



BOLETÍN

EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Nº 788

Semana epidemiológica 51
AÑO 2025
Desde 14/12 al 20/12
Fecha de publicación
29/12/2025

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).

Dengue y otros Arbovirosis

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).

Hantavirosis

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

Del INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”: Laboratorio Nacional de Referencia de Hantavirus, Servicio de Biología Molecular, Departamento de Virología.

Infecciones Respiratorias

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

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

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

Intento de Suicidio

Del Ministerio de Salud de La Nación, Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio, *Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental*.

Del Ministerio de Salud de La Nación, Equipo de Epidemiología en Salud Mental, *Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental*.

Componen la Dirección de Epidemiología: Altschuler Ailén, Amatto María Belén, Amelotti Rina Lucía, Antman Julián Gustavo, Appeceix Ailen Lihuel, Avalos Andrea Karina, Bertaccini Dario Gabriel, Bidart María Laura, Bonifacio Carlos, Cáceres Estefanía, Caparelli Mariel, Caruso Stefanini Margarita, Casal Javier, Casas Natalia, Castell Soledad, Chantefort Lucía, Chaves Karina Lorena, Couto Esteban, Di Pinto Ignacio, Diaz Morena, Echenique Arregui Alexia, El Ahmed Yasmin Dalal, Faedo María Guadalupe, Fernández Gabriela, Fernández María Susana, Fernández María Lorena, Gómez Lara, González Patricia, González Lebrero Cecilia, González Picasso Manuel, Gonzalez Scheffer María Sol, Iglesias María Marta, Joskowicz Abril, Kurten Pérez

Manuel, La Regina María Agustina, Laurora Melisa, Martín Aragón María Fernanda, Martínez Karina, Moisés María Silvina, Morgenstern Agostina, Nicolau Victoria, Núñez Sandra Fabiana, Ojeda Juan Pablo, Ormeño Mazzochi Franco, Page María Agustina, Palero Mariano, Parenti Ana Laura, Pastrana Paula, Pierre Ganchegui Guillermina, Pissarra Florencia Magalí, Plantamura Pilar, Prina Martina, Riera Sebastián, Rojas Mena María Paz, Rosin Paula, Rueda Dalila, Santoro Federico, Souto Catalina 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

Campana con el compromiso de todos “El suicidio se puede prevenir”. Foto banco de imágenes del Ministerio de Salud de la Nación.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°788, SE 51.

I. Nuevo editorial

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

Durante el 2025, incluyendo esta última edición del año, se publicaron 258 informes, distribuidos en las secciones Eventos Priorizados (142), Informes Especiales (13), Situaciones Emergentes (31), Comunicaciones/Circulares (2) y Actualizaciones Periódicas de Eventos (70). Esta última sección, incorporada desde el BEN 741, consolidó un modo de trabajo que combina la sistematicidad del seguimiento con la flexibilidad del análisis. En comparación con el mismo período del año anterior, cuando se habían elaborado 192 informes, el incremento de 66 informes adicionales no solo refleja un aumento en la productividad editorial, sino también una consolidación de los mecanismos de respuesta y de la articulación entre Nación y las jurisdicciones.

En los 70 informes de Actualización Periódica de Eventos, se caracterizaron 34 eventos diferentes, mostrando la amplitud de situaciones que integran la vigilancia de la salud a nivel nacional. Uno evento fue actualizado 9 veces, otro evento se realizó en 6 oportunidades y otro en 5. Dos eventos se presentaron cuatro veces, cuatro eventos tres veces, y otros cinco en dos ocasiones, mientras que los 20 restantes se presentaron una única vez. Este ejercicio de seguimiento periódico permitió captar la evolución de cada problema con mayor sensibilidad 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.

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

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



Vet. Cecilia González Lebrero
Directora de Epidemiología



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

II. Sobre este BEN

El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) N.º 788, correspondiente a la Semana Epidemiológica 51, presenta la información producida por las distintas estrategias de vigilancia en la Argentina, a partir de los datos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) por las jurisdicciones del país.

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

En el apartado de Eventos Priorizados, se presenta de manera integrada la actualización de la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas y de dengue y otros arbovirus. En relación con las infecciones respiratorias, se describe la situación regional de influenza y otros virus respiratorios, incluyendo la situación del subclado K de influenza A(H3N2), la síntesis de la información nacional destacada, junto con recomendaciones para la prevención y el control dirigidas a los equipos de salud y a la población, y 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.

A partir de este Boletín, hantavirosis comienza a presentarse en el apartado de eventos priorizados. Se incluye la descripción de la situación epidemiológica actual en el país, las consideraciones metodológicas para su vigilancia, el análisis de la información disponible —incluidos los aportes de la vigilancia genómica—, las conclusiones y las medidas preventivas generales, destacando la importancia de la detección temprana, la notificación oportuna y el abordaje integral del evento.

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

En el apartado de Actualización Periódica de Eventos, se presenta la actualización del informe sobre la implementación del sistema de vigilancia de los intentos de suicidio y la situación epidemiológica del evento. Esta sección describe los antecedentes y el proceso de implementación de la vigilancia, las jurisdicciones y establecimientos participantes, el volumen total de notificaciones registradas desde su incorporación al sistema y una síntesis del estado de implementación. Asimismo, se presenta el análisis de la notificación de los intentos de suicidio con y sin resultado mortal, la síntesis de la situación epidemiológica y las acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud en el abordaje integral de la problemática, junto con recomendaciones dirigidas a los equipos de salud para la prevención, el abordaje de los casos y el monitoreo y sostenimiento de la vigilancia epidemiológica.

El boletín incluye además la actualización del informe epidemiológico sobre mpox, que describe la situación internacional, la situación en la Argentina, las recomendaciones para los equipos de salud y los lineamientos para la vigilancia, el diagnóstico, la notificación y las medidas ante casos sospechosos y contactos.

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. Nuevo editorial	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.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios	19
IV.3. Situación regional del subclado K de influenza A(H3N2)“	20
IV.4. Síntesis de la información nacional destacada	20
IV.5. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados	21
IV.5.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI	21
IV.5.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG	24
IV.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas	28
IV.6.A. Recomendaciones para equipos de salud	28
IV.7. Vigilancia epidemiológica	28
IV.8. Recomendaciones para la población	29
IV.9. Vacunación antigripal	30
IV.10. Tratamiento antiviral	31
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus	33
V.1. Situación regional	33
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026	34
V.2.A. Nota metodológica	34
V.3. Situación de dengue en Argentina	36
V.3.A. Inicio de temporada 2025/2026	36
V.3.B. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio	37
V.4. Situación epidemiología de otros arbovirus	39
V.4.A. Casos de fiebre chikungunya con antecedente de viaje (importados)	40
VI. Hantavirus - Actualización informe epidemiológico	41
VI.1. Introducción	41
VI.2. Situación epidemiológica actual	42
VI.2.A. Nota metodológica	42
VI.2.B. situación epidemiológica	42
VI.2.C. Vigilancia genómica	54
VI.2.D. Conclusiones	54
VI.3. Medidas preventivas generales	54
SITUACIONES EMERGENTES	56
VII. Coqueluche - Actualización informe epidemiológico	57
VII.1. Introducción	57
VII.2. Situación internacional	57
VII.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina	58
VII.3.A. Introducción	58
VII.3.B. Análisis de los casos notificados y confirmados	59
VII.3.C. Análisis según edad y gravedad	64
VII.4. Coberturas de Vacunación	64
VII.4.A. Coberturas para Total país	64
VII.4.B. Coberturas según jurisdicción	66
ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS	69
VIII. Intento de Suicidio - Actualización de informe de la implementación del Sistema de Vigilancia y situación epidemiológica	70
VIII.1. Introducción	70
VIII.2. Nota metodológica	70
VIII.3. Sobre la implementación de la vigilancia de los intentos de suicidio	71
VIII.3.A. Antecedentes	71
VIII.3.B. Jurisdicciones y establecimientos participantes	72
VIII.3.C. Total de Notificaciones en el período de implementación	73

VIII.3.D.	Síntesis de la implementación	74
VIII.4.	Situación de la notificación de los intentos de suicidio	74
VIII.4.A.	Notificación de intentos de suicidio con y sin resultado mortal	74
VIII.4.B.	Notificación de intentos de suicidio con resultado mortal	78
VIII.4.C.	Síntesis de la situación epidemiológica de la notificación de los intentos de suicidio	79
VIII.5.	Sobre las acciones del Ministerio de Salud	80
VIII.5.A.	abordaje integral de la problemática del suicidio	80
VIII.5.B.	monitoreo de la notificación obligatoria	81
VIII.6.	Recomendaciones para el equipo de salud	83
VIII.6.A.	Medidas preventivas	83
VIII.6.B.	Medidas ante casos y contactos	83
VIII.6.C.	Monitoreo y sostenimiento de la vigilancia epidemiológica de intentos de suicidio	83
VIII.7.	Conclusiones	84
VIII.8.	Vigilancia epidemiológica	85
VIII.8.A.	Modalidad de vigilancia	85
VIII.8.B.	Definiciones de caso	85
IX.	MPOX – Actualización Informe epidemiológico	86
IX.1.	Introducción	86
IX.2.	Situación internacional	86
IX.2.A.	Situación en África	87
IX.2.B.	Situación en las Américas ^{38F}	87
IX.3.	Situación en Argentina	88
IX.4.	Recomendaciones para el equipo de salud	90
IX.5.	Vigilancia Epidemiológica	91
IX.5.A.	Definiciones y clasificaciones de caso	91
IX.5.B.	Notificación	92
IX.6.	Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox	93
IX.7.	Medidas ante casos sospechosos	93
IX.8.	Medidas ante contactos	94
	ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES	96
X.	Introducción	97
X.1.	Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión	97
I.1.A.	Canadá	97
X.1.A.	Estados Unidos de América	98
X.1.B.	México	99
X.1.C.	Uruguay	99
I.2.	Nota informativa - Medidas de prevención y control para prevenir la transmisión de influenza estacional	99
I.3.	Alerta epidemiológica Síndrome Pulmonar por Hantavirus en la Región de las Américas	100
I.3.A.	Resumen de la situación	100
I.3.B.	Resumen de la situación en países de Centroamérica y Cono Sur	101
I.3.C.	Resumen de la situación en América del Norte	103
I.4.	Mpox – Informe de situación multi-país.	104
I.4.A.	Puntos destacados	104
I.4.B.	Actualización epidemiológica	105
I.4.C.	Situación global	106
I.4.D.	Situación en África	107
I.4.E.	Enfoque en países seleccionados.	109
I.5.	Síndrome respiratorio por coronavirus de Medio Oriente (MERS-CoV) – Actualización global	116
	DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES.....	119
XI.	Boletines Jurisdiccionales	120
XI.1.	Buenos Aires: Triquinelosis	120
XI.2.	La Pampa: medidas preventivas ante un caso sospechoso de botulismo.	121
XI.3.	Santa Fe: Coqueluche	122
XI.4.	Salta: Hepatitis A	123
XI.5.	Tierra del Fuego: Coqueluche	124
XI.6.	Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años	125
	HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA.....	126
XII.	Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0	127

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 1-51. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-51	2025 Acumulados SE 1-51	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	155	136	-19	-12%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	9.664	19.464	9.800	101%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	261	343	82	31%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	126	136	10	8%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	9	5	-4	-44%
	Cisticercosis	12	11	-1	-8%
	Escorpionismo o Alacranismo	4.724	7.790	3.066	65%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	486	784	298	61%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	29	41	12	41%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	9	17	8	89%
	Brucelosis	117	148	31	26%
	Hantaviriosis	66	38	-28	-42%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	23	29	6	26%
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	1.504	1.539	35	2%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	16	27	11	69%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	11	32	21	191%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	11	52	41	373%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	18	2	-16	-89%
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	11.799	11.799	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	724	724	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	564	564	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	13.474	17.500	4.026	29%

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

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

III.3. Eventos nominales notificados y confirmados

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

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-51. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-51		2025 Acumulados SE 1-51		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	4.238	184	6.300	1.000	2.062	49%	816	443%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	695	2	3.431	36	2.736	394%	34	1700%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)		0		0		N/A	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	2.444	889	2.757	904	313	13%	15	2%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomieltitis	139	0	104	0	-35	-25%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	93.720	58.355	65.280	18.323	-28.440	-30%	-40.032	-69%
	Encefalitis de San Luis	330	1	509	0	179	54%	-1	-100%
	Fiebre amarilla humana	106	0	155	0	49	46%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	57	0	114	1	57	100%	1	N/A
	Zika	1.474	0	993	0	-481	-33%	0	N/A
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	926	358	660	327	-266	-29%	-31	-9%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	2.275	62	2.288	207	13	1%	145	234%
	Psitacosis	268	40	642	107	374	140%	67	168%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	1.475	65	1.739	58	264	18%	-7	-11%
	Sífilis Congénita	2.819	1.117	1.021	1.005	-1.798	-64%	-112	-10%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	11	0	13	1	2	18%	1	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en emb.	2.387	2.282	1.866	1.549	-521	-22%	-733	-32%
	Sífilis en emb.	11.204	9.657	12.183	11.119	979	9%	1.462	15%
	Hepatitis B en emb.	102	59	139	52	37	36%	-7	-12%
Hepatitis virales	Hepatitis A	135	33	222	116	87	64%	83	252%
	Hepatitis B	3.050	692	3.477	752	427	14%	60	9%
	Hepatitis C	2.571	1.459	2.766	1.676	195	8%	217	15%
	Hepatitis E	54	7	59	6	5	9%	-1	-14%
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	32.998	26.725	53.715	45.865	20.717	63%	19.140	72%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	1.327	1.266	2.063	1.967	736	55%	701	55%
Otros eventos de imp. p/ la salud pública	Viruela símica (mpox)	394	105	359	151	-35	-9%	46	44%

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 1-51. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-51	2025 Acumulados SE 1-51	Diferencias 2025 con mediana 2020-2024	
				Absoluta	%
Enf. Trans. Por alimentos	Diarrea	722.879	749.811	26.932	4%
Infecc. de trans. sexual	Secreción genital purulenta en varones	1.593	2.658	1.065	67%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	1.064	724	-340	-32%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	122.079	95.877	-26.202	-21%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	1.141.049	1.198.376	57.327	5%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	78.734	76.528	-2.206	-3%
	Neumonía (sin especificar)	89.696	79.232	-10.464	-12%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	3	6.041	6.038	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	10	4.315	4.305	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	34	30.724	30.690	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	2.089	2.088	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	15	7.561	7.546	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	10	6.058	6.048	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	109	38.946	38.837	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	13	7.299	7.286	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	14	2.915	2.901	N/A
	Lesiones por electrocución	1	682	681	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	1.052	1.052	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	40	86.468	86.428	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	9	28.462	28.453	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	9	37.116	37.107	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	0	507	507	N/A
	Otras lesiones en el hogar	87	28.528	28.441	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 1-51. 2020-2025. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2020-2024 Mediana acumulados SE 1-51		2025 Acumulados SE 1-51		Diferencias 2025 con mediana 2020-2024			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	4.485	244	4.599	275	114	3%	31	13%
	Infección por Mycoplasma genitalium	782	23	879	21	97	12%	-2	-9%
	Infección por Mycoplasma hominis	2.898	289	3.417	443	519	18%	154	53%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	15.013	409	7.967	488	-7.046	-47%	79	19%
	Infección por Trichomonas vaginalis	25.534	2.634	23.985	2.539	-1.549	-6%	-95	-4%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1. Nota Metodológica

En el presente Boletín, se presenta la síntesis semanal de situación epidemiológica de infecciones respiratorias agudas, incluyendo la información epidemiológica obtenida a partir de la Vigilancia Centinela, a través de las **Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) –UMA-** y de la **Red Argentina de Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave –UC IRAG-**.

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

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

Situación Regional: La actividad de influenza en las Américas continúa con una tendencia ascendente, impulsada por la actividad en el hemisferio norte, con una positividad de 8,8%. La influenza A(H3N2) predominó entre las muestras subtipificadas en todas las regiones, excepto en la subregión andina, donde predominó la influenza A(H1N1)pdm09. La circulación del VSR se mantiene en niveles bajos, con una positividad <1% en la última semana epidemiológica (SE), mientras que el SARS-CoV-2 muestra una tendencia descendente, con una positividad de 6,4%. En América del Norte, la positividad de influenza alcanzó 10,6%, mostrando un aumento sostenido y pronunciado durante las últimas cuatro semanas. La actividad del VSR se mantiene baja y relativamente estable, con un ligero aumento, mientras que la positividad de SARS CoV-2 se mantuvo cercana a 6%, consistente con la SE previa. En el Caribe, la circulación de influenza continuó en aumento, alcanzando una positividad de 18,7%. La actividad del VSR se mantuvo elevada, pero mostró una tendencia descendente, con una positividad de 15,7%, mientras que el SARS-CoV-2 se mantuvo en niveles bajos, con una positividad inferior a 1%. En América Central, la actividad de influenza mostró un aumento pronunciado durante las últimas dos SE, alcanzando una positividad de 15,1%. El SARS-CoV-2 se mantuvo en niveles bajos y estables, mientras que la circulación del VSR permaneció elevada, con 14,9%. En la subregión andina, la actividad de influenza A y del VSR aumentó esta semana a 6,8% y 4,8% de positividad, respectivamente, manteniéndose relativamente estable en comparación con las cuatro semanas previas. La circulación de SARS-CoV-2 disminuyó en comparación con las dos SE previas, alcanzando una positividad de 3,9%. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza ha continuado mostrando una tendencia ascendente desde inicios de septiembre, alcanzando una positividad de 13,0%. La circulación del VSR se mantiene en niveles interestacionales, mientras que la actividad de SARS-CoV-2 permaneció estable, con una positividad de 8,1%. La circulación de otros virus respiratorios (OVR) disminuyó a 3,3% a nivel regional, siendo rinovirus y parainfluenza los OVR detectados con mayor frecuencia.

¹ Extraído de “Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas- OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud”. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

IV.3. Situación regional del subclado K de influenza A(H3N2)^{2,3,4}

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.

IV.4. Síntesis de la información nacional destacada

Durante 2025, la vigilancia clínica notificó 1.208.276 casos de ETI, 175.769 casos de neumonía y 160.463 casos de bronquiolitis en menores de dos años.

En la vigilancia centinela ambulatoria, influenza registra un leve incremento, con predominio de influenza B y detecciones de influenza A hacia el final del período, mientras que VSR no presenta detecciones en las últimas semanas. SARS-CoV-2 muestra un ascenso leve y sostenido desde la SE34, acentuado en las semanas 43 a 45, con descenso en las semanas posteriores.

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, seguido de un descenso en las últimas semanas.

La vigilancia universal por red de laboratorios muestra predominio de influenza B, con detecciones de influenza A hacia el final del periodo, detecciones de VSR, y un aumento gradual en el número de casos de SARS-CoV-2 desde la SE34, más marcado entre SE42-46, con un descenso posterior.

Durante la SE50/2025, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente SARS-CoV-2, seguido de influenza, VSR, parainfluenza, metapneumovirus y adenovirus.

En personas internadas, durante la SE51 se notificaron 10 hospitalizaciones con diagnóstico de influenza (220 fallecidos acumulados en 2025), 2 con VSR y 25 con SARS-CoV-2, incluyendo 1 fallecido en la última semana.

La secuenciación genómica realizada por el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS, a partir de muestras remitidas por la Red Nacional de Laboratorios y Unidades Centinela,

² 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>

³ 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#>

⁴ 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>

identificó **tres casos de influenza A(H3N2) subclado K**, dos en la provincia de Santa Cruz y un tercer caso que había sido internado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.⁵

IV.5. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

IV.5.A. UNIDADES DE MONITOREO AMBULATORIO DE ETI

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Virus Respiratorios (UMA) son dispositivos de vigilancia centinela que permiten el monitoreo de la circulación de SARS-CoV-2, Influenza y VSR en casos leves ambulatorios. El objetivo de las UMA es describir la tendencia de las consultas ambulatorias por casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), así como la proporción atribuible a SARS-CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año en las 24 jurisdicciones del país.⁶

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

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

Durante las 51 semanas epidemiológicas de 2025, en los establecimientos UMA se analizaron 5.915 muestras para la detección de SARS-CoV-2 mediante técnica molecular, de las cuales 435 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 7,35%. A partir de la SE34 se observa un ligero ascenso en el número de casos y en el porcentaje de positividad, más marcado en las SE41 a 45, manteniéndose la mayoría de las semanas por encima del 10%. En las SE50 y SE51, se confirmaron 10 casos entre 95 muestras analizadas por PCR.

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

En las 51 semanas epidemiológicas de 2025, se registraron 1009 detecciones entre 5.553 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 18,17%. A partir de la SE11, se verificó una tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad, a expensas de las detecciones de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H1N1). Este incremento alcanzó los mayores niveles entre las SE 22 y 25, seguido de un descenso sostenido de ambos indicadores. En las semanas más recientes se registra un leve incremento en las detecciones y en la positividad, con predominio de influenza B/linaje Victoria y detecciones de influenza A hacia el final del periodo; no obstante, los valores se mantienen bajos. En este

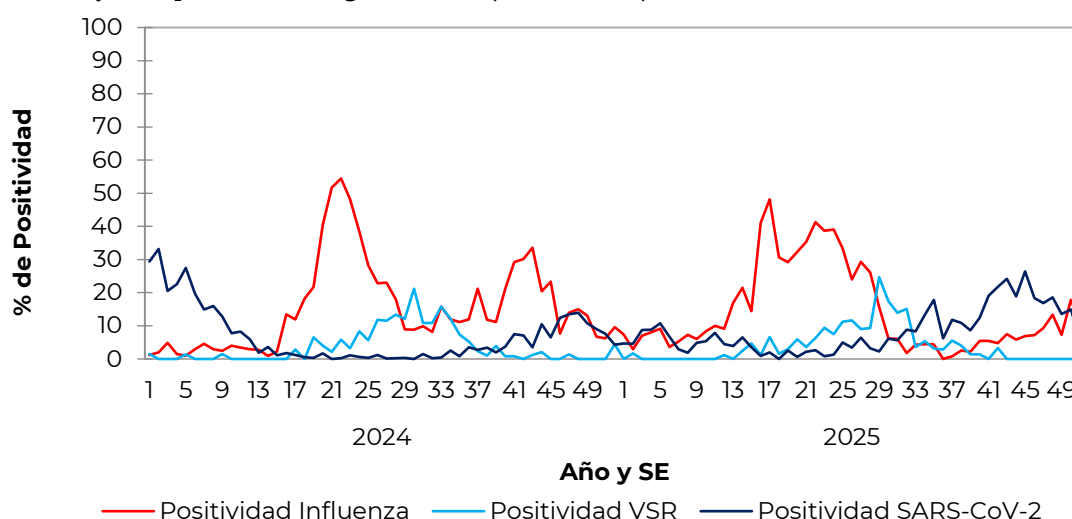
⁵ Información disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-confirma-la-deteccion-del-nuevo-subclado-de-influenza-ah3n2-en-el-pais>

⁶ Para más información, consultar Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de Infecciones Respiratorias Agudas en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevenccion_y_control_ira-2024.pdf

sentido, en las SE50 y 51/2025 se notificaron 13 casos de influenza entre las 90 muestras estudiadas en UMA.

En cuanto a **VSR**, se verifica un ascenso de las detecciones a partir de la SE19 de 2024, con aproximadamente el 73% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. Con relación a este ascenso de casos, la positividad en UMA permaneció por encima del 10% entre las SE 26 Y 34. Entre las SE1 y 51 de 2025, de las 4.026 muestras estudiadas, 194 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,82%. En UMA se registró un ascenso de las detecciones y positividad de muestras estudiadas para VSR, que se mantuvo por encima del 9% entre las SE25 y 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en SE29, con tendencia descendente las siguientes semanas. En las últimas dos semanas analizadas, SE50 y 51, no se notificaron detecciones de VSR entre las 70 muestras estudiadas.

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE51/2025

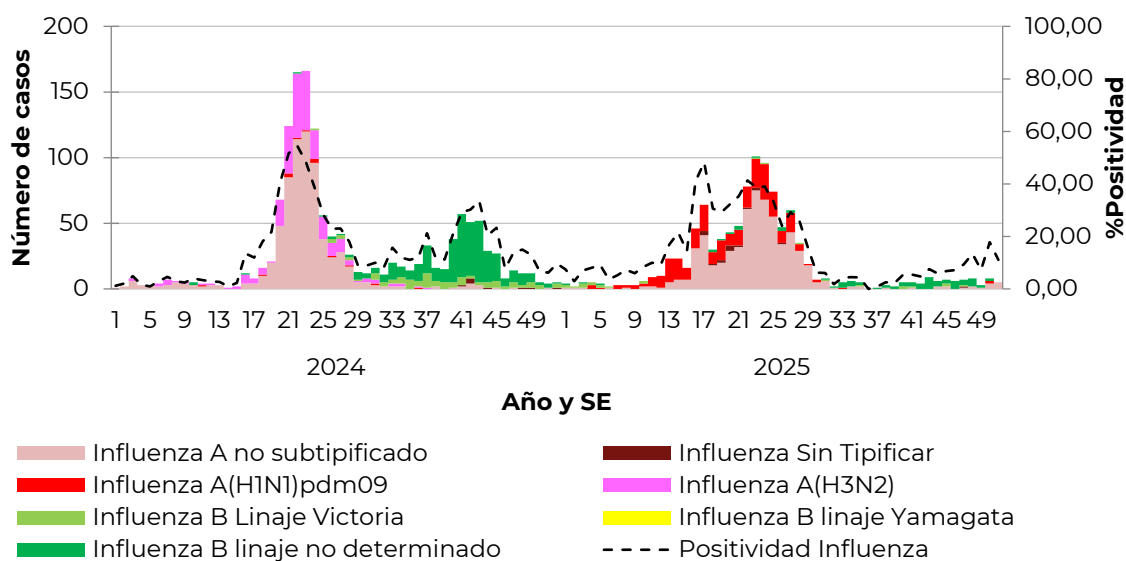


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS²⁰.

Aun cuando desde el inicio de 2024 se notificaron casos de influenza durante todas las semanas del año, entre las SE 16 y 28 de 2024 se verifica un aumento estacional en las detecciones, con el mayor número de casos notificados entre las SE21 y SE24. Como se mencionó previamente, este ascenso estuvo asociado a la detección de Influenza A, con predominio del subtipo A(H3N2). A partir de la SE31, y concomitantemente con el descenso de casos de Influenza A, se observó un ligero ascenso en la detección de casos de Influenza B/Linaje Victoria. Hacia el final del período se registran nuevamente detecciones de influenza A.

En las 51 semanas transcurridas de 2025 se detectan predominantemente casos de influenza A (n= 890), con un menor número de detecciones de influenza B (n= 103), que predomina desde la SE32. Entre los casos de influenza A, 272 detecciones corresponden a influenza A (H1N1), el resto permanece sin subtipificar. Además, se detectó el linaje Victoria en 24 de los casos de influenza B (las detecciones restantes permanecen sin identificación de linaje). Se registran 16 casos de influenza que permanecen sin tipificar en lo que va del año.

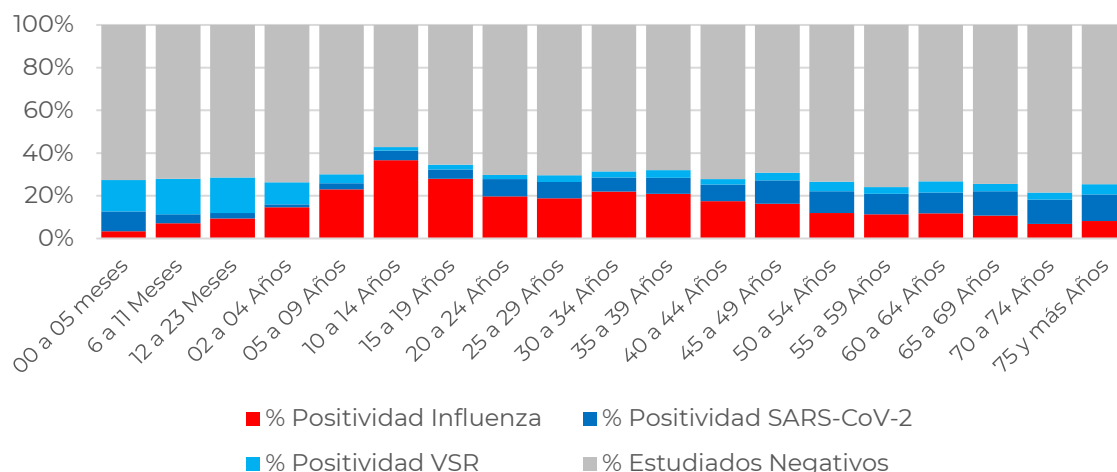
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE51/2025. Estrategia UMA. Argentina.



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

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

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE51/2025. Estrategia UMA. Argentina⁷.



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

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 41 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país.⁸

Definiciones de caso Vigentes

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

- Fiebre referida o constatada $\geq 38^{\circ}\text{C}$; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico⁹.

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

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y

⁷ Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de ETI en UMA.

⁸ Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guía Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>

⁹ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.

- Requerimiento de internación por criterio clínico¹⁰.

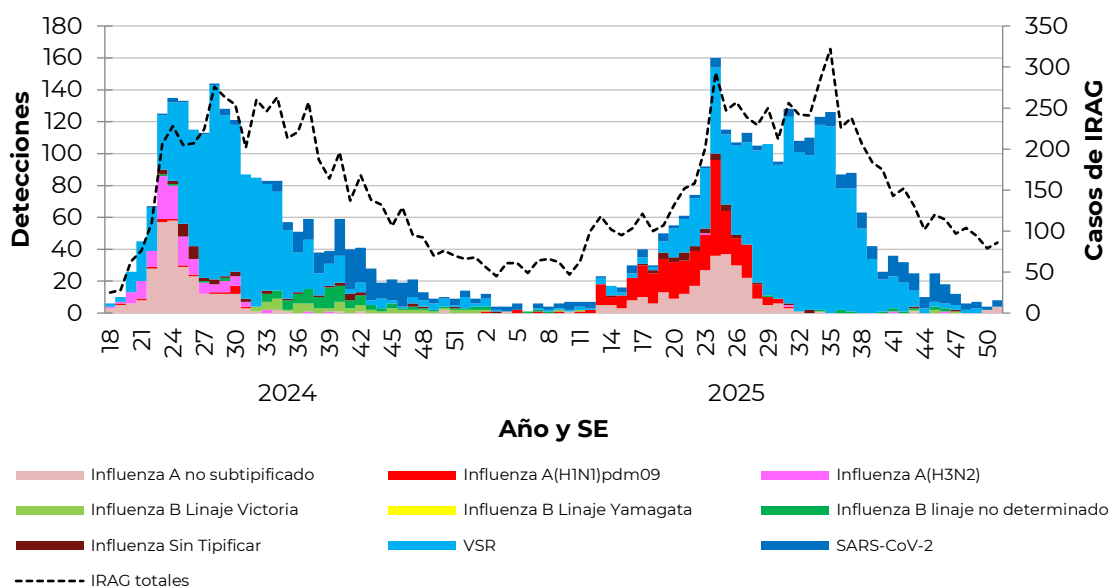
En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia¹¹ y shock¹² y gravemente enfermo sin causa aparente)

Entre la SE1 de 2025 y la SE51 de 2025, se registraron de manera nominal un total de 7.454 internaciones con diagnóstico de IRAG y 3.660 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG¹³.

La curva de casos de IRAG presentó tendencia ascendente entre las SE 18 y 28 de 2024, asociada al aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 y, posteriormente, al ascenso de casos de VSR, permaneciendo por encima de los 200 casos semanales de IRAG entre las SE24 y 37. En 2025, las notificaciones de IRAG experimentan un aumento desde la SE12, alcanzando su máximo en la SE35. En las últimas semanas los casos de IRAG se mantienen con tendencia descendente, con un promedio de 91 casos semanales en las últimas 4 semanas.

Gráfico 4. Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a 51/2025



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

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

¹⁰ Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

¹¹ La fiebre se define como una temperatura $\geq 37,5$ C. La hipotermia se define como una temperatura

¹² El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.

¹³ Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

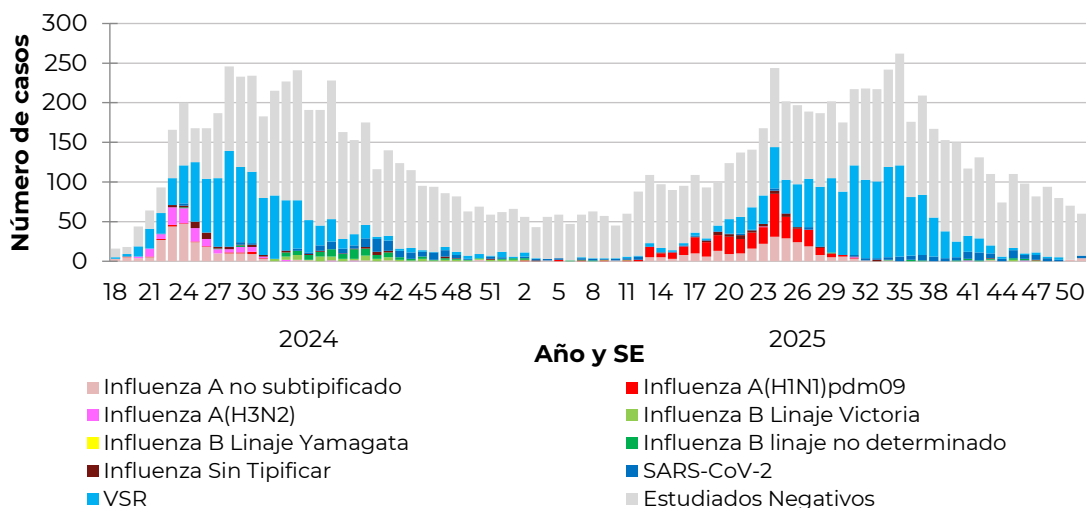
entre los casos de IRAG se mantienen en niveles bajos, aunque a partir de la SE35, se registra un ligero incremento.

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

En lo que va de 2025, se verificó un ascenso de detecciones de influenza desde la SE13, alcanzando los valores máximos entre las SE 23 y 27, con un descenso posterior. Los casos corresponden predominantemente a influenza A, con un total de 617 detecciones en lo que va de 2025, y un menor número de casos de influenza B (n=30). Con relación a los casos de Influenza A, se registraron 339 detecciones de H1N1 y 4 detecciones de H3N2 (el resto permanece sin subtipificar). Entre los casos de influenza B, se registraron 9 detecciones del linaje Victoria. Además, 39 casos de influenza permanecen sin tipificación a la fecha.

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

Gráfico 5. Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE18/2024 a 51/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina ¹⁴.



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

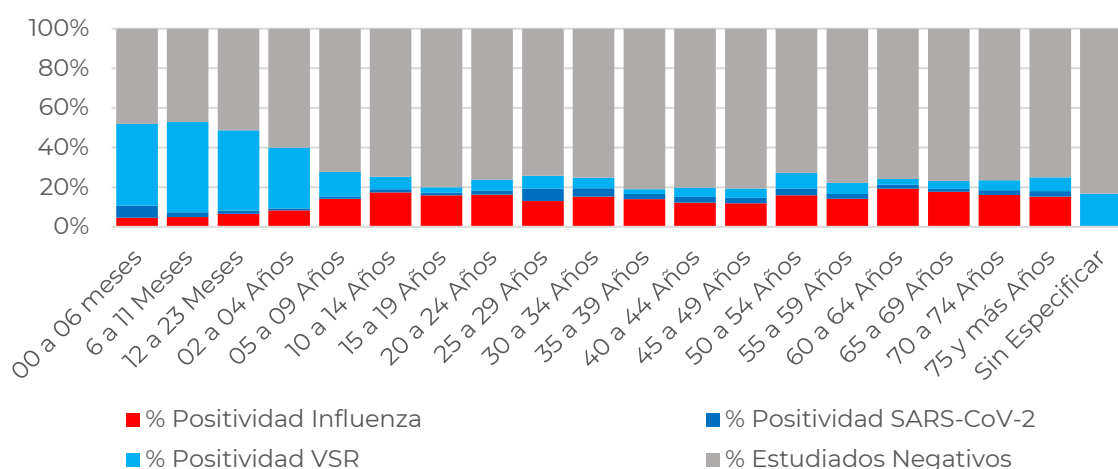
En las últimas 4 semanas, entre 304 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 9 casos de SARS-CoV-2,

¹⁴ Solo se incluyen en el gráfico los casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de IRAG.

5 casos de VSR y 6 casos de influenza. Los restantes 284 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

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

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a 51/2025. Estrategia UC IRAG. Argentina¹⁵.



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}

¹⁵ Solo se incluyen casos estudiados y con resultado registrado en SNVS para VSR, SARS-CoV-2 e influenza por técnica molecular, de acuerdo a la estrategia de vigilancia centinela de de IRAG.

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.7. Vigilancia epidemiológica

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

En este marco, se recomienda:

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

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

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

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

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

Definiciones:

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

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

Eventos respiratorios inusuales definidos por los siguientes criterios:

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

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

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevenccion_y_control_ira-2024.pdf.

IV.8. Recomendaciones para la población

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

- Mantener completos los esquemas de vacunación contra influenza, SARS-CoV-2, neumococo, Haemophilus influenzae tipo B, Bordetella pertussis y virus sincicial respiratorio, de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud.
- Realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón.
- Cubrirse la boca y la nariz con el pliegue del codo al toser o estornudar.
- Evitar compartir objetos personales, como vasos, cubiertos u otros utensilios.
- Limpiar y desinfectar regularmente las superficies en contacto con personas enfermas, utilizando agua y detergente, jabón o soluciones con alcohol al 70%.
- Ventilar adecuadamente los ambientes, especialmente en espacios cerrados.

- Las personas con síntomas respiratorios deben evitar el contacto con otras personas y restringir las interacciones lo más posible hasta presentar mejoría clínica y haber transcurrido al menos 24 horas sin fiebre (sin uso de antitérmicos).

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

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

IV.9. 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 púérperas: 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 ANTIGRIPAL. 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.10. Tratamiento antiviral

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

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la incidencia de complicaciones.^{16,17} 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.^{18,19} En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

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

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

-Casos de Infección respiratoria aguda grave.

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

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

¹⁶ 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.

¹⁷ 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.

¹⁸ 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.

¹⁹ 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.

-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_prevencion_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)²⁰ y el ARBO-portal²¹ 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).

²⁰ Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: [PAHO/WHO Data - Topics](#)

²¹ 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 Américas²², 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.

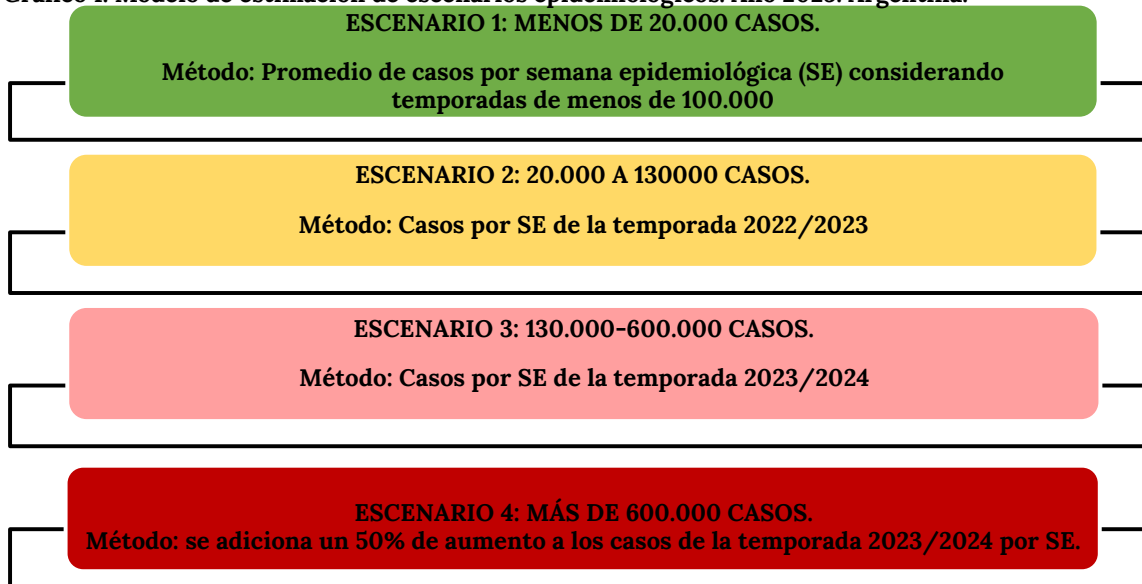
El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la 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 SE51 se notificaron 13 casos confirmados de dengue, de los cuales 8 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con

²² Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica: Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas – 28 de agosto de 2025. Disponible en: [Alerta epidemiológica Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas - 28 de agosto del 2025 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)

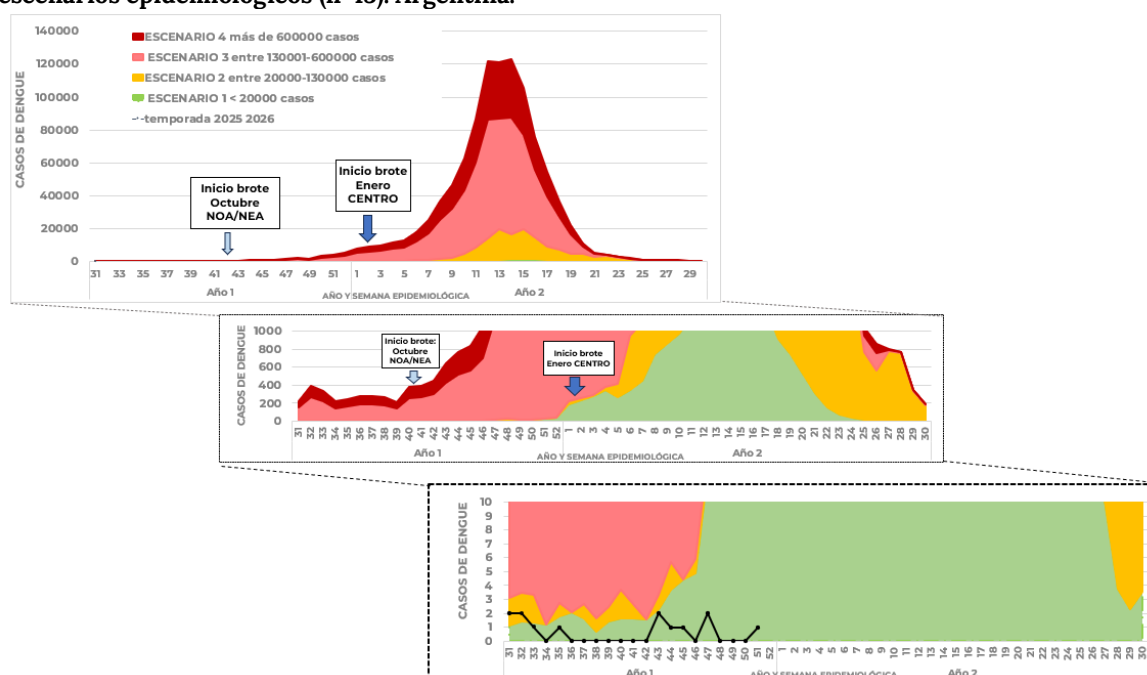
temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 2)

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



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

Gráfico 2. Casos de dengue de la temporada 2025-2026 representados en el modelo de estimación de escenarios epidemiológicos (n=13). Argentina.



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

V.3. Situación de dengue en Argentina

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

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

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

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

El análisis temporal de los casos notificados para el período comprendido entre los años 2022 y 2025, evidencia que, para la SE51/2025, 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 mínima²³, desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 6497 casos sospechosos de dengue, de los cuales 13 fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. Solo el 38% corresponden a casos sin antecedente de viaje (Tabla 1):

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

²³Fecha 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 SE51/2025 se notificaron 606 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 SE51/2025. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados	Casos de dengue por criterio C-E*	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	3	14	3	4	401	101	526	0	6
CABA	0	1	4	0	107	48	160	0	4
Córdoba	0	28	0	0	766	38	832	0	0
Entre Ríos	0	4	1	1	116	11	133	0	1
Santa Fe	0	12	0	1	426	33	472	0	0
Total Centro	3	59	8	6	1816	231	2123	0	11
Mendoza	0	0	0	1	42	4	47	0	0
San Juan	0	1	0	0	22	0	23	0	0
San Luis	0	0	0	0	26	0	26	0	0
Total Cuyo	0	1	0	1	90	4	96	0	0
Chaco	0	2	0	0	428	10	440	0	0
Corrientes	0	0	0	0	38	5	43	0	0
Formosa	2	1	0	0	2291	0	2294	0	2
Misiones	0	3	0	0	218	1	222	0	0
Total NEA	2	6	0	0	2975	16	2999	0	2
Catamarca	0	0	0	0	85	0	85	0	0
Jujuy	0	1	0	0	139	4	144	0	0
La Rioja	0	0	0	0	68	0	68	0	0
Salta	0	0	0	0	246	23	269	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	44	15	59	0	0
Tucumán	0	27	0	1	512	43	583	0	0
Total NOA	0	28	0	1	1094	85	1208	0	0
Chubut	0	0	0	0	9	1	10	0	0
La Pampa	0	0	0	0	28	3	31	0	0
Neuquén	0	0	0	0	11	1	12	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	13	1	14	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	4	0	4	0	0
Total Sur	0	0	0	0	65	6	71	0	0
Total País	5	94	8	8	6040	342	6497	0	13

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 método 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 SE51/2025).

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 SE51/2025. 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	15	0	11	0	5
CABA	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
Córdoba	0	481	0	16	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	28	0	22	0	17	0	16	0	12	0	0
Total Centro	1	550	0	56	0	76	0	184	0	23	0	5
Mendoza	0	9	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
San Juan	0	1	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0
San Luis	0	3	0	2	0	2	0	6	0	5	0	0
Total Cuyo	0	13	0	3	0	2	0	11	0	5	0	0
Chaco	0	69	0	47	0	0	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	23	0	18	0	3	0	0	0	3	0	6
Total NEA	0	92	0	65	0	3	0	0	0	3	0	6
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	6	0	4	0	2	0	1	0	15	0	0
La Rioja	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Salta	0	77	0	60	0	34	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	3	0	3	0	0	0	2	0	0	0	0
Tucumán	0	7	0	7	0	13	0	0	0	0	0	4
Total NOA	0	95	0	75	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	751	0	199	0	130	0	200	0	47	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 6 casos probables de Fiebre Chikungunya (Buenos Aires, Entre Ríos y Córdoba) con antecedente de viaje a Brasil, Paraguay y Cuba. 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. Hantavirosis - Actualización informe epidemiológico

VI.1. Introducción

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

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

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

En respuesta a estos desafíos sanitarios, las normas de vigilancia fueron revisadas y actualizadas²⁴ con el objetivo de optimizar los criterios diagnósticos, fortalecer las estrategias de detección temprana y respuesta ante brotes, y mejorar la calidad de la información notificada al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

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

²⁴ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

Dada la complejidad clínica y epidemiológica del evento, los datos presentados pueden estar sujetos a revisión según avance la confirmación diagnóstica o la clasificación final de los casos. No obstante, resultan fundamentales para dimensionar el comportamiento del evento, fortalecer los sistemas de vigilancia y consolidar las capacidades de respuesta ante este tipo de emergencias.

VI.2. Situación epidemiológica actual

VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información se realiza por la caracterización epidemiológica del evento nominal “Hantavirus”. Se consideran como casos confirmados aquellos que cuentan con resultados de laboratorio detectable o reactivo, según la última definición de caso consensuada publicada en la Circular de Vigilancia de Mayo 2025²⁵, o una clasificación manual correspondiente a confirmado. Los casos se presentan según la jurisdicción de residencia consignada en el SNVS 2.0, en ausencia de este dato, se utiliza la jurisdicción de carga. La fecha mínima se construye según orden de priorización con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, toma de muestra, y, por último, fecha de apertura del caso, en caso de no contar con ninguna de las anteriores.

VI.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

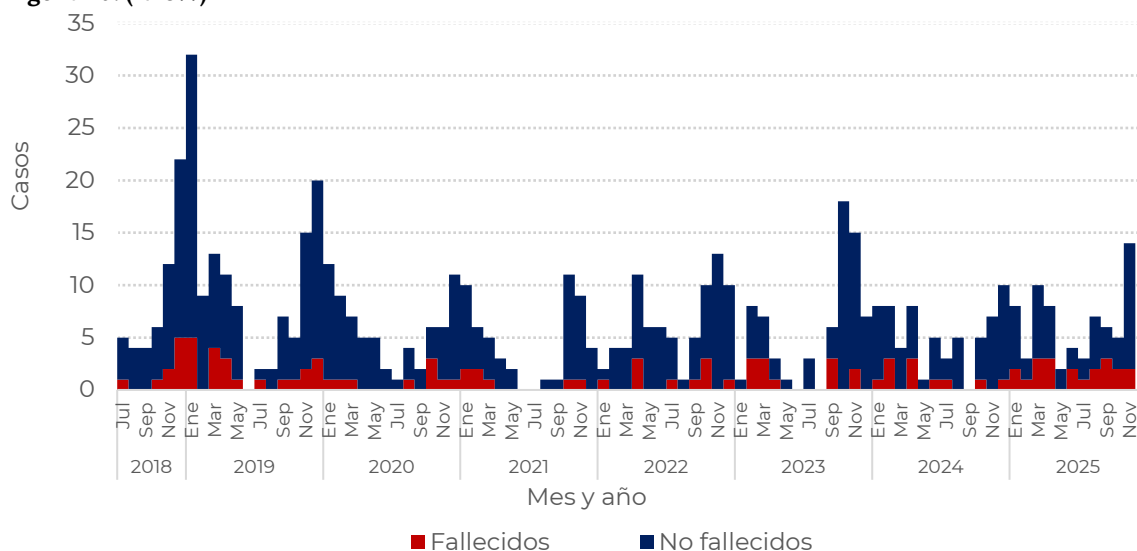
La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de períodos comprendidos entre los meses julio de un año y junio del siguiente (Por ej. SE27/2018-SE26/2019) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre sí.

En la curva histórica de casos (Gráfico 1), se observa que el 90% de los casos se concentran entre los meses de septiembre a abril (SE34 a SE20), y un 50% entre noviembre y enero (SE39 a SE02). Este patrón se observa en las 3 regiones que concentran la mayor carga de la enfermedad (NOA, Sur y Centro) con la particularidad de que en el NOA el incremento estacional se inicia de manera más temprana (Gráfico 2).

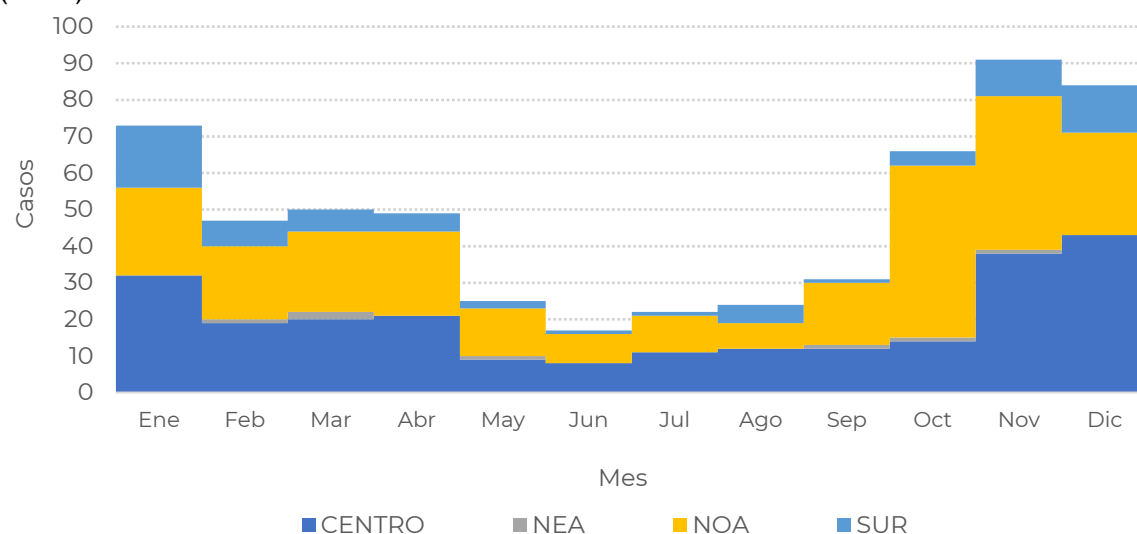
El período analizado incluye la temporada 2018-2019 (SE27/2018 a SE26/2019) que registró el mayor número de casos confirmados (126), coincidente con el brote de transmisión interhumana ocurrido en Epuén, Chubut.

A nivel nacional, en lo que van del año 2025, se notificaron 72 casos confirmados de hantavirus, de los cuales 21 fallecieron, lo que representa una letalidad del 29,2%. Al mismo tiempo, teniendo en cuenta la temporada actual, los casos notificados ascienden a 38.

²⁵ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

Gráfico 1. Hantavirosis: Casos confirmados por mes, año y condición de egreso. SE27/2018 a SE50/2025, Argentina. (N=577)

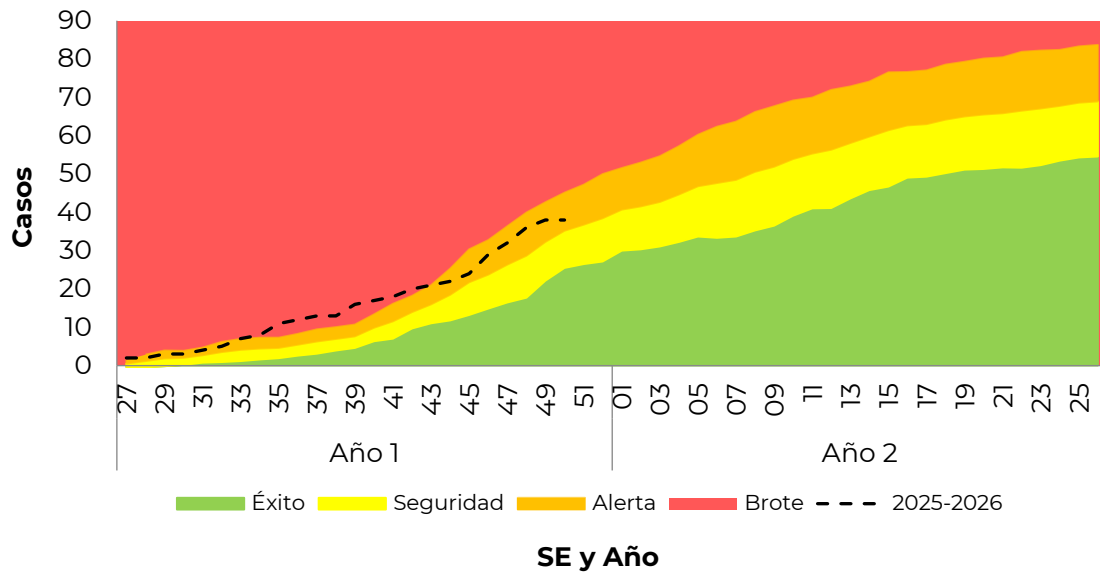
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Gráfico 2. Hantavirosis: Casos acumulados según mes y región. SE27/2018 a SE50/2025, Argentina. (N=579)

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

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

Gráfico 3. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE27/2025 a SE50/2025 respecto a los cinco años previos (SE27/2019 a SE26/2024)*. Argentina. (N=38)



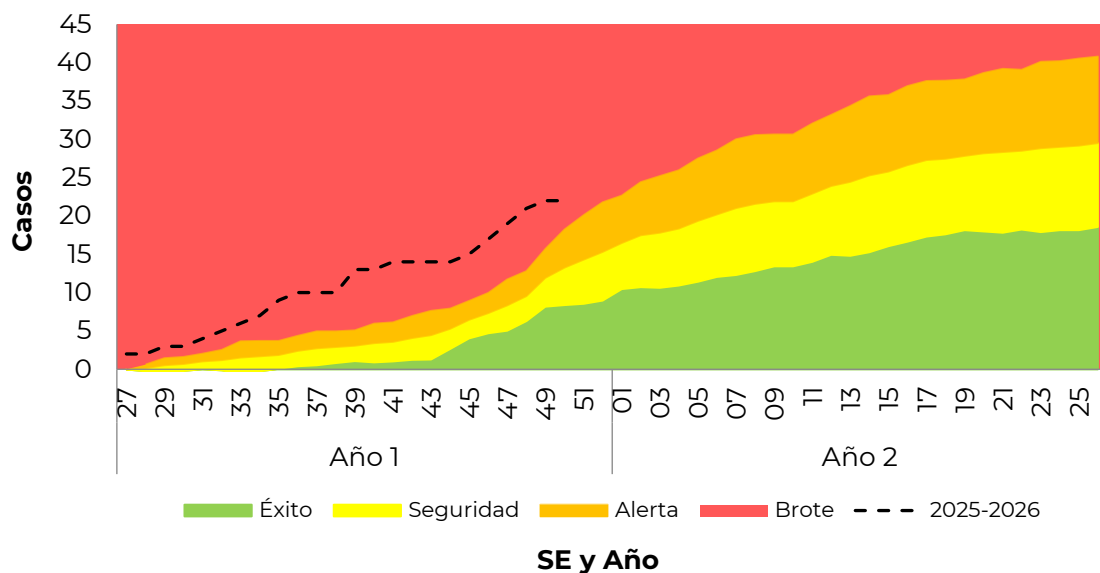
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

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

Región Centro

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

Gráfico 4. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE27/2025 a SE50/2025 respecto a los cinco años previos (SE27/2019 a SE26/2024). Región Centro. (N=22)

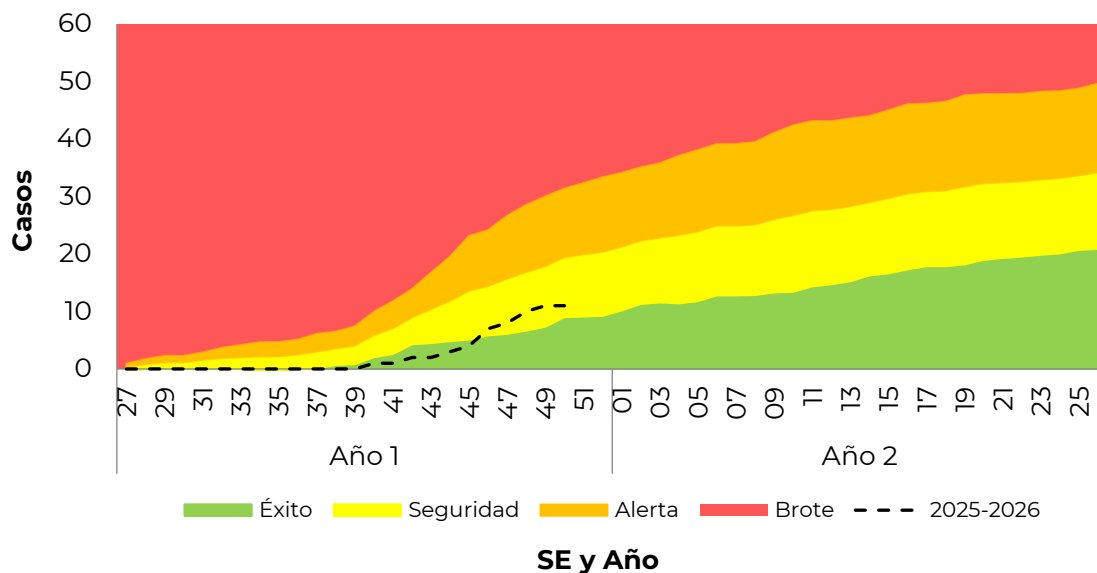


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

Región NOA

En lo que respecta a la región NOA, se presentaron casos en las jurisdicciones de Salta y Jujuy, con un número de casos se encuentra en el umbral de seguridad para el período comprendido entre julio y la segunda semana de diciembre de 2025, respecto a los valores esperados teniendo en cuenta los casos presentados en años previos.

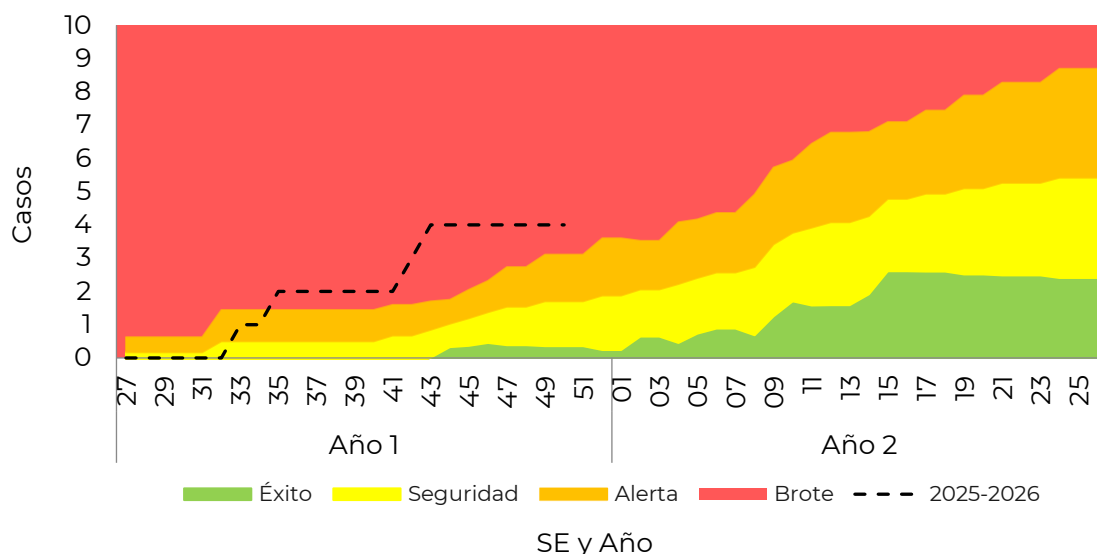
Gráfico 5. Hantavirus: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE27/2025 a SE50/2025 respecto a los cinco años previos (SE27/2019 a SE26/2024). Región NOA. (N=11)



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

Región Sur

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

Gráfico 6. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE27/2025 a SE50/2025 respecto a los cinco años previos (SE27/2019 a SE26/2024). Región Sur. (N=4)

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

Presentación de datos a nivel sub-nacional

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

Tabla 1. Hantavirosis: Casos confirmados e incidencia acumulada cada 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2018 a 2025 (SE27 a SE50 de cada año). (N=313)

Año epidemiológico	2018 (SE27 a SE50)		2019 (SE27 a SE50)		2020 (SE27 a SE50)		2021 (SE27 a SE50)		2022 (SE27 a SE50)		2023 (SE27 a SE50)		2024 (SE27 a SE50)		2025 (SE27 a SE50)	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	3	0,02	14	0,08	9	0,05	7	0,04	7	0,04	3	0,02	7	0,04	12	0,07
Entre Ríos	2	0,15	1	0,07	4	0,29	1	0,07	3	0,21	2	0,14	3	0,21	4	0,28
Santa Fe	10	0,29	8	0,23	6	0,17	4	0,11	4	0,11	2	0,06	5	0,14	6	0,16
Centro	15	0,05	23	0,08	19	0,06	12	0,04	14	0,05	7	0,02	15	0,05	22	0,07
Chaco	0	0,00	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Formosa	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,16
Misiones	0	0,00	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NEA	0	0,00	2	0,05	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02
Jujuy	2	0,26	6	0,78	3	0,39	5	0,64	7	0,88	6	0,75	4	0,50	2	0,25
Salta	15	1,07	17	1,20	4	0,28	8	0,55	19	1,29	28	1,89	9	0,60	9	0,59
Tucumán	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,12	2	0,11	3	0,17	0	0,00	0	0,00
NOA	17	0,30	23	0,41	7	0,12	15	0,26	28	0,48	37	0,63	13	0,22	11	0,18
Chubut	15	2,49	0	0,00	3	0,48	0	0,00	2	0,31	0	0,00	0	0,00	1	0,15
Neuquén	2	0,31	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,29	0	0,00	1	0,14
Río Negro	0	0,00	1	0,13	1	0,13	0	0,00	0	0,00	1	0,13	1	0,13	2	0,25
Sur	17	0,59	1	0,03	4	0,14	0	0,00	2	0,07	3	0,10	1	0,03	4	0,13
Total País	49	0,11	49	0,11	30	0,07	27	0,06	44	0,09	47	0,10	29	0,06	38	0,08

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

La mayor proporción de casos para la temporada actual (mes de julio a segunda semana de diciembre de 2025) se encuentra en la región Centro (58%), seguida por la región NOA (29%) y la región Sur (11%). La incidencia acumulada más elevada se encuentra en Entre Ríos y Río Negro. Teniendo en cuenta los años previos, para el mismo periodo de tiempo (SE 27 a 50) en los años 2018, 2019, 2022 y 2023 se observaron incidencias acumuladas más elevadas que para la actual temporada.

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

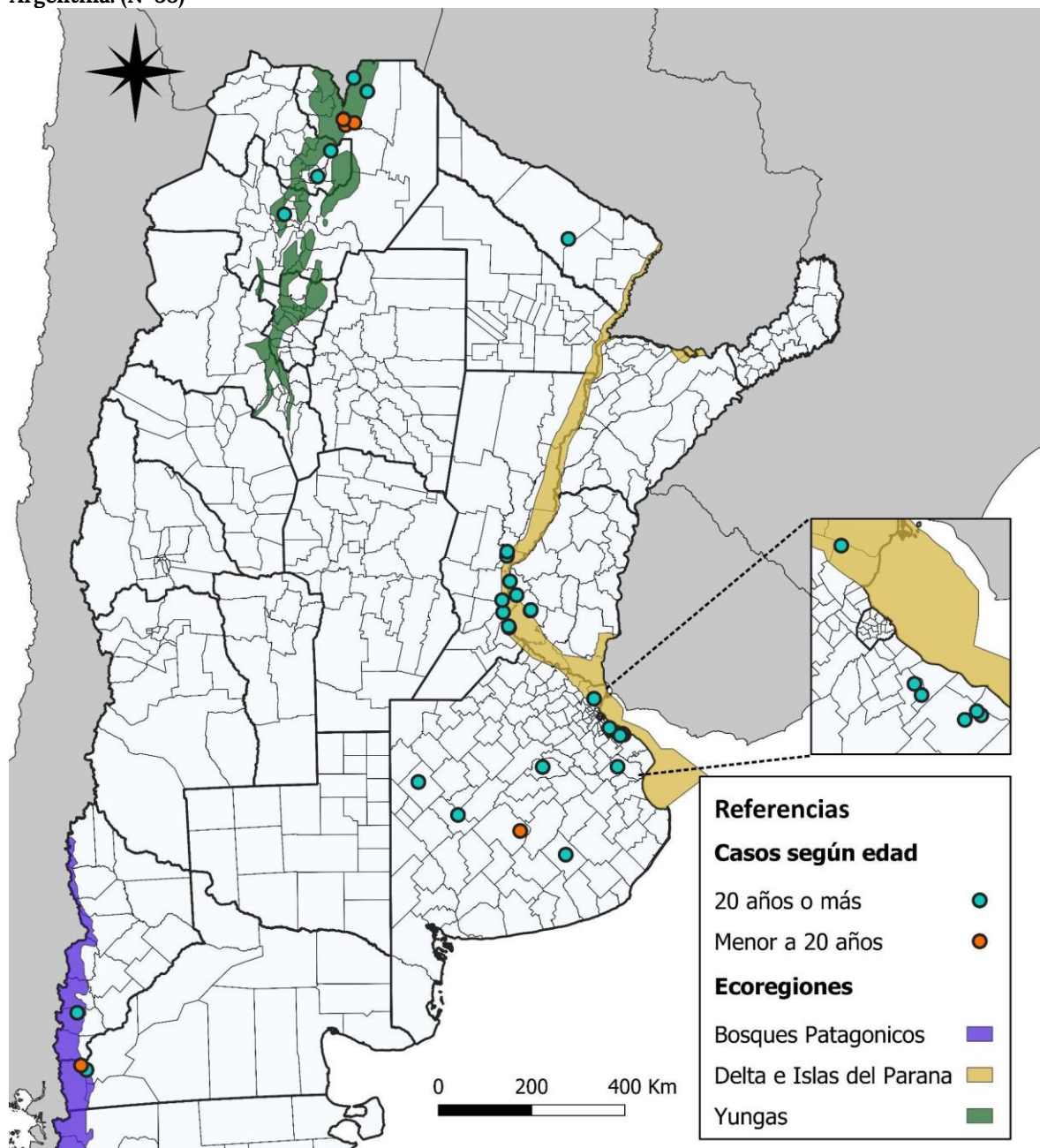
Tabla 2. Hantavirus: Casos totales históricos confirmados e incidencia acumulada por 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por año calendario. Argentina, 2019 a 2025. (N=528)

Año calendario	2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	37	0,21	21	0,12	13	0,07	17	0,10	11	0,06	14	0,08	25	0,14
Entre Ríos	3	0,22	6	0,43	1	0,07	5	0,35	2	0,14	3	0,21	8	0,55
Santa Fe	10	0,28	13	0,37	4	0,11	5	0,14	4	0,11	9	0,25	12	0,33
Centro	50	0,17	40	0,14	18	0,06	27	0,09	17	0,06	26	0,09	45	0,15
Chaco	2	0,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,16
Formosa	0	0,00	1	0,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,16
Misiones	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NEA	3	0,07	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,07
Jujuy	23	3,02	10	1,30	10	1,28	16	2,03	9	1,13	11	1,37	4	0,49
Salta	30	2,13	14	0,98	18	1,25	26	1,78	33	2,23	20	1,34	12	0,79
Tucumán	0	0,00	0	0,00	2	0,12	3	0,17	3	0,17	0	0,00	1	0,06
NOA	53	0,94	24	0,42	30	0,52	45	0,78	45	0,77	31	0,52	17	0,28
Chubut	15	2,46	3	0,48	2	0,32	5	0,78	1	0,15	1	0,15	1	0,15
Neuquén	0	0,00	1	0,15	1	0,15	0	0,00	3	0,44	1	0,14	2	0,28
Río Negro	3	0,41	1	0,13	1	0,13	0	0,00	3	0,39	5	0,64	4	0,50
Sur	18	0,62	5	0,17	4	0,13	5	0,17	7	0,23	7	0,23	7	0,22
Total País	124	0,28	70	0,15	52	0,11	77	0,17	69	0,15	64	0,14	72	0,15

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

En el mapa 1, se georreferencia la distribución de los 38 casos de hantavirus desde la SE 27/2025 hasta la SE 50/2025.

Mapa 1. Hantavirosis: Casos confirmados desde SE27/2025 a SE50/2025 y ecoregiones seleccionadas. Argentina. (N=38)



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

La distribución de los casos de hantavirus se asocia estrechamente con la del reservorio y, en consecuencia, con la ecorregión donde éste habita. El Mapa 1 identifica las ecorregiones principalmente vinculadas a los casos. En el NOA, los 8 casos corresponden a departamentos ubicados en las Yungas (verde). En la región Sur, los casos se localizan en los Bosques Patagónicos (3 casos). En la región Centro, la mayor concentración (19 casos) se vincula al bosque en galería del Delta e Islas del Paraná, que incluye los humedales de Samborombón y áreas aledañas a La Plata. Por otra parte, 7 casos del interior de la provincia de Buenos Aires se asocian a la ecorregión Pampeana y un caso en la región chaqueña (Formosa). Esta distribución requiere validación mediante trabajo de campo orientado a la búsqueda y caracterización de

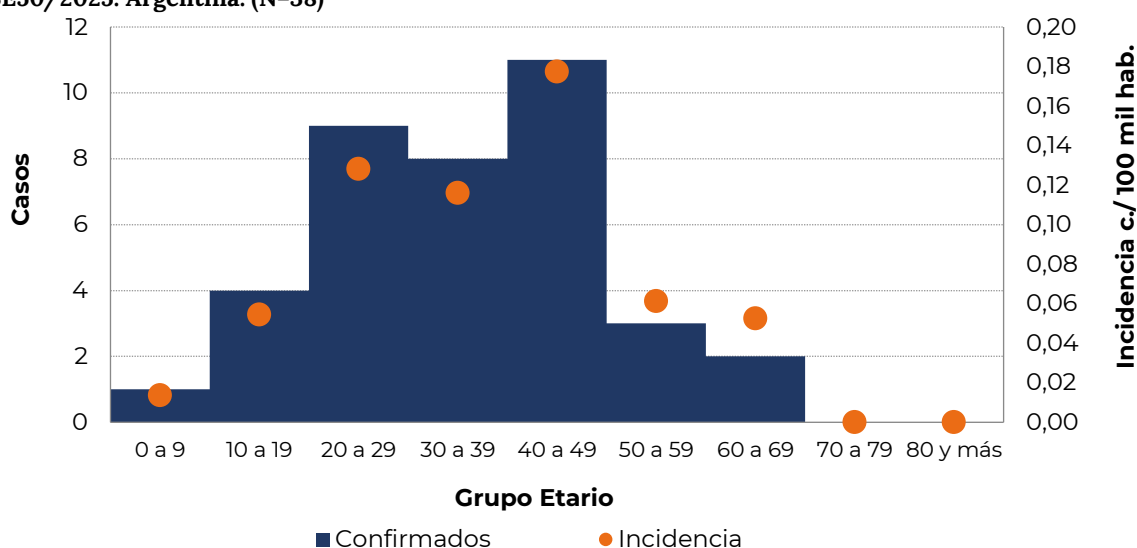
reservorios en cada foco, y se complementa con vigilancia genómica para confirmar la vinculación entre casos, reservorios y circulación viral.

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

Caracterización según grupos de edad

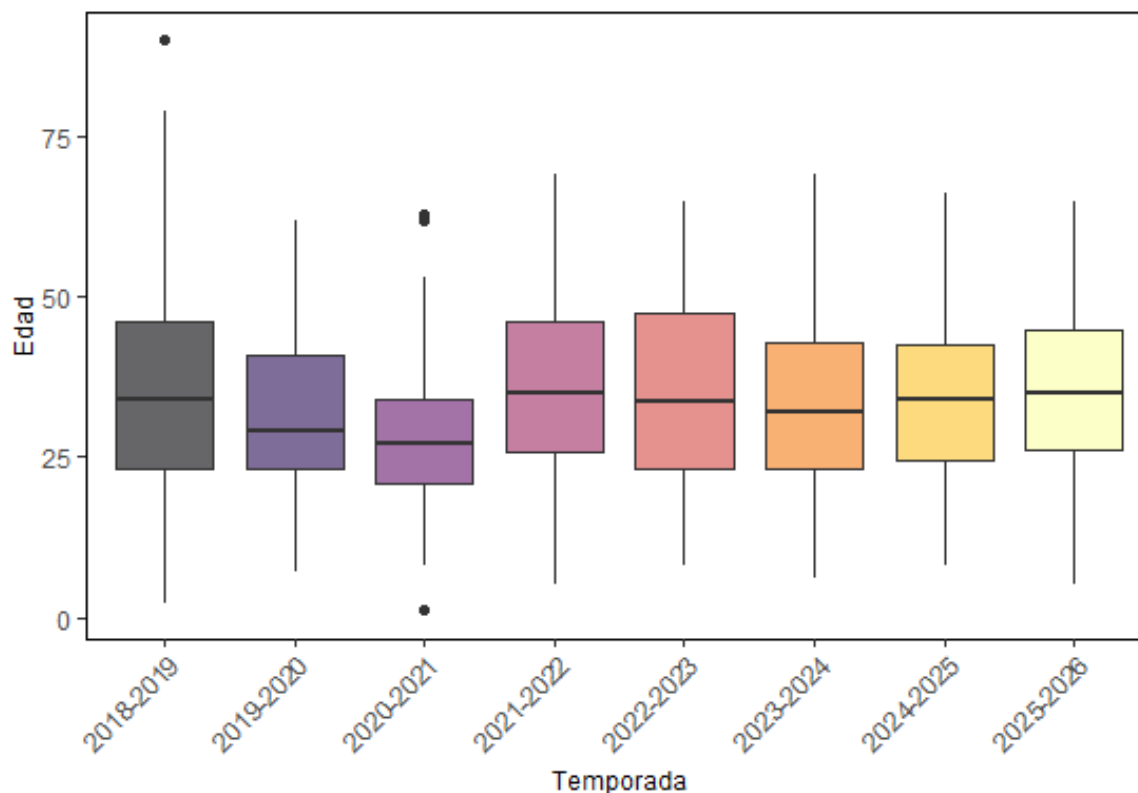
A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados de esta temporada fue de 35 años, concentrándose el 74% (28) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes en el período. La mediana de edad resultó ligeramente superior a las registradas en temporadas previas, como la de 2020–2021.

Gráfico 7. Hantavirosis: Casos y tasas de incidencia acumulada según grupo de edad. SE27/2025 a SE50/2025. Argentina. (N=38)



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

Gráfico 8. Hantavirosis: Boxplot de casos confirmados por edad según temporada. SE27/2018 a SE50/2025. Argentina. (N=577)

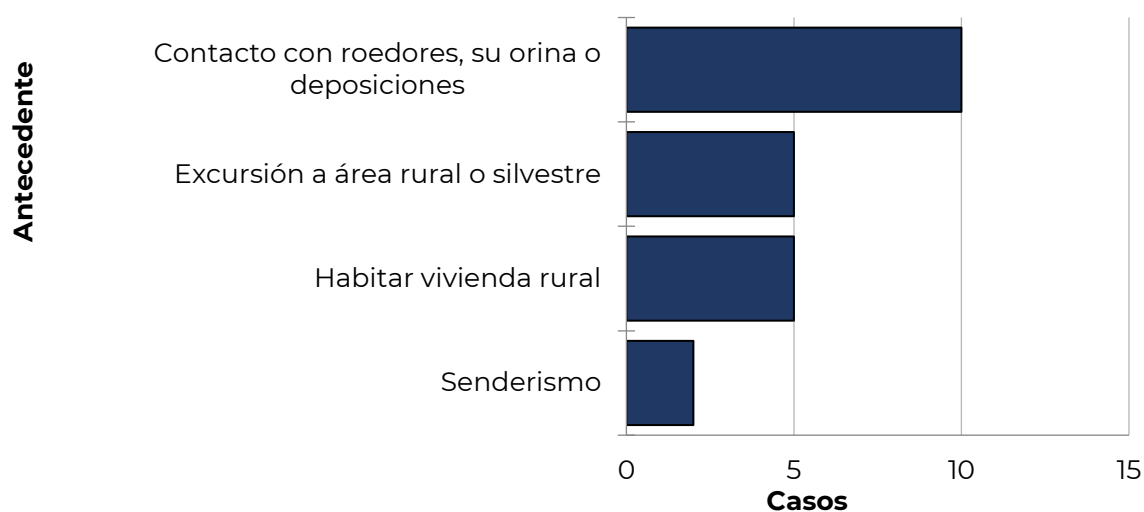


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Antecedentes epidemiológicos

Entre SE27/2025 y SE50/2025, el 42% de los casos (n=16) presentó información sobre antecedentes epidemiológicos, siendo los más frecuentes contactos con roedores, orina o deposiciones (63%), habitar vivienda rural (31%), y excursión a área rural o silvestre (31%). Cada caso puede presentar uno o más antecedentes epidemiológicos. Ninguno de los casos fue identificado como de transmisión interhumana.

Gráfico 9. Hantavirosis: Antecedentes epidemiológicos. SE27/2025 a SE50/2025. Argentina. (n=16)

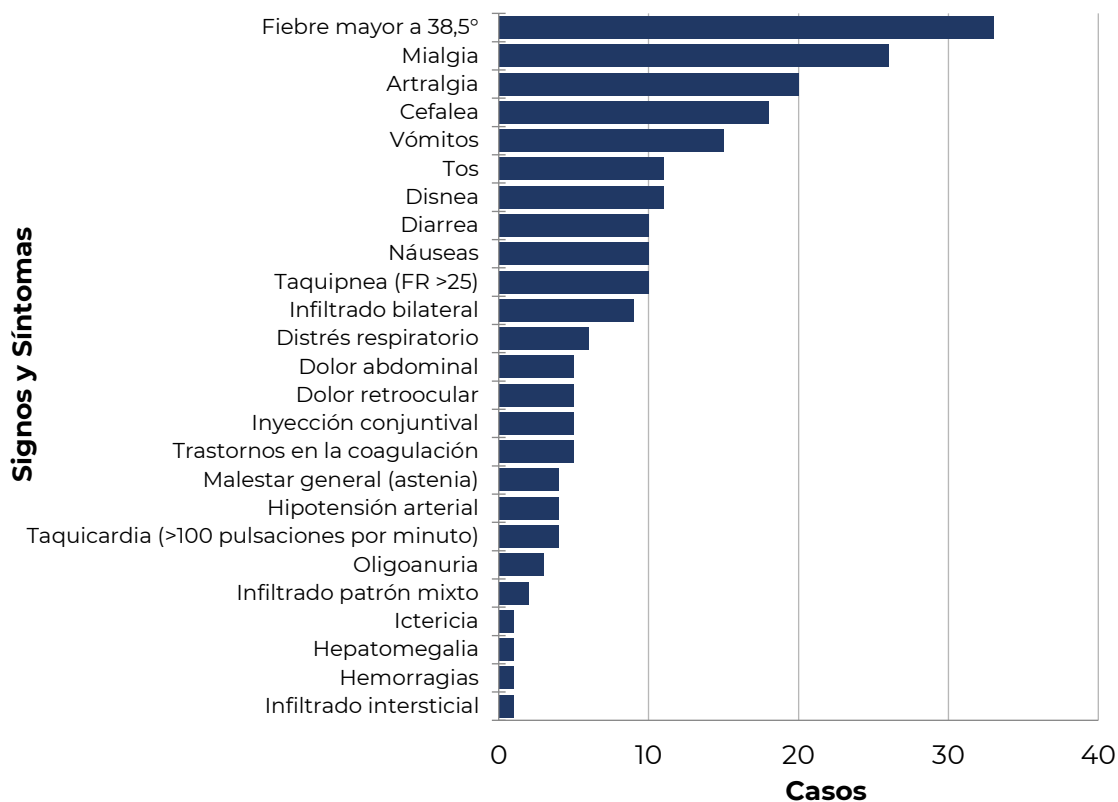


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Signos y síntomas

Entre SE27/2025 y SE50/2025, el 92% de los casos (n=35) presentó información sobre signos y síntomas, siendo los cinco más frecuentes: fiebre mayor a 38,5° (94%), mialgias (74%), artralgia (57%), cefalea (51%) y vómitos (43%). Cada caso puede presentar uno o más signos o síntomas.

Gráfico 10. Hantavirosis: Signos y síntomas. SE27/2025 a SE50/2025. Argentina. (n=35)

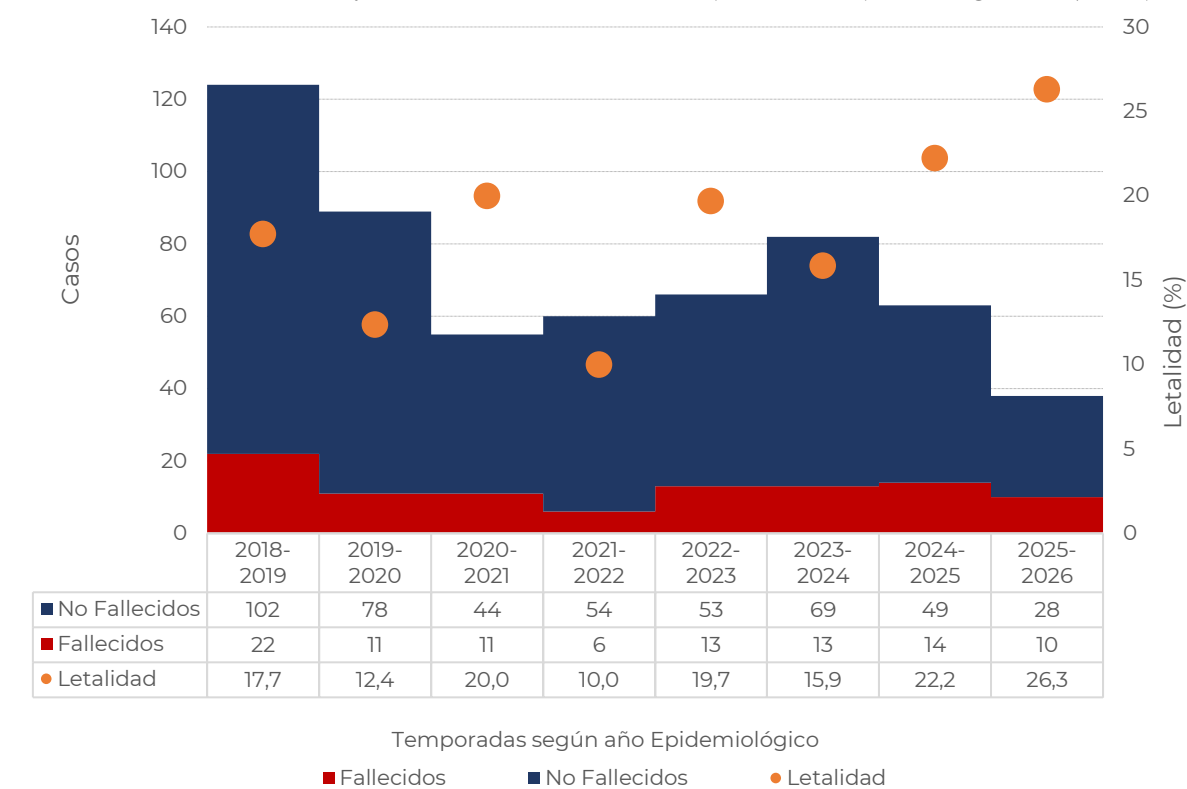


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Caracterización de la mortalidad

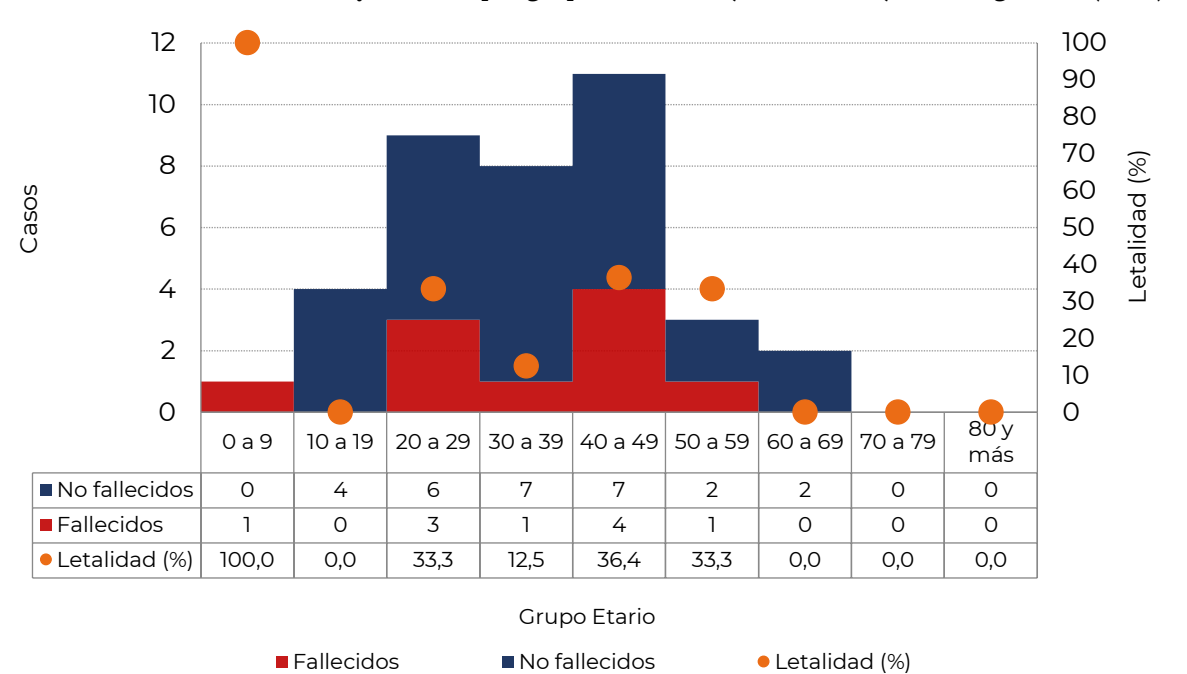
Entre SE27/2025 y SE50/2025 se notificaron 10 casos fallecidos, con una mediana de edad de 38,5 (RIC: 23,8-42,5) mayor que en temporadas anteriores, y una letalidad del 26,3%, también por encima a la de temporadas previas. La mayor letalidad se observa en el grupo etario de 40 a 49 años (36,4%).

Gráfico 11. Hantavirosis: Casos y letalidad por temporada. SE25/2018 a SE50/2025. Argentina. (N=577)

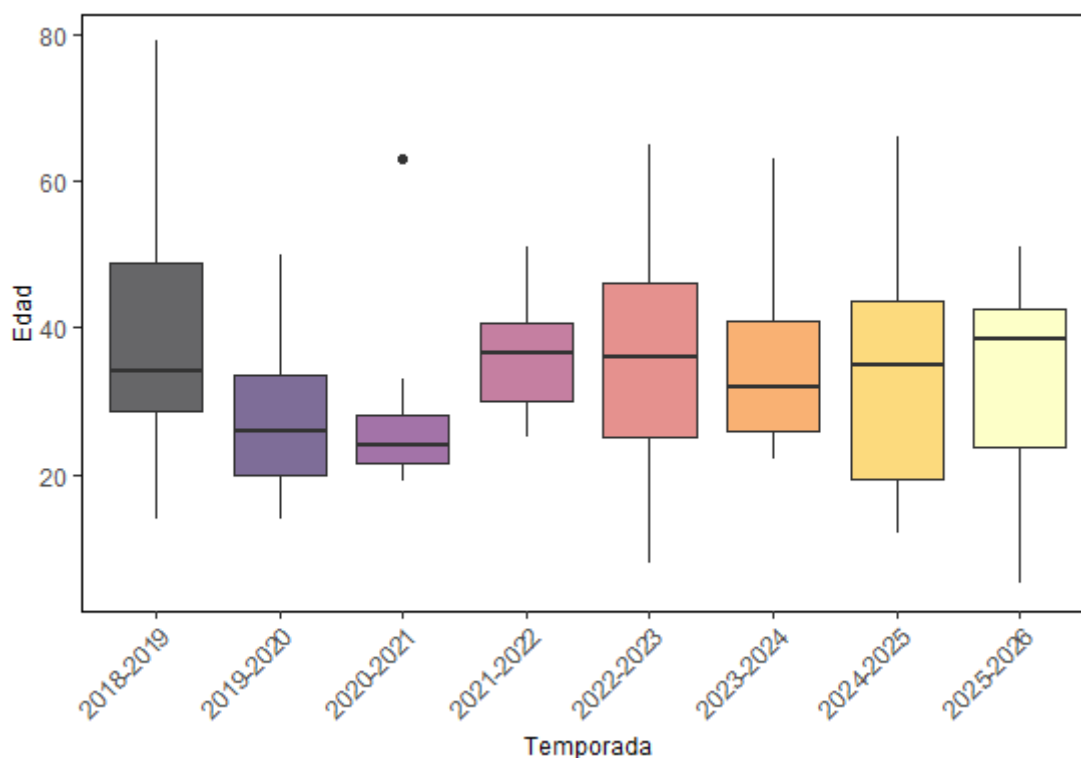


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Gráfico 12. Hantavirosis: Casos y letalidad por grupo etario. SE27/2025 a SE50/2025. Argentina. (N=35)



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

Gráfico 13. Hantavirosis: Boxplot de casos fallecidos por edad según temporada. SE27/2018 a SE50/2025. Argentina. (N=100)

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

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

Tabla 3. Hantavirosis: Casos totales históricos fallecidos, tasa de letalidad y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por año calendario. Argentina, 2019 a 2025. (N=91)

Año calendario	2019			2020			2021			2022			2023			2024			2025		
Jurisdicción	N	Let. (%)	Ta sa	N	Let. (%)	Ta sa	N	Let. (%)	Ta sa	N	Let. (%)	Ta sa	N	Let. (%)	Ta sa	N	Let. (%)	Ta sa	N	Let. (%)	Ta sa
Buenos Aires	6	16	0,03	1	5	0,01	1	8	0,01	2	12	0,01	3	27	0,02	3	21	0,02	6	24	0,03
Entre Ríos	1	33	0,07	2	33	0,14	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	4	50	0,28
Santa Fe	2	20	0,06	3	23	0,08	1	25	0,03	1	20	0,03	3	75	0,08	1	11	0,03	2	17	0,05
Centro	9	18	0,03	6	15	0,02	2	11	0,01	3	11	0,01	6	35	0,02	4	15	0,01	12	27	0,04
Chaco	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
Formosa	0	0	0,00	1	100	0,17	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
Misiones	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
NEA	0	0	0,00	1	100	0,02	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
Jujuy	2	9	0,26	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
Salta	7	23	0,50	1	7	0,07	1	6	0,07	4	15	0,27	3	9	0,20	4	20	0,27	3	25	0,20
Tucumán	0	0	0,00	0	0	0,00	1	50	0,06	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	1	100	0,06
NOA	9	17	0,16	1	4	0,02	2	7	0,03	4	9	0,07	3	7	0,05	4	13	0,07	4	24	0,07
Chubut	3	20	0,49	1	33	0,16	1	50	0,16	3	60	0,47	0	0	0,00	1	100	0,15	0	0	0,00
Neuquén	0	0	0,00	0	0	0,00	1	100	0,15	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	2	100	0,28
Río Negro	0	0	0,00	0	0	0,00	1	100	0,13	0	0	0,00	3	100	0,39	2	40	0,25	3	75	0,38
Sur	3	17	0,10	1	20	0,03	3	75	0,10	3	60	0,10	3	43	0,10	3	43	0,10	5	71	0,16
Total País	21	17	0,05	9	13	0,02	7	13	0,02	10	13	0,02	12	17	0,03	11	17	0,02	21	29	0,04

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

VI.2.C. VIGILANCIA GENÓMICA

Las variantes de hantavirus reportadas en Argentina, desde los inicios de los estudios genómicos en la década de 1990 hasta la actualidad, han sido descritas a partir de secuencias genómicas parciales. La vigilancia genómica activa, incorporando la secuenciación de genomas completos, ha permitido dilucidar relaciones filogeográficas de alta resolución entre las secuencias genómicas derivadas de pacientes y roedores, identificando la fuente de infección, las vías de transmisión y nuevas variantes o virus. Para el periodo 2024-2025, se reporta variante en el 15% de las muestras. Se identifica Laguna Negra en un caso de la Provincia de Chaco y Alto Paraguay en otro caso de Entre Ríos, siendo el resto de los reportes vinculables a la distribución histórica de las mismas (Andes, Lechiguanas, Buenos Aires y Bermejo).

VI.2.D. CONCLUSIONES

El periodo comprendido entre SE27/2025 y SE44/2025 presentó una proporción mayor de casos en la zona Centro (58%), seguida por la región NOA (29%) y la región Sur (11%). Asimismo, se observó un aumento en la letalidad global. En el grupo etario de menores de 20 años se identificaron 5 casos confirmados, uno de los cuales se registró como fallecido. Se destacó como antecedente epidemiológico más frecuente el contacto con roedores o el habitar/transitar en área rural o silvestre. Es importante intensificar la sospecha de hantavirosis en zonas endémicas y que sea incorporado en el interrogatorio de rutina siempre, durante todo el año. En particular, teniendo en cuenta la estacionalidad, esta recomendación, toma un carácter más importante aún en los meses de septiembre a abril, considerándola entre los diagnósticos diferenciales de otros síndromes febriles agudos inespecíficos. Ante la sospecha clínica de hantavirosis se sugiere realizar estudios diagnósticos confirmatorios a la mayor brevedad posible y hospitalizar; el diagnóstico precoz y la atención oportuna podrían mejorar la sobrevida de los pacientes. La mayor letalidad registrada en el periodo podría estar relacionada a la subnotificación de casos leves, aunque continúan en investigación otras causas. Se proseguirá con el análisis epidemiológico mientras transcurre la temporada. Se recomienda fortalecer tanto la vigilancia epidemiológica como la sospecha clínica, el testeo y el tratamiento oportuno de los casos con sintomatología compatible, teniendo en cuenta las regiones prevalentes y la temporalidad, así como indagando en los antecedentes epidemiológicos compatibles.

VI.3. Medidas preventivas generales

- Evitar la convivencia con roedores y cualquier contacto con sus secreciones.
- Impedir el ingreso de roedores y anidación en las viviendas.
- Sellar orificios en puertas, paredes y cañerías que puedan servir de acceso
- Realizar la limpieza (pisos, paredes, puertas, mesas, cajones y alacenas) con una solución compuesta por 1 parte de hipoclorito de sodio y 9 partes de agua, dejándola actuar durante 30 minutos antes de enjuagar.). Humedecer el piso antes de barrer para evitar la dispersión de polvo.
- Ubicar huertas y leña a más de 30 metros de las viviendas y en el caso de la leña, elevarla a 30 cm de altura del suelo. Mantener pastos y malezas cortados en un radio de 30 metros alrededor del domicilio.
- Ventilar durante al menos 30 minutos antes de ingresar a las viviendas, galpones, o refugios ubicados en ambientes rurales y/o silvestres en zonas endémicas que hayan permanecido cerrados por periodos prolongados. Utilizar barbijo N95 al ingresar.
- En vehículos que hayan permanecido en desuso por tiempo prolongado, ventilar el habitáculo antes de ingresar y encender el ventilador del vehículo con ventanas o puertas abiertas por un tiempo prudencial para expulsar el polvo o aire proveniente del motor, donde podrían haber anidado roedores.

- Tener especial precaución en la puesta en marcha de ventiladores y de aire acondicionado cuyos filtros o conductos puedan haber tenido contacto con polvo contaminado, roedores o excretas de estos. Antes de utilizarlos realizar la limpieza adecuada previamente y utilizar barbijo N95.
- Al acampar hacerlo alejado de maleza y basurales. Evitar dormir directamente sobre el suelo y consumir siempre agua potable.

Procedimientos ante presencia de roedores

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

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

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

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

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

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

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

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

SITUACIONES **EMERGENTES**

VII. Coqueluche - Actualización informe epidemiológico

VII.1. Introducción

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

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

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

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

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

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 6.300 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 1.000 fueron confirmados. En 871 de ellos, se contó con confirmación de laboratorio²⁷, identificándose *B. pertussis* en el 79,4% (n=692); 3 casos correspondieron a *B. parapertussis* y 176 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.). En las últimas semanas se registraron 8 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 1.000 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 2,11 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 1-51. Argentina. Años 2019-2025.



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

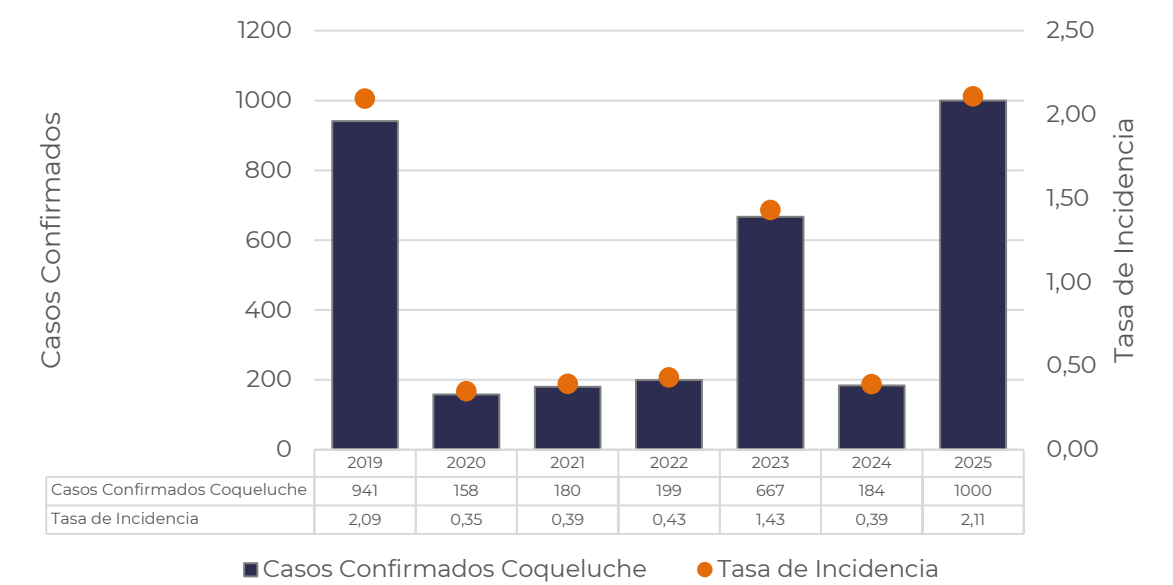
Durante 2025, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de Córdoba (n= 1.342), provincia de Buenos Aires (n= 1.291), CABA (n=975), Tierra del Fuego (n=692), y Salta (n=678), seguidos por establecimientos de Mendoza (n=556), Santa Fe (n=335), Entre Ríos (n=62) y Tucumán (n=52). En el resto de las provincias se notificaron 50 casos sospechosos o menos en lo que va del año.³⁰

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".

Del total de notificados, se confirmaron 1.000 casos, representando una tasa de incidencia de 2,11 casos cada 100.000 habitantes. En el período analizado, la mayor tasa de incidencia se observó en el presente año, seguido por los años 2019 y 2023³¹.

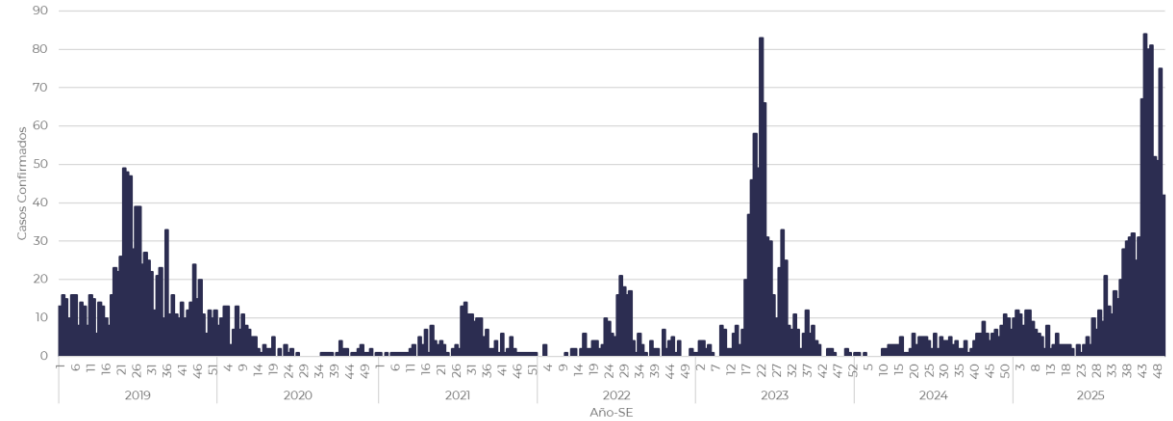
Gráfico 2. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. SE 1-51. Argentina. Años 2019-2025.



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 SE51/2025.



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

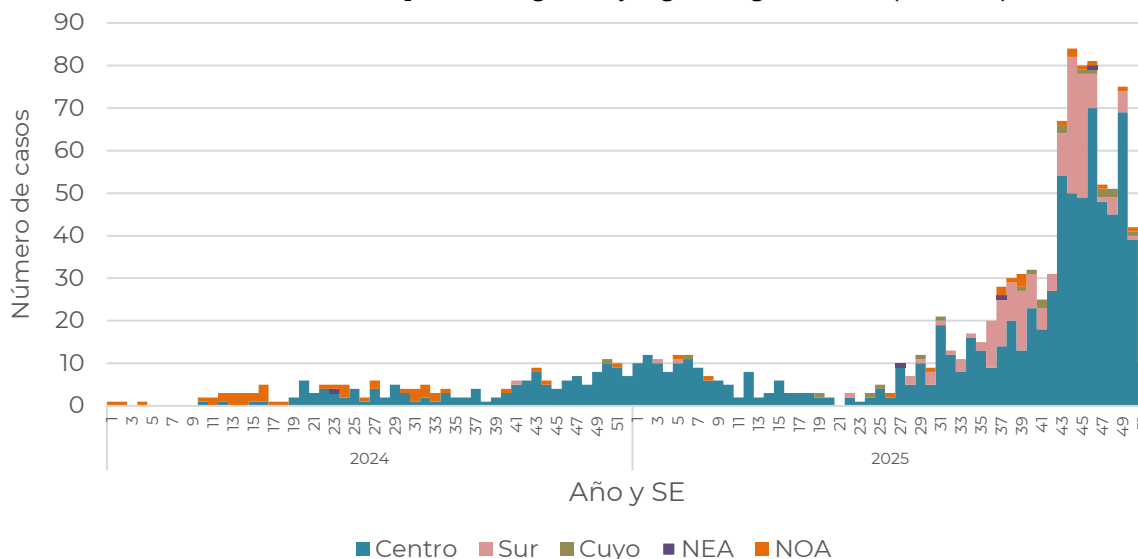
A partir de la SE 10/2024 se observan casos de coqueluche de manera sostenida, principalmente a expensas de la Región Centro. Desde la SE 43/2024 se identifica un leve incremento que alcanza un máximo en las SE 5 y 6/2025, seguido de un descenso hasta mitad del año.

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.

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

El mayor número de casos confirmados del año se observó en la SE 44 (n=84). En las últimas 2 semanas los casos presentan una tendencia a la disminución³².

Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2024-51/2025.

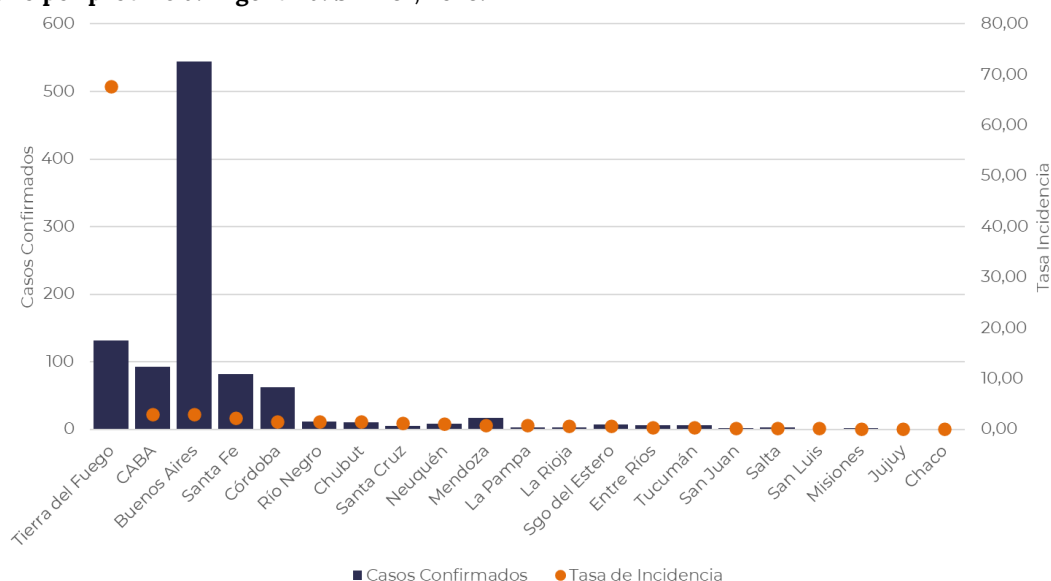


Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyen en 21 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observa en la Región Centro (n=787), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n=544) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=93). En la Región Sur se confirmaron 170 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 1-51, 2025.

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

La mayor incidencia acumulada se registra en Tierra del Fuego, que —en el marco del brote en Ushuaia y Río Grande— presenta una IA de 67,72 casos por cada 100.000 habitantes, valor 22,5 veces superior al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que ocupa el segundo lugar con una IA de 3,01 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 2,96 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 51, 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 1-51. 2019-2025.

Jurisdicciones	Casos Confirmados						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	208	48	45	56	47	65	539
CABA	19	11	0	3	2	46	92
Catamarca	5	0	0	11	2	0	0
Chaco	4	3	0	2	0	0	1
Chubut	10	6	3	1	1	0	10
Córdoba	190	31	37	5	81	11	60
Corrientes	2	0	0	1	0	0	0
Entre Ríos	42	1	1	0	1	2	6
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	16
Misiones	10	1	5	5	9	1	2
Neuquén	1	1	0	0	2	0	8
Río Negro	5	1	0	0	1	1	12
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	80
Sgo del Estero	2	0	0	0	0	0	5
Tierra del Fuego	7	2	0	0	0	0	131
Tucumán	7	4	1	0	2	0	6
Total Nacional	931	156	179	197	666	174	986

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

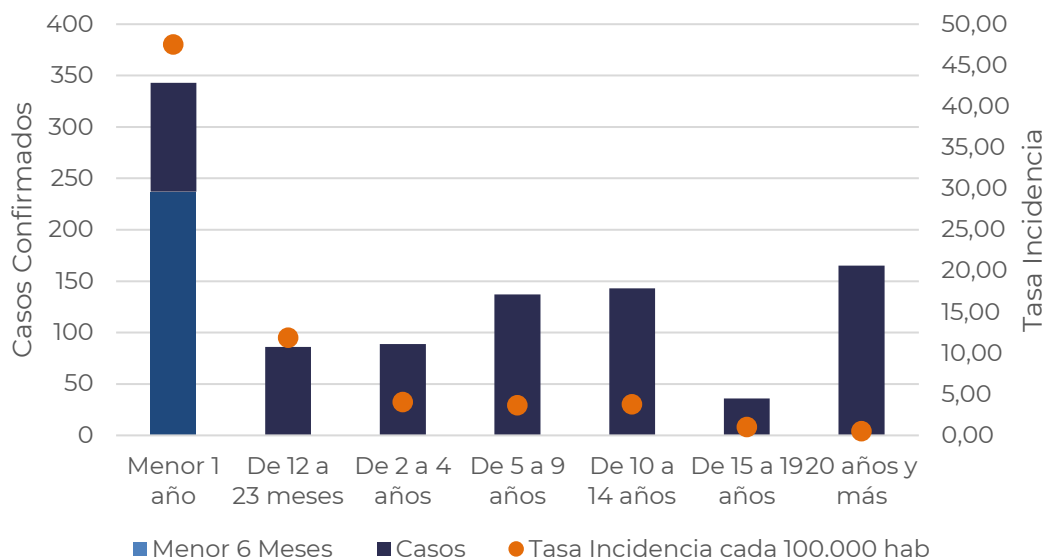
Como se mencionó previamente, si bien 21 jurisdicciones presentan casos de coqueluche en el corriente año, el incremento observado respecto de los años anteriores se concentra en Tierra del Fuego, Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba.

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 1-51, 2025.



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

Las mayores incidencias acumuladas se observaron en el grupo de 0 a 5 años, con predominio en los menores de 1 año, que concentraron el 34,3% de los casos confirmados en 2025 (n=343), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=237). 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

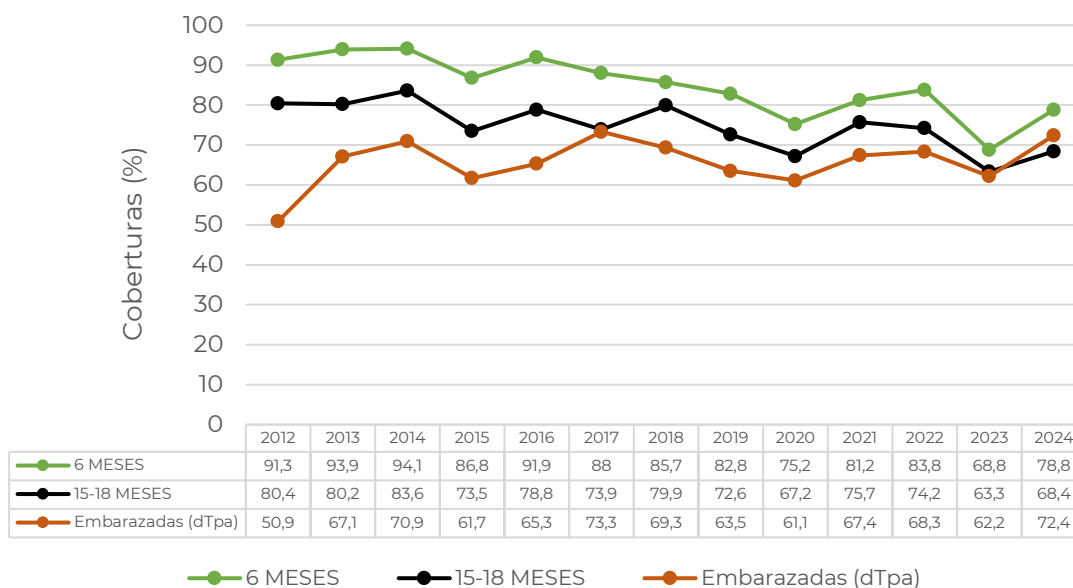
VII.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

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.

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

*Para mayor información, consultar la Guía de vigilancia, prevención y control de Coqueluche del Ministerio de Salud de la Nación:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20251215-guiacoqueluche_23122025.pdf*

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

VIII. Intento de Suicidio - Actualización de informe de la implementación del Sistema de Vigilancia y situación epidemiológica

VIII.1. Introducción

Los intentos de suicidio constituyen un problema de salud pública creciente y prioritario a nivel mundial, regional y nacional.

En Argentina, en 2015, se aprobó la Ley Nacional de Prevención del Suicidio N°27.130 que en su artículo 6, incisos e) y f), dispone *"crear un sistema de registro que contenga información estadística de los intentos de suicidios, suicidios cometidos, causa de los decesos, edad, sexo, evolución mensual, modalidad utilizada y todo otro dato de interés a los fines del mejoramiento de la información estadística, la que será proporcionada por los sectores dedicados a la problemática del suicidio, públicos y privados"* así como la obligatoriedad de la notificación. El decreto 603/2021 que reglamenta esta ley, establece la unificación de registros y la creación de un sistema de notificación obligatoria.

En este sentido, se inició un trabajo conjunto entre el Programa de Abordaje Integral de la Problemática de Suicidio, el área de Epidemiología y Gestión de la Información en Salud Mental de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, con participación de las jurisdicciones, para desarrollar herramientas que permitiesen incorporar este evento al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), dentro del grupo de "Lesiones Intencionales".

El intento de suicidio fue incluido como evento de notificación obligatoria en la última actualización del Manual de Normas y Procedimientos (Res. 2827/2022), y su notificación se implementa de forma progresiva desde el 1 de abril de 2023.

Es importante reconocer que, en el marco de los datos de la vigilancia epidemiológica, todos los datos obtenidos corresponden a la notificación al SNVS y son parciales y susceptibles de modificación. Esto se debe a diversos factores, entre ellos los cambios en las normativas, la incorporación de nuevos establecimientos notificadores, las actualizaciones en las definiciones de caso y el desarrollo de herramientas diagnósticas. Es decir, en términos generales, es preciso tener en cuenta la implementación y la historia de la notificación de los casos. En este contexto, y considerando la multideterminación, la sensibilidad del evento y la complejidad de su abordaje, la información presentada —en particular— debe interpretarse como parcial y sujeta a revisión.

Sin perjuicio de lo anterior, cabe destacar que a instancias de los datos es posible realizar un análisis de las características de los casos notificados para poder dimensionar su comportamiento y, con ello, fortalecer las estrategias de vigilancia, prevención y atención integral.

VIII.2. Nota metodológica

El análisis presentado en este informe se basa en los casos notificados al SNVS 2.0 por los efectores de salud habilitados durante el período comprendido entre el 1 de abril de 2023 y el 31 de octubre de 2025.

Para el análisis de los casos según distribución geográfica se construyó una variable que contempla en primera medida la provincia de residencia y en los casos en los que esté incompleto, se utiliza la provincia de carga.

En este informe, se emplea la tasa de notificación, una medida fundamental en epidemiología que permite la comparación de los casos absolutos entre poblaciones con diferentes tamaños. Para este análisis, se han calculado las tasas específicas para las regiones del país. Los numeradores corresponden a los casos notificados, mientras que en el denominador se utilizan las proyecciones de población para 2024 y 2025, basadas en el Censo 2022 y provistas por INDEC.

Para profundizar sobre la vigilancia epidemiológica del evento se recomienda leer el [BEN N° 758 SE 21](#).

VIII.3. Sobre la implementación de la vigilancia de los intentos de suicidio

VIII.3.A. ANTECEDENTES

El 1 de abril de 2023 se comienza formalmente con la Notificación Obligatoria de Intentos de Suicidio al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS 2.0).

Los objetivos de la vigilancia epidemiológica del evento, descritos en el Manual³⁴ son:

- *Estimar la magnitud del evento en términos de tiempo, lugar y persona.*
- *Caracterizar epidemiológicamente los intentos de suicidio.*
- *Identificar las poblaciones o grupos de riesgo para fortalecer las actividades de control y prevención.*
- *Proporcionar información para apoyar las acciones de seguimiento a las personas con intentos de suicidio y a sus referentes vinculares.*

La ficha epidemiológica y su respectivo instructivo se presentaron en reuniones regionales y jurisdiccionales durante 2023. Además, se realizan capacitaciones virtuales, destinadas a todos los trabajadores de la salud, con el objetivo de sensibilizar acerca de la importancia de la notificación de los eventos relacionados con salud mental. A octubre de 2025, las 24 jurisdicciones han realizado notificaciones en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Desde la puesta en marcha de la notificación del evento, la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio, lleva adelante acciones de asistencia técnica a las jurisdicciones para afianzar y mejorar la Notificación Obligatoria de los Intentos de Suicidio en todo el territorio nacional.

El incremento progresivo de los registros se encuentra estrechamente vinculado al acompañamiento permanente brindado por la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental, a través del Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio y del área de Epidemiología en Salud Mental, gestión de la información e investigación. Durante este período, se llevaron adelante instancias sistemáticas de trabajo territorial, asistencia técnica a las áreas

³⁴

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/msal-manual_de_normas_y_procedimientos_de_vigilancia_y_control_de_eno_2022.pdf

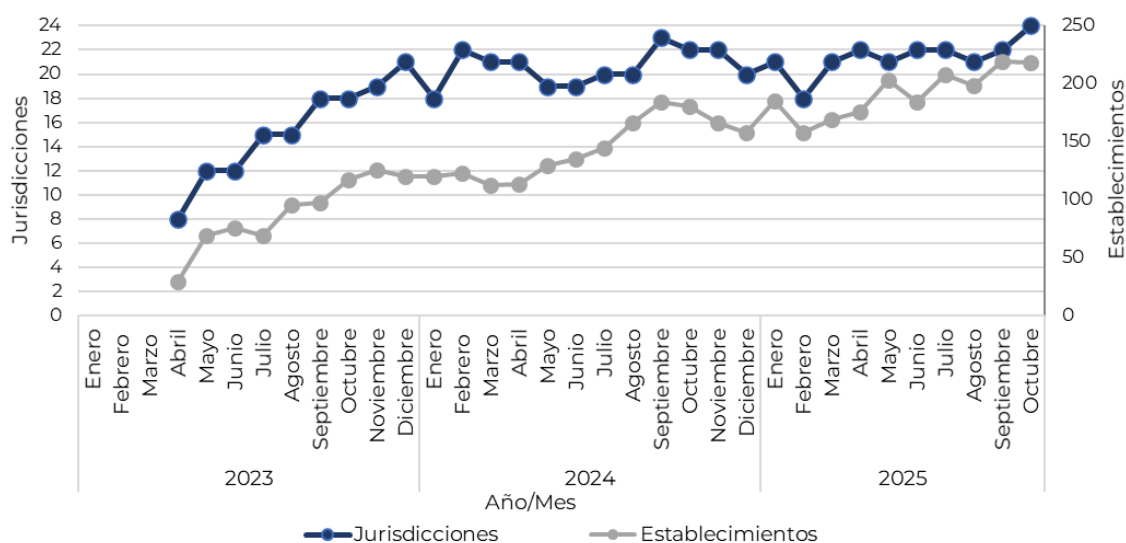
provinciales de salud mental y epidemiología, y espacios de intercambio con referentes locales a fin de fortalecer los circuitos de carga y resolver obstáculos operativos. Asimismo, las reuniones sostenidas con las autoridades jurisdiccionales de manera individual con cada una de ellas, constituyeron un ámbito clave para consolidar acuerdos, mejorar la coordinación interinstitucional y favorecer una mayor adherencia al proceso de notificación. En este contexto, la ampliación del volumen de registros debe interpretarse como resultado de estos esfuerzos de implementación y no como un aumento real del fenómeno.

A partir del segundo semestre de 2025, en función del análisis presentado en el Boletín Epidemiológico Nacional N° 758, se dió inicio a la implementación de una estrategia de monitoreo sistemático junto a las jurisdicciones, con el objetivo de contribuir a la identificación de obstáculos y oportunidades de intervención en los diferentes eslabones del proceso de notificación, considerando para ello el rol del personal de salud que realiza la atención, la coordinación al interior de cada establecimiento sanitario y las responsabilidades de las áreas de gestión en cada jurisdicción.

VIII.3.B. JURISDICCIONES Y ESTABLECIMIENTOS PARTICIPANTES

El Gráfico 1 muestra la evolución mensual de las jurisdicciones y los establecimientos que notificaron intentos de suicidio al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), desde la incorporación del evento como notificación obligatoria en abril de 2023.

Gráfico 1. Evolución mensual de jurisdicciones y establecimientos que notificaron intentos de suicidio (con y sin resultado mortal). Abril 2023-octubre 2025. Argentina.



Fuente: Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental en base a datos notificados en SNVS 2.0.

Al inicio, en abril 2023, se notificaron casos en 8 provincias. A partir de entonces, se observó un crecimiento sostenido en la incorporación de jurisdicciones notificantes, alcanzando 21 en diciembre de 2023 y llegando a un máximo de 23 jurisdicciones en septiembre de 2024. La tendencia general indica una ampliación progresiva de la cobertura territorial de la vigilancia del intento de suicidio, lo que constituye un avance relevante en términos de fortalecimiento del sistema de información y monitoreo a nivel nacional. Durante 2024, el número de provincias que notificaron se mantuvo relativamente estable, con leves oscilaciones mensuales. En febrero de 2025 se evidenció una disminución transitoria (18 jurisdicciones), seguida de un repunte en marzo (21 jurisdicciones) recuperando para octubre del año en curso, 24 jurisdicciones notificando simultáneamente. Estas variaciones podrían estar relacionadas con factores

operativos, administrativos o coyunturales que inciden en los procesos de notificación y reporte.

El número de efectores alcanzó su punto máximo también en septiembre de 2024, con 187 establecimientos notificadores, seguido de una leve disminución en los meses siguientes. Este comportamiento refleja la expansión progresiva de la red de vigilancia, a medida que más servicios de salud integran el registro del evento en sus prácticas de notificación. Para el año 2025, el número de establecimientos obtuvo su valor máximo en septiembre con 219 establecimientos.

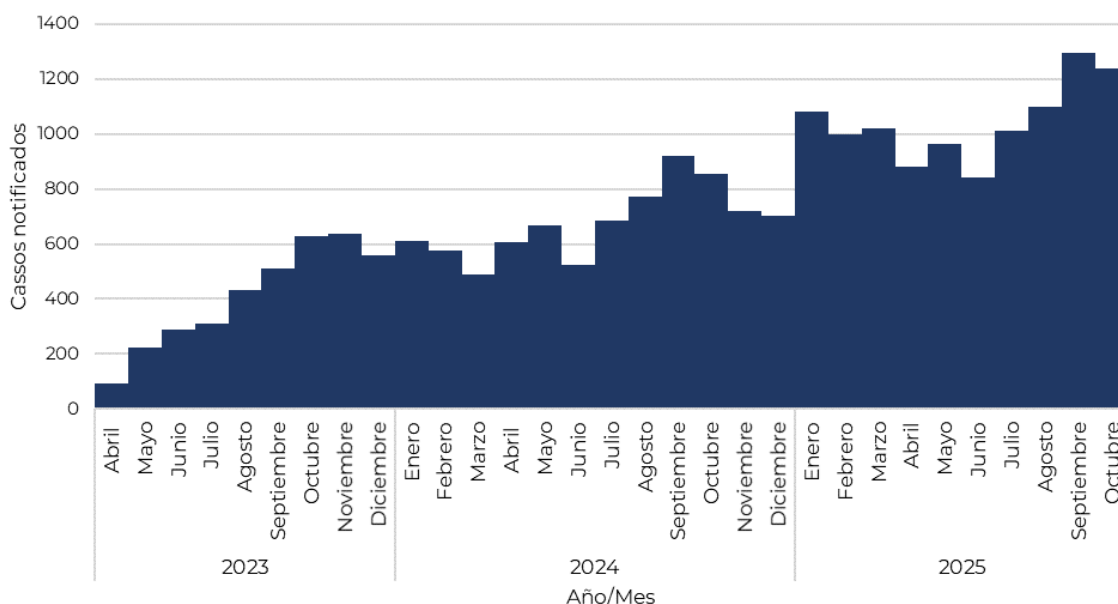
Considerando ambos indicadores de manera conjunta, puede sostenerse que, además de la necesidad de mantener su seguimiento y evaluación, se observa una tendencia a la estabilización en la participación de las jurisdicciones acompañada de un crecimiento, durante el 2025, del número de establecimientos notificadores.

VIII.3.C.TOTAL DE NOTIFICACIONES EN EL PERÍODO DE IMPLEMENTACIÓN

Como se expresó al inicio, el total de los casos notificados no puede ser tomado, aún, de manera representativa de la realidad de los intentos de suicidio en el país. Lo que se observa a continuación da cuenta del proceso de implementación y aumento de la adherencia a la vigilancia y a la ley de notificación obligatoria y no de un incremento de casos del evento en el período descripto.

En el siguiente gráfico se presenta la notificación de intentos de suicidio en todo el período de implementación.

Gráfico 2. Evolución mensual de casos notificados de intentos de suicidio (con y sin resultado mortal). Abril 2023-octubre 2025. Argentina. N: 22.249



Fuente: Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental en base a datos registrados en SNVS2.0.

El análisis de los eventos notificados muestra un incremento sostenido en la notificación mensual de intentos de suicidio desde el inicio de la vigilancia obligatoria en abril de 2023.

Si bien se observaron algunas fluctuaciones a lo largo del tiempo, la tendencia general fue ascendente. Inicialmente, el valor más alto se registró en enero de 2025, con 1.084 eventos notificados, seguido de una leve fluctuación en los meses de febrero y marzo y posteriormente

una disminución en abril (882 casos). Luego, se observa un aumento en la notificación alcanzando el valor máximo en septiembre de 2025 (1.294). Este patrón de crecimiento progresivo puede vincularse tanto a una mayor consolidación del sistema de vigilancia como a un fortalecimiento en la capacidad de notificación por parte de los efectores de salud.

VIII.3.D. SÍNTESIS DE LA IMPLEMENTACIÓN

Desde la incorporación del evento “intento de suicidio” como notificación obligatoria en el SNVS 2.0 en abril de 2023, se observa una tendencia general sostenida al crecimiento en tres dimensiones clave: número de jurisdicciones notificantes, cantidad de establecimientos que registran el evento y volumen mensual de casos informados.

Entre abril de 2023 y octubre de 2025, la cobertura territorial se expandió progresivamente, con la incorporación de nuevas provincias y efectores al circuito de vigilancia. Este proceso fue acompañado por un incremento sostenido en la cantidad de notificaciones, lo que refleja tanto una consolidación de los circuitos de registro como una mayor sensibilización del sistema de salud sobre la importancia de este evento.

El análisis de la razón de notificaciones y establecimientos muestra que las oscilaciones en la notificación son leves y el incremento de las mismas se podría explicar por un aumento de la implementación y no por un incremento de los casos de intento de suicidio.

Debido a que el evento continúa en proceso de implementación en diversas jurisdicciones, la información disponible todavía no posibilita una caracterización representativa de los patrones epidemiológicos del intento de suicidio a nivel nacional. En consecuencia, los datos presentados se orientan al monitoreo del funcionamiento del sistema de notificación y no deben entenderse como una descripción completa de la magnitud ni de las particularidades del fenómeno.

VIII.4. Situación de la notificación de los intentos de suicidio

VIII.4.A. NOTIFICACIÓN DE INTENTOS DE SUICIDIO CON Y SIN RESULTADO MORTAL

Entre el **1 de abril de 2023 y el 31 de octubre de 2025, se notificaron 22.249 eventos al SNVS 2.0**. De ese total, el 95% (n=20.928) corresponde a intentos de suicidio sin resultado mortal, y el 5% (n=1218) a intentos de suicidio con resultado mortal. Esto representa una razón de 17,2 intentos de suicidio no fatales por cada suicidio con resultado mortal. En la siguiente tabla se observa el detalle en relación con el sexo y la clasificación.

Tabla 1. Intento de suicidio: casos notificados según sexo y clasificación. Abril 2023-octubre 2025. Argentina. N=22.146*

Clasificación	Femenino		Masculino	
	Casos	%	Casos	%
Con resultado mortal	284	2,1%	934	10,8%
Sin resultado mortal	13200	97,9%	7728	89,2%
Total	13484	100%	8662	100%

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

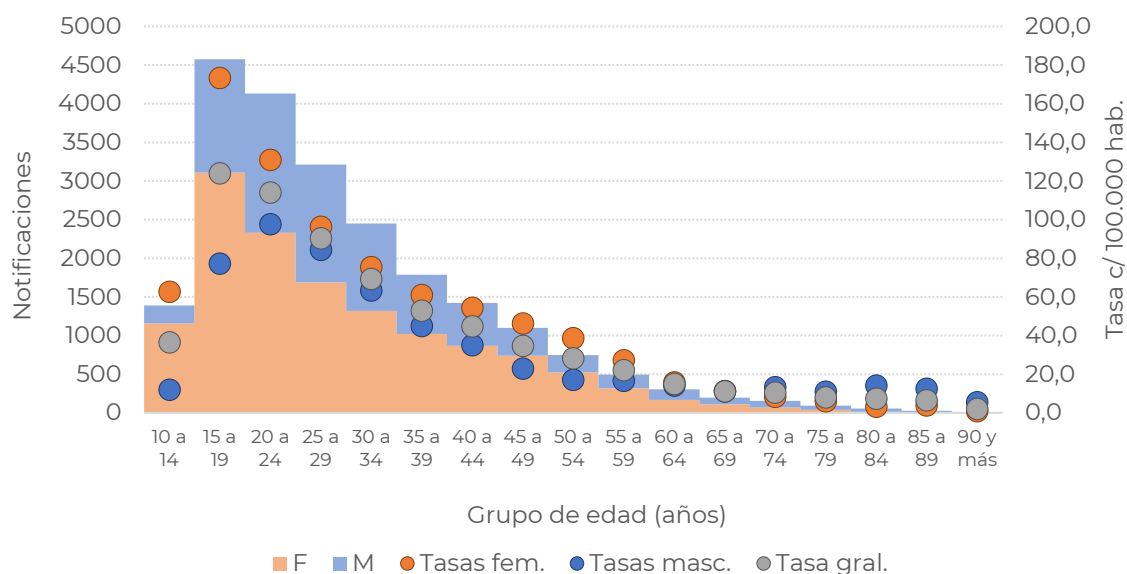
* Se excluyen 38 casos notificados por pertenecer al grupo de edad de menores de 10 años y estar en evaluación su situación y 65 notificaciones que no cuenta con el dato de sexo

Si bien en la distribución general predomina el sexo femenino con el 61% de los eventos notificados (n=13.484), al desagregar la información según la clasificación, se observa que los varones son quienes presentan un mayor riesgo de resultado mortal. Los valores 2,1% en

mujeres versus 10,8% en varones, dan cuenta de un riesgo 5 veces mayor de que el resultado del intento de suicidio sea mortal en el sexo masculino en relación con las mujeres.

A continuación, se caracterizará a la población según grupo de edad, sexo y sus tasas específicas, independientemente de la clasificación del caso.

Gráfico 3. Intentos de suicidio con y sin resultado mortal. Notificaciones y tasas cada 100.000 hab. según grupo etario y sexo. Abril 2023-octubre 2025. Argentina. N=22.146*



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

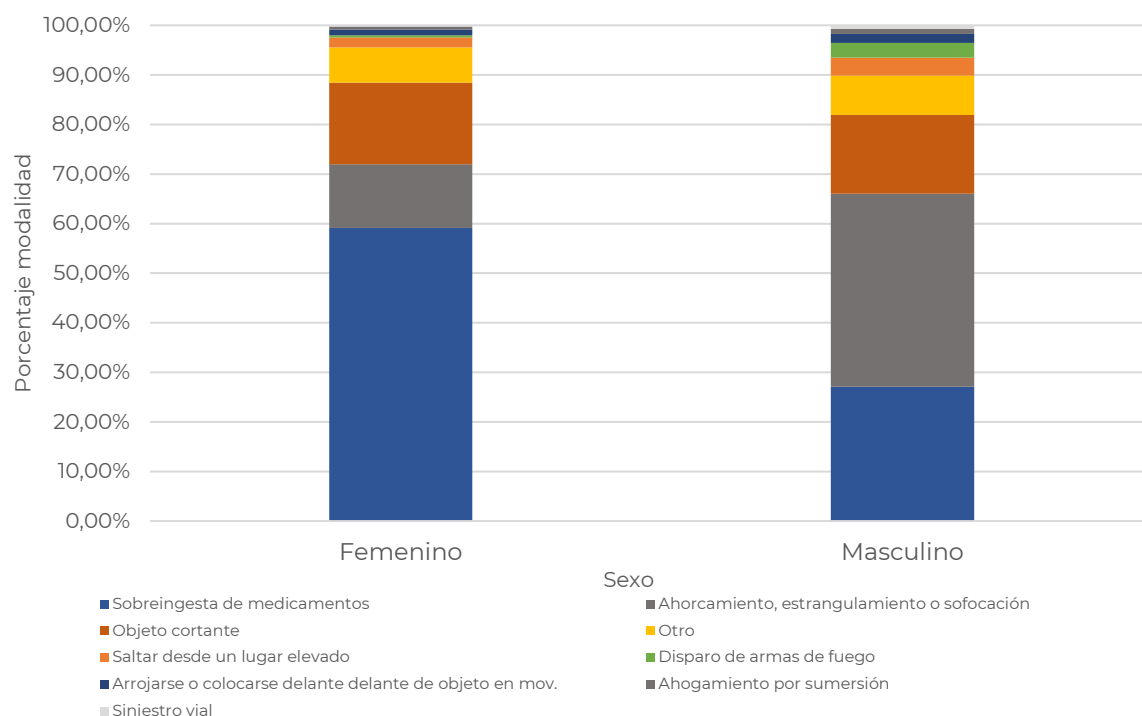
* Se excluyen 38 casos notificados por pertenecer al grupo de edad de menores de 10 años y estar en evaluación su situación y 65 notificaciones que no cuenta con el dato de sexo

Con respecto a la distribución por edad puede observarse que la mayor cantidad de casos se encuentran en los grupos de adolescentes y adultos jóvenes (15 a 34 años). Ahora bien, es importante remarcar que las tasas más elevadas corresponden a los grupos de 15 a 19 años (124 casos cada 100.000 hab.) y 20 a 24 (114 casos cada 100.000 hab.).

En relación con el sexo y especialmente su vínculo con la edad, puede verificarse que, para todos los grupos etarios, con excepción de los mayores de 65 años, las tasas más elevadas corresponden al sexo femenino, siendo el grupo de 15 a 19 años el que presenta las tasas más elevadas de intentos de suicidio de todos los grupos de edad y sexo, duplicando, además, la tasa de los varones para el mismo grupo.

En el siguiente gráfico se muestra la modalidad del intento según el sexo de los casos.

Gráfico 4. Intentos de suicidio con y sin resultado mortal. Porcentaje de modalidad del intento según sexo. Abril 2023-octubre 2025. Argentina. N=19.397



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

*** Se excluyen 38 casos notificados por pertenecer al grupo de edad de menores de 10 años y estar en evaluación su situación y 65 notificaciones que no cuenta con el dato de sexo. Asimismo, no se contabilizaron 2749 casos que no contaban con la modalidad consignada en el sistema.**

En términos generales, la sobre ingesta de medicamentos es la modalidad más utilizada para el evento (46,5%); esta modalidad, sin embargo, presenta diferenciales según sexo. En el caso de las mujeres, su uso asciende casi al 60% y en los varones alcanza el 27%. En el sexo masculino, la modalidad que predomina es el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (39%), que representa el tercer método utilizado por las mujeres. Por último, el uso de objeto cortante es una modalidad que presenta un porcentaje similar en ambos sexos (16%), ubicándose en segundo lugar para las mujeres y el tercero para los varones.

Resulta importante, además, caracterizar el lugar de ocurrencia de los intentos, independientemente a su clasificación.

Tabla 3. Intento de suicidio con y sin resultado mortal: casos notificados según lugar de ocurrencia. Abril 2023-octubre 2025. Argentina. N=15.487*

Lugar de ocurrencia	Casos	%
Vivienda	13267	85,7%
Vía pública	1471	9,5%
Lugar de trabajo	129	0,8%
Institución residencial	144	0,9%
Establecimiento de salud	131	0,8%
Establecimiento educativo	78	0,5%
Otro	267	1,7%
Total	15487	100%

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

*** Se excluyen 38 casos notificados por pertenecer al grupo de edad de menores de 10 años y estar en evaluación su situación y 65 notificaciones que no cuenta con el dato de sexo. Asimismo, no se contabilizaron 6659 casos que no contaban con el lugar de ocurrencia consignada en el sistema.**

Como puede observarse, la mayoría de los eventos ocurren en la vivienda seguido de la vía pública.

Junto con el lugar de ocurrencia, se comparten en el siguiente gráfico los antecedentes clínico-subjetivos que presentaban los intentos de suicidio ocurridos.

Gráfico 5. Intentos de suicidio con y sin resultado mortal. Notificaciones según antecedentes. Abril 2023-octubre 2025. Argentina. N=11.955*



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

*** Se excluyen aquellos casos que no cuentan con información de antecedente y cada caso puede contener más de uno.**

La descripción de los antecedentes muestra una importante heterogeneidad a la hora de caracterizarlos y habla especialmente de la complejidad de la determinación del evento en análisis.

A diferencia de la modalidad del intento de suicidio (donde 3 métodos son los que se utilizan en un 80% de los casos) o en el lugar de ocurrencia (donde sólo dos ámbitos son los que agrupan el 95% de los intentos de suicidio), la agrupación de los antecedentes clínico-subjetivos no está traccionada por una baja cantidad de resultados. Sea por las características de la variable o por la posibilidad de que cada caso pueda contener más de un antecedente, se observa un patrón

donde hay dos antecedentes que ocupan un primer lugar con alrededor del 20% cada uno (Diagnóstico previo de Salud Mental y antecedentes previos de suicidio), luego dos antecedentes vinculados con consumo problemático de sustancias: alcohol y cocaína (13% y 12% respectivamente), seguido de enfermedad crónica y otros antecedentes de consumo.

Respecto de una de las variables de importancia como antecedente, se puede conocer el detalle en la siguiente tabla, donde se observa la cantidad de intentos de suicidio por persona.

Tabla 4. Intento de suicidio con y sin resultado mortal: cantidad de intentos por persona. Abril 2023-octubre 2025. Argentina. N=22.249

Intentos	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Personas	19013	2264	477	289	102	30	41	20	13

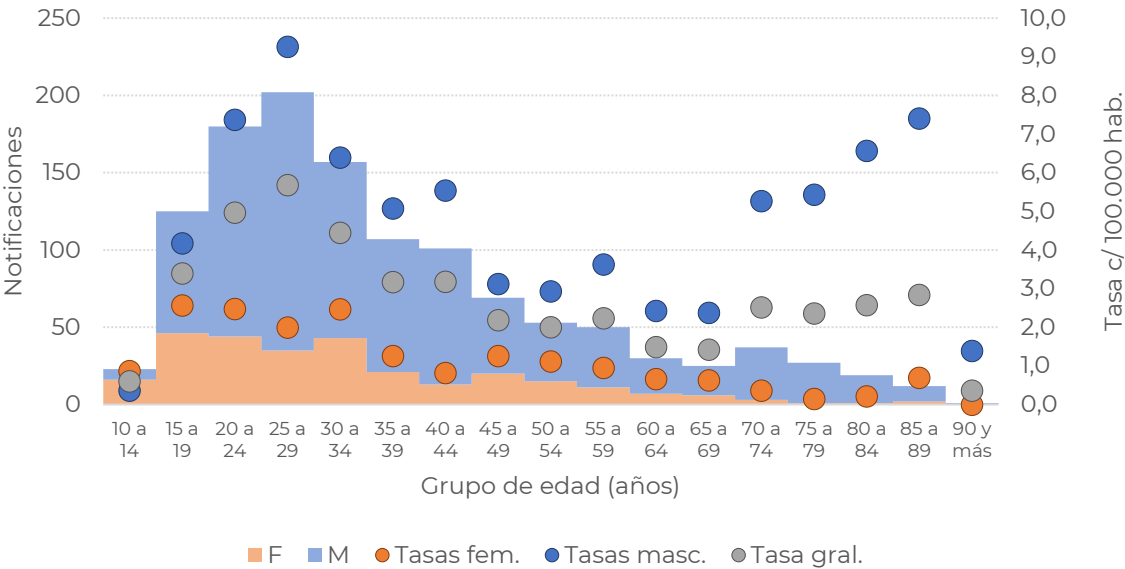
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Del total de personas que intentaron suicidarse en el período 2024-2025, 10.154 (54,7%) requirieron internación, aunque en el 15% de los casos notificados no se cuenta con esta información. La caracterización de la gravedad de las internaciones (considerando como tal la necesidad de cuidados intensivos) resulta clave para comprender la evolución clínica. Entre las personas internadas, se registró que 522 (5,1%) ingresaron a cuidados intensivos, aunque en el 28,6% de los casos con internación no se dispone del dato.

VIII.4.B. NOTIFICACIÓN DE INTENTOS DE SUICIDIO CON RESULTADO MORTAL

Del total de casos notificados, el 6,1% (1124) derivaron en resultado mortal. En el siguiente gráfico se desagrega la información por grupo etario y sexo.

Gráfico 6. Intentos de suicidio con resultado mortal. Notificaciones y tasas cada 100.000 hab. según grupo de edad y sexo. Abril 2023-octubre 2025. Argentina. N=1218



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

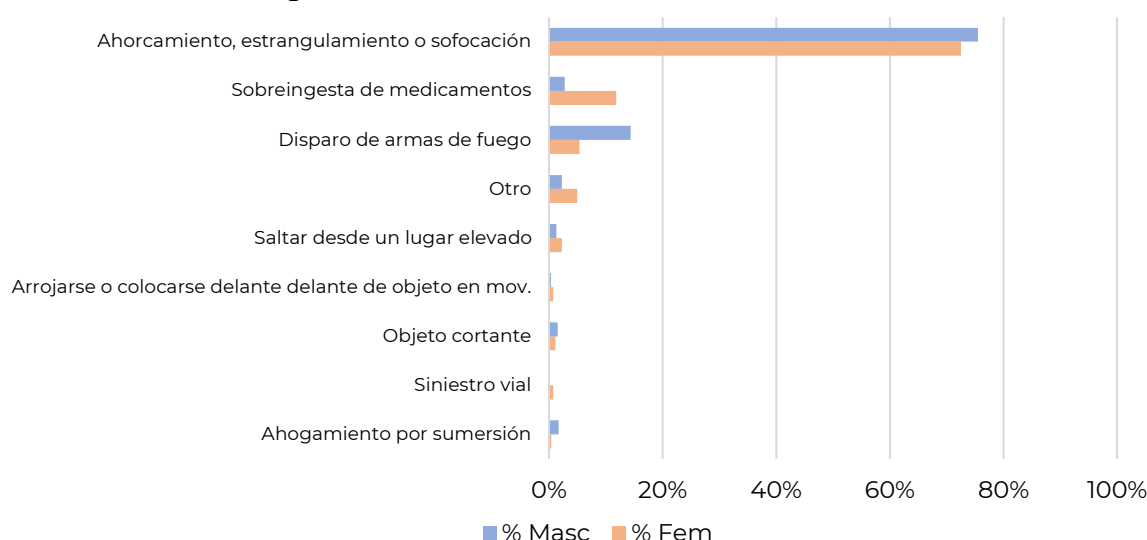
A diferencia del análisis general del evento, el 76% de los casos de intentos de suicidio **con resultado mortal** corresponden al sexo masculino. Con respecto a los grupos de mayor magnitud en términos absolutos, se observa con claridad que corresponde al grupo de 25 a 29 años. Ahora bien, en cuanto al mayor riesgo para el evento, las tasas más elevadas se encuentran

principalmente en el grupo de 25 a 29 años (5 cada 100.000) seguido de 20 a 24 años (4 cada 100.000).

En todas las edades, con excepción del grupo de 10 a 14, las tasas son más elevadas en los varones que en las mujeres. Esto se hace más visible en dos grandes grupos de edad. Por un lado, en el de mayor magnitud absoluta, el grupo de 25 a 29 años, donde la tasa de varones es casi cinco veces mayor a la de mujeres (2 vs 9,26 casos cada 100.000 habitantes). Por otro lado, entre los 70 y los 89 años, se observa cómo las tasas específicas de suicidio con resultado mortal se van elevando en los varones y separando cada vez más de la media, que se presenta estable alrededor de 2,5 suicidios mortales cada 100.000 hab. Esto es así ya que la población de varones a partir de ese grupo de edad es cada vez menor y, proporcionalmente, la cantidad de intentos de suicidio con resultado mortal es mayor.

En el siguiente gráfico se puede observar la modalidad del intento con resultado mortal según sexo.

Gráfico 7. Notificación de Intentos de suicidio con resultado mortal según sexo y modalidad de intento. Abril 2023-octubre 2025. Argentina. N=1096*



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

* Se excluyen 122 casos que no cuentan con información de modalidad

Al analizar aquellos casos con resultado mortal de intento de suicidio según modalidad y sexo, se desprende que el “ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación” predomina en ambos sexos (75%). Sin embargo, en segundo lugar, es más frecuente la sobreingesta de medicamentos en el sexo femenino (11%) y el disparo de armas de fuego en el masculino (14%).

VIII.4.C. SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA NOTIFICACIÓN DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO

Entre abril de 2023 y octubre de 2025 se notificaron 22.249 intentos de suicidio al SNVS 2.0, de los cuales el 5% fueron con resultado mortal. Aunque el 61% de los eventos correspondió a mujeres, la letalidad (intentos con resultado mortal) fue cinco veces mayor en varones. Las tasas más altas se concentraron en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años, con una marcada sobrerrepresentación femenina entre los 15 y 19 años.

La modalidad más frecuentemente utilizada fue la sobreingesta de medicamentos (46%), predominante en mujeres. En varones, se destacó el uso de métodos más letales, como el

ahorcamiento (39%). El 85,7% de los intentos ocurrió en el hogar. En cuanto a antecedentes, el diagnóstico previo en salud mental, los intentos anteriores y el consumo problemático de sustancias fueron los más frecuentes.

Los suicidios con resultado mortal fueron realizados principalmente a varones de entre 20 y 29 años, con tasas consistentemente más altas en todos los grupos etarios respecto de las mujeres.

VIII.5. Sobre las acciones del Ministerio de Salud

VIII.5.A. ABORDAJE INTEGRAL DE LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO

El avance observado en la cobertura y regularidad de la notificación es consecuencia de un proceso sostenido de fortalecimiento institucional impulsado por el Ministerio de Salud de la Nación, mediante el Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio. A lo largo del último año, este trabajo se profundizó a través de reuniones técnicas con cada una de las jurisdicciones, la revisión conjunta de los circuitos locales, la asistencia a equipos de salud mental y epidemiología, y la identificación colaborativa de oportunidades de mejora. Del mismo modo, los espacios de coordinación y toma de decisión en reuniones individuales con las autoridades de salud mental y sus equipos técnicos, permitieron ordenar prioridades, acordar criterios y mantener una agenda común de trabajo. Como resultado, la mejora en la calidad, completitud y oportunidad de los datos registrados refleja el impacto del acompañamiento técnico-territorial y constituye un paso indispensable para la maduración del sistema de vigilancia.

Desde su función rectora, el Ministerio de Salud de la Nación trabaja en conjunto con las jurisdicciones en el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica vinculada a los intentos de suicidio y en la consolidación de información actualizada y de calidad que permita generar políticas públicas que aborden la problemática. Para ello, se realiza un análisis permanente de las notificaciones de intentos de suicidio e indicadores asociados, se evalúa oportunamente la capacidad de detección y registro en los servicios de salud y se reconocen variaciones inusuales o situaciones que requieran una respuesta sanitaria específica lo que permite identificar grupos poblacionales más afectados entre otras cosas.

Del mismo modo, los equipos técnicos nacionales avanzan en la elaboración de lineamientos y circuitos de actuación orientados a unificar criterios de abordaje, mejorar la detección temprana del riesgo suicida, garantizar la calidad de las intervenciones y promover la capacitación continua de los equipos de salud en herramientas de evaluación, asistencia y protocolos frente a situaciones de riesgo.

En este marco, durante el presente año se implementaron dos cursos virtuales de capacitación orientados, por un lado, a población general y, por el otro, a equipos técnicos de asistencia en salud/salud mental respectivamente. A su vez, se capacitaron a operadores telefónicos de asistencia remota en crisis de salud mental y a operadores de salud indígena. En el mismo sentido, durante los meses de septiembre y octubre de 2025 se llevaron a cabo tres conversatorios sobre "Estrategia de APS en el abordaje de la problemática del suicidio", "Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio: una mirada sobre la población infanto-juvenil" y "Toma de decisiones en salud mental: la importancia de la epidemiología para la gestión de los servicios sanitarios".

Cada año, el 10 de septiembre se conmemora el Día Mundial y Nacional para la Prevención del Suicidio, evento que representa un compromiso mundial para abordar la problemática, compartiendo acciones con más de 70 países en simultáneo y actividades locales; entre ellas, eventos educativos y conmemorativos, conferencias de prensa y campañas en los medios de comunicación. Este año, el Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio realizó una actividad virtual, libre y gratuita sobre la vigilancia de Intentos de Suicidio como herramienta de Gestión: El uso del BEN como instrumento de la información para la acción.

Los días 15, 16 y 17 de septiembre de 2025 se participó de manera presencial en la ciudad de Brasilia, de la reunión del Comité Ad Hoc de Salud Mental del MERCOSUR, en el marco de la Presidencia Pro Témpore de la República Federativa del Brasil, donde se llevó adelante un espacio de intercambio con los demás países miembro sobre los lineamientos y las acciones en materia de políticas públicas para el abordaje del suicidio.

Actualmente, el equipo técnico del Programa se encuentra elaborando un documento de recomendaciones para el abordaje de la problemática del suicidio en el ámbito universitario, basado en la evidencia generada por la vigilancia epidemiológica de los intentos de suicidio y en estrecha concordancia con las características recurrentes observados en los datos de mortalidad. Esta evidencia se relaciona especialmente con las elevadas tasas de intento de suicidio con resultado mortal en el grupo de edad de 20 a 29 años, especialmente en los varones. Este insumo permitirá orientar acciones institucionales, promover estrategias de detección temprana y fortalecer la respuesta ante situaciones de riesgo dentro del ámbito académico.

VIII.5.B. MONITOREO DE LA NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

La estrategia de monitoreo permite realizar un análisis sistemático y continuo de situación, que tiene como finalidad elaborar hipótesis para organizar y mejorar el trabajo de fortalecimiento de la notificación que las jurisdicciones realizan con los equipos de salud de cada establecimiento.

Considerando que la notificación del evento en el SNVS 2.0 se encuentra en implementación, se entiende que el aumento de las notificaciones en un establecimiento es indicador de consolidación del proceso, así como la disminución o intermitencia de la consignación de los casos podría ser indicador de presencia de inconvenientes. Cabe aclarar que, a efectos del monitoreo, las posibles fluctuaciones se consideran independientes del comportamiento epidemiológico del fenómeno, centrándose los esfuerzos de análisis en la implementación de la notificación propiamente dicha.

Se describen a continuación las dos etapas de la estrategia de monitoreo en ejecución por parte del área de monitoreo del Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio. En el apartado de recomendaciones para equipos de salud se presentan las acciones sugeridas a partir del trabajo llevado adelante en el marco de esta estrategia.

Elaboración del listado de establecimientos sujetos a monitoreo (“célula mínima”)

Desde el Programa de Abordaje Integral de la Problemática del Suicidio se elaboró para cada jurisdicción un listado de establecimientos priorizados a monitorear. Considerando las características que asume el proceso de atención de los intentos de suicidio, las cuales, entre otras particularidades, conlleva la internación de la persona afectada para su compensación, atención clínica y planificación de la continuidad de cuidados, se resolvió incorporar a dicho listado aquellos establecimientos de salud que contaran con internación general, con

internación especializada en salud mental y con internación especializada en pediatría, de dependencia nacional, provincial y municipal, y de gestión pública, privada y otros (obras sociales, mutuales, fuerzas de seguridad, etc.). La base de datos utilizada para la selección de establecimientos fue el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) gestionado por el Ministerio de Salud de la Nación.

Para cada listado producido, se inició un proceso de consolidación con cada jurisdicción, con el objetivo de mejorar la selección con base en el conocimiento territorial, a partir de la incorporación de establecimientos significativos en la atención de la problemática a nivel local y la eliminación de establecimientos que, por diversas circunstancias, no reciban casos de intentos de suicidio.

El producto final, objeto de monitoreo, fue denominado “célula mínima”.

Evaluación de cada establecimiento según tipo de carga

Para cada establecimiento, se compila trimestralmente la cantidad de casos notificados, para evaluar la tendencia de la notificación según la tipología que se presenta a continuación. Cabe aclarar que esta tipología fue elaborada *ex post*, a partir de los comportamientos de las notificaciones observadas.

Sin carga: no presenta notificaciones en el período.

Única: es un sólo registro desde el inicio de la implementación. El análisis detallado de cada notificación de esta especie arroja que en casi todas las oportunidades se trató de una carga de prueba. En términos de oportunidad de mejora, presupone que el establecimiento en cuestión conoce la existencia del sistema de notificación, en tanto punto de partida.

Intermitente: presenta algunos trimestres con carga y otros sin carga, o con cantidades de casos muy disímiles. La identificación de esta modalidad conllevaría avanzar en la indagación y reconstrucción de la situación institucional para elaborar un plan de acción con el objetivo de tornar la carga constante y homogénea.

Creciente: considerando que el sistema está en proceso de implementación y que el desafío es el subregistro, este tipo de carga permite identificar una buena práctica y avanzar hacia un análisis de la solidez de la misma (casos registrados/casos recibidos).

Sostenida: provee la hipótesis de que la Notificación está implementada, conllevando la necesidad de evaluar en qué medida la misma es sólida (es decir, si la notificación es plena o aún tiene ventanas de mejora).

El monitoreo, en sus dos etapas constitutivas, se encuentra en proceso de elaboración al momento de la publicación de este Boletín. No obstante, un análisis preliminar de los tipos de cargas por establecimiento muestra una predominancia de cargas intermitentes, configurando un escenario de oportunidad para el trabajo conjunto del Programa con las jurisdicciones. Existen también muchos casos de establecimientos con cargas únicas. Finalmente, es posible reconocer una significativa y paulatina consolidación de la tendencia creciente.

VIII.6. Recomendaciones para el equipo de salud

A continuación, se describen recomendaciones para los equipos de salud tanto en materia de abordaje de los intentos de suicidio desde una perspectiva integral como en lo que respecta a estrategias para el fortalecimiento de la implementación de la notificación obligatoria a nivel local.

VIII.6.A. MEDIDAS PREVENTIVAS

Para abordar esta problemática y contribuir a disminuirla, la estrategia principal es la prevención, entendida desde una perspectiva de cuidados integrales y colectivos, en especial en los grupos etarios de adolescentes y de personas mayores (ya que son los dos grupos con mayor vulnerabilidad frente a esta problemática).

El suicidio es muchas veces prevenible y se requiere de un enfoque intersectorial para que las estrategias sean eficaces de acuerdo a cada realidad local. Ejemplo de ello son:

Detección y evaluación del riesgo: Implementar lineamientos para identificar factores predisponentes y evaluar el riesgo de suicidio, considerando variables particulares, comunitarias, sociodemográficas y ambientales.

Atención oportuna y adecuada: Brindar una respuesta asistencial y de calidad, priorizando la atención de la urgencia y la continuidad de cuidados.

Capacitación continua: Desarrollar programas de formación sistemática y permanente para profesionales de la salud en la detección y abordaje de situaciones de riesgo de suicidio.

A su vez, se recomienda el desarrollo de dispositivos de atención telefónica gratuitos, o la incorporación del componente Salud Mental a las líneas existentes, atendidos por personal capacitado, para la recepción, evaluación, manejo, seguimiento y derivación asistida de situaciones de crisis y riesgo de suicidio.

VIII.6.B. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Posvención: Implementar acciones de acompañamiento a las personas afectadas por un suicidio, incluyendo a la familia, amigos y referentes afectivos.

VIII.6.C. MONITOREO Y SOSTENIMIENTO DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE INTENTOS DE SUICIDIO

A partir de la caracterización de cada establecimiento según el tipo de carga que presenta, lo cual es producto de la segunda etapa de monitoreo descrita en el apartado correspondiente, se recomienda la elaboración de un plan de mejora con intervenciones a nivel general y por establecimiento. Algunas de las acciones posibles son:

General:

- Evaluación de calidad
- Elaboración de informe trimestral o semestral para socializar con los establecimientos
- Capacitaciones en base a buenas prácticas
- Mesas de trabajo con propósitos específicos
- Eventos de visibilización en base a buenas prácticas
- Promoción de publicaciones / *papers*

Por establecimiento:

Para establecimientos sin carga / única / intermitente: sensibilización de actores involucrados, diagnóstico colaborativo para identificar obstáculos y oportunidades, generación de acuerdos institucionales y elaboración de un plan de acompañamiento desde el área central.

Para establecimientos con carga creciente / sostenida: evaluación de calidad del proceso e implementación de estrategias de fidelización (visibilización de buenas prácticas y reconocimiento institucional, entre otras).

VIII.7. Conclusiones

En función del análisis realizado, pueden sintetizarse las siguientes conclusiones:

Fortalecimiento progresivo del sistema de notificación

Desde la implementación de la notificación obligatoria en abril de 2023, se observa un aumento sostenido en la cantidad de establecimientos y jurisdicciones que notifican, lo cual refleja una creciente apropiación del sistema y una mejora gradual en la capacidad de registro.

Cobertura aún en desarrollo

A pesar de los avances, la implementación plena aún no se ha alcanzado. Persisten diferencias entre jurisdicciones respecto al grado de incorporación del evento y la regularidad de la notificación, lo que evidencia la necesidad de seguir fortaleciendo los procesos locales.

Representatividad limitada de los patrones epidemiológicos

La información disponible todavía no permite caracterizar de manera completamente representativa ni la magnitud ni la distribución de los intentos de suicidio en el país. Esto se debe a que la cobertura y la oportunidad de notificación continúan en expansión.

Avances en la sensibilidad del sistema

El aumento de actores notificando sugiere una mejora en la detección de los eventos, incrementando la sensibilidad del sistema y contribuyendo a una mayor visibilidad de un problema históricamente subregistrado.

Necesidad de consolidar la calidad, oportunidad y completitud

Para avanzar hacia una vigilancia más robusta, es indispensable mejorar la calidad de los registros, promover la carga oportuna y fortalecer la completitud de las variables clave.

Relevancia estratégica para las políticas de prevención

La consolidación de la vigilancia epidemiológica constituye un insumo fundamental para orientar intervenciones de prevención y cuidado, permitiendo identificar brechas, mejorar circuitos asistenciales y monitorear la respuesta institucional frente a este tipo de eventos.

Necesidad de continuidad en el acompañamiento técnico

La heterogeneidad observada entre jurisdicciones evidencia la importancia de sostener espacios de asistencia técnica, capacitación y retroalimentación.

Importancia de la difusión de los datos

A pesar de las limitaciones presentadas, se considera fundamental la continuidad de la presentación de la información a los fines de caracterizar cada vez mejor a los intentos de suicidio y lograr mejores indicadores mediante la retroalimentación.

VIII.8. Vigilancia epidemiológica

VIII.8.A. MODALIDAD DE VIGILANCIA

La vigilancia del intento de suicidio como Evento de Notificación Obligatoria (ENO) se enmarca en lo establecido por la Ley Nacional N.º 15.465, sus modificatorias y las resoluciones ministeriales vigentes. El evento fue incorporado oficialmente en la última actualización del *Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria* (Resolución Ministerial 2827/2022).

La notificación se realiza a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) a partir del 1 de abril de 2023. La estrategia adoptada es clínica y universal, con registro individual y nominal.

VIII.8.B. DEFINICIONES DE CASO

Todo comportamiento para el que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte

Clasificaciones de caso

Sin resultado mortal: todo comportamiento con resultado no mortal para el que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte.

Con resultado mortal: todo comportamiento con resultado mortal para el que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte.

Ficha de notificación:

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha-epidemiologica-de-intento-de-suicidio-29052025.pdf>

IX. MPOX – Actualización Informe epidemiológico

IX.1. Introducción

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

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

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

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

El Manual se encuentra en el siguiente link;

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

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

IX.2. Situación internacional³⁵

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

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

³⁵ Disponible en: [mpx_global](https://www.mph.gov/our-work/diseases-and-conditions/mpox/mpox-global)

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

Respecto del **Clado Ib**, en las últimas 6 semanas fueron detectados casos confirmados con transmisión comunitaria en **República Democrática del Congo, Uganda, Burundi, Kenia, Congo, Zambia, Tanzania, Malawi, Mozambique, España, Países Bajos y Sudán del Sur**. Se detectaron casos relacionados con viajes a zonas endémicas en **Reino Unido, Alemania, Tailandia y Bélgica**.

IX.2.A. SITUACIÓN EN ÁFRICA

En los últimos doce meses, hasta el 14 de diciembre de 2025, 28 países notificaron 45.171 casos confirmados, incluidas 204 muertes. Los tres países con más casos son la República Democrática del Congo (23.284 casos), Uganda (7.446) y Sierra Leona (5.442).

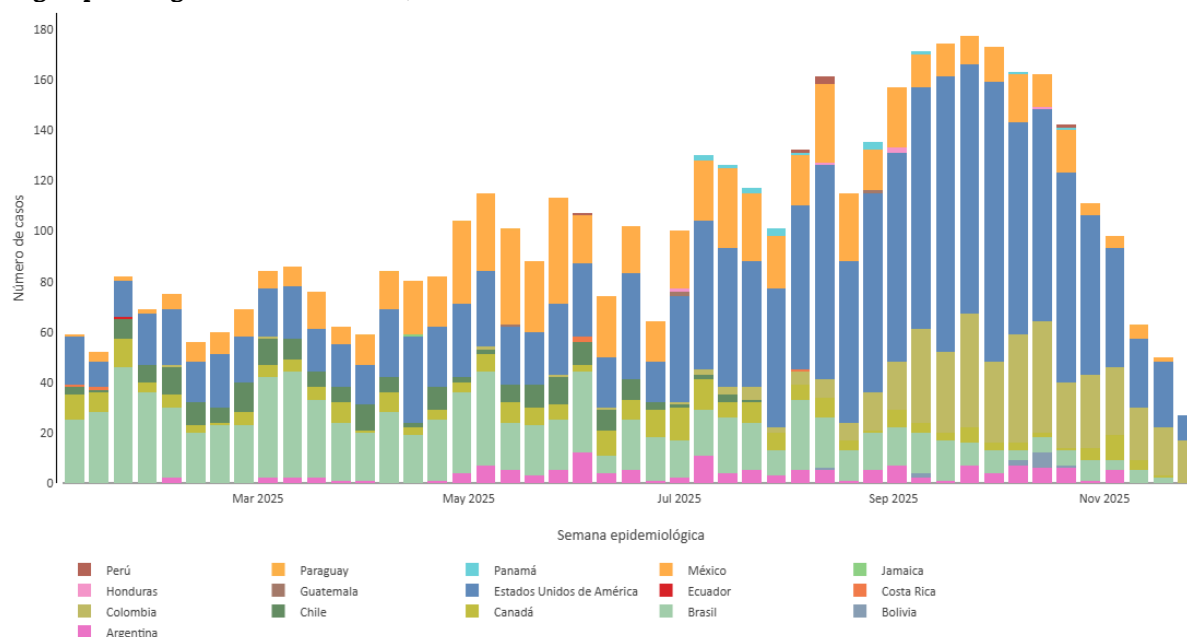
Este indicador debe interpretarse con cautela, ya que los casos sospechosos de mpox se registran según distintas definiciones de casos nacionales. Además, no todos los países cuentan con sistemas de vigilancia sólidos para mpox, lo que significa que es probable que los recuentos de casos notificados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

IX.2.B. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS³⁶

Respecto de la situación regional, según la última actualización epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 48 de 2025 fueron notificados en la Región de las Américas 4.788 casos de mpox, con siete defunciones.

Los países de la región que detectaron casos de mpox durante 2025 son los siguientes: Estados Unidos (2.029 casos), Brasil (918, con 2 fallecidos), México (756, con 5 fallecidos), Colombia (443), Canadá (264), Chile (180), Panamá (15), Bolivia (12), Perú (6), Costa Rica (5), Honduras (5), Paraguay (5), Guatemala (4), Ecuador (1) y Jamaica (1) (Gráfico 1). En las últimas cuatro semanas fueron notificados casos en Estados Unidos, Canadá, Honduras, Panamá, Perú y Bolivia.

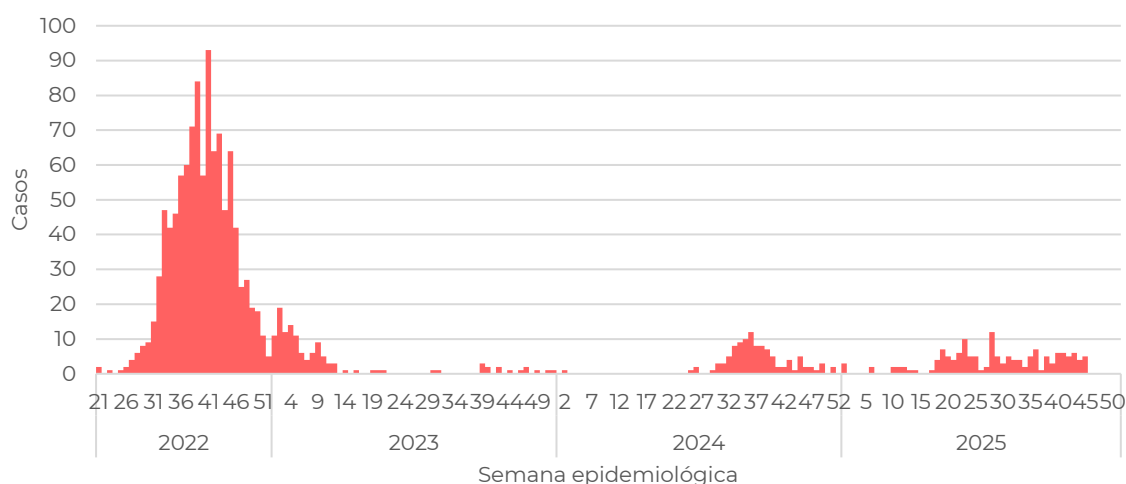
³⁶ Disponible en: <https://shiny.paho-phe.org/mpox/>

Gráfico 1. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según país. Región de las Américas, SE1 a SE48 2025.

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

IX.3. Situación en Argentina

Durante el año 2022 (año epidémico), a partir de la SE 21, fueron notificados 1.024 casos confirmados. En 2023 se notificaron 124 casos confirmados, principalmente en la primera mitad del año, mientras que en 2024 se confirmaron 107 casos, concentrados en la segunda mitad del año. Durante el año en curso, entre las SE 1 y 51 de 2025 se han notificado 359 casos, de los cuales 151 fueron confirmados (Gráfico 2).

Gráfico 2. Casos confirmados de mpox por semana epidemiológica de fecha mínima³⁷. Argentina, SE21/2022 a SE51/2025. (N=1.406)

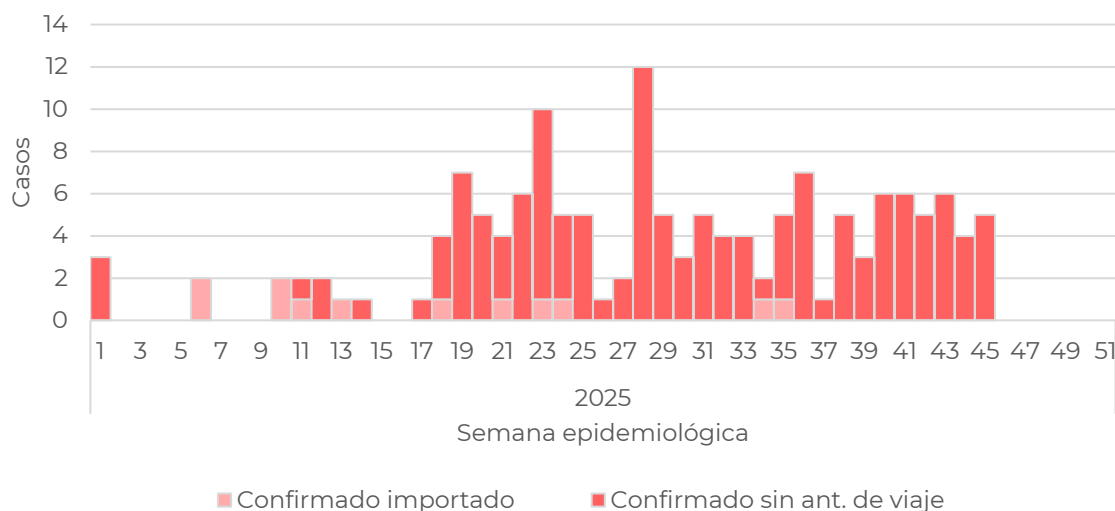
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

³⁷ La fecha mínima se construye según una jerarquía que prioriza la mayor cercanía al momento de inicio de la enfermedad: con la fecha de inicio de síntomas (FIS), la fecha de consulta, la fecha de toma de muestra, y, por último, la de notificación si no tuviera consignada ninguna de las anteriores.

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

Para el año en curso, se observa un aumento de casos desde la SE 18, una disminución en la SE 26 y un nuevo aumento desde la SE 28, con un pico de 12 casos en dicha semana. No se confirmaron nuevos casos en las últimas seis semanas (Gráfico 3). Respecto de la última actualización (SE 47), se confirmaron dos casos nuevos, correspondientes a las SE 24 y 45.

Gráfico 3. Casos confirmados de mpox según antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1 a SE51/2025. (N=151)



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

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

Tabla 1. Casos notificados y confirmados de mpox según jurisdicción de residencia. Argentina, SE1 a SE51/2025.

Provincia	Confirmados SE 1 a 51 2025	Confirmados notificados en la última semana	Confirmados notificados en las últimas 4 semanas	Total de notificaciones 2025
Buenos Aires	39	0	0	105
CABA	96	0	0	164
Córdoba	5	0	0	18
Entre Ríos	0	0	0	2
Santa Fe	0	0	0	4
Centro	140	0	0	293
Mendoza	5	0	0	28
San Juan	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0
Cuyo	5	0	0	28
Chaco	0	0	0	0
Corrientes	1	0	0	3
Formosa	0	0	0	2
Misiones	0	0	0	3
NEA	1	0	0	8
Catamarca	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	2
La Rioja	0	0	0	0
Salta	2	0	0	14
Santiago del Estero	0	0	0	0
Tucumán	1	0	0	2
NOA	3	0	0	18
Chubut	0	0	0	1
La Pampa	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	3
Santa Cruz	2	0	0	7
Tierra del Fuego	0	0	0	1
SUR	2	0	0	12
Total PAIS	151	0	0	359

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

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

IX.4. Recomendaciones para el equipo de salud

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

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

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

IX.5. Vigilancia Epidemiológica

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

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

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

IX.5.A. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

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

Ó

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

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

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

Ó

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

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

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

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

Caso confirmado

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

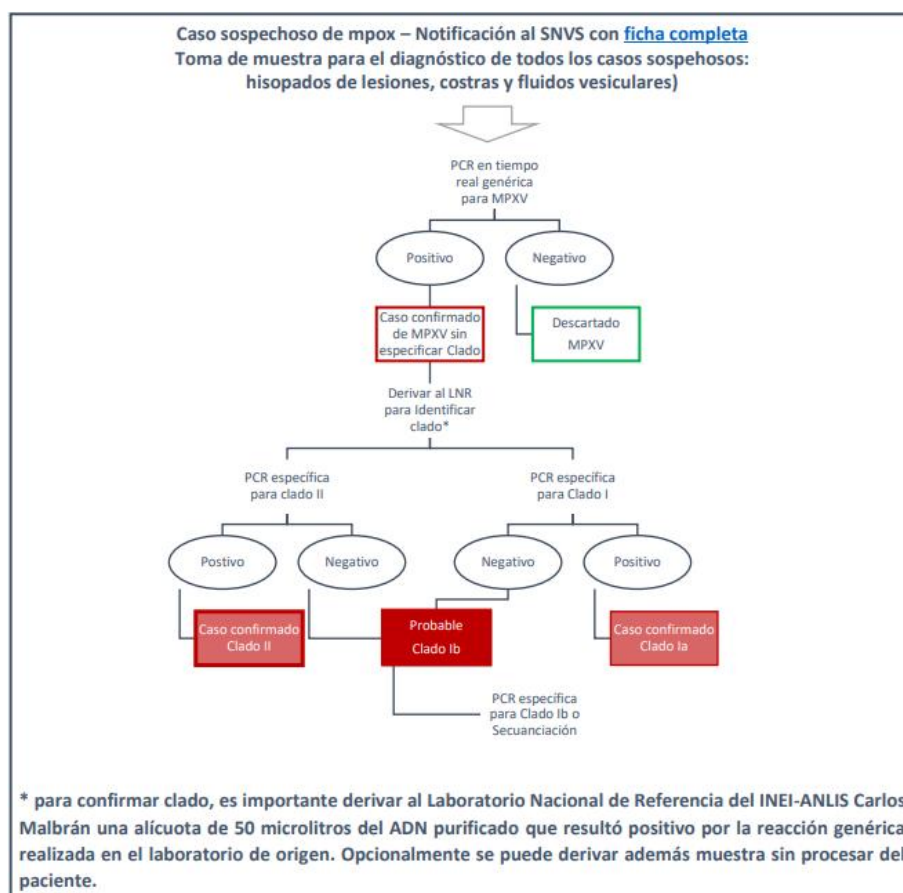
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión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

IX.5.B. NOTIFICACIÓN

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

IX.6. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox

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



IX.7. Medidas ante casos sospechosos

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

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

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

IX.8. Medidas ante contactos

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

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

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

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

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

Ficha de notificación:

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

Más recomendaciones e información en:

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

ALERTAS
EPIDEMIOOLÓGICAS
INTERNACIONALES

X. 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).

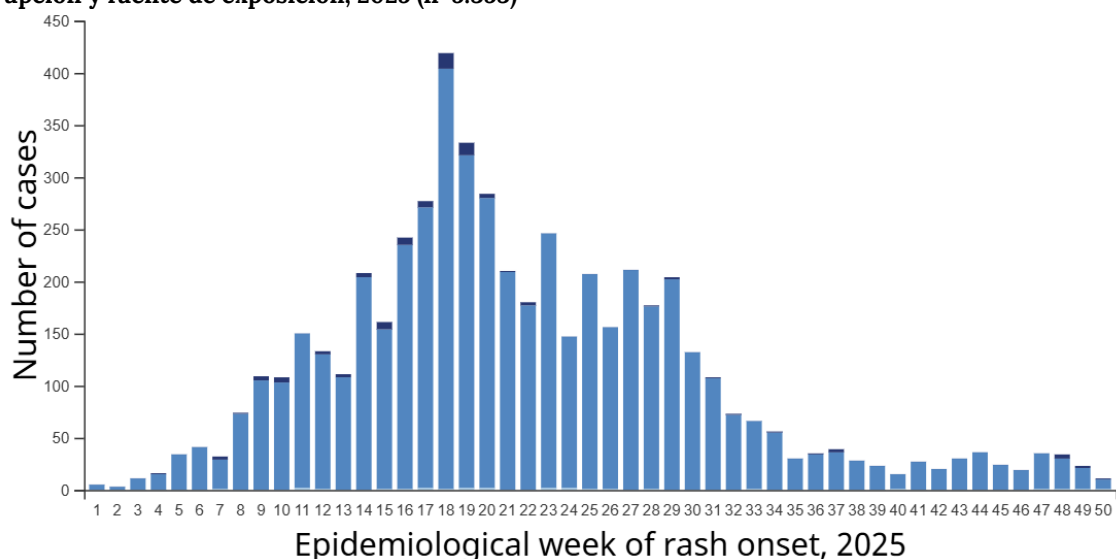
X.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión

I.1.A. CANADÁ³⁸

En 2025, se han notificado un total de 5.353 casos de sarampión (4.978 confirmados, 375 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 13 de diciembre de 2025.

En la semana 50 (del 7 al 13 de diciembre de 2025), se notificaron 24 nuevos casos de sarampión (22 confirmados y 2 probables) en 4 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba y Quebec).

³⁸ <https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/>

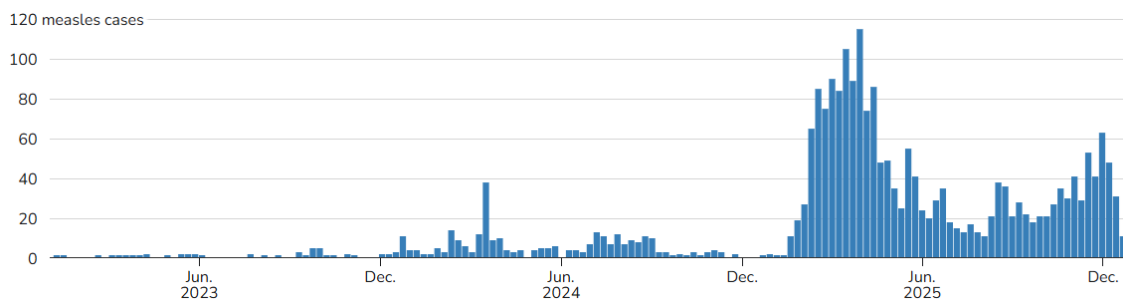
Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=5.353)

X.1.A. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA³⁹

Al 23 de diciembre de 2025, se notificaron un total de 2.012 casos confirmados de sarampión. De ellos, 1.988 casos han sido confirmados en 44 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nevada, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin y Wyoming. Un total de 24 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

En 2025 se han notificado 50 brotes, y el 87% de los casos confirmados (1.760 de 2.012) están asociados a brotes. En comparación, durante 2024 se notificaron 16 brotes y el 69% de los casos (198 de 285) estuvieron asociados a brotes.

En el 2025 hubo 3 muertes confirmadas por sarampión.

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2023-2025 (hasta 23/12/25).

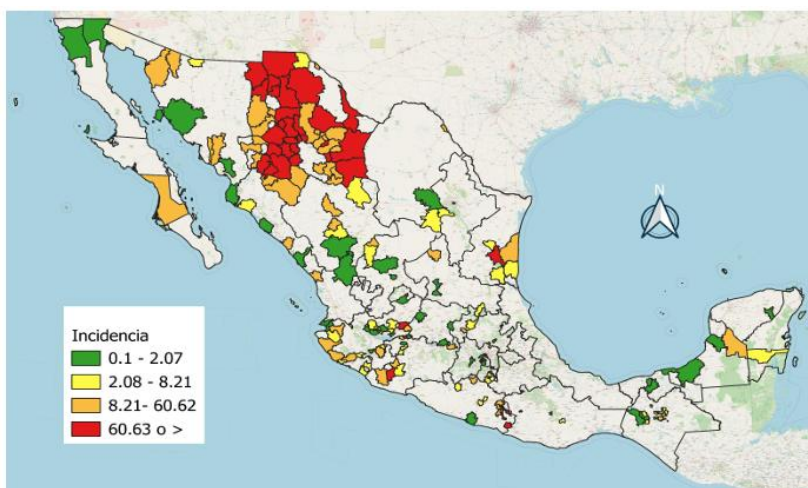
³⁹ <https://www.cdc.gov/measles/data-research/>

X.1.B. MÉXICO⁴⁰

Al 19 de diciembre, se han reportado 5.860 casos confirmados de sarampión acumulados en el 2025; en las 24 horas previas se reportaron 45 casos. Con base en la distribución de casos confirmados de sarampión por entidad federativa y municipios, 29 estados y 196 municipios tienen casos confirmados de sarampión.

Se han reportado 24 fallecimientos.

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



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

X.1.C. URUGUAY⁴¹

El 19 de diciembre de 2025, el Ministerio de Salud de Uruguay informó que el 18/12/25 se confirmó un nuevo caso de sarampión en la ciudad de Fray Bentos, departamento de Río Negro.

Se trata de una persona vinculada a la atención en salud y relacionada con el brote en curso, a partir de su asistencia a persona previamente diagnosticada. La persona había recibido oportunamente la denominada dosis de bloqueo y se encontraba en aislamiento desde el momento en que fue identificada como contacto. Presenta síntomas leves y evoluciona favorablemente.

I.2. Nota informativa - Medidas de prevención y control para prevenir la transmisión de influenza estacional

Recibido a través del CNE el 19/12/2025

Contexto Los virus influenza continúan siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial, con epidemias anuales que generan una carga significativa de morbilidad y mortalidad, especialmente en personas adultas mayores, niños pequeños, gestantes y personas con

⁴⁰ <https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2025?idiom=es>

⁴¹ <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/comunicados/actualizacion-situacion-epidemiologica-del-sarampion>

comorbilidades. La influenza A se clasifica en subtipos según las combinaciones de las proteínas de superficie hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N). En la población humana, los subtipos que circulan de forma sostenida son influenza A(H1N1) pdm09 e influenza A(H3N2), que cocirculan con los virus de influenza B y presentan patrones de predominio que varían según la temporada y la región geográfica. Desde agosto de 2025, se ha observado una rápida expansión y una amplia circulación del virus influenza A(H3N2) del subclado K (J.2.4.1). En la Región de las Américas, se ha documentado la detección de virus A(H3N2) pertenecientes al subclado K con patrones de circulación que reflejan la estacionalidad propia de cada subregión. La circulación del subclado K ha sido más evidente en América del Norte, en particular en Estados Unidos y Canadá, donde se ha observado un aumento progresivo de la proporción de este subclado entre los virus A(H3N2) caracterizados genéticamente. En este escenario, y considerando que no se ha identificado hasta el momento un aumento consistente de la gravedad clínica atribuible específicamente al subclado K, se refuerza la necesidad de mantener una articulación efectiva entre la vigilancia epidemiológica y de laboratorio, la vacunación estacional, la comunicación de riesgos y las medidas de control de infecciones, la implementación oportuna de medidas de prevención y control, tanto farmacológicas como no farmacológicas, siguen siendo fundamentales para reducir la transmisión y mitigar el impacto en los sistemas de salud en la Región de las Américas.

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/nota-informativa-medidas-prevencion-control-para-prevenir-transmision-influenza>

I.3. Alerta epidemiológica Síndrome Pulmonar por Hantavirus en la Región de las Américas

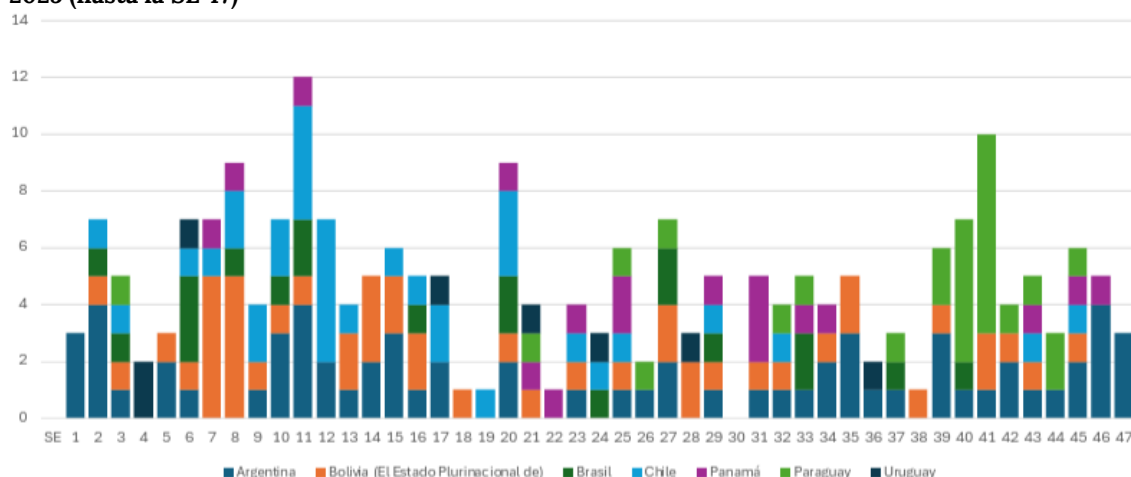
Recibido a través del CNE el 19/12/2025

I.3.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN

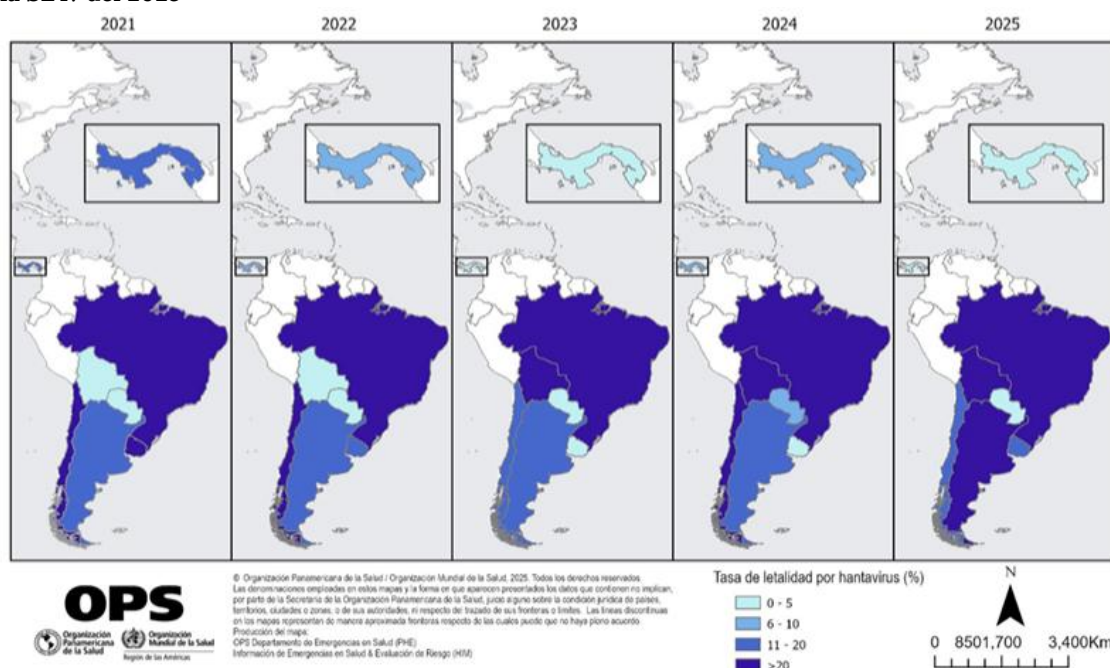
En 2025 y hasta la semana epidemiológica (SE) 47, ocho países de la Región de las Américas, principalmente del Cono sur¹ han notificado casos confirmados de síndrome pulmonar por hantavirus (SPH), con un total agregado de 229 casos y 59 defunciones, lo que corresponde a una tasa de letalidad regional 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.

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, 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.

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.

Figura 1. 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.

Figura 2. 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.

I.3.B. 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%).

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%).

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%).

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%).

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%).

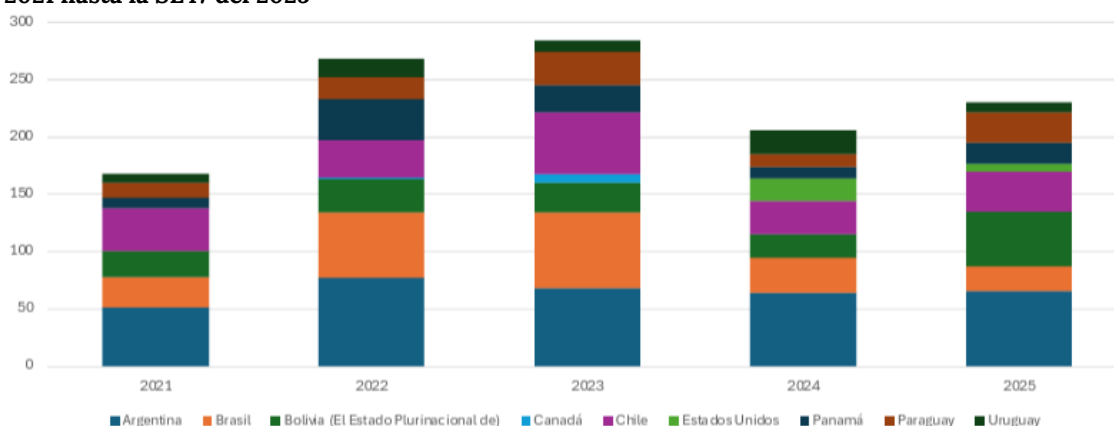
En **Uruguay**, entre la SE 1 y la SE 46 del 2025, se han confirmado ocho casos de síndrome pulmonar por hantavirus, distribuidos según lugar de exposición en los siguientes departamentos: Montevideo (n= 1), Canelones (n= 2), Lavalleja (n= 1), Río Negro (n= 1), Rocha (n=1) y Soriano (n= 2). Las exposiciones 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%).

I.3.C. RESUMEN DE LA SITUACIÓN EN AMÉRICA DEL NORTE

Con el fin de proporcionar un contexto epidemiológico regional más amplio, a continuación, se presenta información resumida correspondiente a los Estados Unidos de América y Canadá. Si bien estos países no han registrado notificaciones regulares de síndrome pulmonar por hantavirus en los últimos cinco años, se incorporan los datos más recientes disponibles con el fin de aportar contexto y facilitar la interpretación de las tendencias observadas en América del Norte.

En **Canadá**, según el Sistema Canadiense de Vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria, entre 2021 y 2023 se notificaron 10 casos confirmados de síndrome pulmonar por hantavirus, distribuidos en 2021 (n= 0), 2022 (n= 2) y 2023 (n= 8). No se identifican variaciones en la distribución geográfica ni en el comportamiento epidemiológico de síndrome pulmonar por hantavirus en el país. Los datos correspondientes a 2024 y 2025 aún no han sido publicados.

En los **Estados Unidos**, entre la SE 1 y la SE 52 del 2024, se confirmaron 20 casos de síndrome cardiopulmonar por hantavirus (SPH), con ocho fallecidos (tasa de letalidad de 40%). Los casos se distribuyeron en Arizona (n= 12), Colorado (n= 5), Washington (n= 2) y Oklahoma (n= 1). La sintomatología más reportada en 2024 incluyó fiebre (50%), hematocrito elevado (30%), creatinina elevada (40%) y trombocitopenia (100%). Para 2025, provisionalmente entre la SE 1 y la SE 47, se han reportado siete casos confirmados y dos fallecidos (tasa de letalidad 29%), notificados en Arizona (n= 3), Colorado (n= 1), Nevada (n= 1), Washington (n= 1) y Wisconsin (n= 1). En los casos de 2025, la presentación clínica más frecuente ha sido fiebre (71%), hematocrito elevado (57%), creatinina elevada (57%) y trombocitopenia (100%). La información es preliminar, dado que la conciliación anual de datos nacionales para 2024 y 2025 se completará en 2026, por lo que las cifras están sujetas a cambios, además no se cuenta con datos disponibles del 2021 al 2023.

Figura 3. Casos de síndrome pulmonar por hantavirus reportados en la Región de las Américas, durante 2021 hasta la SE47 del 2025

*Nota: No hay datos disponibles para Canadá para el año 2024 y 2025 y en los Estados Unidos de América para el año 2021, 2022 y 2023. Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países (1-8,13).

Fuente: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-sindrome-pulmonar-por-hantavirus-region-america-19-diciembre-2025>

I.4. Mpox – Informe de situación multi-país.

Recibido a través del CNE el 22/12/2025

I.4.A. PUNTOS DESTACADOS

- Todos los clados del virus de la viruela símica (MPXV) continúan circulando. A menos que los brotes de mpox se contengan rápidamente y se interrumpa la transmisión de persona a persona, existe el riesgo de transmisión comunitaria sostenida.
- En noviembre de 2025, 48 países de todas las regiones de la OMS notificaron un total de 2150 nuevos casos confirmados de mpox, incluidas cinco muertes (tasa de letalidad [CFR] 0,2%). Aproximadamente el 68% de estos casos se reportaron en la Región de África. Cuatro regiones observaron un descenso en los casos confirmados en noviembre en comparación con octubre de 2025, mientras que las regiones de Europa y Pacífico Occidental notificaron más casos que el mes anterior.
- Diecinueve países de África notificaron transmisión activa de mpox en las últimas seis semanas (del 2 de noviembre al 14 de diciembre de 2025), con 1435 casos confirmados, incluidas siete muertes (TdL 0,5%). Los países con mayor número de casos en este período son la República Democrática del Congo, Guinea, Liberia, Kenia y Ghana; mientras que en Liberia los reportes aún muestran indicios de aumento, el recuento semanal de casos en los demás países ha disminuido en las últimas semanas.
- Rumanía notificó por primera vez la detección del clado Ib de MPXV, en un caso confirmado en agosto de 2025.
- Fuera de África, la transmisión comunitaria del clado Ib de MPXV continúa en España y en los Países Bajos.
- En la República Democrática del Congo, la transmisión de mpox continúa en múltiples provincias, con co-circulación de los clados Ia e Ib de MPXV, tendencias subnacionales heterogéneas y una disminución en el acceso a pruebas diagnósticas para los casos sospechosos.

- El Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte notificó un nuevo caso de mpox asociado a viaje, con detección de una cepa recombinante de MPXV que contiene elementos genéticos tanto del clado Ib como del clado IIb de MPXV. Aún se desconoce el nivel de circulación de esta cepa recombinante.
- Se evalúa el riesgo actual para la salud pública como moderado para hombres que tienen sexo con hombres con parejas nuevas o múltiples, trabajadores sexuales y otras personas con múltiples parejas que podrían estar en riesgo, y bajo para la población general sin factores de riesgo específicos. La OMS continúa el monitoreo estrecho de la situación y enfatiza la importancia de sostener las capacidades de vigilancia y respuesta, incluida la secuenciación genómica, especialmente en lugares donde co-circulan múltiples variantes de MPXV.

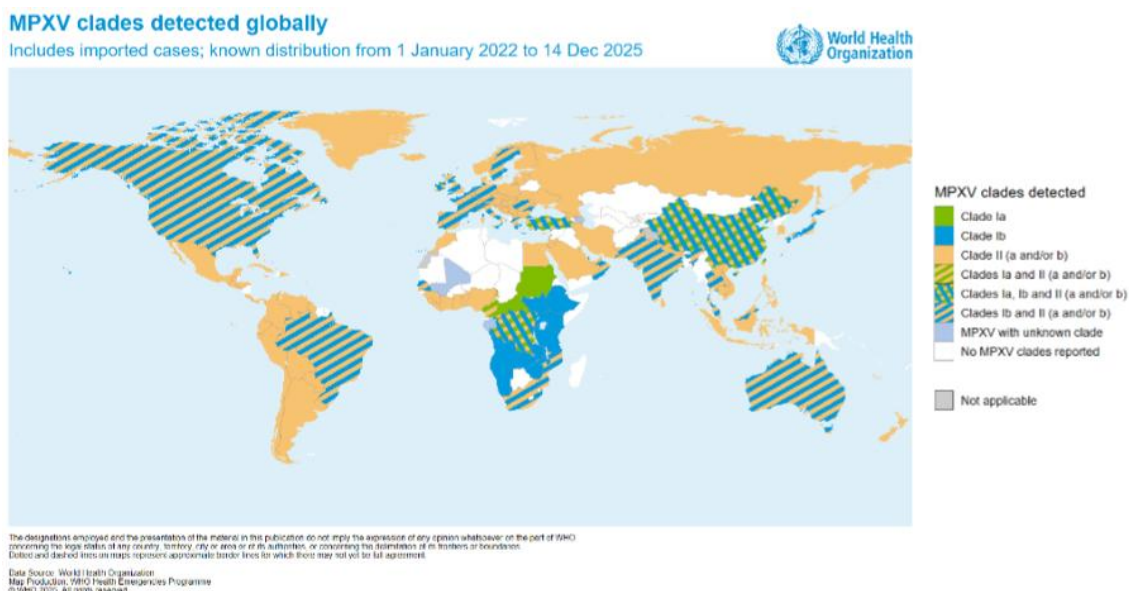
I.4.B. ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Este informe de situación incluye la nueva información más relevante sobre los brotes de mpox y las actividades de respuesta. Los análisis epidemiológicos detallados y los datos están disponibles en el informe de vigilancia de mpox de la OMS.

Distribución global del virus de la viruela símica (MPXV)

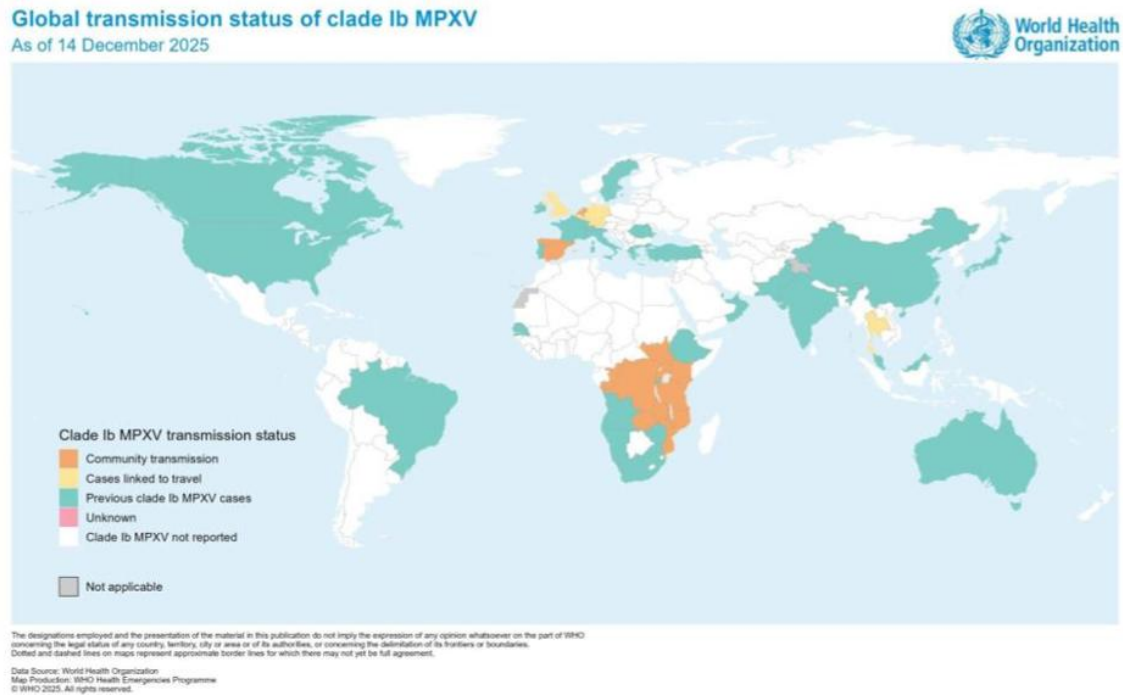
Desde el último informe de situación y hasta el 14 de diciembre de 2025, un país, Rumanía, ha notificado por primera vez casos de mpox correspondientes al clado Ib de MPXV. Rumanía notificó a la OMS de forma retrospectiva el caso detectado inicialmente en agosto de 2025. La información detallada sobre la dinámica de transmisión específica por clado puede consultarse en el informe de situación n.º 53.

Figura 1. Distribución geográfica de los clados de MPXV notificados a la OMS por país, desde el 1 de enero de 2022 hasta el 14 de diciembre de 2025.1



La notificación de transmisión comunitaria del clado Ib de MPXV fuera de África Central y Oriental continúa en la Región Europea de la OMS (Países Bajos y España). Desde la última edición de este informe, no se han reportado nuevos países con transmisión comunitaria; sin embargo, se han notificado casos adicionales sin antecedentes recientes de viaje en España (14 casos en total) y en los Países Bajos (10 casos en total).

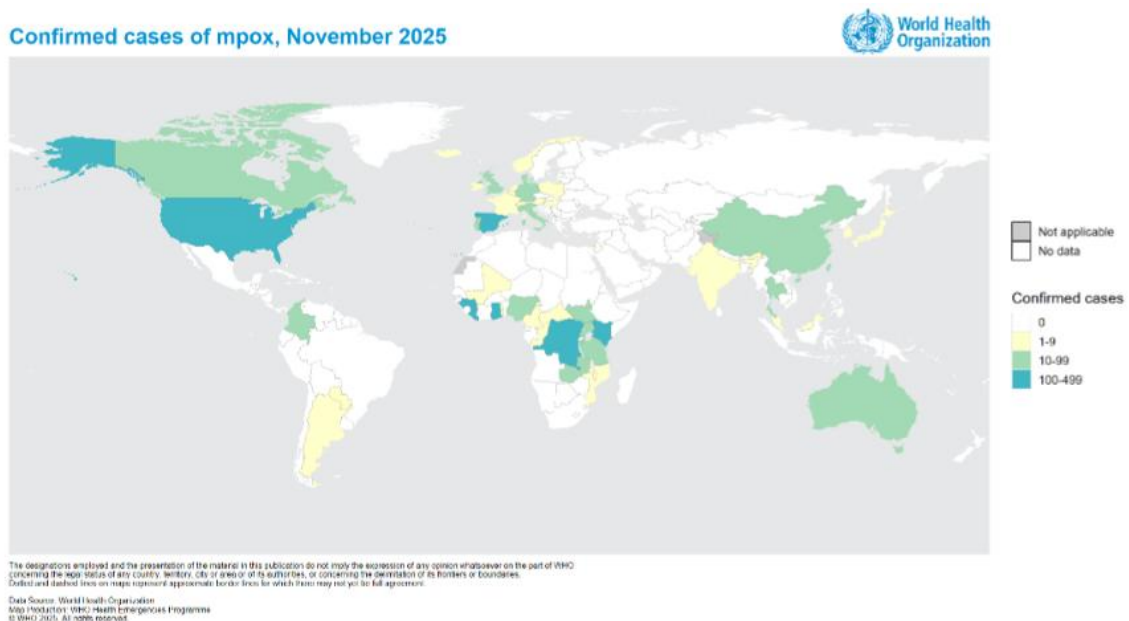
Figura 2. Estado de transmisión del clado Ib de MPXV en las últimas seis semanas, por país, hasta el 14 de diciembre de 2025.



I.4.C. SITUACIÓN GLOBAL

Los datos de vigilancia global se actualizan mensualmente; la información disponible corresponde al 30 de noviembre de 2025. En noviembre de 2025, 48 países notificaron 2150 casos confirmados (Figura 3), incluidas cinco muertes (tasa de letalidad [TdL] 0,2%).

Figura 3. Distribución geográfica de los casos de mpox notificados a la OMS por país, del 1 al 30 de noviembre de 2025.

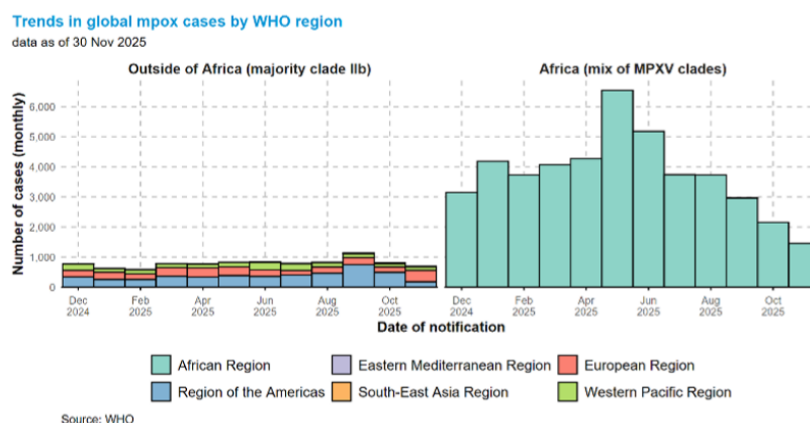


Los países con el mayor número de casos confirmados en el último mes se encuentran en la Región de África, la cual notificó el 68% (1.455 de 2.150) de los casos confirmados reportados a nivel mundial en noviembre de 2025. La tendencia descendente de los casos confirmados de mpox en la Región de África de la OMS continúa, luego del pico observado en mayo de 2025 (Figura 4). Más detalles están disponibles en la sección de África.

Las dos regiones de la OMS que notificaron un aumento de casos confirmados en noviembre de 2025 en comparación con octubre de 2025 son la Región Europea (120%, 380 vs. 174 casos confirmados) y la Región del Pacífico Occidental (8,7%, 112 vs. 103 casos confirmados).

La Región de las Américas, la Región de Asia Sudoriental y la Región de África notificaron una disminución de casos en noviembre de 2025, en comparación con octubre de 2025, del 64%, 36% y 32%, respectivamente. La Región del Mediterráneo Oriental no notificó casos de mpox en noviembre de 2025.

Figura 4. Casos confirmados de mpox notificados por región de la OMS, por mes, desde el 1 de diciembre de 2024 hasta el 30 de noviembre de 2025.



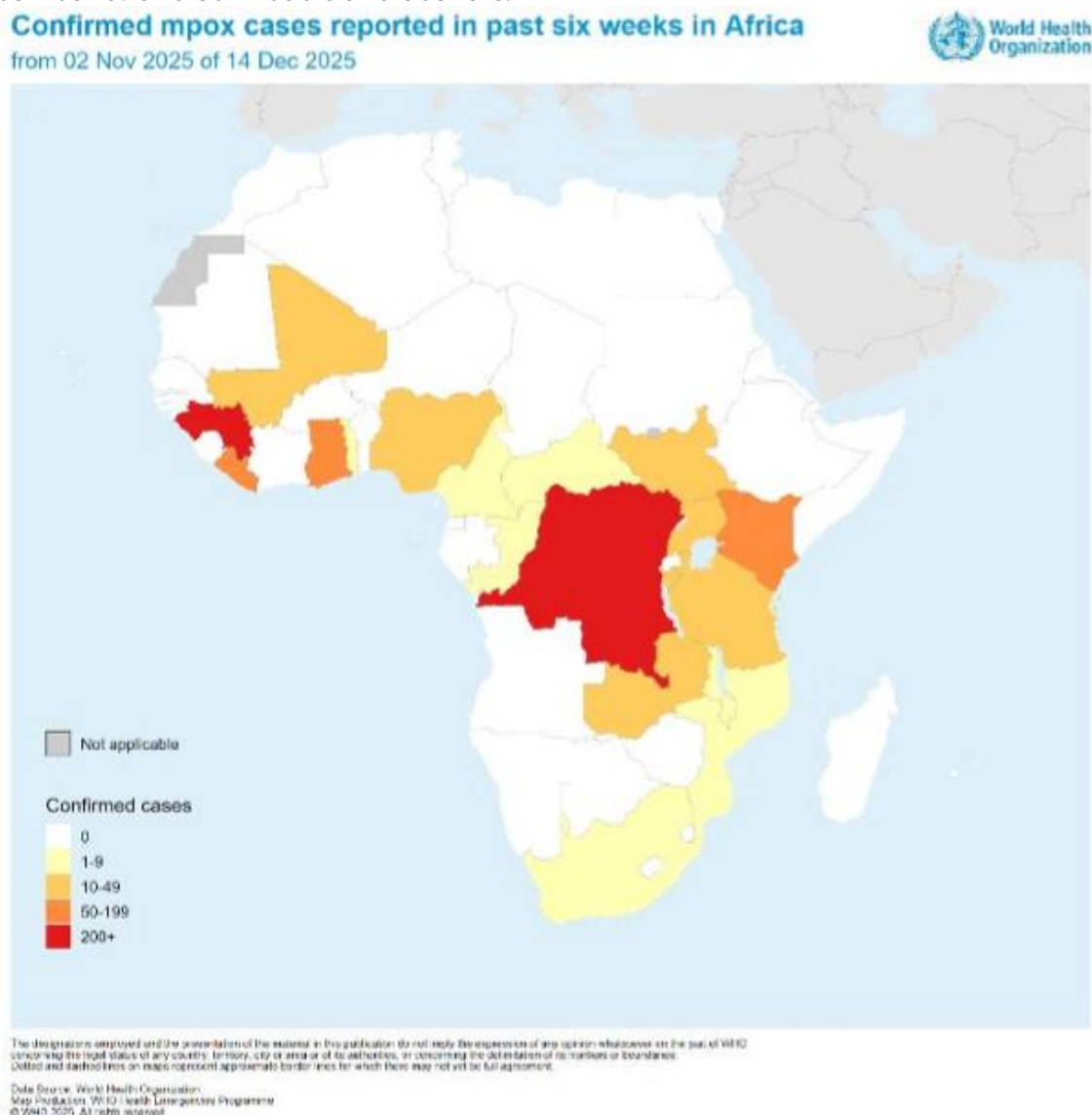
I.4.D. Situación en África

Esta sección presenta datos actualizados hasta el 14 de diciembre de 2025.

Desde el 1 de enero hasta el 14 de diciembre de 2025, 28 países de África notificaron 43.522 casos confirmados de mpox, incluidas 197 muertes (tasa de letalidad [TdL] 0,5%). Diecinueve países del continente notificaron transmisión activa de mpox en las últimas seis semanas, con 1435 casos confirmados, incluidas siete muertes (CFR 0,5%) durante este período.

Los países con el mayor número de casos confirmados en las últimas seis semanas son la República Democrática del Congo, Guinea, Liberia, Kenia y Ghana; todos ellos, excepto Liberia, muestran una tendencia descendente en las últimas semanas. Liberia presenta un aumento en los casos notificados en la última semana con datos disponibles.

Figura 5. Distribución geográfica de los casos confirmados de mpox en las últimas seis semanas, África, del 2 de noviembre al 14 de diciembre de 2025.



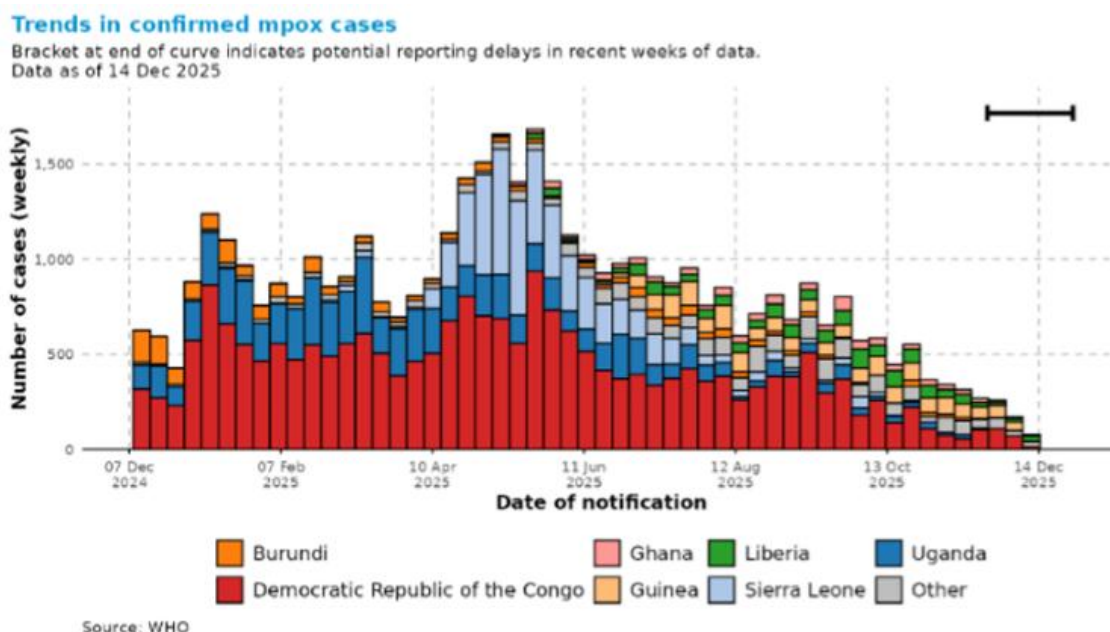
En general, los casos confirmados notificados semanalmente continúan disminuyendo. Sin embargo, los datos de las semanas más recientes deben interpretarse con cautela, ya que los retrasos en la notificación suelen generar ajustes retrospectivos. En las últimas siete semanas se han reportado, en promedio, menos de 500 nuevos casos confirmados por semana.

Esta tendencia continental ha estado influenciada principalmente por la disminución del número de casos notificados en la República Democrática del Congo, Liberia, Kenia y Ghana. Otros países que muestran tendencias descendentes sostenidas y un bajo nivel de transmisión son Burundi y Uganda.

Burundi y Uganda muestran tendencias descendentes consistentes y un bajo nivel de transmisión. Sierra Leona no ha notificado casos confirmados en las últimas seis semanas con datos disponibles y ha declarado oficialmente el fin del brote en el país.

Además, el país ha declarado oficialmente el brote como finalizado. Más detalles sobre las tendencias nacionales están disponibles en el informe de vigilancia global de mpox de la OMS.

Figura 6. Casos confirmados de mpox notificados en África en los últimos 12 meses, por país, desde el 7 de diciembre de 2024 hasta el 14 de diciembre de 2025.



I.4.E. ENFOQUE EN PAÍSES SELECCIONADOS.

República Democrática del Congo

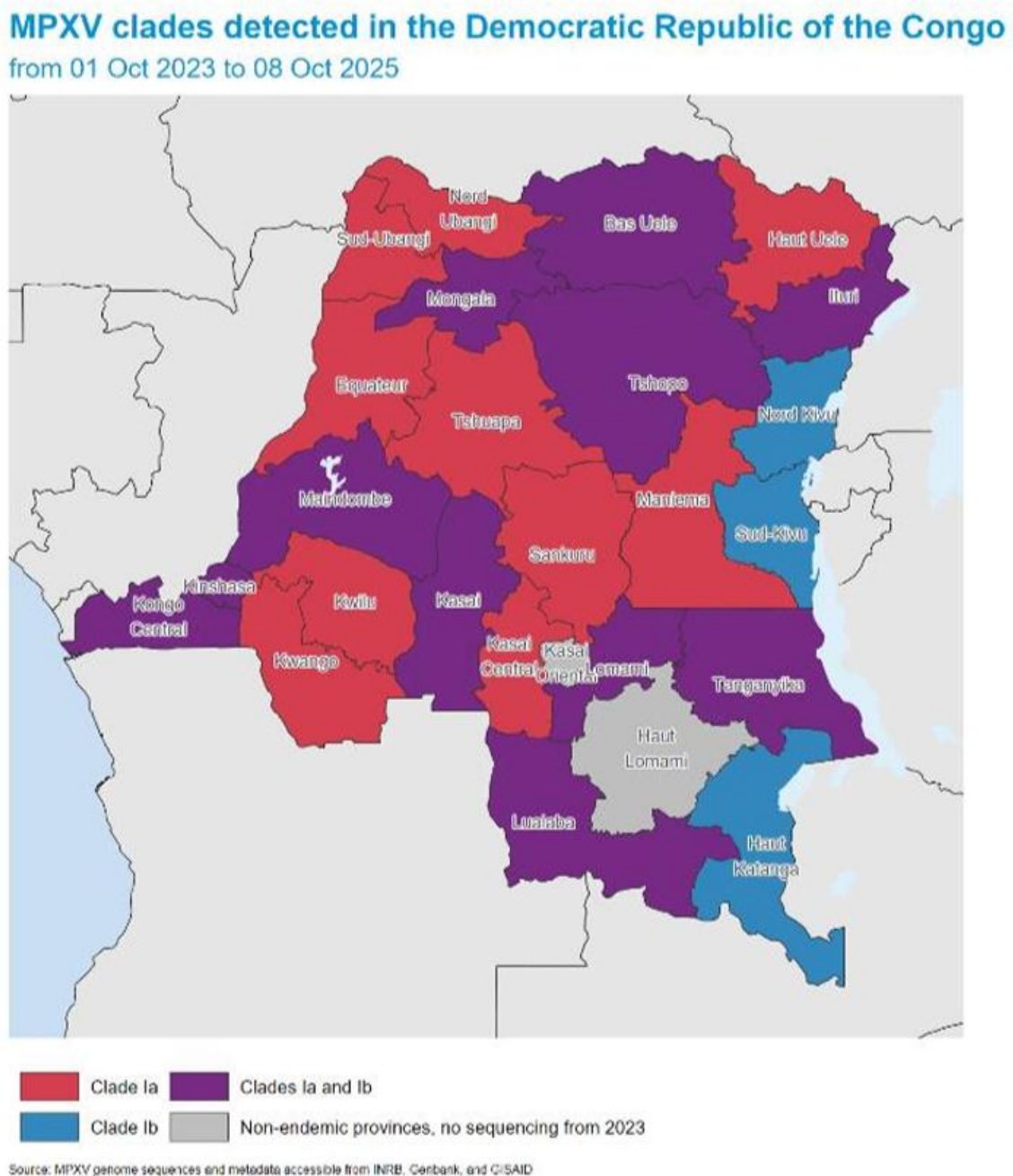
La transmisión de mpox continúa en la República Democrática del Congo con circulación de los clados Ia e Ib del virus MPXV, y co-circulación de ambos en al menos once provincias. Los datos de secuenciación genómica entre octubre de 2023 y octubre de 2025 muestran que el clado Ib de MPXV ha sido detectado en varias provincias, mientras que el clado Ia de MPXV predomina en las provincias históricamente endémicas del centro y el noroeste del país.

La secuenciación genómica presenta una distribución geográfica heterogénea, con provincias que notifican casos confirmados pero sin datos genómicos disponibles, lo que refleja una estrategia de muestreo por conveniencia que prioriza las provincias con mayor capacidad de transporte de muestras.

En julio de 2025 se detectó un caso importado de mpox causado por el clado IIb de MPXV, seguido de un caso secundario en el/la cónyuge del caso índice. Tras una rápida respuesta de salud pública —que incluyó aislamiento del caso, rastreo de contactos y vacunación de contactos— no se detectaron casos adicionales por el clado IIb de MPXV.

Hasta la fecha, no se han notificado nuevos casos de mpox causados por el clado IIb de MPXV en el país.

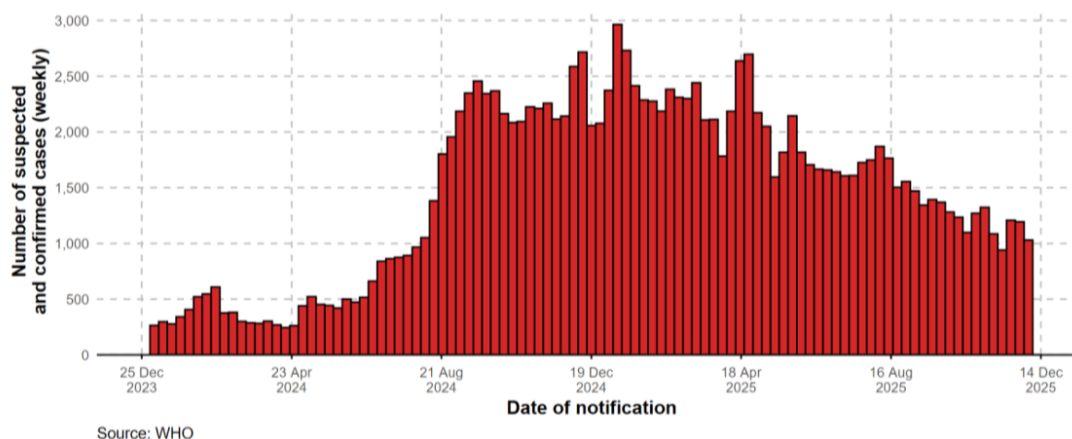
Figura 7. Distribución geográfica de los clados Ia e Ib de MPXV en la República Democrática del Congo, por provincia, desde el 1 de octubre de 2023 hasta el 8 de octubre de 2025.



Desde finales de 2024, el país ha mantenido una carga elevada y sostenida de casos sospechosos de mpox notificados. Las notificaciones semanales alcanzaron su punto máximo en la segunda mitad de 2024, con hasta 3000 nuevos casos sospechosos por semana, y se mantuvieron en niveles altos durante la mayor parte de 2025.

En las últimas semanas, se ha observado una disminución gradual en el número de casos confirmados notificados; aun así, en las semanas más recientes se continúan reportando más de 1000 nuevos casos sospechosos por semana.

Figura 8. Curvas epidémicas de los casos sospechosos y confirmados de mpox notificados en la República Democrática del Congo, desde el 1 de enero de 2024 hasta el 7 de diciembre de 2025.

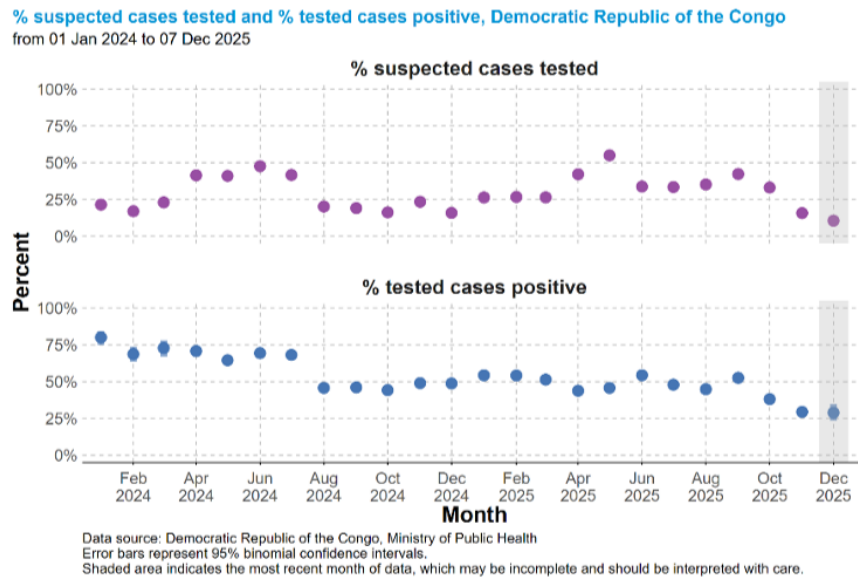


Entre enero y principios de diciembre de 2025, el acceso a pruebas confirmatorias para los casos sospechosos fue variable en el tiempo, con una proporción general de casos testeados que osciló entre aproximadamente el 20% y poco más del 50%. Desde octubre de 2025, se observa una disminución continua en la proporción de casos sospechosos testeados, ubicándose por debajo del 20%, lo que nuevamente convierte al número de casos confirmados en un indicador poco confiable para estimar la circulación real de MPXV en el país.

Durante el mismo período, la positividad de las pruebas se mantuvo elevada, con valores frecuentes entre el 40% y 55%, lo que sugiere altos niveles de circulación del virus MPXV. No obstante, desde octubre de 2025, la positividad ha descendido hasta aproximadamente el 25%, lo que también explica parcialmente la tendencia decreciente de los casos confirmados notificados en el país.

La disminución observada en las notificaciones de casos sospechosos y la menor positividad podrían indicar una reducción en la circulación de MPXV; sin embargo, esta interpretación debe realizarse con cautela, dado que la proporción de casos sospechosos actualmente testeados es mucho menor, lo que reduce la visibilidad epidemiológica, especialmente en provincias con acceso limitado a pruebas diagnósticas, afectando la capacidad de caracterizar la situación real de mpox a nivel subnacional.

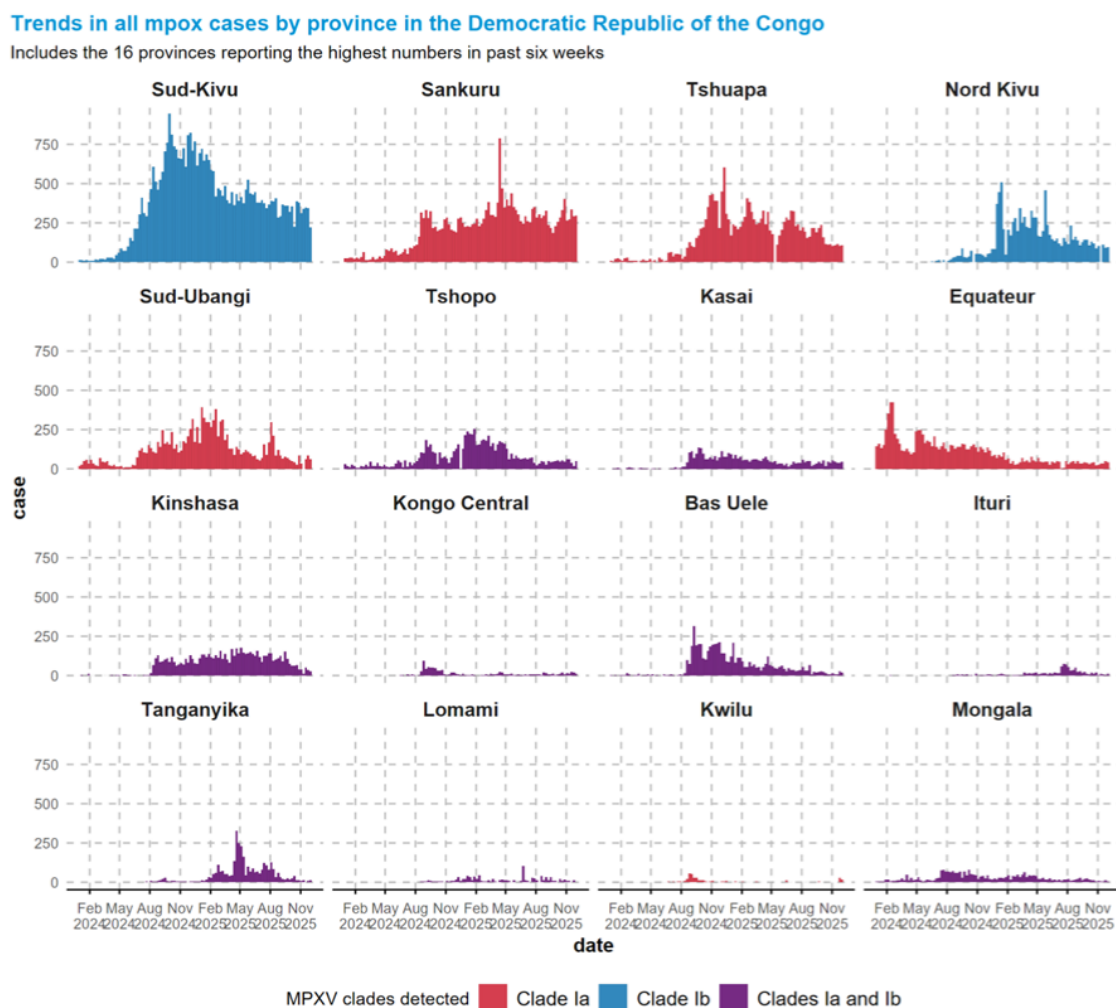
Figura 9. Proporción de casos sospechosos con muestra recolectada (parte superior) y proporción de casos confirmados entre aquellos que recibieron prueba de laboratorio (parte inferior) en la República Democrática del Congo, por semana, desde el 1 de enero de 2024 hasta el 7 de diciembre de 2025.



Los análisis subnacionales muestran dinámicas epidémicas heterogéneas. En las últimas semanas, el mayor número de casos ha sido notificado en las provincias de Sankuru, Kivu del Sur y Tshuapa.

La provincia de Sankuru ha reportado una positividad de pruebas particularmente alta durante todo 2025, lo que es consistente con elevados niveles de circulación viral y una mejor detección de casos tras el fortalecimiento de la vigilancia, la búsqueda activa de casos y la implementación de actividades intensificadas de vigilancia y hallazgo comunitario de casos. En Kivu del Sur, el número de casos notificados ha disminuido; sin embargo, las actividades de vigilancia y respuesta se han visto afectadas por el aumento de la inseguridad, el desplazamiento poblacional y la inestabilidad en el territorio. En Kinshasa, las tendencias sugieren una disminución gradual en los casos confirmados, con niveles bajos de transmisión y/o persistencia de casos importados desde otras provincias, los cuales aún continúan siendo detectados de forma esporádica.

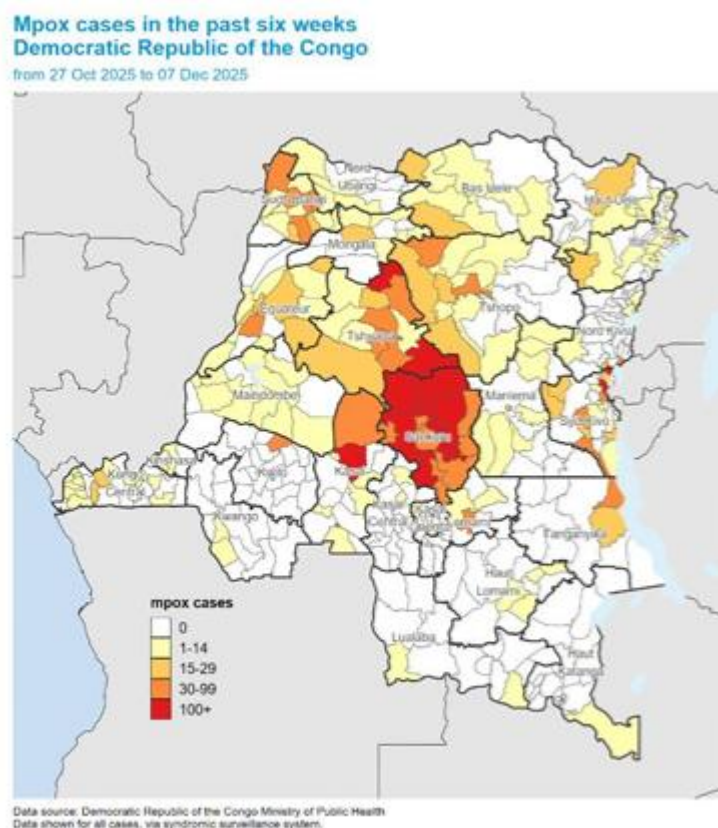
Figura 10. Casos sospechosos de mpox notificados en las 16 provincias más afectadas de la República Democrática del Congo, desde el 1 de enero de 2024 hasta el 7 de diciembre de 2025.



Los análisis geográficos de los casos notificados en las últimas seis semanas muestran transmisión extendida en múltiples zonas de salud, con focos persistentes en las regiones central y oriental del país, destacándose puntos críticos como Karisimbi (Kivu del Norte) y Lodja (Sankuru).

Si bien el número de zonas de salud afectadas ha disminuido en comparación con los meses previos de 2025, la transmisión de mpox continúa siendo geográficamente amplia, lo que refuerza la necesidad de sostener las acciones de vigilancia, prevención y respuesta en el territorio.

Figura 11. Distribución geográfica de los casos sospechosos de mpox en la República Democrática del Congo en las últimas seis semanas, por zona de salud, desde el 27 de octubre hasta el 7 de diciembre de 2025



En general, la situación epidemiológica de mpox en la República Democrática del Congo ha mostrado mejoría en los últimos meses. Aun así, persisten brotes activos en casi todas las provincias, con transmisión en curso en diversos contextos, co-circulación de múltiples clados de MPXV, reducción en el acceso a pruebas confirmatorias y una marcada variabilidad subnacional influenciada por la capacidad de vigilancia, el acceso a laboratorios y las condiciones de seguridad.

El fortalecimiento continuo de la vigilancia, la capacidad diagnóstica, la secuenciación genómica y la respuesta focalizada en zonas de salud con puntos críticos sigue siendo esencial.

Mali

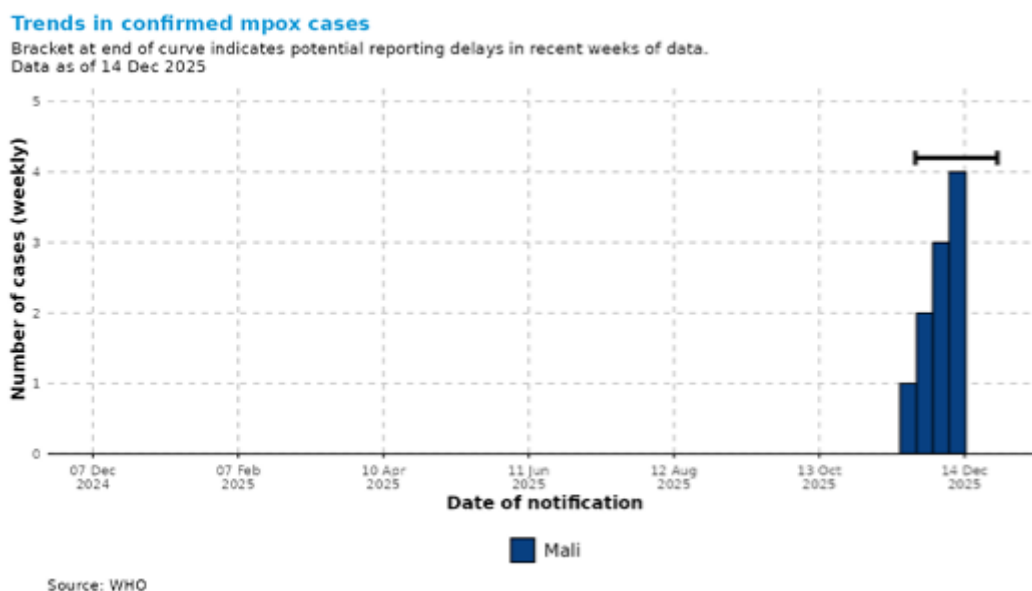
Desde el inicio del brote en noviembre de 2025 hasta el 14 de diciembre de 2025, Malí ha notificado un total de 10 casos confirmados de mpox. Las investigaciones epidemiológicas indican que al menos cinco de estos casos corresponden a introducciones independientes vinculadas a viajes o exposiciones en Guinea.

Aunque hasta el momento el número de casos es bajo, la curva epidémica de casos confirmados muestra notificación continua en las últimas cuatro semanas.

La situación en Malí evidencia el riesgo persistente de propagación transfronteriza desde áreas con transmisión activa hacia países que no habían notificado previamente mpox, así como la posibilidad de que el virus establezca transmisión sostenida si no es detectado y contenido con rapidez. Esto remarca la necesidad de mantener la vigilancia, asegurar la detección oportuna

de casos, fortalecer la colaboración transfronteriza en la región y planificar todos los componentes de la respuesta a mpox, incluida la vacunación.

Figura 12. Casos confirmados de mpox notificados en Malí en los últimos 12 meses, desde el 7 de diciembre de 2024 hasta el 14 de diciembre de 2025.



Países que notifican el clado Ib de MPXV por primera vez

Un país, Rumanía, ha notificado por primera vez casos de mpox causados por el clado Ib de MPXV, en un viajero adulto de sexo masculino diagnosticado inicialmente en agosto de 2025. Posteriormente se confirmó el clado Ib de MPXV y el caso fue notificado de manera retrospectiva a la OMS.

El paciente refirió antecedentes de viaje a China y una exposición de probable alto riesgo en ese país antes del diagnóstico en Rumanía, donde fue hospitalizado al momento de su llegada. No se notificaron contactos en Rumanía y, como medida de precaución, el paciente permaneció en aislamiento hospitalario hasta su recuperación. No se han reportado nuevos casos asociados a esta importación.

Países que notifican nuevas importaciones del clado Ib de MPXV

Desde el último informe de situación, ningún país ha notificado nuevas importaciones del clado Ib de MPXV.

Detección de una cepa recombinante de MPXV en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte

El 2 de diciembre de 2025, la OMS recibió la notificación del Reino Unido de un único caso importado de mpox causado por una cepa recombinante de MPXV que contiene elementos genéticos tanto del clado Ib como del clado IIb en su genoma.

El caso refirió antecedentes de viaje reciente a Asia, donde la exposición probablemente ocurrió. La persona presentó un cuadro clínico leve, con manifestaciones típicas de mpox. La recombinación es un proceso natural conocido que puede ocurrir cuando una persona se infecta simultáneamente con dos variantes virales relacionadas.

Los ortopoxvirus, incluido MPXV, tienen capacidad de recombinación en escenarios de co-infección. Actualmente circulan múltiples variantes de MPXV en redes sexuales interconectadas, en numerosos países y en distintos contextos epidemiológicos.

En este caso, los análisis genómicos indican que el virus adquirió fragmentos alternados de los clados Ib y IIb de MPXV, dando lugar a un recombinante competente para replicación. La información disponible para este caso es aún insuficiente para establecer conclusiones sobre la transmisibilidad, la severidad clínica o la efectividad de las contramedidas médicas existentes contra esta cepa recombinante.

La OMS, a través de sus oficinas regionales y de país, continúa recopilando información y realizando el monitoreo estrecho de la situación.

La evaluación de riesgo global de la OMS se mantiene sin cambios: el riesgo se considera moderado para hombres que tienen sexo con hombres con parejas nuevas o múltiples, para trabajadores sexuales y para otras personas con múltiples parejas que podrían estar en riesgo; y bajo para la población general sin factores de riesgo específicos para mpox.

La OMS recomienda a los Estados Miembros continuar implementando las recomendaciones permanentes vigentes, actualmente extendidas hasta agosto de 2026. Los países deben sostener la vigilancia epidemiológica de mpox, el manejo clínico de casos, las medidas de prevención y control de infecciones y las estrategias de vacunación, priorizando la secuenciación genómica en casos nuevos o inusuales, especialmente aquellos que involucren variantes poco frecuentes o presenten patrones atípicos.

Fuente: <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-mpox--external-situation-report--61---22-december-2025>

1.5. Síndrome respiratorio por coronavirus de Medio Oriente (MERS-CoV) – Actualización global

Recibido a través del CNE el 24/12/2025

Desde el primer reporte de MERS-CoV en Arabia Saudita (KSA) y Jordania en 2012, la OMS ha recibido la notificación de 2635 casos confirmados por laboratorio de infección por MERS-CoV, con 964 muertes asociadas (tasa de letalidad o Case Fatality Ratio [TdL] del 37%), provenientes de 27 países y distribuidos en las seis regiones de la OMS. La mayoría de los casos (84%; n = 2224) fueron reportados desde Arabia Saudita (KSA). Desde el inicio de 2025 y hasta el 21 de diciembre, se notificaron a la OMS 19 casos en total. De ellos, 17 casos se registraron en Arabia Saudita, en cinco regiones, a saber: Riad (n = 10), Taif (n = 3), Najrán (n = 2), Hail (n = 1) y la ciudad de Hafr Al-Batin (n = 1). Además, se notificaron dos casos asociados a viajes en Francia, con exposición probable durante viajes recientes a la Península Arábiga.

Este informe de noticias sobre brotes se centra en los nueve casos más recientes de infección por MERS-CoV notificados entre el 4 de junio y el 21 de diciembre de 2025: siete casos en Arabia Saudita (KSA) y los dos casos importados en Francia. Los detalles de los casos reportados previamente en 2025 pueden consultarse en los informes de brotes publicados por la OMS el 13 de marzo de 2025 y el 12 de mayo de 2025.

Entre el 4 de junio y el 21 de diciembre de 2025, el Ministerio de Salud (MoH) de Arabia Saudita reportó siete casos de infección por MERS-CoV, distribuidos en tres regiones: Najrán (2), Riad (3) y Taif (2). No se identificaron vínculos epidemiológicos entre estos siete casos. Asimismo, entre el 2 y el 3 de diciembre de 2025, el Punto Focal Nacional del RSI de Francia notificó dos

casos de MERS-CoV, con antecedentes de viajes recientes a la Península Arábiga durante noviembre de 2025.

El seguimiento de todos los contactos fue completado y no se identificaron ni notificaron infecciones secundarias. Desde septiembre de 2012, Francia ha registrado cuatro casos confirmados por laboratorio de MERS-CoV, incluyendo una muerte: dos casos en 2013 y los dos casos más recientes en diciembre de 2025. Todos correspondieron a viajeros expuestos en la Península Arábiga y que regresaron a Francia.

Figura 1: Curva epidémica de infecciones por MERS-CoV (2635) y muertes (964) reportadas a nivel mundial entre 2012 y 2025.

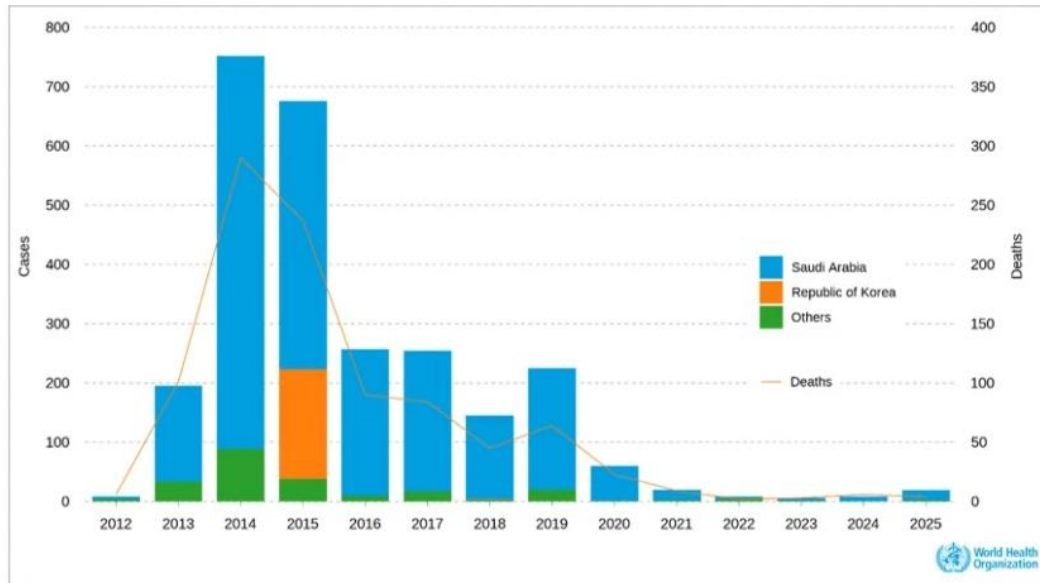


Figura 2: Curva epidémica de infecciones por MERS-CoV (2224) y muertes (868) notificadas en Arabia Saudita (KSA) entre 2012 y 2025.

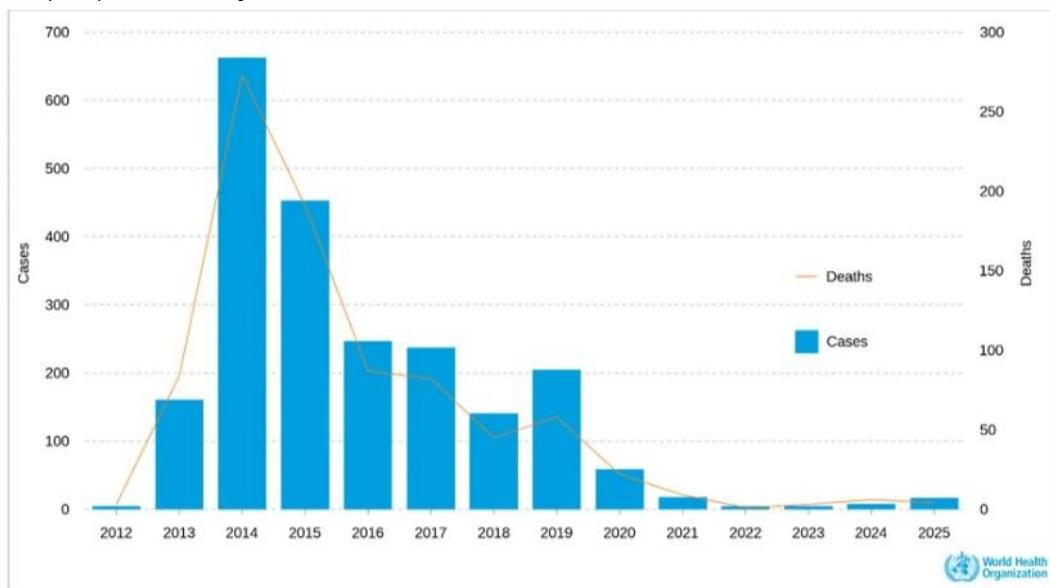
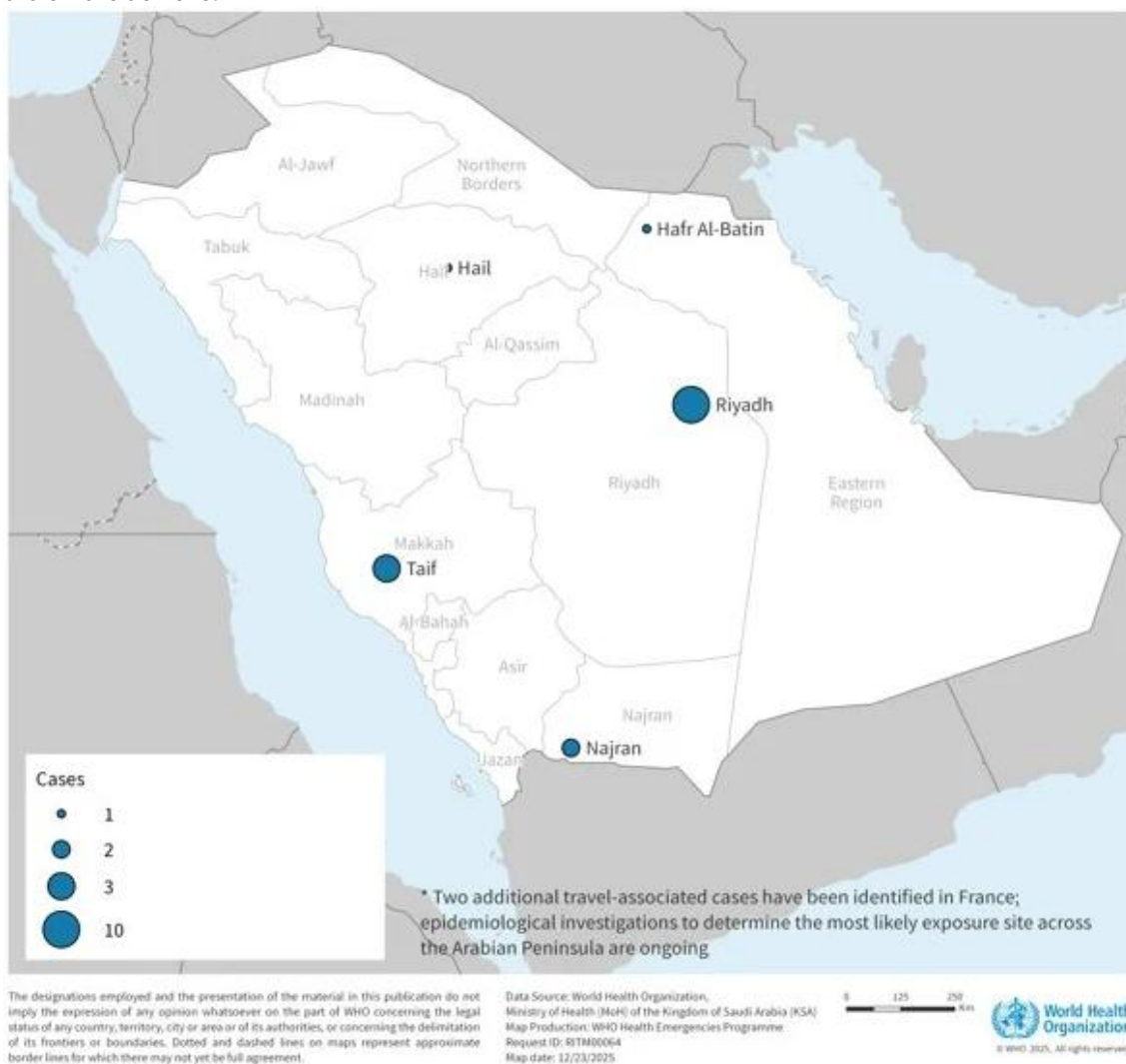


Figura 3. Distribución geográfica de las infecciones por MERS-CoV entre el 1 de enero y el 21 de diciembre de 2025.



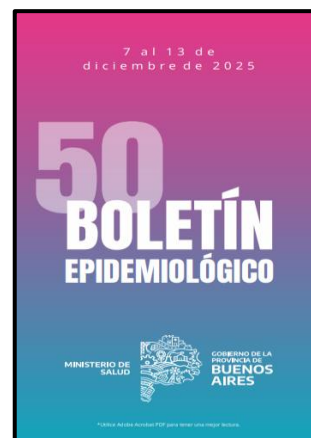
Fuente: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON591>

DESTACADOS EN
BOLETINES
JURISDICCIONALES

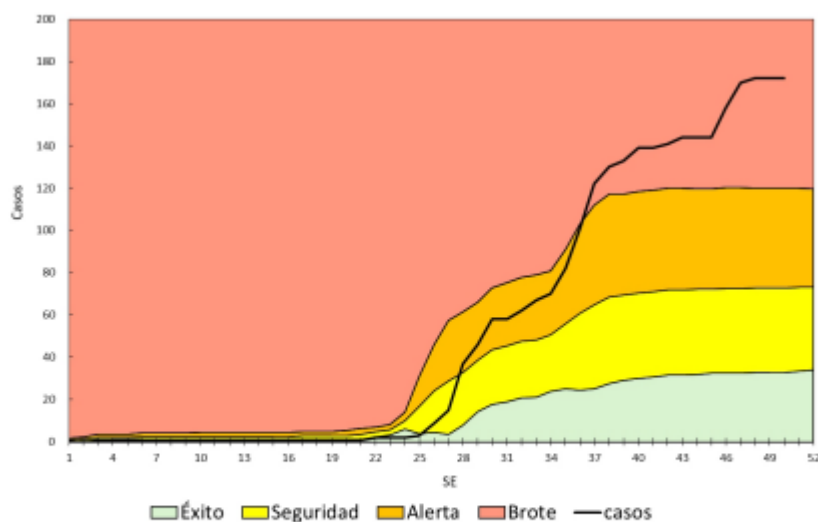
XI. Boletines Jurisdiccionales

XI.1. Buenos Aires: Triquinosis

Desde SE 1 hasta el 13 de diciembre (SE 50) de 2025 se notificaron 253 casos sospechosos de triquinosis: 172 casos fueron confirmados, 74 continúan en estudio y 7 se descartaron.



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



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

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

Para más información:

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

XI.2. La Pampa: medidas preventivas ante un caso sospechoso de botulismo.

Como medida preventiva, se recomendó no consumir escabeches y conservas de elaboración casera de la marca Juli-Mar por no presentar certificación de Registro Nacional de Productos Alimenticios (RNPA) y Registro Nacional de Establecimientos (RNE). Es importante destacar que los alimentos preparados siguiendo las pautas adecuadas de elaboración y conservación garantizan su inocuidad y contribuyen a proteger la salud de la población, evitando el desarrollo de microorganismos que pueden causar enfermedades transmitidas por alimentos (ETA).

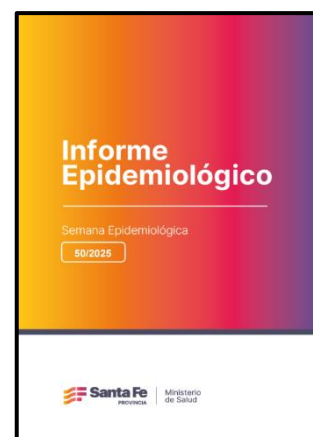


Recomendaciones a la población

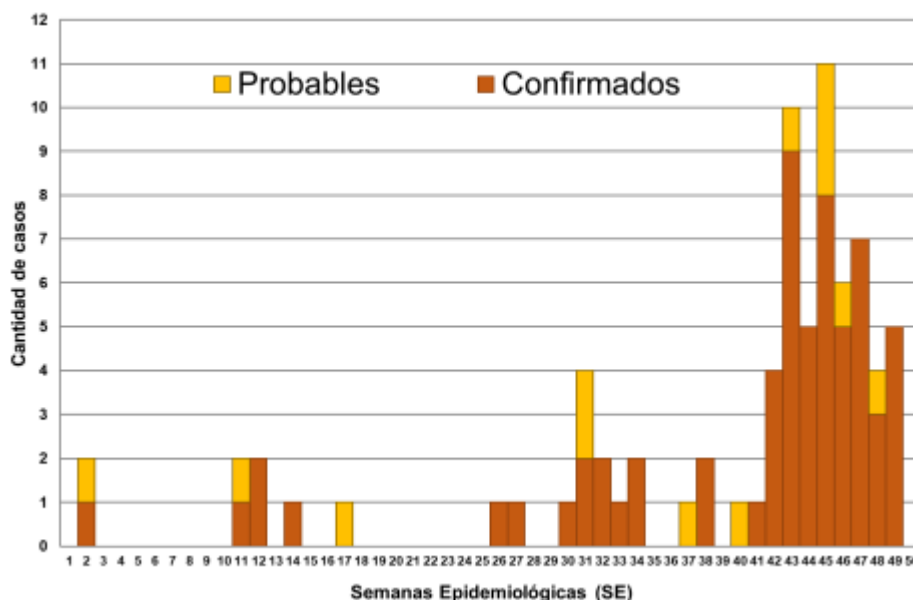
- Priorizar siempre alimentos elaborados bajo normas de seguridad alimentaria y con registro sanitario oficial.
- Evitar consumir escabeches caseros adquiridos en venta informal.
- Evitar consumir conservas caseras sin fecha de elaboración, sin identificación del productor o sin habilitación sanitaria.

XI.3. Santa Fe: Coqueluche

En la Provincia de Santa Fe entre la SE 1 y 50 de 2025, se notificaron un total de 333 casos al evento de Coqueluche, de los cuales 64 se confirmaron y 13 se clasificaron como probables. De los 64 casos confirmados, 50 casos (78,1%) corresponden al departamento Rosario, 3 casos (4,7%) al departamento La Capital, 2 casos (3,1%) al departamento Caseros, 2 casos (3,1%) al departamento Constitución, 2 casos (3,1%) al departamento General López, 2 casos (3,1%) al departamento San Lorenzo, un caso (1,6%) al departamento Belgrano, un caso (1,6%) al departamento Castellanos y un caso (1,6%) al departamento Iriondo



Distribución de casos confirmados (n= 64) y probables (n= 13) según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1 a SE 50. Año 2025. N= 77.



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

Para más información:

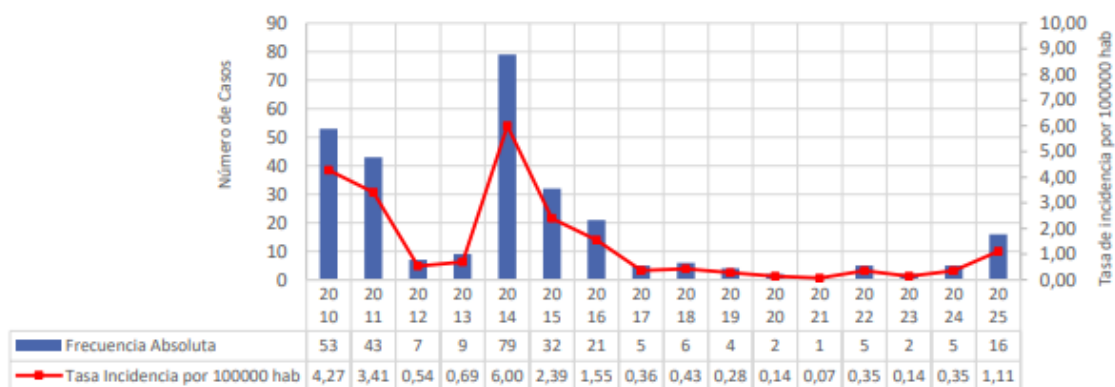
<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/%28subtema%29/93802>

XI.4. Salta: Hepatitis A

Hasta la semana epidemiológica (SE) N°50 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 nexos epidemiológico. A continuación, se muestra la evolución del número de casos y tasa de incidencia por 100.000 mil habitantes durante el periodo 2010 hasta SE 49 del año 2025



Casos confirmados de hepatitis a y tasa cada 100mil hab. Periodo 2010 hasta se 50/2025. Provincia de Salta.



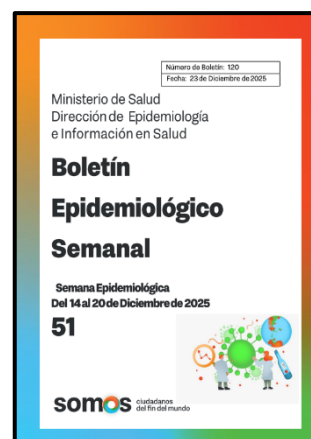
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este grafico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante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

Para más información:

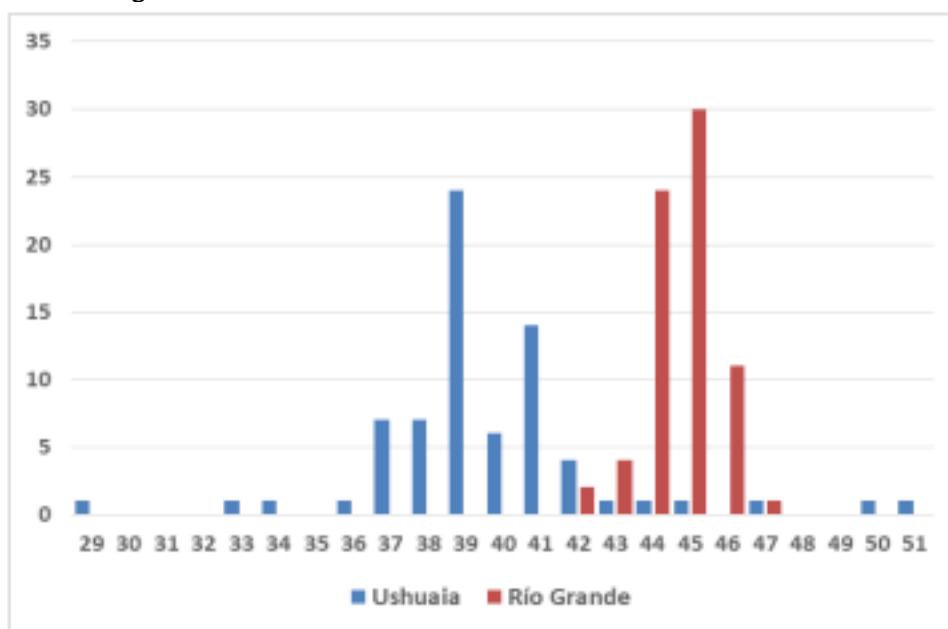
<http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/>

XI.5. Tierra del Fuego: Coqueluche

En la ciudad de Ushuaia hasta el 23 de Diciembre de 2025, se notificaron 226 sospechosos y se confirmaron un total de 73 casos. En la ciudad de Río Grande en el mismo periodo se notificaron 458 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:

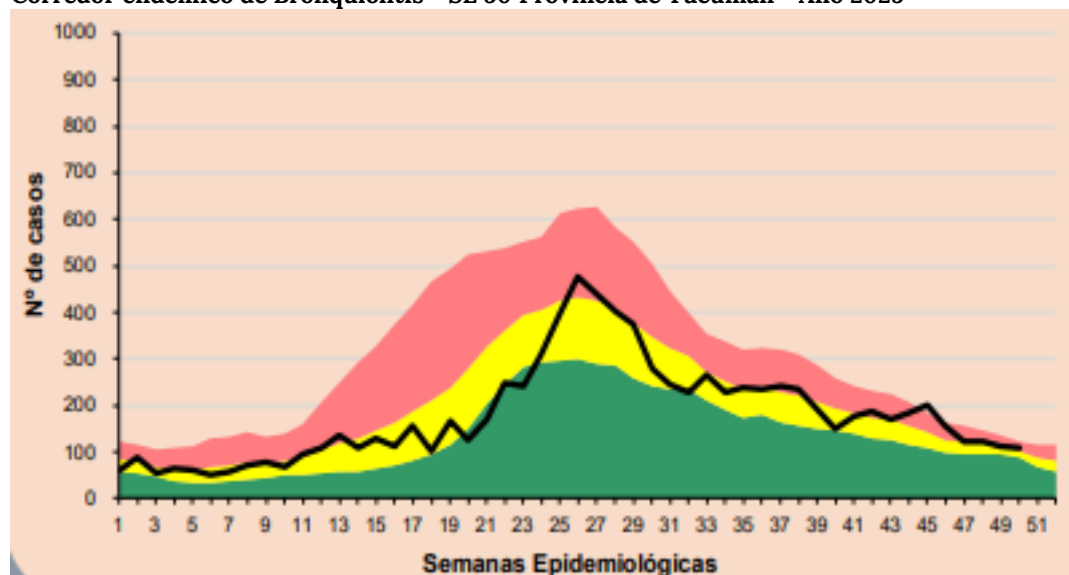
<https://salud.tierradelfuego.gob.ar/boletines-provinciales/>

XI.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 50 se notificaron 110 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis - SE 50 Provincia de Tucumán - Año 2025



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA

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

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