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



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

N° **799**

Semana epidemiológica 9
AÑO 2026
Desde 01/03 al 07/03
Fecha de publicación
16/03/2026

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).

Rabia
Del Ministerio de Salud de la Nación: Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores.
De la ANLIS" Carlos G. Malbrán": Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas y el departamento de Epidemiologia, INEI ANLIS.

Informe especial: Vigilancia de enteropatógenos virales en aguas residuales del Área Metropolitana de Buenos Aires.
De AySA**:** *Laboratorio Central*: Alejandro Branca, Paula Mayon, Lorena Coronel y Gilda Chiera; *Gerencia de Calidad*: Javier de Bruno, Vanesa Carbone, Sebastián Alcantara; *Dirección:* Verónica Borro.
De INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán: *Servicio de Hepatitis Virales:* Laura Minassian, Paula Vazquez; *Servicio de Gastrenteritis Virales:* Karina A. Gomes; Karina A. Rivero; Cristian Barrios Mathieur, Juan I. Degiuseppe; *Departamento de Virología*: Juan A. Stupka; *Departamento de Epidemiología*: Victoria Nicolau, Norberto F. Símboli; *Dirección:* Daniel M. Cisterna.

Componen la Dirección de Epidemiología: Altschuler Ailén, Amatto María Belén, Amelotti Rina Lucía, Antman Julián Gustavo, Appeceix Ailen Lihuel, Avalos Andrea Karina, Baldani Andrea, 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

Planta Del Bicentenario, sirve a la Ciudad de Buenos Aires y los partidos de Vicente López, San Martín, parte de San Isidro, parte de Tres de Febrero, parte de Morón, una pequeña porción de La Matanza, Avellaneda, Lanús, Almirante Brown, Quilmes, gran parte de Lomas de Zamora y una parte de Esteban Echeverría. Foto por AYSA.

Cómo citar este boletín

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiologia. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°799, SE 9.

I. Editorial del BEN 797

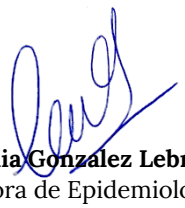
A lo largo de este año, el Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) ha continuado afirmándose El Boletín Epidemiológico Nacional (BEN) se consolida como un espacio donde la vigilancia en salud se produce y se difunde de manera articulada, a partir de un trabajo sostenido entre equipos nacionales y jurisdiccionales. 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 incluye, en primer lugar, un **informe especial sobre la vigilancia de enteropatógenos virales en aguas residuales del Área Metropolitana de Buenos Aires**, en el que se presentan fundamentos, metodología, resultados y líneas de trabajo interinstitucional vinculadas con la vigilancia ambiental. A ello se suma, en la sección de comunicación epidemiológica, **la detección del primer caso confirmado de mpox clado Ib en Argentina**, con información sobre la situación internacional, regional y nacional, así como recomendaciones para equipos de salud y para la población.

Como es habitual, esta edición presenta también la **actualización de las tablas de Eventos de Notificación Obligatoria seleccionados**, junto con sus notas metodológicas y criterios de interpretación.

Entre los eventos priorizados, este número incluye la actualización de la **vigilancia de infecciones respiratorias agudas**, con la situación regional de influenza y otros virus respiratorios, la síntesis de la información nacional, la vigilancia clínica de ETI, neumonía y bronquiolitis, los datos de la vigilancia universal por laboratorio, la información en personas internadas y fallecidas, la caracterización genómica de Influenza A(H3N2) y los apartados de recomendaciones, vacunación antigripal, tratamiento antiviral y vigilancia epidemiológica. Se suma también la **actualización de dengue y otros arbovirus**, con la estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada 2025-2026, la situación actual en Argentina, la caracterización clínica de casos, las consideraciones para la vigilancia por laboratorio, la situación de chikungunya —incluyendo los casos de Salta— y la vigilancia de encefalitis arbovirales y otros arbovirus. Asimismo, se incorpora la **actualización sobre hantavirosis**, con su introducción y situación epidemiológica actual.

En la sección de actualización periódica de eventos, esta edición presenta un **informe epidemiológico sobre rabia**, con apartados dedicados a la situación de rabia humana y animal en Argentina, la vigilancia epidemiológica y molecular, las indicaciones para la toma y envío de muestras, las acciones del Ministerio de Salud de la Nación, las recomendaciones para los equipos de salud y las conclusiones del informe.

En situaciones emergentes, el BEN 799 continúa presentando la **actualización 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 principales medidas de prevención, control y vigilancia.

Finalmente, esta edición incorpora una **actualización internacional sobre influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas**, una selección de destacados de boletines jurisdiccionales y el listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0, como parte del trabajo continuo de fortalecimiento de las 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 **10**
III. Tablas de ENO seleccionados **11**
III.1. Nota metodológica 11
III.1.A. Sobre la construcción de las tablas 11
III.1.B. Notas adicionales a tener en cuenta 12
III.2. Eventos nominales confirmados 12
III.3. Eventos nominales notificados y confirmados 13
III.4. Nota general sobre la interpretación cromática en las tablas 15
III.5. Eventos agrupados clínicos 15
III.6. Eventos agrupados laboratoriales 16
III.6.A. Sobre la construcción de esta tabla 16

EVENTOS PRIORIZADOS **18**
IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas **19**
IV.1. Nota Metodológica 19
IV.1.A. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios 19
IV.2. Síntesis de la información nacional destacada 19
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis 20
IV.3.A. Enfermedad tipo influenza (eti) 20
IV.3.B. Neumonía 21
IV.3.C. Bronquiolitis 22
IV.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios 23
IV.4.A. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios en Personas Internadas y Fallecidas 27
I.1. Caracterización genómica de Influenza A (H3N2) 28
IV.5. Recomendaciones para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas 34
IV.5.A. Recomendaciones para equipos de salud 34
IV.6. Vigilancia epidemiológica 34
IV.7. Recomendaciones para la población 35
IV.8. Vacunación antigripal 36
IV.9. Tratamiento antiviral 37
V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus **39**
V.1. Situación regional 39
V.2. Estimación de escenarios epidemiológicos nacionales para la temporada de Dengue. Período 2025-2026 40
V.2.A. Nota metodológica 40
V.3. Situación de dengue en Argentina 42
V.3.A. temporada 2025/2026 42
V.3.B. Caracterización clínica de los casos de dengue (n=22) 45
V.3.C. Caso fallecido con hallazgos serológicos para dengue y compromiso neurológico por meningoencefalitis por SAMS en Ciudad de Santa Fe. 45
V.3.D. Consideraciones para la vigilancia por laboratorio 46
V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina 47
V.5. Casos de fiebre Chikungunya en Salta 49
V.6. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina 50
V.6.A. Encefalitis arbovirales 50
V.6.B. Otros arbovirus 52
VI. Vigilancia de Hantavirosis **55**
I.1. Introducción 55
I.2. Situación epidemiológica actual 56

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA DE EVENTOS **69**
VII. Rabia - Informe epidemiológico **70**
VII.1. Introducción 70
VII.2. Situación de Rabia humana en Argentina 70
VII.2.A. Modalidad de vigilancia y nota metodológica 70
VII.2.B. Situación Epidemiológica (2021-2026) 70
VII.3. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Rabia humana 71

VII.3.A. Consideraciones generales 71
VII.3.B. Embalaje para derivación de muestras 71
VII.4. Recomendaciones para el equipo de salud 72
VII.4.A. Medidas preventivas 72
VII.5. Situación de Rabia animal en Argentina 73
VII.5.A. Modalidad de vigilancia y nota metodológica 73
VII.6. Situación Epidemiológica Actual (2026 SE9) 76
VII.6.A. Vigilancia molecular 77
VII.7. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Rabia Animal 79
VII.7.A. Consideraciones generales para la toma de muestra 79
VII.7.B. Conservación y condiciones de transporte 80
VII.8. Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación 81
VII.9. Recomendaciones para el equipo de salud 81
VII.9.A. Medidas preventivas 81
VII.9.B. Medidas ante casos y contactos 82
VII.9.C. Medidas ante brotes 83
VII.10. Conclusiones 83
VII.11. Vigilancia epidemiológica 84
VII.11.A. Rabia Animal 84
VII.11.B. Rabia en humanos 85

SITUACIONES EMERGENTES..... 87
VIII. Coqueluche 88
VIII.1. Introducción 88
VIII.2. Situación internacional 88
VIII.3. Situación Epidemiológica actual de Coqueluche en Argentina 89
VIII.3.A. Introducción 89
VIII.3.B. Análisis de los casos notificados y confirmados 90
VIII.3.C. Análisis según edad y gravedad 95
VIII.4. Coberturas de Vacunación 95
VIII.4.A. Coberturas para Total país 95
VIII.4.B. Coberturas según jurisdicción 97
IX. Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE): Sarampión – actualización informe epidemiológico 99
IX.1. Introducción 99
IX.2. Situación epidemiológica mundial y regional 99
IX.2.A. Canadá 99
IX.2.B. Costa rica 100
IX.2.C. Estados Unidos de América 100
IX.2.A. México3F 101
IX.3. Situación actual en la Argentina 102
IX.3.A. Nota metodológica 102
IX.3.B. Notificación de casos 102
IX.3.C. Distribución geográfica 103
IX.4. Sobre el último caso confirmado 105
IX.4.A. Descripción del ultimo caso detectado 105
IX.4.B. Acciones en curso 105
IX.5. Coberturas 105
IX.6. Recomendaciones para la comunidad 106
IX.7. Recomendaciones para los equipos de salud 106
IX.8. Vigilancia epidemiológica 106
IX.8.A. Definición y clasificación de caso 107
IX.9. Medidas de prevención 107
IX.9.A. Vacunación 107
IX.10. Medidas ante casos y contactos 108
IX.10.A. Medidas ante casos sospechosos y/o confirmados: 108

INFORMES ESPECIALES..... 110
X. Vigilancia de enteropatógenos virales en aguas residuales del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) 111
X.1. La vigilancia ambiental a través de aguas residuales 111
X.2. Vigilancia de virus productores de gastroenteritis en aguas residuales 112
X.2.A. Nota metodológica 112
X.2.B. Resultados 114

X.3. Sobre las acciones interinstitucionales y líneas de trabajo 119

COMUNICACION EPIDEMIOLOGICA 120
XI. Detección del primer caso confirmado de Mpox Clado Ib en Argentina 121
XI.1. Introducción 121
XI.2. Situación internacional y regional 122
XI.3. Situación histórica en Argentina 123
XI.4. Situación actual 123
XI.5. Recomendaciones para equipos de salud 124
XI.5.A. Vigilancia epidemiológica 124
XI.6. Recomendaciones para la población 128

ALERTAS Y COMUNICACIONES INTERNACIONALES 130
XII. Introducción 131
XII.1. Actualización epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas 131
XII.1.A. Contexto global 131
XII.1.B. Resumen de la situación en la Región de las Américas 132

DESTACADOS EN BOLETINES JURISDICCIONALES 136
XIII. Boletines Jurisdiccionales 137
XIII.1. Buenos Aires: Coqueluche 137
XIII.2. Chubut: Neumonía 138
XIII.3. Santa Fe: Coqueluche 139
XIII.4. Tierra del Fuego: Enfermedades respiratorias 140
XIII.5. Tucumán: Enfermedad tipo influenza (ETI) 141

HERRAMIENTAS PARA VIGILANCIA 142
XIV. Listado de modificaciones en codificaciones auxiliares en el SNVS 2.0 143

TABLAS DE **EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA** SELECCIONADOS

III. Tablas de ENO seleccionados

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

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

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

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

A continuación, presentamos las tablas de ENO seleccionados:

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

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

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

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

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

III.1. Nota metodológica

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

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

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

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

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

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

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

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

Algunas consideraciones clave sobre las tablas:

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

III.2. Eventos nominales confirmados

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

Tabla 1. Tabla de eventos nominales confirmados. SE 1-9. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-9		2026 Acumulados SE 1-9		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 Eventos Priorizados							
	Enf. Febril Exantemática-EFE (Rubéola)								
	Meningitis - Meningoencefalitis	430	153	504	152	74	17%	-1	-1%
	Poliomielitis - PAF en menores de 15 años y otros casos sospechosos de poliomielitis	19	0	23	0	4	21%	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)	47	10	28	2	-19	-40%	-8	N/A
Enf. zoonóticas humanas	Leptospirosis	391	13	652	79	261	67%	66	508%
	Psitacosis	126	26	223	19	97	77%	-7	N/A
ETMI - Enfermedades del niño	Chagas agudo congénito	254	11	576	7	322	127%	-4	N/A
	Sífilis Congénita	217	151	234	231	17	8%	80	53%
	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.	341	318	531	447	190	56%	129	41%
	Sífilis en emb.	1.705	1.448	2.666	2.426	961	56%	978	68%
	Hepatitis B en emb.	17	11	29	5	12	71%	-6	N/A
Hepatitis virales	Hepatitis A	37	4	75	16	38	103%	12	N/A
	Hepatitis B	466	110	774	111	308	66%	1	1%
	Hepatitis C	440	238	675	285	235	53%	47	20%
	Hepatitis E	5	1	16	1	11	220%	0	N/A
Infecc. de trans. sexual	Sífilis en población general	5.384	4.417	11.278	9.334	5.894	109%	4.917	111%
Intoxicaciones	Intoxicación/Exposición a Monóxido de Carbono	61	55	154	146	93	152%	91	165%
Otros eventos de imp. p/ la salud pública	Viruela símica (mpox)	12	1	36	9	24	200%	8	N/A

Nota: La asignación de la semana epidemiológica a los casos de tuberculosis que se notifican a través del SNVS se realiza, a partir de este reporte, utilizando la fecha de carga. En las tablas de los informes previos, se asignó a los casos la semana epidemiológica de la fecha de diagnóstico del caso que no necesariamente coincide con la fecha de carga cuando la carga se realiza posteriormente. En aquellos eventos donde los casos acumulados en el año sean menores a 30, el porcentaje de variación respecto a la media histórica se completará con la sigla N/A (No Aplicable), debido a que la baja frecuencia de casos no permite obtener un cálculo estadísticamente significativo.
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 1-9. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-9	2026 Acumulados SE 1-9	Diferencias 2026 con mediana 2021-2025	
				Absoluta	%
Enf. Trans. por vectores	Chagas agudo vectorial	0	1	1	N/A
Enf. zoonóticas animales	Rabia animal	28	50	22	79%
Enfermedades zoonóticas humanas	Accidente potencialmente rábico (APR)	2.246	4.131	1.885	84%
	Araneismo-Env. por Latrodectus (Latrodectismo)	104	93	-11	-11%
	Araneismo-Env. por Loxosceles (Loxoscelismo)	38	43	5	13%
	Araneismo-Env. por Phoneutria (Foneutrismo)	1	4	3	N/A
	Cisticercosis	2	4	2	N/A
	Escorpionismo o Alacranismo	1.489	2.648	1.159	78%
	Ofidismo-Género Bothrops (Yarará)	183	238	55	30%
	Ofidismo-Género Crotalus (cascabel, mboi-chiní)	11	10	-1	N/A
	Ofidismo-Género Micrurus (Coral)	2	1	-1	N/A
	Brucelosis	19	27	8	N/A
	Hantavirosis	Ver informe correspondiene en sección Eventos priorizados			
Infecciones respiratorias agudas	Legionelosis	3	10	7	N/A
Intoxicaciones	Intoxicación medicamentosa	278	281	3	1%
	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	10	12	2	N/A
	Intoxicación/Exposición a Plomo	0	2	2	N/A
Lesiones	Intento de Suicidio sin resultado mortal	0	2.297	2.297	N/A
	Intento de Suicidio con resultado mortal	0	133	133	N/A
	Lesiones graves por mordedura de perro	0	59	59	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	2.497	2.914	417	17%

Nota: La asignación de la semana epidemiológica a los casos de coqueluche que se notifican a través del SNVS se realiza utilizando una fecha mínima. En aquellos eventos donde los casos acumulados en el año sean menores a 30, el porcentaje de variación respecto a la media histórica se completará con la sigla N/A (No Aplicable), debido a que la baja frecuencia de casos no permite obtener un cálculo estadísticamente significativo. 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 1-9. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-9	2026 Acumulados SE 1-9	Diferencias 2026 con mediana 2021-2025	
				Absoluta	%
Enf. Trans. Por alimentos	Diarrea	159.208	109.573	-49.635	-31%
Infecc. de trans. sexual	Secreción genital purulenta en varones	508	368	-140	-28%
Infecciones respiratorias agudas	Bronquiolitis en menores de 2 años ambulatorios.	77	54	-23	-30%
	Bronquiolitis en menores de 2 años sin especificar	6.551	3.652	-2.899	-44%
	Enfermedad tipo influenza (ETI)	103.720	69.714	-34.006	-33%
	Neumonía en pacientes ambulatorios	6.807	4.322	-2.485	-37%
	Neumonía (sin especificar)	8.862	5.632	-3.230	-36%
Lesiones	Lesiones por siniestros viales - Peatón	10	527	517	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Ciclista	16	880	864	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de motocicleta	121	3.935	3.814	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de transporte público	10	304	294	N/A
	Lesiones por siniestros viales - Conductor o pasajero de automóvil	67	1.395	1.328	N/A
	Lesiones por mordedura de perro en la vivienda	182	841	659	N/A
	Lesiones por mordedura de perro sin especificar	371	6.336	5.965	N/A
	Lesiones por mordedura de perro desconocido en la vía pública	192	1.197	1.005	N/A
	Lesiones por mordedura de perro conocido en la vía pública	69	451	382	N/A
	Lesiones por electrocución	2	119	117	N/A
	Lesiones por atragantamiento	3	112	109	N/A
	Lesiones por caídas y golpes	175	10.884	10.709	N/A
	Lesiones por cortes y quemaduras	133	4.708	4.575	N/A
	Lesiones en el hogar sin especificar	241	4.120	3.879	N/A
	Lesiones por ahogamiento por inmersión	20	106	86	N/A
	Otras lesiones en el hogar	95	3.646	3.551	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 1-9. 2021-2026. Argentina.

SECCIÓN	EVENTO	2021-2025 Mediana acumulados SE 1-9		2026 Acumulados SE 1-9		Diferencias 2026 con mediana 2021-2025			
		Notif.	Conf.	Notif.	Conf.	Notif.	%	Conf.	%
Infecciones de transmisión sexual	Infección por Chlamydia trachomatis	616	49	347	27	-269	-44%	-22	N/A
	Infección por Mycoplasma genitalium	166	3	86	0	-80	-48%	-3	N/A
	Infección por Mycoplasma hominis	419	39	185	49	-234	-56%	10	26%
	Infección por Neisseria gonorrhoeae	2.391	105	594	50	-1.797	-75%	-55	-52%
	Infección por Trichomonas vaginalis	4.093	448	1.753	212	-2.340	-57%	-236	-53%

En aquellos eventos donde los casos acumulados en el año sean menores a 30, el porcentaje de variación respecto a la media histórica se completará con la sigla N/A (No Aplicable), debido a que la baja frecuencia de casos no permite obtener un cálculo estadísticamente significativo. Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud y el Área de Análisis de Información e Investigación de la Dirección de Epidemiología en base a datos provenientes del SNVS 2.0.

EVENTOS **PRIORIZADOS**

IV. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas

IV.1. Nota Metodológica

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

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

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

La actividad de influenza en la Región de las Américas continúa con una tendencia al alza, principalmente relacionada con el aumento de la circulación en el hemisferio norte, con una tasa de positividad regional del 28,2%. El virus de influenza A(H3N2) sigue siendo el subtipo predominante entre las muestras subtipificadas en todas las subregiones, excepto en la subregión andina, donde predomina el virus de influenza A(H1N1)pdm09. La circulación de VSR se mantiene en niveles bajos (<1%), mientras que la positividad de SARS-CoV-2 continúa disminuyendo, alcanzando el 5,2%. Por su parte, la circulación de otros virus respiratorios (OV) ha disminuido de forma sostenida desde principios de octubre, con una positividad regional de 1.5%, siendo rinovirus y parainfluenza los detectados con mayor frecuencia.

IV.2. Síntesis de la información nacional destacada

En la SE8 de 2026, la vigilancia clínica notificó 69.523 casos de ETI, 10.942 casos de neumonía y 6.102 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 9 primeras SE de 2026 se registraron 479 internaciones, con 11 detecciones de SARS-CoV-2, 14 de Influenza y 4 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 8 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

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

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

Durante la SE8/2026, se registra circulación de virus respiratorios, principalmente SARS-CoV-2, seguido de influenza, VSR, adenovirus y parainfluenza.

En personas internadas, en la SE9/2026, se notificaron 7 hospitalizaciones con diagnóstico de influenza, 7 con diagnóstico de SARS-CoV-2, sin registro de hospitalizaciones con diagnóstico de VSR. Se registró un fallecido con diagnóstico de SARS-CoV-2 en esta semana.

Entre las SE 1/2025 y la SE 10/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia recibió muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 23 jurisdicciones. De ellas pudo realizarse la secuenciación genómica de 125 casos, de los cuales 87 correspondieron al subclado J.2.4.1 (K), 28 al subclado J.2.3, 6 al subclado J.2.4 (2 de los cuales presentan antecedentes de viaje), 3 al subclado J.2 (1 con antecedente de viaje), 1 al subclado J.2.2 (sin antecedente de viaje) (Ver Gráfico 1).

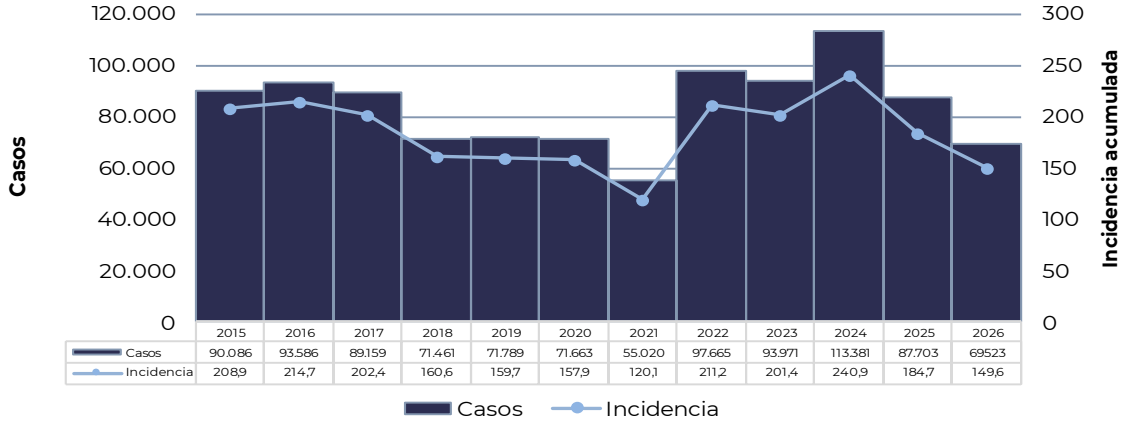
IV.3. Vigilancia clínica de Enfermedad tipo influenza (ETI), Neumonía y Bronquiolitis

IV.3.A. ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)

En las 8 primeras SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 69.523 casos de ETI, con una tasa de incidencia acumulada de 149,6 casos/ 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015 – 2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registraron en 2024, seguido por 2022. En el corriente año se registra un menor número de casos para el periodo analizado.

Gráfico 1: Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE8. Argentina[2].

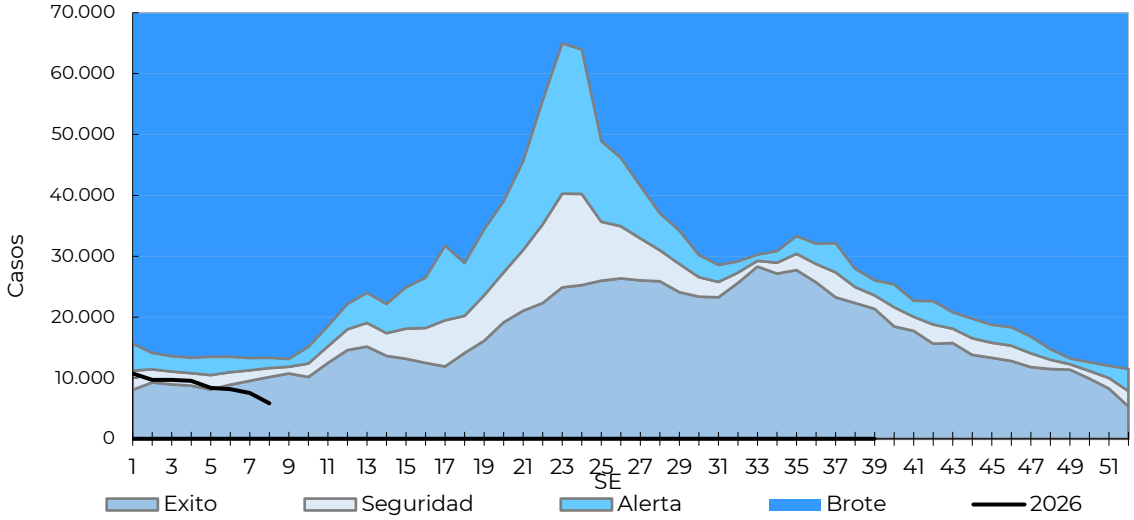


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En las primeras 8 SE de 2026, las notificaciones de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) registradas en el SNVS, correspondientes a personas de todas las edades a nivel país, se mantuvieron dentro de niveles de seguridad, en las primeras 4 SE, y luego en niveles de éxito.

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

Gráfico 2: Enfermedad Tipo Influenza: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1 a 8 de 2026[3]. Argentina.



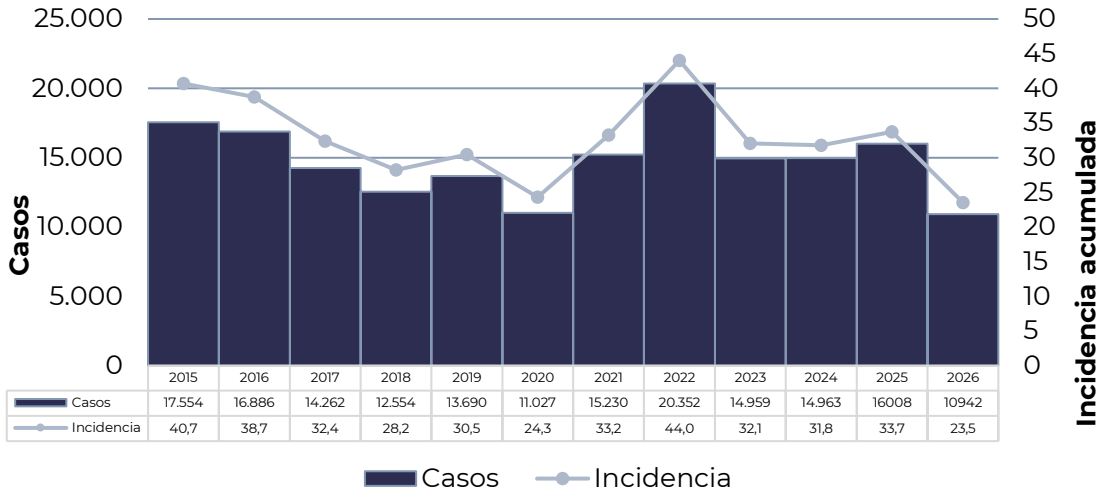
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

IV.3.B. NEUMONÍA

En las primeras 8 SE de 2026 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 10.942 casos de Neumonía, con una incidencia acumulada de 23,5 casos/ 100.000 habitantes.

En este período, entre 2015 y 2026, las notificaciones de neumonía mostraron el mayor número de casos en 2022, seguido de 2015 y 2016. En 2026 se registra un menor número de notificaciones que el resto de los años del periodo.

Gráfico 3: Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE8. Argentina.



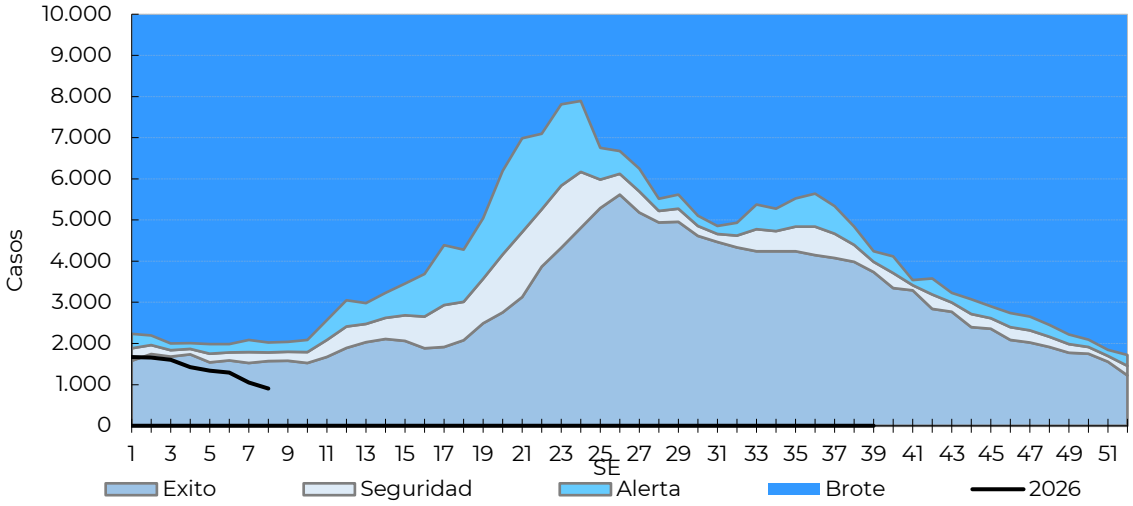
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos	17.554	16.886	14.262	12.554	13.690	11.027	15.230	20.352	14.959	14.963	16008	10942
Incidencia	40,7	38,7	32,4	28,2	30,5	24,3	33,2	44,0	32,1	31,8	33,7	23,5

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

En las primeras 8 SE de 2026 las notificaciones de neumonía se ubicaron dentro del rango esperado, correspondiente a la zona de éxito del corredor endémico.

[3] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

Gráfico 4: Neumonía: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-8 de 2026[4]. Argentina.



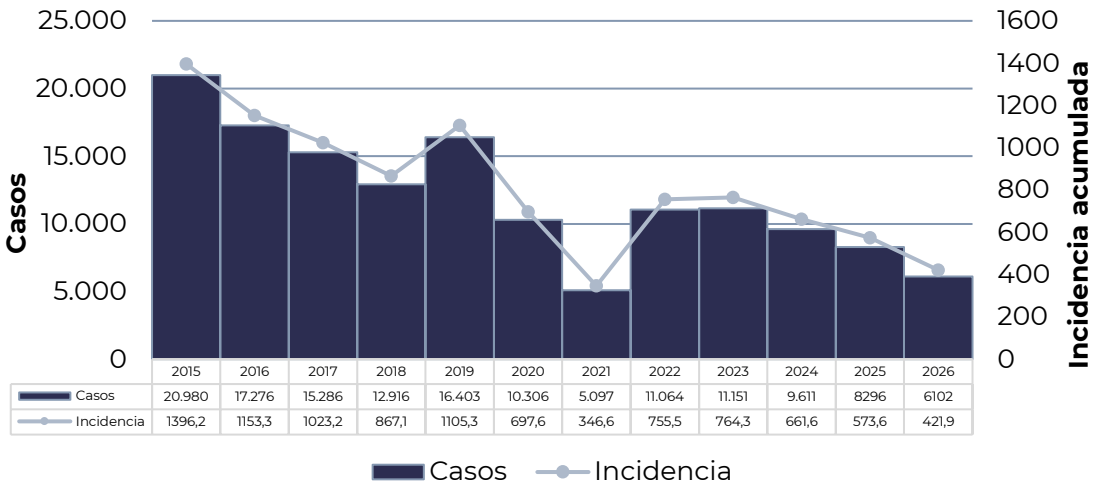
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

IV.3.C. BRONQUIOLITIS

En las primeras 8 SE de 2026, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 6.102 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 421,9 casos/100.000 habitantes.

En relación con los años previos, las notificaciones de bronquiolitis en las primeras 8 SE alcanzaron su pico en 2015, seguido de un descenso sostenido hasta 2018. En 2019, se registró un incremento respecto al año anterior, con un nuevo descenso en 2020 y 2021. Desde 2022 se descendió gradualmente, con un menor número de notificaciones en 2026.

Gráfico 5: Casos e Incidencia Acumulada de Bronquiolitis en menores de 2 años por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE8. Argentina.



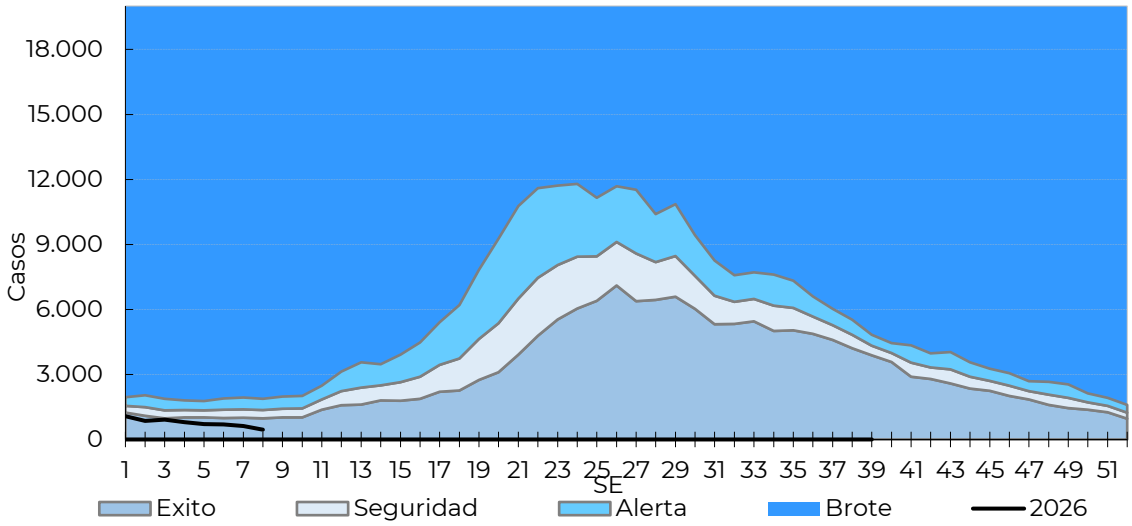
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos	20.980	17.276	15.286	12.916	16.403	10.306	5.097	11.064	11.151	9.611	8296	6102
Incidencia	1396,2	1153,3	1023,2	867,1	1105,3	697,6	346,6	755,5	764,3	661,6	573,6	421,9

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 primeras 8 SE del año 2026, las notificaciones semanales de bronquiolitis se mantuvieron dentro de los límites esperados en relación con años históricos.

[4] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2018-2025. SE 1-8 de 2026[5]. Argentina.



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

IV.4. Vigilancia Universal de Virus Respiratorios - Red de Laboratorios

Durante las primeras 8 SE de 2026, el número de casos de influenza se mantiene relativamente estable, con un leve aumento en el porcentaje de positividad.

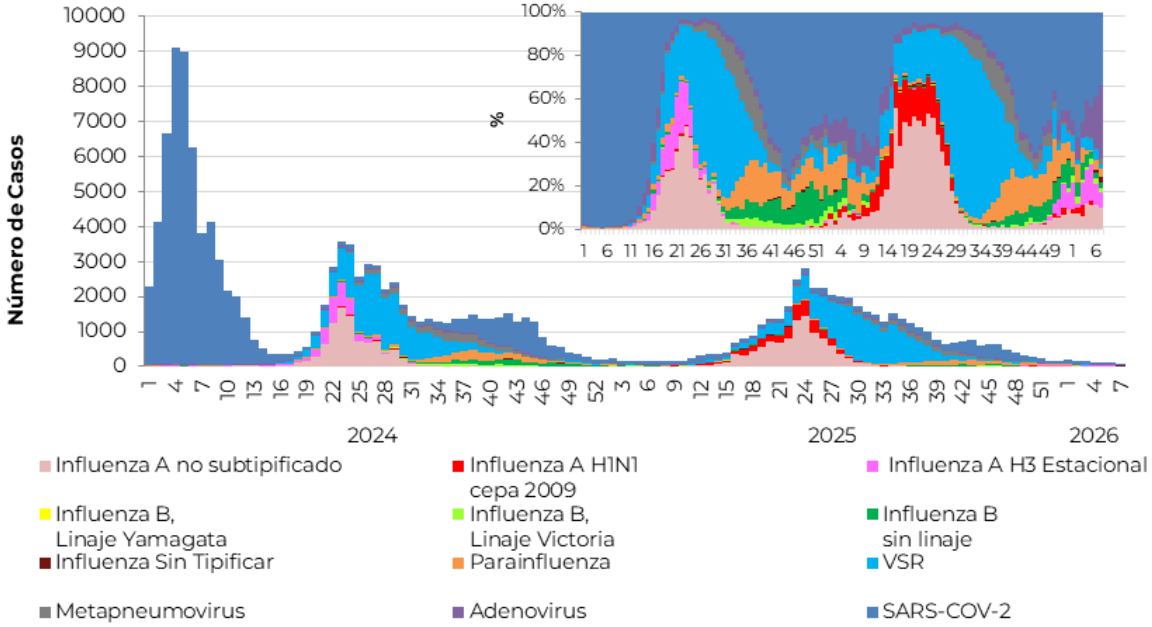
En 2025, a partir de la SE11, se observó un aumento en el número de casos de **Influenza**, con predominio de Influenza A (H1N1) y un adelanto del ascenso estacional respecto de años anteriores. En las últimas semanas del año se registró un ligero incremento de los casos, principalmente a expensas de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

En cuanto a **VSR**, durante las primeras 8 SE de 2026 los valores se mantienen bajos. En 2025, se verifico un aumento en las detecciones de VSR a partir de la SE12, con inicio de la actividad estacional desde la SE20.

Las detecciones de **SARS-CoV-2** permanecen en niveles bajos desde las últimas semanas de 2025.

[5] Para la construcción de corredores endémicos, se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022.

Gráfico 7. Distribución de influenza, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica. SE01/2024 a SE8/2026. Argentina.

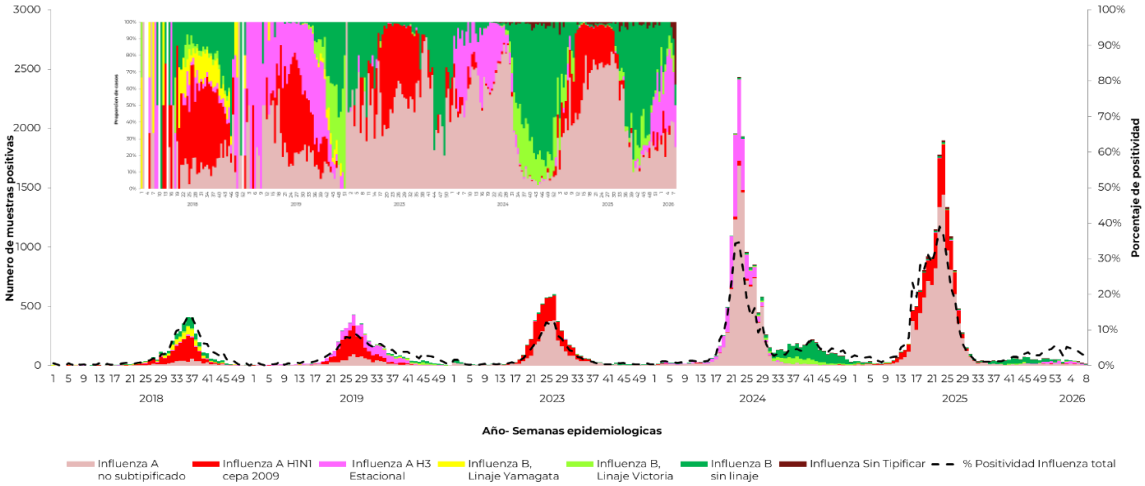


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

En las primeras 8 SE de 2026, las detecciones de influenza se mantienen en valores estables, con un ligero aumento del porcentaje de positividad. Entre la SE 7-8 se notificaron 36 detecciones de influenza.

Durante 2025, se registraron casos en forma continua a lo largo de todas las semanas epidemiológicas. A partir de la SE11 se observó un incremento sostenido de las detecciones, con predominio de influenza A no subtipificada y del subtipo A(H1N1). El número máximo de notificaciones semanales se alcanzó entre las SE22 y SE26, seguido de una tendencia descendente. En las últimas semanas del año se verificó un ligero aumento de las detecciones, con predominio de influenza B desde la SE36, junto con detecciones de influenza A y A(H3N2).

Gráfico 8. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2017- SE8/2026. Argentina.

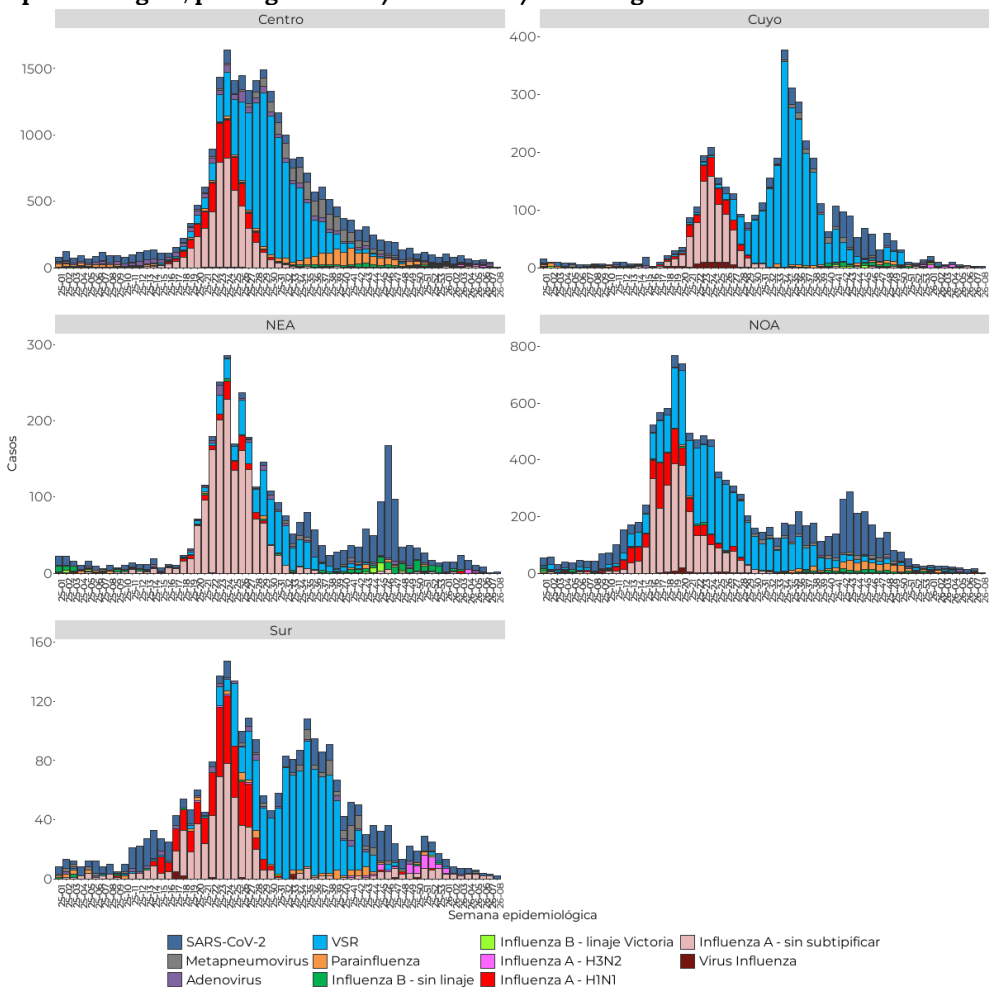


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

Se destaca que durante 2025 la circulación viral de influenza presentó un inicio adelantado con relación a lo observado en años históricos en el país. Como se mencionó previamente, los casos comenzaron su ascenso desde SE11 y, además, la positividad, se presentó en niveles elevados desde SE13. Las temporadas de mayor circulación de virus influenza en el periodo 2016-2024 tuvieron un inicio posterior a lo observado en la temporada actual, excepto por el año 2022 en el que el comportamiento fue inusual tanto en el número de casos como en la estacionalidad.

En el análisis regional, se observa que los casos de influenza en la temporada 2025 comenzaron con un ascenso en el Noroeste (NOA) y en la región Sur. En las semanas posteriores, se evidenció una tendencia ascendente en las detecciones en el resto de las regiones del país. Actualmente, los casos se mantienen en valores bajos en todas las regiones.

Gráfico 9. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01/2025 a SE8/2026. Argentina.



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

En cuanto a **SARS-CoV-2,** en las primeras 8 SE de 2026, las detecciones se mantienen en valores bajos.

Durante 2025, los casos también se mantuvieron en valores bajos a lo largo del año, si bien se registró un ligero aumento a partir de la SE34, que se acentuó entre las SE42 y SE47. En 2024, si bien el número de casos por semana epidemiológica fue menor en comparación con años previos, se observó un ascenso durante las primeras semanas del año, concentrándose el 80% de los casos entre las SE1 y SE12, con un máximo entre las SE3 y SE6. Posteriormente, las

detecciones disminuyeron y, a partir de la SE32, se registró un nuevo incremento, con un pico en la SE44, de menor magnitud que el observado al inicio del año.

En relación con el **VSR**, durante las primeras 8 SE de 2026, las detecciones se mantienen en niveles bajos. Entre las SE7 y SE8 de 2026 se notificaron 15 casos.

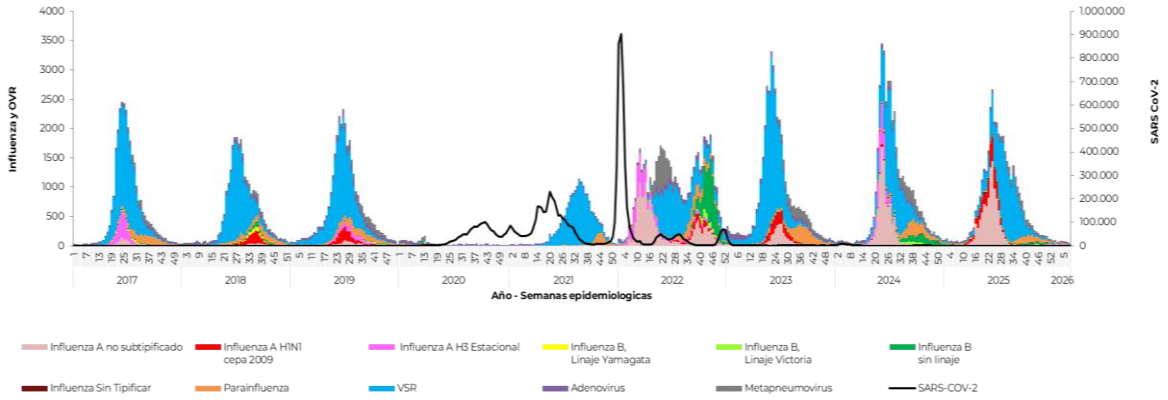
Durante 2025, se registró un ascenso de las detecciones a partir de la SE12, con inicio de la actividad estacional desde la SE20. El pico se observó entre las SE29 y SE30, seguido de una tendencia descendente.

En 2024, se había verificado un incremento de las notificaciones a partir de la SE16, con un máximo en la SE26 y descenso posterior.

Respecto a otros virus respiratorios, durante 2024, se observó un aumento en las detecciones de metapneumovirus a partir de la SE23, alcanzando su pico en la SE38. Asimismo, entre las SE30 y SE38, se registró un incremento en los casos de parainfluenza, seguido de un descenso posterior. En 2025, se observó un ascenso en las detecciones de metapneumovirus desde la SE 27, alcanzando el mayor número de casos en la SE 37, seguido de un descenso posterior. Adicionalmente, los casos de parainfluenza muestran un aumento progresivo desde la SE 35, que se extendió hasta la SE 41, seguido de un descenso sostenido en las semanas posteriores.

Durante la SE 8/2026 se registra circulación de virus respiratorios, en orden de frecuencia: SARS-CoV-2, influenza, VSR, adenovirus y parainfluenza.

Gráfico 10. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. SE01/2017- 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 SNVS2.0.

La curva histórica de casos positivos de virus respiratorios por semana muestra un marcado descenso para el año 2020 en coincidencia con el desarrollo de la pandemia por COVID-19. A partir del 2021 y en 2022, se verifica nuevamente la circulación de otros virus respiratorios. Durante el año 2022 se ha registrado un comportamiento inusual tanto en la estacionalidad y número de casos registrados de Influenza con un ascenso entre las SE3-14 y SE34-45 -este último a expensas fundamentalmente de Influenza A (H1N1) e Influenza B; así como también por la frecuencia y distribución de OVR, fundamentalmente de metapneumovirus para el cual se registró una elevada frecuencia absoluta y relativa entre las semanas 16 y hasta la 26. Además, durante el año 2023, VSR presentó actividad estacional adelantada en comparación con la mayoría de los años pre-pandémicos y años 2021-2022, con un rápido ascenso de notificaciones entre SE 13 y 22.

IV.4.A. VIGILANCIA UNIVERSAL DE VIRUS RESPIRATORIOS EN PERSONAS INTERNADAS Y FALLECIDAS

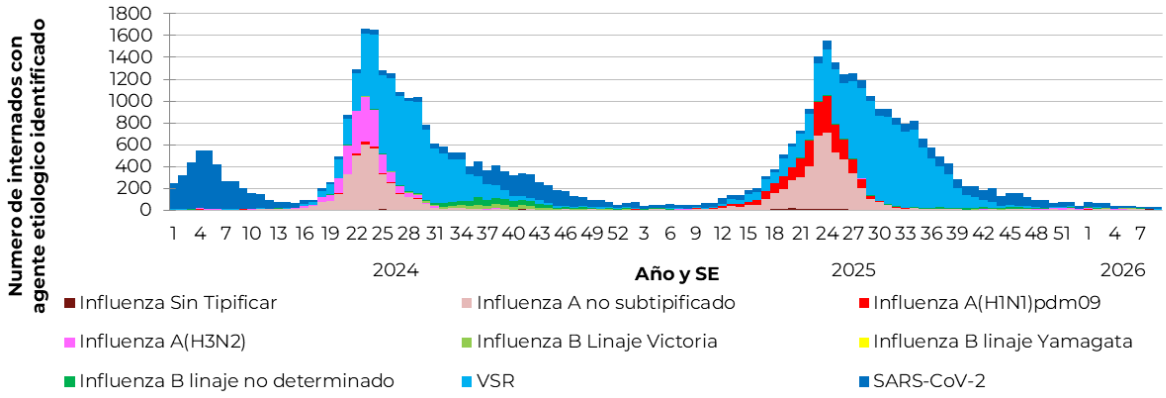
En las primeras 9 SE de 2026 se notificaron 235 casos de SARS-CoV-2 en personas internadas, cifra que resulta un 15,2% inferior a la registrada en igual período de 2025**.** Los casos de SARS-CoV-2 en hospitalizados presentaron un ascenso entre las SE 34 a 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y de valores bajos con algunas oscilaciones en 2025. En las SE 8 y 9 de 2026 se registraron 32 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Adicionalmente, en cuanto a los casos de **influenza**, en las 9 SE de 2026 se registraron un total de 137 detecciones en hospitalizados. A partir de la SE12/2025, se verificó un ascenso sostenido en el número de casos, que alcanzaron el máximo en SE24/2025, con tendencia descendente en las detecciones entre hospitalizados en las siguientes semanas. En las SE 8 y 9 de 2026, se detectaron 15 casos positivos para influenza en internados.

Entre los 137 casos de influenza notificados durante 2026, se registran predominantemente detecciones de influenza A (n= 89), con menor detección de influenza B (n= 38). De los casos de influenza A, 51 cuentan con subtipificación, correspondiendo 8 a influenza A (H1N1) pdm09 y 43 a influenza A (H3N2). En relación con influenza B, 15 casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje.

Respecto a **VSR**, en lo que va de 2026, se notificaron 29 casos hospitalizados positivos para VSR. Durante 2024, a partir de la SE16 se registró un ascenso de las detecciones semanales de VSR, que alcanzaron su máximo en SE26, con un menor número de notificaciones en las siguientes semanas. En 2025 los casos de VSR comenzaron su tendencia asendente en la SE 12.

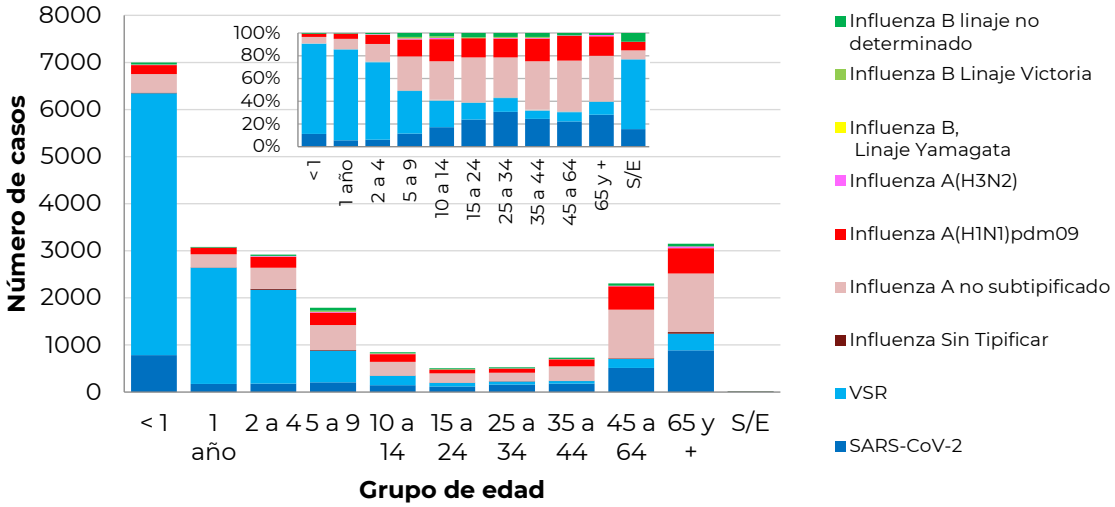
Gráfico 11. Casos hospitalizados notificados con diagnóstico etiológico según agente. SE1/2024 a SE9/2026. Argentina.



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

Con respecto a la distribución por grupos de edad de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, desde SE1/2025 hasta SE9/2026, el mayor número de casos positivos para VSR se registró en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año. Respecto a las detecciones positivas para influenza, las mismas predominaron en adultos mayores y personas de 45 a 64 años, seguido por el grupo de 5 a 9 años. Además, se registran detecciones de SARS-CoV-2 en todos los grupos de edad, principalmente en adultos mayores, y menores de 1 año.

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE9/2026.



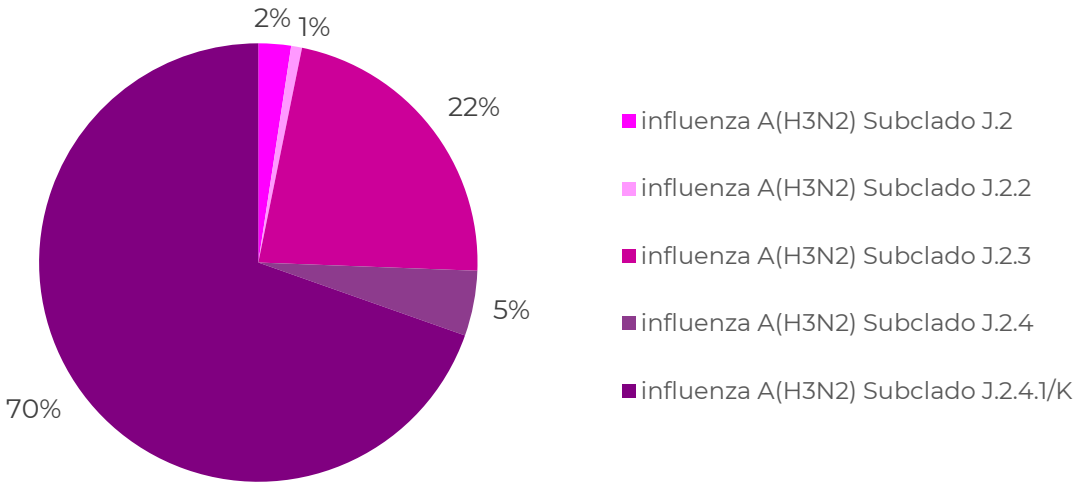
Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

No se registraron fallecimientos con diagnóstico de influenza ni de SARS-CoV-2 en la última SE.

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

Entre las SE 1/2025 y la SE 10/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia recibió muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 23 jurisdicciones. De ellas pudo realizarse la secuenciación genómica de 125 casos, de los cuales 87 correspondieron al subclado J.2.4.1 (K), 28 al subclado J.2.3, 6 al subclado J.2.4 (2 de los cuales presentan antecedentes de viaje), 3 al subclado J.2 (1 con antecedente de viaje), 1 al subclado J.2.2 (sin antecedente de viaje).

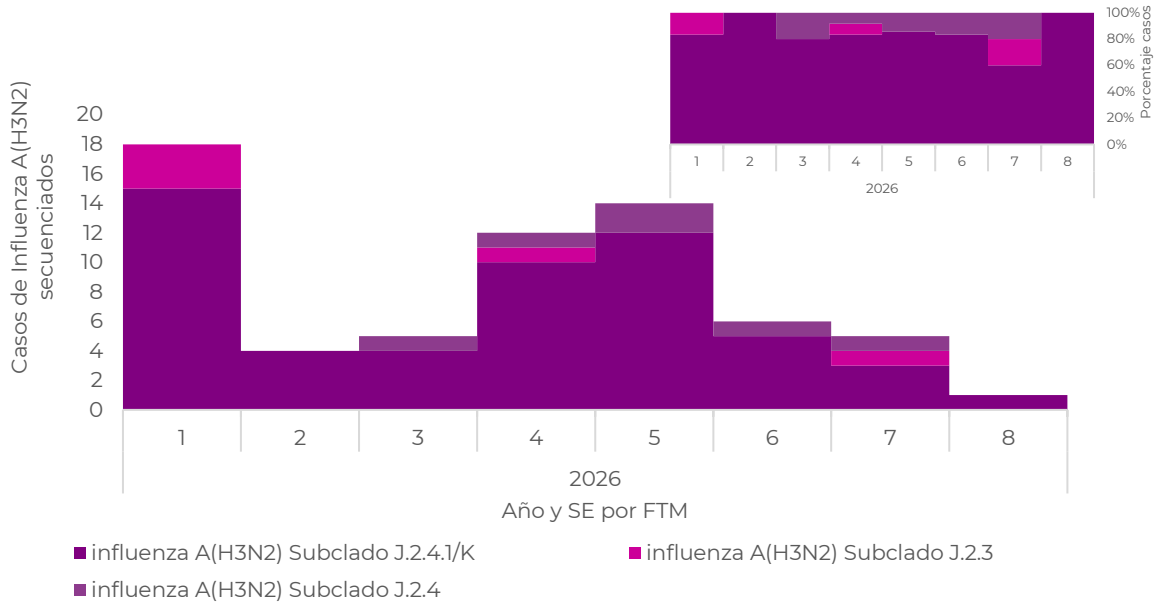
Gráfico 13. Distribución de subclados de Influenza A(H3N2). Argentina. SE 1/2025 a SE 10/2026 (n = 125)



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

Durante el 2026 hasta la SE 7 prevaleció el subclado J.2.4.1 (K) en los casos secuenciados, superando el 60% de las detecciones en todas las semanas, con un mínimo de 5 casos en la SE 7[6] y picos en la SE1 y 5, con 18 y 14 casos respectivamente. Otros subclados identificados en el año en curso fueron el subclado J.2.3 y J.2.4.

Gráfico 14. Distribución temporal de subclados de Influenza A(H3N2) según SE por Fecha de Toma de Muestra (FTM). Argentina. SE1 a SE8, Año 2026 (n = 65).

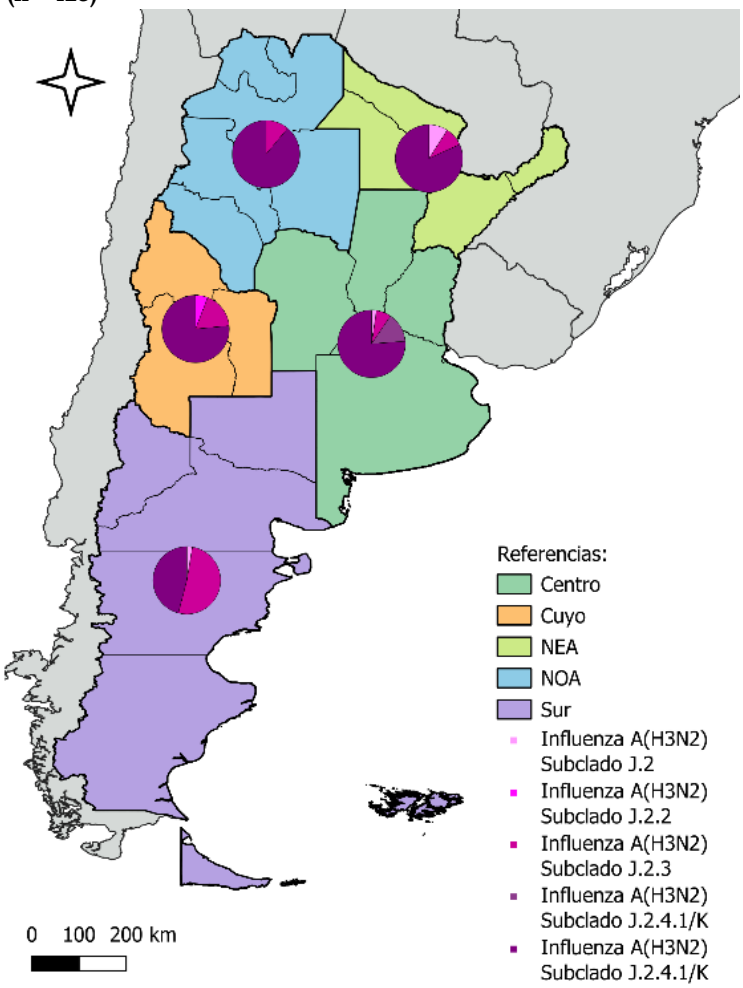


Fuente: elaboración del Departamento de Epidemiología y el Servicio Virosis Respiratorias del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

En 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).

[6] En la SE8 por el momento se secuenció un solo caso con resultado de subclado J.2.4.1 (K).

Mapa 1. Distribución de subclados de Influenza A(H3N2) según Región de residencia. Argentina. SE 1/2025 a SE 10/2026 (n = 125)



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

En cuanto a la distribución por provincia, en 21 jurisdicciones se registraron 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 se detectó solo en Mendoza; el subclado J.2.4 se detectó en Buenos Aires y CABA; el subclado J.2 en 3 jurisdicciones (CABA, Chaco y Santa Cruz); el subclado J.2.3 en 11 y el subclado J.2.4.1 (K) en 20, ambos distribuidos en todas las regiones (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 10/2026.

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**	**32**	**6**	**42**
Buenos Aires	0	0	1	11	5	17
CABA	1	0	1	14	1	17
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**	**16**	**0**	**18**
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	4	0	4
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	87	6	125

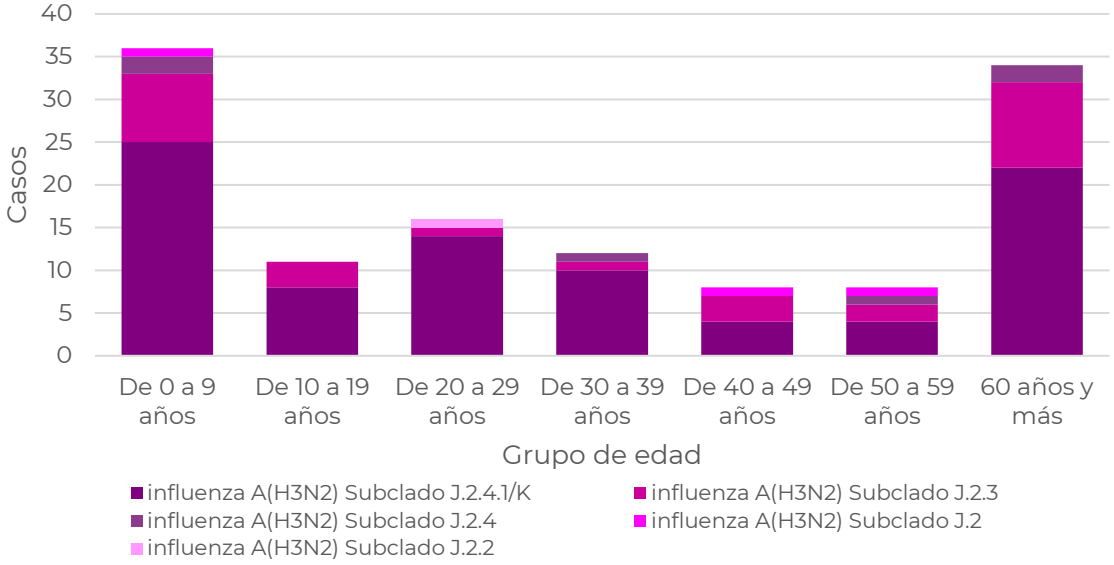
Fuente: elaboración del Departamento de Epidemiología y el Servicio Virosis Respiratorias del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

** 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 J.2.4.1 (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 (36 casos) y los mayores de 60 (34 casos).

Gráfico 15. Casos de Influenza A(H3N2) secuenciados por subclado según grupo de edad. Argentina. SE 1/2025 a SE 10/2026 (n = 125)



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

En cuanto a los antecedentes de vacunación se destaca que el 77% de los casos caracterizados no estaban vacunados y se registraron casos vacunados con diferentes subclados (Ver Tabla 2).

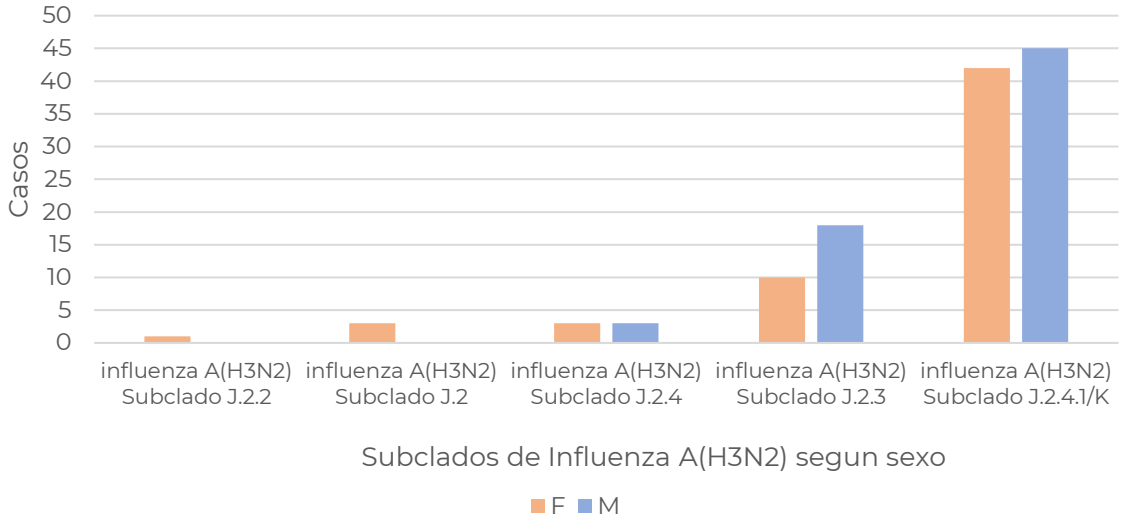
Tabla 2. Casos de Influenza A(H3N2) por vacunación antigripal 2025 según subclado detectado. Argentina. SE 1/2025 a SE 10/2026.

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	6		0%	6
Subclado J.2.4.1/K	65	22	25%	87
Total general	96	29	23%	125

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

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

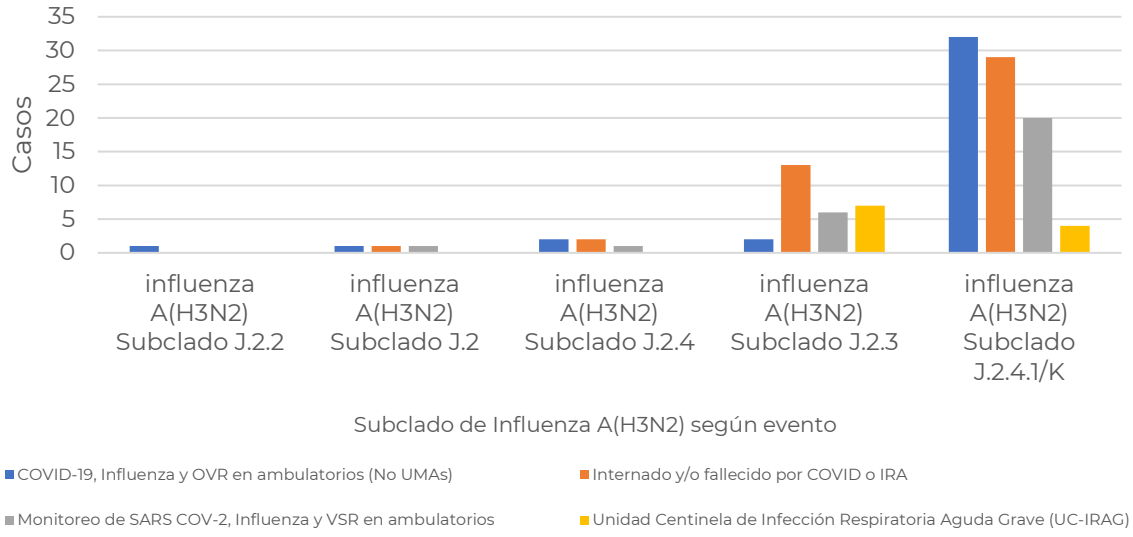
Gráfico 16. Casos de Influenza A(H3N2) por subclado detectado según sexo. Argentina. SE 1/2025 a SE 10/2026 (n=125).



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

En cuanto a 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); 41 en el evento universal de Ambulatorios (NO UMA) y 28 en Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA). En cuanto a los casos detectados del subclado J.2.4.1 (K) se identificaron en los 4 eventos (33 en internados y 54 en ambulatorios).

Gráfico 17. Casos de influenza A(H3N2) por subclado detectado según evento. Argentina. SE 1/2025 a SE 10/2026 (n=125)



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

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

IV.6.A. RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

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

IV.7. Vigilancia epidemiológica

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

En este marco, se recomienda:

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

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

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

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

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

Definiciones:

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

Los lineamientos vigentes para la vigilancia epidemiológica, organización de servicios de salud, prevención y control de las infecciones respiratorias agudas virales están disponibles en: **Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control 2024.**
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf.

IV.8. Recomendaciones para la población

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

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

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

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

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

IV.9. Vacunación antigripal

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

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

Población objetivo para vacunación antigripal:

- Personal de salud.
- Personas embarazadas: en cada embarazo y en cualquier trimestre
- Personas puérperas: hasta el egreso de la maternidad –máximo 10 días-, si no recibiera la vacuna durante el embarazo.
- Entre los 6 a 24 meses de edad: Esquema de dos dosis, separadas al menos de 4 semanas, excepto quienes hubieren recibido dos dosis anteriormente.
- Entre los 2 y 64 años que tengan factores de riesgo*: dosis anual con documentación que acredite la existencia de enfermedades preexistentes incluidas entre los factores de riesgo.
- 65 años y mayores: no se requiere indicación médica para recibir la VACUNA ANTIGRIPAL. Como oportunidad, evaluar VACUNA CONTRA NEUMOCOCO y aplicar si corresponde.
- Personal Estratégico, cuyo desempeño es clave para mantener las funciones esenciales (ej. fuerzas de seguridad del Estado).

* Las condiciones clínicas que aumentan el riesgo de formas graves de influenza incluyen enfermedades respiratorias y cardíacas crónicas, inmunodeficiencias, enfermedades oncohematológicas, trasplantes, diabetes, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica, y otras condiciones específicas. Para mayor información Consultar en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/guia_rapida_antigripal_2025_1732025.pdf.

IV.10. Tratamiento antiviral

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

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la incidencia de complicaciones.[7],[8] 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.[9],[10] En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

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

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

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

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

[7] 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.
[8] 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.
[9] 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.
[10] 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.

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

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

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

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

V. Vigilancia de dengue y otros arbovirus

V.1. Situación regional

De acuerdo con la Plataforma de Información de Salud para las Américas (PLISA)[11] y el ARBO-portal[12] de la Organización Panamericana de la Salud, se presenta la situación epidemiológica de arbovirus actualizada al 12/03/2026 en países de la región seleccionados.

Brasil: hasta la SE 9/2026 se reportaron 280.158 casos de dengue, de los cuales 50.711 fueron confirmados por laboratorio. Estos últimos, representaron un 89% menos que en la misma semana de 2025, con 28 fallecimientos registrados. En cuanto a chikungunya, se reportaron un total de 20.338 casos, con 3 fallecimientos registrados. De ellos, 6.059 fueron confirmados, lo que implica una disminución del 84% respecto de los confirmados en la misma semana de 2025. Respecto al zika, hasta la SE 8/2026 se registraron 5.922 casos notificados, de los cuales 536 fueron confirmados. Esta cifra es similar a la registrada en la misma semana de 2025 (530 casos confirmados). No se registraron fallecimientos para este evento. 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 9/2026 se registraron un total de 4.733 casos de dengue, sin fallecimientos asociados. De ellos, 81 casos fueron confirmados por laboratorio, lo que implica un 81% menos que en la misma semana de 2025. Respecto de chikungunya, se notificaron 3 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 8/2026 se reportaron un total de 7.457 casos de dengue, con 12 fallecimientos registrados. De ellos, 3.246 fueron confirmados por laboratorio, representando una disminución del 66% en los casos confirmados respecto a la misma semana del año anterior. Con relación a chikungunya, hasta la SE 7/2026 se notificaron 4 casos sin confirmación por laboratorio, situación similar a la registrada en la misma semana de 2025. Respecto al zika, hasta la misma semana se notificaron 7 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 emitió una alerta

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

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

epidemiológica. Se documentó una circulación importante en las regiones centro-oeste y sudeste de Brasil y sur de Bolivia[13].

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, en Perú los serotipos DEN-1, DEN-2, DEN-3 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 valores similares a los observados el año anterior.

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

V.2.A. NOTA METODOLÓGICA

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

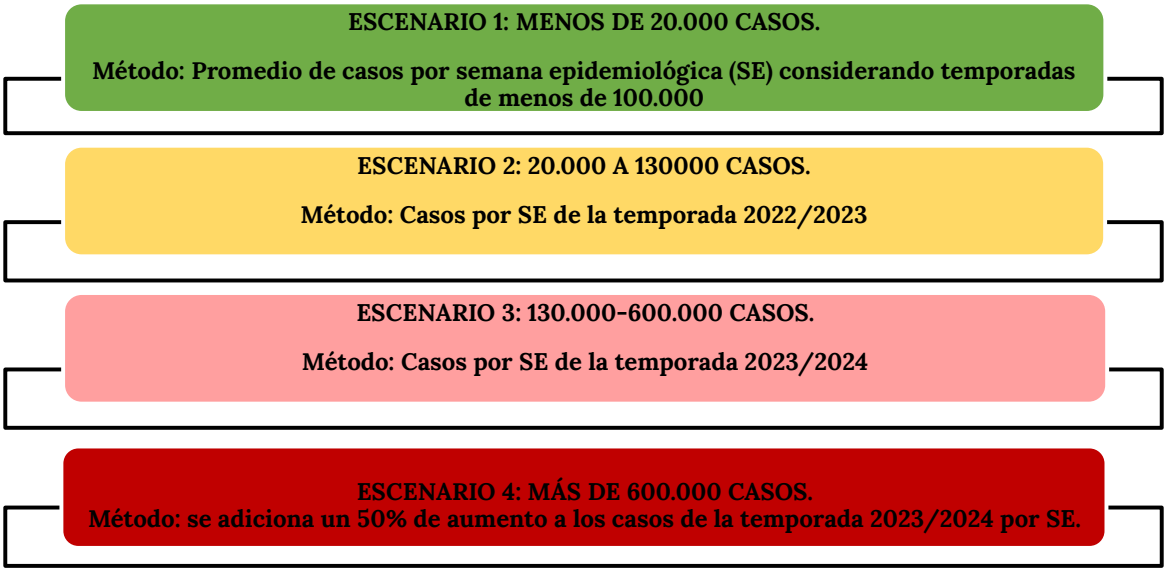
- **Escenario 1 (<20.000 casos):** se calculó a partir del promedio de casos semanales correspondientes a temporadas históricas con más de 1000 y menos de 100.000 casos de dengue, lo que refleja períodos de baja circulación viral y brotes de alcance limitado.
- **Escenario 2 (20.000 a 130.000 casos):**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

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

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

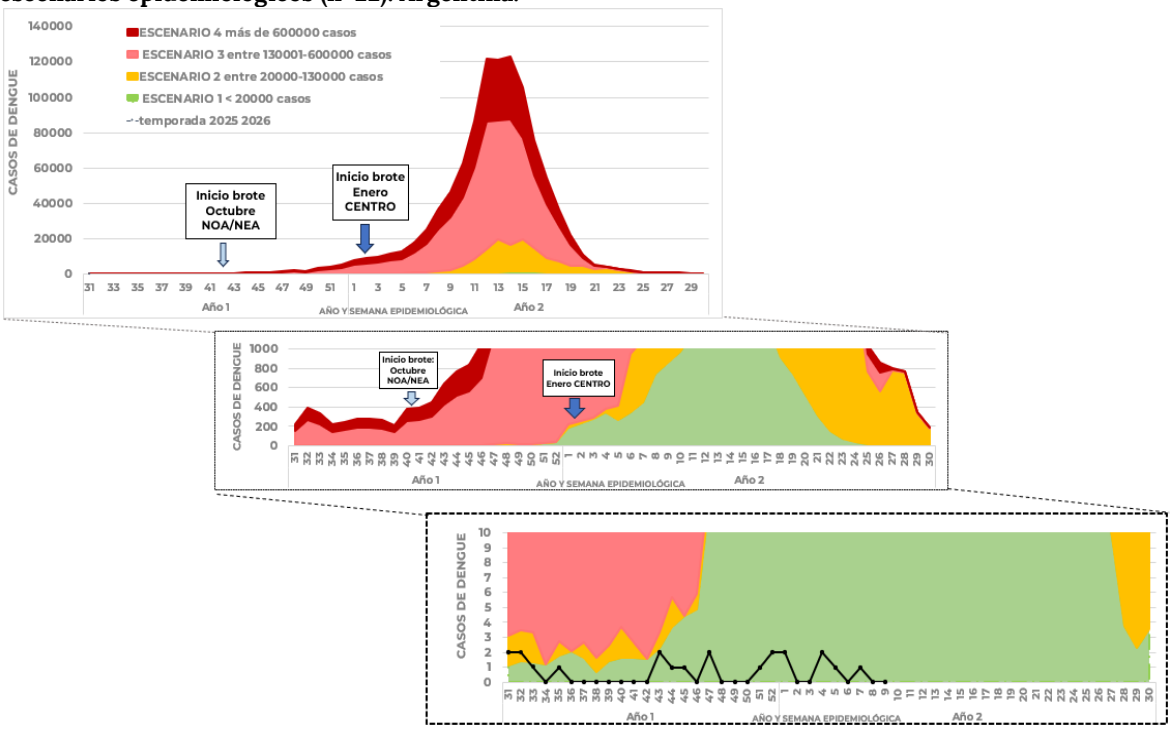
En el último gráfico (detalle en zoom) se presentan los casos de la temporada 2025-2026 y su representación en el modelo de escenarios estimados. Entre las SE31/2025 y SE9/2026 se notificaron 22 casos confirmados de dengue, de los cuales 15 fueron importados. Estos registros iniciales permiten dimensionar el inicio de la temporada y anticipar su evolución en comparación con temporadas previas. Por el momento, la situación se mantiene en un **escenario de bajo riesgo** (Gráfico 2)

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



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

Gráfico 2. Casos de dengue de la temporada 2025-2026 representados en el modelo de estimación de escenarios epidemiológicos (n=22). Argentina.



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

V.3. Situación de dengue en Argentina

V.3.A. 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 SE9/2026, 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[14], desde el inicio de la nueva temporada se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) **13.543** casos sospechosos de dengue, de los cuales **22** 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).

- **Seis** casos notificados en **CABA**: **cinco** con antecedente de viaje a Brasil (SE32), Sri Lanka (SE35/**DENV-3**), Pakistán (SE45), México (SE47/**DENV-3**) y Venezuela (SE1) y **un caso sin antecedente de viaje** (SE8) con residencia en Barracas con rescate de DENV-2.

- **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 9/2026 se notificaron **777** 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.

[14]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 SE9/2026. 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	42	5	5	DENV-1 DENV-2 DENV-3	1019	271	1346	9
CABA	1	14	5	1	DENV-1 DENV-2 DENV-3	301	129	451	6
Córdoba	0	28	1	0	DENV-2	1861	104	1994	1
Entre Ríos	0	3	3	1	DENV-3	252	6	265	3
Santa Fe	0	22	0	2		965	67	1056	0
Total Centro	**5**	**109**	**14**	**9**		**4398**	**577**	**5112**	**19**
Mendoza	0	0	1	1	DENV-3	112	5	119	1
San Juan	0	1	0	0		37	1	39	0
San Luis	0	0	0	0		60	8	68	0
Total Cuyo	**0**	**1**	**1**	**1**		**209**	**14**	**226**	**1**
Chaco	0	9	0	0		766	11	786	0
Corrientes	0	7	0	0		122	21	150	0
Formosa	2	1	0	0	DENV-2	3718	3	3724	2
Misiones	0	2	0	0		439	1	442	0
Total NEA	**2**	**19**	**0**	**0**		**5045**	**36**	**5102**	**2**
Catamarca	0	2	0	0		226	2	230	0
Jujuy	0	0	0	0		308	16	324	0
La Rioja	0	4	0	0		179	4	187	0
Salta	0	5	0	0		749	107	861	0
Santiago del Estero	0	0	0	0		90	61	151	0
Tucumán	0	52	0	1		1109	48	1210	0
Total NOA	**0**	**63**	**0**	**1**		**2661**	**238**	**2963**	**0**
Chubut	0	0	0	0		12	2	14	0
La Pampa	0	0	0	0		67	8	75	0
Neuquén	0	0	0	0		22	1	23	0
Río Negro	0	0	0	0		2	0	2	0
Santa Cruz	0	0	0	0		20	2	22	0
Tierra del Fuego	0	0	0	0		4	0	4	0
Total Sur	**0**	**0**	**0**	**0**		**127**	**13**	**140**	**0**
Total País	**7**	**192**	**15**	**11**		**12440**	**878**	**13543**	**22**

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).

Casos Probables

Si bien en la actualidad se registra una **baja circulación de dengue** a nivel nacional y los casos confirmados continúan siendo escasos y mayormente aislados, en las últimas semanas se observa un aumento en la notificación de casos probables, principalmente en las jurisdicciones de **Buenos Aires, Córdoba, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Tucumán y Santa Fe**.

En este contexto, resulta fundamental promover la toma de **segundas muestras** y completar los estudios diagnósticos en los casos probables, con el objetivo de confirmar o descartar dengue de manera adecuada y mejorar la calidad de la vigilancia epidemiológica. El estudio de pares serológicos es importante que también se acompañe de la **intensificación de búsqueda de otros**

febriles en el área de casos probables y priorizar la toma de muestras agudas a fin de confirmar rápidamente si efectivamente hay circulación activa de dengue y qué serotipo se encuentra involucrado.

Este abordaje cobra particular relevancia considerando que distintos Arbovirus pueden circular de forma simultánea y generar cuadros clínicos compatibles con **síndrome febril agudo inespecífico (SFAI).** Por ello, además de confirmar o descartar dengue, es importante continuar el estudio de otros virus de la misma familia viral, como el de la Encefalitis de San Luis, para el cual se registra un aumento de notificaciones en las últimas semanas en la provincia de Buenos Aires y que podría estar causando reacciones cruzadas. Recordemos también que la detección de anticuerpos IgM/IgG puede deberse a infecciones por dengue previas, vacunación o incluso reacciones inespecíficas que deben evaluarse y aclararse a los fines de la vigilancia de salud pública y el diagnóstico individual.

Dado que el dengue se enmarca dentro de los eventos bajo vigilancia del síndrome de SFAI, cuando los estudios iniciales no permiten confirmar dengue, resulta clave profundizar la investigación etiológica para identificar la causa del cuadro clínico. El estudio exhaustivo de los casos probables permite no solo mejorar la clasificación de los eventos, sino también fortalecer la vigilancia de otros Arbovirus, favorecer la detección oportuna de cambios en los patrones de circulación viral y optimizar la capacidad de respuesta del sistema de salud ante posibles escenarios de transmisión. Esta situación cobra mayor relevancia, considerando además, que recientemente se ha detectado la reintroducción de CHIKV en el territorio nacional.

V.3.B. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS CASOS DE DENGUE (N=22)

La mediana de edad fue de 45 años. El grupo etario con mayor proporción de casos correspondió a personas de 45 a 65 años, seguido por los grupos de 35 a 44 años y de 25 a 34 años. No hay diferencia proporcional por sexo.

Hasta el momento no se registraron casos graves ni fallecimientos. Un caso requirió internación pero de corta duración, con evolución clínica favorable y alta sin complicaciones.

V.3.C. CASO FALLECIDO CON HALLAZGOS SEROLÓGICOS PARA DENGUE Y COMPROMISO NEUROLÓGICO POR MENINGOENCEFALITIS POR SAMS EN CIUDAD DE SANTA FE.

Se analizó en el marco del Comité Nacional de Vigilancia de Gravedad y Mortalidad por Dengue, junto con el equipo de la provincia de Santa Fe, el caso de una paciente femenina de 62 años residente en la ciudad de Santa Fe, con antecedente de diabetes mellitus no controlada, que inició síntomas el 05/01/2026 con un cuadro digestivo y posterior compromiso neurológico con cuadriparesia e insuficiencia respiratoria, requiriendo internación en unidad de terapia intensiva y falleciendo el 25/01/2026.

En el estudio del líquido cefalorraquídeo se observaron parámetros compatibles con infección del sistema nervioso central y cultivo positivo para *Staphylococcus aureus* meticilino sensible (SAMS). En relación con dengue, se registraron resultados de NS1 y PCR negativos, con MAC-ELISA positiva en suero y LCR tanto en el Laboratorio Central de Santa Fe como en el INEVH, donde además la prueba de neutralización confirmó la presencia de anticuerpos para virus dengue con títulos elevados desde la primera muestra y cruce serológico entre serotipos, descartándose otros flavivirus.

La investigación epidemiológica no identificó antecedentes de viaje reciente ni otros casos asociados en el área de residencia, en un contexto sin circulación documentada de dengue en la provincia desde 2025. Como antecedente relevante, la paciente contaba con diagnóstico

previo de dengue en marzo de 2024 y no presentaba antecedente de vacunación contra este virus. En el marco de la investigación se implementaron acciones de bloqueo vectorial y búsqueda activa de personas con síndrome febril en el domicilio y el barrio de residencia, sin detectarse casos sospechosos. Hasta el cierre de este informe, no se habían registrado casos confirmados de dengue ni en la ciudad de Santa Fe ni en el resto de la provincia.

Conclusiones

La **causa de fallecimiento** se considera, de acuerdo con la información clínica y microbiológica presentada durante la reunión, probablemente atribuible a una **meningoencefalitis por *Staphylococcus aureus* meticilino sensible (SAMS)**. En este contexto, el fallecimiento no se interpreta como vinculado a dengue como causa principal. No obstante, la evidencia serológica disponible sugiere la posibilidad de infección reciente por virus dengue, con un perfil inmunológico compatible con infección secundaria.

Por lo tanto, en función del análisis realizado por este comité en conjunto con el equipo jurisdiccional, y considerando la evaluación integrada de los criterios clínicos, epidemiológicos y virológicos disponibles, se propone la clasificación del caso como **dengue probable**, dado que no es posible descartar completamente la existencia de una coinfección por virus dengue.

V.3.D. CONSIDERACIONES PARA LA VIGILANCIA POR LABORATORIO

Los servicios de salud deben seguir las directrices establecidas para el manejo de casos sospechosos de dengue y asegurar la realización de estudios de laboratorio apropiados para confirmar o descartar la infección, sobre todo en los grupos de pacientes priorizados y en las diferentes fases de preparación, alerta, respuesta y recuperación de la epidemia. Es fundamental el trabajo coordinado entre las áreas de atención de pacientes, epidemiología y laboratorios para no sobrecargar la demanda de diagnóstico etiológico, particularmente en lo relativo a las acciones de vigilancia laboratorial de acuerdo a la disponibilidad de insumos y recurso humano.

En el contexto epidemiológico actual, con una epidemia de dengue en las temporadas anteriores, se recomienda la aplicación de método directos y confirmatorios (ELISA NS1 para dengue, aislamiento viral y qRT-PCR) aplicados a muestras agudas (hasta 6 días de evolución) con el objetivo de proveer al sistema de vigilancia con información de certeza que permita identificar y caracterizar los arbovirus circulantes en un área, de modo de generar un alerta temprano que oriente adecuadamente la implementación de medidas de prevención y control.

En el caso de que los primeros casos compatibles con un inicio de circulación viral en un área correspondan a pacientes con un cuadro de 4 o más días de evolución en los que únicamente se detecte la presencia de anticuerpos tipo IgM, es necesario tener la consideración que los anticuerpos IgM son marcadores de infección reciente, no necesariamente aguda. En estudios realizados en epidemias de dengue anteriores en Argentina, se ha constatado que un porcentaje de pacientes pueden presentar persistencia de IgM para dengue por más de 3 meses e incluso a más de un año. Por lo tanto, en esos casos, se plantea el estudio por prueba de neutralización en par de sueros con muestras tomadas con 10 a 15 días de diferencia para confirmar circulación viral o descartar el caso de dengue al evidenciar la seroconversión de anticuerpos tipo IgG, así como estudiar otros flavivirus y descartar la detección de cruces serológicos. Esta acción es fundamental cuando no existan casos confirmados por qRT-PCR e identificación de serotipo. No obstante, es

fundamental la investigación epidemiológica y búsqueda activa para captar otros casos febriles que pudieran presentarse en la zona y proceder a la toma de muestras en fase aguda.

En los casos con sintomatología compatible de dengue pero que cuentan con antecedentes de vacunación dentro de los 30 días inclusive de la última dosis de vacuna, no deben realizarse estudios de diagnóstico etiológico, a excepción de los casos graves o fatales. En caso de FIS más allá de los 30 días de la última dosis de vacuna se puede realizar diagnóstico etiológico SÓLO a través de métodos directos dentro de los 6 días de la fecha de inicio de síntomas (FIS <6 días) y preferentemente, por métodos moleculares. Los métodos indirectos basados en serología para la detección de anticuerpos IgM e IgG con resultados positivos no permiten diferenciar infección por virus dengue o respuesta inmune vacunal en este contexto. Si no es posible realizar el diagnóstico en la jurisdicción deberán arbitrarse los medios dispuestos a través de la red nacional de laboratorios de dengue y otros arbovirus para lograr el diagnóstico de laboratorio que permita reconocer la situación epidemiológica de la localidad.

Se debe sostener la derivación de un porcentaje de muestras positivas y negativas en todas las fases del plan al Centro Nacional de referencia para corroboración, complementación de metodologías, y caracterización virológica y genómica de los agentes virales. Particularmente en el período de alerta temprano y luego de un período Inter epidémico resulta de relevancia determinar si los arbovirus que se están detectando corresponden a nuevas introducciones en el territorio o corresponde a circulación sostenida de los agentes virales previamente caracterizados.

La derivación de muestras al Centro Nacional de Referencia para estudios de caracterización genómica viral es importante que cumpla criterios de representación geográfica, temporal y de espectro clínico, priorizando aquellos casos positivos por técnicas de qRT-PCR con valores de CT inferiores a 28 idealmente.

V.4. Situación de Fiebre Chikungunya en Argentina

Durante la temporada en curso se notificaron **2.701** casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, de los cuales **103** corresponden a casos confirmados y probables.

Los casos notificados en las jurisdicciones de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Córdoba y San Luis 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.

Durante la SE8/2026 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.

Además. se notificaron **2** casos confirmados sin antecedente de viaje en el departamento Capital, Jurisdicción Santiago del Estero con fecha de inicio de síntomas 08/03. Los síntomas

reportados fueron: fiebre, mialgias, cefalea y en uno de los casos además, poliartralgias y vómitos.

Tabla 2. Fiebre Chikungunya: Casos según clasificación por jurisdicción y región. Temporada 2025/2026. SE31 a SE9/2026. 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	3	2	77	5
CABA	0	0	3	0	12	3
Córdoba	0	0	2	0	1347	2
Entre Ríos	0	0	0	0	33	0
Santa Fe	0	0	0	0	120	0
Total Centro	**0**	**0**	**8**	**2**	**1589**	**10**
Mendoza	0	0	0	0	21	0
San Juan	0	0	0	0	2	0
San Luis	0	0	1	0	14	1
Total Cuyo	**0**	**0**	**1**	**0**	**37**	**1**
Chaco	0	1	0	0	152	1
Corrientes	0	0	0	0	2	0
Formosa	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	44	0
Total NEA	**0**	**1**	**0**	**0**	**198**	**1**
Catamarca	0	0	0	0	1	0
Jujuy	0	0	0	0	63	0
La Rioja	0	0	0	0	12	0
Salta	52	5	20	9	524	86
Santiago del Estero	2	0	0	0	16	2
Tucumán	2	1	0	0	256	3
Total NOA	**56**	**6**	**20**	**9**	**872**	**91**
Chubut	0	0	0	0	1	0
La Pampa	0	0	0	0	1	0
Neuquén	0	0	0	0	1	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**	**5**	**0**
Total País	**56**	**7**	**29**	**11**	**2701**	**103**

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

V.5. Casos de fiebre Chikungunya en Salta

Hasta la fecha se notificaron **86** casos de Fiebre Chikungunya, de los cuales 72 se encuentran confirmados y 14 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 **139%** en los casos confirmados y probables notificados, magnitud que, por su velocidad de crecimiento, resulta compatible con un escenario de brote en curso.

La mediana de edad fue de 33 años. El grupo etario con mayor proporción de casos correspondió a personas de 45 a 65 años, seguido por los grupos de 10 a 14 años y de 35 a 44 años. El 53% de los casos corresponde a sexo legal femenino.

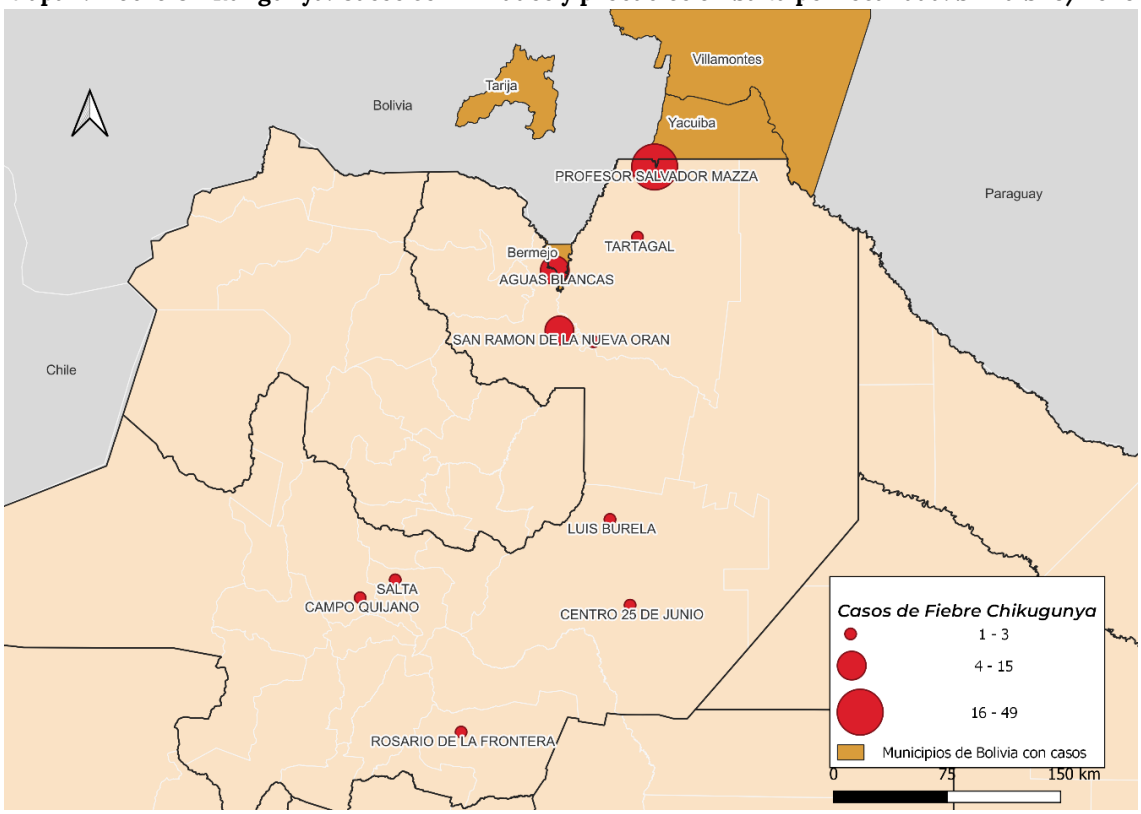
Hasta el momento no se registraron casos graves ni fallecimientos. Once casos requirieron internación de corta duración, con evolución clínica favorable y alta sin complicaciones.

Tabla 3. Casos de fiebre Chikungunya por localidad. Salta. SE09/2026.

Departamento	Localidad	Casos de Chikungunya
Anta	Centro 25 de Junio	1
	Luis Burela	1
Capital	Salta	2
Grl. José de San Martín	Profesor Salvador Mazza	50
	Tartagal	3
	Embarcación	3
Orán	Aguas Blancas	15
	San Ramón de la Nueva Orán	9
Rosario de la Frontera	Rosario de la Frontera	1
Rosario de Lerma	Campo Quijano	1

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

Mapa 1. Fiebre Chikungunya: Casos confirmados y probables en Salta por localidad. SE2 a SE9/2026



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

V.6. Situación epidemiología de otros Arbovirus en Argentina

V.6.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 **317** 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 **77** 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 **13** casos clasificados como encefalitis confirmadas o probables por Arbovirus, 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 no es 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, Santa Fe y Jujuy. De los 13 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 posible circulación o introducción 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 SE9/2026).

Tabla 3. Número de muestras estudiadas y positivas con y sin antecedente de viaje para Encefalitis Arbovirales. SE31/2025 a SE9/2026. 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	34	1	26	1	7
CABA	0	1	0	0	0	0
Córdoba	0	231	0	4	1	1
Entre Ríos	0	9	0	2	0	0
Santa Fe	0	17	0	13	1	0
Total Centro	**0**	**292**	**1**	**45**	**3**	**8**
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	1	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**	**1**	**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	0	0	0	0	0
Total Sur	**0**	**2**	**0**	**1**	**0**	**0**
Total País	**0**	**317**	**1**	**77**	**5**	**8**

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.6.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 SE9/2026).

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 SE9/2026. Argentina.

Evento	Fiebre de Oropouche		Enfermedad por virus Zika		Fiebre amarilla	
Jurisdicción	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Buenos Aires	0	66	0	34	0	9
CABA	0	6	0	3	0	0
Córdoba	0	63	0	38	0	1
Entre Ríos	0	8	0	1	0	0
Santa Fe	0	66	0	25	0	8
Total Centro	**0**	**209**	**0**	**101**	**0**	**18**
Mendoza	0	13	0	2	0	0
San Juan	0	0	0	1	0	0
San Luis	0	4	0	8	0	0
Total Cuyo	**0**	**17**	**0**	**11**	**0**	**0**
Chaco	0	26	0	109	0	2
Corrientes	0	0	0	0	0	0
Formosa	0	22	0	0	0	0
Misiones	0	3	0	38	0	7
Total NEA	**0**	**51**	**0**	**147**	**0**	**9**
Catamarca	0	0	0	0	0	0
Jujuy	0	33	0	27	0	0
La Rioja	0	9	0	9	0	9
Salta	0	90	0	191	0	0
Santiago del Estero	0	2	0	14	0	0
Tucumán	0	129	0	8	0	5
Total NOA	**0**	**263**	**0**	**249**	**0**	**14**
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**	**541**	**0**	**508**	**0**	**41**

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 **541** 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 **508** 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 **41** 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, 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[15] 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 de este 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 y características, y sensibilizar a los actores involucrados en la atención, el diagnóstico, el tratamiento, la notificación, la prevención y el control de la patología.

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

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

VI.2. Situación epidemiológica actual

VI.2.A. NOTA METODOLÓGICA

El análisis de la información se realiza por la caracterización epidemiológica del evento nominal "Hantavirosis". Se consideran como casos confirmados aquellos que cuentan con resultados de laboratorio detectable o reactivo, según la última definición de caso consensuada publicada en la Circular de Vigilancia de Mayo 2025[16], 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.

Para la confección de los mapas se calculó la incidencia media anual del período 2018–2026 a partir del total de casos registrados entre las temporadas 2018–2019 y 2025–2026, dividido por la suma de las poblaciones correspondientes al año inicial de cada temporada. Los resultados se expresaron por 100.000 habitantes. En el caso del mapa 1, se utilizó la serie histórica de las bases del SIVILA y del SNVS 2.0, no se incluyeron los casos importados de la base SIVILA.

VI.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

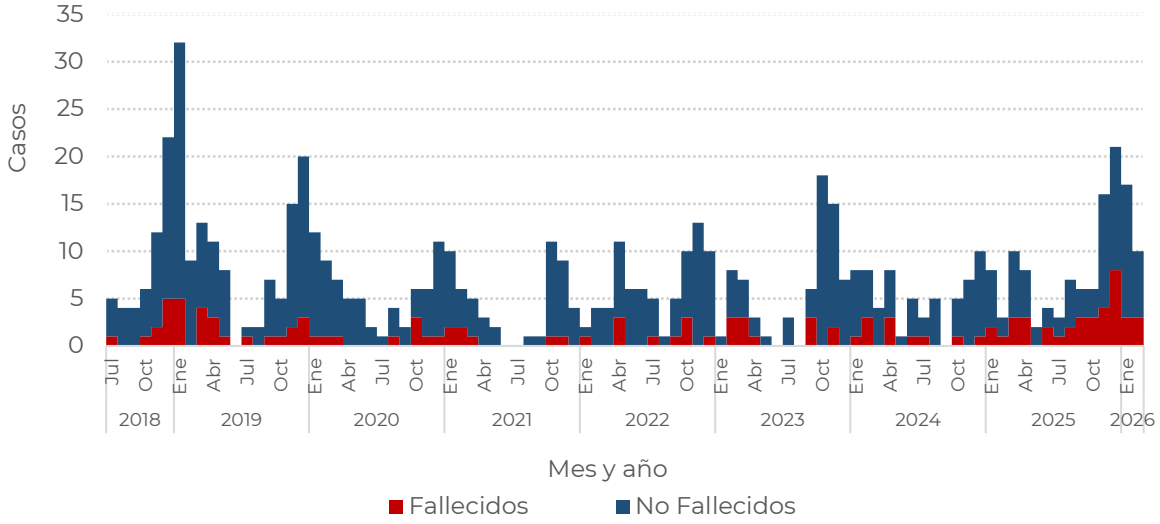
La situación epidemiológica actual se caracterizó a partir de la comparación de temporadas, es decir los períodos comprendidos entre los meses julio de un año y junio del siguiente (Por ej. SE 27/2018- SE 26/2019) para, de esta manera, poder contrastar el aumento de casos en períodos estivales entre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

Caracterización según temporalidad y regiones del país

A continuación, se presentan los casos confirmados según mes, año y condición de egreso desde la temporada 2018-2019 (SE 27/2018 a SE 26/2019) a la semana actual (SE 9/2026). Debe considerarse que la temporada 2018-2019 incluye el brote de transmisión interhumana ocurrido en Epuyén, Chubut, por lo que concentra un mayor número de casos confirmados (126).

[16] 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 09/2026, Argentina. (N=630)

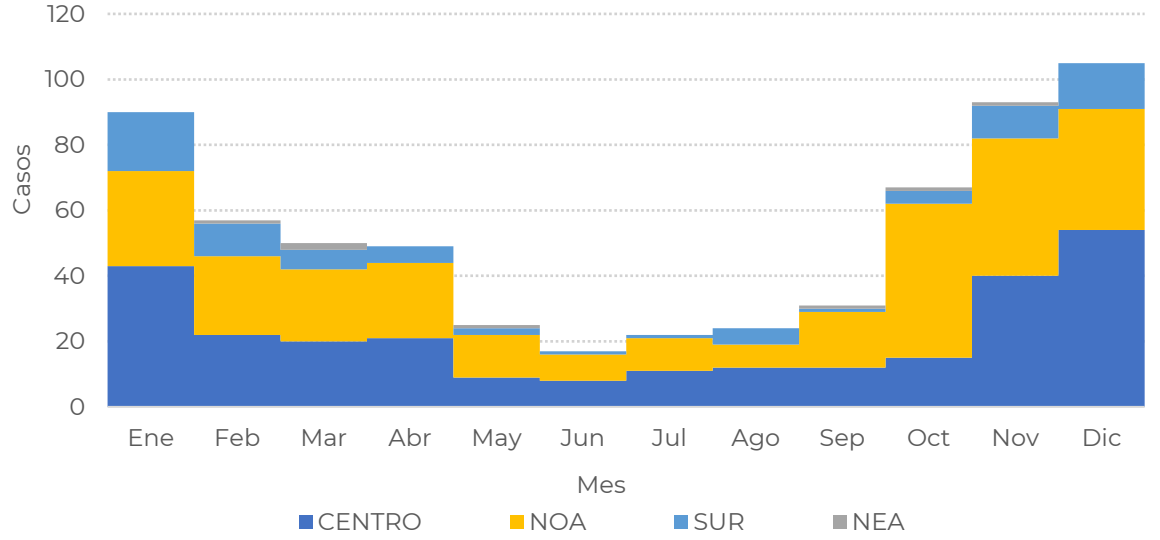


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En el presente análisis, en comparación con el BEN anterior, se identificó 1 nuevo caso de hantavirosis correspondiente a la provincia de Chubut en febrero de 2026. Este caso se encuentra relacionado a otro caso del mes de enero, por lo que se estudia una posible transmisión interhumana. No se reportaron nuevos fallecidos. Con estas notificaciones, en lo que va de 2026, se confirmaron 27 casos, con un total de 6 fallecimientos.

En el período analizado se acumularon 630 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.

Gráfico 2. Hantavirosis: Casos acumulados según mes y región. SE 27/2018 a SE 09/2026, Argentina. (N=630)

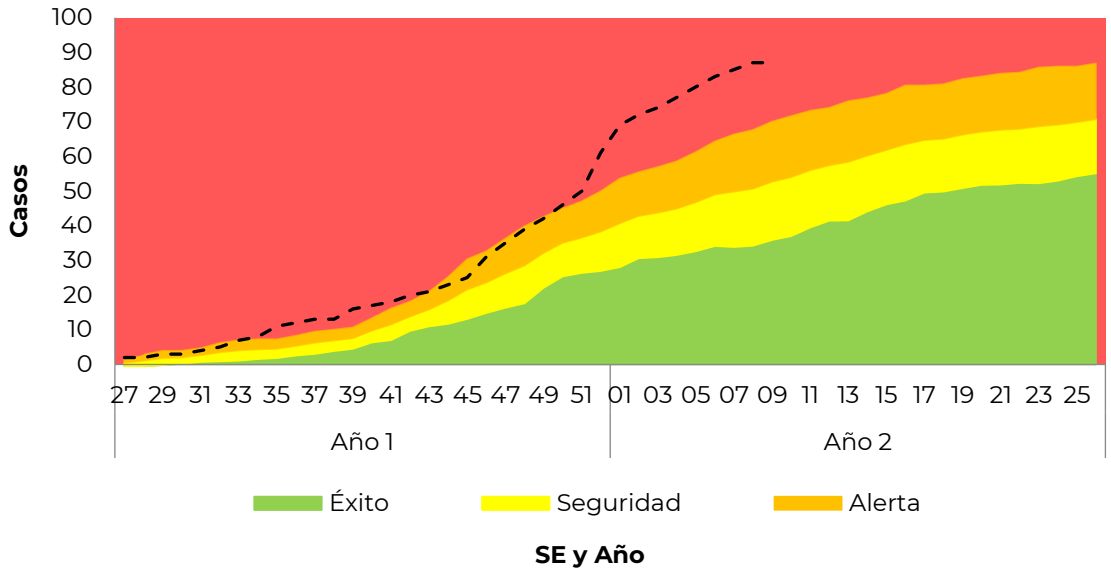


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

En la curva histórica de casos mensuales, se observa que el 81% de los casos se concentran entre los meses de octubre a abril. Este patrón se verifica en las 3 regiones que concentran la mayor carga de la enfermedad (NOA, Sur y Centro). 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=87)

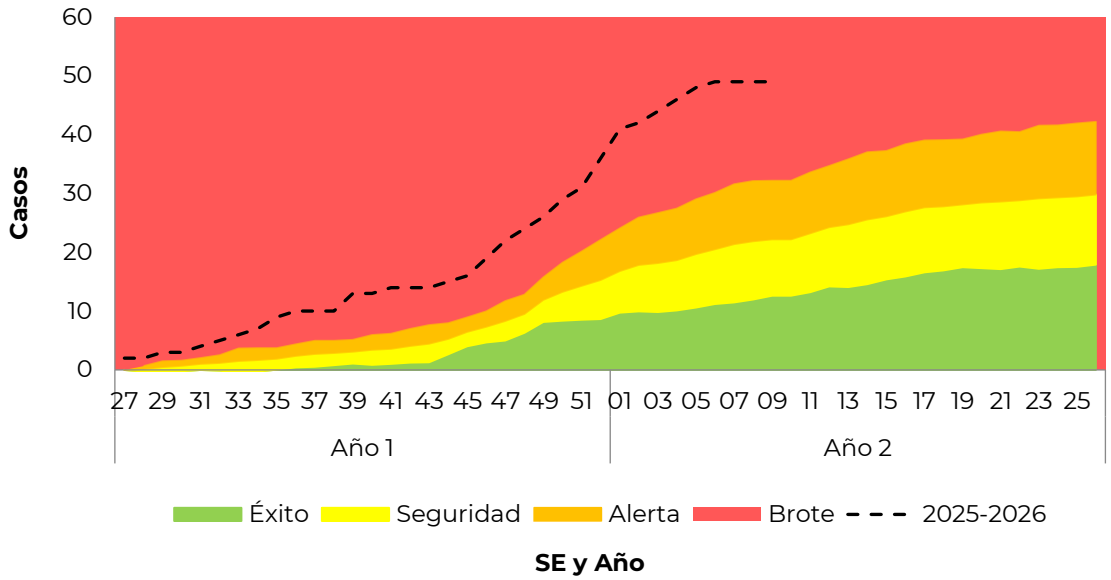


*Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0. *Tanto para el total país como para los corredores regionales, se excluyeron del período comparativo los casos de la temporada 2018-2019 por ser una temporada de brote.*

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)

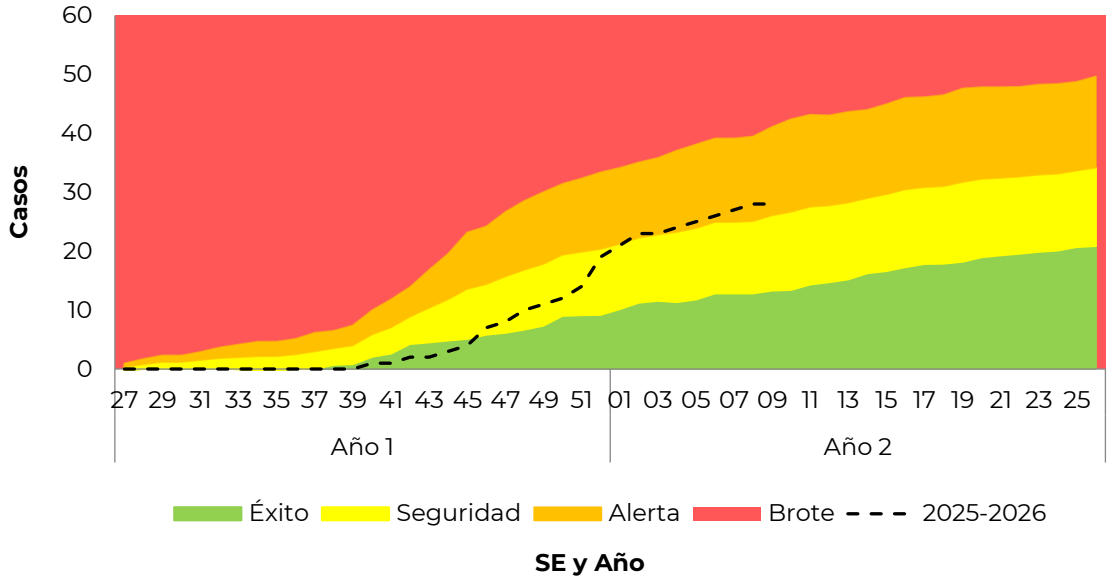


Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

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)



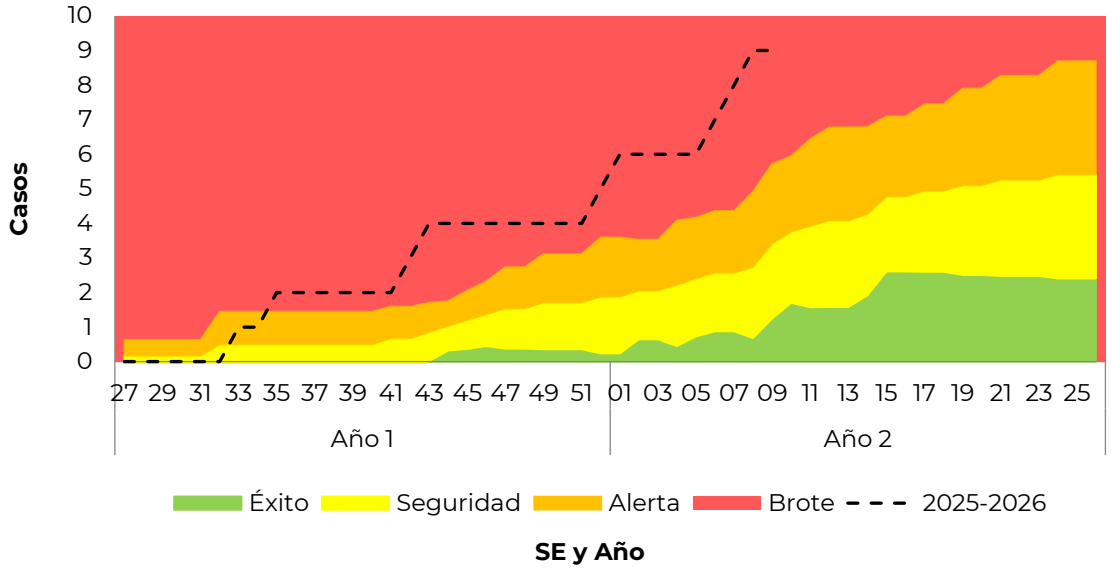
Fuente: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.

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=9)



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 9 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 SE 9). (N=385)

Temporada	2019-2020 (hasta SE9)		2020-2021 (hasta SE9)		2021-2022 (hasta SE9)		2022-2023 (hasta SE9)		2023-2024 (hasta SE9)		2024-2025 (hasta SE9)		2025-2026 (hasta SE9)	
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 Rios	2	0,14	4	0,29	1	0,07	3	0,21	2	0,14	4	0,28	5	0,34
Santa Fe	9	0,26	6	0,17	4	0,11	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	3	0,45
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**	**87**	**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

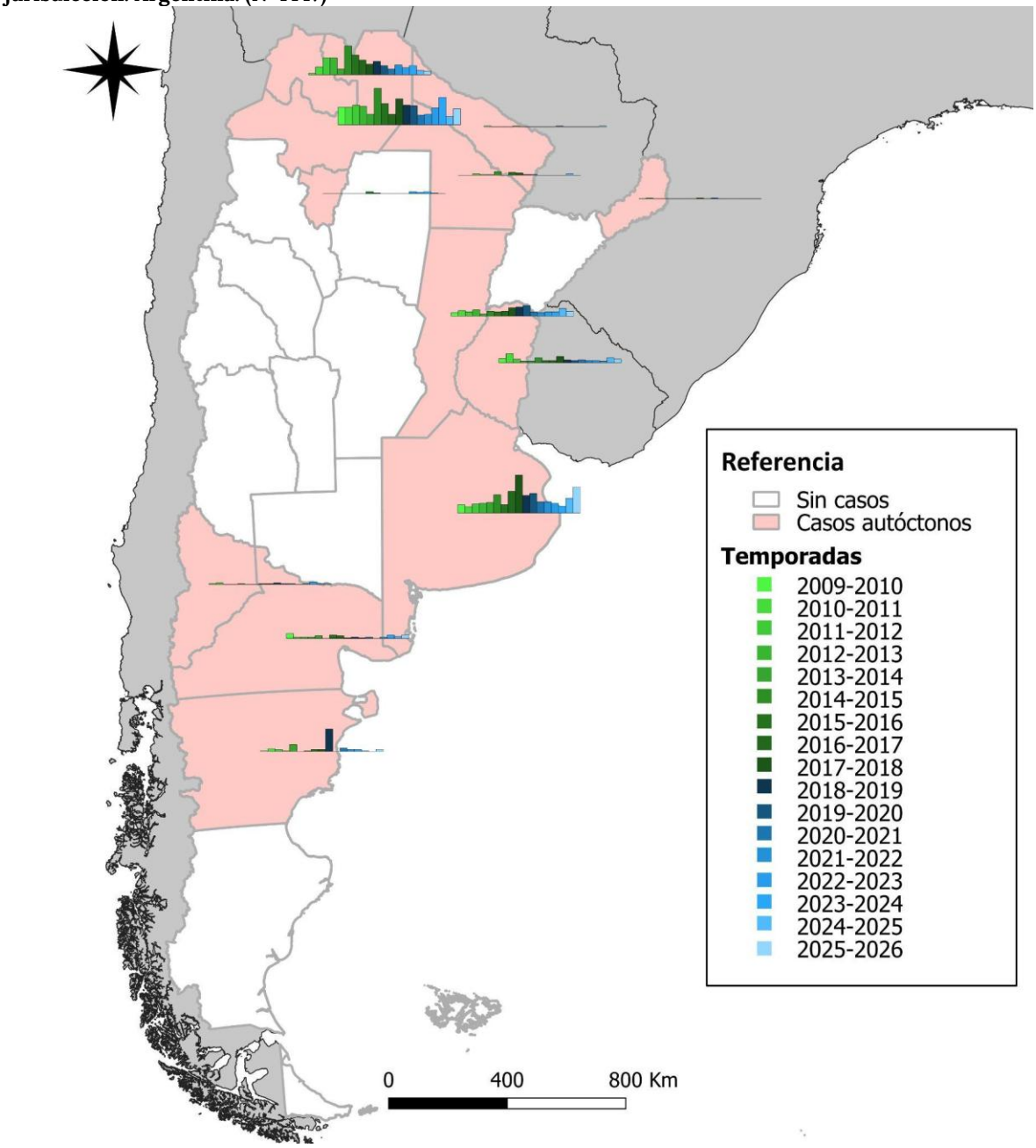
En enero de 2026, hasta la SE actual, se notificaron un total de 27 casos de hantavirosis en las provincias de Buenos Aires (13), Salta (8), Chubut (2), Río Negro (2), Entre Ríos (1) y Jujuy (1).

La temporada actual muestra la incidencia nacional más alta 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 4 veces mayor que la de Chubut (0,45), la cuarta provincia con mayor incidencia a nivel país.

En el siguiente mapa, se presenta la incidencia histórica de cada temporada por provincia de los 1447 casos de hantavirosis notificados desde la SE 27/2009. La descripción de los casos histórica permite caracterizar riesgos diferenciales asociados a patrones temporales, 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. Hantavirosis: Serie histórica de casos confirmados desde SE 27/2009 a SE 09/2026 según jurisdicción. Argentina. (N=1447)



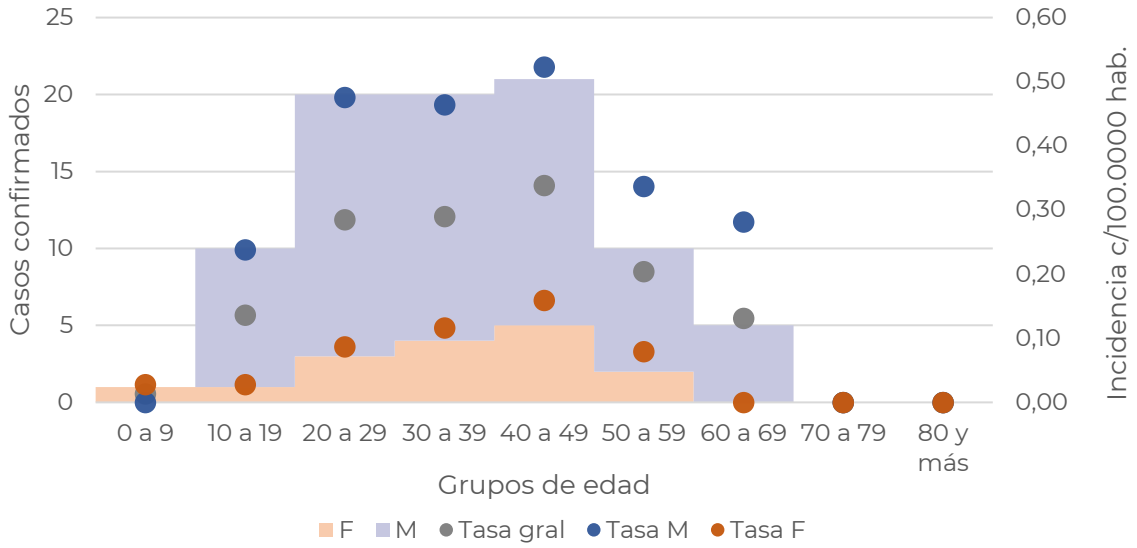
Fuentes: Dirección de Epidemiología a partir de información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS 2.0.

La observación más destacada que proporciona el mapa, son los picos por año de los gráficos de las series provinciales. Se puede observar que la mayor cantidad de casos por año nunca se presentan cercanos. Si bien es claro que la mayor magnitud se verifica en Salta, Buenos Aires y Jujuy, los picos nunca son consecutivos. Esto permite sugerir un patrón donde los brotes de hantavirosis no se presentarían en forma continuada año tras año.

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 09/2026. (N=87)



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

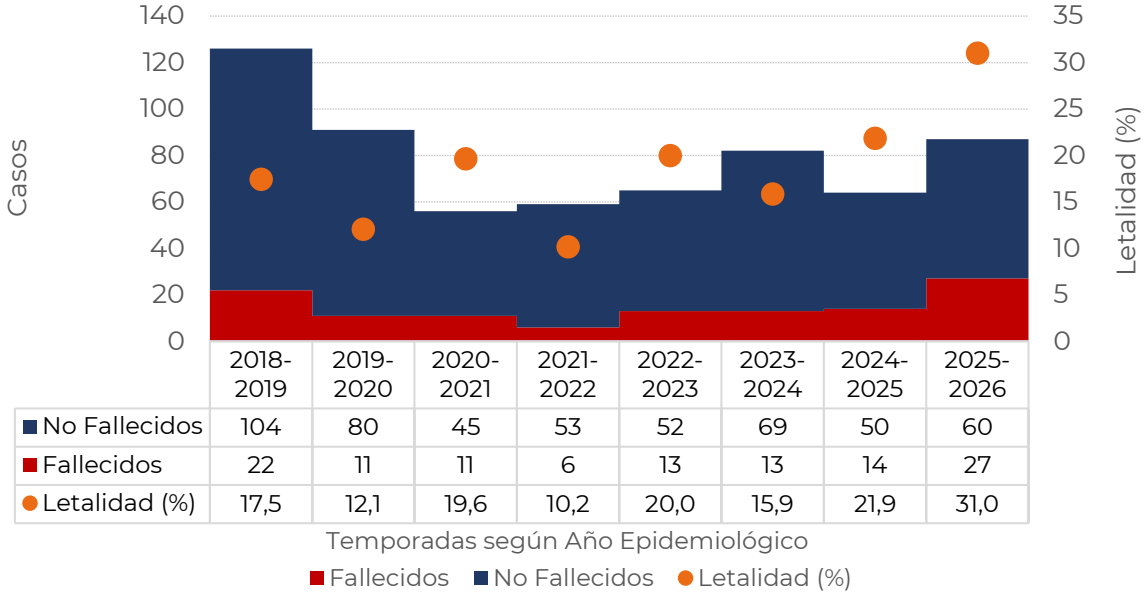
A nivel país, la mediana de edad para los casos confirmados de la temporada en curso es de 35 años, concentrándose el 70% (61) de los casos entre los 20 y los 49 años, contando estos grupos con las mayores tasas de incidencia cada 100.000 habitantes en el período.

En cuanto a la distribución de los casos por sexo, el 82% (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)

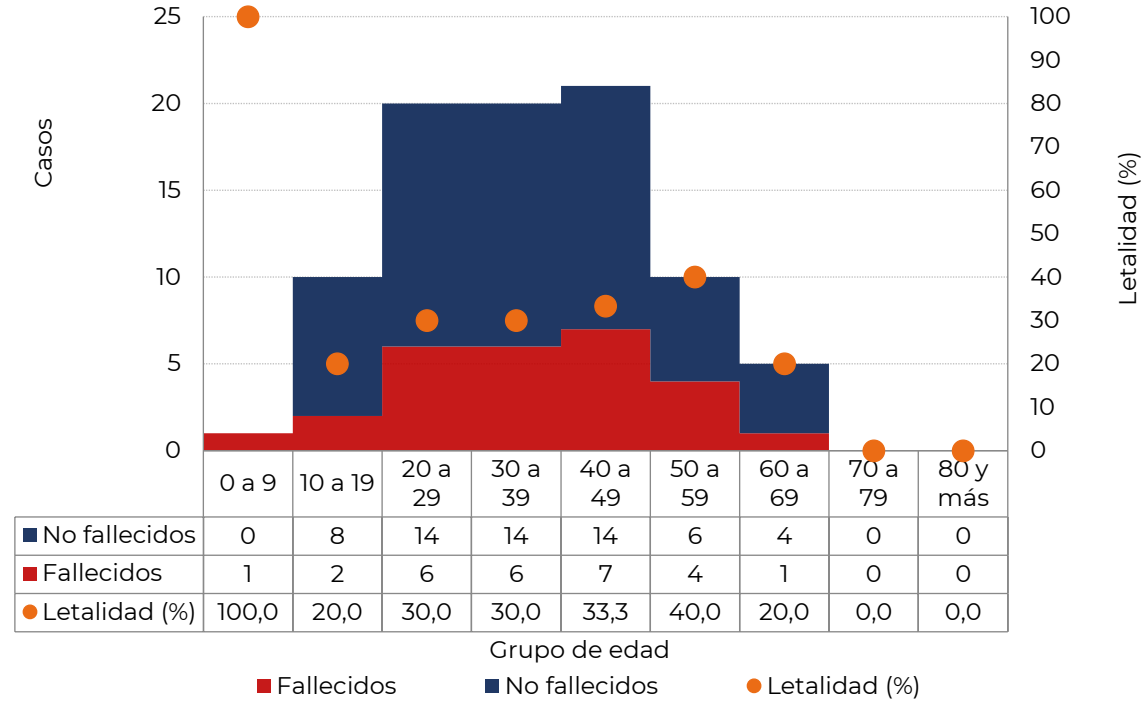


	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	2024-2025	2025-2026
No Fallecidos	104	80	45	53	52	69	50	60
Fallecidos	22	11	11	6	13	13	14	27
Letalidad (%)	17,5	12,1	19,6	10,2	20,0	15,9	21,9	31,0

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. Por otro lado, se elaboro el siguiente material para darle mayor especificidad a las personas fallecidas en la temporada actual y contadas de forma más general en la anterior. Aquí fueron divididas por sexo y grupo etario.

Gráfico 9. Hantavirosis: Casos y letalidad por grupo etario. SE 27/2025 a SE 08/2026. Argentina. (N=87)



	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	6	4	0	0
Fallecidos	1	2	6	6	7	4	1	0	0
Letalidad (%)	100,0	20,0	30,0	30,0	33,3	40,0	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 (40%) 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)

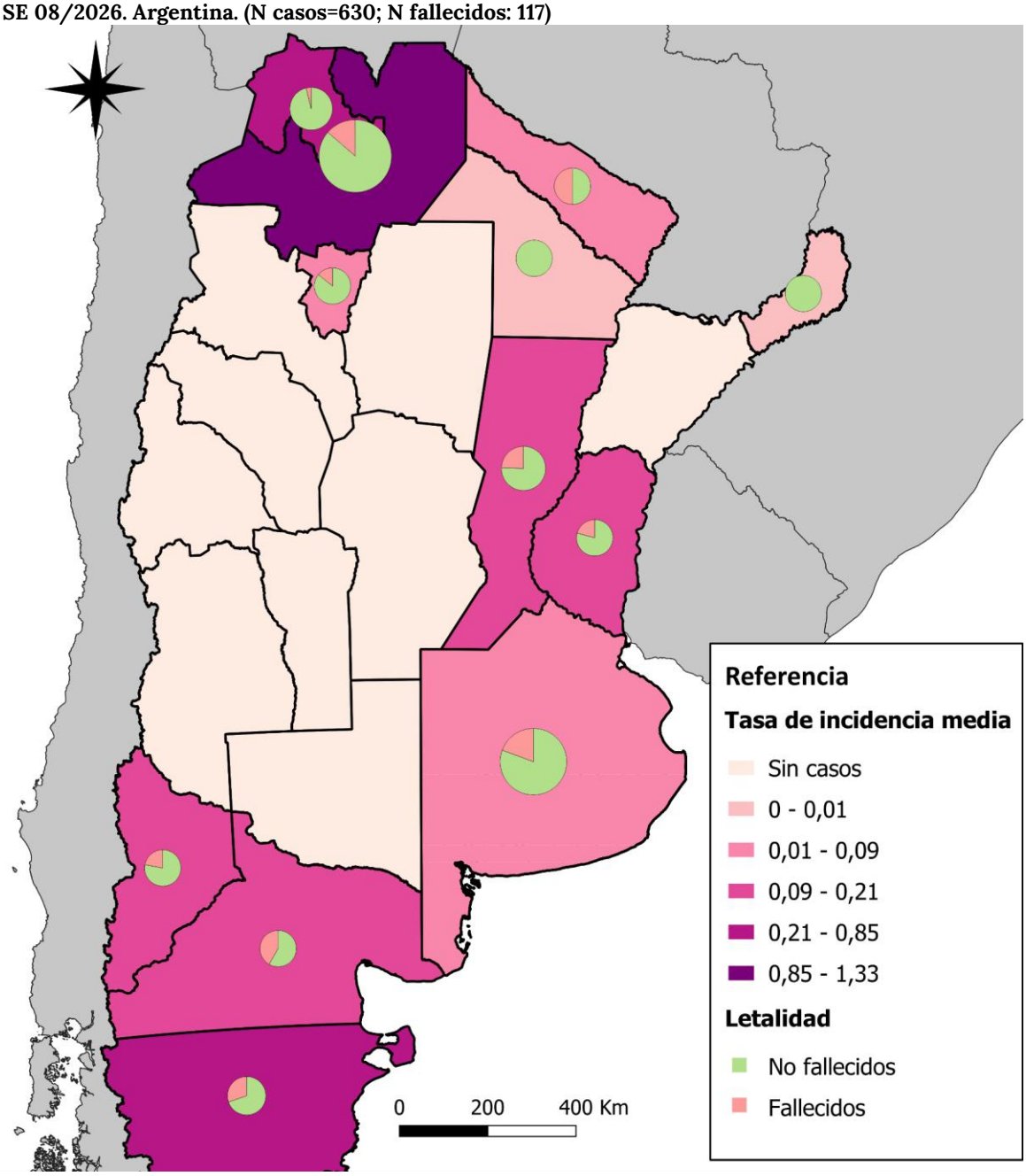
Año epidemiológico	2019 - 2020 (SE27 a SE 08)		2020 - 2021 (SE27 a SE08)		2021 - 2022 (SE27 a SE08)		2022 - 2023 (SE27 a SE08)		2023 - 2024 (SE27 a SE08)		2024 - 2025 (SE27 a SE08)		2025 - 2026 (SE27 a SE08)	
Jurisdicción	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Buenos Aires	2	0,11	2	0,11	0	0,00	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), ubicando 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.

En este sentido, es importante poder dar cuenta de la letalidad según esas mismas provincias. A continuación, en el siguiente mapa, se pueden observar las tasas de incidencia media y la letalidad. Es importante destacar que en el siguiente mapa está incluida (como en el primer gráfico de este informe), la temporada 18/19, ocasión donde tuvo lugar el Brote de transmisión interhumana de Epuyén, Chubut.

Mapa 2. Hantavirosis: Incidencia media de casos confirmados y letalidad según jurisdicción. SE27/2018 a SE 08/2026. Argentina. (N casos=630; N fallecidos: 117)



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

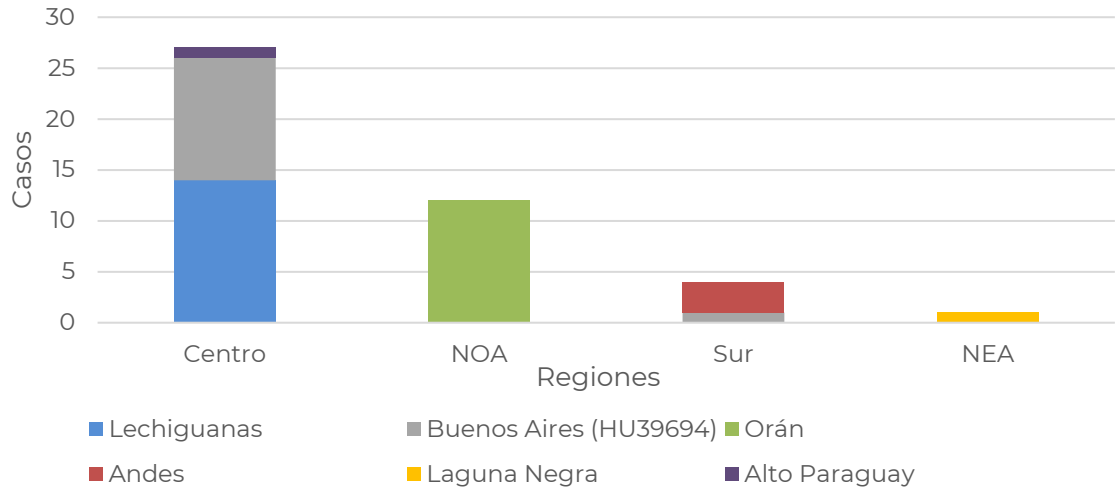
El mapa evidencia, mediante gráficos de torta, la distribución espacial de la letalidad por hantavirosis durante el período evaluado. Las provincias de la región Sur presentan las mayores proporciones de letalidad, mientras que las del NOA exhiben las menores. El tamaño de estos gráficos representa el número absoluto de casos, con valores más elevados en las provincias de Salta y Buenos Aires. Por su parte, la coloración de cada provincia corresponde a la tasa de incidencia anual ponderada por 100.000 habitantes.

VI.2.C. VIGILANCIA DE GENOTIPOS DE HANTAVIRUS

Desde la SE 1 del 2025 hasta la SE 3 del 2026, la ANLIS - "Dr. Carlos G. Malbrán" realizó la genotipificación de casos de hantavirus provenientes de las cuatro regiones afectadas: Centro, NEA, NOA y Sur.

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

Gráfico 11. Distribución de genotipos de Hantavirus identificados según región residencia. SE01 2025-a SE06-2026. Argentina.



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

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

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

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

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

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

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

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

VI.2.E. CONCLUSIONES

El periodo comprendido entre SE 27/2025 y SE 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

ACTUALIZACIÓN **PERIÓDICA DE** EVENTOS

VII. Rabia - Informe epidemiológico

VII.1. Introducción

La rabia es una zoonosis viral que afecta al sistema nervioso central de todos los mamíferos, incluidos los seres humanos, y se caracteriza por una letalidad cercana al 100%. La relevancia de esta enfermedad para la salud pública, tanto en Argentina como a nivel mundial, radica justamente en su alta letalidad y en el hecho de que existen herramientas eficaces para su prevención, tanto en animales como en personas.

En Argentina, la implementación sostenida de estrategias de vigilancia, control e inmunización ha permitido una reducción significativa de los casos de rabia animal. Sin embargo, la persistencia del virus en reservorios silvestres —particularmente en murciélagos— en todo el territorio nacional y en algunos ciclos terrestres en el norte del país evidencia la necesidad de mantener y fortalecer la vigilancia epidemiológica.

Un caso de rabia humana representa una falla crítica en el sistema de salud, ya que se trata de un evento prevenible mediante las acciones adecuadas. Por eso, resulta esencial reforzar la identificación oportuna de los ciclos de transmisión, asegurar el acceso equitativo a la profilaxis postexposición (PEP) y sostener campañas anuales de vacunación antirrábica en perros y gatos.

Este informe destaca la importancia de sostener la vigilancia activa y pasiva de la rabia, fortalecer la capacidad de diagnóstico, promover la sospecha clínica temprana y asegurar la aplicación de medidas de prevención adaptadas a los distintos contextos ecoepidemiológicos del país. Dada la complejidad del sistema de vigilancia y la necesidad de integrar datos de salud humana y animal, la información presentada puede estar sujeta a ajustes o actualizaciones según avances en la notificación y el análisis epidemiológico.

VII.2. Situación de Rabia humana en Argentina

VII.2.A. MODALIDAD DE VIGILANCIA Y NOTA METODOLÓGICA

La Rabia humana es un evento de notificación obligatoria en la República Argentina, conforme a lo establecido por la Ley N.º 15.465 y la Resolución N.º 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación. Según lo estipulado en el *Manual de Normas y Procedimientos para la Vigilancia y el Control de los Eventos de Notificación Obligatoria*, la vigilancia de la rabia debe realizarse bajo modalidad individual. Esta vigilancia incluye el registro de datos clínicos, laboratorio y epidemiológicos, a fin de permitir el análisis oportuno de la situación, la planificación de recursos y la implementación de estrategias preventivas y asistenciales.

Para el análisis de las **notificaciones nominales**, se utilizó el evento “Rabia Humana” del SNVS 2.0, del que se excluyeron los casos asintomáticos, por no cumplir con la definición de caso para el evento. En cuanto a la procedencia de los casos, se prioriza la variable “Provincia de residencia"; cuando ésta no estaba consignada, se utilizó como alternativa la variable “Provincia de carga".

VII.2.B. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA (2021-2026)

Para el período comprendido entre 2021 y 2026, fueron estudiados 10 casos sospechosos de rabia humana, de los cuales uno se trató de un caso confirmado (caso registrado en la provincia de Buenos Aires en 2021), y el resto presentó resultados de laboratorio negativos para la enfermedad, correspondientes a residentes de Buenos Aires (5), CABA (3) y Santa Fe (1).

En relación al caso confirmado de rabia humana registrado en este período, en la semana epidemiológica 18 de 2021 se reportó este caso con desenlace fatal en Coronel Suárez, provincia de Buenos Aires; el mismo luego fue confirmado por el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas INEI ANLIS "Carlos G. Malbrán", con la variante antigénica 4 (cuyo reservorio es el murciélago *Tadarida brasiliensis*) . Como antecedente epidemiológico de importancia se informó que la mujer de 33 años habría sido mordida por un gato callejero desaparecido, al que no se llegó a realizar el seguimiento adecuado. La paciente no acudió a un centro de salud a atenderse las heridas ni denunciar el evento Accidente Potencialmente Rábico (APR) al Sistema de Salud, por lo que no fue posible administrar la profilaxis post exposición correspondiente. Este caso es un ejemplo claro de *spillover*, en donde un murciélago *Tadarida brasiliensis* contagió de rabia a un gato y este último contagió a la mujer.

Para mayor información sobre el caso confirmado de rabia humana consultar en: Alerta caso de rabia humana 2021 y Rabia humana por transmisión secundaria en Argentina, 2021.

Para el año en curso, hasta la semana epidemiológica 9, no hay sospechas ni casos de rabia humana.

VII.3. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Rabia humana

VII.3.A. CONSIDERACIONES GENERALES

Ante mortem (paciente con sospecha clínica)

- Biopsia de piel de la región cervical.
- Saliva, LCR, Suero

Post mortem

- Tejido cerebral (tronco encefálico, cerebelo, hipocampo y corteza cerebral).

VII.3.B. EMBALAJE PARA DERIVACIÓN DE MUESTRAS

Conservación y condiciones de transporte

- Las muestras deben conservarse refrigeradas a 2–8 °C desde la recolección hasta su envío. Se debe evitar la congelación y descongelación reiterada.
- El embalaje debe cumplir el sistema de triple envase (SISTEG)
    - Envase primario: tubo o frasco estéril, hermético.
    - Envase secundario: resistente e impermeable.
    - Envase externo: caja rígida etiquetada con los datos del remitente, dirección del laboratorio de destino y rótulos de riesgo biológico.

Envío a laboratorios de referencia

- Para casos humanos remitir al Servicio de Neurovirosis, INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

Para mayor información comunicarse al Servicio de Neurovirosis (011) 3751-8061 o por mail a neurovirosis@anlis.gob.ar

También pueden comunicarse con el Ministerio de Salud de la Nación, a la Dirección de Epidemiología al mail epidemiologia@msal.gov.ar y la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores al mail a zoonosis@msal.gov.ar

VII.4. Recomendaciones para el equipo de salud

VII.4.A. MEDIDAS PREVENTIVAS

Vacunación antirrábica (profilaxis pre-exposición) en aquellos grupos humanos con alto riesgo de exposición al virus rábico, ya sea por motivos laborales o recreacionales.

La persona que sufre un Accidente Potencialmente Rábico (APR) debe, antes de concurrir al efector de salud, proceder, lo más rápido posible, a la limpieza de la herida con abundante agua corriente y jabón.

Concurrir inmediatamente al efector de salud ante la ocurrencia de un accidente potencialmente rábico para recibir el tratamiento que corresponda (profilaxis post- exposición)

Vacunación antirrábica en animales domésticos de compañía.

Control poblacional de animales: tenencia responsable de animales de compañía (perros y gatos). Esterilización quirúrgica a hembras y machos.

Educación para la salud en relación a la prevención de rabia.

Legislación para la importación de animales tanto por vía aérea como terrestre.

Medidas ante casos y contactos

El sistema de salud puede enfrentarse con la sospecha de casos de rabia en pacientes que presenten signos o síntomas de encefalitis con una epidemiología compatible.

Ante estos casos, cuando la evaluación clínica y el análisis de las posibles etiologías permitan sospechar rabia, deberá realizarse el diagnóstico de laboratorio correspondiente. Debe considerarse que un resultado positivo en una prueba de laboratorio pre-mortem confirma el diagnóstico de rabia, mientras que un resultado negativo no lo descarta.

En caso de confirmarse el diagnóstico, se deberá proporcionar al paciente sedación adecuada a su cuadro clínico (por ejemplo, mediante morfina, benzodiacepinas o barbitúricos). La aplicación de protocolos específicos de tratamiento farmacológico quedará a criterio del médico tratante.

En el ámbito del establecimiento de salud, el médico actuante deberá adoptar las precauciones necesarias para evitar que el contacto con el paciente represente un riesgo de exposición para el personal. Asimismo, deberá evaluarse la indicación de vacunación profiláctica para el personal involucrado.

Frente a la muerte del paciente, se debe efectuar la toma de muestra y su envío al laboratorio de diagnóstico de rabia post-mortem.

VII.5. Situación de Rabia animal en Argentina

VII.5.A. MODALIDAD DE VIGILANCIA Y NOTA METODOLÓGICA

La Rabia Animal es un evento de notificación obligatoria en la República Argentina, conforme a lo establecido por la Ley N.º 15.465 y la Resolución N.º 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación. Según lo estipulado en el *Manual de Normas y Procedimientos para la Vigilancia y el Control de los Eventos de Notificación Obligatoria*, la vigilancia de la rabia debe realizarse bajo modalidad individual y agrupada. Esta vigilancia incluye el registro de datos clínicos, laboratorial y epidemiológicos, a fin de permitir el análisis oportuno de la situación, la planificación de recursos y la implementación de estrategias preventivas y asistenciales.

Para el análisis de las **notificaciones nominales**, se utilizó el evento "Rabia Animal" del SNVS 2.0. Se consideraron casos de rabia animal a aquellos cuya clasificación manual fue "Caso Confirmado".

La notificación agrupada no será analizada en el presente informe y será contemplada en próximas ediciones.

Situación Epidemiológica Histórica (2021-2025)

La vigilancia del evento "Rabia animal" se lleva a cabo ante la sospecha clínica de la enfermedad en mamíferos, con notificación obligatoria e inmediata de todo caso sospechoso. El sistema busca detectar tempranamente la circulación del virus rábico, identificar reservorios y prevenir la transmisión a otras especies, incluyendo humanos.

Entre 2021 y 2025 se notificaron un total de **803 casos confirmados** de rabia animal en Argentina. El año con mayor número de casos fue 2022, con **224 casos**, mientras que el menor número se reportó en 2024, con **127 casos.** La tendencia nacional muestra una notificación fluctuante, con una mediana de 135 casos anuales.

Distribución regional de casos

Durante el período analizado, la proporción de **casos confirmados** de rabia animal presentó variaciones entre las diferentes **regiones de Argentina**. La región Centro concentró la mayor proporción de casos en todo el período, con valores que oscilaron entre 47% y 71% del total anual. En 2022 se observó un aumento de la proporción de casos confirmados en la región NEA (35%), mientras que en los años restantes este valor fue menor. Las regiones NOA y Sur registraron proporciones más bajas y variables a lo largo del período, en tanto que en la región Cuyo solo se notificó un caso en 2024 (Tabla 1).

Tabla 1. Casos confirmados de rabia animal según jurisdicción. Argentina, SE 1 a SE 52, período 2021-2025.

Jurisdicción	CASOS CONFIRMADOS				
	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	69	82	97	63	62
CABA	8	9	8	8	12
Córdoba	4	6	5	4	13
Entre Ríos	0	1	0	0	3
Santa Fe	15	8	3	3	4
Total Centro	**96**	**106**	**113**	**78**	**94**
Mendoza	0	0	0	0	0
San Juan	0	0	0	1	0
San Luis	0	0	0	0	0
Total Cuyo	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**
Chaco	0	33	21	10	3
Corrientes	0	11	4	5	0
Formosa	1	30	4	10	4
Misiones	1	5	6	0	0
Total NEA	**2**	**79**	**35**	**25**	**7**
Catamarca	9	2	0	0	0
Jujuy	1	1	0	0	0
La Rioja	1	0	3	0	0
Salta	2	9	1	0	4
Santiago Del Estero	0	2	0	0	1
Tucumán	4	3	0	0	0
Total NOA	**17**	**17**	**4**	**0**	**5**
Chubut	1	2	3	11	4
La Pampa	18	18	23	6	18
Neuquén	0	0	0	1	2
Río Negro	1	1	4	5	4
Santa Cruz	0	0	0	0	0
Tierra del Fuego	0	1	1	0	0
Total Sur	**20**	**22**	**31**	**23**	**28**
Total País	**135**	**224**	**183**	**127**	**134**

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS[2.0]) y Sistema de Información Regional para la Vigilancia Epidemiológica de la Rabia (SIRVERA)

La rabia animal continúa representando un evento de relevancia para la salud pública en Argentina, con patrones de comportamiento regional heterogéneos. Mientras que algunas jurisdicciones mantienen una vigilancia consolidada, otras muestran variaciones abruptas o baja notificación, lo que refuerza la necesidad de fortalecer los sistemas locales de vigilancia, garantizar la cobertura vacunal en especies susceptibles y promover la notificación oportuna ante la aparición de animales con sintomatología compatible.

Caracterización de grupo de especies involucradas

En cuanto a las **especies de animales** con rabia, la mayor cantidad de detecciones fueron realizadas en murciélagos no hematófagos (insectívoros), principalmente en las jurisdicciones de Buenos Aires (366), La Pampa (83), CABA (45), Santa Fe (32) y Córdoba (29), seguido por la detección en bovinos (rabia paresiante) principalmente en Chaco (59) y Formosa (36) vinculados al ciclo de transmisión por murciélagos hematófagos (*Desmodus rotundus*).

Respecto a los **animales de compañía**, se notificaron 7 casos en perros en Formosa (5), Buenos Aires (1) y Chaco (1) y 6 casos en gatos en Buenos Aires (5) y Córdoba (1).

Tabla 2. Casos confirmados de rabia animal según especie. Argentina, SE 1 a SE 52, período 2021-2025.

Grupo de Especie	Especie	2021	2022	2023	2024	2025
Animales de producción y otros domésticos	Bovino	13	89	30	14	10
	Caprino	1	-	-	-	-
	Equino	2	1	7	3	0
Total animales de producción y otros domésticos		**16**	**90**	**37**	**17**	**10**
Animales de compañía (perro y gato)	Gato	1	-	4	-	1
	Perro	2	1	-	3	1
Total animales de compañia		**3**	**1**	**4**	**3**	**2**
Animales silvestres	Murciélago Hematófago	-	-	-	-	1
	Murciélago no-hematófago	116	133	142	105	120
	Otra especie silvestre	-	-	-	-	1
	Zorro	-	-	-	2	-
Total animales silvestres		**116**	**133**	**142**	**107**	**122**
Total general		**135**	**224**	**183**	**127**	**134**

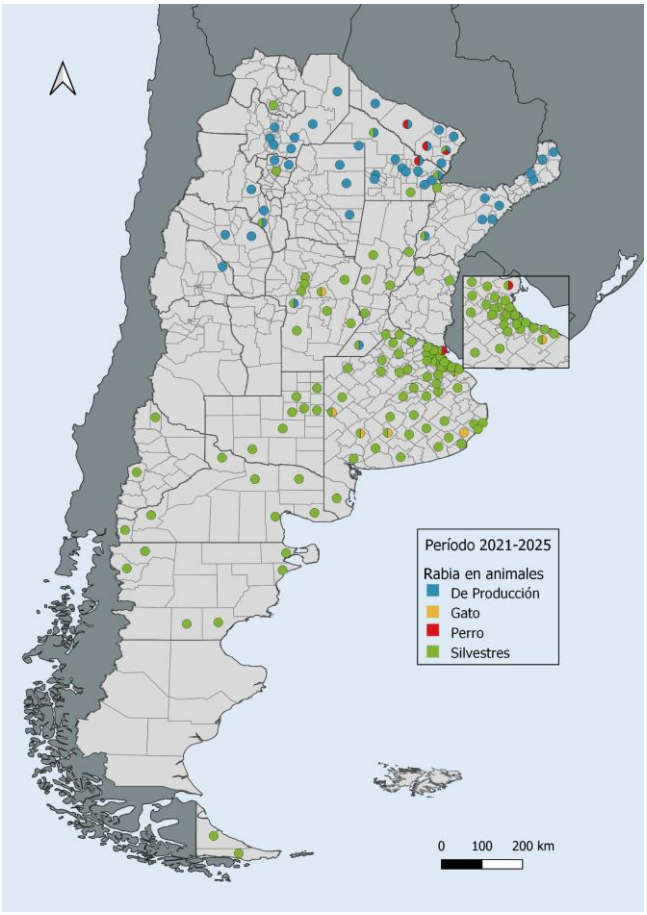
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS2.0) y Sistema de Información Regional para la Vigilancia Epidemiológica de la Rabia (SIRVERA)

Aquellas provincias que no registraron casos de rabia animal en este período, no significa que sean libres de la enfermedad. Es fundamental la vigilancia epidemiológica y el envío de muestras de animales sospechosos al laboratorio para confirmar y descartar la presencia de rabia.

En relación con los **distintos grupos de especies**, se han registrado casos de rabia animal en fauna silvestre en 16 de las 24 jurisdicciones, en animales de producción y otros animales domésticos en 12 y **en animales de compañía, de forma esporádica, en 4 provincias**.

En el mapa a continuación se muestra la distribución por departamento de hallazgo de los casos de rabia confirmados según la especie animal donde se detecta.

Mapa 1. Casos confirmados de rabia animal según grupo de especie por departamento. Argentina, SE 1 a SE 52, período 2021-2025.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS2.0) *y Sistema de Información Regional para la Vigilancia Epidemiológica de la Rabia* (SIRVERA)

VII.6. Situación Epidemiológica Actual (2026 SE9)

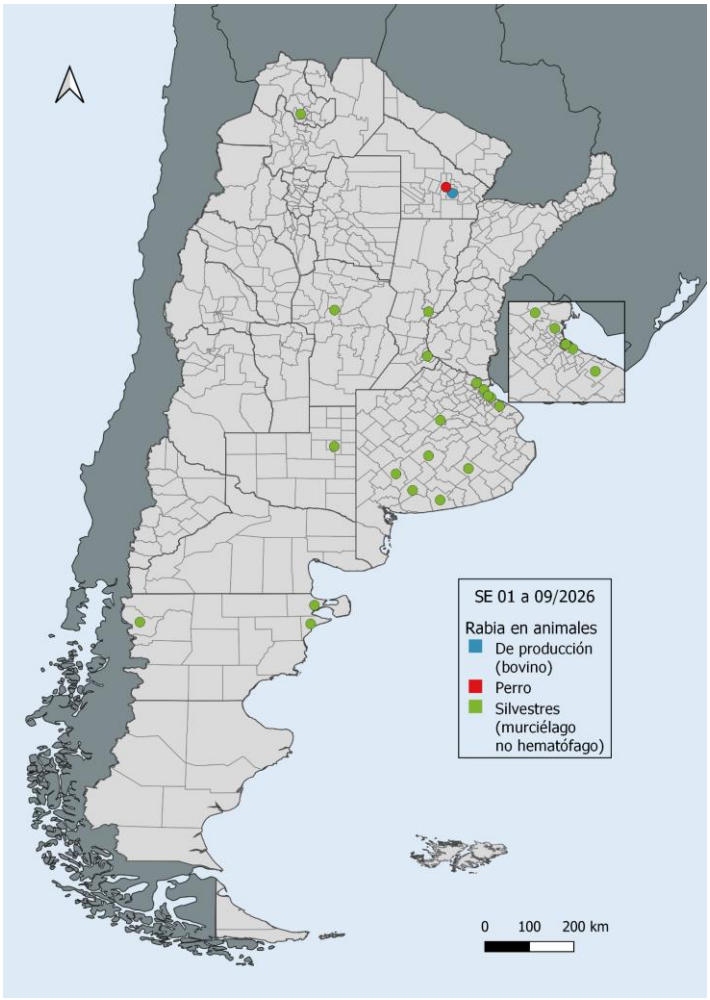
Hasta la Semana Epidemiológica 9 del año 2026, se han confirmado **49 casos** de rabia animal en 8 de las 24 jurisdicciones del país. Tal como se ha observado en años anteriores, la mayor proporción de casos corresponde a **murciélagos no hematófagos (insectívoros)**, con un total de 47 detecciones, concentradas principalmente en la región Centro.

Asimismo, en el SNVS se notificó un caso en un **bovino** y un **perro doméstico** en la provincia del Chaco (analizados en el Centro Especializado en Zoonosis del Ministerio de Salud del Chaco).

El perro positivo a rabia, que se notificó en la SE 8 de 2026, era un cachorro sin antecedente de vacunación antirrábica, oriundo de la localidad de Machagai, departamento de Veinticinco de Mayo. Ante la confirmación del caso, se realizaron acciones de control de foco por parte de la provincia y municipio en sectores rurales vinculados a la circulación del animal, especialmente en la área de Pueblo Viejo y en zona rural en el Lote 42. El operativo incluyó monitoreo de contactos humanos y otros animales y campañas de vacunación masiva de perros y gatos, vacunándose a la fecha 204 animales. Además, se identificaron 9 personas contacto con el animal infectado, a las cuales se les aplicó la profilaxis postexposición antirrábica. Se está a la espera del resultado de laboratorio de la variante antigénica por parte del LNR.

La distribución geográfica y por especie de los casos confirmados hasta la fecha se presenta en el Mapa 2.

Mapa 2. Casos confirmados de rabia animal según grupo de especie por departamento. Argentina, SE 1 a SE 09/2026.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS2.0)

VII.6.A. VIGILANCIA MOLECULAR

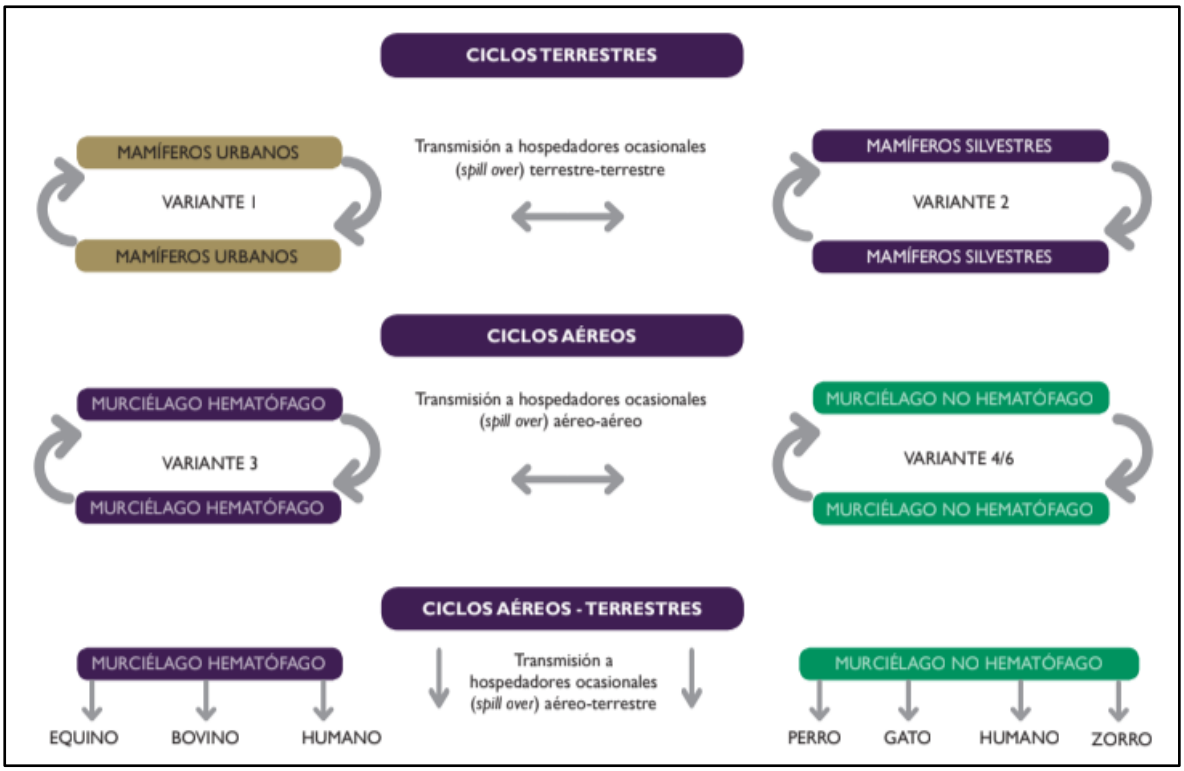
La vigilancia, prevención y el control de la rabia se basan fundamentalmente en el componente animal, ya que el humano adquiere la enfermedad principalmente a través del contacto con un animal infectado.

Los diferentes genotipos del *Lyssavirus* conforman los denominados **ciclos de la rabia** (circulación del virus en un determinado ámbito) a partir de sus reservorios naturales.

Según las características de los reservorios, estos ciclos se pueden clasificar en terrestres (genotipos adaptados a mamíferos terrestres) y aéreos (genotipos adaptados a mamíferos aéreos: quirópteros -murciélagos hematófagos y no hematófagos, insectívoros y frugívoros-).

En función de la distribución geográfica de la enfermedad, los ciclos también pueden clasificarse en ciclos urbanos o ciclos rurales o silvestres.

Figura 1. Transmisión a hospedadores ocasionales entre variantes y ciclos.



Fuente: Guía para la vigilancia, prevención y control de la rabia en Argentina. Dirección de Control de Enfermedades Transmisibles por Vectores, Ministerio de Salud de la Nación. Edición 2018.

Dentro del **ciclo urbano**, el perro es el principal reservorio del ciclo terrestre (variante antigénica 1). Adicionalmente, los murciélagos insectívoros, *Tadarida brasiliensis* y *Lasiurus cinereus*, reservorios de las variantes antigénicas 4 (AgV4) y 6 (AgV6) respectivamente, son las especies más abundantes en zonas urbanas.

Dentro del **ciclo rural**, los cánidos silvestres (zorro, aguará guazú, aguará popé) y otros mamíferos silvestres, como el coatí, colaboran en el mantenimiento de la variante antigénica 2 (AgV2), mientras que el murciélago hematófago *Desmodus rotundus* es el reservorio de las variantes antigénicas 3 (AgV3) y 3a (AgV3a).

Los murciélagos actúan como reservorios del ciclo aéreo tanto en ámbitos rurales como urbanos, y especies domésticas como gatos, animales de producción como bovinos y equinos y, en menor medida, otros mamíferos terrestres, pueden funcionar como eslabones entre los ciclos aéreo y terrestre al adquirir variantes mantenidas en quirópteros (fenómeno conocido como spillover).

La **vigilancia molecular** de la rabia en Argentina se basa en la caracterización genética del virus rábico mediante la secuenciación parcial del gen de la nucleoproteína (N), a partir de muestras derivadas en la Red Nacional de Laboratorios de Rabia. Este enfoque permite identificar el reservorio involucrado, establecer el origen de los casos, detectar variantes emergentes o introducidas desde otros territorios, y diferenciar entre ciclos de transmisión urbanos (terrestres), silvestres y aéreos. Además, constituye una herramienta fundamental para guiar estrategias de prevención, vacunación y control ante brotes, así como para la detección temprana de eventos de derrame (spillover) desde fauna silvestre hacia animales domésticos o humanos.

Durante el período 2020-2025, se han caracterizado variantes genéticas del virus rábico en muestras provenientes de siete provincias argentinas, lo que ha permitido monitorear los ciclos de transmisión y la dinámica de circulación viral en distintas regiones del país (Tabla 4).

Los resultados obtenidos reflejan la coexistencia de ciclos terrestres y aéreos, con evidencia de eventos de spillover hacia hospedadores ocasionales. En el noreste argentino, la variante antigénica 2 (AgV2), asociada al ciclo terrestre, ha mostrado una circulación persistente. En 2020, esta variante fue detectada en un bovino en Corrientes, un aguará popé en Chaco y en un bovino y un canino en Formosa. En 2021 y 2022 se confirmaron nuevos casos en caninos en Formosa, y en 2024 se registraron otras cuatro detecciones (tres en caninos y una en un equino) en Chaco y Formosa. A fines de 2025, en la provincia de Chaco se notificó un aguará guazú (cánido silvestre) confirmado a rabia, en el cual se realizó la determinación del genoma viral, dando como resultado también la AgV2. Esta secuencia de hallazgos confirma la existencia de un ciclo enzoótico activo en la región.

Por otra parte, a comienzos de 2025, en la provincia de Buenos Aires, se identificó la variante antigénica 4 (AgV4) en un felino doméstico. El análisis filogenético confirmó que se trató de un evento de spillover desde fauna silvestre, específicamente de *Tadarida brasiliensis*, un murciélago insectívoro. Este hallazgo pone de relieve la importancia de sostener la vigilancia en animales de compañía ante la potencial transmisión desde reservorios aéreos.

Tabla 4: Resultado caracterización molecular por provincias. 2020-2025.

Jurisdicción	AgV 1	AgV 2	AgV 3	AgV 3a	AgV 4	AgV 6	Otras variantes*
Buenos Aires					☑	☑	☑
Chaco		☑	☑	☑			
Chubut					☑	☑	☑
Corrientes		☑				☑	☑
Formosa		☑	☑	☑			☑
Santa Fe			☑			☑	☑
Tierra del Fuego							☑

** Otras variantes: Myotis spp, Eptesicus spp, Histiotus spp.*
Fuente: Servicio de Neurovirosis. INEI. ANLIS-Malbrán

VII.7. Indicaciones para toma, almacenamiento y envío de muestras para el estudio de Rabia Animal

VII.7.A. CONSIDERACIONES GENERALES PARA LA TOMA DE MUESTRA

Muestras post mortem:

- Tejido cerebral (incluyendo tronco encefálico, cerebelo e hipocampo).
  - En animales pequeños (ej. murciélagos): animal entero
  - En animales domésticos (caninos y felinos): cabeza entera

VII.7.B. CONSERVACIÓN Y CONDICIONES DE TRANSPORTE

Conservación y condiciones de transporte

- Las muestras deben conservarse refrigeradas a 2–8 °C desde la recolección hasta su envío. Se debe evitar la congelación y descongelación reiterada.
- El embalaje debe cumplir el sistema de triple envase (SISTEG)
    - Envase primario: tubo o frasco estéril, hermético.
    - Envase secundario: resistente e impermeable.
    - Envase externo: caja rígida etiquetada con los datos del remitente, dirección del laboratorio de destino y rótulos de riesgo biológico.

Envío a laboratorios de referencia

- Las muestras animales deben enviarse al laboratorio provincial o nacional de referencia según corresponda.

- Los Laboratorios de la Red de Laboratorios de Rabia son:

    - Servicio de Neurovirosis. Departamento de Virología, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (INEI). ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”. Ministerio de Salud de la Nación.
    - Departamento de Rabia, Dirección General de Laboratorios y Control Técnico (DILAB), Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA), Ministerio de Economía de la Nación.
    - Departamento de Diagnóstico y Producción. Instituto de Zoonosis Luis Pasteur (IZLP), Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
    - Departamento de Zoonosis Urbanas. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.
    - Laboratorio Central de Salud Pública. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.
    - Laboratorio del Centro Especializado en Zoonosis (Regional de Diagnóstico de Rabia) Ministerio de Salud de la provincia de Chaco.
    - Laboratorio de Zoonosis. Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba.
    - Laboratorio de Rabia. División Zoonosis, Reservorios y Vectores. Sección Veterinaria. Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza.
    - Laboratorio de la División de Bioquímica, Farmacia y Droguería Central. Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe.
    - Laboratorio de División Zoonosis - Instituto Antirrábico. Ministerio de Salud de la provincia de Tucumán.
    - Laboratorio Regional Candelaria, Misiones. SENASA. Ministerio de Economía de la Nación.

- Para estudios moleculares en animales, remitir al Servicio de Neurovirosis, INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán"

Para mayor información comunicarse con al Servicio de Neurovirosis (011) 3751-8061 o por mail a neurovirosis@anlis.gob.ar

También pueden comunicarse con el Ministerio de Salud de la Nación, a la Dirección de Epidemiología al mail epidemiologia@msal.gov.ar y la Dirección de Zoonosis y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores al mail a zoonosis@msal.gov.ar

VII.8. Sobre las acciones del Ministerio de Salud de la Nación

El Ministerio coordina el Sistema Nacional de Vigilancia para detectar y responder rápidamente a casos sospechosos de rabia humana y animal. Se acompaña a las jurisdicciones para fortalecer la vigilancia epidemiológica y la obtención de información oportuna. Se realiza un análisis periódico de las notificaciones de rabia humana y animal, detectando en forma temprana las zonas de riesgo o brotes, con el fin de realizar la investigación epidemiológica de casos sospechosos y las acciones de control pertinentes. Se realiza un trabajo coordinado con los equipos de Salud provinciales y municipales.

El Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas ANLIS "Carlos G. Malbrán", efectúa las acciones correspondientes al Laboratorio Nacional de Referencia en el diagnóstico de rabia. En el marco de la vigilancia de esta enfermedad analiza muestras sospechosas provenientes de distintos laboratorios o centros regionales del país. A su vez, realiza la caracterización del virus rábico, mediante el análisis genético, lo que permite determinar el origen del virus y la trazabilidad de los focos de infección.

La cartera sanitaria nacional distribuye a las 24 jurisdicciones del país la vacuna y gammaglobulina antirrábica de uso humano para la profilaxis postexposición en las personas, como también distribuye la vacuna antirrábica de uso veterinario para perros y gatos para las campañas de vacunación antirrábica que organizan los municipios y provincias en todo el territorio nacional.

VII.9. Recomendaciones para el equipo de salud

VII.9.A. MEDIDAS PREVENTIVAS

Vacunación antirrábica

La vacunación antirrábica es de carácter obligatorio en perros y gatos (Ley Antirrábica 22.953) e incluye una primovacunación a los 3 meses de edad y revacunaciones anuales durante toda la vida del animal.
La vacunación de los animales de importancia económica (bovinos, equinos, ovejas, entre otros) contra la rabia es voluntaria, excepto en las siguientes situaciones, en que la vacunación es obligatoria: frente a la aparición de un caso confirmado de rabia paresiante (vacunación de emergencia) y dentro del área endémica, en los siguientes animales y tipos de establecimiento:

- Establecimientos de engorde a corral: vacunación de los animales a su ingreso.
- Cabañas y haras: vacunación de los animales que se envían a exposiciones o remates: dos dosis, la primera entre 80 y 60 días y la segunda entre 50 y 30 días antes del traslado o remate.
- Equinos utilizados para deportes (jineteadas, carreras, polo, salto, entre otros).

Otras medidas

- Control poblacional de perros y gatos mediante la esterilización quirúrgica.
- Educación para la salud sobre prevención de la rabia, tanto en relación a animales de compañía como animales silvestres.
- Legislación para la importación de animales.
- Fortalecimiento de las estructuras de vigilancia de campo, de laboratorio y de control de las poblaciones de murciélagos hematófagos.

- Ejecución de medidas de control de las movilizaciones y de la cuarentena de los animales.

VII.9.B. MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

Control de foco ante uno o más casos sospechosos o confirmados de rabia animal

Frente a un caso sospechoso:

1. Recoger antecedentes del caso índice (CI) sospechoso: Localizado/ Muerto / Desaparecido / Especie, edad, sexo, raza / Propietario / Origen (residente habitual o importado y en este último caso de zona endémica o no) / Estado de vacunación antirrábica / Estado clínico / Hábitos (domiciliario o callejero) /Contacto con murciélago u otro animal silvestre / Presencia o ausencia de causa que justifique el acto de morder / Antecedentes de viaje a zona endémica.
2. Identificar inmediatamente los posibles contactos humanos y animales, en el domicilio del animal.
3. Derivar a los contactos humanos a un efector de salud especializado, en donde se considerará el inicio del tratamiento post-exposición.
4. Seguimiento de los animales contactos si la autoridad competente (centro de zoonosis o SENASA si se trata de un contacto animal de importancia económica) considera que las características epidemiológicas del caso índice o animal agresor lo ameritan.[17]
5. En caso de muerte del CI o de los animales contacto, remitir cabeza o cuerpo entero en caso de ser quiróptero, a un laboratorio de la Red Nacional de Laboratorios de Diagnóstico de Rabia
6. Si el animal doméstico o silvestre no está disponible, también realizar las actividades descritas en los puntos 1) a 4).

Ante la confirmación del caso, continuar con las siguientes actividades[18]:

7. Definir la dimensión espacial comprometida por el CI, la que depende de la especie que originó el foco:
    - Murciélago: 200 metros a la redonda del lugar donde ocurrió la exposición.
    - Gato y perro domiciliarios: 500 metros a la redonda del domicilio y/o del lugar de exposición.
    - Perro no domiciliario: corredor de 100 metros a cada lado del trayecto que haya recorrido el animal.
    - Gato no domiciliario: 500 metros a la redonda del lugar donde ocurrió la exposición.
8. Vacunar los perros y gatos del área definida de acuerdo a lo indicado en el punto anterior.
9. Continuar con la búsqueda de contactos humanos y animales.
10. Concluir con la profilaxis post-exposición de los contactos humanos.
11. Realizar las actividades de educación e información para el público en general, autoridades de salud, autoridades educativas y organizaciones comunitarias, a fin de comprometerlos con la vigilancia epidemiológica. Mantener un contacto permanente entre la comunidad y las autoridades sanitarias.

[17] Para ver procedimiento a seguir con los animales contactos ver Guía de Rabia disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000001234cnt-2018-07_guia-rabia.pdf

[18] Con respecto a los animales contactos, proceder según Guía de Rabia disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000001234cnt-2018-07_guia-rabia.pdf

12. Volcar toda la información obtenida en las planillas de control de foco

Frente a un caso descartado se suspenden las actividades.

VII.9.C. MEDIDAS ANTE BROTES

Ante la sospecha de un brote de rabia canina (variante antigénica 1), es necesario realizar la fase intensiva de la campaña de vacunación antirrábica. Consiste en una campaña de corta duración y su objetivo es lograr la máxima cobertura (mínimo 80%) en el menor tiempo posible (ideal máximo 15 días), para interrumpir la circulación viral en las poblaciones de perros y, de éstos, a las personas. Puede llevarse a cabo en puestos fijos de vacunación (escuelas, organizaciones no gubernamentales, sociedades de fomento, etc.) o efectuarse casa por casa. Para más información se puede consultar en la Guía para la Prevención, Vigilancia y Control de la Rabia en Argentina disponible en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000001234cnt-2018-07_guia-rabia.pdf

Ante la sospecha de brote de rabia paresiante, debe actuar un veterinario de SENASA que ejecutará las siguientes acciones correspondientes que se pueden consultar en Guía de Rabia disponible en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000001234cnt-2018-07_guia-rabia.pdf

VII.10. Conclusiones

La rabia animal continúa siendo un evento de relevancia para la salud pública en Argentina, con circulación sostenida del virus en distintas regiones del país, lo que requiere mantener y fortalecer las estrategias de vigilancia, prevención y control.

La mayoría de los casos se registran en fauna silvestre, principalmente en murciélagos no hematófagos (insectívoros), que constituyen el principal reservorio detectado en el período analizado. Esto evidencia la importancia del ciclo aéreo en la dinámica epidemiológica actual de la enfermedad en Argentina.

Los casos en animales domésticos (perros y gatos) son poco frecuentes y se reportan en áreas limitadas pero son epidemiológicamente relevantes, ya que representan un riesgo potencial de transmisión a las personas y pueden actuar como puente entre los ciclos silvestres y urbanos. El último caso de rabia humana transmitida por perro se registró hace 18 años en la provincia de Jujuy (año 2008).

La región Centro concentra la mayor proporción de casos de rabia animal, aunque se observan variaciones regionales a lo largo de los años, lo que refleja una distribución heterogénea de la enfermedad y posibles diferencias en la capacidad de vigilancia y notificación entre las jurisdicciones. En el Noreste se evidencia la persistencia de un ciclo terrestre enzoótico asociado a la variante AgV2, detectada en diferentes especies animales a lo largo de varios años, como cánidos silvestres y caninos domésticos como principales reservorios, lo que indica circulación viral mantenida en esa región. La vigilancia epidemiológica y de laboratorio es fundamental, ya que la ausencia de casos notificados en algunas provincias no implica necesariamente ausencia de circulación viral, sino que puede reflejar limitaciones en la detección o notificación.

En el período bajo estudio, se registraron eventos de “spillover” desde reservorios silvestres hacia animales domésticos, lo que resalta la necesidad de mantener la vigilancia en animales de

compañía. Es prioritario la identificación del evento APR en las personas; en los años analizados, el único caso humano confirmado de rabia no fue identificado en un principio como APR y, a su vez, los contactos humanos de los casos animales positivos a rabia, no presentaron síntomas luego de las medidas de profilaxis postexposición.

Este escenario pone en manifiesto la importancia de mantener coberturas óptimas de vacunación antirrábica en perros y gatos, asegurar la notificación oportuna de eventos en el SNVS 2.0, garantizar el acceso a profilaxis postexposición y sostener la sospecha clínica ante cuadros neurológicos de causa no determinada, especialmente cuando existan antecedentes epidemiológicos compatibles.

Por otro lado, la vigilancia molecular es una herramienta clave para la detección de variantes, el seguimiento de los ciclos de transmisión y la orientación de estrategias de prevención y control. Se recomienda continuar fortaleciendo la Red Nacional de Laboratorios de Rabia para la caracterización genética sistemática de las muestras positivas en todo el país.

Finalmente, se reafirma la necesidad de consolidar un abordaje integral bajo el enfoque de "Una Salud", articulando acciones entre los sectores de salud humana, salud animal y ambiente, para prevenir y controlar de manera efectiva la rabia en el territorio nacional.

VII.11. Vigilancia epidemiológica

VII.11.A. RABIA ANIMAL

Definiciones de caso

Caso sospechoso de rabia animal: animal de especie susceptible de sufrir rabia que reúna una o más de las siguientes condiciones:

- Vivo o muerto con antecedente de sintomatología clínica compatible con infección rábica.
- Que genera un accidente potencialmente rábico (APR).
- Mordido por animal silvestre o animal confirmado a rabia.
- Muerto en la vía pública sin antecedentes, en zonas con circulación de virus rábico.

Caso confirmado de rabia animal: caso sospechoso que presenta resultado positivo en al menos una de las siguientes técnicas: Inmunofluorescencia directa (IFD), Ensayo biológico (EB), Reacción en cadena de la polimerasa con transcripción reversa (RT-PCR) o Rt-qPCR.

Caso descartado de rabia animal:

- Caso con resultado negativo en dos técnicas.
- Caso sospechoso vivo que superó sin novedades el período de observación de 10 días (perro, gato y hurón doméstico).

Definición de brote

Brote de rabia canina: Un brote de rabia canina se define como la aparición repentina y generalizada de casos de rabia en caninos, generalmente dentro de un área geográfica definida y en un período de tiempo corto, de la variante antigénica del perro (AgV1 y AgV2). Este fenómeno implica un aumento significativo en la incidencia de la enfermedad, con el riesgo de transmisión a las personas.

La rabia paresiante, causada por el virus rábico variante 3 y 3a y transmitida por el vampiro común Desmodus rotundus se presenta en forma de brotes que remiten espontáneamente y son seguidos por períodos interepidémicos sin rabia que pueden durar varios años. Ésta afecta principalmente a los bovinos, equinos, con menor frecuencia a otras especies domésticas, al hombre y a animales silvestres. En la República Argentina se diferencia un área endémica ubicada al Norte del Paralelo 31° Latitud Sur y al Este del Meridiano 66° Longitud Oeste, que abarca las provincias de Misiones, Corrientes, Chaco, Santiago del Estero y Formosa, y parte de las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán, Catamarca, Córdoba y Santa Fe; y un área libre, ubicada al sur del mencionado paralelo y al oeste del mencionado meridiano, que abarca el resto del país.

Sospecha de brote de rabia paresiante: Todo ganado con sintomatología nerviosa en área endémica o proveniente de la misma.

Brote de rabia paresiante: confirmación del diagnóstico virológico de rabia en el material remitido al laboratorio

VII.11.B. RABIA EN HUMANOS

Definiciones de caso

Caso sospechoso: toda persona con sintomatología compatible con rabia humana (excitabilidad, espasmos musculares generalizados, hidrofobia por espasmo de faringe, fonofobia, fotofobia, convulsiones, alteraciones sensoriales e hiperestesia o hipoestesia), con antecedente desconocido de exposición a virus rábico.

Caso probable: caso sospechoso de rabia humana con antecedente de exposición al virus rábico.

Caso confirmado: caso sospechoso o probable en que se demostró virus rábico a través del estudio por laboratorio:

- Diagnóstico antemortem: Uno o más de los siguientes criterios: Detección de anticuerpos específicos para rabia en el suero o en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de una persona sin vacunar / Detección de ácido nucleico del virus de la rabia por la reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR) o la RT PCR en tiempo real (Rt-qPCR) en muestras de saliva y/o biopsia de piel de nuca y/o LCR.
- Diagnóstico postmortem: uno o más de los siguientes criterios: Detección de antígeno viral por inmunofluorescencia directa en muestras del sistema nervioso central (SNC), especialmente la porción superior de la médula espinal o tronco encefálico, tálamo, hipotálamo, cerebelo y corteza cerebral / detección de antígeno viral por prueba biológica (en ratones o cultivo celular) en muestras de SNC / Detección de ácido nucleico del virus de la rabia por RT-PCR o Rt-qPCR en muestras del SNC.

Caso descartado:

- Caso sospechoso o probable en el que se confirmó otro diagnóstico.
- Caso sospechoso o probable con muestras post mortem negativas a rabia en al menos dos de las técnicas descritas.
- Caso sospechoso o probable con resultados de laboratorio negativos y con evolución favorable

Definición de brote

En esta etapa, un caso sospechoso de rabia humana debe ser considerado un brote.

Fichas de notificación:

Rabia animal
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-11/ficha-notificacion-rabia-animal.pdf

Rabia humana
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-11/ficha-rabia-humana.pdf

Instructivo para la Notificación Nominal y Agrupada de Eventos Animales en el SNVS 2.0

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/instructivo_notificacion_animal.pdf

Guía para la prevención, vigilancia y control de la rabia en Argentina:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000001234cnt-2018-07_guia-rabia.pdf

Material de prevención de rabia para la población

Díptico
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-02/diptico_rabia_7-2-2022.pdf

Afiche
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-02/afiche_rabia_7-2-2022_1.pdf

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

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

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

VIII.2. Situación internacional[19]

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 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

[19] 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 1.210 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 9 primeras SE de 2026 se notificaron un total de 663 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 215 fueron confirmados. En 200 de éstos se contó con confirmación de laboratorio[20], identificándose *B. pertussis* en el 67,0% (n=134). 1 caso correspondió a *B. parapertussis* y 65 casos permanecen sin identificación de especie (*Bordetella* sp.).

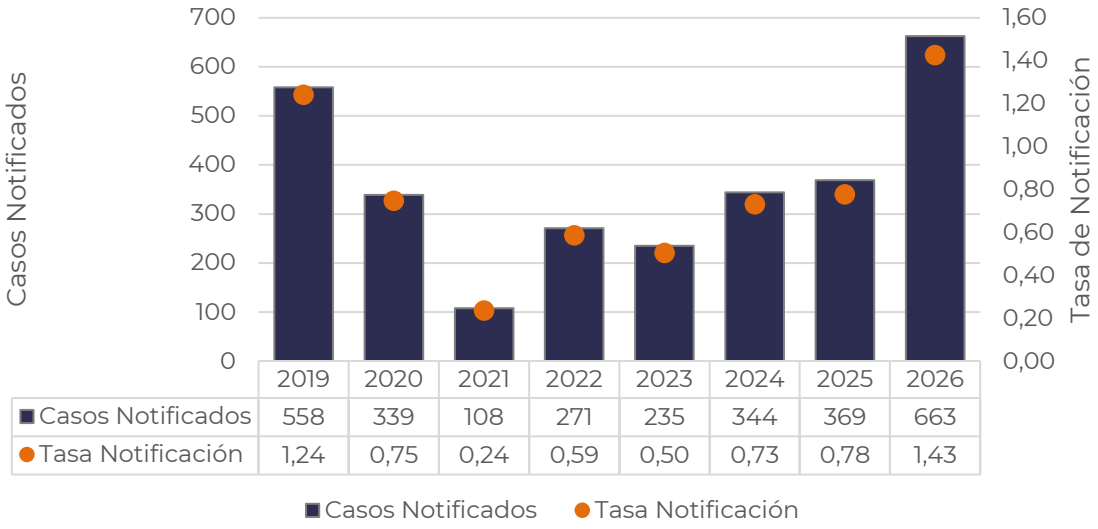
[20] Los restantes casos confirmados no cuentan con información de estudios de laboratorio en SNVS 2.0. Estos casos, se contabilizan como confirmados de acuerdo a la clasificación manual del caso, y no es posible definir si se trata de casos confirmados por laboratorio o bien de acuerdo a criterio clínico-epidemiológico

Los 215 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 1-9 es de 0,46 casos por cada 100.000 habitantes, siendo también la más alta para la SE9 desde 2019. Se registró un fallecimiento en la SE 8.

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

La tasa de notificación hasta la SE8 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 1,43 casos cada 100.000 habitantes, seguido por 2019, con 1,24 casos notificados cada 100.000 habitantes.

Gráfico 1. Casos notificados y tasa de notificación cada 100.00 hab. de casos con sospecha de coqueluche según año. Argentina. SE 1 a 9. Años 2019-2026.



	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos Notificados	558	339	108	271	235	344	369	663
Tasa Notificación	1,24	0,75	0,24	0,59	0,50	0,73	0,78	1,43

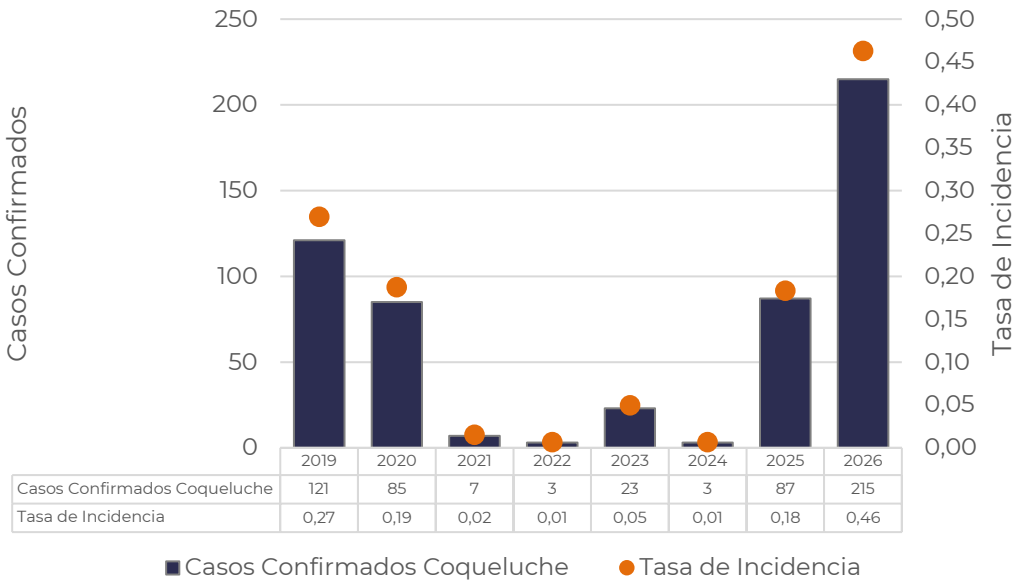
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

En las SE 1-9 de 2026, las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche se concentraron principalmente en establecimientos de CABA (n=238) provincia de Buenos Aires (n= 149), Córdoba (n= 97), Santa Fe (n=43), Mendoza (n=34), Salta (n=33) y Chaco (n=12). En las 13 provincias restantes que notificaron casos sospechosos, se notificaron menos de 10 casos.[21]

Del total de notificados, se confirmaron 215 casos, lo que representa una tasa de incidencia de 0,46 casos por cada 100.000 habitantes. Si se analiza el período 2019-2026 hasta la SE9, 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 registra la tasa más elevada del período[22].

[21] Las notificaciones de casos con sospecha de coqueluche según jurisdicción se analizan de acuerdo a la variable "Establecimiento de Carga" y "Provincia de Carga".
[22] 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 1-9. Años 2019-2026.

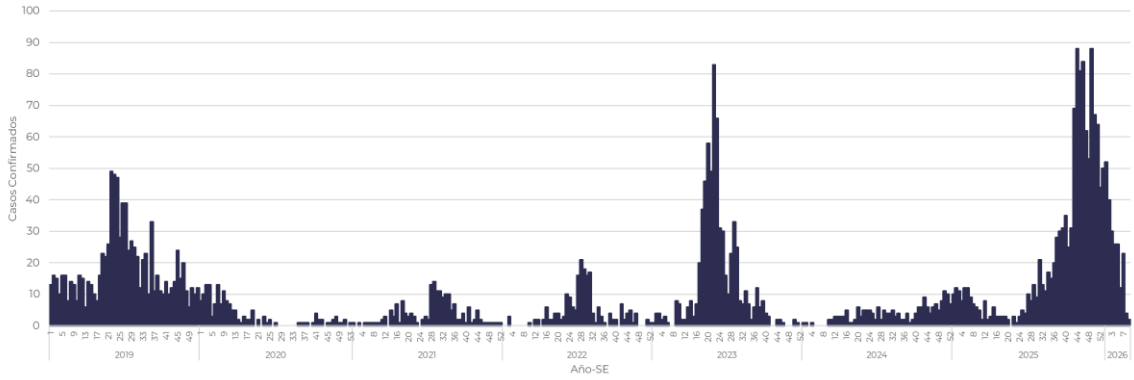


	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Casos Confirmados Coqueluche	121	85	7	3	23	3	87	215
Tasa de Incidencia	0,27	0,19	0,02	0,01	0,05	0,01	0,18	0,46

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 SE9/2026.



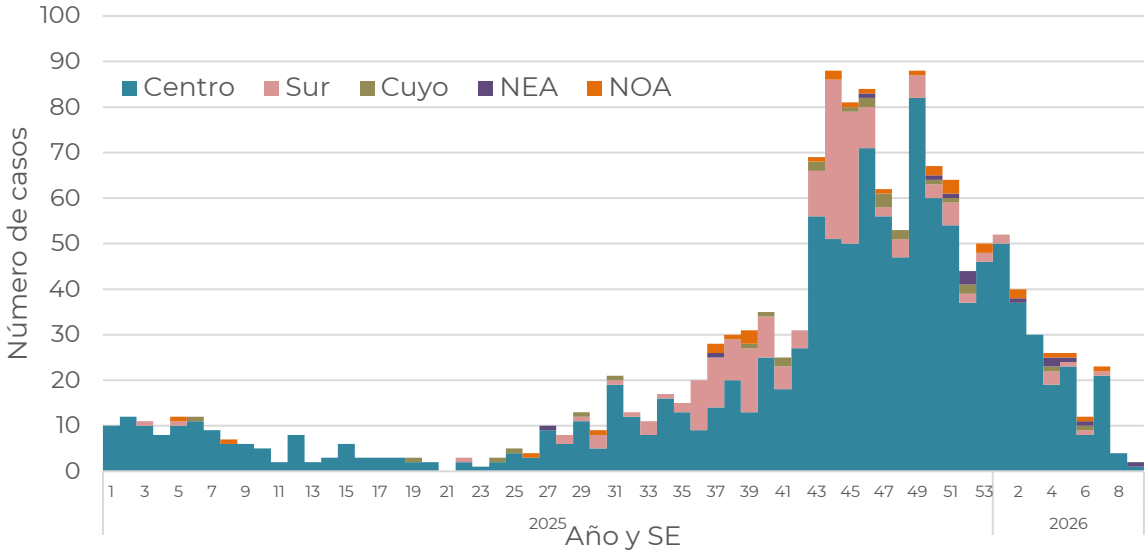
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

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[23].

Gráfico 4. Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2025-SE9/2026.



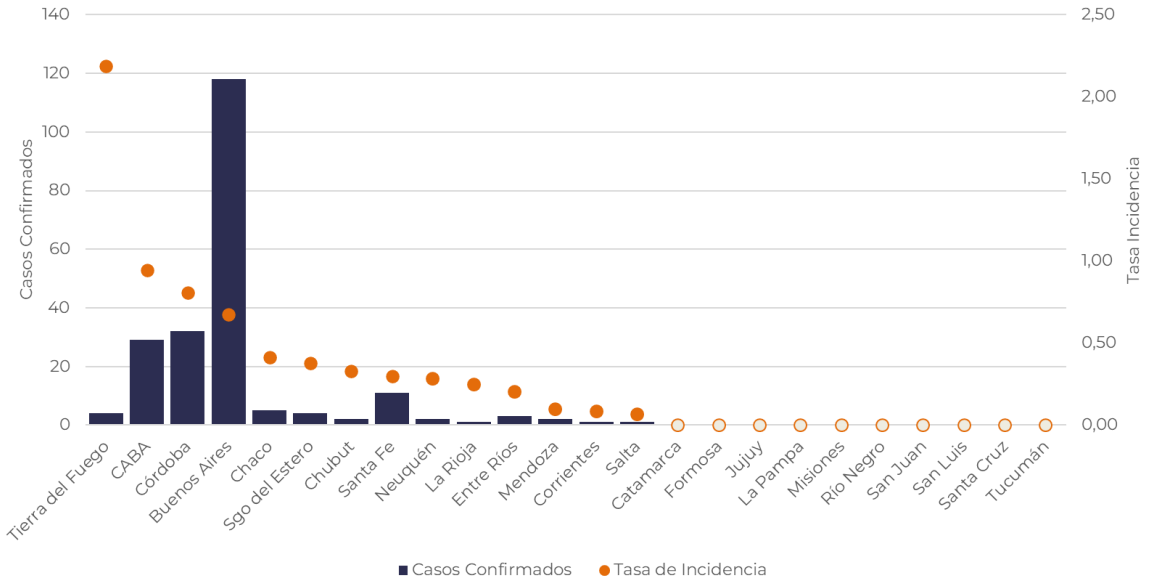
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

Durante 2025, los casos confirmados se distribuyeron en 22 jurisdicciones del país. La mayor concentración se observó en la Región Centro (n=968), con predominio de notificaciones en residentes de la provincia de Buenos Aires (n=664) y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=125). En la Región Sur se confirmaron 186 casos, principalmente vinculados al brote en Tierra del Fuego. En las primeras 9 semanas de 2026 los casos confirmados se registraron en 14 jurisdicciones: Buenos Aires (n=118), Córdoba (n=32), CABA (n=29), Santa Fe (n=11), Chaco (n=5), Tierra del Fuego (n=4), Santiago del Estero (n=4), Entre Ríos (n=3), Chubut (n=2), Mendoza (n=2), Neuquén (n=2) La Rioja (n=1), Corrientes (n=1) y Salta (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.

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

Gráfico 5. Casos confirmados e incidencia acumulada de casos de coqueluche cada 100.000 habitantes por año por provincia. Argentina. SE 1-9 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 2,3 veces superior al de CABA, que ocupa el segundo lugar con una IA de 0,95 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 0,68 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) [24].

[24] 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	664
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	13
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	5
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	2
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**	**1210**

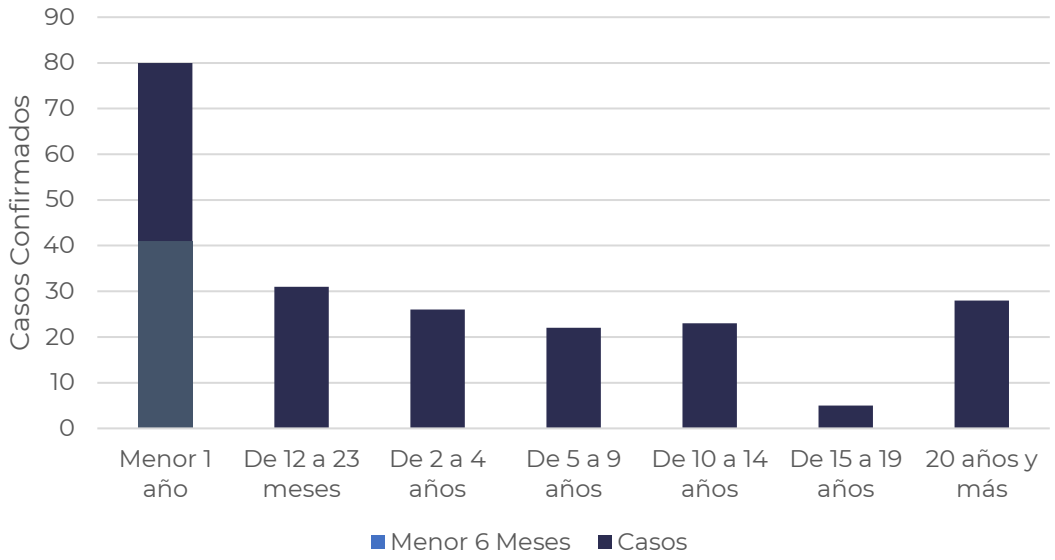
Fuente: Elaboración propia en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

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. SE1-9/2026.



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 8 SE de 2026 se registró un fallecimiento en una persona menor de dos meses, en el cual se registró antecedente de vacunación materna.

VIII.4. Coberturas de Vacunación

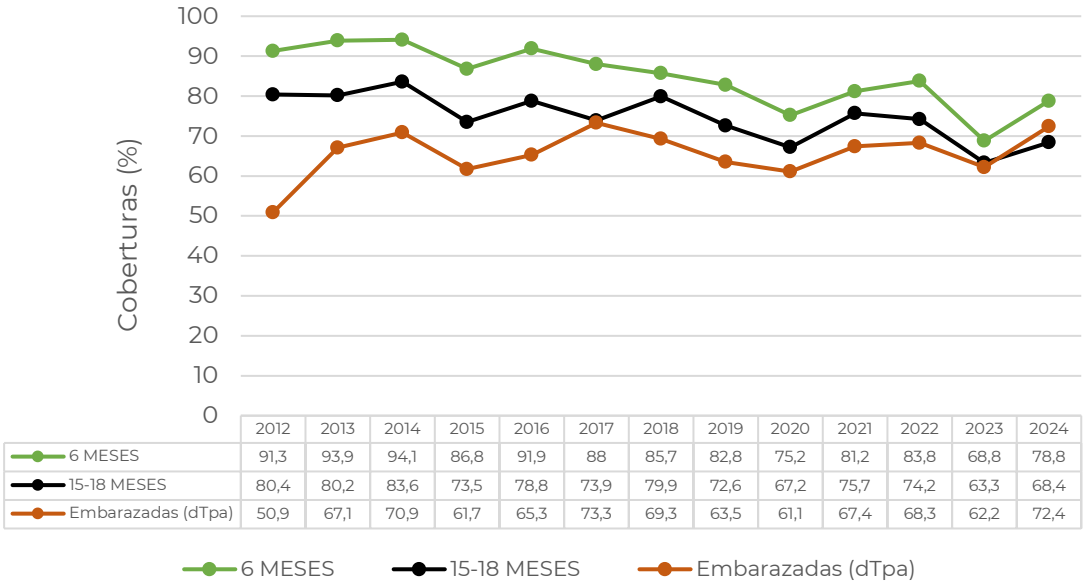
VIII.4.A. COBERTURAS PARA TOTAL PAÍS

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 11/03/2026, son:

1° dosis de Quíntuple (DTP/HB + Hib) (2 meses): 84,8%
2° dosis de Quíntuple (4 meses): 83,5%
3° dosis Quíntuple (DTP/HB + Hib) (6 meses): 78,5%

Ref Quíntuple (DTP/HB + Hib) (15 -18 meses): 68,2%
Ref DTP (5 años): 58,2% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2019 al 13/11/25: 76,8%)
Ref dTpa (11 años): 57,9% (porcentaje de vacunación ampliada de la cohorte 2013 al 13/11/25: 77,6%)
Embarazadas dTpa: 77,2%

Además del cambio realizado en 2023 para el cálculo de las coberturas a partir de la consideración únicamente de los registros nominales; en 2024, y en consenso con las 24 jurisdicciones, se definió considerar para la planificación de dosis a administrar a las personas de 5 y 11 años, y para el cálculo de coberturas, a partir de la evaluación de las dosis aplicadas y registradas, la cohorte de nacimiento en lugar del ingreso escolar o la adolescencia respectivamente. Esto permite evaluar la cobertura de vacunación oportuna, es decir las dosis aplicadas a los 5 y 11 años únicamente, y la vacunación ampliada por cohorte, es decir a la misma cohorte de nacimiento a los 6 y 12 años respectivamente. En este sentido, al analizar la vacunación ampliada de la dosis de refuerzo de los 5 años con la vacuna triple bacteriana celular, se observó una mejora en el seguimiento de la cohorte en el tiempo: en 2024 se registró una cobertura oportuna para la cohorte nacida en 2019 de 46,4% y durante 2025 se alcanzó una cobertura ampliada acumulada de 76,8%. En el caso de la dosis de refuerzo de los 11 años con la vacuna triple bacteriana acelular (dTpa), la cobertura oportuna de la cohorte nacida en 2013 vacunada en 2024 fue de 54,1%, y esa misma cohorte alcanzó durante 2025 una cobertura ampliada acumulada de 77,6%. Este análisis permitió observar que, si bien las coberturas oportunas son más bajas que lo observado en años anteriores, si se evalúa cómo siguió vacunándose esa cohorte de nacimiento más allá de los 5 y 11 años respectivamente, se alcanzó a un mayor número de la población objetivo de manera atrasada.

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	72,70	71,3	67,5	60,8	45,2	45,9	65,6
CABA	84,7	85,9	74,8	39,9	44,7	35,6	52,8
Catamarca	90,8	91,5	86,6	69,1	65,9	71,4	85,5
Chaco	93,7	92,3	86,9	75,6	63,8	64,6	90,5
Chubut	93,2	93,2	88	78,5	60	62,6	86,7
Coba	89,50	88,6	82,8	76,8	60,2	61,5	83
Corrientes	92,8	88,8	80,3	62,4	51,1	49,9	90,5
Entre Ríos	92,4	90,8	85,5	79	51,9	62,1	90,6
Formosa	80,1	78,3	74,5	54,2	56	55,9	81,3
Jujuy	109,2	110,8	106,4	101,3	82,3	80,2	104
La Pampa	99	99,1	96,9	90,2	68	78,8	93,4
La Rioja	95,6	93	86,3	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	91,1	88,3	85,1	84,7	92,7
Río Negro	102,3	101,6	96,6	80,2	66,2	57	95,5
Salta	94,9	92,6	88,7	84,4	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	96,6	94,2	91,2	78,9	77,8	72,9	96,2
Santa Fe	89,5	89,2	85,2	70,3	60	60,7	82,6
S. del Estero	93,5	91	82,9	68,5	54,8	62,5	87,9
T. del Fuego	102	105,5	98,3	103,5	73,2	74,5	99
Tucumán	89,6	88,7	85,6	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

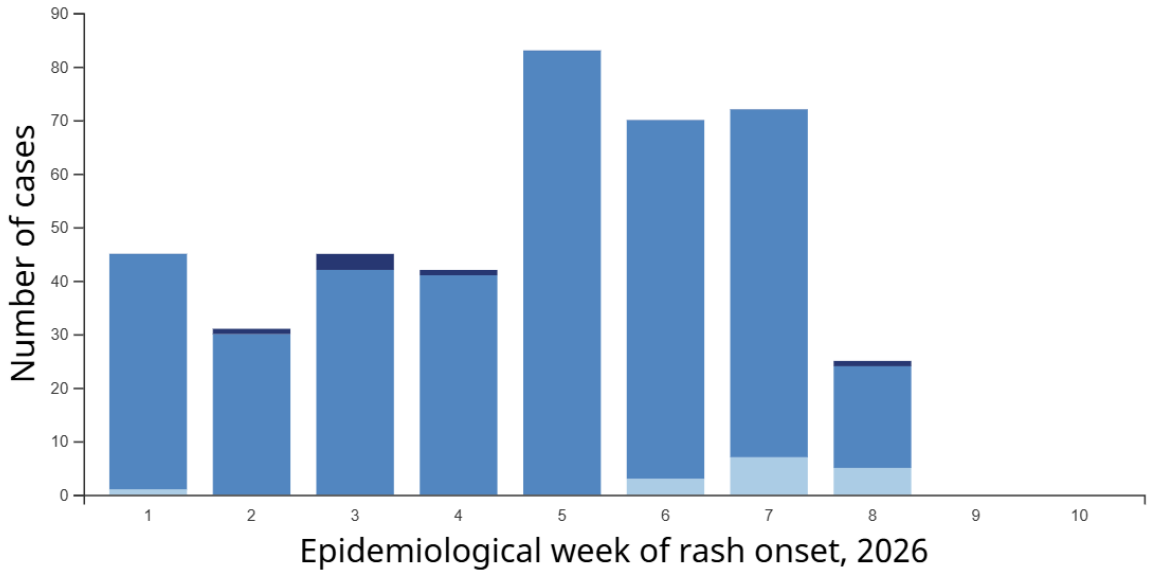
IX.2.A. CANADÁ[25]

En 2026, se han notificado un total de 413 casos de sarampión (374 confirmados, 39 probables) en 7 jurisdicciones (Alberta, Columbia Británica, Manitoba, Nueva Escocia, Ontario, Quebec y Saskatchewan), hasta el 28 de febrero del 2026.

En la semana 8 (del 22 al 28 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).

[25] 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=413)



IX.2.B. COSTA RICA[26]

Al 9 de marzo, el Ministerio de Salud de Costa Rica informó a la población que actualmente se encuentra en desarrollo una investigación epidemiológica asociada a dos casos confirmados de sarampión. El más reciente corresponde a una mujer adulta, la cual se encuentra estable y cuyo diagnóstico fue confirmado por el Centro Nacional de Referencia Virológica del INCIENSA.

Como parte de las acciones preventivas y con el objetivo de completar los análisis de laboratorio y el seguimiento epidemiológico correspondiente, el Ministerio de Salud le solicito al Ministerio de Educación Pública, la suspensión temporal de lecciones en el Liceo de Moravia durante este lunes 9 de marzo, así como la suspensión preventiva de actividades vinculadas a un programa del Ministerio de Cultura y Juventud.

Esta medida tiene como propósito permitir que los equipos técnicos del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social continúen con la identificación de contactos, verificación de esquemas de vacunación y análisis clínicos necesarios relacionados con el caso, con el fin de proteger la salud de la comunidad educativa y de la población en general.

IX.2.C. ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA[27]

Al 12 de marzo de 2026, se notificaron 1.362 casos confirmados de sarampión en los Estados Unidos durante 2026. De estos, 1.353 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 9 casos de sarampión en visitantes internacionales a los Estados Unidos.

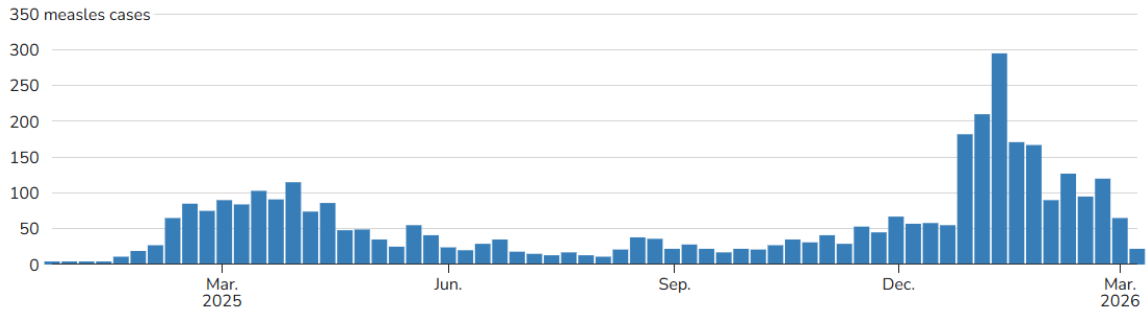
[26] https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/67-noticias-2026/2385-salud-confirma-segundo-caso-de-sarampion-y-continua-investigacion-epidemiologica
[27] https://www.cdc.gov/measles/data-research/

Se han notificado 14 nuevos brotes en 2026, y el 94% de los casos confirmados (1.281 de 1.362) están asociados a brotes (256 correspondientes a brotes en 2026 y 1.025 a brotes que comenzaron en 2025).

En el año 2025, se notificaron un total de 2.284 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.

Figura 2. Casos semanales de sarampión según la fecha de inicio del exantema. 2025-2026 (hasta 12/03/26).

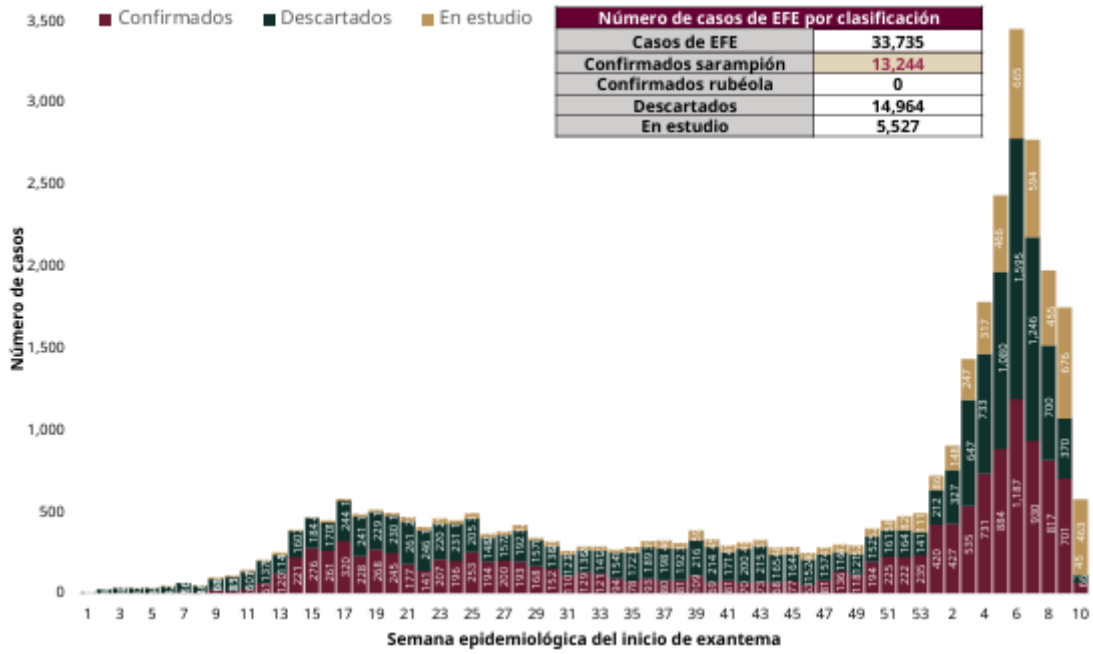


IX.2.A. MÉXICO[28]

Al 12 de marzo, se han reportado 13.244 casos confirmados de sarampión acumulados desde el comienzo del brote. El grupo de edad más afectado es de 1 a 4 años (1.770 casos), seguido del grupo de 5 a 9 años (1.551 casos) y el de 25 a 29 años (1.542 casos).

Se han reportado 34 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.

[28] 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[29] 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".

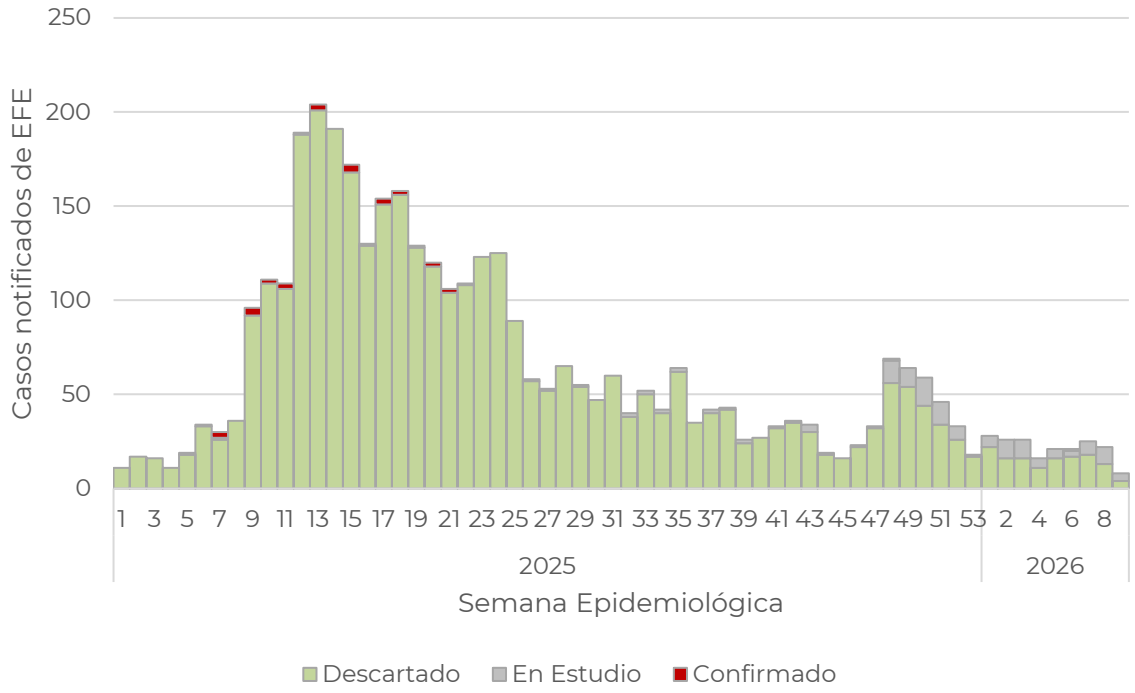
El análisis incluyó las notificaciones correspondientes a los datos reportados hasta la SE 9 (7 de Marzo inclusive) del año 2026 y para los casos confirmados la última información disponible previa al cierre de este boletín (13 de Marzo).

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 9 del año 2026.

[29] 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 SE9 de 2026. (n= 193).



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, la mayor cantidad de notificaciones se registró entre las semanas epidemiológicas 9 y 24 de 2025, con un pico alrededor de la SE 13. Posteriormente se evidencia una disminución progresiva de las notificaciones hacia la segunda mitad del año. En las primeras semanas de 2026 se mantiene un nivel bajo de casos notificados en comparación con el período de mayor actividad observado en 2025.

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 9 2026.

Jurisdicción	Confirmado	Notificaciones totales actuales	Tasa c/100-mil	Notificaciones mínimas esperadas actuales	Notificaciones esperadas anuales
Buenos Aires		76	0,4	69	367
CABA	1	44	1,4	12	62
Catamarca		2	0,5	2	9
Chaco		4	0,3	5	25
Chubut		1	0,1	3	13
Córdoba		7	0,2	15	79
Corrientes			0,0	4	23
Entre Ríos		7	0,5	5	29
Formosa		2	0,3	2	13
Jujuy		7	0,9	3	16
La Pampa		1	0,3	1	7
La Rioja		1	0,2	2	8
Mendoza		10	0,5	8	42
Misiones			0,0	5	27
Neuquén			0,0	3	14
Río Negro		2	0,3	3	16
Salta		13	0,9	6	30
San Juan			0,0	3	16
San Luis		3	0,6	2	11
Santa Cruz			0,0	2	8
Santa Fe		4	0,1	14	73
Santiago del Estero			0,0	4	21
Tierra del Fuego		1	0,5	1	4
Tucumán		8	0,4	7	36
Total	**1**	**193**	**0,4**	**179**	**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 Catamarca, Formosa, La Pampa 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, Entre Rios, Jujuy, Mendoza, Salta, San Luis 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.

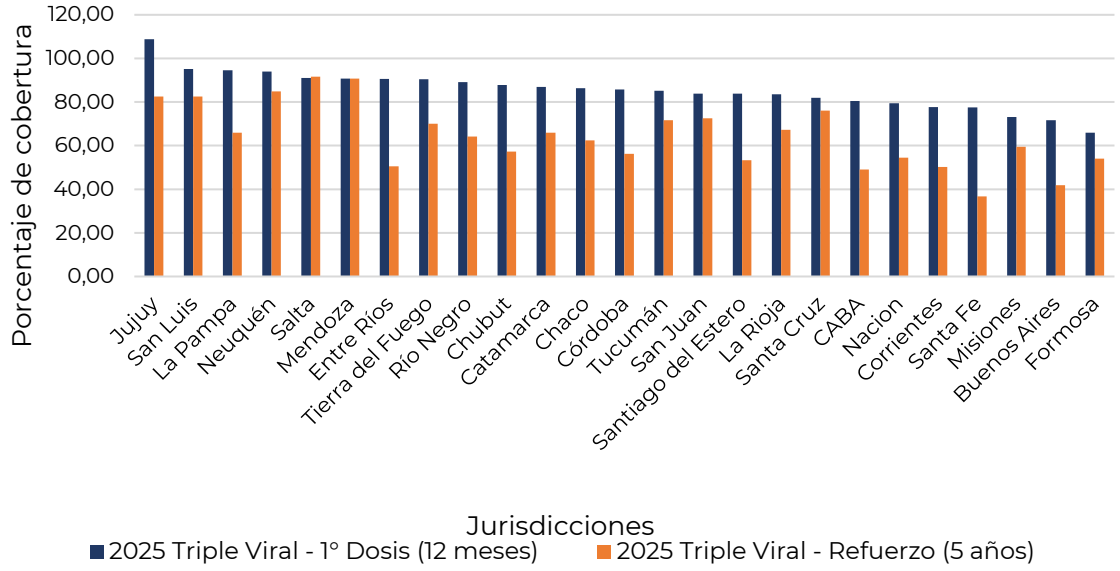
Solo un solo contacto presentó síntomas y se procedió a tomar muestras y resultó descartado. Al cierre de este informe, todos los contactos finalizaron su seguimiento.

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

INFORMES
ESPECIALES

X. Vigilancia de enteropatógenos virales en aguas residuales del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)

X.1. La vigilancia ambiental a través de aguas residuales

La vigilancia epidemiológica basada en aguas residuales se ha consolidado en los últimos años como una herramienta innovadora y complementaria a los sistemas tradicionales de notificación. Permite identificar brotes de enfermedades endémicas, predecir el aumento de casos, reconocer la circulación de patógenos en eliminación, o identificar la circulación de patógenos emergentes en un lugar y tiempo determinados, reconociendo zonas con mayor riesgo. Forma parte de la preparación ante situaciones epidémicas y pandémicas, complementando la vigilancia epidemiológica tradicional basada en estudio de muestras clínicas.

La pandemia de COVID-19 renovó el interés en la epidemiología basada en aguas residuales identificando con éxito las variantes circulantes en los diferentes momentos. Este enfoque ya había sido aplicado con éxito para monitorear la circulación de poliovirus en el marco de la Iniciativa Mundial para la Erradicación de la Poliomielitis (Organizaciones Internacionales, 2003).

La detección viral en aguas residuales permite abarcar a poblaciones numerosas mediante un único análisis, incorpora a individuos asintomáticos o presintomáticos, y brinda señales tempranas sobre la evolución de epidemias, complementando los indicadores convencionales de salud y aportando información complementaria al sistema de vigilancia tradicional.

Por estas razones, en marzo de 2021 la Comisión Europea recomendó a los Estados Miembros implementar sistemas de vigilancia de aguas residuales para SARS-CoV-2, priorizando grandes centros urbanos con más de 150.000 habitantes (CE, 2021).

Numerosos estudios demostraron que la concentración de ARN viral en aguas residuales reflejaba, e incluso precedía, las tendencias en los casos notificados y en las hospitalizaciones por COVID-19. A diferencia de los sistemas basados en la detección de casos clínicos, cuyos resultados pueden verse afectados por cambios en las estrategias diagnósticas o en el acceso a las pruebas, la vigilancia ambiental en aguas residuales permite monitorear la circulación viral en la comunidad.

Este enfoque ha demostrado utilidad para la vigilancia del virus de la hepatitis A (HAV) y del virus de la hepatitis E (HEV), así como para el monitoreo de agentes asociados a gastroenteritis aguda, como norovirus (NoV), rotavirus (RV) y adenovirus entéricos (AdV-F). Estos hallazgos ponen de manifiesto el valor de esta estrategia como indicador sensible y costo-efectivo de la circulación viral comunitaria. No obstante, persisten desafíos vinculados con la representatividad de la población con acceso a red cloacal y con la falta de estandarización de metodologías de concentración y detección viral. Pese a estas limitaciones, los avances recientes en virología ambiental permiten vislumbrar un escenario promisorio para la integración de esta estrategia en los sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica.

En este marco, el INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” y Agua y Saneamientos Argentinos S.A. (AySA), en un trabajo colaborativo interinstitucional, comenzaron en el año 2021 la

implementación de esta vigilancia en diferentes plantas depuradoras de residuos cloacales ubicadas en diferentes puntos del conurbano bonaerense y que sirven a diferentes partidos de Buenos Aires y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Este informe es el primero de una serie que abordarán los diferentes patógenos virales que se vigilan desde el comienzo de la implementación: virus gastroentéricos, virus de la hepatitis A y E, virus respiratorios y enterovirus/poliovirus.

X.2. Vigilancia de virus productores de gastroenteritis en aguas residuales

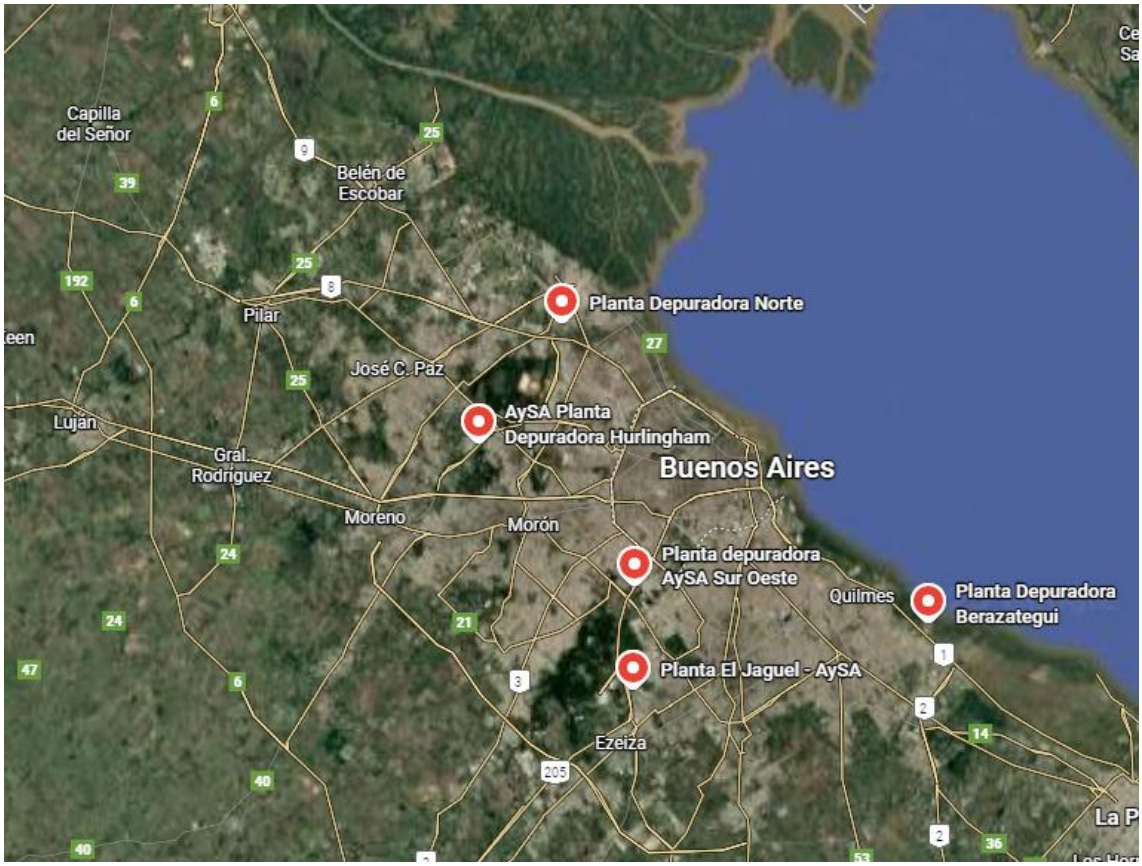
La gastroenteritis aguda (GEA) constituye un problema de salud pública global debido a su alta incidencia y su impacto en la morbimortalidad, especialmente en niños y adultos mayores. Cada año se producen alrededor de 1.700 millones de casos en todo el mundo, con aproximadamente 500.000 muertes de niños menores de cinco años[30]. Esta carga es mayor en regiones con condiciones socioeconómicas desfavorables y acceso limitado a servicios básicos, como agua potable y atención médica de calidad. En este marco, la vigilancia epidemiológica cumple un rol central, ya que permite describir la magnitud, distribución y tendencias de la enfermedad, identificar de manera oportuna cambios en los patrones de circulación de los agentes etiológicos y generar evidencia para orientar la toma de decisiones en salud pública en materia de prevención y control. Particularmente, en los últimos años la vigilancia de enteropatógenos en aguas residuales ha adquirido relevancia como herramienta epidemiológica ya que permite detectar la circulación de estos agentes en la población en forma temprana, aun cuando los casos no han sido reportados, complementando así a la vigilancia clínica. Las aguas residuales urbanas constituyen una matriz compleja que integra los efluentes domiciliarios, industriales y pluviales de amplias áreas geográficas. A través del sistema de desagües cloacales, transportan microorganismos, residuos sólidos, grasas y materia orgánica (excretas u otras) hasta las plantas depuradoras, donde se aplican procesos físicos, químicos y biológicos para reducir la carga contaminante antes de su disposición final en los cuerpos receptores. En el presente informe se detallan los resultados del estudio de enteropatógenos virales en aguas residuales.

X.2.A. NOTA METODOLÓGICA

Durante el período comprendido entre el mes de octubre de 2022 hasta el mes de agosto de 2025 se procesaron muestras de aguas residuales provenientes de 5 plantas depuradoras de la empresa Agua y Saneamientos Argentinos S.A (AySA) del Área Metropolitana de Buenos Aires: Planta Depuradora Norte, Planta Depuradora Hurlingham, Planta Depuradora Sudoeste, Planta Depuradora El Jagüel, Planta Depuradora Berazategui (Mapa 1).

[30] *Organización Mundial de la Salud. Enfermedad diarreica. Datos y Cifras. Disponible en www.who.int/es/news-run/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease.*

Mapa 1: Plantas de tratamiento de aguas residuales que forman parte de la red de vigilancia ambiental del AMBA AySA-INEI.



Fuente: elaboración propia en base a datos de AySA.

Los períodos específicos en los que se recibieron muestras de cada planta fueron los siguientes:

- Planta Depuradora Norte, Planta Sudoeste, Planta Depuradora Berazategui: desde el mes de diciembre 2022 hasta el mes de agosto 2025.
- Planta Depuradora Hurlingham: desde el mes de abril 2024 hasta el mes de agosto 2025.
- Planta Depuradora El Jagüel: desde el mes de mayo de 2024 hasta el mes de abril 2025

Se recolectaron muestras mensuales por planta, a excepción de la Planta Depuradora Sudoeste en la que sistemáticamente se tomaron muestras diferentes de cada uno de los 2 módulos que la componen. Por este motivo, en el análisis de resultados de positividad por planta se consideraron en total 6, discriminando Sudoeste módulo 1 y Sudoeste módulo 2.

Las muestras fueron remitidas al Departamento de Virología del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" para su análisis. Estas muestras fueron sometidas a un proceso de concentración con PEG 6000 seguido de la extracción de ácidos nucleicos por métodos comerciales. Los extractos obtenidos fueron utilizados para la detección de norovirus genogrupos I y II (NoV GI y NoV GII), adenovirus entéricos (AdV-F), rotavirus grupo A (RV), sapovirus (SV) y astrovirus (AsV) mediante técnicas de biología molecular como RT-qPCR y qPCR. Se realizó además la cuantificación de NoV GII por RT-qPCR.

Para el cálculo de la positividad acumulada de los virus gastroentéricos, se consideró el total de muestras recibidas para cada planta (período octubre 2022-agosto 2025).

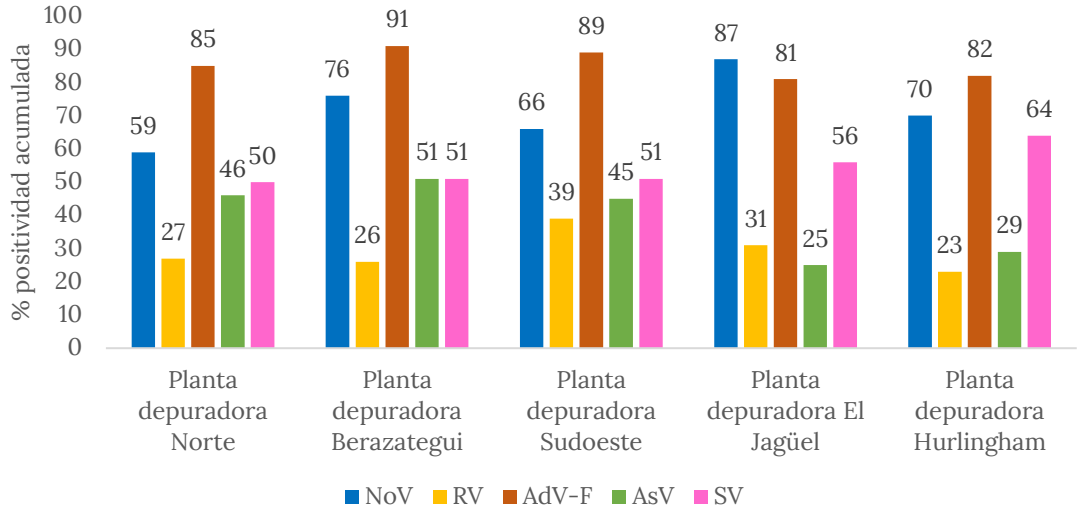
En la descripción temporal de los resultados de las muestras de cada planta, se analizó el período comprendido entre febrero de 2024 hasta agosto de 2025, y se discriminaron los resultados de los 2 tipos de muestras recolectadas de la Planta Sudoeste.

X.2.B. RESULTADOS

Positividad acumulada de virus productores de gastroenteritis

NoV y AdV-F muestran las tasas de positividad acumulada más altas y fueron detectados en todas las plantas, lo que sugiere alta frecuencia de circulación en el Área Metropolitana durante el período de estudio. En relación a RV, se observó una menor positividad acumulada en comparación a NoV y AdV-F. Por otro lado, AsV y SV también fueron detectados en todas las plantas, aunque con una positividad acumulada menor en comparación con NoV y AdV entéricos (Gráfico 1).

Gráfico 1. Porcentaje de positividad acumulada de detección de enteropatógenos virales según planta depuradora. Área Metropolitana de Buenos Aires, Octubre 2022-Agosto 2025.



Fuente: elaboración propia en base a datos del Laboratorio de Gastroenteritis Virales. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán

Detección de enteropatógenos virales según planta depuradora, mes y año. Periodo Febrero 2024-Agosto 2025.

Norovirus fue detectado de manera sostenida durante todo el período de estudio (febrero de 2024 a agosto de 2025) en todas las plantas depuradoras analizadas. Este hallazgo indica la ausencia de un patrón estacional evidente, ya que no se identificaron períodos claramente delimitados de circulación y de ausencia total del virus. Asimismo, no se observaron diferencias apreciables entre las plantas, lo que sugiere un comportamiento homogéneo a nivel del Área Metropolitana. La detección persistente de NoV en todas las plantas refleja una circulación comunitaria continua del virus a lo largo del tiempo. Al analizar los genogrupos, se evidenció un comportamiento diferencial: NoV GI mostró inicialmente detecciones esporádicas, que luego se volvieron más sistemáticas, mientras que NoV GII presentó una detección más constante desde etapas tempranas del período analizado. En este sentido, el patrón fue homogéneo entre plantas, pero heterogéneo entre los genogrupos GI y GII, lo que refuerza la utilidad de la vigilancia ambiental para identificar dinámicas de circulación diferenciadas dentro de un mismo agente (Grafico 2).

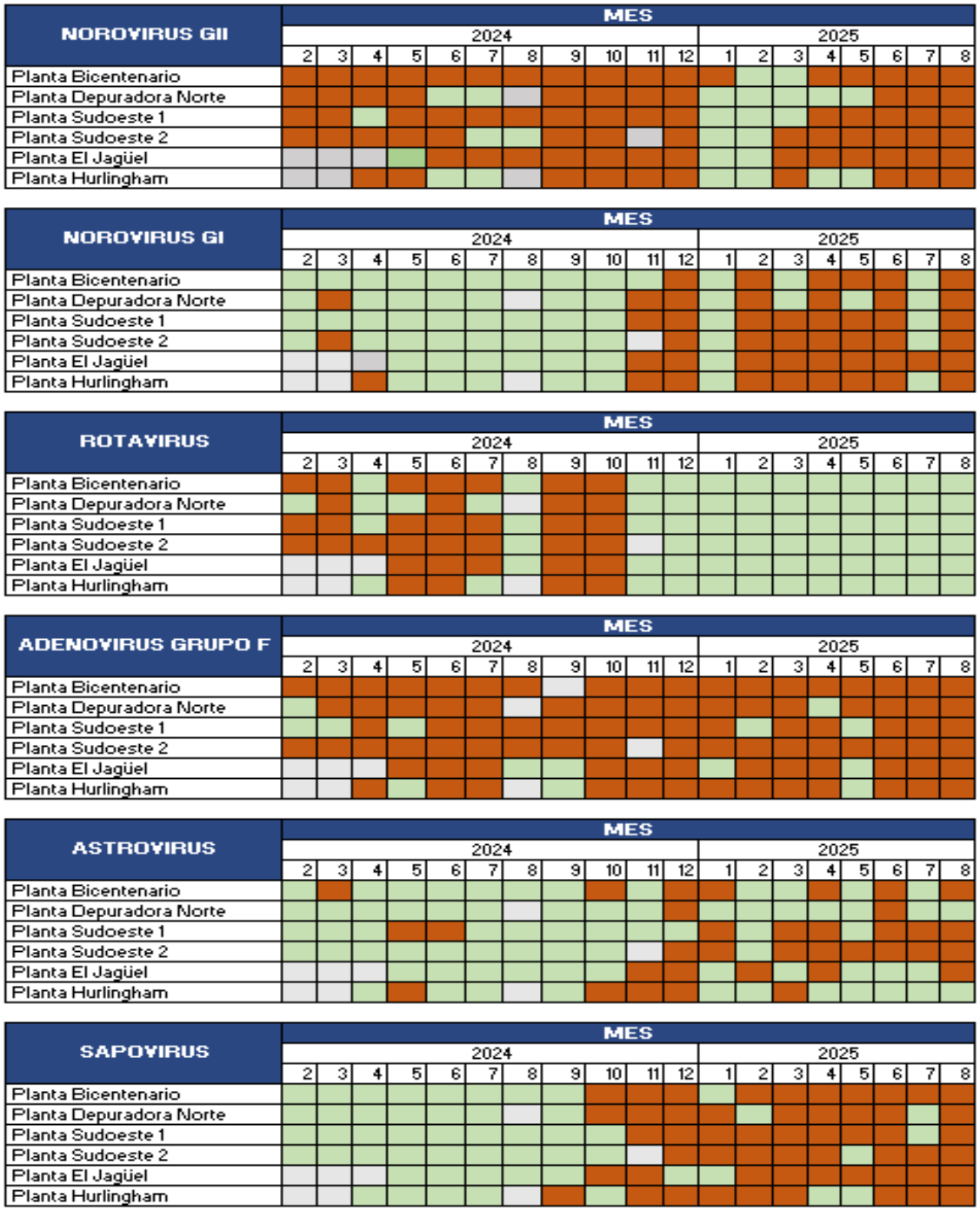
Rotavirus fue detectado principalmente durante los meses de otoño e invierno de 2024, con detecciones continuas en todas las plantas depuradoras hasta fines de ese año. Sin embargo, se observó una disminución marcada hacia finales de 2024, seguida de la ausencia total de detecciones durante 2025. Durante el período en que se registró circulación, las detecciones fueron intermitentes y no evidenciaron una persistencia prolongada en ninguna planta en particular. El comportamiento fue homogéneo entre las plantas, lo que sugiere que la disminución y posterior desaparición de la señal ambiental de rotavirus pudo haber respondido a un fenómeno poblacional generalizado más que a variaciones locales (Grafico2).

Los adenovirus entéricos fueron detectados a lo largo de todo el período estudiado, sin presentar un patrón estacional definido. Esta detección sostenida indica una circulación continua y relativamente estable en la población, independientemente de la época del año. Al igual que lo observado para norovirus, el comportamiento de los AdV-F fue homogéneo entre las plantas depuradoras, lo que refuerza la idea de una circulación ampliamente distribuida en el área de estudio (Grafico 2).

La detección de astrovirus mostró una mayor variabilidad temporal y espacial en comparación con otros enteropatógenos virales. En una primera etapa, las detecciones fueron escasas y esporádicas, alternando períodos sin detección con evidencias puntuales en algunas plantas. Con el avance del período de estudio, se observó una tendencia hacia una detección más continua, aunque manteniendo diferencias entre plantas. Este comportamiento sugiere una circulación heterogénea, posiblemente influida por dinámicas locales o por una menor carga viral ambiental en comparación con otros virus estudiados.

En relación con sapovirus, se observó un aumento progresivo de las detecciones hacia fines de 2024, con consolidación de una detección sostenida durante 2025. A diferencia de rotavirus, SV no fue detectado durante la mayor parte de 2024, comenzando a aparecer de manera más consistente a partir del último trimestre de ese año. Una vez iniciada su detección continua, el comportamiento fue homogéneo entre las plantas depuradoras, lo que sugiere una expansión comunitaria del virus en la población de influencia del sistema de saneamiento (Grafico 2).

Gráfico 2. Detección de enteropatógenos virales según planta depuradora, mes y año.

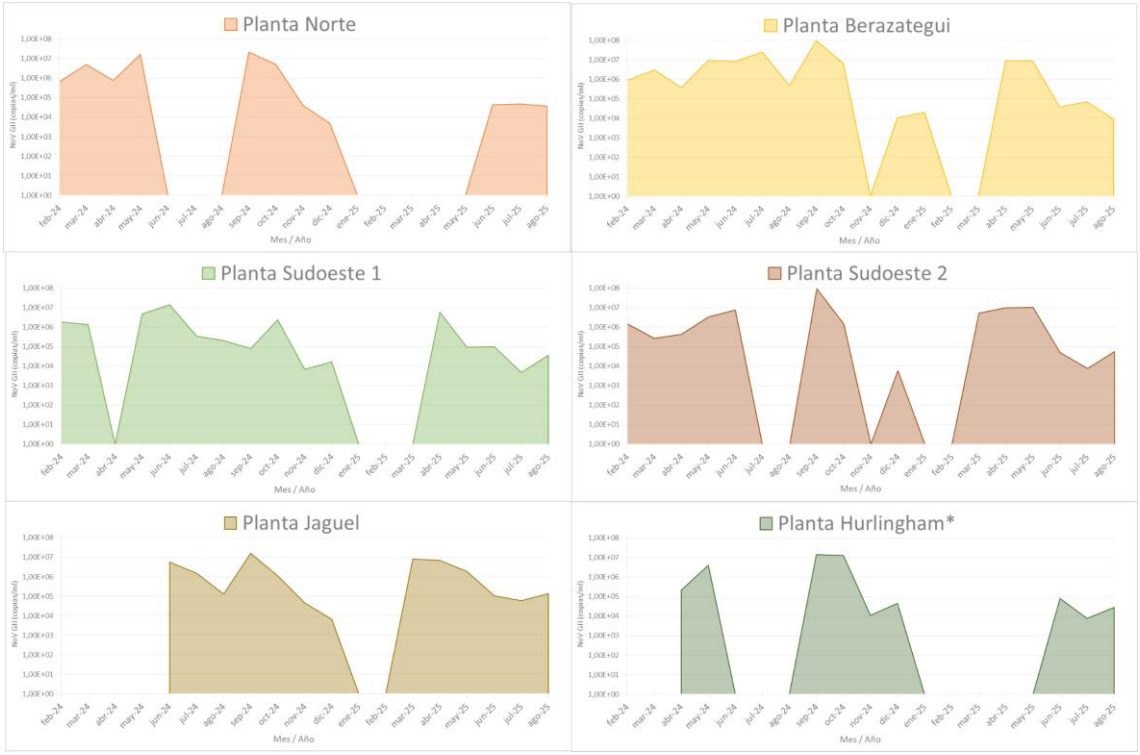


Cuantificación de NoV GII por planta depuradora. Periodo Febrero 2024 - Agosto 2025.

La cuantificación de la carga viral en aguas residuales resulta particularmente relevante para aquellos patógenos con circulación endémica o continua, ya que permite identificar variaciones temporales y espaciales en su intensidad de circulación, aun en ausencia de cambios evidentes en la frecuencia de detección. En este contexto, se analizó la carga viral de norovirus genogrupo II (NoV GII) en las distintas plantas depuradoras incluidas en el estudio. El análisis de las concentraciones de NoV GII evidenció valores comprendidos dentro de un amplio rango, que osciló entre 10^3 y 10^7 copias por mililitro, lo que pone de manifiesto fluctuaciones en la magnitud de la excreción viral a nivel poblacional a lo largo del período analizado.

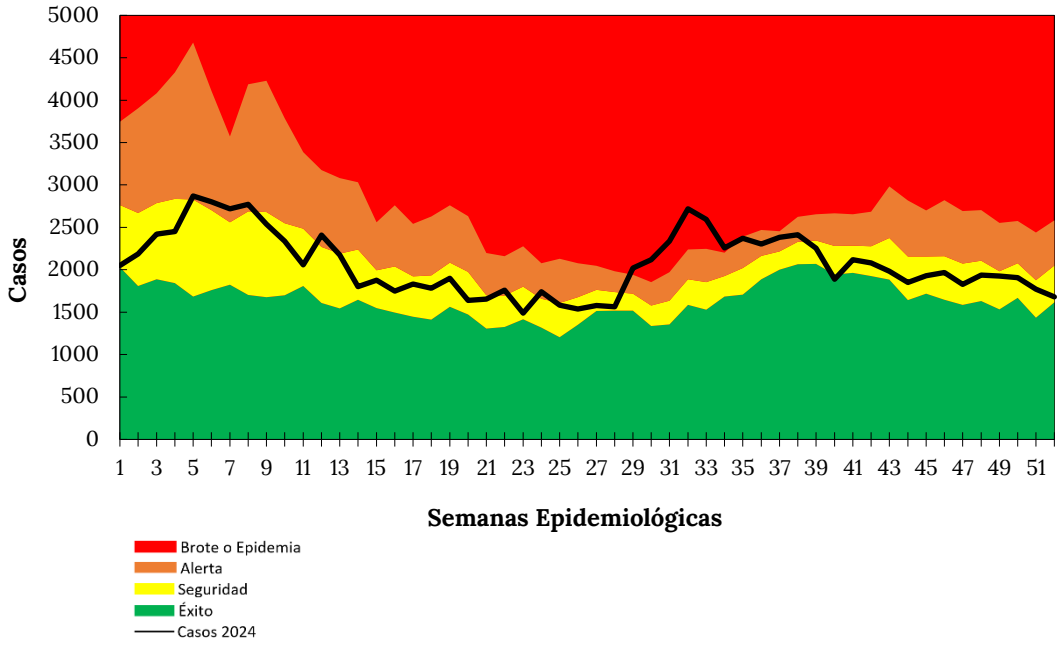
Al considerar el conjunto de las plantas depuradoras, el mayor valor de carga viral se registró entre los meses de agosto y septiembre de 2024, correspondientes a las semanas epidemiológicas 32 a 39, sugiriendo un incremento transitorio en la circulación comunitaria de NoV GII durante ese intervalo (Grafico 3). Este tipo de información refuerza el valor de la cuantificación ambiental como una herramienta complementaria a la detección cualitativa, permitiendo una aproximación más sensible a los cambios en la dinámica de circulación viral.

Gráfico 3. Cuantificación mensual de NoV GII según planta depuradora. Área Metropolitana de Buenos Aires, Febrero 2024 - Agosto 2025.



Este incremento de NoV ambiental comenzó a observarse aproximadamente una a dos semanas antes del ascenso del corredor endémico de diarreas agudas del AMBA hacia la zona de brote (Gráfico 4). Si bien no puede establecerse una asociación directa entre el aumento de los casos de diarrea y la circulación de NoV, la detección anticipada del virus en aguas residuales refuerza el valor de la vigilancia ambiental como una herramienta complementaria para monitorear cambios en la circulación de virus entéricos en la comunidad. Durante 2025, las concentraciones de NoV GII fueron en general más bajas, aunque persistentes, lo que implicaría un escenario de menor carga viral ambiental en comparación con el período previo.

Gráfico 4. Diarrea Aguda: Corredor endémico del AMBA. 2024. Años de comparación 2017, 2018, 2019, 2022, 2023.



Fuente: Elaboración propia con datos tomados del SNVS. Años tomados para su elaboración: 2017, 2018, 2019, 2022, 2023.

Conclusiones

El presente informe permite observar la circulación de enteropatógenos virales productores de gastroenteritis en aguas residuales del Área Metropolitana de Buenos Aires durante el período comprendido entre octubre de 2022 y agosto de 2025. Los resultados evidencian una presencia sostenida de estos agentes, lo que refleja su continua circulación en la comunidad. Entre los virus analizados, los AdV entéricos fueron los enteropatógenos detectados con mayor frecuencia, seguidos por NoV, SV, AsV y RV. En el caso de los NoV, se observó predominio del genogrupo GII, hallazgo que coincide con lo reportado a nivel nacional e internacional en relación con los genogrupos mayormente asociados a casos clínicos y brotes de gastroenteritis[31,3,4]. La detección simultánea de múltiples enteropatógenos virales en muestras de aguas residuales refuerza la utilidad de este tipo de vigilancia como herramienta complementaria a la vigilancia epidemiológica tradicional. Este enfoque permite identificar la circulación viral incluso en ausencia de notificaciones clínicas, aportando información temprana sobre la actividad de los agentes virales en la población como puede suceder en este caso con AsV y SV, los cuales no son eventos de notificación obligatoria y solo se detectan en casos de brotes o casos puntuales como en pacientes inmunodeprimidos. La incorporación de la cuantificación de NoV GII a partir de 2024 representa un avance significativo, ya que posibilita estimar la carga viral y evaluar su comportamiento temporal en áreas geográficas definidas. Esta

[2] *Chhabra, P.; Wong, S.; Niendorf, S.; Lederer, I.; Vennema, H.; Faber, M.; Nisavanh, A.; Jacobsen, S.; Williams, R.; Colgan, A.; et al. Increased Circulation of GII.17 Noroviruses, Six European Countries and the United States, 2023 to 2024. Eurosurveillance* ***2024****, 29, 2400625.*

[3] *Gomes KA, Degiuseppe JI, Morón PM, Rivero KA, Barrios Matthieur C, Paladino C, Cuba FG, Haim MS, Poklépovich Caride TJ, Stupka JA. Multi-Province Outbreak of Acute Gastroenteritis Linked to Potential Novel Lineage of GII.17 Norovirus in Argentina in 2024. Viruses. 2025; 17(2):223. https://doi.org/10.3390/v17020223)*

[4] *Lucero Y, Matson DO, Ashkenazi S, George S, O'Ryan M. Norovirus: Facts and Reflections from Past, Present, and Future. Viruses. 2021 Nov 30;13(12):2399. doi: 10.3390/v13122399. PMID: 34960668; PMCID: PMC8707792*

información resulta de particular interés para anticipar posibles aumentos de casos o cambios en los patrones de transmisión. Una de las principales limitaciones del estudio, consistió en la dificultad de realizar la genotipificación de las cepas detectadas debido a la baja carga viral, lo que impidió establecer con precisión la diversidad genética de los virus circulantes y su posible relación con los brotes de gastroenteritis en la población. Asimismo, la frecuencia de muestreo y las condiciones ambientales pudieron haber influido en las concentraciones virales detectadas, por lo que los resultados deben interpretarse como una aproximación a la circulación viral representada por las muestras estudiadas. Se continúa trabajando en la mejora de los métodos de genotipificación, así como también en la implementación de la cuantificación del resto de los virus estudiados y en la normalización de los datos obtenidos. En conjunto, estos resultados subrayan la importancia de mantener un sistema de vigilancia ambiental de enteropatógenos virales en aguas residuales. Su integración con datos clínicos, permitirá fortalecer las estrategias de prevención, de control, y contribuir así a una mejor comprensión de la dinámica de las enfermedades gastrointestinales en nuestro país.

X.3. Sobre las acciones interinstitucionales y líneas de trabajo

Implementar la vigilancia en aguas residuales en el ámbito del área metropolitana de Buenos Aires - a través de un trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud representado por el INEI-ANLIS y la empresa AYSA- se constituye en una acción en beneficio de la salud pública, fortaleciendo el sistema de vigilancia del país, permitiéndole la detección temprana de situaciones epidemiológicas que requieran respuestas sanitarias (como la detección de patógenos eliminados, la emergencia de nuevas variantes de patógenos endemo epidémicos, o la anticipación de aumento de determinados agentes asociados a enfermedades prevalentes como los gastroenteritis o infecciones respiratorias de origen viral.

En cuanto a las perspectivas hacia el futuro con estas vigilancia y oportunidades de mejora, existen numerosos desafíos, tendiente, en general a trabajar para que esta estrategia crezca en cobertura, en capacidad técnica y fundamentalmente, en integración con la vigilancia regular y con los equipos que la hacen y la usan.

Algunas líneas específicas de trabajo son:

- Fortalecer el trabajo conjunto entre las diferentes Áreas para integrar cada vez más esta estrategia con la vigilancia de casos y brotes.

- Continuar ajustando las estrategias de muestreo, con la meta de alcanzaren el futuro un muestreo semanal y avanzar en la estandarización de protocolos que permitan la comparabilidad cuantitativa de los resultados.

- Ampliar el área de cobertura de esta vigilancia a nuevos territorios y poblaciones, mediante acuerdos con otras empresas proveedoras en distintos lugares del país.

- Extender en el corto plazo la vigilancia a otros agentes, considerando la capacidad técnica del INEI para el estudio de diferentes amenazas infecciosas.

COMUNICACION **EPIDEMIOLOGICA**

XI. Detección del primer caso confirmado de Mpox Clado Ib en Argentina

Ante la confirmación de un caso de infección por virus de Mpox correspondiente al clado Ib en Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación emite la presente comunicación con el objetivo de informar la situación epidemiológica actual y reforzar las medidas de prevención y control, las recomendaciones para la vigilancia, toma de muestra para la detección temprana y manejo oportuno de casos sospechosos. Si bien el país ha registrado casos de Mpox desde el año 2022, la identificación de este clado viral reviste especial interés sanitario debido a su reciente expansión en distintos países y a las diferencias epidemiológicas descritas respecto de los clados previamente circulantes, presentando mayor severidad y contagiosidad.

XI.1. Introducción

La infección por virus de la viruela símica (Mpox) es una enfermedad zoonótica causada por el virus MPXV, perteneciente a la familia *Orthopoxviridae*. Puede propagarse entre las personas y, en determinadas circunstancias, desde animales infectados al ser humano.

La transmisión de persona a persona ocurre principalmente por contacto directo con lesiones cutáneas o mucosas de una persona infectada, especialmente durante el contacto estrecho, incluido el contacto sexual. También puede producirse por contacto con objetos recientemente contaminados (como ropa, sábanas, toallas u otros fómites) o por secreciones respiratorias de corto alcance en contextos de contacto cercano prolongado. En áreas donde algunos animales salvajes actúan como reservorio del virus, la transmisión también puede ocurrir desde animales infectados a las personas mediante contacto directo o indirecto con lesiones cutáneas, mucosas, sangre u otros fluidos corporales.

El período de incubación oscila entre 5 y 21 días, habitualmente entre 6 y 13 días. La enfermedad suele ser autolimitada y resolverse en un período de aproximadamente 14 a 21 días con manejo sintomático. La fase prodrómica puede incluir fiebre, cefalea, mialgias, adenopatías, astenia, dolor de garganta y/o dolor anorrectal o genital. Posteriormente aparecen lesiones cutáneo-mucosas que suelen ser múltiples (aunque pueden ser únicas) y que generalmente se localizan en las regiones genital, anal, facial y en extremidades. Estas lesiones pueden aparecer algunos días después de los síntomas prodrómicos o en forma simultánea.

Se reconocen dos clados principales del virus MPXV: el clado I y el clado II. La infección por MPXV del clado I se ha asociado históricamente con mayor gravedad clínica y mayor letalidad en comparación con el clado II. Las complicaciones y la mortalidad son mayores en personas inmunosuprimidas y en aquellas con infección por VIH no controlada.

En febrero de 2025, el Ministerio de Salud de la Nación publicó el **Plan Estratégico de Preparación y Respuesta para Mpox 2025-2026**[32], con el objetivo de fortalecer la capacidad nacional, jurisdiccional y local para la prevención, detección temprana, control y mitigación ante posibles escenarios de transmisión del virus.

[32] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/250407_plan_Mpox_2025.pdf

XI.2. Situación internacional y regional[33]

En enero de 2026, 50 países notificaron 1334 casos confirmados, incluidos tres fallecimientos (tasa de letalidad [TdL] de 0,2%). Los países con mayor número de casos confirmados se encuentran en el continente africano, que notificó el 66% (881 de 1.334) de los casos confirmados en enero de 2026.

África ha estado notificando una tendencia general descendente en los casos confirmados de Mpox tras el pico registrado en mayo de 2025, con conteos mensuales de casos confirmados que se han mantenido estables durante los últimos meses.

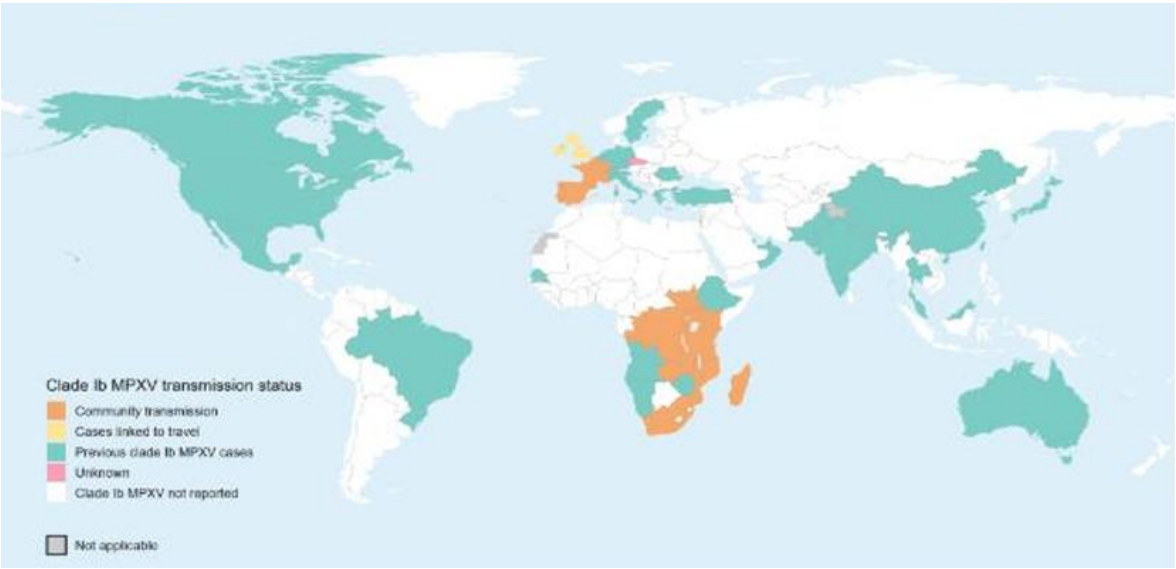
Desde el 15 de febrero de 2026, un país, Comoras, y un territorio, La Reunión (Departamento de Ultramar de Francia), han notificado casos debido del clado Ib por primera vez. Para ambos, esta es también la primera vez que informan casos de Mpox.

La notificación de transmisión comunitaria del virus de Mpox del clado Ib fuera de África Central y Oriental está situado en Francia, Portugal y España, incluyendo —aunque no limitado a— redes sexuales de hombres que tienen sexo con hombres.

A su vez, Portugal ha notificado transmisión comunitaria del MPXV del clado Ib.

Cuatro regiones observaron una disminución en los casos confirmados notificados en enero de 2026 en comparación con diciembre de 2025: la Región del Mediterráneo Oriental (75%, de cuatro a un caso confirmado), la Región de las Américas (54%, de 376 a 172 casos confirmados), la Región del Pacífico Occidental (46%, de 90 a 49 casos confirmados) y la Región de Asia Sudoriental (12%, de 17 a 15 casos confirmados).

Mapa 1. Estado de la transmisión del virus de Mpox del clado Ib en las últimas seis semanas, por país, al 13 de febrero de 2026.



Durante 2026, ocho países de la región (Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Estados Unidos y México) notificaron 173 casos confirmados de Mpox, sin registrar muertes.

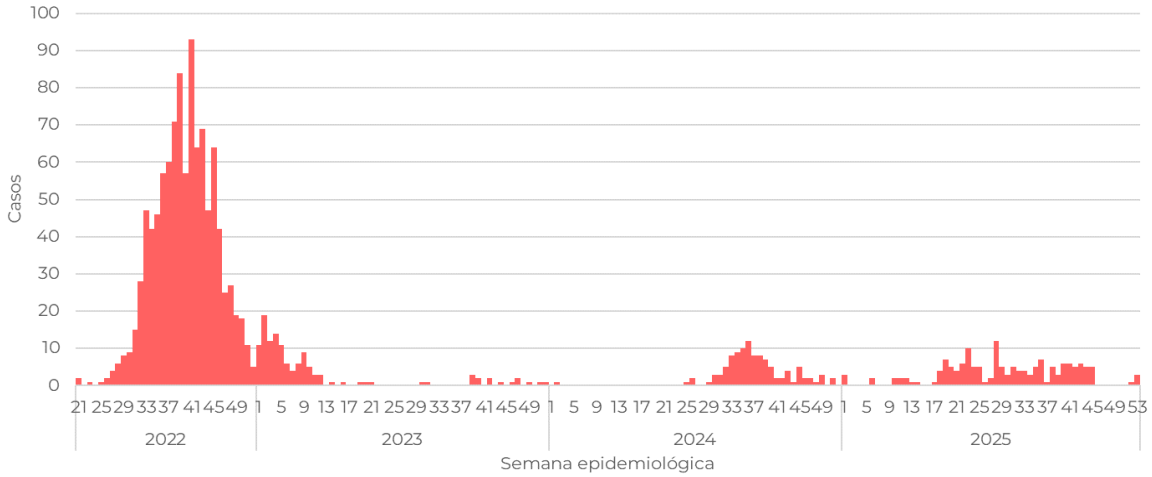
[33] https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-Mpox--external-situation-report--63---24-february-2026

En relación con el clado Ib, hasta el momento se han confirmado 14 casos en la Región, distribuidos en cuatro países: Estados Unidos (9), Canadá (2), Brasil (2) y México (1).

XI.3. Situación histórica en Argentina

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

Gráfico 1. Casos confirmados de Mpox por semana epidemiológica de fecha mínima[34]. Argentina, SE21/2022 a SE53/2025. (N=1.412)



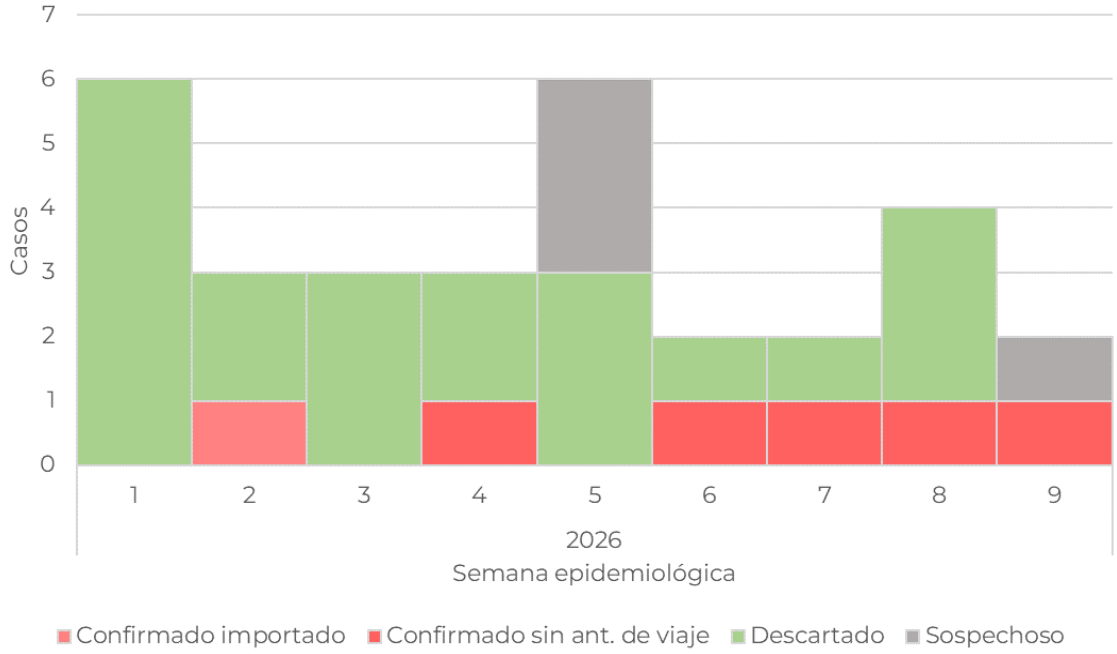
Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS2.0

XI.4. Situación actual

En el contexto de la vigilancia epidemiológica nacional, durante las primeras semanas de 2026 se identificaron casos confirmados de Mpox en el país. Entre las semanas epidemiológicas 1 y 9 de 2026 se confirmaron 6 casos, correspondientes a personas con residencia en CABA (5) y Río Negro (1, con antecedente de viaje a Chile). Los casos son de sexo masculino y tienen entre 29 y 39 años de edad.

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

Gráfico 2. Casos de Mpox según clasificación y antecedente de viaje por semana epidemiológica de fecha mínima. Argentina, SE1 a SE9/2026. (N=31)



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

El día 1 de marzo de 2026, en un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires, se realiza la atención clínica y la consecuente notificación de sospecha de Mpox en un hombre de 31 años, residente de la Ciudad. Refiere haber iniciado los síntomas el 24 de febrero: exantema, fiebre, cefalea, mialgias, dolor lumbar, astenia, linfadenopatía, dolor anorrectal y tenesmo. El paciente niega antecedentes de viaje en los últimos 21 días y no refiere comorbilidades de relevancia. Como antecedente, el paciente informa múltiples parejas sexuales nuevas y ocasionales, incluyendo viajeros, en el período previo a la aparición de síntomas. El manejo fue ambulatorio, y la evolución clínica favorable.

La toma inicial de muestra y el estudio de la misma se realizó en el Hospital de la Ciudad, siendo positiva para la detección molecular de MPXV. La muestra, siguiendo los protocolos establecidos, fue derivada al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) para obtener información de clado. El 10 de marzo del corriente año el LNR confirmó para este caso la detección de Mpox clado Ib por PCR en tiempo real y secuenciación del ADN amplificado en un hisopado de contenido vesicular.

La investigación epidemiológica continúa en curso; hasta el momento no se han podido detectar nuevas sospechas asociadas a este caso.

XI.5. Recomendaciones para equipos de salud

XI.5.A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

epidemiológicamente los casos e implementar las medidas de aislamiento y rastreo de contactos de forma inmediata ante la sospecha. Es importante tener en cuenta que una vigilancia sensible incluye facilitar la accesibilidad de la población a la atención oportuna y de calidad, eliminando todas las posibles barreras de acceso, incluyendo las que puedan relacionarse con cualquier tipo de discriminación o estigma relacionado con la enfermedad, con las poblaciones que son mayormente afectadas o con las prácticas potencialmente asociadas a su transmisión. En vistas de la situación actual, es importante indagar en los casos sospechosos acerca de antecedentes de viaje o contacto con viajeros.

Notificación:

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

Definición y clasificación de caso:

Caso sospechoso

• Toda persona que presente exantema característico*, sin etiología definida, de aparición reciente y que se localiza en cualquier parte del cuerpo (incluyendo lesiones genitales, perianales, orales o en cualquier otra localización) aisladas o múltiples; o que presente proctitis (dolor anorrectal, sangrado) sin etiología definida**. Y al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos dentro de los 21 días previos al inicio de los síntomas:

- Contacto físico directo, incluido el contacto sexual, con un caso sospechoso o confirmado.
- Contacto con materiales contaminados -como ropa o ropa de cama-, por un caso sospechoso o confirmado.
- Contacto estrecho sin protección respiratoria con un caso sospechoso o confirmado.
- Relaciones sexuales con una o más parejas sexuales nuevas, múltiples u ocasionales,

O,

• Toda persona que haya estado en contacto directo con un caso de viruela símica (Mpox) sospechoso o confirmado, Y presente, entre 5 y 21 días del contacto de riesgo, uno o más de los siguientes signos o síntomas:

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

O,

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

* Exantema característico de viruela símica: Lesiones profundas y bien delimitadas, a menudo con umbilicación central y progresión de la lesión a través de etapas secuenciales específicas: máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras, que pueden evolucionar a la necrosis que no

correspondan a las principales causas conocidas de enfermedades exantemáticas (varicela, herpes zoster, sarampión, herpes simple, sífilis, infecciones bacterianas de la piel). No obstante, no es necesario descartar por laboratorio todas las etiologías para estudiar al caso para viruela símica.

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

Caso confirmado

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

Toma de muestra

Las muestras de casos confirmados deberán enviarse al Laboratorio de Referencia del INEI-ANLIS para contribuir con la vigilancia genómica y caracterización viral.

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

Las muestras deben refrigerarse (2 a 8°C) o congelarse (-20°C o menos) durante el lapso de 1 hora luego de la colecta. Si el transporte excede los 7 días para su análisis, deben almacenarse congeladas (-20°C o menos). Se recomienda el almacenamiento a largo plazo (>60 días desde la recolección) a -70°C. Se deben evitar los ciclos repetidos de congelación y descongelación.

Medidas ante casos sospechosos

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

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

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

En el marco de la prevención combinada del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual, la evaluación de una persona con sospecha o confirmación de Mpox debe ser una oportunidad para ofrecer en forma sistemática servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y otras ITS, y para articular el manejo de la Mpox en las personas con diagnóstico de VIH conocido a servicios de atención de enfermedad avanzada por VIH.

Medidas ante contactos

- La identificación de contactos debe iniciarse dentro de las 24hs.
- Verificar diariamente la posible aparición de cualquier signo o síntoma compatible, incluyendo tomarse la fiebre y verificar mediante autoevaluación si no han aparecido lesiones en la piel en cualquier parte del cuerpo, o si aparecen síntomas como cansancio/decaimiento, inflamación de los ganglios linfáticos, cefalea, dolores musculares, dolor de espalda.
- El contacto en seguimiento debe disponer de un teléfono para comunicarse con el equipo de seguimiento en caso de presentar síntomas y, en ese caso, una vía facilitada para su atención adecuada en un centro asistencial.

- Ante la aparición de cualquier síntoma debe considerarse un caso sospechoso y, como tal, realizar las acciones ante casos sospechosos.
- El contacto deberá estar en seguimiento por el sistema de salud por 21 días para identificar el posible comienzo de síntomas compatibles.
- Evitar el contacto con personas inmunodeprimidas, niños y embarazadas.

Medidas en puertos, aeroparque y pasos de fronteras terrestres

En relación a medidas sanitarias para puertos, aeropuertos y pasos de fronteras terrestres, al momento, las Organizaciones internacionales no recomiendan implementar ninguna medida específica para este evento. Sin embargo, todo viajero internacional que presente síntomas compatibles, debe consultar lo antes posible en el sistema de salud y los casos sospechosos o confirmados o los contactos de casos deben evitar los viajes mientras dure la enfermedad o seguimiento.

Vacunas

En el contexto epidemiológico actual, diversos organismos internacionales no recomiendan la vacunación masiva ni de la población general frente a mpox. En Argentina no se dispone de vacunas contra mpox autorizadas para su uso ni disponibles para su aplicación en población general o en grupos específicos. En este escenario, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica resulta fundamental para generar la información necesaria que permita identificar a las personas con mayor riesgo de infección y orientar las estrategias de prevención y control.

XI.6. Recomendaciones para la población

Evitar el contacto estrecho directo (especialmente sexual) con casos confirmados y con personas que tengan síntomas compatibles, aunque no tengan todavía el diagnóstico confirmado.

Cualquier persona que tenga contacto estrecho directo con las lesiones en piel o mucosas de una persona con viruela símica (Mpox), especialmente contacto íntimo o sexual, o con la ropa o utensilios utilizados por personas enfermas, puede contraer la enfermedad. La autoprotección incluye evitar el contacto físico y/o respiratorio con un caso sospechoso, confirmado o con síntomas compatibles.

Las personas con diagnóstico confirmado deben implementar medidas para reducir el riesgo de transmisión a otras personas. Esto incluye permanecer aisladas mientras existan síntomas sistémicos (fiebre, malestar general, dolor de garganta, etcétera) o lesiones que no puedan ser cubiertas, y no retomar las actividades de la vida diaria hasta que las lesiones puedan ser cubiertas y recibir manejo sintomático apropiado. Las medidas de mitigación del riesgo de transmisión deben mantenerse hasta que todas las costras de las lesiones se hayan caído y haya formado una nueva capa de piel.

Es posible que las personas infectadas transmitan el virus de Mpox a ciertos animales a través del contacto cercano, como las caricias, abrazos, besos. Las personas con Mpox deben evitar el contacto con animales mamíferos, incluidos las mascotas, los animales domésticos y la fauna silvestre.

Quienes puedan haber estado en contacto con una persona con diagnóstico confirmado o haber participado de alguna actividad de alto riesgo deben:

• Automonitorear sus síntomas, para poder detectar de manera temprana si aparecen las lesiones características durante 21 días desde la última exposición.

• Evitar el contacto con quienes tienen más riesgo de padecer complicaciones: embarazadas, niños o niñas o personas inmunocomprometidas.

• Toda persona que presente síntomas compatibles (aunque sean pocas lesiones) debe evitar tener contacto estrecho con otras personas -incluyendo el contacto sexual- y realizar tempranamente la consulta con el sistema de salud para evaluación clínica y epidemiológica.

• El rol del preservativo para reducir la transmisión es muy limitado, pero puede contribuir en el caso de lesiones genitales. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que NO previene la transmisión de la viruela símica (Mpox), ya que la infección se puede adquirir a través del contacto con lesiones en otras partes del cuerpo.

• Se recomienda usar siempre preservativo para prevenir las infecciones de transmisión sexual.

• Quienes convivan con una persona con diagnóstico de viruela símica (Mpox) deben:

• Evitar compartir vasos, ropa, sabanas, toallas, cubiertos, vasos, platos, mate, etc.

• Evitar el contacto cara a cara a menos de 1 metro, sin utilizar barbijo.

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

Manual_viruela_simica_10-08-2022.pdf

Ficha de notificación:

Nueva_ficha_viruela_simica_11_08_2022.pdf

Más recomendaciones e información en:

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

Plan estratégico de preparación y respuesta para Mpox 2025-2026

250407_plan_mpox_2025.pdf

ALERTAS Y COMUNICACIONES **INTERNACIONALES**

XII. 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 Organizaciones internacionales a través del punto focal del Centro Nacional de Enlace (CNE).

XII.1. Actualización epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas

Recibido a través del CNE el 11/03/2026

XII.1.A. CONTEXTO GLOBAL

La influenza aviar A(H5N1) es una enfermedad viral altamente contagiosa que afecta principalmente a aves domésticas y silvestres y, ocasionalmente, a mamíferos, incluidos los humanos. Desde su aparición en 1996, la línea de gansos/Guangdong ha estado provocando brotes recurrentes en poblaciones de aves. A partir de 2020, un genotipo del virus de la influenza A(H5N1) del clado 2.3.4.4b provocó una mortalidad sin precedentes en aves silvestres y aves de corral en varios países de África, Asia y Europa. En diciembre del 2025, se habían reportado más de 600 especies de aves silvestres y de cría afectadas por virus de la influenza aviar con potencial zoonótico A(H5Nx).

Impulsada por el movimiento de aves silvestres migratorias, especialmente aves acuáticas, la propagación global del virus de la influenza A(H5N1) en los últimos años ha coincidido con un aumento de las detecciones de la influenza A(H5N1) en especies no avícolas, incluyendo mamíferos terrestres y marinos, silvestres y domésticos. Desde 2021, los casos reportados de influenza aviar altamente patógena (IAAP1) en mamíferos han mostrado un aumento. Hasta diciembre del 2025, se han reportado 68 especies de mamíferos (silvestres y domésticas) afectadas por virus de la influenza aviar con potencial zoonótico A(H5Nx). Históricamente, para el virus A(H5N1), un total de 36 países en cinco continentes han reportado brotes en mamíferos a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA).

Los virus IAAP, incluido influenza A(H5N1), continúan circulando en poblaciones silvestres de aves y mamíferos, con un aumento en los casos notificados de mamíferos durante el 2025. El número acumulado de especies afectadas tanto en aves como en mamíferos también ha

aumentado con el tiempo, como refleja la creciente documentación de infecciones en un número cada vez mayor de especies de animales silvestres y domésticos. Las detecciones sostenidas en especies de mamíferos silvestres subrayan el riesgo de que la influenza A(H5N1) pueda adaptarse cada vez más a los huéspedes mamíferos, aunque las infecciones humanas siguen siendo esporádicas. Además, este escenario en evolución introduce nuevas vías de propagación viral: la influenza A(H5N1) puede transmitirse eficientemente entre mamíferos bajo circunstancias específicas, como sugieren brotes documentados que afectan a múltiples especies de mamíferos. El virus se ha asociado con la circulación multinacional entre poblaciones de mamíferos marinos y, en algunos casos, con eventos de transmisión inversa o que involucran aves silvestres. Estos eventos de transmisión inversa destacan una dinámica viral cada vez más compleja y evolutivamente flexible. La continua circulación de IAAP en la fauna tiene implicaciones directas para la salud pública, así como consecuencias más amplias para la salud animal, la seguridad alimentaria y la biodiversidad a nivel global.

Entre principios del 2003 y el 26 de enero del 2026, se notificaron 993 casos humanos de influenza aviar A(H5N1), incluyendo 477 muertes (tasa de letalidad del 48%), en 25 países de todo el mundo. Los casos humanos reportados siguen vinculados principalmente a la exposición a animales infectados o a ambientes contaminados. Desde el 2007, no se ha identificado transmisión sostenida de virus de la influenza A(H5) de persona a persona.

XII.1.B. RESUMEN DE LA SITUACIÓN EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

Tras su introducción en América del Norte en 2021 y su posterior propagación a Centroamérica y América del Sur en 2022 a través de rutas migratorias de aves acuáticas, se han continuado reportando detecciones de la influenza A(H5N1) en todo el continente. En conjunto, entre la semana epidemiológica (SE) 2 del 2022 y la SE 9 del 2026, un total de 21 países y territorios de las Américas2 han notificado 5.744 brotes3 de influenza A(H5N1) en diversas especies de aves y mamíferos.

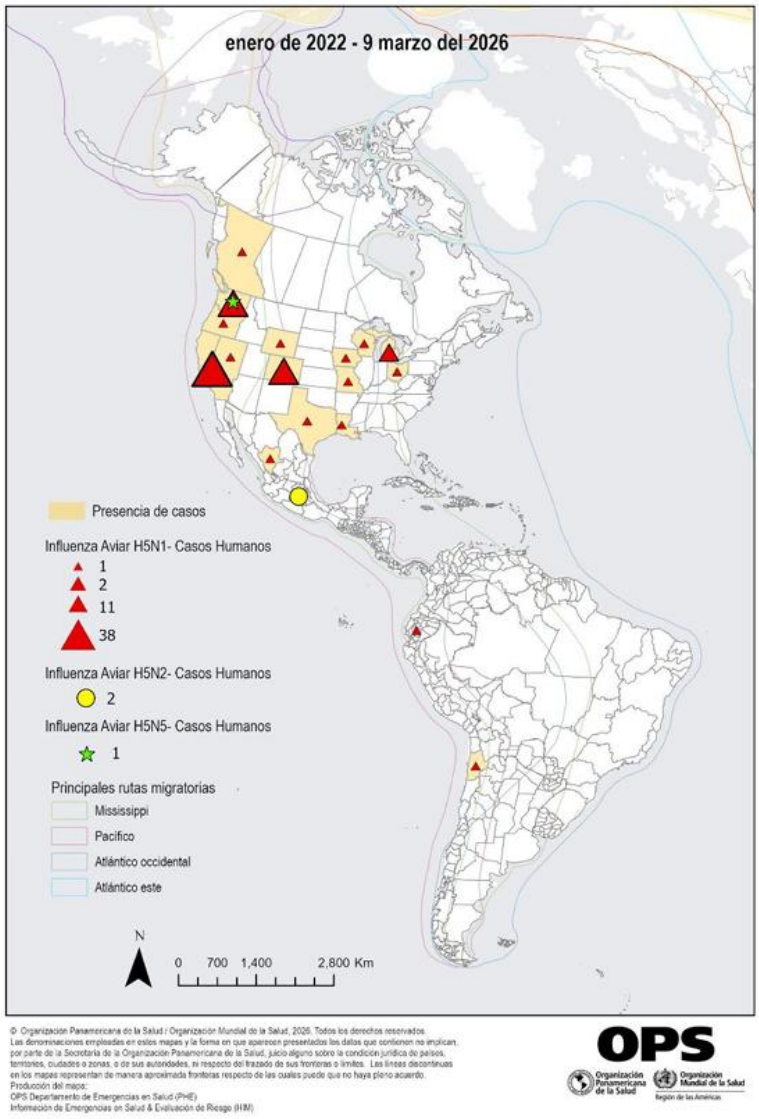
Entre el 1 de enero del 2025 y el 9 de marzo del 2026, se registraron detecciones de influenza A(H5N1) en 37 especies de mamíferos en dos países y en 94 especies de aves en 11 países y territorios de América. Los informes durante 2025 indican un descenso en la detección entre aves silvestres desde mediados del 2025, con una creciente predominancia de brotes en aves de corral y otras aves domésticas. Se han reportado menos brotes de mamíferos desde marzo del 2025. Además, entre octubre del 2025 y febrero del 2026, la actividad de brotes animales se ha concentrado en América del Norte, con niveles más bajos de actividad reportada en América del Sur. No obstante, estos hallazgos confirman la circulación continua del virus en poblaciones animales y las implicaciones para la salud pública descritas anteriormente (Figura 1 y Figura 2).

Infecciones humanas con el virus de la influenza aviar A(H5) en las Américas, 2022-2026

Entre el 20 de abril del 2022 y el 9 de marzo del 2026, se notificaron un total de 75 infecciones humanas causadas por el virus de la influenza aviar A(H5N1), incluidas dos muertes, en cinco países de las Américas, sin casos adicionales desde la última actualización epidemiológica de la OPS sobre la influenza aviar publicada el 24 de noviembre del 2025 (Figura 1). Durante este periodo, los casos humanos de influenza aviar A(H5N1) en la Región de América se distribuyeron de la siguiente manera: un caso en México reportado el 2 de abril del 2025; 71 casos en los Estados Unidos de América, incluyendo uno en el 2022 y 70 entre marzo del 2024 y febrero del 2025; un caso en Canadá confirmado el 13 de noviembre del 2024; un caso en Chile reportado el 29 de marzo del 2023; y un caso en Ecuador reportado el 9 de enero del 2023.

Además de estos casos confirmados de A(H5N1), se reportaron otras infecciones humanas con virus de la influenza aviar A(H5) en la Región de las Américas durante el mismo periodo. México confirmó un caso humano de A(H5N2) el 2 de octubre del 2025, representando la segunda infección por H5N2 identificada en el país. En la residencia del caso había un perro como mascota, y se encontraron varios animales en el patio del edificio, incluyendo un ave de corral y dos palomas, así como excrementos de aves en varias zonas. Se tomaron muestras de los animales identificados que tuvieron resultado positivo para influenza A(H5). Adicionalmente, el 14 de noviembre del 2025, Estados Unidos informó del primer caso humano de infección por influenza A(H5N5) a nivel mundial, el cual tuvo un desenlace fatal. Las investigaciones indicaron exposición a aves de corral y domésticos de patio, sin identificarse casos humanos relacionados adicionales.

Figura 1. Casos humanos de influenza aviar A(H5) en la región de las Américas 2022 -2026, hasta del 9 de marzo del 2026.



Nota: Dos de los casos reportados en México corresponden a la influenza aviar A(H5N2) *y uno en Estados Unidos corresponde a la influenza aviar* A(H5N5).

Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica: Influenza aviar A (H5N1) *en la región de las Américas - 24 de noviembre del 2025.*

Situación por país y/o territorio: brotes de animales a finales del 2025 y principios del 2026

Desde el 1 de enero del 2026 y hasta el 9 de marzo del 2026, se han notificado a la OMSA 105 brotes en especies de aves domésticas y silvestres en seis países de la Región de las Américas, sin que se hayan reportado brotes en especies de mamíferos silvestres o domésticos. Información adicional, incluyendo datos de diciembre del 2025, se muestra a continuación desglosada por tipo de animales.

Un mapa con la distribución geográfica de los brotes reportados a OMSA en animales, por tipo, en el 2026, incluyendo las principales rutas migratorias en la Región de las Américas, se muestra en la Figura 3.

Entre las aves

En diciembre del 2025, se reportaron un total de 97 brotes en especies aviares a OMSA, incluyendo 96 brotes en aves domésticas en Brasil (n= 1), Canadá (n= 15), Colombia (n= 5) y Estados Unidos (n= 75); y un brote en aves silvestres en Estados Unidos. Estos informes elevan el total acumulado para el año 2025 (enero-diciembre) a 837 brotes en especies de aves domésticas y silvestres.

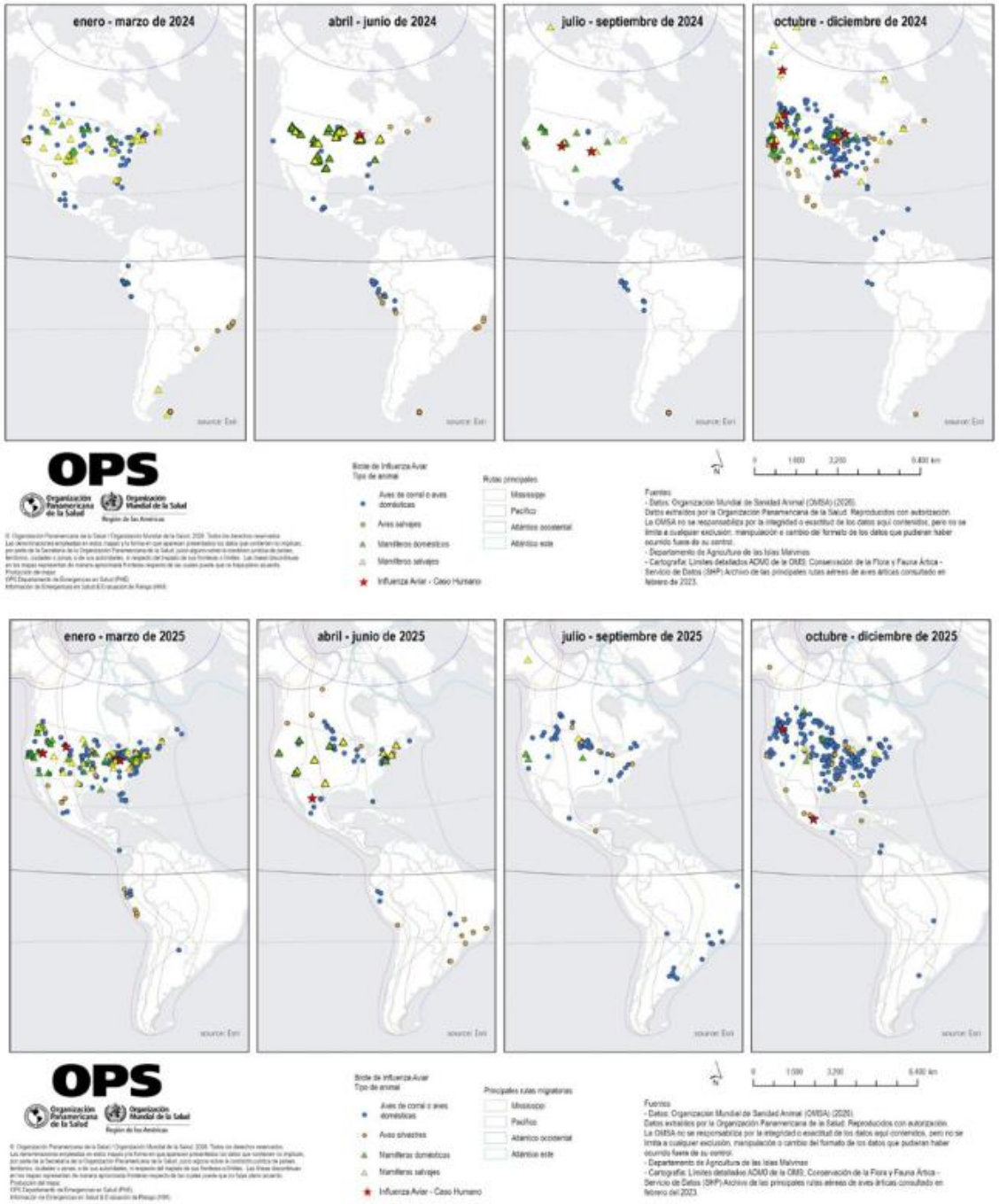
En el 2026, hasta la SE 9, se han reportado a la OMSA un total de 105 brotes en especies aviares: 95 brotes en aves domésticas, incluidos Argentina (n= 5), Brasil (n= 1), Canadá (n= 6) y Estados Unidos (n= 83); y 10 brotes en aves silvestres en Argentina (n= 3), Chile (n= 1) y Uruguay (n= 6) (Tabla 1). Además de los brotes reportados oficialmente, los datos de la vigilancia oficial publicados por las autoridades competentes indican que, hasta el 9 de marzo del 2026, se han reportado 678 detecciones de influenza aviar A(H5N1) en aves silvestres en Estados Unidos; y una detección fue reportada en Canadá.

Entre los mamíferos

Durante diciembre del 2025, no se notificaron oficialmente brotes de influenza aviar A(H5N1) en mamíferos silvestres en las Américas. En cuanto a los mamíferos domésticos, no se reportaron brotes oficiales a la OMSA durante este periodo. Estos informes elevan el total acumulado para el año 2025 (enero-diciembre) a 218 brotes reportados a la OMSA en especies de mamíferos domésticos y silvestres. Además de los informes oficiales, el Servicio de Inspección de Sanidad Animal y Vegetal (APHIS por sus siglas en inglés) del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA por sus siglas en inglés) informó de dos rebaños lecheros afectados: uno a finales de noviembre del 2025 en California y otro en diciembre del 2025 en Wisconsin, Estados Unidos.

Hasta la SE 9 del 2026, no se han notificado a la OMSA brotes de A(H5N1) en mamíferos domésticos en ningún país o territorio de la Región de las Américas. Sin embargo, al 9 de marzo del 2026 se han identificado 12 detecciones de influenza A(H5N1) en seis especies de mamíferos en Estados Unidos; y se reportó una detección en una mofeta rayada en Ontario, Canadá.

Figura 2. Histórico de brotes en animales por influenza A(H5N1) reportados a la OMSA y casos humanos por influenza A(H5), durante el 2024 y el 2025, en la Región de las Américas.



Fuente: Adaptado de datos publicados por la Organización Mundial de Sanidad Animal y datos publicados por la Organización Panamericana de la Salud.

DESTACADOS EN **BOLETINES** JURISDICCIONALES

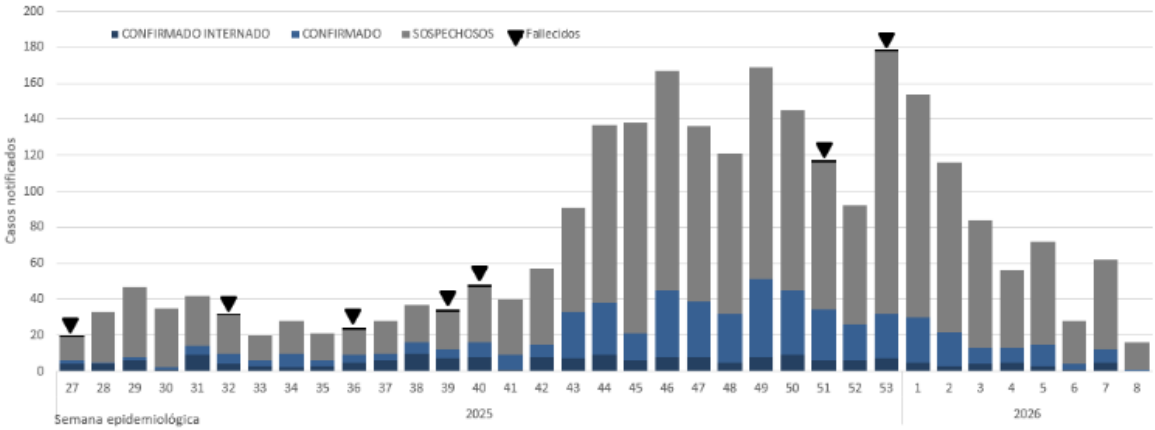
XIII. Boletines Jurisdiccionales

XIII.1. Buenos Aires: Coqueluche

Durante el año 2025 y hasta la semana epidemiológica (SE) 8 de 2026 (28 de febrero), se notificaron 2.611 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 734 fueron confirmados, mientras que el resto permanece como sospechoso.



Casos notificados según clasificación y casos fallecidos, por SE de inicio de síntomas. PBA. Años 2025 (cerrado) - 2026 (hasta SE 8). n=2.611



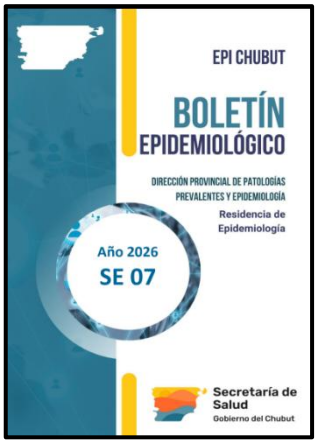
Fuente: SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de brotes. Ministerio de Salud de la PBA

Para más información:

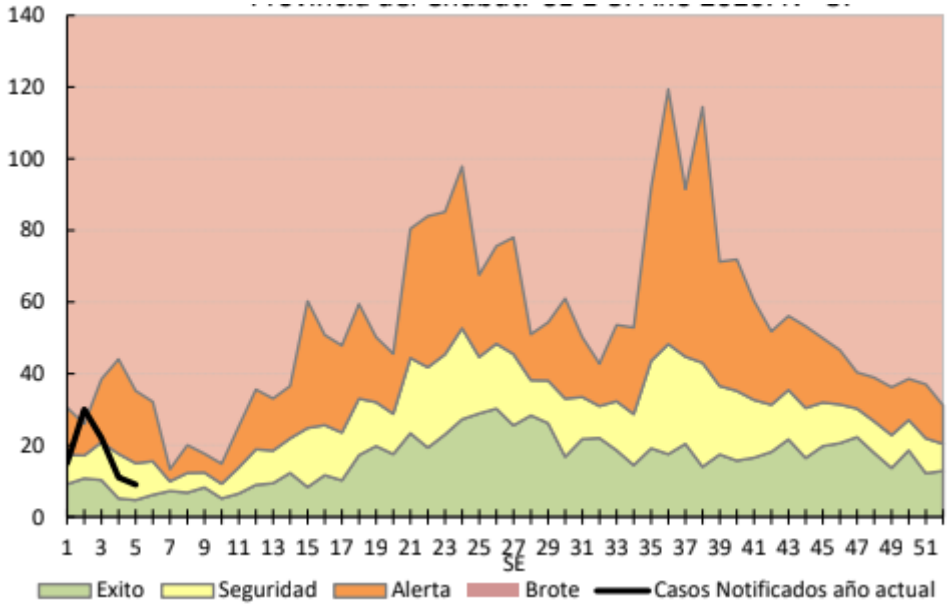
https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/boletines_epidemiologicos

XIII.2. Chubut: Neumonía

El corredor endémico de neumonía en las primeras 4 semanas de 2026 se ubica en la zona de brote (SE 2) y alerta.



Corredor endémico semanal de Neumonía. Provincia de Chubut. SE 1-5. Año 2026. N= 87



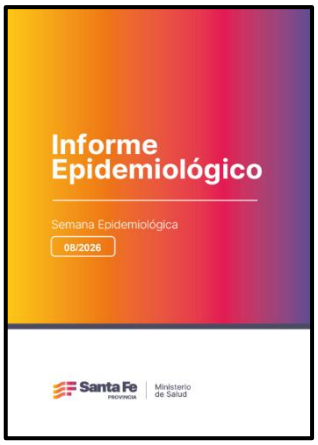
Fuente: Elaboración propia de residencia de Epidemiología HZPM en base al SNVS 2.0

Para más información:

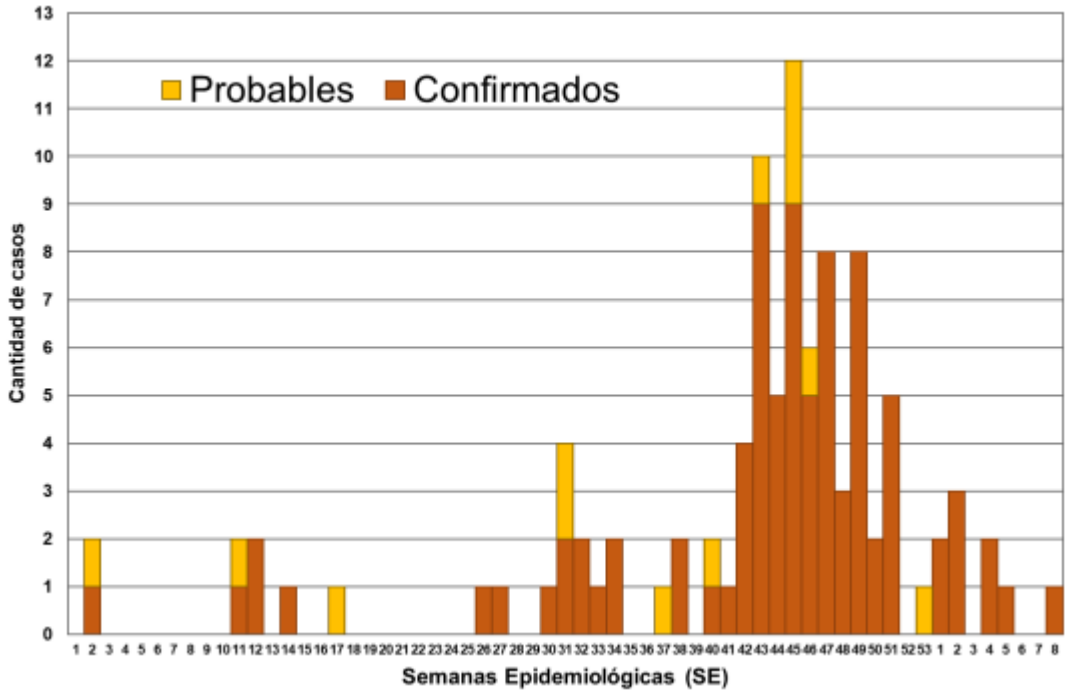
http://ministeriodesalud.chubut.gov.ar/epidemiological_releases

XIII.3. Santa Fe: Coqueluche

En lo que va del 2026, se notificaron un total de 40 casos con sospecha de coqueluche, de los cuales 9 fueron confirmados. Los casos confirmados fueron: cinco del departamento Rosario, dos del departamento La Capital y dos del departamento San Martín.



Distribución de casos confirmados (n= 86) y probables (n= 13) según semanas epidemiológicas. Provincia de Santa Fe. SE 1/2025 a SE 8/2026. Período 2025-2026. N= 99.



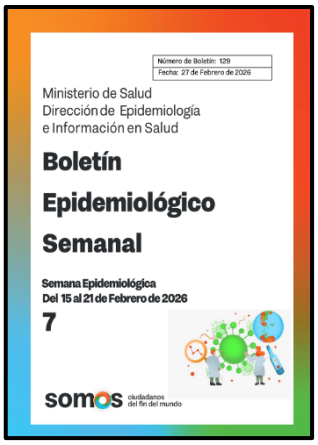
Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Para más información:

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

XIII.4. Tierra del Fuego: Enfermedades respiratorias

Hasta la semana epidemiológica (SE) 09 en 2026 se notificaron 236 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 11,3 % de los casos registrados, a nivel provincial.



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

	SE 9/ Año 2025	SE 9/Año 2026	% Variación interanual
Río Grande	135	90	↓ -33.3
Tolhuin	24	40	↑ 66.7
Ushuaia	107	106	↓ -0.9
Tierra del Fuego	266	236	↓ -11.3

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

Para más información:

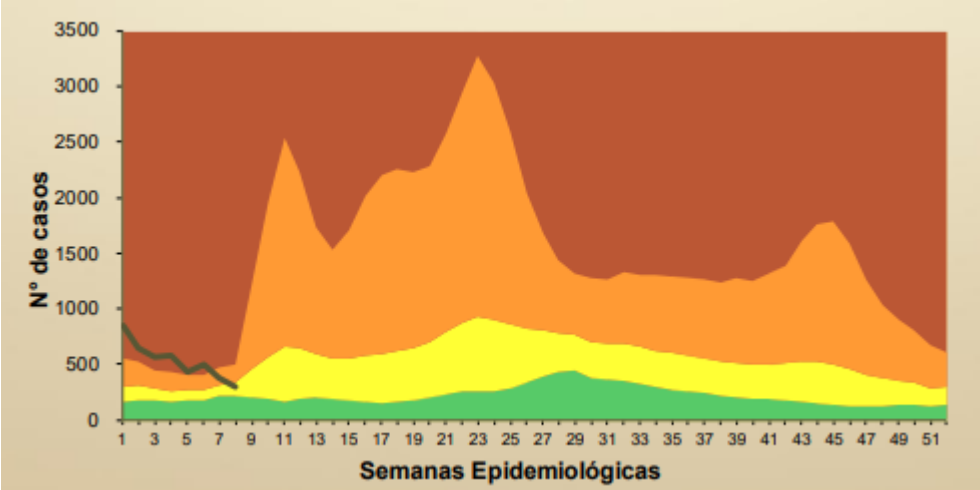
https://salud.tierradelfuego.gob.ar/vigilancia/

XIII.5. Tucumán: Enfermedad tipo influenza (ETI)

Las infecciones respiratorias agudas son comúnmente causadas por influenza y otros virus respiratorios, ocurren durante todo el año con picos epidémicos. Debido a su morbilidad, se han establecido estrategias para el monitoreo permanente. En la semana epidemiológica 8 se registraron 299 casos para este evento



Corredor endémico de Enfermedad Tipo Influenza hasta SE 8. 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

XIV. 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		
	Dengue	Laboratorio	Determinaciones/ Técnicas	Se adicionó la técnica "Inmunoenzimático por Fluorescencia (ELFA)" a la determinación "IgM DENV"
	Dengue en embarazadas			
	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"
		Laboratorio	Determinaciones/ Técnicas	Se adicionó la técnica "Inmunoenzimático por Fluorescencia (ELFA)" a la determinación "IgM CHIKV"
	Hantavirus	Clínica	Signos y síntomas	Se adicionaron las siguientes opciones: “Compromiso hepático”, “Compromiso neurológico”, “Compromiso renal” y “Dificultad respiratoria”.
			Tratamiento	Se adicionaron las siguientes opciones: “Ribavirina” y “ECMO”
				Se desglosaron las siguientes opciones: “Tratamiento de sostén” y

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
				"Asistencia respiratoria mecánica"
		Epidemiología	Antecedentes Epidemiológicos	Se adicionaron las siguientes opciones: "Pernocte a la intemperie", "Pernocte en refugios o cabañas que hubieran permanecido cerradas" y "Realización de actividades al aire libre (caza, pesca, camping, etc.)"
			Ocupaciones	Se adicionaron las siguientes opciones: "Recolección de leña", "Pobladores rurales", "Guardafaunas", "Miembros de las Fuerzas Armadas y Seguridad", "Trabajador de vialidad", "Trabajador de la construcción", "Recolector de residuos" y "Recolector de frutas finas, hongos, caña de azúcar".
	Hidatidosis	Clínica	Diagnóstico referido	Se adicionaron las opciones: "Imágenes compatibles no patognomónicas" y "Imágenes patognomónicas"
	Intento de suicidio	Evento	Vigilancia activa	Se adicionaron los siguientes operativos de detección asociados a cada jurisdicción: "(SUIC) Línea tel. prov. (*Jurisdicción*)" y "(SUIC) 911 (*Jurisdicción*)".
	Meningoencefalitis Otras infecciones invasivas (bacterianas y otras)	Laboratorio	Resultados	Se adicionaron las opciones "S. pneumoniae serotipo 15BC" y "S. pneumoniae no capsulado "
	Meningoencefalitis Otras infecciones invasivas (bacterianas y otras)	Laboratorio	Determinaciones/ Técnicas	Se adicionó la técnica "Secuenciación de genoma completo" a la determinación "Serotipificación de S. pneumoniae"
	Leptospirosis	Clínica	Signos y síntomas	Se quitaron las siguientes

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
				opciones: “Hemorragia pulmonar”, “Síndrome de Weil”, “Tos”, “Hemorragias”, “Hematemesis”, “Hemoptisis”, “Melena”, “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

MODALIDAD NOMINAL				
Fecha de modificación	**Nombre del evento**	**Solapa**	**Sección**	**Cambio realizado**
				acequias”
	Psitacosis	Clínica	Signos y síntomas	Se adicionó la opción: “Disnea”
			Comorbilidades	Se adicionó la opción: “Enfermedad neurológica”
			Resultados de tratamiento	Se adicionaron los casos: “Tratamiento en curso”, “Tratamiento completo”, “Tratamiento incompleto por efecto adverso” y “Tratamiento incompleto por abandono”
	Triquinelosis	Clínica	Signo/Síntoma	Se quitaron las opciones: “Fotofobia”, “Tumefacción de las glándulas lagrimales” y “Conjuntivitis bilateral”.
			Secuelas	Se quitaron las opciones: “Mialgias” y “Artralgias”
			Causas de fallecimiento	Se quitaron las opciones: “Insuficiencia cardíaca” y “Complicaciones neurológicas”.