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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **792**

Semana epidemiológica 2
AÑO 2026
Desde 11/01 al 17/01
Fecha de publicación
25/01/2026

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:

Alacranismo
Del Ministerio de Salud de la Nación: Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.
De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Instituto Nacional de Producción de Biológicos.

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

Los alacranes, también conocidos como escorpiones, son animales invertebrados artrópodos, que, según la especie, pueden ser peligrosos para la salud. Pueden causar envenenamientos graves e incluso letales, pero son prevenibles y tratables. Foto aportada por Adolfo De Roodt.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°792, SE 2.

I. Editorial del BEN 789

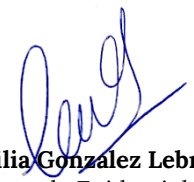
A lo largo de este año, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) ha continuado afirmándose como un espacio donde la vigilancia en salud se piensa, se comunica y se ejerce de manera colectiva. Cada edición es el resultado de un trabajo sostenido que articula equipos nacionales y jurisdiccionales, y que 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° 792 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, para 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, con información nominal y agrupada, acompañadas de notas metodológicas para orientar su lectura e interpretación, incluyendo consideraciones sobre su construcción y sobre la interpretación cromática, en el marco de los alcances y limitaciones propios de los sistemas de información en vigilancia epidemiológica. Se adiciona, además y puntualmente en una de las tablas, una fe de erratas relacionada con el BEN 791.

En el apartado de Eventos Priorizados, se presenta una actualización integrada de la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas y de dengue y otros arbovirus, junto con la continuidad del seguimiento de hantavirus, incorporando la caracterización epidemiológica de los casos notificados, la vigilancia de genotipos y las acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud de la Nación. En la sección de Situaciones Emergentes se mantiene la actualización de coqueluche, con el análisis de la situación epidemiológica nacional, la caracterización de casos por edad y gravedad y la evolución de las coberturas de vacunación, reforzando la importancia de la vigilancia continua y del diagnóstico oportuno.

En este número se incorpora, además, una actualización periódica en profundidad sobre alacranismo, con la descripción de la evolución temporal y la distribución geográfica de los casos notificados, el análisis por sexo y grupo de edad y la caracterización clínico-epidemiológica, incluyendo aspectos de tratamiento, la producción de antiveneno escorpiónico y medidas de prevención a nivel personal, intradomiciliario y peridomiciliario, junto con un repaso operativo de los objetivos de vigilancia, definiciones y clasificaciones de caso y criterios de notificación.

Finalmente, se presentan alertas epidemiológicas internacionales con un panorama de sarampión en la región y una actualización sobre mpox basada en informes del ECDC, se destacan aportes de boletines jurisdiccionales (incluyendo hantavirus, bronquiolitis, dengue, coqueluche y diarrea aguda), y se incluye el listado de modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0 como herramienta para fortalecer la calidad y la comparabilidad de la información notificada.

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.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 18
IV.3. Situación regional del subclado K de influenza A(H3N2)" 18
IV.4. Síntesis de la información nacional destacada 19
IV.5. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 19
IV.5.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 19
IV.5.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG 23
IV.6. Caracterización genómica de Influenza A (H3N2) 26
IV.7. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 30
IV.7.A. Recomendaciones para equipos de salud 30
IV.8. Vigilancia epidemiológica 30
IV.9. Recomendaciones para la población 31
IV.10. Vacunación antigripal 32
IV.11. Tratamiento antiviral 33
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **35**
V.1. Situación regional 35
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 36
V.2.A. Nota metodológica 36
V.3. Situación de dengue en Argentina 38
V.3.A. Inicio de temporada 2025/2026 38
V.3.B. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 40
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 41
V.5. Situación epidemiología de otros arbovirus en Argentina 42
V.5.A. Enfermedad por virus Zika 43
V.5.B. Fiebre de Oropouche 43
V.5.C. Encefalitis de San Luis 44
V.5.D. Fiebre del Nilo Occidental 44
V.5.E. Fiebre Amarilla 44
VI. Hantavirosis **45**
VI.1. Introducción 45
VI.2. Situación epidemiológica actual 46
VI.2.A. Nota metodológica 46
VI.2.B. situación epidemiológica 46
VI.2.C. VIGILANCIA DE GENOTIPOS DE HANTAVIRUS 57
VI.2.D. SOBRE LAS ACCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN 58
VI.2.E. Conclusiones 58

SITUACIONES EMERGENTES **60**
VII. Coqueluche **61**
VII.1. Introducción 61
VII.2. Situación internacional 61
VII.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina 62
VII.3.A. Introducción 62

VII.3.B. Análisis de los casos notificados y confirmados 63
VII.3.C. Análisis según edad y gravedad 68
VII.4. Coberturas de Vacunación 68
VII.4.A. Coberturas para Total país 68
VII.4.B. Coberturas según jurisdicción 70

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS 73
VIII. Alacranismo – Actualización informe epidemiológico 74
VIII.1. Introducción 74
VIII.2. Nota metodológica 74
VIII.3. Situación epidemiológica de alacranismo 75
VIII.3.A. Evolución temporal de los casos notificados 75
VIII.3.B. Distribución geográfica y tasas de notificación 75
VIII.3.C. análisis según sexo y grupo de edad 78
VIII.3.D. Análisis clínico-epidemiológico 78
VIII.3.E. Tratamiento 80
VIII.4. Producción de antiveneno escorpiónico 81
VIII.4.A. Introducción 81
VIII.4.B. Composición del Producto Terminado 81
VIII.5. Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación 82
VIII.6. Medidas de prevención 83
VIII.6.A. Protección personal 83
VIII.6.B. Protección intradomiciliaria 83
VIII.6.C. Protección en el ámbito peridomiciliario 83
VIII.7. Conclusiones 83
VIII.8. Vigilancia epidemiológica 84
VIII.8.A. Objetivos de la vigilancia 84
VIII.8.B. Definiciones y clasificaciones de caso 84
VIII.8.C. Notificación 85

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS INTERNACIONALES 86
IX. Introducción 87
IX.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión 87
IX.1.A. Canadá1F 87
IX.1.B. Estados Unidos de América 88
IX.1.C. México3F 89
IX.2. Panorama mundial de Mpox – ECDC 90
IX.2.A. Panorama general 90
IX.2.B. Resumen del clado I de mpox y clasificación de los patrones de transmisión 90
IX.2.C. Patrones de transmisión de la mpox debida al virus de la viruela símica clado I 91

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 92
X. Boletines Jurisdiccionales 93
X.1. Buenos Aires: Hantavirus 93
X.2. Chubut: Bronquiolitis 94
X.3. Santa Fe: Coqueluche 95
X.4. Tierra del Fuego: Diarrea aguda 96
X.5. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años 97

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 98
XI. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 99

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 2020 a 2026.

Para calcular la mediana de los valores acumulados entre 2020 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 (2025) con años cerrados (2020-2024), por lo que las cifras pueden cambiar.
- **Diferencias con otros informes:** Las tablas se basan en la **fecha de notificación o apertura del caso**, mientras que otros análisis pueden utilizar la **fecha de inicio de síntomas (FIS)** o una fecha ajustada para cada evento.
- **Exclusión de casos invalidados:** No se incluyen en las tablas los casos invalidados por epidemiología.
- **Clasificación de los casos confirmados:** La metodología varía según el evento, pudiendo emplearse algoritmos específicos o una **clasificación manual**.
- **Confirmaciones prolongadas en ciertos eventos:** En patologías como Chagas y Sífilis Congénita, los casos sospechosos pueden permanecer en esa categoría durante varios meses antes de su confirmación.
- **Interpretación del "N/A":** Cuando aparece "N/A" en las tablas, significa que la diferencia porcentual "**No Aplica**", generalmente porque uno de los valores en la comparación es cero.
- **Valores bajos y análisis porcentual:** Aunque se presentan los valores porcentuales para todos los eventos, en aquellos con menos de 20-30 casos, se recomienda cautela en la interpretación.

III.2. Eventos nominales confirmados

Para la siguiente tabla, se utilizaron clasificaciones manuales con el fin de determinar los casos confirmados, excepto para hantavirus, donde se aplica un algoritmo específico acordado con las áreas involucradas.

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-2. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-2	2026 Acumulados SE 1-2	Diferencias 2026 con mediana 2021-2025	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmisibles por vectores	Chagas agudo vectorial	0	1	1	N/A
Enfermedades zoonóticas animales	Rabia animal	6	13	7	117%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	449	1.105	656	146%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	28	24	-4	-14%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	6	10	4	67%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	0	1	1	N/A
	Cisticercosis	0	0	0	N/A
	Escorpionismo o Alacranismo	325	786	461	142%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	29	37	8	28%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	2	1	-1	-50%
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	0	0	0	N/A
	Brucelosis	3	6	3	100%
	Hantavirosis	2	5*	3	150%
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	0	3	3	N/A
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	44	70	26	59%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	1	2	1	100%
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	0	1	1	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	1	10	9	900%
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	0	0	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	537	537	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	43	43	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	11	11	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	621	698	77	12%

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.

FE DE ERRATAS BEN 791: Por un error involuntario, en el BEN 791, se consignaron 38 casos correspondientes a la SE 1, cuando el dato era 2.

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 1-2. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-2		2026 Acumulados SE 1-2		Diferencias 2026 con mediana 2021-2025			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	76	2	149	47	73	96%	45	2250%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	13	0	54	0	41	315%	0	N/A
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)	13	0	54	0	41	315%	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	78	28	114	31	36	46%	3	11%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	6	0	6	0	0	0%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	540	7	1.418	0	878	163%	-7	-100%
	Encefalitis de San Luis	15	0	22	0	7	47%	0	N/A
	Fiebre amarilla humana	2	0	11	0	9	450%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	1	0	3	0	2	200%	0	N/A
	Zika	11	0	45	0	34	309%	0	N/A
Enfermedades Transmitidas por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	10	2	13	0	3	30%	-2	-100%
Enfermedades zoonóticas humanas	Leptospirosis	74	3	168	18	94	127%	15	500%
	Psitacosis	10	2	56	2	46	460%	0	0%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	32	2	103	1	71	222%	-1	-50%
	Sífilis Congénita	68	29	68	68	0	0%	39	134%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	2	0	2	N/A	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en embarazadas	69	58	95	70	26	38%	12	21%
	Sífilis en embarazadas	324	214	574	0	250	77%	-214	-100%
	Hepatitis B en embarazadas	1	1	2	0	1	100%	-1	-100%
Hepatitis virales	Hepatitis A	2	0	13	5	11	550%	5	N/A
	Hepatitis B	102	27	139	24	37	36%	-3	-11%
	Hepatitis C	86	48	94	41	8	9%	-7	-15%
	Hepatitis E	2	0	1	0	-1	-50%	0	N/A
Infecciones de transmisión sexual	Sífilis en población general	1.336	1.031	2.514	2.193	1.178	88%	1.162	113%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	15	15	19	19	4	27%	4	27%
Otros eventos de importancia para la salud pública	Viruela símica (mpox)	4	0	12	3	8	200%	3	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 2025 frente a la mediana 2020–2024, tanto en diferencia absoluta como, cuando corresponde, en variación porcentual; el **verde** indica disminución respecto de la mediana histórica (menor magnitud en 2025), el **rojo** señala aumento (mayor magnitud en 2025) y el **amarillo** advierte interpretación con cautela ante variaciones muy bajas; diferencias no aplicables ("N/A" por comparaciones con cero) o contextos de inestabilidad/heterogeneidad de registro y clasificación que afectan la comparabilidad; estas señales son operativas y no sustituyen el análisis epidemiológico contextual de cada evento, que debe considerar particularidades metodológicas (criterios de asignación de semana, algoritmos de confirmación y procesos manuales), calidad y oportunidad del dato y posibles cambios en normas o prácticas de vigilancia antes de concluir tendencias o variaciones inusuales.

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

III.5. Eventos agrupados clínicos

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

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

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

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

Tabla 3. Tabla de agrupados clínicos. SE 1-2. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-2	2026 Acumulados SE 1-2	Diferencias 2026 con mediana 2021-2025	
				Absoluta	%
Enfermedades Transmitidas por alimentos	Diarrea	32.770	21.905	-10.865	-33%
Infecciones de transmisión sexual	Secreción genital purulenta en varones	90	45	-45	-50%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	25	2	-23	-92%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	1.692	643	-1.049	-62%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	26.755	11.218	-15.537	-58%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	1.525	825	-700	-46%
	Neumonía (sin especificar)	2.184	1.071	-1.113	-51%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	5	214	209	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	5	254	249	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	24	831	807	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	3	26	23	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	15	344	329	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	33	195	162	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	82	1.249	1.167	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	49	189	140	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	11	83	72	N/A
	Lesiones por electrocución	0	23	23	N/A
	Lesiones por atragantamiento	1	11	10	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	43	1.639	1.596	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	28	840	812	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	90	880	790	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	1	8	7	N/A
	Otras lesiones en el hogar	18	543	525	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 1-2. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-2		2026 Acumulados SE 1-2		Diferencias 2026 con mediana 2021-2025			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	136	11	21	2	-115	-85%	-9	-82%
	Infección por Mycoplasma genitalium	22	1	0	0	-22	-100%	-1	-100%
	Infección por Mycoplasma hominis	87	6	4	1	-83	-95%	-5	-83%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	483	20	32	4	-451	-93%	-16	-80%
	Infección por Trichomonas vaginalis	821	79	148	13	-673	-82%	-66	-84%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1. Nota Metodológica

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

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

IV.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios[1]

Situación Regional: La actividad de la influenza en la Región de las Américas continúa en tendencia ascendente, relacionada principalmente por el incremento de la circulación en el hemisferio norte, con una positividad regional de 28.2%. La influenza A(H3N2) sigue siendo el subtipo predominante entre las muestras subtipificadas en todas las subregiones, con excepción de la subregión Andina, donde predomina la influenza A(H1N1)pdm09. La circulación del VSR se mantiene en niveles bajos (<1%), mientras que la positividad del SARS-CoV-2 continua en descenso, alcanzando el 5.2%. Por su parte, la circulación de otros virus respiratorios (OV) ha disminuido de forma sostenida desde principios de octubre, con una positividad regional de 1.5%, siendo rinovirus y parainfluenza los detectados con mayor frecuencia.

IV.3. 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

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

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.4. Síntesis de la información nacional destacada

En la SE1 de 2026, la vigilancia clínica notificó 212 casos de ETI, 200 casos de neumonía y 41 casos de bronquiolitis en menores de dos años.

En la vigilancia centinela ambulatoria, influenza registra un leve incremento, con predominio de influenza B y detecciones de influenza A hacia el final de 2025, mientras que VSR no presenta detecciones en las últimas semanas. SARS-CoV-2 muestra un ascenso leve y sostenido desde la SE34, acentuado en las semanas 43 a 45, con descenso en las semanas posteriores.

En las UC-IRAG, se registraron más de 11.000 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 las 2 primeras SE de 2026 se registraron 141 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 SE1/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente SARS-CoV-2, seguido de influenza, parainfluenza, adenovirus, VSR y metapneumovirus.

En personas internadas, en la SE2/2026, se notificaron 7 hospitalizaciones con diagnóstico de influenza, 2 con VSR y 20 con SARS-CoV-2. Se registró un fallecido con diagnóstico de SARS-CoV-2 en esta semana.

La secuenciación genómica realizada por el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS, a partir de 72 muestras de influenza A(H3N2) remitidas por la Red Nacional de Laboratorios y Unidades Centinela, permitió identificar 44 casos correspondientes al subclado K. Los casos se distribuyeron en 16 jurisdicciones del país, incluyendo la provincia de Buenos Aires (n=5), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=6), Catamarca (n=2), Chubut (n=1), Córdoba (n=2), Corrientes (n=2), Entre Ríos (n=2), La Pampa (n=1), La Rioja (n=2), Mendoza (n=6), Neuquén (n=3), Río Negro (n=1), Santa Cruz (n=5), Santa Fe (n=2), Tierra del Fuego (n=3), Tucumán (n=1). Los casos fueron detectados a partir de distintas estrategias de vigilancia de infecciones respiratorias agudas, tanto universal como centinela, e incluyeron casos ambulatorios e internados.

IV.5. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

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

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

atribuible a SARS-CoV-2, Influenza y VSR durante todas las semanas epidemiológicas del año en las 24 jurisdicciones del país.[5]

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

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

Durante 2025, en los establecimientos UMA se analizaron 6.067 muestras para la detección de SARS-CoV-2 mediante técnica molecular, de las cuales 453 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 7,47%. A partir de la SE34 se observa un ligero incremento en el número de casos y en el porcentaje de positividad, con un ascenso más marcado en las SE41 a 45, período en el cual se alcanzaron los valores más elevados de positividad, con un máximo en la SE45 (26,4%).

En las SE1 y SE2 de 2026, se confirmaron 12 casos entre 98 muestras analizadas por PCR.

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

En 2025, se registraron 1018 detecciones entre 5.700 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 17,86%. A partir de la SE11, se verificó una tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad, a expensas de las detecciones de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H1N1). Estos indicadores alcanzaron valores más elevados entre las SE22 y SE25, seguidos de un descenso sostenido. Hacia el final del periodo, se registró un leve incremento en las detecciones y en la positividad, con predominio de influenza B/linaje Victoria, observándose en las últimas semanas un mayor número de detecciones de influenza A; no obstante, los valores se mantuvieron bajos.

En las SE1 y 2/2026 se notificaron 7 casos de influenza entre las 31 muestras estudiadas en UMA.

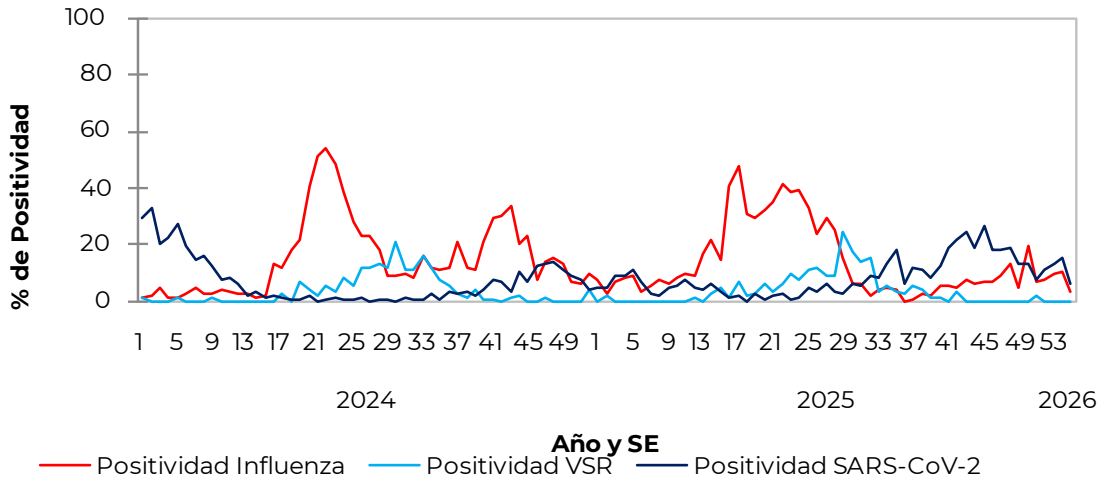
En cuanto a **VSR**, se verifica un ascenso de las detecciones a partir de la SE19 de 2024, con aproximadamente el 73% de los casos registrados entre las SE24 y SE34, y un menor número de detecciones semanales desde SE35. Con relación a este ascenso de casos, la positividad en UMA permaneció por encima del 10% entre las SE 26 Y 34.

Con respecto a VSR, en 2025 se registraron 195 muestras positivas dentro de las 4.141 muestras estudiadas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,761%. En UMA se registró un ascenso de las detecciones y positividad de muestras estudiadas para VSR, que se mantuvo por encima del 9% entre las SE25 y 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en SE29, con tendencia descendente las siguientes semanas.

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

En las primeras 2 SE de 2026, no se notificaron detecciones de VSR entre las 10 muestras estudiadas.

Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE2/2026. Argentina.



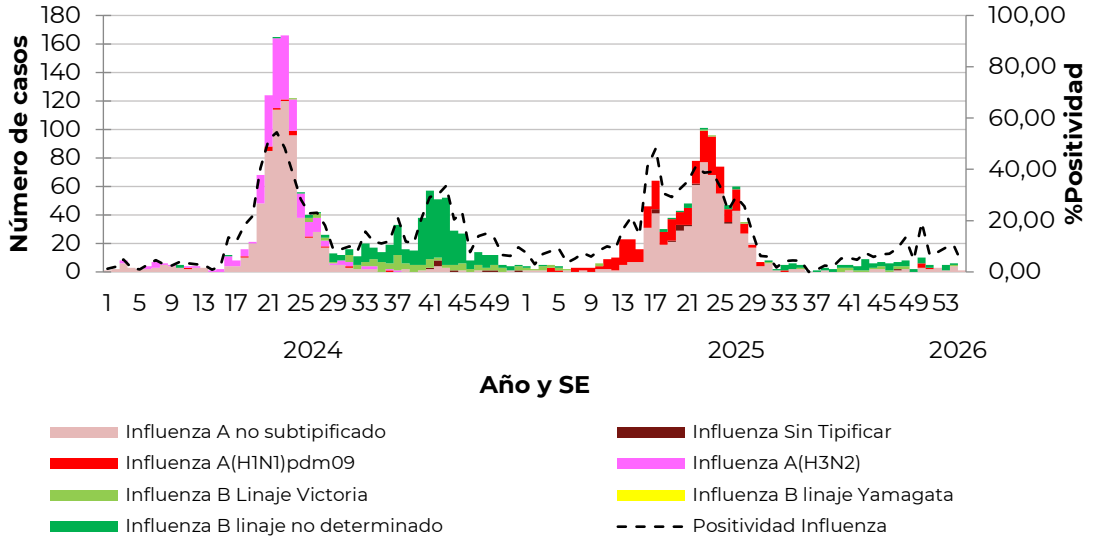
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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

En el 2025 se detectaron predominantemente casos de influenza A, específicamente influenza A (H1N1). Se detectó un menor número de casos de Influenza B, linaje Victoria.

En las primeras dos semanas de 2026, se detectaron 6 casos de infuenza A, ninguno de ellos con subtipificación. En cuanto a influenza B, se detectaron 2 casos, dentro de los cuales se detectó linaje Victoria en 1 de ellos.

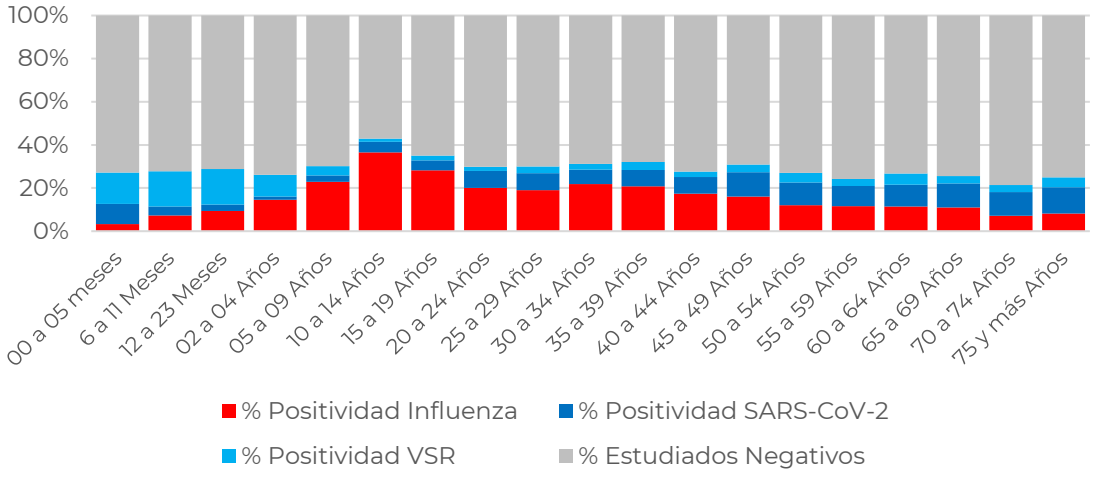
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE2/2026. Estrategia UMA. Argentina.



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

Con relación a la distribución por grupos de edad, si bien los casos de influenza acumulados desde inicio de 2024 en UMA corresponden a todos los grupos, los mayores porcentajes de positividad se observan en adolescentes y niños mayores de 5 años, seguidos de adultos jóvenes y de edad media (grupos de 5 a 39 años). En cuanto a SARS-CoV-2, la positividad fue mayor para adultos, adultos mayores y niños menores de 6 meses. Con relación a los casos de VSR, los grupos de edad con mayor positividad fueron 0 a 4 años y adultos mayores.

Gráfico 3. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados. SE1/2024 a SE2/2026. Estrategia UMA. Argentina[6].



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

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

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

Como parte del proceso de fortalecimiento y expansión de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, a partir de la SE18 de 2024, se adaptó la notificación nominal y agrupada de casos de IRAG para dar respuesta a los objetivos de esta vigilancia. Además, se incorporó la notificación de casos de IRAG extendida, que busca mejorar la integración del VSR a la vigilancia de virus respiratorios. A la fecha de publicación de este Boletín, 41 establecimientos del país participan de la estrategia, con representación de todas las regiones del país. [7]

Definiciones de caso Vigentes

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

- Fiebre referida o constatada >= 38°C; y
- Tos; y - Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[8].

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

- Inicio del cuadro en los 10 días precedentes; y
- Requerimiento de internación por criterio clínico[9].

En lactantes menores de 6 meses también considerar:

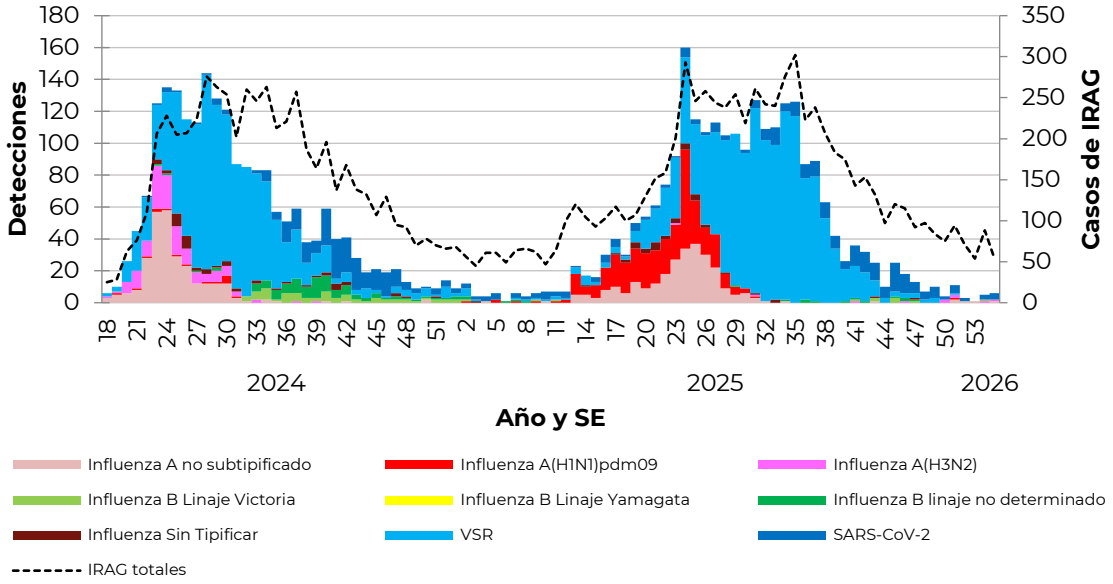
- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia[10] y shock[11] y gravemente enfermo sin causa aparente)

En las 2 primeras SE de 2026 se registraron de manera nominal un total de 141 internaciones con diagnóstico de IRAG y 45 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[12].

La curva de casos de IRAG presentó tendencia ascendente entre las SE 18 y 28 de 2024, asociada al aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 y, posteriormente, al ascenso de casos de VSR, permaneciendo por encima de los 200 casos semanales de IRAG entre las SE24 y 37. En 2025, las notificaciones de IRAG experimentaron un aumento desde la SE12, alcanzando su máximo en la SE35. En las últimas semanas los casos de IRAG se mantienen con tendencia descendente, con un promedio de 66 casos semanales en las últimas 4 semanas.

[7] Para más información sobre la estrategia de vigilancia centinela de IRAG, consultar Guia Operativa Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf
[8] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.
[9] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso
[10] La fiebre se define como una temperatura ≥37,5 C. La hipotermia se define como una temperatura
[11] El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.
[12] Para el presente análisis se considera la semana epidemiológica de la fecha de internación registrada o, en su defecto, la primera entre fecha de notificación del caso o fallecimiento.

Gráfico 4. Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a 2/2026. 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]

En relación con los casos de IRAG por **SARS-CoV-2,** si bien los casos se mantuvieron en niveles bajos desde SE18 de 2024, se registró un ligero ascenso desde SE36 de 2024, que alcanzó su máximo en SE 41 y 42 con descenso posterior. Durante 2025, las detecciones de SARS-CoV-2 entre los casos de IRAG se mantuvieron en niveles bajos, con un ligero incremento desde la SE35 seguido de una disminución posterior en las últimas semanas del periodo. En 2026 continua con niveles bajos

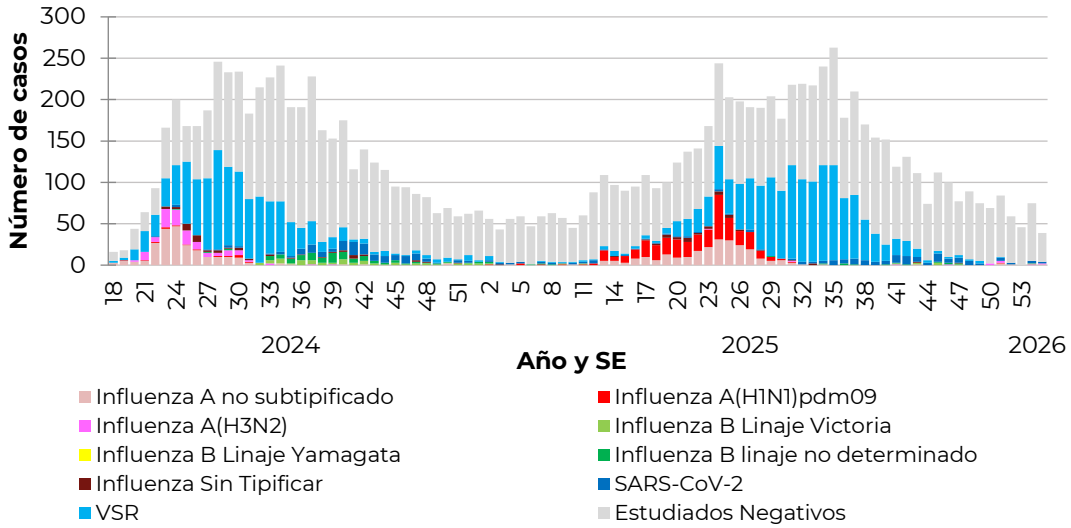
Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todo el periodo, entre la SE18 y la SE31 de 2024 se observó un ascenso de detecciones influenza A/H3N2, que alcanzó sus valores máximos entre SE 23/2024 y 24/2024. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de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

Durante 2025, se observó un incremento en las detecciones de influenza a partir de la SE13, alcanzando valores más elevados entre las SE23 y SE27, seguido de un descenso posterior. Los casos correspondieron predominantemente a influenza A, con mayor detección de H1N1y menor detección de H3N2. Se detectó un menor número de casos de influenza B (n=30), especialmente de linaje Victoria.

En las dos primeras semanas de 2026, se detectaron 3 casos de influenza A, siendo uno de ellos H3N2. Con respecto a influenza B, se registró un caso con linaje Victoria.

En cuanto a IRAG con diagnóstico de **VSR**, desde SE18/2024 se registró tendencia ascendente tanto de casos como del porcentaje de positividad, que alcanzaron valores máximos en SE28/2024, con descenso posterior, permaneciendo estable y en valores bajos desde SE41/2024. A partir de la SE20/2025 se registró un nuevo ascenso de las detecciones de VSR entre los casos de IRAG. Las detecciones alcanzaron su valor máximo en la semana 31, manteniéndose en valores elevados durante las semanas siguientes y mostrando una tendencia descendente a partir de la SE36, con valores bajos en las últimas semanas de 2025 y sin casos en la primeras 2 SE de 2026.

Gráfico 5. Casos de IRAG estudiados por técnica molecular para virus SARS-CoV-2, influenza y VSR según resultado, por SE. SE18/2024 a 2/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina [13].



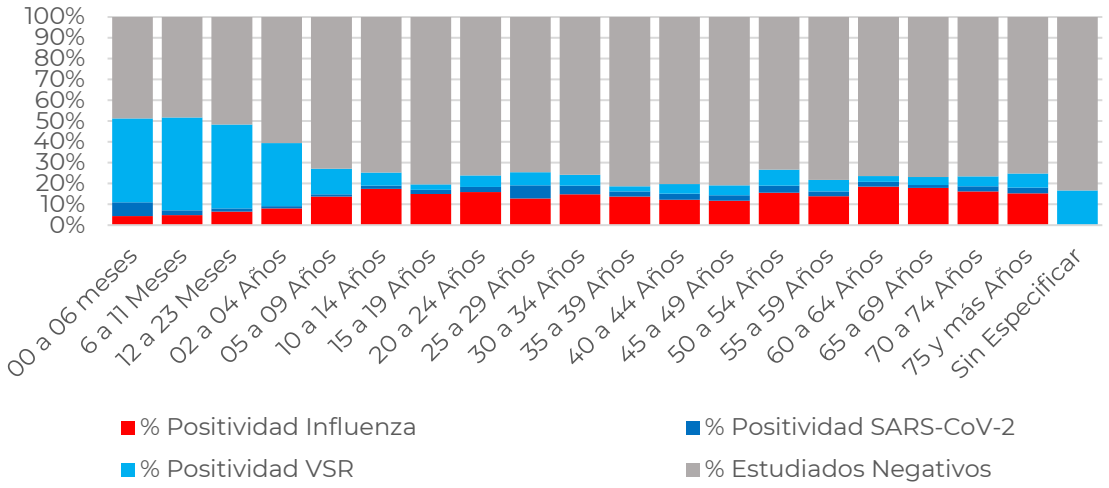
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

En las últimas 4 semanas, entre 114 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 4 casos de influenza y 5 casos de SARS-CoV-2, sin detección de VSR. Los restantes 105 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

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

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

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a 2/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina[14]



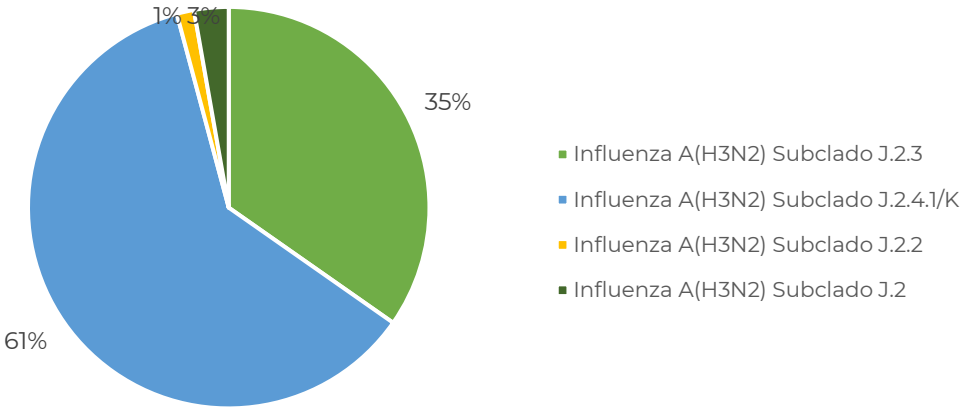
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0

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

Durante el periodo del 18/12/2025 al 23/01/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia recibió muestras positivas para Influenza de 22 jurisdicciones, identificando casos Influenza A(H3N2) en 20 de ellas y el subclado K en 16.

De los 72 casos analizados, 44 correspondieron al subclado J.2.4.1 (K), 25 al subclado J.2.3, 2 al subclado J.2 y uno al subclado J.2.2.

Gráfico 1. Distribución porcentual de casos de Influenza A(H3N2) según subclado. Argentina. 18-12-2025 a 23-01-2026 (N=72)



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

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

Los casos correspondientes al subclado K se distribuyeron en las 5 regiones del país, detectándose casos hasta el momento en 16 jurisdicciones.

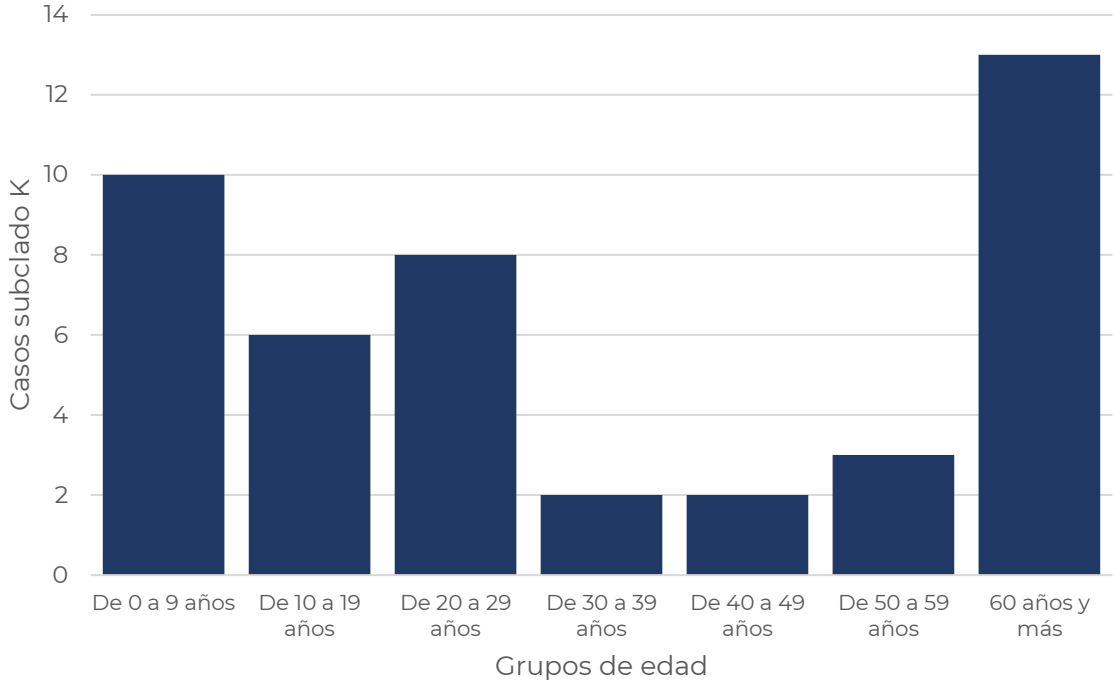
Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) por jurisdicción de residencia según subclado detectado. Argentina. 18-12-2025 a 23-01-2026

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
Centro	**1**	**0**	**3**	**17**	**21**
Buenos Aires			1	5	6
CABA	1		1	6	8
Córdoba			1	2	3
Entre Ríos				2	2
Santa Fe				2	2
Cuyo	**0**	**1**	**3**	**6**	**10**
Mendoza		1	3	6	10
San Juan					0
San Luis					0
NEA	**1**	**0**	**0**	**2**	**3**
Chaco	1				1
Corrientes				2	2
Formosa					0
Misiones					0
NOA	**0**	**0**	**1**	**5**	**6**
Catamarca				2	2
Jujuy			1		1
La Rioja				2	2
Salta					0
Santiago del Estero					0
Tucumán				1	1
Sur	**0**	**0**	**18**	**14**	**32**
Chubut			2	1	3
La Pampa				1	1
Neuquén				3	3
Río Negro			2	1	3
Santa Cruz			7	5	12
Tierra del Fuego			7	3	10
Total general	2	1	25	44	72

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

Se detectaron casos del subclado K en todos los grupos de edad, con un mayor número en personas de 60 años y más, seguidos por niños, adultos jóvenes y adolescentes.

Gráfico 2. Casos de Influenza A(H3N2) subclado J.2.4.1 (K) por grupo de edad. Argentina. 18-12-2025 a 23-01-2026 (N = 44)



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

Solo 7 de los 44 casos pertenecientes al subclado K consignan antecedentes de viaje reciente al exterior (Europa, Estados Unidos y el Caribe) y 4 habían viajado recientemente a otra provincia distinta a su lugar de residencia (1 a Córdoba, 2 a Tierra del Fuego y 1 a La Rioja); 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 23-01-2026.

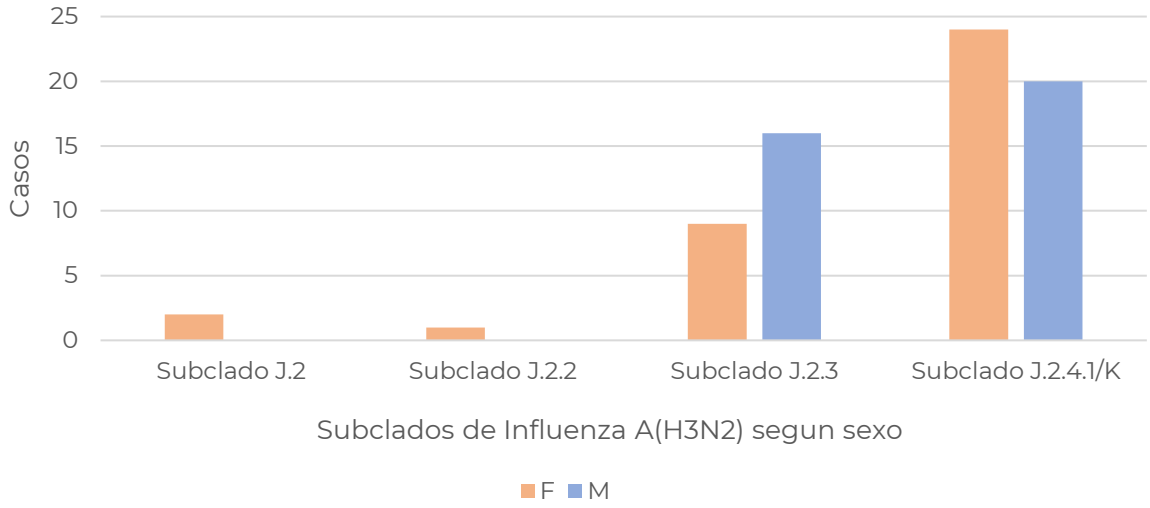
Subclado Influenza A(H3N2)	Vacunación			Total general
	NO	SI	Proporción de vacunados	
Subclado J.2	2		0%	2
Subclado J.2.2		1	100%	1
Subclado J.2.3	20	5	20%	25
Subclado J.2.4.1/K	32	12	27%	44
Total general	54	18	25%	72

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

En cuanto a los antecedentes de vacunación se destaca que el 75% de los casos caracterizados no estaban vacunados y que entre los casos identificados como subclado K el 27% contaba con vacunación antigripal.

En cuanto a la división por sexo, el 50% de los casos con secuenciación de Influenza son de sexo masculino.

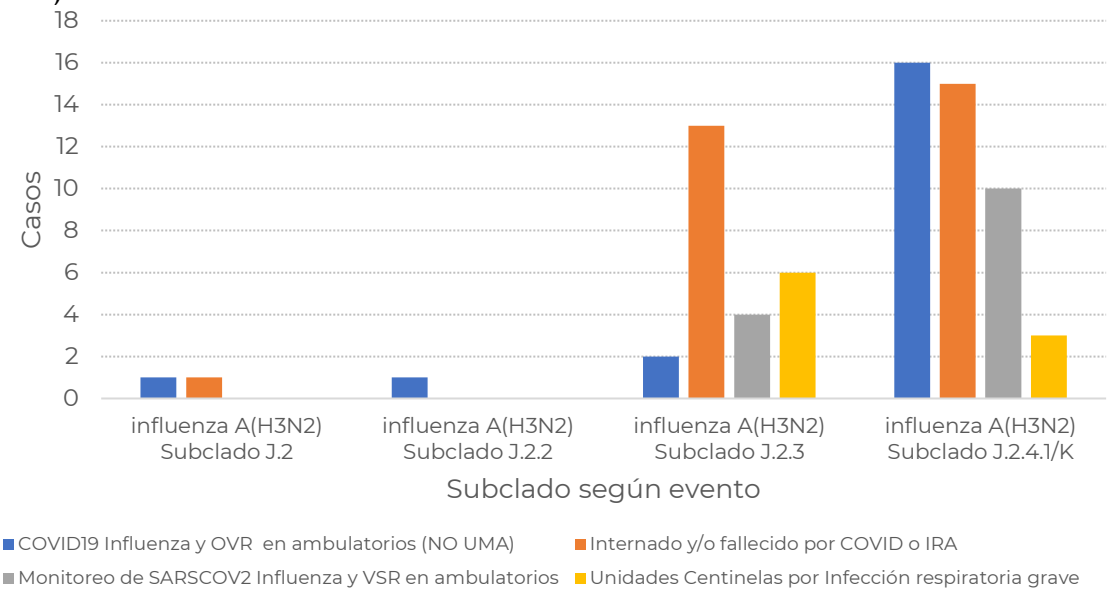
Gráfico 3. Casos de Influenza A(H3N2) por subclado según sexo. Argentina. 18-12-2025 a 23-01-2026 (N=72).



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, 30 casos fueron notificados al evento universal "Internado y/o fallecido por COVID o IRA", 9 por UC-IRAG (total internados 39); 19 en el evento universal de Ambulatorios (NO UMA) y 14 en Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA). En cuanto a los casos detectados del subclado K se identificaron en los 4 eventos (19 en internados y 25 en ambulatorios).

Gráfico 4. Casos de influenza A(H3N2) por subclado según evento. Argentina. 18-12-2025 a 23-01-2026 (N=72)[15]



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

[15] En base a una nueva revisión de todos los casos secuenciados de H3N2, se reclasificó un caso del subclado J.2 en internado y/o fallecido por COVID o IRA.

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 derivación para estudios genómicos.
- Identificar y notificar en forma oportuna de eventos respiratorios inusuales.

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

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

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

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

Definiciones:

Enfermedad Tipo Influenza (ETI): Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días sin otra etiología definida.
Infección respiratoria aguda grave (IRAG): Persona de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio del cuadro en los 10 días precedentes y requerimiento de hospitalización por criterio clínico sin otra etiología definida.
Eventos respiratorios inusuales definidos por los siguientes criterios:
• Cambios abruptos, imprevistos en la tendencia de infección respiratoria aguda observada en la vigilancia de rutina de nivel local y no asociados a las variantes virales que circulan habitualmente.
• En contexto de un patrón inesperado de infección respiratoria aguda (aumento en la mortalidad, cambios en el grupo de edad asociado a un caso severo de Influenza, o un cambio en el patrón clínico asociado a Influenza u otro virus respiratorio).
• Infección respiratoria en personas en contacto con aves, porcinos u otros animales enfermos o muertos asociados a una epizootia sospechada o confirmada de virus respiratorios.
• Casos de infección por un subtipo de virus Influenza o variante de otros virus respiratorios que no estén circulando en humanos.
• Cambios persistentes en la respuesta al tratamiento o en el desenlace en casos severos de infección respiratoria.
• Infección respiratoria aguda grave en trabajadores de la salud que atienden a pacientes con infecciones respiratorias y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
• En clústeres de IRAG o neumonía: dos o más casos en miembros de la misma familia, del ámbito laboral o ámbitos sociales, y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
• Viajeros provenientes de áreas en las cuales se registraron casos de nuevo virus Influenza u otro virus respiratorio.

Los lineamientos vigentes para la vigilancia epidemiológica, organización de servicios de salud, prevención y control de las infecciones respiratorias agudas virales están disponibles en: **Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control 2024:**
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_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.[16],[17] En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de mortalidad, especialmente cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, aunque también se observan beneficios cuando se inicia más tardíamente en casos graves o progresivos.[18],[19] En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

No se debe esperar la confirmación de influenza por laboratorio para tomar decisiones acerca del inicio del tratamiento con antivirales. Es importante el seguimiento clínico de los pacientes para detectar de manera oportuna condiciones de agravamiento de la enfermedad.

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

-Casos de Infección respiratoria aguda grave.
Pacientes hospitalizados que pertenecen a grupos con riesgo aumentado de complicaciones por Influenza o con enfermedad progresiva o grave: iniciar tratamiento sin esperar el resultado de laboratorio.
-Si el resultado es Influenza positivo o negativo para otros virus respiratorios, continuar con el tratamiento.

[16] Dobson J, Whitley RJ, Pocock S, Monto AS. Oseltamivir treatment for influenza in adults: a meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet. 2015 May 2;385(9979):1729-1737. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62449-1. Epub 2015 Jan 30. Erratum in: Lancet. 2015 May 2;385(9979):1728. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60892-3. Erratum in: Lancet. 2015 May 2;385(9979):1728.
[17] Venkatesan S, et al. Impact of Outpatient Neuraminidase Inhibitor Treatment in Patients Infected With Influenza A(H1N1)pdm09 at High Risk of Hospitalization: An Individual Participant Data Metaanalysis. Clin Infect Dis. 2017 May 15;64(10):1328-1334.
[18] Muthuri SG, Venkatesan S, Myles PR, et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in reducing mortality in patients admitted to hospital with influenza A H1N1pdm09 virus infection: a meta-analysis of individual participant data. Lancet Respir Med. 2014 May;2(5):395-404.
[19] Sharma Y, Horwood C, Hakendorf P, Thompson C. Effectiveness of Oseltamivir in reducing 30-day readmissions and mortality among patients with severe seasonal influenza in Australian hospitalized patients. Int J Infect Dis. 2021 Mar;104:232-238. doi: 10.1016/j.ijid.2021.01.011. Epub 2021 Jan 9. PMID: 33434667.

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

-Casos ambulatorios con Enfermedad Tipo Influenza (ETI)
-Puede considerarse la administración de oseltamivir en casos ambulatorios con Enfermedad tipo influenza (ETI) y que pertenecen a grupos con mayor riesgo de desarrollar complicaciones por Influenza.
En períodos de circulación de virus Influenza, se recomienda la indicación de tratamiento en aquellos pacientes con resultado positivo para Influenza o en caso de no disponer de estudio diagnóstico o con resultado más allá de las 48 horas, iniciar tratamiento empírico.

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

*Para mayor información en relación a los factores de riesgo para el desarrollo de formas graves por influenza consultar: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[20] y el ARBO-portal[21] 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

[20] Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA). Disponible en: PAHO/WHO Data - Topics
[21] Organización Panamericana de la Salud. ARBO-portal: Oropouche. Disponible en: Enfermedad por virus Oropouche - OPS| 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[22], 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.

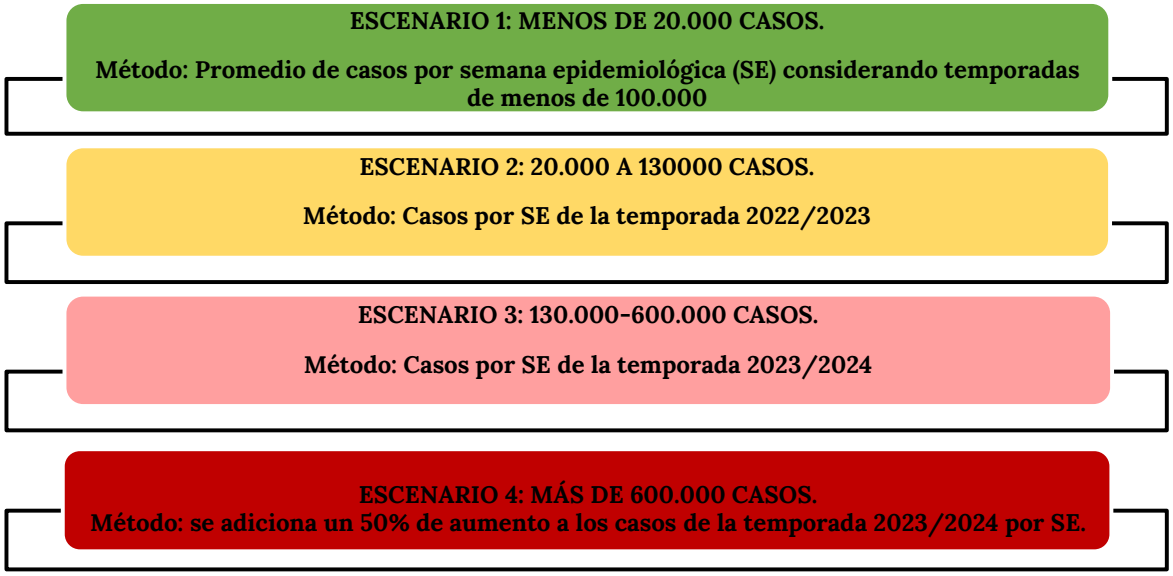
El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar

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

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

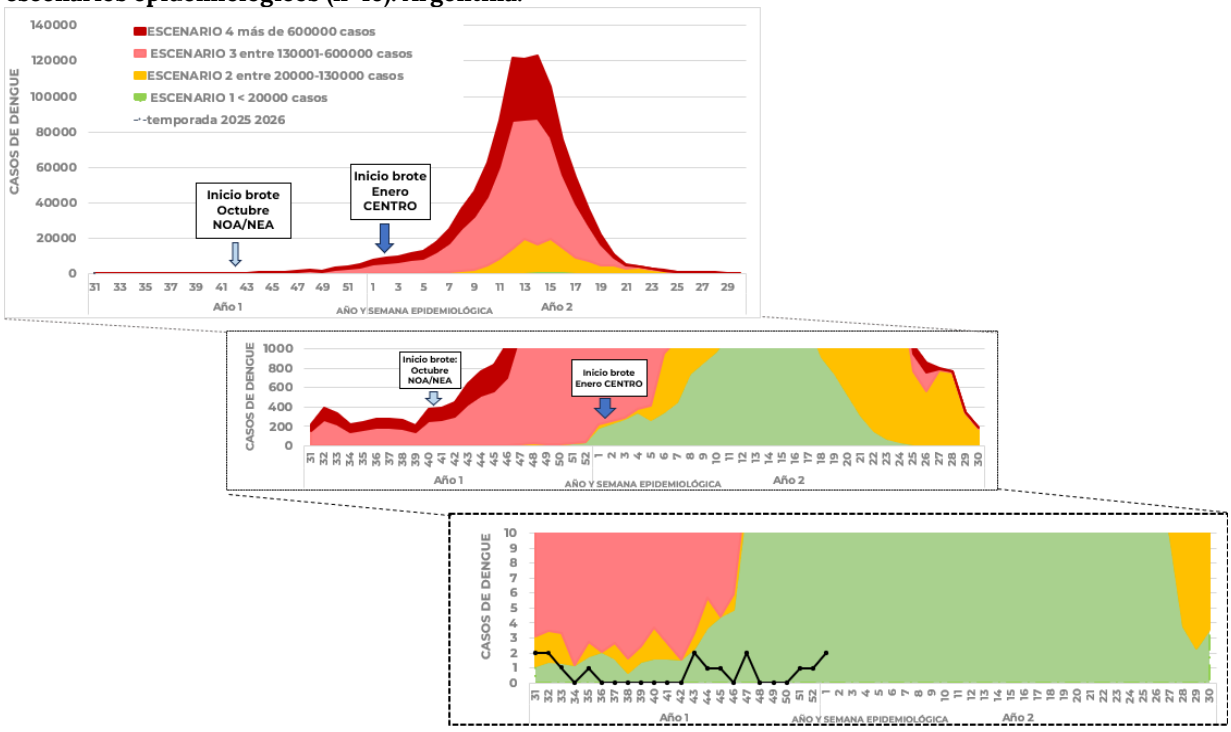
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Entre las SE31/2025 y SE2/2026 se notificaron 16 casos confirmados de dengue, de los cuales 11 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar 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=16). 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 SE2/2026, 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[23], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **8902** casos sospechosos de dengue, de los cuales **16** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. Solo el 31% 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).
- **Cinco** casos notificados en **CABA** con antecedente de viaje a Brasil (SE32), Sri Lanka (SE35), Pakistán (SE45), México (SE47) y Venezuela (SE1). En los casos provenientes de México y Sri Lanka, se identificaron 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.**
- **Un** caso notificado por **Mendoza** con antecedente de viaje a México (SE1), detectándose **DENV-3.**

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE2/2026 se notificaron **626** 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.

[23]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 SE2/2026. Argentina.

Jurisdicción	Sin antecedente de viaje (SAV)		Con antecedente de viaje (CAV)		Serotipos detectados	Con laboratorio negativo	Sospechosos (sin laboratorio)	Total notificados	Total casos de dengue
	Conf. Por labo.	Prob.	Conf. Por labo.	Prob.					
Buenos Aires	3	24	3	4	DENV-1 DENV-2	590	221	845	6
CABA	0	4	5	0	DENV-1 DENV-3	151	86	246	5
Córdoba	0	21	0	0		1139	70	1230	0
Entre Ríos	0	2	2	1	DENV-3	180	7	192	2
Santa Fe	0	15	0	1		621	67	704	0
Total Centro	**3**	**66**	**10**	**6**		**2681**	**451**	**3217**	**13**
Mendoza	0	0	1	1		68	1	71	1
San Juan	0	1	0	0		27	0	28	0
San Luis	0	0	0	0		37	4	41	0
Total Cuyo	**0**	**1**	**1**	**1**		**132**	**5**	**140**	**1**
Chaco	0	4	0	0		532	9	545	0
Corrientes	0	3	0	0		66	10	79	0
Formosa	2	1	0	0	DENV-2	2922	1	2926	2
Misiones	0	2	0	0		248	2	252	0
Total NEA	**2**	**10**	**0**	**0**		**3768**	**22**	**3802**	**2**
Catamarca	0	0	0	0		125	0	125	0
Jujuy	0	2	0	0		188	4	194	0
La Rioja	0	2	0	0		103	3	108	0
Salta	0	4	0	0		328	29	361	0
S. del Estero	0	0	0	0		53	21	74	0
Tucumán	0	39	0	1		699	37	776	0
Total NOA	**0**	**47**	**0**	**1**		**1496**	**94**	**1638**	**0**
Chubut	0	0	0	0		9	1	10	0
La Pampa	0	0	0	0		49	4	53	0
Neuquén	0	0	0	0		17	0	17	0
Río Negro	0	0	0	0		1	0	1	0
Santa Cruz	0	0	0	0		18	1	19	0
T. del Fuego	0	0	0	0		5	0	5	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**		**99**	**6**	**105**	**0**
Total País	**5**	**124**	**11**	**8**		**8176**	**578**	**8902**	**16**

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 **1191** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, sin registrarse hasta el momento casos autóctonos confirmados. Se notificaron casos importados, que incluyeron 2 casos confirmados (CABA y Córdoba) y 7 casos probables (Buenos

Aires, Entre Ríos y Córdoba), todos con antecedente de viaje a Brasil, Paraguay y Cuba. Asimismo, durante la última semana epidemiológica se notificaron 2 casos probables sin antecedente de viaje en la provincia de Salta, los cuales se encuentran en investigación epidemiológica para la determinación de su clasificación definitiva.

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. Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE2/2026. 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	31	4
CABA	0	0	1	0	5	1
Córdoba	0	0	1	1	776	2
Entre Ríos	0	0	0	2	27	2
Santa Fe	0	0	0	0	43	0
Total Centro	**0**	**0**	**2**	**7**	**882**	**9**
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	104	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**	**130**	**0**
Catamarca	0	0	0	0	1	0
Jujuy	0	0	0	0	28	0
La Rioja	0	0	0	0	8	0
Salta	0	2	0	0	110	2
Santiago del Estero	0	0	0	0	4	0
Tucumán	0	0	0	0	9	0
Total NOA	**0**	**2**	**0**	**0**	**160**	**2**
Chubut	0	0	0	0	1	0
La Pampa	0	0	0	0	1	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	1	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**3**	**0**
Total País	**0**	**2**	**2**	**7**	**1191**	**11**

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 SE2/2026).

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para otros Arbovirus. SE31/2025 a SE2/2026. 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	22	0	31	0	19	0	13	0	8
CABA	0	1	0	4	0	1	0	0	0	0
Córdoba	0	19	0	41	0	178	0	2	0	1
Entre Ríos	0	0	0	6	0	7	0	2	0	0
Santa Fe	0	24	0	19	0	17	0	13	0	3
Total Centro	**0**	**66**	**0**	**101**	**0**	**222**	**0**	**30**	**0**	**12**
Mendoza	0	4	0	6	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**	**8**	**0**	**11**	**0**	**5**	**0**	**0**
Chaco	0	72	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**	**93**	**0**	**7**	**0**	**0**	**0**	**3**	**0**	**6**
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	7	0	21	0	1	0	15	0	0
La Rioja	0	7	0	6	0	1	0	0	0	6
Salta	0	80	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**	**104**	**0**	**77**	**0**	**5**	**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**	**270**	**0**	**193**	**0**	**240**	**0**	**54**	**0**	**28**

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 **270** 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 **193** casos, sin registrarse resultados positivos.

V.5.C. ENCEFALITIS DE SAN LUIS

En la temporada actual se notificaron **240** 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 **54** 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 **28** 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[24] 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.

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.

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

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

VI.2. Situación epidemiológica actual

VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información se realiza por la caracterización epidemiológica del evento nominal "hantavirosis". Se consideran como casos confirmados aquellos que cuentan con resultados de laboratorio detectable o reactivo, según la última definición de caso consensuada publicada en la Circular de Vigilancia de mayo 2025[25], 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.

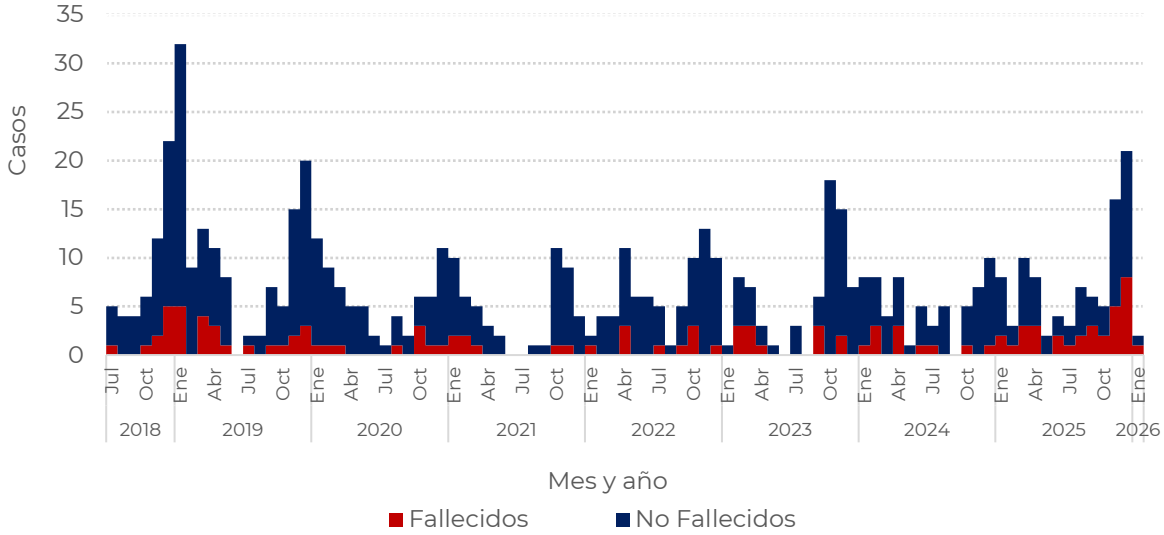
VI.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

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.

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

Gráfico 1. Hantavirosis: Casos confirmados por mes, año y condición de egreso. SE27/2018 a SE 02/2026, Argentina. (N=604)



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

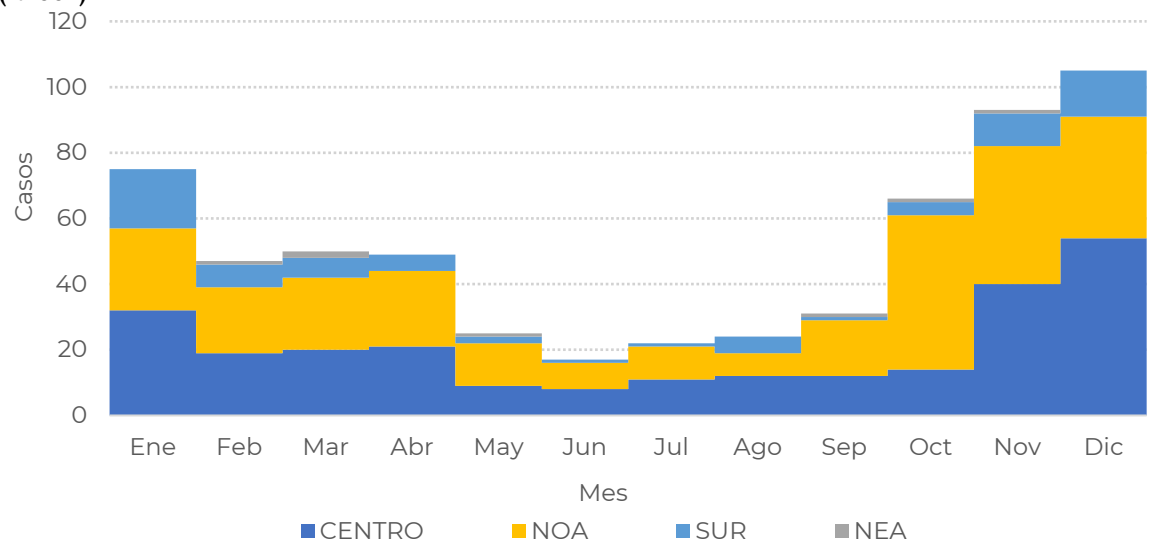
En el presente análisis, respecto del BEN anterior, se notificaron 3 casos nuevos de hantavirosis, pasando de un total de 601 a 604 casos para todo el período descripto en el gráfico precedente.

Uno de ellos tiene fecha mínima en el mes de diciembre de 2025. En la SE 1 del mes de enero de 2026, a la fecha, se notificaron dos casos nuevos, uno de los cuales corresponde a un fallecido.

Puede 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 (21 casos totales, 8 fallecidos), es el más elevado de toda la serie, a excepción de lo sucedido en el brote ya citado de Epuyén donde, entre los meses de diciembre 2018 y enero 2019 se consignaron 22 y 35 casos respectivamente.

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 SE 02/2026, Argentina. (N=604)

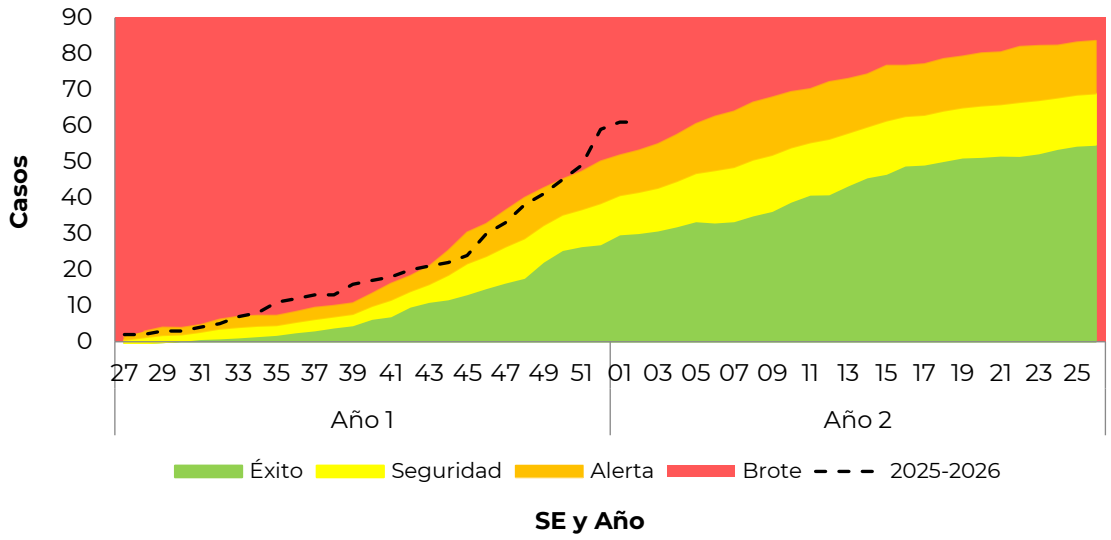


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

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 más de 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.

A continuación, se presentan los corredores endémicos para el total país y para las tres regiones con mayor relevancia para el 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 y la SE 53 del mismo año y el "año 2" el período comprendido desde 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 SE 02/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE27/2019 a SE26/2025)*. Argentina. (N=61)



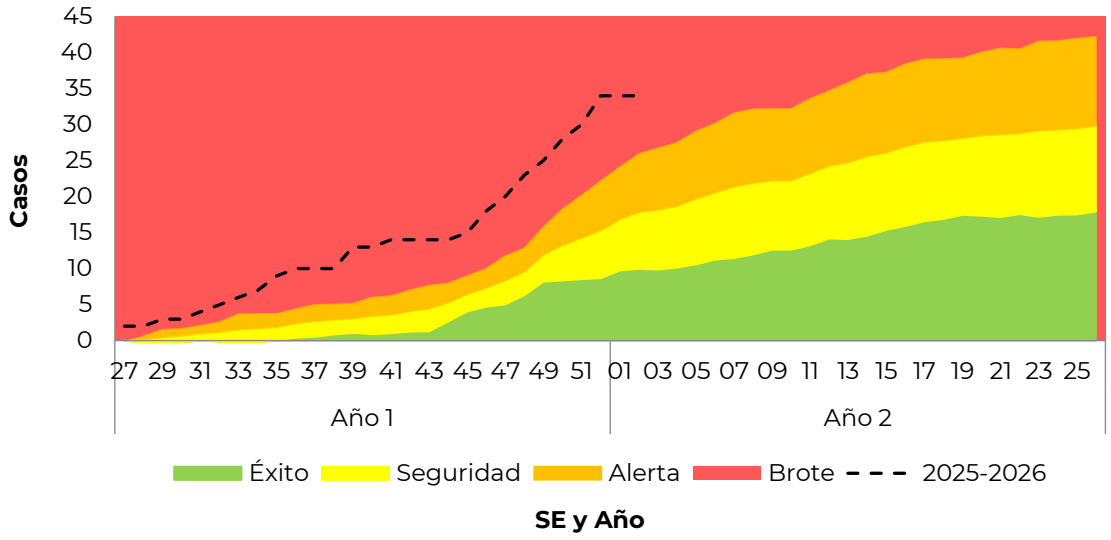
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

** 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.*

Puede observarse que, a nivel nacional la cantidad de casos (61) para el período comprendido entre julio del 2025 y enero de 2026 (temporada 2025-2026) se encuentra por encima del **umbral de brote**, respecto a los valores esperados teniendo en cuenta los casos presentados en años previos.

Región Centro

Gráfico 4. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE27/2025 a SE 02/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE27/2019 a SE26/2025). Región Centro. (N=34)

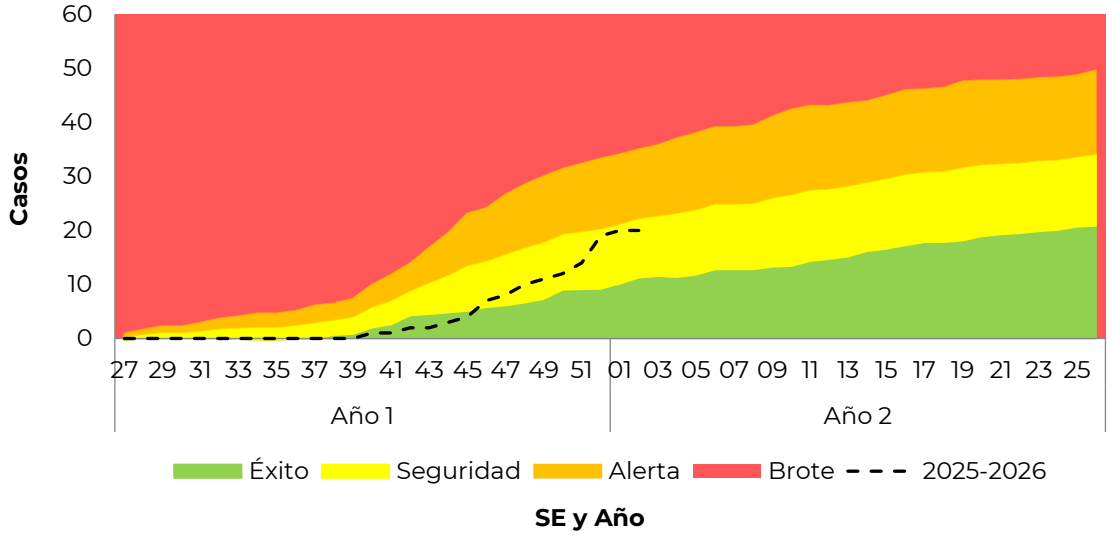


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

Para la región Centro, la cual incluye las jurisdicciones de Buenos Aires, Entre Ríos y Santa Fe, el número de casos (34) se encuentra en brote para el período comprendido entre julio del 2025 y enero de 2026 (temporada 2025-2026).

Región NOA

Gráfico 5. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE27/2025 a SE 02/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE27/2019 a SE26/2025). Región NOA. (N=20)

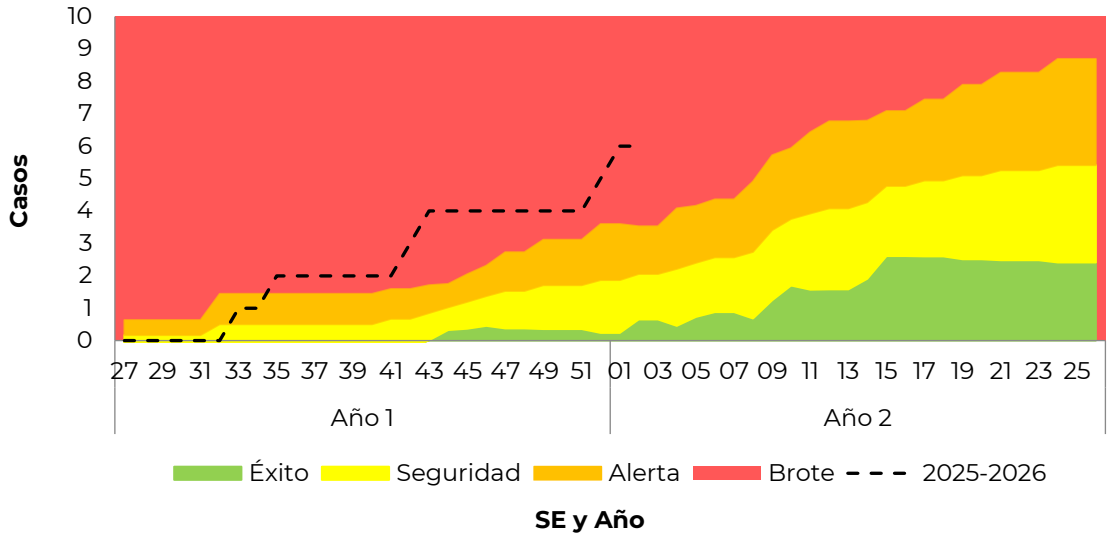


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

En lo que respecta a la región del NOA, se presentaron casos en las jurisdicciones de Salta y Jujuy, con un número de eventos (20) que se encuentra dentro del canal o banda de seguridad para el período comprendido entre julio del año 2025 y enero de 2026.

Región Sur

Gráfico 6. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE27/2025 a SE 02/2026 respecto de las 6 temporadas precias (SE27/2019 a SE26/2025). Región Sur. (N=6)



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 (6) se encuentra superando el umbral de brote para el período comprendido entre julio de 2025 y enero del 2026.

Presentación de datos a nivel sub-nacional

Para dar cuenta de la situación nacional de hantavirosis, se presentan dos tablas. Una de ellas (tabla 1), correspondiente a los casos y tasas de incidencia en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual (SE 27 de un año a SE 2 del año siguiente) para los años 2019 a 2026 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, 2019 a 2026 (SE27 a 2). (N=314)

Temporada	2019-2020 (hasta SE2)		2020-2021 (hasta SE2)		2021-2022 (hasta SE2)		2022-2023 (hasta SE2)		2023-2024 (hasta SE2)		2024-2025 (hasta SE2)		2025-2026 (hasta SE2)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	18	0,10	11	0,06	6	0,03	8	0,04	4	0,02	11	0,06	23	0,12
Entre Ríos	1	0,07	4	0,29	1	0,07	3	0,21	2	0,14	4	0,28	4	0,28
Santa Fe	8	0,23	6	0,17	4	0,11	4	0,11	3	0,08	7	0,19	7	0,19
Centro	**27**	**0,09**	**21**	**0,07**	**11**	**0,04**	**15**	**0,05**	**9**	**0,03**	**22**	**0,07**	**34**	**0,11**
Chaco	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	1	0,16
Misiones	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NEA	**2**	**0,05**	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**	**1**	**0,02**
Jujuy	7	0,91	5	0,65	5	0,64	7	0,88	7	0,88	4	0,50	4	**0,49**
Salta	19	1,34	7	0,49	8	0,55	19	1,29	30	2,02	9	0,60	16	**1,05**
Tucumán	0	0,00	0	0,00	2	0,12	2	0,11	3	0,17	0	0,00	0	0,00
NOA	**26**	**0,46**	**12**	**0,21**	**15**	**0,26**	**28**	**0,48**	**40**	**0,68**	**13**	**0,22**	**20**	**0,33**
Chubut	0	0,00	3	0,48	1	0,16	2	0,31	0	0,00	0	0,00	1	0,15
Neuquén	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,29	0	0,00	1	0,14
Río Negro	1	0,13	1	0,13	0	0,00	0	0,00	1	0,13	1	0,13	4	**0,50**
Sur	**1**	**0,03**	**4**	**0,14**	**1**	**0,03**	**2**	**0,07**	**3**	**0,10**	**1**	**0,03**	**6**	**0,19**
Total País	**56**	**0,12**	**37**	**0,08**	**27**	**0,06**	**45**	**0,10**	**52**	**0,11**	**36**	**0,08**	**61**	**0,13**

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 la temporada actual, se encuentra en la región Centro (56%), seguida por la región NOA (33%) y la región Sur (10%).
La incidencia más elevada se presenta en Salta, Río Negro y Jujuy.
Teniendo en cuenta las temporadas previas (desde la SE 27 del 2019), la incidencia a nivel nacional para la temporada actual es la que presenta la tasa más elevada, 0,13 por 100.000 habitantes, seguida de la temporada 2019-2020 con 0,12.

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=549)

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	36	0,20
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	57	0,19
Chaco	2	0,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,16
Formosa	0	0,00	1	0,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,16
Misiones	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NEA	3	0,07	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,07
Jujuy	23	3,02	10	1,30	10	1,28	16	2,03	9	1,13	11	1,37	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	93	0,20

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

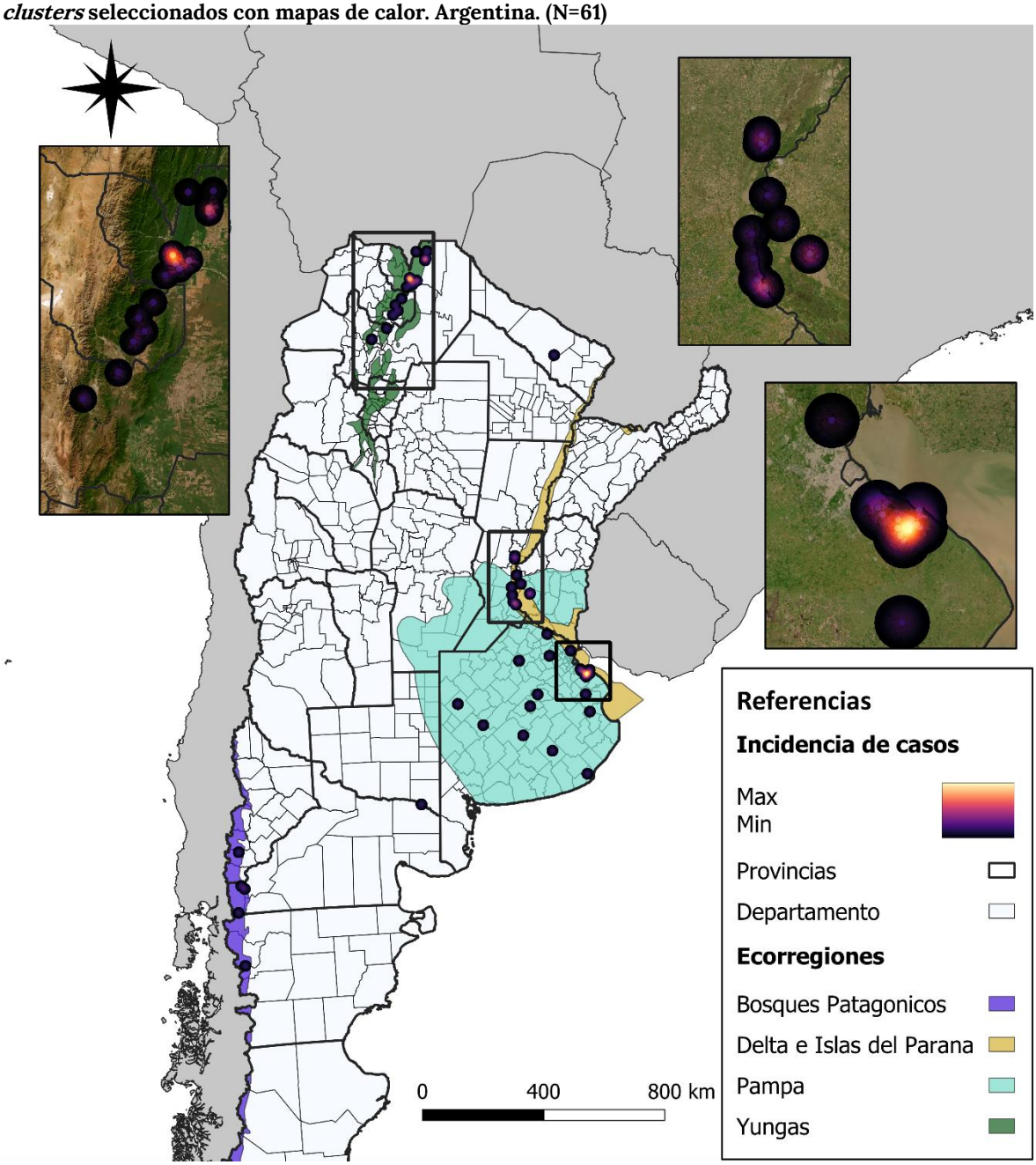
Considerando los casos históricos 2019-2025 (549), se observa que el 46% de éstos se concentraron en la región NOA, seguidos por la región centro (43%) y la región sur (10%). En este caso, al momento del análisis, la tasa de incidencia a nivel nacional del año 2019 es la más elevada (0,28) en todo el período analizado.

En lo que va del año calendario 2026, a la fecha, se han notificado dos nuevos casos, correspondientes a las provincias de Salta y Río Negro.

En el mapa 1, se georreferencia la distribución de los 61 casos de hantavirus desde la SE 27/2025 hasta la SE 2/2026.

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 SE 02/2026, ecorregiones y detalle de *clusters* seleccionados con mapas de calor. Argentina. (N=61)



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

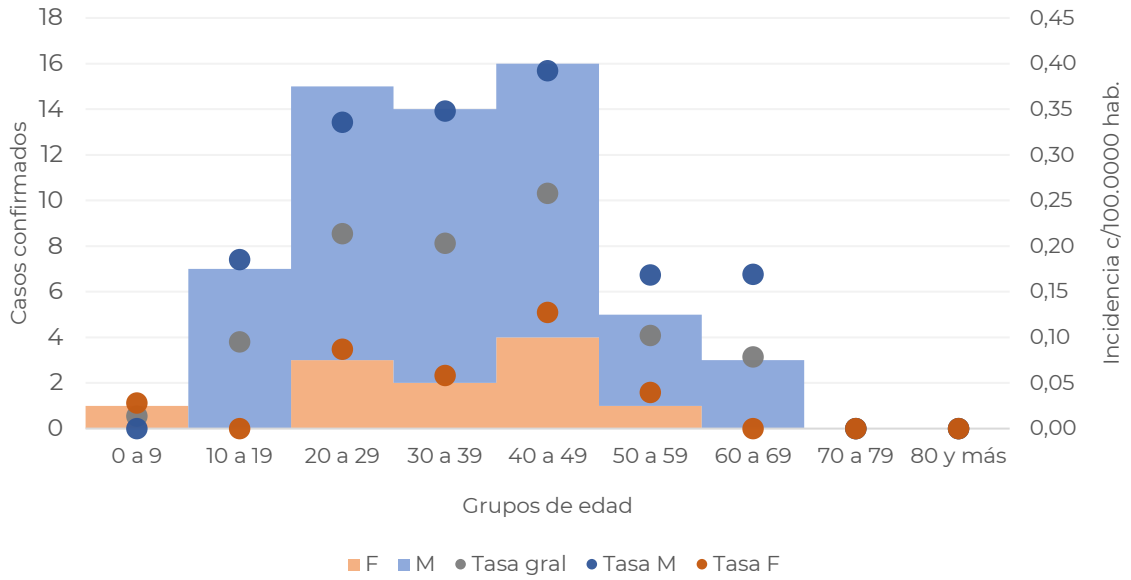
La distribución de los casos de hantavirus se asocia con la del reservorio, aunque las distribuciones de los roedores en general son más extensas y se puede considerar como la máxima área endémica potencial. El Mapa identifica las ecorregiones principalmente vinculadas a los casos. En el NOA, los 20 casos corresponden a departamentos ubicados en las Yungas (verde). En la región Sur, los casos se localizan en los Bosques Patagónicos (5 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 (34 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, lo casos del interior de la provincia de Buenos Aires se asocian a la ecorregión Pampeana.

Se suma 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 sexo y grupo etario para la temporada actual.

Gráfico 7. Hantavirosis: casos confirmados y tasas cada 100.000 habitantes, según sexo y edad. Argentina, SE 27/2025 a SE 02/2026. (N=61)



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

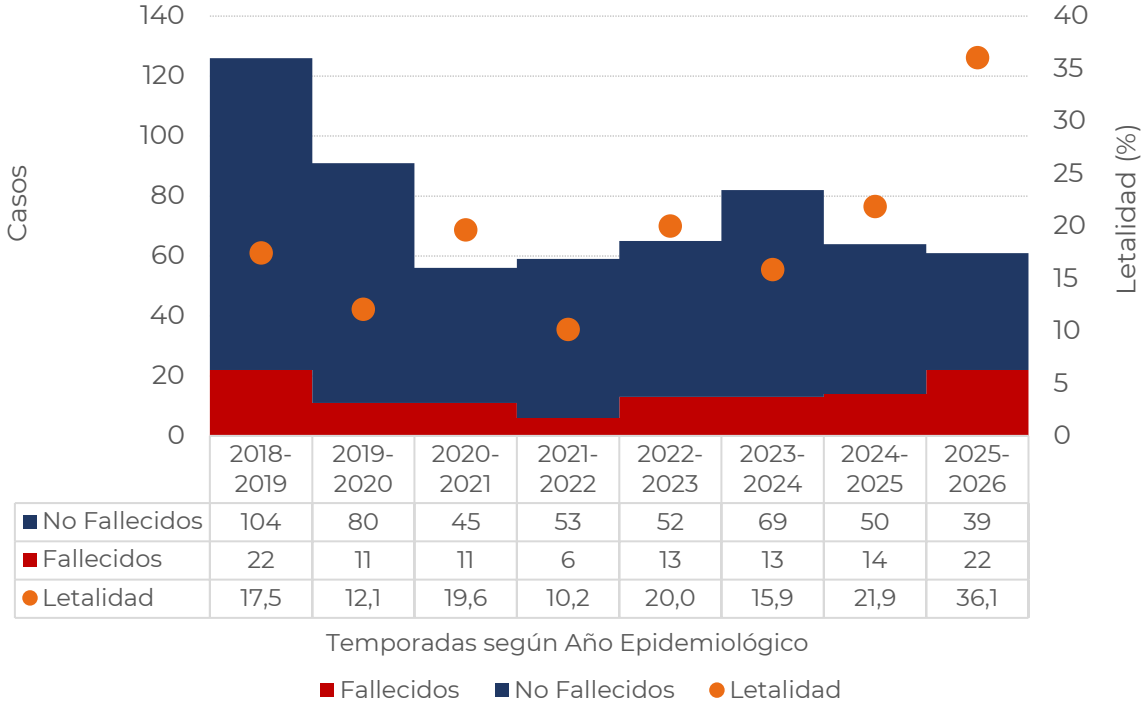
A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados de la temporada en curso es de 34 años, concentrándose el 74% (45) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes en el período.

En cuanto a la distribución de los casos por sexo, el 82% (50) de los casos confirmados para la temporada actual se corresponde con el sexo masculino. Para todos los grupos etarios, se observa una predominancia de los casos masculinos por sobre los femeninos, a excepción del grupo de edad de 0 a 9 años cuyo único caso confirmado se corresponde con el sexo femenino. Es de destacar que, en los grupos de edad de mayor incidencia, las tasas de los varones triplican a las de las mujeres.

Caracterización de la mortalidad

Para dar cuenta de la letalidad y cantidad de fallecidos por temporada desde la SE 27 del año 2018, se presenta el siguiente gráfico.

Gráfico 8. Hantavirosis: Casos y letalidad por temporada. SE 27/2018 a SE 02/2026. Argentina. (N=604)



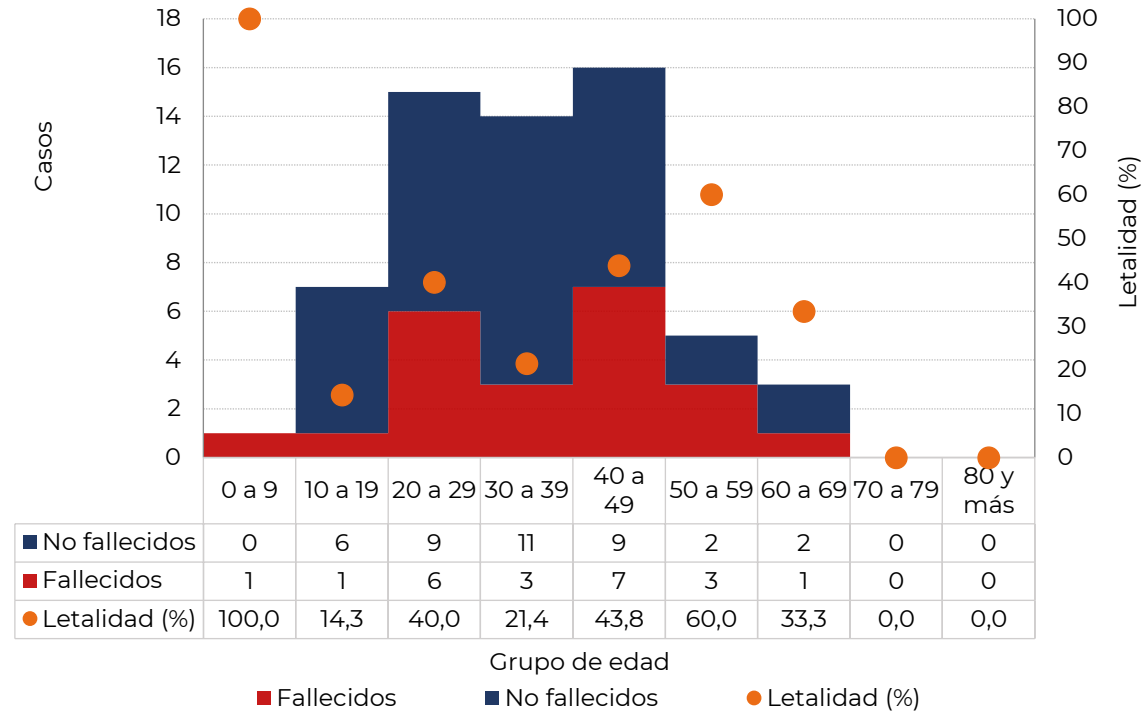
	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
No Fallecidos	104	80	45	53	52	69	50	39
Fallecidos	22	11	11	6	13	13	14	22
Letalidad	17,5	12,1	19,6	10,2	20,0	15,9	21,9	36,1

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

Entre la SE 27/2025 y SE 02/2026 se notificaron 22 casos fallecidos, con una letalidad del 36,1%, la más elevada respecto de las temporadas previas.

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

Gráfico 9. Hantavirosis: Casos y letalidad por grupo etario. SE27/2025 a SE 02/2026. Argentina. (N=61)



	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	6	9	11	9	2	2	0	0
Fallecidos	1	1	6	3	7	3	1	0	0
Letalidad (%)	100,0	14,3	40,0	21,4	43,8	60,0	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.

La mediana de edad de los casos fallecidos para la temporada actual es de 37 años. Excluyendo a los menores de 10 años, cuyo único caso notificado falleció, el grupo con mayor letalidad (60%) corresponde al de 50 a 59 años. A partir de los 70 años no se notificaron casos confirmados.

Para dar cuenta de la situación jurisdiccional, regional y nacional de los casos fallecidos de hantavirosis, se presentan dos tablas. Una de ellas (tabla 3), correspondiente a los fallecidos y tasas de mortalidad en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual (SE 27 de un año a SE 2 del año siguiente) para los años 2019 a 2026 y otra (Tabla 4) con los casos históricos fallecidos de 2019 a 2025.

Tabla 3. Hantavirosis: Casos fallecidos y tasa de mortalidad por 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2018 a 2026 (SE 27 a 02). (N=55)

Año epidemiológico	2019 -2020 (SE27 a SE 02)		2020 -2021 (SE27 a SE02)		2021 - 2022 (SE27 a SE02)		2022 - 2023 (SE27 a SE02)		2023 - 2024 (SE27 a SE02)		2024 - 2025 (SE27 a SE02)		2025 - 2026 (SE27 a SE02)	
Jurisdicción	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**
Buenos Aires	2	0,01	1	0,01	0	0,00	1	0,01	0	0,00	1	0,01	10	0,05
Entre Ríos	0	0,00	1	0,07	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,07	1	0,07
Santa Fe	2	0,06	2	0,06	1	0,03	1	0,03	2	0,06	0	0,00	1	0,03
Centro	**4**	**0,01**	**4**	**0,01**	**1**	**0,00**	**2**	**0,01**	**2**	**0,01**	**2**	**0,01**	**12**	**0,04**
Chaco	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Formosa	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Misiones	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NEA	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**	**0**	**0,00**
Jujuy	2	0,26	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Salta	2	0,14	2	0,14	0	0,00	3	0,20	2	0,13	2	0,13	8	0,53
Tucumán	0	0,00	0	0,00	1	0,06	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NOA	**4**	**0,07**	**2**	**0,04**	**1**	**0,02**	**3**	**0,05**	**2**	**0,03**	**2**	**0,03**	**8**	**0,13**
Chubut	0	0,00	1	0,16	1	0,16	1	0,16	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Neuquén	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,14
Río Negro	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,13	0	0,00	1	0,13
Sur	**0**	**0,00**	**1**	**0,03**	**1**	**0,03**	**1**	**0,03**	**1**	**0,03**	**0**	**0,00**	**2**	**0,06**
Total País	**8**	**0,02**	**7**	**0,02**	**3**	**0,01**	**6**	**0,01**	**5**	**0,01**	**4**	**0,01**	**22**	**0,05**

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

A nivel nacional, la tasa de mortalidad para la temporada actual (SE 27/2025 a SE 02/2026) es la más alta de todo el período analizado (2019 a 2026). Asimismo, para el mismo período, la región del NOA presenta la mayor tasa de mortalidad (0,13), ubicándose todos los casos de la región (8) en la provincia de Salta. Para la actual temporada, no se notificaron casos fallecidos en la región del NEA.

Tabla 4. 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=102)

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	33	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**	**33**	**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	7	39	0,46
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**	**8**	**32**	**0,13**
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**	**32**	**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

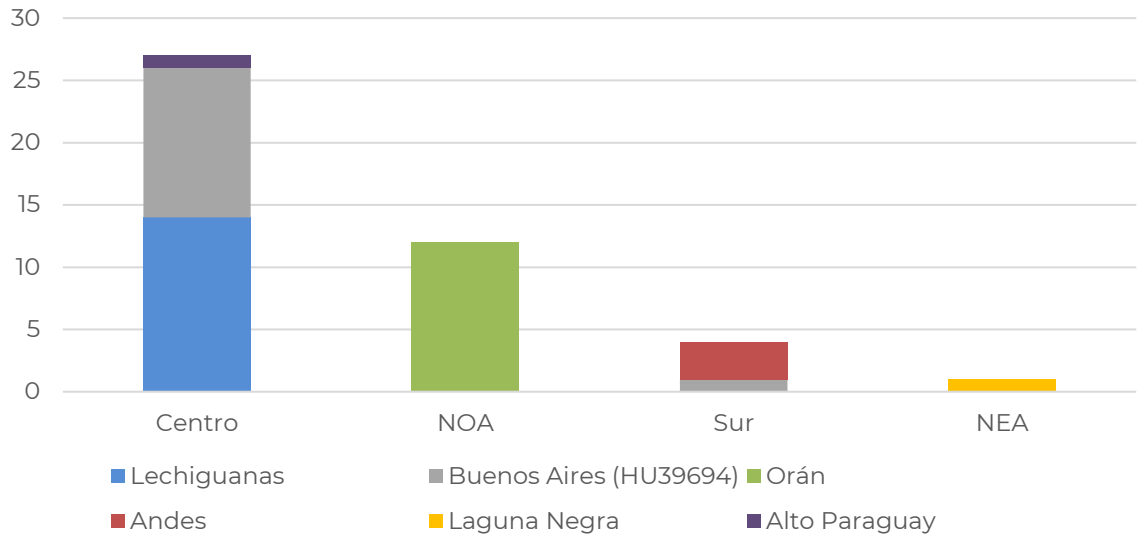
A nivel nacional, desde la SE 1 a la SE 53 del año 2025, se notificaron 32 casos fallecidos, lo que representa una letalidad del 34% de los 93 casos totales.

VI.2.C. VIGILANCIA DE GENOTIPOS DE HANTAVIRUS

Desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 3 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 detectaron tres genotipos, siendo prevalentes los virus Lechiguanas (14), y Buenos Aires (HU39694) (12). En la región NOA se identificó un solo genotipo, el virus Orán (12). En la región Sur se detectó el virus Andes como prevalente en los Andes patagónicos; por otra parte, se identificó un caso, con domicilio en la localidad de Río Colorado (noroeste de la provincia de Rio Negro), correspondiente al virus Buenos Aires (HU39694). En cuanto a la región NEA, se registró en el único caso detectado en el período, el genotipo Laguna Negra.

Gráfico 10. Distribución de genotipos de Hantavirus identificados según región residencia. SE01 2025-a SE03-2026. 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=PLwad1oRGFEgBZpMLjUEzMow5rpQUrJnBP&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 02/2026 presentó una proporción mayor de casos en la zona Centro (56%), 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 8 casos confirmados, dos de los cuales se consignaron como fallecidos.

Se constata con claridad la diferencia de tasas en los casos confirmados, de los hombres sobre las mujeres, triplicando el riesgo en los grupos de edad más afectados. Este hecho podría estar relacionado con el riesgo laboral vinculado a trabajos que se asocian generalmente con varones sumado al hecho del mayor contagio en los ámbitos rurales.

Teniendo en cuenta la estacionalidad, es importante intensificar la sospecha de hantavirosis en zonas endémicas y que sea incorporado en el interrogatorio de ruina durante todo el año, pero aún más 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. 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 todas las personas gestantes a partir de la semana 20 de gestación y se incorporó esta indicación al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) en el año 2013 con el propósito de lograr el pasaje transplacentario de anticuerpos para proteger al lactante durante los primeros meses de vida contra la tos convulsa, y de esta manera disminuir la morbi-mortalidad por coqueluche en lactantes pequeños. Las recomendaciones actuales de vacunación contra tos convulsa durante el embarazo es vacunar con dTpa (triple bacteriana acelular) luego de la semana 20 de gestación, en cada embarazo, independientemente de la edad, antecedente de vacunación con dTpa u otras vacunas con componente antitetánico y del tiempo transcurrido desde el embarazo anterior.

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

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

VII.2. Situación internacional[26]

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.

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

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

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

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

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

VII.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina

VII.3.A. INTRODUCCIÓN

Durante el año 2025 se notificaron 6.768 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 1.177 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 11 fallecimientos, todos en menores de 2 años.

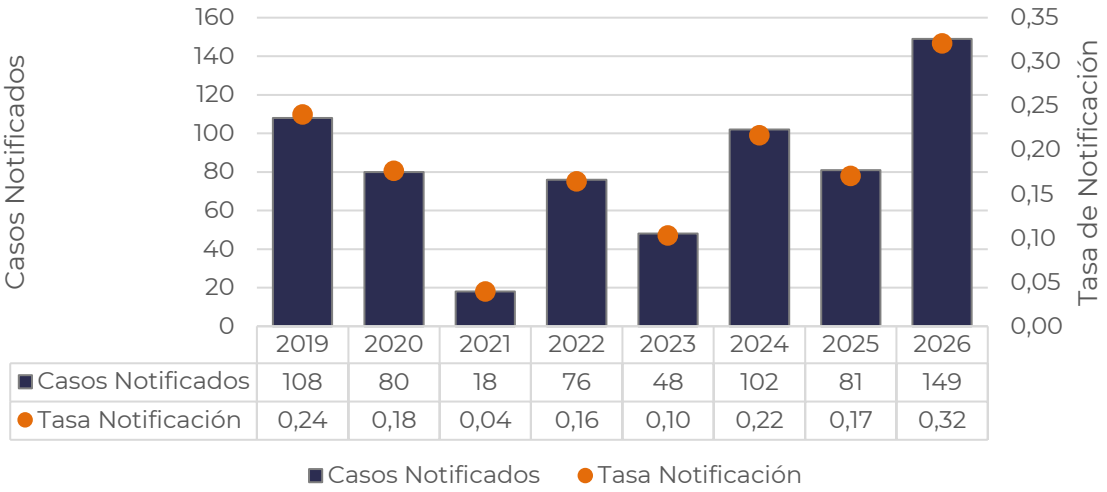
En la 2 primeras SE de 2026 se notificaron un total de 149 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 47 fueron confirmados. En 43 de éstos se contó con confirmación de laboratorio[27], identificándose *B. pertussis* en el 60,5% (n=26). 1 caso correspondió a *B. parapertussis* y 16 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.).

Los 47 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 0,10 casos por cada 100.000 habitantes, siendo también la más alta para la SE1 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 SE2 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 observa en 2026, con 0,13 casos cada 100.000 habitantes, seguido por 2019, con 0,24 casos notificados 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. SE2. Años 2019-2026.



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=60) provincia de Buenos Aires (n= 41) y Córdoba (n= 17). En las 10 provincias restantes que notificaron casos sospechosos, se notificaron menos de 10 casos.[28]

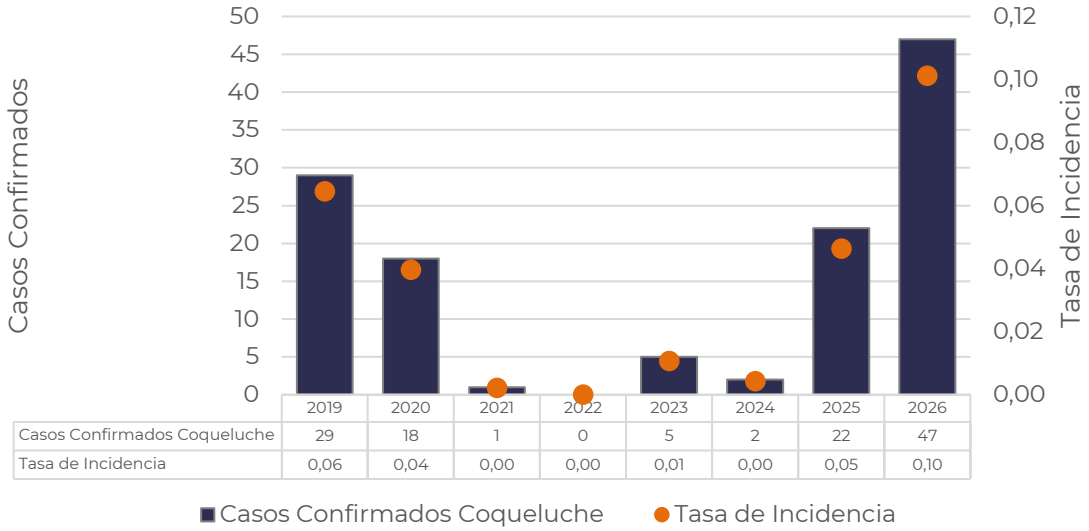
Del total de notificados, se confirmaron 47 casos, lo que representa una tasa de incidencia de 0,10 casos por cada 100.000 habitantes. Si se analiza el período 2019-2026 hasta la SE2, se observa una tendencia descendente de la incidencia entre 2019 y 2022. En 2023 se observó un

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

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

aumento, para luego volver a descender en 2024. Posteriormente, la incidencia aumentó de manera progresiva hasta el año en curso, en el cual se registra la tasa más elevada del período[29].

Gráfico 2. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. Argentina. SE2. Años 2019-2026.

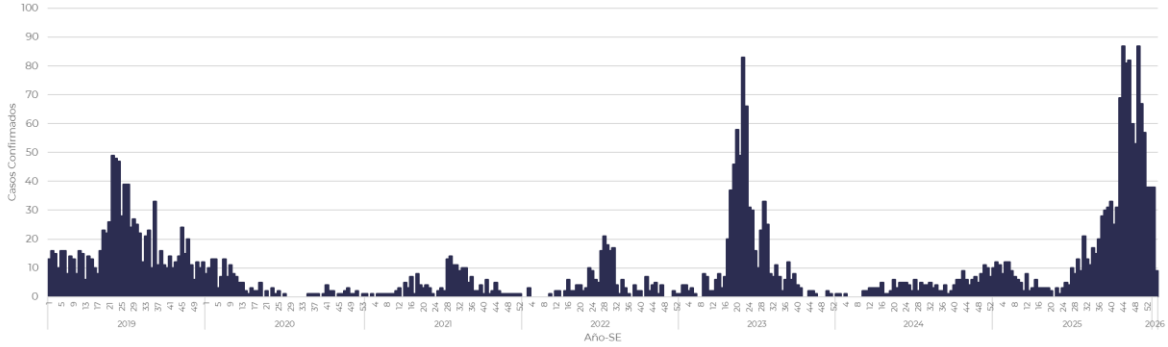


	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos Confirmados Coqueluche	29	18	1	0	5	2	22	47
Tasa de Incidencia	0,06	0,04	0,00	0,00	0,01	0,00	0,05	0,10

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 SE02/2026.



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.

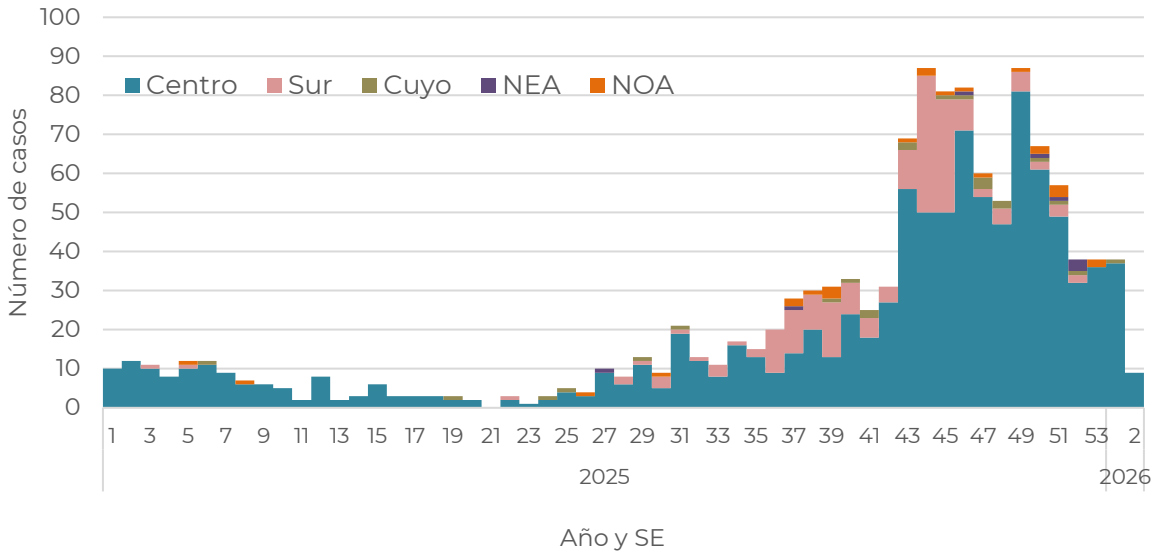
Posteriormente, a partir de la SE 27/2025, se verifica un nuevo ascenso, inicialmente asociado al brote en Ushuaia (Tierra del Fuego) y al aumento de casos confirmados en la Región Centro.

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

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[30].

Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2025-SE2/2026.



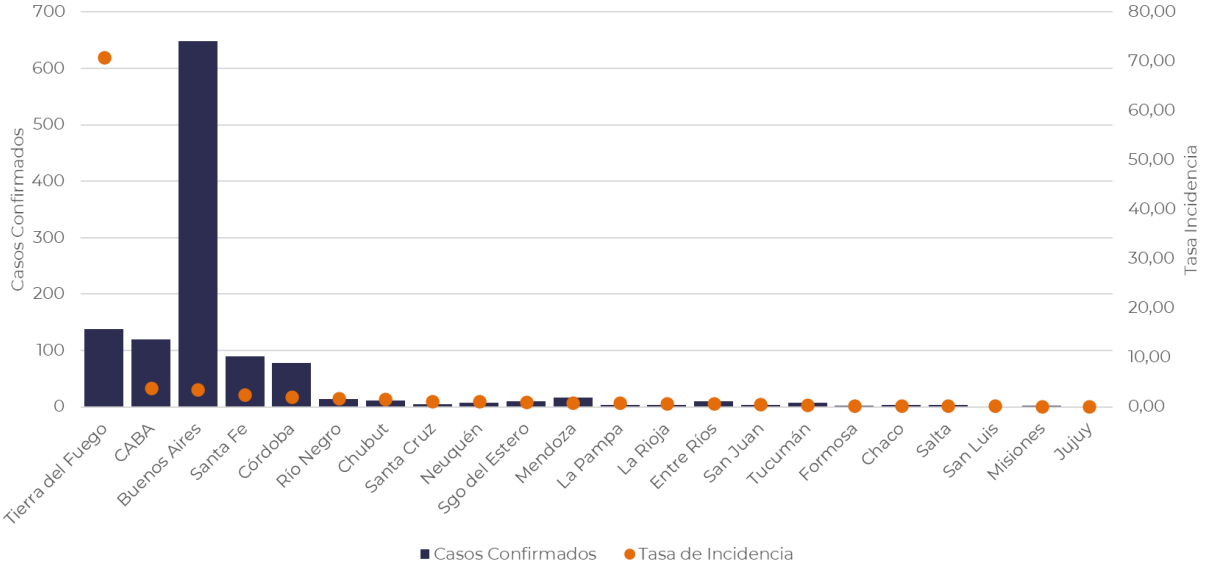
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyeron en 22 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observó en la Región Centro (n=944), 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 179 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=31), Córdoba (n=8), CABA (n=5), Santa Fe (n=2) 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.

[30] 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. 2025.



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

La mayor incidencia acumulada se registró en Tierra del Fuego, que —en el marco del brote en Ushuaia y Río Grande— presentó una IA de 70,80 casos por cada 100.000 habitantes, valor 18,4 veces superior al de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que ocupa el segundo lugar con una IA de 3,86 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 3,53 casos por 100.000 habitantes. Con respecto a la primera semana de 2026, se observa una IA de 0,2 casos cada 100.000 habitantes en CABA, provincia de Buenos Aires y Córdoba, seguidos por Santa Fe y Mendoza (IA= 0,1 y 0,05, respectivamente).

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)[31].

[31] 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. 2019-2025.

Jurisdicciones	Casos Confirmados						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	216	49	45	58	47	73	648
CABA	21	11	0	3	2	53	119
Catamarca	6	0	0	11	2	0	0
Chaco	5	3	0	2	0	0	4
Chubut	12	6	3	1	2	0	11
Córdoba	192	31	37	5	81	11	78
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	4
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	89
Sgo del Estero	2	0	0	0	0	0	10
Tierra del Fuego	7	2	0	0	0	0	138
Tucumán	7	4	1	0	2	0	7
Total Nacional	**953**	**159**	**181**	**200**	**667**	**191**	**1177**

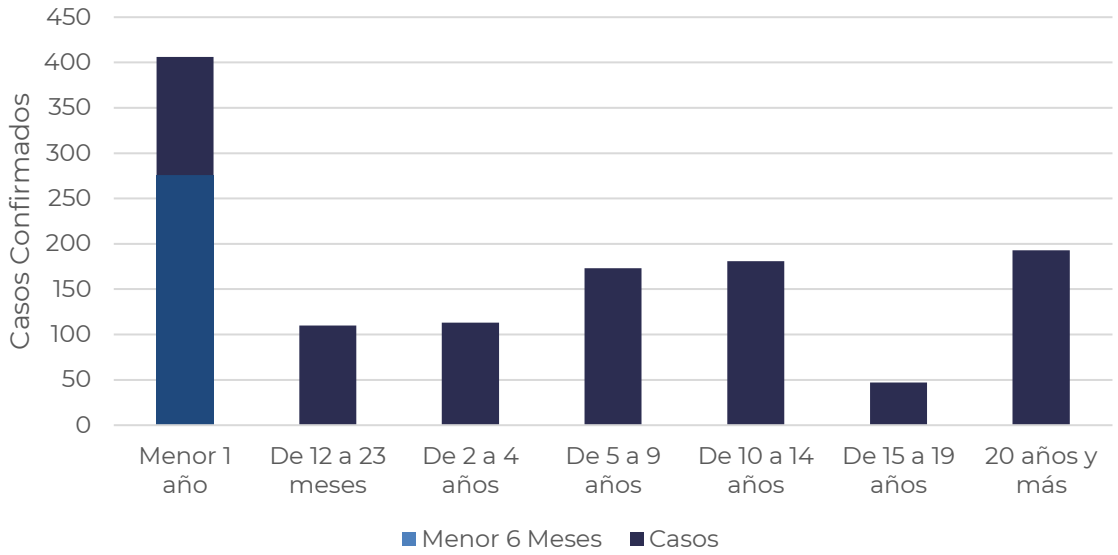
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

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 de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por grupos de edad. SE1/2025 a SE2/2026.



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 33,2% de los casos confirmados en el período analizado (n=406), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=276). 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 11 fallecimientos en casos confirmados con detección de *Bordetella pertussis*: 8 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 las 2 SE de 2026 no se registraron fallecidos.

VII.4. Coberturas de Vacunación

VII.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

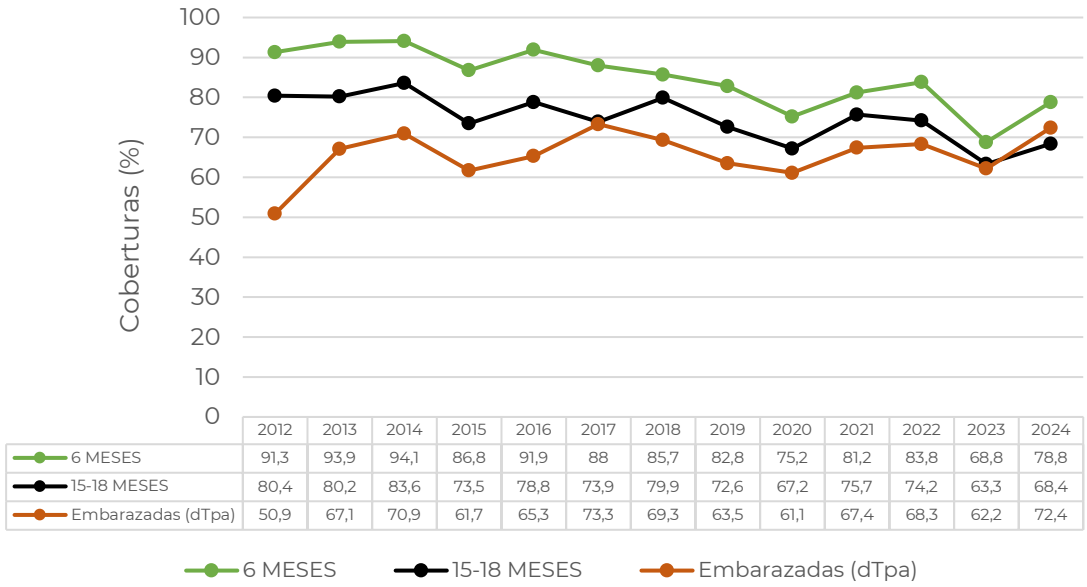
Existen vacunas seguras y efectivas para prevenir la infección por *Bordetella pertussis*. Sin embargo, se registra a nivel mundial, regional y nacional un descenso progresivo de las coberturas que redunda en una acumulación de personas susceptibles a contraer la enfermedad. Por este motivo, es necesario 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 21/01/2026, son:

1º dosis de Quíntuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 81,96%

2° dosis de Quíntuple (4 meses): 81,31%
3° dosis Quíntuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 76,85%
Ref Quíntuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 66,81%
Ref DTP (5 años): 57,43% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 13/11/25: 76,8%)
Ref dTpa (11 años): 57,34% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 13/11/25: 77,6%)
Embarazadas dTpa: 75,82%

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. 2026.

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	69,74	68,95	66,16	59,19	44,17	44,84	64,65
CABA	75,06	75,94	66,42	35,59	44,63	35,52	47,09
Catamarca	90,41	91,26	86,36	68,91	65,71	71,11	85,48
Chaco	91,77	91,01	86,09	75,12	63,39	64,18	90,15
Chubut	92,86	92,9	87,85	78,39	59,99	62,5	86,61
Coba	89,43	88,62	82,82	76,77	60,16	61,46	82,84
Corrientes	91,78	88,01	79,49	61,74	50,49	49,25	89,77
Entre Ríos	91,73	90,36	85,21	78,88	51,64	61,97	90,36
Formosa	79,66	77,86	74,19	54,08	55,9	55,73	81,27
Jujuy	96,96	98,54	94,6	90,09	82,24	80,27	92,4
La Pampa	97,42	98,78	96,84	90,08	67,91	78,67	93,34
La Rioja	95,08	92,57	86,14	73,98	71,14	67,88	89,21
Mendoza	92,38	91,57	88,4	83,5	91,75	85,94	81,01
Misiones	95,84	91,59	80,49	60,94	65,58	64,92	90,5
Neuquén	96,3	94,21	90,86	88	84,96	84,63	92,45
Río Negro	101,95	101,37	96,36	80	66,1	56,82	95,36
Salta	91,61	89,62	86,01	82,32	81,83	95,39	86,84
San Juan	98,81	98,06	89,96	76,61	75,16	73,05	90,55
San Luis	95,1	93,65	91,08	93,35	82,82	80,54	91,41
Santa Cruz	96,08	93,79	91,16	78,92	77,61	72,73	96,11
Santa Fe	83,4	85,86	82,97	68,59	58,46	59,25	80,99
S. del Estero	93,07	90,72	82,63	68,28	54,6	62,38	87,46
T. del Fuego	101,51	104,98	97,96	103,29	73,15	74,47	98,94
Tucumán	83,67	85,01	82,86	79,08	71,48	72,35	79,08

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

El análisis del esquema completo de vacunación contra coqueluche muestra diferencias marcadas entre jurisdicciones. Provincias como Tierra del Fuego, La Pampa, Jujuy, Neuquén, Mendoza y San Juan mantienen altas coberturas en la mayoría de las etapas del calendario, con buen inicio del esquema y refuerzos sostenidos, lo que indica menor acumulación de susceptibles. En contraste, Buenos Aires, CABA, Formosa, Santa Fe, Corrientes y Misiones presentan coberturas intermedias a bajas en varios puntos del calendario, especialmente en los refuerzos de 5 y 11 años, donde se observan los valores más críticos. En embarazadas, la variabilidad también es amplia, con coberturas óptimas en algunas provincias y subóptimas en otras. En conjunto, los datos reflejan la necesidad de fortalecer la continuidad del calendario, mejorar la captación activa y reducir desigualdades entre jurisdicciones.

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

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

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

VIII. Alacranismo – Actualización informe epidemiológico

VIII.1. Introducción

Los alacranes o escorpiones son invertebrados artrópodos pertenecientes al grupo de los quelicerados. Se caracterizan por su capacidad de adaptación, pudiendo sobrevivir a condiciones adversas gracias a sus bajos requerimientos de agua y alimento. En el mundo, se han identificado más de 2000 especies de alacranes agrupadas en 16 familias. Las especies, del género *Tityus* son las de mayor relevancia sanitaria en América Latina, debido a su toxicidad para los seres humanos.

A diferencia de la mayoría de los animales venenosos, que generalmente se encuentran en entornos naturales, la mayor parte de las especies de *Tityus* de importancia médica en la región sudamericana son mucho más comunes en zonas urbanas. Esto se debe a dos características principales: en primer lugar, son especies sinantrópicas, es decir, se adaptan y viven cerca de los ambientes humanos; y, además, se reproducen mediante partenogénesis (reproducción asexual), lo que las convierte en eficaces colonizadoras de entornos urbanos (Barrios-Montivero et al., 2025).

En Argentina, el alacranismo se vincula principalmente a especies de *Tityus* con importancia sanitaria: *Tityus carrilloi (ex T. trivittatus)*, de amplia distribución urbana y responsable de muertes en varias provincias del centro y norte del país; *T. confluens*, implicado en envenenamientos severos y muertes en el NOA; y, en el NEA (Misiones) y zonas fronterizas con Brasil, *T. bahiensis* y hallazgos esporádicos —aún sin población estable— de *T. serrulatus*, especie invasiva con potencial de colonizar el país; por ello, los registros en el sur responden excepcionalmente a transporte intencional o accidental más que a distribución natural.

La picadura de alacrán puede provocar envenenamientos graves o potencialmente mortales, sin embargo, pueden prevenirse y abordarse satisfactoriamente mediante atención médica oportuna y la aplicación del antídoto específico cuando sea necesario. En Argentina, se cuenta con producción suficiente de antiveneno escorpiónico, lo que permite abastecer los establecimientos de salud de las distintas provincias y garantizar el tratamiento adecuado de las personas afectadas.

En este informe se presenta una actualización de la situación de alacranismo para el año en curso. Para mayor información sobre los casos notificados en años previos, dirigirse a: BEN 745 SE8 de 2025

VIII.2. Nota metodológica

En nuestro país, el alacranismo 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 SNVS 2.0, de la notificación nominal, entre el 1 de enero de 2025 y 31 de diciembre de 2025 con información notificada hasta el día 4 de enero de 2025.

Para el período analizado se incluyó el evento “Alacranismo” 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”. Se consideraron casos clasificados manualmente como “Caso sospechoso” (casos en los que no se

logró identificar el animal, pero la exposición y la sintomatología sugiere picadura de alacrán) y "Caso confirmado" (casos con identificación del animal).

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 de los casos, se priorizó la variable "Provincia de residencia"; cuando ésta no estaba consignada, se utilizó como alternativa la variable "Provincia de carga".

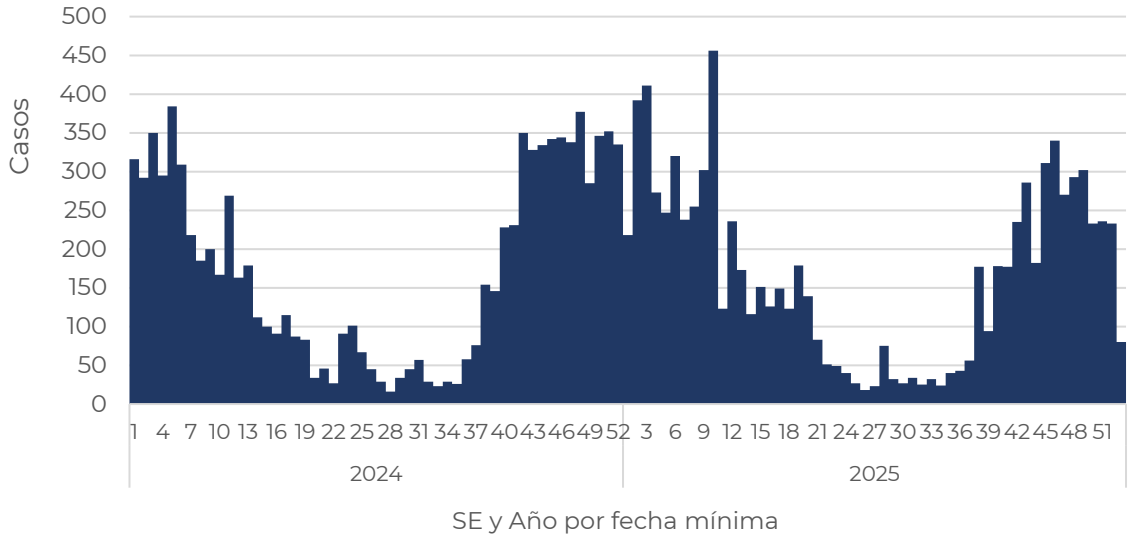
Para el cálculo de las tasas de incidencia y la elaboración de los mapas se utilizaron las proyecciones de población por sexo y grupo de edad elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), correspondientes al período intercensal basado en el Censo Nacional de Población, Hogares 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.3. Situación epidemiológica de alacranismo

VIII.3.A. EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LOS CASOS NOTIFICADOS

En la evolución semanal de los casos notificados se observa un **patrón estacional**, con incrementos en los meses de mayor temperatura. Al comparar 2024 (SE 01–52) con 2025 (SE 01–53), se mantiene este comportamiento, en consonancia con condiciones climáticas favorables para la actividad del alacrán, con variaciones en la magnitud de los picos semanales.

Gráfico 1. Casos notificados de sospechosos y confirmados de alacranismo desde el inicio del 2024 hasta SE 53 del 2025. Argentina. (N=18.171)



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

VIII.3.B. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA Y TASAS DE NOTIFICACIÓN

Entre las SE 01 y 53 del año 2025, se notificaron 8.933 casos de alacranismo al SNVS 2.0. En la siguiente tabla se puede observar la desagregación según región y jurisdicción.

Tabla 1. Casos y tasas cada 100 mil hab. de alacranismo según provincia, región y año. Argentina. SE 1-53 de 2024 - 2025.

Jurisdicción	2024		2025	
	Total Casos	Tasa	Total Casos	Tasa
Buenos Aires	38	0,2	38	0,2
CABA	16	0,6	28	1,1
Córdoba	2.345	70,7	2.936	87,5
Entre Ríos	291	24	340	27,8
Santa Fe	591	19	369	11,8
Total Centro	**3.281**	**12,9**	**3.711**	**14,4**
Mendoza	13	0,7	9	0,5
San Juan	47	6,9	35	5,1
San Luis	27	6	16	3,5
Total Cuyo	**87**	**3**	**60**	**2,1**
Chaco	35	3,4	28	2,7
Corrientes	91	9,5	121	12,5
Formosa	56	10,9	45	8,7
Misiones	15	1,4	7	0,6
Total NEA	**197**	**5,5**	**201**	**5,6**
Catamarca	230	63,7	208	57
Jujuy	214	31,9	390	57,5
La Rioja	908	261,2	538	152,7
Salta	656	53,7	612	49,4
Sgo. del Estero	342	40,8	327	38,6
Tucumán	3.491	236,9	2.875	192,6
Total NOA	**5.841**	**118,9**	**4.950**	**99,5**
Chubut	4	0,7	4	0,7
La Pampa	0	0	1	0,3
Neuquén	7	1,2	2	0,3
Río Negro	1	0,2	0	0
Santa Cruz	2	0,6	4	1,2
Tierra del Fuego	2	1,2	0	0
Total Sur *	**16**	**0,6**	**11**	**0,4**
Total País	**9.422**	**23,9**	**8.933**	**22,4**

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

**** Para la región del Sur se aclara que los casos notificados han sido atendidos en el sitio probable de ocurrencia del evento: Catamarca (1), Córdoba (10), Entre Ríos (1), La Rioja (4), Salta (3) y Tucumán (1).***

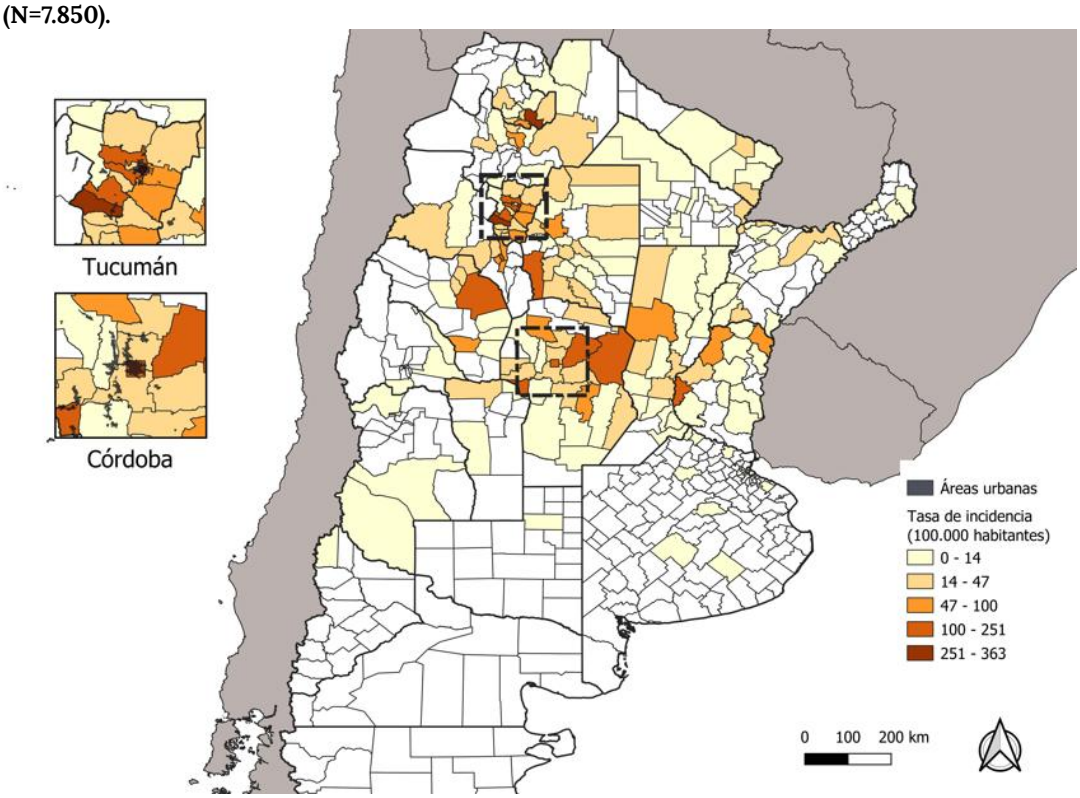
Desde la SE 1 hasta la SE 53 del 2025, hasta la fecha de elaboración del presente informe, se notificaron 8.933 casos en todo el país, lo que representa un 6% menos que en el mismo periodo

en el 2024[32]. Prácticamente la totalidad de los casos (97%) tuvieron lugar en las regiones de NOA y Centro, consignando el 55,4% y el 41,5% del total de casos respectivamente.

Asimismo, se observa que Córdoba (2.936) es la que presenta la mayor cantidad de casos de alacranismo, seguida por Tucumán (2.875), representando ambas jurisdicciones el 58,6% de las notificaciones totales durante el 2025.

Al analizar la incidencia por cada 100.000 habitantes, quienes presentan una mayor tasa de incidencia anual acumulada fueron las provincias de Tucumán (192,6), La Rioja (152,7) y Córdoba (87,5) siendo así, la región del NOA, la que exhibe la incidencia más alta de todo el país, siendo casi 5 veces mayor que la media nacional (99, 5 vs. 22,4).

Mapa 1. Tasas de alacranismo según departamento de residencia y áreas urbanas. Argentina. Año 2025. (N=7.850).



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

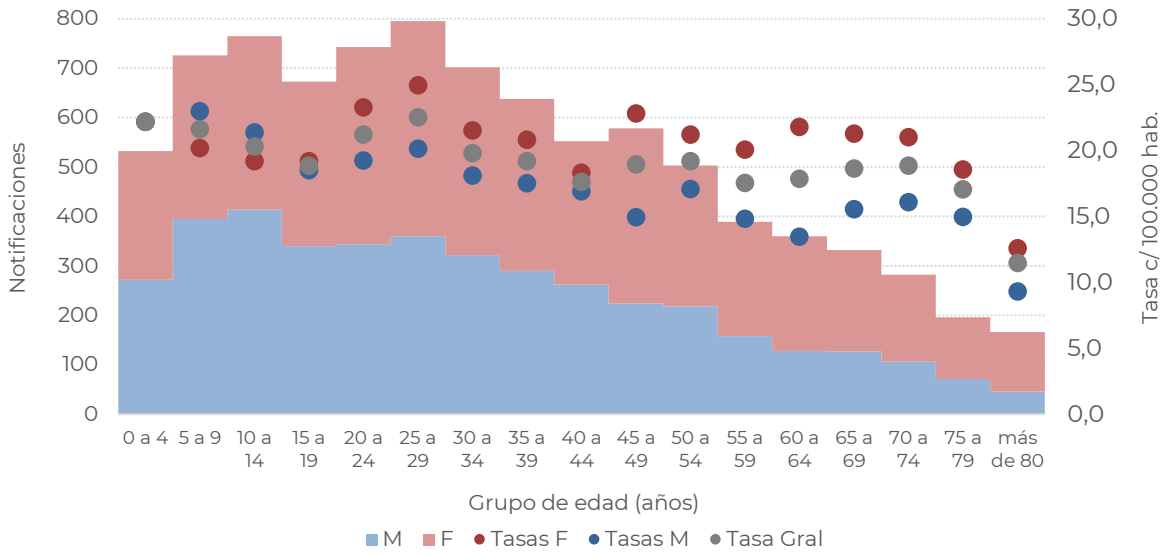
En relación con la distribución por departamento, se destacan con una mayor tasa de incidencia anual acumulada por 100.000 habitantes, Chicligasta (Tucumán) (289,3), San Pedro (Jujuy) (269,2), San Miguel de Tucumán (Tucumán) (248,2), Choya (Santiago del Estero) (233,7) y San Javier (Córdoba) (200,9).

[32] Es importante destacar, una vez más, que existen notificaciones retrospectivas. Esto significa que, durante los meses de enero, febrero y sucesivos del año 2026, se notifican casos ocurridos durante el 2025. Es por ello que se insiste que los casos presentados son parciales y sujetos a notificación.

VIII.3.C. ANÁLISIS SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD

A continuación, se presenta la información referida a la distribución de casos por sexo y grupos de edad junto con las tasas por 100.000 habitantes.

Gráfico 2. Número de casos de alacranismo según sexo y edad y tasa cada 100 mil habitantes. Argentina. SE1 Hasta SE 53 de 2025. (N= 8.932)*



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0 y del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2022.
** Se excluye 1 caso que no cuenta con sexo asignado.*

En relación con la distribución por sexo, el femenino presentó un 16% más de casos que el masculino, con un total de 4852 casos, lo que representa la razón de 1,19 casos femeninos cada 1 caso masculino.

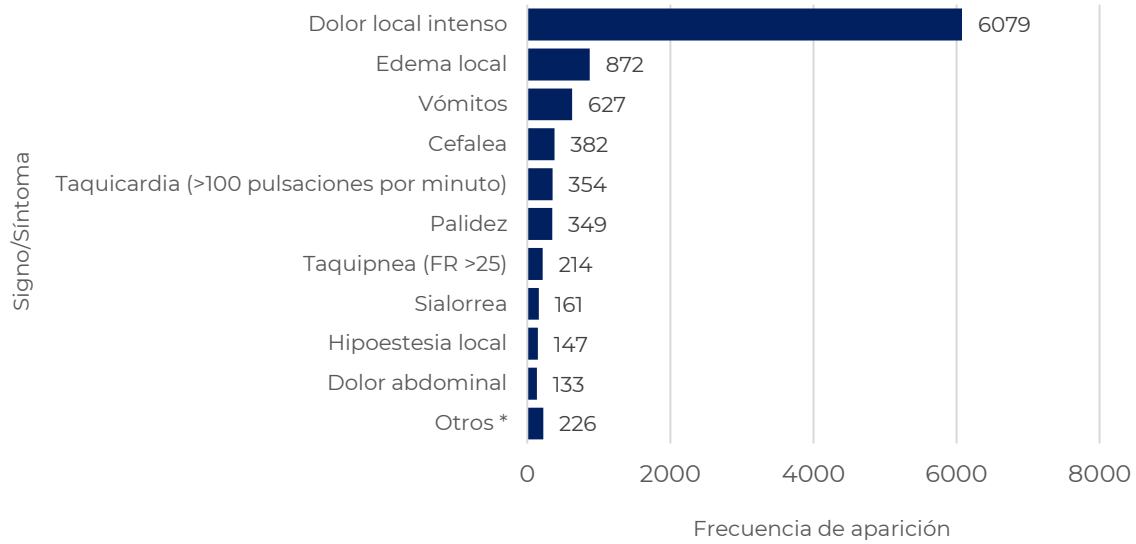
En lo que respecta a la edad, si bien la mayor cantidad de casos se encuentran en los grupos entre 5 y 39 años (representando un 56,4 % del total), las tasas más elevadas se observaron entre las personas de 25 a 29 años y de 0 a 4 años, con 22,5 y 22,2 cada 100.000 habitantes respectivamente, seguido por el grupo de edad de 5 a 9 con 21,6.

Con excepción del grupo de más de 80 años, donde la incidencia disminuye a 11,5, las tasas para todas las edades se encuentran en el rango de 17 a 22 casos cada 100.000 habitantes, siendo levemente más elevadas de la media en las mujeres a partir del grupo de 20 años.

VIII.3.D. ANÁLISIS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

Teniendo en consideración que un caso notificado puede tener consignado más de un signo y síntoma, se organizaron los mismos según la clasificación clínica. En el período analizado, el 64,7% de los casos cuentan con los signos y síntomas consignados.

Gráfico 3. Número de casos de alacranismo según signos y síntomas. Argentina. SE1 hasta SE 53 de 2025. (N= 9.544) **



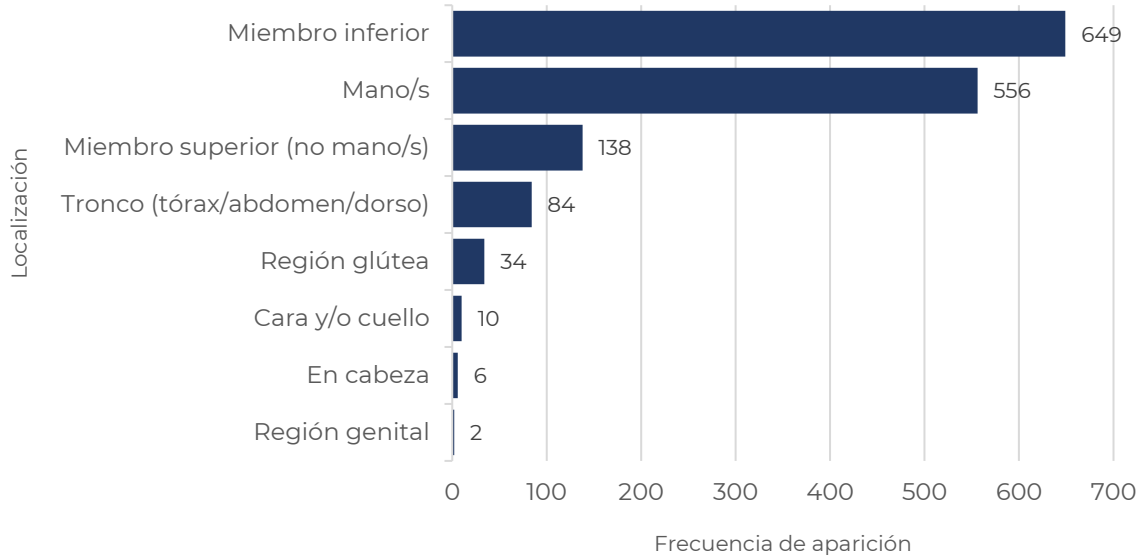
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0
** "Otros" incluye: dolor urente o quemante, dolor local (escaso), bradipnea (FR <15), convulsiones, rinorrea, diarrea, distrés respiratorio, hipotermia, arritmia, temblores, bradicardia (<60 pulsaciones por minuto) y trastorno del sensorio*
*** Se excluyen la localización de las lesiones y puede existir más de un signo y síntoma por caso.*

Por lo tanto, del total de signos y síntomas consignados (9544) el 74,4% corresponden a cuadros leves[33] (7100), principalmente dolor local intenso (6079) y edema local (872), seguido por un 18,3% de moderados[34], en particular vómitos (627), cefalea (382) y taquicardia (354), y por último un 7,3% de signos y síntomas graves[35], con un predominio de palidez (349), sialorrea (161) y trastorno del sensorio (83).

Por otra parte, en el SNVS 2.0 en la sección signos y síntomas se consignan además la localización de las lesiones que serán analizadas en el siguiente gráfico.

[33] Entre otros signos y síntomas leves se encuentran: dolor local (escaso) y dolor urente o quemante.
[34] Entre otros signos y síntomas moderados se encuentra: cefalea.
[35] Entre otros signos y síntomas graves se encuentran: sialorrea, dolor abdominal, trastorno del sensorio, bradicardia (<60 pulsaciones por minuto), temblores, arritmia, hipotermia, distrés respiratorio, diarrea, convulsiones, rinorrea, bradipnea (FR<15).

Gráfico 4. Número de casos de alacranismo según localización. Argentina. SE 1-53 de 2024 - 2025.



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0

Como puede observarse, las localizaciones más frecuentes fueron en miembro inferior y en mano. Si se considera la localización en relación a la clasificación clínica, ambas lesiones en su mayoría fueron leves.

VIII.3.E. TRATAMIENTO

La picadura de la especie *Tityus (carrilloi, confluens, bahiensis, serratus)* puede resultar especialmente peligrosa en niños, adultos mayores y personas con enfermedades preexistentes, como hipertensión arterial, cardiopatías o diabetes, entre otras. El tamaño corporal del accidentado es un factor relevante en el envenenamiento, ya que, a igual dosis de veneno inoculada, los individuos de menor peso presentan mayor sensibilidad.

En la mayoría de los casos, cuando solo se observan manifestaciones locales, es suficiente la observación clínica durante un período aproximado de seis (6) horas, sin que sea necesaria la internación ni la administración de antiveneno. En cambio, ante un envenenamiento sistémico de carácter moderado o grave, se requiere internación en una unidad de terapia intermedia o intensiva, donde pueda realizarse monitoreo cardíaco continuo y un control estricto del medio interno. En estos casos, la aplicación precoz del antiveneno es fundamental (Ministerio de Salud, 2011).

En sujetos adultos, la picadura generalmente no reviste gravedad, por lo que, en términos generales, no es necesario el uso de antiveneno específico y suele ser suficiente el manejo del dolor, manteniendo la observación clínica durante seis horas. En los niños, especialmente en los de menor edad, el cuadro clínico suele ser más grave; por ello, independientemente de la presentación clínica o de la administración de antiveneno, se recomienda su ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). La experiencia internacional ha demostrado una marcada disminución de la mortalidad con la combinación del uso de antiveneno y la internación en UTI (Ministerio de Salud, 2011).

El antiveneno producido en el país utiliza como inmunógeno el veneno de *Tityus carrilloi*, neutralizando tanto el veneno de esta especie como el de *Tityus confluen, Tityus bahiensis* y

Tityus serratus. La dosis por administrar dependerá de la gravedad del cuadro clínico y se recomienda suministrar la dosis total en una única aplicación. La edad y el peso del paciente no modifican la dosis indicada, por lo que los niños deben recibir la misma dosis que los adultos (Ministerio de Salud, 2011).

De las 9460 notificaciones de tratamiento reportadas, **el 9,3% (880) refirió la administración del tratamiento específico con antiveneno escorpiónico**. A partir de los datos de la Guía de Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Vigilancia Epidemiológica del Envenenamiento por Escorpiones, se rearman las categorías de la variable de clasificación clínica del caso según dosis para obtener un criterio mutuamente excluyente. Por lo tanto, para el análisis se considera, caso moderado a quienes se les haya aplicado de 2 a 4 dosis y casos graves quienes hayan recibido 5 o más dosis. Entre quienes recibieron el antiveneno, según la cantidad de ampollas, el 62,7% fue moderado, mientras que el 14,7% fue grave.

Además, con relación a la gravedad del evento, 841 personas resultaron internadas a causa de alacranismo, lo que representa el 9,4% del total de casos en el periodo analizado. Asimismo, del total de estos casos, el mayor porcentaje (30,1%) se reportó en los niños de 0 a 4 años. Durante el año 2025, no se reportaron fallecidos por alacranismo.

VIII.4. Producción de antiveneno escorpiónico

VIII.4.A. INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Producción de Biológicos (INPB) de la ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" es un laboratorio productor público de material de partida, Ingrediente Farmacéutico Activo (IFA), de medicamentos de origen biológico y de reactivos para uso diagnóstico, aprobado por ANMAT (Disposición ANMAT N°10206/17 y DI-2019-705-APN-ANMAT#MSYDS).

El INPB es el único productor, tanto público como privado, de todos los antivenenos destinados al tratamiento de accidentes provocados por animales ponzoñosos de importancia médica en Argentina y elabora ocho tipos diferentes de antivenenos, entre los cuales se incluye el antiveneno escorpión. Este último constituye el único antiveneno escorpiónico producido en el país y ha sido históricamente el producto utilizado para salvar la vida de las personas que requirieron tratamiento frente a casos de envenenamiento por picadura de alacrán.

VIII.4.B. COMPOSICIÓN DEL PRODUCTO TERMINADO

El Antiveneno Escorpión, como producto terminado, es una solución estéril y apirógena de Fragmentos $F(ab)_2$ de inmunoglobulinas equinas específicas purificadas, a partir de plasma equino hiperinmune para el veneno de escorpiones del género *Tityus*[36] obtenidos por termocoagulación, precipitación salina y digestión enzimática. Cada frasco ampolla neutraliza no menos de 50 DL_{50} (dosis letales medias en ratón) del veneno de escorpiones del género *Tityus*. Cada frasco-ampolla contiene menos de 10 g/dl de proteína y menos de 1% de albúmina, así como excipientes Fenol 0,35 % (P/V) y Solución fisiológica de cloruro de sodio c.s.p. en presentación de 2 ml. El producto debe conservarse entre 2 °C y 8 °C y NO debe congelarse.

[36] Si bien el antiveneno se produce inmunizando equinos con veneno de *Tityus carrilloi* (ex *Tityus trivittatus*) estudios experimentales muestran que es capaz de neutralizar el veneno de otras especies de *Tityus* de Argentina.

La producción anual se divide luego en unidades que se distribuyen al Sistema Nacional de Distribución a nivel nacional gracias a la Gestión Integral Logística que el INPB lleva adelante con la colaboración de Coordinación de Zoonosis Nación, así como unidades que destinan como stock de contramuestras, unidades para el desarrollo de los Estudios de Estabilidad, y unidades que se entregan como donación a países de Latinoamérica, siempre y cuando la demanda nacional esté cubierta.

La producción de Antiveneno Escorpión está directamente relacionada con la disponibilidad de veneno y por ende de animales (escorpiones vivos) y es aquí donde el INPB hace hincapié en la importancia del compromiso de las jurisdicciones en llevar adelante campañas de captura, recolección, almacenamiento y entrega de dichos ejemplares vivos. Para aumentar las unidades de producto, es prioritario contar con mayor cantidad de animales recibidos desde las provincias, y fue por ello que se planificaron Comisiones de Recolección bimestrales, con el propósito de recuperar aquellos animales que permanecen en los centros de acopio provinciales entre las fechas de los diferentes envíos hacia el INPB.

Todas las jurisdicciones deben generar estrategias para obtener escorpiones, y aumentar la producción de antiveneno Escorpión y la distribución a los centros ponzoñosos intraprovinciales.

VIII.5. 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, la obtención de información precisa para la notificación inmediata y así contar con el tratamiento específico en forma oportuna en los pacientes. En este aspecto, se ejecuta un análisis periódico de las notificaciones de alacranismo y la evaluación de la respuesta sanitaria en caso que se requiera. Tal cual se menciona en el apartado anterior, desde el Ministerio de Salud de la Nación se realiza la producción del antiveneno Escorpión por parte del Instituto Nacional de Producción de Biológicos ANLIS “Carlos G. Malbrán” (INPB) y su distribución a todas las jurisdicciones del país. El INPB además de abastecer los tratamientos dentro del territorio nacional, realiza en varias oportunidades donaciones de frasco ampollas de antiveneno escorpión a países de la Región de las Américas ante la solicitud por una emergencia sanitaria.

Se realizan capacitaciones presenciales y virtuales para los equipos de salud del primer nivel de atención y personal del sistema de gestión de la salud, como también personal de Parques Nacionales y provinciales, fuerzas armadas y de seguridad en relación a los escorpiones de interés médico sanitario, su biología, tratamiento, epidemiologia y prevención de los casos de alacranismo.

Los equipos técnicos nacionales están trabajando en la actualización de las guías de vigilancia, prevención y control de envenenamiento por animales ponzoñosos, teniendo programada su publicación en el presente año.

En la página web del Ministerio de Salud de la Nación y del Hospital Nacional Posadas, se encuentra disponible material para la población en general de alacranismo:

https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/envenenamientoalacran

https://www.argentina.gob.ar/salud/hospital-nacional-posadas

VIII.6. Medidas de prevención

VIII.6.A. PROTECCIÓN PERSONAL

- Revisar y sacudir las prendas de vestir, y el calzado antes de usarlos, especialmente si han permanecido en el suelo.
- Sacudir la ropa de cama antes de acostarse o de acostar un bebe o niño. Para impedir el ascenso de los alacranes a las cunas, se recomienda colocar frascos de vidrio o plástico liso en las patas o rodearlas con cinta adhesiva lisa (como cinta scotch o de embalar)
- Tener precaución al revisar cajones o estantes: retirar los objetos progresivamente, evitando introducir la mano directamente o revolver el contenido.
- Evitar caminar descalzo en zonas donde se conozca la presencia de escorpiones

VIII.6.B. PROTECCIÓN INTRADOMICILIARIA

(Para reducir la presencia de alacranes dentro del domicilio)

- Utilizar rejillas anti-insectos o anti-plaga o con trama adecuada o con protección en desagües de ambientes y sanitarios. Colocar tapones en piletas y bañeras.
- Controlar las entradas y salidas de cañerías, así como las aberturas y hendiduras.
- En puertas y ventanas conviene colocar burletes donde queden rendijas, mosquiteros. Hacer lo mismo con las rejillas de desagües.
- Revocar las paredes, reparar las grietas en pisos, paredes y techos.
- Control de cámaras subterráneas, cañerías, sótanos, huecos de ascensor y oquedades de las paredes en los que pueden encontrarse.

VIII.6.C. PROTECCIÓN EN EL ÁMBITO PERIDOMICILIARIO

- Mantener una limpieza cuidadosa y periódica de las viviendas y sus alrededores.
- Controlar y eliminar la basura para reducir la cantidad de insectos (especialmente cucarachas) que sirven como fuente de alimento para los escorpiones.
- Revisar cuidadosamente la hojarasca y los escombros y evitar juntarlos directamente con las manos.
- Extremar las precauciones al examinar lugares oscuros y húmedos.
- Fomentar la presencia de aves de corral (patos, gansos, gallinas) ya que actúan como predadores naturales de los escorpiones.

Como última alternativa y con asesoramiento especializado, puede recurrirse a la aplicación de plaguicidas de baja toxicidad realizada exclusivamente por personal capacitado, **con la finalidad de reducir la población de insectos** (como cucarachas y arañas, entre otros) que son el alimento de los alacranes (la fumigación no actúa sobre el alacrán). **Nunca deben aplicarse plaguicidas sin haber implementado previamente las medidas preventivas y de control ambiental recomendadas**.

VIII.7. Conclusiones

El alacranismo en Argentina mantiene un comportamiento estacional marcado, con mayor número de casos en los meses de altas temperaturas, en concordancia con condiciones climáticas favorables para la actividad del escorpión. Durante 2025, hasta la publicación del presente informe (SE 2 del 2026), se notificaron 8.933 casos, lo que representa una disminución del 6% respecto a 2024, aunque con importantes diferencias regionales. Las regiones NOA y Centro concentran casi la totalidad de los casos, especialmente en áreas urbanas, evidenciando una fuerte asociación entre alacranismo y urbanización, condiciones ambientales y habitacionales. Las provincias con mayores tasas de incidencia continúan siendo Tucumán, La

Rioja y Córdoba, consolidándose como áreas prioritarias para la vigilancia, prevención y control. La mayor cantidad de casos ocurrió entre los 5 y 39 años, y el mayor riesgo se encuentra en las altas tasas observadas en niños de 0 a 4 años, confirmando que este grupo de edad constituye el más vulnerable y requiere especial atención sanitaria. No se notificaron fallecidos durante 2025, lo que refleja un impacto positivo del acceso oportuno al antiveneno y del manejo clínico adecuado, especialmente en casos moderados y graves.

El alacranismo continúa siendo un problema relevante de salud pública, especialmente en determinadas regiones del país, que exige sostener y fortalecer la vigilancia epidemiológica, la capacitación del personal de salud y las acciones preventivas comunitarias.

VIII.8. Vigilancia epidemiológica

Alacranismo constituye un evento de notificación obligatoria en los términos de la Ley Nacional 15465 y la Resolución 2827/2022.

VIII.8.A. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

- Alertar sobre la ocurrencia de intoxicaciones por veneno de escorpión para implementar medidas de prevención, capacitación y control.
- Brindar tratamiento precoz de los casos, identificación del animal agresor y planificación de las intervenciones.
- Asegurar la provisión del antiveneno específico, producir y distribuir adecuada y oportunamente.
- Evaluar la tendencia en la notificación y determinar la distribución de casos de personas intoxicadas.

VIII.8.B. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Se presenta como un síndrome neurotóxico potencialmente grave y letal, que se produce por la picadura e inoculación de veneno de diferentes especies de escorpiones (o alacranes) del género *Tityus*. Clasificación de cuadro clínico:

Puede presentarse con dos tipos de manifestaciones:

-Dolor agudo, punzante y muy intenso, y que puede extenderse hacia regiones contiguas. Puede observarse un leve edema y, en ocasiones, sensación de hormigueo o hipoestesia local, pudiendo agregarse contracciones musculares fibrilares en el área afectada, piloerección y sudoración localizada, sin producción de daño tisular. Puede haber taquicardia secundaria al dolor y signos descriptos.

-Moderado: síndrome local acompañado de síntomas sistémicos como sudoración discreta, náuseas, vómitos ocasionales, sin compromiso hemodinámico y respiratorio de importancia. Puede haber taquicardia e hipertensión leve secundaria al dolor y la signología descripta.

-Grave: a los síntomas anteriores se agregan una o más de las siguientes manifestaciones clínicas: confusión mental que alterna con excitación psicomotriz, taquicardia seguida de bradicardia, aparición precoz de sialorrea, rinorrea y epífora, hipotermia, palidez, frialdad de los miembros, bradipnea, crisis de sudoración. Vómitos profusos y frecuentes son signo de mal pronóstico. Los pacientes con cuadros graves pueden presentar shock con hipo o hipertensión.

Caso sospechoso: Antecedente de accidente escorpiónico, cuadro clínico y características epidemiológicas compatibles, sin identificación del animal.

Caso confirmado: Caso sospechoso con identificación del animal.

Se podrá notificar en el SNVS 2.0 la gravedad del caso en la solapa clínica en la subsección Diagnóstico referido como “Leve”, “Moderado” y “Grave”.

VIII.8.C. NOTIFICACIÓN

La estrategia de vigilancia es universal con periodicidad inmediata bajo el evento: alacranismo. La modalidad de vigilancia es nominal desde la sospecha para los que cumplan con la definición de caso sospechoso.

Ficha de notificación de alacranismo:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/09-2025-ficha_alacranismo_2025.pdf

Instructivo de notificación al SNVS 2.0 de alacranismo:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/09-2025-instructivo_alacranismo_2025.pdf

ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS **INTERNACIONALES**

IX. Introducción

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

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

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

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

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

IX.1. Situación epidemiológica mundial y regional de sarampión

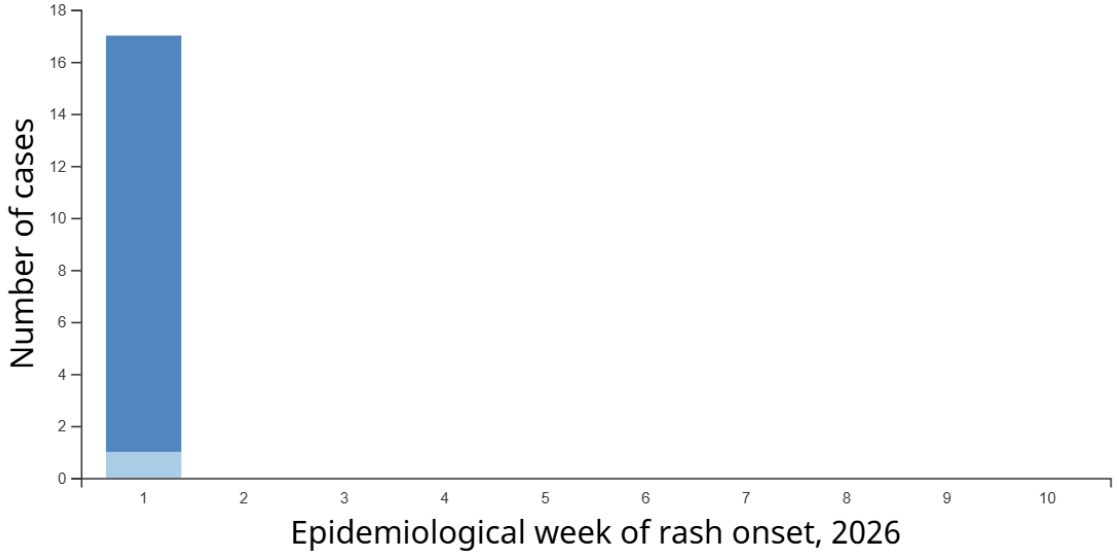
IX.1.A. CANADÁ[37]

En 2026, se han notificado un total de 17 casos de sarampión (13 confirmados, 4 probables) en 4 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Saskatchewan), hasta el 10 de enero del 2026.

En la semana 1 (del 4 al 10 de enero del 2026), se notificaron 11 nuevos casos de sarampión (13 confirmados y 4 probables) en 4 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba y Saskatchewan).

[37] https://health-infobase.canada.ca/measles-rubella/

Figura 1. Curva epidemiológica de casos de sarampión, por semana epidemiológica de inicio de la erupción y fuente de exposición, 2026 (n=17)



IX.1.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[38]

Al 22 de enero de 2026, se notificaron 416 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 413 casos fueron reportados por 14 jurisdicciones: Arizona, California, Florida, Georgia, Idaho, Kentucky, Minnesota, Carolina del Norte, Ohio, Oregón, Carolina del Sur, Utah, Virginia y Washington. Se notificaron 3 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

Se han notificado 0 nuevos brotes en 2026, y el 94 % de los casos confirmados (393 de 416) están asociados a brotes (0 correspondientes a brotes en 2026 y 393 a brotes que comenzaron en 2025).

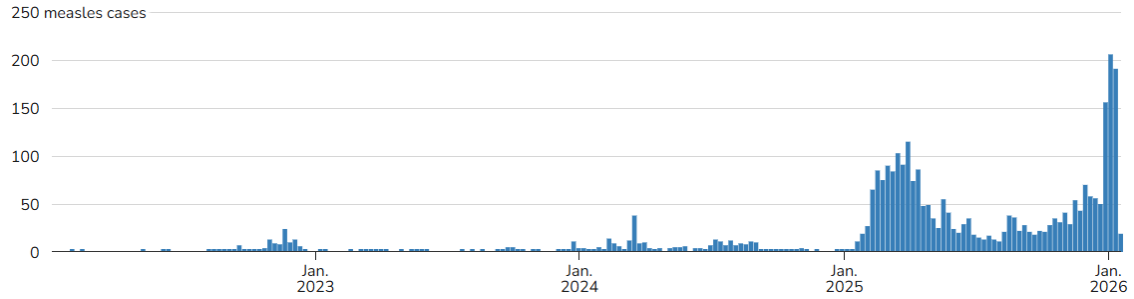
En el año 2025, se notificaron un total de 2.255 casos confirmados de sarampión. De ellos, 2.230 casos han sido confirmados en 45 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, 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 (2.006 de 2.255) 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.

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

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2023-2026 (hasta 22/01/26).

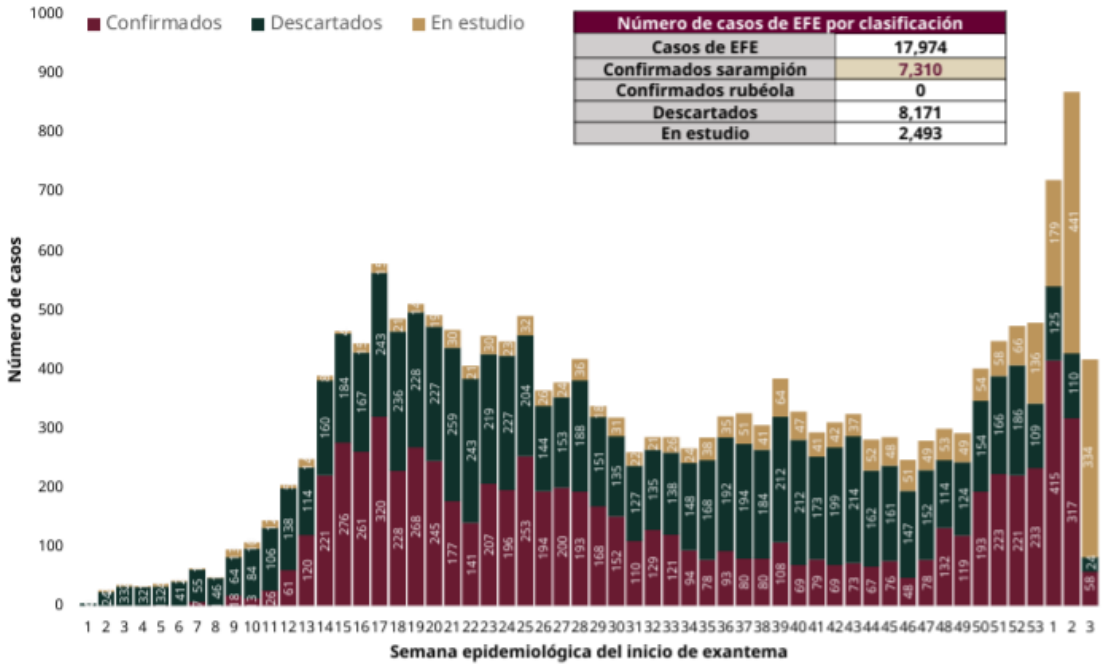


IX.1.C. MÉXICO[39]

Al 22 de enero, se han reportado 7.310 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote; en las 24 horas previas se reportaron 59 casos. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (1.122 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años (859 casos) y el de 25 a 29 años (804 casos).

Se han reportado 25 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.

[39] www.gob.mx/salud/documentos/informe-diario-del-brote-de-sarampion-en-mexico-2026

IX.2. Panorama mundial de Mpox – ECDC

IX.2.A. PANORAMA GENERAL

El clado II de la mpox ha estado circulando a nivel mundial desde 2022. Tras la propagación y el aumento de casos fuera de las áreas endémicas de África en 2022, en 2025 los casos del clado II se han notificado principalmente en países de África occidental (por ejemplo, Ghana, Guinea, Sierra Leona, Liberia. Fuera de África, los casos se notificaron mayoritariamente en adultos (99%) y en varones (97%), la mayoría de los cuales informó haber tenido relaciones sexuales con hombres (89%). En los países africanos con aumentos recientes del clado II, se han notificado casos entre adultos jóvenes de sexo masculino y femenino, y el contacto sexual ha sido descrito como un factor impulsor de la propagación.

IX.2.B. RESUMEN DEL CLADO I DE MPOX Y CLASIFICACIÓN DE LOS PATRONES DE TRANSMISIÓN

En general, en África, en 2025 y hasta diciembre, los cinco países que han notificado el mayor número de casos confirmados y sospechosos del clado I son la RDC, Uganda y Burundi, seguidos por Kenia y Zambia. En las últimas seis semanas y hasta el 7 de diciembre de 2025, según la OMS, la mayoría de los casos del clado I fueron notificados por la RDC y Kenia (366 y 140 casos, respectivamente). Menos de 100 casos fueron notificados en el mismo período por cada uno de los siguientes países: Uganda, Burundi, Zambia, Sudán del Sur y Tanzania. En la RDC, el país que notificó la mayor cantidad de casos de mpox en 2025, los clados Ia e Ib están co-circulando. También se han notificado casos debidos al clado IIb. En las últimas semanas, y hasta el 7 de diciembre, la tendencia descendente con fluctuaciones semanales en los casos confirmados y sospechosos continuó según la OMS. Sin embargo, esta tendencia debe interpretarse con cautela. En general, en las últimas semanas se ha notificado una tendencia descendente de los casos de mpox del clado I en África.

En la UE/EEE, Suecia (en 2024), Alemania (en 2024 y 2025), Bélgica (en 2024 y 2025), Francia, Irlanda, Italia y España (en 2025), así como Grecia (en octubre de 2025) y Rumania (en diciembre de 2025), han notificado casos de mpox del clado I asociados a viajes o casos esporádicos con vínculos epidemiológicos con casos asociados a viajes. Además de África y la UE/EEE, desde agosto de 2024, se han notificado casos del clado I en Tailandia, India, el Reino Unido, los Estados Unidos, Canadá, Pakistán, Omán, China, los Emiratos Árabes Unidos, Qatar, Brasil, Suiza, Australia, Türkiye y Japón. Cabe destacar que el 7 de diciembre de 2025 se informó que un caso con antecedente de viaje a Asia, previamente notificado como clado I por el Reino Unido, resultó ser un recombinante interclado de los clados I y II.

La mayoría de los casos asociados a viajes notificados fuera de los países africanos tuvo vínculos con países africanos afectados. También se han notificado casos importados con antecedente de viaje al Líbano, Malasia, Nepal, Tailandia y China. En octubre de 2025, Italia, los Países Bajos, Portugal y España notificaron mpox del clado I en hombres sin antecedente de viaje. En los Países Bajos y España, se trató de hombres que informaron haber tenido contacto sexual con otro hombre. Además, los Estados Unidos notificaron tres casos no vinculados del clado I en California sin antecedente de viaje, con investigaciones que indican que la transmisión de persona a persona entre hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y sus redes sociales, podría estar en curso en el estado (Community Spread of New Mpox Type (Clade I) in California Has Been Identified; Risk to General Public Remains Low). Desde 2024, se ha confirmado transmisión secundaria limitada de mpox debida al MPXV clado I fuera de África en la UE/EEE, notificada por Alemania, Bélgica e Irlanda. Fuera

de la UE/EEE, se ha notificado transmisión secundaria en el Reino Unido, China, Qatar y Australia. El número de casos secundarios notificados en estos eventos fuera de África ha sido bajo (rango: 1–6 casos por evento). Según la información disponible, todos los eventos de transmisión se debieron a contacto estrecho y no se notificaron muertes.

IX.2.C. PATRONES DE TRANSMISIÓN DE LA MPOX DEBIDA AL VIRUS DE LA VIRUELA SÍMICA CLADO I

Actualización: 16 de noviembre de 2025

Desde septiembre de 2024, tras un análisis de los patrones de transmisión del MPXV observados a nivel nacional y dadas las limitaciones e incertidumbres, el ECDC ha utilizado información epidemiológica oficial para clasificar a los países según si el clado I del MPXV es endémico o si fue notificado por primera vez desde 2024. Las categorías son las siguientes:

Países que notifican únicamente casos asociados a viajes o casos con un vínculo claro con casos asociados a viajes: Angola, Australia, Bélgica, Brasil, Canadá, Francia, Alemania, Grecia, India, Irlanda, Japón, Namibia, Omán, Pakistán, Rumania, Qatar, Senegal, Sudáfrica, Sudán del Sur, Suecia, Suiza, Tailandia, Turquía, el Reino Unido, los Estados Unidos y Zimbabue;

Conglomerados de casos o transmisión limitada: China, Italia, Malasia, los Países Bajos, Portugal, España, los Emiratos Árabes Unidos y los Estados Unidos;

Transmisión comunitaria: Burundi, República Centroafricana, Congo, RDC, Etiopía, Kenia, Malaui, Mozambique, Ruanda, Tanzania, Uganda y Zambia.

La magnitud de la transmisión en curso no detectada del clado I de mpox no puede cuantificarse con certeza. Varios países han notificado casos con antecedente de viaje a regiones o países con un número limitado de casos del clado I o sin casos del clado I, y no se dispone de información adicional sobre las cadenas de transmisión. Por ejemplo, Viet Nam, Nepal y el Líbano no han notificado ninguna detección de mpox del clado I y han sido informados como lugares de viaje de casos conocidos en otros países. También se han notificado casos importados con antecedente de viaje a Malasia, Tailandia y China, pero cada uno de estos países ha notificado un número reducido de casos, en su mayoría asociados a viajes.

La categorización se actualizó por última vez el 16 de diciembre de 2025. La situación epidemiológica se monitorea de forma continua y la clasificación se revisa y ajusta en función de una evaluación cualitativa de las tendencias notificadas.

Malí también notificó recientemente casos de mpox por primera vez; sin embargo, el clado aún no ha sido determinado (Global Mpox Trends published 11 December 2025, data as of 7 December 2025).

El 13 de agosto de 2024, Africa CDC declaró la mpox como una Emergencia de Salud Pública de Seguridad Continental, y esta decisión sigue vigente (Mpox Still a Continental Emergency, Africa CDC Advisory Group Recommends – Africa CDC). El 14 de agosto de 2024, la OMS también declaró el brote de mpox debido al MPXV clado I como una emergencia de salud pública de importancia internacional (PHEIC), la cual se dio por finalizada el 5 de septiembre de 2025.

Fuente: https://www.ecdc.europa.eu/en/mpox-worldwide-overview

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

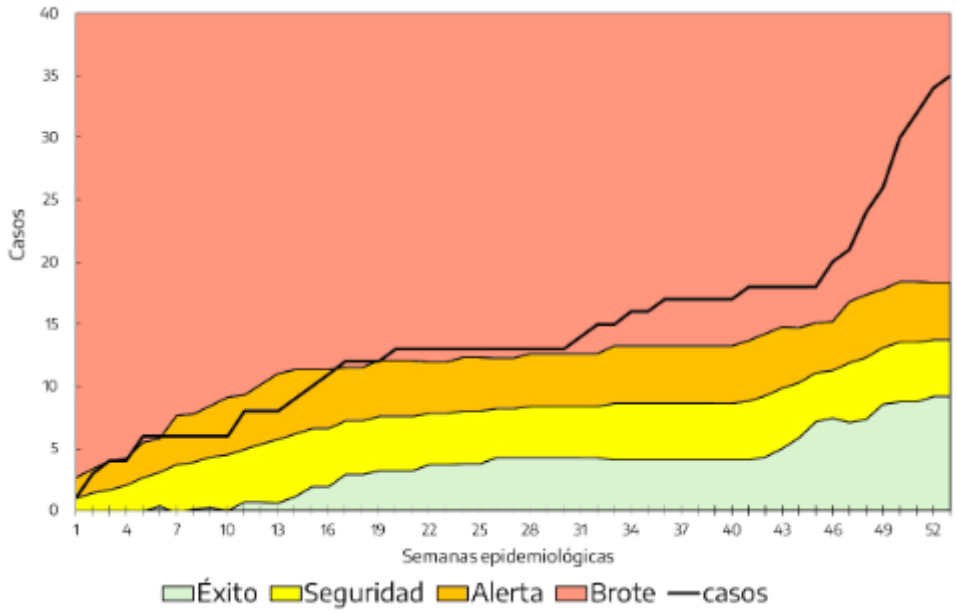
X. Boletines Jurisdiccionales

X.1. Buenos Aires: Hantavirus

En lo que va de 2026 hasta el 10/01/2026 (SE 1) se notificaron 7 casos sospechosos de hantavirus, de los cuales 1 es probable, 2 continúan como sospechosos y el resto fue descartado. Se registró 1 caso fallecido con diagnóstico probable correspondiente a una niña de 10 años de edad residente del partido de General Belgrano.



Corredor endémico acumulativo de casos confirmados de hantavirosis para los años 2020 - 2024 y casos acumulados de 2025 de SE 1 a 53. Provincia de Buenos Aires.



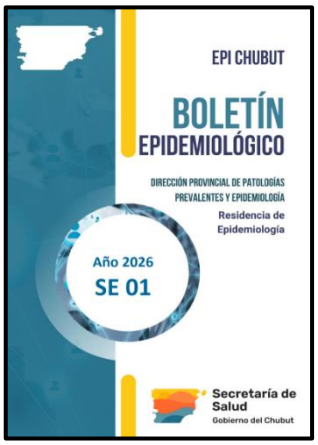
Fuente: SNVS 2.0. Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

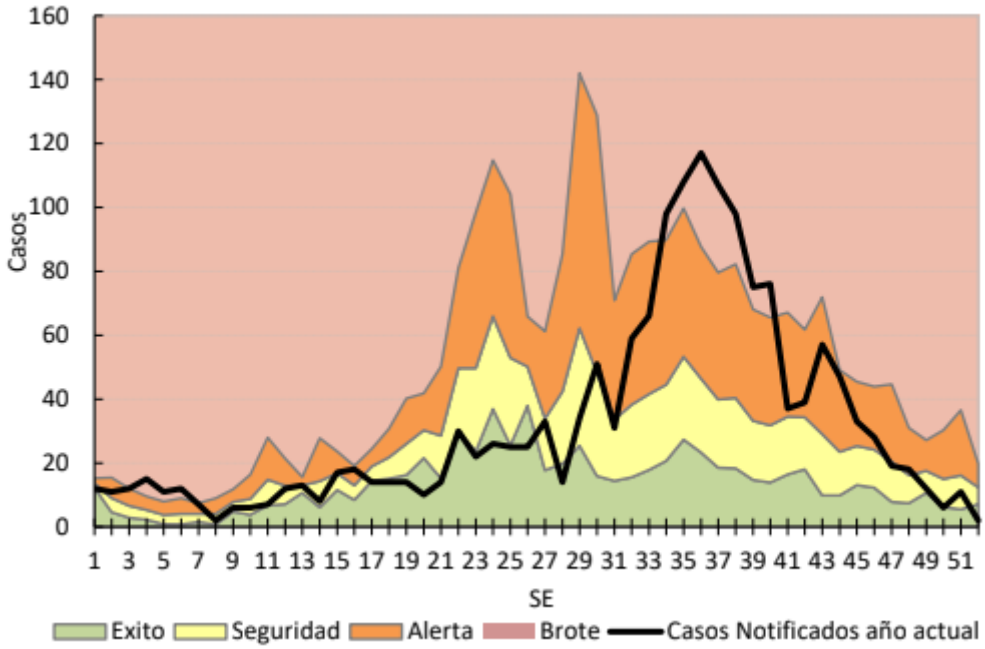
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

X.2. Chubut: Bronquiolitis

El corredor endémico de bronquiolitis en las últimas 4 semanas del 2025 (SE 48 a SE 51) se ubica en la zona de seguridad.



Corredor endémico semanal de Bronquiolitis. Provincia de Chubut. SE 1-52. Año 2025. N= 1639



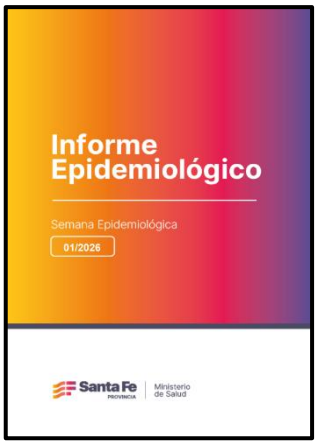
Fuente: Elaboración propia de Residencia de Epidemiología HZPM en base al SNVS 2.0

Para más información:

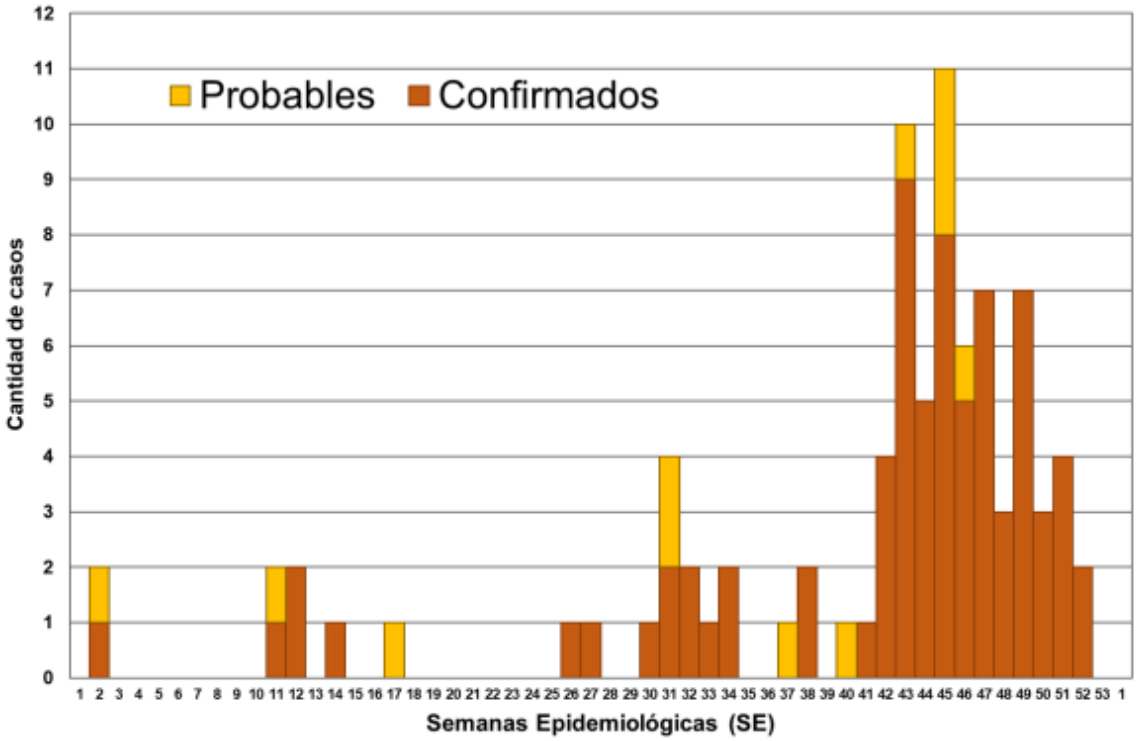
http://ministeriodesalud.chubut.gov.ar/epidemiological_releases

X.3. Santa Fe: Coqueluche

En la Provincia de Santa Fe entre la SE 1 y 53 de 2025 y SE 1 de 2026, se notificaron un total de 386 casos al evento de Coqueluche, de los cuales 75 se confirmaron y 12 se clasificaron como probables.



Distribución de casos confirmados (n= 75) y probables (n= 12) según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1/2025 a SE 1/2026. Período 2025-2026. N= 87.



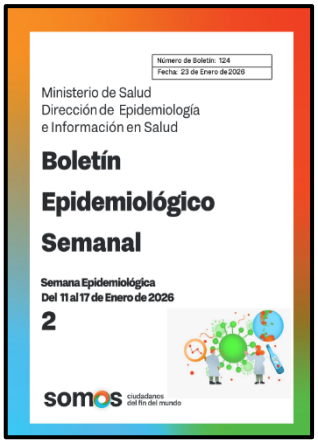
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

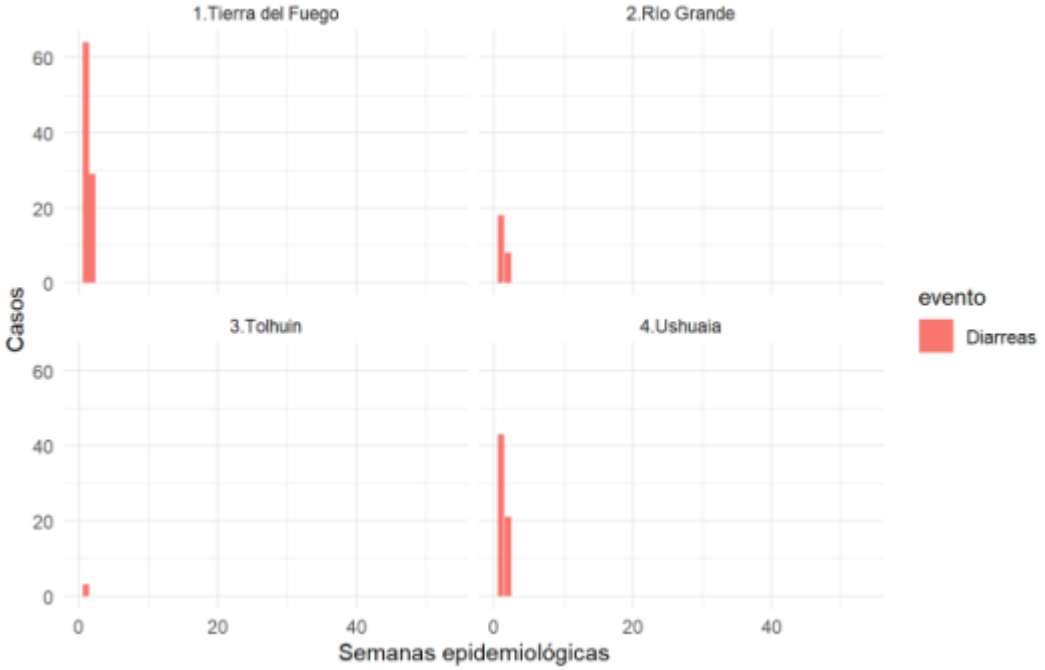
https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/244875/%28subtema%29/93802

X.4. Tierra del Fuego: Diarrea aguda

Hasta la semana 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 79,7% de los casos registrados a nivel provincial.



Diarreas agrupadas en Tierra del Fuego según localidad. SE 2 – Año 2026



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

Para más información:

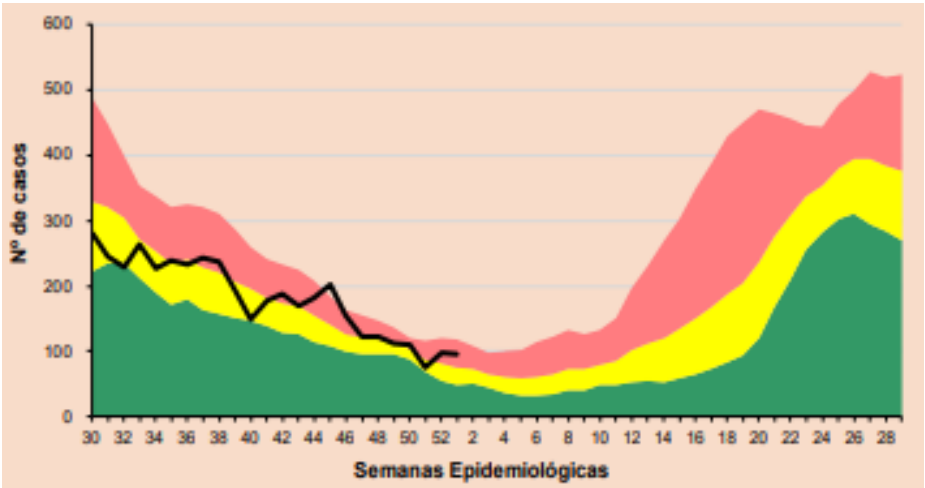
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/boletines-provinciales/

X.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 1 se notificaron 96 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis SE 30 de 2025 a SE 2 de 2026. Provincia de Tucumán.



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

Con el fin de mantener a los equipos técnicos de vigilancia actualizados sobre los cambios, mejoras y modificaciones en la configuración de eventos en el SNVS 2.0, en este número se publican las realizadas en **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.”
	Tuberculosis	laboratorio	Determinación	En “Prueba molecular detección/resistencia a drogas de MTB”, se adicionan: “Abbott Real Time MTB”, con resultado “MTB detectado”, “MTB no detectado”, “Error/invalido/sin resultado” y “Abbott RealTime MTB RIF/INH Resistance”, con resultado “Resistencia a RIF NO detectada. Resistencia a INH NO detectada”, “Resistencia a RIF NO detectada. Resistencia a INH detectada”, “Resistencia a RIF NO detectada. Resistencia a INH indeterminada”, “Resistencia a RIF detectada. Resistencia a INH NO detectada”, “Resistencia a RIF detectada. Resistencia a INH detectada”, “Resistencia

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
				a RIF detectada. Resistencia a INH indeterminada", "Resistencia a RIF indeterminada. Resistencia a INH detectada", "Resistencia a RIF indeterminada. Resistencia a INH NO detectada", "Resistencia a RIF indeterminada. Resistencia a INH indeterminada", y "Detección de resistencia. Por debajo del límite de detección".