ISNN:2422-698X (en línea)
ISNN:2422-6998 (correo electrónico)



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **791**

Semana epidemiológica 1
AÑO 2026
Desde 04/01 al 10/01
Fecha de publicación
19/01/2026

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD
REPÚBLICA ARGENTINA

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:

Botulismo alimentario y/o por heridas
De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": Servicio de Bacteriología Sanitaria. Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).
Del ANMAT: Dirección de Prevención, Vigilancia y Coordinación Jurisdiccional del INAL.

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 otras arbovirosis
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.
De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH).
El Servicio Meteorológico Nacional.

Hantavirosis
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.
De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Laboratorio Nacional de Referencia de Hantavirus, Servicio de Biología Molecular, Departamento de Virología del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).
De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH).

Infecciones respiratorias
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DICEI) y la Dirección Nacional de Enfermedades Transmisibles.
De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Servicio de Virosis Respiratorias y el Departamento de Epidemiología, ambos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).

Componen la Dirección de Epidemiología: Altschuler Ailén, Amatto María Belén, Amelotti Rina Lucía, Antman Julián Gustavo, Appeceix Ailen Lihuel, Avalos Andrea Karina, Bertaccini Dario Gabriel, Bidart María Laura, Bonifacio Carlos, Cáceres Estefanía, Caparelli Mariel, Caruso Stefanini Margarita, Casal Javier, Casas Natalia, Castell Soledad, Chantefort Lucía, Chaves Karina Lorena, Couto Esteban, Di Pinto Ignacio, 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, Pisarra 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

El botulismo es causado por la toxina *Clostridium botulinum*. Imagen tomada de banco de imágenes Centro de enfermedades infecciosas (CDC).

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°791, SE 1.

I. Editorial del BEN 789

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

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

En los 70 informes de Actualización Periódica de Eventos, se caracterizaron 34 eventos diferentes, mostrando la amplitud de situaciones que integran la vigilancia de la salud a nivel nacional. Un evento fue actualizado 9 veces, otro evento se realizó en 6 oportunidades y otro en 5. Dos eventos se presentaron cuatro veces, cuatro eventos tres veces, y otros cinco en dos ocasiones, mientras que los 20 restantes se presentaron una única vez. Este ejercicio de seguimiento periódico permitió captar la evolución de cada problema con mayor sensibilidad temporalidad y territorialidad, favoreciendo la detección temprana de cambios en los patrones epidemiológicos. Además, muchos de estos eventos fueron llevados y trabajados en la Sala de Situación Nacional, donde se revisó la información y debatieron los hallazgos desde una perspectiva integral, fortaleciendo la interpretación colectiva y la toma de decisiones conjuntas.

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

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

Vet. Cecilia Gonzalez 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° 791 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. El BEN tiene como objetivo difundir de manera oportuna, integrada y sintética la información epidemiológica oficial disponible, con el fin de contribuir a la toma de decisiones en salud pública y retroalimentar al sistema de vigilancia.

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, considerando los alcances y limitaciones propios de los sistemas de información en vigilancia epidemiológica.

En este número se incorpora un análisis en profundidad de la vigilancia del botulismo alimentario y/o por heridas, constituyendo la primera vez que este evento es abordado en el BEN con este nivel de detalle. El apartado incluye la caracterización epidemiológica del evento a nivel nacional, su evolución temporal, la distribución geográfica de los casos, el análisis clínico-epidemiológico, así como información específica sobre el tratamiento con antitoxina, la gestión de insumos estratégicos y las medidas de prevención y control, con el objetivo de fortalecer las capacidades de detección, notificación y respuesta oportuna en las jurisdicciones.

Asimismo, se presenta una actualización de la situación epidemiológica de mpox, con información sobre el contexto internacional y nacional, junto con recomendaciones para el equipo de salud y aspectos operativos de la vigilancia, manteniendo un seguimiento sistemático del evento en el marco de las situaciones emergentes.

En el apartado de Eventos Priorizados, se continúa con la presentación de la situación epidemiológica de la hantavirosis, incorporando el análisis de los casos notificados, la caracterización epidemiológica, la vigilancia de genotipos de hantavirus y las acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud de la Nación. Asimismo, se presenta la actualización de la vigilancia de dengue y otros arbovirus, así como de las infecciones respiratorias agudas, con el fin de brindar un panorama integrado de estos eventos priorizados a nivel nacional.

Finalmente, se incluye la actualización de coqueluche como evento emergente, con un análisis detallado de la situación epidemiológica actual en la Argentina, la caracterización de los casos según edad y gravedad, y la evolución de las coberturas de vacunación, reforzando la importancia de la vigilancia continua y del diagnóstico oportuno para el adecuado control del evento.

Contenido

I. Editorial del BEN 789 **5**
II. Sobre este BEN **6**

TABLAS DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA SELECCIONADOS **9**
III. Tablas de ENO seleccionados **10**
III.1. Nota metodológica 10
III.1.A. Sobre la construcción de las tablas 10
III.1.B. Notas adicionales a tener en cuenta 11
III.2. Eventos nominales confirmados 11
III.3. Eventos nominales notificados y confirmados 13
III.4. Nota general sobre la interpretación cromática en las tablas 14
III.5. Eventos agrupados clínicos 14
III.6. Eventos agrupados laboratoriales 16
III.6.A. Sobre la construcción de esta tabla 16

EVENTOS PRIORIZADOS **17**
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **18**
IV.1. Nota Metodológica 18
IV.1.A. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 18
IV.2. Situación regional del subclado K de influenza A(H3N2) 19
IV.3. Síntesis de la información nacional destacada 19
IV.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 20
IV.4.A. Enfermedad tipo influenza (ETI) 20
IV.4.B. Neumonía 21
IV.4.C. Bronquiolitis 23
IV.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 24
IV.5.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 28
IV.6. Caracterización genómica de Influenza A (H3N2) 29
IV.7. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas. 32
IV.7.A. Recomendaciones para equipos de salud 32
IV.8. Vigilancia epidemiológica 32
IV.9. Recomendaciones para la población 34
IV.10. Vacunación antigripal 34
IV.11. Tratamiento antiviral 35
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **37**
V.1. Situación regional 37
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 38
V.2.A. Nota metodológica 38
V.3. Situación de dengue en Argentina 40
V.3.A. Inicio de temporada 2025/2026 40
V.3.B. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 42
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 43
V.5. Situación epidemiología de otros arbovirus en Argentina 44
V.5.A. Enfermedad por virus Zika 45
V.5.B. Fiebre de Oropouche 45
V.5.C. Encefalitis de San Luis 46
V.5.D. Fiebre del Nilo Occidental 46
V.5.E. Fiebre Amarilla 46
VI. Hantavirosis **47**
VI.1. Introducción 47
VI.2. Situación epidemiológica actual 48
VI.2.A. Nota metodológica 48
VI.2.B. situación epidemiológica 48
VI.2.C. Vigilancia de genotipos de hantavirus 59
VI.2.D. Sobre las acciones del ministerio de salud de la nación 60
VI.2.E. Conclusiones 61

SITUACIONES EMERGENTES **62**
VII. Coqueluche **63**
VII.1. Introducción 63
VII.2. Situación internacional 63
VII.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina 64
VII.3.A. Introducción 64
VII.3.B. Análisis de los casos notificados y confirmados 65
VII.3.C. Análisis según edad y gravedad 70
VII.4. Coberturas de Vacunación 70
VII.4.A. Coberturas para Total país 70
VII.4.B. Coberturas según jurisdicción 72

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS **75**
VIII. Botulismo alimentario y/o por heridas – Informe epidemiológico **76**
VIII.1. Introducción 76
VIII.1.A. Descripción del evento 76
VIII.1.B. Antecedentes en el país 77
VIII.2. Situación epidemiológica 2019-2025 77
VIII.2.A. Nota metodológica 77
VIII.2.B. Caracterización de la notificación en el evento 78
VIII.2.C. Evolución temporal de los casos confirmados 79
VIII.2.D. Distribución geográfica de casos confirmados e incidencia acumulada 81
VIII.2.E. Análisis según sexo y grupo de edad 83
VIII.2.F. Análisis clínico - epidemiológico 84
VIII.3. Antitoxina 85
VIII.3.A. Fundamentos del Tratamiento 85
VIII.3.B. Gestión de Insumos Estratégicos y Respuesta Sanitaria 85
VIII.3.C. Medidas de Salud Pública ante Casos Sospechosos 85
VIII.3.D. Prevención y control 85
VIII.3.E. Composición del Producto Terminado 85
VIII.4. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Botulismo alimentario y/o por heridas 86
VIII.4.A. consideraciones generales para la toma de muestra 86
VIII.4.B. Conservación y condiciones de transporte 86
VIII.5. Medidas de prevención 87
VIII.6. Medidas ante casos, contactos y brotes 87
VIII.7. Medidas con el alimento incriminado 88
VIII.7.A. Medidas generales 88
VIII.7.B. Información que se debe recabar 88
VIII.7.C. Medidas que se deben tomar con las personas que constituyen casos sospechosos 89
VIII.8. Conclusiones 89
VIII.9. Vigilancia epidemiológica 90
VIII.9.A. Objetivos de la vigilancia 90
VIII.9.B. Definiciones y clasificaciones de caso 90
VIII.9.C. Definición de brote 90
IX. MPOX – Actualización Informe epidemiológico **92**
IX.1. Introducción 92
IX.2. Situación internacional 92
IX.2.A. Situación en África 93
IX.2.B. Situación en las Américas38F 93
IX.3. Situación en Argentina 94
IX.4. Recomendaciones para el equipo de salud 98
IX.5. Vigilancia Epidemiológica 98
IX.5.A. Definiciones y clasificaciones de caso 99
IX.5.B. Notificación 100
IX.6. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox 101
IX.7. Medidas ante casos sospechosos 101
IX.8. Medidas ante contactos 102

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES **104**
X. Introducción **105**
X.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión 106
X.1.A. Canadá 106
X.1.B. Chile 106
X.1.C. Estados Unidos de América 107
X.1.D. México 108
X.2. Alerta Epidemiológica Circulación simultánea de influenza estacional y virus sincitial respiratorio (VSR) 109
X.2.A. Resumen de la situación a nivel global 109
X.2.B. Resumen de la situación Región de las Américas 110
X.2.C. Resumen de la situación en el Hemisferio Norte y Sur 110

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES **122**
XI. Boletines Jurisdiccionales **123**
XI.1. Buenos Aires: Coqueluche 123
XI.2. Salta: Dengue 124
XI.3. Santa Fe: Hantavirus 125
XI.4. Tierra del Fuego: Diarrea aguda 126
XI.5. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años 127

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA **128**
XII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 **129**

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**, construidos 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 2021 a 2026.

Para calcular la mediana de los valores acumulados entre 2021 y 2025, 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 (2026) con años cerrados (2021-2025), 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.

Como nota aclaratoria de esta semana, es necesario tener en cuenta, particularmente, que se está analizando la primera semana epidemiológica del año y comparándola con años cerrados. Por ello es necesario tener en cuenta el carácter provisorio de los datos, las cantidades y los porcentajes de aumento visualizados.

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-1. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-1	2026 Acumulados SE 1-1	Diferencias 2026 con mediana 2021-2025	
				Absoluta	%
Enf. Trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	0	0	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	2	1	-1	-50%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	232	631	399	172%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	10	13	3	30%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	4	8	4	100%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	0	1	1	N/A
	Cisticercosis	0	0	0	N/A
	Escorpionismo o Alacranismo	175	395	220	126%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	13	21	8	62%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	1	1	0	0%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	0	0	0	N/A
	Brucelosis	0	2	2	N/A
	Hantavirosis	0	38	38	N/A
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	0	1	1	N/A
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	23	40	17	74%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	0	1	1	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	0	1	1	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	1	2	1	100%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	0	0	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	267	267	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	15	15	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	2	2	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	286	405	119	42%

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 1-1. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-1		2026 Acumulados SE 1-1		Diferencias 2026 con mediana 2021-2025			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	41	1	60	20	19	46%	19	1900%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	6	0	29	0	23	383%	0	N/A
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)		0		0		N/A	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	35	12	59	16	24	69%	4	33%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	3	0	1	0	-2	-67%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	272	2	789	0	517	190%	-2	-100%
	Encefalitis de San Luis	1	0	11	0	10	1000%	0	N/A
	Fiebre amarilla humana	1	0	7	0	6	600%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	0	0	0	0	0	N/A	0	N/A
	Zika	5	0	24	0	19	380%	0	N/A
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	2	0	9	0	7	350%	0	N/A
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	36	1	83	10	47	131%	9	900%
	Psitacosis	4	0	32	1	28	700%	1	N/A
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	15	0	28	1	13	87%	1	N/A
	Sífilis Congénita	23	13	24	24	1	4%	11	85%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	0	0	0	N/A	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en emb.	37	33	27	22	-10	-27%	-11	-33%
	Sífilis en emb.	131	125	331	317	200	153%	192	154%
	Hepatitis B en emb.	0	0	1	0	1	N/A	0	N/A
Hepatitis virales	Hepatitis A	1	0	3	1	2	200%	1	N/A
	Hepatitis B	42	12	75	14	33	79%	2	17%
	Hepatitis C	30	9	49	23	19	63%	14	156%
	Hepatitis E	0	0	1	0	1	N/A	0	N/A
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	615	522	1.247	1.092	632	103%	570	109%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	10	7	6	6	-4	-40%	-1	-14%
Otros eventos de imp. p/ la salud pública	Viruela símica (mpox)	2	0	5	1	3	150%	1	N/A

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 2026 frente a la mediana 2021–2025, tanto en diferencia absoluta como, cuando corresponde, en variación porcentual; el **verde** indica disminución respecto de la mediana histórica (menor magnitud en 2026), el **rojo** señala aumento (mayor magnitud en 2026) 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 1-1. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-1	2026 Acumulados SE 1-1	Diferencias 2026 con mediana 2021-2025	
				Absoluta	%
Enf. Trans. Por alimentos	Diarrea	17.889	0	-17.889	N/A
Infecc. de trans. sexual	Secreción genital purulenta en varones	47	0	-47	N/A
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	12	0	-12	N/A
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	920	0	-920	N/A
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	13.043	0	-13.043	N/A
	Neumonía en pacientes ambulatorios	799	0	-799	N/A
	Neumonía (sin especificar)	1.101	0	-1.101	N/A
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	4	0	-4	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	5	0	-5	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	13	0	-13	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	1	0	-1	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	8	0	-8	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	19	0	-19	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	37	0	-37	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	30	0	-30	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	7	0	-7	N/A
	Lesiones por electrocución	0	0	0	N/A
	Lesiones por atragantamiento	0	0	0	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	26	0	-26	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	13	0	-13	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	53	0	-53	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	1	0	-1	N/A
	Otras lesiones en el hogar	10	0	-10	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 1-1. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-1		2026 Acumulados SE 1-1		Diferencias 2026 con mediana 2021-2025			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	68	6	0	0	-68	-100%	-6	N/A
	Infección por Mycoplasma genitalium	9	0	0	0	-9	-100%	0	N/A
	Infección por Mycoplasma hominis	31	2	0	0	-31	-100%	-2	N/A
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	241	9	0	0	-241	-100%	-9	N/A
	Infección por Trichomonas vaginalis	392	39	0	0	-392	-100%	-39	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.

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1. Nota Metodológica

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

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

IV.1.A. SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS[1]

La actividad de influenza en las Américas continúa con una tendencia ascendente, impulsada principalmente por la actividad en el hemisferio norte, con una positividad regional de 16.2%. La influenza A(H3N2) continúa predominando entre las muestras subtipificadas en todas las regiones, excepto en la subregión andina. La circulación de VSR se mantiene en niveles bajos (<1%), mientras que la positividad de SARS-CoV-2 continúa en descenso, alcanzando 5.4%. En América del Norte, la circulación de influenza probablemente se encuentra cerca de su pico, con una positividad de 22%. La actividad de VSR permanece baja, con un ligero aumento a 2.2%, mientras que la positividad de SARS-CoV-2 disminuyó a 5.2%. En el Caribe, la circulación de influenza es elevada, con una positividad de 34%. La actividad de VSR continúa disminuyendo, alcanzando 7%, mientras que SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos (<1%). En Centroamérica, la actividad de influenza se mantuvo estable durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE), con una positividad de aproximadamente 12.2%. La circulación de SARS-CoV-2 se mantuvo baja y estable, mientras que la actividad de VSR permaneció elevada en 10.6%. En la subregión andina, la actividad de influenza se estabilizó durante las últimas tres SE, con una positividad de 7.2%, mientras que la circulación de VSR continuó en aumento, alcanzando 5.8%. La circulación de SARSCoV-2 aumentó en comparación con las dos SE previas, alcanzando una positividad de 5.1%. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza disminuyó en comparación con la SE previa, con una positividad de 12.6%. La circulación de VSR se mantiene en niveles interestacionales (1.1%), mientras que la actividad de SARS-CoV-2 permaneció estable en 8.4%. La circulación de otros virus respiratorios (OVR) ha continuado disminuyendo desde inicios de octubre, con una positividad regional de 2.7%. El rinovirus y el virus parainfluenza continúan siendo los OVR detectados con mayor frecuencia.

[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.2. Situación regional del subclado K de influenza A(H3N2)[2,3,4]

En relación con la circulación del subclado J.2.4.1 (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 su detección a partir de muestras analizadas en el país, en el contexto del fortalecimiento de la vigilancia genómica, y Paraguay confirmó su presencia tras la investigación de un brote en viajeros, a través de su laboratorio de referencia nacional.

En el hemisferio norte, particularmente en Estados Unidos y Canadá, se han registrado detecciones crecientes de influenza A(H3N2) correspondientes al subclado K, en un contexto de aumento de la actividad de influenza. Asimismo, México confirmó la detección de influenza A(H3N2) subclado K, a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y el INER.

IV.3. Síntesis de la información nacional destacada

Durante 2025, la vigilancia clínica notificó 1.248.231 casos de ETI, 181.743 de neumonía y 164.533 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 2025, mientras que para VSR se registra un caso aislado en las últimas semanas. SARS-CoV-2 muestra un ascenso leve y sostenido desde la SE34/2025, con el mayor número en las SE 43 a 45/2025, seguido de un descenso posterior.

En las UC-IRAG, se registraron 11.300 internaciones en 2025, con detecciones de los tres virus priorizados y un ligero aumento de IRAG asociada a SARS-CoV-2 entre semanas 35 y 47. En la primera semana de 2026 se registraron 99 internaciones, con detecciones de SARS-CoV-2 e Influenza.

La vigilancia universal por red de laboratorios en 2025 mostró predominio de influenza B, con detecciones de influenza A e influenza A(H3N2) hacia el final del año. Se registran detecciones de VSR y un aumento gradual en las detecciones de SARS COV 2 desde la SE34/2025, acentuado entre SE42-46/2025.

Durante la SE53/2025, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente SARS-CoV-2, seguido de influenza, adenovirus, parainfluenza, metapneumovirus y VSR.

---

[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

En personas internadas, en la SE1/2026 se notificaron 8 hospitalizaciones con diagnóstico de influenza, 2 con VSR y 21 con SARS-CoV-2, no se registran fallecidos con SARS-CoV-2 ni de influenza en la última semana.

Durante el periodo del 18/12/2025 al 16/01/2026 se secuenciaron los genomas correspondientes a 50 casos de Influenza A(H3N2). De los 50 casos secuenciados 28 corresponden al subclado J.2.4.1 (K), 19 al subclado J.2.3, 2 al subclado J.2 y uno al subclado J.2.2.

Los casos correspondientes al subclado K se distribuyeron en las jurisdicciones de provincia de Buenos Aires, CABA, Chubut, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego. Trece se diagnosticaron en personas internadas y 15 en pacientes ambulatorios. La mayoría de estos casos se concentran en los mayores de 60 años (10/28), seguido por los menores de 10 años.

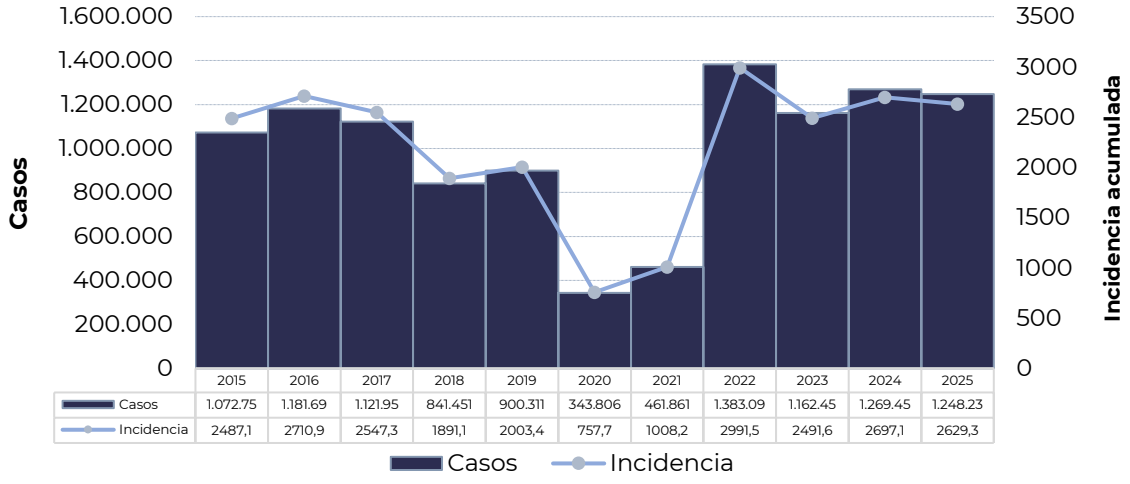
IV.4. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

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

Entre las SE 1 y 53 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 1.248.231 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 2629,3 casos/ 100.000 habitantes.

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

Gráfico 1. Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE53. Argentina[5].

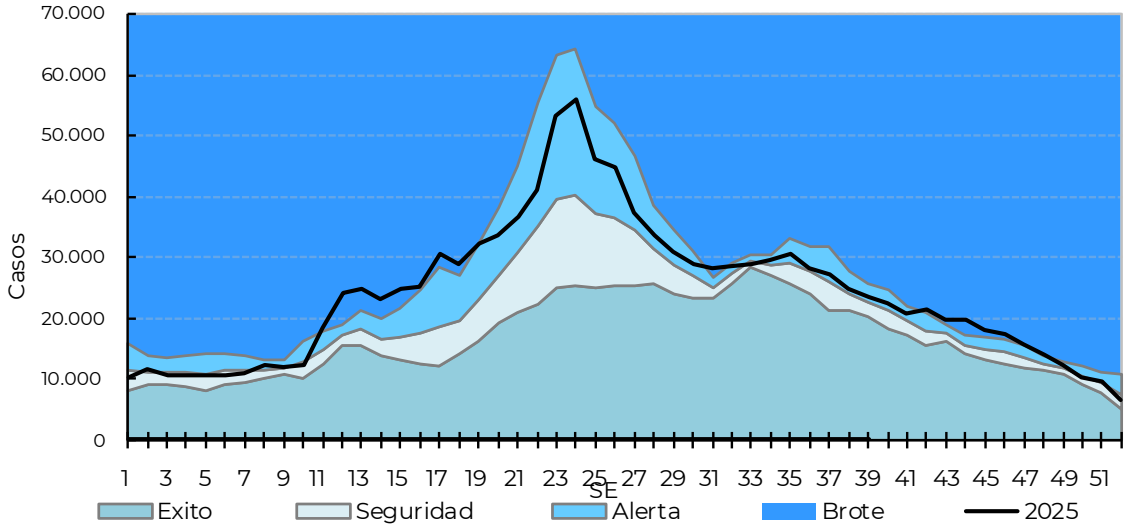


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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

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

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 52 de 2025[6,7]. Argentina.



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

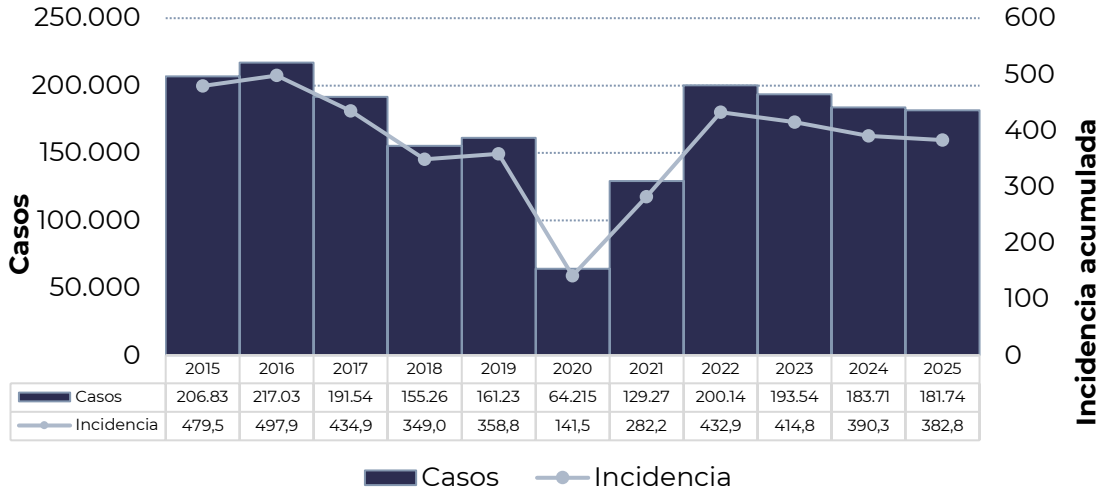
IV.4.B. NEUMONÍA

Hasta la SE53 de 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 181.743 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 382,8 casos/ 100.000 habitantes.

Entre 2015 y 2025, las notificaciones de neumonía mostraron el mayor número de casos en 2016. Posteriormente se observó una disminución sostenida entre 2017 y 2018, seguida de un ligero ascenso en 2019. En 2020 se registró un nuevo descenso de casos, volviendo a incrementarse durante los años 2021-2022, y mostrando una tendencia descendente los años 2024 y 2025.

[6] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.
[7] Para la construcción del corredor endémico de 2025 se tienen en cuenta 52 SE, para facilitar la comparabilidad con el resto de los años. No se incluye en este análisis la información correspondiente a la SE53

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE53. Argentina.

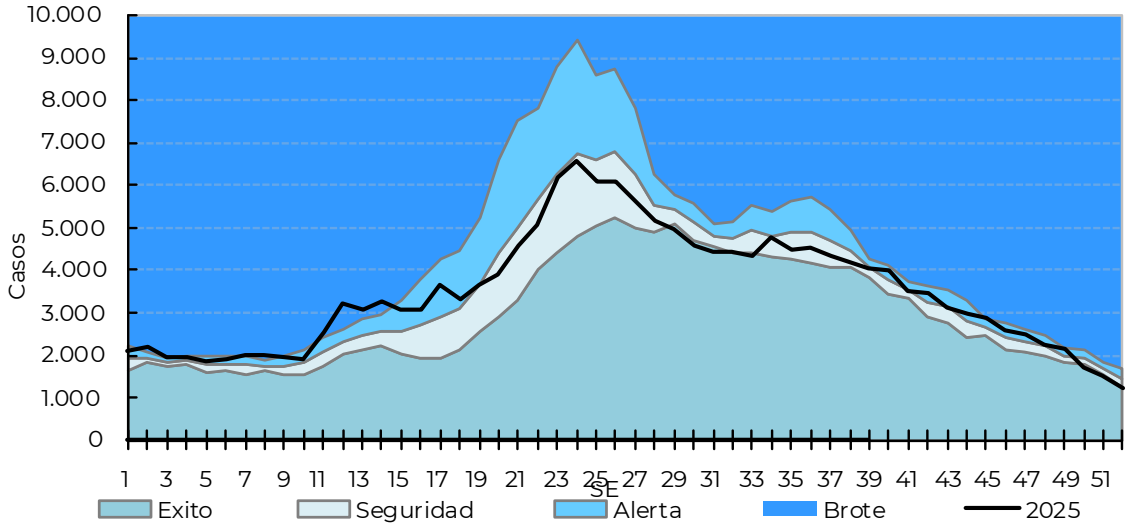


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	206.83	217.03	191.54	155.26	161.23	64.215	129.27	200.14	193.54	183.71	181.74
Incidencia	479,5	497,9	434,9	349,0	358,8	141,5	282,2	432,9	414,8	390,3	382,8

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

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

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 52 de 2025[8,9]. Argentina.



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

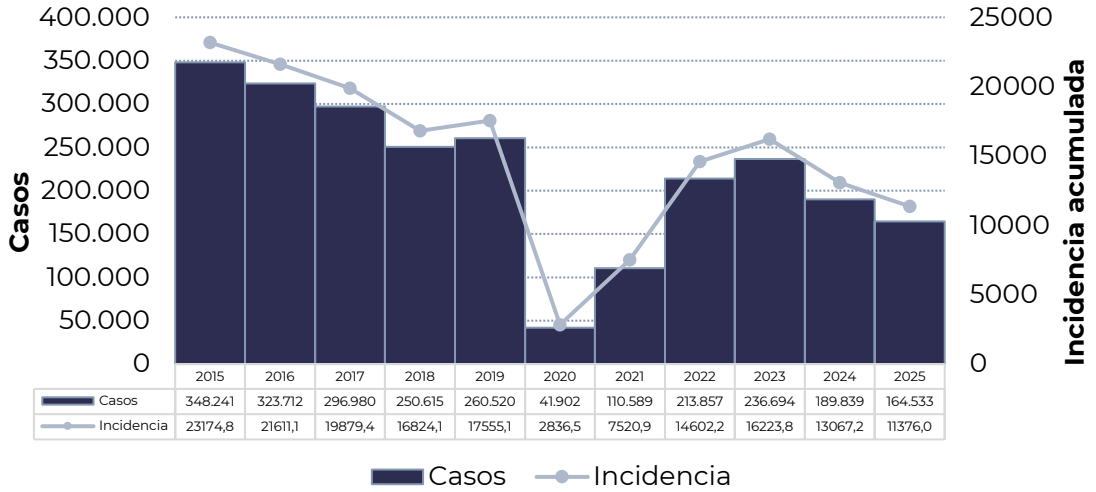
[8] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.
[9] Para la construcción del corredor endémico de 2025 se tienen en cuenta 52 SE, para facilitar la comparabilidad con el resto de los años. No se incluye en este análisis la información correspondiente a la SE53

IV.4.C. BRONQUIOLITIS

Desde la SE01 a la SE53 de 2025, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 164.533 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 11376,0 casos/100.000 habitantes.

En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis entre las SE 1 y 53 alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso sostenido hasta 2018. En 2019, se registró un incremento respecto al año anterior, con un nuevo descenso en 2020 y 2021. Para los años 2022 a 2023 se verifica un aumento en las notificaciones de bronquiolitis, mientras que en 2024 las notificaciones presentaron un nuevo descenso. En 2025, los casos se mantienen en valores inferiores a la mayoría de los años previos, con excepción de los años 2020 y 2021.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2025. SE51. Argentina.

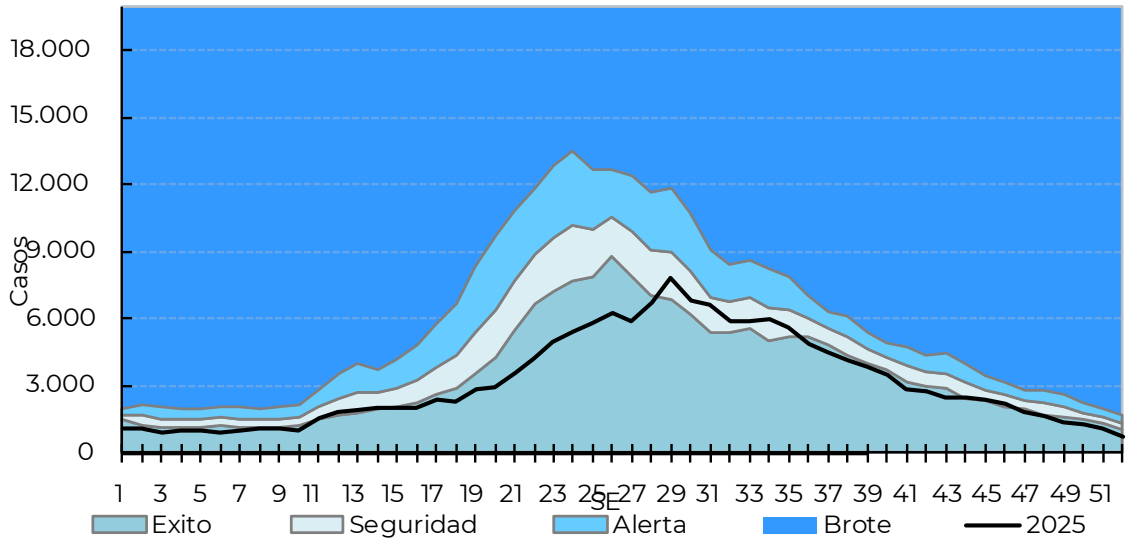


	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Casos	348.241	323.712	296.980	250.615	260.520	41.902	110.589	213.857	236.694	189.839	164.533
Incidencia	23174,8	21611,1	19879,4	16824,1	17555,1	2836,5	7520,9	14602,2	16223,8	13067,2	11376,0

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

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

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 52 de 2025[10,11]. Argentina.



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

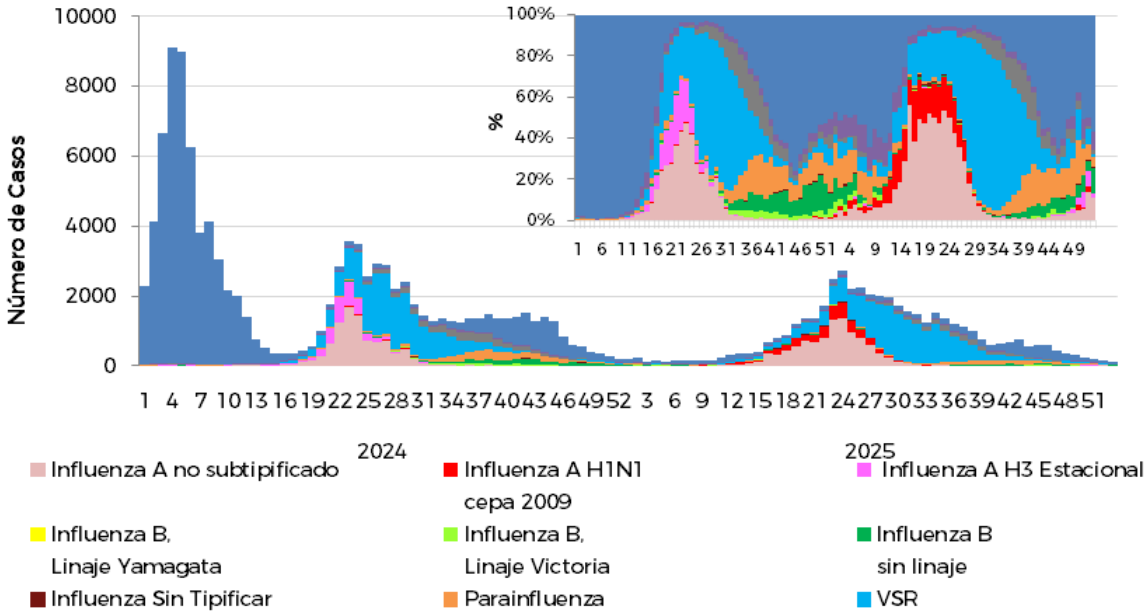
IV.5. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios

A partir de la SE11 se observó un aumento en el número de casos de **Influenza**, con predominio de Influenza A (H1N1), con un adelanto del ascenso estacional respecto de años anteriores. En las últimas semanas del 2025, se registra un ligero incremento de los casos, principalmente a expensas de influenza A, en particular del subtipo A(H3N2) hacia el final del período, junto con detecciones de Influenza B.

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

[10] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.
[11] Para la construcción del corredor endémico de 2025 se tienen en cuenta 52 SE, para facilitar la comparabilidad con el resto de los años. No se incluye en este análisis la información correspondiente a la SE53.

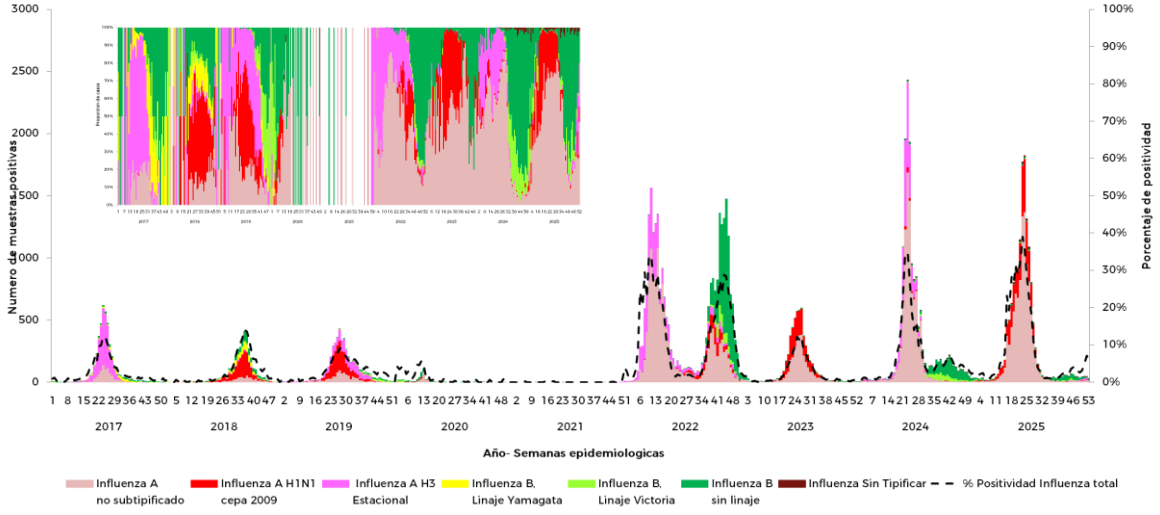
Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE53/2025. Argentina.



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

Durante 2025 se registraron casos de influenza en forma continua a lo largo de todas las semanas epidemiológicas. A partir de la SE11 se observó un incremento sostenido de las detecciones, con predominio de influenza A no subtipificada y del subtipo A(H1N1). El número máximo de notificaciones semanales se alcanzó entre las SE22 y SE26, seguido de una tendencia descendente. En las últimas semanas se verifica un ligero aumento de las detecciones, con predominio de influenza B desde la SE36. No obstante, en las últimas semanas de 2025, también se registran detecciones de influenza A e influenza A(H3N2). En las dos semanas epidemiológicas más recientes (SE52 y SE53) se notificaron 74 detecciones de influenza.

Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE53/2025. Argentina.

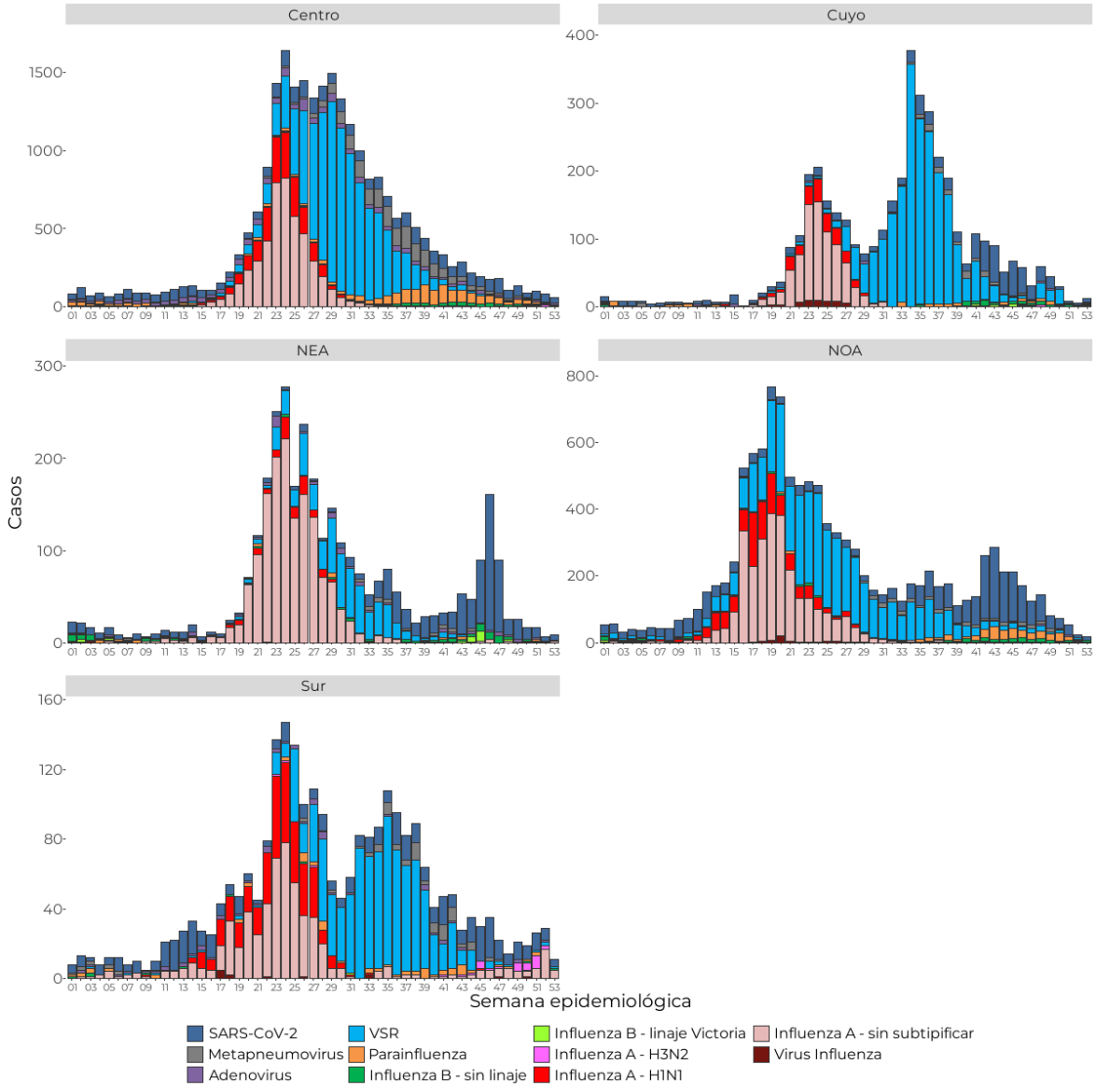


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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

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

Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2025 a SE53/2025. Argentina.



Fuente: elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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

Durante las 53 semanas de 2025, los casos se mantuvieron en valores bajos, si bien se registra un ligero aumento desde la SE 34, que se acentúa entre las SE42 - SE47.

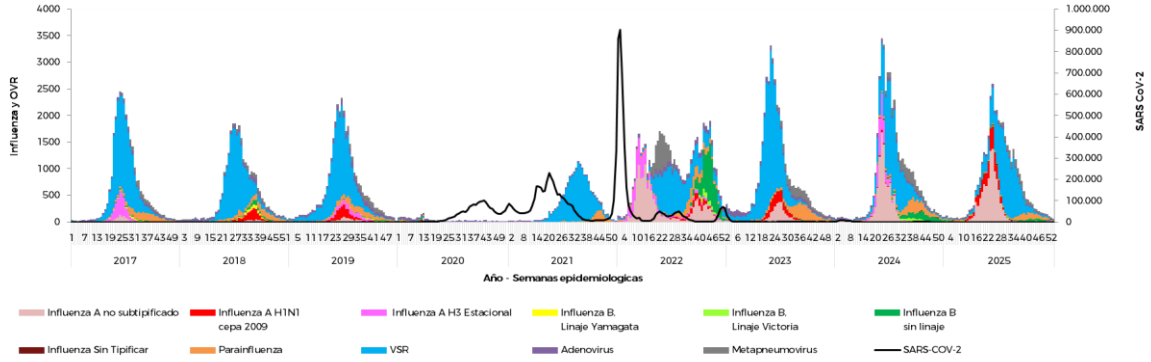
En relación con el **VSR**, se verificó un incremento de las notificaciones a partir de la SE16/2024, alcanzando su máximo en la SE26, y tendencia descendente posterior. En 2025 se registró un nuevo ascenso de las detecciones desde la SE12, con inicio de la actividad estacional a partir de la SE20. El pico se verificó entre las SE29 y SE30, seguido de un descenso posterior. En las últimas 2 SE (52 y 53), se notificaron 13 casos de VSR.

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

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

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

Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE53/2025. Argentina.



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

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

mayoría de los años pre-pandémicos y años 2021-2022, con un rápido ascenso de notificaciones entre SE 13 y 22.

IV.5.A. VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PERSONAS INTERNADAS Y FALLECIDAS

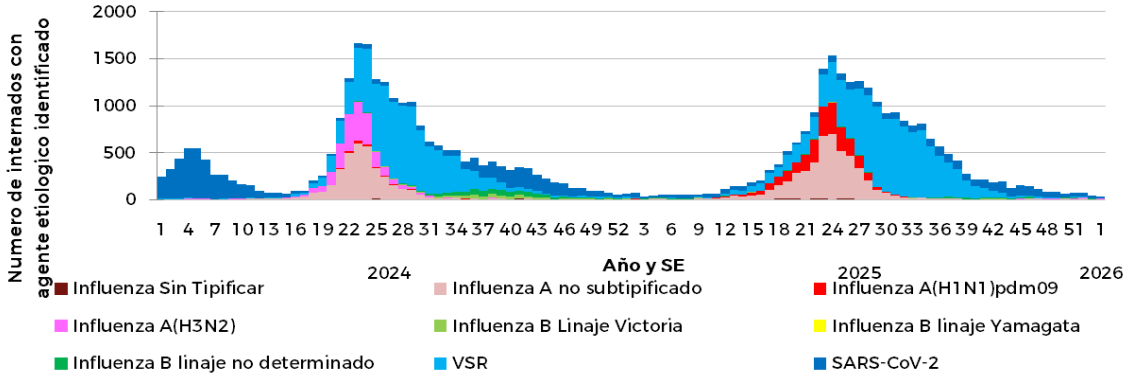
En el período comprendido entre las SE01 y SE53 de 2025 se notificaron 3.029 casos de SARS-CoV-2 en personas internadas, cifra que resulta un 55,0% inferior a la registrada en igual período de 2024**.** Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y de valores bajos con algunas oscilaciones en 2025. En la primera semana de 2026 se registraron 21 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, entre las SE1 y 53 de 2025 se registraron un total de 7.691 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12, se verifica un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzaron el máximo en SE24, con tendencia descendente en las detecciones entre hospitalizados en las siguientes semanas. En la primera semana de 2026, se detectaron 11 casos positivos para influenza en internados.

Entre los 7.691 casos de influenza notificados durante 2025, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 7.219), con menor detección de influenza B (n= 356). De los casos de influenza A, 2373 cuentan con subtipificación, correspondiendo 2.323 a influenza A (H1N1) pdm09 y 50 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B, 52 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. A la fecha, 116 casos de influenza permanecen sin tipificar.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2025, se notificaron 11.528 casos hospitalizados positivos para VSR, con tendencia ascendente de los casos a partir de la SE12**.** Durante 2024, a partir de la SE16 se registró un ascenso de las detecciones semanales de VSR, que alcanzaron su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En la primera semana de 2026, se registraron 2 casos de VSR en hospitalizados.

Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE1/2026. Argentina.

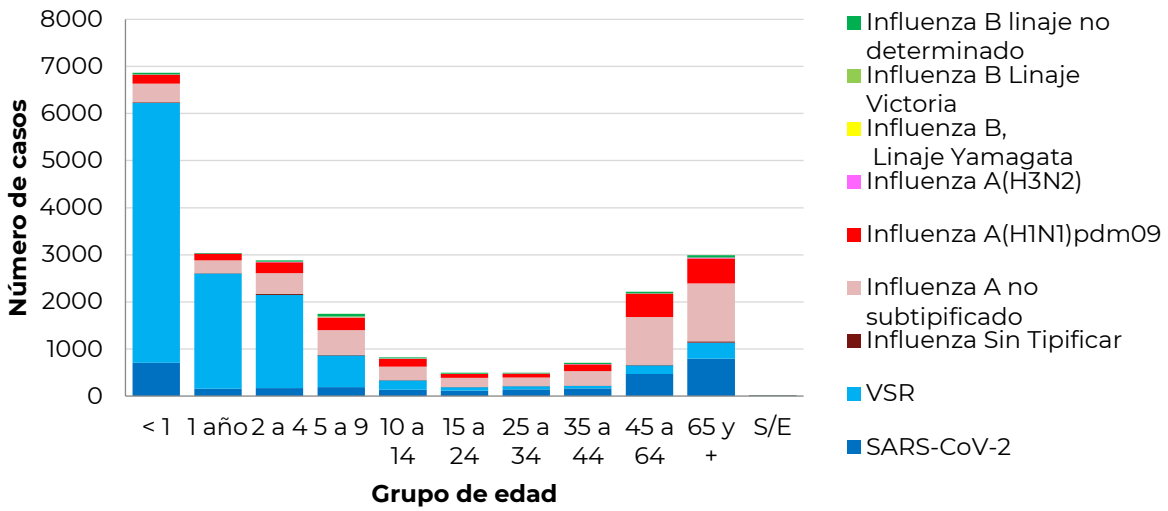


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE01/2026, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en adultos mayores y personas de 45 a 64 años, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, y menores de

1 año.

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE1/2026.



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

En 2025, se registraron 220 fallecidos con diagnóstico de influenza, sin registro de fallecimientos en la primera SE de 2026[12]. Respecto a SARS-CoV-2, no se registran fallecimientos con este diagnóstico en la última SE.

IV.6. Caracterización genómica de Influenza A (H3N2)

Durante el periodo del 18/12/2025 al 16/01/2026 se secuenciaron los genomas correspondientes a 50 casos de Influenza A(H3N2).

De los 50 casos secuenciados 28 corresponden al subclado J.2.4.1 (K), 19 al subclado J.2.3, 2 al subclado J.2 y uno al subclado J.2.2.

Los casos correspondientes al subclado K se distribuyeron en las jurisdicciones de provincia de Buenos Aires, CABA, Chubut, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego. Trece se diagnosticaron en personas internadas y 15 en pacientes ambulatorios. La mayoría de estos casos se concentran en los mayores de 60 años (10/28), seguido por los menores de 10 años.

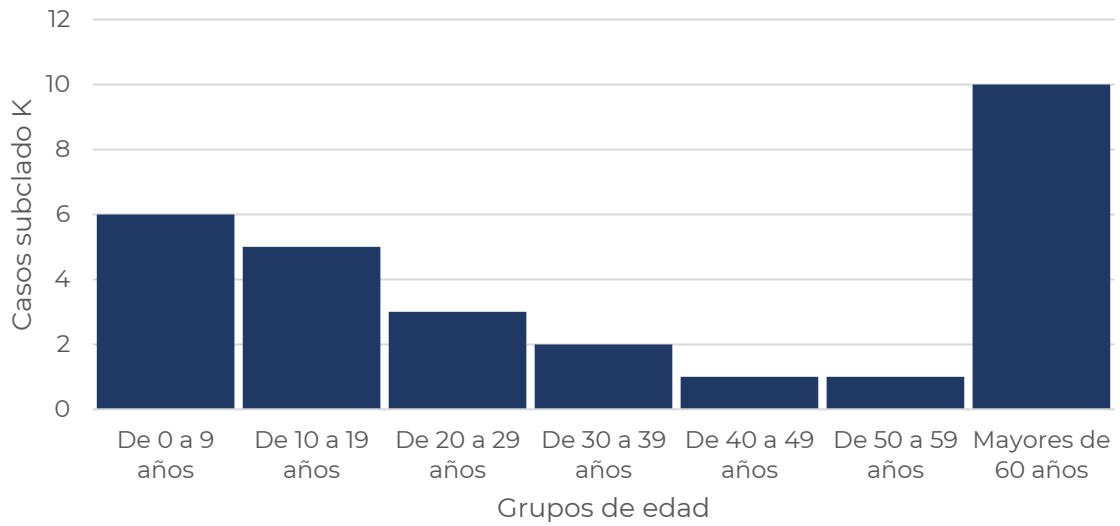
[12] Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza, se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) por jurisdicción de residencia según subclado detectado. Argentina. 18-12-2025 a 16-01-2026

Jurisdicción	influenza A(H3N2) Subclado J.2	influenza A(H3N2) Subclado J.2.2	influenza A(H3N2) Subclado J.2.3	influenza A(H3N2) Subclado J.2.4.1/K	Total general
Buenos Aires			1	4	5
CABA	1		1	2	4
Chaco	1				1
Chubut			1	1	2
Córdoba			1	2	3
Corrientes				2	2
Entre Ríos				2	2
Jujuy			1		1
La Pampa				1	1
La Rioja				1	1
Mendoza		1	3	3	7
Neuquén				3	3
Río Negro			2	1	3
Santa Cruz			3	2	5
Santa Fe				2	2
Tierra del Fuego			6	2	8
Total general	2	1	19	28	50

Fuente: elaboración del Departamento de Epidemiología y el Servicio Virosis Respiratorias del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR

Gráfico 13. Casos de Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1 (K) por grupo de edad. Argentina. 18-12-2025 a 16-01-2026 (N = 28)



Fuente: elaboración del Departamento de Epidemiología y el Servicio Virosis Respiratorias del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR

En cuanto a los antecedentes de viaje, 7 de los 28 casos pertenecientes al sublcado K consignan antecedentes de viaje reciente a Europa, Estados Unidos y el Caribe, 1 a Córdoba y 2 a Tierra del Fuego; los restantes no refieren antecedentes de viajes recientes.

Tabla 2. Casos de Influenza A(H3N2) por subclado según vacunación antigripal 2025. Argentina. 18-12-2025 a 16-01-2026.

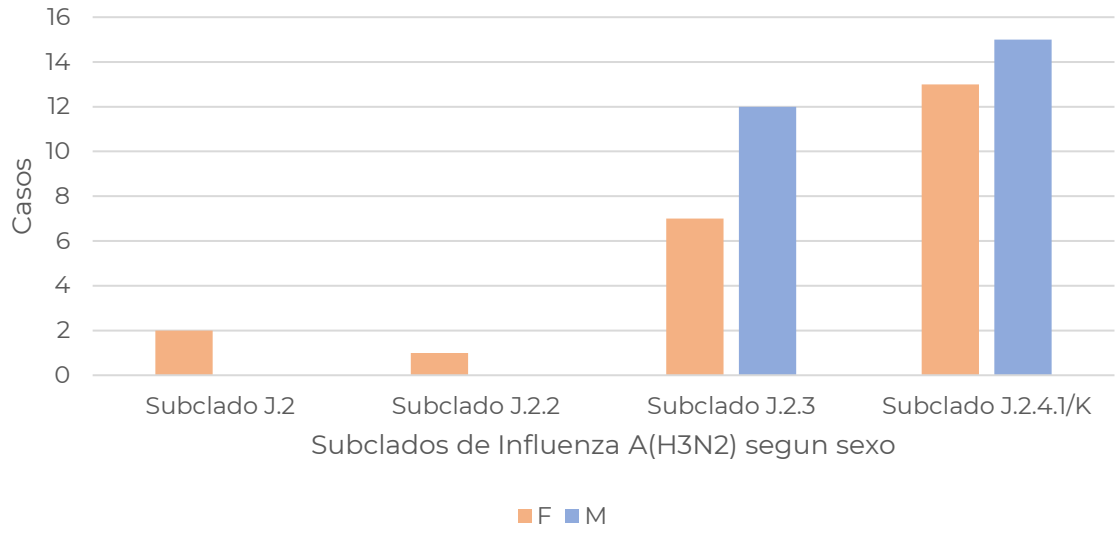
Subclado Influenza A(H3N2)	Vacunación		Total general
	NO	SI	
Subclado J.2	2		2
Subclado J.2.2		1	1
Subclado J.2.3	16	3	19
Subclado J.2.4.1/K	22	6	28
Total general	40	10	50

Fuente: elaboración del Departamento de Epidemiología y el Servicio Virosis Respiratorias del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0, el LNR y NOMIVAC

Si bien la mayoría (40) no consignan antecedentes de vacunación, los 10 casos que habían sido vacunados correspondieron a 3 subclados de los 4 identificados hasta el momento. Entre ellos, 6 casos pertenecen al subclado K (Ver Tabla xx).

En cuanto a la división por sexo, el 54% de los casos con secuenciación de Influenza son de sexo masculino.

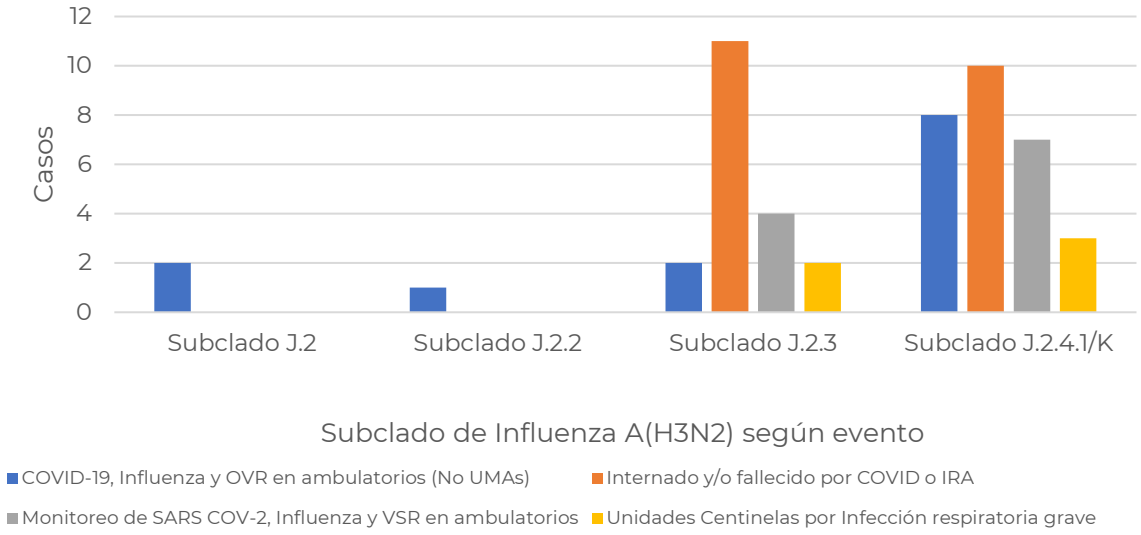
Gráfico 14. Casos de Influenza A(H3N2) por subclado según sexo. Argentina. 18-12-2025 a 16-01-2026 (N=50).



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

Respecto a la distribución de los casos secuenciados entre los eventos/estrategias de vigilancia, 21 casos fueron notificados al evento universal "Internado y/o fallecido por COVID o IRA", 5 por UC-IRAG (total internados 26); 13 en el evento universal de Ambulatorios (NO UMA) y 11 en Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA). En cuanto a los casos detectados del subclado K se identificaron en los 4 eventos (13 en internados y 15 en ambulatorios).

Gráfico 15. Casos de influenza A(H3N2) por subclado según evento. Argentina. 18-12-2025 a 16-01-2026 (N=50)



IV.7. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas.

IV.7.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.8. 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 subptifpiciación y eventual derivacion 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_prevencion_y_control_ira-2024.pdf.

IV.9. 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.10. Vacunación antigripal

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

- Personal de salud.
- Personas embarazadas: en cada embarazo y en cualquier trimestre
- Personas puérperas: hasta el egreso de la maternidad –máximo 10 días-, si no recibiera la vacuna durante el embarazo.
- Entre los 6 a 24 meses de edad: Esquema de dos dosis, separadas al menos de 4 semanas, excepto quienes hubieren recibido dos dosis anteriormente.
- Entre los 2 y 64 años que tengan factores de riesgo*: dosis anual con documentación que acredite la existencia de enfermedades preexistentes incluidas entre los factores de riesgo.

- 65 años y mayores: no se requiere indicación médica para recibir la VACUNA 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.11. 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.[13],[14] 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.[15],[16] 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.

[13] 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.

[14] 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.

[15] 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.

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

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

-Casos de Infección respiratoria aguda grave.
Pacientes hospitalizados que pertenecen a grupos con riesgo aumentado de complicaciones por Influenza o con enfermedad progresiva o grave: iniciar tratamiento sin esperar el resultado de laboratorio.
-Si el resultado es Influenza positivo o negativo para otros virus respiratorios, continuar con el tratamiento.
-Si el resultado es positivo para otro virus respiratorio mantener o suspender el tratamiento según criterio médico (gravedad y progresión de la enfermedad), edad del paciente y presencia de comorbilidades.

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

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

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

*Para mayor información en relación a los factores de riesgo para el desarrollo de formas graves por influenza consultar: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_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)[17] y el ARBO-portal[18] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 15/01/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 53/2025 se han reportado 3.793.701 casos de dengue, 63% menos respecto al mismo período de 2024, con 1780 fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya, hasta la SE 53/2025 se notificaron 249.792 casos, un 41% menos que lo informado para la misma semana del año anterior, con 121 fallecimientos reportados. Respecto al zika, hasta la SE 52/2025, se han registrado 24.985 casos, lo que representa una disminución del 42% 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 52/2025, se han reportado 37.139 casos de dengue, lo que representa una disminución del 37% en comparación con el mismo período de 2024, con 3 fallecimientos asociados. En cuanto a chikungunya hasta la SE 52/2025, se registraron 6.654 casos, un aumento de 13 veces el valor del año previo, con 4 defunciones por este evento. Asimismo, se notificaron 1.197 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 53/2025, se han reportado 31.656 casos de dengue, un 92% menos respecto a la misma semana de 2024 y se registró un fallecimiento por este evento. En relación con chikungunya, hasta la SE 52/2025 se notificaron 53 casos, lo que representa una disminución de 98% respecto a la misma semana del año anterior, sin registrarse defunciones asociadas. Sin embargo, los casos confirmados por laboratorio mostraron un incremento del 43%. Respecto al zika, no se han registrado casos mientras que al mismo período de 2024 se habían notificado 12 casos.

Perú: hasta la SE 53/2025, se han notificado 39.211 casos de dengue, un 86% menos respecto al mismo periodo de 2024, con 56 fallecimientos registrados. Con relación a chikungunya, hasta la SE 52/2025 se notificaron 24 casos, un 69% menos en comparación con la misma semana de 2024. No se registraron defunciones para este evento. Respecto al zika, hasta la SE 52/2025, se registraron 2 casos, lo que representa una disminución del 71% en comparación con 2024. En relación con Oropouche, hasta la SE 38 se confirmaron 330 casos, un 96% menos que a la misma semana de 2024.

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

[17] Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: PAHO/WHO Data - Topics
[18] Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: Enfermedad por virus Oropouche - OPS| Organización Panamericana de la Salud

DEN-3. En tanto, Brasil reporta la circulación de los cuatro serotipos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4).

En agosto de 2025, la Organización Panamericana de la Salud emitió una alerta epidemiológica sobre Chikungunya y Oropouche en la Región de las Américas[19], ante la ocurrencia de brotes de chikungunya en varias regiones del mundo. En las Américas, distintos países notificaron un incremento de casos para este evento, especialmente Bolivia donde se registró un aumento muy superior al observado en 2024. Asimismo, se continúan notificando casos autóctonos de Oropouche en países de la Región como Brasil y Perú.

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

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

V.2.A. NOTA METODOLÓGICA

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

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

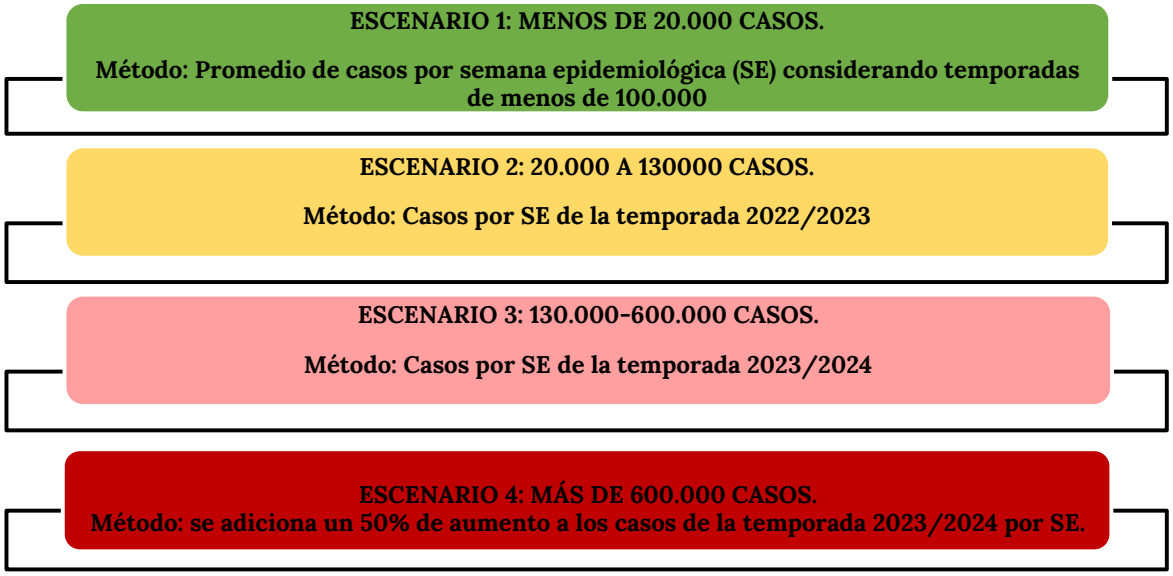
El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar

[19] 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

la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la vigilancia epidemiológica, clínica, entomológica y virológica.

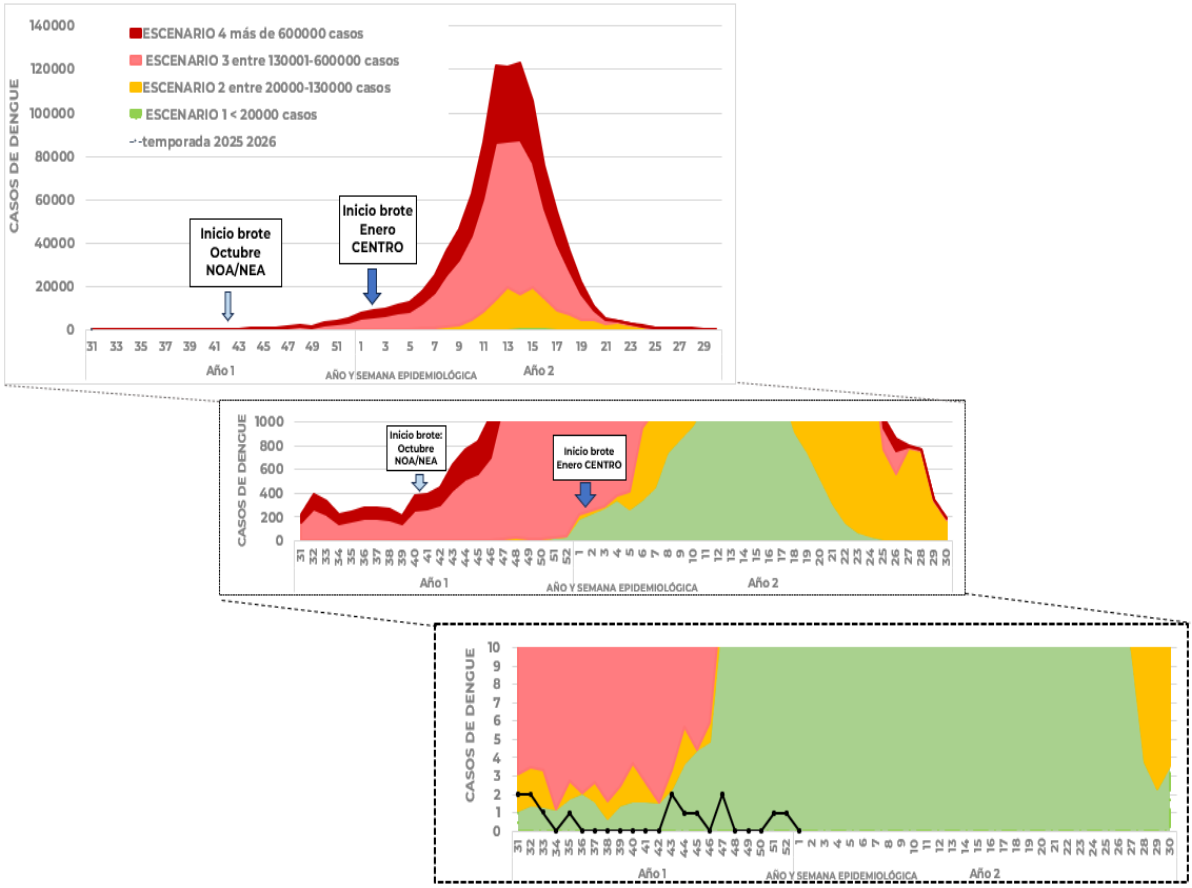
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Entre las SE31/2025 y SE1/2026 se notificaron 14 casos confirmados de dengue, de los cuales 9 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 2)

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



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

Gráfico 2. Casos de dengue de la temporada 2025-2026 representados en el modelo de estimación de escenarios epidemiológicos (n=14). 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 SE1/2026, se observa un descenso sostenido en el número de casos en comparación con los máximos alcanzados durante las epidemias de 2023 y 2024.

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

De acuerdo con la fecha mínima[20], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **7693** casos sospechosos de dengue, de los cuales 14 fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. Solo el 36% 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**.
- **Dos** casos notificados por Entre Ríos con antecedente de viaje a Cuba (SE43) y Brasil (SE53)**.** En el último caso reportado, se detectó **DENV-3.**

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE1/2026 se notificaron 323 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.

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

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE1/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total Sospechosos	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	3	21	3	4	DENV-1 DENV-2	522	122	675	6
CABA	0	2	4	0	DENV-1 DENV-3	133	58	197	4
Córdoba	0	18	0	0		981	40	1039	0
Entre Ríos	0	3	2	1	DENV-3	169	10	185	2
Santa Fe	0	13	0	1		530	71	615	0
Total Centro	**3**	**57**	**9**	**6**		**2335**	**301**	**2711**	**12**
Mendoza	0	0	0	1		58	0	59	0
San Juan	0	1	0	0		23	2	26	0
San Luis	0	0	0	0		32	6	38	0
Total Cuyo	**0**	**1**	**0**	**1**		**113**	**8**	**123**	**0**
Chaco	0	2	0	0		474	6	482	0
Corrientes	0	0	0	0		49	4	53	0
Formosa	2	1	0	0	DENV-2	2551	0	2554	2
Misiones	0	2	0	0		248	0	250	0
Total NEA	**2**	**5**	**0**	**0**		**3322**	**10**	**3339**	**2**
Catamarca	0	0	0	0		105	0	105	0
Jujuy	0	1	0	0		173	4	178	0
La Rioja	0	0	0	0		84	0	84	0
Salta	0	2	0	0		291	20	313	0
Santiago del Estero	0	0	0	0		49	19	68	0
Tucumán	0	30	0	1		623	31	685	0
Total NOA	**0**	**33**	**0**	**1**		**1325**	**74**	**1433**	**0**
Chubut	0	0	0	0		9	1	10	0
La Pampa	0	0	0	0		41	0	41	0
Neuquén	0	0	0	0		17	0	17	0
Río Negro	0	0	0	0		0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0		14	1	15	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0		4	0	4	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**		**85**	**2**	**87**	**0**
Total País	**5**	**96**	**9**	**8**		**7180**	**395**	**7693**	**14**

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 de Fiebre Chikungunya en Argentina

Durante la temporada en curso se notificaron **998** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, sin registrarse hasta el momento casos autóctonos confirmados. Se notificaron casos importados, incluyendo 1 caso confirmado (CABA) y 6 casos probables (Buenos Aires, Entre Ríos

y Córdoba), todos con antecedente de viaje a Brasil, Paraguay y Cuba. Si bien no se ha evidenciado transmisión autóctona en el país durante el período analizado, la ocurrencia de casos importados refuerza la necesidad de sostener la vigilancia epidemiológica y la sensibilidad de los sistemas de detección, en un contexto de circulación viral regional y condiciones favorables para la transmisión vectorial.

Tabla 2. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE1/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Total Sospechosos de F. Chikungunya	Total casos de F. Chikungunya
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.		
Buenos Aires	0	0	0	4	27	4
CABA	0	0	1	0	5	1
Córdoba	0	0	0	1	636	1
Entre Ríos	0	0	0	1	27	1
Santa Fe	0	0	0	0	35	0
Total Centro	**0**	**0**	**1**	**6**	**730**	**7**
Mendoza	0	0	0	0	11	0
San Juan	0	0	0	0	1	0
San Luis	0	0	0	0	4	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**0**	**0**	**16**	**0**
Chaco	0	0	0	0	83	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	26	0
Total NEA	**0**	**0**	**0**	**0**	**109**	**0**
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	0	0	0	25	0
La Rioja	0	0	0	0	8	0
Salta	0	0	0	0	98	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	4	0
Tucumán	0	0	0	0	7	0
Total NOA	**0**	**0**	**0**	**0**	**142**	**0**
Chubut	0	0	0	0	1	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**
Total País	**0**	**0**	**1**	**6**	**998**	**7**

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.5. Situación epidemiología de otros arbovirus en Argentina

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de, enfermedad por virus Zika, fiebre de Oropouche, encefalitis de San Luis y fiebre amarilla correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE1/2026).

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para otros Arbovirus. SE31/2025 a SE1/2026. Argentina.

Evento	Enfermedad por virus Zika		Fiebre de Oropouche		Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo Occidental		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	20	0	27	0	17	0	11	0	5
CABA	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
Córdoba	0	17	0	39	0	170	0	2	0	1
Entre Ríos	0	0	0	5	0	8	0	2	0	0
Santa Fe	0	23	0	18	0	16	0	12	0	3
Total Centro	**0**	**60**	**0**	**93**	**0**	**211**	**0**	**27**	**0**	**9**
Mendoza	0	4	0	5	0	1	0	0	0	0
San Juan	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0
San Luis	0	2	0	2	0	6	0	5	0	0
Total Cuyo	**0**	**7**	**0**	**7**	**0**	**11**	**0**	**5**	**0**	**0**
Chaco	0	56	0	2	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	21	0	3	0	0	0	3	0	6
Total NEA	**0**	**77**	**0**	**7**	**0**	**0**	**0**	**3**	**0**	**6**
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	5	0	21	0	1	0	15	0	0
La Rioja	0	7	0	0	0	0	0	0	0	6
Salta	0	71	0	34	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0
Tucumán	0	7	0	16	0	0	0	0	0	4
Total NOA	**0**	**93**	**0**	**71**	**0**	**4**	**0**	**15**	**0**	**10**
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**2**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**0**	**237**	**0**	**178**	**0**	**228**	**0**	**51**	**0**	**25**

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.5.A. ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA

En Argentina, la transmisión autóctona del virus Zika fue notificada por primera vez en 2016, con el último brote registrado en 2018. Desde entonces, no se han confirmado nuevos casos en el país. Durante la temporada actual se investigaron **237** casos sospechosos, todos con resultados negativos. En la actualidad no se evidencia circulación viral activa; no obstante, se sostiene una vigilancia epidemiológica continua y fortalecida, orientada a la detección temprana de casos sospechosos y a la identificación oportuna de una eventual reintroducción del virus.

V.5.B. FIEBRE DE OROPOUCHE

La vigilancia de la fiebre de Oropouche se basa actualmente en el estudio por laboratorio de una proporción de casos negativos para dengue y en personas con antecedente de viaje a zonas donde se registra transmisión durante la temporada en curso. Hasta el momento, se investigaron **178** casos, sin registrarse resultados positivos.

V.5.C. ENCEFALITIS DE SAN LUIS

En la temporada actual se notificaron **228** casos sospechosos de encefalitis de San Luis, sin registrarse casos confirmados hasta el momento. No se evidencia circulación viral activa en el país. Se mantiene una vigilancia epidemiológica intensificada, especialmente ante cuadros compatibles con meningoencefalitis viral, con el objetivo de detectar oportunamente una eventual introducción del virus.

V.5.D. FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL

Durante la presente temporada se investigaron **51** casos sospechosos de fiebre del Nilo Occidental en el país, sin registrarse casos confirmados autóctonos hasta la fecha. En la SE 37/2025 se confirmó un caso correspondiente a una persona con residencia en Kansas, Estados Unidos, que inició síntomas compatibles durante su paso por Argentina y fue atendida en la provincia de Buenos Aires. El caso fue confirmado por el Laboratorio Nacional de Referencia INEVH “Dr. Julio I. Maiztegui” y no presentó antecedente epidemiológico compatible con adquisición local, refiriendo exposición previa en su país de residencia en zonas con presencia de mosquitos durante actividades al aire libre.

V.5.E. FIEBRE AMARILLA

Durante la temporada en curso se notificaron **25** casos sospechosos de fiebre amarilla, sin registrarse hasta el momento casos confirmados. Los últimos casos confirmados en el país ocurrieron en 2018, cuando se registraron siete casos asociados a antecedente de viaje a Brasil, todos en personas no vacunadas. Se sostiene la vigilancia epidemiológica activa y la estrategia de prevención mediante vacunación en las áreas con recomendación vigente.

VI. Hantavirosis

VI.1. Introducción

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

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

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

En respuesta a estos desafíos sanitarios, las normas de vigilancia fueron revisadas y actualizadas[21] 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.

[21] 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

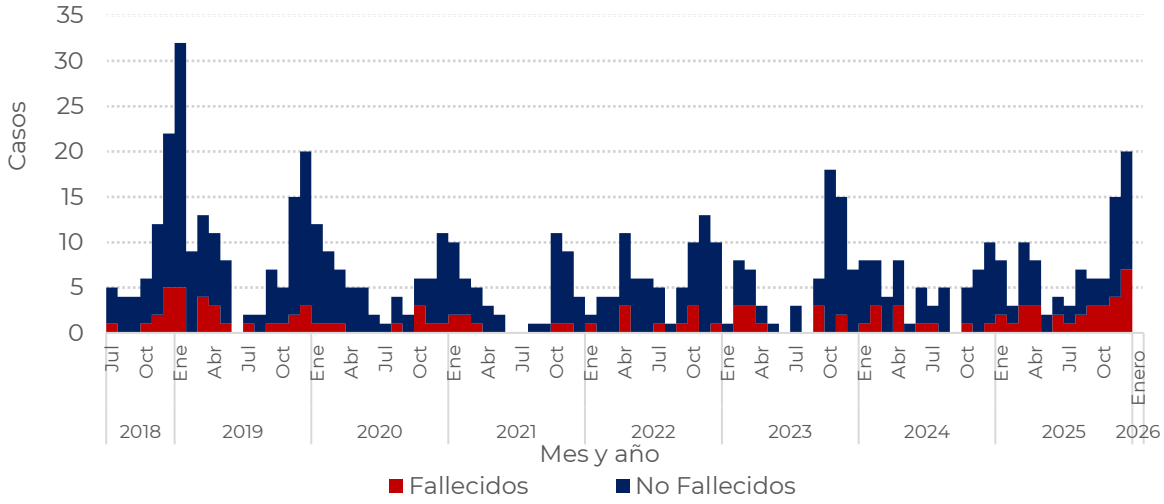
El análisis de la información se realiza por la caracterización epidemiológica del evento nominal "Hantavirosis". Se consideran como casos confirmados aquellos que cuentan con resultados de laboratorio detectable o reactivo, según la última definición de caso consensuada publicada en la Circular de Vigilancia de Mayo 2025[22], 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.

A continuación, se presentan los casos confirmados según mes, año y condición de egreso desde la SE 27 del año 2018 hasta la actualidad. El período analizado incluye la temporada 2018-2019 (SE27/2018 a SE26/2019) que presentó el mayor número de casos confirmados (126), coincidente con el brote de transmisión interhumana ocurrido en Epuyén, Chubut.

Gráfico 1. Hantavirosis: Casos confirmados por mes, año y condición de egreso. SE27/2018 a SE01/2026, Argentina. (N=601)



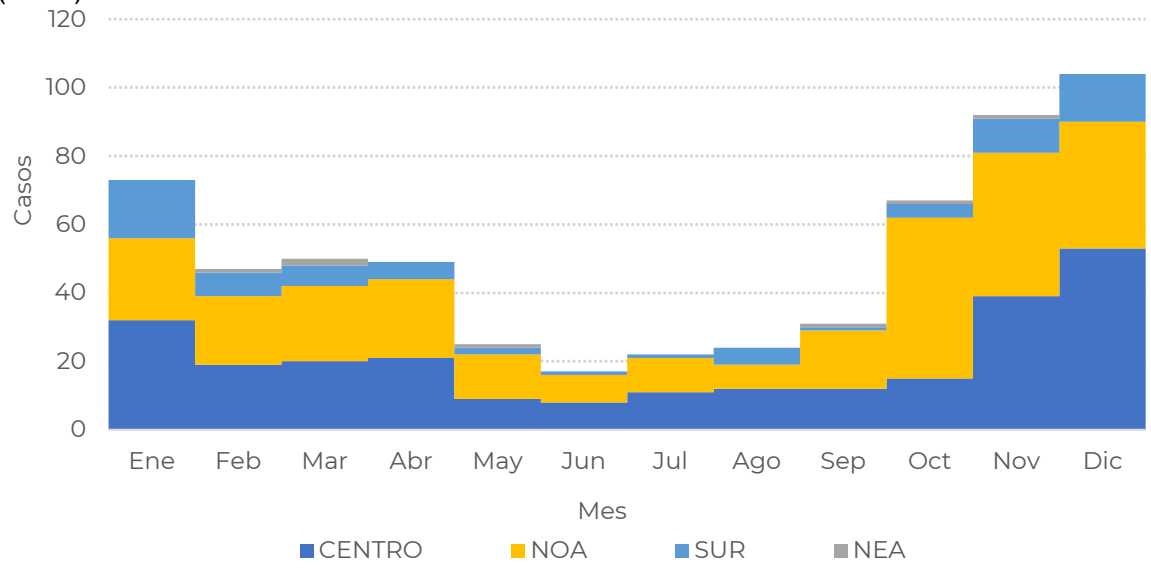
[22] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

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

A la fecha, no se han notificado casos nuevos con "fecha mínima" (ver nota metodológica) en la SE 1 del año 2026. Sin embargo, pueden constatarse una tendencia creciente en casos confirmados y fallecidos desde julio a diciembre del 2025. Al mismo tiempo, se puede observar que el pico de casos confirmados en diciembre de 2025 (20 casos totales, 7 fallecidos), es el más elevado de toda la serie, con excepción de lo sucedido en el brote ya citado de Epuyén donde, en los meses de diciembre 2018 y enero 2019 se consignaron 22 y 35 casos respectivamente; en diciembre de 2019 también se notificaron 20 casos, pero 3 fueron los fallecidos.

En el siguiente gráfico, se analizan los casos según mes con la finalidad de interpretar la estacionalidad del evento en forma clara.

Gráfico 2. Hantavirosis: Casos acumulados según mes y región. SE27/2018 a SE01/2026, Argentina. (N=601)



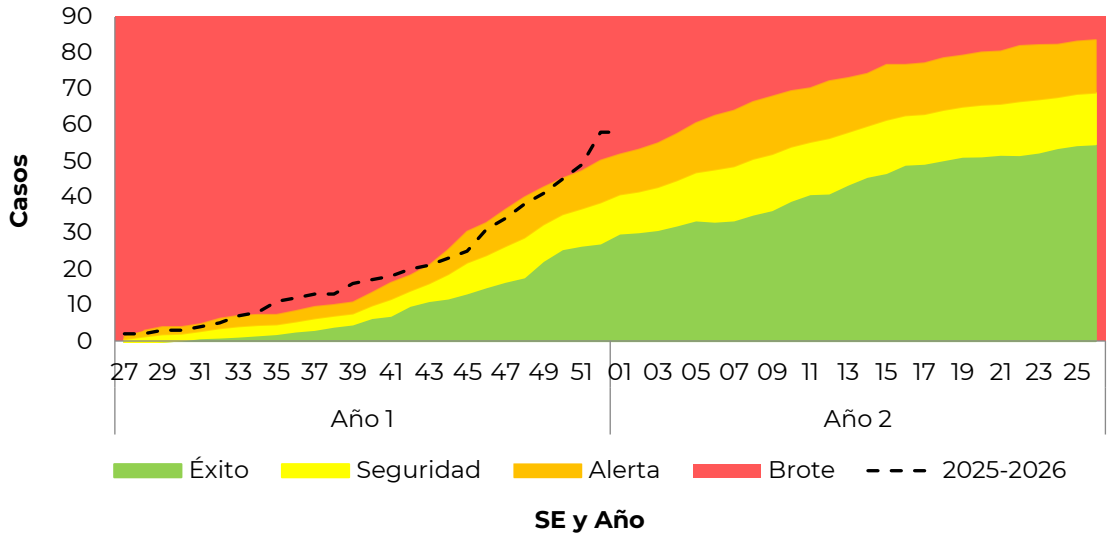
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En la curva histórica de casos mensuales, 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 verifica 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.

Los corredores endémicos que se presentan a continuación corresponden a los casos acumulados por semana epidemiológica, el "año 1" abarca el período comprendido entre la SE 27 del 2025 a la SE 53 del mismo año y el "año 2" el período comprendido entre la SE 01 del 2026 a la SE 26 del 2026.

A continuación, se presentan los corredores endémicos para el total país y para las tres regiones de mayor presentación del evento analizado. Los casos "actuales", correspondientes a la temporada en curso, se presentan de manera acumulada por semana epidemiológica en la línea punteada negra. El "año 1" abarca el período comprendido entre la SE 27 del 2025 a la SE 53 del mismo año y el "año 2" el período comprendido entre la SE 01 del 2026 a la SE 26 del 2026. Para la construcción de los canales o bandas correspondientes a las áreas de éxito, seguridad, alerta y brote, se tomaron los casos confirmados de los últimos 6 períodos: de la SE 27 del año 2019 a la SE 26 del año 2025.

Gráfico 3. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE27/2025 a SE01/2026 respecto a los seis años previos (SE27/2019 a SE26/2025)*. Argentina. (N=58)



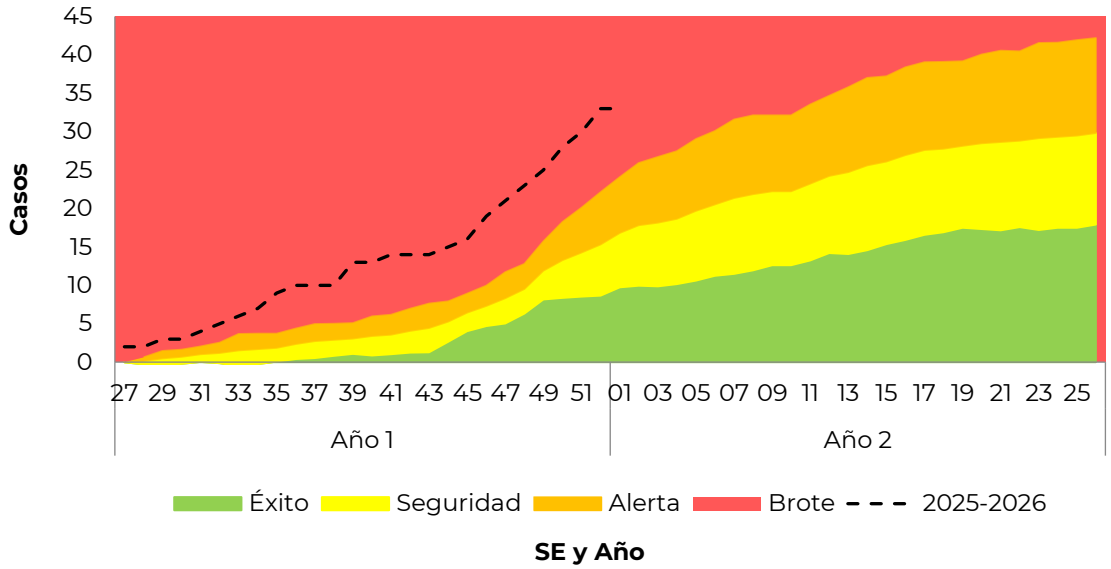
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

** 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.*

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

Región Centro

Gráfico 4. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE27/2025 a SE01/2026 respecto a los seis años previos (SE27/2019 a SE26/2025). Región Centro. (N=33)

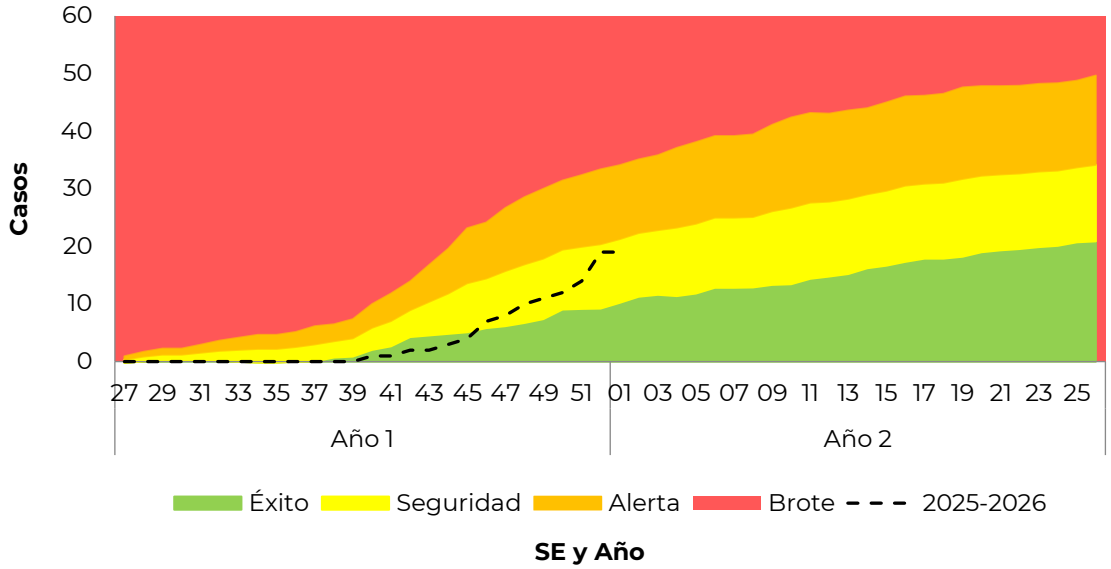


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

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 del 2025 y la primer semana de enero de 2026 (temporada 2025-2026).

Región NOA

Gráfico 5. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE27/2025 a SE01/2026 respecto a los seis años previos (SE27/2019 a SE26/2025). Región NOA. (N=19)

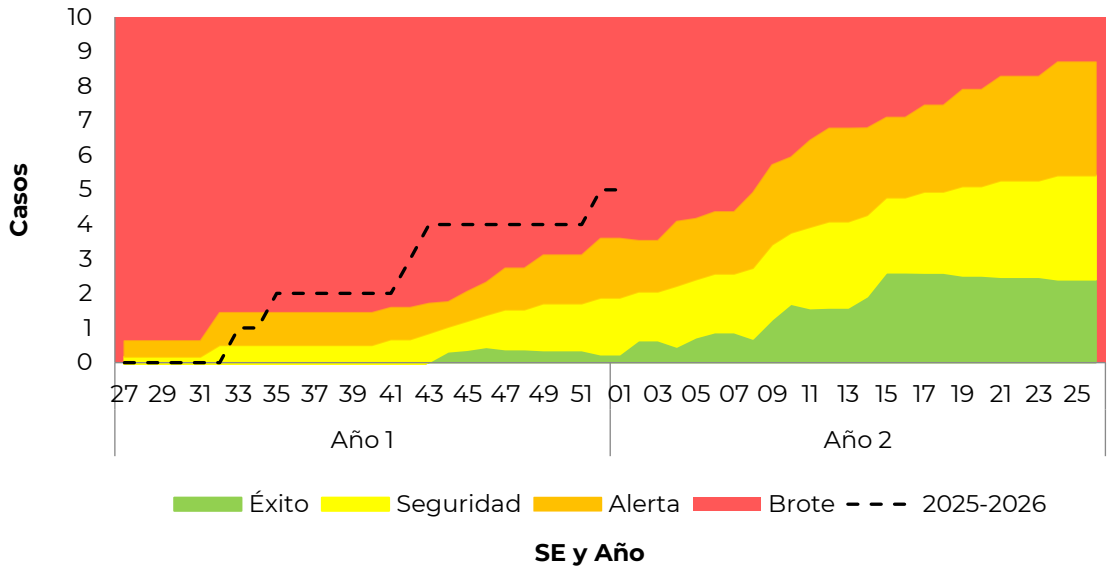


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

En lo que respecta a la región NOA, se presentaron casos en las jurisdicciones de Salta y Jujuy, con un número de eventos que se encuentra en el umbral de seguridad para el período comprendido entre julio del año 2025 y enero de 2026, respecto a los valores esperados teniendo en cuenta los casos presentados en años previos.

Región Sur

Gráfico 6. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE27/2025 a SE01/2026 respecto a los seis años previos (SE27/2019 a SE26/2025). Región Sur. (N=5)



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

Para la región Sur, la cual incluye las jurisdicciones de Chubut, Neuquén y Rio Negro, el número de casos se encuentra en el umbral de brote para el período comprendido entre julio de 2025 y enero del 2026, es decir por encima de los casos esperados.

Presentación de datos a nivel sub-nacional

Para dar cuenta de la situación nacional de hantavirosis, se presentan dos tablas: una correspondiente a los casos y tasas de incidencia por temporada (SE 27 a SE 52) para los años 2018 a 2025 (Tabla 1) y otra (Tabla 2) con los casos históricos confirmados de 2019 a 2025, ambas por jurisdicción y región.

Tabla 1. Hantavirosis: Casos confirmados y tasa cada 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2018 a 2025 (SE27 a SE53 de cada año -o 52 si no la contempla-). (N=333)

Año epidemiológico	2018 (SE27 a SE52)		2019 (SE27 a SE52)		2020 (SE27 a SE53)		2021 (SE27 a SE52)		2022 (SE27 a SE52)		2023 (SE27 a SE52)		2024 (SE27 a SE52)		2025 (SE27 a SE53)	
Jurisdicción	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**
Buenos Aires	3	0,02	14	0,08	10	0,06	6	0,03	7	0,04	3	0,02	7	0,04	22	0,12
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	7	0,19
Centro	**15**	**0,05**	**23**	**0,08**	**20**	**0,07**	**11**	**0,04**	**14**	**0,05**	**7**	**0,02**	**15**	**0,05**	**33**	**0,11**
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	4	0,49
Salta	15	1,07	17	1,20	4	0,28	8	0,55	19	1,29	28	1,89	9	0,60	15	0,99
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**	**19**	**0,32**
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	3	0,38
Sur	**17**	**0,59**	**1**	**0,03**	**4**	**0,14**	**0**	**0,00**	**2**	**0,07**	**3**	**0,10**	**1**	**0,03**	**5**	**0,16**
Total País	**49**	**0,11**	**49**	**0,11**	**31**	**0,07**	**26**	**0,06**	**44**	**0,09**	**47**	**0,10**	**29**	**0,06**	**58**	**0,12**

Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0
Se encuentra resaltado con un gradiente en escala ascendente de color el valor de las tasas por jurisdicción

La mayor proporción de casos para el período de julio a diciembre de 2025 se encuentra en la región Centro (57%), seguida por la región NOA (33%) y la región Sur (9%). La incidencia más elevada se presenta en Salta y Jujuy.
Teniendo en cuenta los años previos, la incidencia a nivel nacional en el período (SE27 a 53 2025) es superior a la mayor tasa registrada en 2018 y 2019 (0,12 y 0,11 respectivamente)

Al momento del análisis se adicionaron seis casos que fueron confirmados de forma retrospectiva en el período SE27 a SE53 2025, que se notificaron en las jurisdicciones de Salta (3), Jujuy (1), Buenos Aires (1) y Río Negro (1).

Tabla 2. Hantavirosis: Casos totales históricos confirmados, y tasa de incidencia cada 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por año calendario. Argentina, 2019 a 2025. (N=548)

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	35	0,19
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	13	0,35
Centro	50	0,17	40	0,14	18	0,06	27	0,09	17	0,06	26	0,09	56	0,18
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	90,00	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	6	0,74
Salta	30	2,13	14	0,98	18	1,25	26	1,78	33	2,23	20	1,34	18	1,19
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	25	0,42
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	5	0,63
Sur	18	0,62	5	0,17	4	0,13	5	0,17	7	0,23	7	0,23	8	0,25
Total País	124	0,28	70	0,15	52	0,11	77	0,17	69	0,15	64	0,14	92	0,19

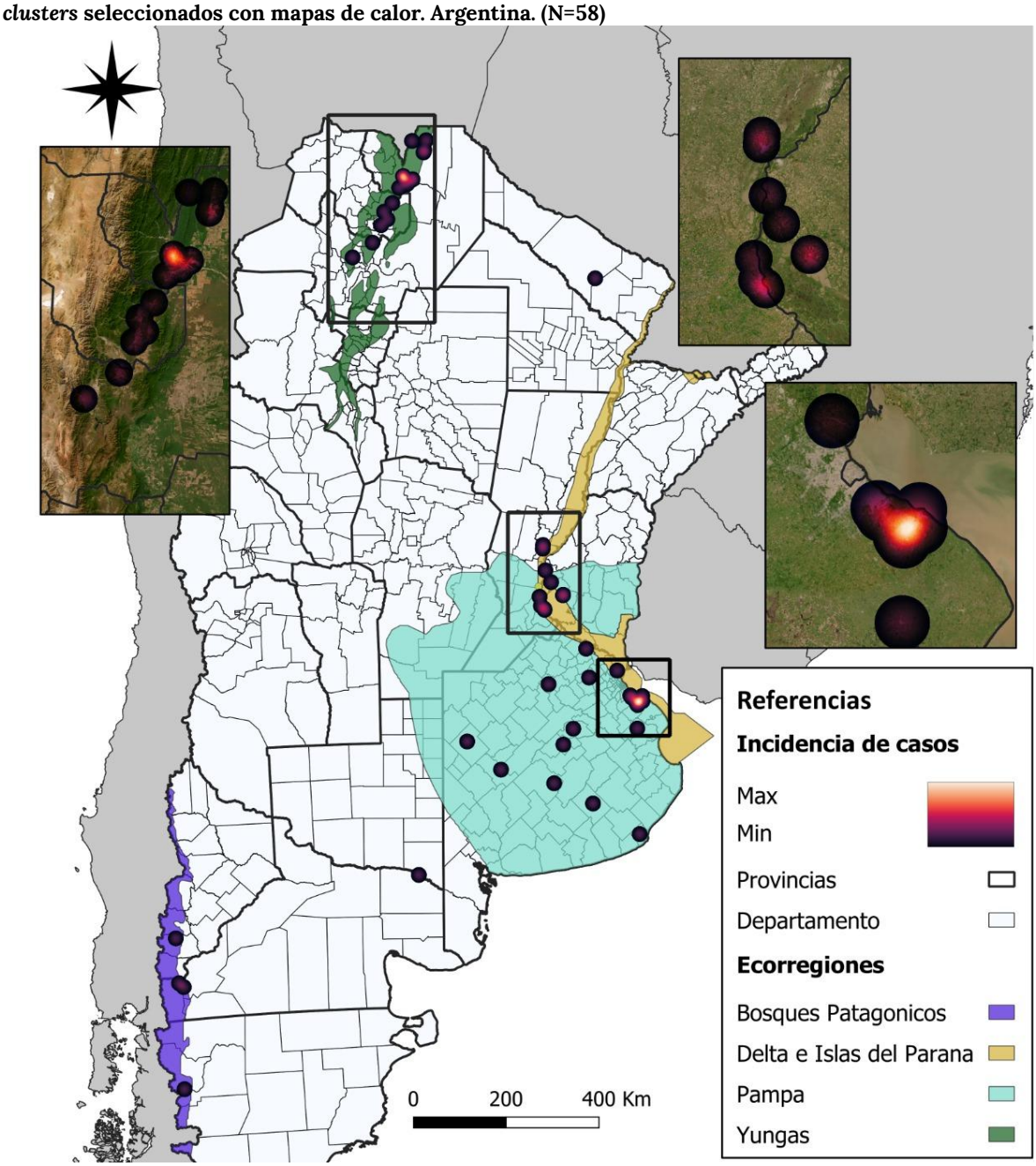
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0
Se encuentra resaltado con un gradiente en escala ascendente de color el valor de las tasas por jurisdicción

Considerando los casos históricos 2019-2025 (548), se observa que el 46% de éstos se concentraron en la región NOA, seguidos por la región centro (43%) y la región sur (10%). En este caso, al momento del análisis, la tasa de incidencia a nivel nacional del año 2019 es la más elevada (0,28) en todo el período analizado.

En el mapa 1, se georreferencia la distribución de los 58 casos de hantavirus desde la SE 27/2025 hasta la SE 1/2026.

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

Mapa 1. Hantavirosis: Casos confirmados desde SE27/2025 a SE01/2026, ecorregiones y detalle de *clusters* seleccionados con mapas de calor. Argentina. (N=58)



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

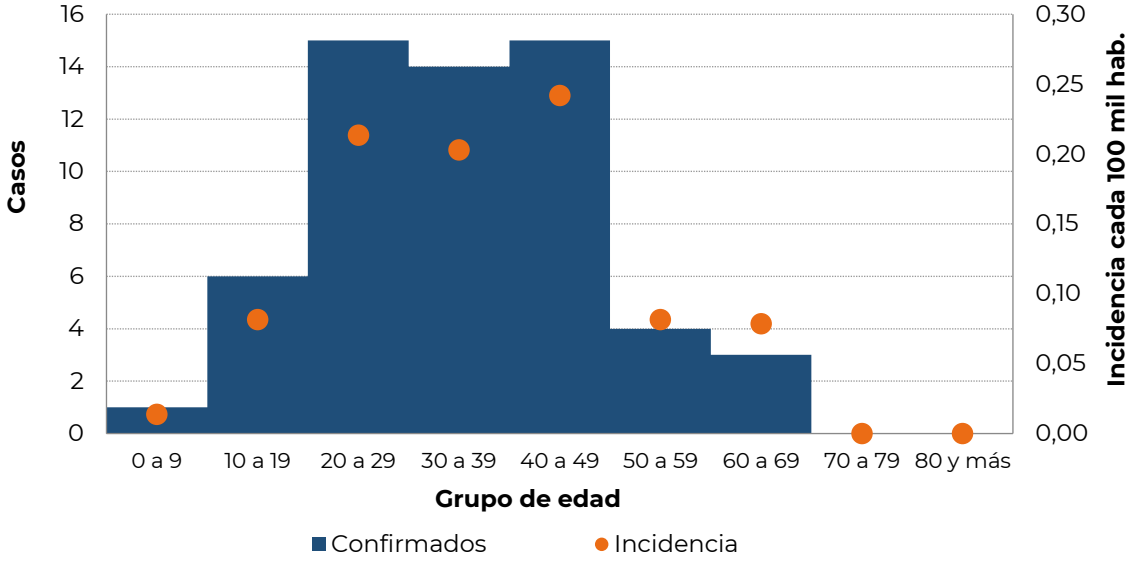
La distribución de los casos de hantavirus se asocia con la del reservorio, aunque las distribuciones de los roedores en general son más extensas y se puede considerar como la máxima área endémica potencial. El Mapa 1 identifica las ecorregiones principalmente vinculadas a los casos. En el NOA, los 19 casos corresponden a departamentos ubicados en las Yungas (verde). En la región Sur, los casos se localizan en los Bosques Patagónicos (4 casos) y el último caso corresponde a la provincia de Río Negro, localizándose en noreste de la provincia. En la región Centro, la mayor concentración (33 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, se presentan 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 confirmación mediante trabajo de campo orientado a la búsqueda y caracterización de reservorios en cada foco, y se complementa con vigilancia genómica para validar la vinculación entre casos, reservorios y circulación viral.

Caracterización según grupos de edad

A continuación, se presenta un gráfico que permite caracterizar la distribución de los casos según grupo etario para la temporada actual.

Gráfico 7. Hantavirosis: Casos y tasas de incidencia cada 100.000 habitantes según grupo de edad. SE27/2025 a SE01/2026. Argentina. (N=58)



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

A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados de la temporada en curso es de 34 años, concentrándose el 76% (44) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes en el período.

Antecedentes epidemiológicos

En relación a la información consignada en el SNVS 2.0, de los 58 casos confirmados, 21 presentaban información respecto a los antecedentes epidemiológicos, cuya distribución se presenta en el gráfico 8.

Gráfico 8. Hantavirosis: Antecedentes epidemiológicos. SE27/2025 a SE01/2026. Argentina. (n=21)



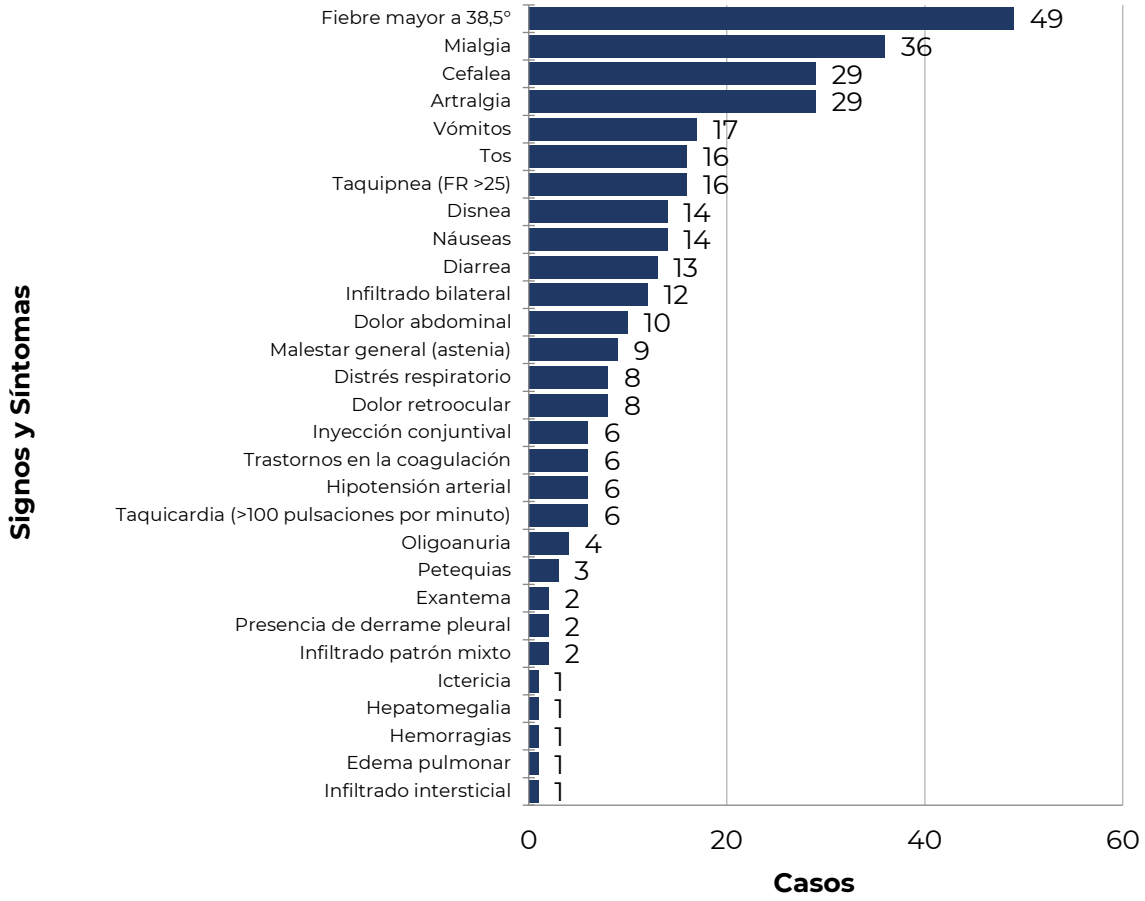
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Entre SE27/2025 y SE01/2026, el 36% de los casos (n=21) presentó información sobre antecedentes epidemiológicos, siendo los más frecuentes habitar vivienda rural (29%), contactos con roedores, orina o deposiciones y excursión a área rural o silvestre (24% cada uno). Cada caso puede presentar uno o más antecedentes epidemiológicos. Ninguno de los casos fue identificado como de transmisión interhumana.

Signos y síntomas

Para caracterizar la presentación clínica de hantavirosis en los casos confirmados, se elaboró el siguiente gráfico con la frecuencia de signos y síntomas.

Gráfico 9. Hantavirosis: Signos y síntomas. SE27/2025 a SE01/2026. Argentina. (n=322)



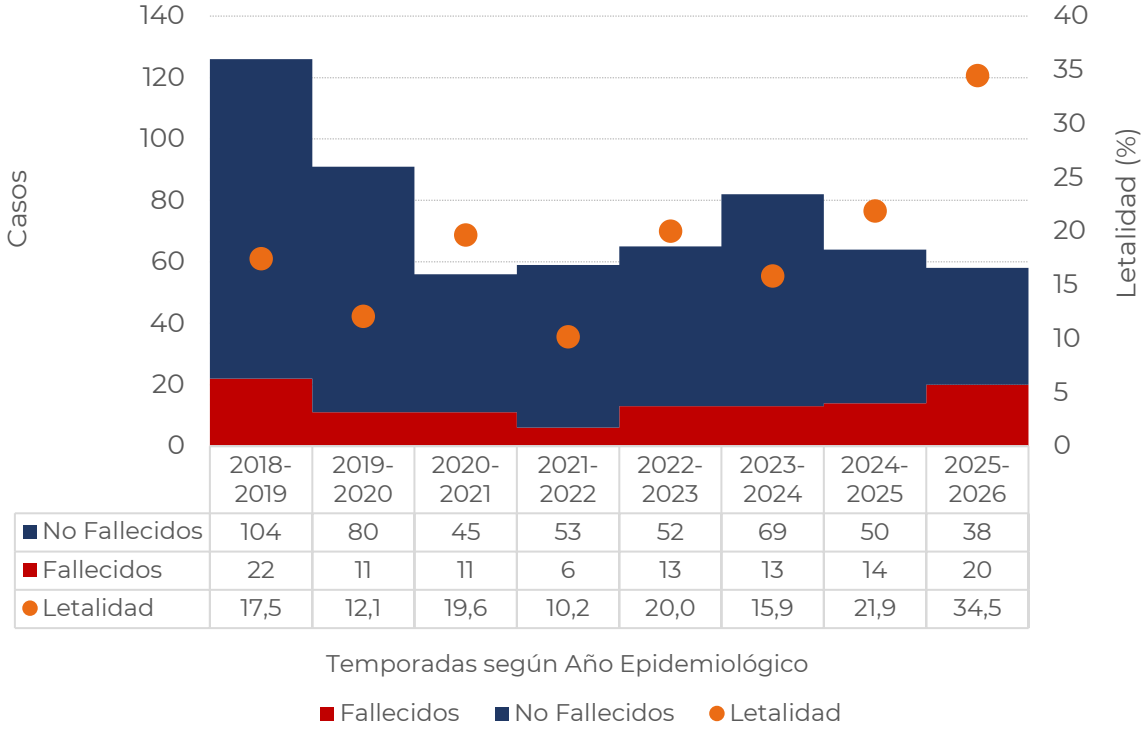
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Entre SE27/2025 y SE01/2026, el 90% de los casos (n=52) presentó información sobre signos y síntomas, siendo los cinco más frecuentes: fiebre mayor a 38,5° (94%), mialgias (69%), cefalea (56%), artralgia (56%), y vómitos (33%). Cada caso puede presentar uno o más signos o síntomas.

Caracterización de la mortalidad

Para dar cuenta de la letalidad y cantidad fallecidos según año epidemiológico, se presenta el siguiente gráfico.

Gráfico 10. Hantavirosis: Casos y letalidad por temporada. SE27/2018 a SE01/2026. Argentina. (N=601)



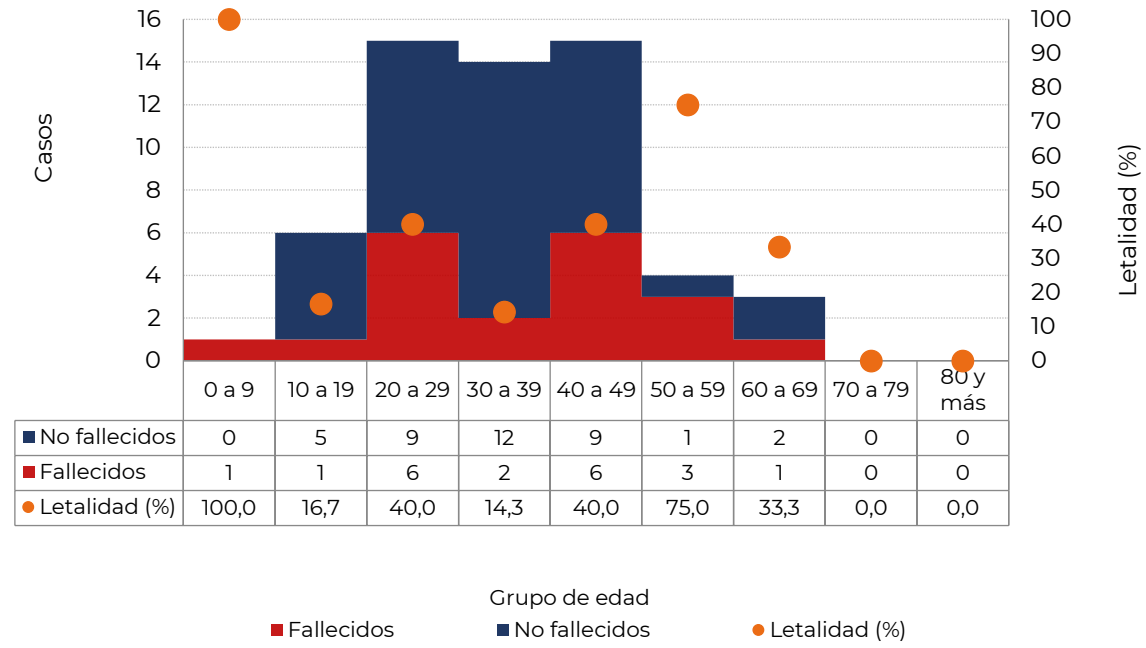
	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
No Fallecidos	104	80	45	53	52	69	50	38
Fallecidos	22	11	11	6	13	13	14	20
Letalidad	17,5	12,1	19,6	10,2	20,0	15,9	21,9	34,5

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

Entre SE27/2025 y SE01/2026 se notificaron 20 casos fallecidos, con una mediana de edad de 38,5 y una letalidad del 34,5%, la más elevada respecto a la de temporadas previas.

Para ilustrar la letalidad y fallecidos según grupo de edad, se elaboró el Gráfico 11 presentado a continuación.

Gráfico 11. Hantavirosis: Casos y letalidad por grupo etario. SE27/2025 a SE01/2026. Argentina. (N=58)



	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 y más
No fallecidos	0	5	9	12	9	1	2	0	0
Fallecidos	1	1	6	2	6	3	1	0	0
Letalidad (%)	100,0	16,7	40,0	14,3	40,0	75,0	33,3	0,0	0,0

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

Se observa la mayor letalidad en el grupo etario de 40 a 49 años (75%), a excepción del primer grupo etario. El único menor de 10 años notificado en el sistema con diagnóstico confirmado falleció. Por otro lado, luego de los 70 años, no se notificaron casos confirmados.

En la Tabla 3 se pueden observar los casos históricos fallecidos según 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=101)

Año calendario	2019			2020			2021			2022			2023			2024			2025		
Jurisdicción	N	L	T	N	L	T	N	L	T	N	L	T	N	L	T	N	L	T	N	L	T
Buenos Aires	6	16	0,03	1	5	0,01	1	8	0,01	2	12	0,01	3	27	0,02	3	21	0,02	12	34	0,07
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	3	23	0,08
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	19	34	0,06
Chaco	0	0	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	0	0,00
Formosa	0	-	0,00	1	100	0,17	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	0	0,00
Misiones	0	0	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00
NEA	0	0	0,00	1	100	0,02	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	0	0,00
Jujuy	2	9	0,26	0	0	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	6	33	0,40
Tucumán	0	-	0,00	0	-	0,00	1	50	0,06	0	0	0,00	0	0	0,00	0	-	0,00	1	100	0,06
NOA	9	17	0,16	1	4	0,02	2	7	0,03	4	9	0,07	3	7	0,05	4	13	0,07	7	28	0,12
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	-	0,00	0	0	0,00	1	100	0,15	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	-	0,00	3	100	0,39	2	40	0,25	3	60	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	63	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	31	34	0,07

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

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

A nivel nacional, desde la SE 1 a la SE 53 del año 2025, se notificaron 31 casos fallecidos, lo que representa una letalidad del 34% de los 92 casos totales.

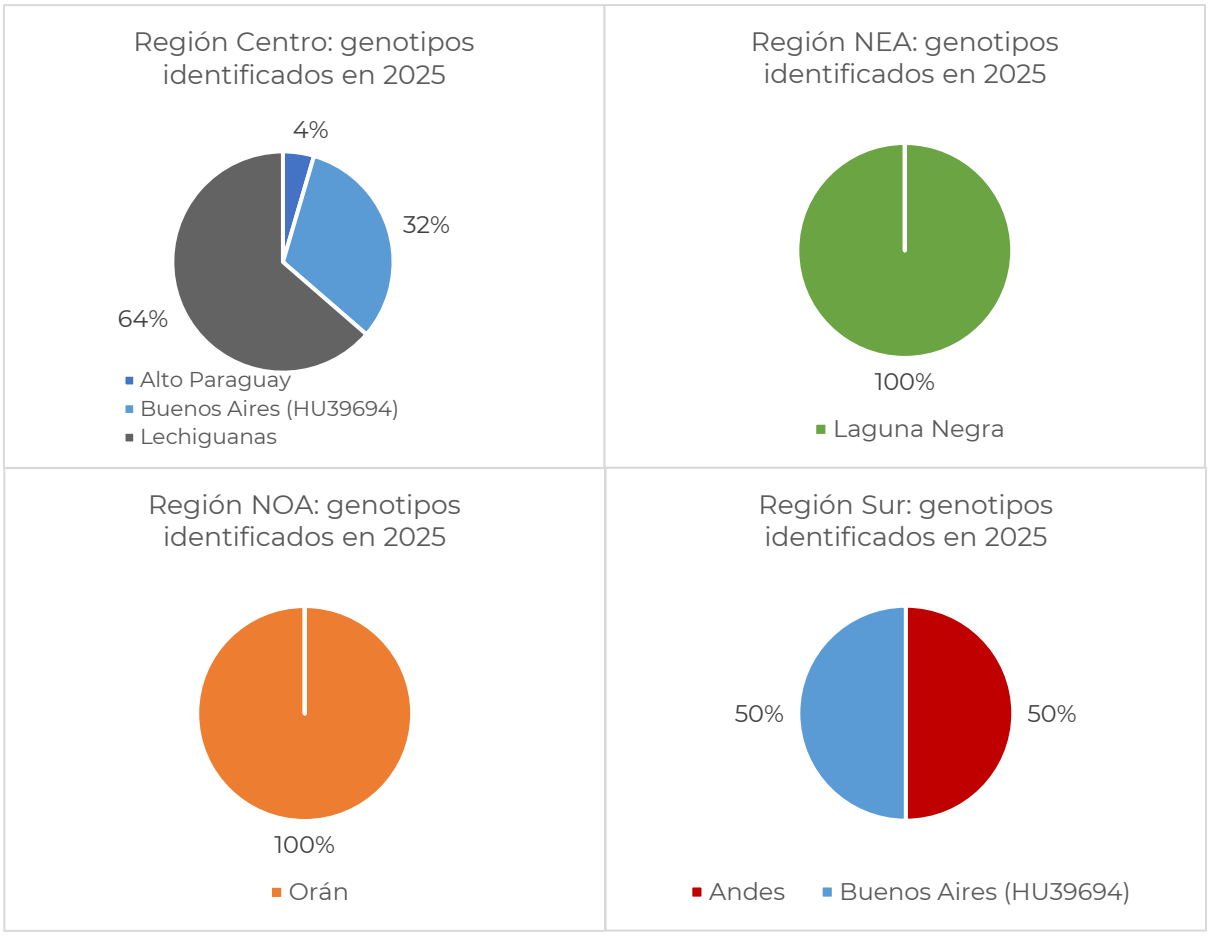
VI.2.C. VIGILANCIA DE GENOTIPOS DE HANTAVIRUS

Desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 1 del 2026, la ANLIS- "Dr. Carlos G. Malbrán" realizó la genotipificación de casos de hantavirus provenientes de las cuatro regiones afectadas: Centro, NEA, NOA y Sur.

En la Región Centro se identificaron tres genotipos, siendo el prevalente el virus Lechiguanas, seguido por el virus Buenos Aires; en la región del NOA se identificó el genotipo Orán. En la región Sur se genotipificaron 2 casos de los cuales uno correspondió al genotipo habitual de la región andina, virus Andes; y el otro, a un caso detectado en una zona que no había registrado casos hasta el momento -Rio Colorado, al noreste de la provincia de Río Negro- en el que se identificó el virus Buenos Aires en un caso humano[23]. En cuanto a la región NEA, se identificó en el único caso detectado como virus Laguna Negra.

[23] La investigación ambiental se encuentra en curso

Gráfico 12. Distribución de genotipos de Hantavirus identificados según región de residencia. SE01 2025-a SE01-2026. Argentina.



Fuentes: ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" a partir de información proveniente de los Laboratorios de los Institutos INEI-ANLIS e INEVH-ANLIS aportados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

VI.2.D. SOBRE LAS ACCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Desde su rol de rectoría, la cartera sanitaria nacional acompaña a las jurisdicciones para fortalecer la vigilancia epidemiológica y la obtención de información oportuna. En este sentido, realiza un análisis periódico de las notificaciones de hantavirosis en población general, detección de brotes y evaluación de la respuesta sanitaria.

Se realizaron reuniones virtuales con las jurisdicciones para trabajar la actualización de las definiciones de casos y contactos, y el manejo de contactos. Además, se realizan reuniones con las jurisdicciones para asesoramiento técnico cuando lo requieren, como el reciente caso de hantavirosis de la localidad de Río Colorado, provincia de Río Negro (primer caso en esa zona de la provincia), en donde se está coordinando realizar una actividad de trampeo de roedores en conjunto el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas ANLIS "Carlos G. Malbrán" y la jurisdicción.

Los equipos técnicos nacionales están trabajando en el desarrollo de guías y algoritmos de diagnóstico con el objetivo de estandarizar los procesos de atención, mejorar la oportunidad de diagnóstico, asegurar la calidad en la toma de decisiones clínicas y en los estudios ambientales.

En el mismo sentido, se realizó una capacitación para fortalecer la atención médica. Conversatorio 2025: Pensar en Hantavirus Andes (https://www.youtube.com/watch?v=xpUR_WDoMPE&list=PLwad1oRGFEgBZpMLjUEzMow5r

pQUrJnBP&index=40) y un spot de recomendaciones para equipos de salud (https://www.youtube.com/watch?v=-HiAyk4Q4A0&list=PLwad1oRGFEgCJjrq_K6adm-5rytQL1qAJ&index=2)

En la página web del Ministerio de Salud se encuentra disponible material para la población en general de Hantavirus: https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/hantavirus

VI.2.E. CONCLUSIONES

El periodo comprendido entre SE 27/2025 y SE 01/2026 presentó una proporción mayor de casos en la zona Centro (57%), seguida por la región NOA (33%) y la región Sur (9%). Asimismo, se observó un aumento en la letalidad global. En el grupo etario de menores de 20 años se identificaron 7 casos confirmados, dos de los cuales se consignaron como fallecidos. Se destacó como antecedente epidemiológico más frecuente el contacto con roedores o el habitar/transitar en área rural o silvestre. Es importante intensificar la sospecha de hantavirosis en zonas endémicas y que sea incorporado en el interrogatorio de rutina siempre, durante todo el año. Teniendo en cuenta la estacionalidad, esta recomendación toma un carácter más importante aún entre los meses de septiembre y abril, considerándola entre los diagnósticos diferenciales de otros síndromes febriles agudos inespecíficos. Ante la sospecha clínica de hantavirosis se sugiere realizar estudios diagnósticos confirmatorios a la mayor brevedad posible y hospitalizar; el diagnóstico precoz y la atención oportuna podrían mejorar la sobrevida de los pacientes. La mayor letalidad registrada en el período podría estar relacionada a la subnotificación de casos leves, aunque continúan en investigación otras causas. Se proseguirá con el análisis epidemiológico mientras transcurre la temporada. Se recomienda fortalecer tanto la vigilancia epidemiológica como la sospecha clínica, el testeo y el tratamiento oportuno de los casos con sintomatología compatible, teniendo en cuenta las regiones prevalentes y la temporalidad, así como indagando en los antecedentes epidemiológicos compatibles.

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

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

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

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

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 maternales, 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 embarazadas a partir de la semana 20 de gestación y se incorporó esta indicación al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) en el año 2013 con el propósito de lograr el pasaje transplacentario de anticuerpos para proteger al lactante durante los primeros meses de vida contra la tos convulsa, y de esta manera disminuir la morbi-mortalidad por coqueluche en lactantes pequeños. Las recomendaciones actuales de vacunación contra tos convulsa durante el embarazo es vacunar con dTpa (triple bacteriana acelular) luego de la semana 20 de gestación, en cada embarazo, independientemente de la edad, antecedente de vacunación con dTpa u otras vacunas con componente antitetánico y del tiempo transcurrido desde el embarazo anterior.

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

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

VII.2. Situación internacional[24]

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 Pacifico Occidental y Europa.

[24] 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

Durante el año 2025 se notificaron 6.724 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 1.149 fueron confirmados, constituyendo el año con el mayor número de casos y la mayor tasa de incidencia desde el año 2020. El aumento comenzó a partir de la SE 27 y se mantuvo un número elevado de casos en las semanas posteriores. Este incremento resulta relevante para dimensionar la situación epidemiológica actual, dado que en 2025 el aumento de casos se observó de manera heterogénea en distintas jurisdicciones. Además, se registraron 10 fallecimientos, todos en menores de 2 años.

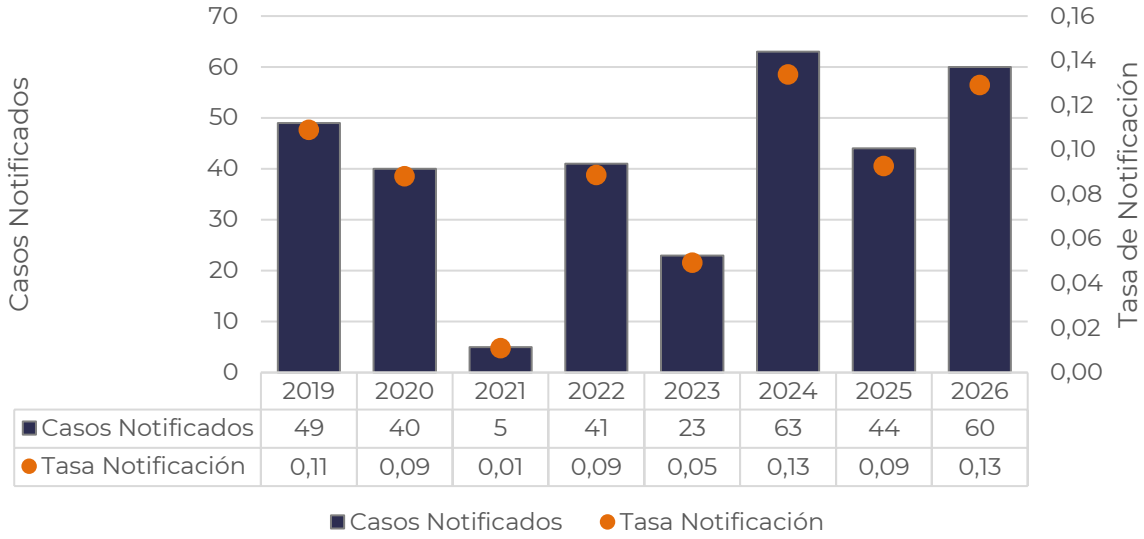
En la primera semana de 2026 se notificaron un total de 60 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 20 fueron confirmados. En la totalidad se contó con confirmación de laboratorio[25], identificándose *B. pertussis* en el 81,6% (n=14); 6 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.).

Los 20 casos confirmados superan las cifras registradas para el mismo período desde 2020, en línea con el ascenso observado durante 2025. La incidencia acumulada en la primera semana del año es de 0,04 casos por cada 100.000 habitantes, siendo también la más alta para una semana 1 desde 2020. No se registraron fallecimientos en esta primera semana.

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

La tasa de notificación en la SE1 para el período 2019-2025 fue variable, registrando un valor mínimo en 2021. La mayor tasa de incidencia y el mayor número de notificaciones se observan en 2024 y 2026, con 0,13 casos cada 100.000 habitantes.

Gráfico 1. Casos notificados y tasa de notificación cada 100.00 hab. de casos con sospecha de coqueluche según año. Argentina. SE1. Años 2019-2026.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos Notificados	49	40	5	41	23	63	44	60
Tasa Notificación	0,11	0,09	0,01	0,09	0,05	0,13	0,09	0,13

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

En la primera semana de 2026, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de CABA (n=18) provincia de Buenos Aires (n= 16) y Córdoba (n= 9). En el resto de las provincias se notificaron 5 casos sospechosos o menos.[26]

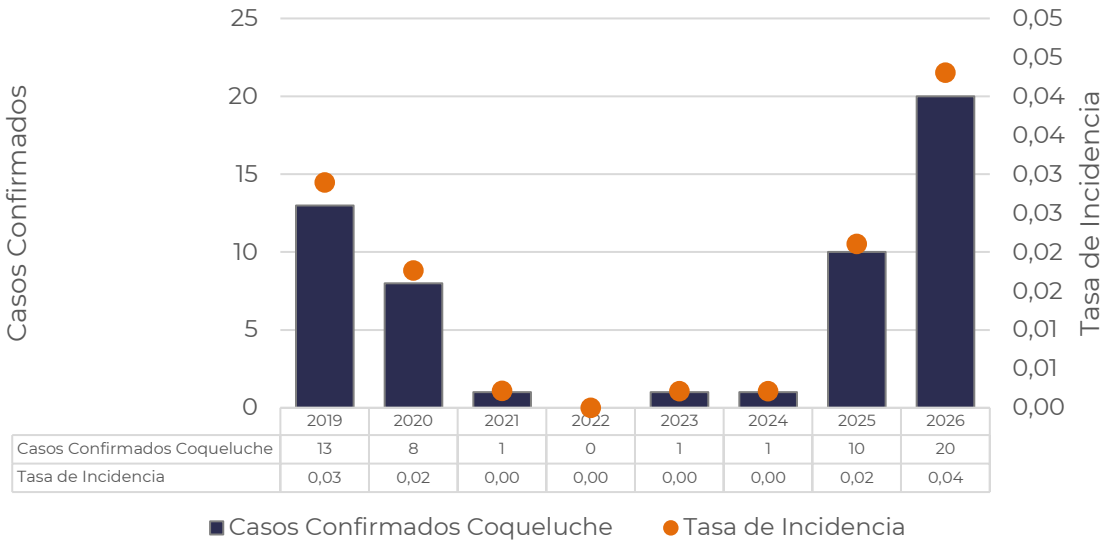
Del total de notificados, se confirmaron 20 casos, lo que representa una tasa de incidencia de 0,04 casos por cada 100.000 habitantes. En la SE1, se observa una tendencia descendente de la

[25] 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

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

incidencia entre 2019 y 2022. Posteriormente, la incidencia aumentó de manera progresiva hasta el año en curso, en el cual se registra la tasa más elevada del período[27].

Gráfico 2. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. Argentina. SE1. Años 2019-2026.

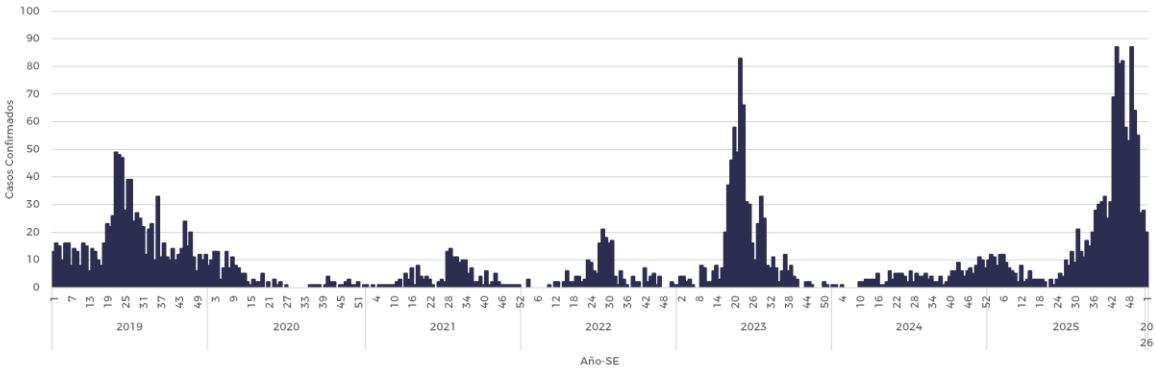


	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos Confirmados Coqueluche	13	8	1	0	1	1	10	20
Tasa de Incidencia	0,03	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,04

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 SE01/2026.



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

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

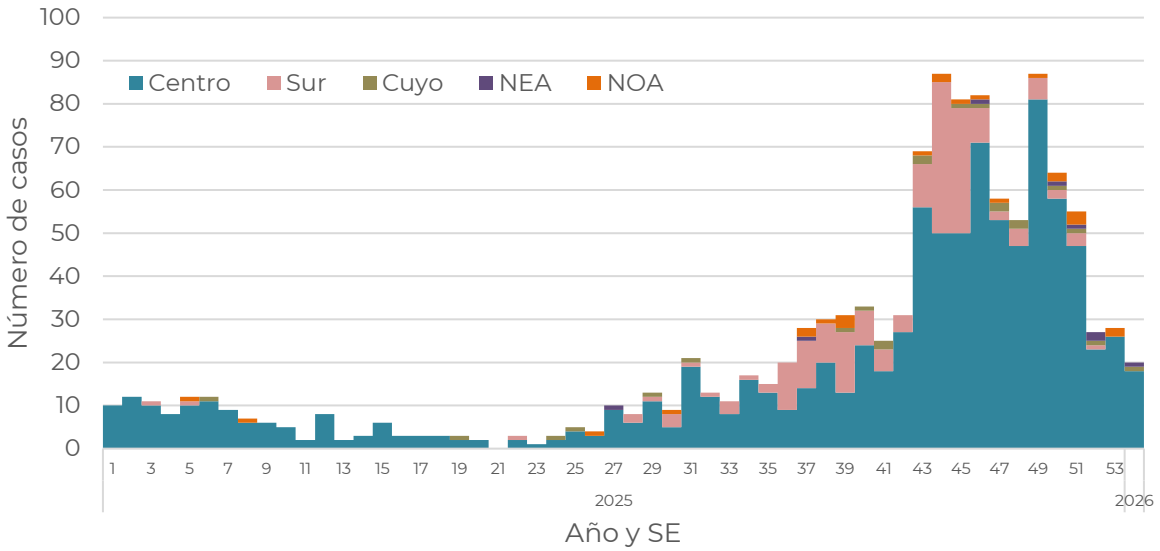
Posteriormente, a partir de la SE 27/2025, se verifica un nuevo ascenso, inicialmente asociado al brote en Ushuaia (Tierra del Fuego) y al aumento de casos confirmados en la Región Centro.

[27] 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.

Este incremento en el número de casos acumulados de 2025, a la fecha, supera en números absolutos al total de casos para el mismo período de 2019 y 2023.

El mayor número de casos confirmados del año se observó en las SE 44 y 49 de 2025 (n=87). En las últimas 4 semanas los casos presentan una tendencia a la disminución[28].

Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2025-1/2026.



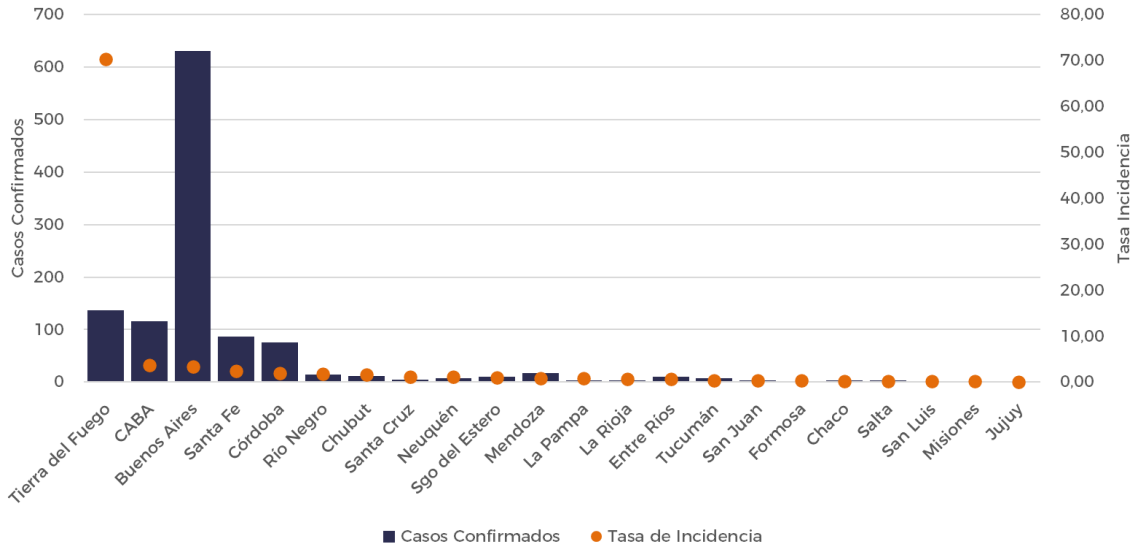
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyeron en 22 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observa en la Región Centro (n=919), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n=631) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=116). En la Región Sur se confirmaron 178 casos, principalmente vinculados al brote en curso en Tierra del Fuego. En la primera semana de 2026 los casos confirmados se registraron en 5 jurisdicciones: Buenos Aires (n=10), Córdoba (n=5), CABA (n=3), Chaco (n=1) y Mendoza (n=1).

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.

[28] 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. Año 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— presentó una IA de 70,28 casos por cada 100.000 habitantes, valor 18,7 veces superior al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que ocupa el segundo lugar con una IA de 3,76 casos por 100.000 habitantes. En tercer lugar, se ubica la provincia de Buenos Aires, que, si bien concentra el mayor número absoluto de casos, presenta una tasa de 3,44 casos por 100.000 habitantes. Con respecto a la primera semana de 2026, se observan tasas de incidencia similares en las 5 jurisdicciones con casos confirmados. (IA=0,1 cada 100.000 habitantes)

A continuación, se presenta la tabla con el número de casos confirmados por año y jurisdicción, con el objetivo de describir la situación de 2025 en relación con los años previos (2019–2025) [29].

[29] 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. Argentina. Periodo 2019-2025.

Jurisdicciones	Casos Confirmados						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	216	49	45	58	47	73	631
CABA	21	11	0	3	2	53	116
Catamarca	6	0	0	11	2	0	0
Chaco	5	3	0	2	0	0	3
Chubut	12	6	3	1	2	0	11
Córdoba	192	31	37	5	81	11	75
Corrientes	2	0	0	1	0	0	0
Entre Ríos	42	1	1	0	1	2	10
Formosa	2	2	0	1	0	0	2
Jujuy	2	0	3	0	2	0	1
La Pampa	8	0	0	0	0	0	3
La Rioja	1	0	0	0	25	1	3
Mendoza	241	12	17	13	25	1	17
Misiones	10	1	5	5	9	1	2
Neuquén	1	1	0	0	2	0	8
Río Negro	5	1	0	0	1	1	14
Salta	146	23	68	93	423	43	3
San Juan	3	1	0	0	0	0	3
San Luis	8	5	1	0	0	0	1
Santa Cruz	0	1	0	0	0	0	5
Santa Fe	14	5	0	7	43	5	87
Sgo del Estero	2	0	0	0	0	0	10
Tierra del Fuego	7	2	0	0	0	0	137
Tucumán	7	4	1	0	2	0	7
Total Nacional	**953**	**159**	**181**	**200**	**667**	**191**	**1149**

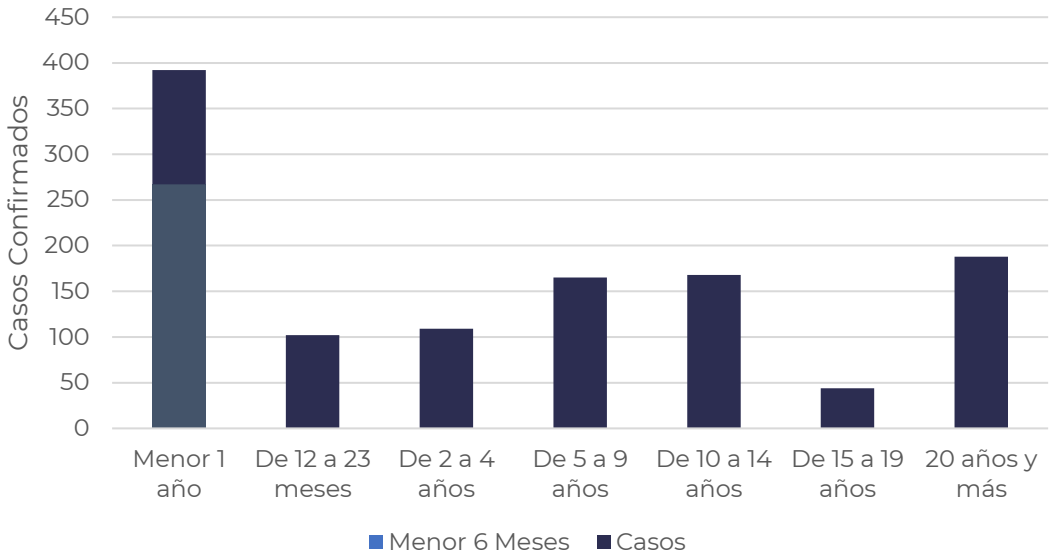
Fuente Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Si bien 24 jurisdicciones presentaron casos de coqueluche en 2025, el incremento observado respecto de los años anteriores se concentró 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 en 2025 y la primera semana de 2026 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. Argentina. SE1/2025 a SE1/2026.



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

El mayor número de casos se observó en el grupo de 0 a 5 años, con predominio en los menores de 1 año, que concentraron el 33,6% de los casos confirmados en el período analizado (n=392), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=267). El número de casos y la tasa de incidencia en el grupo de 20 años y más presentaron un aumento, vinculado al brote en Tierra del Fuego del año 2025.

Con relación a los fallecimientos, en 2025 se notificaron 10 fallecimientos en casos confirmados con detección de *Bordetella pertussis*: 7 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 2025 la tasa de letalidad fue de 0,9%. Ninguno de los 5 casos en edad de vacunación registra dosis en NOMIVAC, mientras que los otros 4 casos corresponden a menores de 2 meses, en los que se registró antecedente de vacunación materna únicamente en uno de ellos. En la primera semana de 2026 no se registraron fallecidos.

VII.4. Coberturas de Vacunación

VII.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

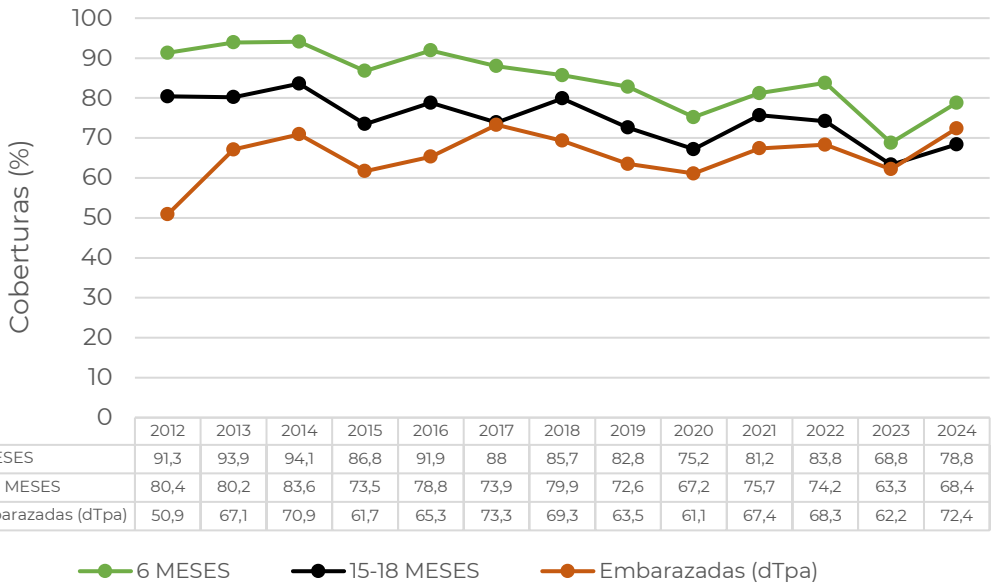
Existen vacunas seguras y efectivas para prevenir la infección por *Bordetella pertussis*. Sin embargo, se registra a nivel mundial, regional y nacional un descenso progresivo de las coberturas que redunda en una acumulación de personas susceptibles a contraer la enfermedad. Por este motivo, es necesario 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 quíntuple o pentavalente)
II. Niños de 15-18 meses (vacunados con primer refuerzo de quíntuple o pentavalente)

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

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



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
6 MESES	91,3	93,9	94,1	86,8	91,9	88	85,7	82,8	75,2	81,2	83,8	68,8	78,8
15-18 MESES	80,4	80,2	83,6	73,5	78,8	73,9	79,9	72,6	67,2	75,7	74,2	63,3	68,4
Embarazadas (dTpa)	50,9	67,1	70,9	61,7	65,3	73,3	69,3	63,5	61,1	67,4	68,3	62,2	72,4

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 quíntuple/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 quíntuple/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 07/01/2025, son:

1° dosis de Quíntuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 83,39%

2° dosis de Quíntuple (4 meses): 80,89%
3° dosis Quíntuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 76,46%
Ref Quíntuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 66,52%
Ref DTP (5 años): 57,22% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 13/11/25: 76,8%)
Ref dTpa (11 años): 57,02% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 13/11/25: 77,6%)
Embarazadas dTpa: 75,55%

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)	Quintuple /sextuple (seis meses)	Refuerzo (15-18 meses)	Refuerzo (5 años)	Refuerzo (11 años)	Embarazada
Buenos Aires	69,12	68,34	65,57	58,70	43,81	44,32	64,25
CABA	75,13	75,80	66,05	35,53	44,62	35,48	47,09
Catamarca	89,56	90,63	85,40	68,45	64,99	70,39	84,63
Chaco	90,27	89,97	85,07	74,50	62,80	63,70	89,36
Chubut	92,30	92,62	87,65	78,31	59,93	62,45	86,51
Coba	89,35	88,57	82,77	76,75	60,15	61,43	82,78
Corrientes	91,12	87,49	78,97	61,48	50,02	48,85	89,30
Entre Ríos	91,18	90,21	85,05	78,69	51,55	61,80	90,13
Formosa	79,44	77,67	74,04	53,96	55,77	55,59	81,05
Jujuy	96,72	98,50	94,47	90,04	82,17	80,22	92,32
La Pampa	96,77	98,67	96,67	89,70	67,82	78,52	93,24
La Rioja	94,76	92,43	86,02	73,95	71,12	67,80	88,90
Mendoza	91,93	91,44	88,31	83,44	91,74	85,90	80,94
Misiones	95,00	91,13	80,13	60,80	65,43	64,78	90,20
Neuquén	96,01	94,12	90,79	87,85	84,89	84,58	92,27
Río Negro	101,13	100,80	95,68	79,59	65,79	56,48	95,04
Salta	91,31	89,45	85,87	82,22	81,76	95,36	86,73
San Juan	98,68	98,08	89,93	76,59	75,15	73,04	90,55
San Luis	94,78	93,76	91,06	93,16	82,77	80,50	91,22
Santa Cruz	95,73	93,49	90,97	78,95	77,56	72,80	96,04
Santa Fe	82,53	85,50	82,88	68,56	58,42	59,23	80,96
S. del Estero	92,22	89,89	81,73	67,79	54,18	61,78	86,74
T. del Fuego	107,61	111,14	103,85	103,21	73,15	74,40	104,97
Tucumán	82,31	84,22	82,28	78,62	71,44	72,21	78,89

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 verificado 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-

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

VIII. Botulismo alimentario y/o por heridas – Informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

VIII.1.A. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

El botulismo es una enfermedad paralizante debida a neurotoxinas secretadas por una bacteria anaeróbica, formadora de esporas: *Clostridium botulinum* que habita en suelos vírgenes y cultivados de todos los continentes, así como en sedimentos marinos y lacustres. La neurotoxina botulínica también es producida por otras especies de clostridia: *C. argentinense (tipo G), C. baratii (tipo F) y C. butyricum (tipo E).*

Se presenta de tres formas: *de manera alimentaria*, a partir de la intoxicación grave que surge después de ingerir la toxina preformada presente en alimentos contaminados. También se presenta *en heridas* donde se observa el mismo cuadro clínico después de que el microorganismo causal contamina una herida y produce la toxina in situ (es poco frecuente) y existe el *botulismo del lactante* que afecta a niños menores de un año y resulta de la ingestión de las esporas.

El botulismo alimentario es una intoxicación grave potencialmente letal, tratable y prevenible, que ocurre por la ingestión de la neurotoxina producida frecuentemente por *Clostridium botulinum*, presente en alimentos conservados que cumplen con ciertas características necesarias para que desarrolle la toxina. Requiere de un alto índice de sospecha para su correcto diagnóstico. La transmisión alimentaria es poco frecuente pero puede ser letal, por lo que **resulta una emergencia** para los sistemas de salud y debe ser reportado en forma **INMEDIATA** a las autoridades de Salud Pública.

Las toxinas botulínicas son neurotóxicas que bloquean la liberación del neurotransmisor acetilcolina en la unión neuromuscular generando una **parálisis fláccida aguda simétrica descendente**. En primer lugar, afecta los pares craneales y luego desciende simétricamente a los músculos del tórax y las extremidades produciendo insuficiencia respiratoria por parálisis del diafragma y los músculos intercostales, y con oclusión de las vías aéreas superiores. El inicio de los síntomas puede variar según la cantidad de toxina consumida, desde unas pocas horas hasta unos pocos días. Generalmente comienzan entre las 12 a 36 horas después de que la toxina ingresa al cuerpo. Los síntomas no son provocados por la bacteria, sino por la toxina que ella produce.

Los síntomas iniciales del **botulismo alimentario** incluyen fatiga intensa, debilidad y vértigo, seguidos generalmente por visión borrosa, disfagia y/o disartria (dificultad para tragar/dificultad para hablar); xerostomía (sequedad bucal); debilidad facial bilateral; alteraciones visuales (visión borrosa y/o diplopía); ptosis palpebral; disnea. También pueden presentarse vómitos, diarrea, constipación e inflamación abdominal y dolor abdominal tipo cólico; parálisis neuromuscular. **No se presentan síntomas febriles o pérdida de consciencia.**

Por otro lado, los síntomas del **botulismo por herida** aparecen aproximadamente 10 días después de que la toxina ingresa al cuerpo e incluyen los siguientes: disfagia y/o disartria; debilidad facial bilateral; alteraciones visuales (visión borrosa y/o diplopía); ptosis palpebral; disnea progresiva y parálisis neuromuscular flácida descendente. **Cabe destacar que la herida puede no presentar signos locales evidentes de infección, pudiendo observarse ausencia de edema, eritema o cambios en la coloración cutánea en la región perilesional.**

El rápido diagnóstico y la administración oportuna de la antitoxina específica reduce su letalidad a menos del 10%. La adecuada identificación de la fuente, junto a las acciones de vigilancia, ayudan a detectar casos secundarios y a planificar intervenciones.

VIII.1.B. ANTECEDENTES EN EL PAÍS

En Argentina, el primer brote de botulismo documentado se produjo en el año 1922 por la ingestión de espárragos en conserva de preparación casera, en el departamento de General Alvear de la provincia de Mendoza.

En 1957, el Instituto Biológico de La Plata, tipificó por primera vez el *C. botulinum* a partir de morrones en aceite, responsables de un brote que involucró a 21 personas y provocó 13 casos fatales. Un año después, el Instituto Malbrán también tipifica la toxina, a partir de anchoas en aceite que produjeron un caso fatal.

Hasta 1981 sólo se describieron casos de botulismo tipo A; desde ese año, se registran casos de tipo A, B, E y F. Desde 1994 hasta 2007 se describen en Argentina 36 brotes de botulismo, los que involucraron 60 personas. Desde SE1/2005 hasta SE 41/2012 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 130 casos de botulismo de los cuales 25 fueron confirmados, 93 sospechosos y 12 descartados. (Boletín Integrado de Vigilancia N°149-Año 2012).

Algunos de los alimentos identificados en los brotes ocurridos en el periodo 1994-2022 en el país fueron escabeches, conservas, enlatados y otros alimentos preparados. Para mencionar ejemplos: escabeches de vizcacha, jabalí, ostras, almejas, pollo, ciervo, hongos (champiñones); conservas de berenjenas, pescado, pulpo, vegetales varios, salsa de tomate, porotos con especias; alimentos preparados conservados como guisado, matambre, queso untable con especias, humus, entre otros.

VIII.2. Situación epidemiológica 2019-2025

VIII.2.A. NOTA METODOLÓGICA

En Argentina, el "Botulismo alimentario y/o por heridas" constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022.

Se realizó un análisis de los datos contenidos en el Sistema Nacional de Vigilancia (SNVS 2.0), de la notificación nominal, entre el 1 de enero de 2019 y 31 de diciembre de 2025 con información notificada hasta el día 5 de enero de 2026.

Para el período analizado se incluyó el evento 'Botulismo alimentario y/o por heridas' notificado por modalidad nominal. Para el análisis de las notificaciones nominales del evento se excluyeron aquellos casos que se reportaron clasificados de forma manual como 'Invalidados por Epidemiología'. Asimismo, se excluyeron las notificaciones correspondientes a menores de 1 año al momento del diagnóstico por corresponder al evento "Botulismo del lactante".

Se consideraron casos sospechosos aquellos con clínica compatible y antecedente de consumo de alimentos enlatados, conservados o fermentados y otros alimentos preparados. Se consideraron casos confirmados aquellos con confirmación por laboratorio, definida por la identificación de *Clostridium botulinum* o por la identificación de toxina botulínica y su serotipo a partir de muestras de suero, contenido gástrico o contenido intestinal (materia fecal) o de muestras alimentarias asociadas a los casos. Asimismo, se consideraron confirmados los casos con síntomas compatibles que hubieran recibido tratamiento específico. Se consideraron casos descartados aquellos en los casos en los que se consignó un diagnóstico diferencial compatible con el cuadro clínico.

Para determinar el año de diagnóstico, se estableció una fecha final utilizando la "Fecha de inicio de síntomas". En los casos en que esta información no estaba disponible, se tomó la "Fecha de consulta" y, en su defecto, la "Fecha de apertura". En cuanto a la procedencia, se utilizó la 'Provincia de carga' como aproximación operativa para ubicar el sitio probable de ocurrencia del evento y en caso que no estuviera el dato, se utilizó la 'Provincia de clínica'.

Para el cálculo de las tasas de incidencia y la elaboración de los mapas se utilizaron las proyecciones de población por sexo y grupo de edad elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), correspondientes al período intercensal basado en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Para la construcción de las tasas acumuladas se utilizó como denominador la suma de las proyecciones poblacionales anuales para cada grupo etario.

VIII.2.B. CARACTERIZACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN EN EL EVENTO

Durante el período 2019-2025, en Argentina se notificaron de forma nominal al SNVS 2.0 un total de 215 casos de "Botulismo alimentario y/o por heridas", con un promedio anual en el período de 31 notificaciones, con un mínimo de 22 en 2020 y un máximo de 43 en 2022 (Tabla 1).

Tabla 1. Casos notificados según clasificación y año de ocurrencia. Argentina, 2019–2025 (SE 1-52). (n=215)

Clasificación	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total	% Total
Sospechosos	18	10	14	20	6	17	15	100	47
Confirmados por laboratorio	7	7	6	6	8	6	11	51	24
Confirmados por clínica-epidemiología	4	5	4	14	6	4	6	43	20
Descartados por diagnóstico diferencial	3	0	1	3	5	4	5	21	10
Total	**32**	**22**	**25**	**43**	**25**	**31**	**37**	**215**	**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)

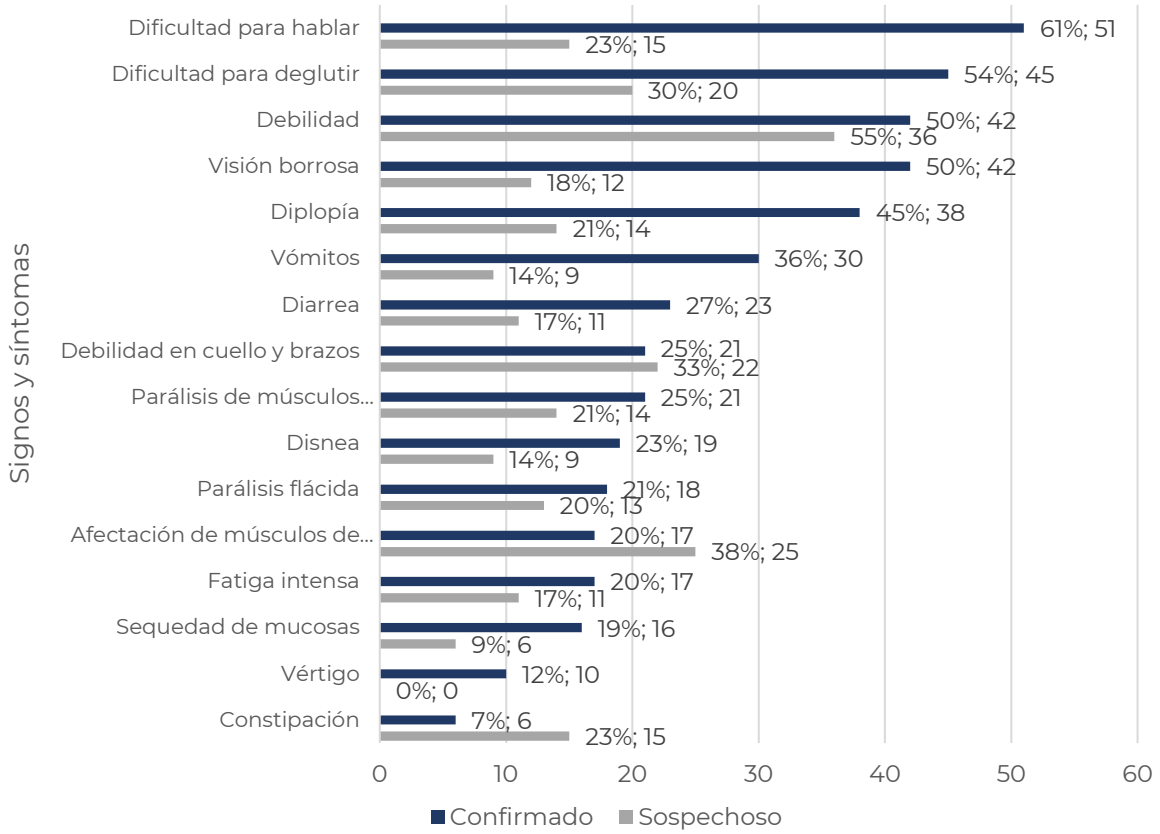
Durante el período analizado, se confirmaron 51 casos por laboratorio (31,7%), con identificación de toxina botulínica tipo A en las muestras consignadas en SNVS 2.0: materia fecal (17), suero (14), alimento sospechoso (14), contenido intestinal (4) y contenido gástrico (2). Adicionalmente, 43 casos fueron confirmados por criterio clínico-epidemiológico, que presentaron clínica compatible y registro de tratamiento específico para botulismo.

En relación con los casos sospechosos (100), el 48% (48) correspondió a menores de 10 años: 23% (11) de 13–24 meses, 33% (16) de 2–4 años y 44% (21) de 5–9 años. En este grupo etario, el 75% (36) contó con estudios de laboratorio, lo que podría vincularse con la evaluación diagnóstica en población pediátrica ante cuadros compatibles, orientada a confirmar botulismo y/o descartar diagnósticos diferenciales.

Por último, el 10% de los casos notificados (21) fueron descartados al confirmarse diagnósticos diferenciales distintos del evento bajo vigilancia. Entre los diagnósticos consignados se incluyeron síndrome de Guillain-Barré, síndrome de Miller-Fisher, encefalitis autoinmune, shock tóxico por *Streptococcus pyogenes*, meningoencefalitis, miopatías, enfermedades neurometabólicas y miastenia gravis.

A continuación se presenta la caracterización de los signos y síntomas del evento analizado.

Gráfico 1: Signos y síntomas de botulismo alimentario y/o por heridas en casos confirmados y sospechosos (%). Argentina, 2019–2025 (SE 1-52). (N total=194; n Conf.=84; n Sosp.=66)



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

En relación con la información clínica consignada en el SNVS 2.0 (150), en los casos confirmados (84) los síntomas más frecuentemente registrados fueron dificultad para hablar (61%), dificultad para deglutir (54%) y debilidad (50%). En este grupo, además, se observó una mayor proporción de signos compatibles con compromiso neurológico de mayor gravedad, como visión borrosa (50%), diplopía (45%), y parálisis de músculos respiratorios (25%).

En los casos sospechosos (66), los síntomas más consignados fueron debilidad (55%), afectación de músculos de miembros inferiores (38%) y debilidad en cuello y brazos (33%), con menor registro de signos de gravedad (p. ej., dificultad para hablar 23% y dificultad para deglutir 30%).

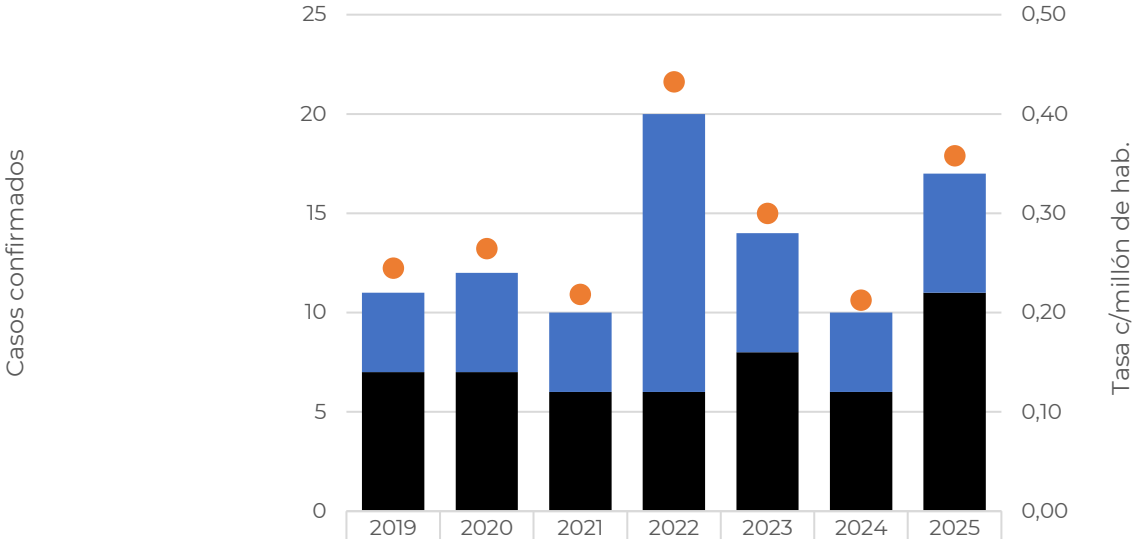
VIII.2.C.EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LOS CASOS CONFIRMADOS

En este aparatado se presentan dos gráficos para dar cuenta de la evolución temporal de los casos notificados.

Por un lado, un gráfico con los casos confirmados según clasificación (por laboratorio y por clínica y epidemiología) y la incidencia acumulada entre los años 2019 y 2025.

En segundo lugar, se exhibe un gráfico según mes y año. En este caso se incluyen, también, los casos sospechosos.

Gráfico 2. Casos confirmados según clasificación e incidencia acumulada por millón de habitantes de botulismo alimentario y/o por heridas por año. Argentina, 2019-2025 (SE 1-52). (N total=94; n Conf. Lab.=51; n Conf. clin-epi.=43)



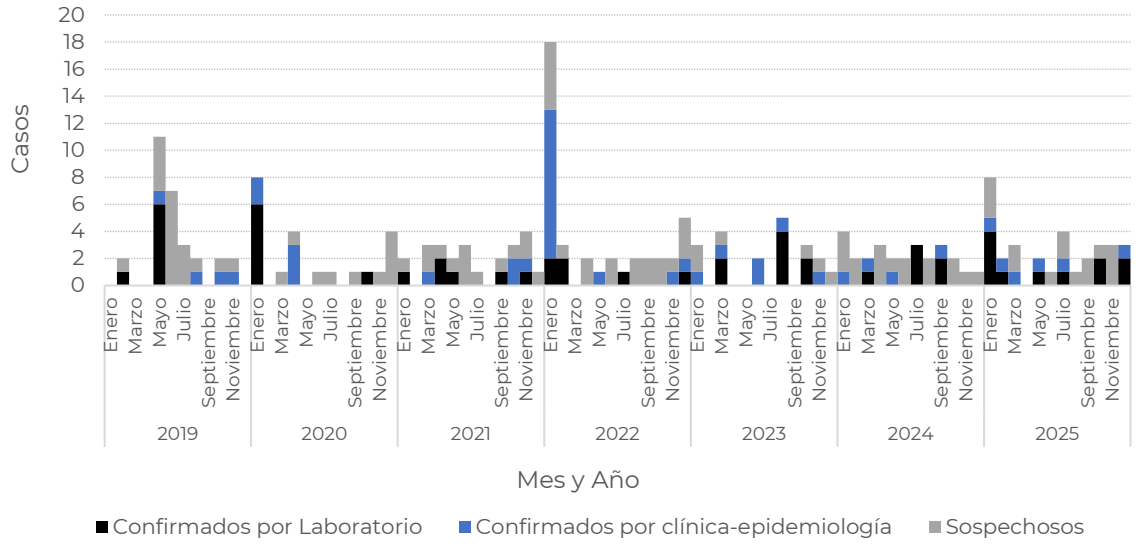
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Confirmados por clín-epi.	4	5	4	14	6	4	6
Confirmados por laboratorio	7	7	6	6	8	6	11
Incidencia acumulada	0,24	0,26	0,22	0,43	0,30	0,21	0,36

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

Entre 2019 y 2021 se observaron leves fluctuaciones interanuales en la notificación de casos confirmados. En 2022, se constata un incremento marcado, con el doble de casos respecto del año previo (20), alcanzando el valor máximo de incidencia acumulada del período 2019–2025, de 0,43 casos por millón de habitantes. Posteriormente, entre 2023 y 2024 se evidenció una tendencia descendente, mientras que en 2025 se observa nuevamente un aumento en la cantidad de casos, con 17 casos confirmados y una incidencia acumulada de 0,36 casos por millón de habitantes.

El aumento de casos confirmados durante el año 2022 se explica por la ocurrencia de un brote entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 2 en el Departamento General Belgrano, provincia de Misiones, específicamente en la localidad de Andresito, Almirante Brown, asociado al consumo de alimentos contaminados. El brote comprendió un total de 15 casos (11 confirmados y 4 sospechosos), correspondientes a personas de ambos sexos, distribuidas en un rango etario de 0 a 59 años.

Gráfico 3. Casos confirmados y sospechosos de botulismo alimentario y/o por heridas por mes y año. Argentina, 2019-2025 (SE 1-52). (N total=194; n Conf. lab=51; n Conf. clin-epi=43; n Sosp=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)

En términos generales, se observa un bajo número de casos mensuales a lo largo de todo el período, con predominio de valores entre 1 y 3 casos por mes.

Se destaca un pico marcado a comienzos de 2022, con un total de 13 casos confirmados (11 corresponden con el brote de botulismo alimentario en Misiones mencionado anteriormente), que supera ampliamente los valores observados en el resto de la serie. Además, se verifican otros dos picos de 7 y 8 casos, de mayo de 2019 y otro de enero de 2020, respectivamente. El primero fue asociado a notificaciones esporádicas de casos confirmados y a un brote de 4 casos de la provincia de La Pampa en la SE 19 de dicho año. El segundo pico corresponde a notificaciones esporádicas de casos confirmados y un brote ocurrido en Córdoba con dos personas afectadas.

En los años posteriores (2023–2025), la cantidad de casos confirmados se mantuvo relativamente estable, con fluctuaciones mensuales leves y sin picos de magnitud comparable al observado en 2022. En el último año de la serie, en enero (SE 1) se identificó un brote de 4 casos, residentes de diferentes jurisdicciones, que asistieron a una cena familiar en Misiones.

VIII.2.D. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE CASOS CONFIRMADOS E INCIDENCIA ACUMULADA

A nivel nacional, la incidencia acumulada varió entre 0,21 y 0,43 casos por millón de habitantes, según el año considerado (Tabla 2).

Tabla 2. Casos confirmados e incidencia acumulada cada millón de habitantes de botulismo alimentario y/o por heridas según región de carga y año de ocurrencia. Argentina, 2019–2025 (SE 1-52). (n=94)

Región	2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025	
	Conf.	Tasa	Conf.	Tasa	Conf.	Tasa	Conf.	Tasa	Conf.	Tasa	Conf.	Tasa	Conf.	Tasa
Centro	5	0,17	8	0,27	6	0,20	6	0,20	8	0,27	4	0,13	5	0,16
Cuyo	1	0,31	3	0,91	2	0,60	0	0,00	3	0,89	2	0,59	5	1,45
NEA	0	0,00	1	0,24	0	0,00	11	2,58	1	0,23	3	0,69	4	0,91
NOA	1	0,18	0	0,00	1	0,17	3	0,52	0	0,00	0	0,00	1	0,17
Sur	4	1,39	0	0,00	1	0,34	0	0,00	2	0,65	1	0,32	2	0,64
Total País	**11**	**0,24**	**12**	**0,26**	**10**	**0,22**	**20**	**0,43**	**14**	**0,30**	**10**	**0,21**	**17**	**0,36**

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

En el análisis regional del período 2019-2025, la región Centro concentró el 45% de los casos confirmados por laboratorio y por criterio clínico-epidemiológico (42). Respecto de la incidencia acumulada, la región Centro se mantuvo igual o por debajo del promedio nacional de manera sostenida.

La región de Cuyo, representó la segunda región con mayor número de casos confirmados con un 17% del total (16). Respecto de la incidencia acumulada se ubicó por encima del promedio nacional en 6 de los 7 años del período, observándose en el 2025, la segunda incidencia acumulada más alta del periodo analizado de 1,45 casos cada millón habitantes.

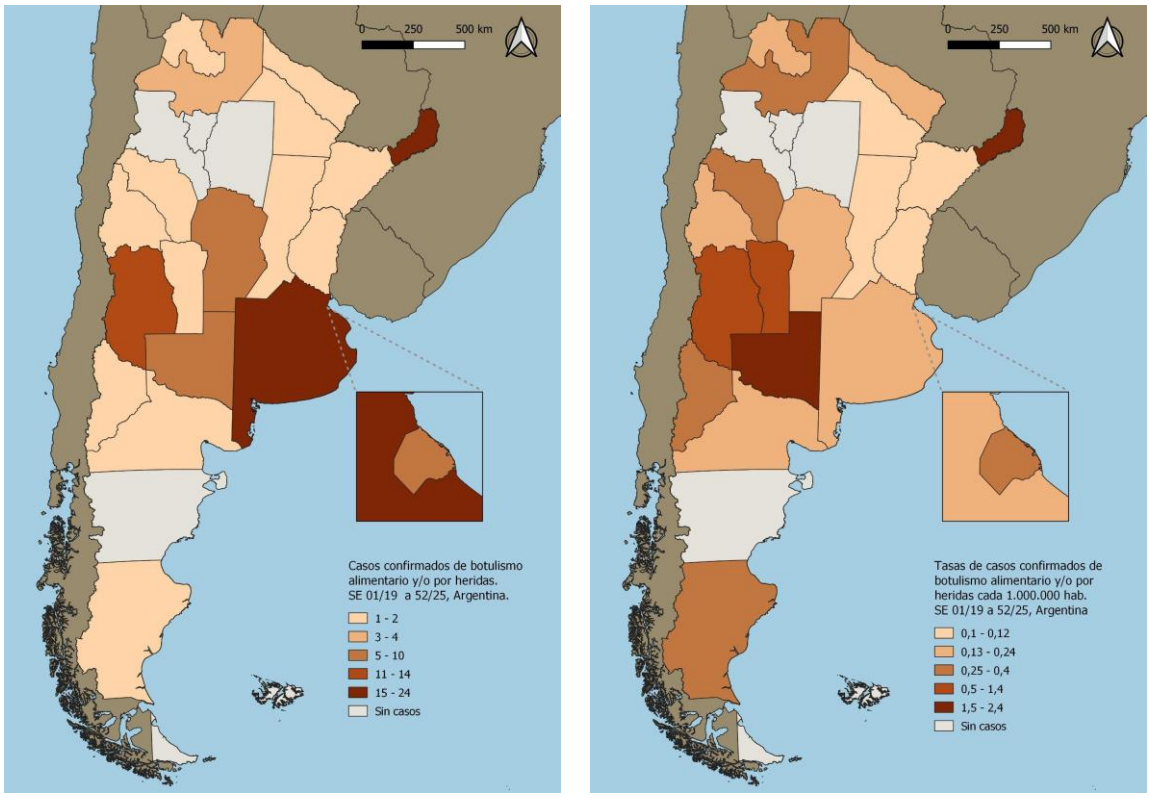
La región del NEA, entre 2019 y 2021 mantuvo la incidencia acumulada por debajo o igual a lo observado para el total del país. Sin embargo, en 2022, presentó la incidencia acumulada más alta de todo el período analizado, de 2,58 por cada millón de habitantes, cuya tasa supera en casi 9 veces a la tasa para el total país para ese período (0.29). A partir de 2024, se observa una tendencia en ascenso del número de casos confirmados e incidencias acumuladas por año por encima de la tasa del país.

La región Sur, mantuvo un patrón de incidencias acumuladas con fluctuaciones anuales con un promedio de 0,48 casos confirmados por año y por cada millón de habitantes.

Finalmente, la región NOA concentró el menor porcentaje de casos confirmados (6%) y se mantuvo por debajo o similar de las tasas de incidencia del total país entre los años 2019-2025 con un promedio de 0,15 casos por cada millón de habitantes para el periodo analizado.

La distribución de los casos confirmados y de la incidencia acumulada (por millón de habitantes) según jurisdicción de notificación se presenta en los siguientes mapas. En el mapa de la izquierda se observa la notificación de al menos un caso confirmado en 19 de las 23 jurisdicciones del país. Mientras que, en el mapa de la derecha, se muestran las tasas de incidencia de casos confirmados de botulismo alimentario y/o por heridas por jurisdicción.

Mapa 1 y 2: Casos confirmados (izq.) e incidencia acumulada cada millón habitantes (der.) de botulismo alimentario y/o por heridas según provincia de carga. Argentina, 2019–2025 (SE 1-52). (n=94)



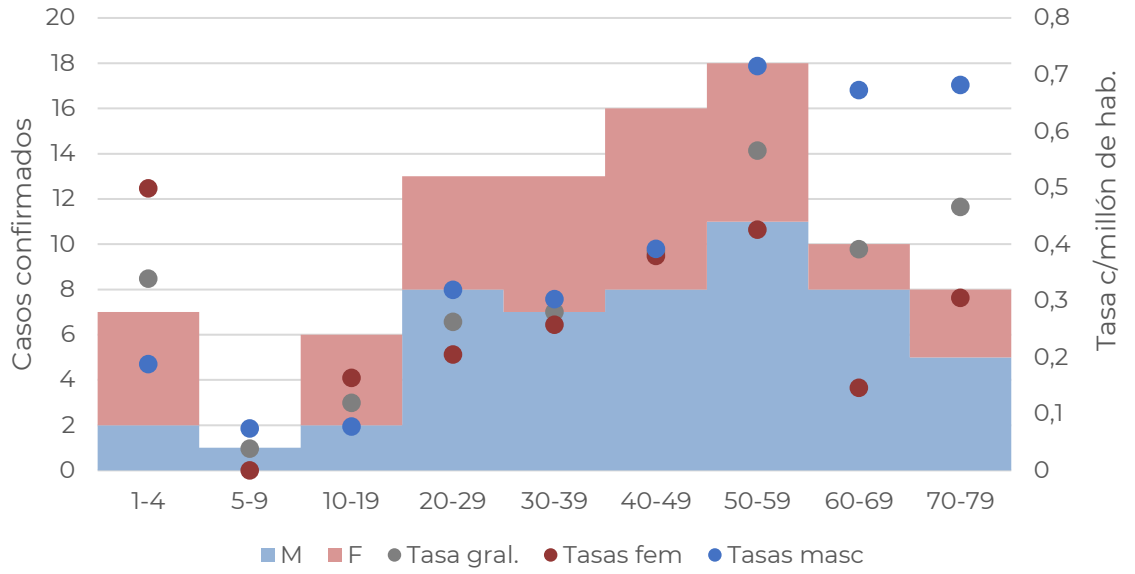
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0)
Nota aclaratoria: Para la jurisdicción CABA *se muestran los casos con provincia de notificación y de residencia* CABA. *Para Buenos Aires se contemplan los casos notificados por la jurisdicción y los casos con residencia en Buenos Aires y jurisdicción de notificación* CABA.

Se observa una mayor cantidad de casos en la provincia de Buenos Aires, pero al analizar el evento según su tasa para la jurisdicción la misma disminuye en términos comparativos. Por otro lado, no es lo que ocurre con Misiones, donde en ambos mapas se puede verificar que tanto los casos como las tasas se mantienen en los rangos más elevados. Por último, en el caso de La Pampa, los casos absolutos se encuentran en un rango medio de notificación pero su tasas aparece como de las más elevadas.

VIII.2.E. ANÁLISIS SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD

Para la caracterización del evento según sexo y edad, se presenta a continuación un gráfico con los casos confirmados según sexo, edad y la incidencia acumulada por millón de habitantes.

Gráfico 4. Casos confirmados e incidencia acumulada por millón habitantes de botulismo alimentario y/o por heridas, según sexo y edad. Argentina, 2019–2025 (SE 1-52). (n= 92)



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

En relación con la distribución por grupos de edad, el 65% de los casos (60) se concentra en adultos jóvenes y adultos de mediana edad, comprendidos entre los 20 y 59 años. Al desagregar por grupo de edad, el 20% de los casos confirmados (18) corresponde al grupo de 50 a 59 años, seguido por el grupo de 40 a 49 años, que aporta el 17% (16). En tercer lugar, se ubican los grupos de 20 a 29 y 30 a 39 años, cada uno con el 14% de los casos (13) (Gráfico 4).

Respecto al análisis por sexo, del total de casos confirmados, en el periodo 2019-2025 (92), el 57% (52) de los eventos correspondió a personas de sexo masculino y el 43% (40) a personas de sexo femenino.

La mayor tasa de incidencia se verifica en adultos de 50 a 59 años de sexo masculino. En los grupos etarios de 50 a 59, 60 a 69 y 70 a 79 años, la incidencia en varones superó a la observada en mujeres. La tasa de incidencia general muestra un patrón similar, con un incremento progresivo a partir de los 5 años de edad.

VIII.2.F. ANÁLISIS CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICO

Entre los casos confirmados con antecedentes epidemiológicos consignados durante el período analizado (50), el 100% presentó antecedente de consumo de alimentos enlatados, conservados o fermentados. No se consignaron casos confirmados con antecedente de heridas.

En relación con el tratamiento, se consignó administración de inmunoglobulina botulínica en el 82% de los casos confirmados (77). En cuanto a la completitud de la información, en 17 de los 51 casos confirmados por laboratorio no se consignó el tratamiento administrado (33%)

Durante el período analizado, el 98% (92) de los casos confirmados requirió internación y, dentro de este grupo, el 83% (76) requirió cuidados intensivos.

En cuanto a la evolución, se notificaron seis fallecimientos, distribuidos según región de carga en Centro (2), NEA (2), Cuyo (1) y Sur (1). Respecto de la distribución por grupos de edad (en años), se registró un fallecimiento en cada uno de los siguientes rangos: 0–9, 20–29, 40–49, 50–59, 60–69 y 70–79 años.

VIII.3. Antitoxina

VIII.3.A. FUNDAMENTOS DEL TRATAMIENTO

El botulismo es una intoxicación grave que, a pesar de su baja incidencia, presenta una elevada tasa de mortalidad si no se interviene de manera precoz. El éxito terapéutico depende de la **administración inmediata de la antitoxina botulínica**, la cual es altamente eficaz mientras la toxina se encuentra circulando en el plasma, antes de ser internalizada en el terminal colinérgico presináptico.

Debido a que la antitoxina solo neutraliza la toxina circulante y es inefectiva contra la ya fijada en las uniones sinápticas, su uso está indicado preferentemente en las primeras horas tras la aparición de los síntomas. Se ha demostrado que la administración temprana reduce significativamente la estancia hospitalaria y disminuye la letalidad a menos del 10%. **Por el contrario, no se recomienda su administración si han transcurrido 5 días o más desde el inicio de síntomas graves.**

VIII.3.B. GESTIÓN DE INSUMOS ESTRATÉGICOS Y RESPUESTA SANITARIA

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Epidemiología, garantiza la provisión federal de la antitoxina botulínica bivalente (AB) de origen equino. Esta estrategia sanitaria se basa en:

- Distribución Federal: mantenimiento de un stock mínimo en las jurisdicciones para emergencias inmediatas.
- Stock Estratégico Central: reserva centralizada para dar respuesta a brotes familiares o comunitarios que excedan la capacidad local y para la reposición de insumos utilizados.

VIII.3.C.MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA ANTE CASOS SOSPECHOSOS

Todo caso sospechoso debe ser abordado como un **posible brote**. Ante la detección, se deben activar dos líneas de acción simultáneas:

- Atención Clínica: confirmación diagnóstica y **suministro urgente de la antitoxina.**
- Notificación Inmediata y Bloqueo: activación de vigilancia para identificar el alimento contaminado, retirar lotes del mercado, inspeccionar establecimientos y emitir alertas sanitarias para evitar nuevos casos.

VIII.3.D. PREVENCIÓN Y CONTROL

La prevención primaria se centra en la educación comunitaria sobre la elaboración segura de conservas y precauciones en el consumo de alimentos industriales o artesanales. Asimismo, es imperativo optimizar los controles de calidad y procedimientos tecnológicos en la industria alimentaria para minimizar riesgos.

VIII.3.E.COMPOSICIÓN DEL PRODUCTO TERMINADO

Ficha Técnica: Antitoxina Botulínica Bivalente (A-B)

Especificación	Detalle
Producto	Suero antitoxina botulínica tipo A-B (origen equino)
Presentación	Frasco ampolla de 10 ml
Concentración	Variable según lote de producción (consultar rótulo del producto). Los valores nominales de referencia suelen aproximarse a 500 UI/ml para antitoxina A y 500 UI/ ml para antitoxina B
Producción	Instituto Biológico “Dr. Tomás Perón”, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
Conservación	Refrigeración entre 2 a 8 °C. No congelar

VIII.4. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Botulismo alimentario y/o por heridas

VIII.4.A. CONSIDERACIONES GENERALES PARA LA TOMA DE MUESTRA

Contactar e informar del envío a los responsables del laboratorio. Para mayor información comunicarse al Servicio de Bacteriología Sanitaria (011) 3751-8000 int. 8122. o por mail a la Tec. Alicia Raquel Rodríguez, coordinadora del Área de Botulismo: arrodriguez@anlis.gob.ar y al Dr. Diego Ruggeri, Jefe del Laboratorio Nacional de Referencia: druggeri@anlis.gob.ar

Muestras:

Tipo de muestra	Cantidad	Observaciones
Suero	5 a 7 ml.	Refrigerado Enviar de forma urgente Es importante respetar la cantidad de muestra Puede obtenerse hasta 5 días después de la ingestión del alimento sospechoso.
Materia fecal (*)	Cantidad suficiente (5 gr o más) En tubo o frasco estéril.	Refrigerada NO ENVIAR HISOPO EN MEDIO DE TRANSPORTE Si no se cuenta con muestra de materia fecal, NO demorar el envío del suero. Puede obtenerse hasta 7 días después de la ingestión del alimento sospechoso.
Lavado gástrico	Mínimo 2-3 ml. En tubo o frasco estéril.	Refrigerado SOLO SI LA INGESTA FUE RECIENTE
Vómito	Mínimo 2-3 ml. En tubo o frasco estéril.	Refrigerado SOLO SI LA INGESTA FUE RECIENTE
Alimentos sospechosos	Comercial: Envase origina	Refrigerados Conservar rótulo
	Elaboración casera: Envase original con buen cierre (no trasvasar)	Refrigerados Especificar tipo de producto, composición, etc.

(*) En caso de que el paciente padezca estreñimiento, se puede intentar tomar la muestra realizando un enema con un MÍNIMO volumen de solución fisiológica estéril.

Que la imposibilidad de obtener la muestra de materia fecal NO DEMORE el envío de la muestra de suero. La misma puede ser remitida posteriormente.

VIII.4.B. CONSERVACIÓN Y CONDICIONES DE TRANSPORTE

Conservación y condiciones de transporte

- Las muestras deben conservarse refrigeradas a 2–8 °C desde la recolección hasta su envío. Se debe evitar la congelación y descongelación reiterada.
- El embalaje debe cumplir el sistema de triple envase (SISTEG)
  - Envase primario: tubo o frasco estéril, hermético.
  - Envase secundario: resistente e impermeable.
  - Envase externo: caja rígida etiquetada con los datos del remitente, dirección del laboratorio de destino y rótulos de riesgo biológico.
- Envío al Laboratorio Nacional de Referencia:
  -Identificar en la encomienda: **Dr. Diego Ruggeri - LNR-Bacteriología Sanitaria INEI-ANLIS "Dr. C. G. Malbrán"**

- Las muestras deben ser remitidas a: Av. Vélez Sarsfield 563 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Servicio de Bacteriología Sanitaria, Tel: 3751-8000 int. 8122.
- **Resaltar "Entrega Urgente".**
- También pueden comunicarse a la Dirección Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

VIII.5. Medidas de prevención

En el botulismo alimentario, los alimentos poco ácidos que son sometidos a cocción insuficiente en tiempo y temperatura, y la conservación en envases herméticos y sin refrigeración adecuada, son factores que contribuyen a que las esporas desarrollen y sinteticen toxinas. El calentamiento a temperaturas superiores a los 80°C durante 10 minutos destruye la toxina, pero no las esporas.

- Evitar la elaboración de conservas caseras envasadas si no se cuenta con los elementos necesarios para una elaboración segura (regulación y control del pH, actividad acuosa, tratamiento térmico -esterilización-). Recordar que el calentamiento a temperaturas de ebullición (100°C) destruye la toxina -termolábil- pero no las esporas.
- Consumir siempre conservas fabricadas por elaboradores habilitados por la autoridad sanitaria y verificar que cuenten con los registros correspondientes.
- En caso de elaborar conservas caseras envasadas, seguir las siguientes recomendaciones:
    - Lavar minuciosamente los vegetales con abundante agua segura hasta arrastrar todo tipo de suciedad (tierra, polvo, etc.).
    - Preparar pequeñas cantidades que puedan ser consumidas en cortos periodos de tiempo de ser posible en menos de 3 días y utilizar envases poco profundos.
    - Conservar siempre en heladera. Nunca a temperatura ambiente.
    - Antes del consumo de conservas envasadas (caseras o industriales), calentarlas en agua en ebullición (100°C) durante 30 minutos, a fin de destruir la toxina (termolábil). Hacerlo preferentemente con el envase cerrado y sumergido en suficiente cantidad de agua (baño María).
    - Si luego de realizado el calentamiento, la conserva no se va a consumir inmediatamente, mantenerla en la heladera por no más de 72 horas. Pasado ese tiempo, repetir el procedimiento (30 minutos a 100 °C) antes de volver a consumir.
    - Evitar consumir alimentos enlatados que estén hinchados y/o alterados organolépticamente (cambios en el color y/o la consistencia del producto, olor desagradable o no característico, líquido de cobertura turbia), o que al abrirlas desprendan gas. En todos estos casos, abstenerse de probar el alimento y descartarlo.

VIII.6. Medidas ante casos, contactos y brotes

- La atención al paciente debe ser inmediata.
- Internación del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos. En caso de no contar con esta capacidad en la localidad, se recomienda la derivación inmediata, con acompañamiento médico, a un centro de mayor complejidad que disponga de soporte de asistencia respiratoria mecánica, dado que el paciente debe permanecer bajo estricto

control médico. La progresión de los síntomas puede ser rápida, con riesgo permanente de insuficiencia y paro respiratorio.

- La solicitud de la antitoxina botulínica debe realizarse a la Dirección de Epidemiología o al área equivalente local.
- Las muestras de suero para el diagnóstico de laboratorio deben recogerse ANTES de la administración de la antitoxina botulínica, y se requerirá que se envíe el resumen de historia clínica. La derivación de las muestras deberá efectuarse al Laboratorio Nacional de Referencia, Servicio de Bacteriología Sanitaria del INEI-ANLIS "Dr. C. G. Malbrán", con comunicación telefónica previa obligatoria. Las muestras de materia fecal podrán obtenerse hasta siete (7) días posteriores a la ingestión del alimento sospechoso, mientras que la de suero podrán obtenerse hasta cinco (5) días posteriores.
- Se dispondrá, en principio, la entrega de 1 o 2 frascos de antitoxina (dependiendo de las unidades antitóxicas del producto biológico que figuran en la etiqueta o en el prospecto) por paciente sospechoso. No se recomienda la administración de la antitoxina si transcurrieron 5 días o más de evolución desde el comienzo de los síntomas graves (hipotonía, déficit de pares craneales, trastorno en la mecánica ventilatoria). La razón de esto es que prácticamente ya no será efectiva por no haber posiblemente toxina circulante.
- La administración de antitoxina se realizará preferentemente por vía intravenosa, por infusión lenta, diluida 1/10 en solución salina isotónica.
- A los fines de la investigación epidemiológica y para la prevención de nuevos casos, resulta fundamental contar lo antes posible con la encuesta alimentaria completa, que permita identificar el alimento sospechoso.

VIII.7. Medidas con el alimento incriminado

VIII.7.A. MEDIDAS GENERALES

1) Rescate y retención inmediata de los alimentos y envases involucrados (tengan o no restos de alimento), para ser remitidos al Laboratorio Nacional de Referencia, Servicio de Bacteriología Sanitaria del INEI-ANLIS "Dr. C.G. Malbrán" siempre con previa comunicación telefónica. No se debe descartar ningún alimento como posible vehículo de la toxina, todos sin excepción deben presumirse involucrados.
2) En caso de ser de elaboración industrial o artesanal con distribución en comercios, los organismos pertinentes deberán retirar de las bocas de expendio el lote involucrado y emitir una alerta por los medios de difusión masiva para evitar su consumo. Por otro lado, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) a través del Instituto Nacional de Alimentos-INAL hará lo propio con el fin de evitar su comercialización y consumo.
3) El Ministerio de Salud emitirá una alerta para los centros de atención de pacientes.

VIII.7.B. INFORMACIÓN QUE SE DEBE RECABAR

- **Sobre los alimentos**
    - Alimentos ingeridos en las últimas 24 a 48 horas.
    - Lugar, fecha y circunstancias en que fue ingerido.
    - Cantidad ingerida.
    - Tiempo transcurrido entre la ingestión y el comienzo de los síntomas.

  - Estado de conservación, olor, color, aspecto y presencia de gases.
  - Tipo de elaboración (casera/industrial/artesanal) y fecha de elaboración.
  - Si el alimento es de elaboración industrial:
    - Marca de fábrica, fecha de elaboración/vencimiento, identificación de lote.
    - Conservar el rótulo que permitirá conocer los datos citados y los del industrial elaborador.
    - Lugar de venta del alimento.
  - Si el alimento es de elaboración casera o artesanal
    - Nombre y dirección de la persona o la familia que lo elaboró.
    - Lugar donde se consumió. Esto con el fin de advertir inmediatamente a quien lo elaboró, a convivientes del caso y a otros posibles tenedores de envases del alimento.
- **Sobre otras personas expuestas al riesgo.**
  - Personas que ingirieron o presuntamente ingirieron el mismo alimento, en el mismo lugar o en la misma oportunidad, o en otros lugares.
  - Personas que probablemente compraron el mismo tipo de alimento y que aún no lo ingirieron (alerta).

VIII.7.C. MEDIDAS QUE SE DEBEN TOMAR CON LAS PERSONAS QUE CONSTITUYEN CASOS SOSPECHOSOS

Definición de caso sospechoso: toda persona relacionada al brote, que consumió el mismo alimento y que no tiene sintomatología aún, puede encontrarse dentro del período de incubación de 12 a 36 horas.

- **Medidas específicas de diagnóstico y tratamiento**
  - Obtener muestras de sangre y contenido intestinal para detectar la presencia de toxina circulante y aislar la cepa de *C. botulinum* involucrada.
  - Si aparece sintomatología y evolución típica, tratar con antitoxina, mientras se espera el resultado de las muestras remitidas previamente.
- **Medidas inespecíficas**. Son medidas tendientes a acelerar la eliminación de la probable presencia de toxina.
  - Lavado gástrico, si no pasó más de 6 horas de la ingestión. Guardar material gástrico.
  - Purgantes y/o enemas evacuantes, para acelerar la eliminación de toxina.
- **Notificación a la autoridad sanitaria correspondiente y al sistema nacional de vigilancia de la salud.**

VIII.8. Conclusiones

El botulismo alimentario y/o por heridas constituye un evento de relevancia para la salud pública debido a la gravedad del cuadro clínico y a la necesidad de un tratamiento oportuno.

En el período analizado se observó una notificación sostenida de casos, con ocurrencia esporádica de casos confirmados, un bajo número mensual y ausencia de un patrón estacional definido.

Estos hallazgos refuerzan la importancia de mantener y fortalecer de forma continua las acciones de prevención, vigilancia y sensibilización de la población durante todos los meses del año. Se destaca la importancia de la correcta preparación, conservación y consumo de

alimentos, particularmente de conservas caseras para que puedan ser elaboradas con las medidas de seguridad adecuadas. Asimismo, resulta prioritario intensificar las acciones preventivas en los períodos previos a las fiestas de fin e inicio de año y en contextos de reuniones sociales, donde aumenta el riesgo de exposición.

VIII.9. Vigilancia epidemiológica

VIII.9.A. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

La transmisión alimentaría es poco frecuente, pero puede matar rápidamente, por lo que resulta una EMERGENCIA para los sistemas de salud. Todo caso de botulismo deberá adelantarse por la vía más rápida a la autoridad sanitaria local y notificarse de manera inmediata en el módulo de vigilancia clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

La vigilancia epidemiológica es fundamental para implementar medidas de prevención y control; así como para el tratamiento precoz de los casos sospechosos, la identificación del agente y la planificación de las intervenciones.

VIII.9.B. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

La notificación además de aportar información epidemiológica es de vital importancia para:

- Envío inmediato de la antitoxina botulínica para el tratamiento. Se debe recordar que la antitoxina botulínica no está disponible en todos los establecimientos, sino que se entrega contra pedido para reposición y refuerzo en caso de brotes. Actualmente existe una pequeña reserva en los Ministerios de Salud provinciales, provisto por el nivel central.
- Toma de medidas tendientes a evitar la aparición de otros brotes por el mismo alimento.
- Toma de medidas legales, inspección de fábricas, clausura, retiro de lotes involucrados de las bocas de expendio, emisión de alertas.

Caso sospechoso: toda persona que presente visión borrosa, seguida de diplopía, disfagia y sequedad de mucosas a las que se les agrega ptosis palpebral, **siempre de presentación bilateral y descendente**, afebril y con conservación del estado de conciencia.

Caso Confirmado: caso sospechoso con identificación de la toxina botulínica en suero; o en contenido gástrico; o en contenido intestinal (materia fecal); o en alimento consumido o que tenga nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio

VIII.9.C. DEFINICIÓN DE BROTE

Todo caso sospechoso de botulismo, debe ser considerado como un posible brote, que puede afectar a familiares u otras personas que posiblemente hayan consumido el alimento contaminado, por lo que se deberá comenzar de inmediato con la búsqueda de nuevos casos.

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-11/ficha-botulismo.pdf

Guía de prevención, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica del botulismo alimentario. 2016. Programa Nacional de Prevención y Control de las Intoxicaciones- Ministerio de Salud de la Nación (El directorio de instituciones de referencia se encuentra desactualizado)

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2020-10/26-2016-guia-botulismo-alimentario.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 internacional[30]

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

[30] Disponible en: mpx_global

surgió en 2023 en las regiones orientales de la República Democrática del Congo y está sufriendo una transmisión sostenida de persona a persona.

El Clado IIa 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, Burundi, Kenia, Congo, Zambia, Tanzania, España, Países Bajos, Sudán del Sur e Italia**. Se detectaron casos relacionados con viajes a zonas endémicas en **Reino Unido, Alemania, México e Israel.**

IX.2.A. SITUACIÓN EN ÁFRICA

En los últimos doce meses, hasta el 4 de enero de 2026, 29 países notificaron 43.976 casos confirmados, incluidas 201 muertes. Los tres países con más casos son la República Democrática del Congo (22.780 casos), Uganda (7.054) 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.

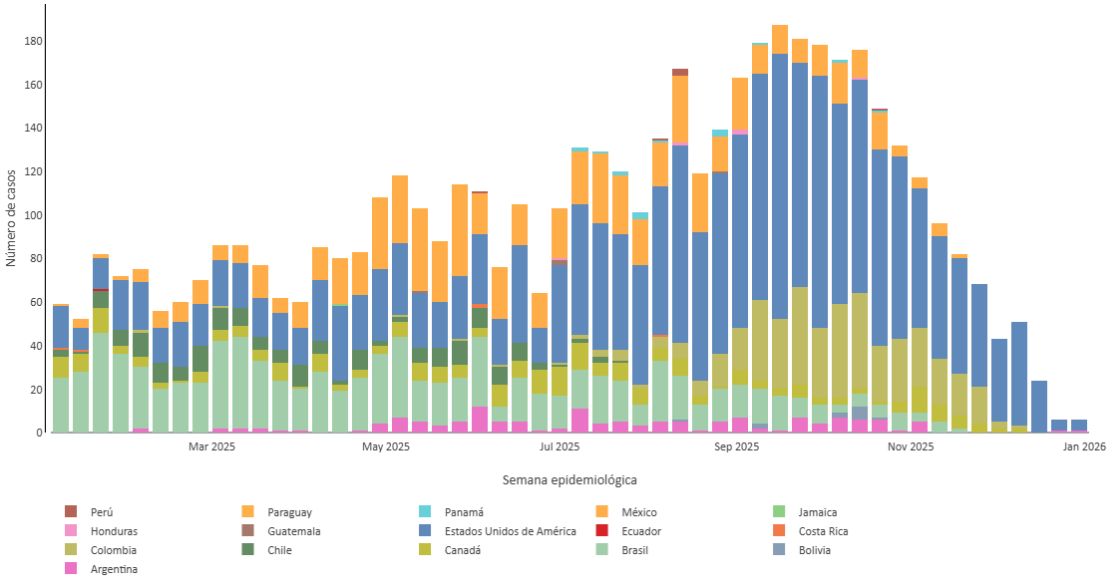
IX.2.B. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS[31]

Respecto de la situación regional, según la última actualización epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 53 de 2025 fueron notificados en la Región de las Américas 5.185 casos de mpox, con siete defunciones.

Los países de la región que detectaron casos de mpox durante 2025 son los siguientes: Estados Unidos (2.399 casos), Brasil (918, con 2 fallecidos), México (756, con 5 fallecidos), Colombia (447), Canadá (284), 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 y Colombia.

[31] 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 SE53 2025.

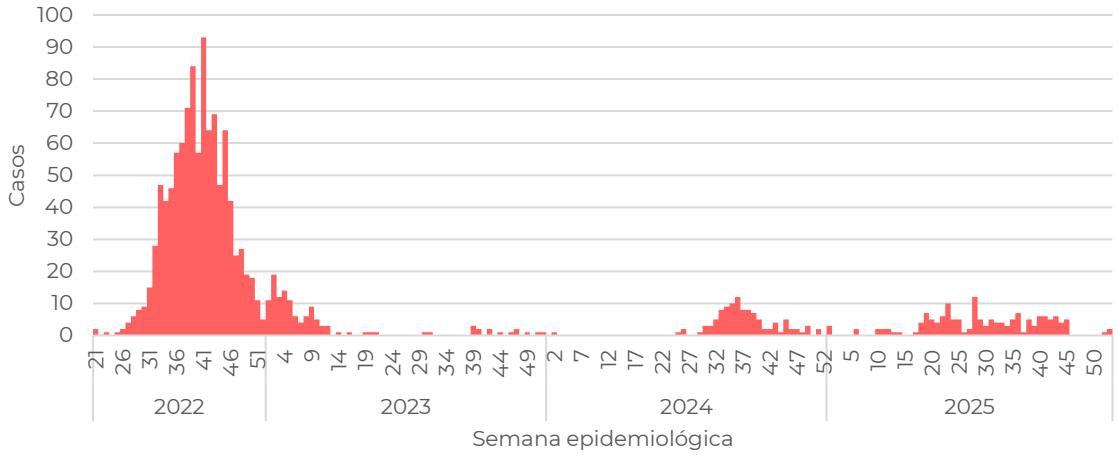


Fuente: https://shiny.paho-phe.org/mpox/

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 2025 fueron confirmados 155 casos (Gráfico 2).

Gráfico 2. Casos confirmados de mpox por semana epidemiológica de fecha mínima[32]. Argentina, SE21/2022 a SE53/2025. (N=1.410)



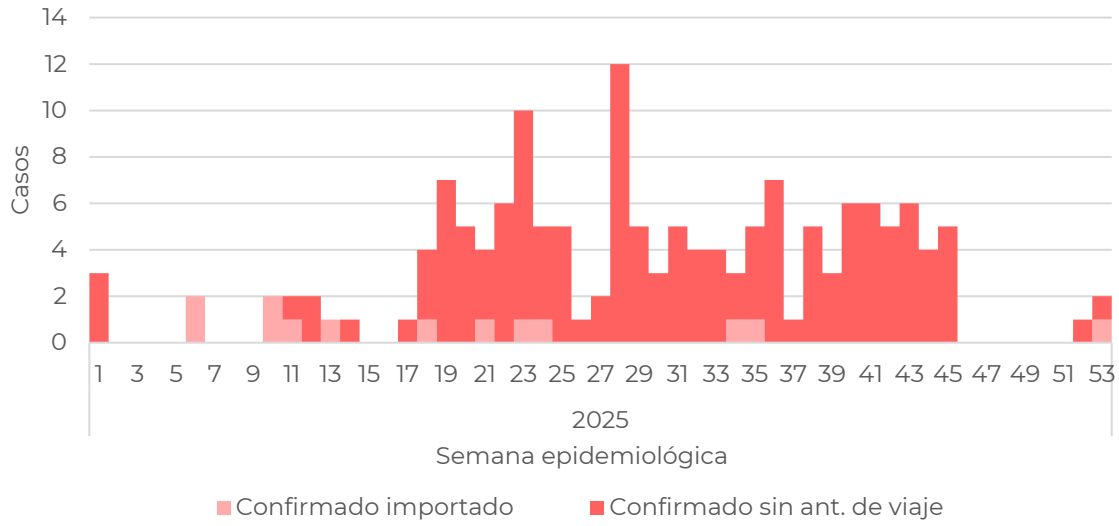
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

[32] 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 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 2025, entre la semana epidemiológica (SE) 18 y la SE 45 se confirmaron un promedio de 5 casos semanales, con un pico de 12 casos en la SE 28. Respecto de la última actualización (SE 51), se confirmaron cuatro casos nuevos. Luego de seis semanas sin casos, se confirmaron tres casos en las últimas dos semanas del año (Gráfico 3) y el restante corresponde a la SE 34.

Gráfico 3. Casos confirmados de mpox según antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1 a SE53/2025. (N=155)



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

El 92% de los casos confirmados de 2025 residen en jurisdicciones de la región Centro, principalmente en CABA (64%) y Buenos Aires (25%) (Tabla 1).

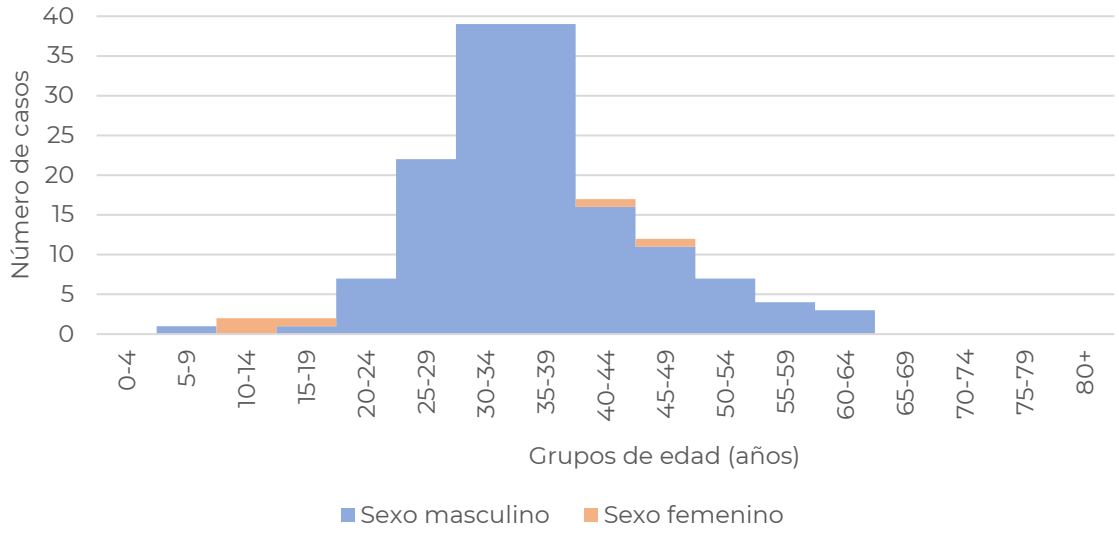
Tabla 1. Casos notificados y confirmados de mpox según jurisdicción de residencia. Argentina, SE1 a SE53/2025.

Provincia	Confirmados SE 1 a 53 2025	Confirmados notificados en la última semana	Confirmados notificados en las últimas 4 semanas	Total de notificaciones 2025
Buenos Aires	39	0	0	108
CABA	99	0	2	168
Córdoba	5	0	0	18
Entre Ríos	0	0	0	2
Santa Fe	0	0	0	5
Centro	**143**	**0**	**2**	**301**
Mendoza	6	1	1	28
San Juan	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0
Cuyo	**6**	**1**	**1**	**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	3
NOA	**3**	**0**	**0**	**19**
Chubut	0	0	0	1
La Pampa	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	3
Santa Cruz	2	0	0	7
Tierra del Fuego	0	0	0	1
SUR	**2**	**0**	**0**	**12**
Total PAIS	**155**	**1**	**3**	**368**

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

De los 155 casos confirmados, 150 corresponden a personas de sexo masculino (97%) y cinco al sexo femenino. El 83% de los casos tienen entre 25 y 49 años, mientras que la mediana de edad es de 35 años.

Gráfico 4. Distribución proporcional por grupo de edad y sexo. Argentina, SE1 a SE53/2025. (N=155)



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

El 41% de los casos consignan información de antecedente epidemiológico (n=64). De ellos, el principal antecedente son las relaciones sexuales con hombres (n=47) y las relaciones sexuales con parejas nuevas, múltiples y ocasionales (n=15). Trece casos consignan antecedente de viaje o contacto con viajero.

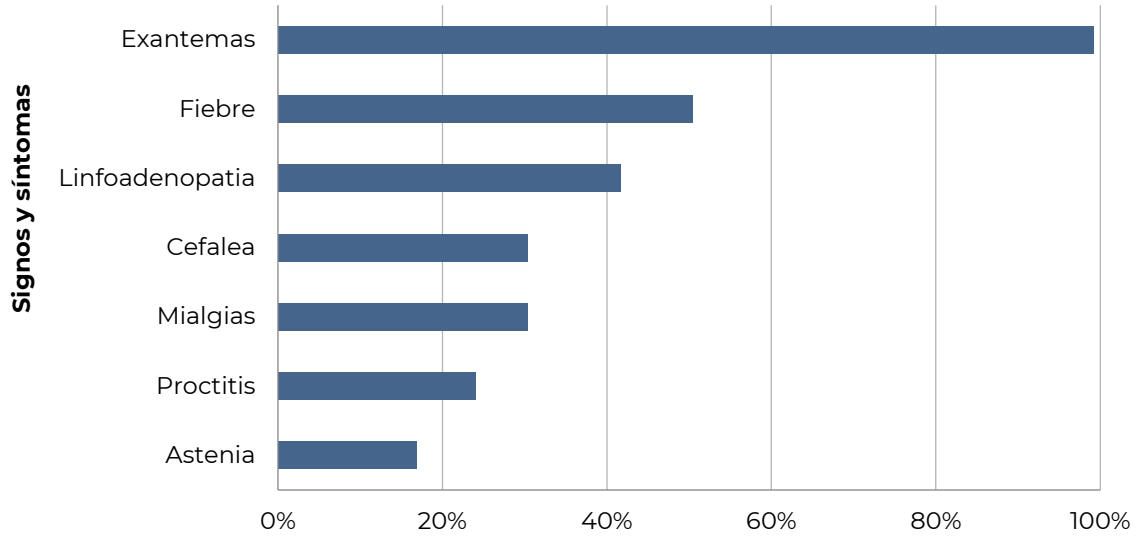
De los 68 casos que cuentan con el dato referido a la condición de VIH, 58 registran coinfección con VIH[33].

Ocho de los casos requirieron internación, ninguno de ellos en cuidados intensivos. No se registraron casos fallecidos.

En el 99% de los 125 casos que cuentan con información sobre signos y síntomas se registró la presencia de exantemas en diferentes localizaciones (incluyendo genitales, perianales, manos, rostro y torso), seguidos en frecuencia por fiebre, linfoadenopatía y cefalea.

[33] Este dato puede estar sesgado por la frecuencia en la consulta de esta población y por contar con datos solo para el 44% de los casos confirmados hasta el momento.

Gráfico 5. Signos y síntomas en casos confirmados (en porcentaje). Argentina, SE1 a SE53/2025. (n=125)



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

Se realizaron estudios para la identificación de clado en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS "Carlos Malbrán" en 124 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
  - Linfoadenopatía
  - 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.

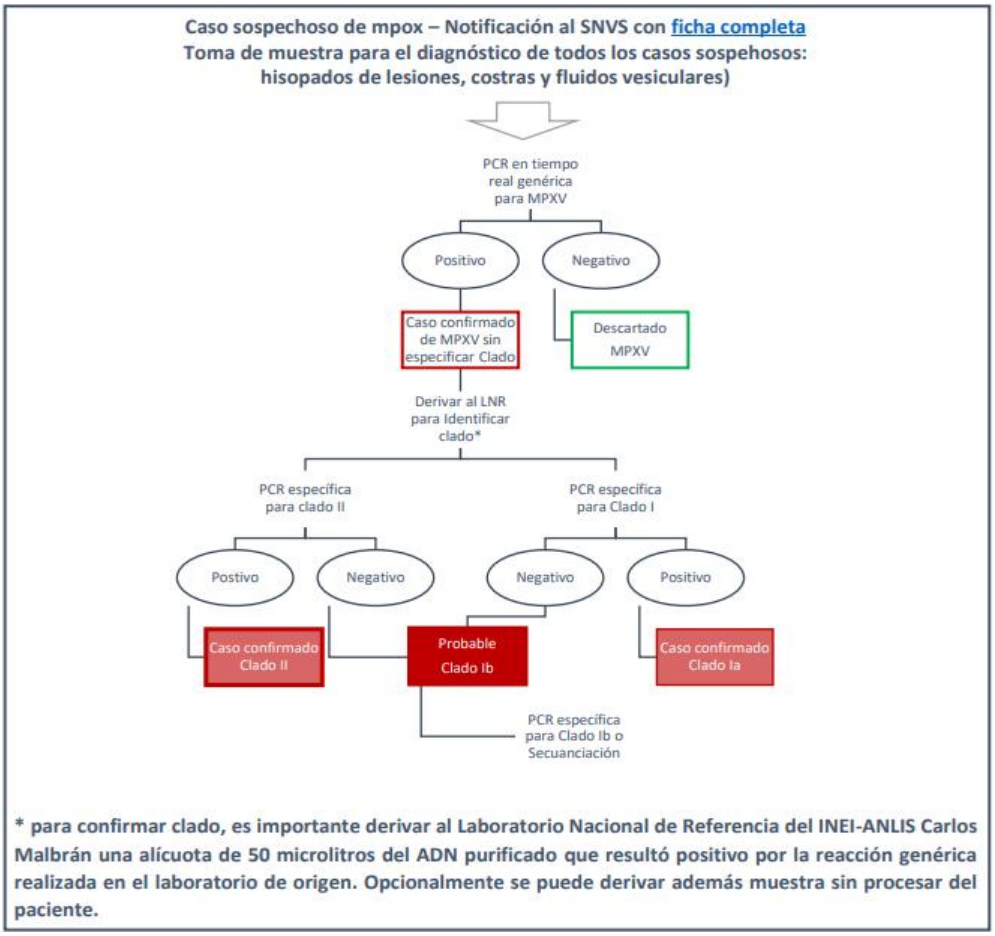
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión 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 EPIDEMIOLÓGICAS **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).

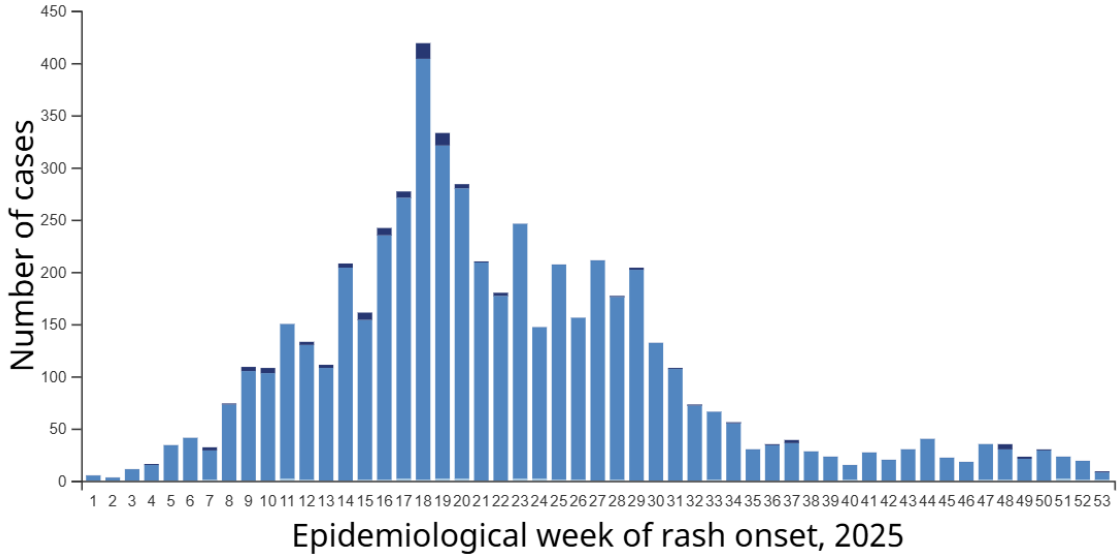
X.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión

X.1.A. CANADÁ[34]

En 2025, se han notificado un total de 5.425 casos de sarampión (5.045 confirmados, 380 probables) en 10 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Brunswick, Territorios del Noroeste, Nueva Escocia, Ontario, Isla del Príncipe Eduardo, Quebec, Saskatchewan), hasta el 3 de enero del 2026.

En la semana 53 (del 28 de diciembre del 2025 al 3 de enero del 2026), se notificaron 32 nuevos casos de sarampión (32 confirmados y 0 probables) en 4 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba y Quebec).

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2025 (n=5.425)



X.1.B. CHILE[35]

El Ministerio de Salud (MINSAL) informa que el Instituto de Salud Pública (ISP) confirmó el 9 de enero de 2026, un caso importado de sarampión en la Región Metropolitana.

Información del caso

Se trata de una persona adulta con antecedentes de viaje reciente a Europa y Sudamérica, sin registro de vacunación contra sarampión-rubéola en el país. El paciente se encuentra en buen estado de salud, recibiendo tratamiento sintomático ambulatorio, y ya completó su período de aislamiento.

Los equipos de salud están realizando el seguimiento activo de los contactos cercanos para contener cualquier posible propagación. Las autoridades sanitarias continúan con la vigilancia epidemiológica y mantendrán informada a la población sobre la evolución de la situación.

[34] https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/
[35] https://www.minsal.cl/minsal-informa-caso-importado-de-sarampion-en-chile/

Contexto nacional
Chile mantiene su estatus de "eliminación de sarampión" otorgado por la Comisión Regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El último caso importado registrado en el país fue en 2023.

X.1.C. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[36]

Al 13 de enero de 2026, se notificaron 171 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 171 casos fueron reportados por 9 jurisdicciones: Arizona, Florida, Georgia, Carolina del Norte, Ohio, Oregón, Carolina del Sur, Utah y Virginia. No se notificaron casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

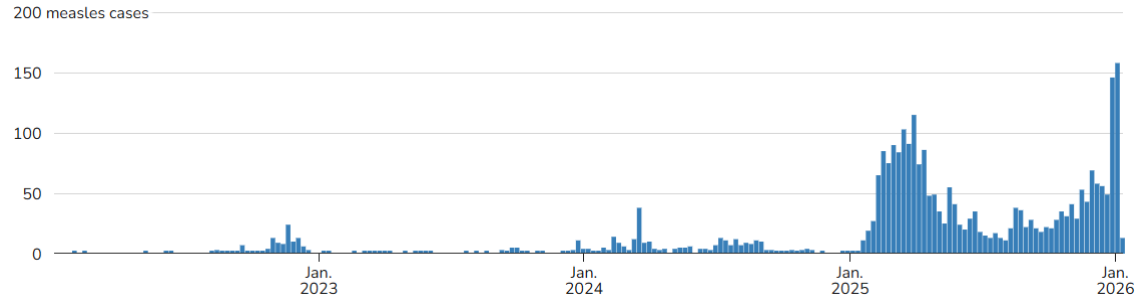
Se han notificado **0 nuevos brotes** en 2026, y el 96 % de los casos confirmados (165 de 171) están asociados a brotes (0 correspondientes a brotes en 2026 y 165 a brotes que comenzaron en 2025).

En el año 2025, se notificaron un total de 2.242 casos confirmados de sarampión. De ellos, 2.217 casos han sido confirmados en 45 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, Maryland, Míchigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nevada, Nueva Jersey, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin, Wyoming y Alabama.. Un total de 25 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

En 2025 se han notificado 49 brotes, y el 89% de los casos confirmados (1.994 de 2.242) 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 2026 no ha habido muertes confirmadas. En el 2025 hubo 3 muertes confirmadas por sarampión.

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2023-2026 (hasta 13/01/26).



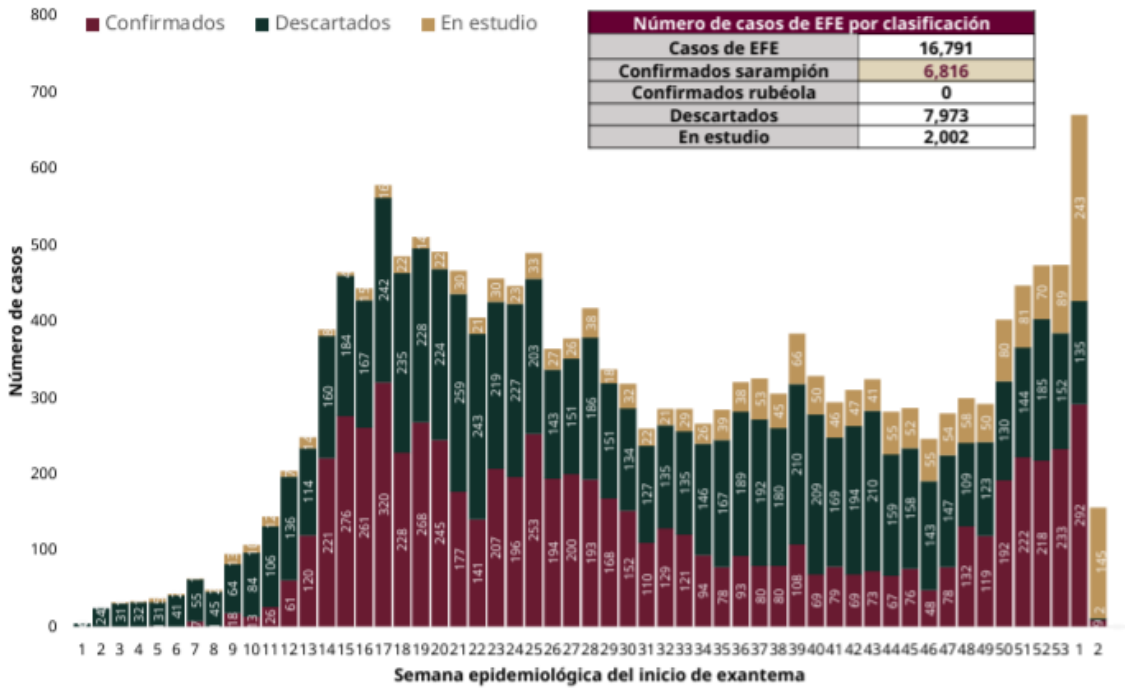
[36] https://www.cdc.gov/measles/data-research/

X.1.D. MÉXICO[37]

Al 14 de enero, se han reportado 6.816 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote; en las 24 horas previas se reportaron 80 casos. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (1.032 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años (780 casos) y el de 25 a 29 años (757 casos).

Se han reportado 24 fallecimientos a la fecha.

Gráfico 1. Curva epidémica de casos de sarampión por semana epidemiológica de inicio de exantema, México, 2025-2026.



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

[37] https://www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2025?idiom=es

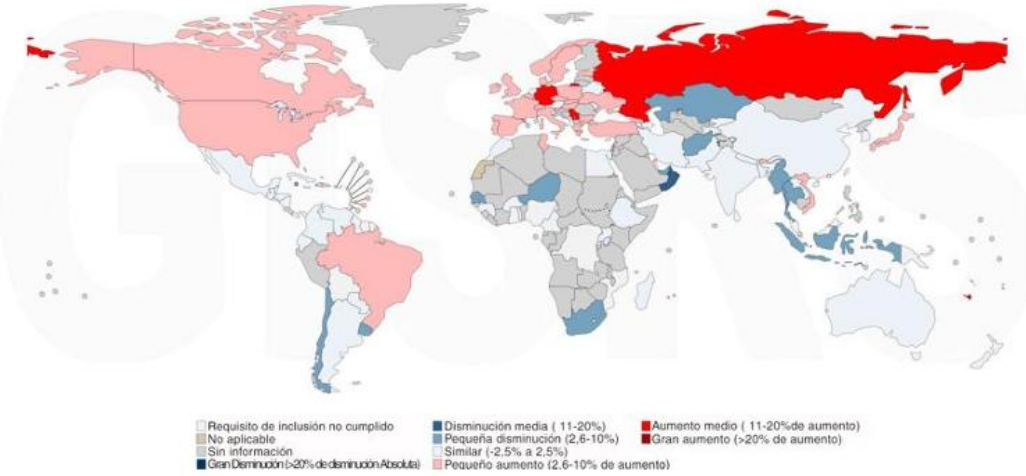
X.2. Alerta Epidemiológica Circulación simultánea de influenza estacional y virus sincitial respiratorio (VSR)

X.2.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN A NIVEL GLOBAL

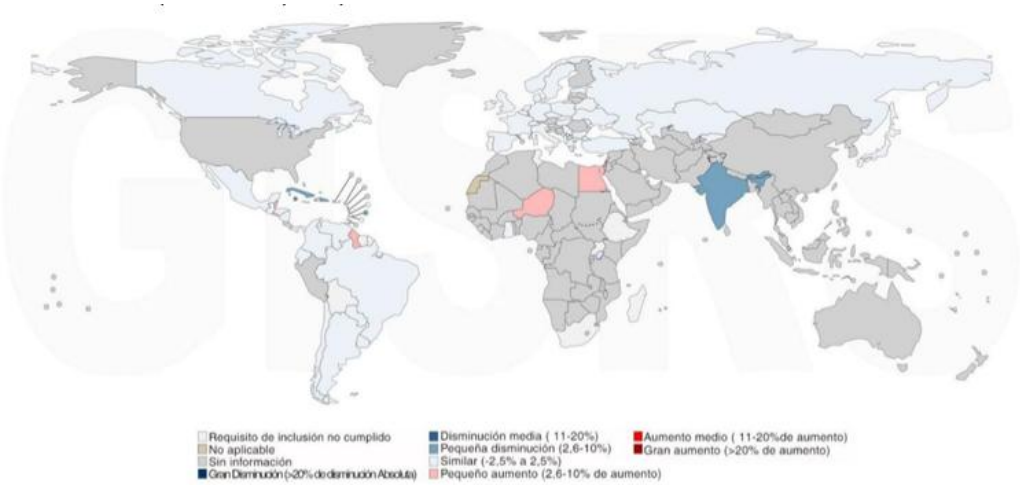
A nivel global, se observa un aumento de la actividad de la influenza desde octubre del 2025. Algunos países han informado del inicio temprano de la temporada de influenza y se ha evidenciado que los virus influenza A(H3N2) son predominantes. Este incremento marcado de la actividad de influenza coincide con la llegada del invierno en el Hemisferio Norte (Figura 1).

Figura 1. Variación de la proporción de muestras positivas para (a) influenza (b) virus sincitial respiratorio (VSR), semana epidemiológica (SE) 50 del 2025 en comparación con la SE 49 del 2025.

A. Influenza



B. Virus sincitial respiratorio (VSR)



Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Global Respiratory Virus Activity Weekly Update N° 558. Ginebra: OMS; 2025. *Disponible en:* https://www.who.int/publications/m/item/global-respiratory-virusactivity--weekly-update-n--558.

Si bien la actividad global se mantiene dentro de los rangos estacionales esperados, en algunas regiones se han observado aumentos tempranos y acelerados, con niveles de actividad superiores a los habituales para esta época del año. Los brotes de influenza estacional y de otros virus respiratorios circulantes como el virus sincitial respiratorio (VSR) pueden ejercer una

presión significativa sobre los sistemas de salud, sobre todo cuando el aumento de casos se registra de manera simultánea o consecutiva.

En este contexto, se presenta un resumen de la situación en algunos países de los Hemisferios Norte y Sur, dentro y fuera de la Región de las Américas, incluyendo la situación en la región de la Unión Europea, con el objetivo de ilustrar patrones observados en la dinámica de la temporada y contextualizar las tendencias regionales. En el Hemisferio Sur, se destaca la prolongación de la temporada de influenza, principalmente asociada a la circulación de influenza A(H3N2), y en el Hemisferio Norte el inicio anticipado de la temporada, con incrementos acelerados de los casos de influenza, altas incidencias de consultas ambulatorias, particularmente en la población pediátrica, pero con niveles de severidad comparables a las temporadas anteriores, con cargas de hospitalización concentradas en adultos mayores. Posteriormente, se ofrecen una serie de consideraciones para la preparación y respuesta.

X.2.B. RESUMEN DE LA SITUACIÓN REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

En la Región de las Américas, la positividad de influenza se mantiene por encima del 10% en el Hemisferio Norte. En la mayoría de las subregiones predomina la circulación de influenza A(H3N2), mientras que en la subregión Andina se observa predominio de A(H1N1)pdm09. La intensidad de la actividad es heterogénea, con incrementos sostenidos en América del Norte y América Central y niveles cercanos al 20% en el Caribe y América Central. Países como Barbados, Canadá, Ecuador, los Estados Unidos de América, Guatemala, Nicaragua, Panamá y Paraguay registran alta circulación de influenza. En contraste, la circulación de VSR se mantiene en niveles bajos con señales iniciales de aumento en América del Norte.

X.2.C. RESUMEN DE LA SITUACIÓN EN EL HEMISFERIO NORTE Y SUR

Los siguientes apartados describen la situación actual (temporada 2025-2026) sobre la influenza estacional y el virus sincitial respiratorio (VSR) en algunos países del Hemisferio Norte y Sur a nivel global, así como la situación en la región de la Unión Europea, presentados en orden alfabético.

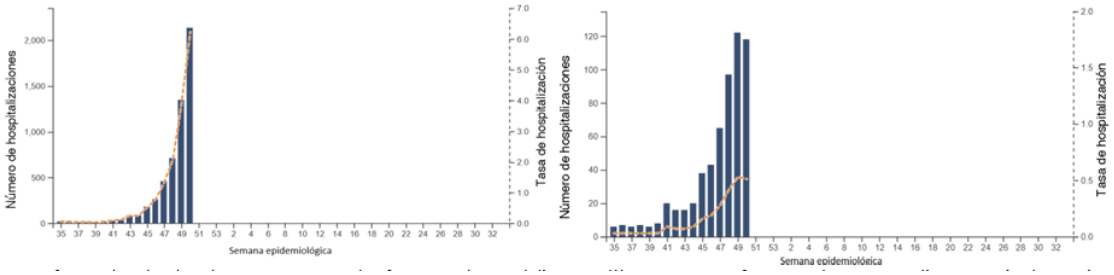
Hemisferio Norte

En **Canadá** se ha observado una transmisión intensa de influenza durante la temporada 20252026. Hacia finales del 2025, la positividad nacional alcanzó el 32,4% en la semana epidemiológica (SE) 51, lo que representa un incremento significativo en comparación con el 20,2% registrado en la SE 49 (Figura 2). El subtipo predominante es influenza A(H3N2). Entre los virus de influenza A(H3N2) secuenciados, el 89% pertenecía al subclado K. El análisis de las tasas de hospitalización por grupos de edad indica que los grupos más afectados son los de 65 años y más y los menores de 5 años (Figura 3). En contraste con la influenza, el VSR presenta un comportamiento más moderado manteniéndose en niveles bajos, pero con un aumento gradual, con una positividad entre el 2,4% - 2,6% (Figura 2). En cuanto los grupos de edad más afectados por VSR se encuentran los lactantes menores de 1 año y adultos de 65 años y más (Figura 4).

Con respecto a las hospitalizaciones asociadas tanto a influenza como a VSR, se observa una tendencia al incremento. Con relación a influenza, este incremento ha sido acelerado, especialmente en las SE 49 y SE 50 del 2025 (Figura 2); sin embargo, las primeras evidencias sugieren que la actividad de influenza, incluidas las hospitalizaciones, podría estar acercándose a su punto máximo. El incremento de las hospitalizaciones por VSR ha sido más gradual y la tasa general sigue siendo baja (tasa semanal de 0,5 hospitalizaciones por cada 100.000 habitantes) (Figura 2).

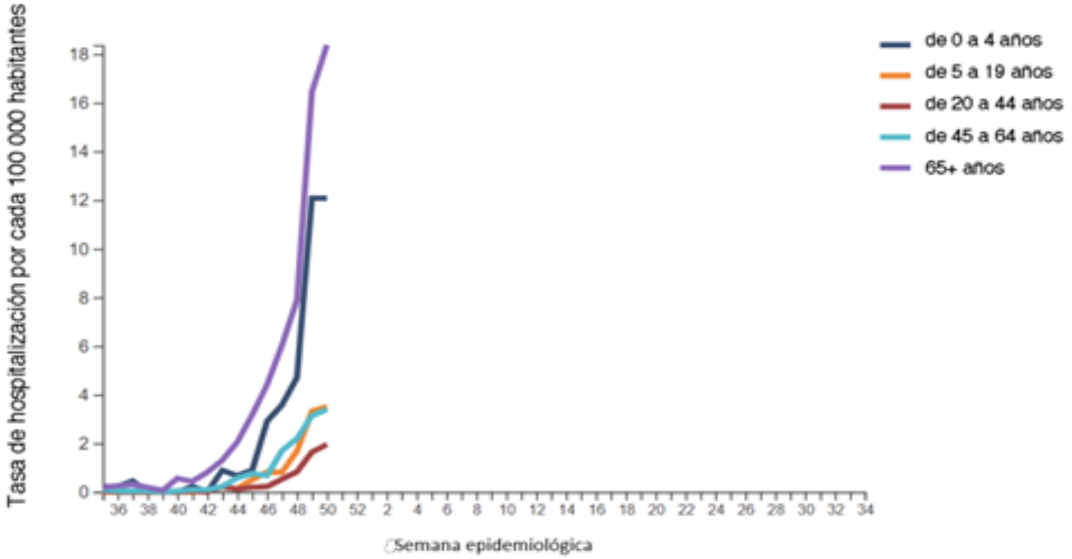
Figura 2. Número y tasa bruta de hospitalizaciones asociadas a casos de (A) influenza y (B) VSR confirmados por laboratorio en Canadá, por semana epidemiológica, temporada 2025-2026.

A. Influenza **B. Virus sincitial respiratorio (VSR)**



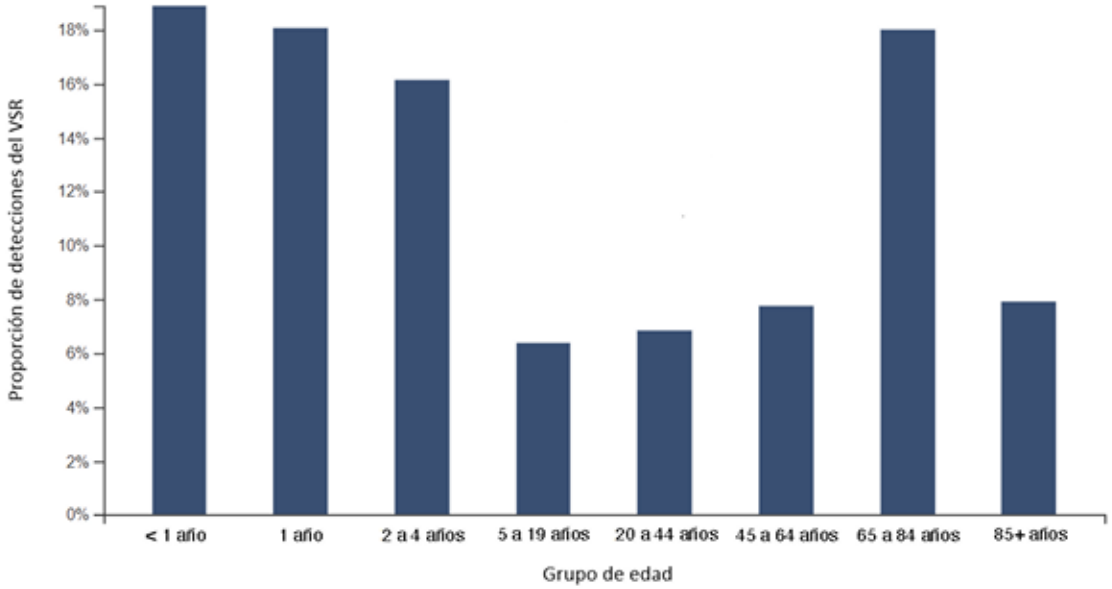
Fuente: Adaptado de Government of Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report. Weekly overview of key trends in the activity of respiratory viruses in Canada. Ottawa: PHAC; 2025 [consultado el 3 de enero del 2026]. Disponible en: https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virussurveillance/explore.html.

Figura 3. Tasas brutas semanales (por cada 100.000 habitantes) de hospitalizaciones asociadas a influenza por grupo de edad y por semana epidemiológica.



Fuente: Adaptado de Government of Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report. Weekly overview of key trends in the activity of respiratory viruses in Canada. Ottawa: PHAC; 2025 [consultado el 3 de enero del 2026]. Disponible en: https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virussurveillance/explore.html.

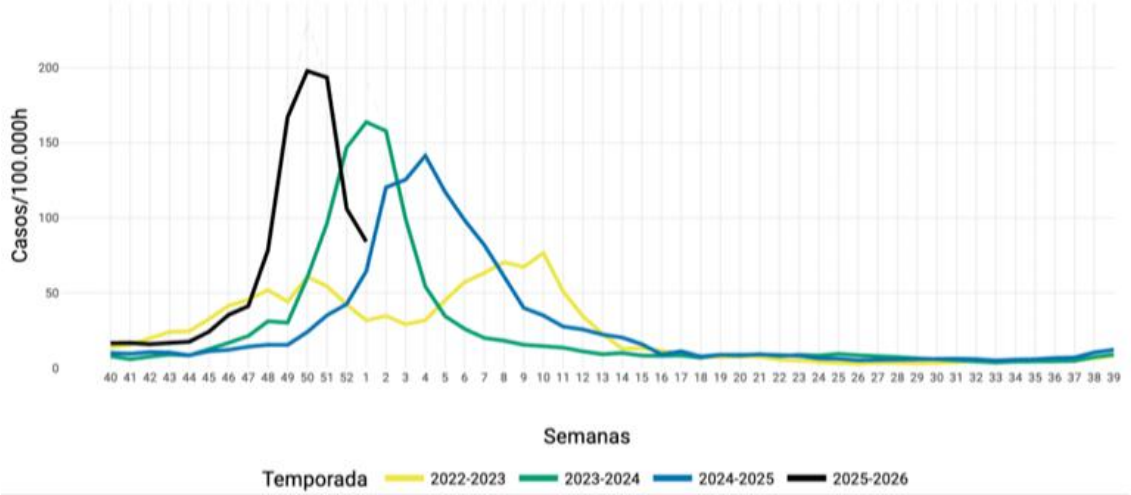
Figura 4. Proporción de detecciones de VSR notificadas en Canadá por grupo de edad, temporada 2025-2026.



Fuente: Adaptado de Government of Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report. Weekly overview of key trends in the activity of respiratory viruses in Canada. Ottawa: PHAC; 2025 [consultado el 3 de enero del 2026]. Disponible en: https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virussurveillance/explore.html.

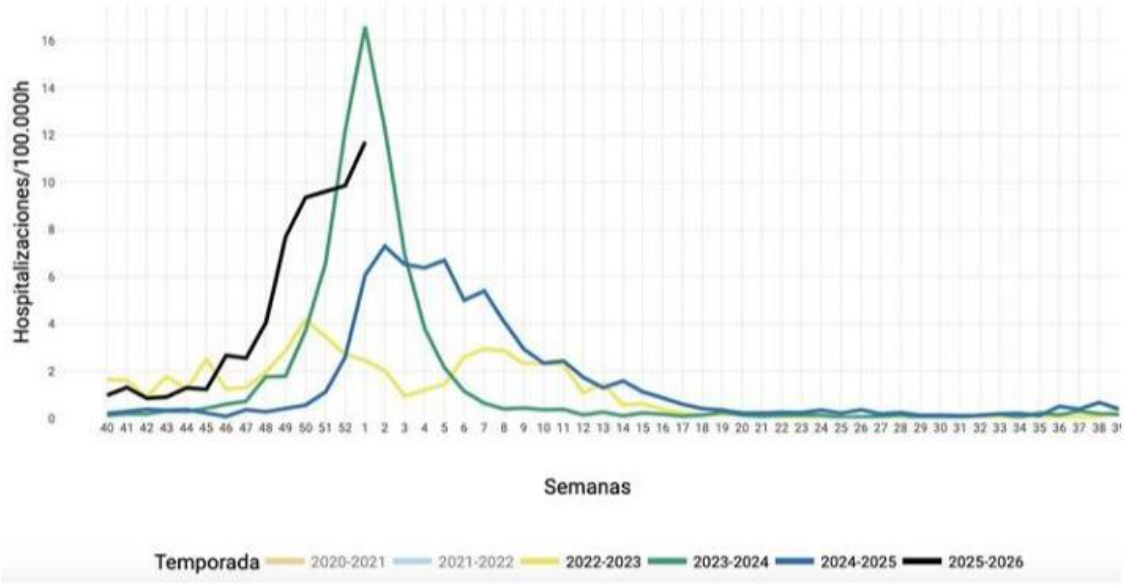
En **España**, durante la temporada de influenza 2025–2026, hasta el 8 de enero del 2025, en la circulación temprana de influenza predomina el subtipo A(H3N2), con una tasa de síndrome gripal (en atención primaria), que supera el umbral epidémico antes de lo esperado, alcanzando un pico superior a las tres temporadas anteriores (Figura 5). La tasa estimada de hospitalizaciones por influenza siguió una tendencia similar, alcanzando, por el momento, niveles superiores a las temporadas de 2022-23 y 2024-25 pero inferiores a la temporada 202324 (Figura 6). Finalmente, hasta la semana 1 del 2026, la mortalidad observada no había superado lo esperado (Figura 7).

Figura 5. Tasas de síndrome gripal en las temporadas 2022-23 a 2025-26 en España. SiVIRA, semana 1 del 2026.



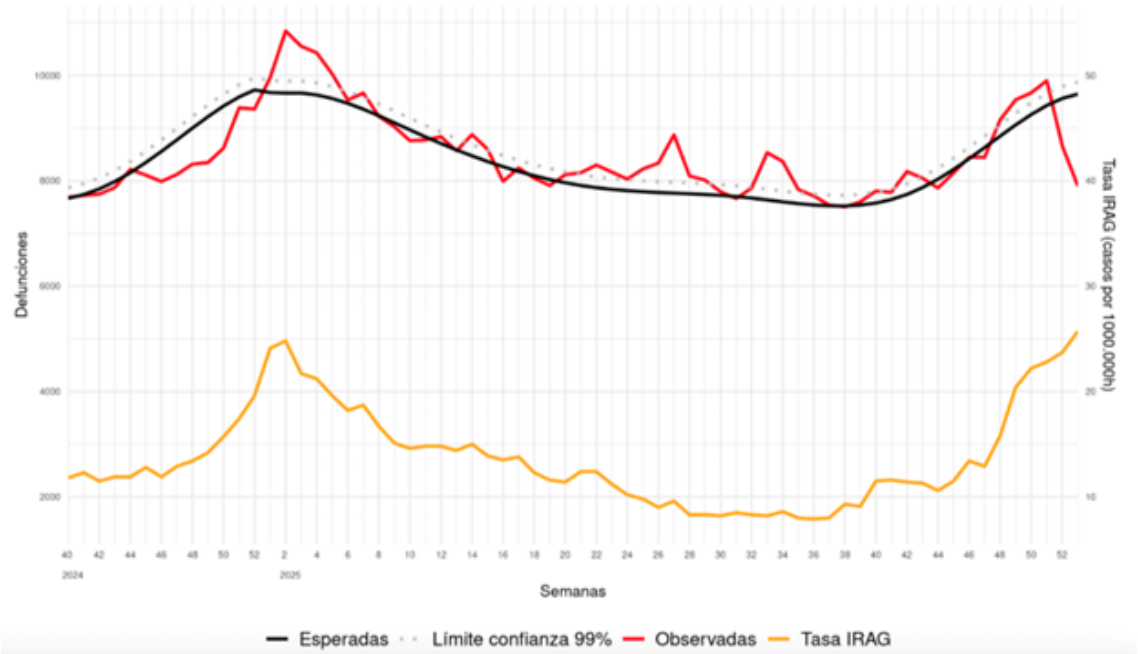
Fuente: Adaptado del Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia de la infección respiratoria aguda: gripe, COVID19 y VRS. Semana 1/2026 (del 29 de diciembre al 4 de enero del 2026). Madrid: ISCIII; 2026 [consultado el 8 de enero del 2026]. Disponible en: https://docsivira.isciii.es/Informe_semanal_SiVIRA_202601.html.

Figura 6. Tasa estimada de hospitalización por influenza en las temporadas 2020-21 a 2025-26 en España. SiVIRA, semana 1 del 2026.



Fuente: Adaptado del Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia de la infección respiratoria aguda: gripe, COVID19 y VRS. Semana 1/2026 (del 29 de diciembre al 4 de enero del 2026). Madrid: ISCIII; 2026 [consultado el 8 de enero del 2026]. Disponible en: https://docsivira.isciii.es/Informe_semanal_SiVIRA_202601.html

Figura 7. Mortalidad por todas las causas observada y esperada en las tres últimas temporadas en España. SiVIRA, semana 1 del 2026.

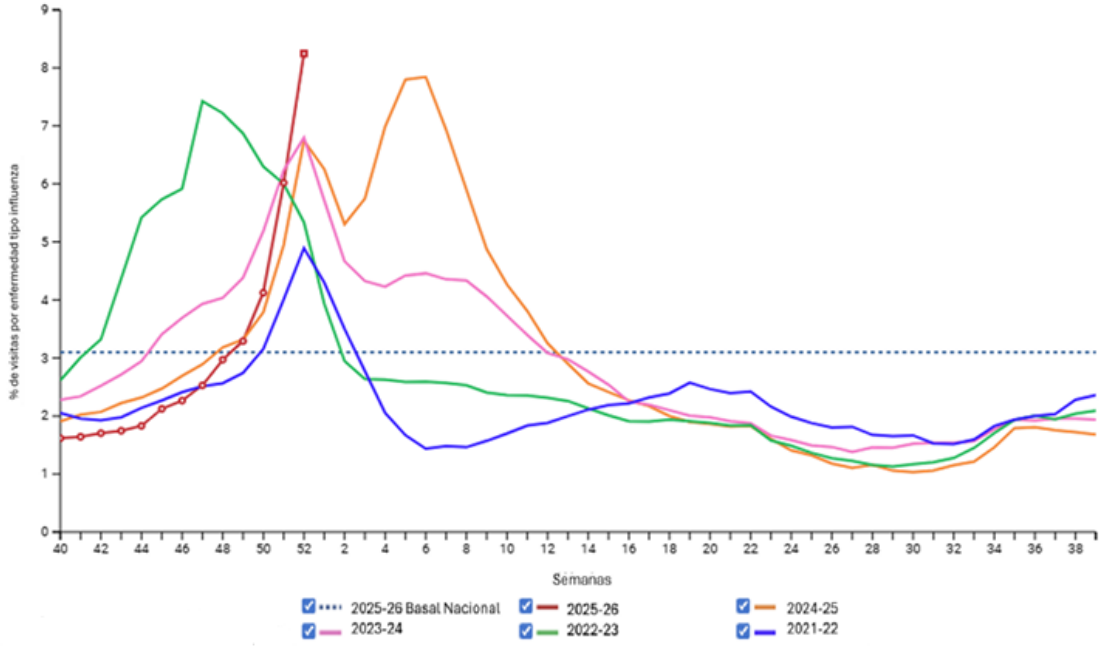


Fuente: Adaptado del Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia de la infección respiratoria aguda: gripe, COVID19 y VRS. Semana 1/2026 (del 29 de diciembre al 4 de enero del 2026). Madrid: ISCIII; 2026 [consultado el 8 de enero de 2026]. Disponible en: https://docsivira.isciii.es/Informe_semanal_SiVIRA_202601.html.

En los **Estados Unidos de América**, desde la SE 45 del 2025 se observa un incremento progresivo de casos de influenza y otros virus respiratorios, lo cual es consistente con la actividad durante la temporada invernal (Figura 8 y Figura 9). A la SE 52 del 2025 la enfermedad similar a influenza es considerada muy alta en 32 jurisdicciones incluyendo la ciudad de New York y Puerto Rico y los estados de Alabama, Alaska, Arkansas, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Idaho, Indiana, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, Nebraska, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, New York, North Carolina, North Dakota, Ohio, Rhode Island, South Carolina, Tennessee, Texas y Virginia de acuerdo con la información disponible en los Centros de Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC de los EE. UU.). La actividad de VSR es elevada en muchas áreas del país (Figura 10).

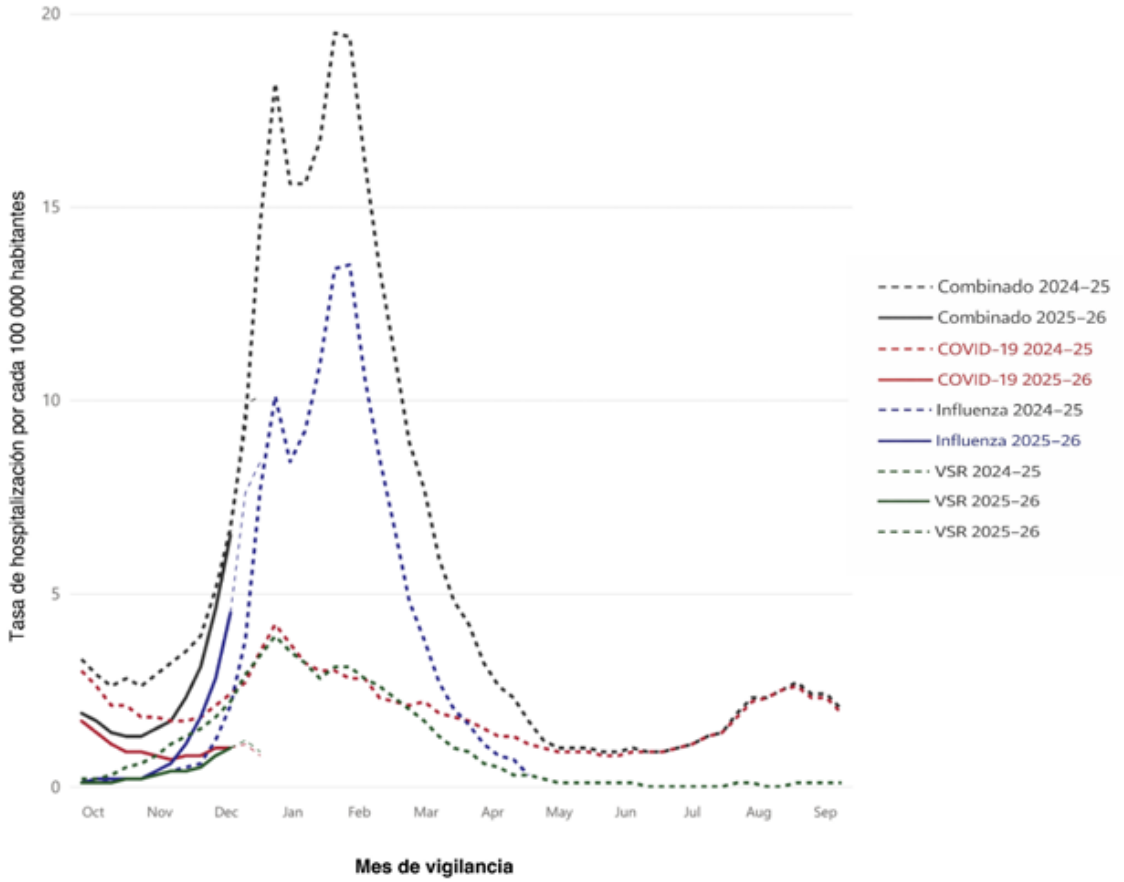
Los datos de vigilancia hospitalaria indican tasas elevadas y crecientes de hospitalización asociadas a influenza, con tasas más altas en adultos de 65 años o más, y un aumento gradual de las tasas de hospitalización asociadas a VSR, particularmente en niños menores de cinco años (Figura 11). Las tasas de hospitalización de VSR observadas hasta el 2 de enero del 2026, se mantienen por debajo de los picos registrados durante la temporada 2024–2025 (Figura 9).

Figura 8. Porcentaje de consultas ambulatorias por enfermedad respiratoria notificadas por la Red de Vigilancia de enfermedad tipo influenza (ETI) en pacientes ambulatorios de los Estados Unidos (ILINet).



Fuente: Adaptado de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Weekly US Influenza Surveillance Report: Key Updates for Week 52, ending December 27, 2025. Atlanta: CDC; 2025 [consultado el 6 de enero del 2026]. Disponible en: https://www.cdc.gov/fluview/surveillance/2025-week52.html.

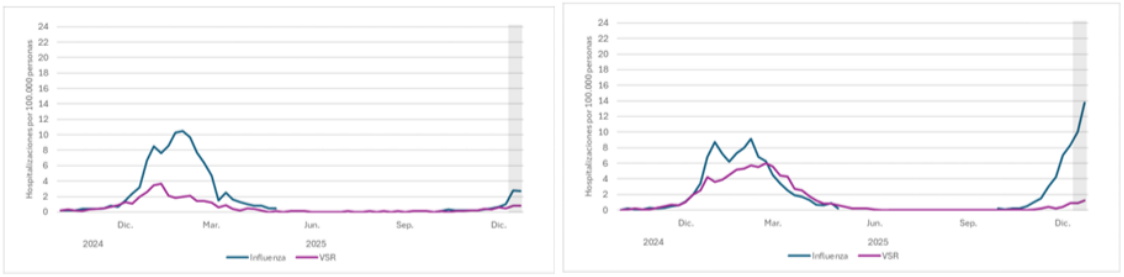
Figura 9. Tasas semanales de hospitalización asociadas a COVID-19, influenza y VSR, durante las temporadas 2024-25 y 2025-26. Estados Unidos.



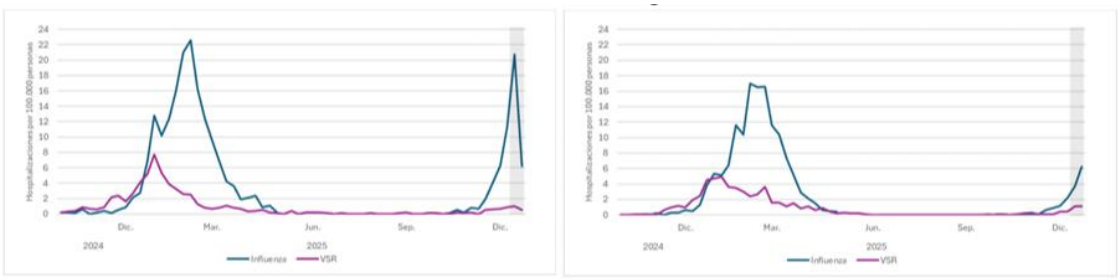
Fuente: Adaptado de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Respiratory Virus Hospitalization Surveillance Network (RESP-NET). Atlanta: CDC; 2025 [consultado el 2 de enero del 2026]. Disponible en: https://www.cdc.gov/resp-net/dashboard/.

Figura 10. Tasas semanales de hospitalización asociadas a influenza y VSR por cada 100.000 habitantes según RESP-NET, por estados seleccionados (a-h), Estados Unidos temporadas 20242025 y 2025-2026.

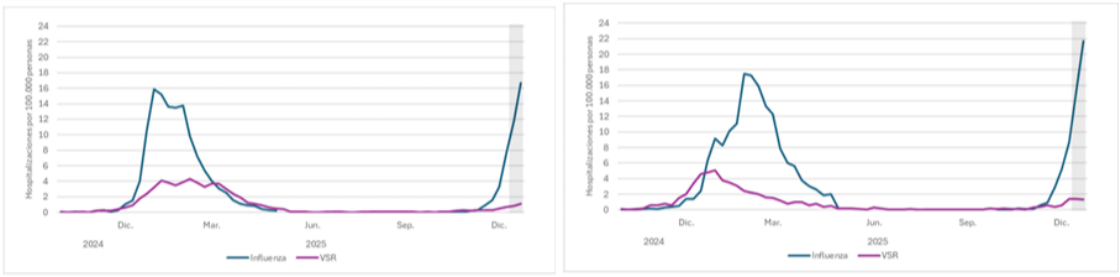
A. California **B. Colorado**



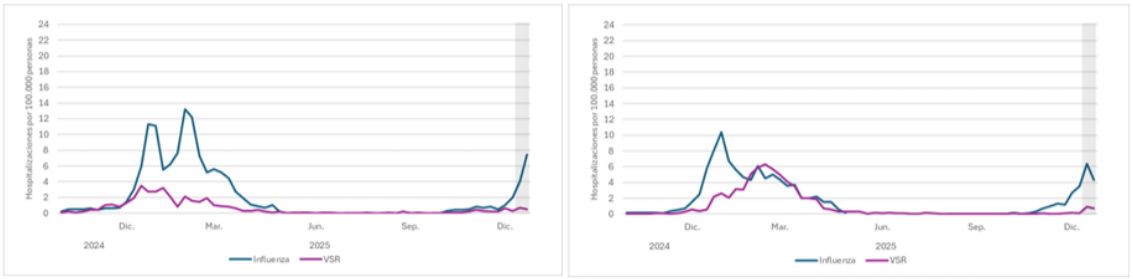
C. Connecticut **D. Michigan**



E. Minnesota **F. Nueva York**



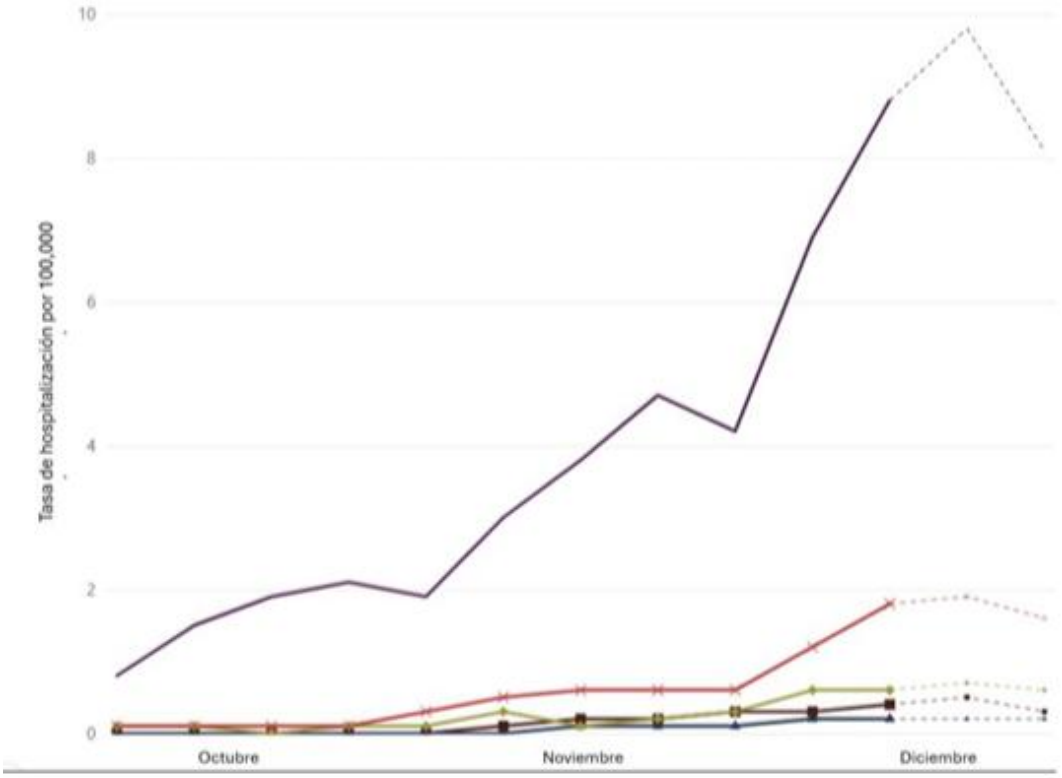
G. Tennessee **H. Utah**



Nota: Las barras grises de la temporada 2025-26 indican posibles retrasos en la presentación de informes de las últimas semanas. Los datos de RESP-NET son preliminares y están sujetos a cambios a medida que se disponga de más datos.

Fuente: Adaptado de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Severe Viral Respiratory Illness. Atlanta: CDC; 2026 [consultado el 7 de enero del 2026]. Disponible en https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/data/illness-severity.html.

Figura 11. Tasas semanales de hospitalización asociadas a virus sincitial respiratorio (VSR), por grupo de edad, Estados Unidos, temporadas 2025-2026.

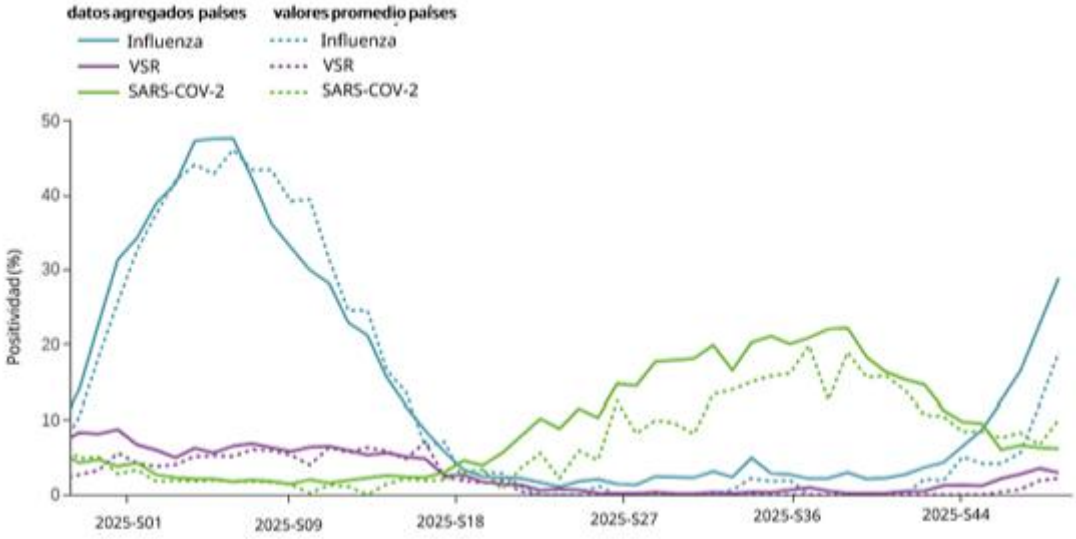


Fuente: Adaptado de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Respiratory Syncytial Virus (RSV) Hospitalization Surveillance Network (RSV-NET). Atlanta: CDC; 2025 [consultado el 6 de enero del 2026]. Disponible en: https://www.cdc.gov/rsv/php/surveillance/rsv-net.html.

En relación a los países de **la Unión Europea / Espacio Económico Europeo (EU/EEA)**, el Centro para Prevención y Control de Enfermedades Europeo (ECDC por sus siglas en inglés) informo que, durante las últimas semanas del 2025 se observó un número elevado de pacientes que acudieron a los servicios de atención primaria con síntomas de enfermedades respiratorias en los 21 países que han reportado datos (Austria, Bélgica, Croacia, Republica Checa, Dinamarca, Eslovenia, España Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, los Países Bajos, Polonia y Rumania,). La circulación del virus de influenza continúa aumentando, siendo la influenza A predominante en todos los países, y el virus A(H3N2) el principal impulsor del incremento de casos en las últimas semanas (Figura 12). Esta mayor circulación se ha observado principalmente entre los niños de 5 a 14 años. Asimismo, se está observando un aumento de las hospitalizaciones en algunos países, que afecta a todos los grupos de edad, pero principalmente a los adultos de 65 años o más.

En contraste, la circulación de VSR muestra un incremento más lento a partir de niveles bajos. Aunque la circulación general se mantiene por debajo de la observada en el mismo periodo en las cuatro temporadas previas, los datos hospitalarios indican un aumento de los ingresos asociados al VSR en algunos países, principalmente entre los niños menores de cinco años.

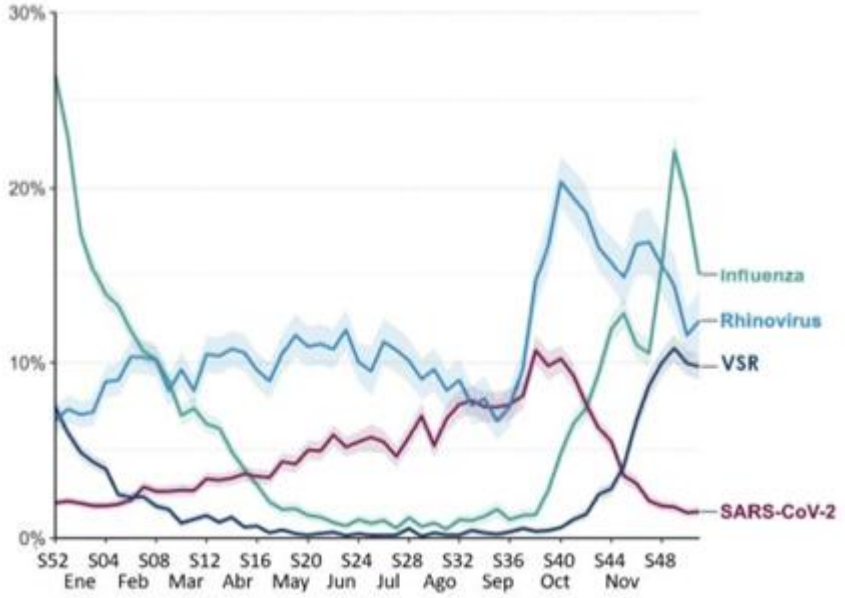
Figura 12. Infección respiratoria aguda grave (IRAG) vigilancia virológica en hospitales: positividad semanal de las pruebas semana4 (S) 50 del 2025.



Fuente: Adaptado de European Centre for Disease Prevention and Control. Weekly Communicable Disease Threats Week 51, 13–19 December. Solna: ECDC; 2025. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-512025.pdf.

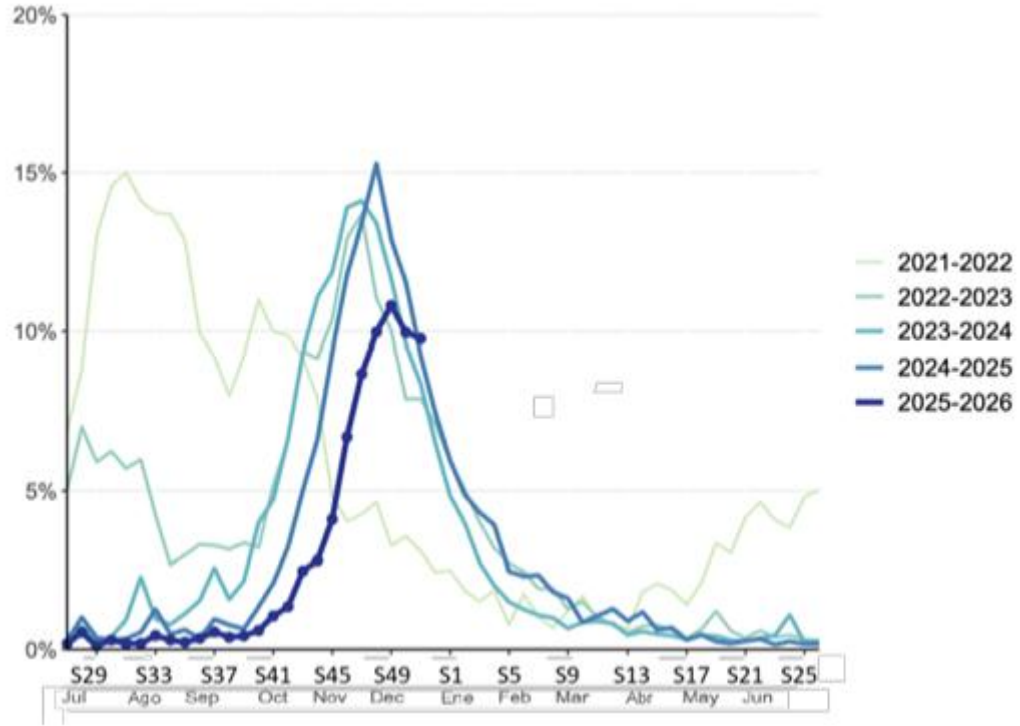
En relación con **Inglaterra**, la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA por sus siglas en inglés) informo que, para la temporada 2025-2026, la circulación de influenza y hospitalización por influenza aumentó de manera temprana y rápida. Desde la semana1 (S)42 del 2025 se observó un aumento abrupto de las hospitalizaciones asociadas a influenza, con una tasa semanal de admisión hospitalaria que alcanzó un máximo de 10,2 por 100.000 habitantes en la S49; niveles de intensidad media calculados mediante el método de la curva epidémica móvil. Hasta el 24 de diciembre del 2025, durante la temporada 2025 - 2026, la positividad máxima en laboratorios centinela se observó para la S50 con un 22,1% y había descendido al 15,0% en la S51. La circulación del VSR durante las últimas cuatro semanas del 2025 muestra una leve disminución, con una tendencia de aumento más lenta en comparación con otros virus respiratorios (Figura 13), sin embargo, para la S51 se observó una positividad de un 9,8%, con una afectación predominante en niños menores de cinco años (Figura 14). Los datos de vigilancia hospitalaria evidencian un aumento de los ingresos asociados a VSR donde la tasa general de admisión hospitalaria semanal por VSR aumentó a 4,07 por 100.000 en comparación con 3,63 por 100.000 en la semana anterior.

Figura 13. Porcentaje semanal de pruebas positivas para influenza, SARS-CoV-2, VSR y rinovirus, en Inglaterra de la S1 a S51 del 2025*



*El sombreado representa los intervalos de confianza de un 95% Fuente: Adaptado de UK Health Security Agency. National flu and COVID-19 surveillance report: 24 December 2025 (week 52). Londres: UKHSA; 2025 [consultado el 2 de enero del 2026]. Disponible en: https://www.gov.uk/government/statistics/national-flu-and-covid-19-surveillance-reports-2025-to-2026season/national-flu-and-covid-19-surveillance-report-24-december-2025-week-52.

Figura 14. Positividad para VSR en Inglaterra durante la temporada del 2021-22 al 2025-26



Fuente: Adaptado de UK Health Security Agency (UKHSA). National flu and COVID-19 surveillance report: 24 December 2025 (EW 52). Londres: UKHSA; 2025 [consultado el 2 de enero del 2026]. Disponible en: https://www.gov.uk/government/statistics/national-flu-and-covid-19-surveillance-reports-2025-to-2026season/national-flu-and-covid-19-surveillance-report-24-december-2025-week-52.

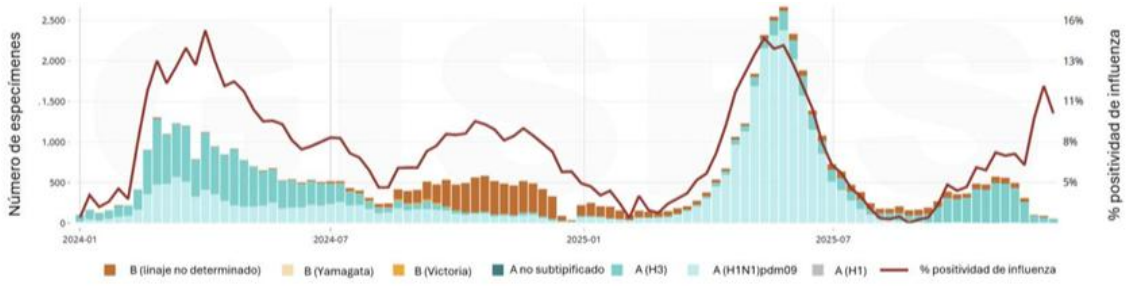
Hemisferio Sur

En **Brasil**, la temporada de influenza 2025 mostró un comportamiento bimodal, con un primer ascenso de la actividad entre las SE 12 y 22, seguido de un descenso sostenido y un segundo repunte hacia la SE 39 (Figura 15). La circulación estuvo dominada por influenza A, con predominio de A(H1N1)pdm09 durante el primer periodo de mayor actividad, con una mayor contribución de A(H3N2) durante el repunte tardío. En la vigilancia sindrómica de infección respiratoria aguda grave (IRAG), el mayor número de casos positivos para influenza se concentró en el primer período de mayor actividad, mientras que el repunte de fin de año fue de menor magnitud. En conjunto, la temporada se enmarcó en un contexto de predominio de influenza A, sin señales consistentes de aumento de gravedad a nivel nacional. En cuanto al VSR, la circulación se extendió por un periodo ligeramente más prolongado de lo habitual, con niveles de actividad superiores a los de la temporada anterior, contribuyendo a una demanda sostenida de atención por infecciones respiratorias (Figura 16).

En **Chile**, la temporada de influenza 2025 presentó un patrón bimodal, con predominio de influenza A (Figura 15) a lo del año. La actividad de influenza se adelantó en comparación con temporadas previas, con un primer pico alrededor de la SE 18, en el cual predominó influenza A(H1N1)pdm09 (12). Hacia el último tercio del año se observó un repunte estacional con incremento de los casos de ETI, compatible con un incremento en la circulación de influenza A(H3N2), seguido de un descenso progresivo en las semanas posteriores. Las personas de 65 años y más concentraron el 42,1% de los casos reportados de IRAG, sin identificarse señales de mayor gravedad o aumento inusual de desenlaces severos durante la temporada. Con respecto a VSR, se registró un mayor número de casos y una positividad más alta que en 2024(Figura 16).

Figura 15. Detección de virus por subtipo/linaje notificado a FluNet en (a) Brasil y (b) Chile desde el 1 de enero del 2024 al 22 de diciembre del 2025.

A. Brasil



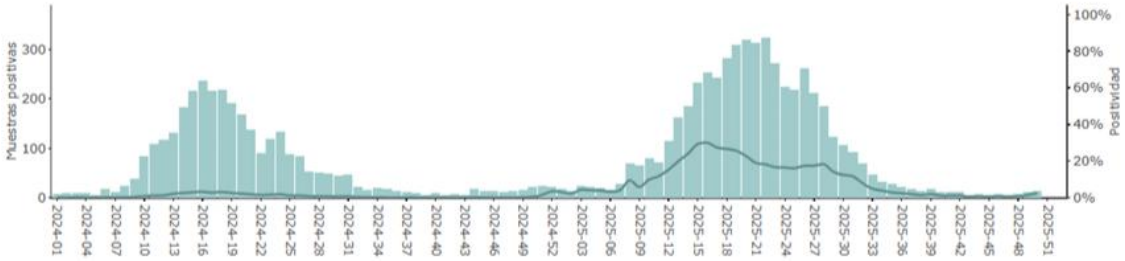
B. Chile



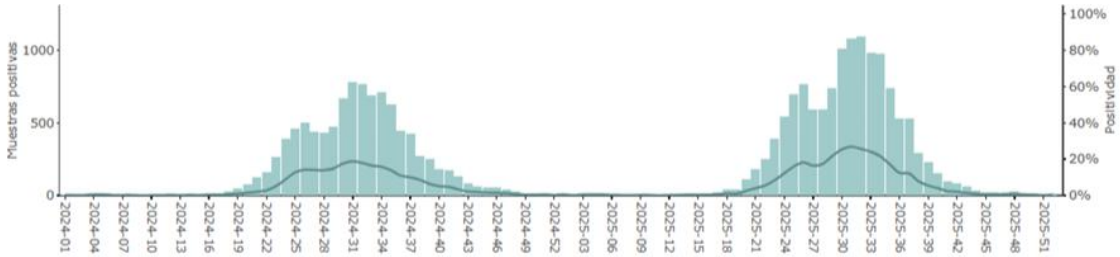
Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud. Influenza Laboratory Surveillance Information - Flunet. Ginebra: [consultado el. 6 de enero del 2026]. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/flunetchart/

Figura 16. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica para VSR en (a) Brasil y (b) Chile, a la SE 51 del 2025.

A. Brasil



B. Chile



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 7 de enero del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.

Efectividad de la vacuna de influenza

Estudios de efectividad de la vacuna de influenza realizados en Europa y Reino Unido durante la temporada 2025-2026 -donde la circulación de influenza A(H3N2) – subclado K es predominante- indican que la vacuna confiere protección frente a hospitalización (70 a 75% en niños; 30 a 40% en adultos) y frente a enfermedad ambulatoria (44% para cualquier influenza y 52% frente a influenza A(H3N2). Los resultados interinos de efectividad de la vacuna durante la temporada 2025-2026 demuestran que la vacuna confiere protección frente a enfermedad asociada a influenza y se debe por tanto alcanzar altas coberturas de vacunación en los grupos prioritarios.

Fuente: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-circulacion-simultanea-influenza-estacional-virus-sincitial

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

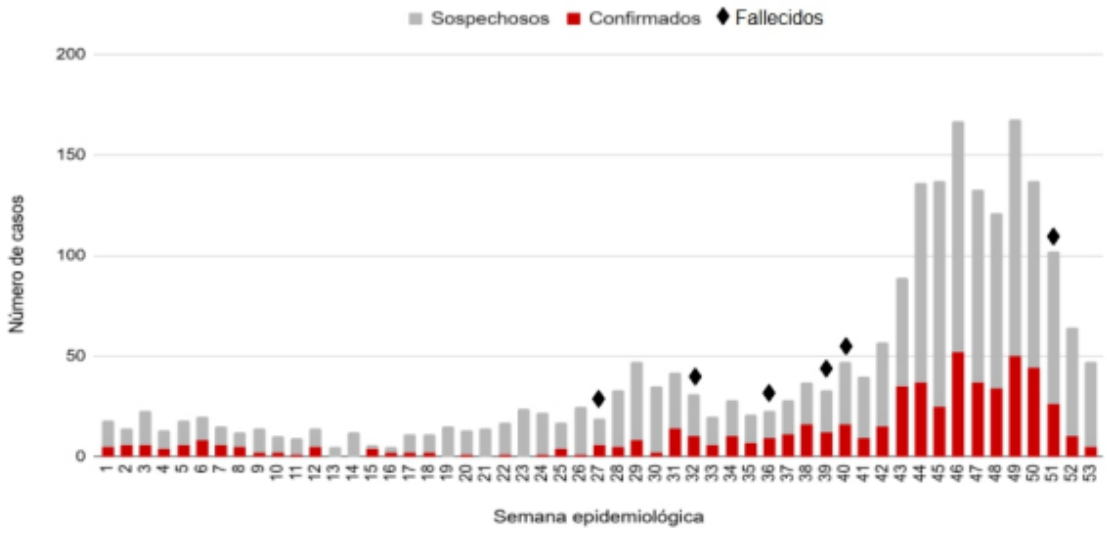
XI. Boletines Jurisdiccionales

XI.1. Buenos Aires: Coqueluche

Hasta el 2 de enero de 2026 (SE 53) se notificaron 2.219 casos sospechosos de coqueluche: 585 fueron confirmados y el resto permanece como sospechoso. Luego del pico alcanzado en la semana 46, se mantiene sensible el sistema de vigilancia manteniendo un número de casos reportados elevado.



Casos notificados por semana epidemiológica según clasificación. PBA. Años 2025- 2026 hasta SE 53 (parcial). n=2.219.



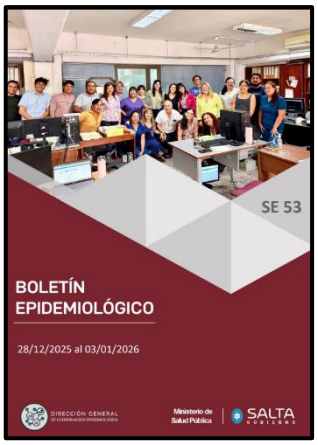
Fuente: SNVS 2.0. Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

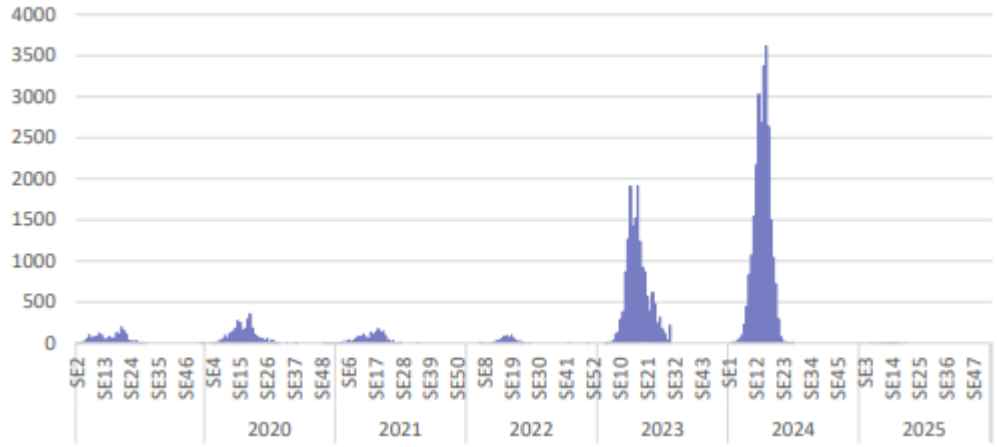
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

XI.2. Salta: Dengue

Durante el periodo de vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Mosquitos (ETM) (SE 31/2025 a SE 53/2025) se reportaron 273 sospechosos y no se confirmaron casos de dengue.



Dengue: casos confirmados por semana epidemiológica. Año 2019 – año 2025 (hasta se 53). Provincia de salta.



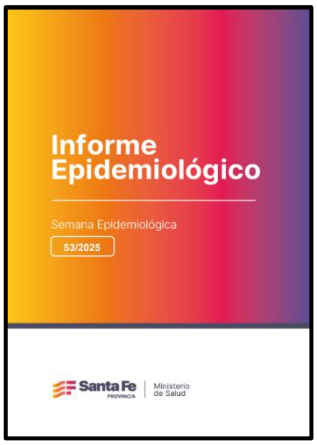
Fuente: Elaboración propia del Prog. De Vigilancia Epidemiológica de la D.G.C.E. en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Para la confección del parte semanal, se usará la clasificación resumen de la base de datos procedente del SNVS 2.0.

Para más información:

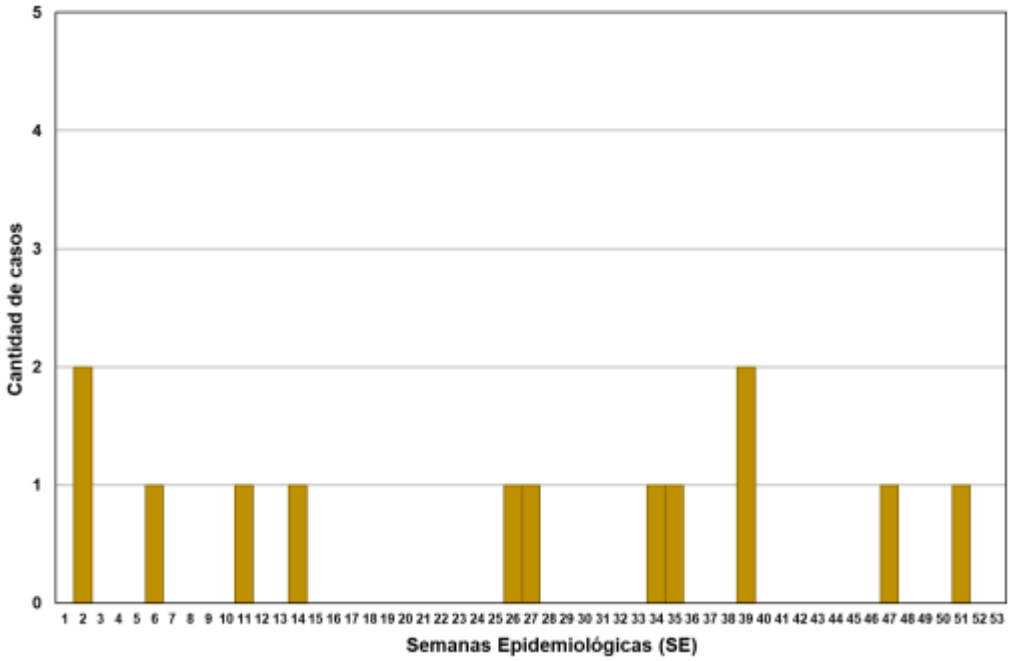
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

XI.3. Santa Fe: Hantavirus

Desde la SE 1 a la SE 53 de 2025 se notificaron 474 casos al evento hantavirus, de los cuales 13 se confirmaron.



Cantidad de casos confirmados al evento de Hantavirus por Semana Epidemiológica. Provincia de Santa Fe. Año 2025 (SE 01 hasta SE 53). N= 13.



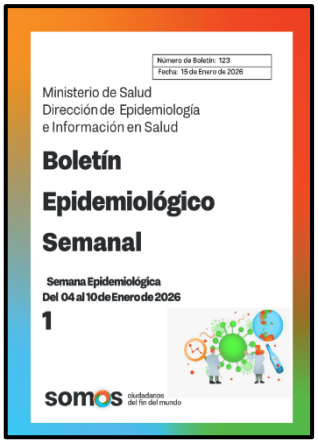
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

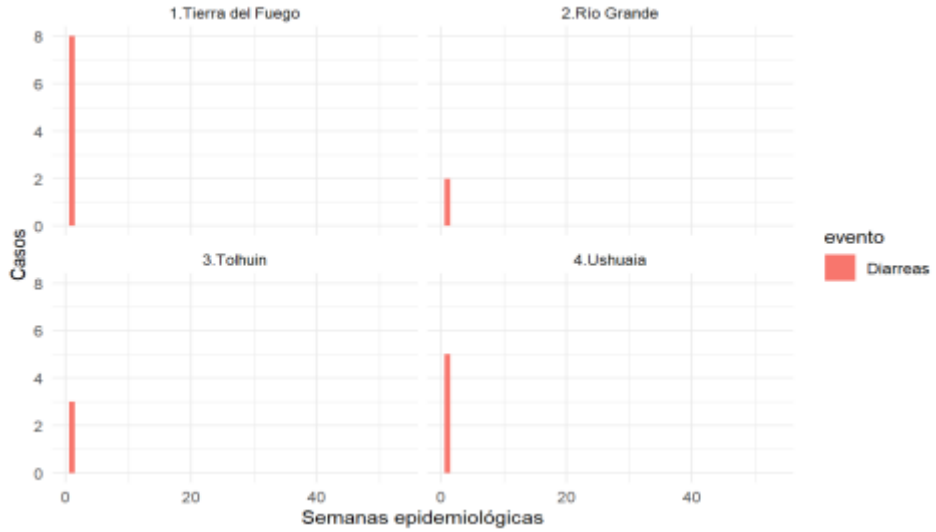
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/%28subtema%29/93802

XI.4. Tierra del Fuego: Diarrea aguda

Hasta la semana 1 en 2026 se notificaron 64 casos de diarreas agudas en el SNVS 2.0 en la modalidad agrupada. Con respecto al mismo periodo del 2025, se observa una disminución del 58,4% de los casos registrados a nivel provincial.



Diarreas agrupadas en Tierra del Fuego según localidad. SE 1 – Año 2026



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

Para más información:

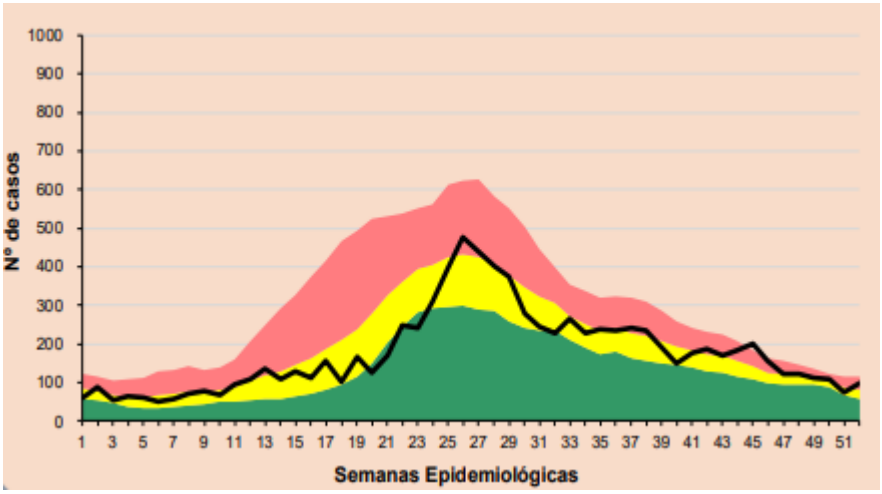
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/boletines-provinciales/

XI.5. Tucumán: Bronquiolitis 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 53 se notificaron 98 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis SE 53. 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 **enero** 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 2025 remitirse al siguiente documento: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/anuario_herramientas_2025.pdf

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
Enero	Lepidopterismo - Accidente por Lonomia obliqua	Evento	Nombre	Se cambia el nombre del evento: “Lepidopterismo - Accidente por Lonomia obliqua” por “Lonomismo - Envenenamiento por Lonomia.”