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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **796**

Semana epidemiológica 6
AÑO 2026
Desde 08/02 al 14/02
Fecha de publicación
23/02/2026

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

Coqueluche
Del Ministerio de Salud de la Nación: la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y la Dirección de Salud Perinatal, Niñez y Adolescencias (DiSPNyA).
De la ANLIS "Carlos G. Malbrán": el Departamento de Epidemiología y el Servicio de Bacteriología Clínica, ambos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI).

Dengue y 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, Palero Mariano, Parenti Ana Laura, Pastrana Paula, 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

Vigilancia entomológica en Aguas Blancas, Orán, Salta. Aporte por Cristian Laci al banco de imágenes de la Dirección de Epidemiologia.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°796, SE 6.

I. Editorial del BEN 789

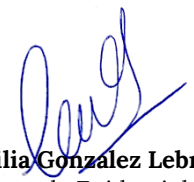
A lo largo de este año, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) ha continuado afirmándose como un espacio donde la vigilancia en salud se piensa, se comunica y se ejerce de manera colectiva. Cada edición es el resultado de un trabajo sostenido que articula equipos nacionales y jurisdiccionales, y que 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 BEN N.° 796 presenta, como en números previos, la información producida por las distintas estrategias de vigilancia en Argentina, a partir de los datos notificados al SNVS 2.0 por las jurisdicciones. Se mantiene el esquema editorial habitual, con una organización por secciones que facilita la lectura integrada y la comparación temporal de los eventos priorizados y de los de notificación obligatoria.

En la primera parte se incluyen las Tablas de ENO seleccionados, con sus notas metodológicas para orientar la construcción e interpretación de la información. Se presentan los eventos nominales (confirmados y notificados/confirmados), los eventos agrupados clínicos y laboratoriales, y la nota general sobre la lectura cromática, sosteniendo el formato que venimos utilizando para favorecer un análisis homogéneo entre semanas.

En Eventos Priorizados, se continúa con la actualización integrada de la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, dengue y otros arbovirus, y hantavirosis, manteniendo la lógica de seguimiento epidemiológico y de apoyo operativo. En infecciones respiratorias agudas se incluye la situación regional de influenza y otros virus respiratorios, la síntesis de la información nacional destacada, la vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados en unidades ambulatorias de ETI y en la Red Argentina de IRAG, y la caracterización genómica de Influenza A(H3N2), junto con recomendaciones para la prevención y control, pautas de vigilancia epidemiológica, recomendaciones para la población, vacunación antigripal y tratamiento antiviral. En dengue y otros arbovirus se actualiza la situación regional y nacional, se incorpora la estimación de escenarios epidemiológicos para la temporada 2025–2026 y el seguimiento de chikungunya y otros arbovirus. En hantavirus se presenta el capítulo completo con situación actual, vigilancia de genotipos, análisis del sistema de atención y acciones ministeriales.

En Situaciones Emergentes, se incluye la actualización de coqueluche, con el análisis de la situación internacional y nacional, la caracterización de casos por edad y gravedad y el apartado de coberturas de vacunación, sosteniendo la lectura epidemiológica y programática del evento.

El BEN incorpora además una Actualización periódica de eventos con un informe epidemiológico sobre Mpox, que describe la situación internacional (con foco en África y en las Américas) y la situación en Argentina. El capítulo integra recomendaciones para el equipo de salud y lineamientos para la vigilancia epidemiológica, incluyendo definiciones y clasificaciones de caso, el algoritmo diagnóstico y las medidas ante casos sospechosos y contactos. Se incorpora, además, un apartado de actualización internacional y regional que sintetiza la situación global de Mpox, considerando la detección de un virus recombinante con elementos genómicos de los clados Ib y IIb.

Finalmente, se incluyen los Destacados en boletines jurisdiccionales y, en Herramientas para vigilancia, el listado de modificaciones en codificaciones auxiliares del SNVS 2.0, como insumo para fortalecer la calidad del registro y la comparabilidad de la información.

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 15
III.6.A. Sobre la construcción de esta tabla 15

EVENTOS PRIORIZADOS **17**
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **18**
IV.1. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 18
IV.2. Síntesis de la información nacional destacada 18
IV.3. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 19
IV.3.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 19
IV.3.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG 22
IV.4. Caracterización genómica de Influenza A (H3N2) 25
IV.5. Caso confirmado de Influenza Aviar 30
IV.6. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 31
IV.6.A. Recomendaciones para equipos de salud 31
IV.7. Vigilancia epidemiológica 31
IV.8. Recomendaciones para la población 33
IV.9. Vacunación antigripal 33
IV.10. Tratamiento antiviral 34
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **36**
V.1. Situación regional 36
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 37
V.2.A. Nota metodológica 37
V.3. Situación de dengue en Argentina 39
V.3.A. Inicio de temporada 2025/2026 39
V.3.B. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 41
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 42
V.5. Situación epidemiología de otros arbovirus en Argentina 43
V.5.A. Enfermedad por virus Zika 44
V.5.B. Fiebre de Oropouche 44
V.5.C. Encefalitis de San Luis 45
V.5.D. Fiebre del Nilo Occidental 45
V.5.E. Fiebre Amarilla 45
VI. Hantavirosis **46**
VI.1. Introducción 46
VI.2. Situación epidemiológica actual 47
VI.2.A. Nota metodológica 47
VI.2.B. situación epidemiológica 47
VI.2.C. 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. Situación internacional 61
VII.2. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina 62
VII.2.A. Introducción 62
VII.2.B. Análisis de los casos notificados y confirmados 63
VII.2.C. Análisis según edad y gravedad 68

VII.3. Coberturas de Vacunación 68
VII.3.A. Coberturas para Total país 68
VII.3.B. Coberturas según jurisdicción 70
VIII. Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión – actualización informe epidemiológico 71
VIII.1. Introducción 71
VIII.2. Situación epidemiológica mundial y regional 71
VIII.2.A. Canada 71
I.1.A. Estados Unidos de América 72
VIII.2.B. México 73
VIII.3. Situación actual en la Argentina 74
VIII.3.A. Nota metodológica 74
VIII.3.B. Notificación de casos 74
VIII.3.C. Distribución geográfica 75
VIII.4. Sobre el último caso confirmado 76
VIII.4.A. Descripción del caso actual 76
VIII.5. Acciones en curso 76
VIII.6. Recomendaciones para la comunidad 76
VIII.7. Recomendaciones para los equipos de salud 77
VIII.8. Vigilancia epidemiológica 77
VIII.8.A. Definición y clasificación de caso 77
VIII.9. Medidas de prevención 77
VIII.9.A. Vacunación 77
VIII.10. Medidas ante casos y contactos 79
VIII.10.A. Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados: 79

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS 82
IX. MPOX - Informe epidemiológico 83
IX.1. Situación internacional 83
IX.1.A. Situación en África 84
IX.1.B. Situación en las Américas 84
IX.2. Situación en Argentina 85
IX.3. Recomendaciones para el equipo de salud 86
IX.4. Vigilancia Epidemiológica 87
IX.4.A. Definiciones y clasificaciones de caso 87
IX.4.B. Notificación 88
IX.5. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox 89
IX.6. Medidas ante casos sospechosos 89
IX.7. Medidas ante contactos 90

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 92
X. Introducción 93
X.1. Mpox: virus recombinante con elementos genómicos de los clados Ib y IIb – Situación global 94
X.1.A. Caso detectado en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte 94
X.1.B. Caso detectado en India 94
X.2. Actualización Epidemiológica dengue en la Región de las Américas 96
X.2.A. Resumen de la situación en la Región de las Américas 96
X.2.B. Resumen de la situación actual por Subregión 96

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 106
XI. Boletines Jurisdiccionales 107
XI.1. Buenos Aires: Coqueluche 107
XI.2. Santa Fe: Coqueluche 108
XI.3. Tierra del Fuego: Bronquiolitis 109
XI.4. Tucumán: Bronquiolitis en menores de 2 años 110

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 111
XII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 112

TABLAS DE **EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA** SELECCIONADOS

III. Tablas de ENO seleccionados

Luego de varios años y distintos formatos, las tablas de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) vuelven a formar parte del Boletín Epidemiológico Nacional. Consideramos fundamental recuperar la presentación sistemática de estos datos para lograr una comprensión más integral de la situación epidemiológica actual.

La pandemia y la complejidad del trabajo en epidemiología en los años posteriores han dificultado el seguimiento de eventos que no sean emergentes o priorizados. No obstante, entendemos que disponer de estos datos es esencial para fortalecer la vigilancia epidemiológica.

Si bien reconocemos la importancia de esta presentación, sabemos que las tablas aquí expuestas pueden contener errores, principalmente debido a la complejidad de la gestión de la vigilancia, que involucra múltiples actores en la cadena de notificación. Esto incluye desde la notificación local hasta la validación final por el laboratorio de referencia nacional, pasando por diversas áreas técnicas y equipos de análisis, siempre dependiendo del evento.

A pesar de estas posibles limitaciones, consideramos que la publicación de estas tablas es un paso clave para robustecer y optimizar el proceso de vigilancia epidemiológica y dar cuenta de la situación epidemiológica.

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

Primera tabla: Muestra **26** eventos en los que solo se presentan los **casos nominales confirmados**, ya que la notificación en sí misma no es un criterio central de vigilancia en estos casos. Es decir, para estos eventos, el enfoque está en los casos confirmados más que en los sospechosos.

Segunda tabla: Contiene **25 eventos nominales** donde se considera relevante tanto la sospecha como la notificación en general, antes de caracterizar los casos confirmados.

Tercera tabla: presenta **23 eventos agrupados clínicos**, construidos a partir del conteo de casos según grupo de edad y componente clínico.

Cuarta tabla: muestra **5 eventos agrupados laboratoriales**, basados en el conteo de casos por grupo etario, considerando muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como las que resultaron positivas.

Este esfuerzo es un proceso en evolución. A medida que recibamos sugerencias, perfeccionemos los procedimientos y consolidemos los datos, ajustaremos la presentación de las tablas para que respondan mejor a las necesidades de los distintos ámbitos que las utilizan.

III.1. Nota metodológica

III.1.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE LAS TABLAS

Las tablas se elaboran con datos basados en la fecha de notificación (o fecha de apertura del caso) en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), considerando las semanas epidemiológicas (SE) seleccionadas de los años 2021 a 2026.

Para calcular la mediana de los valores acumulados entre 2021 y 2025, se ordenan los datos de menor a mayor y se toma el valor central (tercer puesto en un conjunto de cinco años).

Por ejemplo, si el evento X presentó los siguientes valores entre la SE 1-10 de cada año:

Sección	Evento	Acumulado 2020	Acumulado 2021	Acumulado 2022	Acumulado 2023	Acumulado 2024	Mediana acumulada 2020-2024	Acumulado 2025
X	X	38	40	34	139	75	40	80

Los valores ordenados serían: **34, 38, 40, 75, 139**, por lo que la mediana es **40**. En este caso, los **80 casos de 2025** se compararían con la mediana de 40, resultando en un incremento absoluto de **40 casos** y un aumento **del 100%** en términos porcentuales.

El procedimiento de cálculo es el mismo para ambas tablas, con la diferencia de que en la segunda tabla se incluye el total de notificaciones además de los casos confirmados.

III.1.B. NOTAS ADICIONALES A TENER EN CUENTA

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

- **Datos parciales y sujetos a modificación:** Se compara un año en curso (2026) con años cerrados (2021-2025), por lo que las cifras pueden cambiar.
- **Diferencias con otros informes:** Las tablas se basan en la **fecha de notificación o apertura del caso**, mientras que otros análisis pueden utilizar la **fecha de inicio de síntomas (FIS)** o una fecha ajustada para cada evento.
- **Exclusión de casos invalidados:** No se incluyen en las tablas los casos invalidados por epidemiología.
- **Clasificación de los casos confirmados:** La metodología varía según el evento, pudiendo emplearse algoritmos específicos o una **clasificación manual**.
- **Confirmaciones prolongadas en ciertos eventos:** En patologías como Chagas y Sífilis Congénita, los casos sospechosos pueden permanecer en esa categoría durante varios meses antes de su confirmación.
- **Interpretación del "N/A":** Cuando aparece "N/A" en las tablas, significa que la diferencia porcentual "**No Aplica**", generalmente porque uno de los valores en la comparación es cero.
- **Valores bajos y análisis porcentual:** Aunque se presentan los valores porcentuales para todos los eventos, en aquellos con menos de 20-30 casos, se recomienda cautela en la interpretación.

III.2. Eventos nominales confirmados

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

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-6. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-6	2026 Acumulados SE 1-6	Diferencias 2026 con mediana 2021-2025	
				Absoluta	%
Enf. Trans. Por alimentos	Diarrea	107.289	65.683	-41.606	-39%
Infecc. de trans. sexual	Secreción genital purulenta en varones	360	221	-139	-39%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	49	34	-15	-31%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	4.665	2.179	-2.486	-53%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	70.179	39.361	-30.818	-44%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	4.704	2.673	-2.031	-43%
	Neumonía (sin especificar)	5.676	3.344	-2.332	-41%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	9	355	346	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	12	613	601	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	81	2.358	2.277	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	8	167	159	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	35	958	923	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	117	515	398	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	257	3.723	3.466	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	141	752	611	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	39	315	276	N/A
	Lesiones por electrocución	2	75	73	N/A
	Lesiones por atragantamiento	1	61	60	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	104	6.474	6.370	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	94	2.665	2.571	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	205	2.407	2.202	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	1	93	92	N/A
	Otras lesiones en el hogar	62	1.921	1.859	N/A

Nota: La asignación de la semana epidemiológica a los casos de tuberculosis que se notifican a través del SNVS se realiza, a partir de este reporte, utilizando la fecha de carga. En las tablas de los informes previos, se asignó a los casos la semana epidemiológica de la fecha de diagnóstico del caso que no necesariamente coincide con la fecha de carga cuando la carga se realiza posteriormente.
Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

III.3. Eventos nominales notificados y confirmados

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

Tabla 2. Tabla de eventos nominales notificados y confirmados. SE 1-6. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-6		2026 Acumulados SE 1-6		Diferencias 2026 con mediana 2021-2025			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	191	4	479	153	288	151%	149	3725%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	36	0	135	0	99	275%	0	N/A
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)		0		0		N/A	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	284	110	340	104	56	20%	-6	-5%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	15	0	17	0	2	13%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	2.025	150	4.003	0	1.978	98%	-150	-100%
	Encefalitis de San Luis	42	0	59	0	17	40%	0	N/A
	Fiebre amarilla humana	14	0	19	0	5	36%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	8	0	14	0	6	75%	0	N/A
	Zika	144	0	146	0	2	1%	0	N/A
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	33	5	24	2	-9	-27%	-3	-60%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	228	9	473	54	245	107%	45	500%
	Psitacosis	77	16	145	13	68	88%	-3	-19%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	139	8	476	7	337	242%	-1	-13%
	Sífilis Congénita	162	99	148	146	-14	-9%	47	47%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	8	0	8	N/A	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en emb.	198	186	428	350	230	116%	164	88%
	Sífilis en emb.	1.146	1.039	1.750	0	604	53%	-1.039	-100%
	Hepatitis B en emb.	11	5	11	3	0	0%	-2	-40%
Hepatitis virales	Hepatitis A	27	3	49	14	22	81%	11	367%
	Hepatitis B	319	80	414	76	95	30%	-4	-5%
	Hepatitis C	272	168	387	194	115	42%	26	15%
	Hepatitis E	4	0	11	1	7	175%	1	N/A
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	3.756	3.004	7.631	6.407	3.875	103%	3.403	113%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	44	44	121	115	77	175%	71	161%
Otros eventos de imp. p/ la salud pública	Viruela símica (mpox)	9	1	24	6	15	167%	5	500%

Nota: La asignación de la semana epidemiológica a los casos de coqueluche que se notifican a través del SNVS se realiza utilizando una fecha mínima. Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

III.4. Nota general sobre la interpretación cromática en las tablas

Los colores sintetizan la comparación del acumulado 2026 frente a la mediana 2021–2025, tanto en diferencia absoluta como, cuando corresponde, en variación porcentual; el **verde** indica disminución respecto de la mediana histórica (menor magnitud en 2026), el **rojo** señala aumento (mayor magnitud en 2026) y el **amarillo** advierte interpretación con cautela ante variaciones muy bajas; diferencias no aplicables ("N/A" por comparaciones con cero) o contextos de inestabilidad/heterogeneidad de registro y clasificación que afectan la comparabilidad; estas señales son operativas y no sustituyen el análisis epidemiológico contextual de cada evento, que debe considerar particularidades metodológicas (criterios de asignación de semana, algoritmos de confirmación y procesos manuales), calidad y oportunidad del dato y posibles cambios en normas o prácticas de vigilancia antes de concluir tendencias o variaciones inusuales.

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

III.5. Eventos agrupados clínicos

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

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

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

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

Tabla 3. Tabla de agrupados clínicos. SE 1-6. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-6		2026 Acumulados SE 1-6		Diferencias 2026 con mediana 2021-2025			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	191	4	479	153	288	151%	149	3725%
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	36	0	135	0	99	275%	0	N/A
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)		0		0		N/A	0	N/A
	Meningitis - Meningoencefalitis	284	110	340	104	56	20%	-6	-5%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	15	0	17	0	2	13%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	2.025	150	4.003	0	1.978	98%	-150	-100%
	Encefalitis de San Luis	42	0	59	0	17	40%	0	N/A
	Fiebre amarilla humana	14	0	19	0	5	36%	0	N/A
	Fiebre del Nilo Occidental	8	0	14	0	6	75%	0	N/A
	Zika	144	0	146	0	2	1%	0	N/A
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	33	5	24	2	-9	-27%	-3	-60%
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	228	9	473	54	245	107%	45	500%
	Psitacosis	77	16	145	13	68	88%	-3	-19%
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	139	8	476	7	337	242%	-1	-13%
	Sífilis Congénita	162	99	148	146	-14	-9%	47	47%
	Hepatitis B - Expuesto a la transmisión vertical	0	0	8	0	8	N/A	0	N/A
ETMI - Enfermedades en embarazadas	Chagas crónico en emb.	198	186	428	350	230	116%	164	88%
	Sífilis en emb.	1.146	1.039	1.750	0	604	53%	-1.039	-100%
	Hepatitis B en emb.	11	5	11	3	0	0%	-2	-40%
Hepatitis virales	Hepatitis A	27	3	49	14	22	81%	11	367%
	Hepatitis B	319	80	414	76	95	30%	-4	-5%
	Hepatitis C	272	168	387	194	115	42%	26	15%
	Hepatitis E	4	0	11	1	7	175%	1	N/A
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	3.756	3.004	7.631	6.407	3.875	103%	3.403	113%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	44	44	121	115	77	175%	71	161%
Otros eventos de imp. p/ la salud pública	Viruela símica (mpox)	9	1	24	6	15	167%	5	500%

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 1-6. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-6		2026 Acumulados SE 1-6		Diferencias 2026 con mediana 2021-2025			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	408	35	200	12	-208	-51%	-23	-66%
	Infección por Mycoplasma genitalium	105	3	50	0	-55	-52%	-3	-100%
	Infección por Mycoplasma hominis	279	26	127	29	-152	-54%	3	12%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	1.541	68	227	14	-1.314	-85%	-54	-79%
	Infección por Trichomonas vaginalis	2.731	310	995	127	-1.736	-64%	-183	-59%

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

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

La actividad de influenza en las Américas continúa disminuyendo, con una tasa de positividad regional del 15,5%. El virus de influenza A(H3N2) sigue predominando entre las muestras de subtipos en todas las subregiones, excepto en la subregión andina, donde predomina el virus de influenza A(H1N1)pdm09. La circulación del VSR continúa en aumento; sin embargo, se mantiene en niveles bajos de positividad del 1,8%, impulsada principalmente por el aumento de la actividad en América del Norte. La positividad del SARS-CoV-2 se mantiene estable en el 5,3%. A nivel regional, la circulación de otros virus respiratorios (ORV) aumentó tras un descenso sostenido desde principios de octubre, con una tasa de positividad regional del 1,6%. El rinovirus y la parainfluenza siguen siendo los ROV detectados con mayor frecuencia.

IV.2. Síntesis de la información nacional destacada

En la SE5 de 2026, la vigilancia clínica notificó 39.098 casos de ETI, 6731 casos de neumonía y 3591 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 y primeras SE de 2026, 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 6 primeras SE de 2026 se registraron 322 internaciones, con 10 detecciones de SARS-CoV-2, 9 de Influenza y 2 de VSR.

La vigilancia universal por red de laboratorios mostró, en las últimas semanas de 2025, un predominio de influenza B, con detecciones de influenza A e influenza A(H3N2) hacia el final del año. Durante las primeras semanas epidemiológicas de 2026, las detecciones de influenza se mantienen estables, con un leve aumento en el porcentaje de positividad. Las detecciones de VSR continúan en valores bajos. En relación con SARS-CoV-2, se observó un aumento

[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

gradual de las detecciones a partir de la SE34 de 2025, acentuado entre las SE42 y SE46, seguido de un descenso posterior.

Durante la SE5/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente SARS-CoV-2, seguido de influenza, adenovirus, VSR, parainfluenza y metapneumovirus.

En personas internadas, en la SE6/2026, se notificaron 8 hospitalizaciones con diagnóstico de SARS-CoV-2, 6 con diagnóstico de influenza y 1 con VSR. No se registran fallecidos 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 89 muestras de influenza A(H3N2) remitidas por la Red Nacional de Laboratorios y Unidades Centinela, permitió identificar 58 casos correspondientes al subclado K. Los casos se distribuyeron en 18 jurisdicciones del país, incluyendo la provincia de Buenos Aires (n=6), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=7), Catamarca (n=3), Chubut (n=1), Córdoba (n=2), Corrientes (n=2), Entre Ríos (n=2), Formosa (n=1), La Pampa (n=1), La Rioja (n=3), Mendoza (n=9), Neuquén (n=3), Río Negro (n=1), San Juan, (n=1), Santa Cruz (n=8), Santa Fe (n=3), Tierra del Fuego (n=3), Tucumán (n=2). 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.3. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

IV.3.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.[2]

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 6.078 muestras para la detección de SARS-CoV-2 mediante técnica molecular, de las cuales 457 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 7,52%. 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

[2] 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

positividad, con un máximo en la SE45 (26,4%). En las SE 5 y 6 de 2026, se confirmaron 6 casos entre 113 muestras analizadas por PCR.

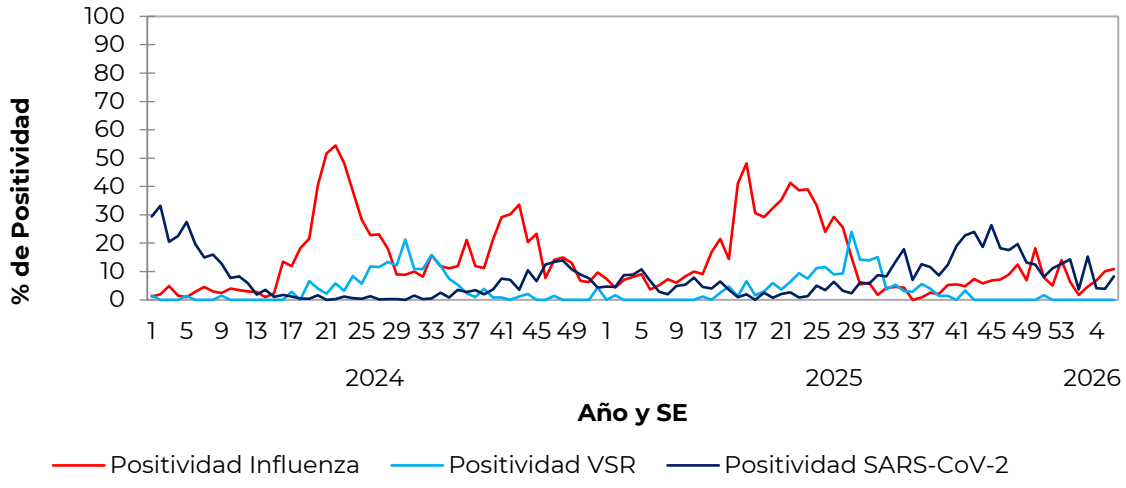
Con relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16 de 2024, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 (ver gráfico 2). Posteriormente, si bien registró un descenso, la positividad permaneció en valores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

En 2025, se registraron 1022 detecciones entre 5.727 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 17,85%. 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 SE 5 y 6 de 2026 se notificaron 13 casos de influenza entre las 125 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.

En 2025 se registraron 195 muestras positivas dentro de las 4.165 muestras estudiadas, con un porcentaje de positividad acumulado de 4,68%. En UMA se registró un ascenso de las detecciones y positividad de muestras estudiadas para VSR, que se mantuvo por encima del 9% entre las SE25 y 32, con oscilaciones, y alcanzó el máximo en SE29, con tendencia descendente las siguientes semanas. En las primeras 6 SE de 2026, no se notificaron detecciones de VSR entre las 258 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 SE6/2026. Argentina.



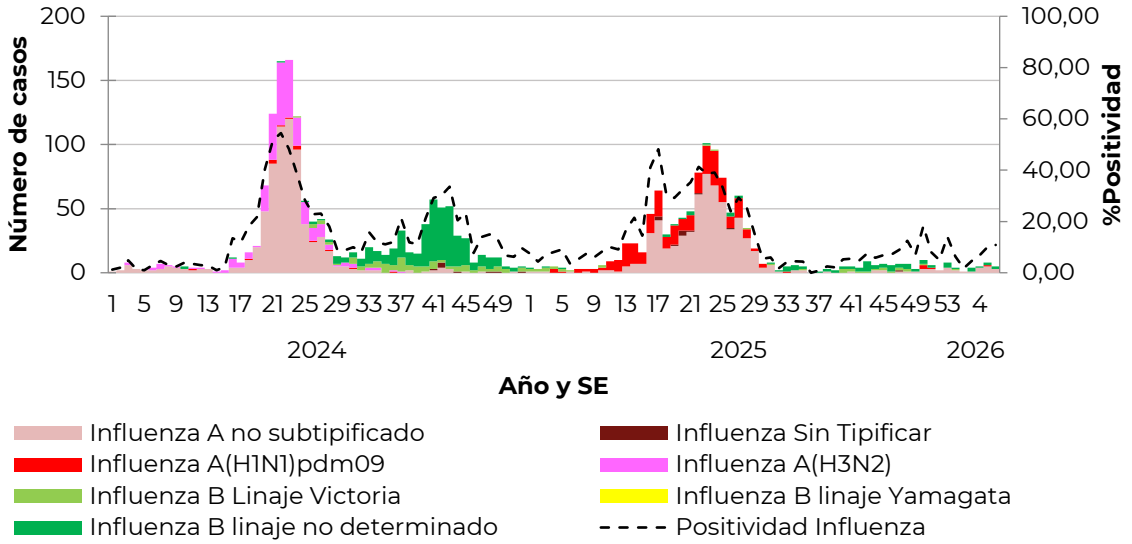
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

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 verificó 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 6SE de 2026, se detectaron 27 casos de infuenza A, 1 caso con subtipificacion que corresponde a A(H1N1). En cuanto a influenza B, se detectaron 10 casos, dentro de los cuales se detectó linaje Victoria en 1 de ellos.

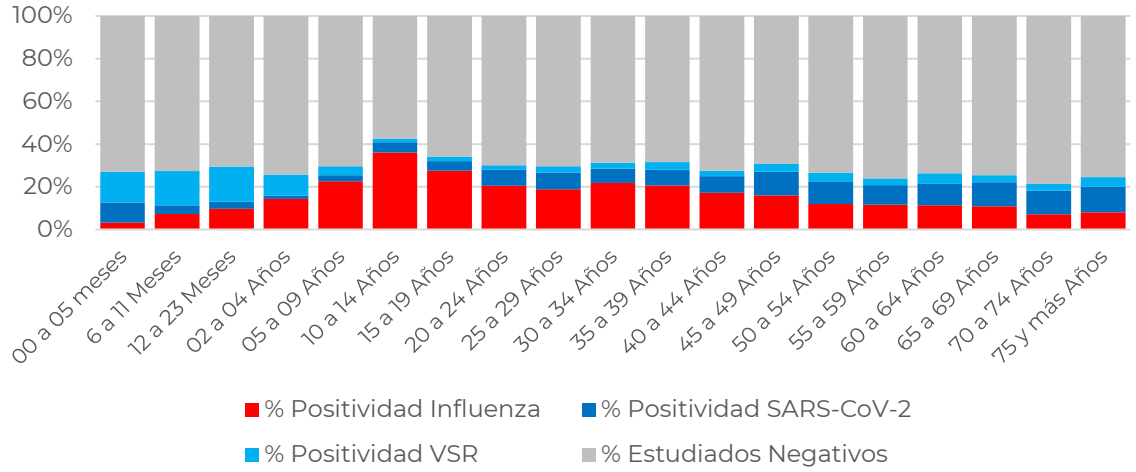
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE6/2026. Estrategia UMA. Argentina.



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 SE6/2026. Estrategia UMA. Argentina[3].



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

IV.3.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. [4]

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[5].

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[6].

[3] 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.
[4] 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
[5] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.
[6] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso

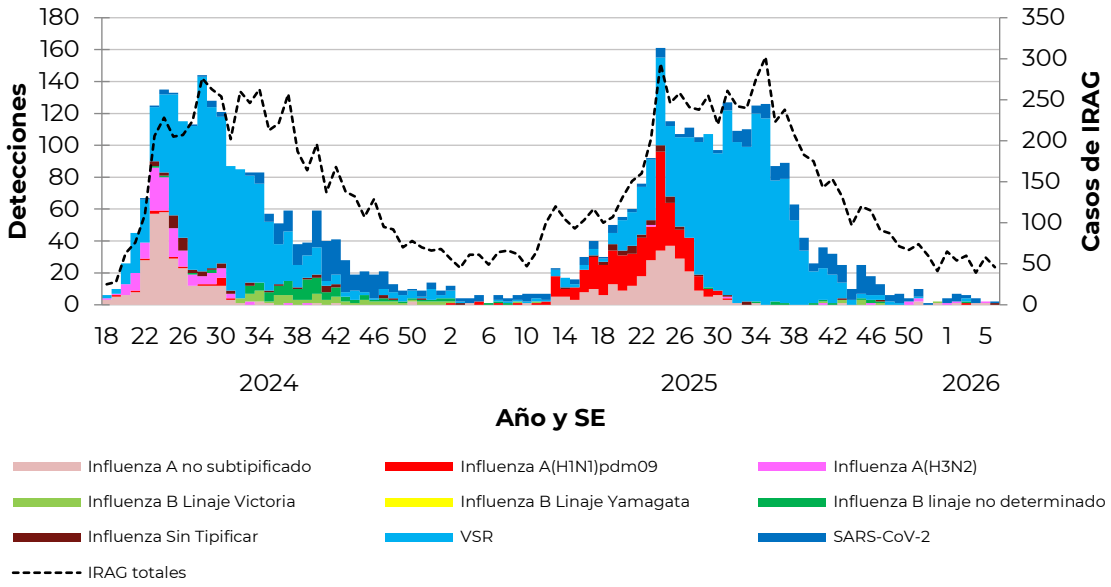
En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia[7] y shock[8] y gravemente enfermo sin causa aparente)

En las 6 primeras SE de 2026 se registraron de manera nominal un total de 322 internaciones con diagnóstico de IRAG y 180 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[9].

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 primeras 6SE de 2026 los casos de IRAG se mantienen estables, con un promedio de 51 casos semanales en las últimas 4 semanas.

Gráfico 4. Casos totales de IRAG y detecciones de Influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y VSR, y por SE. Estrategia UC IRAG. SE18/2024 a SE6/2026. 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.

[7] La fiebre se define como una temperatura ≥37,5 C. La hipotermia se define como una temperatura
[8] El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.
[9] 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.

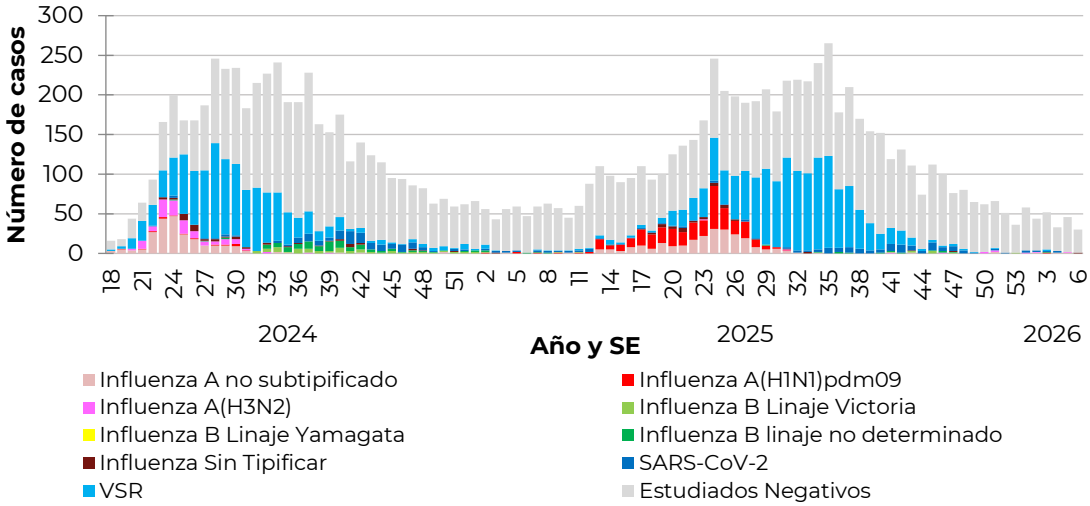
Aun cuando se registraron IRAG con diagnóstico de **Influenza** durante todo el periodo, entre la SE18 y la SE31 de 2024 se observó un ascenso de detecciones influenza A/H3N2, que alcanzó sus valores máximos entre SE 23/2024 y 24/2024. Con el descenso de casos de influenza A, se registró a partir de 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/linaje Victoria.

En las 6 primeras semanas de 2026, se detectaron 7 casos de influenza A, de los cuales 4 cuentan con subtipificación, siendo 3 de ellos A(H3N2) y 1 A(H1N1). Con respecto a influenza B, se registró 1 caso que corresponde a 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 con 2 casos en las primeras 6 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 SE6/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina [10].



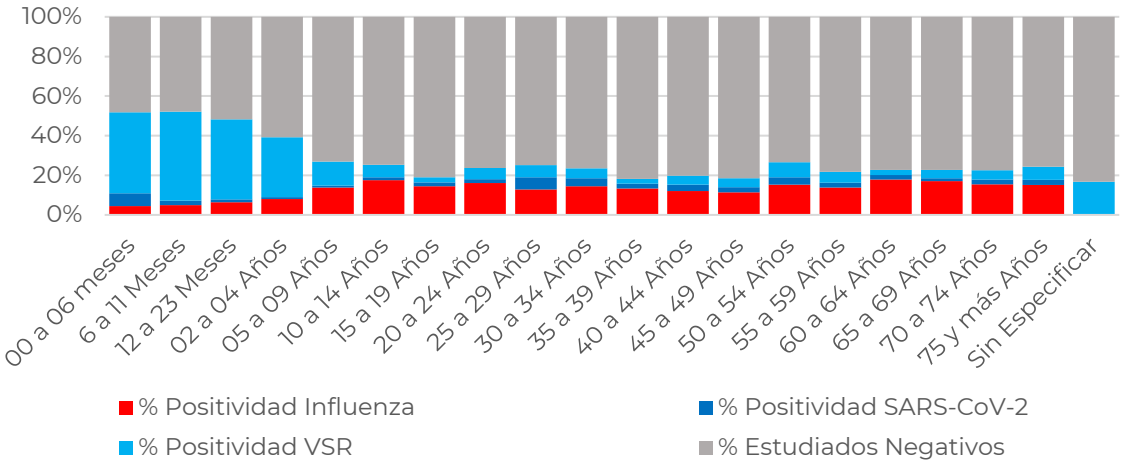
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

En las últimas 4 semanas, entre 175 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 5 casos de SARS-CoV-2, 7 casos de influenza y 2 casos de VSR. Los restantes 161 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

[10] 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.

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

Gráfico 6. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a SE6/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina[11]



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

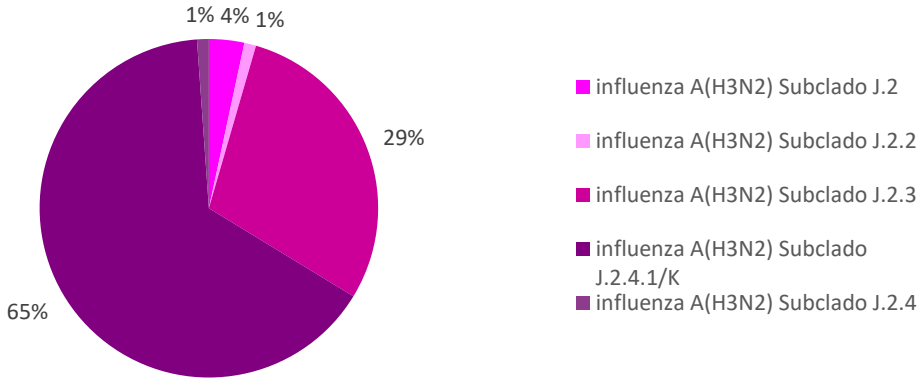
IV.4. Caracterización genómica de Influenza A (H3N2)

Se presenta la información publicada en el último Boletín ya que no se cuenta con datos de secuenciación actualizada a la fecha.

Entre las SE 1/2025 y la SE 6/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia recibió muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 22 jurisdicciones. De ellas pudo realizarse la secuenciación genómica de 89 casos, de los cuales 58 correspondieron al subclado J.2.4.1 (K), 26 al subclado J.2.3, 3 al subclado J.2, 1 al subclado J.2.2 y 1 al subclado J.2.4 (Ver Gráfico 13).

[11] 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.

Gráfico 13. Distribución de subclados de Influenza A(H3N2). Argentina. SE 1/2025 a SE 6/2026 (n=89)
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].



Los casos correspondientes al subclado J.2.4.1 (K) se distribuyeron en las 5 regiones del país, concentrándose mayoritariamente en el Centro y en el Sur. Hasta el momento, se detectaron casos de este sublcado en 18 jurisdicciones (Ver Tabla 1). En la SE 6 se identificó el primer caso de subclado J.2.4.1 (K) en Formosa.

Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por el LNR por subclado según jurisdicción de residencia. Argentina. SE 1/2025 a SE 6/2026

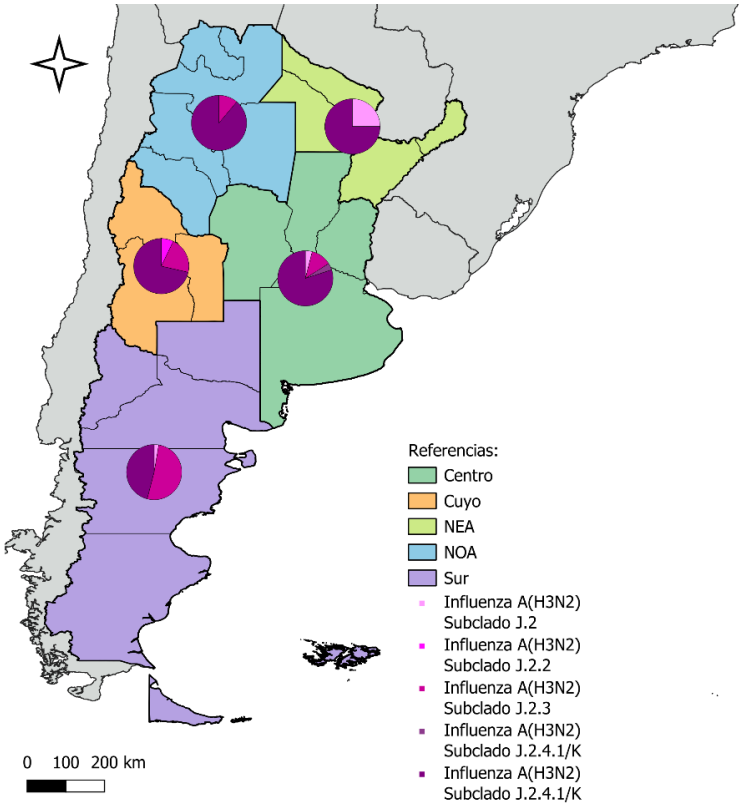
Jurisdicción	Influenza A(H3N2) Subclado J.2	Influenza A(H3N2) Subclado J.2.2	Influenza A(H3N2) Subclado J.2.3	Influenza A(H3N2) Subclado J.2.4.1/K	Influenza A(H3N2) Subclado J.2.4	Total general
Región Centro	**1**	**0**	**3**	**20**	**1**	**25**
Buenos Aires	0	0	1	6	1	8
CABA	1	0	1	7	0	9
Córdoba	0	0	1	2	0	3
Entre Ríos	0	0	0	2	0	2
Santa Fe	0	0	0	3	0	3
Región Cuyo	**0**	**1**	**3**	**10**	**0**	**14**
Mendoza	0	1	3	9	0	13
San Juan	0	0	0	1	0	1
San Luis	0	0	0	0	0	0
Región NEA	**1**	**0**	**0**	**3**	**0**	**4**
Chaco	1	0	0	0	0	1
Corrientes	0	0	0	2	0	2
Formosa	0	0	0	1	0	1
Misiones						
Región NOA	**0**	**0**	**1**	**8**	**0**	**9**
Catamarca	0	0	0	3	0	3
Jujuy	0	0	1	0	0	1
La Rioja	0	0	0	3	0	3
Salta*	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	0	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	2	0	2
Región Sur	**1**	**0**	**19**	**17**	**0**	**37**
Chubut	0	0	2	1	0	3
La Pampa	0	0	0	1	0	1
Neuquén	0	0	0	3	0	3
Río Negro	0	0	2	1	0	3
Santa Cruz	1	0	8	8	0	17
Tierra del Fuego	0	0	7	3	0	10
Total país	**3**	**1**	**26**	**58**	**1**	**89**

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

**La provincia de Salta derivó un caso de Influenza A(H3N2) que no pudo ser secuenciado por baja carga viral.*

En los casos acumulados prevalece el subclado K en todas las regiones, a excepción del Sur en donde se detectó en mayor proporción el subclado J.2.3 (Mapa 1).

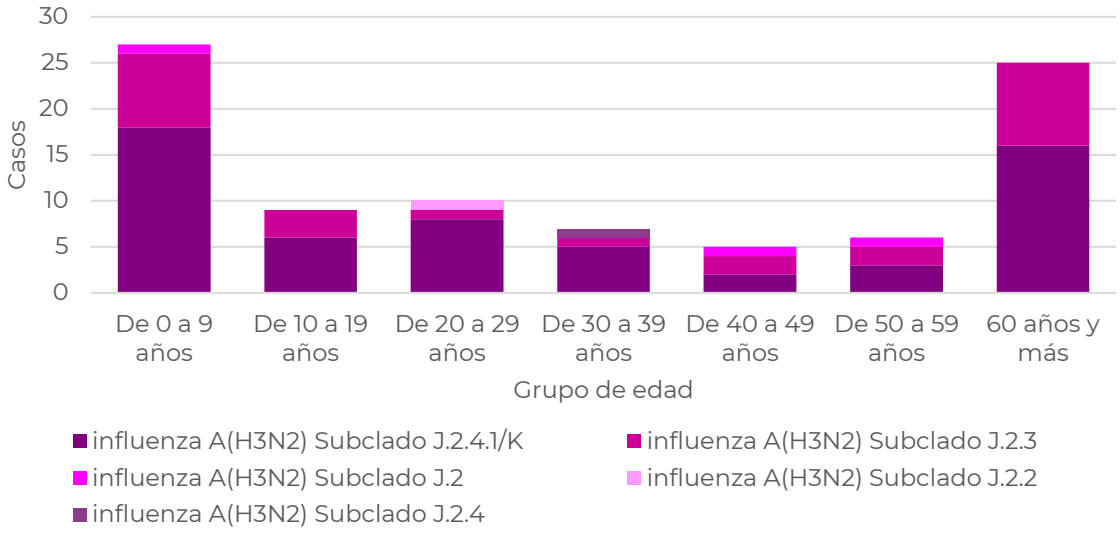
Mapa 1. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por el LNR por subclado según Región de residencia: distribución porcentual. Argentina. SE 1/2025 a SE 6/2026 (n=89)



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

Se detectaron casos del subclado K en todos los grupos de edad, con un mayor número en niños y en personas mayores de 60 años.

Gráfico 14. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por subclado J.2.4.1 (K) según grupo de edad. Argentina. SE 1/2025 a SE 6/2026 (n=89)



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

Solo 10 de los 58 casos pertenecientes al subclado K consignan antecedentes de viaje reciente al exterior (Europa, Estados Unidos, el Caribe y Brasil) 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 vacunación antigripal 2025 según subclado detectado. Argentina. SE 1/2025 a SE 6/2026.

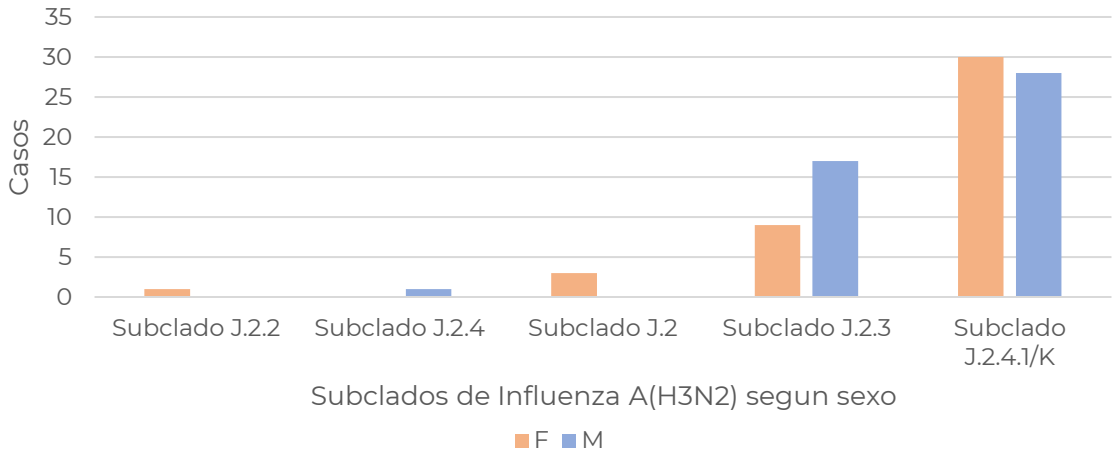
Subclado Influenza A(H3N2)	Vacunación			Total general
	NO	SI	Porcentaje de Vacunados	
Subclado J.2	3		0,0	3
Subclado J.2.2		1	100,0	1
Subclado J.2.3	20	6	23,1	26
Subclado J.2.4	1			1
Subclado J.2.4.1/K	42	16	27,6	58
Total general	**66**	**23**	**25,8**	**89**

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

En cuanto a los antecedentes de vacunación se destaca que el 74% de los casos caracterizados no estaban vacunados y que entre los casos identificados como subclado K el 26% contaba con vacunación antigripal (Ver Tabla 2).

Respecto a la división por sexo, el 52% de los casos con secuenciación de Influenza A(H3N2) son de sexo masculino.

Gráfico 15. Casos de Influenza A(H3N2) por subclado detectado según sexo. Argentina. SE 1/2025 a SE 6/2026 (n=89).



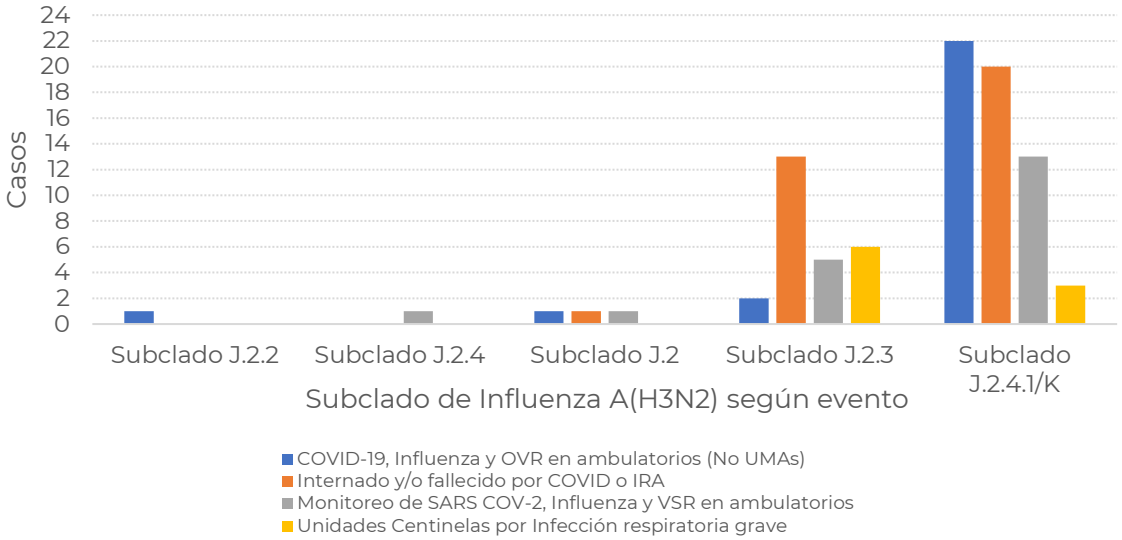
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

Respecto a la distribución de los casos secuenciados entre los eventos/estrategias de vigilancia, 34[12] casos fueron notificados al evento universal "Internado y/o fallecido por COVID o IRA", 9

[12] En base a una nueva revisión de todos los casos secuenciados de H3N2, se reclasificó un caso como ambulatorio.

por UC-IRAG (total internados 43); 26 en el evento universal de Ambulatorios (No UMA) y 20 en Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA). En cuanto a los casos detectados del subclado K se identificaron en los 4 eventos (23 en internados y 35 en ambulatorios).

Gráfico 16. Casos de influenza A(H3N2) por subclado detectado según evento. Argentina. SE 1/2025 a SE 6/2026 (n=89)



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

IV.5. Caso confirmado de Influenza Aviar[13]

El Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) confirmó un caso de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) H5 en aves silvestres en la localidad de General Juan Madariaga, provincia de Buenos Aires, a partir del procesamiento de muestras en su Laboratorio Oficial de Martínez. La confirmación se produjo luego de una notificación por mortandades y signos compatibles en aves de la Reserva Laguna La Salada Grande, incluyendo las especies gaviota capucho café, cisne coscoroba y cisne de cuello negro.

Desde el organismo se remarcó que, al tratarse de aves silvestres, esta detección no afecta el estatus sanitario ni las operaciones comerciales de la Argentina, que se encuentra autodeclarada libre de IAAP desde septiembre de 2025. No obstante, con el objetivo de evitar la propagación del virus, se recomienda a los productores avícolas comerciales reforzar las medidas de manejo sanitario, higiene y bioseguridad establecidas como obligatorias, y a los tenedores de aves de traspatio mantenerlas en espacios protegidos para evitar el contacto con aves silvestres, además de intensificar la higiene y desinfección de instalaciones y restringir el acceso de aves silvestres al agua y alimento.

Se recuerda la importancia de la notificación inmediata ante sospecha de IAAP, especialmente frente a mortandades o signos clínicos compatibles (nerviosos, digestivos y/o respiratorios), dado que la detección temprana es clave para la contención y para evitar la diseminación.

13 https://www.argentina.gob.ar/noticias/buenos-aires-se-detecto-un-caso-de-influenza-aviar-en-aves-silvestres-en-general-madariaga

Para notificar la sospecha de una enfermedad detectada en aves de producción o silvestres, pueden utilizarse los siguientes canales: **oficina más cercana** –por teléfono o personalmente-; **Whatsapp, al (11) 5700 5704**; por correo electrónico a **notificaciones@senasa.gob.ar**; a través del **Formulario Avisá al Senasa** , disponible en el sitio web oficial. Para más información, ingresar en el **Micrositio del Senasa**.

Para ampliar la información sobre el marco normativo y las actividades llevadas a cabo para resguardar la sanidad aviar dirigirse al siguiente link: https://www.argentina.gob.ar/senasa/programas-sanitarios/cadenaanimal/aves/aves-produccion-primaria/sanidad-animal.

Siempre que se detectan casos de influenza aviar se requiere poner en marcha la vigilancia epidemiológica (detección y seguimiento) de personas expuestas a Influenza Aviar, así como fortalecer la detección de eventos respiratorios inusuales y el monitoreo de enfermedades tipo influenza (ETI) e infección respiratoria aguda grave (IRAG) a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Desde la jurisdicción donde se detectó el caso se mantiene un monitoreo intersectorial entre los Ministerios de Salud, Ambiente y Desarrollo Agrario.

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

IV.6.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

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

IV.7. Vigilancia epidemiológica

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

En este marco, se recomienda:

- Fortalecer la vigilancia de la Enfermedad Tipo Influenza (ETI), a través del monitoreo y la evaluación de la oportunidad y regularidad de la notificación de los establecimientos que realizan la misma.
- Fortalecer las Unidades Centinela de IRAG y las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI, garantizando el correcto muestreo y notificación de los casos.
- Fortalecer la vigilancia a través de la Red Nacional de Laboratorios de Influenza y Otros Virus Respiratorios, garantizando la notificación oportuna de muestras estudiadas y positivas para cada virus respiratorio, así como la nominalización de los casos positivos de Influenza para consignar su 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.8. Recomendaciones para la población

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

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

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

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

IV.9. Vacunación antigripal

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

- Personal de salud.
- Personas embarazadas: en cada embarazo y en cualquier trimestre
- Personas 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.10. Tratamiento antiviral

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

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la incidencia de complicaciones.[14],[15] 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.[16],[17] 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.

[14] 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.

[15] 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.

[16] 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.

[17] 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.

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.
-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)[18] y el ARBO-portal[19] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 20/02/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 6/2026 se reportaron 157.268 casos de dengue, de los cuales 26.350 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos, representaron un 90% menos que en la misma semana de 2025, con 10 fallecimientos registrados. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 10.411 casos, sin fallecimientos registrados. De ellos, 2.866 fueron confirmados, lo que implica una disminución del 89% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Respecto al zika, hasta la SE 5/2026 se registraron 468 casos, con 21 casos confirmados, una disminución del 93% con respecto a los casos confirmados de la misma semana del año anterior. En relación con Oropouche, hasta la SE 52/2025 se confirmaron 11.988 casos, un 13% menos que en 2024, con cinco defunciones por este evento.

Bolivia: hasta la SE 3/2026, se han reportado un total de 4.067 casos de dengue, de los cuales 35 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 85% respecto a la misma semana del año anterior. No se registraron fallecimientos para este evento. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 984 casos, todos ellos confirmados por laboratorio, lo que representa una cifra 18 veces superior a lo registrado a la misma semana de 2025. No se registran fallecimientos para este evento. Asimismo, se notificaron 58 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 6/2026 se registraron un total de 3.323 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 44 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 86% menos que en la misma semana de 2025. Respecto de chikungunya, se notificaron dos casos confirmados por laboratorio; mientras que en la misma semana de 2025 no se habían registrado casos confirmados. En cuanto al zika, no se notificaron casos para el año en curso.

Perú: hasta la SE 5/2026 se reportaron un total de 4.344 casos de dengue, con tres fallecimientos registrados. De ellos, 1.684 fueron confirmados por laboratorio, representando una disminución del 72% en los casos confirmados respecto a la misma SE del año anterior. Con relación a chikungunya, hasta la SE 52/2025 se notificaron 24 casos, sin casos confirmados por laboratorio. Respecto al zika, hasta la SE 52/2025, se notificaron 2 casos, sin registrarse casos confirmados por laboratorio. En relación con Oropouche, hasta la SE 38/2025 se confirmaron 330 casos, un 69% menos que a la misma semana de 2024.

Entre finales del 2025 e inicios del 2026, se ha observado un aumento sostenido de casos de chikungunya en países y territorios de la Región de las Américas, así como la reanudación de la transmisión autóctona en áreas que no registraban la circulación del virus desde hace varios

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

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

años. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica sobre Chikungunya. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia[20]. En cuanto a Oropouche, en 2025 se notificaron casos autóctonos en países de la Región como Brasil y Perú.

Para el año en curso, hasta la fecha, se mantiene una tendencia descendente de los casos de dengue, con circulación de los serotipos DEN-1 en Bolivia, DEN-1 y DEN-2 en Paraguay y de los cuatro serotipos en Brasil (DEN-1, DEN-2, DEN-3, DEN-4). Respecto a Zika, solo se registran casos confirmados en Brasil con una tendencia descendente respecto al año anterior.

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

V.2.A. NOTA METODOLÓGICA

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

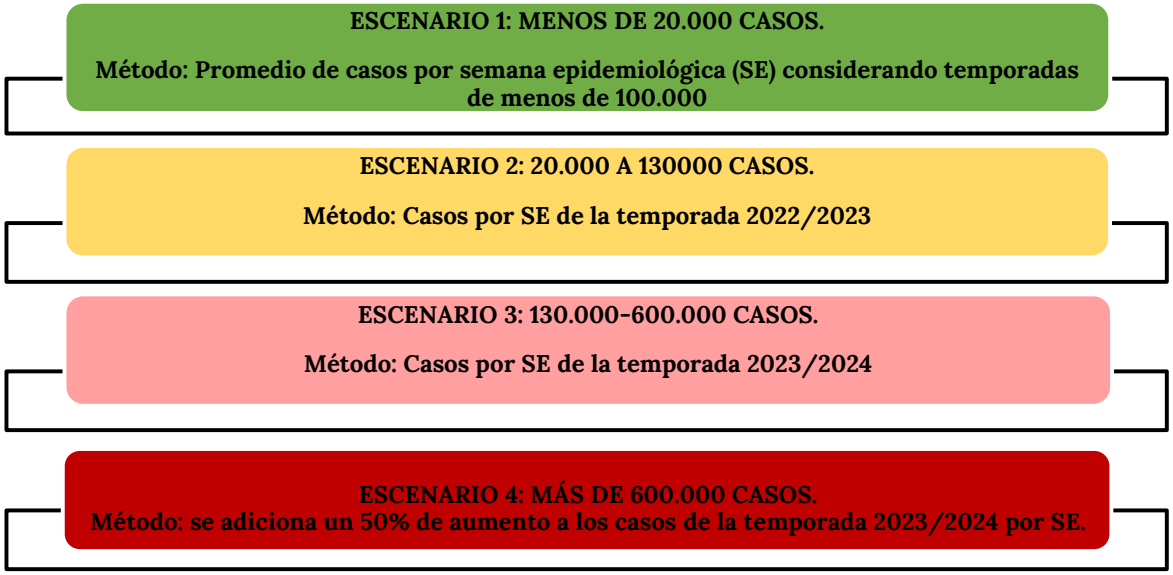
- **Escenario 1 (<20.000 casos):** se calculó a partir del promedio de casos semanales correspondientes a temporadas históricas con más de 1000 y menos de 100.000 casos de dengue, lo que refleja períodos de baja circulación viral y brotes de alcance limitado.
- **Escenario 2 (20.000 a 130.000 casos):**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

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

[20] Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Chikungunya, 10 de febrero del 2026. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-chikungunya-10-febrero-2026

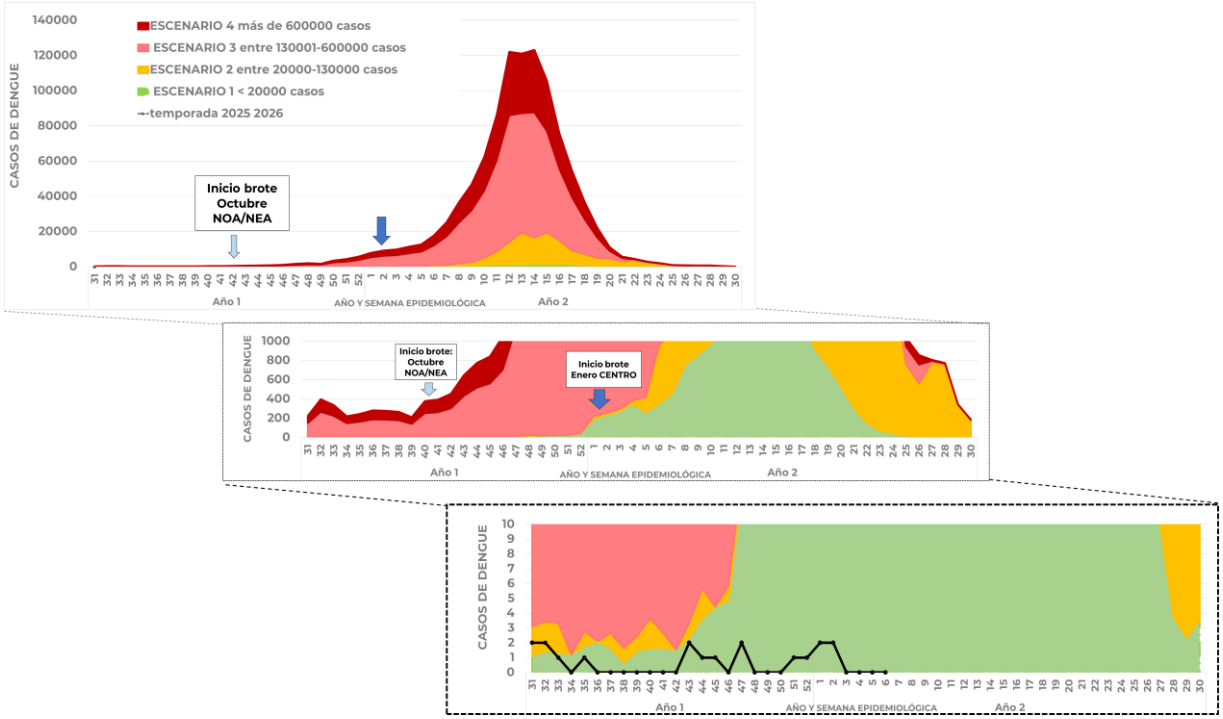
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Entre las SE31/2025 y SE6/2026 se notificaron 18 casos confirmados de dengue, de los cuales 13 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar 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. 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=18). 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 SE6/2026, 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 mínima11F21, desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **11445** casos sospechosos de dengue, de los cuales **18** fueron confirmados por laboratorio detectándose la circulación de DENV 1, 2 y 3. El 72% corresponden a casos con 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).
- **Siete** casos de la **Provincia de Buenos Aires**: tres sin antecedente de viaje -Tres de Febrero (SE31), San Isidro (SE43), Cañuelas (SE 51)- y cuatro con antecedente de viaje a Paraguay (SE35), México (SE44), Indonesia (SE47) y Brasil (SE2).

[21]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).

- **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.**
- **Un** caso notificado por **Córdoba** con antecedente de viaje a México (SE2). Se identificó el serotipo **DENV-2.**

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), durante la SE6/2026 se notificaron **522** casos sospechosos de dengue. Es importante destacar que estos eventos pueden corresponder a semanas epidemiológicas previas en relación con la fecha de inicio de síntomas, de consulta o de toma de muestra.

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE6/2026. 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	32	4	4	DENV-1 DENV-2	868	241	1152	7
CABA	0	7	5	1	DENV-1 DENV-3	235	109	357	5
Córdoba	0	27	1	1	DENV-2	1555	93	1677	1
Entre Ríos	0	2	2	1	DENV-3	234	9	248	2
Santa Fe	0	21	0	2		867	62	952	0
Total Centro	**3**	**89**	**12**	**9**		**3759**	**514**	**4386**	**15**
Mendoza	0	1	1	1	DENV-3	95	3	101	1
San Juan	0	1	0	0		30	0	31	0
San Luis	0	0	0	0		49	7	56	0
Total Cuyo	**0**	**2**	**1**	**1**		**174**	**10**	**188**	**1**
Chaco	0	7	0	0		692	10	709	0
Corrientes	0	2	0	0		94	18	114	0
Formosa	2	1	0	0	DENV-2	3403	2	3408	2
Misiones	0	2	0	0		314	3	319	0
Total NEA	**2**	**12**	**0**	**0**		**4503**	**33**	**4550**	**2**
Catamarca	0	1	0	0		181	1	183	0
Jujuy	0	0	0	0		256	3	259	0
La Rioja	0	2	0	0		140	2	144	0
Salta	0	5	0	0		462	43	510	0
Sgo del Estero	0	0	0	0		71	43	114	0
Tucumán	0	46	0	1		879	54	980	0
Total NOA	**0**	**54**	**0**	**1**		**1989**	**146**	**2190**	**0**
Chubut	0	0	0	0		11	2	13	0
La Pampa	0	0	0	0		61	10	71	0
Neuquén	0	0	0	0		21	1	22	0
Río Negro	0	0	0	0		2	0	2	0
Santa Cruz	0	0	0	0		18	1	19	0
T del Fuego	0	0	0	0		4	0	4	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**		**117**	**14**	**131**	**0**
Total País	**5**	**157**	**13**	**11**		**10542**	**717**	**11445**	**18**

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 (hasta 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 **1766** casos sospechosos de fiebre chikungunya. Se notificaron 7 casos confirmados y 5 probables importados notificados en CABA, Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Salta), con antecedente de viaje a Bolivia, Brasil, Paraguay y Cuba. A partir de los casos importados provenientes de Bolivia, se detectaron casos sin antecedente de viaje en Salta.

Casos de fiebre Chikungunya en Salta

Hasta la fecha, se han notificado 9 casos de fiebre Chikungunya: 4 casos sin antecedente de viaje y 5 con antecedente de viaje a **Bolivia.**

Los casos se detectaron en los siguientes departamentos y localidades:

- 1 caso en Anta (Centro 25 de Julio)
- 1 caso en Rosario de la Frontera (Rosario de la Frontera)
- 1 caso en Rosario de Lerma (campo Quijano)
- 5 casos en Gral José de San Martín (Prof. Salvador Mazza)
- 1 caso en Capital (Salta)

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 SE6/2026. 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	1	2	47	3
CABA	0	0	1	0	8	1
Córdoba	0	0	2	0	1105	2
Entre Ríos	0	0	0	1	33	1
Santa Fe	0	0	0	0	62	0
Total Centro	**0**	**0**	**4**	**3**	**1255**	**7**
Mendoza	0	0	0	0	18	0
San Juan	0	0	0	0	2	0
San Luis	0	0	0	0	8	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**0**	**0**	**28**	**0**
Chaco	0	1	0	0	139	1
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	28	0
Total NEA	**0**	**1**	**0**	**0**	**167**	**1**
Catamarca	0	0	0	0	1	0
Jujuy	0	0	0	0	43	0
La Rioja	0	0	0	0	9	0
Salta	3	1	3	2	175	9
Santiago del Estero	0	0	0	0	5	0
Tucumán	0	0	0	0	79	0
Total NOA	**3**	**1**	**3**	**2**	**312**	**9**
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	1	0
Santa Cruz	0	0	0	0	1	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**	**4**	**0**
Total País	**3**	**2**	**7**	**5**	**1766**	**17**

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 SE6/2026).

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas sin antecedente de viaje para otros Arbovirus. SE31/2025 a SE6/2026. 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	28	0	50	4	29	0	21	0	9
CABA	0	2	0	5	0	1	0	0	0	0
Córdoba	0	30	0	52	2	207	0	3	0	1
Entre Ríos	0	1	0	8	0	10	0	2	0	0
Santa Fe	0	23	0	23	1	17	0	13	0	6
Total Centro	**0**	**84**	**0**	**138**	**7**	**264**	**0**	**39**	**0**	**16**
Mendoza	0	3	0	7	0	2	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0
San Luis	0	4	0	4	0	6	0	5	0	0
Total Cuyo	**0**	**7**	**0**	**11**	**1**	**12**	**0**	**5**	**0**	**0**
Chaco	0	100	0	24	0	0	0	0	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	22	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	21	0	3	0	0	0	3	0	6
Total NEA	**0**	**121**	**0**	**49**	**0**	**0**	**0**	**3**	**0**	**8**
Catamarca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	21	0	31	0	1	0	18	0	0
La Rioja	0	7	0	6	0	1	0	0	0	7
Salta	0	110	0	74	0	1	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	5	0	1	0	4	0	1	0	0
Tucumán	0	8	0	40	0	0	0	0	0	4
Total NOA	**0**	**151**	**0**	**152**	**0**	**7**	**0**	**19**	**0**	**11**
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	1	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	1	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**3**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**0**	**363**	**0**	**351**	**8**	**286**	**0**	**67**	**0**	**35**

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 **363** 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 **351** casos, sin registrarse resultados positivos.

V.5.C. ENCEFALITIS DE SAN LUIS

En la temporada actual se notificaron **286** casos sospechosos de encefalitis de San Luis. Tras la realización de una serie de determinaciones en el Laboratorio Nacional de Referencia INEVH "Dr. Julio I. Maiztegui", se confirmó un caso en la provincia de Córdoba, correspondiente al departamento Ischilín, localidad de Deán Funes. Asimismo, siete casos fueron clasificados como probables en las jurisdicciones de Buenos Aires, Córdoba, San Juan y Santa Fe, los cuales continúan bajo investigación epidemiológica y virológica para la definición de su clasificación final. 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 **67** 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 **35** 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[22] con el objetivo de optimizar los criterios diagnósticos, fortalecer las estrategias de detección temprana y respuesta ante brotes, y mejorar la calidad de la información notificada al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Desde hace ya 4 ediciones del BEN, se comenzó a priorizar la presentación de este evento dado el carácter estacional que muestra. En efecto, la gran mayoría de los casos se presenta durante el verano y es por eso que se definió darle un mayor seguimiento a esta patología, con la finalidad de conocer de manera oportuna su incidencia, dar a conocer sus características y poder, así, sensibilizar a todos los actores vinculados con la atención, diagnóstico, tratamiento, notificación, prevención y control involucrados con la patología.

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

[22] 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[23], 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

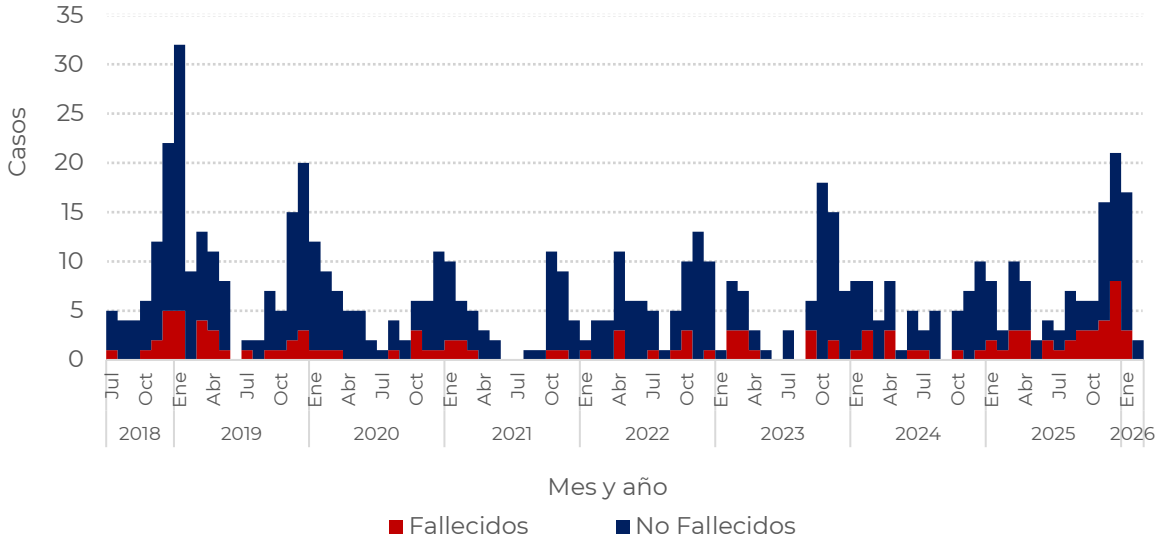
La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de períodos comprendidos entre los meses julio de un año y junio del siguiente (Por ej. SE 27/2018- SE 26/2019) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre sí.

Caracterización según temporalidad y regiones del país

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 (SE 27/2018 a SE 26/2019) que presentó el mayor número de casos confirmados (126), coincidente con el brote de transmisión interhumana ocurrido en Epuyén, Chubut.

[23] 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. SE 27/2018 a SE 06/2026, Argentina. (N=622)



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

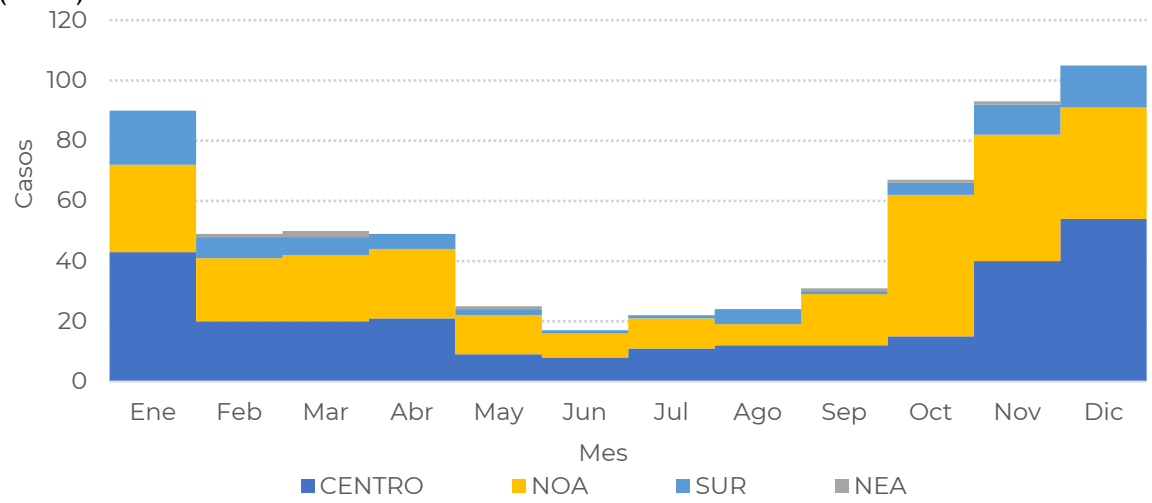
En el presente análisis, en comparación con el BEN anterior, se notificaron 5 casos de hantavirosis: 4 en la provincia de Buenos Aires (3 correspondientes a enero de 2026 y 1 a febrero de 2026) y 1 en Jujuy, correspondiente a febrero de 2026. Con estas notificaciones, el total acumulado asciende a 622 casos para todo el período hasta la última semana analizada. En lo que va de 2026, se notificaron 19 casos nuevos, de los cuales 3 fallecieron.

Se puede observar, a excepción de la temporada en curso, que, para todas las temporadas del período analizado, durante los meses de octubre a noviembre se acumulan, en promedio, el 54% de los casos confirmados de cada temporada, con un mínimo de 46% (30) casos acumulados para la temporada 2024-2025 y un máximo de 59% (72) para la temporada 2018-2019. Por otra parte, para los meses de febrero a mayo, el promedio de casos confirmados respecto del total por temporada es de 32%. Respecto de la temporada actual, se observa una tendencia creciente de casos confirmados de julio a diciembre del 2025, con una presunta desaceleración de casos confirmados para el mes de enero, la cual deberá interpretarse teniendo en cuenta las posibles actualizaciones retrospectivas en la cantidad de casos confirmados conforme avance la temporada.

Al mismo tiempo, se puede observar que el pico de casos confirmados en diciembre de 2025 (25 casos totales, 8 fallecidos), es el más elevado de toda la serie, a excepción de lo sucedido en el brote ya citado de Epuyén en el cual, 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. SE 27/2018 a SE 06/2026, Argentina. (N=622)

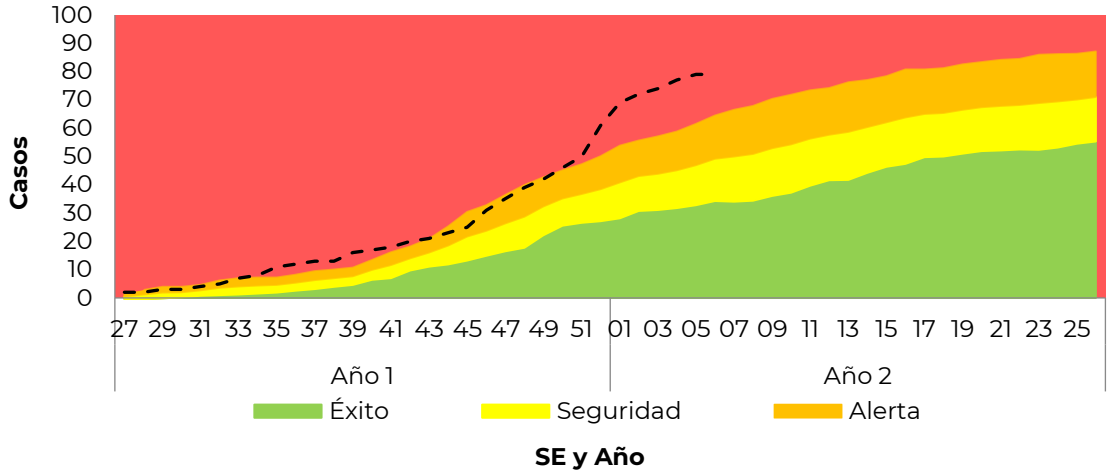


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En la curva histórica de casos mensuales, se observa que el 81% de los casos se concentran entre los meses de octubre a abril. 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, siendo sus meses con mayor cantidad de casos octubre y noviembre; mientras que, para el resto de las regiones, son diciembre y enero.

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: SE 27/2025 a SE 06/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025)*. Argentina. (N=79)

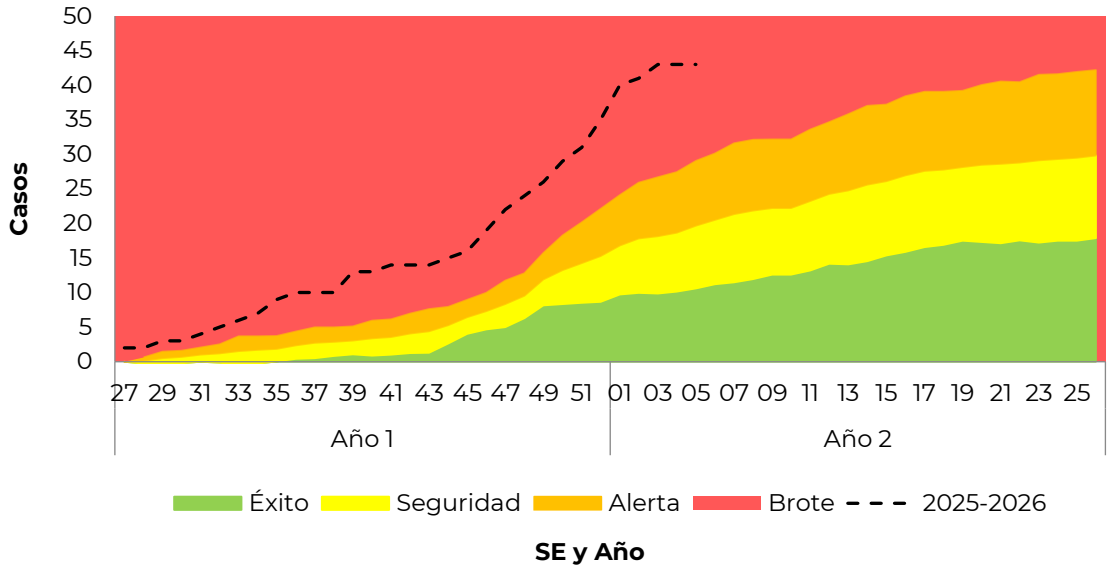


*Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0. *Tanto para el total país como para los corredores regionales, se excluyeron del período comparativo los casos de la temporada 2018-2019 por ser una temporada de brote.*

Puede observarse que a nivel nacional la cantidad de casos 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: SE 27/2025 a SE 06/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Centro. (N=47)

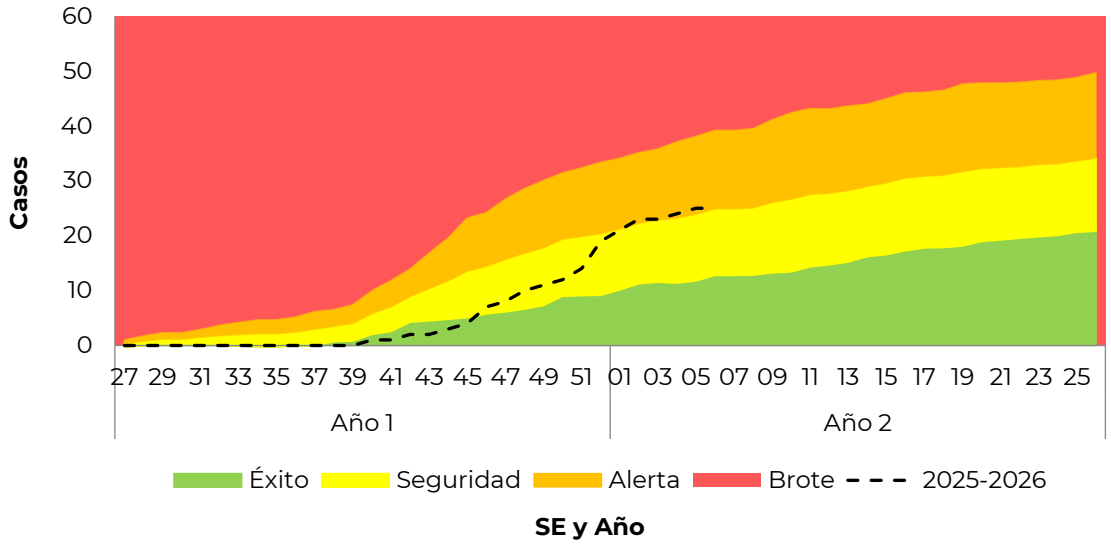


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

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

Región NOA

Gráfico 5. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 05/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región NOA. (N=25)

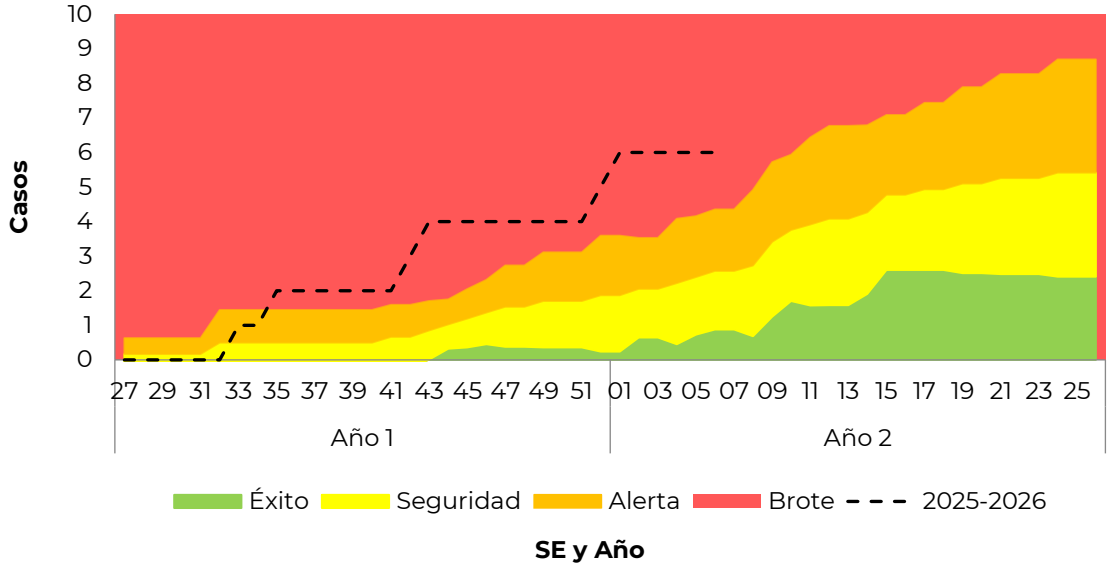


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

En lo que respecta a la región del NOA (Salta y Jujuy), el número de casos se mantuvo mayoritariamente dentro del canal endémico (banda de seguridad) durante el período comprendido entre julio de 2025 y enero de 2026. No obstante, a partir de la SE 02/2026 los casos se ubican por encima de la banda de seguridad, ingresando en la **zona de alerta**.

Región Sur

Gráfico 6. Hantavirosis: Corredor endémico acumulado semanal. Período analizado: SE 27/2025 a SE 06/2026 respecto de las 6 temporadas precias (SE 27/2019 a SE 26/2025). 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 (Chubut, Neuquén y Río Negro), la curva acumulada de la temporada 2025–2026 se ubica por **encima del umbral de brote** a partir de la SE 43/2025, alcanzando 6 casos acumulados hasta la SE 06/2026.

Presentación de datos a nivel sub-nacional

En cuanto a la situación nacional de hantavirosis, se presentan en la siguiente tabla los casos y tasas de incidencia en el período equivalente al transcurrido para la temporada actual (SE 27 de un año a SE 5 del año siguiente) para los años 2019 a 2026.

Tabla 1. Hantavirosis: Casos confirmados y tasa cada 100.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2019 a 2026 (SE 27 a 6). (N=368)

Temporada	2019-2020 (hasta SE6)		2020-2021 (hasta SE6)		2021-2022 (hasta SE26		2022-2023 (hasta SE6)		2023-2024 (hasta SE6)		2024-2025 (hasta SE6)		2025-2026 (hasta SE6)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	20	0,11	15	0,09	7	0,04	9	0,05	5	0,03	14	0,08	35	0,19
Entre Rios	2	0,14	4	0,29	1	0,07	3	0,21	2	0,14	4	0,28	5	0,34
Santa Fe	9	0,26	6	0,17	4	0,11	4	0,11	4	0,11	8	0,22	7	0,19
Centro	31	0,11	25	0,08	12	0,04	16	0,05	11	0,04	26	0,09	47	0,15
Chaco	1	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Formosa	1	0,17	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	3	0,07	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02
Jujuy	9	1,17	5	0,65	5	0,64	7	0,88	8	1,00	4	0,50	5	0,61
Salta	22	1,55	10	0,70	10	0,69	21	1,43	33	2,22	9	0,60	20	1,32
Tucuman	0	0,00	0	0,00	2	0,12	2	0,11	3	0,17	0	0,00	0	0,00
NOA	31	0,55	15	0,26	17	0,29	30	0,51	44	0,75	13	0,22	25	0,42
Chubut	0	0,00	3	0,48	1	0,16	2	0,31	0	0,00	0	0,00	1	0,15
Neuquen	1	0,15	0	0,00	0	0,00	1	0,15	2	0,29	0	0,00	1	0,14
Rio Negro	1	0,13	2	0,27	0	0,00	0	0,00	1	0,13	1	0,13	4	0,50
Sur	2	0,07	5	0,17	1	0,03	3	0,10	3	0,10	1	0,03	6	0,19
Total País	67	0,15	45	0,10	30	0,07	49	0,11	58	0,12	40	0,08	79	0,17

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
Nota: Se muestra sólo las jurisdicciones con casos

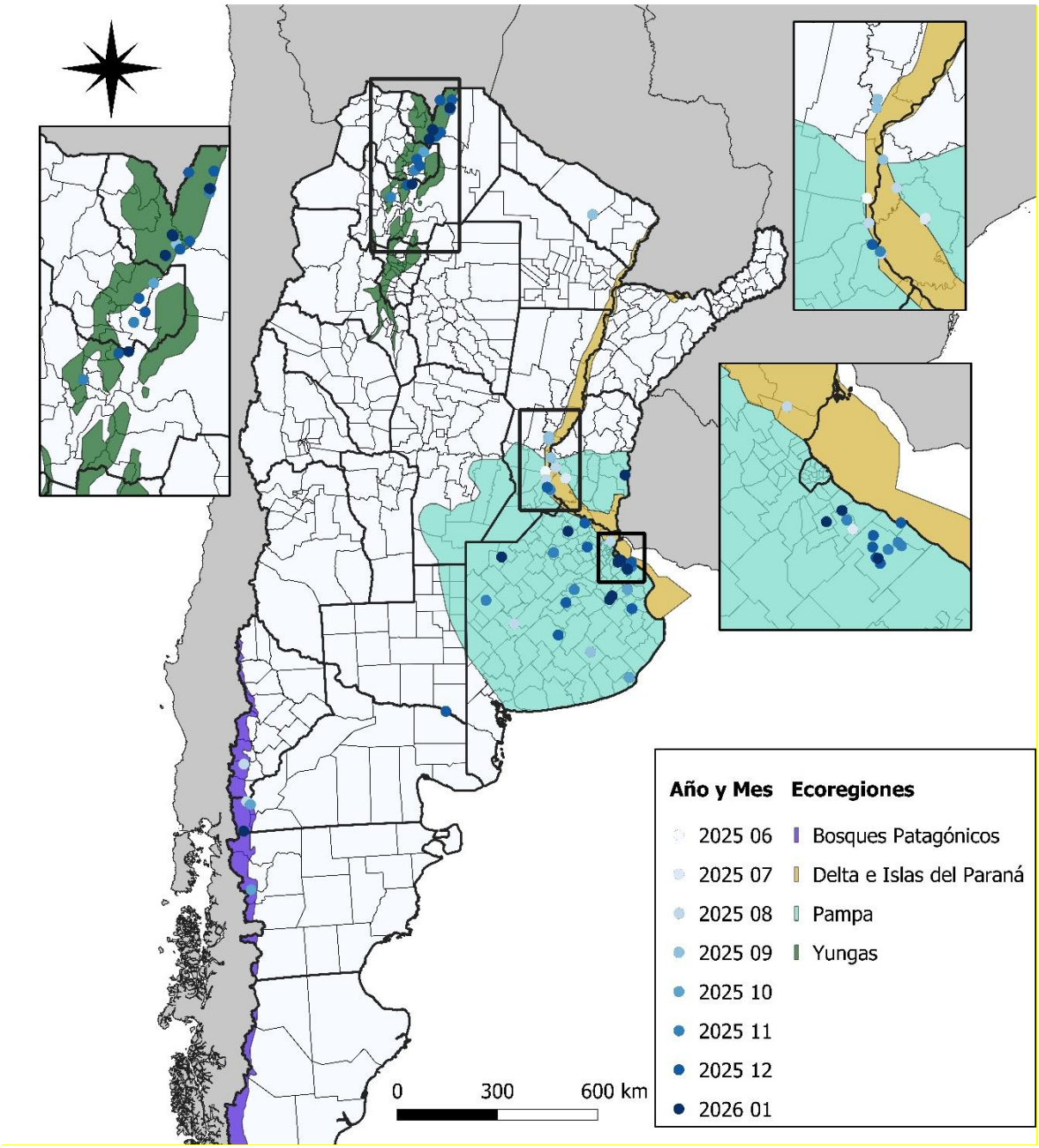
En enero de 2026, hasta la SE actual, se notificaron un total de 19 casos de hantavirosis ubicados en las provincias de Buenos Aires (11), Entre Ríos (1), Río Negro (1), Salta (5) y Jujuy (1).

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, 0,17 cada 100.000 habitantes, la cual supera en un 63% a la tasa promedio para el periodo 2019-2025.

En lo que respecta a la temporada actual, a nivel regional, la tasa más elevada se corresponde con la región del NOA (0,42 casos confirmados cada 100.000 habitantes). La cuál tuvo 25 casos confirmados hasta el momento, donde el 80% se concentran en Salta. A nivel jurisdiccional, esta provincia posee la tasa de incidencia más elevada (1,32), siendo más del doble que Río Negro (0.5) y Jujuy (0.61). A su vez, es casi 4 veces mayor que la de Entre Ríos (0.34), la cuarta provincia con mayor incidencia a nivel país.

En el siguiente mapa, se presenta la distribución georreferenciada de los 79 casos de hantavirosis notificados desde la SE 27/2025 hasta la SE 06/2026. La descripción de los casos por ecorregión permite caracterizar riesgos diferenciales asociados a las condiciones ecológicas y a la dinámica de los reservorios, así como a los patrones de exposición vinculados con las actividades desarrolladas por las personas.

Mapa 1. Hantavirosis: Casos confirmados desde SE 27/2025 a SE 06/2026, según semana de ocurrencia y ecorregiones. Argentina. (N=79)



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

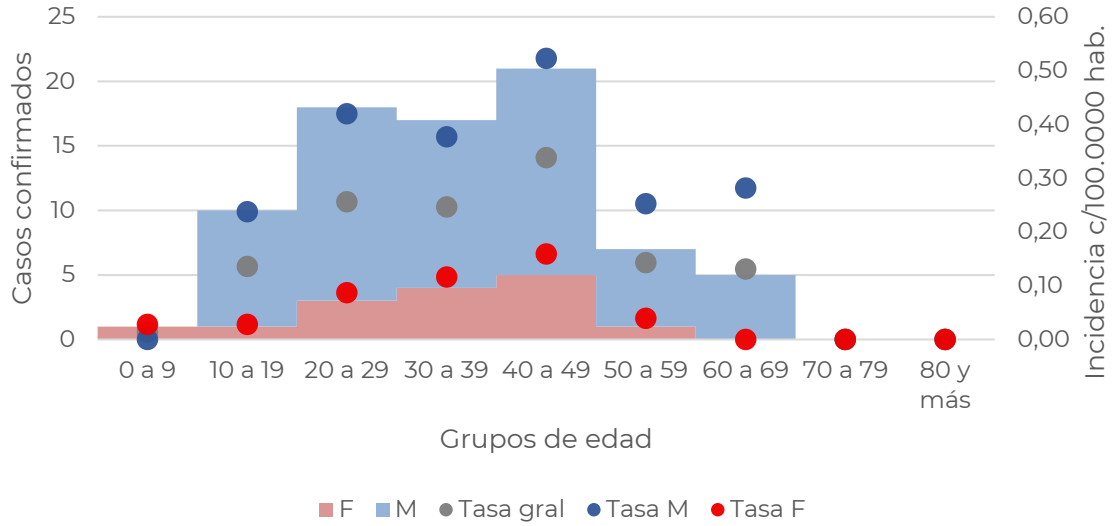
La distribución de los casos de hantavirus se asocia con la del reservorio, aunque las distribuciones de los roedores en general son más extensas y se puede considerar como la máxima área endémica potencial. El Mapa 1 identifica las ecorregiones principalmente vinculadas a los casos. En el NOA, los 25 casos corresponden a departamentos ubicados en las Yungas (verde). En la región Sur, los 6 casos se localizan en los Bosques Patagónicos a excepción de uno que corresponde a la provincia de Río Negro, localizándose en noreste de la provincia. En la región Centro, la mayor concentración (47 casos) se vincula al bosque en galería del Delta e Islas del Paraná, que incluye los humedales de Samborombón y áreas aledañas a La Plata. Por

otra parte, se presentan casos del interior de la provincia de Buenos Aires se asocian a la ecorregión Pampeana y un caso en la región chaqueña (Formosa). Esta distribución requiere confirmación mediante trabajo de campo orientado a la búsqueda y caracterización de reservorios en cada foco, y se complementa con vigilancia genómica para validar la vinculación entre casos, reservorios y circulación viral.

Caracterización según grupos de edad

A continuación, se presenta un gráfico que permite caracterizar la distribución de los casos según 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 06/2026. (N=79)



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

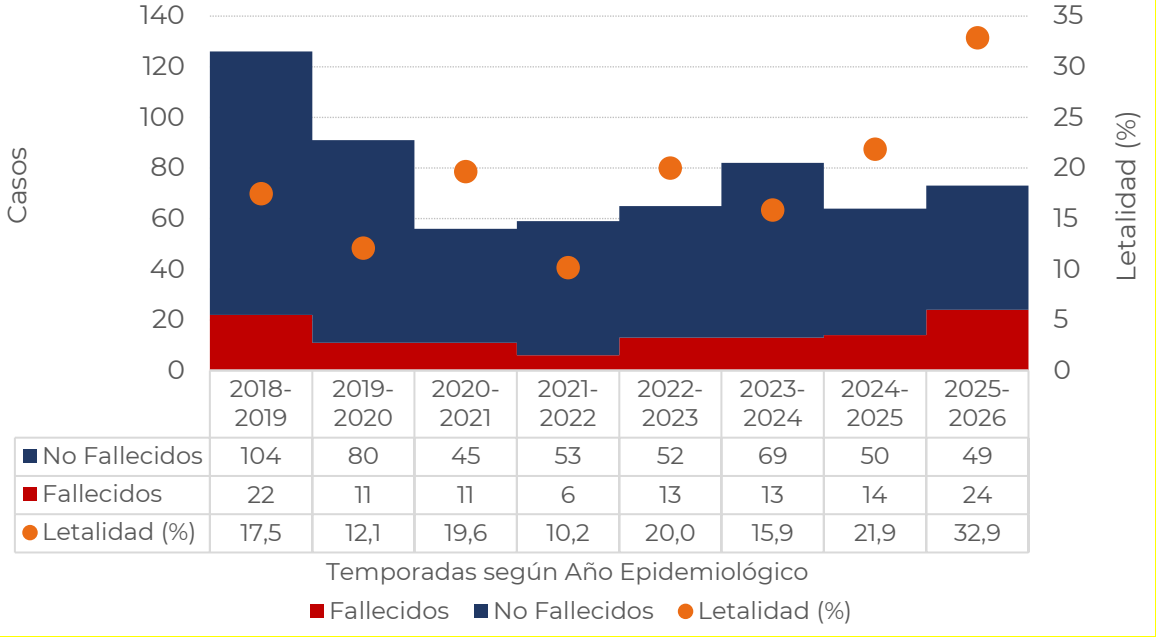
A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados de la temporada en curso es de 32 años, concentrándose el 71% (56) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes en el período.

En cuanto a la distribución de los casos por sexo, el 81% (64) 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 etario de 0 a 9 años cuyo único caso confirmado se corresponde con el sexo femenino.

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 06/2026. Argentina. (N=622)



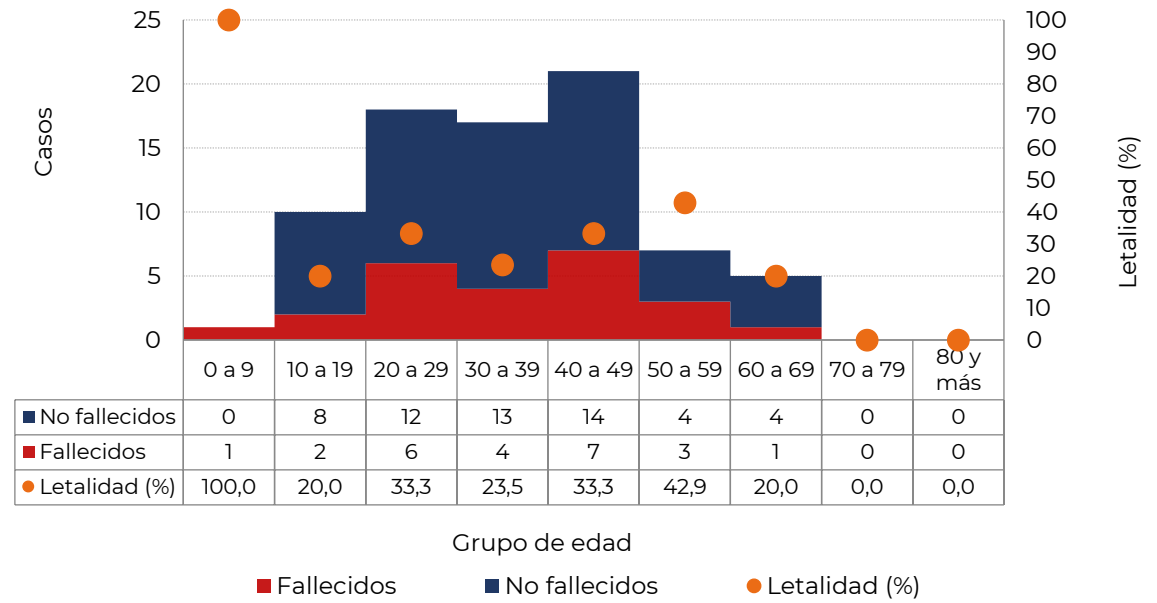
	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
No Fallecidos	104	80	45	53	52	69	50	49
Fallecidos	22	11	11	6	13	13	14	24
Letalidad (%)	17,5	12,1	19,6	10,2	20,0	15,9	21,9	32,9

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 06/2026 se notificaron 24 casos fallecidos, con una letalidad del 32,9%, la más elevada respecto de las temporadas previas.

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

Gráfico 9. Hantavirosis: Casos y letalidad por grupo etario. SE 27/2025 a SE 05/2026. Argentina. (N=79)



	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	8	12	13	14	4	4	0	0
Fallecidos	1	2	6	4	7	3	1	0	0
Letalidad (%)	100,0	20,0	33,3	23,5	33,3	42,9	20,0	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 36 años. Excluyendo a los menores de 10 años, cuyo único caso notificado falleció, el grupo con mayor letalidad (42,9%) 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 2), 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 6 del año siguiente) para los años 2019 a 2026 y otra (Tabla 4) con los casos históricos fallecidos de 2019 a 2025.

Tabla 2. Hantavirosis: Casos fallecidos y tasa de mortalidad por 1.000.000 habitantes según jurisdicción y región, por temporada. Argentina, 2019 a 2026 (SE 27 a 05). (N=65)

Año epidemiológico	2019 -2020 (SE27 a SE 06)		2020 - 2021 (SE27 a SE06)		2021 - 2022 (SE27 a SE06)		2022 - 2023 (SE27 a SE06)		2023 - 2024 (SE27 a SE06)		2024 - 2025 (SE27 a SE06)		2025 - 2026 (SE27 a SE06)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa		Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	2	0,11	2	0,11	0	0,00	2	0,11	1	0,06	2	0,11	12	0,65
Entre Ríos	1	0,33	1	0,32	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,69	1	0,69
Santa Fe	2	0,53	2	0,53	1	0,26	1	0,28	2	0,55	1	0,27	1	0,27
Centro	5	0,17	5	0,02	1	0,03	3	0,10	3	0,10	4	0,13	14	0,46
Jujuy	2	2,61	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Salta	2	1,41	2	1,40	0	0,00	3	2,04	3	2,02	2	1,33	8	5,27
Tucumán	0	0,00	0	0,00	1	0,58	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
NOA	4	0,71	2	0,35	1	0,17	3	0,51	3	0,51	2	0,34	8	1,33
Chubut	0	0,00	1	1,60	1	1,58	1	1,55	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	1,41
Río Negro	0	0,00	1	1,33	0	0,00	0	0,00	1	1,28	0	0,00	1	1,25
Sur	0	0,00	2	0,68	1	0,33	1	0,33	1	0,32	0	0,00	2	0,63
Total País	9	0,20	9	0,20	3	0,07	7	0,15	7	0,15	6	0,13	24	0,50

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

Nota: Se muestra sólo las jurisdicciones con casos

A nivel nacional, la tasa de mortalidad de la temporada actual (SE 27/2025 a SE 06/2026) es casi 4 veces mayor respecto al periodo anterior (0,11) y la más alta de todo el periodo analizado (SE 27/2019 a SE 06/2026) con un total de 24 fallecidos. Asimismo, para el mismo período, la región del NOA presenta la mayor tasa de mortalidad (1,33), ubicándose todos los casos fallecidos de la región (8) en la provincia de Salta la cual, además, es la que mayor mortalidad presenta entre todas las juridicciones (5,27). Sin embargo, la provincia que más fallecidos presenta es la provincia de Buenos Aires, con un total de 12, representando el 50% del total de fallecidos de la presente temporada.

Tabla 3. Hantavirosis: Casos totales históricos fallecidos, tasa de letalidad y tasa de mortalidad cada 1.000.000 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	0,35	1	5	0,06	1	8	0,06	2	12	0,11	3	27	0,17	3	21	0,16	12	32	0,65
Entre Ríos	1	33	0,73	2	33	1,44	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	4	50	2,76
Santa Fe	2	20	0,57	3	23	0,85	1	25	0,28	1	20	0,28	3	75	0,83	1	11	0,27	3	23	0,82
Centro	9	18	0,03	6	15	0,20	2	11	0,07	3	11	0,10	6	35	0,20	4	15	0,13	19	33	0,62
Formosa	0	0	0,00	1	100	1,65	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	0	0,00
NEA	0	0	0,00	1	100	0,24	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	-	0,00	0	0	0,00
Jujuy	2	9	2,62	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	4,98	1	7	0,70	1	6	0,69	4	15	2,74	3	9	2,03	4	20	2,68	7	39	4,64
Tucumán	0	-	0,00	0	-	0,00	1	50	0,58	0	0	0,00	0	0	0,00	0	-	0,00	1	100	0,56
NOA	9	17	0,16	1	4	0,18	2	7	0,35	4	9	0,69	3	7	0,51	4	13	0,67	8	32	1,34
Chubut	3	20	4,93	1	33	1,62	1	50	1,59	3	60	4,69	0	0	0,00	1	100	1,52	0	0	0,00
Neuquén	0	-	0,00	0	0	0,00	1	100	1,49	0	-	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	2	100	2,84
Río Negro	0	0	0,00	0	0	0,00	1	100	1,32	0	-	0,00	3	100	3,87	2	40	2,55	3	60	3,78
Sur	3	17	1,04	1	20	0,34	3	75	1,01	3	60	0,99	3	43	0,98	3	43	0,97	5	63	1,59
Total País	21	17	0,47	9	13	0,20	7	13	0,15	10	13	0,22	12	17	0,26	#	17	0,23	32	34	0,67

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
Nota: Se muestra sólo las jurisdicciones con casos

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%. En comparación con las temporadas previas analizadas, el año cerrado 2025 presentó la tasa más elevada desde el 2019, representando un 163% más que el promedio del 2019-2024 (0,26 vs 0,67 cada 1.000.000 de habitantes).

La región sur mostró la tasa más elevada (1,59 cada 1.000.000 de habitantes) de todas las regiones con fallecidos, al igual que la letalidad (63%), siendo la jurisdicción que casi duplica a la letalidad nacional.

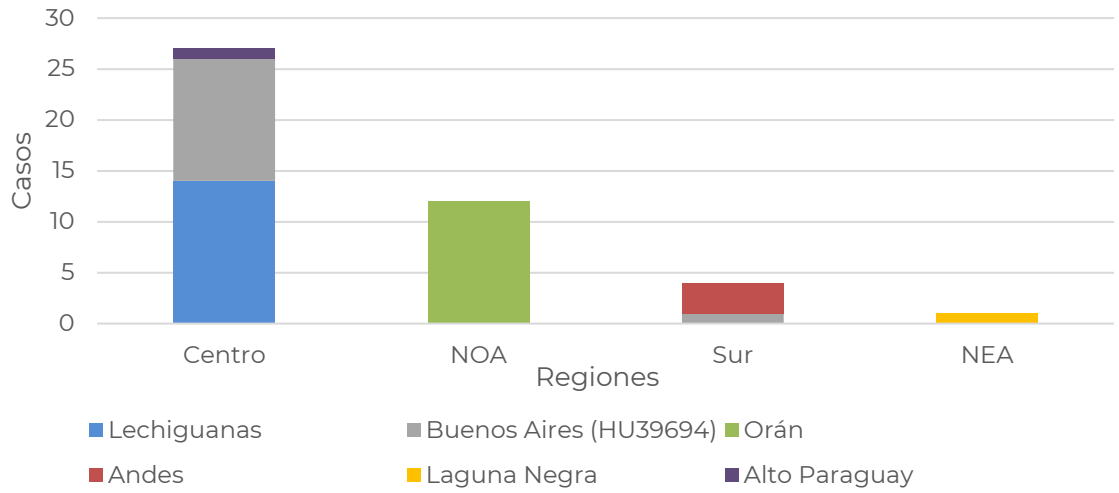
Durante el 2025, en relación con el análisis jurisdiccional, la tasa más elevada corresponde a Salta (4,64), seguida de Río Negro (3,78), Neuquén (2,84) y Entre Ríos (2,76). Estas cuatro jurisdicciones, muestran tasas que, al menos, triplican a Santa Fe, que ocupa el lugar número 5 con 0,82 cada 1.000.000 de habitantes.

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 11. Distribución de genotipos de Hantavirus identificados según región residencia. SE01 2025-a SE06-2026. 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 06/2026 presentó una proporción mayor de casos en la zona Centro (59%), seguida por la región NOA (32%) y la región Sur (8%). Asimismo, se observó un aumento en la letalidad global. En el grupo etario de menores de 20 años se

identificaron 11 casos confirmados, tres de los cuales se consignaron como fallecidos. 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. La mayor letalidad registrada en el período podría estar relacionada a la subnotificación de casos leves, aunque continúan en investigación otras causas. Se proseguirá con el análisis epidemiológico mientras transcurre la temporada. Se recomienda fortalecer tanto la vigilancia epidemiológica como la sospecha clínica, el testeo y el tratamiento oportuno de los casos con sintomatología compatible, teniendo en cuenta las regiones prevalentes y la temporalidad, así como indagando en los antecedentes epidemiológicos compatibles.

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

Circular "Actualización de normas para la vigilancia de hantavirosis - Mayo 2025", disponible en el siguiente link:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/circular_vigilancia-hantavirus-16052025.pdf

La Ficha de Notificación e Investigación Epidemiológica se encuentra disponible en el siguiente link:
https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas (Síndrome Febril Agudo Inespecífico)

La ficha clínica epidemiológica para derivación y el Instructivo de envío de muestras para diagnóstico se encuentran disponible en el siguiente link:
https://www.argentina.gob.ar/hantavirus-0

SITUACIONES **EMERGENTES**

VII. Coqueluche

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.1. Situación internacional[24]

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

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

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

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

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

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

VII.2.Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina

VII.2.A. **INTRODUCCIÓN**

Durante el año 2025 se notificaron 6.824 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 1.204 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 6 primeras SE de 2026 se notificaron un total de 479 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 153 fueron confirmados. En 142 de éstos se contó con confirmación de

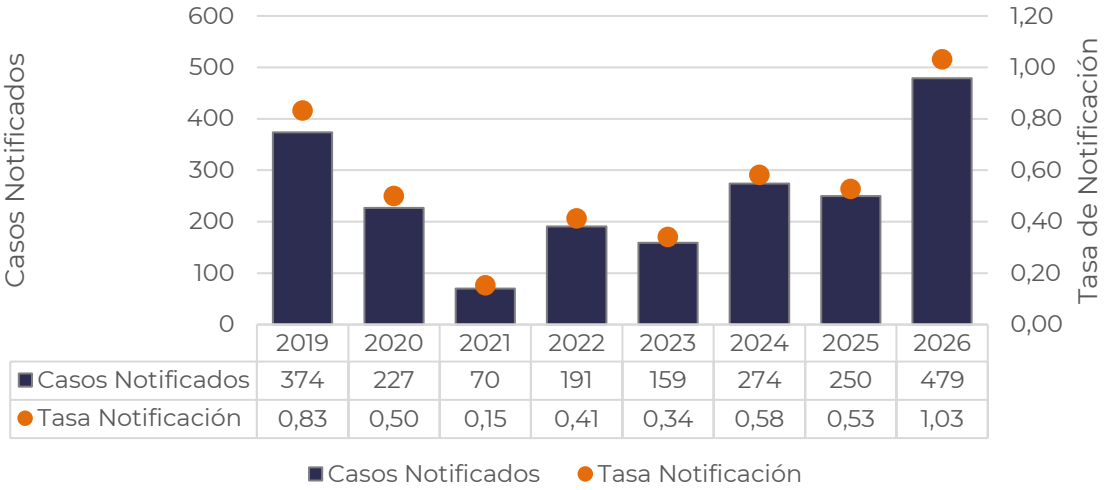
laboratorio[25], identificándose *B. pertussis* en el 81,7% (n=97). 1 caso correspondió a *B. parapertussis* y 44 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.).

Los 153 casos confirmados superan las cifras registradas para el mismo período desde 2019, en línea con el ascenso observado durante 2025. La incidencia acumulada en las SE 1-6 es de 0,33 casos por cada 100.000 habitantes, siendo también la más alta para la SE5 desde 2019. No se registraron fallecimientos en estas primeras semanas.

VII.2.B. ANÁLISIS DE LOS CASOS NOTIFICADOS Y CONFIRMADOS

La tasa de notificación hasta la SE6 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 1,03 casos cada 100.000 habitantes, seguido por 2019, con 0,83 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. SE 1 a 6. Años 2019-2026.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos Notificados	374	227	70	191	159	274	250	479
Tasa Notificación	0,83	0,50	0,15	0,41	0,34	0,58	0,53	1,03

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

En las SE 1-6 de 2026, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de CABA (n=170) provincia de Buenos Aires (n= 116), Córdoba (n= 69), Santa Fe (n=32), Mendoza (n=25) y Salta (n=25). En las 13 provincias restantes que notificaron casos sospechosos, se notificaron menos de 10 casos.[26]

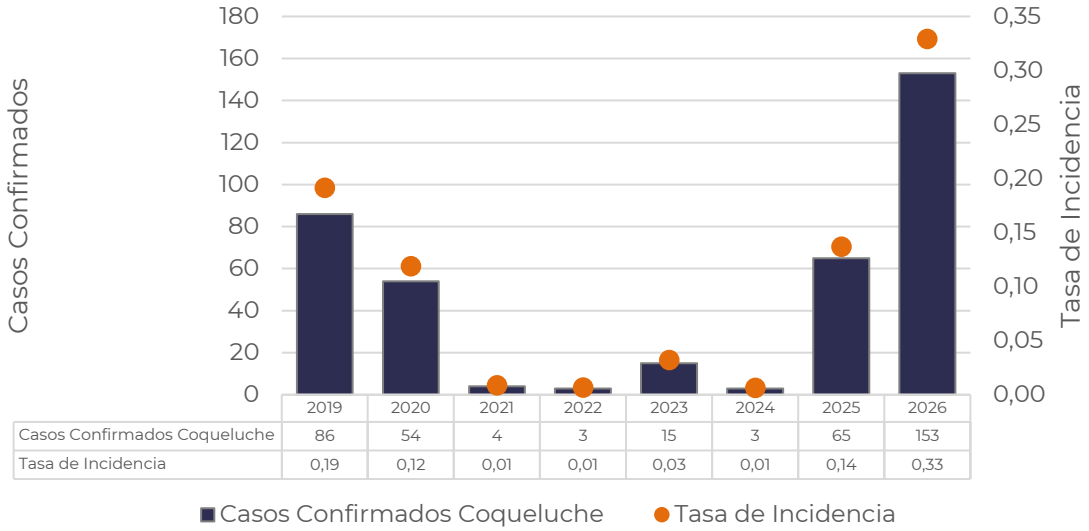
Del total de notificados, se confirmaron 153 casos, lo que representa una tasa de incidencia de 0,33 casos por cada 100.000 habitantes. Si se analiza el período 2019-2026 hasta la SE6, se observa una tendencia descendente de la incidencia entre 2019 y 2022. En 2023 se observó un

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

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

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[27].

Gráfico 2. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. Argentina. SE 1-6. Años 2019-2026.

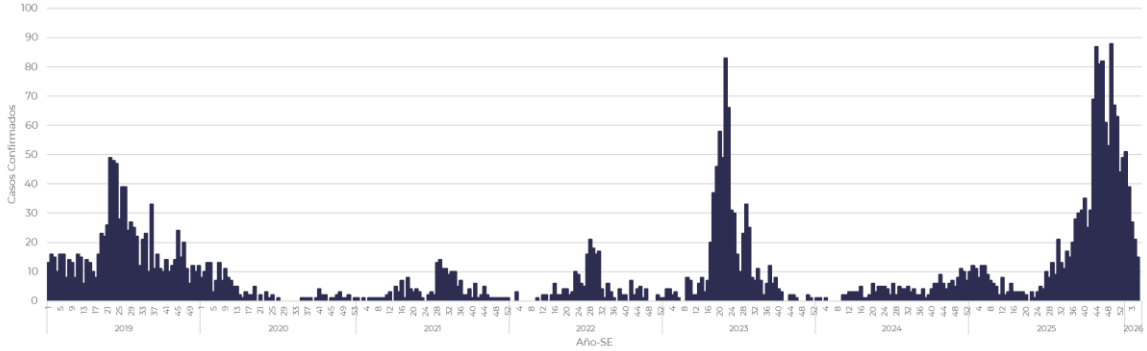


	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos Confirmados Coqueluche	86	54	4	3	15	3	65	153
Tasa de Incidencia	0,19	0,12	0,01	0,01	0,03	0,01	0,14	0,33

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 SE06/2026.



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

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

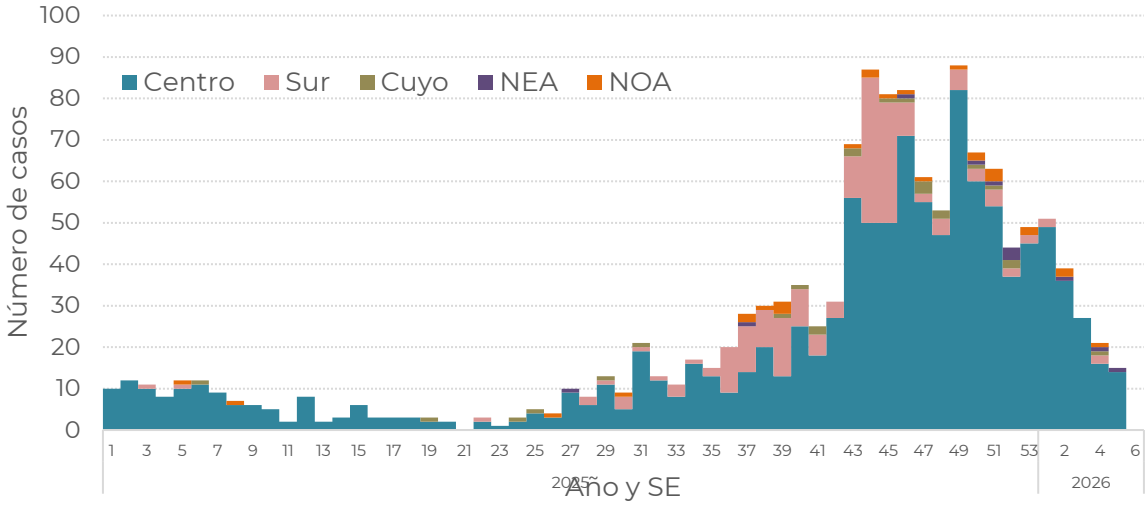
Posteriormente, a partir de la SE 27/2025, se verifica un nuevo ascenso, inicialmente asociado al brote en Ushuaia (Tierra del Fuego) y al aumento de casos confirmados en la Región Centro.

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

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

El mayor número de casos confirmados del año se observó en las SE 44 y 49 de 2025 (n=87 y 88, respectivamente). En las últimas 4 semanas los casos presentan una tendencia a la disminución[28].

Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2025-SE6/2026.



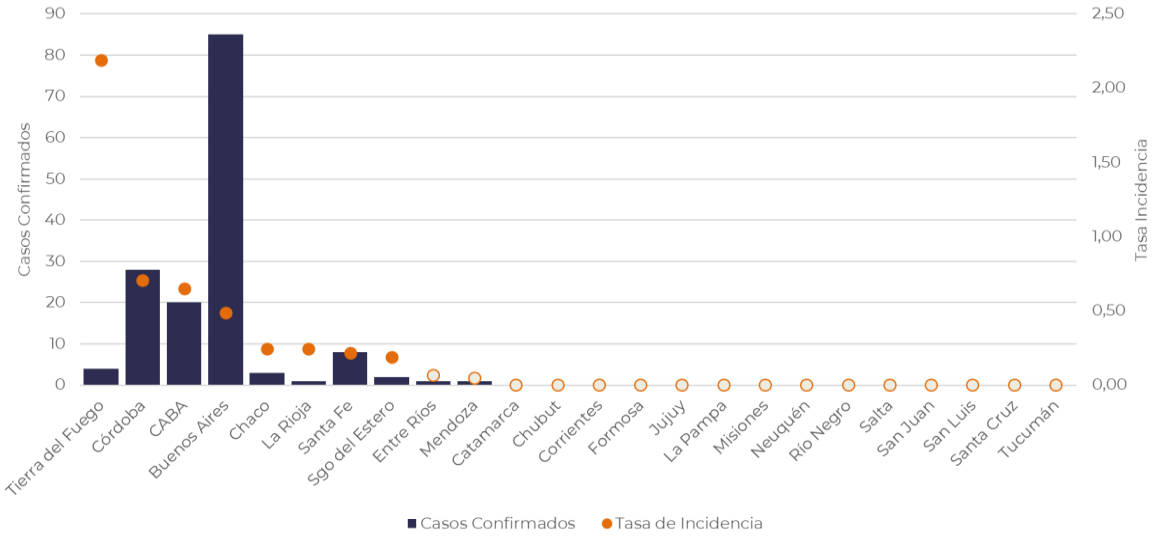
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyeron en 22 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observó en la Región Centro (n=965), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n=661) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=125). En la Región Sur se confirmaron 184 casos, principalmente vinculados al brote en Tierra del Fuego. En las primeras 6 semanas de 2026 los casos confirmados se registraron en 10 jurisdicciones: Buenos Aires (n=85), Córdoba (n=28), CABA (n=20), Santa Fe (n=8), Tierra del Fuego (n=4), Chaco (n=3) Santiago del Estero (n=2), Entre Ríos (n=1), La Rioja (n=1) y Mendoza (n=1).

En el siguiente gráfico se observan los casos absolutos y la incidencia acumulada (IA) cada 100.000 habitantes según jurisdicción (ordenadas de mayor a menor IA), para el año 2026.

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

Gráfico 5. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. Argentina. SE 1-6 de 2026.



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 con 2,19 casos cada 100.000 habitantes, valor 3,1 veces superior al de Córdoba, que ocupa el segundo lugar con una IA de 0,71 casos por 100.000 habitantes. En tercer lugar, se ubica la Ciudad Autónoma de Buenos aires (0,65 casos cada 100.000 habitantes) y la provincia de Buenos Aires, que, si bien concentra el mayor número absoluto de casos, presenta una tasa de 0,49 casos por 100.000 habitantes.

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

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

Tabla 1. Casos confirmados coqueluche según jurisdicción y año. Argentina. Periodo 2019-2025.

Jurisdicciones	Casos Confirmados						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	216	49	45	58	47	73	661
CABA	21	11	0	3	2	53	125
Catamarca	6	0	0	11	2	0	0
Chaco	5	3	0	2	0	0	4
Chubut	12	6	3	1	2	0	12
Córdoba	192	31	37	5	81	11	80
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	4
La Rioja	1	0	0	0	25	1	3
Mendoza	241	12	17	13	25	1	18
Misiones	10	1	5	5	9	1	2
Neuquén	1	1	0	0	2	0	9
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	140
Tucumán	7	4	1	0	2	0	7
Total Nacional	**953**	**159**	**181**	**200**	**667**	**191**	**1204**

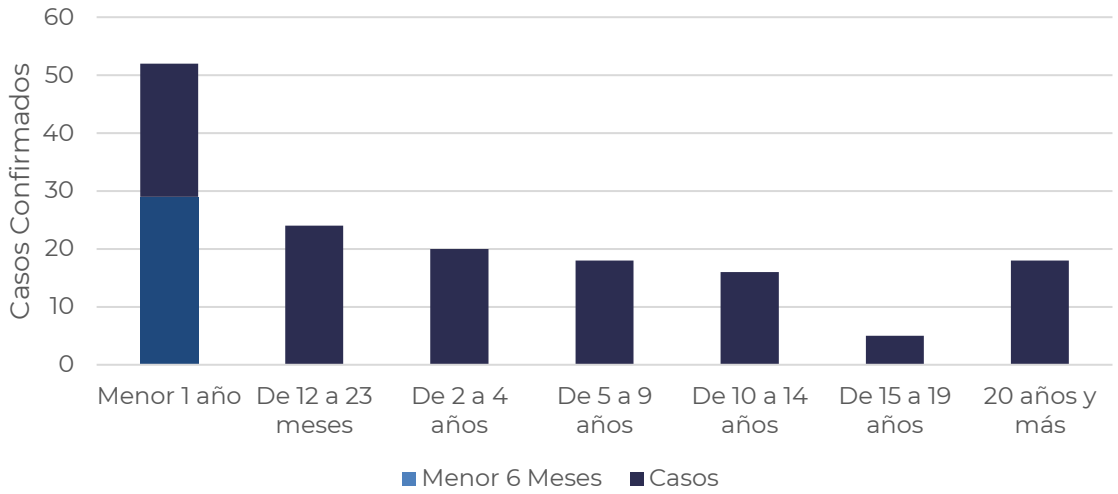
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Si bien 22 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.2.C. ANÁLISIS SEGÚN EDAD Y GRAVEDAD

En el siguiente gráfico se presentan los casos confirmados en las 6 primeras semanas 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. Argentina. SE1-6/2026.



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 34,0% de los casos confirmados en el período analizado (n=52), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=29).

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 6 SE de 2026 no se registraron fallecidos.

VII.3.Coberturas de Vacunación

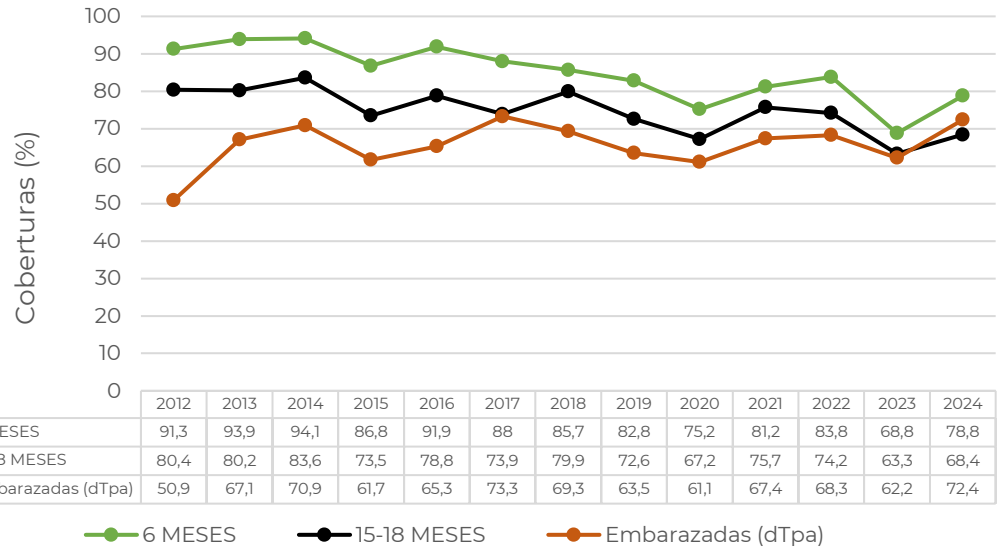
VII.3.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

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. Periodo 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 18/02/2026, son:

1º dosis de Quíntuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 83,4%
2º dosis de Quíntuple (4 meses): 82,4%
3º dosis Quíntuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 77,8%
Ref Quíntuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 67,5%

Ref DTP (5 años): 57,8% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 13/11/25: 76,8%)
Ref dTpa (11 años): 57,5% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 13/11/25: 77,6%)
Embarazadas dTpa: 76,7%

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.3.B. **COBERTURAS SEGÚN JURISDICCIÓN**

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

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.

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

VIII.1. Introducción

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

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

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

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

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

VIII.2. Situación epidemiológica mundial y regional

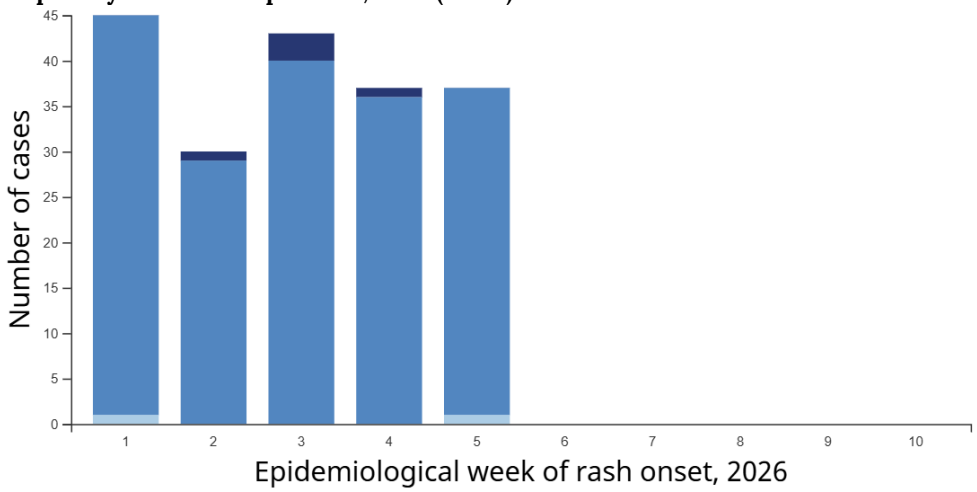
VIII.2.A. **CANADA**[30]

En 2026, se han notificado un total de 192 casos de sarampión (179 confirmados, 13 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 7 de febrero del 2026.

En la semana 5 (del 1 al 7 de febrero del 2026), se notificaron 57 nuevos casos de sarampión (54 confirmados y 3 probables) en 5 jurisdicciones (Alberta, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario y Quebec).

[30] 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=192)



I.1.A. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[31]

Al 19 de febrero de 2026, se notificaron 982 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 976 casos fueron reportados por 14 jurisdicciones: Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kentucky, Maine, Minnesota, Nebraska, Ciudad de Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington y Wisconsin. Se notificaron 6 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

Se han notificado 7 nuevos brotes en 2026, y el 89 % de los casos confirmados (870 de 982) están asociados a brotes (73 correspondientes a brotes en 2026 y 797 a brotes que comenzaron en 2025).

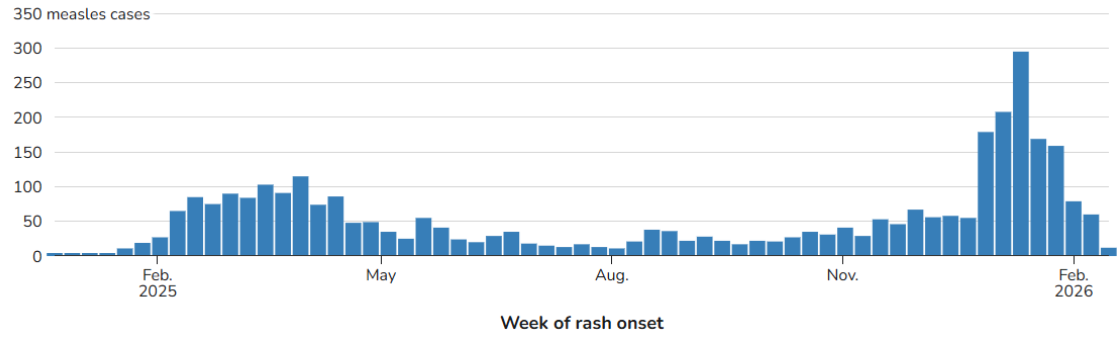
En el año 2025, se notificaron un total de 2.281 casos confirmados de sarampión. De ellos, 2.256 casos han sido confirmados en 45 jurisdicciones: Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Luisiana, 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 (2.034 de 2.281) 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.

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

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 19/02/26).

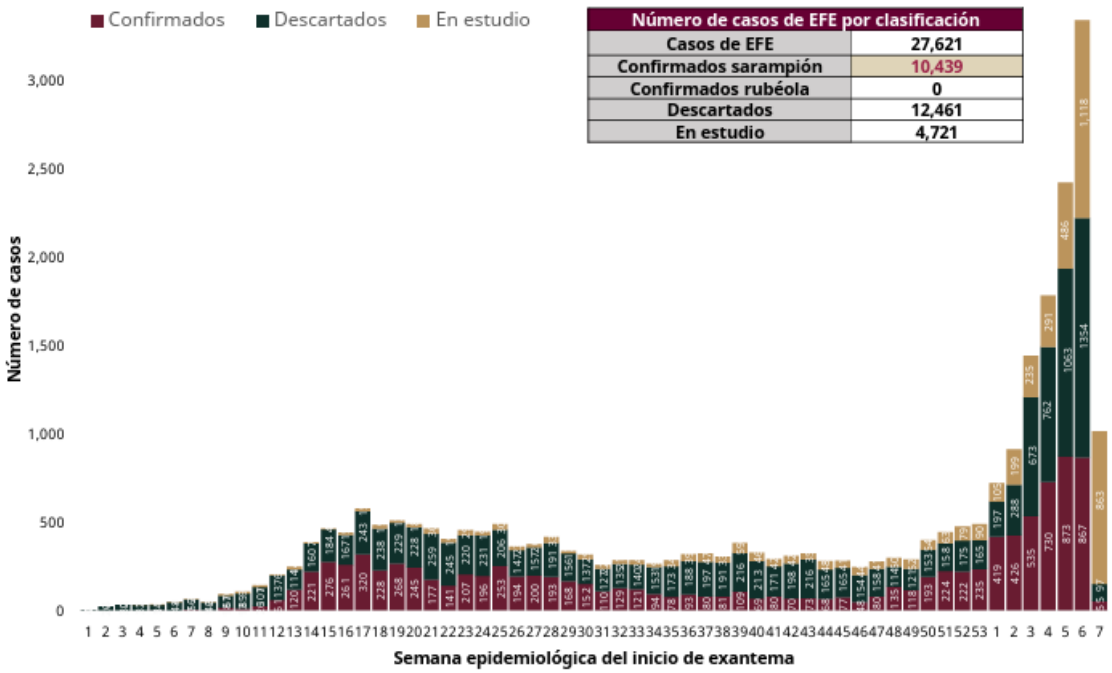


VIII.2.B. MÉXICO[32]

Al 19 de febrero, se han reportado 10.439 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (1.494 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años (1.263 casos) y el de 25 a 29 años (1.172 casos).

Se han reportado 31 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.

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

VIII.3. Situación actual en la Argentina

A partir de un nuevo caso que fue contacto de un caso confirmado mientras se encontraba en el exterior, se emitió una nueva Alerta Epidemiológica[33] con fecha del 12 de febrero.

VIII.3.A. **NOTA METODOLÓGICA**

En Argentina, Sarampiòn constituye un evento de notificación obligatoria en el marco de la Ley 15.465 y la Resolución 2827/2022.

Para el presente **análisis** se utilizaron las **notificaciones nominales** correspondientes al evento Enfermedad Febril Exantemática registradas en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), del que se excluyeron los casos clasificados de forma manual como "Invalidados por Epidemiología".

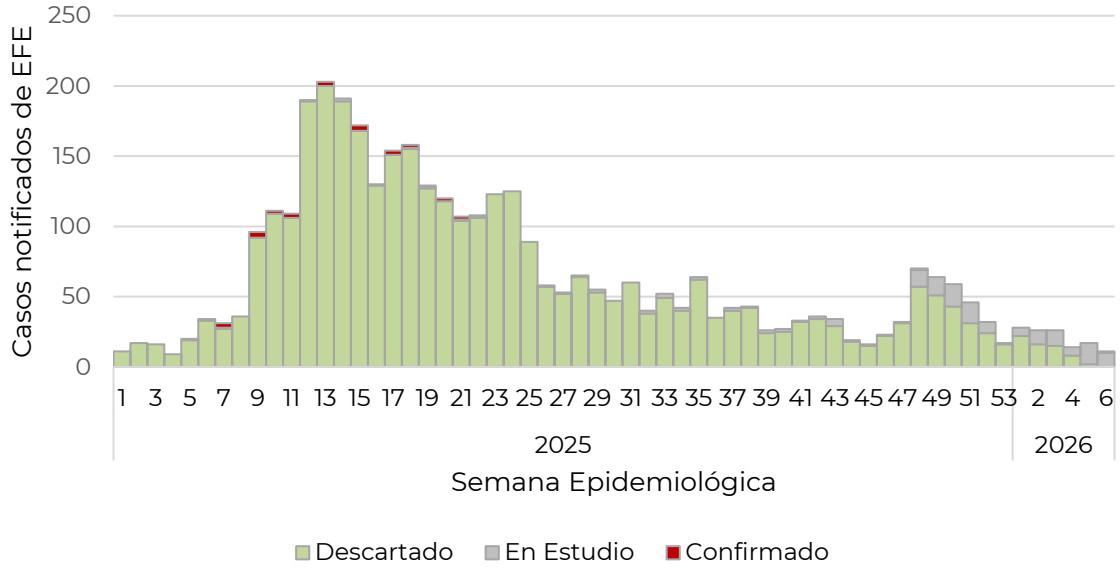
Para determinar la temporalidad de los casos, se estableció un orden que prioriza la "Fecha de inicio de exantema". En los casos en que esta información no estaba disponible, se tomó la "Fecha de consulta", "Fecha de toma de muestra" y, en su defecto, la "Fecha de apertura". En cuanto a la procedencia, se utilizó la 'Provincia de residencia' y en caso de que no estuviera el dato, se utilizó la "Provincia de carga".

El análisis incluyó las notificaciones correspondientes a los datos reportados hasta la SE 6 (14 de febrero inclusive) del año 2026.

VIII.3.B. **NOTIFICACIÓN DE CASOS**

El gráfico a continuación muestra la distribución de las sospechas por semana epidemiológica a nivel país del año 2025 hasta la SE 6 del año 2026.

Gráfico 2. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1/53 de 2025 (n=3679) y SE1 a SE6 de 2026. (n= 122).



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

[33] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/alerta_sarampion_20260206_vf.pdf

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

VIII.3.C. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

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

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

Tabla 1. Distribución de casos notificados y confirmados de Sarampión, tasa cada 100 mil habitantes y notificaciones mínimas esperadas a la semana actual por jurisdicción. Argentina. SE 1 a SE 6 2026.

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires		48	0,3	46	367
CABA	1	26	0,8	8	62
Catamarca		1	0,2	1	9
Chaco		2	0,2	3	25
Chubut		1	0,1	2	13
Córdoba		2	0,1	10	79
Corrientes			0,0	3	23
Entre Ríos		6	0,4	4	29
Formosa		1	0,2	2	13
Jujuy		3	0,4	2	16
La Pampa		1	0,3	1	7
La Rioja			0,0	1	8
Mendoza		7	0,3	5	42
Misiones			0,0	3	27
Neuquén			0,0	2	14
Río Negro		1	0,1	2	16
Salta		10	0,7	4	30
San Juan		1	0,1	2	16
San Luis		1	0,2	1	11
Santa Cruz			0,0	1	8
Santa Fe		3	0,1	9	73
Santiago del Estero			0,0	3	21
Tierra del Fuego		1	0,5	0	4
Tucumán		7	0,4	5	36
Total	**1**	**122**	**0,3**	**120**	**949**

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

Del análisis de la información notificada se identifican dos situaciones diferenciadas entre las jurisdicciones:

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

2. Jurisdicciones que tienen la misma cantidad de notificaciones esperadas para la SE actual (verde claro): En este segundo grupo se incluye Catamarca, La Pampa y San Luis que alcanzaron las notificaciones esperadas para la semana epidemiológica actual.

3. Jurisdicciones que superaron la cantidad de notificaciones esperadas para la SE actual (verde oscuro): En este tercer grupo se incluye Buenos Aires, CABA, Entre Rios, Jujuy, Mendoza, Salta, Tierra del Fuego y Tucumán que superaron las notificaciones esperadas para la semana epidemiológica actual.

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

VIII.4. Sobre el último caso confirmado

VIII.4.A. **DESCRIPCIÓN DEL CASO ACTUAL**

El 12 de febrero de 2026 se confirmó, a través del SNVS 2.0, un caso de sarampión en un adulto de 29 años, residente en la Ciudad de Buenos Aires, con antecedente de viaje reciente a Filipinas y exposición a un caso confirmado durante un vuelo internacional el 27 de enero.

El inicio de síntomas ocurrió el 9 de febrero. Ante la sospecha clínica y el antecedente epidemiológico, la muestra fue derivada al Laboratorio Nacional de Referencia, donde se confirmó la detección del virus por rt-PCR. Se encuentran en curso los estudios de genotipificación viral.

El paciente presenta antecedente de vacunación con triple viral en la infancia, cursa un cuadro clínicamente estable y permanece en aislamiento domiciliario.

Durante el período de transmisibilidad participó en actividades sociales en la provincia de Buenos Aires (Azul y General Pacheco) , lo que motivó la investigación epidemiológica y la identificación de contactos en distintas jurisdicciones.

VIII.5. Acciones en curso

Desde la notificación inicial por medio del CNE, y más tarde de la jurisdicción, los equipos nacionales y jurisdiccionales trabajan de manera articulada en la investigación epidemiológica, identificación y seguimiento de contactos, implementación de acciones de bloqueo e inmunización de susceptibles.

Se reforzó la vigilancia de Enfermedad Febril Exantemática en las regiones involucradas y se aseguraron insumos para la respuesta (vacunas y gammaglobulina).

Al cierre del presente informe, continúa el seguimiento de contactos identificados, la comunicación interjurisdiccional y el monitoreo activo ante la posible aparición de nuevos casos.

VIII.6. Recomendaciones para la comunidad

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

Las aulas y otros espacios donde se desarrollan las actividades mencionadas suponen el contacto estrecho entre niños, adolescentes y adultos, la convocatoria a reuniones y actos escolares con gran afluencia de personas y un incremento del desplazamiento de la población,

constituyendo así un escenario que facilita la propagación del virus del sarampión en la comunidad.

VIII.7. Recomendaciones para los equipos de salud

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

VIII.8. Vigilancia epidemiológica

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

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

VIII.8.A. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CASO

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

Persona de cualquier edad con fiebre (temperatura axilar >38°C) y exantema, independientemente del antecedente vacunal, o bien que un personal de salud sospeche sarampión o rubéola.

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

VIII.9. Medidas de prevención

VIII.9.A. VACUNACIÓN

ADELANTAMIENTO DE SEGUNDA DOSIS DE TV A LOS 15 - 18 MESES DE VIDA

Argentina presenta riesgo de reintroducción del sarampión en forma permanente, por lo cual es clave mejorar las coberturas de vacunación en todos los grupos de edad.

Dada la actual circulación mundial, regional y nacional del sarampión, y tras una rigurosa evaluación de la evidencia científica, Argentina ha decidido continuar y fortalecer su estrategia de inmunización, indicando la segunda dosis de vacuna triple viral entre los 15 a los 18 meses de vida, en lugar de la anterior indicación al ingreso escolar, a todos los nacidos desde el 1° de julio de 2024, a partir del 1 de enero de 2026. Esta estrategia tiene como objetivo la disminución de susceptibles, con cohortes que accederán a un esquema vacunal completo a edades más tempranas.

A partir del 1 de enero del 2026, el esquema de vacunación es el siguiente:

Primera dosis: vacuna a los 12 meses de edad.
Segunda dosis: vacuna entre los 15 y 18 meses de edad nacidos desde el 1° de julio de 2024.

A fin de garantizar que todos los niños completen su esquema de vacunación de 2 (dos) dosis se continuará vacunando, en el año en que cumplen 5 años de edad, a las cohortes nacidas en 2021, 2022, 2023 y en los primeros 6 meses de 2024, es decir nacidos desde el 1 de enero de 2021 hasta el 30 de junio de 2024.

- Personal de salud: Todas las personas que trabajan en el nivel asistencial, incluyendo trabajadores de mesa de entradas, limpieza, seguridad, laboratorio, planta médica y de enfermería, etc., deben acreditar dos dosis de vacuna con componente contra el sarampión aplicadas después del año de vida (doble o triple viral) o contar con serología IgG positiva para sarampión.
- Adultos: deben acreditar la aplicación de 2 dosis de vacuna con componente antisarampionoso. Las personas nacidas antes de 1965 se consideran inmunes y no necesitan vacunarse.

Recomendaciones para residentes en Argentina que viajen al exterior:

- Niños menores de 6 meses: La vacuna no está recomendada en este grupo etario, considerado el de mayor vulnerabilidad.
- Niños de 6 a 11 meses: Deben recibir una dosis de vacuna doble viral o triple viral ("dosis cero"). Esta dosis es adicional y no debe ser considerada parte del esquema regular de vacunación del CNV.
- Niños de 12 meses: Deben recibir la primera dosis correspondiente al CNV con vacuna triple viral.
- Niños de 15 meses en adelante: Deben acreditar al menos dos dosis de vacuna triple viral.
- Mayores de 5 años, adolescentes y adultos: Deben acreditar dos dosis de vacuna con componente contra el sarampión (doble o triple viral) aplicadas después del año de vida o demostrar inmunidad mediante serología IgG positiva.
- Personas embarazadas: Pueden viajar si acreditan dos dosis de vacuna con componente antisarampionoso (doble o triple viral) aplicadas después del año de vida o demostrar inmunidad mediante serología IgG positiva. Se desaconseja viajar a las embarazadas sin antecedentes comprobables de vacunación o sin anticuerpos contra el sarampión.

Frente a la situación epidemiológica mundial se recomienda contar con esquema de vacunación adecuado antes de realizar un viaje. De no contar con las dos dosis recomendadas, la vacuna debe ser aplicada como mínimo 15 días antes del viaje. Estas indicaciones son dinámicas y podrán sufrir modificaciones de acuerdo con la situación epidemiológica. Las eventuales modificaciones serán comunicadas oportunamente

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

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

Las recomendaciones de vacunación se pueden consultar en:

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

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

Ante el riesgo de propagación del virus en la comunidad, se propone la implementación de una campaña de vacunación dirigida a la población objetivo residente en esta región. Consultar en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/02/lt_vacuna_sarampion-2025.pdf

VIII.10. Medidas ante casos y contactos

VIII.10.A. MEDIDAS ANTE CASOS SOSPECHOSOS Y/O CONFIRMADOS:

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

Vacunación dentro de las 48 a 72 hs.

1. Contactos entre 6 y 11 meses de edad deberán recibir UNA DOSIS de vacuna triple o doble viral. Esta dosis no debe ser tenida en cuenta como parte del esquema de vacunación del calendario nacional.
2. Contactos de 12 meses: se deberá asegurar UNA DOSIS de vacuna triple viral.
3. Contactos de 13 meses o más (excepto personas adultas nacidas antes de 1965) se deberán asegurar DOS DOSIS de vacuna con componente anti sarampionoso.
4. Contactos menores de 6 meses de edad, embarazadas sin evidencia de inmunidad contra el sarampión y severamente inmunosuprimidas (independientemente del antecedente de vacunación) deberán recibir Inmunoglobulina de pool dentro de los 6 días de contacto. La inmunoglobulina se aplica por vía intramuscular, la dosis recomendada es de 0.25 ml/kg. En personas inmunocomprometidas, la dosis es de 0,5 ml/kg (dosis máxima 15 ml).

- Realizar búsquedas activas de contactos e identificar los susceptibles (menores de 1 año, personas con vacunación incompleta o sin vacunación).
- Localización y seguimiento de los contactos: Personas que han estado expuestas a un caso confirmado por laboratorio o con vínculo epidemiológico, durante su período de

transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio del exantema en el caso de sarampión, o 7 antes y 7 después en el caso de rubéola). Realizar el seguimiento de los potenciales susceptibles hasta 21 días después del inicio del exantema del caso.

- Búsqueda de la fuente de infección: Se buscará todo posible contacto con un caso confirmado de sarampión (entre 7 y 21 días antes del inicio del exantema). Indagar posibles situaciones o lugares de exposición: guarderías, colegios, centros de trabajo, lugares de reunión, viajes, centros asistenciales (urgencias, consultas pediátricas), etc.

Ficha de notificación:
ficha_de_sarampion_y_rubeola_1742024.pdf
Alerta epidemiológica del 06 de marzo de 2025.

alerta_epidemiologica-sarampion_07032025_0.pdf

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	70,20	69,4	66,5	59,5	44,4	45,2	65
CABA	84,6	85,9	74,8	39,8	44,7	35,5	52,8
Catamarca	90,7	91,5	86,6	69,1	65,8	71,2	85,5
Chaco	93,2	91,9	86,7	75,5	63,7	64,5	90,5
Chubut	93,1	93,1	88	78,5	60	62,5	86,6
Coba	89,50	88,6	82,8	76,8	60,2	61,5	82,9
Corrientes	92,5	88,6	80	62,2	50,9	49,7	90,3
Entre Ríos	92,2	90,7	85,4	79	51,8	62,1	90,5
Formosa	79,9	78,1	74,3	54,2	56	55,8	81,3
Jujuy	109,2	110,8	106,4	101,3	82,2	80,3	103,9
La Pampa	98,7	99	97	90,2	68	78,7	93,4
La Rioja	95,2	92,7	86,1	74	71,3	67,9	89,3
Mendoza	92,6	91,6	88,4	83,5	91,8	86	81
Misiones	97,30	92,3	80,8	61	65,7	65,1	90,6
Neuquén	96,5	94,3	91	88,1	85	84,7	92,6
Río Negro	102,3	101,6	96,5	80,2	66,2	56,9	95,5
Salta	94,7	92,5	88,7	84,3	91,6	95,2	89,6
San Juan	98,9	98,1	90	76,6	75,2	73	90,6
San Luis	95,4	93,8	91,1	93,4	82,9	80,6	91,6
Santa Cruz	96,2	93,9	91,1	78,9	77,7	72,7	96,2
Santa Fe	85,1	86,3	83,1	68,7	58,5	59,3	81
S. del Estero	93,4	91	82,8	68,4	54,7	62,5	87,7
T. del Fuego	101,8	105,5	98,3	103,4	73,2	74,4	98,9
Tucumán	87,1	86,5	83,4	79,5	71,7	72,5	79,5

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

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-

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS

IX. MPOX - Informe epidemiológico

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

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

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

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

El Manual se encuentra en el siguiente link;

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

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

IX.1. Situación internacional[34]

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

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

[34] Disponible en: mpx_global

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

Respecto del **Clado Ib**, en las últimas 6 semanas fueron detectados casos confirmados con transmisión comunitaria en **República Democrática del Congo, Uganda, Burundi, Kenia, Congo, Zambia, Tanzania, Malawi, Mozambique, España, Sudán del Sur, Madagascar, Ruanda, Sudáfrica, Francia y Portugal**. Se detectaron casos relacionados con viajes a zonas endémicas en **Reino Unido, Comoras, Irlanda, Mayotte, Israel, La Réunion,** y un caso en investigación en **República Checa.**

Fueron notificados dos casos relacionados con viajes de una cepa recombinante de MPXV del clado Ib/IIb en el **Reino Unido** y la **India**. Para mayor información ver sección Alertas Epidemiológicas Internacionales en este mismo Boletín.

IX.1.A. SITUACIÓN EN ÁFRICA

En los últimos doce meses, hasta el 15 de febrero de 2026, 30 países notificaron 38.719 casos confirmados, incluidas 171 muertes. Los tres países con más casos son la República Democrática del Congo (18.632 casos), Uganda (5.613) y Sierra Leona (5.442).

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

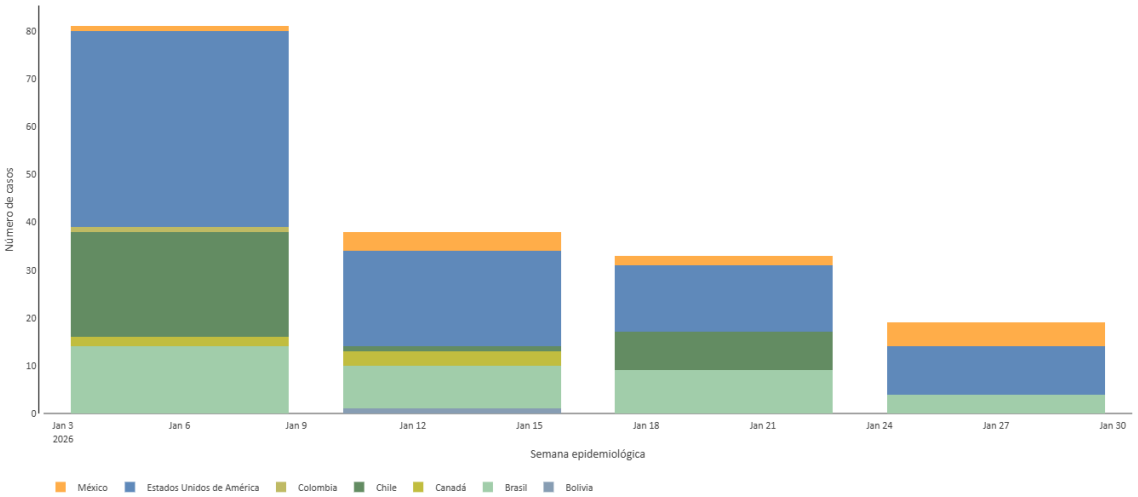
IX.1.B. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS[35]

Respecto de la situación regional, según la última actualización epidemiológica de la Organización Panamericana de la Salud, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 4 de 2026 fueron notificados en la Región de las Américas 171 casos de mpox.

Los países de la región que detectaron casos de mpox durante 2026 son los siguientes: Estados Unidos (85 casos), Brasil (36), Chile (31), México (12), Canadá (5), Colombia (1) y Bolivia (1).

[35] Disponible en: https://shiny.paho-phe.org/mpox/

Gráfico 1. Casos confirmados de mpox según semana epidemiológica de inicio de síntomas/notificación según país. Región de las Américas, SE1 a SE4 2026.

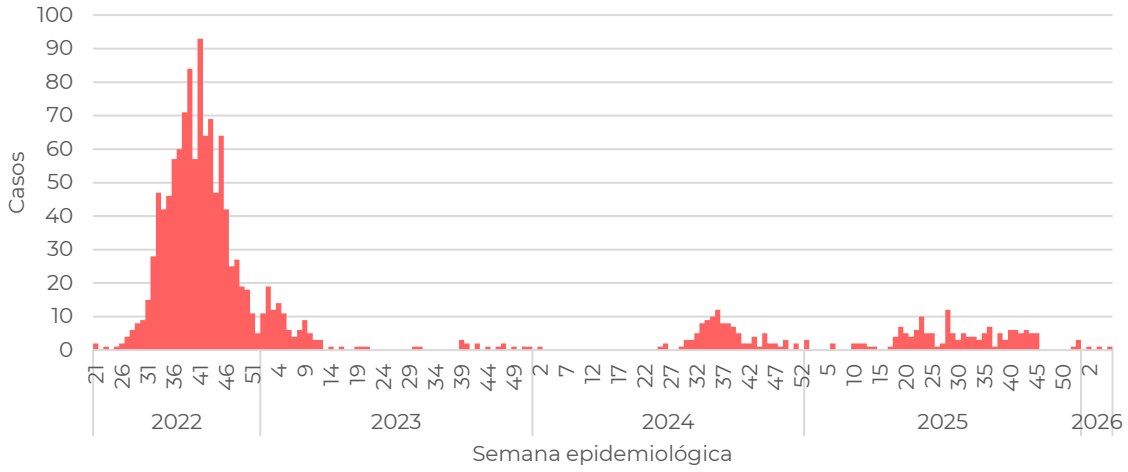


Fuente: https://shiny.paho-phe.org/mpox/

IX.2. Situación en Argentina

Durante el año 2022 (año epidémico), a partir de la SE 21, fueron notificados 1.024 casos confirmados. En 2023 se notificaron 124 casos confirmados, principalmente en la primera mitad del año, mientras que en 2024 se confirmaron 107 casos, concentrados en la segunda mitad del año. Durante 2025 se confirmaron 157 casos. Entre la semana 1 y 6 de 2026 se confirmaron 3 casos (Gráfico 2).

Gráfico 2. Casos confirmados de mpox por semana epidemiológica de fecha mínima[36]. Argentina, SE21/2022 a SE6/2026. (N=1.415)



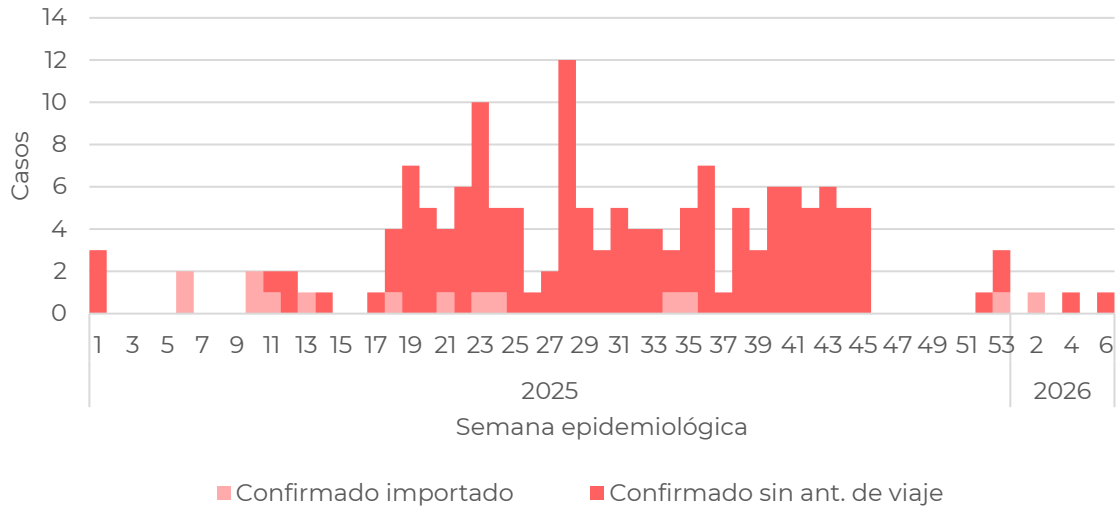
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

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

Para mayor información sobre de los casos notificados en años previos, dirigirse a: Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nº 737, Boletín Epidemiológico Nacional | Semana 52 Nº 685 y Boletín Epidemiológico Nacional N°791, SE 1.

Respecto de la última actualización (SE 53/2025), se confirmaron cinco casos nuevos, dos correspondientes a 2025 y tres al año en curso.

Gráfico 3. Casos confirmados de mpox según antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1/2025 a SE6/2026. (N=160)



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

Los casos de 2026 residen CABA (2 casos) y Río Negro (1, con antecedente de viaje a Chile), son de sexo masculino y tienen entre 29 y 34 años de edad.

Hasta el momento, se realizaron estudios para la identificación de clado en el Laboratorio Nacional de Referencia del INEI-ANLIS “Carlos Malbrán” en 2 de los casos confirmados, identificándose en todos ellos el clado II.

IX.3. Recomendaciones para el equipo de salud

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

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

IX.4. Vigilancia Epidemiológica

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

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

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

IX.4.A. DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES DE CASO

Caso sospechoso

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

Ó

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

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

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

Ó

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

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

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

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

Caso confirmado

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

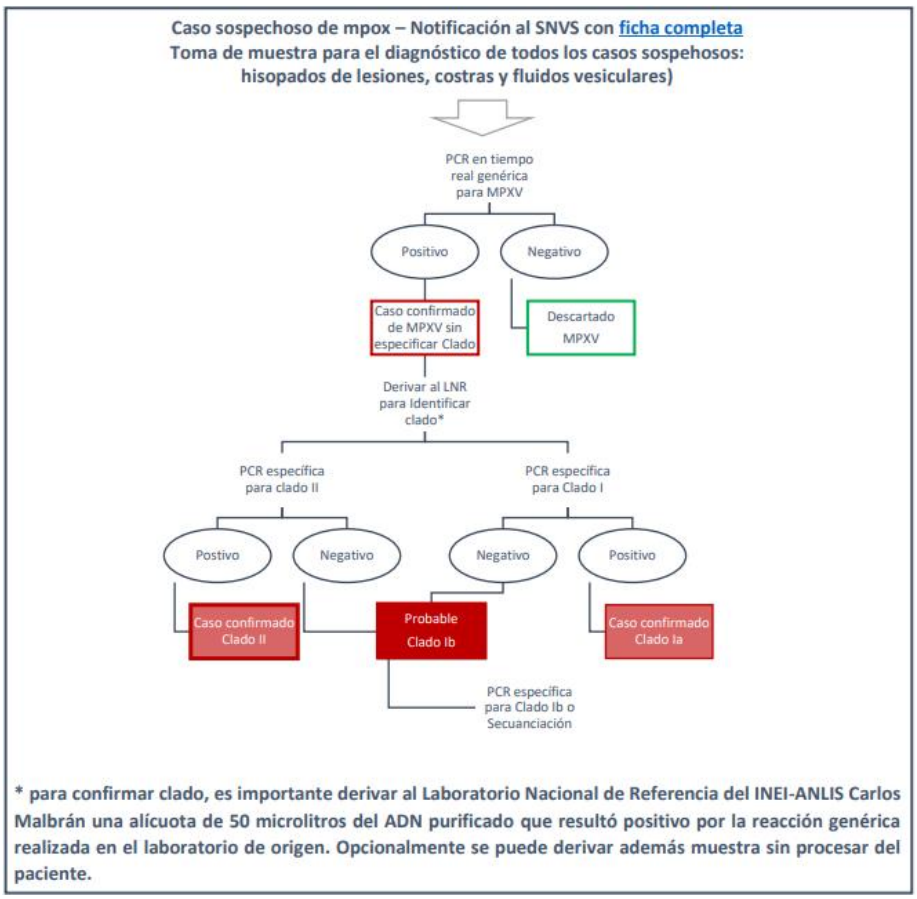
Ante la detección de un caso sospechoso se debe tomar muestras para el diagnóstico etiológico y enviarlas al laboratorio que corresponda. Las muestras deben ser manipuladas de manera segura por personal capacitado que trabaje en laboratorios debidamente equipados. Para minimizar el riesgo de transmisión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

IX.4.B. NOTIFICACIÓN

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

IX.5. Algoritmo de diagnóstico y notificación de mpox

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



IX.6. Medidas ante casos sospechosos

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

transporte, el paciente debe utilizar barbijo quirúrgico y las lesiones cutáneas deben estar cubiertas.

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

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

IX.7. Medidas ante contactos

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

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

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

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

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

Ficha de notificación:

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

Más recomendaciones e información en:

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

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

X. Introducción

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

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

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

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

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

X.1. Mpox: virus recombinante con elementos genómicos de los clados Ib y IIb – Situación global

Recibido a través del CNE el 14/02/2026

En diciembre de 2025, el Reino Unido detectó el primer caso reportado de una cepa recombinante de MPXV de los clados Ib/IIb. Tras la clasificación de este caso y su publicación en una base de datos pública como una nueva cepa recombinante de MPXV, un caso de mpox detectado en India en septiembre de 2025 fue reclasificado retrospectivamente como una cepa recombinante estrechamente relacionada, basándose en datos de secuenciación. Hasta la fecha, estos son los únicos casos conocidos de este virus recombinante.

X.1.A. CASO DETECTADO EN EL REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE

El caso fue identificado tras el análisis de un hisopado vesicular de un viajero que había regresado de un país de la región de Asia Pacífico en octubre de 2025. Durante la confirmación de laboratorio, el virus fue inicialmente tipificado como MPXV clado Ib mediante qPCR. La posterior secuenciación completa del genoma reveló que la cepa de MPXV identificada era distinta de otras cepas conocidas del clado Ib, y el análisis filogenético indicó que el genoma presentaba regiones similares tanto a las secuencias de referencia del clado Ib como del clado IIb, lo que sugiere que se trata de un recombinante inter-clado.

Para confirmar este hallazgo inusual, se repitió la secuenciación utilizando el extracto original de la muestra primaria, un nuevo extracto de la misma muestra primaria, un segundo hisopado recolectado del paciente al mismo tiempo y un aislado cultivado derivado del hisopado inicial. Esta secuenciación repetida produjo secuencias genómicas virales idénticas a partir de los dos hisopados clínicos y del aislado cultivado, respaldando los hallazgos iniciales de una nueva cepa recombinante y demostrando que puede replicarse y presenta potencial de transmisión posterior.

Esta cepa es un MPXV recombinante, que contiene elementos genéticos tanto del clado Ib como del clado IIb. Se identificó y realizó seguimiento de un pequeño número de contactos en el Reino Unido; ninguno desarrolló manifestaciones clínicas de mpox. Los trabajadores de la salud habían utilizado equipo de protección personal completo (EPP) durante la atención médica al paciente. Las autoridades del Reino Unido continúan investigando la relevancia de esta cepa recombinante de MPXV mediante estudios de caracterización fenotípica.

X.1.B. CASO DETECTADO EN INDIA

El 13 de enero de 2026, el Punto Focal Nacional del RSI (NFP) de India notificó a la OMS un caso de mpox con un MPXV recombinante inter-clado que, tras la secuenciación completa del genoma, se determinó que contenía elementos genómicos de los clados Ib y IIb.

El virus recombinante fue identificado en muestras de un hombre con mpox que había consultado por atención médica en septiembre de 2025. El paciente había informado un viaje reciente desde un país de la Península Arábiga, donde reside como trabajador en el extranjero.

Desarrolló síntomas el 1 de septiembre de 2025, mientras aún se encontraba en el extranjero. Tras su regreso a India, la PCR en tiempo real confirmó la infección por MPXV el 11 de septiembre de 2025. La PCR de diferenciación de clados realizada el 15 de septiembre de 2025 identificó inicialmente este virus como MPXV clado II. El análisis inicial de secuenciación genómica sugirió características consistentes con MPXV clado IIb. Sin embargo, tras la actualización de la base de datos global Nextclade el 16 de diciembre de 2025, que incluyó la cepa recombinante MPXV

clado Ib/IIb reportada por el Reino Unido, el virus del paciente en India fue reclasificado como perteneciente a la cepa recombinante. El análisis de recombinación demostró patrones en mosaico que contenían regiones genómicas derivadas de ambos clados parentales.

Tras el diagnóstico inicial, el paciente fue hospitalizado, no presentó complicaciones médicas y se recuperó completamente, con resultado negativo para MPXV el 29 de septiembre de 2025. El caso no reportó contactos estrechos en India y no se identificaron casos secundarios conocidos tras esta introducción del MPXV recombinante clado Ib/IIb en India.

La recuperación del genoma completo o casi completo (>99%) tanto de la muestra como de un aislado viral derivado de la muestra permitió realizar un análisis filogenético que mostró una similitud >99,9% con la cepa recombinante detectada en el Reino Unido. Se observaron un total de 34 fragmentos recombinantes en la secuencia reportada por India, mientras que se observaron 28 fragmentos recombinantes en la secuencia reportada por el Reino Unido; 16 fragmentos recombinantes fueron comunes a ambas cepas. Por lo tanto, este caso en India representa la detección más temprana conocida de esta cepa recombinante a nivel mundial, habiendo precedido al evento reportado en el Reino Unido.

En concordancia con el caso reportado en el Reino Unido, la presentación clínica fue consistente con los casos debidos a infección por MPXV clado I o clado II (MPXV no recombinante).

Fuente: https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON595

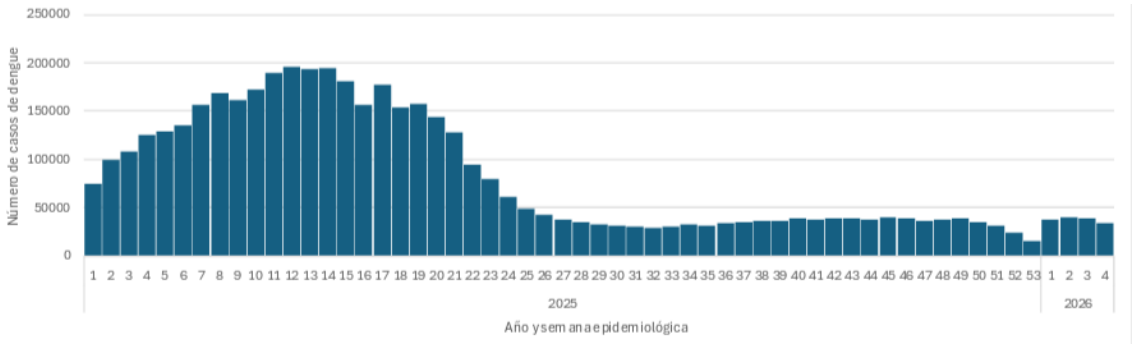
X.2. Actualización Epidemiológica dengue en la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 18/02/2026

X.2.A. RESUMEN DE LA SITUACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

En la Región de las Américas, durante el año 2025, y hasta la semana epidemiológica (SE) 53, se notificaron 4.459.521 casos sospechosos de dengue1 y 1.682.588 casos confirmados de dengue a la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). De este total, 8.966 (0,2%) fueron caracterizados como dengue grave y se registraron 2.207 defunciones (tasa de letalidad de 0,05%). El total de casos notificados a través de PLISA en 2025 muestra una tendencia similar a lo observado en años no epidémicos (Figura 1), mostrando un descenso de 66% en comparación con lo registrado en el 2024, año en el que se registró un incremento histórico de casos de dengue notificados en la Región de las Américas (n= 13.063.434 casos). Durante el 2026, hasta la SE 4, se han notificado 122.090 casos, incluyendo 22.409 casos confirmados por laboratorio, 242 casos de dengue grave y seis defunciones. Durante el 2025, se identificó la circulación de los cuatro serotipos del virus dengue en la Región de las Américas. Brasil, Colombia, Costa Rica, EL Salvador, México, Panamá y Puerto Rico reportan circulación simultánea de los cuatro serotipos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4). Adicionalmente, Argentina, Ecuador, Guatemala, Paraguay y Perú reportaron circulación simultánea de DENV-1, DENV2 y DENV-3.

Figura 1. Número total de casos notificados de dengue 2025 – 2026 (hasta SE 4 del 2026). Región de las Américas.



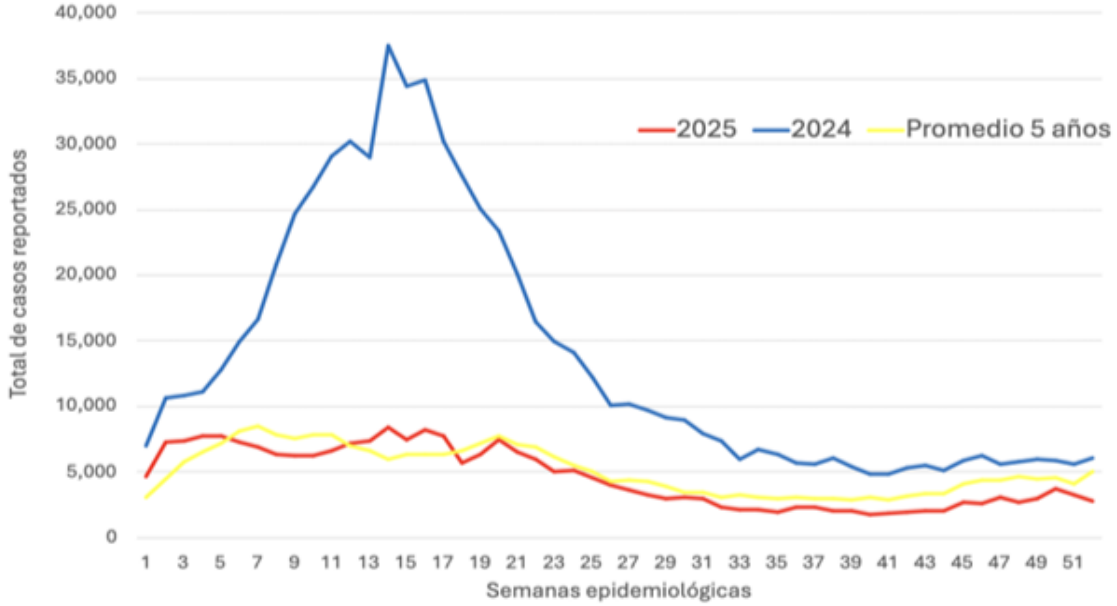
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de Indicadores de dengue. Washington, DC: OPS; 2026 [citado el 10 de febrero del 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis

X.2.B. RESUMEN DE LA SITUACIÓN ACTUAL POR SUBREGIÓN

Subregión Andina

Entre la SE 1 y la SE 53 del 2025 se reportaron 240.198 casos sospechosos de dengue, lo que representa un descenso del 66% respecto al 2024 (n= 712.790) y del 10% con respecto al promedio de los años 2019- 2023 en la subregión (Figura 2).

Figura 2. Casos notificados de dengue en 2024 - 2025 (hasta SE 53 del 2025) y promedio 5 años (2023 - 2019). Subregión Andina.



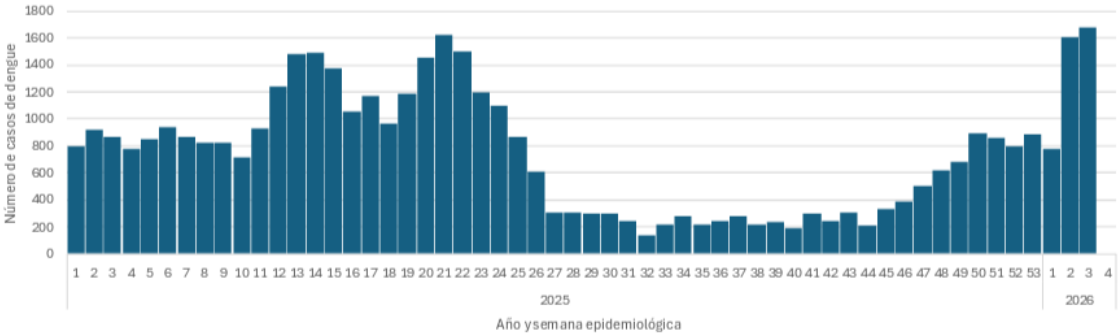
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de Indicadores de dengue. Washington, DC: OPS; 2026 [citado el 10 de febrero del 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis

En **Bolivia** (Estado Plurinacional de), entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron 38.028 casos sospechosos de dengue, incluyendo tres defunciones. Del total de casos notificados, 1.357 fueron confirmados, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 302,7 por 100.000 habitantes (hab.) y una letalidad de 0,008%. Durante el 2025 se identificó la circulación de dos serotipos del virus de dengue (DENV-1 y DENV-2).

Durante el 2026, se han notificado 4.067 casos de dengue (entre la SE 1 y la SE 3) y no se reportan defunciones. Del total de casos notificados, 35 fueron confirmados, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 31,9 casos por 100.000 hab. De los casos notificados, el 0,3% correspondió a dengue grave (n= 10 casos).

Respecto de la tendencia en 2025, se observó el comportamiento esperado con incremento de casos durante el primer semestre del año, y un pico de casos notificados en la SE 21, similar a lo registrado en años no epidémicos (Figura 3). En las últimas semanas del 2025 y primeras de 2026, se observa una tendencia ascendente.

Figura 3. Número de casos notificados de dengue en Bolivia por semana epidemiológica y año, desde la SE 1 de 2025 hasta la SE 3 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de Indicadores de dengue. Washington, DC: OPS; 2026 [citado el 10 de febrero del 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis

En **Colombia**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron 125.119 casos sospechosos de dengue, incluyendo 124 defunciones. Del total de casos notificados, 86.881 fueron confirmados incluyendo 124 defunciones, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 234 por 100.000 hab. y una letalidad de 0,9% (1). Del total de casos notificados, el 0,99% corresponden a casos de dengue grave (n= 1.241). Durante el 2025 se identificó la circulación de los cuatro serotipos del virus de dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4).

Durante el 2026, se han notificado 9.383 casos de dengue (entre la SE 1 y la SE 4), incluyendo dos defunciones. Del total de casos notificados, 5.109 fueron confirmados, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 7,4 casos por 100.000 hab. De los casos notificados el 1,2% correspondió a dengue grave (n= 96 casos). Respecto de la tendencia en 2025 se observó el comportamiento habitual con incremento de casos notificados durante el primer semestre del año, y un pico en la SE 16, similar a lo registrado en años no epidémicos (Figura 4). En las últimas semanas del 2025 y primeras de 2026, se observa una tendencia ascendente, consistente con el comportamiento esperado para esta época del año.

Figura 4. Número de casos notificados de dengue en Colombia por semana epidemiológica y año, desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 4 del 2026.



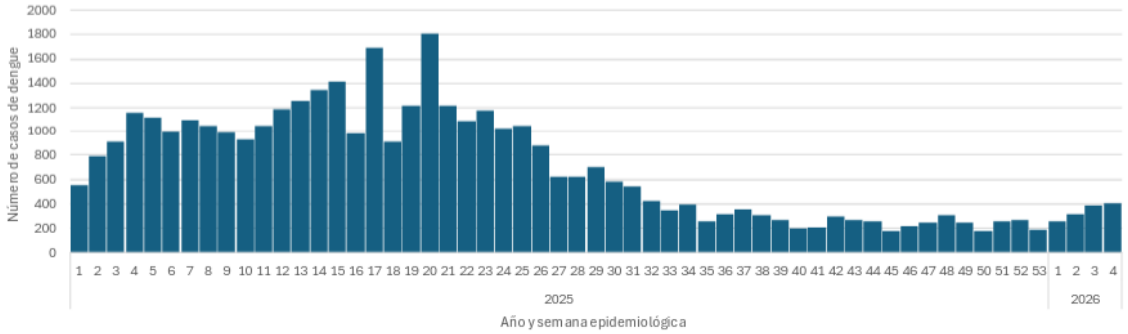
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de Indicadores de dengue. Washington, DC: OPS; 2026 [citado el 10 de febrero del 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis.

En **Ecuador**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron 37.840 casos confirmados de dengue, incluyendo 65 defunciones. Esto corresponde a una tasa de incidencia de 207 por 100.000 hab. y una letalidad de 0,17%. Los casos se registraron en las 24 provincias que conforman el país. Del total de casos notificados, el 0,97% correspondió a casos de dengue grave (n= 367).

Durante el 2025, se identificó la circulación de tres serotipos del virus de dengue (DENV-1, DENV2 y DENV-3). Durante el 2026, se han confirmado 945 casos de dengue (entre la SE 1 y la SE 3), sin defunciones notificadas. De los casos notificados, el 0,3% corresponde a dengue grave (n= 3 casos).

Respecto a la tendencia en 2025, se observó el comportamiento habitual con incremento de casos notificados durante el primer semestre del año y un pico en la SE 20, similar a lo registrado en años previos (Figura 5).

Figura 5. Número de casos confirmados de dengue en Ecuador por semana epidemiológica y año, desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 4 del 2026.

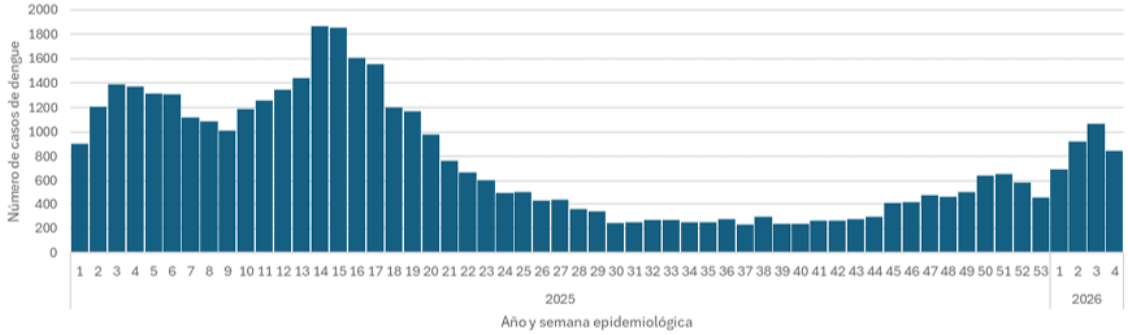


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de Indicadores de dengue. Washington, DC: OPS; 2026 [citado el 10 de febrero del 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron 37.041 casos de dengue. Del total de casos notificados, 34.834 fueron confirmados, incluyendo 56 defunciones, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 108,9 por 100.000 hab. y una letalidad de 0,15%.

Durante el 2025, se identificó la circulación de tres serotipos del virus de dengue (DENV-1, DENV-2 y DENV3). Durante el 2026, se han notificado 4.344 casos de dengue (entre SE 1 a SE 5), y se reportaron tres defunciones por dengue. Del total de casos notificados, 38,7 % fueron confirmados y la tasa de incidencia fue de 12,5 casos por 100,000 hab. De los casos notificados, el 0,48% correspondió a dengue grave (n= 21 casos). Respecto de la tendencia, en 2025 se observó el comportamiento habitual con incremento de casos notificados durante el primer semestre del año, y un pico en la SE 14, similar a lo registrado en años no epidémicos (Figura 6). En las últimas semanas del 2025 y primeras de 2026, se observa una tendencia ascendente, consistente con el comportamiento esperado para esta época del año.

Figura 6. Número de casos notificados de dengue en Perú por semana epidemiológica y año, desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 4 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de Indicadores de dengue. Washington, DC: OPS; 2026 [citado el 10 de febrero del 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis

Subregión Caribe

Entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, de acuerdo con la información registrada en PLISA, se reportaron 115.711 casos notificados de dengue, lo que representa un aumento del 69% respecto

al 2024 (n= 108.064) y del 112% con respecto al promedio de los años 2019- 2023 en la subregión (Figura 7).

Figura 7. Casos notificados de dengue en 2024 - 2025 (hasta SE 53 del 2025) y promedio 5 años (2023 - 2019). Subregión Caribe.

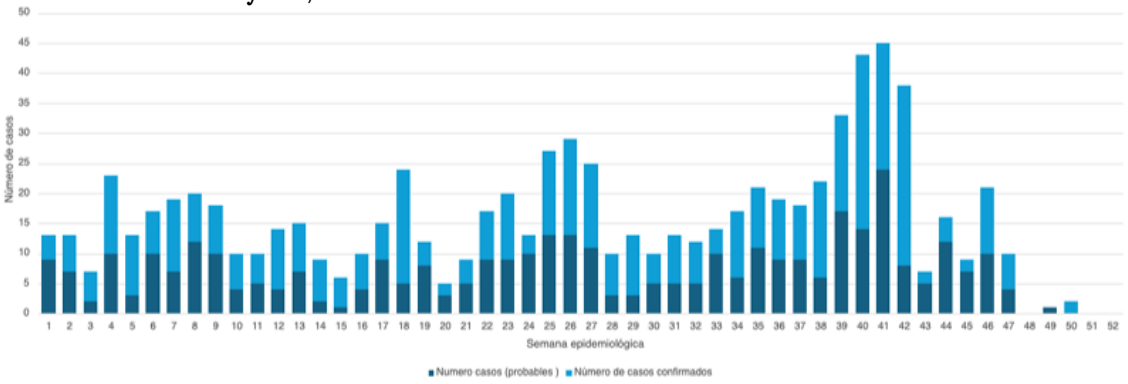


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de Indicadores de dengue. Washington, DC: OPS; 2026 [citado el 10 de febrero del 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis

En **Cuba**, entre la SE 1 y la SE 52 del 2025, se notificaron 30.692 casos sospechosos de dengue. Del total de casos notificados, 441 fueron confirmados (Figura 8), incluyendo 19 defunciones, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 281 por 100.000 hab. y una letalidad de 0.062%. Del total de casos notificados, el 2.5% correspondió a casos de dengue grave (n= 770) (8). Durante el 2025 se identificó la circulación de tres serotipos del virus del dengue (DENV-2, DENV3 y DENV-4).

Durante el 2026, se han notificado 202 casos sospechosos de dengue (entre la SE 1 y la SE 2), sin defunciones. De los casos notificados, el 10,4% corresponde a dengue grave (n= 21 casos). Los casos se registraron en 10 de las provincias del país.

Figura 8. Número de casos sospechosos y confirmados de dengue en Cuba por semana epidemiológica de inicio de síntomas y año, desde la SE 1 de 2025 hasta la SE 53 de 2025.

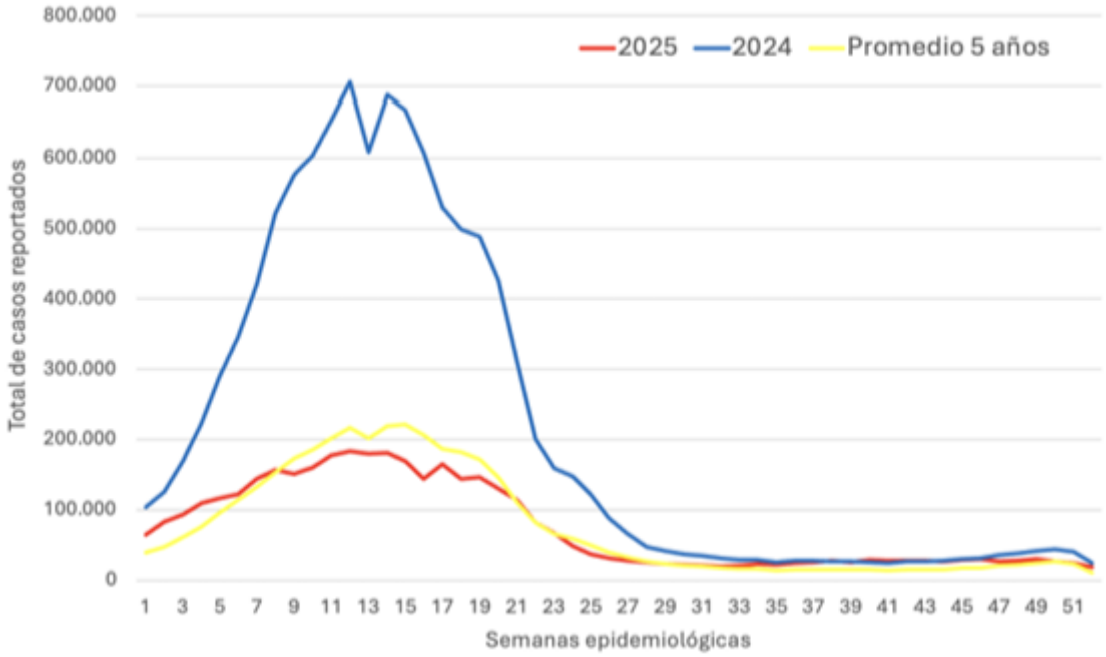


Fuente: Adaptado de Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Cuba. Información de correo electrónico del 20 de enero del 2026. La Habana; 2026. Inédito.

Subregión Cono Sur

Entre la SE 1 y la SE 53 del 2025 se reportaron 3.851.402 casos sospechosos de dengue, lo que representa un descenso del 65% respecto al 2024 (n= 11.144.657) y un incremento del 83% con respecto al promedio de los años 2019- 2023 en la subregión (Figura 9).

Figura 9. Casos de dengue en 2024 - 2025 (hasta SE 53 del 2025) y promedio 5 años (2023 - 2019). Subregión Cono Sur.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de Indicadores de dengue. Washington, DC: OPS; 2026 [citado el 10 de febrero del 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis

A continuación, se detalla la situación de países seleccionados y ordenados en orden alfabético:

En **Argentina**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron 17.648 casos sospechosos, de los cuales 8.111 representaron casos confirmados de dengue (por laboratorio y por nexo clínico epidemiológico); incluyendo 13 defunciones. La tasa de incidencia de casos de dengue fue de 38,5 casos por cada 100.000 hab. con una letalidad de 0,074%. Del total de casos notificados, el 0,27% correspondió a casos de dengue grave (n= 47). Durante el 2025 se identificó la circulación de tres serotipos del virus de dengue (DENV-1, DENV-2 y DENV-3).

Durante el 2026, se han notificado cuatro casos importados de dengue (entre la SE 1 y la SE 4), sin defunciones.

En relación con la evolución temporal durante 2025, se observó el comportamiento estacional habitual, con un incremento progresivo de casos notificados a lo largo del primer semestre del año y un pico en la SE 14. En las últimas semanas de 2025 y las primeras de 2026, se encuentra por debajo del notificado en el mismo período de las tres temporadas previas.

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se han notificado 1.655.644 casos probables de dengue, incluyendo 1.793 defunciones. Del total de casos notificados 1.453.633 fueron confirmados, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 775,7 por 100.000 hab. y una letalidad de 0,12% (n= 1.786 defunciones). Del total de casos probables, el 2,2% correspondió a casos de dengue grave (n= 35.976). Durante el 2025 se identificó la circulación de los cuatro serotipos del virus de

dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4), con predominio del DENV-2. Se observó un aumento en la proporción de DENV-3 durante el primer semestre del 2025.

Durante el 2026, se notificaron 62.707 casos probables de dengue (entre la SE 1 y la SE 5). Del total de casos notificados, 21.671 fueron confirmados, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 29,4 casos por 100.000 hab. Se confirmaron 8 defunciones hasta la SE 5. De los casos probables, el 1,2% correspondió a dengue grave (n= 739 casos).

Respecto de la tendencia en 2025, se observó el comportamiento habitual con incremento de casos durante el primer semestre del año, y un pico en la SE 12, similar a lo registrado en años no epidémicos (Figura 10). En las últimas semanas del 2025 y primeras de 2026, se observa una tendencia leve al ascenso, consistente con el comportamiento esperado para esta época del año.

Figura 10. Número de casos notificados de dengue en Brasil por semana epidemiológica y año, desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 4 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de Indicadores de dengue. Washington, DC: OPS; 2026 [citado el 10 de febrero del 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis

En **Paraguay**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se registraron 31.656 casos sospechosos de dengue. Del total de casos notificados, 1.374 fueron confirmados y un fallecido fue reportado, con una tasa de incidencia de 451 casos por 100.000 hab. y una letalidad de 0,003%. Durante el 2025, se identificó la circulación de tres serotipos del virus de dengue (DENV-1, DENV2 y DENV-3), con predominio de DENV-1).

Durante el 2026, se han notificado 2.412 casos sospechosos de dengue, de los cuales 16 corresponden a casos confirmados (entre la SE 1 y SE 4). No se registran defunciones a la fecha de la publicación de esta actualización. Respecto de la tendencia en 2025 se observó el comportamiento habitual con incremento de casos notificados durante el primer semestre del año, y un pico en la SE 10, similar a lo registrado en años no epidémicos. En las últimas semanas del 2025 y primeras del 2026, se observa una tendencia ascendente, consistente con el comportamiento esperado para esta época del año.

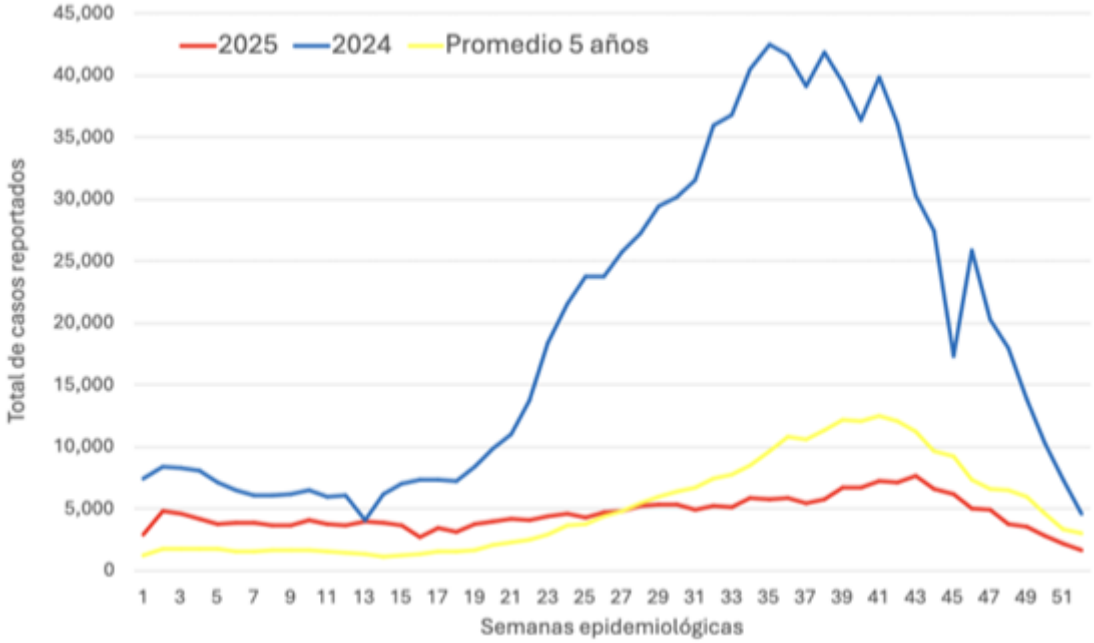
En **Uruguay**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron siete casos confirmados de dengue, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 0,21 casos confirmados por 100.000 hab. No se reportaron casos de dengue grave y no se registraron defunciones.

Durante el 2026, se no se han notificado casos de dengue. Respecto de la tendencia en 2025, se observó el comportamiento habitual con incremento de casos notificados durante el primer semestre del año, y un pico en la SE 20. En las últimas semanas del 2025 y primeras del 2026, se observa una tendencia ascendente, consistente con el comportamiento esperado para esta época del año.

Subregión Istmo Centroamericano y México

Entre la SE 1 y la SE 53 del 2025 se reportaron 251.057 casos sospechosos de dengue, lo que representa un descenso del 77% respecto al 2024 (n= 1.094.852) y del 9% con respecto al promedio de los años 2019- 2023 en la subregión (Figura 11).

Figura 11. Casos notificados de dengue en 2024 - 2025 (hasta SE 53 del 2025) y promedio 5 años (2023 - 2019). Istmo Centroamericano y México.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de Indicadores de dengue. Washington, DC: OPS; 2026 [citado el 10 de febrero del 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis

A continuación, se detalla la situación de países seleccionados y ordenados en orden alfabético:

En **Guatemala**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron 48.278 casos sospechosos de dengue. Del total de casos notificados, 1.002 fueron confirmados, incluyendo seis defunciones, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 258 por 100.000 hab. y una letalidad de 0,01%. Del total de casos notificados, el 0,3% correspondió a casos de dengue grave (n= 6).Durante el 2025, se identificó la circulación de tres serotipos del virus de dengue (DENV-1, DENV2, DENV-3), con predominio de DENV-3.

Durante el 2026, se han notificado 337 casos de dengue (entre la SE 1 y la SE 2) lo que corresponde a una tasa de incidencia de 1.86 casos por 100.000 hab. No se han notificado casos de dengue grave hasta el momento.

En **México**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron 145.251 casos sospechosos de dengue. Del total de casos notificados 22.001 se confirmaron por laboratorio, incluyendo 84 defunciones. Con una tasa de incidencia de 110 por 100.000 hab. y una letalidad de 0,058% (1). Del total de casos notificados, el 0,5% correspondió a casos de dengue grave (n=772).

Desde el inicio de 2025, se identificó la circulación de todos los serotipos del virus del dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4).

En el 2026, hasta la SE 4 del 2026, se han notificado 4.700 casos de dengue, sin registro de defunciones. Del total de casos notificados 552 se han confirmado; lo que corresponde a una

tasa de incidencia de 3,5 casos por 100.000 hab. El 11,7% correspondió a dengue grave (n= 21 casos).

El comportamiento observado durante 2025 fue similar comparado con años previos, a partir de la SE 19 se observó un incremento gradual de notificación de casos notificados hasta llegar a la SE 43 donde se reportó el mayor número de casos (Figura 12).

Figura 12. Número de casos notificados de dengue en México por semana epidemiológica y año, desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 4 del 2026.



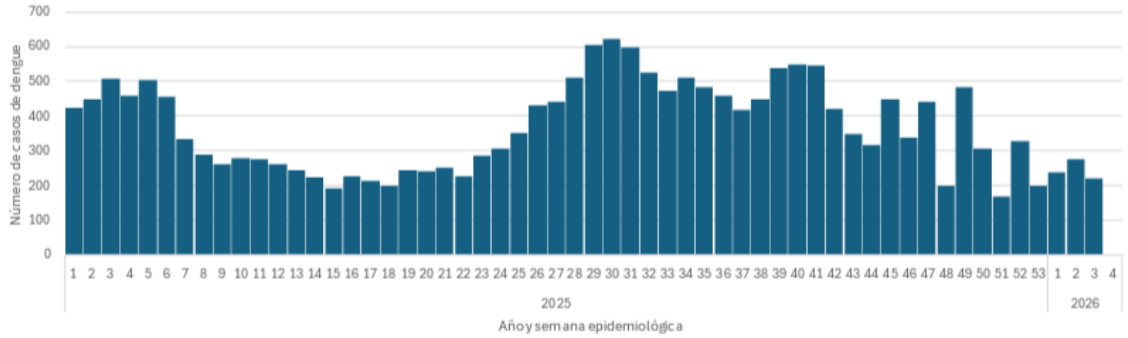
Fuente: Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de Indicadores de dengue. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [citado el 10 de febrero del 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis

En **Panamá**, entre la SE 1 y la SE 53 del 2025, se notificaron 19.809 casos sospechosos de dengue. Del total de casos notificados, 16.262 fueron confirmados, incluyendo 28 defunciones, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 444 por 100.000 hab. y una letalidad de 0.141%. Del total de casos notificados, el 0,6% correspondió a casos de dengue grave (n= 122). Durante el 2025 se identificó la circulación de los 4 serotipos del virus del dengue, con predominio de DENV-3. Se observó un aumento en la proporción de DENV-3 durante primer y tercer trimestre.

Durante el 2026, se han notificado 732 casos sospechosos de dengue (entre la SE 1 y la SE 3). Del total de casos notificados, 475 fueron confirmados, incluyendo dos defunciones; lo que corresponde a una tasa de incidencia de 15,8 casos por 100.000 hab. y una letalidad de 0,27%. Se notificaron 33 casos de dengue grave (0,48%).

Respecto de la tendencia en 2025, se observó el comportamiento habitual con incremento de casos notificados durante las primeras semanas del año, y un pico en la SE 30 (n= 571 casos), similar a lo registrado en años no epidémicos (Figura 13). En las últimas semanas del 2025 y primeras de 2026, se observa una tendencia ascendente, consistente con el comportamiento esperado para esta época del año.

Figura 13. Número de casos notificados de dengue en Panamá por semana epidemiológica, desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 3 del 2026.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. PLISA Plataforma de Información de Salud para las Américas, Portal de Indicadores de dengue. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [citado el 10 de febrero del 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/arbo-portal/dengue-datos-analisis

Fuente: https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-dengue-region-americas-18-febrero-2026

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

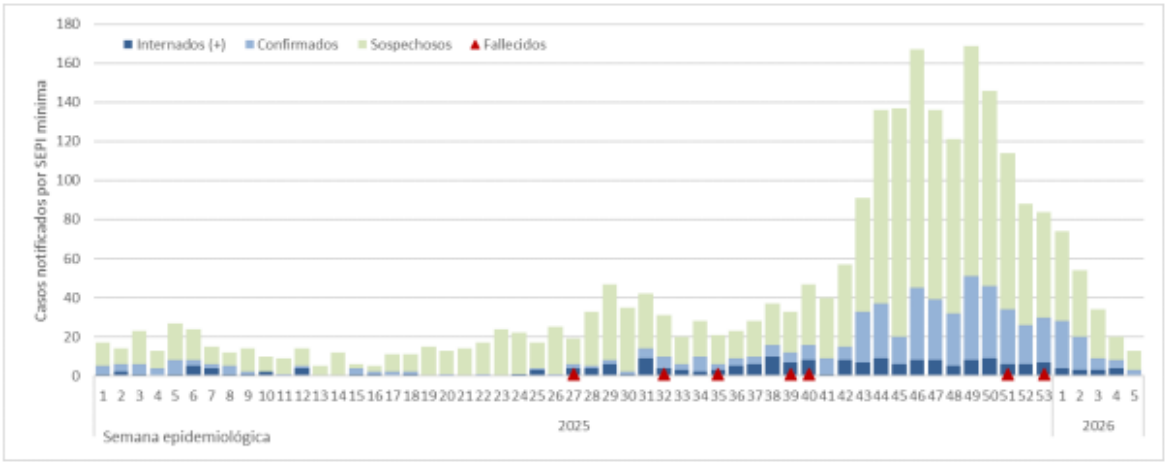
XI. Boletines Jurisdiccionales

XI.1. Buenos Aires: Coqueluche

Durante el año 2025 y hasta la semana epidemiológica (SE) 5 de 2026 (7 de febrero), se notificaron 2.514 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 691 fueron confirmados, mientras que el resto permanece como sospechoso.



Casos notificados según clasificación y casos fallecidos, por SE de inicio de síntomas. PBA. Años 2025 (cerrado) - 2026 (hasta SE 5)



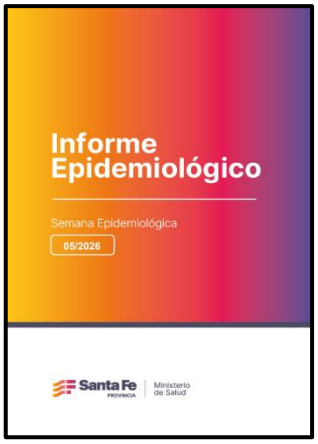
Fuente. SNVS 2.0. Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA.

Para más información:

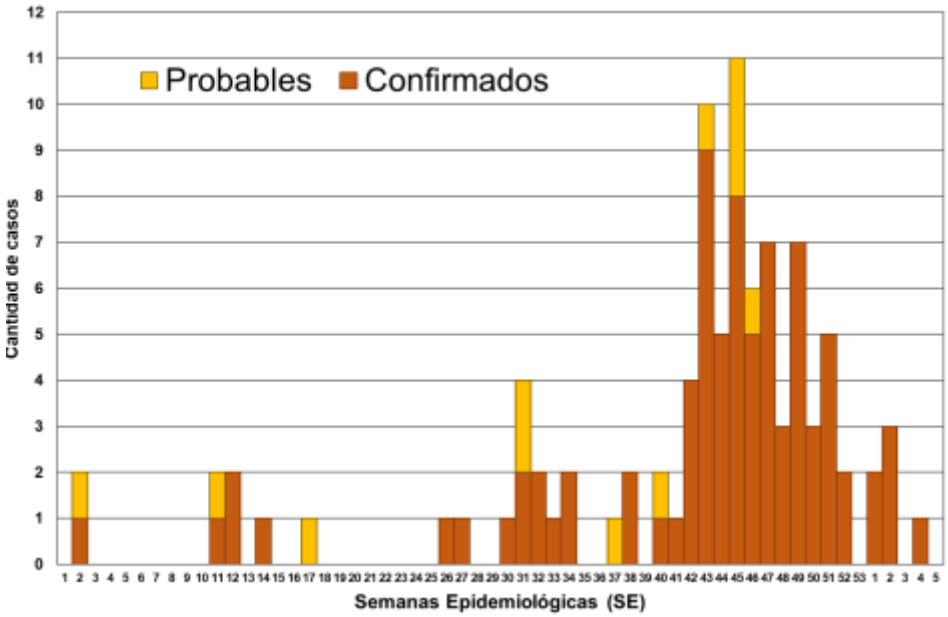
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

XI.2. Santa Fe: Coqueluche

En lo que va del 2026, se notificaron un total de 25 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 6 fueron confirmados y ninguno fue clasificado como probable. Los casos confirmados fueron: cuatro del departamento Rosario, uno del departamento La Capital y uno del departamento San Martín.



Distribución de casos confirmados (n= 83) y probables (n= 12) según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1/2025 a SE 5/2026. Período 2025-2026. N= 95.



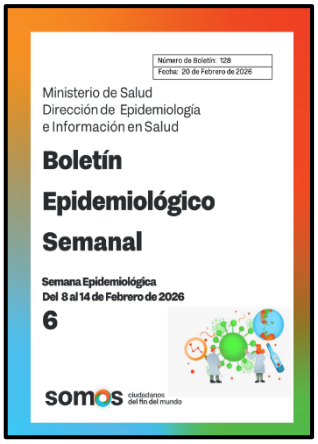
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

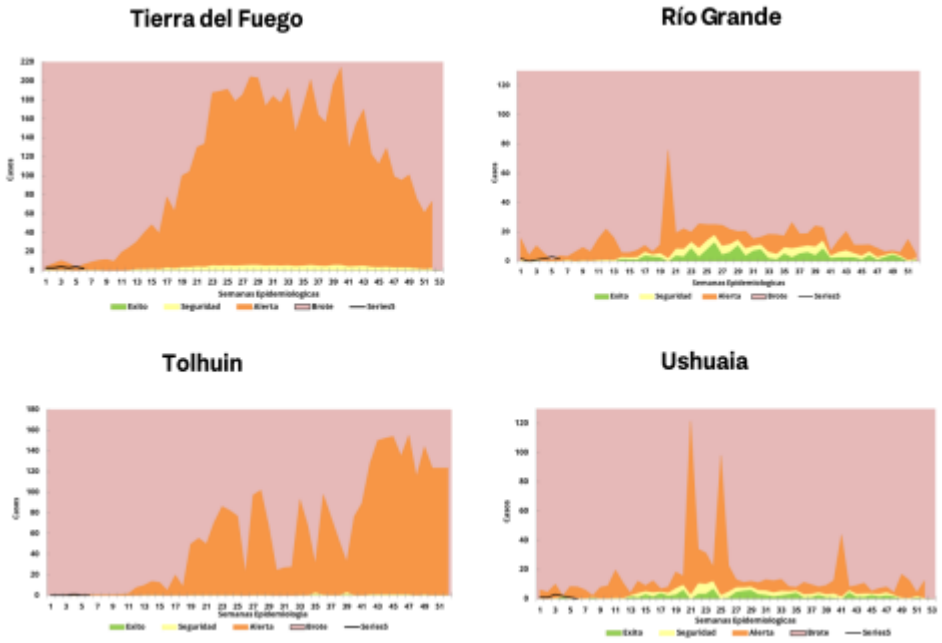
Para más información:

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

XI.3. Tierra del Fuego: Bronquiolitis

Los casos de bronquiolitis en menores de 2 años se encuentran en zona de alerta a nivel provincial, al igual que en las tres localidades de la provincia.





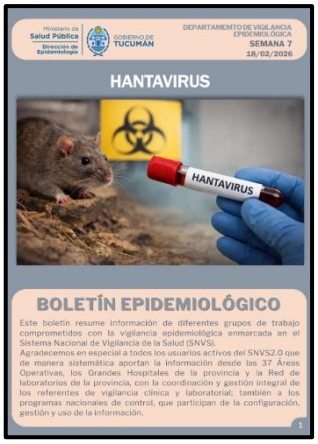
Fuente: SNVS 2.0 Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología e Información en Salud. Ministerio de Salud. Provincia de Tierra del Fuego e IAS.

Para más información:

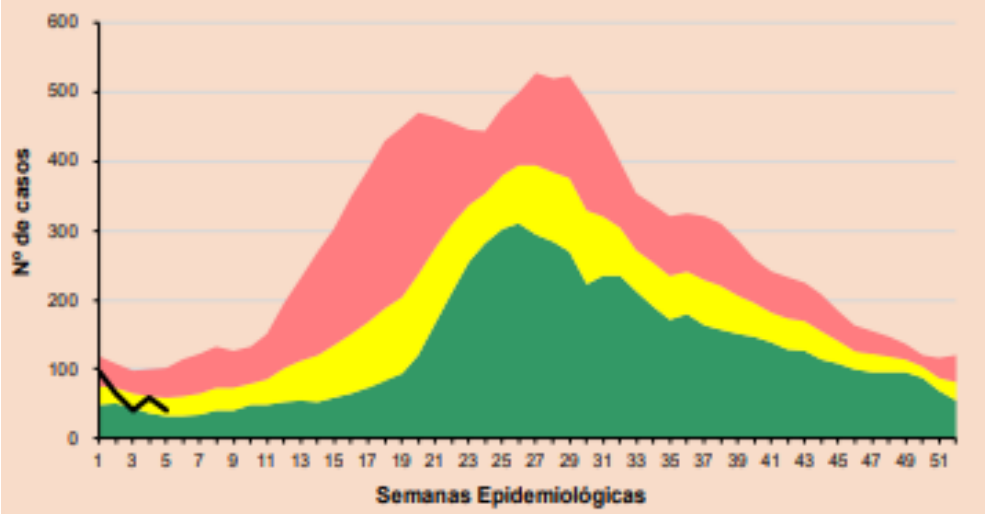
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

XI.4. 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 5 se notificaron 40 casos.



Corredor endémico de Bronquiolitis - SE 5 2026. Provincia de Tucumán



Fuente: SNVS – Dirección de Epidemiología

Para más información:

direpitucuman@gmail.com

HERRAMIENTAS
PARA VIGILANCIA

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

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

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

Para consultar cambios que se hayan realizado en 2025 remitirse al siguiente documento: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/anuario_herramientas_2025.pdf

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

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
				"Resistencia 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".
	Lonomismo - Envenenamiento por lonomia	Clínica	Signos y síntomas	Se adicionan síntomas locales: "Lesiones ampollares", "Equimosis", "Dolor local intenso", "Eritema localizado", "Edema local", "Parestesia en el lugar de la herida"; sistémicos: "Cefalea", "Náuseas o vómitos", "Trastornos en la coagulación", "Malestar general", "Hematuria", "equimosis", " gingivorragia", "Insuficiencia renal", "Hemorragias que comprometen la vida", "Shock".
			Tratamiento	Se adiciona: "Antiveneno lonómico".
		Epidemiología	Ocupaciones	Se adiciona: "Trabajador rural/cosechador", "Trabajador en forestación y/o deforestación", "Turismo y recreación", "Guardaparques".
	Fiebre Chikungunya	Evento	Clasificación del caso	Se adiciona; "Caso en estudio en estrategia de vigilancia laboratorial", "Caso Confirmado en estrategia de vigilancia laboratorial", "Caso no

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
				detectable en estrategia de vigilancia laboratorial"
	Monitoreo de SARS COV-2, Influenza y VSR en ambulatorios	Epidemiología	Vacunas	Se adiciona: "Vacunación materna para VSR - se desconoce SG de aplicación", "Vacunación materna para VSR en otra SG (aclarar en observaciones)".
	Internado y/o fallecido por COVID o IRA	Laboratorio	Resultado	Se adiciona: "No fue posible obtener secuencia", "No elegible para secuenciar por baja carga viral"
	Unidad Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (UC-IRAG)			
	COVID-19, Influenza y OVR en ambulatorios (No UMAs)			
	Monitoreo de SARS COV-2, Influenza y VSR en ambulatorios			