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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **798**

Semana epidemiológica 8
AÑO 2026
Desde 22/02 al 28/02
Fecha de publicación
09/03/2026

DIRECCIÓN DE
EPIDEMIOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD
REPÚBLICA ARGENTINA

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Dr. Javier Gerardo MILEI

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Mario Iván LUGONES

Secretario de Gestión Sanitaria

Dr. Saúl FLORES

Subsecretaria de Vigilancia Epidemiológica, Información y Estadísticas en Salud

Dra. María Susana AZURMENDI

Directora de Epidemiología

Vet. Cecilia GONZALEZ LEBRERO

Sobre la autoría del boletín

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

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, el Departamento de Epidemiología, ambos del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI) y laboratorio BSL4, Unidad Operativa Centro de Contención Biológica (UOCCB.

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, 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

Pruebas de laboratorio para Chikungunya. Foto tomada de banco de imágenes libre de derechos y mejorada por IA.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°798, SE 8.

I. Editorial del BEN 797

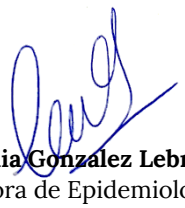
A lo largo de este año, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) ha continuado afirmándose El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) se consolida como un espacio donde la vigilancia en salud se produce y se difunde de manera articulada, a partir de un trabajo sostenido entre equipos nacionales y jurisdiccionales. Esa lógica de construcción colectiva no es un punto de llegada, sino un método: hacer que los datos notificados cobren vida y utilidad, y que esa utilidad se traduzca en insumos concretos para la gestión, la respuesta y la toma de decisiones. En ese marco, el BEN no es solo una publicación: es una práctica viva del sistema de vigilancia, donde se entrelazan el análisis técnico, la coordinación política y la construcción de una comunicación asertiva.

En este nuevo ciclo, reafirmamos una línea de trabajo que ya forma parte del "modo BEN": sostener la actualización sistemática de los eventos priorizados, profundizar los análisis cuando el contexto lo requiere y ampliar, cuando es necesario, el repertorio de eventos y enfoques con los que escudriñamos la situación sanitaria de manera oportuna e integrada. Seguiremos trabajando para producir más y mejores informes, sumando nuevas lecturas y nuevas preguntas, sin perder el hilo de continuidad que permite comparar, aprender y anticipar. La actualización periódica no es un recurso editorial: es una herramienta de vigilancia, porque ordena el seguimiento, mejora la sensibilidad para detectar cambios y fortalece la oportunidad de la respuesta.

Este camino, además, se apoya en una condición central: la calidad de la información. Mejorar la completitud, la consistencia y la oportunidad del dato no es un objetivo "técnico" separado del resto; es parte del mismo trabajo de cuidar, interpretar y decidir. Por eso, el BEN seguirá acompañando —con productos, criterios y herramientas— los esfuerzos cotidianos de los equipos que notifican, validan y analizan en todo el país, promoviendo mejoras que hagan al sistema más robusto, más comparable y más útil para la acción.

En definitiva, lo que viene es continuidad y crecimiento: sostener lo que funciona, mejorar lo que todavía es desigual, y animarnos a incorporar nuevas miradas cuando los desafíos lo pidan.

Con la convicción de seguir construyendo un boletín cada vez más pertinente, accesible y operativo, renovamos el compromiso de trabajar en conjunto para fortalecer la vigilancia en salud y su aporte a la salud pública.



Vet. Cecilia Gonzalez Lebrero
Directora de Epidemiología



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

II. Sobre este BEN

En esta edición del Boletín Epidemiológico Nacional se presenta, como es habitual, la actualización de las tablas de Eventos de Notificación Obligatoria seleccionados, junto con sus notas metodológicas y criterios de interpretación. Esta sección continúa siendo una base central del BEN, en tanto permite sostener una lectura sistemática de los principales eventos bajo vigilancia y fortalecer el uso de la información para el análisis epidemiológico y la toma de decisiones. Es importante destacar que en la actualización de las tablas, se especifica la existencia de informes al interior del BEN en los casos que corresponda.

Entre los eventos priorizados, este número incluye una nueva actualización de la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, con la situación regional de influenza y otros virus respiratorios, la síntesis de la información nacional, los datos de las unidades de monitoreo ambulatorio de ETI y de la Red Argentina de Vigilancia Centinela de IRAG, así como la actualización de la caracterización genómica de Influenza A(H3N2). Se incorporan además recomendaciones para equipos de salud y para la población, junto con apartados sobre vacunación antigripal y tratamiento antiviral.

Asimismo, se presenta la actualización de la vigilancia de dengue y otros arbovirus, con la estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025-2026, la situación actual de dengue en Argentina, consideraciones para la vigilancia por laboratorio y la actualización sobre fiebre Chikungunya, incluyendo los casos notificados en Salta. El apartado se completa con información sobre encefalitis arbovirales y otros arbovirus bajo vigilancia.

Este BEN incluye también actualizaciones sobre hantavirosis e influenza aviar. En el primer caso, se desarrolla la situación epidemiológica actual, la vigilancia de genotipos circulantes, las acciones impulsadas por el Ministerio de Salud de la Nación y una síntesis de conclusiones. En el segundo, se presenta la situación internacional, la actualización de brotes en animales en Argentina, la vigilancia de la interfase humano-animal y las acciones de vigilancia, prevención y control, incluyendo recomendaciones para la población y precisiones sobre vigilancia epidemiológica en humanos.

En la sección de situaciones emergentes, esta edición incorpora una actualización epidemiológica sobre coqueluche, con análisis de casos, distribución según edad y gravedad, y revisión de coberturas de vacunación. Se suma también una nueva actualización del informe epidemiológico sobre enfermedades febriles exantemáticas, centrado en sarampión, que incluye la situación mundial y regional, la situación actual en Argentina, la descripción del último caso confirmado, las acciones en curso y las recomendaciones para la comunidad y los equipos de salud.

Como parte de las comunicaciones epidemiológicas, se incorpora además una síntesis sobre la situación epidemiológica de chikungunya en Bolivia. A su vez, en la sección de destacados en boletines jurisdiccionales, se recuperan publicaciones producidas por distintas jurisdicciones del país sobre hantavirus, enfermedad tipo influenza, coqueluche, enfermedades respiratorias y diarreas en menores de 5 años. Finalmente, esta edición incluye el listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0, como parte del trabajo continuo de actualización de herramientas para la vigilancia de la salud.

Contenido

I. Editorial del BEN 797 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. Nota Metodológica 18
IV.2. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 18
IV.3. Síntesis de la información nacional destacada 18
IV.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados 19
IV.4.A. Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI 19
IV.4.B. Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave -IRAG 22
IV.5. Caracterización genómica de Influenza A (H3N2) 25
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 32
IV.9. Vacunación antigripal 33
IV.10. Tratamiento antiviral 34
IV.10.A. Indicaciones de tratamiento antiviral 34
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus 36
V.1. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 37
V.1.A. Nota metodológica 37
V.2. Situación de dengue en Argentina 39
V.2.A. Inicio de temporada 2025/2026 39
V.2.B. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 41
V.3. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 43
V.3.A. Casos de fiebre Chikungunya en Salta 43
V.4. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina 46
V.4.A. Encefalitis arbovirales 46
V.4.B. Otros arbovirus 48
VI. Vigilancia de Hantavirosis 50
VI.1. Introducción 50
VI.2. Situación epidemiológica actual 51
VI.2.A. Nota metodológica 51
VI.2.B. situación epidemiológica 51
VI.2.C. Vigilancia de genotipos de hantavirus 61
VI.2.D. Sobre las acciones del ministerio de salud de la nación 62
VI.2.E. Conclusiones 62
VII. Vigilancia de Influenza Aviar 64
VII.1. Introducción 64
VII.2. Situación internacional 64
VII.3. Situación de Influenza Aviar en Argentina 65
VII.3.A. Antecedentes 65
VII.3.B. Situación actual de brotes de iaap en animales (2026) 65
VII.3.C. Situación actual nacional de vigilancia de la interfase humano-animal (2026) 66
VII.4. Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación 66
VII.5. Medidas de Vigilancia, prevención y control ante un brote de influenza aviar 67
VII.6. Recomendaciones para la población 68
VII.7. Vigilancia epidemiológica 68
VII.7.A. Vigilancia epidemiológica en humanos 68

SITUACIONES EMERGENTES 71
VIII. Coqueluche 72
VIII.1. Introducción 72
VIII.2. Situación internacional 72
VIII.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina 73
VIII.3.A. Introducción 73
VIII.3.B. Análisis de los casos notificados y confirmados 74
VIII.3.C. Análisis según edad y gravedad 79
VIII.4. Coberturas de Vacunación 79
VIII.4.A. Coberturas para Total país 79
VIII.4.B. Coberturas según jurisdicción 81
IX. Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión – actualización informe epidemiológico 83
IX.1. Introducción 83
IX.2. Situación epidemiológica mundial y regional 83
IX.2.A. Canadá 83
IX.2.B. Estados Unidos de América 84
IX.2.A. México 85
IX.3. Situación actual en la Argentina 86
IX.3.A. Nota metodológica 86
IX.3.B. Notificación de casos 86
IX.3.C. Distribución geográfica 87
IX.4. Sobre el último caso confirmado 89
IX.4.A. Descripción del ultimo caso detectado 89
IX.4.B. Acciones en curso 89
IX.5. Coberturas 89
IX.6. Recomendaciones para la comunidad 90
IX.7. Recomendaciones para los equipos de salud 90
IX.8. Vigilancia epidemiológica 90
IX.8.A. Definición y clasificación de caso 91
IX.9. Medidas de prevención 91
IX.9.A. Vacunación 91
IX.10. Medidas ante casos y contactos 92
IX.10.A. Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados: 92

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 94
X. Introducción 95
X.1. Alerta Epidemiológica: Uso indebido de medicamentos agonistas del receptor GLP-1 y sus consideraciones para la Región de las Américas 96
X.2. Situación Epidemiológica de Chikungunya en Bolivia 98

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 99
XI. Boletines Jurisdiccionales 100
XI.1. Buenos Aires: Hantavirus 100
XI.2. Salta – Enfermedad tipo influenza (ETI) 101
XI.3. Santa Fe: Coqueluche 102
XI.4. Tierra del Fuego: Enfermedades respiratorias 103
XI.5. Tucumán: Diarreas en menores de 5 años 104

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 105
XII. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 106

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 o el valor acumulado es menor a 30.
- **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 1-8. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-8	2026 Acumulados SE 1-8	Diferencias 2026 con mediana 2021-2025	
				Absoluta	%
Enf. Trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	1	1	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	25	39	14	56%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	2.029	3.569	1.540	76%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	97	85	-12	-12%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	34	40	6	18%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	1	4	3	N/A
	Cisticercosis	2	4	2	N/A
	Escorpionismo o Alacranismo	1.267	2.427	1.160	92%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	153	200	47	31%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chinÍ)	7	9	2	N/A
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	2	1	-1	N/A
	Brucelosis	18	25	7	N/A
	Hantavirosis	Ver informe correspondiene en sección Eventos priorizados			
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	10	7	N/A
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	255	240	-15	-6%
	Intoxicación/Exposición a hidrocarburos	4	4	0	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso agrícola	3	2	-1	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plaguicidas de uso doméstico	7	11	4	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	2	2	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	1.985	1.985	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	124	124	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	51	51	N/A
Pandrogo resistencia	Pandrogo resistencia en Acinetobacter spp.	0	0	0	N/A
	Pandrogo resistencia en Enterobacterales	0	2	2	N/A
	Pandrogo resistencia en Pseudomonas aeruginosa	0	0	0	N/A
Tuberculosis y lepra	Tuberculosis	2.270	2.574	304	13%

Nota I: 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 1-8. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-8		2026 Acumulados SE 1-8		Diferencias 2026 con mediana 2021-2025			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Enfermedades prevenibles por vacunas	Coqueluche (tos convulsa)	Ver informe correspondiente en la sección Situaciones emergentes							
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Sarampión)	Ver informe correspondiente en la sección Situaciones emergentes							
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)								
	Meningitis - Meningoencefalitis	392	143	432	131	40	10%	-12	-8%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	18	0	21	0	3	17%	0	N/A
Enfermedades Transmisibles por vectores	Dengue	Ver informe correspondiente en la sección Eventos Priorizados							
	Encefalitis de San Luis								
	Fiebre amarilla humana								
	Fiebre del Nilo Occidental								
	Zika								
Enf. trans. por alimentos	Trichinellosis (Triquinosis)	39	8	27	2	-12	-31%	-6	N/A
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	332	12	571	61	239	72%	49	408%
	Psitacosis	114	26	184	15	70	61%	-11	N/A
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	221	10	531	7	310	140%	-3	N/A
	Sífilis Congénita	200	132	190	188	-10	-5%	56	42%
	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.	311	291	492	408	181	58%	117	40%
	Sífilis en emb.	1.496	1.315	2.234	2.118	738	49%	803	61%
	Hepatitis B en emb.	16	9	19	4	3	19%	-5	N/A
Hepatitis virales	Hepatitis A	31	4	70	16	39	126%	12	N/A
	Hepatitis B	414	99	586	95	172	42%	-4	-4%
	Hepatitis C	384	215	561	253	177	46%	38	18%
	Hepatitis E	5	1	15	1	10	200%	0	N/A
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	4.828	3.950	9.794	8.286	4.966	103%	4.336	110%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	53	48	134	126	81	153%	78	163%
Otros eventos de imp. p/ la salud pública	Viruela símica (mpox)	11	1	31	7	20	182%	6	N/A

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

III.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 1-8. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-8	2026 Acumulados SE 1-8	Diferencias 2026 con mediana 2021-2025	
				Absoluta	%
Enf. Trans. Por alimentos	Diarrea	142.402	91.554	-50.848	-36%
Infecc. de trans. sexual	Secreción genital purulenta en varones	457	314	-143	-31%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	65	49	-16	-25%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	5.908	3.071	-2.837	-48%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	92.034	55.573	-36.461	-40%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	6.125	3.695	-2.430	-40%
	Neumonía (sin especificar)	7.787	4.583	-3.204	-41%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	10	480	470	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	15	802	787	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	111	3.352	3.241	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	10	241	231	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	56	1.237	1.181	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	160	713	553	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	336	5.263	4.927	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	175	1.034	859	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	61	382	321	N/A
	Lesiones por electrocución	2	100	98	N/A
	Lesiones por atragantamiento	3	95	92	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	153	9.368	9.215	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	112	4.080	3.968	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	225	3.699	3.474	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	20	103	83	N/A
	Otras lesiones en el hogar	79	2.730	2.651	N/A

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

III.6. Eventos agrupados laboratoriales

III.6.A. SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA TABLA

Para los eventos agrupados laboratoriales (cuarta tabla), es preciso señalar que los datos se presentan tal como están registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), sin modificaciones o reclasificaciones posteriores. Esto implica que no se aplican procesos

de validación adicionales ni criterios específicos de clasificación manual o por algoritmo, como ocurre en las tablas de eventos nominales.

Esta tabla, se centra en la caracterización de eventos a partir de los datos de muestras de laboratorio. Se incluyen tanto las muestras estudiadas como aquellas que resultaron positivas, permitiendo evaluar el volumen de pruebas realizadas y la proporción de casos confirmados para cada patología.

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

Tabla 4. Tabla de eventos agrupados laboratoriales. SE 1-8. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-8		2026 Acumulados SE 1-8		Diferencias 2026 con mediana 2021-2025			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	569	43	324	23	-245	-43%	-20	N/A
	Infección por Mycoplasma genitalium	63	2	12	0	-64	-46%	-3	N/A
	Infección por Mycoplasma hominis	162	13	9	2	-193	-53%	11	N/A
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	959	47	66	5	-1.557	-75%	-43	N/A
	Infección por Trichomonas vaginalis	1.664	178	228	40	-1.932	-56%	-203	-51%

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

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1. Nota Metodológica

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

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

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

La actividad de influenza en las Américas continuó estabilizándose esta semana en comparación con la semana epidemiológica (SE) anterior, siguiendo una tendencia descendente sostenida, con una positividad regional de 16,5%. La influenza A(H3N2) predominó entre las muestras de influenza A subtipificada en la mayoría de las regiones, excepto en la subregión centroamericana donde predominó A(H1N1)pdm09 (79%) y la subregión andina, donde A(H3N2) cocirculó con A(H1N1)pdm09. La circulación de VSR continuó su tendencia ascendente, alcanzando una positividad de 2,1%, mientras que la tendencia decreciente de SARS-CoV-2 se desaceleró, alcanzando una positividad de 5,1%.

En América del Norte, la positividad de influenza continuó disminuyendo, alcanzando 7,2%. La actividad de VSR aumentó en las últimas cuatro SE (7,7%), mientras que la positividad de SARS-CoV-2 se mantuvo estable en 4,9%. En el Caribe, la circulación de influenza se mantuvo elevada, con una tasa de positividad de alrededor del 30,5% en las últimas tres SE. La actividad de VSR disminuyó en comparación con la SE anterior (3,3%) y la circulación de SARS-CoV-2 se mantuvo estable en niveles intraestacionales (<1%). En Centroamérica, la actividad de influenza continuó disminuyendo, alcanzando una positividad del 16,8%. El SARS-CoV-2 se mantuvo en niveles bajos y estables (<1%), y la circulación de VSR se mantuvo estable (4,8%). En la subregión Andina, la actividad de influenza se mantuvo estable, con una positividad del 12,2%. La circulación de VSR aumentó en esta SE (4,3%) y la circulación de SARS CoV-2 disminuyó en comparación con la SE anterior (1,9%). En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza ha continuado disminuyendo desde mediados de diciembre, con una positividad del 3%. La circulación de VSR se mantiene en niveles interestacionales (<1%), mientras que la actividad de SARS-CoV-2 disminuyó en comparación con la SE anterior (7,7%). La circulación de otros virus respiratorios (ORV) aumentó al 1,7% a nivel regional, siendo el rinovirus, los coronavirus y el metapneumovirus los más frecuentemente detectados.

IV.3. Síntesis de la información nacional destacada

En la SE7 de 2026, la vigilancia clínica notificó 55.836 casos de ETI, 9.171 casos de neumonía y 51.57 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. En 2026 se influenza registra un bajo número de detecciones, sin registro de detecciones de VSR. 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 8 primeras SE de 2026 se registraron 419 internaciones, con 10 detecciones de SARS-CoV-2, 12 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 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 verifica circulación de virus respiratorios, principalmente SARS-CoV-2, seguido de influenza, adenovirus, metapneumovirus, VSR y parainfluenza.

En personas internadas, en la SE8/2026, se notificaron 5 hospitalizaciones con diagnóstico de SARS-CoV-2, 1 con diagnóstico de influenza y 2 con VSR. No se registran fallecidos con diagnóstico de SARS-CoV-2 en esta semana.

Entre las SE 1/2025 y la SE 9/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia recibió muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 23 jurisdicciones. De ellas pudo realizarse la secuenciación genómica de 122 casos, de los cuales 85 correspondieron al subclado J.2.4.1 (K), 28 al subclado J.2.3, 5 al subclado J.2.4, 3 al subclado J.2, 1 al subclado J.2.2.
En cuanto a la distribución por provincia, en 21 jurisdicciones se consignaron casos de Influenza A(H3N2). Los subclados se han distribuido de forma heterogénea tanto en relación a la cantidad de casos como a la cantidad de clados identificados en cada provincia. En este último aspecto, el subclado J.2.2 y el subclado J.2.4 se detectaron en una sola jurisdicción (Mendoza y Buenos Aires, respectivamente); el subclado J.2 en 3 jurisdicciones (CABA, Chaco y Río Negro); el subclado J.2.3 en 11 y el subclado J.2.4.1 (K) en 20, ambos distribuidos en todas las regiones. En la SE 9 se detectaron los primeros 3 casos del subclado K en la provincia de Salta. 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.4. Vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados

IV.4.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.[1]

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.*

[1] 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

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 positividad, con un máximo en la SE45 (26,4%). En las SE 7 y 8 de 2026, se confirmaron 4 casos entre 86 muestras analizadas por PCR.

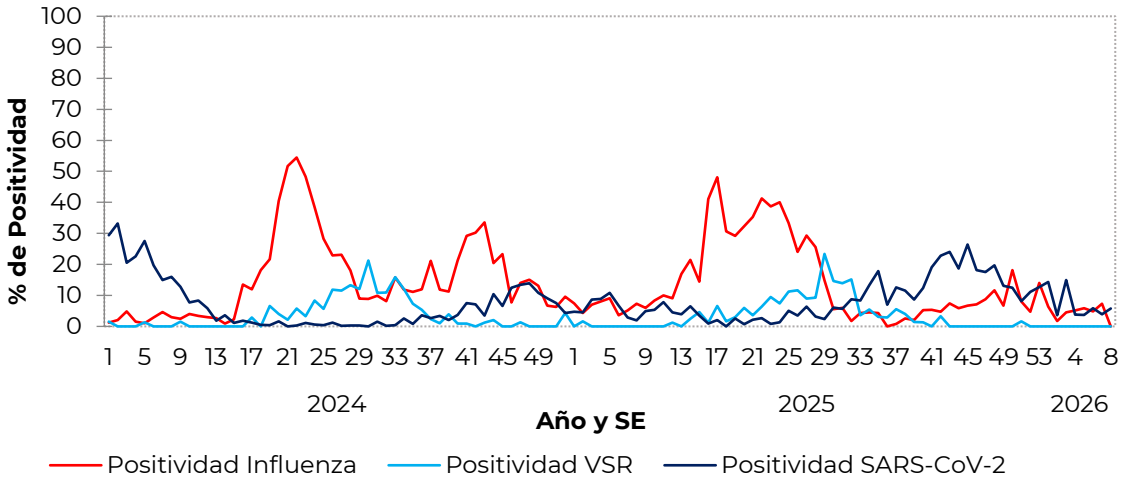
Con relación a **Influenza**, el porcentaje de positividad presentó un ascenso desde SE16 de 2024, superando el 50% en las SE 21 y 22, en relación con el aumento estacional de casos de influenza A/H3N2 (ver gráfico 2). Posteriormente, si bien registró un descenso, la positividad permaneció en valores 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 7 y 8 de 2026 se notificaron 4 casos de influenza entre las 87 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 8 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 SE8/2026. Argentina.

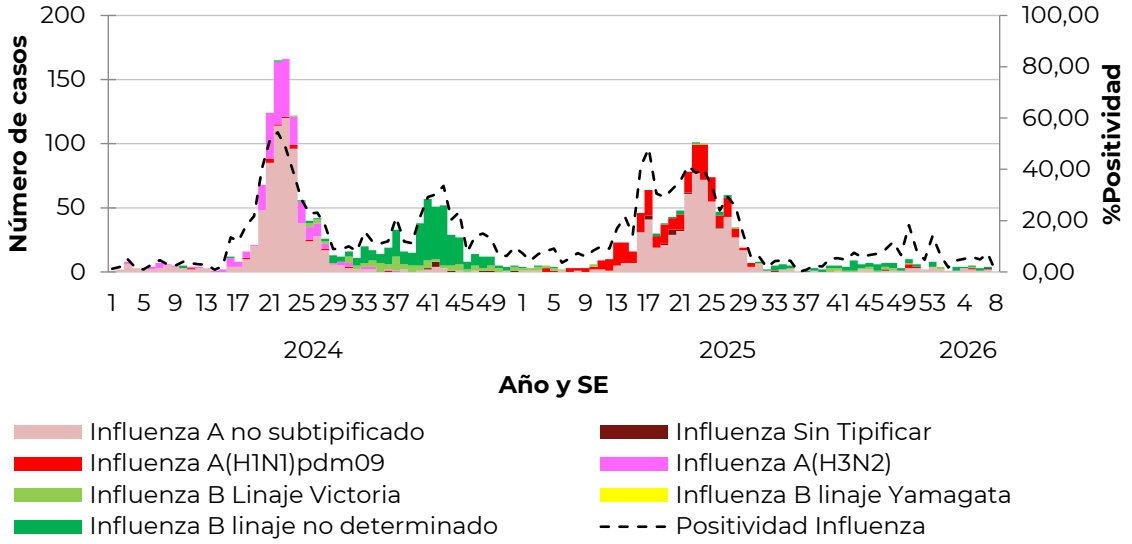


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

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 8SE de 2026, se detectaron 25 casos de infuenza A, 1 caso con subtipificacion que corresponde a A(H1N1). En cuanto a influenza B, se detectaron 11 casos, dentro de los cuales se detectó linaje Victoria en 3 de ellos.

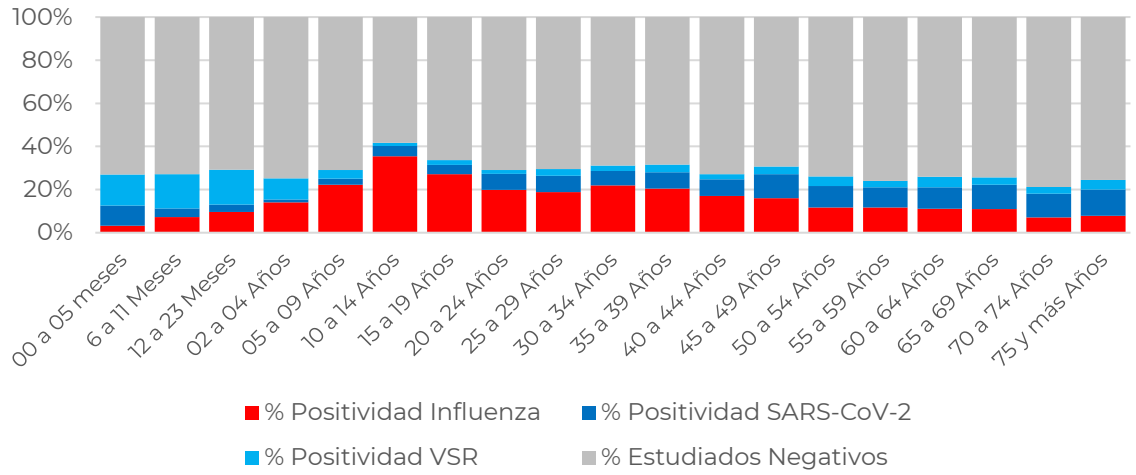
Gráfico 2. Distribución de virus influenza por tipo, subtipo y linajes por semana epidemiológica y porcentaje de positividad – SE1/2024 a SE8/2026. Estrategia UMA. Argentina.



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 SNVS[2.0].

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 SE8/2026. Estrategia UMA. Argentina[2].



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

IV.4.B. 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. [3]

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[4].

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

[2] 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.
[3] 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
[4] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplados en la definición de caso.

- Requerimiento de internación por criterio clínico[5].

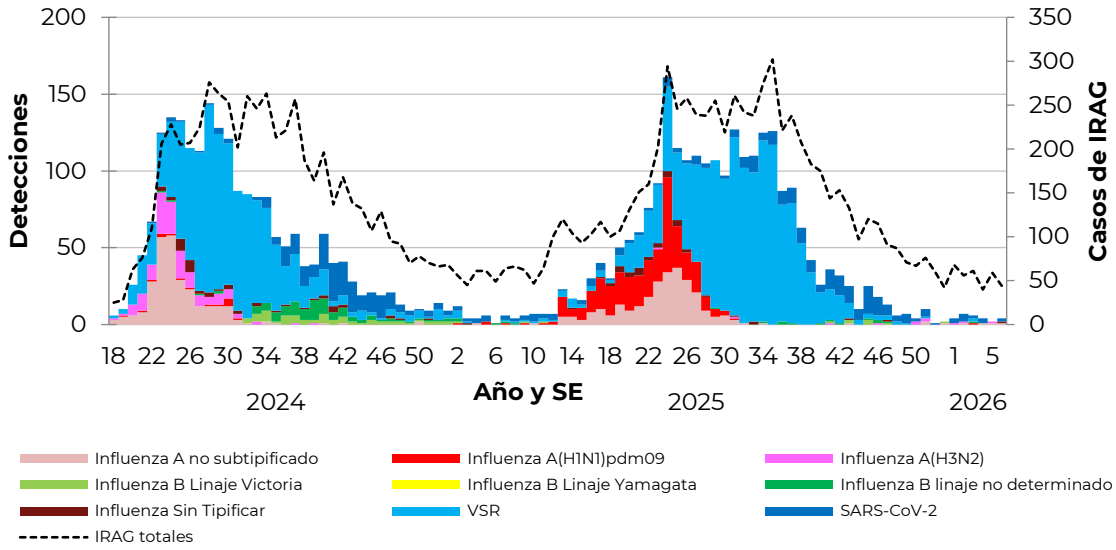
En lactantes menores de 6 meses también considerar:

- Apnea (cese temporal de la respiración por cualquier causa), o
- Sepsis (fiebre/hipotermia[6] y shock[7] y gravemente enfermo sin causa aparente)

En las 8 primeras SE de 2026 se registraron de manera nominal un total de 419 internaciones con diagnóstico de IRAG y 223 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida en la Red Argentina de UC-IRAG[8].

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 8 SE de 2026 los casos de IRAG se mantienen estables, con un promedio de 49 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 SE8/2026. Argentina



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

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

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

[5] Pacientes con requerimiento de internación por índole social o por necesidad de aislamiento no se encuentra contemplado en la definición de caso
[6] La fiebre se define como una temperatura ≥37,5 C. La hipotermia se define como una temperatura
[7] El shock se define por letargo, respiración rápida, piel fría, llenado capilar prolongado y pulso rápido y débil.
[8] 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.

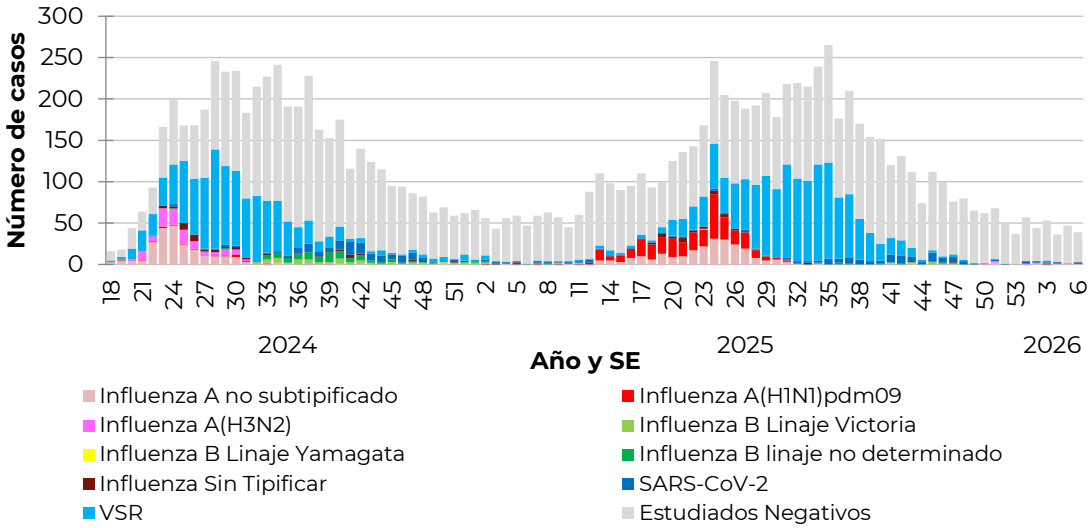
registró a partir de SE32/2024 un cambio en el tipo predominante, con un aumento de casos de influenza B/linaje Victoria, con el mayor número de casos detectados entre las SE 33/2024 y 42/2024.

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 8 primeras semanas de 2026, se detectaron 8 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 8 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 SE8/2026. Estrategia UC IRAG. Argentina [9].



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]

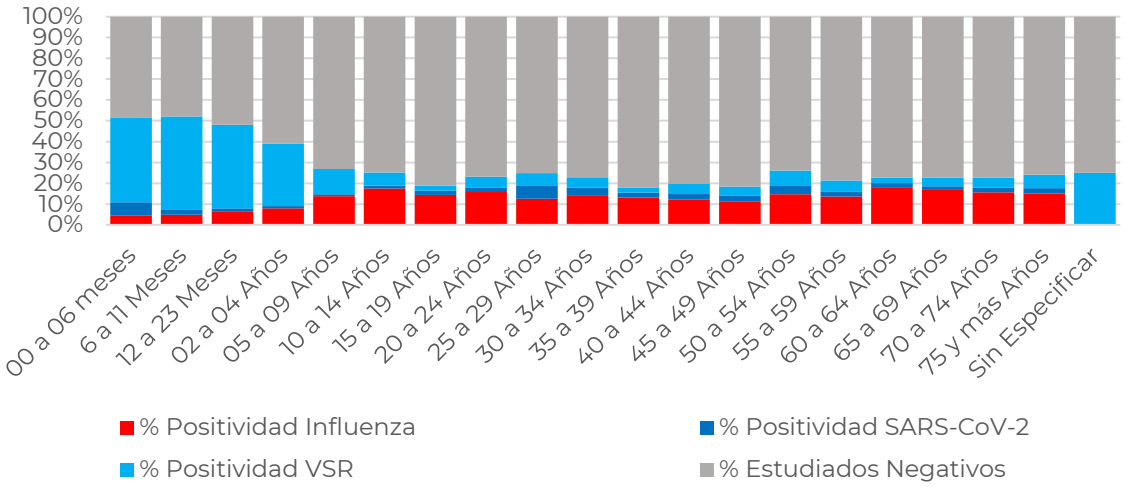
En las últimas 4 semanas, entre 156 casos de IRAG estudiados por técnica molecular para los tres virus priorizados en la Red Argentina de UC IRAG, se registraron: 1 caso de SARS-CoV-2 y 6 casos de influenza, sin detecciones de VSR. Los restantes 149 casos resultaron negativos para los agentes etiológicos priorizados.

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

[9] 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.

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[10]

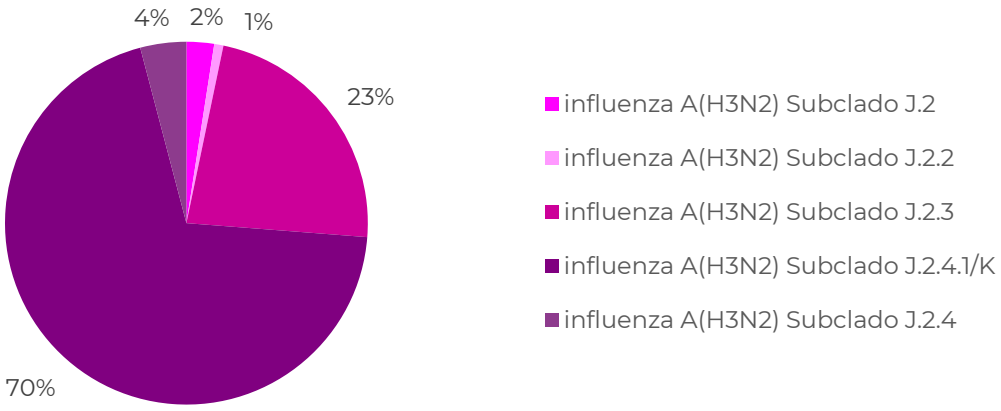


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

IV.5. Caracterización genómica de Influenza A (H3N2)

Entre las SE 1/2025 y la SE 9/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia recibió muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 23 jurisdicciones. De ellas pudo realizarse la secuenciación genómica de 122 casos, de los cuales 85 correspondieron al subclado J.2.4.1 (K), 28 al subclado J.2.3, 5 al subclado J.2.4, 3 al subclado J.2, 1 al subclado J.2.2.

Gráfico 7. Distribución de subclados de Influenza A(H3N2). Argentina. SE 1/2025 a SE 9/2026 (n = 122)



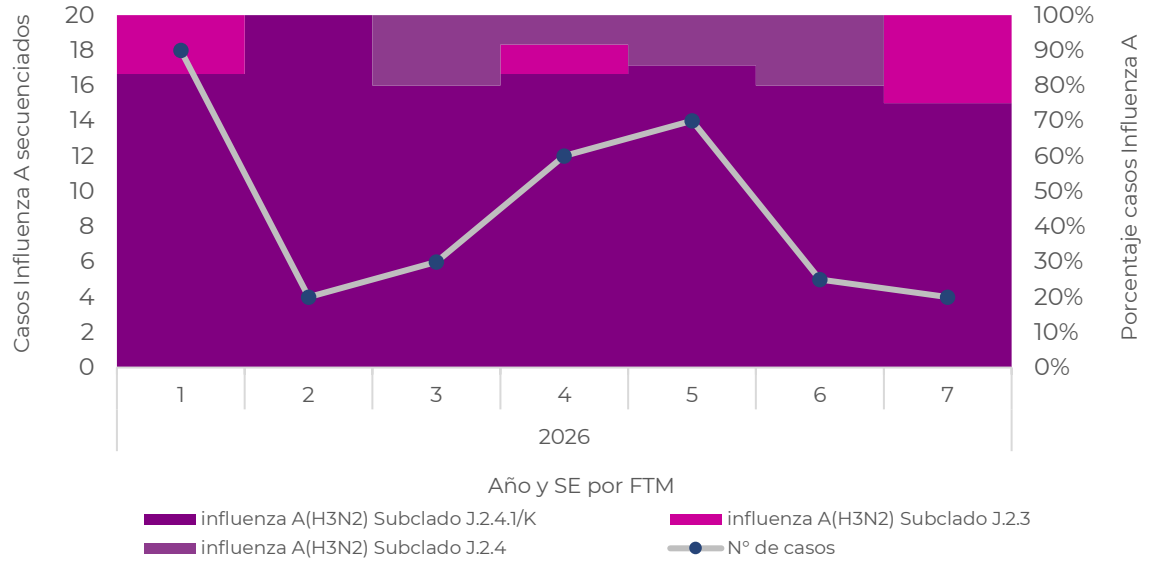
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

Durante el 2026 hasta la SE 7 prevaleció el subclado J.2.4.1 (K) en los casos secuenciados, superando el 75% de las detecciones en todas las semanas, con un mínimo de 4 casos en la SE 7

[10] 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.

y un máximo de 18 casos en la SE 1. Otros subclados identificados en el año en curso fueron el subclado J.2.3 y J.2.4.

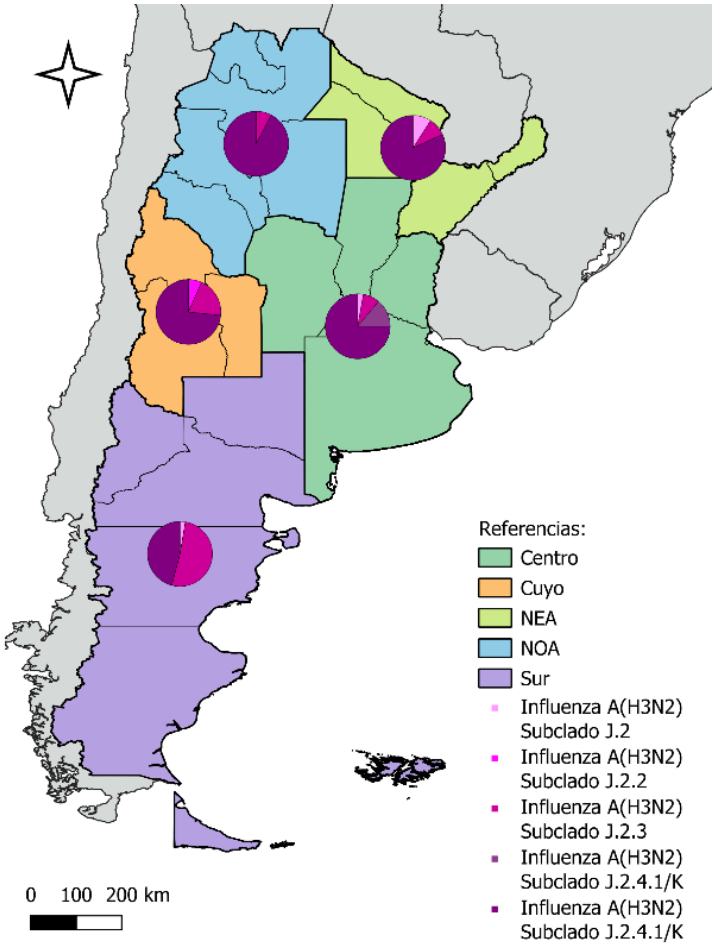
Gráfico 8. Distribución temporal de subclados de Influenza A(H3N2) según SE por Fecha de Toma de Muestra (FTM). Argentina. Año 2026 (n = 63)



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

En todas las regiones se detectaron hasta el momento dos o más subclados de Influenza A(H3N2), siendo predominante el subclado J.2.4.1 (K), con excepción de la región Sur en la que el mayor número de casos secuenciados a la fecha correspondió al subclado J.2.3 (19 casos), seguido del subclado J.2.4.1 (K) (Ver Mapa 1 y Tabla 1).

Mapa 1. Distribución de subclados de Influenza A(H3N2) según Región de residencia. Argentina. SE 1/2025 a SE 9/2026 (n = 122)



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

En cuanto a la distribución por provincia, en 21 jurisdicciones se notificaron casos de Influenza A(H3N2). Los subclados se han distribuido de forma heterogénea tanto en relación a la cantidad de casos como a la cantidad de clados identificados en cada provincia. En este último aspecto, el subclado J.2.2 y el subclado J.2.4 se detectaron en una sola jurisdicción (Mendoza y Buenos Aires, respectivamente); el subclado J.2 en 3 jurisdicciones (CABA, Chaco y Río Negro); el subclado J.2.3 en 11 y el subclado J.2.4.1 (K) en 20, ambos distribuidos en todas las regiones. En la SE 9 se detectaron los primeros 3 casos del subclado K en la provincia de Salta (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por el LNR por subclado según jurisdicción de residencia. Argentina. SE 1/2025 a SE 9/2026.

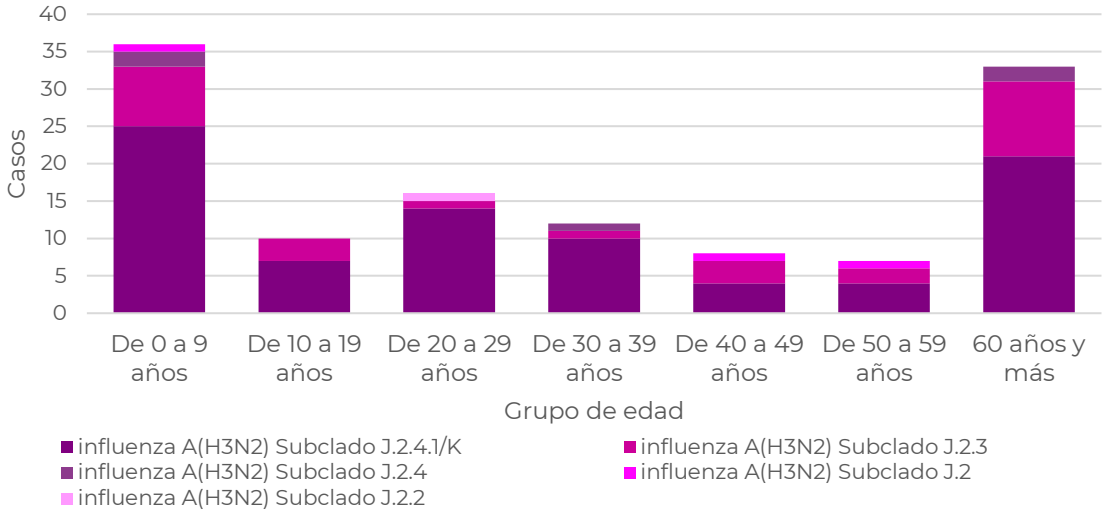
Jurisdicción	Subclado J.2	Subclado J.2.2	Subclado J.2.3	Subclado J.2.4.1/K	Subclado J.2.4	Total general
Centro	**1**	**0**	**3**	**31**	**5**	**40**
Buenos Aires	0	0	1	11	5	17
CABA	1	0	1	13	0	15
Córdoba	0	0	1	2	0	3
Entre Ríos	0	0	0	2	0	2
Santa Fe	0	0	0	3	0	3
Cuyo	**0**	**1**	**3**	**13**	**0**	**17**
Mendoza	0	1	3	11	0	15
San Juan	0	0	0	2	0	2
San Luis*	0	0	0	0	0	0
NEA	**1**	**0**	**1**	**9**	**0**	**11**
Chaco	1	0	1	1	0	3
Corrientes	0	0	0	3	0	3
Formosa	0	0	0	5	0	5
Misiones						
NOA	**0**	**0**	**2**	**15**	**0**	**17**
Catamarca	0	0	0	5	0	5
Jujuy	0	0	1	0	0	1
La Rioja	0	0	0	4	0	4
Salta	0	0	1	3	0	4
Santiago del Estero**	0	0	0	0	0	0
Tucumán	0	0	0	3	0	3
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 general	3	1	28	85	5	122

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

* La provincia de San Luis derivó un caso de Influenza A(H3N2) cuya jurisdicción de residencia es CABA.
*** La provincia de Santiago del Estero derivó un caso de Influenza A(H3N2) que no pudo ser secuenciado.

Se han detectado los distintos subclados en los diferentes grupos de edad y el subclado K ha sido el predominante en todos ellos. Los grupos de edad con mayor número de casos secuenciados han sido los menores de 10 años y los mayores de 60 (Ver Gráfico 3).

Gráfico 9. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por subclado según grupo de edad. Argentina. SE 1/2025 a SE 9/2026 (n = 122)



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 77% de los casos caracterizados no estaban vacunados y se registraron casos vacunados con diferentes subclados.

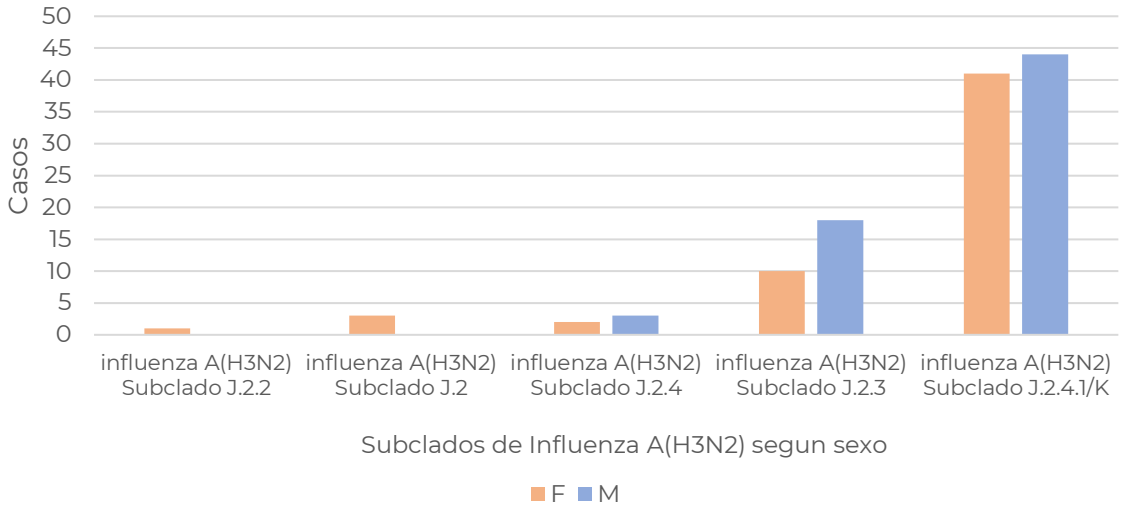
Tabla 2. Casos de Influenza A(H3N2) por vacunación antigripal 2025 según subclado detectado. Argentina. SE 1/2025 a SE 9/2026.

Subclado Influenza A(H3N2)	Vacunación			Total general
	NO	SI	Porcentaje de Vacunados	
Subclado J.2	3		0%	3
Subclado J.2.2		1	100%	1
Subclado J.2.3	22	6	21%	28
Subclado J.2.4	5		0%	5
Subclado J.2.4.1/K	64	21	25%	85
Total general	94	28	23%	122

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

Respecto a la división por sexo, el 53% de los casos con secuenciación de Influenza A(H3N2) son de sexo masculino.

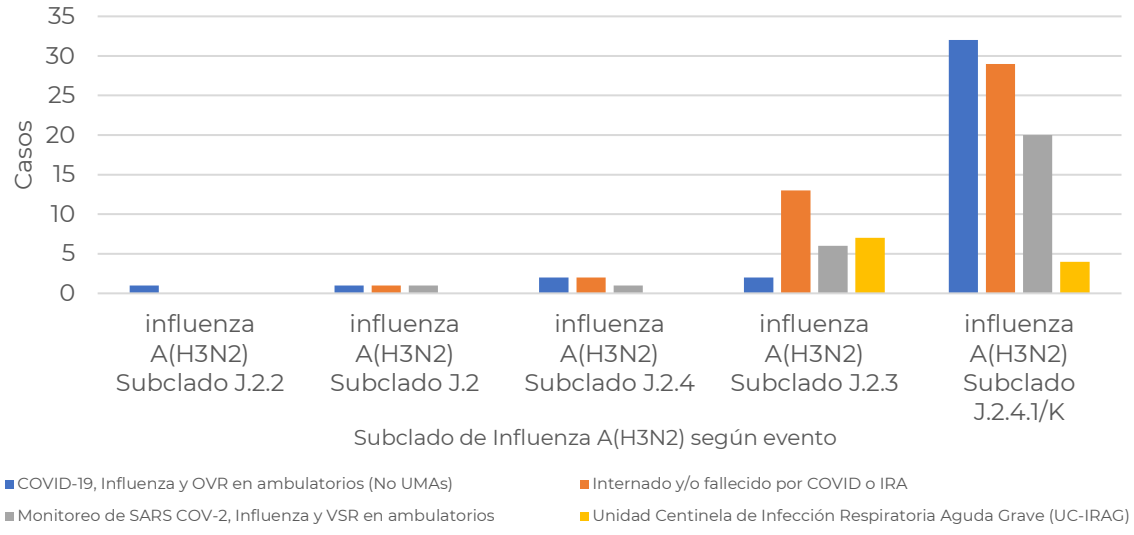
Gráfico 10. Casos de Influenza A(H3N2) por subclado detectado según sexo. Argentina. SE 1/2025 a SE 9/2026 (n=122).



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

En cuanto a la distribución de los casos secuenciados entre los eventos/estrategias de vigilancia, 45 casos fueron notificados al evento universal "Internado y/o fallecido por COVID o IRA", 11 por UC-IRAG (total internados 56); 38 en el evento universal de Ambulatorios (NO UMA) y 28 en Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA)[11]. En cuanto a los casos detectados del subclado K se identificaron en los 4 eventos (33 en internados y 52 en ambulatorios) (Ver Gráfico 5).

Gráfico 11. Casos de influenza A(H3N2) por subclado detectado según evento. Argentina. SE 1/2025 a SE 9/2026 (n=122)



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

[11] En el BEN anterior se clasificó erróneamente los casos del evento universal ambulatorio como UMA y viceversa.

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 IRA, en particular: la vigilancia virológica de virus respiratorios a través de la Red Nacional de Influenza y Otros Virus Respiratorios; la vigilancia de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio; la vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) en las Unidades Centinela; y la vigilancia de eventos respiratorios inusuales.

IV.7. Vigilancia epidemiológica

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

En este marco, se recomienda:

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

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

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

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

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

Definiciones:

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

Los lineamientos vigentes para la vigilancia epidemiológica, organización de servicios de salud, prevención y control de las infecciones respiratorias agudas virales están disponibles en: **Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control 2024:**
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_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/2018/02/lineamientos_vacuna_antigripal_-_2026.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.[12],[13] 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.[14],[15] En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

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

IV.10.A. 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)

[12] 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.
[13] 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.
[14] 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.
[15] 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.

-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

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[16] y el ARBO-portal[17] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 05/03/2026 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 7/2026, se han reportado un total de 14.083 casos de dengue, de los cuales 111 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos presentan una disminución del 80% respecto a la misma semana del año anterior. No se registraron fallecimientos para este evento. En cuanto a chikungunya, se reportaron 8.258 casos, de los cuales 4.060 fueron confirmados por laboratorio y se registraron 4 fallecimientos. A la misma semana del año anterior se habían confirmado 7 casos, sin fallecimientos asociados. Asimismo, se notificaron 1.199 casos de zika; no obstante, no se confirmaron casos por laboratorio para este evento.

Paraguay: hasta la SE 7/2026 se registraron un total de 3.833 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 54 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 84% menos que en la misma semana de 2025. Respecto de chikungunya, se notificaron 2 casos confirmados por laboratorio; mientras que en la misma semana de 2025 no se habían confirmado casos para este evento. En cuanto al zika, no se notificaron casos para el año en curso.

Perú: hasta la SE 7/2026 se reportaron un total de 6.423 casos de dengue, con 9 fallecimientos registrados. De ellos, 2.773 fueron confirmados por laboratorio, representando una disminución del 67% en los casos confirmados respecto a la misma semana del año anterior. Con relación a chikungunya, hasta la SE 6/2026 se notificó 1 caso sin confirmación por laboratorio, situación similar a la registrada en la misma semana de 2025. Respecto al zika, hasta la misma semana, se notificaron 3 casos, sin registrarse casos confirmados por laboratorio para este evento. 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 años. En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la

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

Salud (OPS/OMS) emitió una alerta epidemiológica. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia[18].

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 y DEN-2 en Bolivia y 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.1. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026

V.1.A. NOTA METODOLÓGICA

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

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

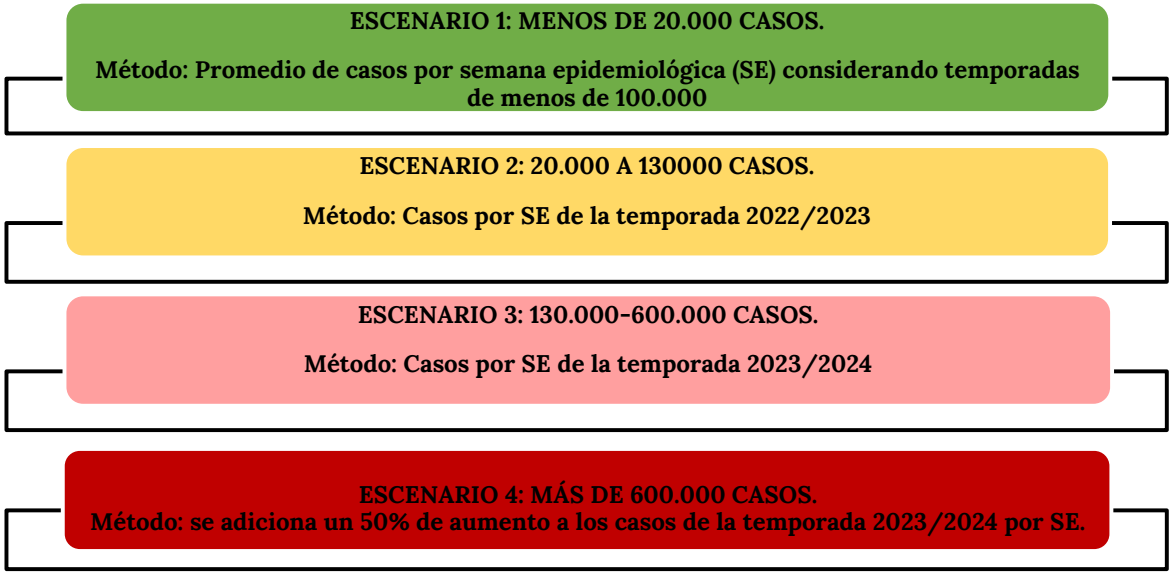
El abordaje metodológico se fundamenta en la extrapolación de series históricas recientes y en la estratificación de escenarios según la magnitud de la incidencia, con el objetivo de anticipar la carga de enfermedad y orientar oportunamente las acciones de preparación y respuesta en los ámbitos de la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

En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Entre las SE31/2025 y SE8/2026 se notificaron 21 casos confirmados de dengue, de los cuales 15 fueron importados. Estos registros

[18] 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

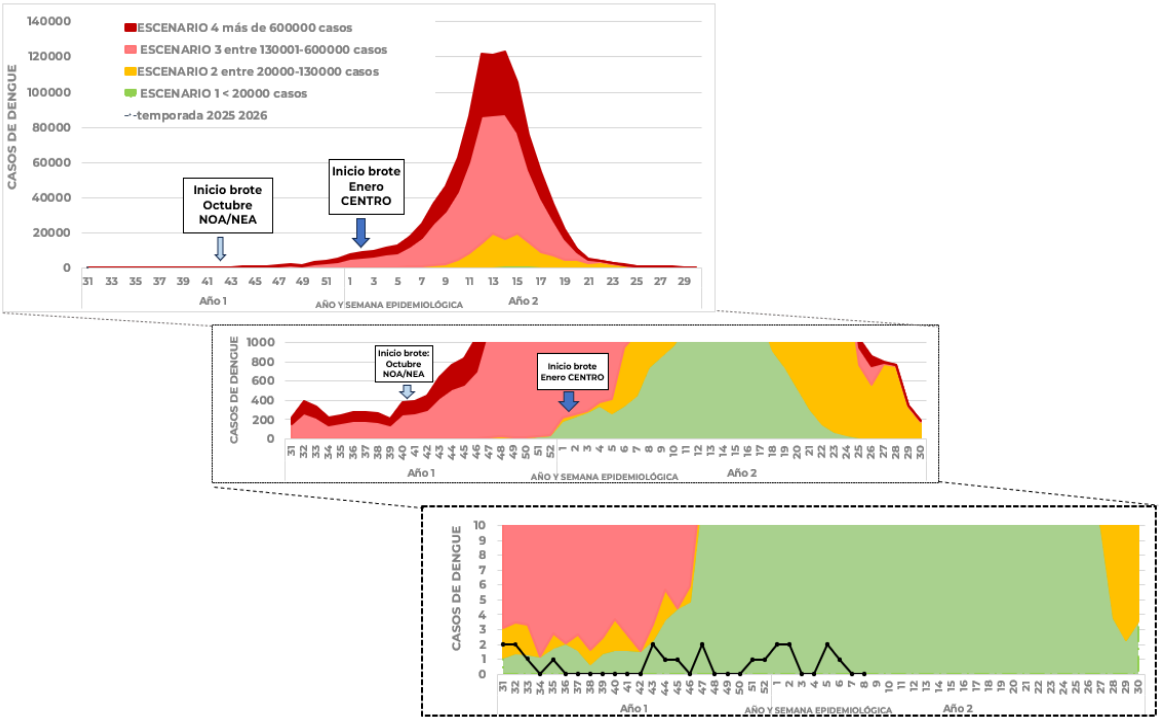
iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 2)

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=21). 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.2. Situación de dengue en Argentina

V.2.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 SE8/2026, se observa un descenso sostenido en el número de casos en comparación con los máximos alcanzados durante las epidemias de 2023 y 2024.

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

De acuerdo con la fecha mínima[19], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **12.788** casos sospechosos de dengue, de los cuales **21** 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).

- **Nueve** casos de la provincia de **Buenos Aires**: Cuatro sin antecedente de viaje -Tres de Febrero (SE31), San Isidro (SE43), Cañuelas (SE 51) y Morón (SE5-en investigación); cinco con antecedente de viaje a Paraguay (SE35 y SE5), México (SE44), Indonesia (SE47) y Brasil (SE2).

- **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**.

- **Tres** casos notificados por **Entre Ríos** con antecedente de viaje a Cuba (SE43), Brasil (SE53**; DENV-3**) y República Dominicana (SE6)**.**

- **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).

Según la fecha de apertura del evento (fecha de notificación al SNVS 2.0), en la SE 8/2026 se notificaron **734** casos sospechosos. 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.

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

Tabla 1. Dengue: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE8/2026. 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	4	40	5	5	DENV-1/DENV-2	978	262	1294	9
CABA	0	11	5	1	DENV-1/DENV-3	283	122	422	5
Córdoba	0	26	1	1	DENV-2	1756	97	1881	1
Entre Ríos	0	4	3	1	DENV-3	246	8	262	3
Santa Fe	0	22	0	2		921	66	1011	0
Total Centro	**4**	**103**	**14**	**10**		**4184**	**555**	**4870**	**18**
Mendoza	0	0	1	1	DENV-3	106	2	110	1
San Juan	0	1	0	0		33	1	35	0
San Luis	0	0	0	0		54	10	64	0
Total Cuyo	**0**	**1**	**1**	**1**		**193**	**13**	**209**	**1**
Chaco	0	8	0	0		746	10	764	0
Corrientes	0	5	0	0		114	19	138	0
Formosa	2	1	0	0	DENV-2	3615	3	3621	2
Misiones	0	2	0	0		453	1	456	0
Total NEA	**2**	**16**	**0**	**0**		**4928**	**33**	**4979**	**2**
Catamarca	0	1	0	0		210	2	213	0
Jujuy	0	0	0	0		283	13	296	0
La Rioja	0	4	0	0		166	5	175	0
Salta	0	5	0	0		594	67	666	0
Santiago del Estero	0	0	0	0		79	53	132	0
Tucumán	0	49	0	1		1013	47	1110	0
Total NOA	**0**	**59**	**0**	**1**		**2345**	**187**	**2592**	**0**
Chubut	0	0	0	0		12	2	14	0
La Pampa	0	0	0	0		66	8	74	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		19	2	21	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0		5	0	5	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**		**125**	**13**	**138**	**0**
Total País	**6**	**179**	**15**	**12**		**11775**	**801**	**12788**	**21**

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.2.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.3. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

Durante la temporada en curso se notificaron **2.217** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales 47 corresponden a casos confirmados y probables.

Los casos notificados en las jurisdicciones de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Córdoba, Chaco y Entre Ríos presentaron antecedente de viaje a Bolivia, Brasil, Paraguay y Cuba, por lo que se clasifican como casos importados.

En la provincia de Salta se identificaron casos sin antecedente de viaje, en el contexto de la ocurrencia de casos importados con antecedente de viaje a Bolivia, lo que confirma la presencia de transmisión local.

Asimismo, se notificaron 2 casos confirmados sin antecedente de viaje en el departamento Yerba Buena (localidad Yerba Buena), provincia de Tucumán, detectados en el marco de la estrategia de vigilancia laboratorial implementada desde enero del presente año, que establece el muestreo para diagnóstico de Fiebre Chikungunya en al menos el 30% de los casos sospechosos de dengue con resultado negativo por biología molecular.

V.3.A. CASOS DE FIEBRE CHIKUNGUNYA EN SALTA

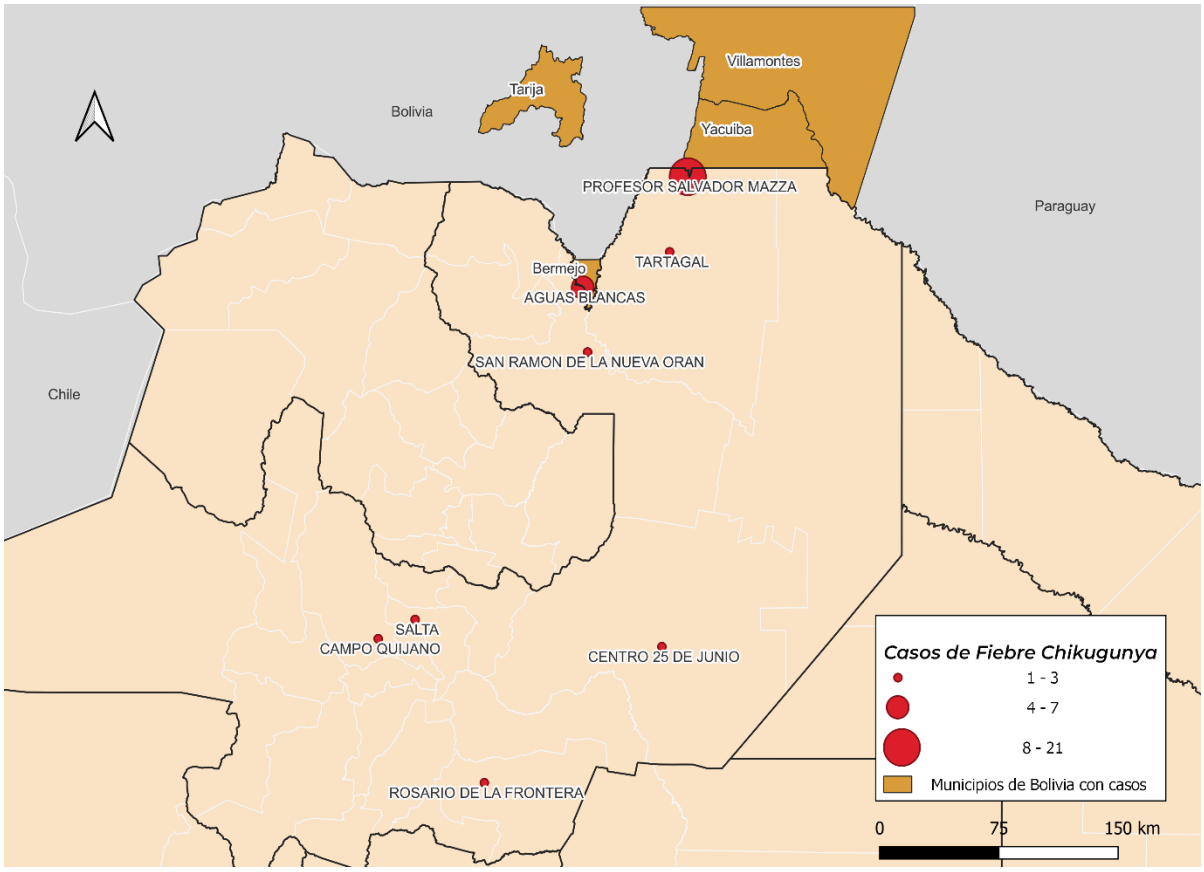
Hasta la fecha se notificaron **36** casos de Fiebre Chikungunya, de los cuales 29 se encuentran confirmados y 7 clasificados como probables, distribuidos en distintos departamentos de la provincia. En comparación con el acumulado informado en la Semana Epidemiológica previa, se observa un incremento intersemanal del **177%** en los casos confirmados y probables notificados, magnitud que, por su velocidad de crecimiento, resulta compatible con un escenario de brote en curso.

La mayor concentración de casos se registra en el departamento **General José de San Martín, con 23 casos** (21 en Prof. Salvador Mazza y 2 en Tartagal), seguido por Orán, con 9 casos (7 en Aguas Blancas y 2 en San Ramón de la Nueva Orán). Asimismo, se notificó 1 caso confirmado en Anta (Centro 25 de mayo. Salta Forestal, J. V. González), 1 caso confirmado en Rosario de la Frontera (Rosario de la Frontera), 1 caso probable en Rosario de Lerma (Campo Quijano) y 1 caso confirmado en Salta Capital correspondiente a un viajero con residencia en la provincia de Buenos Aires.

La mediana de edad fue de 32 años. El grupo etario con mayor proporción de casos correspondió a personas de 44 a 65 años, seguido por los grupos de 35 a 44 años y de 10 a 14 años. El 61% de los casos corresponde a sexo legal masculino.

Hasta el momento no se registraron casos graves ni fallecimientos. Dos personas requirieron internación de corta duración, con evolución clínica favorable y alta sin complicaciones.

Mapa 1. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables en Salta por localidad. SE2 a SE8/2026.



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

Tabla 2. Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE8/2026. 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	2	2	67	4
CABA	0	0	1	0	10	1
Córdoba	0	0	2	0	1266	2
Entre Ríos	0	0	0	0	33	0
Santa Fe	0	0	0	0	68	0
Total Centro	**0**	**0**	**5**	**2**	**1444**	**7**
Mendoza	0	0	0	0	18	0
San Juan	0	0	0	0	2	0
San Luis	0	0	1	0	12	1
Total Cuyo	**0**	**0**	**1**	**0**	**32**	**1**
Chaco	0	1	0	0	148	1
Corrientes	0	0	0	0	1	0
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	44	0
Total NEA	**0**	**1**	**0**	**0**	**193**	**1**
Catamarca	0	0	0	0	1	0
Jujuy	0	0	0	0	49	0
La Rioja	0	0	0	0	11	0
Salta	20	4	9	3	308	36
Santiago del Estero	0	0	0	0	13	0
Tucumán	2	0	0	0	162	0
Total NOA	**20**	**4**	**9**	**3**	**544**	**36**
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	**22**	**5**	**15**	**5**	**2217**	**47**

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

Para más información consultar la comunicación epidemiológica sobre Chikungunya emitida por el Ministerio de Salud de la Nación el 6 de Marzo de 2026:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/comunicacion_epidemiologica_chikungunya_2026.pdf

V.4. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina

V.4.A. ENCEFALITIS ARBOVIRALES

Las encefalitis arbovirales son enfermedades transmitidas por mosquitos, que pueden causar síntomas neurológicos en humanos y animales. Algunos ejemplos de encefalitis arbovirales incluyen la encefalitis del virus del Nilo Occidental (WNV), la encefalitis de San Luis (SLEV), la encefalitis japonesa (JEV), la encefalitis equina del este (EEEV), y la encefalitis equina del oeste (WEEV). Los síntomas comunes de estas enfermedades pueden incluir fiebre alta, dolor de cabeza intenso, confusión, convulsiones, debilidad muscular y otros problemas neurológicos.

Encefalitis de San Luis

En la temporada actual se notificaron **316** 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 sin antedente de viaje en la provincia de Córdoba, correspondiente al departamento Ischilín, localidad de Deán Funes.

Fiebre del Nilo Occidental

Durante la presente temporada se investigaron **75** 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.

Confirmados y probables Flavivirus sin especificar

Para el mismo período, se notificaron **11** casos clasificados como encefalitis confirmadas o probables por flavivirus, sin especificación aún del agente involucrado. Esta clasificación se utiliza cuando los estudios de laboratorio permiten confirmar o inferir la infección por un virus perteneciente al género Flavivirus, pero que todavía no ha sido posible determinar con precisión cuál es el agente etiológico específico (por ejemplo, dengue, virus del Nilo Occidental, virus de la encefalitis de San Luis u otros).

Esto puede ocurrir debido a reacciones serológicas cruzadas entre flavivirus, limitaciones en la disponibilidad u oportunidad de las muestras, o porque los estudios virológicos se encuentran aún en curso. En estos escenarios, si bien no siempre se logra identificar el arbovirus específico, sí es posible establecer que se trata de cuadros compatibles con encefalitis viral de probable etiología arboviral, lo que resulta relevante desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica.

Las jurisdicciones con casos notificados son Buenos Aires, Córdoba, San Juan y Santa Fe. De los 11 casos, **8** corresponden a la provincia de **Buenos Aires** (7 confirmados y 1 probable), con residencia en **La Plata, Bragado, Cañuelas, Florencio Varela, Arrecifes y Ezeiza**. Los casos se detectaron durante fines de febrero, pero con fecha de inicio de síntomas a fines de enero/principio de febrero, con predominio en sexo legal masculino (63%) y mediana de edad de 20 años (rango: 5–61 años). Cuatro casos requirieron internación en unidad de terapia intensiva, sin registrarse fallecimientos hasta la fecha.

Todos los eventos continúan bajo investigación epidemiológica y virológica para la definición de su clasificación final. En este contexto, se mantiene una vigilancia epidemiológica intensificada, especialmente ante cuadros compatibles con meningoencefalitis viral, con el objetivo de detectar oportunamente la circulación de arbovirus neuroinvasivos y fortalecer la sospecha clínica y la notificación oportuna por parte de los equipos de salud.

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de las Encefalitis Arbovirales: Encefalitis de San Luis y Fiebre del Nilo correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE8/2026).

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE8/2026. Argentina.

Encefalitis por Arbovirus						
Evento	Encefalitis de San Luis		Fiebre del Nilo		Flavivirus s/e	
Jurisdicción	Confirmado	Est	Confirmado	Est	Probable	Confirmado
Buenos Aires	0	32	1	24	1	7
CABA	0	1	0	0	0	0
Córdoba	1	230	0	3	1	0
Entre Ríos	0	10	0	3	0	0
Santa Fe	0	17	0	13	1	0
Total Centro	**1**	**290**	**1**	**43**	**3**	**7**
Mendoza	0	2	0	0	0	0
San Juan	0	4	0	0	1	0
San Luis	0	7	0	6	0	0
Total Cuyo	**0**	**13**	**0**	**6**	**1**	**0**
Chaco	0	0	0	0	0	0
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	3	0	0
Total NEA	**0**	**0**	**0**	**3**	**0**	**0**
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	2	0	21	0	0
La Rioja	0	2	0	0	0	0
Salta	0	1	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	5	0	1	0	0
Tucumán	0	0	0	0	0	0
Total NOA	**0**	**10**	**0**	**22**	**0**	**0**
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	2	0	1	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	0	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	1	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**3**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**1**	**316**	**1**	**75**	**4**	**7**

Pos: positivas / Est: estudiadas

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

V.4.B. OTROS ARBOVIRUS

En la siguiente tabla, se presenta la situación epidemiológica de otros arbovirus: Fiebre de Oropouche, Enfermedad por Virus Zika y Fiebre Amarilla correspondientes a la nueva temporada 2025-2026 (SE31/2025 a SE8/2026).

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para: Fiebre de Oropouche, Enfermedad por Virus Zika y Fiebre Amarilla. SE31/2025 a SE8/2026. Argentina.

Evento	Fiebre de Oropouche		Enfermedad por virus Zika		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	56	0	31	0	9
CABA	0	6	0	2	0	0
Córdoba	0	61	0	38	0	1
Entre Ríos	0	8	0	1	0	0
Santa Fe	0	23	0	25	0	8
Total Centro	**0**	**154**	**0**	**97**	**0**	**18**
Mendoza	0	11	0	3	0	0
San Juan	0	0	0	0	0	0
San Luis	0	4	0	6	0	0
Total Cuyo	**0**	**15**	**0**	**9**	**0**	**0**
Chaco	0	24	0	107	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	22	0	0	0	0
Misiones	0	3	0	37	0	6
Total NEA	**0**	**49**	**0**	**144**	**0**	**8**
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	31	0	24	0	0
La Rioja	0	9	0	9	0	9
Salta	0	81	0	148	0	0
Santiago del Estero	0	1	0	11	0	0
Tucumán	0	120	0	8	0	4
Total NOA	**0**	**242**	**0**	**200**	**0**	**13**
Chubut	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	0	0	0	0
Río Negro	0	1	0	0	0	0
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**
Total País	**0**	**461**	**0**	**450**	**0**	**39**

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).

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 **461** casos, sin registrarse resultados positivos.

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 **450** 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.

Fiebre Amarilla

Durante la temporada en curso se notificaron **39** 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. Vigilancia de 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 natural, establecimiento de pequeñas urbanizaciones en zonas rurales 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. Según el manual de normas de eventos de notificación obligatoria, 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. Por este motivo, 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[20] 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.

En las últimas ediciones del BEN, se ha priorizado la presentación en función de su patrón estacional y de los cambios observados en su comportamiento epidemiológico. Considerando que la mayor parte de los casos ocurre durante el verano, esta decisión busca comunicar oportunamente su incidencia, características y sensibilizar a los actores involucrados en la atención, el diagnóstico, el tratamiento, la notificación, la prevención y el control de 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. No obstante, su actualización constante resulta fundamental para dimensionar el

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

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[21], 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 en la que se cargó. 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.

La geolocalización de los casos se realizó por el sitio probable de infección, o en su defecto, sitio cercano a su domicilio.

VI.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

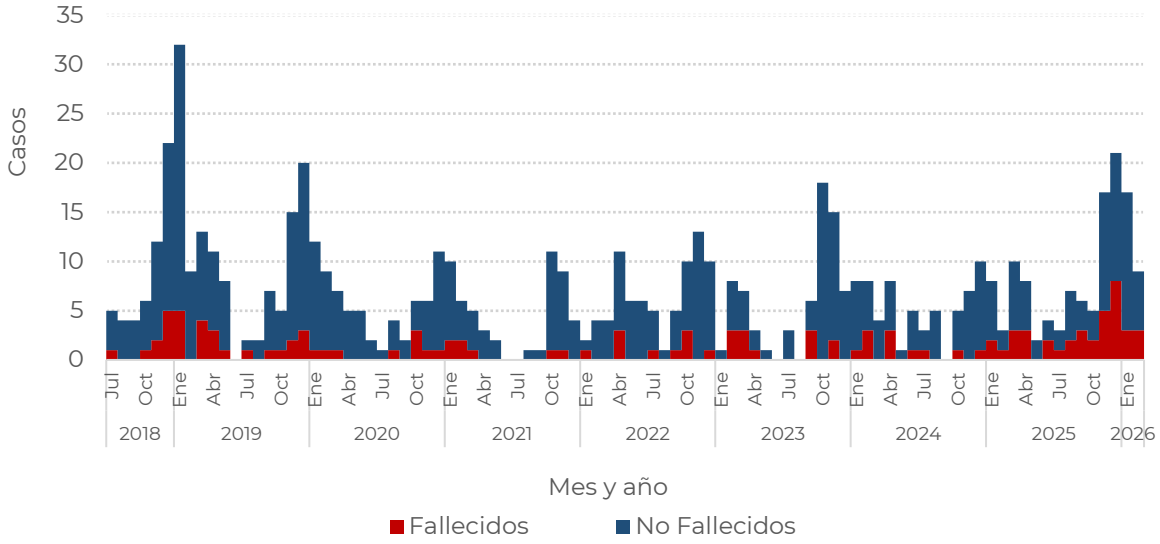
La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de períodos comprendidos entre los meses julio de un año y junio del siguiente (Por ej. SE 27/2018- SE 26/2019) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre sí.

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 con epicentro en Epuyén, Chubut.

[21] 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 08/2026, Argentina. (N=629)

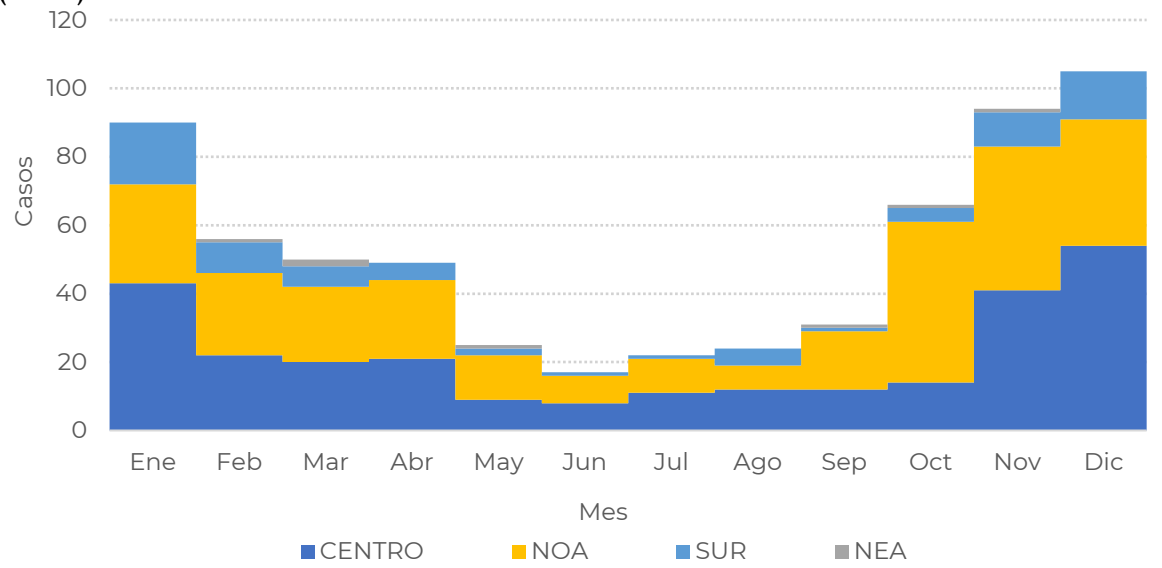


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En el presente análisis, en comparación con el BEN anterior, se identificaron 6 nuevos casos de hantavirosis correspondientes a febrero de 2026, de los cuales 3 resultaron fatales. Los casos corresponden a la provincia de Buenos Aires (2), Salta (2), Rio Negro (1) y Chubut (1). Con estas notificaciones, en lo que va de 2026, se confirmaron 26 casos, con un total de 6 fallecimientos.

En el período analizado se acumularon 629 casos confirmados. Entre los meses de octubre y enero es donde se acumula el 56% de los casos confirmados. En la temporada en curso, los meses de noviembre (n=16), diciembre (21) y enero (17) registran la mayor cantidad de casos al compararlos con los mismos meses de las temporadas previas analizadas, sin considerar el brote de transmisión interhumana. Asimismo, sin considerar la temporada actual, los casos ocurridos en los meses de febrero a mayo representaron el 28% del total (Ver Gráfico 2).

Gráfico 2. Hantavirosis: Casos acumulados según mes y región. SE 27/2018 a SE 08/2026, Argentina. (N=629)

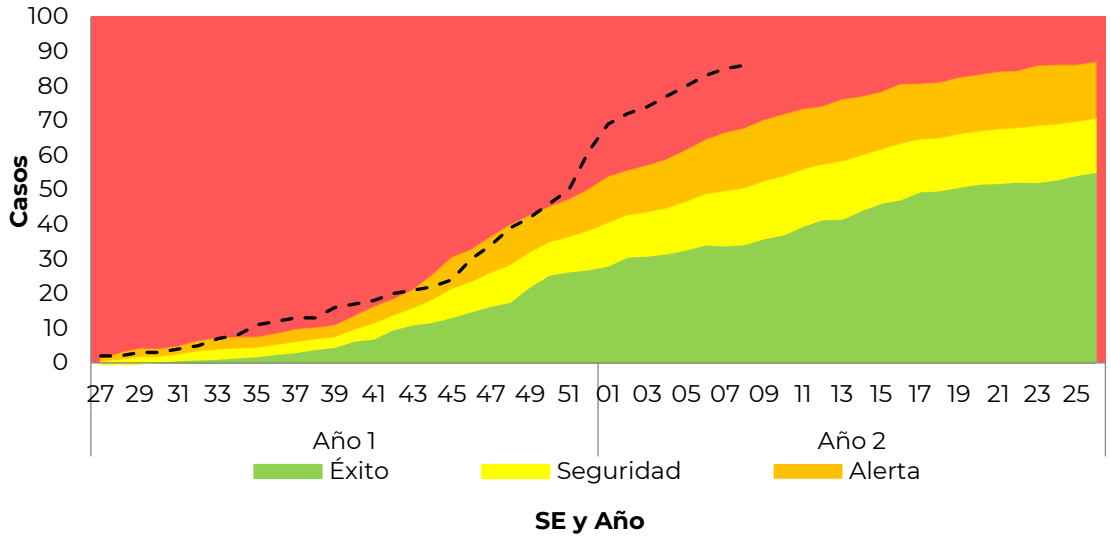


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

Este patrón estacional se verifica en las 3 regiones que concentran la mayor carga de la enfermedad (NOA, Sur y Centro). En el NOA ocurre la particularidad de que el incremento estacional se inicia más temprano, donde los meses con mayor cantidad de casos son octubre y noviembre; 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 08/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025)*. Argentina. (N=86)

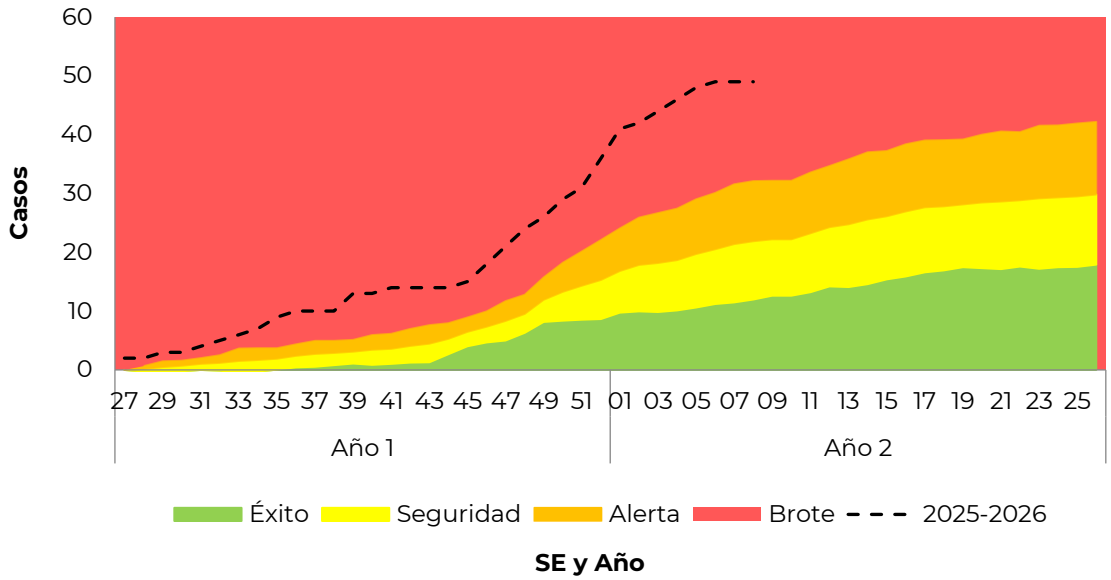


*Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0. *Tanto para el total país como para los corredores regionales, se excluyeron del período comparativo los casos de la temporada 2018-2019 por ser una temporada de brote.*

Puede observarse que a nivel nacional la cantidad de casos para el período comprendido entre julio del 2025 y febrero 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 08/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Centro. (N=49)

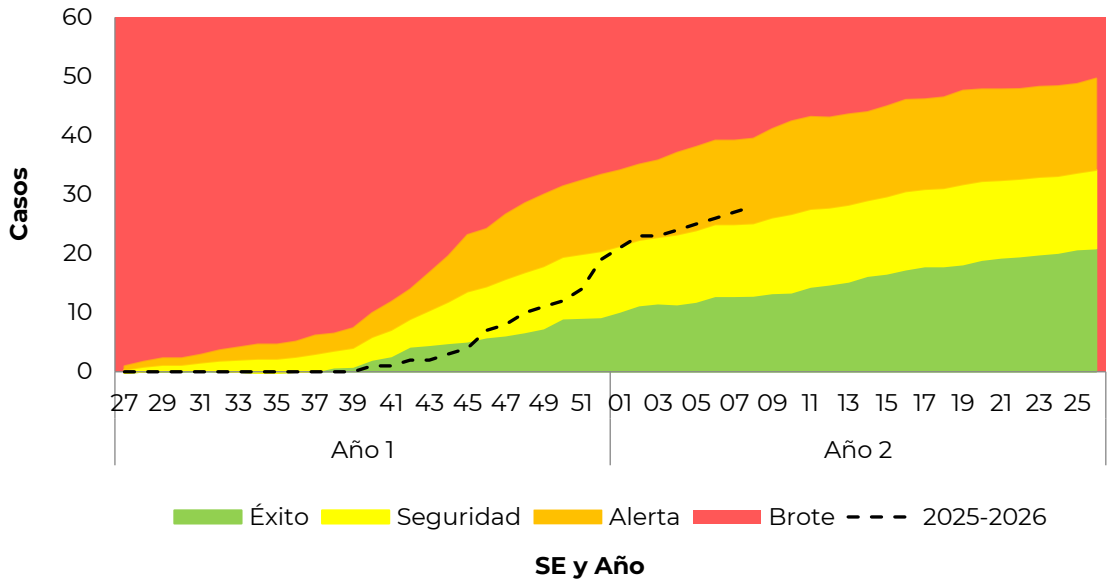


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

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 08/2026 respecto de las 6 temporadas previas (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región NOA. (N=28)



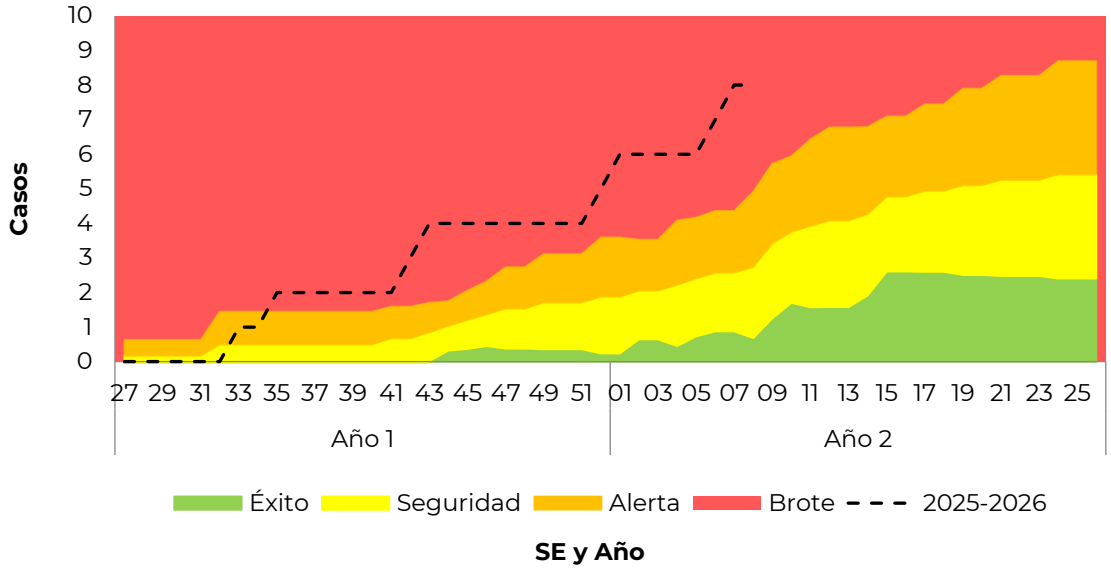
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

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 febrero 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 08/2026 respecto de las 6 temporadas precias (SE 27/2019 a SE 26/2025). Región Sur. (N=8)



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 07/2026.

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 8 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 8). (N=385)

Temporada	2019-2020 (hasta SE8)		2020-2021 (hasta SE8)		2021-2022 (hasta SE8)		2022-2023 (hasta SE8)		2023-2024 (hasta SE8)		2024-2025 (hasta SE8)		2025-2026 (hasta SE8)	
Jurisdicción	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**	**N**	**Tasa**
Buenos Aires	24	0,14	15	0,09	7	0,04	10	0,06	5	0,03	14	0,08	37	0,20
Entre Ríos	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	5	0,14	6	0,17	8	0,22	7	0,19
Centro	**35**	**0,12**	**25**	**0,08**	**12**	**0,04**	**18**	**0,06**	**13**	**0,04**	**26**	**0,09**	**49**	**0,16**
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	22	1,50	33	2,22	9	0,60	23	1,51
Tucumán	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**	**31**	**0,53**	**44**	**0,75**	**13**	**0,22**	**28**	**0,47**
Chubut	0	0,00	3	0,48	1	0,16	2	0,31	0	0,00	0	0,00	2	0,30
Neuquén	1	0,15	1	0,15	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	5	0,63
Sur	**2**	**0,07**	**6**	**0,20**	**1**	**0,03**	**3**	**0,10**	**3**	**0,10**	**1**	**0,03**	**8**	**0,25**
Total País	**71**	**0,16**	**46**	**0,10**	**30**	**0,07**	**52**	**0,11**	**60**	**0,13**	**40**	**0,08**	**86**	**0,18**

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

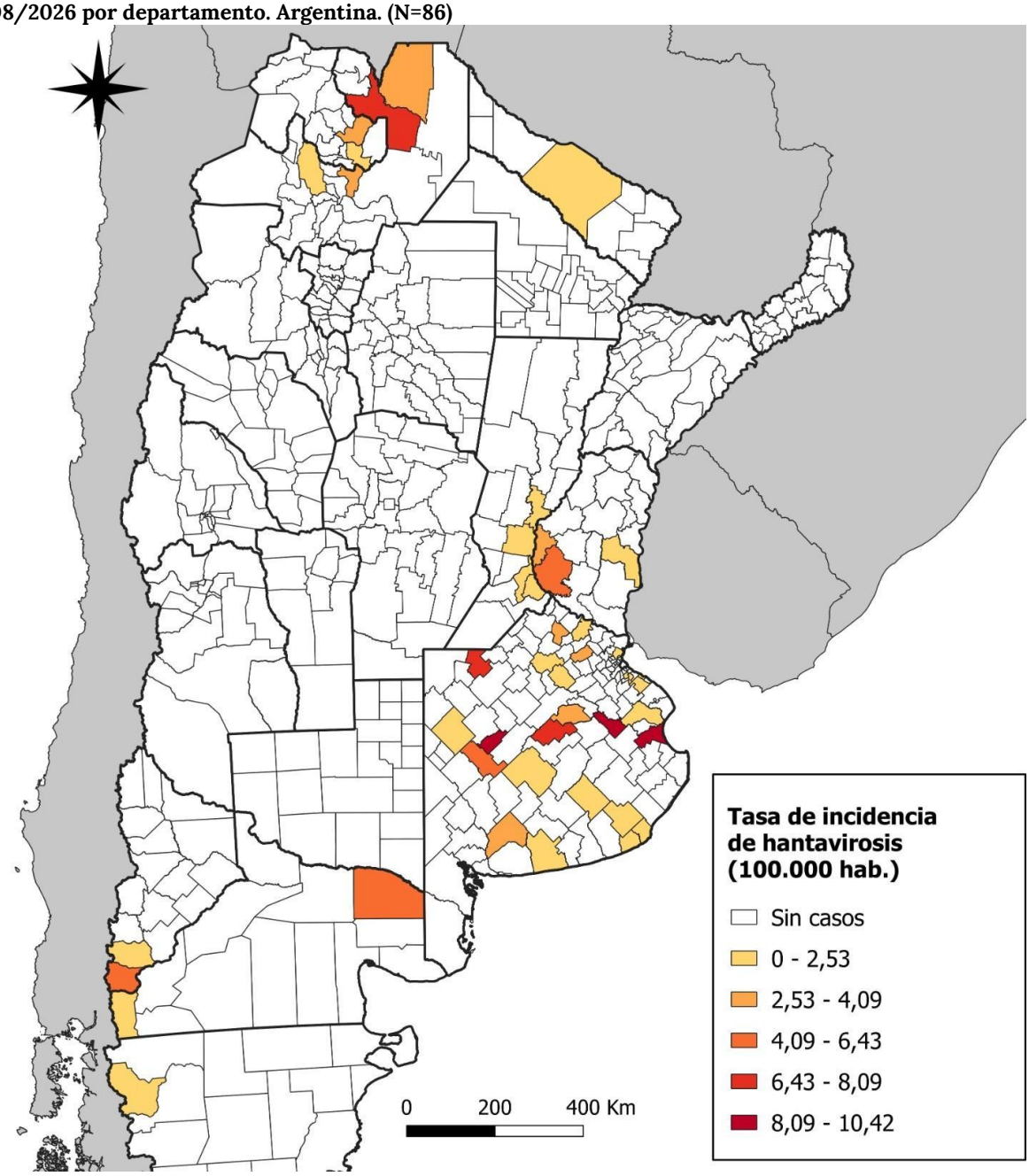
En 2026 hasta la SE 8, se notificaron un total de 26 casos de hantavirosis localizados en las provincias de Buenos Aires (13), Chubut (1), Entre Ríos (1), Jujuy (1), Río Negro (2) Salta (8).

La temporada actual presenta la incidencia nacional más elevada en comparación con las temporadas previas, con una tasa de 0,18 casos por 100.000 habitantes, superior al promedio observado entre las temporadas 2019-2025.

A nivel regional, en la actual temporada, la tasa de incidencia más elevada corresponde a la región del NOA (0,47 casos confirmados cada 100.000 habitantes). La misma tuvo 28 casos confirmados hasta el momento, de los cuales el 81% se concentraron en Salta. A nivel jurisdiccional, esta provincia posee la tasa de incidencia más elevada (1,51), siendo más del doble que Río Negro (0,63) y Jujuy (0,61). A su vez, es casi 5 veces mayor que la de Entre Ríos (0,34), la cuarta provincia con mayor incidencia a nivel país.

En el mapa 1, se presenta la incidencia por departamento de los 86 casos de hantavirosis notificados en la presente temporada (SE 27/2025 hasta la SE 08/2026). La descripción de los casos por departamento permite caracterizar riesgos diferenciales asociados a los diferentes espacios y a la dinámica de los reservorios, así como a los patrones de exposición vinculados con las actividades desarrolladas por las personas y sus condiciones de vida.

Mapa 1. Incidencia por 100.000 hab. de casos confirmados de hantavirosis desde SE 27/2025 a SE 08/2026 por departamento. Argentina. (N=86)

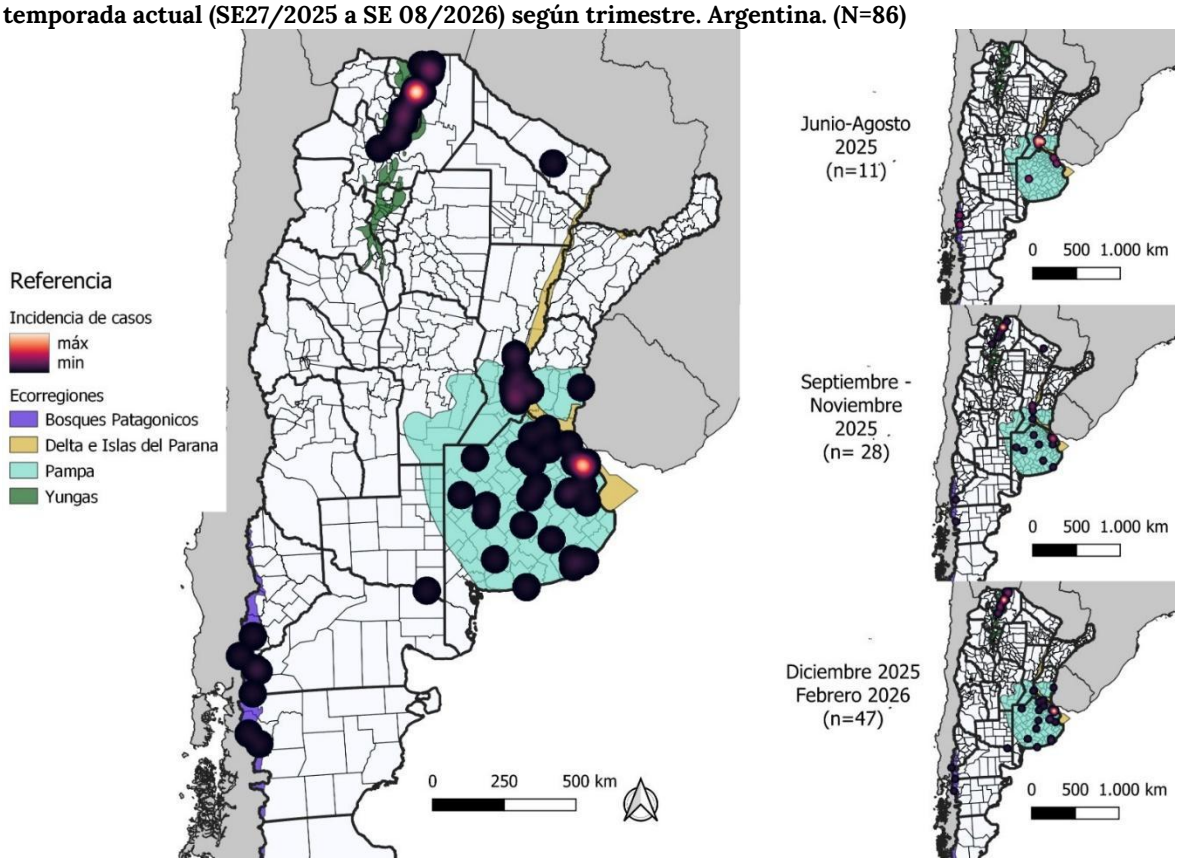


Fuentes: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En la distribución espacial de los casos de hantavirus, departamentos de Buenos Aires y Salta presentan las tasas de incidencia más elevadas por 100.000 habitantes. Asimismo, en Jujuy, Entre Ríos y Neuquén, existen jurisdicciones con una incidencia mayor a 2,53 casos cada 100.000 habitantes, la cual es la situación de la mayoría de jurisdicciones con casos del país. Por otro lado, un hallazgo relevante es la confirmación de un caso notificado en Río Colorado, Rio Negro, dado que se trata del primer caso histórico en una zona que no era considerada de riesgo para hantavirus.

En cuanto a la evaluación de la distribución de casos, para mayor precisión de los lugares de concentración y en relación a la distribución témporo-espacial del hantavirosis, se incluye el siguiente mapa de calor, dividido por ecorregiones.

Mapa 2. Mapa de calor de la distribución espacial de los casos de confirmados de hantavirosis, temporada actual (SE27/2025 a SE 08/2026) según trimestre. Argentina. (N=86)



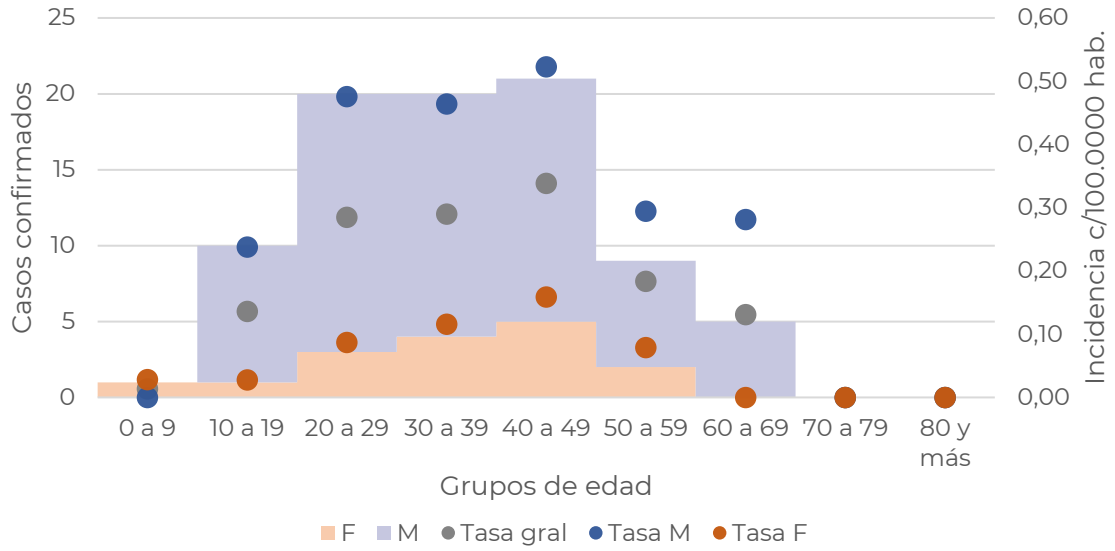
Fuentes: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0. Ecorregiones - Ministerio de Economía - Secretaría de Obras Públicas, disponible en: https://geoportal.obraspublicas.gob.ar/layers/geonode_data:geonode:ecoregiones_argentina#more

En el mapa de la temporada (mapa 2, izq.), se pueden observar puntos de mayor incidencia acumulada en la región de las yungas (Salta) y la región del área metropolitana de La Plata (Buenos Aires). En los mapas de la derecha, se observa la incidencia según trimestre; el primer trimestre de la temporada (julio – agosto), no se observaban casos en el NOA y la mayor incidencia correspondía a la región del Delta e Islas del Paraná de Entre Ríos y Santa Fe. En el siguiente trimestre (septiembre – noviembre) se observan casos en todas las regiones, con mayor intensidad en las ecorregiones de Yungas y Pampa. En el último trimestre (diciembre-febrero), aumenta la intensidad en estas últimas regiones y no se presentaron casos en la ecorregión del Delta e Islas del Paraná.

Caracterización según grupos de edad

En el siguiente gráfico podemos 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 08/2026. (N=86)



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

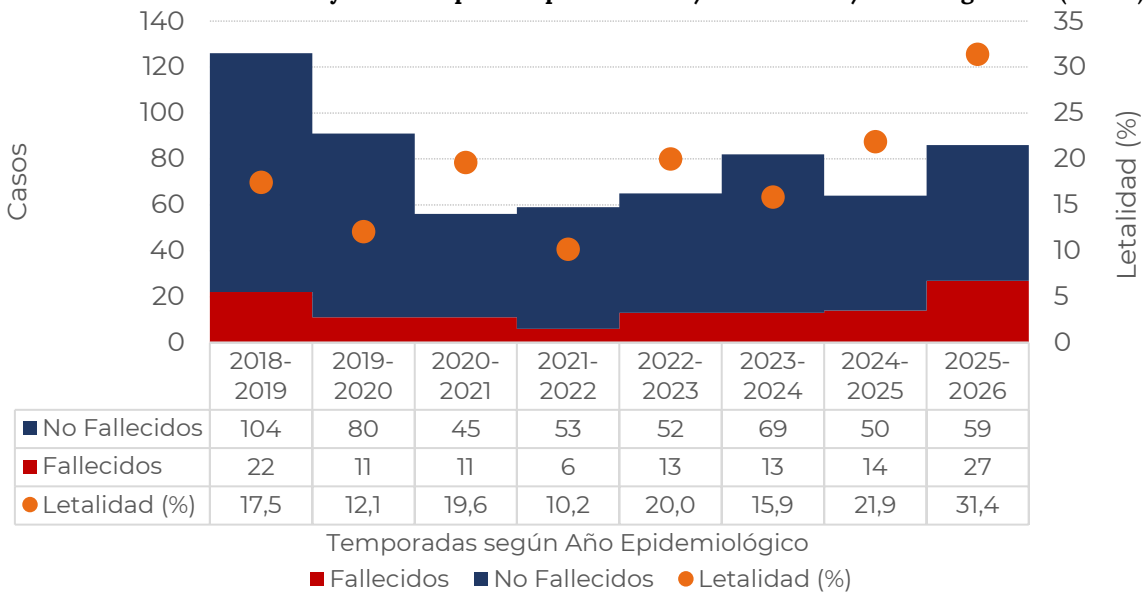
A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados de la temporada en curso es de 35 años, concentrándose el 71% (62) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes en el período.

En cuanto a la distribución de los casos por sexo, el 81% (70) 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 08/2026. Argentina. (N=629)



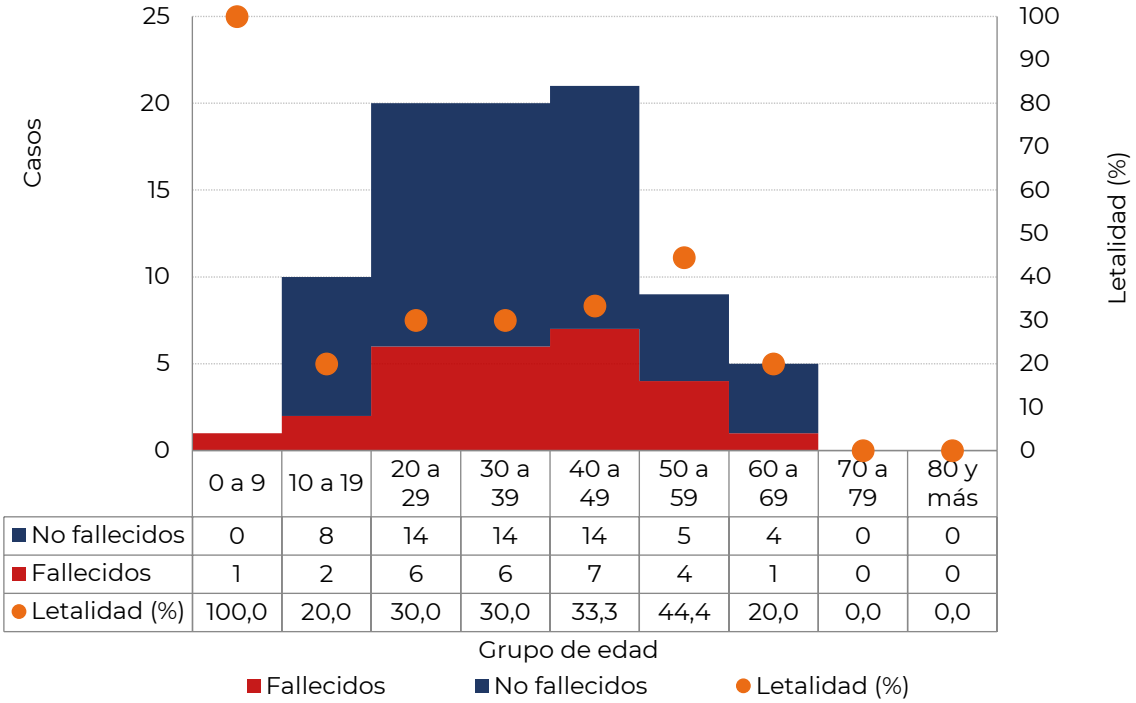
	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
No Fallecidos	104	80	45	53	52	69	50	59
Fallecidos	22	11	11	6	13	13	14	27
Letalidad (%)	17,5	12,1	19,6	10,2	20,0	15,9	21,9	31,4

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 07/2026 se notificaron 27 casos fallecidos, con una letalidad del 31,4%, 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 08/2026. Argentina. (N=86)



	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	14	14	14	5	4	0	0
Fallecidos	1	2	6	6	7	4	1	0	0
Letalidad (%)	100,0	20,0	30,0	30,0	33,3	44,4	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 37 años. Excluyendo a los menores de 10 años, cuyo único caso notificado falleció, el grupo con mayor letalidad (44,4%) 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 una tabla (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 08 del año siguiente) para los años 2019 a 2026.

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 08). (N=72)

Año epidemiológico	2019 - 2020 (SE27 a SE 08)		2020 - 2021 (SE27 a SE08)		2021 - 2022 (SE27 a SE08)		2022 - 2023 (SE27 a SE08)		2023 - 2024 (SE27 a SE08)		2024 - 2025 (SE27 a SE08)		2025 - 2026 (SE27 a SE08)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	2	0,11	2	0,11	0	0,00	3	0,17	1	0,06	2	0,11	14	0,76
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	2	0,56	3	0,83	1	0,27	1	0,27
Centro	**5**	**0,17**	**5**	**0,02**	**1**	**0,03**	**5**	**0,17**	**4**	**0,13**	**4**	**0,13**	**16**	**0,52**
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	2	2,51
Sur	**0**	**0,00**	**2**	**0,68**	**1**	**0,33**	**1**	**0,33**	**1**	**0,32**	**0**	**0,00**	**3**	**0,95**
Total País	**9**	**0,20**	**9**	**0,20**	**3**	**0,07**	**9**	**0,19**	**8**	**0,17**	**6**	**0,13**	**27**	**0,57**

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

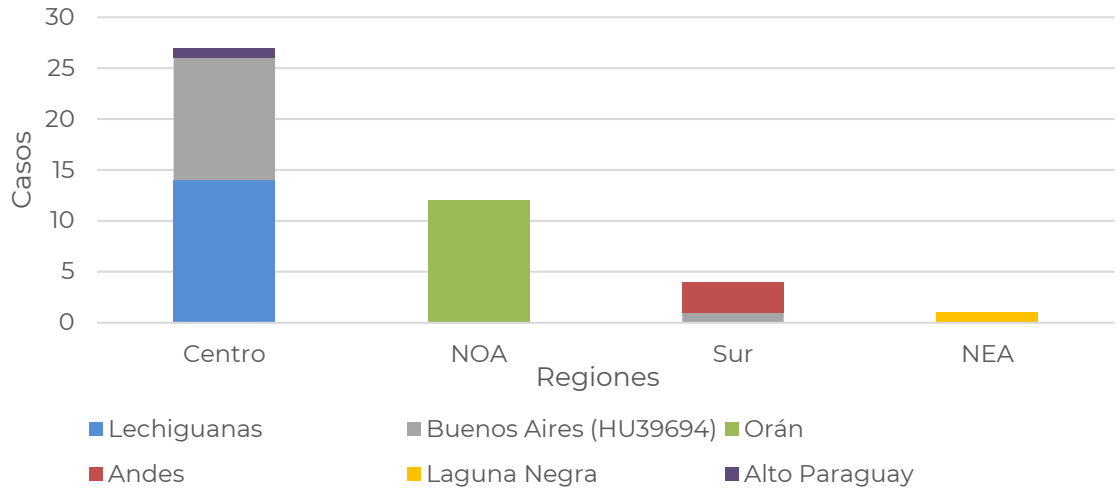
A nivel nacional, la tasa de mortalidad de la temporada actual (SE 27/2025 a SE 08/2026) es 4 veces mayor respecto a la temporada anterior (0,13) y la más alta de todo el periodo analizado (SE 27/2019 a SE 08/2026) con un total de 27 fallecidos. Para el mismo período, la región del NOA presenta la mayor 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 jurisdicciones (5,27). Sin embargo, la provincia que más fallecidos presenta es la provincia de Buenos Aires, con un total de 14, representando casi un 50% del total de fallecidos de la temporada en curso.

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 08/2026 presentó una proporción mayor de casos en la zona Centro (57%), seguida por la región NOA (33%) y la región Sur (9%). Asimismo, se observó un aumento en la letalidad global. En el grupo etario de menores de 20 años se identificaron 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

VII. Vigilancia de Influenza Aviar

VII.1. Introducción

La influenza aviar es una enfermedad viral de distribución mundial altamente contagiosa que afecta a aves de corral, traspatio y silvestres, causada por subtipos de Influenza A (como H5N1, H5N3, H5N8). Las aves acuáticas silvestres son reservorios importantes del virus, y las aves de corral pueden infectarse por contacto con aves silvestres.
En general, las múltiples cepas del virus de influenza aviar pueden clasificarse en dos categorías en función de la gravedad de la enfermedad en las aves de corral:

- **Influenza aviar de baja patogenicidad (IABP)** que, típicamente, causa pocos o ningún signo clínico;
- **Influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP)** que puede causar signos clínicos graves y, potencialmente, altos índices de mortalidad.

En los últimos años, se ha observado un aumento de detección del virus A(H5N1) en mamíferos terrestres y marinos en las Américas, tanto salvajes como domésticos, como ganado bovino en los Estados Unidos.
Aunque las infecciones humanas son poco frecuentes, ocurren principalmente tras contacto directo con animales infectados o sus entornos contaminados.
No se ha registrado transmisión sostenida entre personas, pero debido a la capacidad del virus para evolucionar, es fundamental el monitoreo de la infección en humanos expuestos. La enfermedad puede presentar síntomas leves o graves, como fiebre, tos, mialgias, y en casos más severos, neumonía y compromiso multiorgánico.

VII.2.Situación internacional[22]

En 2020, el virus de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) subtipo H5N1 del clado 2.3.4.4b ha ocasionado un número sin precedentes de muertes de aves silvestres y aves de corral en numerosos países de África, Asia y Europa. En 2021, este virus se extendió a través de las principales rutas migratorias de aves acuáticas a América del Norte y, en 2022 a Centroamérica y América del Sur. Para el 2023, se registraron brotes en animales, los cuales fueron notificados por 14 países y territorios, principalmente en las Américas. En los últimos años, se ha incrementado la detección de virus A(H5N1) en especies no aviares a nivel mundial, incluyendo mamíferos terrestres y marinos, tanto silvestres como domésticos (de compañía y de producción).

Desde 2022, 22 países de tres continentes, incluyendo las Américas, han notificado brotes en mamíferos a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA).

Desde la semana epidemiológica (SE) 16 del 2022 y hasta la SE 45 del 2025, un total de 19 países y territorios de la Región de las Américas reportaron a la OMSA 5.136 brotes animales de influenza aviar A(H5N1), lo que representa 73 brotes adicionales desde la última actualización epidemiológica sobre influenza aviar A(H5N1) publicada por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) el 15 de octubre del 2025.

Entre el 20 de abril del 2022 y el 18 de noviembre del 2025, un total de 75 infecciones humanas causadas por influenza aviar A(H5N1), incluyendo dos defunciones, han sido notificadas en cinco países de las Américas, sin casos adicionales con respecto a la última actualización epidemiológica sobre influenza aviar publicada por la OPS/OMS el 15 de octubre del 2025. Los

[22] https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-influenza-aviar-ah5n1-region-americas-24-noviembre-2025

casos humanos de influenza aviar A(H5N1) en las Américas se distribuyen de la siguiente manera: un caso en México notificado el 2 de abril del 2025, 71 casos en los Estados Unidos de América – uno en 2022 y 70 desde 2024, un caso en Canadá confirmado el 13 de noviembre del 2024, un caso en Chile notificado el 29 de marzo del 2023 (13) y un caso en Ecuador notificado el 9 de enero del 2023.

Adicionalmente a estos casos confirmados de H5N1, los casos de infección humana más recientes de influenza aviar A(H5) notificados en la Región de las Américas se registraron en: México el 2 de octubre del 2025, el cual correspondió a un caso de H5N2, siendo el segundo caso humano de H5N2 identificado en México y en los Estados Unidos el 14 de noviembre del 2025, pendiente de caracterización.

En Uruguay, el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, a través de la Dirección General de Servicios Ganaderos (DGSG), resolvió declarar la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional ante el hallazgo de Influenza Aviar de alta patogenicidad H5 en especies silvestres en los departamentos de Maldonado, Rocha y Canelones.[23]

VII.3.Situación de Influenza Aviar en Argentina

VII.3.A. ANTECEDENTES

En el Boletín Epidemiológico Nacional N°778, SE 41 DE 2025, se podrá observar la situación epidemiológica de influenza aviar al año 2025 BEN 778 SE 41 de 2025.

VII.3.B. SITUACIÓN ACTUAL DE BROTES DE IAAP EN ANIMALES (2026)[24]

Durante el año 2026, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) confirmó al momento en Argentina un total de ocho (8) brotes de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) en las jurisdicciones de Buenos Aires, CABA y Córdoba.

En la provincia de Buenos Aires, el 21 de febrero se ha confirmado la detección del virus de IAAP en aves silvestres del departamento de General Madariaga; las especies afectadas incluyen gaviota capucho café, cisne coscoroba y cisne de cuello negro de la Reserva Laguna La Salada Grande. El 23 de febrero se detectó en aves de corral (reproductores padres pesados) en la localidad de Ranchos de la provincia de Buenos Aires. El 25 de febrero se confirmó otro caso en reproductores padres pesados de la localidad de Lobos, también de la provincia de Buenos Aires. El 27 de febrero, en la localidad de Indacochea (Chivilcoy) se detectó IAAP en aves de traspatio. El 3 de marzo se reportó otro brote en cisnes cuello negro de la laguna local de la localidad de Navarro. El 4 de marzo se notificaron dos focos en aves de traspatio en Chascomús y otro en Ranchos. El 5 de marzo, en la localidad de Mar del Plata se registró un foco en aves de traspatio. En días posteriores se reportaron dos brotes en las localidades de Las Flores (aves de traspatio) y en Bolívar (aves de corral).

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 26 de febrero SENASA confirmó IAAP en la Reserva Ecológica Costanera Sur, tras analizar muestras en cisnes coscoroba Sur.

En la provincia de Córdoba se registraron dos brotes notificados el 1 de marzo en aves de traspatio en la localidad de Ordóñez y el 2 de marzo, en aves de un establecimiento de producción de huevos para consumo en la ciudad de Alejo Ledesma.

[23] https://www.gub.uy/ministerio-ganaderia-agricultura-pesca/comunicacion/noticias/mgap-declara-emergencia-sanitaria-nacional-influenza-aviar-h5
[24] https://www.argentina.gob.ar/senasa/situacion-epidemiologica

Todas las muestras fueron analizadas por el Laboratorio Oficial de la Dirección General de Laboratorios y Control Técnico, de SENASA resultando positivas para IAAP H5 clado 2.3.4.4.4.

VII.3.C. SITUACIÓN ACTUAL NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA INTERFASE HUMANO-ANIMAL (2026)

Las personas en riesgo de contraer infecciones son aquellas expuestas, directa o indirectamente, a animales infectados (domésticos, silvestres o en cautiverio), por ejemplo, tenedores de aves que mantienen contacto estrecho y regular con aves infectadas o durante el sacrificio o la limpieza desinfección de las granjas afectadas.

En Argentina, de acuerdo con las recomendaciones regionales, se realiza la identificación temprana de las personas expuestas (en contacto con aves enfermas o muertas en contextos de brotes de Influenza Aviar) y su seguimiento durante 10 días para identificar posibles casos sospechosos (aquellos que presenten síntomas dentro del período de seguimiento).

A continuación, se presenta la información notificada sobre personas expuestas y casos sospechosos identificados y estudiados hasta la fecha, registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia. A la fecha se registraron un total de 56 personas expuestas durante 2026 (41 continúan en seguimiento).

El 27 de febrero el Laboratorio Nacional de Referencia descartó la infección por virus Influenza en el único caso sospechoso que se registró hasta la fecha. Se trató de un trabajador sintomático que había tenido contacto con huevos provenientes de una de las granjas afectadas, residente de la provincia de Buenos Aires en el que el LNR pudo identificar HCoV-NL63.

Tabla 1. Resultados de seguimiento de personas expuestas a IAAP según jurisdicción. Año 2026. Argentina. Actualizado al 9/03/2026

Jurisdicción de Carga	Personas Expuestas		Casos Sospechosos	
	En Seguimiento	Finalizó Seguimiento	Continúan como sospechosos	Descartados
Buenos Aires	34	0	1	1
CABA	0	12	0	0
Córdoba	7	1	0	0
TOTAL	41	13	1	1

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

VII.4. Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación

En Argentina, el manejo de un foco de influenza aviar sigue un protocolo interinstitucional liderado principalmente por el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA), con participación del Ministerio de Salud de la Nación y autoridades provinciales

Desde su rol de rectoría, la cartera sanitaria nacional acompaña a las jurisdicciones para fortalecer la vigilancia epidemiológica y la obtención de información oportuna sobre las personas expuestas y en contacto con los animales enfermos. En este sentido, hay una comunicación sistemática con el SENASA, dicha Institución informa sobre los focos animales y se apoya a las jurisdicciones en la realización de la búsqueda activa de casos humanos en las personas expuestas, realizando un monitoreo de síntomas respiratorios durante 10 días.

El servicio de Virosis Respiratorias del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas INEI-ANLIS "Carlos G. Malbrán", como Laboratorio Nacional de Referencia, es el responsable del diagnóstico virológico de los casos humanos sospechosos, adonde llegan las muestras a través de un sistema de transporte garantizado por ANLIS Malbrán mediante el Centro Nacional de Redes de Laboratorios. En este marco, y para el procesamiento seguro de muestras con potencial riesgo biológico elevado, puede requerirse la utilización de instalaciones de bioseguridad de alto nivel, como el laboratorio de bioseguridad nivel 4 (BSL-4) de la UOCCB. Estas instalaciones permiten realizar procedimientos de manipulación, análisis y caracterización de agentes virales emergentes o altamente patógenos bajo estrictas condiciones de contención, protegiendo tanto al personal de laboratorio como al ambiente. Su disponibilidad fortalece la capacidad del sistema nacional de vigilancia y diagnóstico para la detección oportuna de virus de influenza aviar y otros patógenos emergentes, asegurando el cumplimiento de las normas de bioseguridad durante el procesamiento de muestras provenientes de casos sospechosos o investigaciones epidemiológicas.

El trabajo interinstitucional entre los equipos de salud animal y humana es fundamental para la realización de la investigación epidemiológica y la implementación de medidas de control.

VII.5.Medidas de Vigilancia, prevención y control ante un brote de influenza aviar

- Todas las personas expuestas estarán bajo vigilancia para detectar de manera temprana los casos sospechosos de infección.
- Realizar monitoreo diario de síntomas de personas expuestas hasta el décimo día inclusive luego del último contacto con animales infectados o entornos posiblemente contaminados. Las personas expuestas deben ser instruidas para detectar tempranamente los síntomas.
- No se requiere el aislamiento de personas expuestas mientras permanecen asintomáticas.
- Los casos expuestos a influenza aviar deberán notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud dentro de las 24 hs. al evento correspondiente.
- Las personas involucradas en las tareas de control de foco en los establecimientos deben utilizar un equipo de protección personal adecuado y evitar el contacto directo sin protección con animales enfermos o muertos, cadáveres, heces y ambientes potencialmente contaminados. El EPP recomendado incluye mameluco descartable, gafas o antiparras, barbijo N95, botas o cubre calzados y guantes de látex, nitrilo o vinilo.
- La indicación de quimioprofilaxis post-exposición se fundamenta en una evaluación integral del riesgo: El uso de oseltamivir puede considerarse en personas asintomáticas con alto riesgo de exposición (contacto directo con aves o animales confirmados con influenza aviar, así como quienes participan en actividades de muestreo, captura, eliminación de animales infectados o desinfección de ambientes contaminados con hallazgos positivos de influenza aviar), sin utilizar equipo de protección personal (EPP) o con uso inadecuado del mismo.
- En caso de indicarse profilaxis, se recomienda iniciarla lo antes posible, preferentemente dentro de las primeras 48 horas posteriores a la exposición.
- Para mayor información sobre las recomendaciones, esquemas de dosificación y consideraciones de oseltamivir, se sugiere consultar: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/250717_comunicacion_epidemiologica-17-julio-influenza-aviar.pdf

VII.6. Recomendaciones para la población

- Evitar el contacto con aves y/o mamíferos sospechosos o muertos.
- No tocar superficies que podrían estar contaminadas con saliva, mucosa o heces de aves silvestres o de corral.
- Cualquier persona que encuentre aves silvestres o domésticas con sintomatología nerviosa, respiratoria o digestiva, o muertas, deberá ponerse en contacto con las autoridades del SENASA inmediatamente.
- Ante sospechas, se debe contactar a la 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 (Link: Avisá al Senasa Sanidad Animal | Argentina.gob.ar). Para más información, ingresar en el Micrositio del Senasa. https://www.argentina.gob.ar/senasa
- Seguir las recomendaciones generales para la prevención y control de la transmisión de las infecciones respiratorias agudas: lavado de manos frecuente con agua y jabón, cubrir la boca y la nariz al toser y estornudar; lavarse las manos frecuentemente, no compartir cubiertos ni vasos, ventilar los ambientes, no acudir a actividades laborales o educativas mientras está enfermo.
- Si bien no hay una vacuna específica para la influenza aviar se recomienda que las personas con indicación de vacuna antigripal según los lineamientos nacionales se vacunen oportunamente.
- Es importante destacar que la enfermedad no se transmite a las personas por el consumo de huevos, carne aviar y subproductos aviares.

VII.7. Vigilancia epidemiológica

VII.7.A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN HUMANOS

En el marco de la Estrategia de Vigilancia y Control Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas, dada la actual situación epidemiológica regional y nacional en la que se destaca la evidencia de la circulación de virus de la Influenza A(H5), 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.

Este documento presenta las recomendaciones vigentes al momento de su publicación. Los lineamientos de vigilancia, prevención y control están sujetos a un proceso de revisión continua.

Definiciones de caso:

Persona expuesta a Influenza Aviar: Toda persona que haya tenido exposición[25] a animales enfermos o muertos, o sus entornos contaminados con excreciones (heces, sangre, secreciones

[25] Las exposiciones pueden incluir: permanecer en el mismo espacio cerrado (< 2 metros), tocar o manipular aves infectadas o haber tenido contacto directo con superficies contaminadas.

respiratorias, etc.), en una zona[26] donde hubo un brote de Influenza AH5 en aves u otros animales en los últimos 10 días y sin uso adecuado de equipo de protección personal.[27]

Caso sospechoso de Influenza Aviar: Toda persona expuesta a influenza a aviar que presenta -dentro de los 10 días de la última exposición- inicio agudo de al menos uno de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta, coriza, dificultad para respirar, conjuntivitis; con o sin fiebre.[28]

Notificación

Todo caso Expuesto a Influenza Aviar deberá notificarse al SNVS2.0 desde su detección hasta el fin de seguimiento al evento Influenza Aviar: expuestos a animales sospechosos o confirmados de gripe aviar.

Grupo de eventos: Infecciones respiratorias agudas

-Modalidad: Nominal

-Periodicidad: Inmediata

-Estrategia: universal.

-Componentes que participan en la vigilancia: Epidemiológico, clínico y laboratorio.

-Evento: Influenza Aviar: expuestos a animales sospechosos o confirmados de gripe aviar.

Identificación del Operativo

Para lograr asociar la notificación con el foco de Influenza Aviar del cual resulta Expuesto se dispone usar el ítem Vigilancia Activa de la ficha del SNVS y el listado de focos identificados, de manera tal que el operador seleccione a cuál de los focos activos corresponde el expuesto que se está notificando. Para ello deberá tildarse en “Vigilancia Activa” y luego seleccionar el foco de Influenza Aviar de Alta Patogenicidad (IAAP) que corresponda.

Todas las personas que cumplan con la definición de caso sospechoso deberán estudiarse por laboratorio en el Laboratorio Nacional de Referencia para reconocer el agente etiológico y notificarse de forma nominal e inmediata al SNVS.2.0 al evento “Sospecha de virus emergente”. Se deberán completar los datos correspondientes a los componentes de vigilancia clínica, de laboratorio y epidemiológicos consignando la condición de fallecido si corresponde y el antecedente de vacunación antigripal según corresponda

Toma de muestra en humanos

Ante la identificación de casos sospechosos de infección humana por virus de influenza aviar, se debe tomar una muestra respiratoria (hisopado nasofaríngeo, hisopado nasal y faríngeo combinados, aspirado nasofaríngeo, hisopado conjuntival), en lo posible, dentro de los 4 días del momento de aparición de los síntomas.

Deben ser recolectadas por personal capacitado en cumplimiento de todas las normas de bioseguridad, incluido el uso de equipo de protección personal (EPP) adecuado para los virus respiratorios.

[26] Se tomará como “zona donde hubo un brote” a lo comprendida por foco, perifoco y vigilancia definida por el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA).
[27] Las personas intervinientes en las tareas de control de foco que hayan utilizado EPP en forma adecuada deberán realizar auto monitoreo de síntomas e informar a la autoridad sanitaria en caso de presentar síntomas dentro de los 10 días de la última exposición de riesgo.
[28] Se incorpora a la definición de caso sospechoso la presencia de conjuntivitis (irritación en los ojos)

Las muestras recomendadas son del mismo tipo de muestras que se utilizan para la vigilancia de rutina de influenza. El hisopo nasofaríngeo es el método óptimo de recolección de muestras para las pruebas de diagnóstico de influenza. Sin embargo, se puede recolectar una muestra combinada de hisopado nasal y faríngeo o muestras de aspirado. En casos sospechosos de influenza A(H5) con síntomas de conjuntivitis se sugiere, adicional al hisopado nasofaríngeo, considerar la toma de hisopado conjuntival. Se debe usar un hisopo estéril de dacrón/nylon para la recolección de muestras. No se recomiendan los hisopos con punta de algodón y con madera, ya que interfieren en el procesamiento de la muestra e inhiben las reacciones de diagnóstico molecular. Los hisopos deben colocarse en un tubo de transporte viral que contenga 2 ml de medio de transporte viral estéril y transportarse en el mismo tubo con medio de transporte viral (MTV), o en su defecto, solución fisiológica estéril de uso parenteral. Se recomienda la recolección de muestras dentro de los cuatro días posteriores a la aparición de los síntomas para obtener el mayor rendimiento del virus de la influenza y una mejor detección. Las muestras deben mantenerse refrigeradas (4-8°C) y enviarse en triple envase de seguridad al laboratorio, junto con una copia de la ficha epidemiológica correspondiente.

Las muestras se deben remitir al Laboratorio Nacional de Referencia, Servicio Virosis Respiratorias, Dpto. Virología, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”, en triple envase de seguridad biológica, con refrigerante, junto con la constancia de la carga al SNVS 2.0.

SITUACIONES **EMERGENTES**

VIII. Coqueluche

VIII.1. Introducción

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

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

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

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

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

VIII.2. Situación internacional[29]

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.

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

[29] 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

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.

VIII.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina

VIII.3.A. INTRODUCCIÓN

Durante el año 2025 se notificaron 6.830 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 1.206 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 las 8 primeras SE de 2026 se notificaron un total de 614 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 203 fueron confirmados. En 191 de éstos se contó con confirmación de laboratorio[30], identificándose *B. pertussis* en el 65,4% (n=125). 1 caso correspondió a *B. parapertussis* y 65 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.).

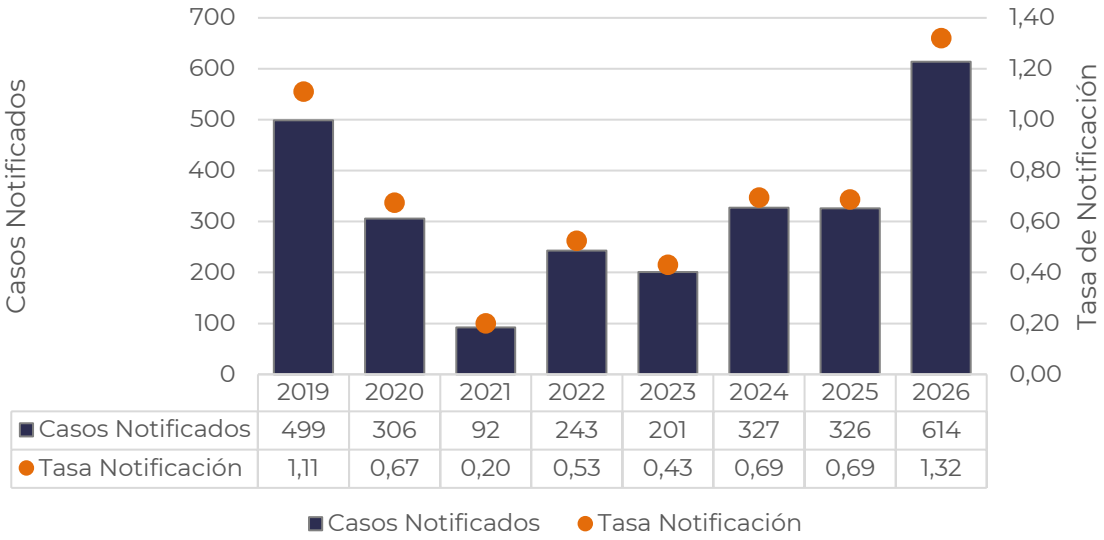
[30] Los restantes casos confirmados no cuentan con información de estudios de laboratorio en SNVS 2.0. Estos casos, se contabilizan como confirmados de acuerdo a la clasificación manual del caso, y no es posible definir si se trata de casos confirmados por laboratorio o bien de acuerdo a criterio clínico-epidemiológico

Los 203 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 1-8 es de 0,44 casos por cada 100.000 habitantes, siendo también la más alta para la SE8 desde 2019. No se registraron fallecimientos en estas primeras semanas.

VIII.3.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 1,32 casos cada 100.000 habitantes, seguido por 2019, con 1,11 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 8. Años 2019-2026.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos Notificados	499	306	92	243	201	327	326	614
Tasa Notificación	1,11	0,67	0,20	0,53	0,43	0,69	0,69	1,32

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

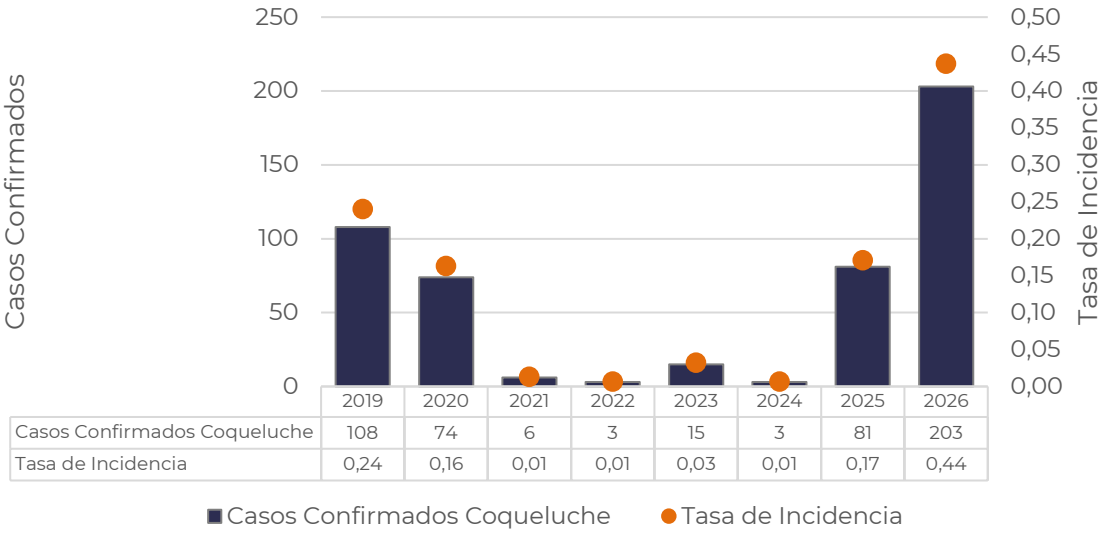
En las SE 1-8 de 2026, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de CABA (n=219) provincia de Buenos Aires (n= 142), Córdoba (n= 88), Santa Fe (n=39), Mendoza (n=32), Salta (n=31) y Chaco (n=11). En las 13 provincias restantes que notificaron casos sospechosos, se notificaron menos de 10 casos.[31]

Del total de notificados, se confirmaron 203 casos, lo que representa una tasa de incidencia de 0,44 casos por cada 100.000 habitantes. Si se analiza el período 2019-2026 hasta la SE8, se observa una tendencia descendente de la incidencia entre 2019 y 2022. En 2023 se observó un aumento, para luego volver a descender en 2024. Posteriormente, la incidencia aumentó de manera progresiva hasta el año en curso, en el cual se verigica la tasa más elevada del período[32].

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

[32] 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.

Gráfico 2. Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. Argentina. SE 1-8. Años 2019-2026.

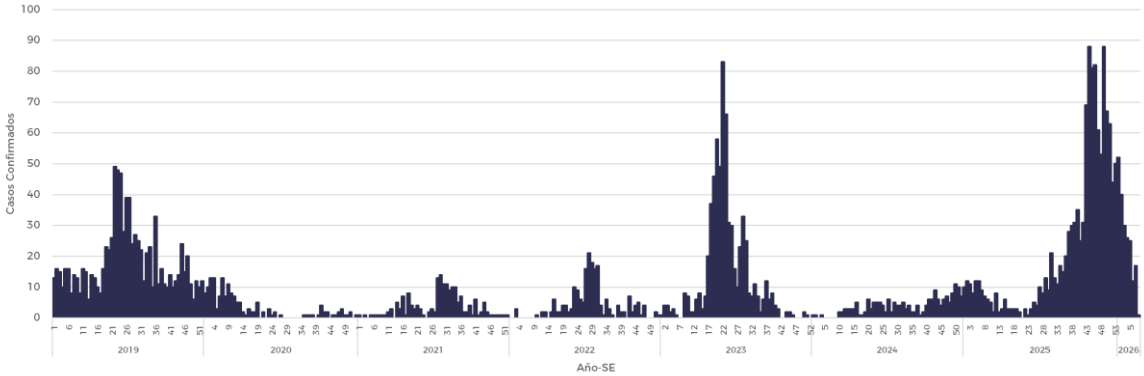


	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos Confirmados Coqueluche	108	74	6	3	15	3	81	203
Tasa de Incidencia	0,24	0,16	0,01	0,01	0,03	0,01	0,17	0,44

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 SE08/2026.



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

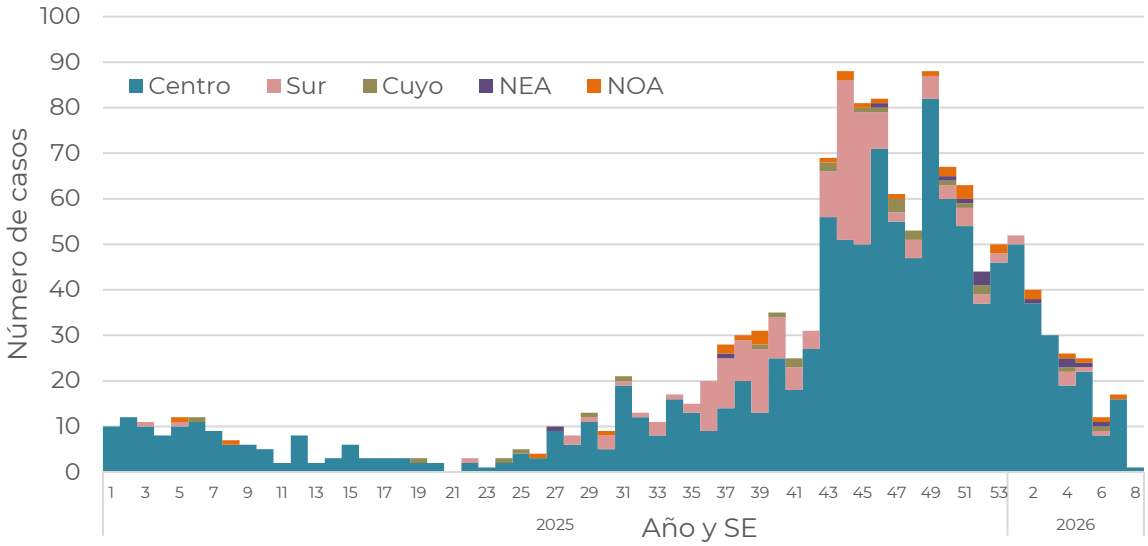
A partir de la SE 10/2024 se observan casos de coqueluche de manera sostenida, principalmente a expensas de la Región Centro. Desde la SE 43/2024 se identifica un leve incremento que alcanza un máximo en las SE 5 y 6/2025, seguido de un descenso hasta mitad del año.

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. 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 semanas los casos presentan una tendencia a la disminución[33].

[33] 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 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2025-SE8/2026.

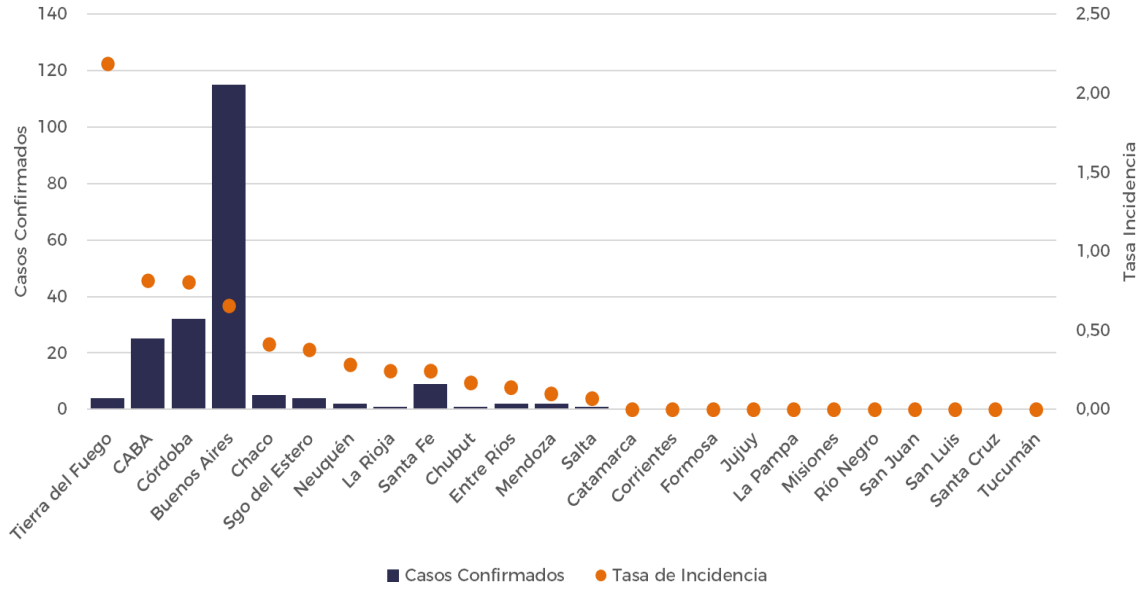


Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyeron en 22 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observó en la Región Centro (n=967), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n=663) 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 13 jurisdicciones: Buenos Aires (n=115), Córdoba (n=32), CABA (n=25), Santa Fe (n=9), Chaco (n=5) , Tierra del Fuego (n=4), Santiago del Estero (n=4), Entre Ríos (n=2), Mendoza (n=2), Neuquén (n=2) La Rioja (n=1), Salta (n=1) y Chubut (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.

Gráfico 5. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. Argentina. SE 1-8 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 2,7 veces superior al de CABA, que ocupa el segundo lugar con una IA de 0,82 casos por 100.000 habitantes. En tercer lugar, se ubica la provincia de Córdoba (0,81 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 0,66 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)[34].

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

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

Jurisdicciones	Casos Confirmados						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	216	49	45	58	47	73	663
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**	**1206**

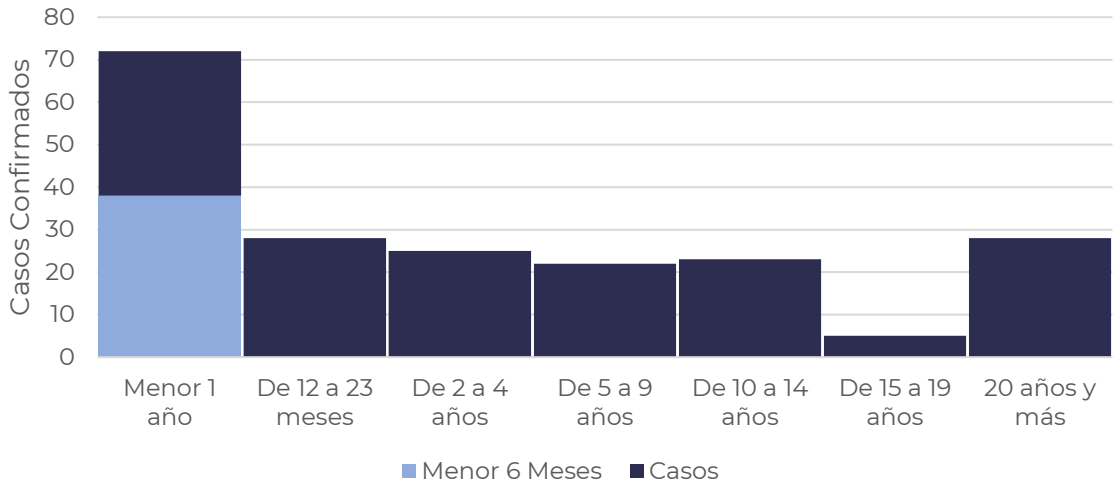
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

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*).*

VIII.3.C.ANÁLISIS SEGÚN EDAD Y GRAVEDAD

En el siguiente gráfico se presentan los casos confirmados en las 8 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. SE1-8/2026.



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 35,5% de los casos confirmados en el período analizado (n=72), especialmente en el subgrupo de menores de 6 meses (n=38).

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 7 SE de 2026 no se registraron fallecidos.

VIII.4. Coberturas de Vacunación

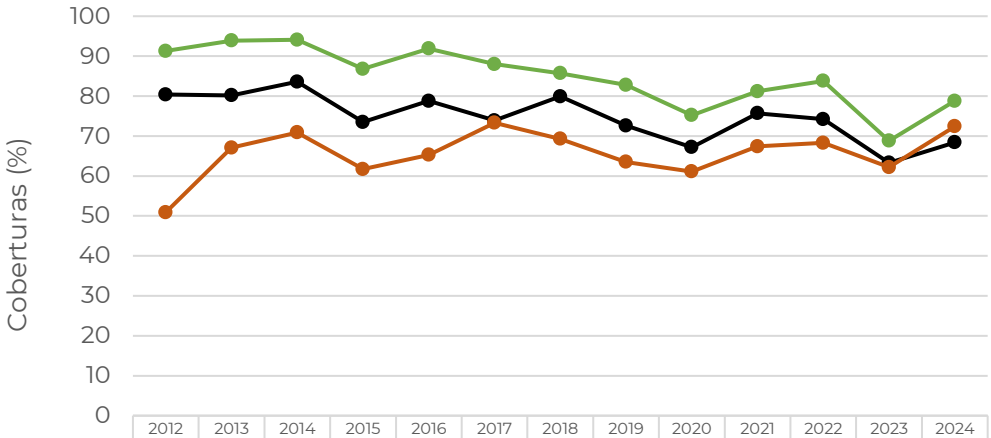
VIII.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

Existen vacunas seguras y efectivas para prevenir la infección por *Bordetella pertussis*. Sin embargo, se registra a nivel mundial, regional y nacional un descenso progresivo de las coberturas que redunda en una acumulación de personas susceptibles a contraer la enfermedad. Por este motivo, es necesario realizar un análisis sobre las características que asumen actualmente las coberturas de vacunación para definir las mejores acciones específicas de recupero de esquemas.

El gráfico 6 analiza las coberturas de vacunación para tres grupos objetivo en el período 2012 - 2024:

I. Lactantes de 6 meses (vacunados con tercera dosis de quíntuple o pentavalente)
II. Niños de 15-18 meses (vacunados con primer refuerzo de quíntuple o pentavalente)
III. Embarazadas (vacunadas con dTpa — triple bacteriana acelular para embarazadas)

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



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

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

Entre 2012 y 2016, las coberturas de vacunación en lactantes de 6 meses y en niños de 15-18 meses se mantuvieron en niveles cercanos al 90% y el 80% respectivamente, mientras que las embarazadas mostraban coberturas más bajas, pero en ascenso, acercándose al 70%. Sin embargo, a partir de 2017 comenzó a observarse una tendencia de descenso progresivo en todos los grupos, con un quiebre más abrupto en 2020, coincidiendo con el inicio de la pandemia de COVID-19 y, probablemente asociado con las medidas de aislamiento social.

En el caso de los lactantes de 6 meses, luego de 2020 se observó un aumento de 6,2 puntos porcentuales en 2021 y de 2,6 puntos porcentuales en 2022 para la tercera dosis de vacuna quíntuple/séxtuple. Sin embargo, en 2023 se registró una fuerte caída, alcanzando el valor más bajo de toda la serie (68,8%), lo que implicó un descenso de más de 20 puntos porcentuales respecto de los valores de 2012. En 2024 se evidenció una recuperación de 10 puntos porcentuales, con una cobertura nacional de 78,8%.

Para el caso del primer refuerzo de quíntuple/séxtuple, se observó una caída de 5,4 puntos porcentuales en el primer año de la pandemia (2020), pero en 2021 se registró una franca recuperación que permitió alcanzar una cobertura de 75,7%, es decir, 3,1 puntos por encima de los valores de 2019. Sin embargo, esta tendencia ascendente se detuvo y en 2023 la cobertura nacional mostró una caída de 12,4 puntos porcentuales respecto de 2021, alcanzando valores mínimos en los últimos 12 años (63,3%). En 2024, las coberturas volvieron a incrementarse, alcanzando 68,4%, lo que representa una recuperación de 5,1 puntos porcentuales respecto del año anterior, aunque aún por debajo de los niveles previos a la pandemia.

Por su parte, las embarazadas, que nunca alcanzaron coberturas óptimas de vacunación, muestran fluctuaciones marcadas a lo largo del período. En 2023 la cobertura fue de 62,2%, mientras que en 2024 fue de 72,4%, lo que representó un incremento de más de 10 puntos porcentuales respecto del año anterior.

Las coberturas parciales de 2026 al 04/03/2026, son:

1° dosis de Quíntuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 84,6%
2° dosis de Quíntuple (4 meses): 83,3%
3° dosis Quíntuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 78,3%

Ref Quíntuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 67,8%
Ref DTP (5 años): 58,1% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 13/11/25: 76,8%)
Ref dTpa (11 años): 57,8% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 13/11/25: 77,6%)
Embarazadas dTpa: 77%

Junto al 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.

VIII.4.B. COBERTURAS SEGÚN JURISDICCIÓN

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

Tabla 2. Coberturas de vacunación con componente *pertussis según jurisdicción*. Argentina. 2026.

Jurisdicción	Quíntuple /Séxtuple (dos meses)	Quíntuple /Séxtuple (cuatro meses)	Quintuple /sextuple (seis meses)	Refuerzo (15-18 meses)	Refuerzo (5 años)	Refuerzo (11 años)	Embarazada
Buenos Aires	72,40	71	67,5	60,1	45,2	45,9	65,6
CABA	84,7	85,9	74,9	39,9	44,7	35,6	52,8
Catamarca	90,8	91,5	86,6	69,1	65,9	71,3	85,5
Chaco	93,6	92,1	86,8	75,5	63,8	64,5	90,5
Chubut	93,3	93,2	88	78,5	60	62,5	86,8
Coba	89,50	88,6	82,8	76,8	60,2	61,5	82,9
Corrientes	92,8	88,8	80,2	62,3	51	49,9	90,4
Entre Ríos	92,3	90,8	85,5	79	51,9	62,1	90,6
Formosa	80	78,3	74,5	54,2	56	55,8	81,3
Jujuy	109,2	110,8	106,4	101,3	82,3	80,2	104
La Pampa	98,9	99	96,9	90,2	68	78,8	93,4
La Rioja	95,5	92,8	86,2	74	71,4	67,9	89,3
Mendoza	92,7	91,6	88,4	83,5	91,8	86,1	81,1
Misiones	97,50	92,4	80,8	61	65,7	65,1	90,6
Neuquén	96,6	94,4	91	88,2	85	84,7	92,6
Río Negro	102,3	101,6	96,6	80,2	66,2	57	95,5
Salta	94,9	92,6	88,7	84,3	91,6	95,2	89,6
San Juan	98,9	98,1	90	76,6	75,1	73	90,6
San Luis	95,6	93,9	91,2	93,4	82,9	80,6	91,7
Santa Cruz	96,5	94,1	91,2	78,9	77,7	72,8	96,2
Santa Fe	88	87,8	83,8	68,7	58,5	59,3	81
S. del Estero	93,4	91	82,8	68,4	54,7	62,5	87,8
T. del Fuego	101,9	105,4	98,2	103,5	73,2	74,5	99
Tucumán	89,4	88,6	85,5	81,4	71,7	72,6	81,4

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

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

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

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

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

IX.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.

IX.2. Situación epidemiológica mundial y regional

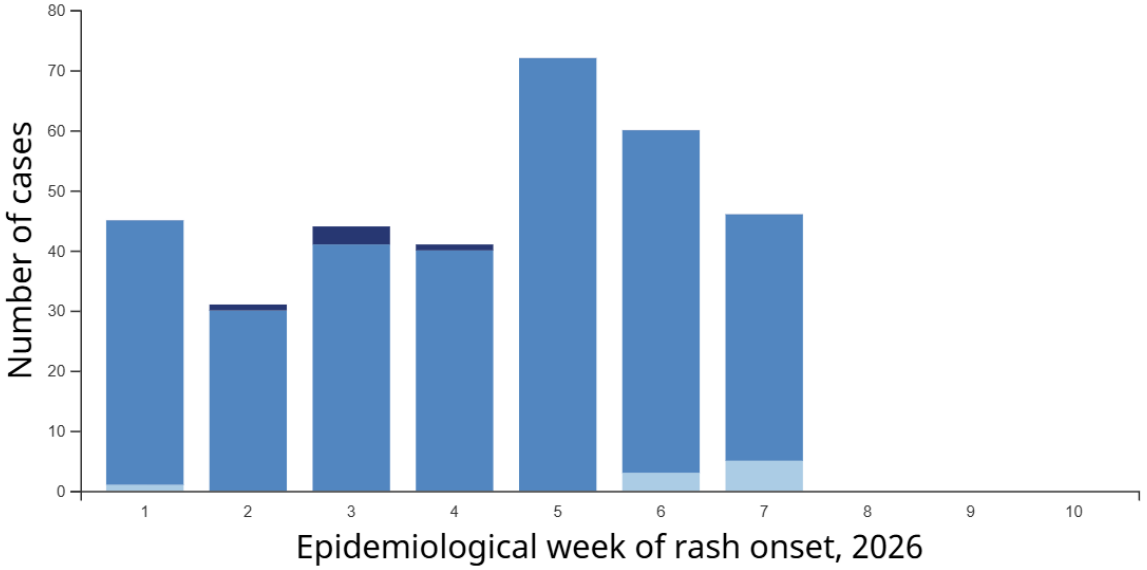
IX.2.A. CANADÁ[35]

En 2026, se han notificado un total de 339 casos de sarampión (314 confirmados, 25 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 21 de febrero del 2026.

En la semana 7 (del 15 al 21 de febrero del 2026), se notificaron 0 nuevos casos de sarampión (0 confirmados y 0 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan).

[35] 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=339)



IX.2.B. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[36]

Al 5 de marzo de 2026, se notificaron 1.281 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 1.277 casos fueron reportados por 31 jurisdicciones: Alaska, Arizona, California, Colorado, Florida, Georgia, Idaho, Illinois, Kentucky, Maine, Massachusetts, Minnesota, Missouri, Nebraska, Nuevo México, Ciudad de Nueva York, Estado 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 4 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

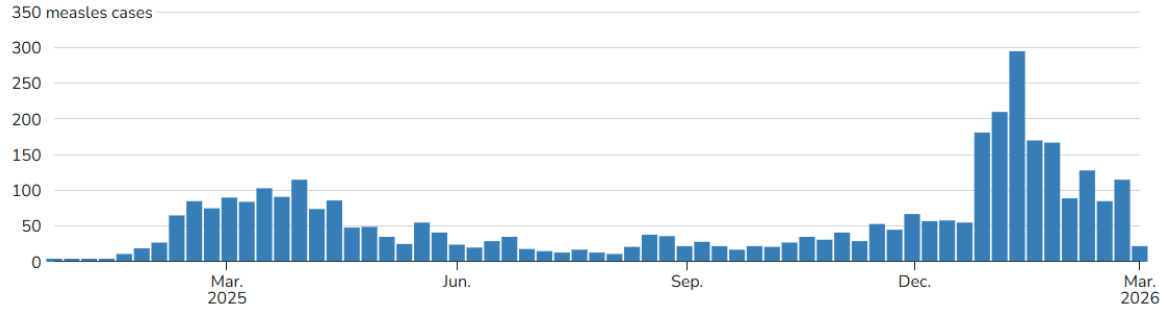
Se han notificado 12 nuevos brotes en 2026, y el 89% de los casos confirmados (1.137 de 1.281) están asociados a brotes (237 correspondientes a brotes en 2026 y 900 a brotes que comenzaron en 2025).

En el año 2025, se notificaron un total de 2.283 casos confirmados de sarampión. Un total de 25 casos confirmados de sarampión fueron de visitantes internacionales a los Estados Unidos.

En 2026 no ha habido muertes confirmadas, mientras que en el 2025 se registraron 3.

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

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 05/03/26).

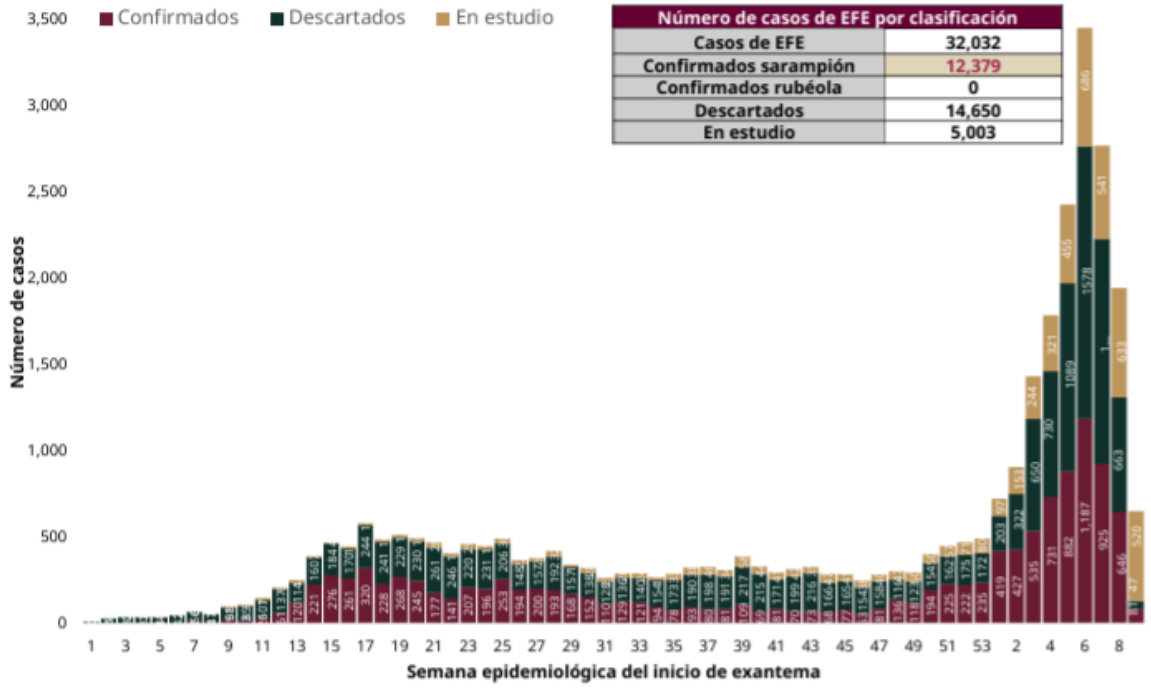


IX.2.A. MÉXICO[37]

Al 5 de marzo, se han reportado 12.379 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (1.676 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años (1.458 casos) y el de 25 a 29 años (1.426 casos).

Se han reportado 33 fallecimientos a la fecha.

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



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

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

IX.3. Situación actual en la Argentina

A partir del último caso detectado, contacto de un caso confirmado mientras se encontraba en el exterior, se emitió el Alerta Epidemiológica[38] con fecha del 12 de febrero.

IX.3.A. NOTA METODOLÓGICA

En Argentina, Sarampión 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 se encuentra 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".

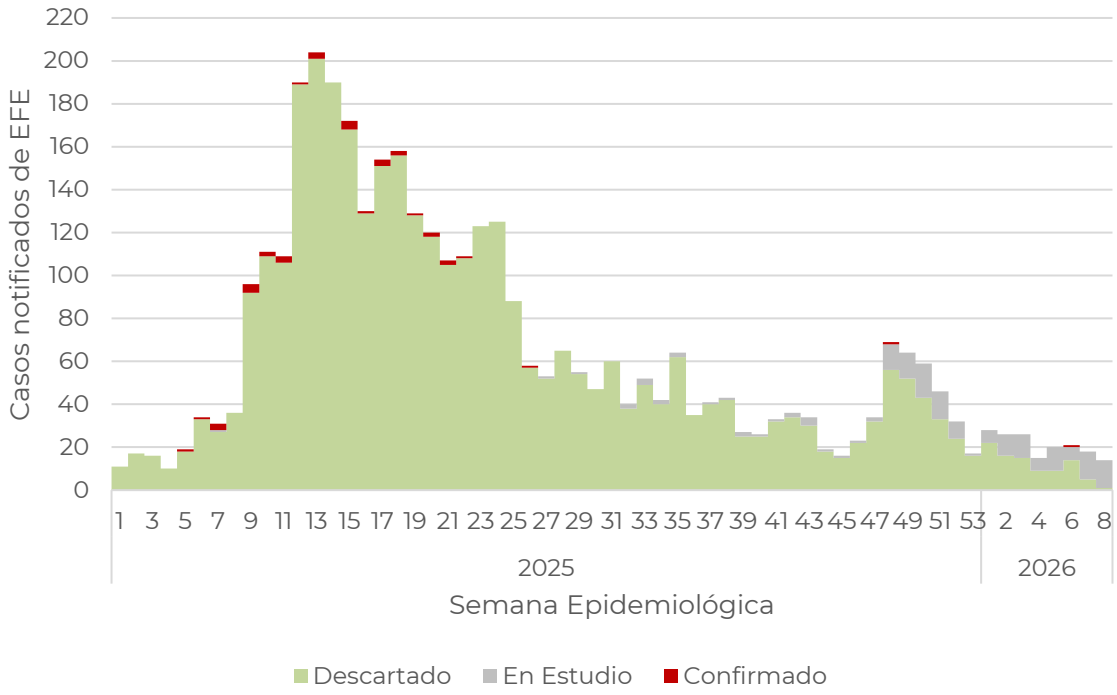
El análisis incluyó las notificaciones correspondientes a los datos reportados hasta la SE 8 (28 de febrero inclusive) del año 2026 y para los casos confirmados la última información disponible previa al cierre de este boletín (6 de Marzo).

IX.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 8 del año 2026.

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

Gráfico 2. Número de notificaciones de Enfermedad Febril Exantemática según semana epidemiológica. Argentina. SE1/53 de 2025 (n=3679) y SE1 a SE8 de 2026. (n= 168).



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

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

IX.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 8 2026.

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires		70	0,4	62	367
CABA	1	38	1,2	10	62
Catamarca		2	0,5	1	9
Chaco		2	0,2	4	25
Chubut		1	0,1	2	13
Córdoba		4	0,1	13	79
Corrientes			0,0	4	23
Entre Ríos		7	0,5	5	29
Formosa		2	0,3	2	13
Jujuy		3	0,4	3	16
La Pampa		1	0,3	1	7
La Rioja			0,0	1	8
Mendoza		10	0,5	7	42
Misiones			0,0	5	27
Neuquén			0,0	2	14
Río Negro		1	0,1	3	16
Salta		12	0,8	5	30
San Juan			0,0	3	16
San Luis		2	0,4	2	11
Santa Cruz			0,0	1	8
Santa Fe		3	0,1	12	73
Santiago del Estero		2	0,2	3	21
Tierra del Fuego		1	0,5	1	4
Tucumán		7	0,4	6	36
Total	**1**	**168**	**0,4**	**161**	**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 rosa): Tal es el caso de Chaco, Chubut, Córdoba, Corrientes, 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 Formosa, Jujuy, La Pampa, San Luis y Tierra del Fuego 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, Catamarca, Entre Rios, Mendoza, Salta, 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.

IX.4. Sobre el último caso confirmado

IX.4.A. DESCRIPCIÓN DEL ULTIMO CASO DETECTADO

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. Los estudios de genotipificación viral realizados por el LNR refieren D8 dsid 9267. Named strain Mvd/Catmon.PHL/22.24.

El paciente presenta antecedente de vacunación con triple viral en la infancia, cursó un cuadro clínicamente estable.

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.

IX.4.B. 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).

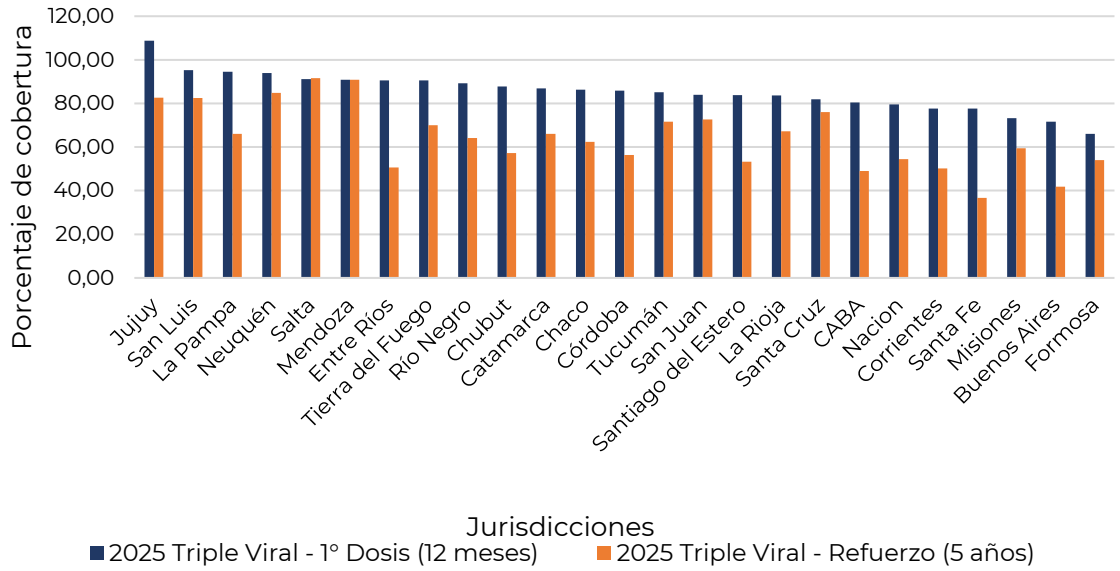
A partir de la investigación epidemiológica, se identificaron 129 contactos, con domicilio en las localidades de Azul, Olavarría, General Pacheco y CABA.

A la fecha un solo contacto presentó síntomas, se procedió a tomar muestras y resultó descartado. Todos los contactos continúan en seguimiento por el plazo de 30 días desde la fecha del último contacto con el caso. A su vez se sostiene la comunicación interjurisdiccional y el monitoreo activo ante la posible aparición de nuevos casos.

IX.5. Coberturas

El Gráfico 3 presenta las coberturas de vacunación con triple viral correspondientes a la primera dosis (12 meses) y al refuerzo (5 años) por jurisdicción, ordenadas de mayor a menor según la cobertura de la primera dosis. Se observa que, si bien la mayoría de las jurisdicciones alcanzan coberturas relativamente más elevadas para la primera dosis, la cobertura del refuerzo resulta sistemáticamente menor y presenta una mayor heterogeneidad interjurisdiccional. Esta brecha entre dosis evidencia desafíos en la oportunidad y continuidad de la vacunación, particularmente en la captación para la segunda dosis, lo que podría comprometer la consolidación de niveles homogéneos de inmunidad poblacional. Los datos presentados son parciales, con fecha de actualización al 25 de febrero de 2026. Los mismos pueden sufrir modificaciones en las sucesivas publicaciones.

Gráfico 3. Porcentaje de cobertura de vacuna triple viral SRP por jurisdicción. Argentina. Año 2025



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Registro Nominalizado de Vacunación (NOMIVAC).

IX.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.

IX.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.

IX.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.

IX.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

IX.9. Medidas de prevención

IX.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

IX.10. Medidas ante casos y contactos

IX.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

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. Alerta Epidemiológica: Uso indebido de medicamentos agonistas del receptor GLP-1 y sus consideraciones para la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 27/02/2026

La obesidad es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una enfermedad crónica, que requiere un abordaje integral y sostenido. En ese marco, el uso de intervenciones farmacológicas debe evaluarse cuidadosamente dentro de modelos de atención centrados en la persona, considerando el perfil clínico individual, las comorbilidades y la relación beneficio-riesgo de cada opción terapéutica. Los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1), incluidos entre otros a la semaglutida, dulaglutida, liraglutida, tirzepatida, beinaglutida y exenatida, constituyen una clase de medicamentos autorizados en varios países para indicaciones específicas. Estos medicamentos actúan sobre mecanismos de regulación del apetito y del metabolismo energético, sin embargo, su prescripción y uso deben realizarse estrictamente conforme a las indicaciones aprobadas por las autoridades regulatorias nacionales, dentro de un plan de manejo clínico estructurado y con un seguimiento clínico periódico. La OMS ha publicado orientaciones globales que detallan las consideraciones para el uso adecuado, seguro y supervisado de los medicamentos GLP-1.

El comité de expertos para la Selección y Uso de Medicamentos Esenciales recientemente asistió a la OMS en la publicación (febrero del 2026) de la 24° Edición de la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS. En la misma, se recomendó la inclusión de semaglutida, dulaglutida, liraglutida y tirzepatida como terapias adicionales hipoglicemiantes en adultos con diabetes tipo 2 y con i) enfermedad cardiovascular o enfermedad renal crónica establecida; y ii) obesidad (IMC1≥ 30 kg/m2) que tenga un impacto significativo en su salud o calidad de vida. El comité claramente no recomendó el uso de estos productos en pacientes con obesidad y sin diabetes tipo 2 y comorbilidades. En relación con la seguridad de los medicamentos agonistas del receptor GLP-1, los efectos adversos más frecuentemente reportados son de tipo gastrointestinal y, por lo general, son transitorios. No obstante, se han descrito eventos menos frecuentes, pero potencialmente graves como pancreatitis, enfermedad biliar y obstrucción intestinal (Tabla 1), así como otros riesgos poco comunes aún en evaluación. Estos antecedentes subrayan que su uso debe realizarse exclusivamente bajo prescripción médica y con seguimiento clínico adecuado. En este sentido, se destaca la necesidad de fortalecer los sistemas de farmacovigilancia, promover la notificación oportuna de eventos adversos y generar evidencia adicional sobre la seguridad y efectividad a largo plazo en condiciones de uso real.

Tabla 1: Eventos adversos graves asociados a agonistas GLP-1 y fuentes regulatorias oficiales

Evento adverso grave	Descripción clínica resumida	Nivel de reconocimiento regulatorio	Factores de riesgo asociados
Pancreatitis aguda (5, 6)	Inflamación del páncreas que puede manifestarse con dolor abdominal severo persistente, náuseas y vómitos.	Advertencia incluida en fichas técnicas EMA/FDA	Antecedente de pancreatitis, hipertrigliceridemia
Enfermedad biliar (colelitiasis/colecistitis) (7)	Formación de cálculos biliares o inflamación vesicular asociada a pérdida rápida de peso.	Reacción adversa reconocida	Pérdida rápida de peso, obesidad
Obstrucción intestinal / íleo / gastroparesia *(6)*	Alteración severa del vaciamiento gástrico o tránsito intestinal.	Reportes post-comercialización	Trastornos gastro intestinales previos
Empeoramiento de retinopatía diabética *(5)*	Progresión de complicaciones microvasculares en pacientes con diabetes.	Advertencia en estudios clínicos	Diabetes de larga evolución
Neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NOIA-NA) *(5)*	Alteración microvascular en pacientes con diabetes. Aumento del riesgo de NOIA-NA durante el tratamiento con semaglutida. Pérdida súbita de visión.	Riesgo identificado en estudios epidemiológicos; incluido en sección de reacciones adversas ficha técnica EMA	Factores vasculares preexistentes
Riesgos por productos falsificados/no autorizados *(8)*	Ausencia de principio activo, contaminación, pérdida de cadena de frío.	Alertas OMS/ARN	Compra por internet, canales informales

Fuente: EMA, European Medicines Agency; FDA, Food and Drug Administration; OMS, Organización Mundial de la Salud; ARN, Autoridad Reguladora Nacional.

Fuente: Adaptado de la Agencia Europea de Medicamentos, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, y la Organización Mundial de la Salud.

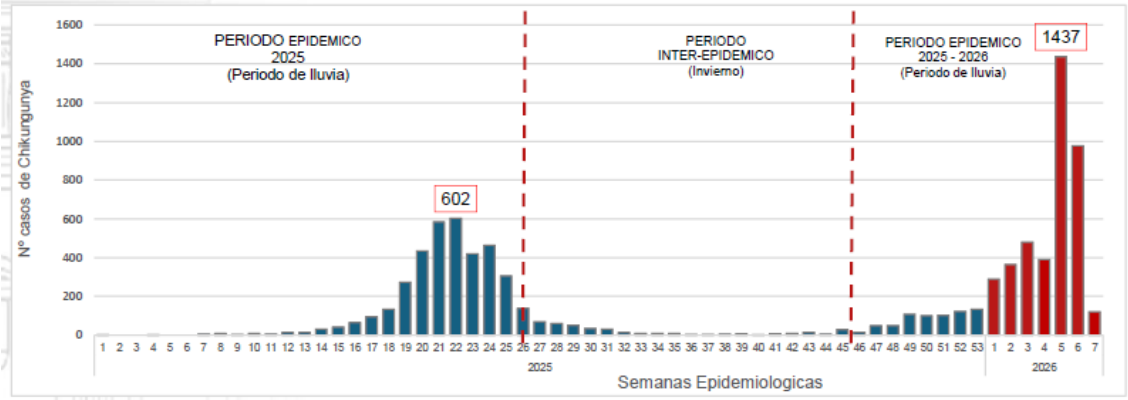
En la Región de las Américas, diversas autoridades regulatorias han emitido comunicaciones oficiales sobre el uso de estos medicamentos fuera de las indicaciones aprobadas a nivel nacional, así como sobre la detección de productos falsificados o no autorizados. La creciente demanda de estos fármacos puede favorecer su comercialización por canales no oficiales, lo que incrementa el riesgo de exposición a productos cuya calidad, seguridad y eficacia no han sido verificada, con el consecuente aumento del riesgo de efectos adversos y otras complicaciones asociadas.

Fuente: https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-uso-indebido-medicamentos-agonistas-receptor-glp-1-sus

X.2. Situación Epidemiológica de Chikungunya en Bolivia

Durante las primeras siete semanas epidemiológicas (SE) de la gestión 2026, enmarcadas dentro del periodo epidémico asociado a la temporada de lluvias, la curva de incidencia de Chikungunya presentó un comportamiento explosivo. Se evidenció una tendencia ascendente acelerada a partir de la SE 1, alcanzando el acmé del brote durante la SE 5 con un registro máximo de 1.437 casos notificados, una magnitud de transmisión que supera con creces los picos del periodo epidémico anterior. Con posterioridad a este evento máximo, la curva describe una inflexión con un descenso franco y abrupto de los casos durante las SE 6 y 7, señalando el aparente inicio de la fase de declive del brote actual, cuyo comportamiento deberá ser rigurosamente monitoreado en las subsiguientes semanas para confirmar el cese de la transmisión.

Gráfico 1. Tendencia de casos confirmados de Chikungunya, por S.E. según fecha de inicio de síntomas 2025 – SE 1-7, 2026



Fuente: SEDES _ Unidad de Vigilancia Epidemiológica y SA – DGE

Bolivia reportó un acumulado de 4.060 casos confirmados y 4 decesos por Chikungunya. La carga de morbimortalidad se encuentra fuertemente focalizada en el departamento de Santa Cruz, epicentro del brote que concentra 3.609 casos y la totalidad de los fallecimientos, mientras que regiones como Cochabamba (191) y Tarija (169) presentan niveles de transmisión activa pero moderada en comparación con el resto del país.

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

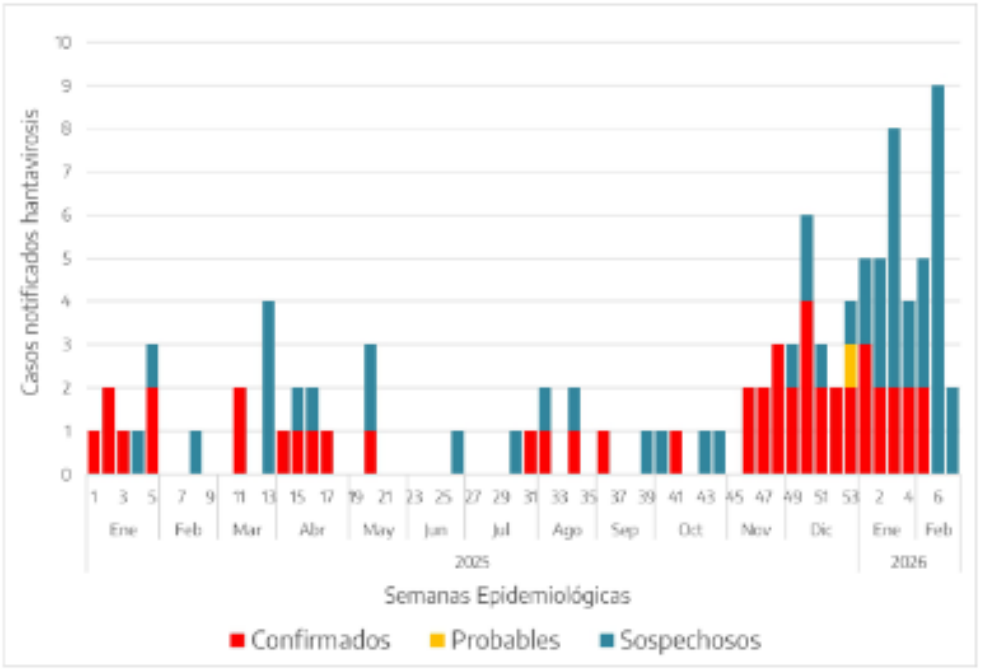
XI. Boletines Jurisdiccionales

XI.1. Buenos Aires: Hantavirus

En PBA, desde comienzos de 2025 hasta el 21/2/2026 (SE 1/2025 - SE 7/2026), se notificaron 562 casos sospechosos compatibles con hantavirus, 48 de ellos fueron confirmados.



Casos notificados de hantavirosis por semana epidemiológica. PBA, SE 1 a SE 53 de 2025 (N= 441) y SE 1 a SE 7 de 2026 (n=123)



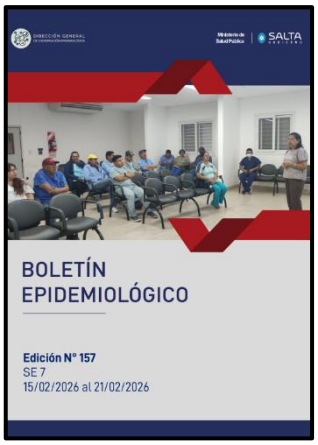
Fuente: SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA

Para más información:

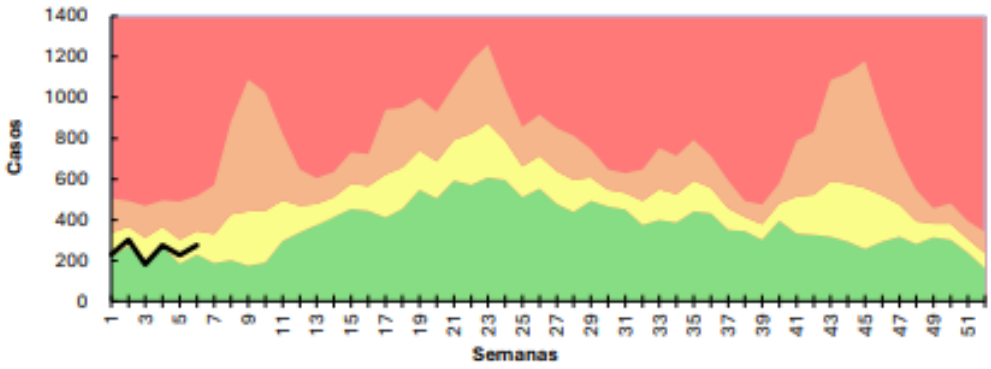
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

XI.2. Salta – Enfermedad tipo influenza (ETI)

En las notificaciones de casos de ETI se observa, un ascenso de casos con respecto a la semana anterior, el corredor endémico ingresa en zona de seguridad. En la SE 6 se notificaron 275 casos.



Corredor endémico semanal de enfermedad tipo influenza (ETI) – años: 2018 a 2024. Se 6 de 2026. Provincia de salta. (n=1493)



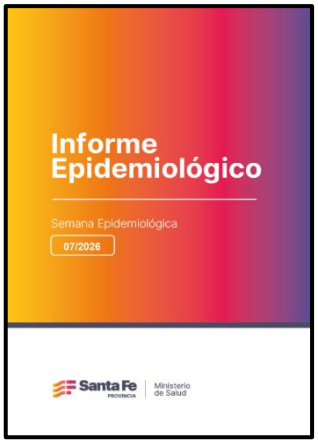
Fuente: Elaboración propia del Programa de Vigilancia Epidemiológica con datos de vigilancia clínica agregada provenientes del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). (*) Nota: Los datos presentados en este grafico actualizan y corrigen los publicados anteriormente, debido a la carga constante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

Para más información:

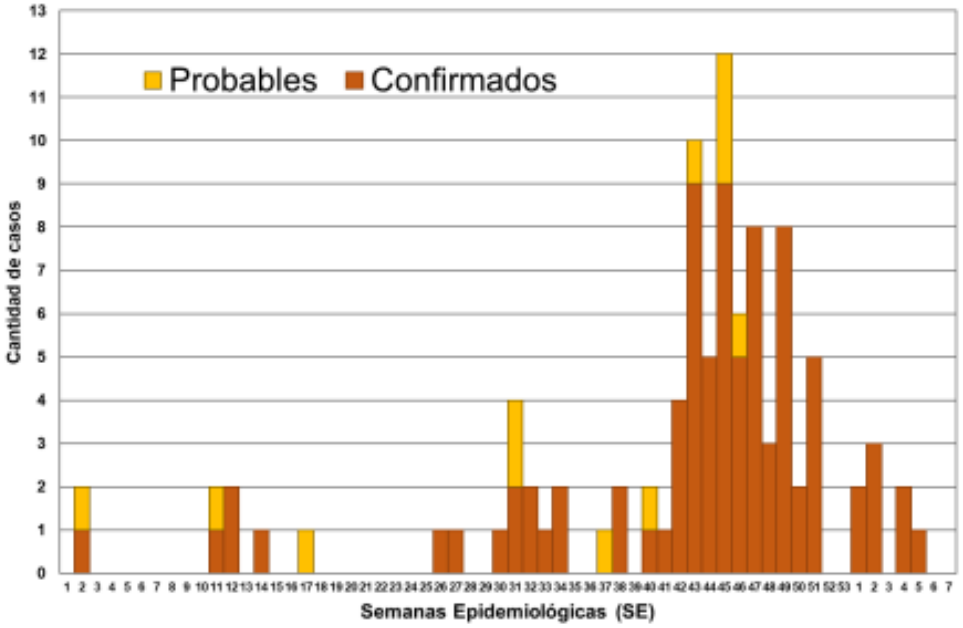
http://saladesituacion.salta.gov.ar/web/inicio/boletines/

XI.3. Santa Fe: Coqueluche

En lo que va del 2026, se notificaron un total de 38 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 8 fueron confirmados.



Distribución de casos confirmados (n= 85) y probables (n= 12) según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1/2025 a SE 7/2026. Período 2025-2026. N= 97.



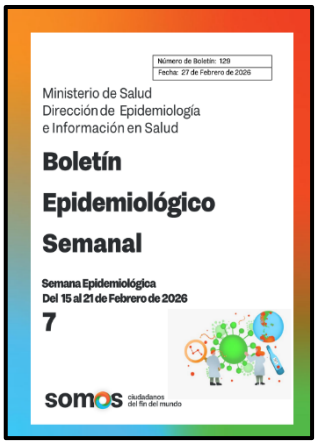
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

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

XI.4. Tierra del Fuego: Enfermedades respiratorias

Hasta la semana epidemiológica (SE) 07 en 2026 se notificaron 175 casos de enfermedades respiratorias en SNVS 2.0 en la modalidad agrupadas. Con respecto al mismo período del año 2025, se observa una disminución del 16,3 % de los casos registrados, a nivel provincial.



Respiratorias agrupadas – Año 2025 y 2026. Provincia de Tierra del Fuego.

	SE 07/ Año 2025	SE 07/Año 2026	% Variación interanual
Río Grande	106	67	↓ -36,8
Tolhuin	22	31	↑ 40,9
Ushuaia	81	77	↓ -4,9
Tierra del Fuego	209	175	↓ -16,3

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

Para más información:

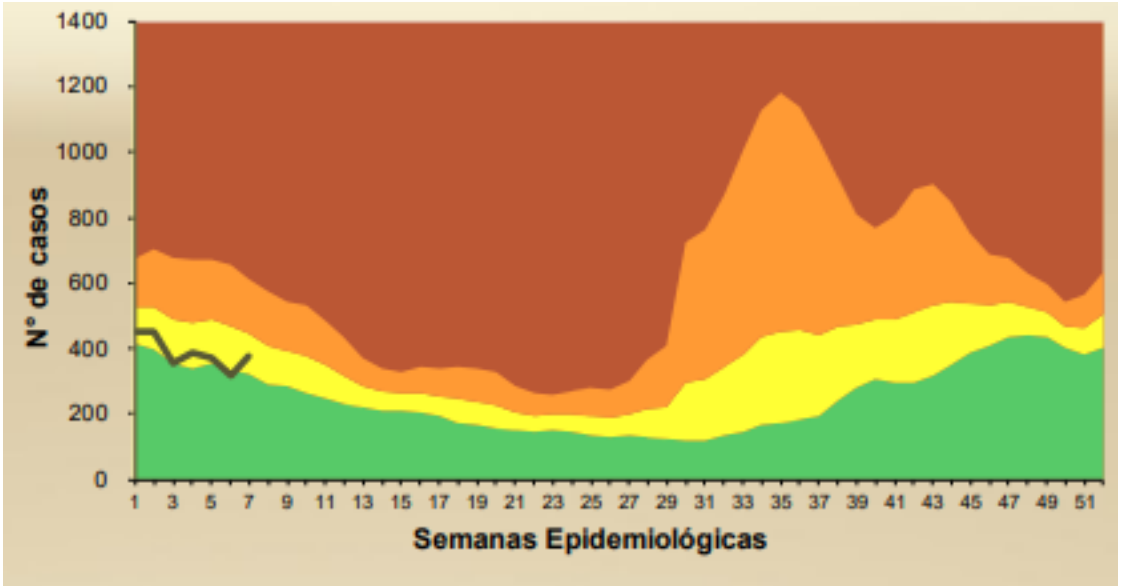
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

XI.5. Tucumán: Diarreas en menores de 5 años

En la semana epidemiológica 7 se notificaron 378 casos de diarreas en menores de 5 años.



Casos de Diarrea hasta la SE 7. Provincia de Tucumán. Año 2026.



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

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 **marzo** 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**
Marzo	Cisticercosis	Se configuró el evento en su totalidad		
	Fiebre Chikungunya	Evento	Clasificación manual	Se quitaron las opciones: "Caso confirmado por nexo epidemiológico autóctono" y " Caso confirmado por nexo epidemiológico importado"
				Se adicionó la opción: “Caso probable por nexo epidemiológico"
	Hidatidosis	Clínica	Diagnóstico referido	Se adicionaron las opciones: "Imágenes compatibles no patognomónicas" y "Imágenes patognomónicas"
	Meningoencefalitis	Laboratorio	Resultados	Se adicionaron las opciones "S. pneumoniae serotipo 15BC" y "S. pneumoniae no capsulado "
	Otras infecciones invasivas (bacterianas y otras)			
	Meningoencefalitis	Laboratorio	Determinaciones/ Técnicas	Se adicionó la técnica "Secuenciación de genoma completo" a la determinación "Serotipificación de S. pneumoniae"
	Otras infecciones invasivas (bacterianas y otras)			
	Leptospirosis	Clínica	Signos y síntomas	Se quitaron las siguientes opciones: “Hemorragia pulmonar”, “Síndrome de Weil”, “Tos”, “Hemorragias”, “Hematemesis”, “Hemoptisis”, “Melena”,

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
				"Enterorragia", "Taquipnea (FR >25)", "Esputo hemoptoico", y "Tos seca"
				Se adicionó la opción: "Síndromes hemorrágicos"
			Diagnóstico referido	Se adicionó la opción: "Síndrome de Weil"
			Comorbilidades	Se adicionaron las opciones: "Cirrosis", "Diabetes", "Enfermedad hepática previa", "Enfermedad renal crónica", "EPOC", "Persona inmunocomprometida" y "Insuficiencia cardíaca"
			Tratamiento	Se adicionaron las opciones: "Amoxicilina", "Ampicilina", "Azitromicina", "Cefotaxima", "Ceftriaxona", "Doxiciclina" y "Penicilina G sódica"
			Resultado de tratamiento	Se adicionaron las opciones: "Tratamiento en curso", "Tratamiento completo", "Tratamiento incompleto por efecto adverso" y "Tratamiento incompleto por abandono"
		Epidemiología	Antecedentes epidemiológicos	Se quitó la opción: "Contacto con roedores silvestres, su orina o deposiciones"
				Se adicionaron las opciones: "Limpieza de alcantarillas, canales o acequias" y "Contacto con basurales"
			Ocupaciones	Se quitaron las opciones: "Limpieza en canales o acequias" y "Ganadero".
				Se adicionó la opción: "Trabajador en limpieza de alcantarillados, canales o acequias"
	Psitacosis	Clínica	Signos y síntomas	Se adicionó la opción: "Disnea"
			Comorbilidades	Se adicionó la opción:

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
				“Enfermedad neurológica”
			Resultados de tratamiento	Se adicionaron los casos: “Tratamiento en curso”, “Tratamiento completo”, “Tratamiento incompleto por efecto adverso” y “Tratamiento incompleto por abandono”