosis quística en el ReNaFQ realiza automáticamente la notificación a ese sistema.

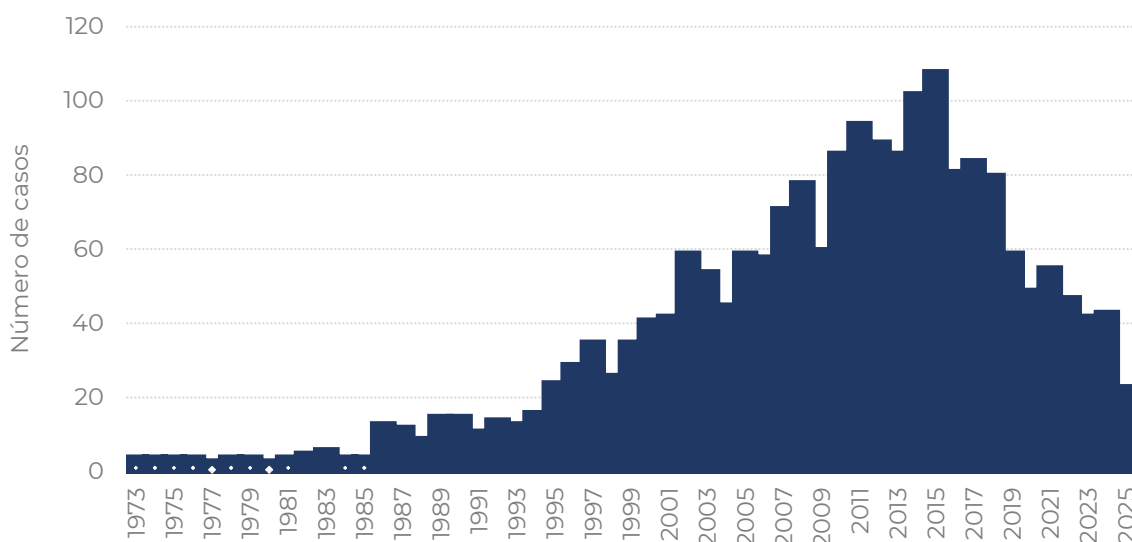
El INER “Emilio Coni” elabora un resumen de un conjunto de datos del ReNaFQ, así como un reporte mensual que es remitido a todos los usuarios; y, que puede ser consultado en el sitio <https://inerconi.anlis.gob.ar/shiny/Reporte-renafq>

## VIII.2. Situación epidemiológica

### VIII.2.A. CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA NOTIFICACIÓN

Hasta el 22 de diciembre de 2025 se notificaron al Registro Nacional de Fibrosis Quística (ReNaFQ) 21 casos con diagnóstico en 2025 y 41 casos con diagnóstico en 2024; hasta esa misma fecha, el total de casos notificados al ReNaFQ fue 1978.

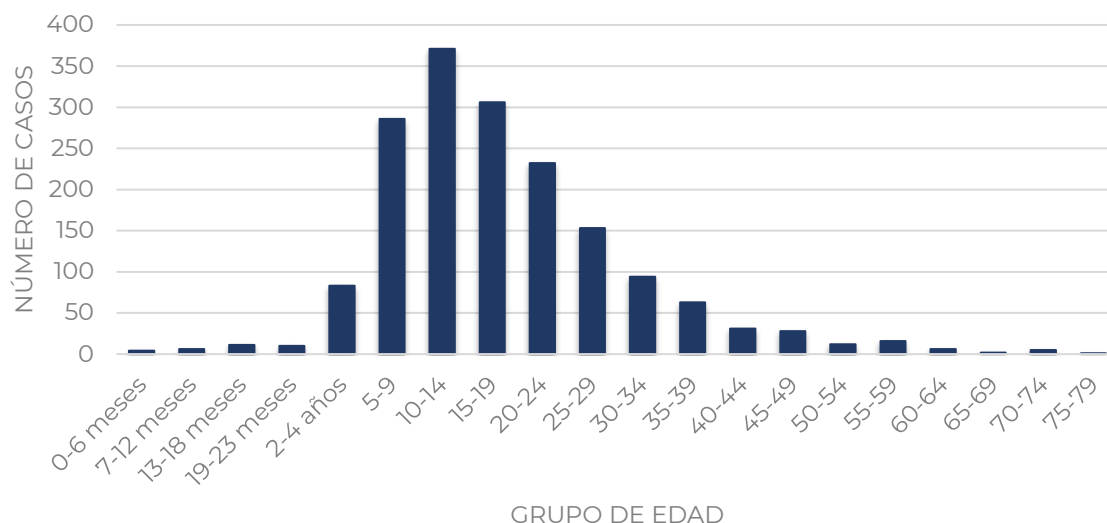
**Gráfico 1. Número de casos de fibrosis quística por año de diagnóstico al 22/12/2025. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina.**



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Emilio Coni”, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Carlos G. Malbrán”, Ministerio de Salud de la Nación.

Del total de los casos notificados, 1054 (55,9%) fueron diagnosticados antes de los seis meses de edad; y 1451 (76,9%) antes de los 3 años.

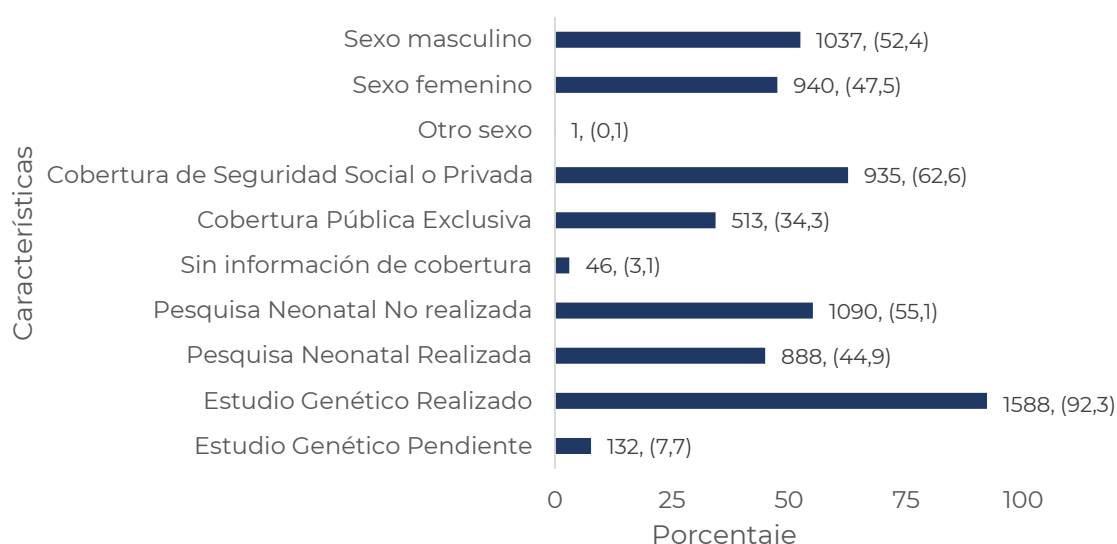
La mayor proporción de los casos de fibrosis quística (76,1%) tiene menos de 25 años: 1309; y, 2,4% (42 casos) tienen 50 años o más.

**Gráfico 2. Número de casos de fibrosis quística por edad actual al 22/12/2025. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina.**

Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

Del total de casos registrados, el sexo masculino representa el 52,4% (1037 casos); 34,3% (513 casos) cuenta con cobertura pública exclusiva; 55,1% (1090 casos) no tienen registrada información sobre la pesquisa neonatal y 7,7% (132 casos) tienen pendiente el estudio genético.

En los últimos cinco años, la cobertura de pesquisa neonatal fue mayor: 74,5% de los 200 casos registrados entre 2021 y 2025 (149 casos) tienen registro de haberse realizado la pesquisa neonatal; por lo que la falta de registro de la pesquisa neonatal se redujo 53,7%.

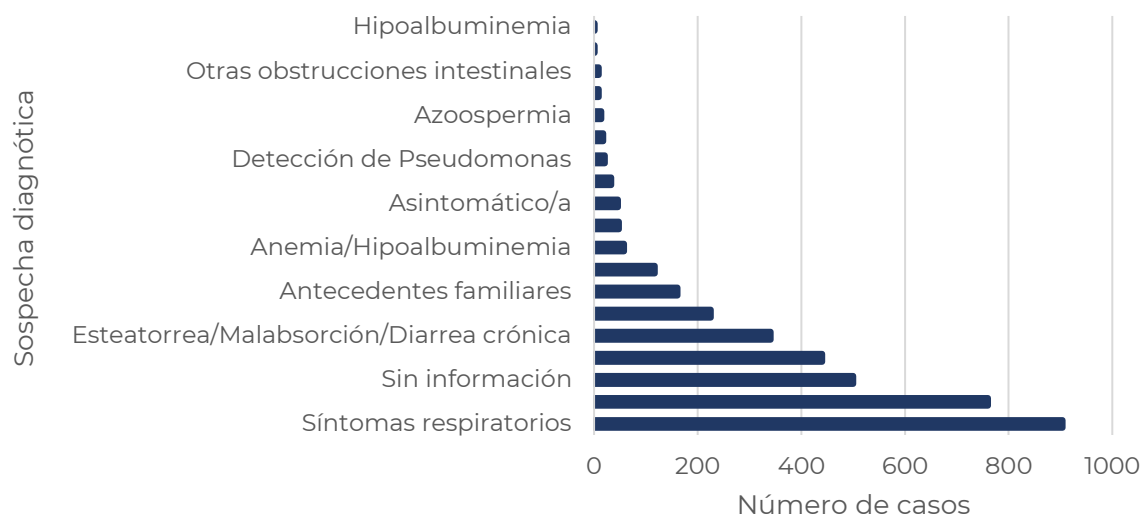
**Gráfico 3. Número de casos de fibrosis quística por sexo, cobertura de salud, según pesquisa neonatal y según estudio genético al 22/12/2025. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina.**

Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

El signo que se registró con mayor frecuencia como motivo de sospecha diagnóstica fueron los síntomas respiratorios: 904 casos (45,7%); seguido de la pesquisa neonatal: 760 casos (38,4%).



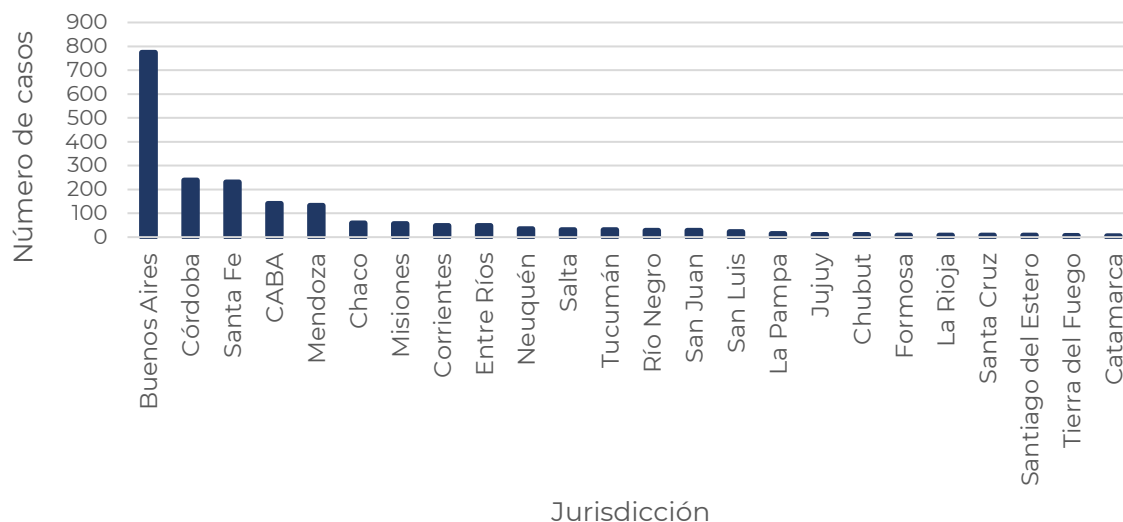
**Gráfico 4. Número de casos de fibrosis quística por motivos de sospecha al diagnóstico al 22/12/2025. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina.**



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

Los casos de fibrosis quística se registraron en todas las jurisdicciones; pero, se concentraron principalmente en seis de ellas: Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, CABA, Mendoza y Chaco; en las que reside el 79,6% de los casos registrados: 1573 de los 1977 casos con registro de la provincia de residencia. Estas seis jurisdicciones concentraron el 68,3% de la población del total del país en 2025.

**Gráfico 5. Número de casos de fibrosis quística por jurisdicción de residencia al 22/12/2025. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina.**



Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

Los 21 casos notificados en 2025 correspondieron a 12 de las veinticuatro jurisdicciones del país: Santa Fe (5 casos), Buenos Aires (3 casos), Corrientes, La Pampa y San Juan (2 casos cada una), y Córdoba, Chaco, Entre Ríos, Mendoza, Misiones, Salta y San Luis (1 caso cada una). En el último

período de cinco años (2021-2025) hubo cinco jurisdicciones que no tuvieron ningún caso registrado: Formosa, La Rioja, Río Negro, Santiago del Estero y Tierra del Fuego.

**Tabla 1. Casos de fibrosis quística por jurisdicción de residencia y año de diagnóstico, al 22/12/2025. Registro Nacional de Fibrosis Quística, ReNaFQ, Argentina**

Jurisdicción	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	15	7	11	6	3
CABA	2	3	3	1	0
Córdoba	7	5	4	11	1
Entre Ríos	2	3	1	0	1
Santa Fe	6	13	5	3	5
<b>Total Centro</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>24</b>	<b>21</b>	<b>10</b>
San Luis	3	1	1	0	1
San Juan	0	1	2	2	2
Mendoza	2	2	3	2	1
<b>Total Cuyo</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
Chaco	4	3	0	4	1
Corrientes	0	1	2	1	2
Formosa	0	0	0	0	0
Misiones	3	1	3	0	1
<b>Total NEA</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>
Catamarca	0	0	1	1	0
Jujuy	0	0	1	0	0
La Rioja	0	0	0	0	0
Salta	5	3	0	5	1
Santiago del Estero	0	0	0	0	0
Tucumán	0	2	2	4	0
<b>Total NOA</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>1</b>
Chubut	1	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	2
Neuquén	3	0	1	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	1	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0
<b>Total Sur</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Total País</b>	<b>53</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>41</b>	<b>21</b>

Fuente: Elaborado por el Departamento Programas de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación.

ALERTAS  
EPIDEMIOLÓGICAS  
**INTERNACIONALES**

## IX. Introducción

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

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

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

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

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

### IX.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión

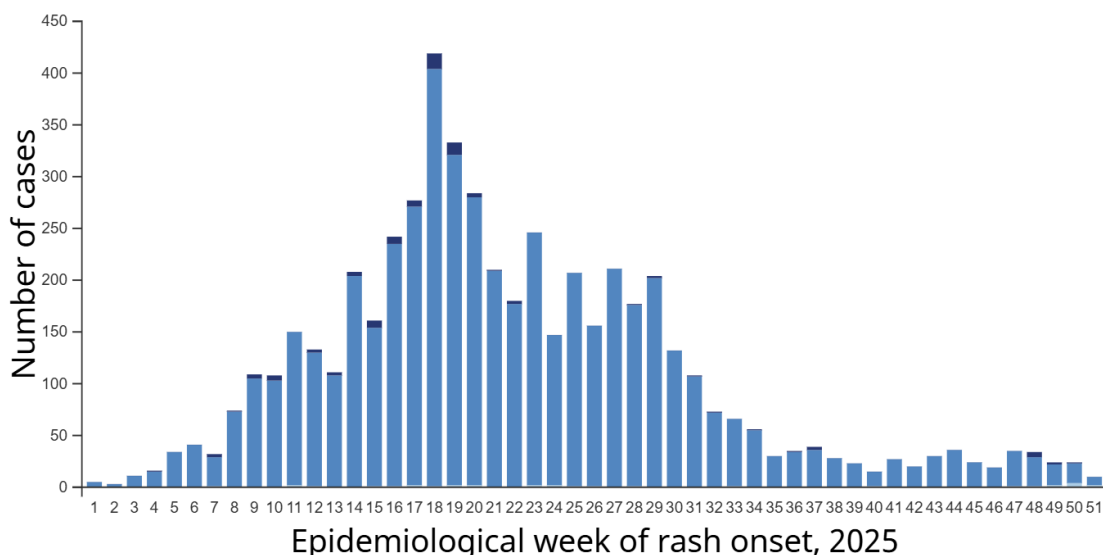
#### I.1.A. CANADÁ<sup>31</sup>

En 2025, se han notificado un total de 5.377 casos de sarampión (4.996 confirmados, 381 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 20 de diciembre de 2025.

En la semana 51 (del 14 al 20 de diciembre de 2025), se notificaron 24 nuevos casos de sarampión (18 confirmados y 6 probables) en 3 jurisdicciones (Columbia Británica, Manitoba y Quebec).

**Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=5.377)**

<sup>31</sup> <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>



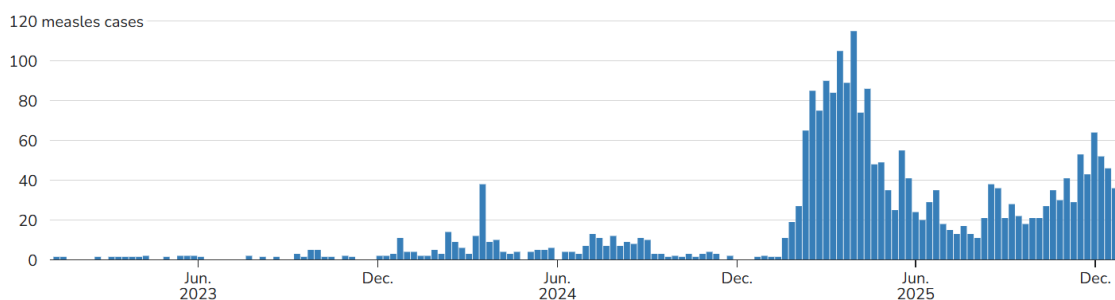
### IX.1.A. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA<sup>32</sup>

Al 30 de diciembre de 2025, se notificaron un total de 2.065 casos confirmados de sarampión. De ellos, 2.041 casos han sido confirmados en 44 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Connecticut, 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 24 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

En 2025 se han notificado 49 brotes, y el 88% de los casos confirmados (1.820 de 2.065) 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 30/12/25).**



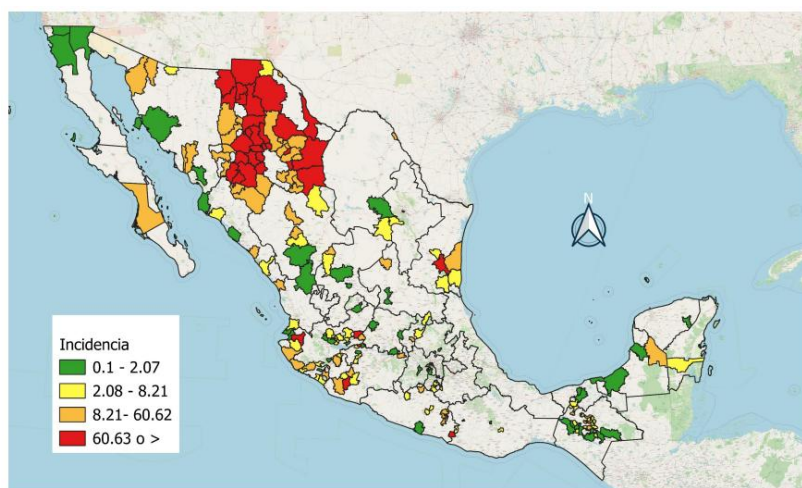
<sup>32</sup> <https://www.cdc.gov/measles/data-research/>

**IX.1.B. MÉXICO<sup>33</sup>**

Al 19 de diciembre, se han reportado 6.162 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 10 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 29 estados y 215 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 24 fallecimientos.

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



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

<sup>33</sup> <https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2025?idiom=es>

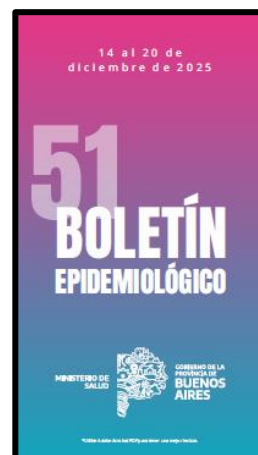
DESTACADOS EN  
**BOLETINES**  
JURISDICCIONALES

## X. Boletines Jurisdiccionales

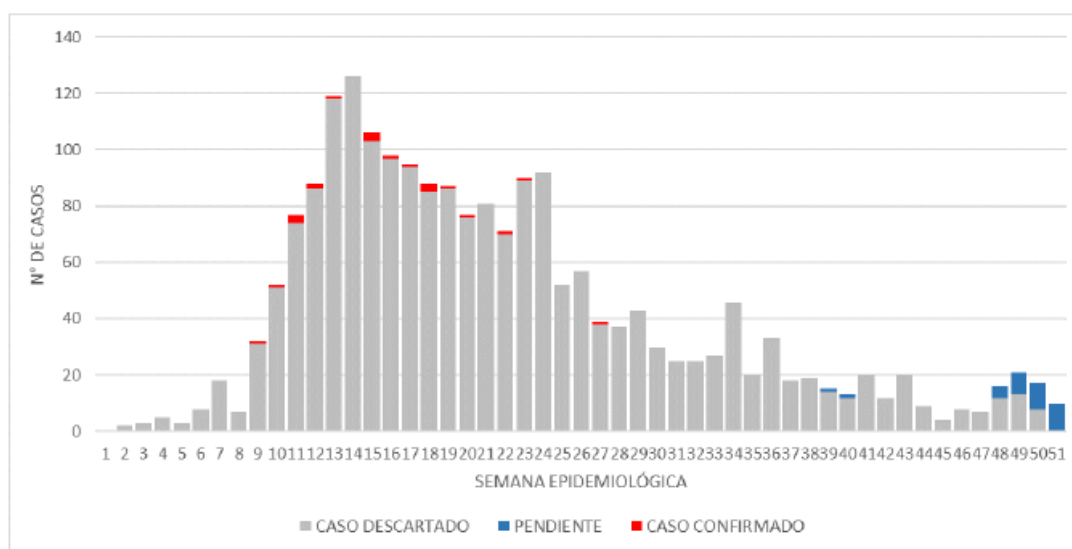
### X.1. Buenos Aires:

El último brote de sarampión registrado en la provincia se encuentra cerrado. No se han detectado nuevos casos confirmados durante 25 semanas en esta provincia ni en resto del país. Hasta el 17/12 de 2025 (SE 51) se notificaron en la PBA 2.068 casos sospechosos de EFE. De estos, 21 fueron casos confirmados de sarampión, 2.014 fueron descartados y 33 permanecen en estudio.

Desde la SE 24 (8/6-14/6) se observa una caída sostenida de la notificación de casos sospechosos, con un repunte en las semanas 34 y 36 para luego continuar en descenso hasta la actualidad. No se observan cambios en la notificación luego de última alerta nacional.



**Casos de EFE notificados al Sistema Nacional de Vigilancia, según clasificación, por semana epidemiológica (SE) de apertura. PBA, Año 2025 (n=2.068), hasta SE 51 (parcial).**



Fuente: SNVS 2.0. Programa de Control de Enfermedades Immunoprevenibles.

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

Para más información:

[https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines\\_epidemiologicos](https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos)



## X.2. Salta: Dengue

Durante el periodo de vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Mosquitos (ETM) (SE 31/2025 a SE 51/2025) se reportaron 278 sospechosos y no se confirmaron casos de dengue.



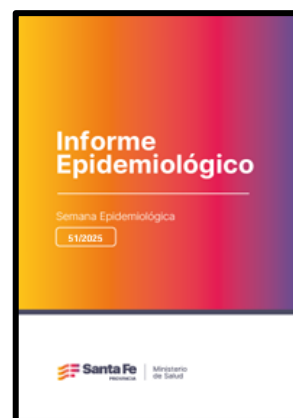
Casos acumulados notificados según clasificación\* por departamento. temporada 2025/2026. SE 31/2025 a SE 51/2025. Provincia de Salta.

Departamento	Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total sospechosos notificados
Anta	21	6	27
Cachi	0	0	0
Cafayate	2	0	2
Capital	57	8	65
Cerrillos	3	0	3
Chicoana	0	0	0
Gral. Güemes	3	1	4
Gral. San Martín	58	8	66
Guachipas	0	1	1
Iruya	1	0	1
La Caldera	2	0	2
La Candelaria	4	0	4
La Poma	0	0	0
La Viña	1	0	1
Los Andes	0	0	0
Metán	9	2	11
Molinos	0	0	0
Orán	66	0	66
Rivadavia	6	1	7
Rosario de la Frontera	8	1	9
Rosario de Lerma	6	0	6
San Carlos	0	0	0
Santa Victoria	3	0	3
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>28</b>	<b>278</b>

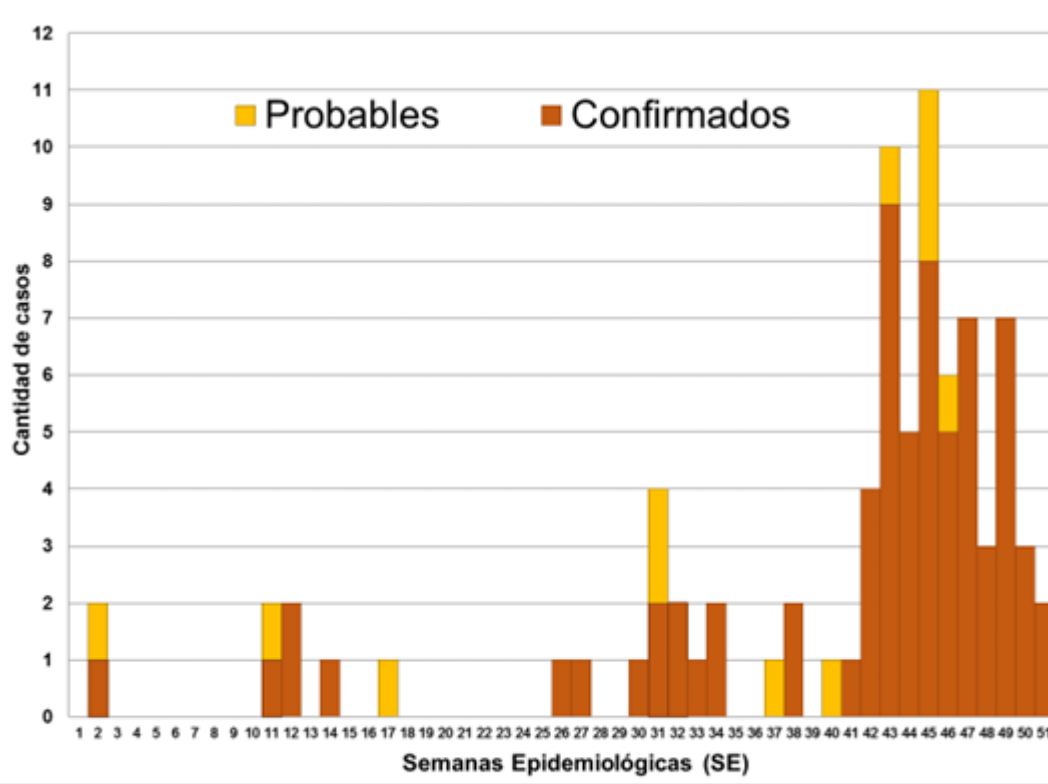
Fuente: Elaboración propia del Prog. De Vigilancia Epidemiológica de la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (\*) Nota: Para la confección del parte semanal, se usará la clasificación resumen de la base de datos procedente del SNVS 2.0.

### X.3. Santa Fe: Coqueluche

En la Provincia de Santa Fe entre la SE 1 y 51 de 2025, se notificaron un total de 357 casos al evento de Coqueluche, de los cuales 71 se confirmaron y 12 se clasificaron como probables. De los 71 casos confirmados, 56 casos (78,9%) corresponden al departamento Rosario, 4 casos (5,6%) al departamento La Capital, 2 casos (2,8%) al departamento Caseros, 2 casos (2,8%) al departamento Constitución, 2 casos (2,8%) al departamento General López, 2 casos (2,8%) al departamento San Lorenzo, un caso (1,4%) al departamento Belgrano, un caso (1,4%) al departamento Castellanos y un caso (1,4%) al departamento Iriondo. A continuación, se presenta la distribución de los casos confirmados y probables según clasificación manual.



**Distribución de casos confirmados (n:71) y probables (n:12) según semana epidemiológica.**



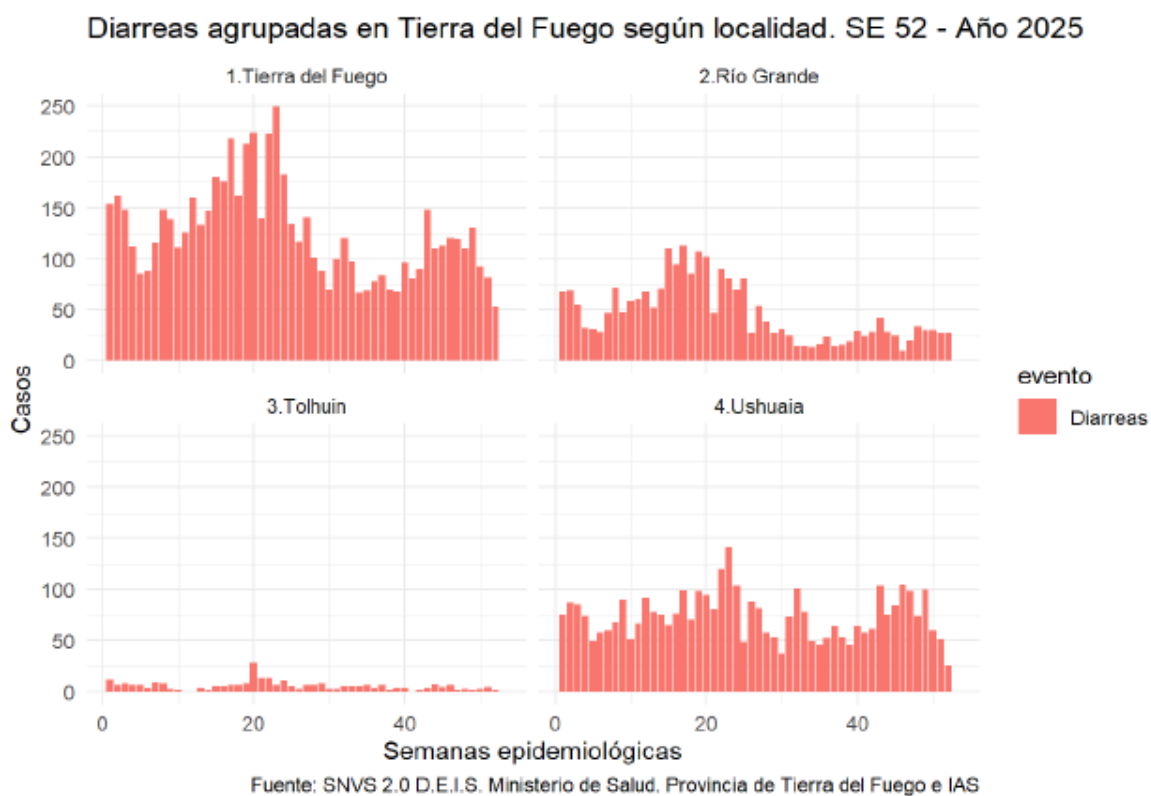
**Fuente:** Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

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

## X.4. Tierra del Fuego: Diarrea aguda

Hasta la semana 52 en 2025 se notificaron 6.875 casos de diarreas agudas en el SNVS 2.0 en la modalidad agrupada. Con respecto al mismo periodo del 2024, se observa una disminución del 25,2% de los casos registrados a nivel provincial.



Para más información:

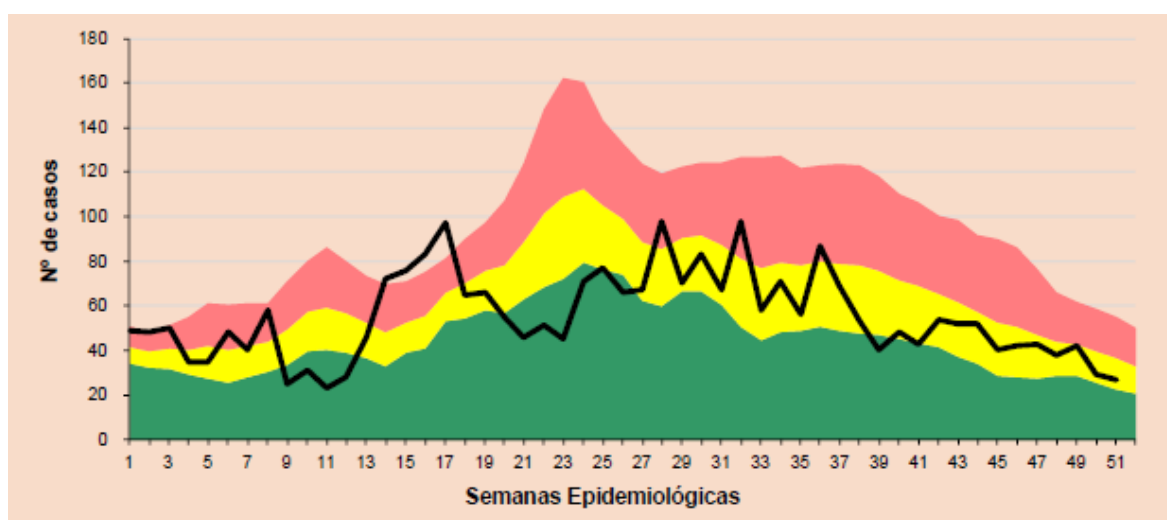
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/boletines-provinciales/>

## X.5. Tucumán: Neumonía

La neumonía es una infección del parénquima pulmonar que conlleva importante morbi-mortalidad particularmente en niños menores de 5 años, personas adultas mayores de 65 años y aquellas con ciertas condiciones subyacentes. En la última semana se registraron 27 casos de Neumonías en la Provincia de Tucumán.



### Corredor endémico de Neumonía SE 51. Provincia de Tucumán. Año 2025



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

[direpitucuman@gmail.com](mailto:direpitucuman@gmail.com)

# **HERRAMIENTAS** PARA VIGILANCIA

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

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

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

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

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

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
Diciembre	Latrodectus (Latrodectismo)	Clínica	Signos y síntomas	Se adiciona: "trismo"
	Sífilis	Clínica	Tratamiento	Se adiciona: "Doxiciclina 100 mg (tto. alternativo por alergia)"
		Laboratorio	Resultado	Se adicionaron las siguientes opciones: "Reactivo 1 dils", "Reactivo 2 dils", "Reactivo 4 dils", "Reactivo 8 dils", "Reactivo 16 dils", "Reactivo 32 dils", "Reactivo 64 dils", "Reactivo 128 dils", "Reactivo 256 dils", "Reactivo 512 dils", "Reactivo 1024 dils"
	Tuberculosis	Clínica	Comorbilidades	Se adiciona: "Sin comorbilidades"
	Araneismo - Latrodectus	Clínica	Diagnóstico referido/Constatado	Se adiciona: "Leve", "Moderado" y "Grave"
	Araneismo - Phoneutria	Clínica	Diagnóstico referido/Constatado	Se adiciona: "Leve" y "Moderado"
	Internado y/o fallecido por COVID o IRA	Laboratorio	Determinación	Se adiciona: "Caracterización genómica de Influenza A(H1N1)", "Caracterización genómica de Influenza A(H3N2)", "Caracterización genómica de Influenza B Victoria"

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	Nombre del evento	Solapa	Sección	Cambio realizado
	Unidad Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (UC-IRAG)		Técnica	Se adiciona: “Secuenciación genómica”
	COVID-19, Influenza y OVR en ambulatorios (No UMAs)		Resultados	Se adiciona: “Influenza A(H1N1) Subclado C.1.9”, “Influenza A(H1N1) Subclado C.1.9.2”, “Influenza A(H1N1) Subclado C.1.9.3”, “Influenza A(H1N1) Subclado D.3”, “Influenza A(H1N1) Subclado D.3.1”, “Influenza A(H1N1) Subclado D.3.1.1”, “Influenza A(H3N2) Subclado J.2”, “Influenza A(H3N2) Subclado J.2.2”, “Influenza A(H3N2) Subclado J.2.3”, “Influenza A(H3N2) Subclado J.2.4”, “Influenza A(H3N2) Subclado J.2.4.1/K”, “Influenza A(H3N2) Subclado J.2.5”
	Monitoreo de SARS COV-2, Influenza y VSR en ambulatorios			
	Hantavirus	Clínica	Comorbilidades	Se adiciona: “Diabetes”