



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Nº 787

Semana epidemiológica 50
AÑO 2025
Desde 7/12 al 13/12
Fecha de publicación
22/12/2025

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA



AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

Coqueluche

Del Ministerio de Salud de la Nación, la *Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles* y la *Dirección de Salud Perinatal, Niñez y Adolescencias (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).

Sarampión

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

Infecciones Respiratorias

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

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

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)*.

Fiebres Manchadas por Rickettsias - Informe epidemiológico

De la ANLIS “Carlos G. Malbrán”:

Rita Armitano, Gisela Martínez, *Servicio Bacteriología Especial (INEI)*

Carlos Giovacchini, *Departamento de Epidemiología (INEI)*

Del Instituto de Investigación de la Cadena Láctea (IDICAL, INTA-CONICET), Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria, Estación Experimental Agropecuaria Rafaela. Rafaela, Santa Fe: Santiago Nava

Del Instituto de Zoonosis “Luis Pasteur”. Ciudad Autónoma de Buenos Aires:

Gabriel Cicuttín

Del Ministerio de Salud de la Nación:

Ailén Altschuler, Residente de Epidemiología en rotación por el *Departamento de Epidemiología (INEI)*

Componen la Dirección de Epidemiología: Altschuler Ailén, Amatto María Belén, Amelotti Rina Lucía, Antman Julián Gustavo, Appeceix Ailen Lihuel, Avalos Andrea Karina, Bertaccini Dario Gabriel, Bidart María Laura, Bonifacio Carlos, Cáceres Estefanía, Caparelli Mariel, Caruso Stefanini Margarita, Casal Javier, Casas Natalia, Castell Soledad, Chantefort Lucía, Chaves Karina Lorena, Couto Esteban, Di Pinto Ignacio, Díaz Morena, Echenique Arregui Alexia, El Ahmed Yasmin Dalal, Faedo María Guadalupe, Fernández Gabriela, Fernández María Susana, Fernández María Lorena, Gómez Lara, González Patricia, González Lebrero Cecilia, González Picasso Manuel, Gonzalez Scheffer María Sol, Iglesias María Marta, Joscowicz 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, Pizarra Florencia Magalí, Plantamura Pilar, Prina Martina, Riera Sebastián, Rojas Mena María Paz, Rosin Paula, Rueda Dalila, Santoro Federico, Souto Catalina Sofía, Tapia Julio, Vallone Antonella, Villasanti Johanna, Voto Carla y Wainziger Tamara.

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

Agradecimientos

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

Imagen de tapa

Las Fiebres Manchadas (FM) constituyen un grupo de zoonosis causada por diferentes bacterias intracelulares del género *Rickettsia*, transmitidas al ser humano por garrapatas.

Adultos (en primer plano 3 machos y 1 hembra) de *Amblyomma triste* en Chascomús (provincia de Buenos Aires). Foto por Virgilio Toro.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°787, SE 50.

I. Editorial BEN 780

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

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

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

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

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

¡Hasta la próxima!



Vet. Cecilia González Lebrero
Directora de Epidemiología



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

II. Sobre este BEN

El **Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) N.º 787**, correspondiente a la **Semana Epidemiológica 50**, presenta la información producida por las distintas estrategias de vigilancia epidemiológica 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, así como consideraciones generales sobre la utilización de criterios cromáticos en las tablas.

En el apartado de **Eventos priorizados**, se presenta de manera integrada la actualización de la **vigilancia de las infecciones respiratorias agudas** y de **dengue y otros arbovirus**. En relación con las infecciones respiratorias, se describe la situación internacional y regional de influenza y otros virus respiratorios, la síntesis de la información nacional destacada y los resultados de la vigilancia clínica y de laboratorio. Esta sección incluye, además, un apartado específico de **recomendaciones para la población**, orientadas a la prevención y el control de las infecciones respiratorias agudas en el contexto actual, 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, la situación del dengue en Argentina al inicio de la temporada 2025/2026 y la actualización de la situación epidemiológica de otros arbovirus, incluyendo los casos de fiebre chikungunya con antecedente de viaje.

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

En el apartado de **Actualización periódica de eventos**, se incorpora por primera vez el **informe epidemiológico sobre Fiebres Manchadas por Rickettsias**, que describe la situación epidemiológica en la Argentina, la distribución de los vectores, los antecedentes disponibles, las conclusiones y las recomendaciones para los equipos de salud y la población, así como los lineamientos para su vigilancia. La inclusión de este evento en el BEN busca fortalecer su visibilización y promover la sospecha clínica, la notificación oportuna y el abordaje adecuado en las jurisdicciones.

El boletín incluye además las **alertas epidemiológicas internacionales**, con especial énfasis en la **alerta sobre Síndrome Pulmonar por Hantavirus en la Región de las Américas**, que presenta un resumen de la situación y la evolución del evento en países de Centroamérica y el Cono Sur, junto con información relevante para la vigilancia y la respuesta sanitaria.

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

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

Contenido

I.	Editorial BEN 780	6
II.	Sobre este BEN	7
TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS		10
III.	Tablas de ENO seleccionados	11
III.1.	Nota metodológica	11
III.1.A.	Sobre la construcción de las tablas	11
III.1.B.	Notas adicionales a tener en cuenta	12
III.2.	Eventos nominales confirmados	12
III.3.	Eventos nominales notificados y confirmados	14
III.4.	Nota general sobre la interpretación cromática en las tablas	15
III.5.	Eventos agrupados clínicos	15
III.6.	Eventos agrupados laboratoriales	17
III.6.A.	Sobre la construcción de esta tabla	17
EVENTOS PRIORIZADOS		18
IV.	Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	19
IV.1.	Nota Metodológica	19
IV.1.A.	SITUACIÓN INTERNACIONAL	19
IV.1.B.	Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	20
IV.2.	Situación actual en la Argentina	21
IV.3.	Síntesis de la información nacional destacada	21
IV.4.	Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis	21
IV.4.A.	Enfermedad tipo influenza (ETI)	21
IV.4.B.	Neumonía	23
IV.4.C.	Bronquiolitis	24
IV.5.	Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios	26
IV.5.A.	Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas	29
IV.6.	Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas	31
IV.6.A.	Recomendaciones para equipos de salud	31
IV.6.B.	Vigilancia epidemiológica	31
IV.7.	Recomendaciones para la población	33
IV.8.	Vacunación antigripal	33
IV.9.	Tratamiento antiviral	34
IV.9.A.	Introducción	34
IV.9.B.	Indicaciones de tratamiento antiviral	35
V.	Vigilancia de dengue y otros arbovirus	36
V.1.	Situación regional	36
V.2.	Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026	37
V.2.A.	Nota metodológica	37
V.3.	Situación de dengue en Argentina	39
V.3.A.	Inicio de temporada 2025/2026	39
V.3.B.	Consideraciones para la vigilancia por laboratorio	40
V.4.	Situación epidemiología de otros arbovirus	42
V.4.A.	Casos de fiebre chikungunya con antecedente de viaje (importados)	42
VI.	Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión - actualización informe epidemiológico	43
VI.1.	Introducción	43
VI.2.	Situación epidemiológica mundial y regional	43
VI.2.A.	Brasil	43
VI.2.B.	Canadá1F	44
VI.2.C.	Estados Unidos de América2F	44
VI.2.D.	México3F	45
VI.2.E.	paraguay3F	45
VI.3.	Situación actual en la Argentina	46
VI.3.A.	Notificación de casos	46
VI.3.B.	Distribución geográfica	47
VI.4.	Sobre los casos confirmados	48
VI.5.	Recomendaciones para la comunidad	48
VI.6.	Recomendaciones para los equipos de salud	49
VI.7.	Vigilancia epidemiológica	49
VI.7.A.	Definición y clasificación de caso	49
VI.8.	Medidas de prevención	49
VI.9.	Medidas ante casos y contactos	50
VI.9.A.	Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados:	50
SITUACIONES EMERGENTES		52
VII.	Coqueluche - Actualización informe epidemiológico	53

VII.1.	Introducción	53
VII.2.	Situación internacional	53
VII.3.	Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina	54
VII.3.A.	Introducción	54
VII.3.B.	Análisis de los casos notificados y confirmados	55
VII.3.C.	Análisis según edad y gravedad	60
VII.4.	Coberturas de Vacunación	60
VII.4.A.	Coberturas para Total país	60
VII.4.B.	Coberturas según jurisdicción	62
VII.5.	Recomendaciones para los equipos de salud del primer nivel de atención respecto a la Coqueluche	63
VII.5.A.	Prevención y promoción de la vacunación	64
VII.5.B.	Detección temprana	64
VII.5.C.	Notificación y vigilancia	65
VII.5.D.	Manejo clínico	65
VII.5.E.	Control de contactos	66
VII.5.F.	Sensibilización de la comunidad	66
VII.5.G.	Medidas preventivas	67
VII.5.H.	Medidas ante casos y contactos	67
VII.6.	Consideraciones sobre el diagnóstico	69
VII.7.	Nota Metodológica	71
ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS.....		72
VIII. Fiebres Manchadas por Rickettsias - Informe epidemiológico		73
VIII.1.	Introducción	73
VIII.2.	Situación de las Fiebres Manchadas por Rickettsias en Argentina	75
VIII.2.A.	El vector: distribución de las diferentes especies en el país.	75
VIII.2.B.	Situación epidemiológica actual y antecedentes de las fiebres manchadas por rickettsias en argentina	76
VIII.3.	Conclusiones	89
VIII.4.	Recomendaciones para el equipo de salud	89
VIII.4.A.	Diagnostico	89
VIII.5.	Vigilancia de Fiebre Manchada por Rickettsias	91
VIII.5.A.	Modalidad de vigilancia	91
VIII.6.	Recomendaciones para la población	93
ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES		95
IX. Introducción		96
X. Alerta epidemiológica Síndrome Pulmonar por Hantavirus en la Región de las Américas - OPS		97
X.1.	Resumen de la situación	97
X.2.	Resumen de la situación en países de Centroamérica y Cono Sur	98
DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES.....		100
XI. Información para equipos de salud, sobre la alerta emitida por el Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén: cocaína presuntamente adulterada		101
XII. Boletines Jurisdiccionales		104
XII.1.	Buenos Aires: Hantavirus	104
XII.2.	CABA: Eventos respiratorios de abordaje en internación	105
XII.3.	Santa Fe: Coqueluche	106
XII.4.	Salta: Hepatitis A	107
XII.5.	Tierra del Fuego: Coqueluche	108
XII.6.	Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años	109
HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA.....		110
XIII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0		111

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 1-50. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-50	2025 Acumulados SE 1-50	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	152	134	-18	-12%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	9.432	18.961	9.529	101%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	256	333	77	30%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	122	136	14	11%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	9	5	-4	-44%
	Cisticercosis	11	11	0	0%
	Escorpionismo o Alacranismo	4.591	7.582	2.991	65%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	482	761	279	58%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	29	39	10	34%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	9	16	7	78%
	Brucelosis	115	145	30	26%
	Hantaviriosis	65	38	-27	-42%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	23	27	4	17%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1.478	1.499	21	1%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	15	26	11	73%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	7	29	22	314%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	11	48	37	336%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	18	2	-16	-89%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	11.490	11.490	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	714	714	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	559	559	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	1	1	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	1	1	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	13.315	17.107	3.792	28%

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

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

III.3. Eventos nominales notificados y confirmados

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

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-50. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-50		2025 Acumulados SE 1-50		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	4.200	179	5.946	930	1.746	42%	751	420%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	681	2	3.396	36	2.715	399%	34	1700%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)		0		0		N/A	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	2.390	869	2.703	878	313	13%	9	1%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomieltitis	135	0	103	0	-32	-24%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	93.508	58.350	64.671	18.317	-28.837	-31%	-40.033	-69%
	Encefalitis de San Luis	317	1	507	0	190	60%	-1	-100%
	Fiebre amarilla humana	106	0	153	0	47	44%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	57	0	114	1	57	100%	1	N/A
	Zika	1.474	0	981	0	-493	-33%	0	N/A
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	920	358	649	325	-271	-29%	-33	-9%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	2.201	56	2.226	204	25	1%	148	264%
	Psitacosis	194	32	520	99	326	168%	67	209%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	1.448	65	1.711	57	263	18%	-8	-12%
	Sífilis Congénita	2.745	1.095	994	978	-1.751	-64%	-117	-11%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	10	0	11	1	1	10%	1	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en emb.	2.348	2.246	1.832	1.531	-516	-22%	-715	-32%
	Sífilis en emb.	11.033	9.517	11.858	10.808	825	7%	1.291	14%
	Hepatitis B en emb.	100	58	130	52	30	30%	-6	-10%
Hepatitis virales	Hepatitis A	134	32	219	114	85	63%	82	256%
	Hepatitis B	2.982	682	3.399	728	417	14%	46	7%
	Hepatitis C	2.502	1.439	2.703	1.648	201	8%	209	15%
	Hepatitis E	53	7	56	6	3	6%	-1	-14%
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	32.463	26.286	52.341	44.717	19.878	61%	18.431	70%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	1.323	1.256	2.053	1.960	730	55%	704	56%
Otros eventos de imp. p/ la salud pública	Viruela símica (mpox)	391	103	361	150	-30	-8%	47	46%

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 1-50. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-50	2025 Acumulados SE 1-50	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Trans. Por alimentos	Diarrea	710.882	717.305	6.423	1%
Infecc. de trans. sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.577	2.442	865	55%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	1.051	711	-340	-32%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	121.155	93.956	-27.199	-22%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	1.129.307	1.168.921	39.614	4%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	78.143	74.811	-3.332	-4%
	Neumonía (sin especificar)	88.609	77.170	-11.439	-13%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	3	5.910	5.907	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	10	4.141	4.131	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	34	29.929	29.895	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	1.969	1.968	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	15	7.350	7.335	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	10	5.864	5.854	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	105	37.422	37.317	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	13	7.056	7.043	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	14	2.794	2.780	N/A
	Lesiones por electrocución	1	652	651	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	1.034	1.034	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	40	82.986	82.946	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	9	27.299	27.290	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	9	36.441	36.432	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	471	471	N/A
	Otras lesiones en el hogar	87	27.742	27.655	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 1-50. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-50		2025 Acumulados SE 1-50		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	4.435	242	4.183	263	-252	-6%	21	9%
	Infección por Mycoplasma genitalium	774	22	645	21	-129	-17%	-1	-5%
	Infección por Mycoplasma hominis	2.827	283	3.017	412	190	7%	129	46%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	14.933	402	7.381	460	-7.552	-51%	58	14%
	Infección por Trichomonas vaginalis	25.322	2.591	22.191	2.363	-3.131	-12%	-228	-9%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1. Nota Metodológica

En el presente 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 INTERNACIONAL¹

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. Este año, en algunos países se ha 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.

En este contexto, al 10 de diciembre de 2025, se ha informado que, a partir de los datos de secuencias genéticas disponibles en la Iniciativa Global para Compartir todos los Datos de la Gripe (GISAID, por sus siglas en inglés), se está observando un aumento importante 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.

¹ 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>

IV.1.B. SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS²

La actividad de influenza en las Américas mantiene una tendencia al alza principalmente impulsada por la actividad del hemisferio norte, con una positividad del 6.3%. La circulación de VSR se mantiene en niveles bajos la última semana epidemiológica (SE), mientras que SARS-CoV-2 presenta una tendencia al descenso y una positividad del 6.5%. En América del Norte, la actividad de influenza y VSR permanece en niveles bajos y con una tendencia al alza. SARS-CoV-2 disminuye con respecto a la SE anterior, con una positividad del 6%. En el Caribe, la circulación de influenza aumenta, con una positividad del 12.4%. La actividad de VSR desciende a una positividad del 19%, así como, SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos y con una positividad del 5%. En Centroamérica, la actividad de influenza aumenta su circulación, con una positividad del 11.4%. SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos y estables, mientras que VSR disminuye esta semana con una positividad del 15.3%. En la subregión andina, la actividad de influenza A y VSR disminuyen esta semana a un 4.9% y 3.3% de positividad. SARS-CoV-2 se mantiene en comparación con la SE anterior, presentando una positividad del 5.9%. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza se mantiene con respecto a la SE anterior con un 12.3% de positividad, con circulación principalmente de influenza A(H3N2) e influenza B. La circulación de VSR llega a niveles interestacionales, mientras que SARS-CoV-2 se observa en niveles bajos, y con una tendencia al aumento (8% de positividad). La circulación de otros virus respiratorios (OVR) disminuye al 3.5% a nivel regional. Los principales virus detectados a nivel regional corresponden a rinovirus y parainfluenza.

Situación regional del subclado K de influenza A(H3N2)^{3,4,5}

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 de la vigilancia genómica.

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.

² 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>

³ 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>

⁴ 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#>

⁵ 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>

IV.2. Situación actual en la Argentina

La secuenciación genómica realizada por el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS, a partir de muestras de influenza A remitidas a través de la Red Nacional de Laboratorios y de las Unidades Centinela, permitió identificar tres casos de influenza A(H3N2) correspondientes al subclado K.

Dos de los casos correspondieron a adolescentes de 13 y 15 años, con residencia en la provincia de Santa Cruz, detectados en el marco de la vigilancia de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) en Unidades de Monitoreo Ambulatorio, uno de ellos con co-detección de SARS-CoV-2. El tercer caso correspondió a un niño de 5 años que había sido internado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

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

IV.3. Síntesis de la información nacional destacada

Durante 2025, la vigilancia clínica notificó 1.189.391 casos de ETI, 172.905 de neumonía y 158.233 de bronquiolitis en menores de dos años.

En la vigilancia centinela ambulatoria, influenza registra un leve incremento, con predominio de influenza B, mientras que VSR no presenta detecciones en las últimas 8 semanas. SARS-CoV-2 muestra un ascenso leve y sostenido desde la SE34, con el mayor número en las SE 43 a 45 y 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 desde la SE35 hasta la SE 47.

La vigilancia universal por red de laboratorios muestra predominio de influenza B, detecciones de VSR, y un aumento gradual en las detecciones de SARS-CoV-2 desde la SE34, más marcado entre SE42-46. Durante la SE47/2025, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente SARS-CoV-2, seguido de influenza, parainfluenza, adenovirus, metapneumovirus y VSR.

En personas internadas, durante la SE50 se notificaron 5 hospitalizaciones con diagnóstico de influenza (220 fallecidos acumulados en 2025), 2 con VSR y 22 con SARS-CoV-2, incluyendo 1 fallecido en la semana.

IV.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

IV.4.A. ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

Entre las SE 1 y 49 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.189.391 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2505,4 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo 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 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.

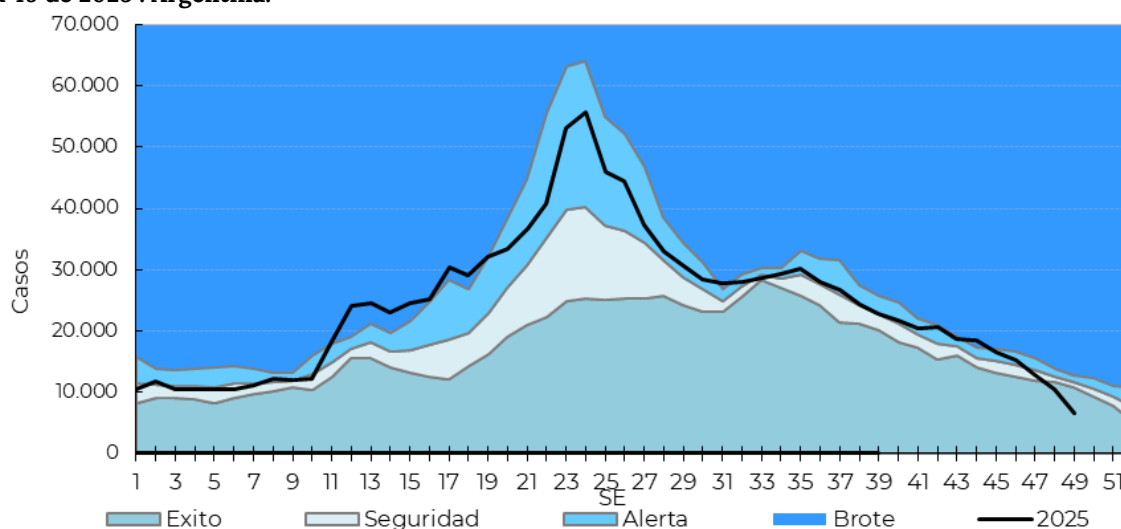
Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE49. Argentina⁶.



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

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

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 49 de 2025⁷. 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.

⁶ 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

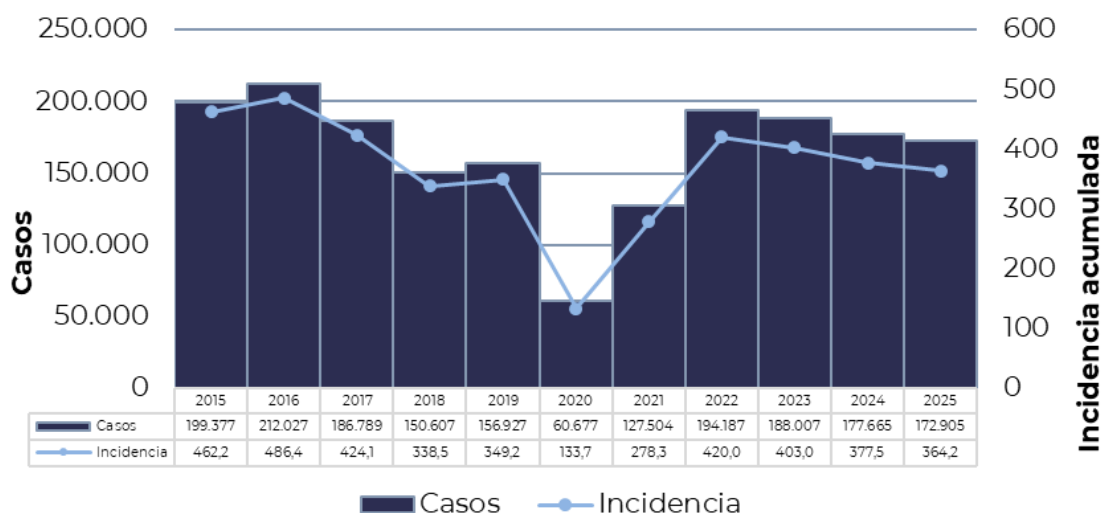
⁷ Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

IV.4.B. NEUMONÍA

Hasta la SE49 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 172.905 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 364,2 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.

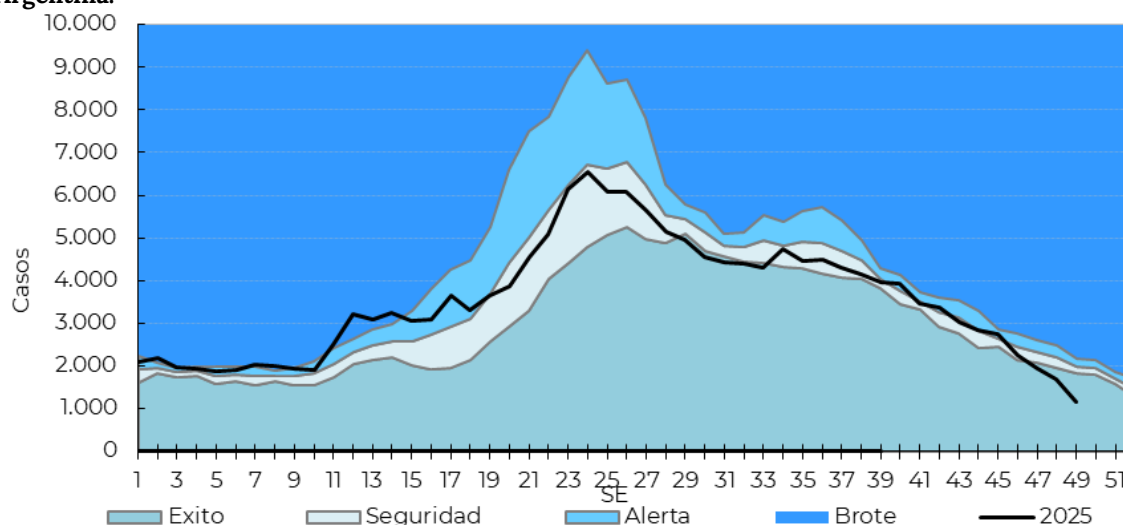
Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE49. Argentina.



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

En 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 49 de 2025⁸. Argentina.



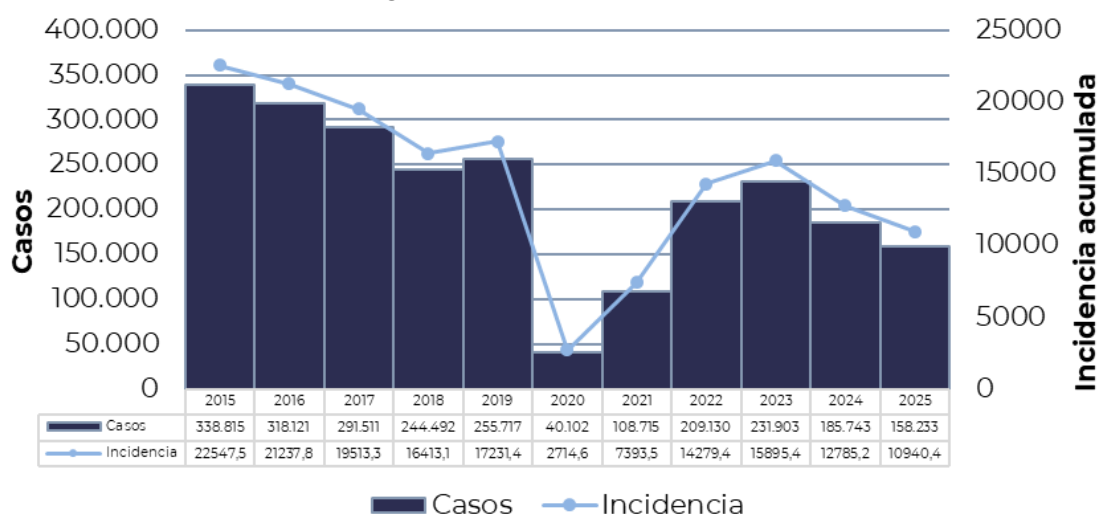
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

IV.4.C. BRONQUIOLITIS

Desde la SE01 a la SE49 de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 158.233 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 10940,4 casos/100.000 habitantes.

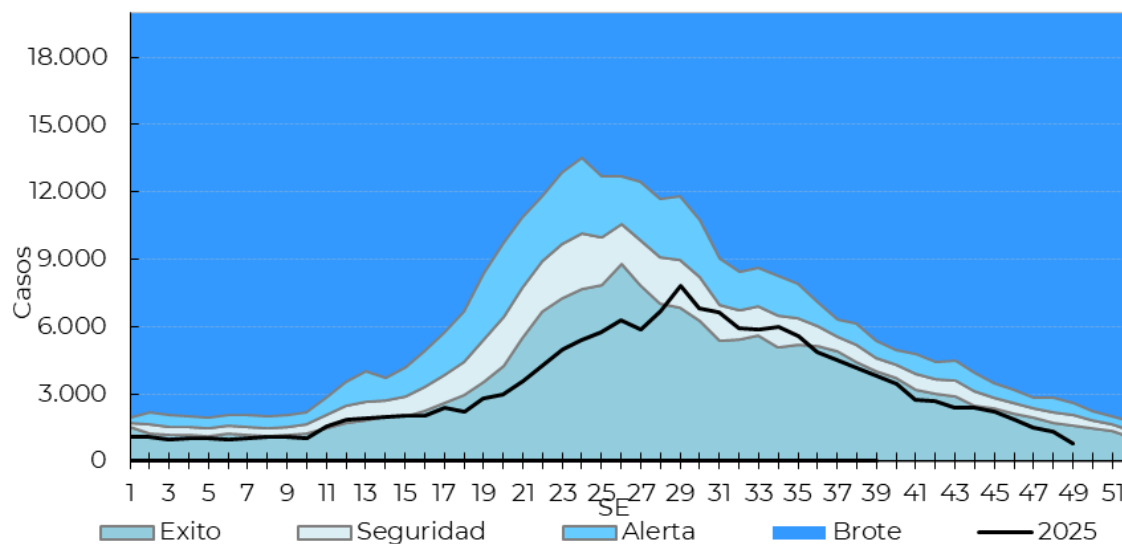
En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 49 alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso sostenido hasta 2018. En 2019, se registró un incremento respecto al año anterior, con un nuevo descenso en 2020 y 2021. Para los años 2022 a 2023 se verifica un 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.

⁸ 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. SE49. Argentina.

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

En 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 49 de 2025⁹. Argentina.

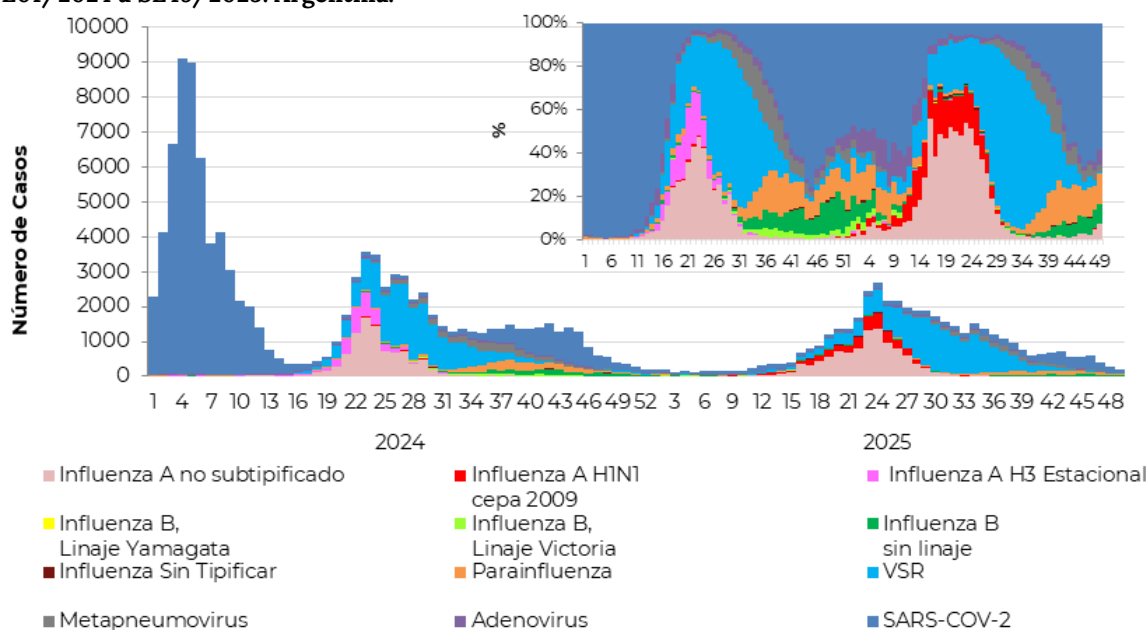
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS²⁰.

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

IV.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios

A partir de la SE11 se observó un aumento en el número de casos de **Influenza**, con predominio de Influenza A (H1N1), con un adelanto del ascenso estacional respecto de años anteriores. En las últimas semanas se registra un descenso de las notificaciones, con un ligero aumento de los casos a expensas de influenza B. En cuanto a **VSR** se verifica un aumento en las detecciones a partir de SE12, con inicio de actividad estacional a partir de la SE20. Las detecciones de **SARS-CoV-2** permanecen en niveles bajos, si bien se verifica un ligero ascenso en el número de casos desde la SE 34, que se acentúa en las semanas más recientes (SE42 - SE47).

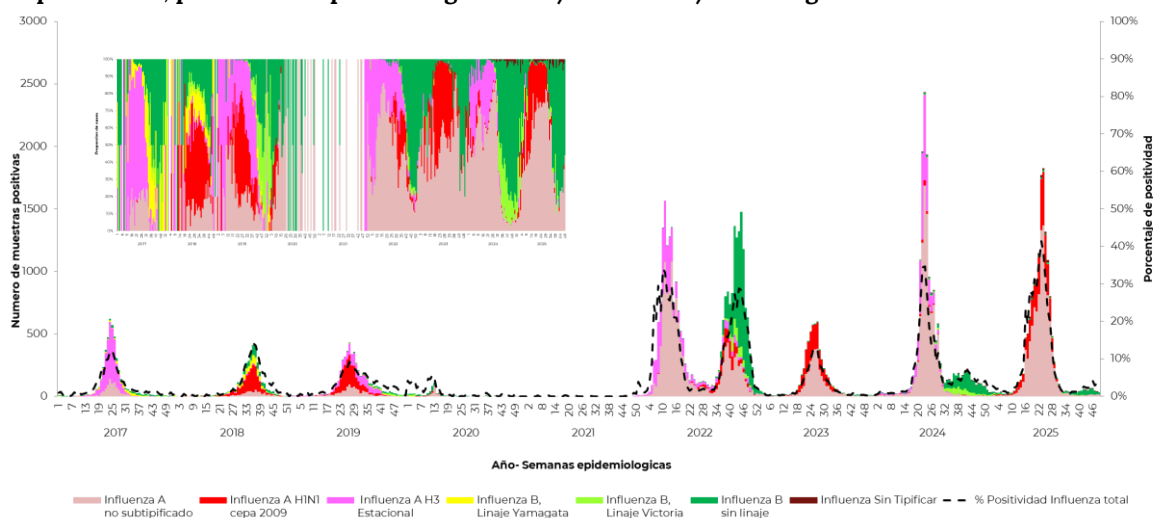
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE49/2025. Argentina.



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 SNVS²⁰.

Durante 2025 se registraron casos de influenza en forma continua a lo largo de todas las semanas epidemiológicas. A partir de la SE11 se observó un incremento sostenido de las detecciones, con predominio de influenza A no subtipificada y del subtipo A(H1N1). El número máximo de notificaciones semanales se alcanzó entre las SE22 y SE26, seguido de una tendencia descendente. En las últimas semanas se verifica un ligero aumento de las detecciones de influenza B, que predomina desde la SE36. En las dos semanas epidemiológicas más recientes (SE48 y SE49) se notificaron 34 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- SE49/2025. Argentina.

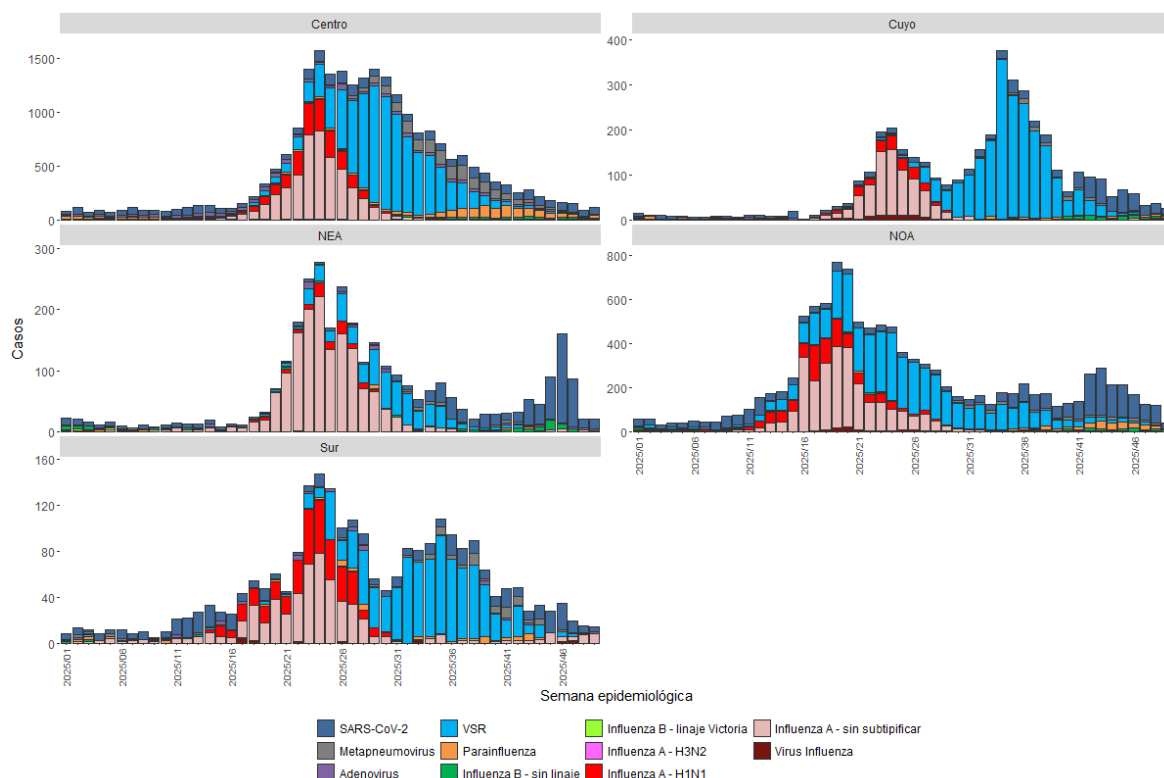


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

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

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

Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2024 a SE49/2025. Argentina.



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

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

Durante las 49 semanas de 2025, los casos se mantuvieron en valores bajos, si bien se registra un ligero aumento desde la SE 34, que se acentúa en las semanas más recientes (SE42 - SE47).

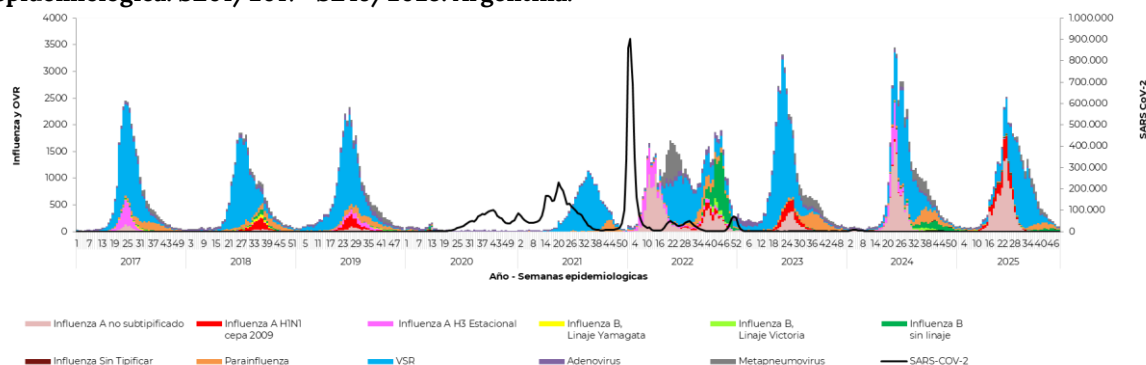
En relación con el **VSR**, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16/2024, alcanzando su máximo en la SE26, y tendencia descendente posterior. En 2025 se registra un nuevo ascenso de las detecciones desde la SE12, con inicio de la actividad estacional a partir de la SE20. El pico se verificó entre las SE29 y SE30, seguido de un descenso posterior. En las últimas 2 SE (48 y 49), se notificaron 2 casos de VSR.

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

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

Durante la SE 49/2025 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: ARS-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- SE49/2025. 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.5.A. VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PERSONAS INTERNADAS Y FALLECIDAS

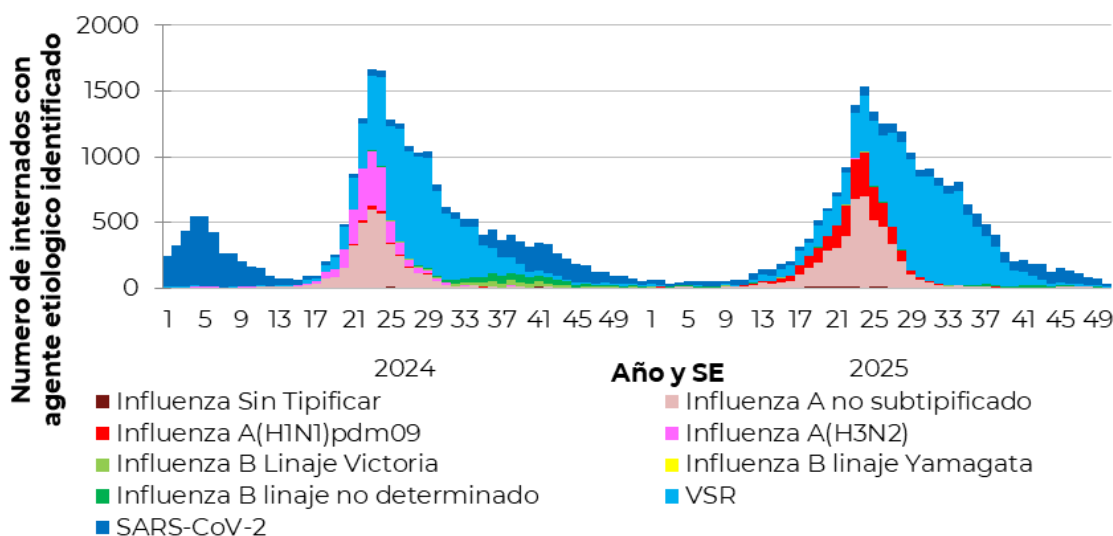
En el período comprendido entre las SE01 y SE50 de 2025 se notificaron 2.858 casos de SARS-CoV-2 en personas internadas, cifra que resulta un 57,1% inferior a la registrada en igual período de 2024. Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y de valores bajos con algunas oscilaciones en lo que va de 2025. Para la SE50/2025 se registraron 22 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, entre las SE1 y 50 de 2025 se registraron un total de 7.585 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 5 casos positivos para influenza en internados.

Entre los 7.585 casos de influenza notificados durante 2025, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 7130), con menor detección de influenza B (n= 329). De los casos de influenza A, 2325 cuentan con subtipificación, correspondiendo 2.308 a influenza A (H1N1) pdm09 y 17 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B, que predomina desde la SE36 en adelante, 35 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. A la fecha, 127 casos de influenza permanecen sin tipificar.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 11.449 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 (SE50/2025), se registraron 2 casos de VSR en hospitalizados.

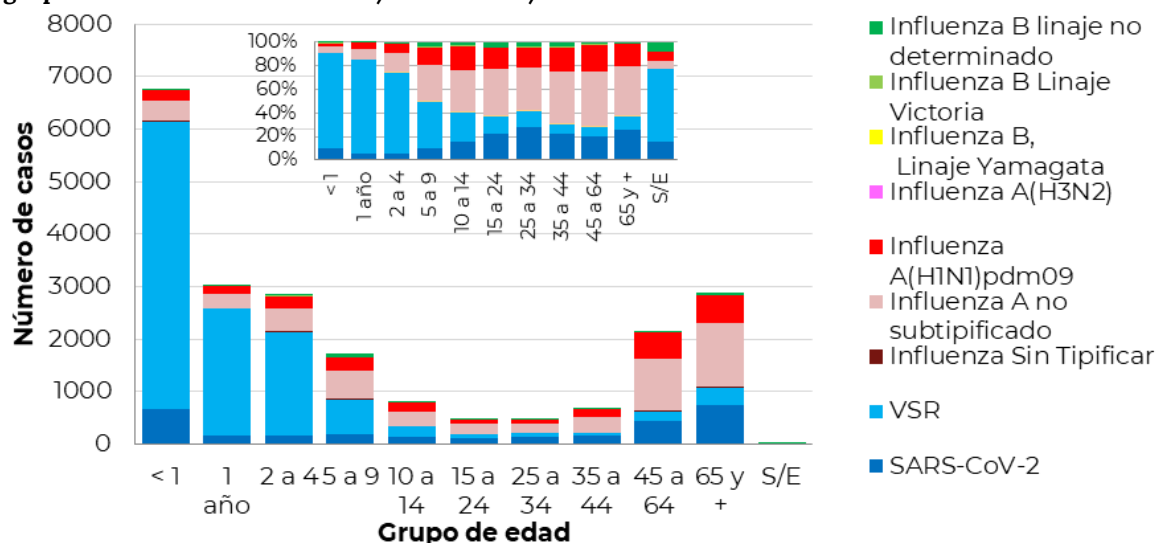
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE50/2025. Argentina.



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

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE50/2025, 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 SE50/2025.



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

A la fecha de elaboración de este informe, en lo que va de 2025, se notificaron 220 fallecidos con diagnóstico de influenza ¹⁰. Respecto a SARS-CoV-2, se consignó un fallecimiento con este diagnóstico en la última SE.

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.

¹⁰ 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.

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.

IV.7. 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 en personas pertenecientes a grupos con mayor riesgo de complicaciones o ante la progresión o empeoramiento del cuadro clínico.

IV.8. Vacunación antigripal

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

Se recomienda a los equipos de salud 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.

IV.9. Tratamiento antiviral

IV.9.A. INTRODUCCIÓN

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.^{11,12} 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.^{13,14} En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de

¹¹ 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.

¹² 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.

¹³ 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.

¹⁴ 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.

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.

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

IV.9.B. 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.

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)¹⁵ y el ARBO-portal¹⁶ de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 18/12/2025 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 50/2025 se han reportado 3.712.121 casos de dengue, 64% menos respecto al mismo período de 2024, con 1.761 fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, se notificaron 245.190 casos, un 42% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 118 muertes por este evento. Respecto al zika, se han registrado 24.259 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, hasta la SE 47 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 48/2025, se han reportado 29.246 casos de dengue, un 90% menos respecto a la misma semana de 2024 y se registró un fallecimiento por este evento. En relación con chikungunya, se notificaron 51 casos, lo que representa una disminución del 99% respecto a la misma semana del año anterior, sin registrarse defunciones asociadas. Sin embargo, los casos confirmados por laboratorio mostraron un incremento del 37%. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían notificado 11 casos.

Perú: hasta la SE 48/2025, se han notificado 38.303 casos de dengue, un 86% menos respecto al mismo período de 2024, con 55 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 46/2025, se notificaron 20 casos, un 77% menos en comparación con la misma semana de 2024. No se registraron defunciones para este evento. Respecto al zika, 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 el año en curso, se ha registrado una disminución de los casos de dengue en todos los países mencionados. Respecto a la circulación de serotipos del virus del dengue, Bolivia presenta circulación de DEN-1 y DEN-2; mientras que Perú y Paraguay de DEN-1, DEN-2 y DEN-3. En tanto, Brasil reporta la circulación de los cuatro serotipos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4).

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: [PAHO/WHO Data - Topics](#)

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: [Enfermedad por virus Oropouche - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)

La Organización Panamericana de la Salud emitió una alerta epidemiológica sobre Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas¹⁷, debido a que en 2025 se han reportado brotes de chikungunya en varias regiones del mundo. En las Américas, distintos países notificaron un incremento de casos para este evento, especialmente Bolivia donde se registró un aumento muy superior al observado en 2024. Asimismo, se continúan notificando casos autóctonos de Oropouche en países de la Región como Brasil y Perú.

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

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

V.2.A. NOTA METODOLÓGICA

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

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

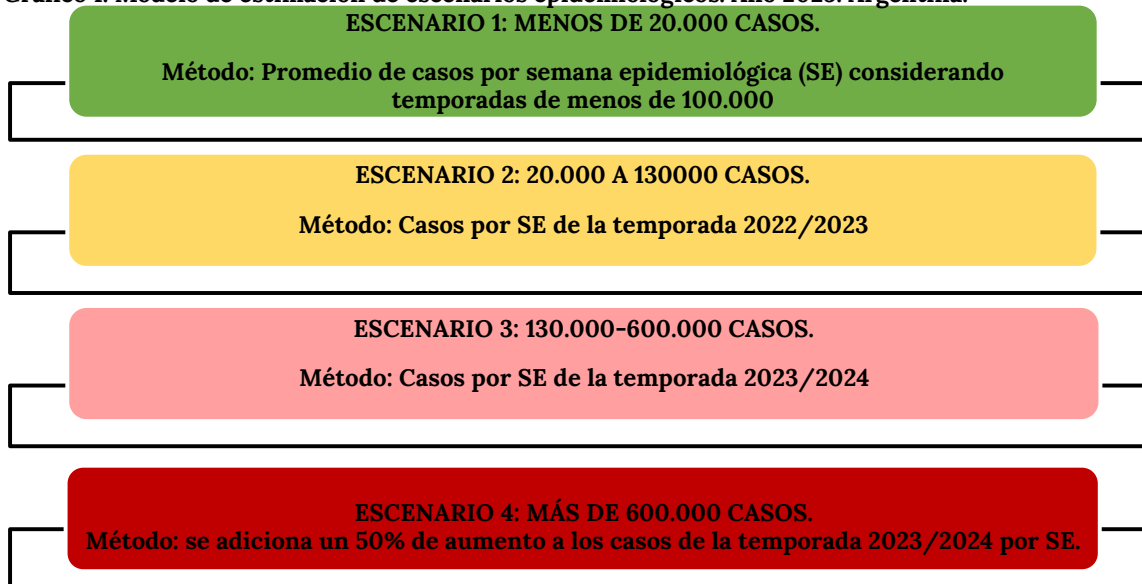
El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la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

En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Entre las SE31 y SE50 se notificaron 12 casos confirmados de dengue, de los cuales 8 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas – 28 de agosto de 2025. Disponible en: [Alerta epidemiológica Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas - 28 de agosto del 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)

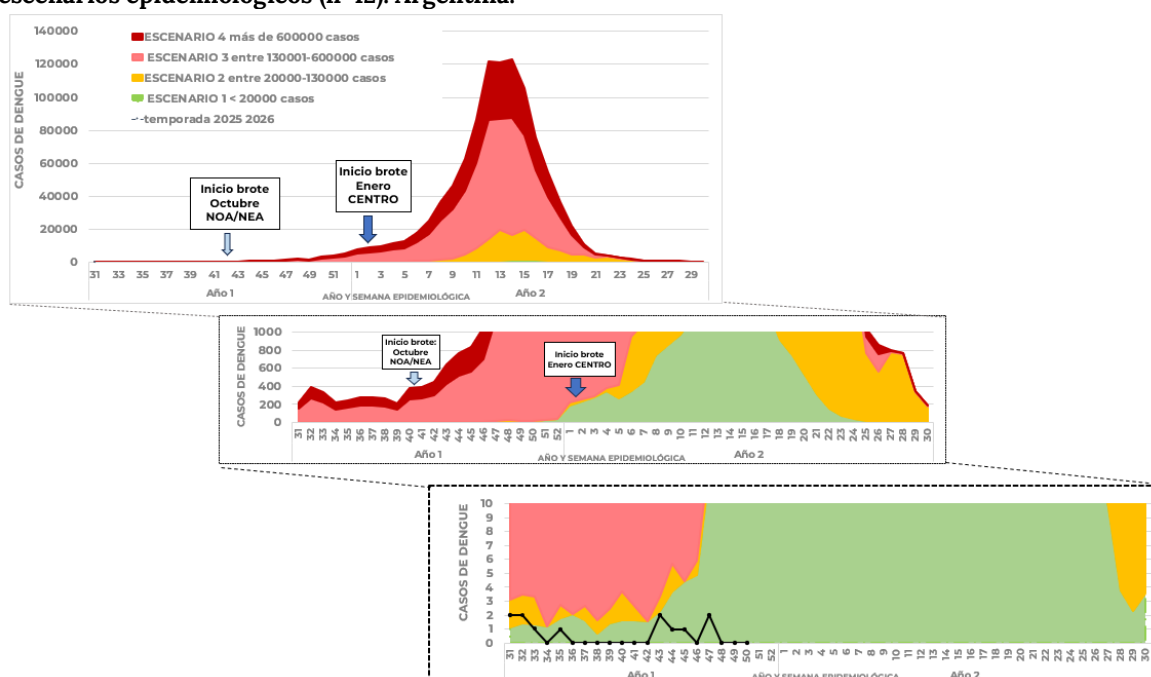
temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 2)

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



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

Gráfico 2. Casos de dengue de la temporada 2025-2026 representados en el modelo de estimación de escenarios epidemiológicos (n=12). Argentina.



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

V.3. Situación de dengue en Argentina

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

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

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

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

El análisis temporal de los casos notificados para el período comprendido entre los años 2022 y 2025, evidencia que, para la SE50/2025, 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 mínima¹⁸, desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 5905 casos sospechosos de dengue, de los cuales 12 fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3 (Tabla 1):

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

¹⁸Fecha 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 SE50/2025 se notificaron 489 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 SE50/2025. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados	Casos de dengue por criterio C-E*	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	2	12	3	4	330	101	452	0	5
CABA	0	1	4	0	85	45	135	0	4
Córdoba	0	27	0	0	669	29	725	0	0
Entre Ríos	0	3	1	1	108	7	120	0	1
Santa Fe	0	13	0	0	375	41	429	0	0
Total Centro	2	56	8	5	1567	223	1861	0	10
Mendoza	0	1	0	1	29	3	34	0	0
San Juan	0	1	0	0	20	0	21	0	0
San Luis	0	0	0	0	24	1	25	0	0
Total Cuyo	0	2	0	1	73	4	80	0	0
Chaco	0	2	0	0	385	9	396	0	0
Corrientes	0	0	0	0	33	6	39	0	0
Formosa	2	1	0	0	2158	0	2161	0	2
Misiones	0	2	0	0	187	1	190	0	0
Total NEA	2	5	0	0	2763	16	2786	0	2
Catamarca	0	0	0	0	78	0	78	0	0
Jujuy	0	0	0	0	130	2	132	0	0
La Rioja	0	0	0	0	65	0	65	0	0
Salta	0	0	0	0	226	24	250	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	40	15	55	0	0
Tucumán	0	26	0	1	480	31	538	0	0
Total NOA	0	26	0	1	1019	72	1118	0	0
Chubut	0	0	0	0	8	1	9	0	0
La Pampa	0	0	0	0	27	1	28	0	0
Neuquén	0	0	0	0	7	0	7	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	12	1	13	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	3	0	3	0	0
Total Sur	0	0	0	0	57	3	60	0	0
Total País	4	89	8	7	5479	318	5905	0	12

Sin antecedente de viaje: autóctonos y en investigación

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

V.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 SE50/2025).

La vigilancia de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y estudios en personas con antecedentes de viaje a zonas donde se está registrando transmisión; desde el inicio de la vigilancia de Oropouche, se han investigado hasta el momento 130 casos y ninguno ha tenido resultado positivo.

Tabla 2. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para otros Arbovirus. SE31/2025 a SE50/2025. 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	18	0	18	0	18	0	14	0	11	0	5
CABA	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
Córdoba	0	399	0	15	0	32	0	145	0	0	0	0
Entre Ríos	0	23	0	0	0	5	0	8	0	0	0	0
Santa Fe	0	26	0	21	0	17	0	16	0	12	0	0
Total Centro	0	466	0	54	0	76	0	183	0	23	0	5
Mendoza	0	9	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
San Juan	0	1	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0
San Luis	0	2	0	1	0	2	0	5	0	4	0	0
Total Cuyo	0	12	0	2	0	2	0	10	0	4	0	0
Chaco	0	62	0	46	0	0	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	22	0	17	0	3	0	0	0	3	0	6
Total NEA	0	84	0	63	0	3	0	0	0	3	0	6
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	4	0	3	0	2	0	1	0	15	0	0
La Rioja	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Salta	0	65	0	54	0	34	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0
Tucumán	0	7	0	7	0	13	0	0	0	0	0	4
Total NOA	0	80	0	67	0	49	0	3	0	15	0	5
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	0	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0
Total País	0	643	0	186	0	130	0	198	0	46	0	16

Pos: positivas / Est: estudiadas

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

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

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

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

VI.1. Introducción

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

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

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

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

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

VI.2. Situación epidemiológica mundial y regional

VI.2.A. BRASIL¹⁹

El 8 de diciembre de 2025, el Municipio de São Paulo notificó un caso sospechoso de sarampión que corresponde a un hombre de 27 años, residente del municipio de São Paulo, sin antecedente de vacunación y con historial reciente de viaje a Nueva York, donde refirió contacto con un caso confirmado de sarampión.

El inicio de los síntomas ocurrió el 28 de noviembre, dos días después de su regreso a Brasil, seguido de la aparición de exantema el 5 de diciembre y hospitalización el 6 de diciembre. Las muestras recolectadas el 7 de diciembre mostraron serología con IgM reactiva e IgG no reactiva. La infección por el virus del sarampión fue confirmada mediante RT-PCR en muestras de exudado y orina en el Instituto Adolfo Lutz.

Este es el segundo caso confirmado registrado en São Pablo en 2025, el primero se registró en abril. Se encuentra en curso una investigación, con el objetivo de rastrear contactos estrechos,

¹⁹ <https://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/agrivos/rubeola-sarampo-e-sindrome-da-rubeola-congenita/sarampo-alerta-boletins>

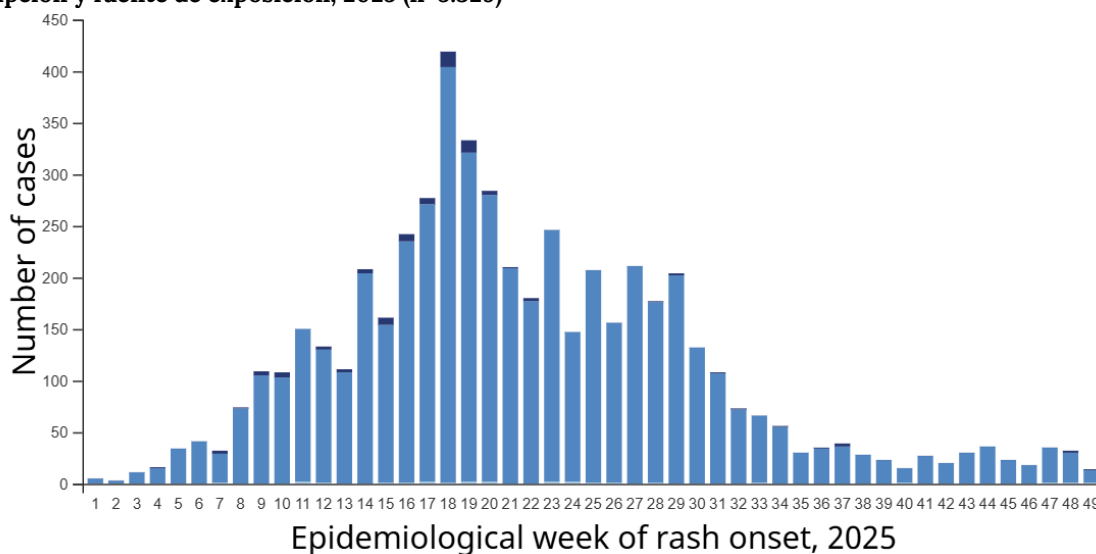
para ser orientados y monitoreados, realizar una búsqueda activa institucional y comunitaria para la detección de casos secundarios y medidas efectivas adicionales de prevención y control.

VI.2.B. CANADÁ²⁰

En 2025, se han notificado un total de 5.329 casos de sarampión (4.956 confirmados, 373 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 06 de diciembre de 2025.

En la semana 49 (del 30 de noviembre al 6 de diciembre de 2025), se notificaron 32 nuevos casos de sarampión (31 confirmados y 1 probables) en 5 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Quebec y Saskatchewan).

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=5.329)



VI.2.C. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA²¹

Al 16 de diciembre de 2025, se notificaron un total de 1.958 casos confirmados de sarampión. De ellos, 1.934 casos han sido confirmados en 43 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nevada, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming. Un total de 24 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

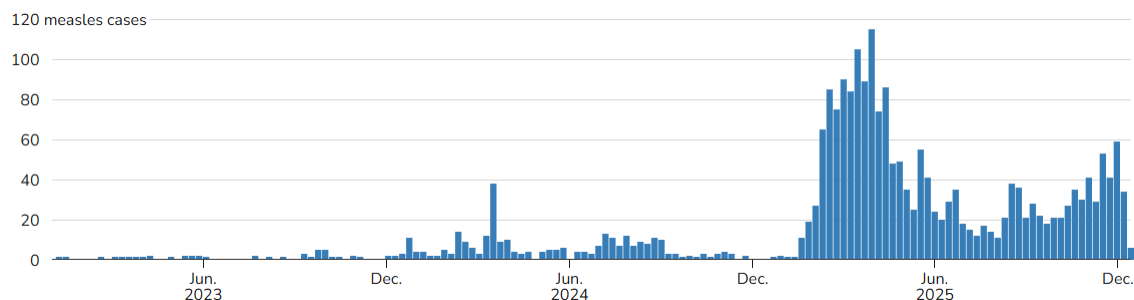
En 2025 se han notificado 49 brotes, y el 88% de los casos confirmados (1.713 de 1.958) están asociados a brotes. En comparación, durante 2024 se notificaron 16 brotes y el 69% de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a brotes.

En el 2025 hubo 3 muertes confirmadas por sarampión.

²⁰ <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>

²¹ <https://www.cdc.gov/measles/data-research/>

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2023-2025 (hasta 16/12/25).

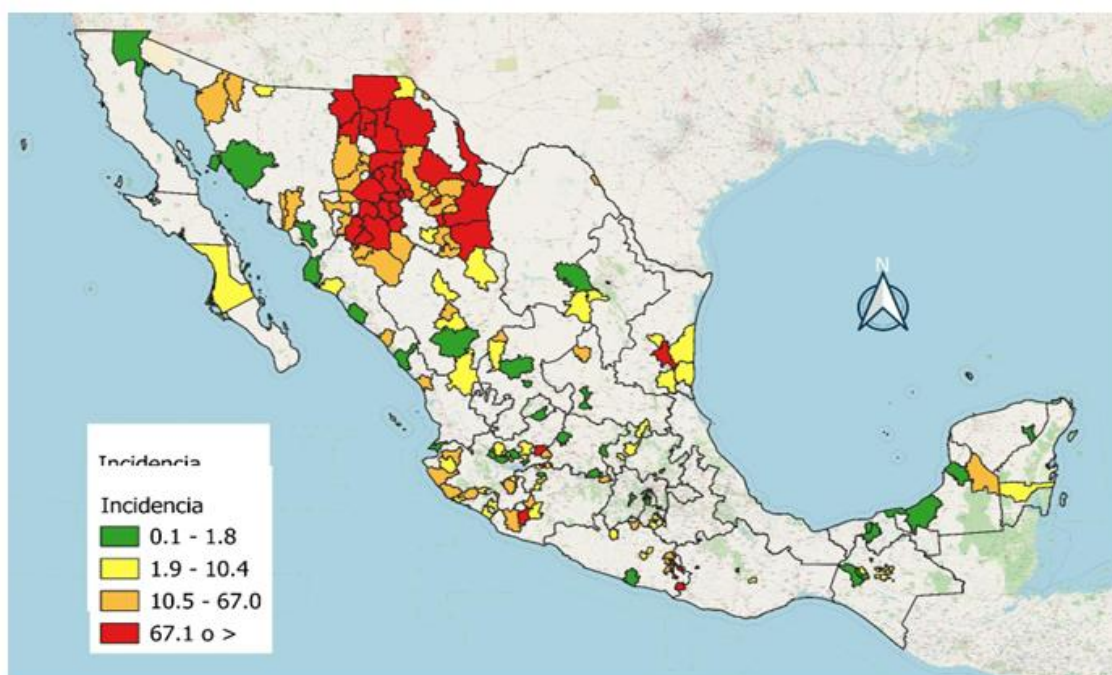


VI.2.D. MÉXICO²²

Al 17 de diciembre, se han reportado 5.781 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 20 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 29 estados y 187 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 24 fallecimientos.

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



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

VI.2.E. PARAGUAY²³

El 12 de diciembre de 2025, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay publicó una actualización epidemiológica sobre el sarampión con información hasta la semana

²² <https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2025?idiom=es>

²³ <https://dgvs.mspbs.gov.py/sarampion/>

epidemiológica 50 de 2025, que indicaba un total de 49 casos confirmados de sarampión, de los cuales ocho requirieron hospitalización, todos ellos correspondientes al genotipo D8. Entre los casos, el 61 % (30/49) eran mujeres, con edades comprendidas entre los 3 meses y los 54 años, principalmente en el grupo de edad de 1 a 4 años.

No se han registrado fallecimientos.

VI.3. Situación actual en la Argentina

VI.3.A. NOTIFICACIÓN DE CASOS

Durante el 2025 en Argentina se notificaron 3.569 casos de Enfermedad Febril Exantemática (EFE) en el país (Gráfico 1). A partir de la Semana Epidemiológica (SE) 6 y en particular desde la SE9, coincidiendo con la emisión de la alerta epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, se evidencia un aumento progresivo en la notificación de casos, alcanzando su punto máximo en la semana 13.

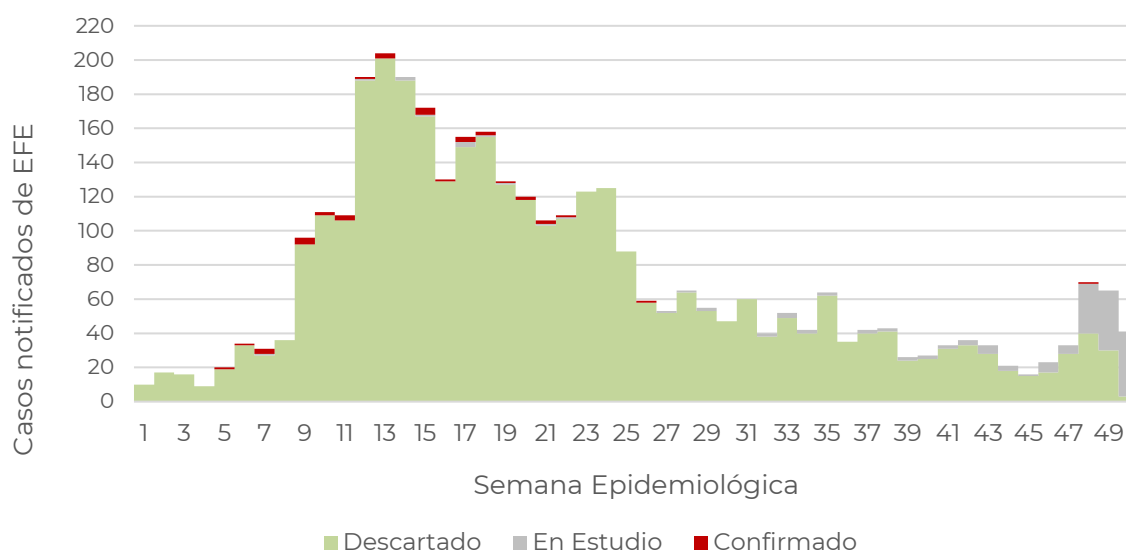
La curva de notificación muestra una sensibilización del sistema de vigilancia, con una respuesta oportuna ante la comunicación de riesgo.

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

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

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

Gráfico 1. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1 a SE50 de 2025. N= 3.569



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

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

No obstante, la alerta epidemiológica emitida recientemente desde el Ministerio de Salud²⁴ contribuye a reforzar la sensibilidad de vigilancia al promover una mayor sospecha por parte de los equipos de salud.

VI.3.B. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

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

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

Tabla 1. Distribución de casos notificados y confirmados por jurisdicción en Argentina. Tasa cada 100 mil habitantes y notificaciones esperadas para el período actual. SE1 a SE50 de 2025²⁵.

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires	21	2063	11,2	350	367
CABA	13	809	26,2	59	62
Catamarca		13	3,0	8	9
Chaco		47	3,7	24	25
Chubut		34	5,1	13	13
Córdoba		111	2,8	75	79
Corrientes		8	0,7	22	23
Entre Ríos	1	78	5,4	28	29
Formosa		14	2,2	12	13
Jujuy		26	3,2	15	16
La Pampa		22	5,9	7	7
La Rioja		10	2,4	8	8
Mendoza		76	3,6	40	42
Misiones		15	1,1	25	27
Neuquén		10	1,4	13	14
Río Negro		11	1,4	15	16
Salta		46	3,0	29	30
San Juan		18	2,2	16	16
San Luis	1	12	2,2	10	11
Santa Cruz		22	5,4	8	8
Santa Fe		61	1,7	70	73
Santiago del Estero		18	1,8	20	21
Tierra del Fuego		7	3,6	4	4
Tucumán		38	2,1	34	36
Total	36	3569	7,5	905	949

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

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

²⁴ [alerta_sarampion_20251124.pdf](#)

²⁵ Los casos notificados corresponden a los reportados hasta la SE50, mientras que la información sobre los casos confirmados refleja la más reciente disponible al momento de la elaboración de este boletín epidemiológico.

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

2. *Jurisdicciones que tienen la misma cantidad o superaron la cantidad esperada de notificaciones para todo el año (en verde):* En este segundo grupo se incluye el resto de todas las jurisdicciones, que alcanzaron y superaron las notificaciones esperadas para todo el año.

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

VI.4. Sobre los casos confirmados

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

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

La caracterización detallada de estos casos —incluyendo distribución territorial y temporal, edad, sexo, antecedente de vacunación y nexos epidemiológico— fue presentada hasta el **Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) N° 769**, disponible en [este enlace](#).

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

VI.5. Recomendaciones para la comunidad

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

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

VI.6. Recomendaciones para los equipos de salud

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

VI.7. Vigilancia epidemiológica

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

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

VI.7.A. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASO

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

Persona de cualquier edad con fiebre (temperatura axilar $>38^{\circ}\text{C}$) y exantema, independientemente del antecedente vacunal, o bien que un personal de salud sospeche sarampión o rubéola.

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

VI.8. Medidas de prevención

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

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

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

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

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

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

Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:

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

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

Ante el riesgo de propagación del virus en la comunidad, se propone la implementación de una campaña de vacunación dirigida a la población objetivo residente en esta región. Consultar en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/02/lt_vacuna_sarampion-2025.pdf

VI.9. Medidas ante casos y contactos

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

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

Vacunación dentro de las 48 a 72 hs.

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

3. Contactos de 13 meses o más (excepto personas adultas nacidas antes de 1965) se deberán asegurar DOS DOSIS de vacuna con componente anti sarampionoso.
 4. Contactos menores de 6 meses de edad, embarazadas sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y severamente inmunosuprimidas (independientemente del antecedente de vacunación) deberán recibir Inmunoglobulina de pool dentro de los 6 días de contacto. La inmunoglobulina se aplica por vía intramuscular, la dosis recomendada es de 0.25 ml/kg. En personas inmunocomprometidas, la dosis es de 0,5 ml/kg (dosis máxima 15 ml).
- Realizar búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación).
 - Localización y seguimiento de los contactos: Personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con vínculo epidemiológico, durante su período de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión, o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola). Realizar el seguimiento de los potenciales susceptibles hasta 21 días después del inicio del exantema del caso.
 - Búsqueda de la fuente de infección: Se buscará todo posible contacto con un caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar posibles situaciones o lugares de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.

Ficha de notificación:

[ficha de sarampion y rubeola 1742024.pdf](#)

Alerta epidemiológica del 06 de marzo de 2025.

[alerta epidemiologica-sarampion 07032025 0.pdf](#)

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 internacional²⁶

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.

²⁶ Extraído de: Organización Panamericana de la Salud. 2025. Actualización epidemiológica Tosferina (coqueluche) en la Región de las Américas. 8 de diciembre del 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-tosferina-coqueluche-region-americas-8-diciembre-2025>

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

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

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

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

VII.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina

VII.3.A. INTRODUCCIÓN

Entre la SE1 y 50 de 2025 se notificaron un total de 5.946 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 930 fueron confirmados. En 805 de ellos, se contó con confirmación de laboratorio²⁷, identificándose *B. pertussis* en el 80,0% (n=644); 3 casos correspondieron a *B. parapertussis* y 158 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.). En las últimas semanas se registraron 7 detecciones de *B. holmessi*, en 5 jurisdicciones: provincia de Buenos Aires, CABA, Santa Fe, Entre Ríos y Tierra del fuego.²⁸

²⁷ 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

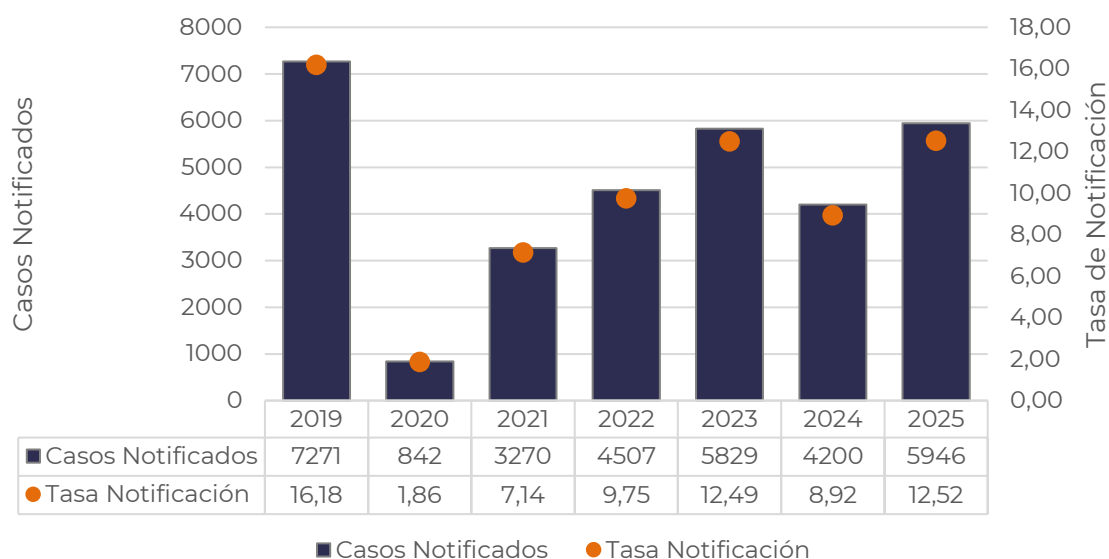
²⁸ Los casos de *B. Holmessi* no son considerados casos confirmados de coqueluche. Esta especie genera sintomatología compatible con coqueluche, con sintomatología más leve.

Los 930 casos confirmados superan las cifras registradas para el mismo período desde 2020, seguido del año 2023, cuando se notificó un mayor número de casos, principalmente en la provincia de Salta²⁹. La incidencia acumulada en lo que va del año es de 1,96 casos por cada 100.000 habitantes. Este incremento resulta relevante para dimensionar la situación actual, dado que el aumento de casos se observa en distintas jurisdicciones y de forma heterogénea. Además, se registraron 7 fallecimientos por la enfermedad, todos en menores de 2 años.

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

La tasa de notificación en las SE1-50 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 12,52 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 1-50. 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= 1.322), provincia de Buenos Aires (n= 1.180), CABA (n=833), Tierra del Fuego (n=682), y Salta (n=673), seguidos por establecimientos de Mendoza (n=556), Santa Fe (n=331), Entre Ríos (n=58) y Tucumán (n=51). En el resto de las provincias se notificaron 50 casos sospechosos o menos en lo que va del año.³⁰

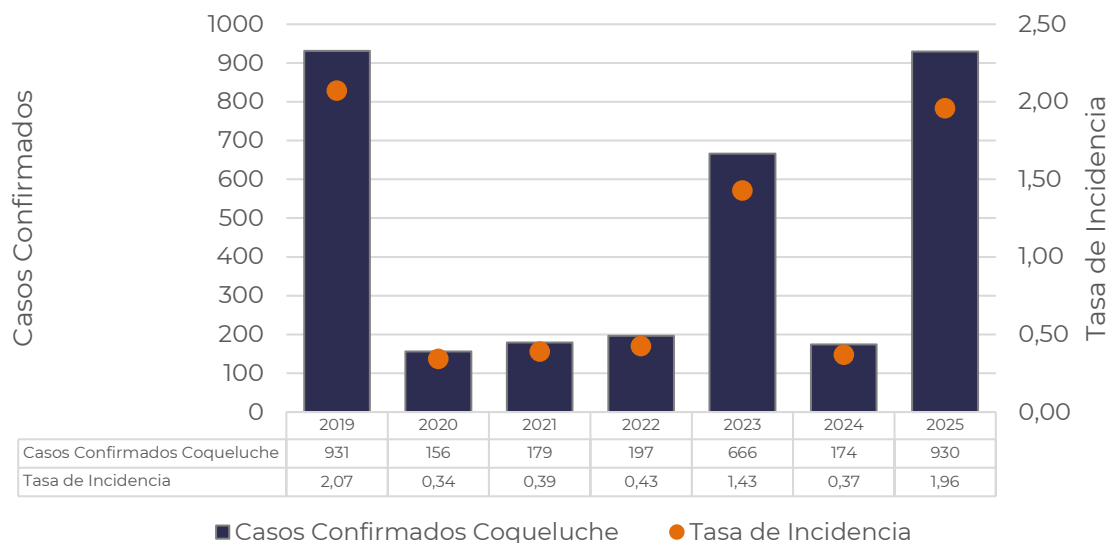
Del total de notificados, se confirmaron 930 casos, representando una tasa de incidencia de 1,96 casos cada 100.000 habitantes. En el período analizado, la mayor tasa de incidencia se observó

²⁹ 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.

³⁰ Las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche según jurisdicción se analizan de acuerdo a la variable "Establecimiento de Carga" y "Provincia de Carga".

en 2019, seguido por el presente año y el año 2023³¹. Los casos de coqueluche notificados entre SE1 y 50 de 2025 superan las confirmaciones para el mismo periodo de los 4 años previos.

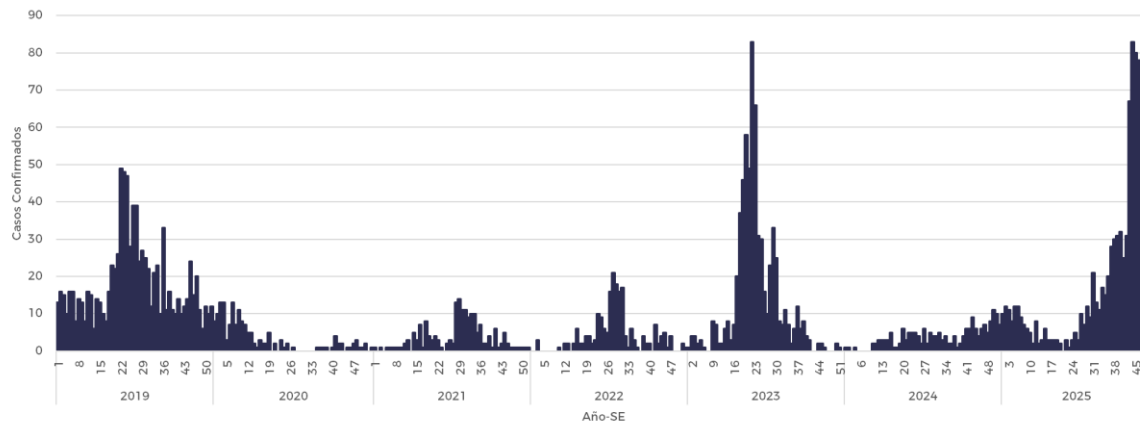
Gráfico 2. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. SE 1-50. Argentina. Años 2019-2025.



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 SE50/2025.



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.

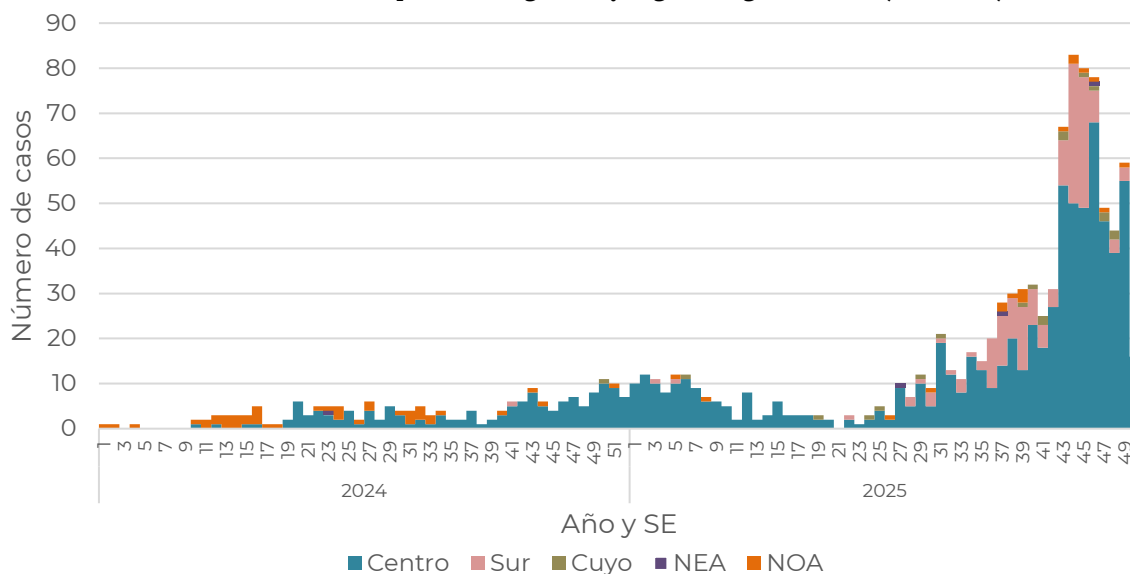
Posteriormente, a partir de la SE 27/2025, se verifica un nuevo ascenso, inicialmente asociado al brote en Ushuaia (Tierra del Fuego) y al aumento de casos confirmados en la Región Centro. Este incremento en el número de casos acumulados de 2025, a la fecha, supera en números

³¹ 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.

absolutos al total de casos para el mismo período de 2023, presentando un número similar que en el 2019.

El mayor número de casos confirmados del año se observó en la SE 44. En las últimas 4 semanas los casos presentan una tendencia a la disminución³².

Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2024-50/2025.

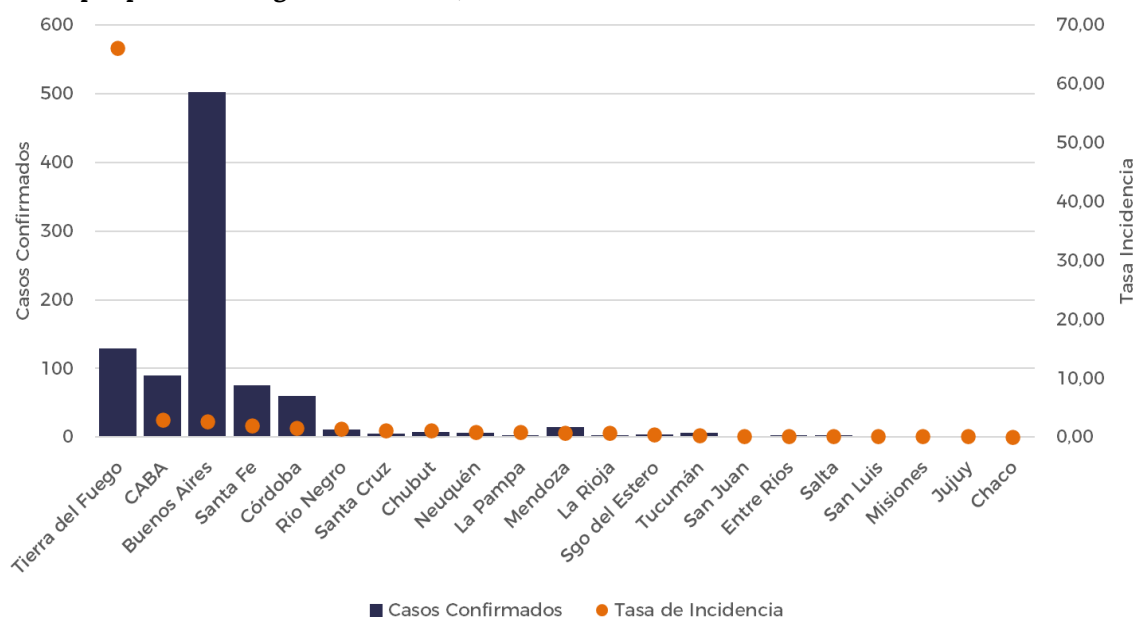


Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyen en 21 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observa en la Región Centro (n=730), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n=502) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=90). En la Región Sur se confirmaron 162 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.

³² 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 1-50, 2025.

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

La mayor incidencia acumulada se registra en Tierra del Fuego, que —en el marco del brote en Ushuaia y Río Grande— presenta una IA de 66,18 casos por cada 100.000 habitantes, valor 23 veces superior al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que ocupa el segundo lugar con una IA de 2,92 casos por 100.000 habitantes. En tercer lugar, se ubica la provincia de Buenos Aires, que, si bien concentra el mayor número absoluto de casos, presenta una tasa de 2,73 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 50, con el objetivo de describir la situación actual en relación con los años previos (2019–2025) ³³.

³³ 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 1-50. 2019-2025.

Jurisdicciones	Casos Confirmados						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	208	48	45	56	47	65	502
CABA	19	11	0	3	2	46	90
Catamarca	5	0	0	11	2	0	0
Chaco	4	3	0	2	0	0	1
Chubut	10	6	3	1	1	0	8
Córdoba	190	31	37	5	81	11	60
Corrientes	2	0	0	1	0	0	0
Entre Ríos	42	1	1	0	1	2	3
Formosa	2	2	0	1	0	0	0
Jujuy	2	0	3	0	2	0	1
La Pampa	8	0	0	0	0	0	3
La Rioja	1	0	0	0	25	1	3
Mendoza	241	10	16	13	25	1	15
Misiones	10	1	5	5	9	1	2
Neuquén	1	1	0	0	2	0	6
Río Negro	5	1	0	0	1	1	11
Salta	141	23	67	93	423	42	3
San Juan	3	1	0	0	0	0	2
San Luis	7	5	1	0	0	0	1
Santa Cruz	0	1	0	0	0	0	5
Santa Fe	14	5	0	6	43	4	75
Sgo del Estero	2	0	0	0	0	0	4
Tierra del Fuego	7	2	0	0	0	0	129
Tucumán	7	4	1	0	2	0	6
Total Nacional	931	156	179	197	666	174	930

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

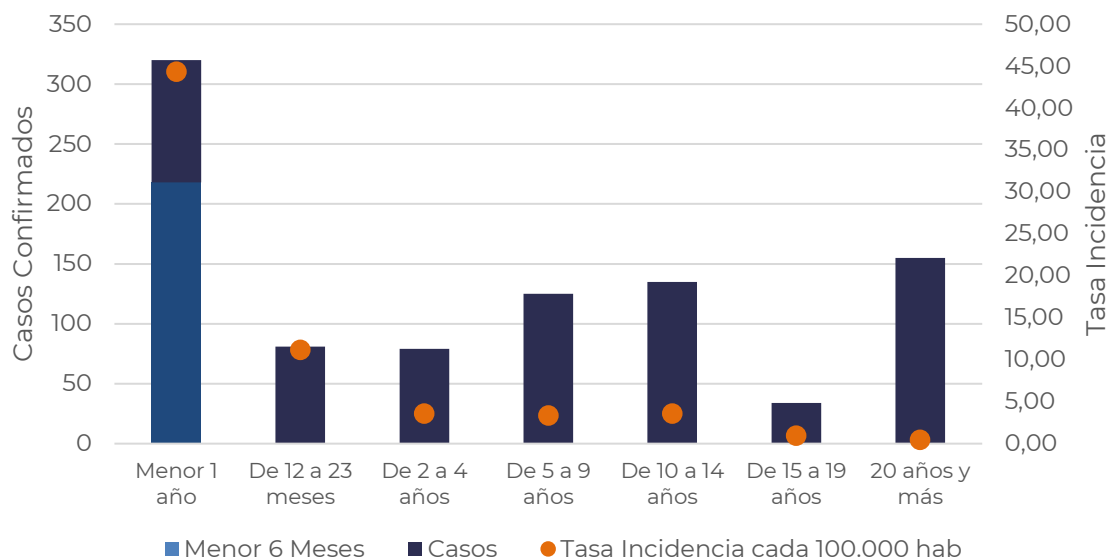
Como se mencionó previamente, si bien 21 jurisdicciones presentan casos de coqueluche en el corriente año, el incremento observado respecto de los años anteriores se concentra en Tierra del Fuego, Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba.

Asimismo, se destaca lo ya señalado para 2023, cuando se registró el mayor número de casos confirmados post pandemia, a expensas fundamentalmente de las notificaciones de la provincia de Salta que aportó más del 85% de casos confirmados de *B. pertussis*. 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.C. ANÁLISIS SEGÚN EDAD Y GRAVEDAD

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

Gráfico 6. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por grupos de edad. SE 1-50, 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 34,4% de los casos confirmados en 2025 (n=320), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=218). En las últimas semanas, el número de casos y la tasa de incidencia en el grupo de 20 años y más presentaron un aumento, vinculado al brote en curso en Tierra del Fuego.

Con relación a los fallecimientos, entre las SE 1 y 50 de 2025 se notificaron 7 fallecimientos en casos confirmados con detección de *Bordetella pertussis*: 4 en menores de 6 meses, 1 en el grupo de 6 a 11 meses y 2 en el grupo de 12 a 23 meses. Para el año en curso la tasa de letalidad es de 0,8%. Ninguno de los 4 casos en edad de vacunación registra dosis en NOMIVAC, mientras que los otros 3 casos corresponden a menores de 2 meses, y tampoco se registra vacunación materna.

VII.4. Coberturas de Vacunación

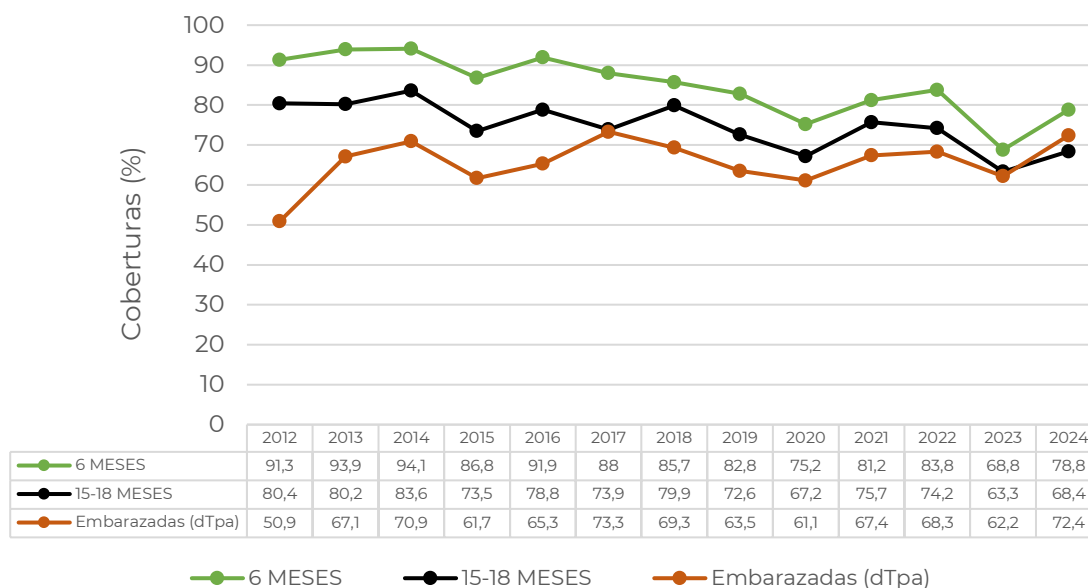
VII.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

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 17/12/2025, son:

1º dosis de Quintuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 78,43%

2° dosis de Quintuple (4 meses): 77,71%

3° dosis Quintuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 73,74%

Ref Quintuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 64,15%

Ref DTP (5 años): 55,46% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 13/11/25: 76,8%)

Ref dTpa (11 años): 54,95% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 13/11/25: 77,6%)

Embarazadas dTpa: 72,71%

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.

VII.4.B. COBERTURAS SEGÚN JURISDICCIÓN

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

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

Jurisdicción	Quíntuple /Séxtuple (dos meses)	Quíntuple /Séxtuple (cuatro meses)	Quíntuple /sextuple (seis meses)	Refuerzo (15-18 meses)	Refuerzo (5 años)	Refuerzo (11 años)	Embarazada
Buenos Aires	66,51	65,64	62,97	56,5	42,07	41,92	61,8
CABA	72,51	72,39	63,19	34,22	43,07	33,38	45,09
Catamarca	85,15	86,69	80,96	65,07	60,98	66,6	80,47
Chaco	86,65	86,31	81,17	71,95	61,15	61,74	85,62
Chubut	89,11	89,73	85,05	75,89	58,61	60,68	84,11
Coba	86,38	85,14	79,6	74,19	58,37	59,28	80,02
Corrientes	87,5	84,03	75,8	59,17	47,82	46,41	86,12
Entre Ríos	87,7	86,64	81,31	75,84	48,61	59,06	86,54
Formosa	76,62	75,06	71,43	52,38	54,33	54,15	78,02
Jujuy	93,21	94,74	90,67	86,56	81,28	79,09	88,09
La Pampa	93,58	95,45	93,17	86,71	66,2	76,68	90,38
La Rioja	91,35	88,47	82,75	71,66	69,38	66,07	85,37
Mendoza	88,64	88,06	84,81	80,42	91,19	85,07	78,02
Misiones	91,39	87,15	76,29	58,58	63,76	63,04	86,49
Neuquén	92,58	90,39	87,4	85,01	83,17	83,11	89,04
Río Negro	97,17	97,11	91,37	76,81	63,02	53,06	91,82
Salta	87,88	86,17	82,57	79,62	81,08	94,44	83,61
San Juan	95,28	94,79	86,26	73,98	72,51	70,69	87,05
San Luis	91,38	90	87,8	90,09	81,41	78,85	88,03
Santa Cruz	91,96	90,13	87,2	76,89	76,49	71,48	92,04
Santa Fe	79,6	82,38	79,55	66,41	56,05	56,7	78,11
Sgo. del Estero	88,51	86,15	77,58	64,95	51,63	59,81	83,5
T. del Fuego	103,61	105,77	99,44	98,96	71,65	72,92	101,76
Tucumán	80,41	80,6	78,78	75,57	70,1	70,98	75,84

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.

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

Frente al aumento de casos de coqueluche registrado a nivel global y regional, se insta a los equipos de salud de todo el país a fortalecer el monitoreo, el

diagnóstico precoz, la notificación y las medidas de prevención y control de la enfermedad, con especial énfasis en la vacunación.

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

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

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

En este sentido, se recomienda:

- Realizar campañas de sensibilización para informar sobre la importancia de la vacunación según Calendario Nacional de Vacunación. Suele resultar útil adecuar la información a lenguas originarias.
- Promover la vacunación de todas las vacunas con componente Pertussis (DTP/HB + Hib, DTP y dTpa en las poblaciones objetivo) para reducir la incidencia de la enfermedad, facilitando la misma en centros de salud, puestos móviles y comunidades vulnerables.
- Promover la vacunación según el Calendario Nacional, priorizando embarazadas a partir de las 20 semanas de gestación, lactantes y niños/as pequeños.
- Indicación de vacunación en cada embarazo independientemente del intervalo entre gestaciones.
- Generar acciones articuladas con otros sectores de la comunidad, en especial donde se encuentra el grupo etario de 5 y 11 años, como por ejemplo las escuelas o clubes barriales para la búsqueda activa de la población objetivo.
- Estimular la vacunación con una dosis de triple bacteriana acelular cada 5 años en el personal de salud en contacto con niños menores de 12 meses.

VII.5.B. DETECCIÓN TEMPRANA

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

-Capacitar y sensibilizar al personal de salud para identificar los signos y síntomas de coqueluche, como tos persistente y episodios agudos de tos, especialmente en lactantes y niños pequeños, quienes son los más vulnerables.

- Fomentar modalidades de atención que prioricen el contacto temprano con el efector de primer nivel, por ejemplo, servicios de demanda espontánea, teleconsulta. Consolidando el rol de agentes sanitarios y promotores de salud en las acciones de salud territorial.

- Incrementar la comunicación efectiva con las familias y la comunidad, enfatizando la importancia de la consulta temprana ante la presencia de tos persistente o síntomas respiratorios, para contrarrestar la percepción de banalidad del cuadro y reducir el retraso diagnóstico. A tal fin suelen ser efectivas las campañas locales con mensajes breves y que prioricen los recursos visuales o las microcampañas digitales o radiales dirigidas a madres/padres jóvenes que aumentan la intención de consulta al servicio de salud. También resultan útiles estrategias de recordatorios en el punto de contacto sanitario como carteles en salas de espera o recordatorios impresos en carnets de vacunación.

VII.5.C. NOTIFICACIÓN Y VIGILANCIA

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

-Asegurar una adecuada notificación y acceso al diagnóstico de todos los casos sospechosos al sistema de vigilancia epidemiológica (SNVS 2.0), conforme a la normativa vigente, para facilitar el seguimiento epidemiológico y la implementación de medidas de control.

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

VII.5.D. MANEJO CLÍNICO

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

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

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

- Asegurar el aislamiento respiratorio de los casos sospechosos o confirmados durante el período de contagio, reforzando las medidas de higiene respiratoria y el uso de barbijos en el entorno domiciliario y comunitario.
- Garantizar el seguimiento clínico y comunitario de los pacientes tratados ambulatoriamente, mediante visitas domiciliarias o controles periódicos, para monitorear la evolución y asegurar la adherencia al tratamiento.
- Brindar consejería a las familias y cuidadores, reforzando la importancia de completar el tratamiento indicado, mantener las medidas de aislamiento y vigilar síntomas en convivientes o contactos cercanos.

VII.5.E. CONTROL DE CONTACTOS

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

- Identificar y registrar sistemáticamente los contactos cercanos de casos sospechosos o confirmados priorizando convivientes y cuidadores de lactantes, embarazadas, personal de salud y personas con esquema incompleto de vacunación.
- Indicar quimioprofilaxis antibiótica y revisar esquemas de vacunación de los contactos domiciliarios y comunitarios según las recomendaciones vigentes.
- Coordinar acciones intersectoriales y comunitarias para la búsqueda activa de contactos en ámbitos educativos, laborales o recreativos, cuando exista riesgo de diseminación en grupos cerrados.

VII.5.F. SENSIBILIZACIÓN DE LA COMUNIDAD

Resulta prioritario generar espacios de educación sanitaria para lograr la sensibilización y la comunicación efectiva con la comunidad y así fortalecer la prevención y el control de coqueluche. En el primer nivel de atención, los equipos de salud desempeñan un rol clave en la generación de confianza, en la difusión de información basada en evidencia y en la promoción de conductas protectoras frente a síntomas respiratorios. La comunicación de riesgo oportuna, empática y adaptada al territorio permite contrarrestar la percepción de banalidad del síntoma, fomentar la consulta temprana y sostener altas coberturas de vacunación, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad.

- Brindar información clara y accesible a las familias y comunidades sobre la importancia de la vacunación, las medidas de higiene respiratoria, personal y ambiental, y la necesidad de consultar tempranamente ante tos persistente o síntomas compatibles con coqueluche.
- Desarrollar campañas de comunicación de riesgo localizadas, coordinadas por los equipos del primer nivel de atención bajo mensajes simples y directos, utilizando espacios comunitarios, redes sociales locales, radios barriales y centros educativos.
- Promover la participación activa de actores comunitarios (por ejemplo, escuelas, líderes territoriales, medios locales, organizaciones sociales y religiosas) para amplificar los mensajes

preventivos y difundir información confiable sobre la enfermedad y los servicios de salud disponibles.

- Aprovechar las instancias de contacto habitual con la comunidad como los controles de salud, la vacunación, las actividades territoriales de salud para incluir mensajes breves de prevención y detección temprana.

VII.5.G. MEDIDAS PREVENTIVAS

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

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

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

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

VII.5.H. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Medidas ante un caso sospechoso:

- Todos los casos sospechosos de coqueluche identificados que se encuentren sintomáticos deben aislarse al momento de la consulta bajo medidas de aislamiento de gota (colocar un barbijo quirúrgico al paciente en la medida de ser posible hasta realizar el aislamiento efectivo).
- Deben tomarse muestras para el diagnóstico etiológico (aspirado o hisopado nasofaríngeo para pruebas moleculares y cultivo, y suero para mayores de 12 años con más de 14 días de tos y que no hayan sido vacunados en el último año).
- Iniciar tratamiento antibiótico específico. Los macrólidos acortan el período de transmisibilidad y pueden modificar la evolución clínica si se los administra durante el período de incubación o en los comienzos de la fase catarral de la enfermedad, pero no aplacan los síntomas cuando se administran durante la fase paroxística.
- En caso de permanecer internados, el aislamiento se debe mantener hasta completar 5 días de terapia antibiótica con macrólidos (todas las dosis correspondientes a 5 días) o hasta 21 días desde el diagnóstico si la terapia antimicrobiana no fue realizada con macrólidos.
- En caso de manejo ambulatorio, los casos sospechosos deben aislarse de los lugares habituales donde desarrollan sus actividades hasta completados los 5 días de terapia antibiótica con macrólidos (todas las dosis correspondientes a 5 días) o hasta los 21 días desde el diagnóstico si la terapia antimicrobiana no fue realizada con macrólidos. Se debe indicar mantener hábitos de higiene respiratoria de acuerdo a la edad del caso durante ese tiempo: desechar materiales descartables que puedan tener secreciones

respiratorias en el cesto de basura y limpiar los ambientes con frecuencia; cubrirse la nariz y la boca con un pañuelo desechable al toser o estornudar y desecharlos rápidamente en el cesto de la basura; cubrirse la tos o los estornudos con la parte superior del brazo o el codo si no tiene un pañuelo desechable; lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón por al menos 20 segundos; usar un desinfectante de manos a base de alcohol si no se dispone de agua y jabón. En caso de trasladarse en ámbitos públicos, utilizar barbijo quirúrgico en la medida de lo posible.

- Las precauciones de aislamiento se tomarán ante la sospecha del caso, sin aguardar a la confirmación, para evitar exponer inadvertidamente a otros pacientes.
- Tener en cuenta la existencia de un sistema de ventilación ambiental, ya sea natural o artificial (se necesitan al menos 2,5 recambios de aire por hora para cambiar el 90 % del aire en una habitación).³⁴

Definición de Contacto estrecho:

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

Contacto de alto riesgo de enfermedad severa:

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

Medidas ante un contacto:

- Ante contactos sintomáticos, deben tomarse muestras para el diagnóstico etiológico (aspirado o hisopado nasofaríngeo para pruebas moleculares y cultivo, y suero para mayores de 12 años con más de 14 días de tos y que no hayan sido vacunados en el último año).
- Aislar de escuelas, guarderías o jardines a los contactos estrechos del caso que tengan menos de 7 años con inmunización incompleta, hasta que hayan cumplido 5 días de tratamiento antibiótico quimioproláctico efectivo.
- Inmunización
 - o Los contactos estrechos menores de 7 años, a los que se les hubiera aplicado por lo menos 4 dosis de vacuna con componente pertussis, deben recibir una dosis de refuerzo de DTP, a menos que hubieran recibido una dosis en los últimos 3 años.
 - o Los contactos estrechos menores de 7 años que no estuvieran vacunados o que hubieran recibido menos de 4 dosis de vacuna con componente pertussis deben recuperar esquemas. A los niños que recibieron su tercera dosis 6 o más meses

³⁴ Para más información: <https://vihda.gov.ar/documentos/buenas-practicas-y-directrices/IF-2023-134428010-APN-DMCYSP-MS.pdf>

antes de la exposición se les debe aplicar la cuarta dosis en ese momento (quíntuple o DTP, según corresponda).

- o Los contactos estrechos mayores de 7 años con esquemas incompletos de vacunación deben recibir una dosis de vacuna dTpa. Asimismo, debe verificarse que los niños de 11 años ya hayan recibido la dosis del calendario correspondiente a su edad.
- En situaciones en que esté o puede estar expuesto al riesgo un lactante o un niño de corta edad no inmunizado, conviene identificar los casos tempranos o inadvertidos y atípicos.
- En los contactos institucionales deberá hacerse control estricto de ausentismo para detectar posibles casos sospechosos.
- La quimioprofilaxis con macrólidos está indicada en todos los contactos estrechos, especialmente los de alto riesgo, ante la sospecha independientemente del antecedente de vacunación. Los macrólidos (eritromicina, claritromicina o azitromicina) acortan el período de transmisibilidad, pero no aplacan los síntomas, excepto cuando se administran durante el período de incubación o en los comienzos de la fase catarral de la enfermedad.

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

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

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

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

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

VII.6. Consideraciones sobre el diagnóstico

El diagnóstico de Coqueluche se basa en la **sospecha oportuna** de la enfermedad y la utilización

de las **pruebas de laboratorio adecuadas**. Para el diagnóstico de laboratorio puede realizarse cultivo, PCR y/o serología. La prueba serológica internacionalmente aceptada es la detección de IgG anti toxina pertussis mediante ELISA validado contra el “Standard de Referencia de la OMS (06/140)”³⁵. Para el cultivo y la PCR la muestra apropiada es el aspirado nasofaríngeo o el hisopado nasofaríngeo recolectado con hisopo de dacrón, nylon o rayon.

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

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

Puntos críticos en el diagnóstico de Coqueluche

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

Para las pruebas de **PCR**, existen diversos blancos de amplificación descritos en la literatura para *B. pertussis*, *B. parapertussis* y *B. holmesii*. El LNR recomienda utilizar para la detección y confirmación de *B. pertussis* los blancos de amplificación: IS481 + promotor del gen de la toxina pertussis (*ptxP*). Se desaconseja totalmente emplear una sola prueba. La utilización exclusiva de la secuencia de inserción IS481 no resulta una prueba específica dado que también está presente en *B. holmesii* y algunas *B. bronchiseptica*³⁶. Por otro lado, *ptxP* es de copia única, a diferencia de la secuencia de inserción IS481 que posee entre 50 y 238 copias en el genoma completo de *B. pertussis*³⁷, por lo tanto la PCR que usa como blanco de amplificación al promotor del gen de la toxina pertussis resulta de menor sensibilidad que la antes mencionada.

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

³⁵ Guiso N, Berbers G, Fry NK, He Q, Riffelmann M, Wirsing von König CH; EU Pertstrain group. What to do and what not to do in serological diagnosis of pertussis: recommendations from EU reference laboratories. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2011 Mar;30(3):307-12. doi: 10.1007/s10096-010-1104-y. Epub 2010 Nov 11. PMID: 21069406; PMCID: PMC3034915.

³⁶ Reischl U, Lehn N, Sanden GN, Loeffelholz MJ. Real-time PCR assay targeting IS481 of *Bordetella pertussis* and molecular basis for detecting *Bordetella holmesii*. J Clin Microbiol. 2001;39(5):1963-6. pmid:11326023

³⁷ Loeffelholz M. Towards improved accuracy of *Bordetella pertussis* nucleic acid amplification tests. J Clin Microbiol. 2012;50(7):2186-2190. doi:10.1128/JCM.00612-12; Parkhill J., et al. 2003. Comparative analysis of the genome sequences of *Bordetella pertussis*, *Bordetella parapertussis* and *Bordetella bronchiseptica*. Nat. Genet. 35:32-40

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

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

VII.7. Nota Metodológica

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

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

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

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

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

Ficha de notificación:

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

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

VIII. Fiebres Manchadas por Rickettsias - Informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

Las enfermedades transmitidas por vectores representan el 17% de las enfermedades infecciosas a nivel mundial. Las garrapatas constituyen el vector más importante en la transmisión de patógenos a la población humana luego de los mosquitos ³⁸.

Las Fiebres Manchadas (FM) son un grupo de zoonosis emergentes causadas por especies de la bacteria del género *Rickettsia* del grupo de las fiebres manchadas (GFM), transmitidas al ser humano por garrapatas duras de la familia *Ixodidae* y cuya severidad varía desde formas benignas y autolimitadas a infecciones fulminantes de elevada mortalidad. Se trata de un problema de salud pública de alcance global, cuya incidencia está directamente relacionada con la distribución de las garrapatas vectores, de los posibles hospedadores amplificadores y de la afinidad de cada especie de garrapata por parasitar al ser humano junto con la frecuencia con la que este entra en contacto con el hábitat del artrópodo. La distribución geográfica de estas garrapatas está determinada, en parte, por elementos bióticos, como la vegetación y presencia de hospedadores, y abióticos, como la temperatura y la humedad relativa, entre otros. Por último, la aparición de la enfermedad también depende de la susceptibilidad de cada persona. En las últimas décadas, las FM han despertado gran interés en algunos países de Sudamérica por su carácter re-emergente y por la presentación de casos fatales y de brotes de alta letalidad, mientras que, en otros como Estados Unidos, han permanecido como enfermedades endémicas de presentación estacional, asociadas a la aparición de sus vectores o condicionadas por cambios ecológicos. Algunos países de la región han informado en estudios epidemiológicos y boletines oficiales la existencia de un sub-diagnóstico significativo de la FM, atribuido a múltiples factores que contribuyen a su alta letalidad, entre ellos las similitudes clínicas con otras enfermedades febriles agudas como dengue o leptospirosis, la dificultad en los métodos diagnósticos disponibles en entornos de bajos recursos, y la ausencia de tratamiento oportuno. ^{39, 40}

En Argentina se identifican distintos escenarios ecoepidemiológicos. Uno comprende el noroeste del país en las provincias de Salta y Jujuy (regiones biogeográficas de las Yungas y Chaco); involucra a *Rickettsia rickettsii*, la especie más virulenta del grupo donde la enfermedad se presenta en medios rurales. Fue la primera FM descrita en nuestro país, a finales del siglo XX. Los vectores son *Amblyomma sculptum* y *Amblyomma tonelliae*, especies del Complejo

³⁸ World Health Organization. (2024). Vector-borne diseases (Fact sheet). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases>.

³⁹ Eto, P. M. O., Silva, G. L. S., Ramos, S. S. T., Mendes, V. J., & Martins, E. B. (2025). Febre Maculosa Brasileira: análise de óbitos em 10 anos no Brasil (2014 a 2023). Brazilian Journal of Health Review, 8(4), e81181. <https://doi.org/10.34119/bjhrv8n4-125>

⁴⁰ Álvarez-López, D. I., Ochoa-Mora, E., Nichols Heitman, K., Binder, A. M., Álvarez-Hernández, G., & Armstrong, P. A. (2021). Epidemiology and Clinical Features of Rocky Mountain Spotted Fever from Enhanced Surveillance, Sonora, Mexico: 2015-2018. The American journal of tropical medicine and hygiene, 104(1), 190-197 <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0854>

Amblyomma cajennense. Por lo tanto, toda el área del norte de nuestro país donde se encuentren distribuidas estas garrapatas, debe considerarse como zona de riesgo epidemiológico. Un segundo escenario presenta a *Rickettsia parkeri* sensu stricto como agente etiológico de una FM de curso benigno. Fue descrita por primera vez en nuestro país en un paciente procedente de la región del Delta del Río Paraná y luego a lo largo de la zona costera de la provincia de Buenos Aires (Bahía de Samborombón) donde *Amblyomma triste* actúa como vector. Posteriormente nuevos casos fueron identificados por fuera del área de distribución de *A. triste*, en la región serrana de las provincias de Córdoba y La Rioja, San Luis, La Pampa y San Juan, donde se demostró la existencia de un segundo vector, *A. tigrinum*, especie de amplia distribución en nuestro país, dada su flexibilidad para adaptarse a distintos ecosistemas. En áreas urbanas, como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires y Mendoza, se ha detectado *R. massiliae* en *Rhipicephalus sanguineus* sensu stricto, garrapata común del perro. El primer caso humano por *R. massiliae* en América fue reportado en 2013 en una residente de la Ciudad de Buenos Aires. Finalmente, cabe señalar la detección reciente de la especie *Rickettsia parkeri* cepa Atlantic rainforest en garrapatas *Amblyomma ovale* en la provincia de Misiones y *Amblyomma dubitatum* del norte de la provincia de Santa Fe. Las zonas de transmisión activa son dinámicas, y no se descarta la aparición de nuevos casos en otras regiones del país con presencia conocida de vectores.⁴¹

La FM por *R. rickettsii* se presenta como un síndrome febril agudo exantemático que cursa con manifestaciones hemorrágicas cutáneo mucosas y con afectación sistémica de carácter grave. En gran parte de los casos, sin un tratamiento adecuado y precoz, el paciente puede desarrollar falla multi-orgánica, coagulación intravascular diseminada y shock que pueden producir la muerte. Sin tratamiento, la tasa de mortalidad puede superar el 40%, pero se reduce hasta el 5% con una terapia antibiótica efectiva y oportuna ⁴². La FM producida por *R. parkeri* se caracteriza por un cuadro clínico febril agudo asociado a manifestaciones inespecíficas, como astenia, mialgias, artralgias y cefalea. En algunos casos, se observa exantema generalizado maculopapular o vesículo-papular y, en más del 90% de los casos, se comprueba la presencia de escara de inoculación única o múltiple en el sitio de la picadura de la garrapata; esta se presenta como una lesión costrosa-necrótica, sin signos de flogosis y no dolorosa, que puede estar acompañada de linfadenopatía regional. Contrariamente al cuadro clínico causado por *R. rickettsii*, la evolución de esta última patología suele ser benigna y autolimitada, con bajas tasas de hospitalización o complicaciones.

Este informe destaca la necesidad de mantener y fortalecer la vigilancia epidemiológica de las FM, promoviendo la sospecha clínica temprana, el acceso al diagnóstico etiológico y la implementación de medidas de prevención adaptadas a los diferentes escenarios ecoepidemiológicos del país. Garantizar el acceso equitativo y continuo a estas herramientas resulta clave para prevenir nuevas infecciones y reducir la morbimortalidad asociada.

⁴¹ Santiago Nava, Gabriel Cicuttin. Garrapatas y zoonosis bacterianas asociadas en Argentina. MEDICINA (Buenos Aires) 2025; 85: 1093-1107

⁴² McCollough M. RMSF and Serious Tick-Borne Illnesses (Lyme, Ehrlichiosis, Babesiosis and Tick Paralysis). Life-Threatening Rashes. 2018 :215-40. doi: 10.1007/978-3-319-75623-3_16

VIII.2. Situación de las Fiebres Manchadas por Rickettsias en Argentina

VIII.2.A. EL VECTOR: DISTRIBUCIÓN DE LAS DIFERENTES ESPECIES EN EL PAÍS.

En la República Argentina han sido determinadas 56 especies de garrapatas, 45 pertenecientes a la familia Ixodidae (garrapatas duras, géneros *Amblyomma*, *Ixodes*, *Rhipicephalus*, *Haemaphysalis*, *Dermacentor*) y 11 a la familia Argasidae (garrapatas blandas, géneros *Ornithodoros*, *Argas*, *Otobius*). De acuerdo con la evidencia disponible a la fecha, las garrapatas involucradas en la transmisión de rickettsias con patogenicidad comprobada para los seres humanos pertenecen al género *Amblyomma* y al complejo *Rhipicephalus sanguineus*. La relevancia epidemiológica de estas especies está dada no solo por contener especímenes infectados naturalmente con rickettsias patógenas, sino también por poseer competencia y capacidad vectorial para transmitirlos. Estas tres características son condiciones imprescindibles para que una garrapata se constituya en un vector efectivo de un microorganismo patógeno.

Rickettsia rickettsii

Los principales vectores de *R. rickettsii* en Sudamérica son especies del complejo *A. cajennense*, que en Argentina están representadas por *Amblyomma sculptum* y *Amblyomma tonelliae*. Estas dos especies parasitan en sus estadios inmaduros y adultos a un amplio rango de hospedadores, principalmente mamíferos de tamaño mediano y grande, que incluyen especies de animales domésticos y silvestres, siendo la infestación en humanos un evento muy usual.

Amblyomma tonelliae está asociada a zonas semiáridas de la provincia fitogeográfica Chaqueña en las provincias de Salta, Jujuy, Santiago del Estero, Chaco y Formosa. La distribución de *A. sculptum* abarca Salta, Jujuy, Chaco, Formosa, extremo norte de Santa Fe y margen oeste de Corrientes, en áreas de las provincias fitogeográficas del Chaco y de las Yungas. Ambas especies son simpátricas en algunas áreas del norte argentino en Salta, Jujuy y Chaco.

En Brasil también se ha involucrado como vector de *R. rickettsii* la especie *Amblyomma aureolatum*. Esta garrapata ha sido hallada en Argentina en ambientes cercanos a cuerpos de agua en las provincias de Buenos Aires, Chaco, Entre Ríos, Misiones, Santa Fe y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Los adultos de *A. aureolatum* se alimentan principalmente de carnívoros silvestres y domésticos, mientras que las aves paseriformes son los principales hospedadores para larvas y ninfas. Los casos de picaduras en humanos por *A. aureolatum* son esporádicos. A la fecha no hay registros de infección de *A. aureolatum* con *R. rickettsii* en Argentina.

Rickettsia parkeri sensu stricto

Amblyomma triste y *Amblyomma tigrinum* son los vectores de *R. parkeri* s.s. en Argentina. La distribución de *A. tigrinum* es sumamente amplia (Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Chubut, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán), abarcando áreas con diferentes condiciones ecológicas; por otro lado, *A. triste* está asociada a zonas de humedales y márgenes de ríos y arroyos, reportándose en Formosa, Corrientes, Entre Ríos, Santa Fe, Buenos Aires, y CABA.

Los adultos de *A. tigrinum* parasitan carnívoros domésticos y silvestres (Canidae), mientras que larvas y ninfas se encuentran en roedores de las familias Cricetidae y Caviidae, y en aves passeriformes. Los adultos de *A. triste* parasitan mamíferos de mayor tamaño como el ciervo de los pantanos *Blastocerus dichotomus*, carpinchos (*Hydrochoerus hydrochaeris*), bovinos, perros, entre otros; en tanto los estadios inmaduros se alimentan sobre roedores de las familias Cricetidae y Caviidae. Los estadios adultos de ambas garrapatas son agresivos con los seres humanos, especialmente en el caso de *A. triste*.

Rickettsia parkeri cepa Atlantic Rainforest

Amblyomma ovale está sindicada como vector de *R. parkeri* cepa Atlantic Rainforest en Brasil. En Argentina, *A. ovale* se ha reportado en las provincias de Chaco, Corrientes, Entre Ríos, Santa Fe, Formosa, Jujuy, La Rioja, Mendoza, Misiones y Salta. Los estadios inmaduros parasitan roedores, didélfidos, carnívoros y aves, mientras que los adultos se alimentan sobre carnívoros, pudiendo también parasitar al ser humano.

Rickettsia massiliae

Rhipicephalus sanguineus sensu stricto, la garrapata común del perro, es el vector de *R. massiliae* a nivel mundial. Esta especie forma parte del complejo *Rhipicephalus sanguineus*, que contiene garrapatas principalmente parasitas de perros y fuertemente adaptadas a ambientes urbanos. En Argentina se encuentra prácticamente en todo el país de norte a sur. Pueden ocurrir casos de parasitismos en humanos por *R. sanguineus* s.s., especialmente en ambientes intradomiciliarios con alta infestación.

VIII.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL Y ANTECEDENTES DE LAS FIEBRES MANCHADAS POR RICKETTSIAS EN ARGENTINA

Nota metodológica

El siguiente informe se realizó con datos provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}), notificados en el evento Rickettsiosis. Se analizaron las notificaciones realizadas en dicho evento entre la semana epidemiológica 18/2018 y la 30/2025. Para su localización temporal, los casos se ordenaron por la mínima fecha registrada en el sistema (la fecha más cercana al comienzo de la enfermedad), seleccionando como fecha del caso la consignada en el mismo según el siguiente orden de prioridad y en función de la disponibilidad del dato: fecha de inicio de síntomas (FIS), o; fecha de consulta, o; fecha de toma de muestra, o; fecha de apertura/registro del caso en el SNVS^{2.0}.

Se excluyeron del análisis los casos cuya clasificación era “Invalidados por Epidemiológica” (n=35).

Para este informe se consideraron como **casos de Fiebre Manchada por Rickettsias** a los que cumplieron con al menos uno de los siguientes criterios en el SNVS^{2.0}:

- Detección molecular de *Rickettsia* por PCR en biopsia de tejido cutáneo.
- Aumento de 4 veces el título de IgG por IFI en muestras de suero pareadas.

- Cuantificación títulos de anticuerpos IgG específicos en un solo suero mayor o igual al valor de corte⁴³.
- Clasificación de caso como Caso Confirmado en el SNVS^{2.0}.

Para el análisis de casos por sitio de sospecha de la enfermedad se creó la variable *Sitio de sospecha*, que consideró en orden de prioridad y en función de la disponibilidad del dato, al lugar donde ocurrió la consulta, el establecimiento donde se tomó la muestra y, en último caso, el establecimiento que notificó el caso.

Los datos de vigilancia pueden estar sujetos a modificación de acuerdo con integración de nueva información en el futuro por parte de los notificadores.

Notificaciones de casos sospechosos de Fiebre Manchada por Rickettsias según sitio donde se sospechó la enfermedad

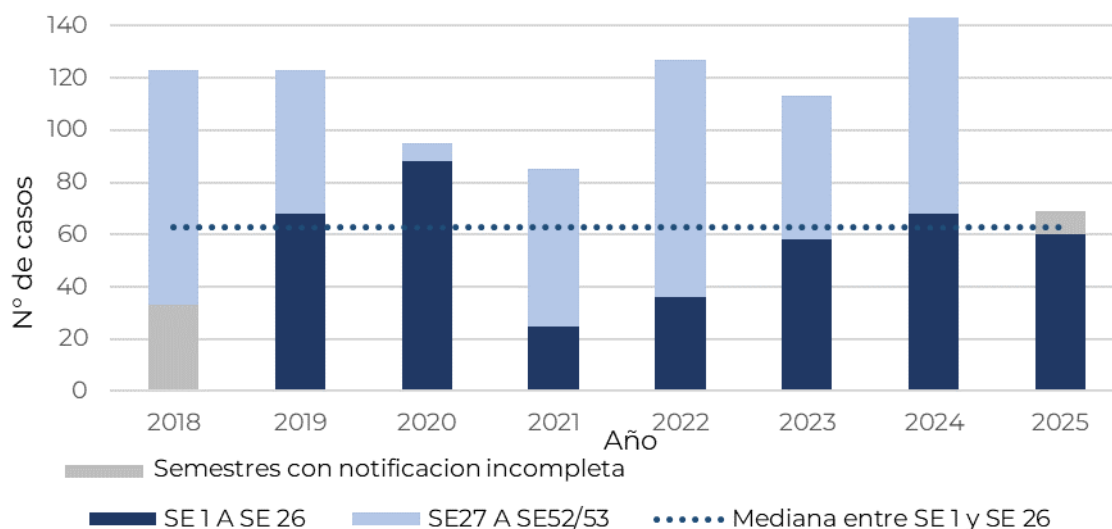
El primer indicador analizado en este informe es el relativo a la magnitud y distribución de la sospecha clínico-epidemiológica de Fiebre Manchada por Rickettsias en el país, considerando que las principales acciones para el control de la enfermedad son la identificación temprana y el tratamiento oportuno con antibioticoterapia.

Entre las SE18 de 2018 y la SE30 de 2025 se notificaron al SNVS^{2.0} 878 casos sospechosos, de los cuales 177 (20,2%) resultaron casos de Fiebre Manchada por Rickettsias confirmados. La mediana de casos sospechosos anuales fue de 118 con un máximo en 2024 de 143 y un mínimo en 2021 de 85 (registrándose en los dos primeros años de la pandemia por COVID-19 el menor número de sospechas de la enfermedad de la serie -con 95 y 85 casos sospechosos respectivamente).

En cuanto a la distribución de las sospechas por semestre puede observarse una heterogeneidad en los diferentes años, no obstante parte de la misma se debe a fenómenos relativos a la vigilancia y no a la estacionalidad de la enfermedad (por ejemplo, los datos de 2018 comienzan con las notificaciones producidas a partir de la SE18, semana en que se implementó el SNVS^{2.0}, y en 2020 los casos sospechosos se notificaron en las primeras semanas del año, mientras que la notificación fue inusualmente baja en el segundo semestre, cuando ya estaba en marcha la pandemia por COVID-19). En el primer semestre de 2025 se observa un número de casos sospechosos notificados muy similar a la mediana de casos observados para el mismo período entre 2019 y 2024 (mediana de casos semestrales =63).

⁴³El valor de corte serológico fue modificado de 1/128 a 1/160 en el año 2024 debido al cambio de equipo diagnóstico utilizado, conforme a las especificaciones técnicas establecidas por el fabricante. **Esta nota aclaratoria vale para todos los datos expuestos en este documento.**

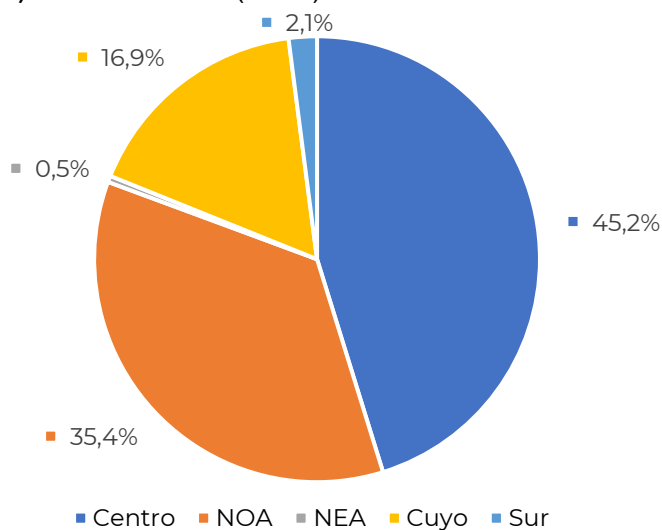
Gráfico 1. Casos sospechosos de Fiebre Manchada por *Rickettsias* notificados al SNVS^{2.0} por año según semestre. Argentina. Período SE 01/2018 a SE 30/2025⁴⁴ (N=878).



Fuente: Elaboración propia del INEI-ANLIS a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Al analizar los casos por sitio de sospecha se puede observar que el 97,5% de los casos sospechosos se concentraron en 3 regiones: Centro, NOA y Cuyo.

Gráfico 2. Distribución de los casos sospechosos de Fiebre Manchada por *Rickettsias*, según región. Argentina. Período SE 01/2018 a SE30 2025 (N=878).



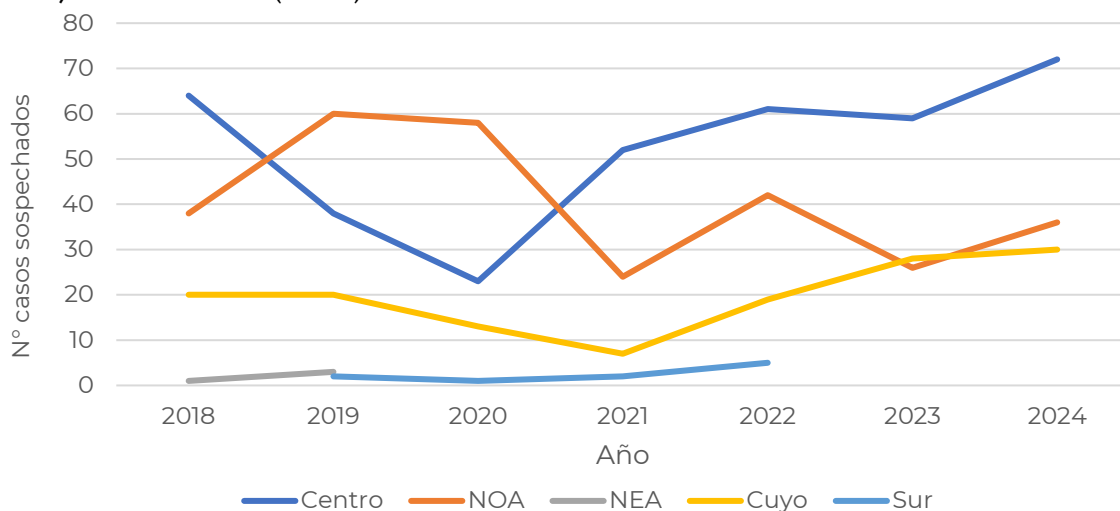
Fuente: Elaboración propia del INEI-ANLIS a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

En cuanto a las variaciones regionales por año puede observarse que mientras la región del NOA presenta una tendencia decreciente en el número de casos sospechosos y en su aporte relativo al total país desde 2019, la región Centro aumentó su participación relativa en los últimos años,

⁴⁴ Si bien el SNVS^{2.0} comenzó a implementarse a partir de la SE 18/2018, se notificaron algunos casos de manera retrospectiva. Sin embargo, esta ventana de semanas entre el inicio del año y la implementación del sistema debe contemplarse en la interpretación de los datos, ya que podría no tratarse del total de casos.

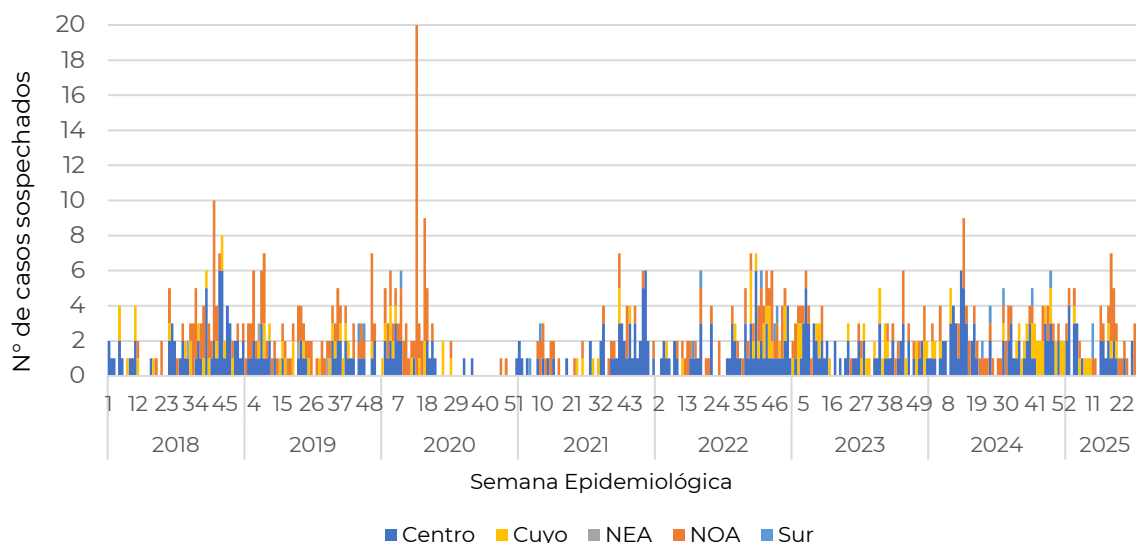
con una tendencia más estable en el número de casos absolutos (entre 50 y 70 en la mayoría de los años). En cuanto a los primeros años de la pandemia por COVID-19 no se observa un patrón general que afecte a todas las regiones de la misma manera; mientras que algunas han disminuido el número de casos en relación al resto de la serie (como Cuyo), otras mantienen para 2020 un nivel de casos similar al año previo, disminuyendo recién en 2021 (NOA) y otras muestran un descenso en la notificación de casos sospechosos en 2020 que se recupera para el año 2021 (Centro).

Gráfico 3. Casos sospechosos de Fiebre Manchada por *Rickettsias* por región y año. Argentina Período SE 01/2018 a SE52 2024 (N=809).



Fuente: Elaboración propia del INEI-ANLIS a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS ²⁰

En cuanto a la distribución de casos por semana epidemiológica puede observarse que, a nivel país, hubo casos notificados en el 81% de las semanas del periodo, con un promedio 3 y una mediana de 2 casos, con un máximo de 20 en la SE14 de 2020 (a expensas de la notificación de 19 casos por parte de un solo establecimiento en la región del NOA en esa semana). La región Centro presentó la mayor proporción de semanas con notificaciones de casos sospechosos respecto del resto de las regiones (220 semanas con casos notificados de las 394 del período - 56%).

Gráfico 4. Casos sospechosos de Fiebre Manchada por Rickettsias por semana epidemiológica según región de sospecha. Período SE 01/2018 a SE 30/2025² Argentina. (N=878).

Fuente: Elaboración propia del INEI-ANLIS a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS ^{2.0}

En cuanto a la distribución por jurisdicción y departamentos, se notificaron casos sospechosos de Fiebre Manchada por Rickettsias en 88 departamentos pertenecientes a 18 de las 24 jurisdicciones (Mapa 1). Las regiones en las que se verificó una mayor distribución de la sospecha fueron Cuyo y Centro, seguido por la región NOA. En el NEA solo se notificaron 4 casos en tres departamentos.

Tabla 1. Número de departamentos con sospechas de Fiebre Manchada por Rickettsias y proporción sobre el total de departamentos, por región. Argentina. Período SE 01/2018 a SE 30/2025² (n=88).

Región	Nº de departamentos con casos sospechados	Total departamentos	Proporción
Centro	52	212	25%
Cuyo	12	46	26%
NEA	3	76	4%
NOA	13	117	11%
Sur	8	77	10%
Total País	88	528	17%

Fuente: Elaboración propia del INEI-ANLIS a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS ^{2.0}

Mapa 1. Departamentos con sospechas de Fiebre Manchada por *Rickettsias*. Argentina. Período SE 01/2018 a SE 30/2025².



Fuente: Elaboración propia del INEI-ANLIS a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS ^{2.0}

Sobre la oportunidad de la notificación

Con respecto a la oportunidad en la notificación, entre los casos donde se contó con la fecha de consulta o con la fecha de toma de muestra (n=843) se calculó la distancia en días entre esta y la fecha de denuncia del caso en el SNVS^{2.0}, obteniendo una mediana de 5 días. Por otro lado, en los 429 casos que consignaron una fecha de toma de muestra posterior a una consulta clínica se analizó la oportunidad de la realización de estudios y se observó que 310 (72,26%) de éstos fueron estudiados dentro de las 48hs.

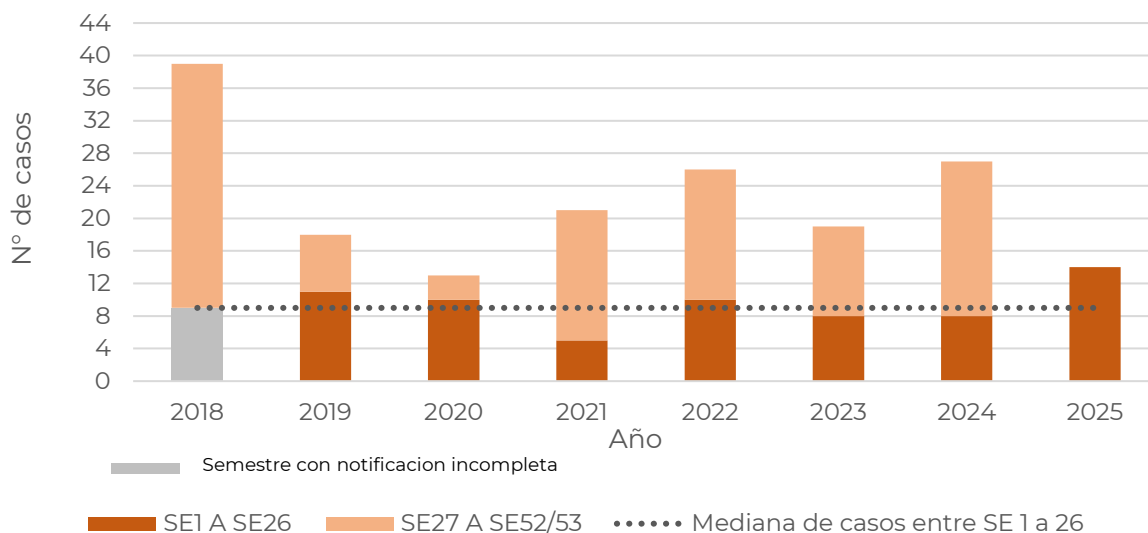
Es importante destacar que pueden darse casos de Fiebre Manchada por *Rickettsias* en cualquier lugar del país, dado que las áreas de riesgo son extensas y que, adicionalmente, pueden presentarse casos sospechosos con antecedentes de viaje a zonas de mayor riesgo. Por lo tanto, es esperable que se sospeche la enfermedad en todas las jurisdicciones. Este análisis permite observar que hay provincias con mayor sospecha y provincias con silencio epidemiológico respecto a esta problemática, lo que advierte sobre la necesidad de sensibilizar

al equipo de salud para sospechar la enfermedad e indicar el tratamiento adecuado. Si bien los mayores niveles de sospecha observados en las regiones del Centro, NOA y Cuyo son consistentes con la identificación de ciertos escenarios eco epidemiológicos, la posibilidad de aparición de casos en otras regiones del país vuelve pertinente reforzar la sospecha en todo el territorio.

Análisis de los casos de Fiebre Manchada por Rickettsias

Los casos de Fiebre Manchada por Rickettsias notificados al SNVS^{2.0} entre la semana epidemiológica 18/2018 y la 30/2025 ascienden, como se presentó en párrafos precedentes, a 177, con una mediana de 20 casos por año, un máximo de 39 en 2018 y un mínimo de 13 en 2020. No obstante, entre las SE1 y SE26 de 2025 ya se notificaron 14 -un número mayor a la mediana de casos registrada para el período en los 6 años previos⁴⁵.

Gráfico 5. Fiebre Manchada por Rickettsias: casos acumulados por año según semestre. Argentina. SE01/2018 a SE26/2025 (N=177)



Fuente: Elaboración propia del INEI-ANLIS a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}

Al comparar los casos notificados en el primer semestre del presente año 2025, con la mediana de los años previos (2019-2024), se observa un leve incremento en la notificación, los casos para el 2025 fueron 14 y en los años previos la mediana es 8.

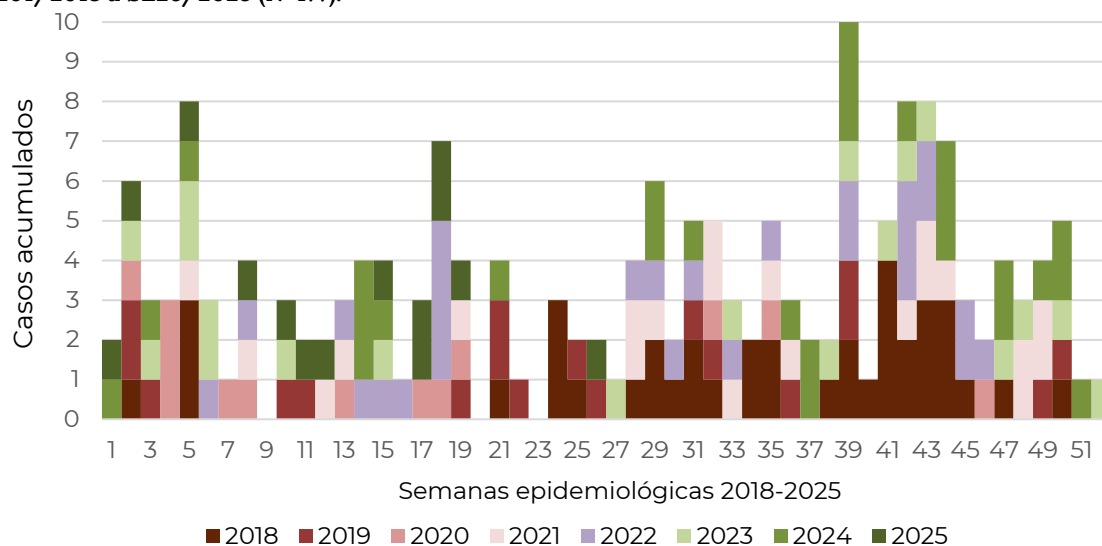
En cuanto a su frecuencia estacional puede observarse, en un análisis según cuatrisesmana epidemiológica, que si bien los casos son algo más frecuentes hacia las últimas cuatrisesmanas del año (que coincide con los meses de noviembre y diciembre) no puede visualizarse una marcada estacionalidad, detectándose casos en casi todo el año si se considera la agregación a nivel país.

⁴⁵ La comparación excluye el 2018, año en el cual comenzó la notificación con la implementación del sistema SNVS^{2.0} en la SE18.

Gráfico 6. Fiebre Manchada por Rickettsias: casos por cuatrisesmana epidemiológica. Argentina. SE01/2018 a SE26/2025 (N=177)

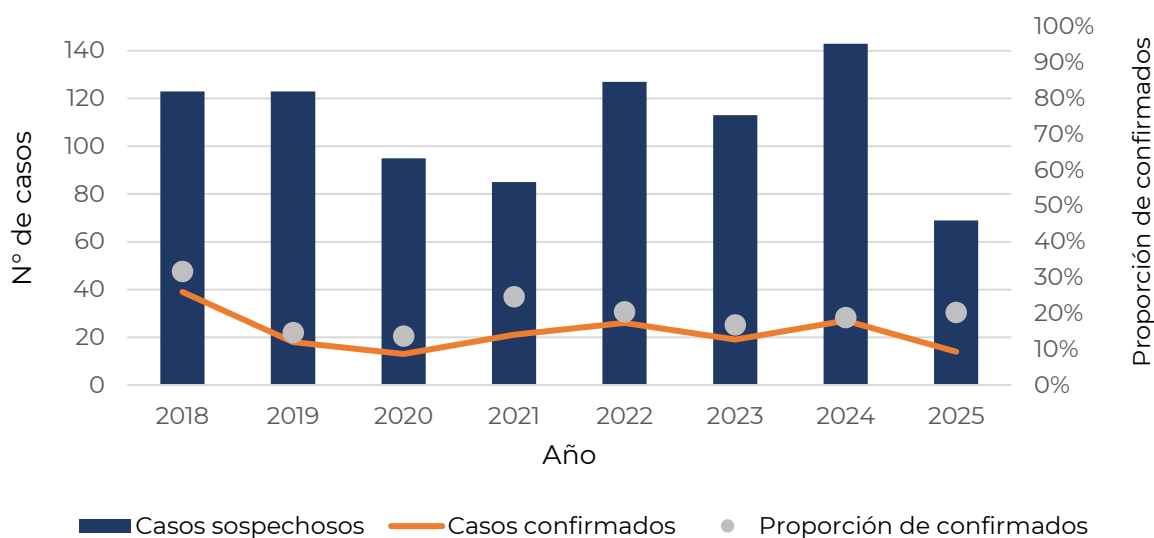
Fuente: Elaboración propia del INEI-ANLIS a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS ^{2.0}

Adicionalmente, si se analizan los casos según semana y año puede observarse que se notificó la mayor persistencia de casos entre las semanas 24 y 51 de 2018. Durante ese año se consignó el 22% de todos los casos del período (a pesar de que en este análisis no se encuentran representadas exhaustivamente las SE1 a SE18)

Gráfico 7. Fiebre Manchada por Rickettsias: casos por semana epidemiológica según año. Argentina. SE01/2018 a SE26/2025 (N=177).

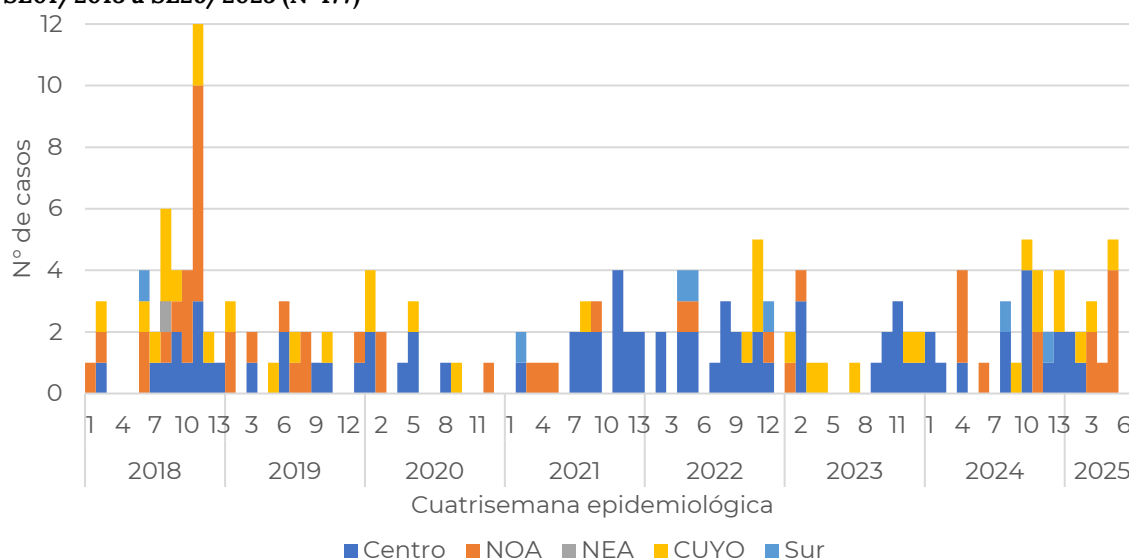
Fuente: Elaboración propia del INEI-ANLIS a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS ^{2.0}

Al relacionar la variación anual del número de sospechas con la magnitud de casos a lo largo del período no se observa una correlación estable entre el nivel de sospecha y la detección de casos de Fiebre Manchada por Rickettsias. Por ejemplo, el año 2019 mantuvo el mismo número de notificaciones que el año anterior, pero disminuyó en un 53,8% la cantidad de casos. El año 2018 superó en un 95% la mediana anual de casos de la serie y tuvo una proporción de confirmados de 32% -12 puntos arriba de la mediana anual- lo que sugiere su comportamiento epidémico.

Gráfico 8. Fiebre Manchada por Rickettsias: casos sospechosos y confirmados y proporción de confirmados por año. Argentina. SE01/2018 a SE30/2025² (N=878).

Fuente: Elaboración propia del INEI-ANLIS a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS ^{2.0}

El siguiente gráfico presenta los casos confirmados según cuatrisesmana y región.

Gráfico 9. Fiebre Manchada por Rickettsias: casos por cuatrisesmana epidemiológica y región. Argentina. SE01/2018 a SE26/2025 (N=177)

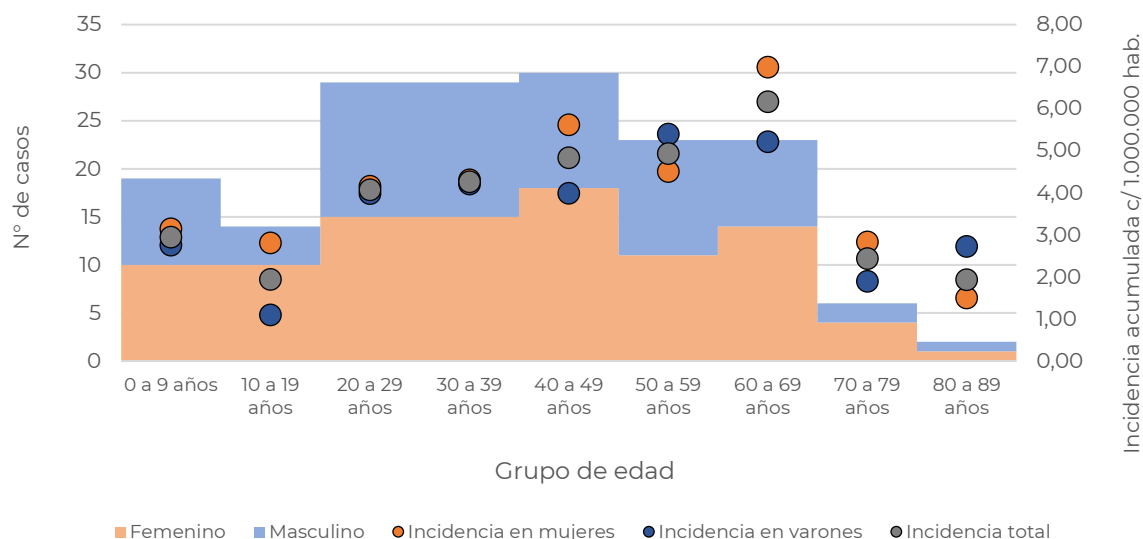
Fuente: Elaboración propia del INEI-ANLIS a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS ^{2.0}

Por otra parte, al desagregar los casos por región y cuatrisesmana (CS) se observa que la región Centro es la que aporta casos en la mayor cantidad de CS del período; le sigue la región del NOA que aportó casos fundamentalmente en 2018 –cuando fue la región con mayor aporte y donde notificó el mayor número de casos por cuatrisesmana del período, en la CS11- y aportó 7 de los 14 casos notificados en 2025; en tercer lugar, la región Cuyo aportó casos durante todos los años del periodo analizado; la región Sur aportó un bajo número de casos en los años 2021, 2022 y 2024 y en el NEA se registró un solo caso, en el año 2017.

Distribución por sexo y edad

El 56,50% de los casos de Fiebre Manchada por Rickettsias se notificó en pacientes de sexo femenino.

Gráfico 10. Casos e incidencia acumulada por cada 1.000.000 habitantes de Fiebre Manchada por Rickettsias según sexo y grupo etario decenal. Argentina. SE01/2018 a SE26/2025 (n=175).



Fuente: Elaboración propia del INEI-ANLIS a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS ²⁰

En cuanto a la distribución por grupo de edad⁴⁶ se destaca que, a pesar de ser un evento de baja frecuencia, en el periodo analizado se observaron casos de Fiebre Manchada por Rickettsias en todos los grupos. Si bien el 63% correspondió a población entre 20 y 59 años, los niños entre 0 y 9 años aportaron el 11% de los casos, los adolescentes aportaron el 8% y los mayores de 60 años el 18%. La mayor incidencia se dio en población entre 60 y 69 años y se dieron en general más casos en población femenina en casi todos los grupos de edad.

Distribución espacial

En cuanto a la distribución espacial, en todo el período de análisis, se observaron casos de Fiebre Manchada por Rickettsias en 15 jurisdicciones de las 5 regiones del país: Centro (Buenos Aires, CABA, Córdoba, Entre Ríos); Cuyo (San Luis, San Juan y Mendoza), NEA (Misiones), NOA (Tucumán, La Rioja, Salta y Jujuy) y en el Sur (Chubut, Río Negro y La Pampa). No obstante, el 80% de los casos se concentraron en 5 provincias: Buenos Aires, Córdoba, Jujuy, Mendoza y Salta.

⁴⁶ Ciento setenta y cinco de los 177 casos consignaron la edad al momento del diagnóstico y es el universo sobre el que se calcularon las frecuencias.

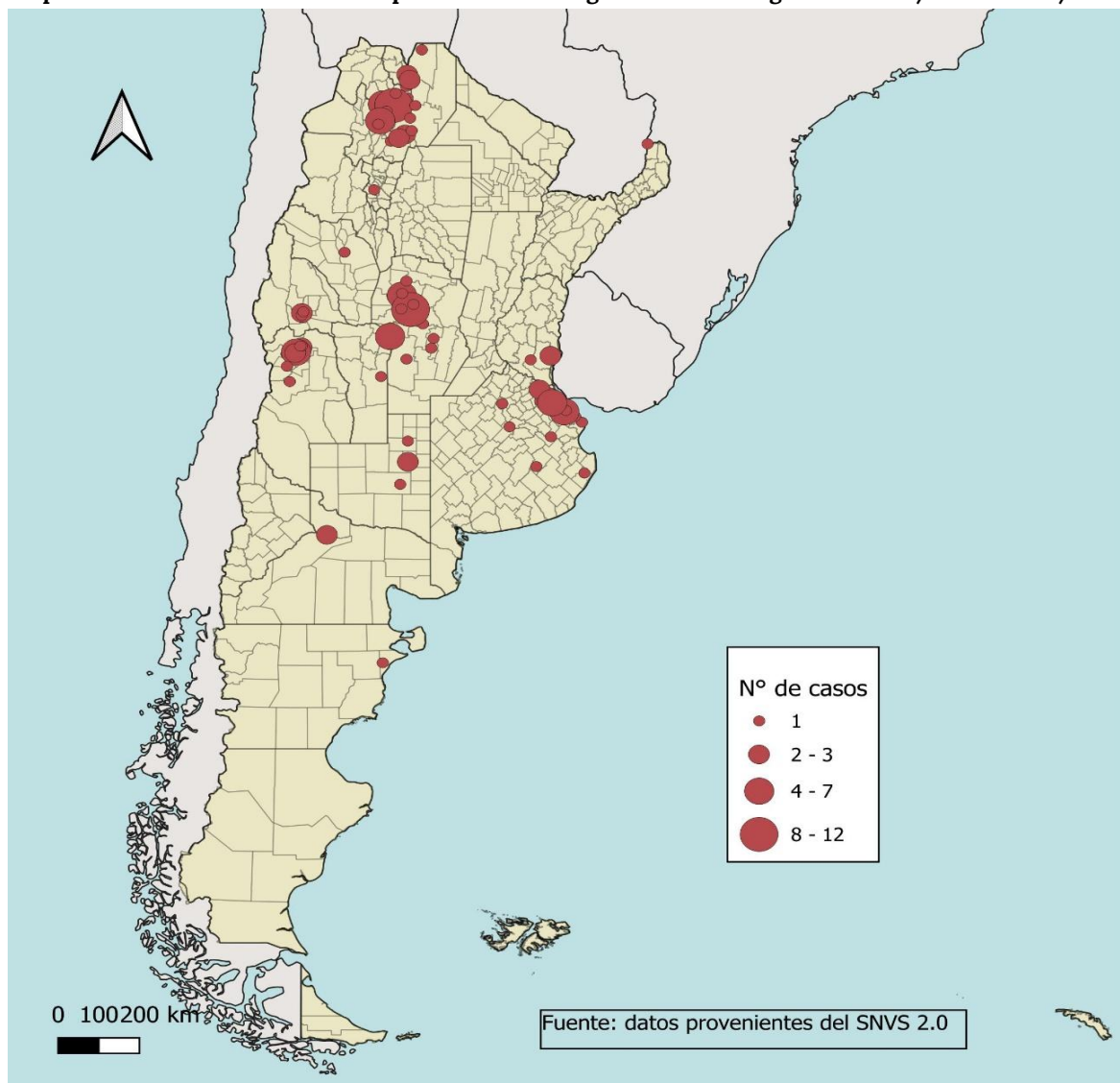
Tabla 2. Casos de Fiebre Manchada por Rickettsias por jurisdicción y año e incidencia acumulada cada 1.000.000 de habitantes, Argentina. SE 01/2018 a SE 26/2025² (N=177).

Jurisdicción	Casos	Incidencia c/1.000.000 hab
Buenos Aires	39	2,23
CABA	8	2,56
Córdoba	31	8,07
Entre Ríos	4	2,81
Santa Fe	0	0,00
Centro	82	2,78
Mendoza	24	11,74
San Juan	6	7,29
San Luis	8	14,76
Cuyo	38	11,15
Chaco	0	0
Corrientes	0	0
Formosa	0	0
Misiones	1	0,78
NEA	1	0,24
Catamarca	0	0,00
Jujuy	26	32,04
La Rioja	1	2,61
Salta	21	14,57
Santiago del Estero	0	0,00
Tucumán	1	0,58
NOA	49	8,36
Chubut	1	1,69
La Pampa	4	11,05
Neuquén	0	0,00
Río Negro	2	2,66
Santa Cruz	0	0,00
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	0	0,00
Sur	7	2,38
Total País	177	3,86

Fuente: Elaboración propia del INEI-ANLIS a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS ^{2,0}

La incidencia acumulada en el período para el total país fue de 3,86 casos por millón de habitantes y en el análisis por regiones puede observarse la mayor incidencia acumulada en la región de Cuyo, con 11,15; seguida de la región del NOA, con 8,36, y Centro con 2,78 casos por millón de habitantes. En cuanto la incidencia acumulada por jurisdicción, se observa que la provincia de Jujuy presenta el valor más elevado, con 32,04 por millón de habitantes (un riesgo 7 veces mayor que el registrado para el total de la población del país); seguida por San Luis y Salta, con 14,76 y 14,57 casos por millón de habitantes respectivamente.

A continuación, se presenta el mapa con los casos confirmados según localidad.

Mapa 2. Casos de Fiebre Manchada por *Rickettsias* según localidad. Argentina. SE01/2018 a SE26/2025.

Fuente: Elaboración propia del INEI-ANLIS a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS ^{2.0}

Caracterización de la gravedad

No se reportaron casos fallecidos durante el período analizado. De los casos de Fiebre Manchada por *Rickettsias* notificados en todo el país, 19 registraron la condición de internado, lo que representa un 10,7% del total. Se distribuyeron en casi todos los grupos etarios y en ningún caso se halló registro de comorbilidades. Los niños y adolescentes fueron los que registraron la mayor proporción de internaciones con 26% y 21% respectivamente.

Tabla 3. Número de casos internados y proporción sobre el total de casos por grupo etario*. Argentina. SE 01/2018 a SE 26/2025 (N=177).

Grupo de edad	N° casos Internados	% casos internados
0 a 9	5	26%
10 a 19	3	21%
20 a 29	3	10%
30 a 39	2	7%
40 a 49	4	13%
50 a 59	0	0%
60 a 69	1	4%
70 a 79	1	17%
80 a 89	0	0%
Total	19	10,73 %

*No todos los casos contaban con el dato de la edad al momento del diagnóstico, por lo que la suma de casos por grupo etario (175) difiere del total de casos (177).

Fuente: Elaboración propia del INEI-ANLIS a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS ^{2.0}

Por otro lado, en el análisis por regiones puede observarse que las regiones de NOA, Centro y Sur presentan un porcentaje de internados similar o un poco mayor al registro del total país, con 12%, 13% y 14%, respectivamente, mientras que la región Cuyo solo registró la condición de internado en un 3% de los casos notificados.

Tabla 4. Número de casos de Fiebre Manchada por Rickettsias internados y proporción sobre el total de casos por provincia y región. SE 01/2018 a SE 26/2025² (N=177).

Jurisdicción	N° de casos internados	Total de casos	% casos internados
Buenos Aires	5	39	13%
CABA	0	8	0%
Córdoba	4	31	13%
Entre Ríos	2	4	50%
Centro	11	82	13%
Mendoza	1	24	4%
San Juan	0	6	0%
San Luis	0	8	0%
Cuyo	1	38	3%
Misiones	0	1	0%
NEA	0	1	0%
Jujuy	3	26	12%
La Rioja	0	1	0%
Salta	3	21	14%
Tucumán	0	1	0%
NOA	6	49	12%
Chubut	0	1	0%
La Pampa	1	4	25%
Río Negro	0	2	0%
Sur	1	7	14%
Total	19	177	11%

Fuente: Elaboración propia del INEI-ANLIS a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS ^{2.0}

VIII.3. Conclusiones

La vigilancia de la FM por Rickettsias en Argentina muestra que, aunque el número de casos es relativamente bajo, el riesgo se extiende en gran parte del territorio y afecta a todos los grupos de edad. Asimismo, los casos a lo largo del período no mostraron una marcada estacionalidad, lo que indica la necesidad sostener la capacidad de sospecha durante todo el año.

La sospecha de la enfermedad se distribuye de manera heterogénea en el territorio, por lo cual es necesario sensibilizar a los equipos de salud para identificar síntomas compatibles y antecedentes epidemiológicos que les permitan sospechar la enfermedad de manera temprana para implementar un tratamiento oportuno.

Entre los casos detectados no se registraron óbitos, lo que muestra la eficacia del tratamiento oportuno en los casos sospechados. No obstante, la baja sospecha de rickettsiosis en síndromes febriles inespecíficos (SFAI) o exantemáticos (EFE) puede hacer que casos de la enfermedad resulten indetectables, lo cual puede subestimar la gravedad de la enfermedad y aumentar el riesgo para los afectados. La sensibilización del equipo de salud para pesquisar antecedentes epidemiológicos en casos de SFAI y EFE es clave para aumentar la sospecha clínica e implementar el tratamiento adecuado y, como muestra este reporte, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de casos en toda la población.

La información a la población para tomar conductas preventivas en áreas de riesgo, consultar tempranamente ante la presencia de síntomas y referir antecedentes de mordeduras de garrapatas o permanencia o visita a ambientes de riesgo es clave para prevenir casos graves y mortalidad por esta enfermedad.

VIII.4. Recomendaciones para el equipo de salud

VIII.4.A. DIAGNOSTICO

Recolección, conservación y transporte de muestras humanas.

La selección de las muestras depende de los signos y síntomas con los que se presente el paciente y del tiempo de evolución de la enfermedad. Los especímenes humanos más adecuados son: suero y biopsia cutánea de las pápulas, vesículas o escara de inoculación. En caso de afectación neurológica se debe tomar muestra de LCR. Si el paciente detecta la garrapata adherida es importante que esta también sea remitida al laboratorio al igual que si la misma es encontrada en alrededores. Las condiciones de transporte, conservación de las muestras y tipos de pruebas diagnósticas se resumen en la Tabla N°5.

Tabla 5. Recomendaciones para el diagnóstico de Fiebre Manchada, incluyendo tipo de muestra, conservación y transporte

Muestra	Medio de recolección	Tiempo y temperatura de transporte	Conservación	Prueba diagnóstica
Suero	Tubo de suero	< 24 h, 2-8°C	> 24 h, -20°C	IFI
Biopsia cutánea	Frasco estéril (Mínimo 25 mg)	> 24 h, -20°C > 24 h, hielo seco	> 24 h, -20°C Procesar de inmediato o congelar a -80°C	PCR-secuenciación-cultivo
LCR	Tubo estéril	< 24 h, 2-8°C > 24 h, -20°C	> 24 h, -20°C	PCR-secuenciación-cultivo
Contenido pápulas/máculas/escara de inoculación	Tubo estéril	< 24 h, 2-8°C > 24 h, -20°C	> 24 h, -20°C	PCR-secuenciación-cultivo
Garrapata	Tubo/Frasco	< 24 h, 2-8°C > 24 h, -20°C > 1 semana, etanol 70%/absoluto	> 24 h, -20°C > 24 h, -20°C > 1 semana, etanol 70% absoluto Procesar de inmediato o congelar a -80°C	PCR-secuenciación-cultivo

IFI: inmunofluorescencia indirecta. PCR: reacción de polimerasa en cadena.

Todas las muestras clínicas deben manejarse como potencialmente peligrosos. Antes de procesarse deben someterse a una inspección ocular para asegurarse que han sido bien seleccionadas, recolectadas y transportadas. En función del examen solicitado la muestra se procesará en un laboratorio con un nivel de bioseguridad 2 ó 3.

Diagnóstico serológico. Inmunofluorescencia indirecta.

La IFI es la técnica más utilizada para el diagnóstico de las Fiebre Manchada por Rickettsias. Se basa en la detección de anticuerpos (Ac) en el suero del paciente, puestos de manifiesto mediante una anti-globulina humana marcada con fluoresceína y que, en caso de una reacción positiva, permite la visualización de las rickettsias mediante el microscopio de fluorescencia. Debido a que la producción de Ac en un paciente con Fiebre Manchada por Rickettsias puede tardar varias semanas, se sugiere obtener suero en el momento agudo de la enfermedad y en la fase de convalecencia (al menos tras dos semanas). La IFI es usada para detectar las inmunoglobulinas IgM e IgG, tanto en fase aguda como en la convalecencia. Existen en el mercado varios equipos comerciales que usan antígenos de diferentes especies. Los más utilizados en nuestro país emplean *R. rickettsii* y *R. conorii* del GFM y *R. typhi* del grupo de las fiebres tíficas. Debido a la elevada homología antigénica interespecie dentro del GFM, las pruebas serológicas convencionales producen reacciones cruzadas que **no permiten la discriminación a nivel especie**. Por lo tanto los métodos serológicos solo confirman la presencia de una Fiebre Manchada por Rickettsias por especies del GFM sin identificación del agente causal específico. La caracterización de especie requiere métodos moleculares (PCR con secuenciación) o aislamiento en cultivo celular. La interpretación adecuada de los resultados diagnósticos debe integrar: datos clínicos completos, variables epidemiológicas relevantes, y el contexto temporal de la obtención de muestras en relación con el inicio de síntomas.

Cultivo

El cultivo celular es la técnica diagnóstica más específica y, como tal, se considera la prueba de referencia o estándar de oro. Además, resulta fundamental para la obtención de antígenos

autóctonos que permitan detectar, mediante reacciones serológicas, las especies prevalentes en nuestro país y también para establecer nuevas especies de *Rickettsia*. Sin embargo, el aislamiento de rickettsias mediante cultivo celular es un proceso muy laborioso y solamente realizado en laboratorios especializados. Las muestras deben manejarse como potencialmente peligrosas y se requiere un nivel 3 de bioseguridad. La muestra más adecuada para el cultivo de rickettsias es la sangre tratada con citrato o heparina (plasma y/o buffy coat o capa leucocitaria), pero también se pueden utilizar muestras de tejido (biopsias), otros líquidos estériles (LCR, etc.) o la propia garrapata. La muestra se debe recoger en tubos estériles (ej: Vacutainer) y mantenerla refrigerada el mismo día de la extracción y sin congelar. Si la muestra no se va a procesar de forma inmediata, se debe congelar a -80°C hasta su procesamiento. La rentabilidad del cultivo se ve disminuida si las muestras se han obtenido una vez comenzado el tratamiento antimicrobiano. En la actualidad, el cultivo se debe complementar con técnicas moleculares para determinar específicamente la especie de *Rickettsia* aislada. En los últimos años se está utilizando una adaptación del cultivo celular tradicional (centrifugación en shell-vial o cultivo celular rápido en tubo cerrado) que consiste en inocular la muestra sobre una monocapa de células susceptibles previamente crecidas sobre un portaobjetos circular y, posteriormente, realizar una centrifugación para facilitar que las rickettsias penetren en las células. Después de 5-7 días de incubación se puede detectar la presencia de la bacteria mediante tinción de Giménez. En la actualidad se considera el método de elección si se pretende aislar *Rickettsia* spp. Solo se realiza en laboratorios de referencia o investigación. Además, el principal problema es su baja sensibilidad por lo que se recomienda no realizar este procedimiento en el caso de muestras procedentes de pacientes que hayan comenzado un tratamiento antibiótico.

Diagnóstico molecular. Reacción en Cadena de la polimerasa (PCR) de punto final.

Los métodos moleculares basados en la PCR se han convertido en herramientas rápidas, sensibles y específicas para la detección e identificación de *Rickettsia* spp. en distintos tipos de muestras (sangre, biopsias cutáneas, LCR, exudados, raspado de escaras y garrapatas). Existen varios genes dianas que permiten identificar el género *Rickettsia* y sus diferentes especies. Una vez que se obtiene un resultado positivo se debe proceder a la secuenciación de dichos genes para lograr la identificación final. La muestra más adecuada para el cultivo de rickettsias son muestras de tejido (biopsias), otros líquidos estériles (LCR, etc.) o la propia garrapata.

VIII.5. Vigilancia de Fiebre Manchada por Rickettsias

VIII.5.A. MODALIDAD DE VIGILANCIA

Los casos de Fiebre Manchada por Rickettsias constituyen eventos de notificación obligatoria en el marco de la ley 15.465 y la resolución 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación que actualiza las normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria. La modalidad de vigilancia de esta enfermedad es nominal, universal e inmediata ante la sospecha, incluyendo los componentes clínico, epidemiológico y de laboratorio.

Red Nacional para el Diagnóstico y la Vigilancia de Fiebre Manchada por Rickettsias y otras zoonosis bacterianas transmitidas por garrapatas

La Red Nacional para el Diagnóstico y la Vigilancia de Fiebre Manchada por Rickettsias y Otras Zoonosis Bacterianas Transmitidas por Garrapatas está integrada por la Red Nacional de Laboratorios de Fiebre Manchada por Rickettsias, Establecimientos Especializados con

capacidad diagnóstica, Laboratorios Colaboradores de Referencia en Estudios Eco-epidemiológicos y un grupo asesor de Expertos Clínicos, que tienen por objetivo brindar un abordaje integral para la vigilancia, prevención y control.

Composición

Laboratorio Nacional de Referencia, Servicio de Bacteriología Especial del Departamento de Bacteriología del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"), coordinador de la Red Nacional de Laboratorios de Fiebre Manchada por Rickettsias. Son sus funciones:

- Confirmación diagnóstica de casos sospechosos
- Estandarización de metodologías diagnósticas
- Control de calidad para los laboratorios de la red
- Capacitación técnica del personal de los nodos provinciales y locales:

Nodos de Referencia Especializados, con capacidad diagnóstica

- INEVH-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán". Pergamino, Buenos Aires
- Hospital Señor del Milagro. Salta
- Hospital "Francisco Muñiz". CABA

Nodos Provinciales y locales de referencia. Los mismos se encuentran distribuidos estratégicamente en diferentes provincias del país para garantizar la vigilancia epidemiológica territorial:

- Hospital San Roque. Jujuy
- Departamento de Zoonosis Dirección de Jurisdicción de Epidemiología. Córdoba
- Laboratorio de Salud Pública "Dr. Dalmiro Pérez Laborda" Dirección Epidemiología y Bioestadística. San Luis.
- Centro de Medicina Preventiva "Dr. Emilio Coni", Mendoza
- Secretaría de Salud, Dir. de Epidemiología. Hospital Municipal Dr. Carlos Macías. Mar de Ajó, Buenos Aires

Laboratorios Colaboradores de Referencia en Estudios Eco-epidemiológicos

- Instituto de Investigación de la Cadena Láctea (IDICAL, INTA-CONICET), Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria, Estación Experimental Agropecuaria Rafaela (INTA E.E.A. Rafaela). Rafaela, Santa Fe.
- Instituto de Zoonosis Luis Pasteur. CABA.

Grupo asesor de expertos

La red cuenta con un grupo asesor multidisciplinario conformado por especialistas en infectología, microbiología y epidemiología que brindan soporte técnico-científico, pertenecientes al Hospital Francisco Muñiz. De CABA, al Hospital Argerich de CABA y al Aix-Marseille Université. Marsella, Francia

La Red desarrolla actividades de vigilancia integrada que incluyen:

1. Vigilancia clínico-epidemiológica: Detección, notificación y seguimiento de casos humanos sospechosos, probables y confirmados de Fiebre Manchada.
2. Vigilancia de laboratorio:
 - Diagnóstico serológico mediante inmunofluorescencia indirecta (IFI)
 - Diagnóstico molecular mediante PCR en muestras clínicas
 - Confirmación etiológica y caracterización de especies de *Rickettsia* circulantes
3. Vigilancia eco-epidemiológica:
 - Identificación y caracterización de vectores (garrapatas)
 - Detección de *Rickettsia* spp. en vectores y reservorios animales
 - Estudios de prevalencia y distribución geográfica de agentes etiológicos
 - Delimitación de áreas endémicas y de riesgo
4. Fortalecimiento de capacidades: Capacitación continua del recurso humano de los laboratorios provinciales y locales en metodologías diagnósticas estandarizadas
5. Articulación interinstitucional: Coordinación entre instituciones de salud pública, centros de investigación (CONICET, INTA, ANLIS) y hospitales de referencia para optimizar la respuesta ante la aparición de casos y brotes

La red abarca las principales regiones del país donde se han documentado casos de Fiebre Manchada por *Rickettsias* o se ha identificado circulación de vectores competentes, con especial énfasis en:

- Región del Noroeste Argentino (NOA): Jujuy, Salta
- Región Centro: Córdoba
- Región de Cuyo: Mendoza, San Luis
- Región Litoral: Santa Fe
- Región Metropolitana: CABA y Buenos Aires

Esta estructura permite una vigilancia integral que articula componentes clínicos, epidemiológicos, de laboratorio y eco-epidemiológicos para la detección temprana, caracterización y control de Fiebre Manchada por *Rickettsias* en Argentina.

VIII.6. Recomendaciones para la población

Evitar la exposición a la mordedura de las garrapatas y retirar posibles especímenes adheridos siguen siendo las mejores estrategias de prevención de esta enfermedad.

Evitar la exposición a la mordedura de las garrapatas mediante

- Uso de repelentes que contengan 30% DEET (N, N-dietil-meta-toluamida), u otros productos registrados y aprobados por la agencia de control. Los repelentes se deben aplicar en todo el cuerpo (inclusive en las zonas cubiertas por la ropa).
- Vestimenta que cubra las extremidades (pantalones largos, camisetas manga larga, medias, zapatos cerrados) si se van a realizar actividades al aire libre en zonas con presencia de los vectores. La ropa tratada o impregnada con permetrina puede reducir significativamente el número de picaduras de garrapatas. En el caso de las áreas naturales, circular por los caminos señalizados donde la vegetación es menos densa.
- Protección de las mascotas aplicando regularmente productos para el control de ectoparásitos y limitando la exposición a hábitats y animales infestados por garrapatas

siempre que sea posible. Las garrapatas en los perros comúnmente se encuentran alrededor y dentro de las orejas, entre los dedos de las patas, y en las axilas y la ingle.

- Mantenimiento de viviendas limpias y ventiladas.
- Cambio y lavado regular de las sábanas, colchas, fundas y colchas de las camas y todo aquello que esté en contacto con tus animales de compañía (perro y gato).

Remoción de garrapatas adheridas mediante:

- Inspección exhaustiva del cuerpo después de haber estado en un área natural o en donde exista circulación de garrapatas (cuero cabelludo, detrás del cuello, axilas, piernas y zona inguinal). Nunca se debe usar nafta, querosén, vaselina, esmalte de uñas ni fósforos encendidos para eliminar garrapatas. Las garrapatas extraídas no deben aplastarse con los dedos.
- En caso de hallar una garrapata adherida al cuerpo se debe remover siempre con una pinza de punta fina. La técnica consiste en fijar el extremo anterior de la garrapata, lo más cerca de la piel posible, con la pinza y traccionar hacia arriba con firmeza, y en forma continua, para poder removerla. Jamás se debe realizar movimientos giratorios para desprenderla, ya que pueden quedar las partes bucales de la garrapata adheridas a la piel. Se debe evitar quemarla o usar alcohol para su remoción. Luego de ser removida, se debe limpiar la zona de la piel con agua y jabón.
- Ante fiebre, cefalea o exantema luego de mordedura de garrapata, se debe consultar al servicio de salud en forma inmediata.

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha_epidemiologica_sfai_en_area_endemica_de_fha.pdf

ALERTAS
EPIDEMIOOLÓGICAS
INTERNACIONALES

IX. Introducción

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

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

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

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

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

X. Alerta epidemiológica Síndrome Pulmonar por Hantavirus en la Región de las Américas - OPS

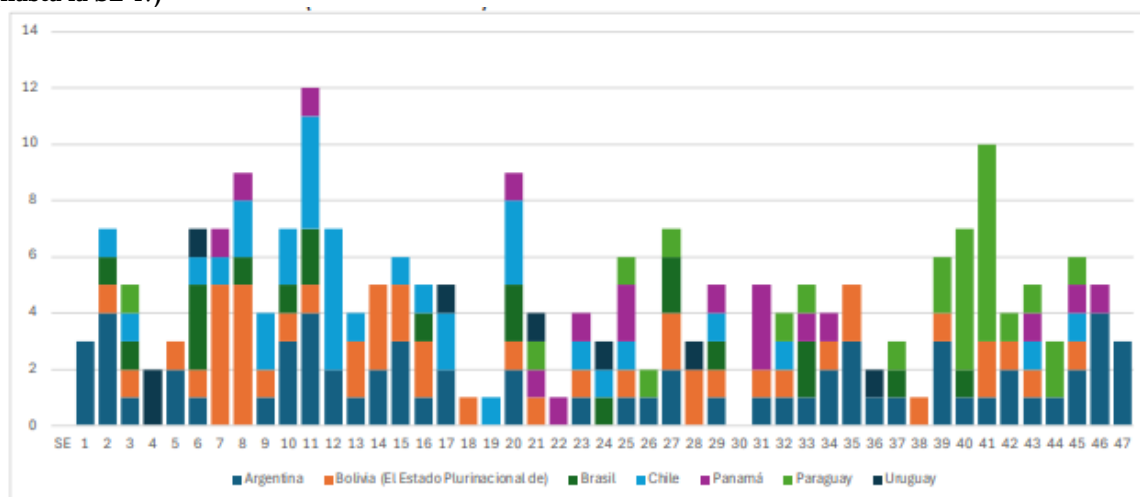
X.1. Resumen de la situación

En 2025 y hasta la semana epidemiológica (SE) 47, ocho países de la Región de las Américas, principalmente del Cono sur¹ han notificado casos confirmados de síndrome pulmonar por hantavirus (SPH), con un total agregado de 229 casos y 59 defunciones, lo que corresponde a una tasa de letalidad regional de 25,7%. Los países que han reportado casos durante el 2025 son: Argentina, Brasil, Bolivia (el Estado Plurinacional de), Chile, los Estados Unidos de América, Panamá, Paraguay y Uruguay (Figura 1) (1 - 8).

En comparación con los promedios históricos, dos países registran aumentos significativos en la incidencia, Bolivia y Paraguay, este último asociado a un brote con exposición laboral, alcanzando valores que duplican o superan lo reportado en los últimos años. Por su parte, en Argentina y Brasil se observó aumento en la letalidad (Figura 2), con valores superiores a los promedios recientes. Cabe señalar que Argentina continúa siendo el país que reporta el mayor número de casos de hantavirus en la Región (1 - 8).

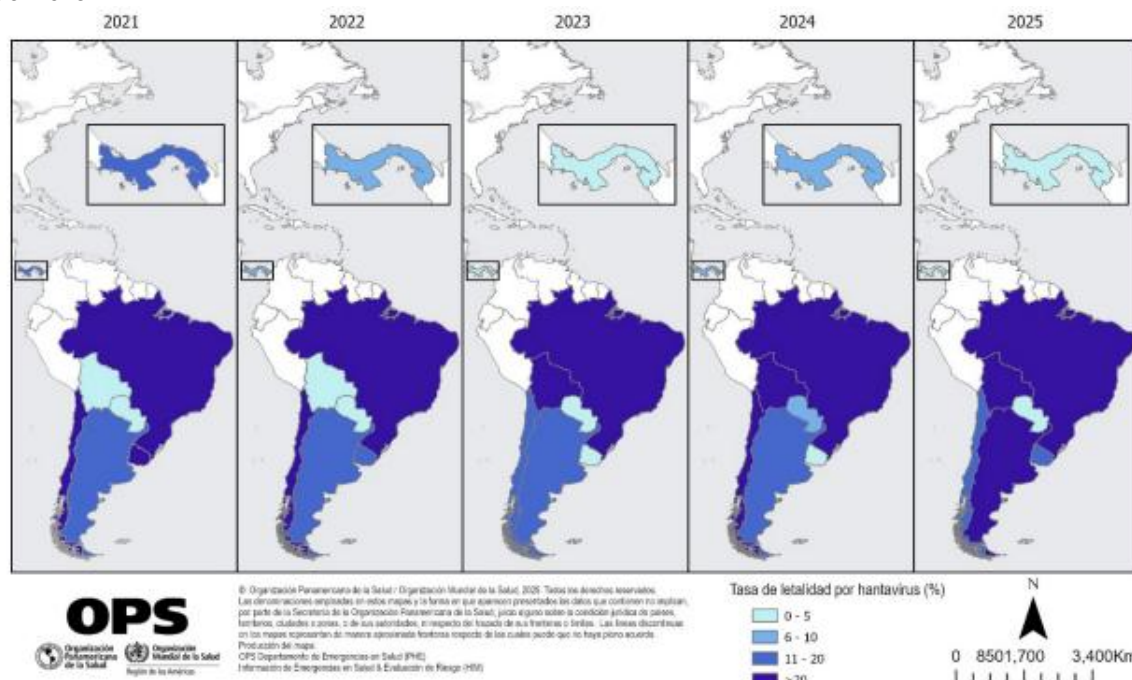
Si bien la transmisión de hantavirus en las Américas es predominantemente zoonótica, vinculada al contacto con roedores reservorio y sus excretas, la Región cuenta con antecedentes donde se sugiere la transmisión persona a persona, principalmente asociados al virus Andes, endémico en el Cono Sur. Estos eventos, descritos en brotes previos en Argentina (1996, 2018) y Chile (1997, 2004, 2014), han ocurrido en contextos de exposición estrecha y prolongada, generalmente en entornos domiciliarios o durante el período prodrómico del caso índice (9- 12).

Casos de síndrome pulmonar por hantavirus reportados en la Región de las Américas durante 2025 (hasta la SE 47)



Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países.

Casos fallecidos y tasa de letalidad por síndrome pulmonar por hantavirus reportados en Argentina, Brasil, Bolivia (el Estado Plurinacional de), Chile, Panamá, Paraguay y Uruguay, del 2021 hasta la SE47 del 2025



Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países.

X.2. Resumen de la situación en países de Centroamérica y Cono Sur

A continuación, se presenta un resumen de la situación en los siete países de la Región de las Américas, listados en orden alfabético, que reportaron casos durante el 2025.

En **Argentina**, entre la SE 1 y la SE 47 del 2025, se han confirmado 66 casos de síndrome pulmonar por hantavirus. Según lugar de exposición, se distribuyen en las siguientes regiones: el 64% (n= 42) de los casos se concentró en la región centro, seguido por el noroeste con el 21% (n= 14), el sur con el 11% (n= 7) y el noreste con el 5% (n=3). Entre los casos con información epidemiológica disponible, los principales antecedentes reportados incluyen contacto con roedores, su orina o excretas (55%), residencia en vivienda rural (35%), excursión a área rural o silvestre (32%) y limpieza de viviendas, sótanos, altillos o galpones (6%). De los casos con información disponible (n= 57), los síntomas más frecuentes reportados fueron: fiebre (95%), mialgias (75%), cefalea (61%), náuseas (40%), disnea (39%), vómitos (39%), tos (35%) y diarrea (30%). Se registraron 21 defunciones con una letalidad del 32%, cifra que supera el promedio a los últimos cuatro años (15,4%) (1).

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 47 del 2025, se han confirmado 20 casos de síndrome pulmonar por hantavirus. Según el estado asociado al lugar de exposición, los casos se distribuyen en los siguientes estados: Maranhão (n= 1), Minas Gerais (n= 5), Mato Grosso (n= 2), Pará (n= 1), Rio Grande do Sul (n= 3) y Santa Catarina (n= 6); en dos casos no se identificó el estado de exposición. Del total de casos para el 2025, el 55% estuvo expuesto a actividades de limpieza, el 55% a explotación forestal y el 45% a contacto con roedores, predominando las exposiciones en zonas rurales (85%). La sintomatología registrada durante el 2025 incluye fiebre (90%), mialgias (70%), cefalea (65%), dolor abdominal (35%), náuseas y vómitos (35%) y diarrea (25%). Estos patrones clínicos y su estacionalidad se mantienen consistentes con los observados en los

últimos 5 años. A la fecha se registran 11 defunciones, con una letalidad del 55%, lo que supera el promedio de los últimos cuatro años (30,2%) (2).

En **Bolivia**, entre la SE 1 y la SE 46 del 2025, se han confirmado 48 casos de síndrome pulmonar por hantavirus, distribuidos según el lugar de exposición en las siguientes regiones: La Paz (n=27), Tarija (n=15), Beni (n=3) y Santa Cruz (n=3). Este total de casos duplica el promedio reportado en 2023 y 2024 (en promedio 23 casos). La mayoría de los casos registran exposiciones en áreas rurales (93%). De los 43 casos con información clínica disponibles, los síntomas más frecuentes incluyen fiebre (93%), cefalea (84%), artralgias (72%), mialgias/dolor muscular (65%), disnea (60%), taquipnea (49%), dorsalgia (49%), náuseas y vómitos (44%) e insuficiencia respiratoria (44%). Hasta la SE 46 se han notificado 11 defunciones con una letalidad de un 22,9%, cifra que supera el promedio de los últimos cuatro años (15,9%) (3).

En **Chile**, entre la SE 1 y la SE 45 del 2025, se han confirmado 35 casos de síndrome pulmonar por hantavirus, distribuidos según lugar de exposición en las siguientes regiones: Los Ríos (n= 7), Ñuble (n= 5), O'Higgins (n= 4), Araucanía (n= 4), Maule (n= 3), Biobío (n= 3), Los Lagos (n= 3), Aysén (n= 3), Metropolitana (n= 1) y dos casos en investigación. La mayoría de los casos presentan exposición en áreas rurales (88,6%), ingreso a recintos cerrados (25,7%) o participación en actividades agrícolas o forestales (17,1%). La sintomatología predominante incluye mialgia (94%), cefalea (85%), fiebre (74%) y síntomas gastrointestinales (68%). Hasta la fecha, se han notificado siete fallecidos con una letalidad de un 20% durante el 2025, valor inferior al promedio de los últimos cinco años (23,4%) (4).

En **Panamá**, entre la SE 1 y la SE 47 del 2025, se han confirmado 18 casos de síndrome pulmonar por hantavirus. Los casos se distribuyen según lugar de exposición en las siguientes provincias: Los Santos (n= 15), Herrera (n= 2) y Coclé (n= 1). La mayoría de las exposiciones fueron rurales (95%) o periurbanas (5%). La sintomatología más reportada incluye fiebre (100%), mialgias (85%), cefalea (89%), tos (70%), dolor abdominal (38%), náuseas (52%), vómitos (46%) y diarrea (26%). No se registraron defunciones en 2025 (5).

En **Paraguay**, entre la SE 1 y la SE 47 del 2025, se han confirmado 27 casos de síndrome pulmonar por hantavirus, distribuidos según lugar de exposición en los siguientes departamentos: Boquerón (n=26) y en Presidente Hayes (n= 1). El total de casos notificados en 2025, supera al promedio de casos de los últimos cuatro años (18 casos por año). Más de la mitad de los casos reportados en 2025 corresponden a un brote asociado a actividades viales en Mariscal Estigarribia (n= 15). Según la información disponible, para el 2025, los síntomas más frecuentes incluyen cefalea (93%), fiebre (85%), mialgias (74%), náuseas y vómitos (41%) y dolor abdominal (7%). Todos los casos se relacionan a exposiciones rurales. Se reportan seis defunciones en 2025, con una letalidad del 22,2%, superior al promedio de los últimos 4 años (12,3%) (6).

En **Uruguay**, entre la SE 1 y la SE 46 del 2025, se han confirmado ocho casos de síndrome pulmonar por hantavirus, distribuidos según lugar de exposición en los siguientes departamentos: Montevideo (n= 1), Canelones (n= 2), Lavalleja (n= 1), Río Negro (n= 1), Rocha (n=1) y Soriano (n= 2). Las exposiciones se han registrado entornos rurales (n= 1), urbanos (n= 3) y periurbanos (n= 4). Según la información disponible, para el 2025, los síntomas más frecuentes continúan siendo fiebre (100%), mialgias (87,5%), cefalea (62,5%), sintomatología gastrointestinal (12,5%). Se ha reportado una defunción, con una letalidad de 12,3%, inferior al promedio de los últimos cuatro años (13,7%) (7).

Fuente: www.paho.org

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

XI. Información para equipos de salud, sobre la alerta emitida por el Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén: cocaína presuntamente adulterada

Dirección Provincial de Salud Mental Comunitaria Departamento de Toxicología ambiental – Dir. Pcial. De Gestión de la Información

Esta información está dirigida a los equipos de salud de subsectores público y privado de la provincia del Neuquén. En el día de hoy, desde el Ministerio de Salud se emitió un comunicado relatando la presentación de 3 pacientes con de intoxicaciones graves ocasionadas por “cocaína presuntamente adulterada”. Esta presunción, se inició gracias a la rápida sospecha de los equipos de salud que fueron interviniendo en la atención de esas personas, y se acordó – con las áreas de Toxicología, Epidemiología y las Autoridades de nuestro Ministerio de Salud – que se trataba de sucesos atípicos que podían representar un riesgo para la salud pública. Las razones de esta presunción fueron:

- La presentación de 3 personas en 48hs con cuadro de intoxicación aguda grave, con...
- Antecedentes de consumo de cocaína previo al inicio de los cuadros y...
- Con hallazgos clínicos graves que no se correspondían a los efectos esperados de una intoxicación con cocaína.

Por tal motivo, se procedió a emitir la mencionada alerta, tanto a nivel provincial como a través de la activación del SAT (Sistema de alerta Temprana⁴⁷). Por todo esto, antes de avanzar a los hallazgos atípicos que hubo en estos 3 casos, debemos recordar cuáles son los efectos esperables del consumo de cocaína⁴⁸⁻⁴⁹:

- Cardiovasculares: hipertensión arterial, crisis hipertensiva, arritmias cardíacas, taquicardia sinusal, taquicardia supraventricular, taquicardia ventricular, dolor precordial, isquemia miocárdica, infarto agudo de miocardio, miocarditis, trombosis, shock, muerte súbita.
- Neurológicos y psiquiátricos: agitación, excitación psicomotriz, paranoia, psicosis, temblor generalizado, convulsiones, accidente cerebrovascular, hemorragia subaracnoidea, coma.
- Oculares: midriasis, glaucoma.
- Respiratorios: se han reportado neumotórax, neumomediastino y neumopericardio tras el consumo de cocaína, tanto por vía fumada como intranasal. Estos hallazgos no son resultado directo de la toxicidad de la cocaína, sino más bien epifenómenos

⁴⁷ Ministerio de Seguridad de la Nación y SEDRONAR. Sitio para activar el SAT: <https://www.argentina.gob.ar/sat/informar>

⁴⁸ Talamoni, M., Crapanzano, G. A., & Greco, V. (Coords.). (2012). Guía de diagnóstico y tratamiento en toxicología (2.ª ed.). Eudeba.

⁴⁹ Nelson, L. S., Howland, M. A., Lewin, N. A., Smith, S. W., Goldfrank, L. R., & Hoffman, R. S. (Eds.). (2019). Goldfrank's toxicologic emergencies (11.ª ed.). McGraw-Hill Education.

relacionados con el mecanismo de uso de la droga. “Pulmón de crack” (síndrome de distress respiratorio del adulto), infarto pulmonar.

- Obstétricos: retardo en el crecimiento intrauterino, malformaciones fetales, aborto espontáneo, desprendimiento prematuro de placenta, hipertensión arterial, parto prematuro. • Otros: Hipertermia, diaforesis, insuficiencia renal aguda, rabdomiólisis, hepatitis, isquemia intestinal, mesentérica, renal y pulmonar, perforación del tabique nasal.

Luego de esta descripción, se menciona que las personas que dieron origen a emitir la alerta, además de haber presentado manifestaciones atribuibles a la cocaína, también tuvieron de forma rápidamente evolutiva:

- Hepatitis aguda.
- Insuficiencia hepática
- Coagulopatías

(Comentario: como se puede observar, en la descripción de “efectos esperables del consumo de cocaína” se menciona la posibilidad de hepatitis, pero no son de aparición frecuente y – se insiste – en esta ocasión prevaleció lo atípico de que se presenten 3 personas con afecciones similares, graves y de rápida evolución).

El abordaje de dichos cuadros, ante nuestro actual desconocimiento de la etiología, es sintomático, con criterios de complejidad según cada cuadro asistido por los equipos locales. Finalmente, recordamos que la cocaína, así como otras sustancias ilícitas, pueden contener cualquier tipo de producto agregado (“adulterante”), por lo tanto, siempre debemos identificar cada cuadro clínico que presenciemos, y no sólo buscar los efectos esperables de la sustancia que se refirió haber consumido⁵⁰. El presente documento puede variar si hubiera nuevos hallazgos o tipos de presentación.

Centros de Toxicología en Argentina

• Centro Nacional de Intoxicaciones (CNI) - Hospital Nacional Posadas

Teléfono: 0800 333 0160

Teléfonos: (011) 4658-7777 /4654-6648/4469-9300 int.1102

• Unidad de Toxicología - Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez"

Teléfono: 0800 444 8694

Teléfono: (011) 4962-6666

⁵⁰ Pautas para el abordaje clínico de intoxicaciones agudas y síndromes de abstinencia a sustancias psicoactivas, en personas mayores de 18 años asistidas en el sistema de salud público de la provincia del Neuquén (2025). Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén. Disponible en: https://salud.neuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2025/08/Pautas_abordaje-_clinico_intoxicaciones_sustancias.pdf

• **Unidad de Toxicología - Hospital de Niños “Dr. Pedro de Elizalde”**

Teléfono: (011) 4363-2100/2200

Teléfono: (011) 4300-2115/4362-6063 int.6217

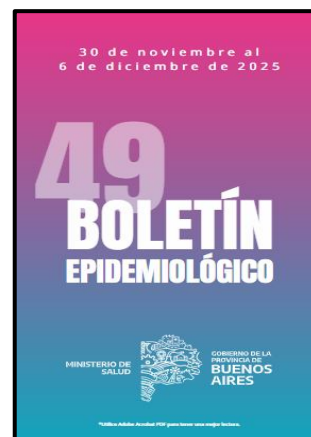
• **División de Toxicología - Hospital “Juan A. Fernández”**

Teléfono: (011) 4808-2655

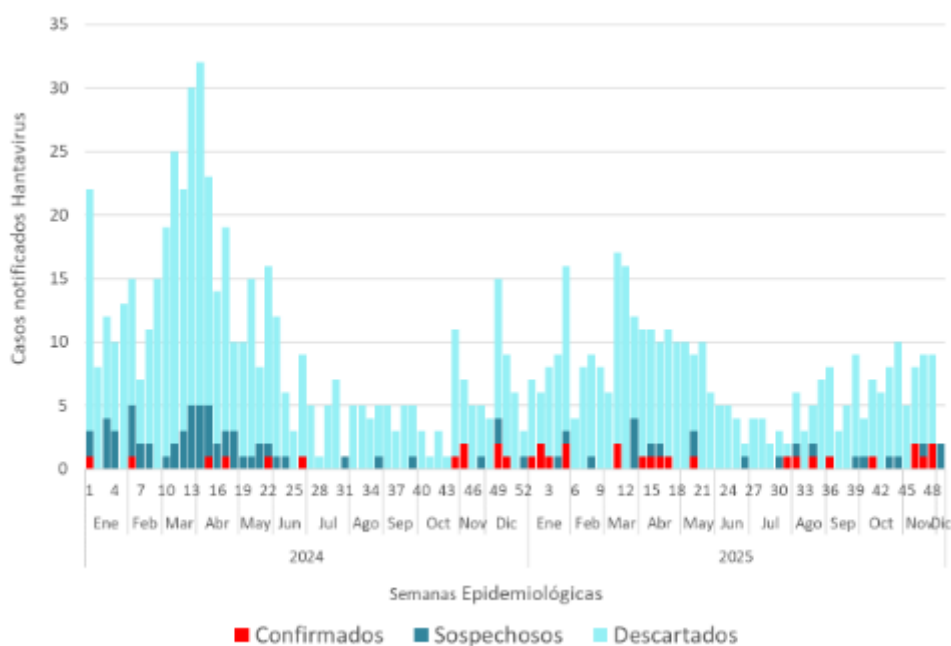
XII. Boletines Jurisdiccionales

XII.1. Buenos Aires: Hantavirus

Desde comienzos de 2025 hasta el 6/12 (SE 1 a 49), se notificaron 359 casos sospechosos compatibles con hantavirus, 23 de ellos fueron confirmados, 22 permanecen en estudio (casos sospechosos) y el resto fue descartado.



Casos notificados de hantavirosis por semana epidemiológica. PBA, SE 1 a SE 52 de 2024 (N= 515) y SE 1 a SE 49 de 2025 (n=359)



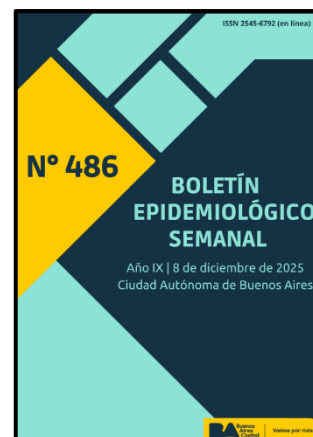
Fuente. SNVS 2.0. Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

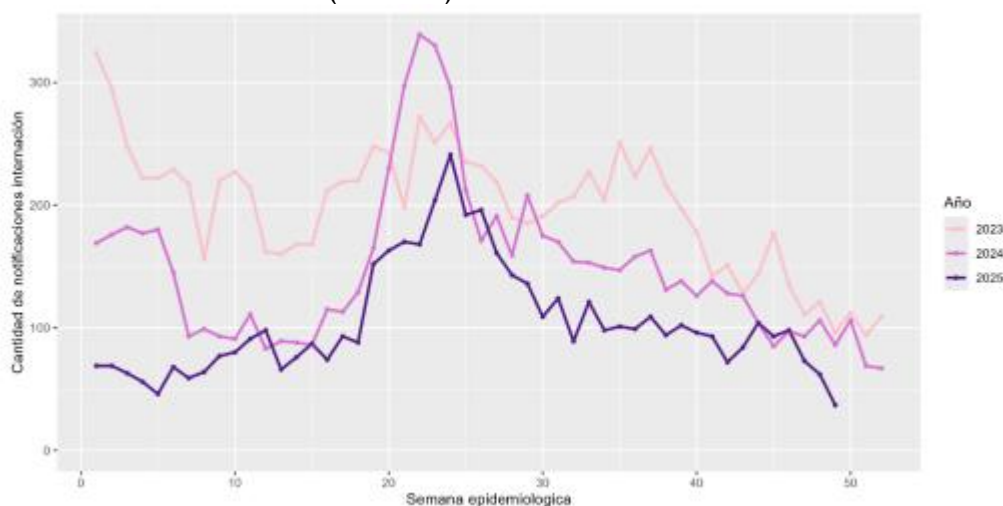
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

XII.2. CABA: Eventos respiratorios de abordaje en internación

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



Casos notificados en SNVS de enfermedades respiratorias en eventos asociados a internación. Residentes CABA. Años 2023-24-25 (N = 22079)



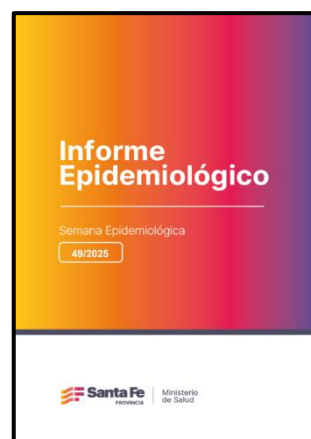
Fuente: Elaboración propia a partir de datos registrados en SNVS 2.0

Para más información:

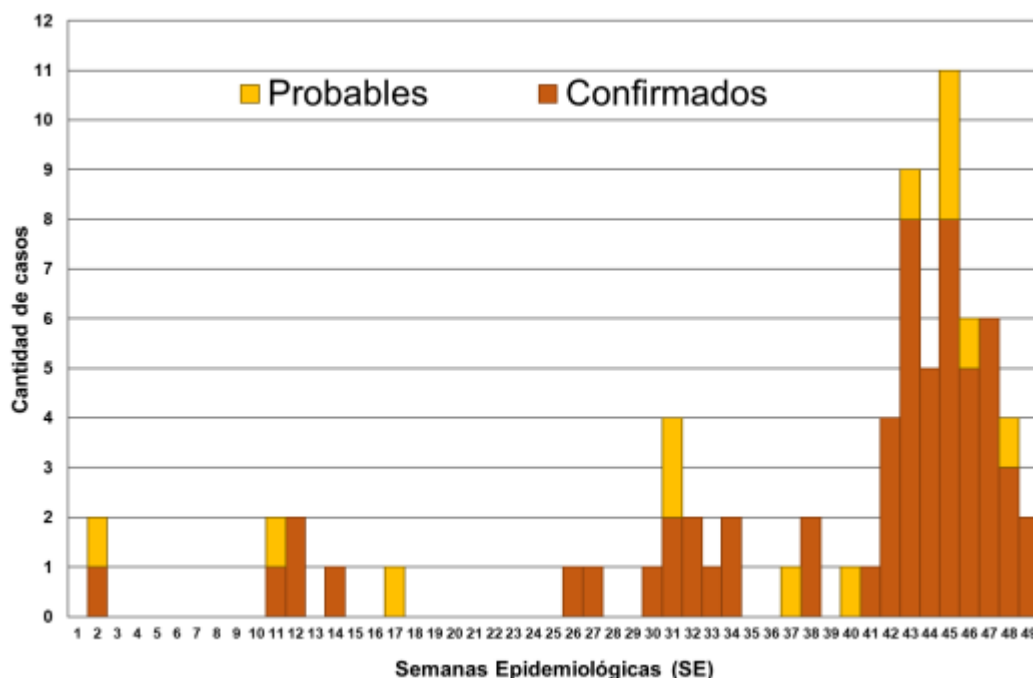
<https://buenosaires.gob.ar/salud/boletines-epidemiologicos-semanales-2025>

XII.3. Santa Fe: Coqueluche

En la Provincia de Santa Fe entre la SE 1 y 49 de 2025, se notificaron un total de 304 casos al evento de Coqueluche, de los cuales 59 se confirmaron y 13 se clasificaron como probables. De los 59 casos confirmados, 47 casos (79,7%) corresponden al departamento Rosario, 3 casos (5,1%) al departamento La Capital, 2 casos (3,4%) al departamento San Lorenzo, 2 casos (3,4%) al departamento General López, 2 casos (3,4%) al departamento Constitución, un caso (1,7%) al departamento Caseros, un caso (1,7%) al departamento Castellanos y un caso (1,7%) al departamento Belgrano.



Distribución de casos confirmados (n= 59) y probables (n= 13) según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 49. Año 2025. N= 72.



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:

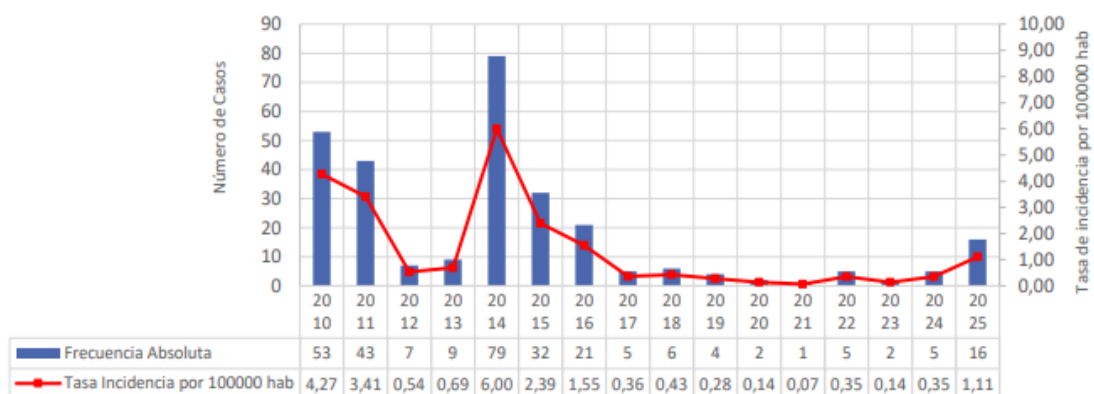
<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/%28subtema%29/93802>

XII.4. Salta: Hepatitis A

Hasta la semana epidemiológica (SE) N°48 del año 2025, se notificaron un total de 60 casos sospechosos de hepatitis A, de los cuales se confirmaron 13 por laboratorio y 3 por nexo epidemiológico.



Casos confirmados de hepatitis a y tasa cada 100mil hab. Periodo 2010 hasta se 48/2025. Provincia de Salta.



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

Para más información:

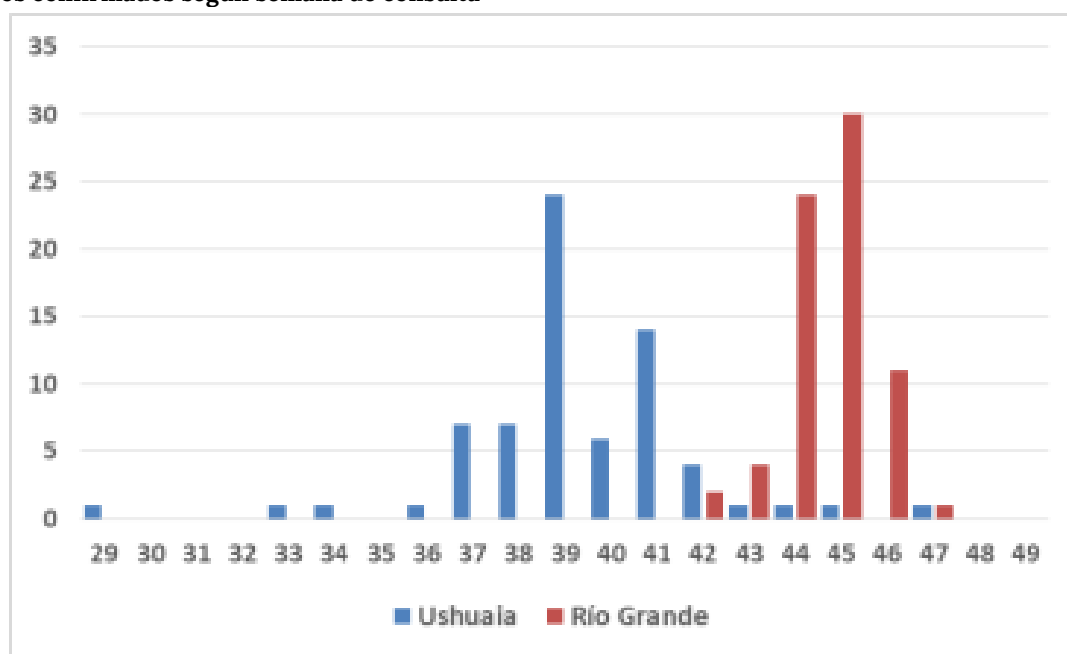
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

XII.5. Tierra del Fuego: Coqueluche

En la ciudad de Ushuaia hasta el 4 de Diciembre de 2025, se notificaron 216 sospechosos y se confirmaron un total de 70 casos. En la ciudad de Rio Grande en el mismo periodo se notificaron 456 casos sospechosos y se confirmaron 72 casos.



Casos confirmados según semana de consulta



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

Para más información:

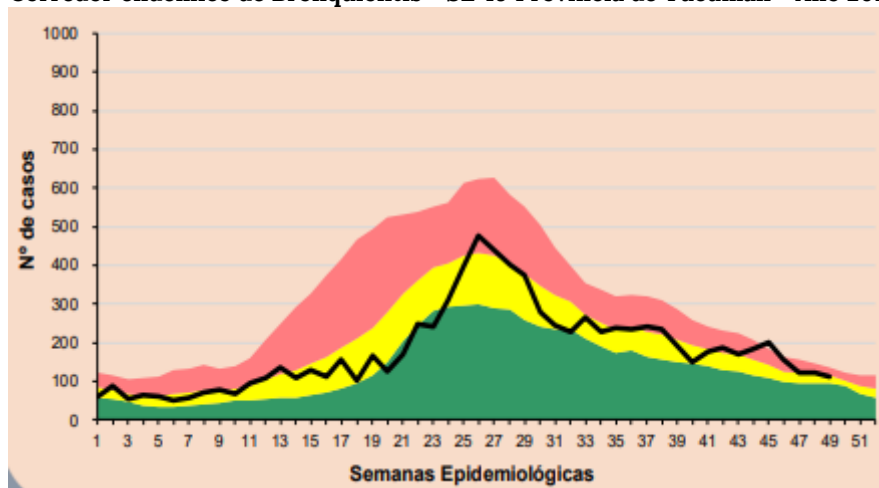
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/boletines-provinciales/>

XII.6. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años

La bronquiolitis es un síndrome clínico caracterizado por afectar la vía aérea inferior. Tiene una significativa morbilidad, afectando principalmente a niños menores de 2 años, con una mayor incidencia entre los 3 y 6 meses. En la semana 49 se notificaron 112 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis - SE 49 Provincia de Tucumán - Año 2025



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

XIII. 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”